



Regierungsrat des Kantons Basel-Stadt

An den Grossen Rat

06.5259.02

GD/P065259

Basel, 15. Oktober 2008

Regierungsratsbeschluss
vom 14. Oktober 2008

Anzug Rolf Stürm und Konsorten betreffend Einführung einer Spitalfinanzierung nach Fallpauschalen (sog. DRG-System; Diagnosis Related Groups)

Der Grosse Rat hat an seiner Sitzung vom 15. November 2006 den nachstehenden Anzug Rolf Stürm und Konsorten dem Regierungsrat zum Bericht überwiesen:

"Bekanntlich sind die Krankenkassenprämien in Basel nach Genf am höchsten im schweizerischen Vergleich. Dies hat einerseits mit der Zentrumsfunktion Basels zu tun, andererseits aber auch mit absolut höheren medizinischen Kosten pro Patient. Gemäss einem NZZ-Artikel vom 26. April 2006 ist der durchschnittliche Spitalaufenthalt am Universitätsspital Lausanne bei einer Blinddarmoperation in der Regel tiefer als eine vergleichbare Operation in Basel. Das liegt weder an einer effizienteren Pflege in Lausanne, noch an der besseren Konstitution der Waadtländer Patienten, sondern an den unterschiedlichen Spitalfinanzierungen: In Lausanne wird das Spital nach dem Fallpauschalenprinzip, also pro Patient mit einer bestimmten Diagnose, entschädigt, während in Basel einzelne Leistungen (Operationen, Pflege, Aufenthaltstage etc.) abgegolten werden. Sogar mit der Berücksichtigung der Demographie beider Städte ist der Spitalaufenthalt in Lausanne signifikant kürzer.

Die Spitalfinanzierung nach Fallpauschalen (zu neudeutsch: Diagnosis Related Groups, DRG) kann bereits heute mit dem bestehenden KVG eingeführt werden.

Das Thema wird gegenwärtig in der Gesundheitskommission des Nationalrates behandelt. Das Ziel ist, eine flächendeckende Einführung des DRG per 2009 umzusetzen. Die Vorbereitungsarbeiten wurden vom Verein SwissDRG (www.swissDRG.org) angepackt. Damit diese Organisation effizienter arbeiten kann, soll sie in eine AG umgewandelt werden. Diese Umwandlung ist nun aber gefährdet, da Suva, Militärversicherung und Santésuisse abseits stehen. Damit kommt möglicherweise der ehrgeizige Zeitplan ins Schleudern.

Neben Lausanne kennt auch Deutschland seit 2003 das DRG-System.

Aufgrund obiger Ausführungen bitten die beiden Anzugsteller den Regierungsrat, zu prüfen und zu berichten

- welche Kosten und Nutzen ein kantonales DRG-System, wie es für das Universitätsspital Lausanne gilt, für Basel brächte;
- ob ein kantonales DRG-System positive Folgen für die trinationale regionale Spitalplanung hätte;
- ob ein kantonales DRG-System in Basel-Stadt eingeführt werden kann, falls sich auf schweizerischer Ebene weitere Verzögerungen ergeben sollten;
- ob eine eventuelle gemeinsame Einführung mit unserem Partnerkanton Basel-Landschaft

- denkbar ist;
- wann eine solche kantonale bzw. bikantonale Einführung realisierbar wäre.

Rolf Stürm, Emmanuel Ullmann"

Wir berichten zu diesem Anzug wie folgt:

1. Ausgangslage

Eine der Zielsetzungen des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG) war die Verbesserung der Kontrolle über die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen. Knapp die Hälfte der Kosten im Gesundheitswesen werden durch stationäre Behandlungen verursacht (2005: CHF 24.3 Mia, 46.2% der gesamten Kosten)¹. Die Finanzierung von stationären Spitalbehandlungen wird im KVG festgehalten, doch lassen die Bestimmungen einen grossen Interpretationsspielraum offen. Dies führte dazu, dass sich die Art und das Ausmass der Finanzierung von stationären Kapazitäten von Kanton zu Kanton unterscheidet und konzise Kostenvergleichen nicht möglich sind. Auch konnte mit den heute noch geltenden Bestimmungen einer weiteren Kostensteigerung im stationären Bereich nicht entgegengewirkt werden, so dass die Finanzierung von stationären Spitalkapazitäten Teil der zweiten Revision des KVG war.

1.1 Probleme der geltenden Finanzierung

Das geltende System der Kosten- und Defizitdeckung ist intransparent und ineffizient. Die unterschiedliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen und von öffentlichen und privaten Spitälern hat zur Folge, dass Behandlungen nicht immer dort durchgeführt werden, wo sie am kostengünstigsten wären. Zudem verunmöglichen die von Kanton zu Kanton unterschiedlichen Regelungen den in KVG Art. 49 Abs. 7 vorgeschriebenen Betriebsvergleich².

Heute wird zur Finanzierung von stationären Spitalbehandlungen grösstenteils ein sogenanntes Tagespauschalen-System verwendet, d.h. das Spital erhält pro Tag, den eine Patientin/ein Patient im Spital verbringt, einen fixen Geldbetrag im Sinne einer Kostenerstattung. Dieses System setzt falsche Anreize, indem es ein unwirtschaftliches Verhalten seitens der Spitäler fördert und so zur Kostensteigerung im Gesundheitswesen beiträgt. Da die Spitäler pro Aufenthaltstag der Patienten einen fixen Betrag erhalten, sind lange Hospitalisationsdauern die Folge. Durch das Kostenerstattungsprinzip fehlt ein Kostendruck auf die Leistungserbringer, der sie zu einem effizienteren Einsatz der vorhandenen Ressourcen motivieren würde. Würden – wie im Fallpauschalensystem – Preise festgelegt, wäre dies ein Anreiz für die Spitäler, die Behandlungskosten innerhalb des vom Preis festgelegten Rahmens zu halten. Eine weitere Folge des Tagespauschalen-Systems ist, dass dadurch kein Benchmar-

¹ Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens 2005, Bundesamt für Statistik, Neuchâtel, 2007

² Die Kantonsregierungen und, wenn nötig, der Bundesrat ordnen Betriebsvergleiche zwischen Spitälern an. Die Spitäler und die Kantone müssen dafür die nötigen Unterlagen liefern. Ergibt der Betriebsvergleich, dass die Kosten eines Spitals deutlich über den Kosten vergleichbarer Spitäler liegen, oder sind die Unterlagen eines Spitals ungenügend, so können die Versicherer den Vertrag nach Artikel 46 Absatz 5 kündigen und der Genehmigungsbehörde (Art. 46 Abs. 4) beantragen, die Tarife auf das richtige Mass zurückzuführen.

king möglich ist und ein Vergleich der Behandlungskosten zwischen Spitälern nicht korrekt möglich ist, was zu fehlender Transparenz führt.

1.2 Neue Spitalfinanzierung ab 1. Januar 2009

National- und Ständerat haben in der Schlussabstimmung der Wintersession 2007 die Neuregelung der Spitalfinanzierung im KVG gutgeheissen. Das revidierte Gesetz tritt am 1. Januar 2009 in Kraft. Die Übergangsbestimmungen sehen vor, dass einzelne Bestimmungen (leistungsbezogenen Pauschalen und neue Finanzierungsanteile der Kantone) bis spätestens am 1. Januar 2012 eingeführt werden. Bis zu diesem Zeitpunkt beteiligen sich Kantone und Versicherer entsprechend der bisherigen Finanzierungsregelung an den Kosten der stationären Behandlungen.

Die vom Parlament beschlossene neue Spitalfinanzierung enthält die folgenden wesentlichen Punkte:

- Vollkostenprinzip als Grundlage für die Preisgestaltung: Einbezug sämtlicher anrechenbaren Kosten inkl. Abschreibungen und Kapitalzinskosten.
- Separate Finanzierung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen und der Kostenanteile aus Forschung und universitärer Lehre.
- Gleichstellung der auf den kantonalen Spitallisten geführten öffentlichen und privaten Leistungserbringer; nur noch Listenspitäler und Wegfall der Defizitgarantie.
- Die stationären Spitalbehandlungen werden leistungsbezogen finanziert. In der Regel werden Pauschalen vereinbart. Die Pauschalen orientieren sich an der medizinischen Diagnose (DRG) und beruhen auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen.
- Der Kantonsanteil an den Kosten der stationären Spitalbehandlungen wird auf mindestens 55% festgelegt.
- Kantone und Versicherer vergüten nur Leistungen von sogenannten Listenspitälern, das heisst von Spitälern, an welche die Kantone zur Sicherstellung der Versorgung Leistungsaufträge erteilen und die deshalb auf der kantonalen Spitalliste aufgeführt sind. Als Listenspitäler kommen sowohl öffentliche wie private Spitäler in Frage.
- Die Krankenversicherer können auf freiwilliger Basis auch OKP-Leistungen von Spitälern abgelten, die nicht auf der Spitalliste stehen (sog. Vertragsspitäler).
- Freie Spitalwahl (Listenspital), wobei bei stationärer Behandlung die Vergütung höchstens nach dem Tarif des Wohnkantons für die entsprechende Behandlung gilt.
- Einheitliche Planungskriterien des Bundes auf der Grundlage von Qualität und Wirtschaftlichkeit als Basis für den kantonalen Leistungsauftrag.

1.3 SwissDRG

Wie von den Anzugstellern festgehalten, wurde der Verein SwissDRG Ende April 2004 gegründet mit dem Zweck, ein Modell eines schweizweit einheitlichen, umfassenden Leistungsabgeltungssystems für die Aufenthalte im stationären akutsomatischen Bereich bereitzustellen, welches auf einem diagnosebezogenen Patientenklassifikationssystem basiert. Der Verein wurde am 18. Januar 2008 in Bern in eine gemeinnützige Aktiengesellschaft überführt, mit der die Kantone und die Krankenversicherungs-Tarifpartner die Tarifstruktur in den Spitälern vereinheitlichen und damit auch für die Patienten übersichtlicher und transpa-

renter gestalten wollen. Damit können jene Postulate umgesetzt werden, welche das Parlament in der Neuregelung der Spitalfinanzierung verankert hat. Gleichzeitig mit der Gründung der SwissDRG AG wurde ein sogenanntes Casemix-Office ("CMO") geschaffen. Das CMO hat folgende Aufgaben:

- Sammlung und Plausibilisierung der Leistungsdaten der Spitäler zur Berechnung der Kostengewichte,
- Definition und Anpassungen der Standards für den DRG-Datensatz,
- Pflege der Tarifstruktur und Vorschläge für Gruppierungsanpassungen,
- Herausgabe und Revision der Kodierrichtlinien in Zusammenarbeit mit der Expertengruppe des Bundesamtes für Statistik.

Für die zur Einführung eines DRG-Systems notwendigen Kenntnisse der Fallkosten arbeitet das CMO mit schweizweit 40 sogenannten "Netzwerkspitälern" zusammen, die dem CMO Daten zu Leistungen und Behandlungskosten auf freiwilliger Basis zur Verfügung stellen. Im Kanton Basel-Stadt beteiligen sich das Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB), das Universitätsspital Basel (USB) und das St. Clara-Spital als Netzwerkspitäler an der Datenerhebung.

Das Verwaltungsratspräsidium der SwissDRG AG wird durch Regierungsrat Dr. Carlo Conti wahrgenommen, der bereits Präsident des Steuerungsausschusses des Vereins SwissDRG war. Im Rahmen der Ausarbeitung eines schweizweit einheitlichen DRG-Systems ist damit gewährleistet, dass der Kanton Basel-Stadt an der Ausarbeitung des Fallpauschalensystems beteiligt ist.

2. Anliegen der Anzugssteller

Bezüglich der Spitalfinanzierung bringt ein kantonaler Alleingang keine Vorteile mit sich. Da spätestens 2012 ein schweizweit einheitliches System eingeführt wird, kann der zusätzliche Aufwand für einen Alleingang nicht in so kurzer Zeit durch eine entsprechende Kostenreduktion kompensiert werden. Zudem gelang es dem Kanton Basel-Stadt durch eine konsequente Anwendung von Anreizsystemen zur Kostensenkung (Globalbudgets für die staatlichen Spitäler, Privatspitalvertrag mit den Privatspitälern) das Kostenwachstum für stationäre Behandlungen stärker einzudämmen als im gesamtschweizerischen Durchschnitt:

Pro-Kopf-Kosten der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) für stationäre Spitalbehandlungen (in CHF):

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
BS	848	749	683	802	839	918	973	980
CH	500	510	509	554	624	641	661	686


Seit 2000 sind die Pro-Kopf-Kosten der OKP für stationäre Spitalbehandlungen in Basel-Stadt nur halb so stark gestiegen (+ 15.6%) wie der Schweizer Durchschnitt (+ 37.2%).

Auch bei der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit sind keine Erleichterungen durch die Einführung eines kantonalen DRG-Systems zu gewärtigen, da Frankreich und Deutschland kein gemeinsames Fallpauschalensystem besitzen. Zudem würden mit einem kantonalen Alleingang nationale Bemühungen um ein einheitliches Tarifsysteem zur Finanzierung von stationären akut somatischen Behandlungen unnötigerweise gefährdet.

3. Antrag

Auf Grund dieses Berichts beantragen wir Ihnen, den Anzug Rolf Stürm und Konsorten betreffend Einführung einer Spitalfinanzierung nach Fallpauschalen (sog. DRG-System; Diagnosis Related Groups) abzuschreiben.

Im Namen des Regierungsrates des Kantons Basel-Stadt



Dr. Guy Morin
Präsident



Dr. Robert Heuss
Staatsschreiber