

**Mitteilung zur Medienkonferenz von SwissDRG vom 22. März 2006**  
im Burgerspital, Bubenbergrplatz 4, Bern, von 9.30 Uhr bis 10.30

**Entscheidende Reformschritte in der Schweizer Spitalfinanzierung: SwissDRG unterzeichnet Vertrag mit dem deutschen Institut für das Entgeltsystem (InEK gGmbH) zur Einführung eines schweizweit einheitlichen Tarifsystems für den Spitalbereich und der Ständerat verabschiedet gesetzliche Grundlage.**

Regierungsrat Dr. Carlo Conti, Präsident des Vereins SwissDRG, ein Zusammenschluss der wichtigsten Partner im Gesundheitswesen (FMH, GDK, H+, MTK und santésuisse<sup>1</sup>), unterzeichnet heute Abend in Berlin vor den deutschen Medien einen Kooperationsvertrag mit dem deutschen Institut für das Entgeltsystem (InEK gGmbH). Dieser Vertrag ermöglicht es der Schweiz, das deutsche Fallpauschalensystem, G-DRG, zu übernehmen und nach entsprechender Anpassung an die Schweizer Verhältnisse in allen Schweizer Spitälern einzuführen. Die grossen Vorteile dieser neuen Form der Spitalabgeltung sind: Die Spitalleistungen werden in Leistungsgruppen aufgeteilt und in der ganzen Schweiz nach denselben Kriterien bewertet. Sie werden damit vergleichbarer. Das Modell verstärkt den Anreiz, bei gleichbleibend hoher Qualität die durchschnittlich sehr lange Aufenthaltsdauer in Schweizer Spitälern zu senken und damit Kosten zu sparen.

Der Ständerat hat in der Frühjahrssession die entsprechende gesetzliche Grundlage im Rahmen der KVG-Revisionsvorlage zur Spitalfinanzierung verabschiedet. Im Sommer wird die Vorlage im Nationalrat behandelt.

Im Einklang mit dem angestrebten Umsetzungsfahrplan der Revision hat SwissDRG beschlossen, die tarifwirksame Einführung per 2009 zu realisieren. So früh wie nur möglich werden die Tarifpartner und die Kantone ein SwissDRG Casemix-Office installieren, das die ständige Wartung und Weiterentwicklung des Fallpauschalensystems betreuen wird.

Weitere Auskünfte erhalten Sie:

a) an der Pressekonferenz von Regierungsrat Dr. Carlo Conti, Prof. Thomas Zeltner (Direktor BAG), Dr. Bernhard Wegmüller (H+), Marc-André Giger (santésuisse), Dr. Pierre-François Cuénoud (FMH) und Beat Huwiler (MTK).

b) telefonisch von:

Michael Jordi, Zentralsekretariat GDK, 031 356 20 20

Dr. Walter Bosshard, Projektleiter, 079 784 88 89

c) unter [www.swissdrg.org](http://www.swissdrg.org) (Presserohstoff, Newsletter, usw.)

---

<sup>1</sup> BAG, BFS und SBK (Pflegeverband) sind als Beobachter ebenfalls im Projekt integriert.

## Presserohstoff

### Was sind DRGs?

DRG = Diagnosis Related Groups; diagnosebezogene Fallgruppen.

DRG-Systeme sind in erster Linie Fallgruppierungsinstrumente. Da sie Fälle ähnlicher Diagnose und Therapie, sowie ähnlicher Kosten in Gruppen (DRG) zusammenfassen, eignen sie sich als Tarifgrundlage für diagnosebezogene Fallpreispauschalen. Jeder DRG kann ein relatives Fallkostengewicht zugeordnet werden.

Erste DRG-Systeme wurden in den USA vor rund 30 Jahren entwickelt. Seither hat sich daraus – über den Globus verteilt – eine ganze Familie unterschiedlichster Systemderivate und Weiterentwicklungen gebildet.

Ein sogenannter Grouper (Gruppiert-Software) gruppiert die einzelnen Fälle in bestimmte DRGs. Der Grouper dient dem Spital zur Identifizierung der DRG-Gruppenzugehörigkeit des individuellen Falles und damit der DRG-spezifischen Abrechnung. Der Grouper wird mit Fallangaben zur Diagnose (Hauptdiagnose und mehrere Nebendiagnosen) und zu Prozeduren (Hauptprozedur und mehrere Nebenprozeduren, also Eingriffe/Operationen/Therapien) gefüttert und gibt als Ergebnis die zugehörige DRG aus.

### Was können DRGs?

Mit DRG werden in der Schweiz alle im Akutspital geleisteten Fälle (mit Ausnahme von Psychiatrie, Geriatrie und einigen speziellen Leistungen) nach den gleichen Kriterien gruppiert und bewertet. Das System soll garantieren, dass ein komplexer Fall einen höheren Wert erhält, als ein einfacher Fall ohne Komplikationen. Die Leistungspakete werden damit vergleichbar. Die Aufgabe der Tarifpartner wird es sein, letztlich den Preis des Falls noch zu bestimmen. Ob es hier noch regionale Differenzen oder Unterschiede nach Spitalkategorie geben wird (Unispital – Zentrumsspital – Bezirksspital) ist noch offen.

SwissDRG:

- führt zu einer Vereinheitlichung des Entgeltsystems auf nationaler Ebene, mit klar identifizierbarem Leistungsbezug (Abkehr von einem reinen Kostenerstattungssystem).
- bewirkt eine Erhöhung der Vergleichbarkeit unter den Leistungserbringern, die auch ein eigentliches Benchmarking zulässt
- ermöglicht eine bessere Ressourcenplanung und gezielteren Mitteleinsatz für die Kantone (Krankenhausbedarfsplanung)
- ergänzt das Management-Instrumentarium für Klinikdirektionen
- erhöht den Druck für eine korrekte Leistungserfassung und eine verbesserte Kostenrechnung der Spitäler

Es wird darauf zu achten sein, dass unerwünschte Begleiterscheinungen verhindert werden. Eine DRG-Einführung bringt in der Regel einen Rückgang der mittleren Auf-

enthaltensdauer mit sich. Es gibt keinen Anreiz mehr, wie bei einer Tagespauschale die Patienten möglichst lange im Spital zu halten. Die Verkürzung der Aufenthaltsdauer ist ein durchaus gewollter Effekt, liegt doch die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Schweizer Spitälern über dem europäischen Durchschnitt. Es kann auf der anderen Seite aber auch nicht Ziel sein, Patienten frühzeitig zu entlassen, nur um die Fallkosten zu drücken. Solches gilt es mit geeigneten, qualitätssichernden und tarifpolitischen Massnahmen zu verhindern. Auch kommt dabei der Spitex und der Übergangspflege eine entscheidende Rolle zu. Die richtige Pflege, am richtigen Ort, zur richtigen Zeit, zum richtigen Preis zu erbringen, muss zur Richtschnur der zukünftigen Behandlungskette werden.

### **Die Vorarbeiten von SwissDRG**

Im April 2004 wurde der Verein SwissDRG gegründet und im Folgemonat wurde das gleichnamige Projekt lanciert. Die Vereinsmitglieder (Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK), die Vereinigung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH), H+ Die Spitäler der Schweiz, Santésuisse und die Medizinaltarifkommission (MTK)). Sie einigten sich darauf, die Spitalleistungen in der Schweiz im Gegensatz zu heute nach einem einheitlichen, pauschalierenden Entgeltsystem zu entschädigen. Das künftige Entgeltmodell entschädigt Behandlungsfälle nach Diagnosegruppen.

In den vergangenen zwei Jahren wurden im Projekt wichtige Meilensteine erreicht. Mitunter gelang es, aus einer Vielzahl von bestehenden DRG-Systemen dasjenige auszuwählen, das den spezifischen Anforderungen in der Schweiz am besten entspricht. Zudem wurde ein Netzwerk von rund 40 Spitälern etabliert, welches dem von SwissDRG dafür beauftragten Bundesamt für Statistik fallbezogene Kostendaten und medizinische Angaben zur Diagnose und zur Behandlung liefert. Diese unverzichtbaren Daten werden für die Kalkulation der DRG-Entgeltparameter benötigt. Schliesslich wurden auch Grundlagenpapiere erstellt, um die Falldefinition zu vereinheitlichen und die Berechnungsmodalitäten festzulegen.

Bereits heute wird in einigen Kantonen nach diagnosebezogenen Fallgruppen vergütet. Dies trifft für viele Westschweizer Kantone, den Tessin, Schwyz und einige Spitäler in Bern und weiteren Kantonen zu. Diese leisten in der Schweiz Pionierarbeit. Das angewendete Modell APDRG wird auch von den Unfallversicherern eingesetzt. Die bisherigen Anwendungen haben gezeigt, dass damit die Vergleichbarkeit entschieden verbessert wird. Das Instrument APDRG ist aber eher grob und eignet sich nicht in allen Fällen zu einer differenzierten Abbildung der Fälle. Es soll deshalb durch SwissDRG abgelöst werden.

## Ungenügende Rechtsgrundlage im geltenden KVG

Im geltenden KVG ist in Artikel 49 ist zwar festgeschrieben, dass stationäre Leistungen durch den Versicherer mit Pauschalen abzugelten sind. Dies können aber ebenso gut Tagespauschalen, wie Abteilungsfallpauschalen mit Tageskomponenten oder Fallpauschalen sein. Weder wird eine einheitlich Tarifstruktur vorgeschrieben noch eine Leistungsbezogenheit gefordert. Diese Rechtsgrundlage ermöglicht zwar Fallpauschalen, verhindert aber, dass Versicherer, Spitäler und Kantone zu einem einheitlichen Vorgehen verpflichtet werden können. Deshalb ist SwissDRG als Verein auf eine klare Gesetzesgrundlage für die flächendeckende Einführung von DRGs angewiesen.

Die Revisionsvorlage des Ständerates sieht denn auch eine klare Gesetzesgrundlage vor, deren Inhalt unbestritten war:

**KVG Art. 49 Abs. 1:** *Für die Vergütung der stationären Behandlung einschliesslich Aufenthalt in einem Spital (Art. 39 Abs.1) vereinbaren die Vertragsparteien Pauschalen. In der Regel sind Fallpauschalen festzulegen; die Pauschalen sind leistungsbezogen und beruhen auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen. Die Vertragsparteien können vereinbaren, dass besondere diagnostische oder therapeutische Leistungen nicht in der Pauschale enthalten sind, sondern getrennt in Rechnung gestellt werden. Diese Spitaltarife orientieren sich an der Entschädigung jener Spitäler, welche die tarifierte obligatorisch versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen.*

Zudem ermöglicht sie die Erarbeitung und Pflege des Tarifs durch die Tarifpartner und die Kantone sowie die Erhebung eines Fallbeitrags zur Finanzierung dieser Arbeiten:

**KVG Art. 49 Abs. 2:** *Die Tarifpartner setzen gemeinsam mit den Kantonen eine Organisation ein, die für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege der Strukturen zuständig ist. Zur Finanzierung der Tätigkeiten kann ein kostendeckender Beitrag pro abgerechnetem Fall erhoben werden. Die Spitäler haben der Organisation die dazu notwendigen Kosten- und Leistungsdaten abzuliefern. Fehlt eine derartige Organisation, so wird sie vom Bundesrat für die Tarifpartner verpflichtend eingesetzt. Die von der Organisation erarbeiteten Strukturen wie deren Anpassungen werden von den Tarifpartnern dem Bundesrat zur Genehmigung vorgelegt. Können sich diese nicht einigen, so legt der Bundesrat die Strukturen fest.*

Es wäre fatal, wenn Artikel 49 durch den Streit über Kompetenzen und Verteilschlüssel zwischen Kantonen und Versicherern noch lange nicht eingeführt werden kann.

## Heute Vertragsunterzeichnung; G-DRG als Basis für SwissDRG

Schon immer war klar: Die Schweiz sollte nicht das Rad mit einem neuen Entschädigungssystem neu erfinden. Vielmehr sollte auf ein bestehendes Modell zurückgegriffen werden, welches dann auf die rechtlichen und medizinischen Gegebenheiten in der Schweiz noch angepasst wird.

Im Dezember 2005 haben sich die zuständigen Organe der Mitgliedorganisationen SwissDRG nach intensiver und systematischer Evaluation verschiedener bestehender DRG-Systeme mehrheitlich für das deutsche Modell G-DRG (German Diagnosis Related Groups) ausgesprochen.

Beim gewählten deutschen Modell G-DRG handelt es sich um ein Produkt, das die modernen, vielfältigen Anforderungen an ein Entgeltsystem bestmöglich erfüllt. Neben den überzeugenden Systemeigenschaften war auch der Aspekt der partnerschaftlichen Dimension, bzw. die Möglichkeit zwischenstaatlicher Kooperation von zentraler Bedeutung. Mit dem deutschen Institut für Entgeltsysteme im Krankenhaus (InEK gGmbH), das im Auftrag der deutschen Selbstverwaltung G-DRG permanent weiterentwickelt, haben wir den idealen Partner für unser Vorhaben gefunden.

Heute wird der Kooperationsvertrag zwischen SwissDRG und InEK unterzeichnet, womit der Grundstein für eine längerfristige Zusammenarbeit gelegt wird. Diese Zusammenarbeit wird auch eine fachliche Unterstützung und ein Schulungsprogramm beinhalten.

## Die Weiterarbeit: Installierung eines SwissDRG Casemix-Office (CMO)

Das CMO ist gemäss dem KVG-Revisionsentwurf des Ständerates zuständig „für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege der [Tarif-] Strukturen“. Es gilt nun, den Aufbau dieser gemeinsamen Organisation der Tarifpartner und der Kantone unverzüglich anzupacken. Der Steuerungsausschuss hat sich deshalb entschieden, die Gründung zu beschleunigen und hierfür eine Arbeitsgruppe einzusetzen. Sie hat die Aufgabe, die Entscheidungsgrundlage zu schaffen, damit der Steuerungsausschuss schon bald über die Rechtsform des zukünftigen CMO, die Zusammensetzung und Rechte der Trägerschaft und schliesslich über die Übergangsfinanzierung des CMO entscheiden kann. Als Rechtsform steht die Bildung einer Aktiengesellschaft mit gemeinnütziger Zweckbindung im Vordergrund. Zu prüfen ist aber weiterhin auch die Weiterführung eines Vereins. Der Gesetzesentwurf sieht vor, dass „zur Finanzierung der Tätigkeiten ein kostendeckender Beitrag pro abgerechnetem Fall erhoben werden kann“. Damit ist sichergestellt, dass die Führung dieses gemeinsamen Tarifstruktur-Kompetenzzentrums auch eine gesicherte finanzielle Grundlage erhält. Solange die Fallpauschalen noch nicht tarifwirksam sind, ist eine Vorfinanzierung bis ins Jahr 2009 nötig. Eine Finanzierungslösung wird ausgearbeitet, welche mittels eines Rahmenvertrags zwischen Leistungserbringern und Finanzierern auf tarifvertraglicher Ebene ebenfalls eine Fallabgabe vorsieht. Damit sollen – wie gesetzlich vorgesehen – die Anschaffungskosten des Systems und die nötigen Anpassungen des Systems zur Einführungsbereitschaft finanziert werden. Schliesslich erhebt der Ständerat im Gesetzesentwurf noch den Mahnfinger: Fehlt eine derartige CMO-Organisation, so wird sie vom Bundesrat für die Tarifpartner verpflichtend eingesetzt.

## **Geschichte von G-DRG und Problematik Prozedurencode**

Mit dem Gesundheitsreformgesetz 2000 wurden in Deutschland weitreichende Änderungen im Krankenhausbereich eingeleitet. Es wurde u.a. festgelegt, dass ab 2003 ein pauschalierendes DRG-Entgeltsystem, zum Einsatz kommen soll.

Das australische System AR-DRG (Australian Refined DRG) wurde als Grundlage für die Entwicklung eines deutschen DRG-Systems ausgewählt.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft haben am 10. Mai 2001 das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK gGmbH) in der Rechtsform einer gemeinnützigen GmbH gegründet.

Das Institut unterstützt die Vertragspartner der Selbstverwaltung und die von ihnen gebildeten Gremien bei der gesetzlich vorgeschriebenen Einführung und kontinuierlichen Weiterentwicklung des DRG-Systems auf der Grundlage von § 17 b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.

Mit der schrittweisen Anpassung und Weiterentwicklung auf deutsche Verhältnisse entstand G-DRG (German DRG), das heute als eigenständiges Modell gilt und in den deutschen Krankenhäusern landesweit als Entgeltsystem verwendet wird.

G-DRG verwendet für die Verschlüsselung von Diagnosen das international verwendete Codesystem ICD-10 und für die Verschlüsselung der Prozeduren (Eingriffe und Therapien) den deutschen OPS301.

G-DRG (Version 2006) hat 912 verrechenbare Fallgruppen und erzielt eine bisher weltweit von keinem anderen System erreichte Güte bezüglich der Kostenhomogenität der Gruppen.

In der Schweiz verwenden wir für die Verschlüsselung der Prozeduren das Codesystem CHOP (eine Übersetzung und Ergänzung des internationalen Schlüssels ICD-9-CM), in Deutschland hingegen wird das Codesystem OPS301 verwendet. Da die Spitäler in der Schweiz auch weiterhin den CHOP verwenden sollen, muss für die Erstellung des SwissDRG Groupers eine Umschlüsselung (ein sogenanntes Mapping) vom einen in das andere Codesystem erfolgen. Diese Arbeit wird in den kommenden Monaten erfolgen. Der erste SwissDRG Grouper wird voraussichtlich im Frühjahr 2007 verfügbar sein.