

Bericht vom zweiten DRG-Forum Schweiz–Deutschland

## DRG-Erfahrungs-Austausch zwischen der Schweiz und Deutschland auf höchstem Niveau

Willy Oggier

*Das 2. DRG-Forum Schweiz–Deutschland vom 31. Januar und 1. Februar 2013 in Bern war ein Stelldichein wichtiger Repräsentanten des schweizerischen und deutschen Gesundheitswesens. Dieser in der Schweiz wohl einzigartige, hochkarätige Anlass wurde von Doris Brandenberger-Krauer, CEO der MediCongress GmbH, Zürich, und dem Zürcher Gesundheitsökonom Dr. Willy Oggier organisiert. Die Trägerschaft hatten wie schon im Vorjahr der Branchenverband der Krankenversicherer santésuisse, die Schweizerische Ärztesgesellschaft FMH, die Konferenz der Kantonalen Ärztesgesellschaften KKA/ CCM und H+ Die Spitäler der Schweiz übernommen.*

Der neue Verwaltungsrats-Präsident der SwissDRG AG, Regierungsrat Dr. *Thomas Heiniger*, Gesundheitsdirektor des Kantons Zürich, wies in seinem Einstiegsreferat darauf hin, dass die neue DRG-Tarifstruktur seit einem Jahr in Kraft ist, die Spitäler Rechnungen stellten, die Krankenversicherer diese prüften und kein Spital Bankrott gegangen ist. Mit der auf das Jahr 2013 eingeführten Version 2.0 konnte gemäss Heiniger die statistische Robustheit des Systems verbessert werden. Die Tarifstruktur ermögliche Vergleichbarkeit und Transparenz zwischen den Spitälern, aber die Datenbasis sei zurzeit noch nicht gut genug. Die Kostenunterschiede zwischen Spitälern am Ende der Versorgungskette (Universitäts spitäler) und Spitälern für die Grundversorgung müssten bes-

ser abgebildet werden. Ebenso bestehe Handlungsbedarf bei der Integration der Anlagenutzungskosten in die Tarifstruktur. Die Überprüfung der Kostendaten weise zudem darauf hin, dass die Datenerhebung in den Spitälern qualitativ sehr unterschiedlich ausfalle. Die neue Entwicklungsstrategie 2013+ des Verwaltungsrates der SwissDRG AG verfolge folgende Ziele: ausreichend differenzierte Tarifstruktur, rasche Integration von Innovationen, eigenständige leistungsbezogene Tarifstruktur für Rehabilitation und Psychiatrie, standardisierter jährlicher Entwicklungszyklus. Die Integration von Innovationen erfolge über ein ausserordentliches Antragsverfahren. Die Leistungsentscheidungen des Eidgenössischen Departements des Innern werden bzgl. der Abbildung in der Tarifstruktur beurteilt. Im Bereich der Tarifstruktur für die Psychiatrie seien seit 2012 ein Dutzend Referenzkliniken mit der Datenerfassung beschäftigt. Diese gestalte sich schwierig, weil die Rekrutierung weiterer Kliniken schwerfalle. Heiniger wies darauf hin, dass die Tarifstruktur als lernendes System jährlich weiterentwickelt werde. Der Verwaltungsrat wolle die Entwicklungszeit um ein Jahr verkürzen. Die Daten aus dem Jahr 2013 sollten demnach für die Tarifstruktur 2015 berücksichtigt werden. «Taten statt Klagen» sei das Motto für die Zukunft.

Im Parallelsymposium zu «Qualität und DRG: Chance zur Positionierung» wies Prof. Dr. *Herbert*

Korrespondenz:  
Dr. oec. HSG Willy Oggier  
Weinhaldenstrasse 22  
CH-8700 Küsnacht  
Tel. 044 273 52 34

gesundheitsoekonom.  
willyoggier[at]bluewin.ch



Podiumsdiskussion mit der Einstiegsreferentin Irmtraud Gürkan, Andreas Faller, dem Medizin-Controller Henrik Pfahler, SwissDRG-Verwaltungsrat Stefan Kaufmann und FMH-Präsident Jürg Schlup (v. l.) (Foto: Peter Brandenberger)

*Rebscher*, Vorstandsvorsitzender der DAK-Gesundheit in Hamburg, darauf hin, dass im Grunde nur die Ergebnisse interessieren. Gute Ergebnisse könnten nur im Vergleich gemessen werden. Deshalb müsse genau analysiert werden, welche Indikatoren ausgewählt werden. Danach gehe es auch darum, den gerechten Vergleichsmaßstab, nämlich risikoadjustiert korrekte Abbildungen, zu finden. Die statistisch letzten 5 bis 10 Prozent der Fälle seien nämlich entscheidend für die Qualitäts-Ergebnisse. Faire Vergleiche seien methodisch anspruchsvoll. Allgemein würde noch zu viel über Dokumentation und Datenlieferung statt über die Methodik diskutiert. Die Logik des DRG-Systems berücksichtige die Qualität in ihren Zielsetzungen nicht. Trotzdem gelte es, diese Flanke zu schliessen. Bei der Berücksichtigung der Innovation müsse die Frage gestellt werden, wer überhaupt in der Lage sei, Innovation zu erbringen. Diese Diskussion müssten auch die Krankenversicherer führen.

*Barbara Schulte*, kaufmännische Direktorin des Universitätsklinikums Essen, wies auf die Besonderheiten der Universitätskliniken (Einklang von Forschung, Lehre, ambulanter und stationärer Krankenversorgung) hin. In Deutschland gibt es 32 Universitätskliniken an 38 Standorten. Dort sei ein gros-

Universitätsklinikums Essen, die sich insbesondere im Bereich der Ärzteschaft bis nach Bern positiv auswirkten. Er wies auf eine neuere Analyse über die Auswirkungen der stationären Vergütung auf den ambulanten Bereich hin. Es stelle sich auch die Frage, wo ambulant und stationär tätige Ärzte Gemeinsamkeiten hätten. Ein Sechstel der Spitalärzte meine, die Entlassung aus dem Spital erfolge zu spät, ein Sechstel der Zuweiser meine dagegen genau das Gegenteil. Es lohne sich, ein wirksames Zuweiser-Management aufzubauen. Wenn dieses verbessert werden solle, müsse man das nicht dem Spitaldirektor, sondern dem Ärztlichen Direktor überlassen. Er gehe davon aus, dass in weniger als 50 Prozent der Schweizer Kliniken ein Zuweiser-Management stattfinde. Wichtig sei dabei, die Kriterien der Zuweiser zu kennen. Dadurch entstünden Wettbewerbsvorteile für das Spital, u. a. durch das frühzeitige Erkennen neuer Entwicklungen und Marktpotentiale. Grosses Potential ortete Schlup bei der Telemedizin.

Dr. *Peter Wiedersheim*, Präsident der Konferenz kantonaler Ärztesellschaften, wies auf die boomenden Spitalambulatorien und «den ungerechtfertigten Tadel» an die freipraktizierende Ärzteschaft hin. Wenn zwei dasselbe tun, sei es dann doch nicht das

---

## Ein Sechstel der Spitalärzte meint, die Entlassung aus dem Spital erfolge zu spät, ein Sechstel der Zuweiser meint genau das Gegenteil.

---

ser Fusionsprozess in Gang gekommen. Der Umsatz der universitären Medizin betrug rund 13 Milliarden Euro. 180 000 Beschäftigte sind in diesen Kliniken zu finden. In Deutschland hätten Universitätskliniken zurzeit einen negativen Skaleneffekt zu gewärtigen, da sie als Endversorger und gleichzeitiger Testort für Innovationen fungierten. Der höhere Qualitäts-Anspruch an universitäre Medizin bringe aber auch Potential zur Profilierung am Markt. Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung setzten eher auf «Masse statt Klasse». Angesichts der hohen Fallzahlen gebe es in diesem Bereich kaum Unterschiede in der Qualität. Die Gewinne ergeben sich durch Skaleneffekte und Prozessoptimierungen. Die Universitätskliniken positionierten sich dagegen durch ihre komplexe Infrastruktur. Kostensenkungs- und Skaleneffekt-Strategien würden dadurch erschwert. Hier gehe es – bezogen auf die einzelne Leistung – eher um «Klasse statt Masse». In Universitätskliniken sei auch ein grösserer Anteil an Extremkostenfällen zu verzeichnen. Das DRG-System berücksichtige auch diese Vorhalteleistungen nicht, weil es nach Leistung bezahle. Es brauche daher eine Finanzierung dieser Vorhalteleistungen.

Der neue FMH-Präsident, Dr. *Jürg Schlup*, dankte Barbara Schulte für die Ausbildungsleistungen des

Gleichen. Das sei aber nicht erstaunlich, habe doch der Kanton mehrere Rollen und Rollenkonflikte. Die Notfallstationen entwickelten sich zum willkommenen eigenen Medizinischen Versorgungszentrum und zur Akquisitionszentrale. Auch die finanziellen Anreize seien durch die duale Finanzierung zwischen ambulantem und stationärem Sektor verzerrt. Durch DRG entwickle sich eine erhöhte Konkurrenz zwischen dem niedergelassenen Arzt und dem Medizinischen Versorgungszentrum des Spitals. Die Patientenströme dürften nicht zunehmend in die Klinik(ambulatorien) fließen. Sie müssten möglichst optimal basisnah versorgt werden. Es brauche gleich lange Spiesse für Praxis- und Klinikambulanz.

Dr. *Werner Kübler*, Direktor des Universitätsspitals Basel, erinnerte an den Wandel vom «Verwalten» zum «Führen» im komplexen Unternehmen Spital. Eines der grossen Probleme sei, dass sich das ökonomische Instrument schneller entwickle als die Qualitäts-Dimension. Dies müsse im Rahmen der Spitalführung ausbalanciert werden. Die Ärzte seien durch die entsprechenden DRG-Anreize beeinflusst. Es gebe aber auch andere Anreize wie die Privathonorare. Man dürfe sich durch die Kostendeckungs-Sicht nicht zudecken lassen, medizinische Qualität sei wichtig. Strategische Spitalführung müsse daher gemeinsame

Settings entwickeln, in denen sich Kaderärzte entfalten könnten. Das Universitätsspital Basel investiere sehr viel in interdisziplinäre Zusammenarbeit. Die Angebotsstrategie wurde gemeinsam mit der Ärzteschaft entwickelt. Es werde versucht, dieses Jahr als Erkenntnis daraus sechs neue interdisziplinäre Zentren aufzubauen. Ärzte müssten die Fallpauschalen und deren Entwicklung verstehen und nutzen. Sie müssten auch die Kosten kennen und bereit sein, über Produktivität zu reden und den Outcome bei gleichen Ressourcen zu verbessern.

## DRG haben in Deutschland eine klare Bewusstseins-schärfung in Sachen Qualität gebracht.

*Irmtraud Gürkan*, kaufmännische Direktorin des Universitätsklinikums Heidelberg, ging auf die Frage ein, was die Schweiz von Deutschland und was Deutschland von der Schweiz lernen könne. Die Schweiz stehe in verschiedener Hinsicht nicht so schlecht da, beispielsweise bei den Gesundheitskosten in Prozenten des Bruttoinlandsprodukts oder der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer. Sowohl in den USA als auch in Australien habe es keine Absenkung der Gesundheitsausgaben durch die DRG-Einführung gegeben. DRG haben in den letzten Jahren aber auch in Deutschland eine klare Bewusstseins-schärfung in Sachen Qualität gebracht. Für Deutsche sei die sehr heterogene Tariflandschaft in der Schweiz mit sehr vielen verschiedenen Base Rates gewöhnungsbedürftig. In Deutschland empfindet Gürkan die Deckelung des Budgets seit 2010 negativ, welche die leistungsfähigen Spitäler benachteilige. Bei 95 Prozent der Fälle seien Universitätskliniken im Übrigen bereit, den Wettbewerb aufzunehmen. In 5 Prozent der Fälle, den Extremkostenfällen, werde dies aber schwierig. Positiv zu werten sei in Deutschland die hohe Anzahl Zusatzentgelte, die sich zwischen 2003 und 2012 entwickelt habe, sowie die Steigerung der Anzahl DRGs im Zeitverlauf, welche allerdings in den letzten Jahren für das deutsche System gegen Null tendiere. Die Fallzahl habe sich – abgesehen von der Fusion mit einem orthopädischen Krankenhaus – am Universitätsklinikum Heidelberg kaum erhöht, aber der Case Mix Index sei um 55 Prozent gestiegen. Die Maximalversorgung sei nach 8 Jahren Entwicklungsarbeit relativ gut im System abgebildet. Dies sei darauf zurückzuführen, dass die Abbildung der Extremkostenfälle technisch und nicht politisch diskutiert wurde. Ohne Zusatzentgelte und Innovationsentschädigung, die sogenannten Neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUBs), werde man daher in der Schweiz das hohe Qualitätsniveau nicht weiter aufrechterhalten können. Eine Konvergenzphase wäre auch in der Schweiz sinnvoll gewe-

sen, meinte Gürkan. DRGs seien viel mehr als ein Abrechnungssystem, es habe zu völlig neuen Anreizstrukturen für die Krankenhäuser geführt. Gürkan regte für die Schweiz – ähnlich wie in Deutschland – einen Universitätskliniken-Vergleich an. Am Universitätsklinikum Heidelberg würden im Übrigen keine Gallenblasen und keine Blinddärme mehr operiert. Dies sei möglich geworden, weil man 28 Kooperationsverträge mit Krankenhäusern und über 30 mit niedergelassenen Ärzten abgeschlossen habe. Der Patient werde aber immer gefragt, ob er das wolle. Die besten Chancen hätten jene Krankenhäuser, die frühzeitig beginnen zu reagieren. Leider habe aber das DRG-System die Sektorgrenzen in Deutschland nicht aufgehoben. Die Finanzierung von Betriebs- und Investitionskosten erfolge nicht aus einer Hand, und die Investitionen seien unterfinanziert. Dies könne man aber nicht den DRGs ankreiden. In diesem Bereich habe das schweizerische System Vorteile. Aber auch hier gebe es Harmonisierungsbedarf bei den Finanzierungsregelungen zwischen Krankenversicherern und Kantonen.

Am zweiten Kongresstag standen u. a. verschiedene Aspekte der Krankenversicherer im Vordergrund. Im Symposium «DRG und Rechnungsprüfung» erklärte Dr. *Peter Dirschedl*, Leiter Fachbereich Krankenhaus/ambulante Vergütung beim Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK), die Rolle des MDK im deutschen DRG-System. *Gerald Vollmer*, Leiter Fachzentrum stationäre Leistungen Baden-Württemberg bei der DAK-Gesundheit in Stuttgart, erläuterte die Entwicklung von DRG-Prüfregeln. Giesskannen-Regeln würden die falschen Kliniken treffen, weshalb die Prüfregeln immer detaillierter und feinmaschiger werden. *Verena Nold* stellte in ihrer Funktion als Direktorin von tarifsuisse die Rechnungsprüfung unter SwissDRG vor. Die Prüfung gestaltete sich von Anfang an schwierig, weil sich der Datenschutz als *pièce de résistance* herausstellte. Dieses Problem sei nun gelöst. Sie schilderte das Prozedere mit den von allen Krankenversicherern zu schaffenden Datenannahmestellen. Spitäler müssten dorthin die Daten liefern. Die Krankenversicherer haben bis am 31. Dezember 2013 Zeit, zertifizierte Datenannahmestellen zu errichten. Bis dann dürfen die medizinischen Datenprüfungen nur durch die Vertrauensärzte erfolgen. Ausgehend von deutschen Erfahrungen schätzte Nold für die Schweiz die Anzahl Fallüberprüfungen nach Triage auf 104 000 pro Jahr und das Rückforderungspotential auf 83 Millionen Franken. Dazu komme auch noch der Präventionseffekt.

Prof. Dr. *Andreas Tobler*, Ärztlicher Direktor des universitären Inselspitals Bern, stellte eingangs die Chancen eines Universitätsspitals dar. Diese lägen im Bereich der Ermöglichung von Skaleneffekten, Vorhalteleistungen und Kostensenkungen durch striktes Versorgungsmanagement im Einkaufsbereich. Alleinstellungsmerkmale seien weitere Chan-

cen. Dazu zählte er das Besetzen von Nischen und die Lehre und Forschung, mit der Talente angezogen werden könnten. Man dürfe nicht immer nur über die Kosten reden. Zu den Gefahren aus Sicht des Universitätsspitals zählte Tobler u. a. die postulierte, aber (noch) nicht realisierte Vergleichbarkeit des Systems, die Verzerrung des Wettbewerbs durch mangelnde und/oder ungleiche Abgeltung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen in den Bereichen Investitionen und Weiterbildung der Ärzteschaft, sowie die unge löste Frage der Finanzierung von Innovationen. Zusatzentgelte trügen zur Homogenitätsentwicklung der Tarifstruktur bei und könnten auch einen Beitrag zur Robustheit der Indikationsstellung liefern. In der hämatologischen Onkologie des Inselspitals wiesen ohne entsprechende Zusatzentgelte rund 60 Prozent der Fälle eine Kostenunterdeckung auf, mit Zusatzentgelten rund 20 Prozent. Bzgl. der Mengenausweitungen wies er darauf hin, dass diese von reinen Mengenverschiebungen zwischen Spitälern zu unterscheiden seien. Letztere seien möglicherweise erwünscht. Komplexe, hoch defizitäre Patienten würden konzentriert in hochspezialisierten Zentren behandelt. Das sei zu begrüßen, aber es müsse auch entsprechend entschädigt werden. Bzgl. der Tarifstruktur stellte er «die zwanghafte Helvetisierung» in Frage. Erfahrungen aus Deutschland sollten besser berücksichtigt werden.

Dr. *Constanze Hergeth*, Leiterin Abteilung Medizin bei der SwissDRG AG, betonte die Aufgaben ihrer Organisation. Dazu zählte sie u. a. eine sachgerechte Vergütung und die Abbildung hochkomplexer und hochspezialisierter Behandlungsformen. Es stehe klar im Vordergrund, Fehlallokationen zu vermeiden. Die Versorgungsqualität dürfe nicht durch die DRG-Tarifstruktur gestört werden. Diese solle das Leistungsgeschehen abbilden und nicht umgekehrt. Zu den Schwerpunkten der aktuellen Arbeiten der SwissDRG AG für die Version 3.0 (für das Jahr 2014) zählte die Referentin die Etablierung weiterer Zusatzentgelte, die Abbildung komplexer und hochkomplexer Behandlungsfälle und Überleitungskorrekturen (CHOP 2011 vs. CHOP 11). Die Kritik bzgl. Zusatzentgelte würde verstanden, es werde neue Zusatzentgelte geben, insbesondere in der Onkologie, bei teuren Medizinprodukten und aufwendigen therapeutischen Fällen. Ebenfalls zu einer Aufwertung komme es bei Behandlungen von Kindern mit aufwendiger intensiv-medizinischer Komplexbehandlung. Gesamthaft leiste die SwissDRG AG mit der Version 3.0 eine differenzierte Weiterentwicklung und Verbesserung der Abbildungsgenauigkeit.

Das 3. DRG-Forum Schweiz-Deutschland wird am 30./31. Januar 2014 wieder in Bern stattfinden.