

## **Gesundheitskosten: Simon Hölzer, CEO der Swiss DRG AG, zur Einführung von Fallpauschalen**

### **Höhere Pauschalen am Uni-Spital**

**Obwohl sie erst 2012 eingeführt werden, stehen die Fallpauschalen für Spitalleistungen in der Kritik. Doch Simon Hölzer, CEO von Swiss DRG, hält die Fehlanreize des neuen Systems für kontrollierbar.**

Interview Oliver Steimann und Michael Schoenenberger

***Simon Hölzer, Fallpauschalen sind der grosse Hoffnungsträger in der Gesundheitspolitik. Glauben Sie, dass damit wirklich gespart werden kann?***

Ja. Ich will aber nicht behaupten, dass man die Gesamtgesundheitskosten, die seit Jahren steigen, damit auf einen Schlag stark reduzieren kann. Die Fallpauschalen verfolgen den Zweck, bei einzelnen Leistungen zu sparen, indem man diese vergleichbar macht: von der einfachen Blinddarmoperation bis hin zum komplexen Eingriff am Herzen. Wir definieren diese Leistungen anhand von Patientengruppen – dadurch werden die Leistungen und Preise der Spitäler untereinander vergleichbar.

***Gibt es ein konkretes Beispiel einer Behandlung, die dank den Fallpauschalen günstiger werden könnte?***

Über 70 Prozent der in Spitälern erbrachten Leistungen sind heute Standardleistungen. Diese können oft günstig erbracht werden, weil die Spitäler ihre Abläufe optimiert haben. Ich denke, dass hier ein Wettbewerb spielen wird, der zu einer deutlichen Preisabsenkung führen kann.

***Es wird aber auch prognostiziert, dass die Einführung von Pauschalen zunächst einen Kostenschub verursache.***

Diese Aussagen beziehen sich unter anderem auf die Menge an erbrachten Leistungen, mögliche Kostenverlagerungen und auf die Spitalinvestitionen, die man über die Fallpauschalen neu mitfinanziert. Dieser Zuschlag kommt heute vom Kanton, wird zukünftig aber zwischen den Kostenträgern, Versicherern und Kantonen, fix aufgeteilt. Entsprechend gibt es Mutmassungen, dass es zunächst zu einem Kostenanstieg kommt, beispielsweise durch vorgezogene Neuinvestitionen. Da sich per Gesetz mit der Einführung im Jahr 2012 eine Reihe von Rahmenbedingungen ändern werden, sind diese Mutmassungen theoretischer Natur. Ein effektiver Kostenschub ist durch definierte Begleitmassnahmen in engen Grenzen kontrollierbar.

***Doch in Deutschland stiegen die Kosten nach Einführung der Fallpauschalen an.***

Die Ausgangslage und Finanzierungsmodalitäten waren und sind in den beiden Ländern schlicht verschieden. In Deutschland mussten beispielsweise parallel zur Einführung neue Arbeitszeitgesetze umgesetzt werden, die Kostensteigerungen

bedingen. Gleichzeitig bestand und besteht in Deutschland ein hoher Investitionsbedarf, der aufgeholt werden muss, um Qualitätseinbussen zu vermeiden. Diese Faktoren sind politisch und wirtschaftlich beeinflusst und nicht direkt vergleichbar.

***Wie wird eine Fallpauschale konkret festgelegt – beispielsweise für eine Blinddarmoperation?***

Von jedem Patienten, der stationär aufgenommen wird, verlangen wir medizinische Leistungsdaten und Kostendaten: Die Gesamtkosten für den ganzen Spitalaufenthalt und einzelne Komponenten wie die Arztleistung, ein Implantat, die Medikamente. Diese Patienten führen wir dann in diagnosebezogene Gruppen (DRG) zusammen. Die Diagnose «einfache Blinddarmentzündung ohne Komplikationen» wäre eine dieser Gruppen, wobei auch nach Alter unterschieden wird. Pro Gruppe können wir einen Mittelwert berechnen. Diesen setzen wir in Relation zu andern Fällen wie einer einfachen Geburt oder einer Herzoperation und legen so ein relatives Kostengewicht des Falls fest.

***Ein Kritikpunkt an Swiss DRG ist, dass eine Blinddarmoperation in St. Gallen andere Kosten verursacht als in Bern oder einem beliebigen Regionalspital. Können Sie uns verraten, wie das ausgeglichen wird?***

Das ist zunächst einmal Inhalt der Tarifverhandlungen zwischen dem Spital und den Kostenträgern. Wir wissen, was im Mittel eine Blinddarmoperation kostet. Diesen Wert geben wir aber nicht nach aussen, sondern sagen nur, wie viel diese Operation in Relation zu andern Leistungen kostet. Dieser Kostenfaktor wird mit einem Basispreis multipliziert, der zwischen Spital und Kostenträger ausgehandelt wird.

***Die Pauschale für eine Blinddarmoperation bleibt demnach von Kanton zu Kanton verschieden?***

Ja, in der Startphase ist es so, dass man den Basispreis regional oder sogar individuell für jedes Spital festlegt. Das Zürcher Uni-Spital wird wahrscheinlich einen höheren Basispreis haben als das Bezirksspital Männedorf. Man kann diese Preise ganz offen vergleichen und wird dann schrittweise eine Annäherung versuchen. Heute gibt es weit weniger Anhaltspunkte für sinnvolle Vergleiche, da je nach Kanton unterschiedliche Abrechnungsmodelle angewendet werden.

***Gegen das neue System werden vor allem ethische Einwände vorgebracht. Wie kann beispielsweise verhindert werden, dass Ärzte Diagnosen quasi auf Vorrat stellen?***

Es gibt klare Regeln, wie man einen medizinischen Fall zu dokumentieren hat und wie dies standardmässig in der Krankenakte archiviert wird. Da man weiss, dass es Ungenauigkeiten und Interpretationsspielraum geben kann, kann ein Revisor im Spital überprüfen, ob das, was diagnostiziert wurde, dann auch der erbrachten Leistung entspricht und auch so auf der Rechnung steht. Die Erfahrung zeigt, dass in seltenen Fällen zugunsten des Spitals, in andern zugunsten des Patienten beziehungsweise des Versicherers, etwas Falsches aufgeschrieben wird.

***Wie hoch schätzen Sie die Gefahr ein, dass es wegen der Fallpauschalen zu unnötigen Operationen kommt?***

Diese Gefahr besteht unabhängig vom System, da ein Spital immer für die erbrachte Leistung bezahlt wird. Wenn man jemanden operiert, der das gar nicht nötig hat, ist das ein Straftatbestand.

**Ein oft genannter Fehlanreiz ist, dass die Spitäler, wenn die Fallpauschale einmal festgelegt ist, auf Kosten des Patienten Leistungen einsparen können.**

Dieser negative Anreiz besteht tatsächlich, und hier sind Kontrollen notwendig. Bereits in den neuen Tarifregeln wird festgelegt, was passiert, wenn der Patient zu früh entlassen wird und rehospitalisiert werden muss: Dieser Patient gilt dann als der gleiche Fall und die Rehospitalisierung geht voll zu Lasten des Spitals. Grundsätzlich hat das Spital aber den Anreiz, Einsparungen sehr gezielt zu machen, und das ist durchaus gewollt. So kann es auch zu Leistungsverlagerungen in den ambulanten Bereich kommen.

**Ein starker Kritikpunkt der Ethiker ist, dass gerade die Begleitforschung zu Negativeffekten inexistent sei.**

Man muss zwischen Begleitmassnahmen und -forschung unterscheiden. Qualitätssichernde Massnahmen sind gekoppelt mit Swiss DRG. Hier hat man verschiedene Instrumente zur Verfügung: Befragungen zur Patientenzufriedenheit, die Mortalitätsstatistik, Erhebungen zum Wundliegen im Spital, zur Anzahl Infektionen und eine ganze Reihe von weiteren Parametern. Heute ist diese Qualitätssicherung Aufgabe verschiedener Institutionen – in Zukunft soll sie vereinheitlicht werden. Die nötigen Informationen müssen aber von den Spitälern geliefert werden...

**...die sicher kein Interesse haben, negative Daten abzuliefern.**

(Schmunzelt) Nein. Aber auch hier ist es so, dass man möglichst bei der Wahrheit bleiben sollte. Grundsätzlich erreichen wir eine nie dagewesene Transparenz zugunsten des Kostenträgers und des Patienten.

**Das System – wie schon bei den Diagnosen – basiert also im Wesentlichen auf Vertrauen.**

Einerseits auf Vertrauen, andererseits auf Kontrollen und vergleichbaren Datenerhebungen. Die Idee ist jedoch nicht, dass man dafür 5000 neue Personen einstellt. Das Ganze soll ja nicht ausufern und schliesslich in einen Kontrollzwang münden.

**Noch ein weiterer Negativanreiz: Die Spitäler bemühen sich um einfache Fälle, während die Behandlung multimorbider oder psychisch kranker Patienten unattraktiv wird.**

Wir versuchen gerade da einen Ausgleich zu schaffen, indem wir den Schweregrad eines Falls im neuen System medizinisch sinnvoll berücksichtigen. Heute ist das Gegenteil der Fall: Eine einfache Leistung wird eher zu hoch bezahlt. Wir erheben den Anspruch, das heute verfügbare Geld im Gesundheitswesen gezielter, weil leistungsorientiert zu verteilen.

**Ihre stärksten Kritiker kommen aus den Reihen der Ärzte. Wenn man für komplexe Fälle zukünftig mehr Geld bekommt – weshalb wehren sich diese gegen den Systemwechsel?**

Im Kreis unserer Aktionäre ist auch die Schweizer Ärzteschaft (FMH) vertreten. Innerhalb der FMH herrscht eigentlich Einigkeit und ein positives Credo; aber es gibt natürlich immer Personen, die Angst haben, dass ihnen etwas weggenommen wird. Das ist bei den Ärzten relativ ausgeprägt der Fall. Und ich kann mir vorstellen, dass

gewisse Spitäler, die ihre hohen Kosten jetzt rechtfertigen müssen, unter einen gewissen Spardruck kommen.

---

## **Swiss DRG**

Bis 2012 werden für stationäre Leistungen in Schweizer Spitälern flächendeckend Fallpauschalen eingeführt. Mit deren Erarbeitung ist die Swiss DRG AG in Bern beauftragt – eine Firma, in deren Verwaltungsrat alle wichtigen Interessengruppen vertreten sind. Im Mittelpunkt des neuen Systems steht ein umfassender Katalog, der alle von Spitälern erbrachten Leistungen nach Patientengruppen zusammenfasst und diesen einen Kostenfaktor zuweist. Eine erste Version dieses Leistungskatalogs wird die Swiss DRG AG diese Woche dem Bund vorlegen – sie dient als Grundlage für das weitere Vorgehen. (*ost*)

© **Zürcher Oberländer**