



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI  
Bundesamt für Gesundheit BAG

# Qualität und Preise unter DRG – Was sagt der Gesetzgeber?

**Schweizerische Gesellschaft für Medizincontrolling  
Bern, 16. November 2010**

**Andreas Faller**

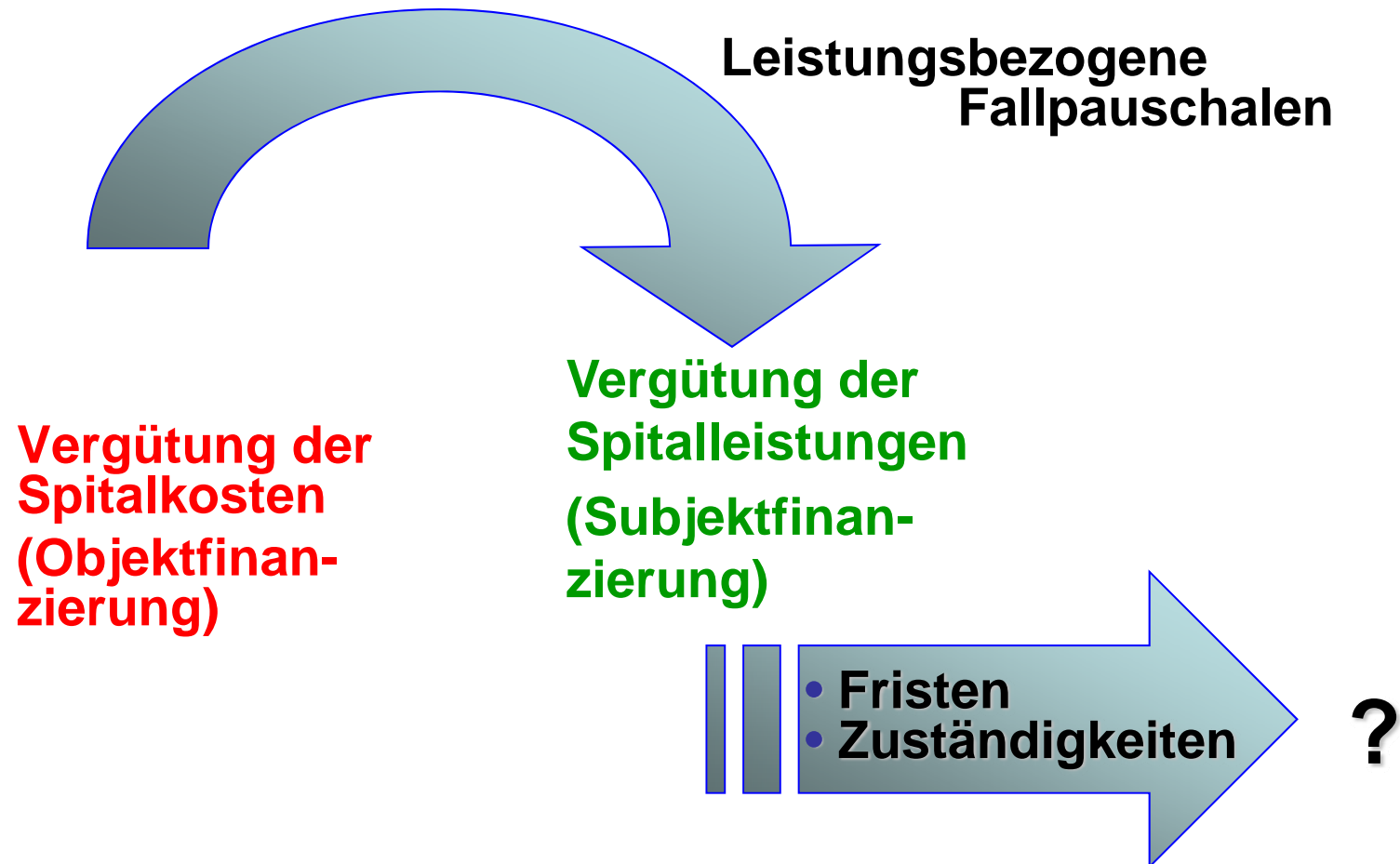
**lic. iur., Advokat**

**Vizedirektor Bundesamt für Gesundheit (BAG)**

**Leiter Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung**



# Swiss DRG - KVG-Revision (Spitalfinanzierung)

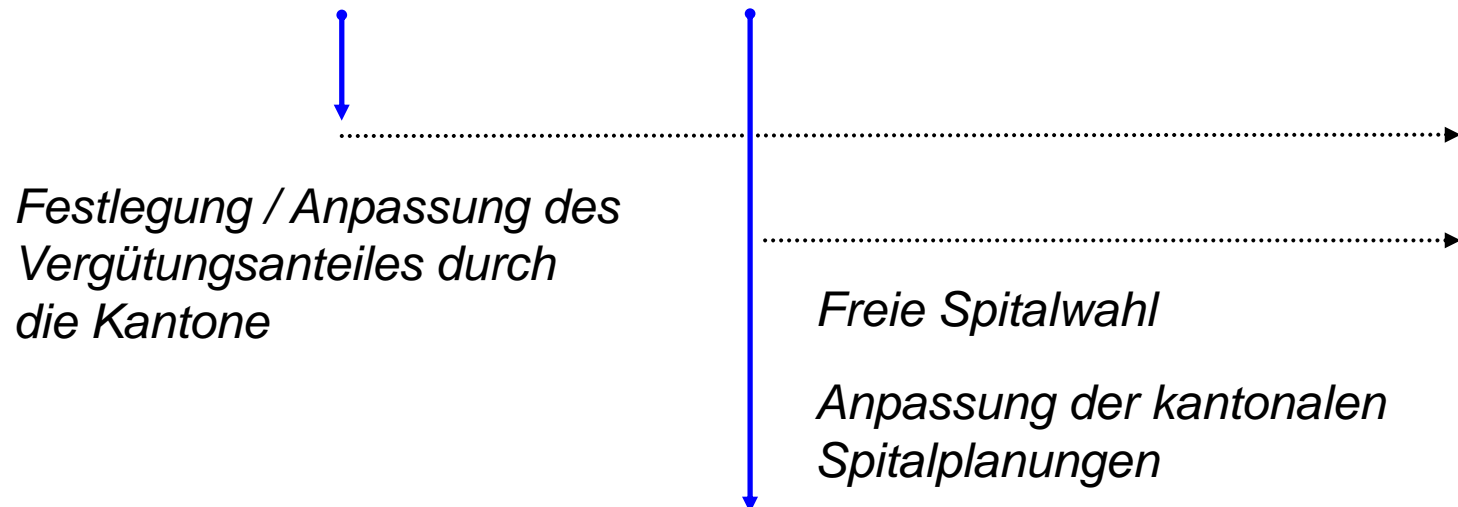




## Swiss DRG - Fristen

Einführung der leistungsbezogenen Pauschalen sowie Anwendung der Finanzierungsregelung nach Artikel 49a KVG mit Einschluss der Investitionskosten für alle Bereiche (Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie) bis spätestens:

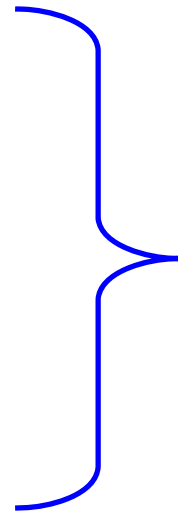
**31. Dezember 2011**





## Swiss DRG - Zuständigkeiten

- Bund
- Kantone
- Tarifpartner

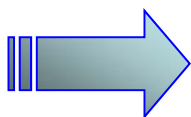


**Umsetzung neue  
Spitalfinanzierung**  
(Einführung der  
leistungsbezogenen  
Pauschalen)



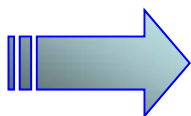
## Swiss DRG - Kompetenz des Bundesrates

Festlegung



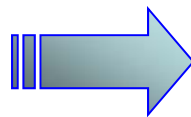
Modalitäten der Einführung  
Einbezug der Investitionskosten

Genehmigung



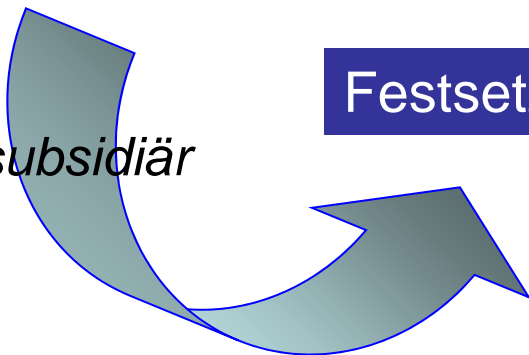
Tarifvertrag inkl. Tarifstruktur  
Fallbeitrag

Festsetzung



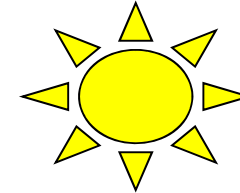
Organisation  
Tarifstrukturen

*subsidiär*





# Swiss DRG - Stand der Umsetzung

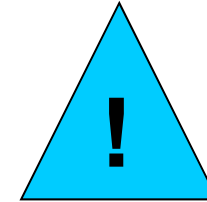


**Erledigt !**

- **SwissDRG AG:** die Arbeiten sind im akutsomatischen Bereich auf operativer Ebene institutionalisiert
- **Nationaler Vertrag, Tarifstruktur SwissDRG 0.2, Anwendungsmodalitäten, ...**
- **Genehmigung** durch den **Bundesrat** (Entscheid vom 18.6.2010), mit **Auflagen** an die Tarifpartner



# Swiss DRG - Stand der Umsetzung



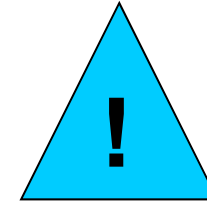
To Do-Liste

## Akutsomatischer Bereich

- **SwissDRG Version 1.0**
- **Kosten Forschung und universitäre Lehre**
- **Ärztliche Aus- und Weiterbildung**
- **Investitionskosten**
- **Schätzungen** über die Auswirkungen
- **Qualität** : verbindliche nationale Regelung
- **Tarifverhandlungen** (Baserate)
- **Datenaustausch**
- **Monitoring** und **Korrekturmassnahmen**



# Swiss DRG - Stand der Umsetzung



To Do-Liste

## Andere Bereiche

- Verschiedene Projekte (z.B. psysuisse, P-TAR, STM Reha MTK, ...) müssen von den Tarifpartnern **gemeinsam auf nationaler Ebene** vorangetrieben werden
- Die Tarifpartner haben **bis Ende 2010** dem Bundesrat mitzuteilen, wie sie der Anforderung von leistungsbezogenen Pauschalen in den durch die Tarifstruktur SwissDRG 0.2 **nicht abgedeckten Bereichen** nachkommen werden





# Swiss DRG - Umsetzung – Pendenzen Tarifpartner

## Beschluss des Bundesrates vom 18. Juni 2010

- Konzept zur Integration der Investitionskosten in die Tarifstruktur => Einschluss der Investitionskosten muss bis 31.12. 2011 abgeschlossen sein
- Vorschlag bezüglich Begleitmassnahmen, vor allem Monitoring zur Entwicklung der Kosten und Leistungsmengen sowie der Korrekturmassnahmen



# Swiss DRG - Umsetzung – Pendenzen Tarifpartner

## Beschluss des Bundesrates vom 18. Juni 2010

- Schätzungen über die Auswirkungen des Tarifs auf Leistungsvolumen und Kosten
- Schaffung verbindlicher, auf nationaler Ebene vereinbarter Instrumente und Mechanismen zur Gewährleistung der Qualität der Leistungen im Rahmen der Tarifierung



# Umsetzung – Pendenzen Tarifpartner

## Beschluss des Bundesrates vom 18. Juni 2010

- Regelung des Datenaustausches zwischen Spitälern und Versicherern



# Umsetzung – Pendenzen Tarifpartner

## Problemstellung Spitäler

Der Verband H+ hat kein umfassendes Mandat der Spitäler zur Verhandlungsführung. Dies erschwert die speditive Erledigung der Pendenzen erheblich und birgt das Risiko, dass Entscheide ohne effektive Wahrung der Interessen der Spitäler gefällt werden müssen. In extremis kann es zu Ersatzvornahmen durch den Bund in einzelnen Punkten kommen.



## Swiss DRG - Erfahrungen Deutschland

- Keine Veränderung bestehender Trends bez. Zahl der Krankenhäuser und Zahl der Betten je 100'000 Einwohner
- Fallsplitting („Drehtüreffekt“): Keine Fallzahlvermehrung
- Verweildauerverkürzung: Keine Verstärkung des langjährig bestehenden Trends
- Risikoselektion („Rosinenpickererei“): kein erkennbarer Einfluss auf die Leistungsspezialisierung oder Leistungsdiversifikation der Spitäler



## Swiss DRG - Erfahrungen Deutschland (II.)

- Keine Hinweise für eine Verlagerung von Leistungen oder Aufgaben der Spitäler in die Rehabilitation
- Kostenanstieg verlangsamt
- Deutlich verbesserte Transparenz zum stationären Leistungsgeschehen
- DRG hat rund die Hälfte der Spitäler zu einer strategischen Neuausrichtung veranlasst
- Phänomen einer systematischen, zu frühzeitigen Entlassung aus dem Krankenhaus kann nicht belegt werden



## DRG und Qualität

- DRG sollen zur Effizienzsteigerung führen, nicht zu Qualitätsverlusten
- Es sollen weder die billigsten noch die grundsätzlich besten, sondern die geeigneten Behandlungen / Arzneimittel / Produkte zum Einsatz kommen
- Projekt Qualitätssicherung des Bundes (Schaffung von Anreizen zum qualitätssichernden Verhalten)
- Medizincontrolling
- Wettbewerbstauglichkeit der Spitäler



## DRG und Innovation

- Es gibt Innovationen die sich kostensenkend auswirken, andere kostenneutral, weitere kostensteigernd
- Kostensteigernde Innovationen können nur zugelassen werden, wenn sie die WZW-Kriterien (Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit, Wirksamkeit) erfüllen => u.U. Health Technology Assessments (HTA) – aber: keine Positivliste
- DRG sollen die Innovation nicht verhindern / bremsen, sondern an Effizienz und Qualität des Versorgungssystems ausrichten
- Es ist Aufgabe der Tarifpartner, Vorschläge für die Berücksichtigung der Innovation im Rahmen der Tarifbildung zu machen; Auftrag formuliert (Gefäss „DRG-Reporting“)





## Schlussfolgerungen

- Der Einführungstermin 1. Januar 2012 steht fest und bleibt bestehen.
- Per 1. Januar 2012 sind nicht nur Lösungen in der Akutsomatik, sondern auch in der Psychiatrie und Rehabilitation einzuführen.
- Die Tarifpartner haben noch massgebende Pendenzen bis Ende 2010 zu erledigen.
- Die Spitäler sind derzeit bei den Verhandlungen nicht handlungsfähig vertreten.
- Die geäusserten Bedenken (v.a. von Seiten Ärzteschaft und Pflege) müssen gehört und ernst genommen werden.



## Schlussfolgerungen (II)

- Qualitätsbewusstes Verhalten soll Berücksichtigung finden; gute Qualität bedingt unter Umständen zunächst Investitionen, erhöht aber die Patientensicherheit und führt zu Einsparungen durch Vermeidung von Behandlungsfehlern.
- SwissDRG darf – abgesehen von der Einführungsphase bis zur Bereinigung – zu keinen Kostensteigerungen führen, höchstens zu einer Umverteilung der Belastung zwischen Kassen und Kantonen.
- Die Kosten, welche die Einführung der neuen Spitalfinanzierung am 1. Januar 2012 (Kostenteiler Versicherer / Kantone, freie Spitalwahl etc.) nach sich zieht, sind klar von den Systemeinführungskosten DRG zu unterscheiden.



# Qualitätssicherung





## Qualitätssicherung - Ziele

**Der Bund beurteilt die Qualität der Leistungserbringung nach den folgenden Zieldimensionen:**

Die Leistungserbringung soll **sicher, wirksam, patientenzentriert, rechtzeitig** und **effizient** sein und der Zugang zu den Leistungen soll für alle Personen **chancengleich** erfolgen.

Diese Zieldimensionen bilden die Kriterien für die Beurteilung und Festlegung möglicher Massnahmen zur Verbesserung der Qualität im Gesundheitswesen.



# Qualitätssicherung – Gesetzliche Grundlagen

## Art. 58 KVG: Qualitätssicherung

**1 Der Bundesrat kann nach Anhören der interessierten Organisationen systematische wissenschaftliche Kontrollen zur Sicherung der Qualität oder des zweckmässigen Einsatzes der von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommenen Leistungen vorsehen.**

2 Er kann die Durchführung der Kontrollen den Berufsverbänden oder anderen Einrichtungen übertragen.

**3 Er regelt, mit welchen Massnahmen die Qualität oder der zweckmässige Einsatz der Leistungen zu sichern oder wiederherzustellen ist.** Er kann insbesondere vorsehen, dass:

a. vor der Durchführung bestimmter, namentlich besonders kostspieliger Diagnose- oder Behandlungsverfahren die Zustimmung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin eingeholt wird;

b. besonders kostspielige oder schwierige Untersuchungen oder Behandlungen von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nur vergütet werden, wenn sie von dafür qualifizierten Leistungserbringern durchgeführt werden.

Er kann die Leistungserbringer näher bezeichnen.



# Qualitätssicherung Gesetzliche Grundlagen

## Art. 77 KVV: Qualitätssicherung

**1 Die Leistungserbringer oder deren Verbände erarbeiten Konzepte und Programme über die Anforderungen an die Qualität der Leistungen und die Förderung der Qualität.** Die Modalitäten der Durchführung (Kontrolle der Erfüllung und Folgen der Nichterfüllung der Qualitätsanforderungen sowie Finanzierung) werden in den Tarifverträgen oder in besonderen Qualitätssicherungsverträgen mit den Versicherern oder deren Verbänden vereinbart. Die Bestimmungen haben den allgemein anerkannten Standards zu entsprechen, unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit der Leistungen.

2 Die Vertragsparteien sind verpflichtet, das BAG über die jeweils gültigen Vertragsbestimmungen zu informieren. Das BAG kann über die Durchführung der Qualitätssicherung eine Berichterstattung verlangen.

3 In den Bereichen, in denen kein Vertrag abgeschlossen werden konnte oder dieser nicht den Anforderungen von Absatz 1 entspricht, erlässt der Bundesrat die erforderlichen Bestimmungen. Er hört zuvor die interessierten Organisationen an.

4 Das Departement setzt nach Anhören der zuständigen Kommission die Massnahmen nach Artikel 58 Absatz 3 des Gesetzes fest.



# Qualitätssicherung - Die Qualitätsstrategie des Bundes

- Bericht vom 9. Oktober 2009
- Konkretisierungsprojekt läuft seit Anfang 2010 in drei Teilprojekten
- Konkretisierungsprojekt soll bis Ende 2010 abgeschlossen sein



# Qualitätssicherung - Die Qualitätsstrategie des Bundes

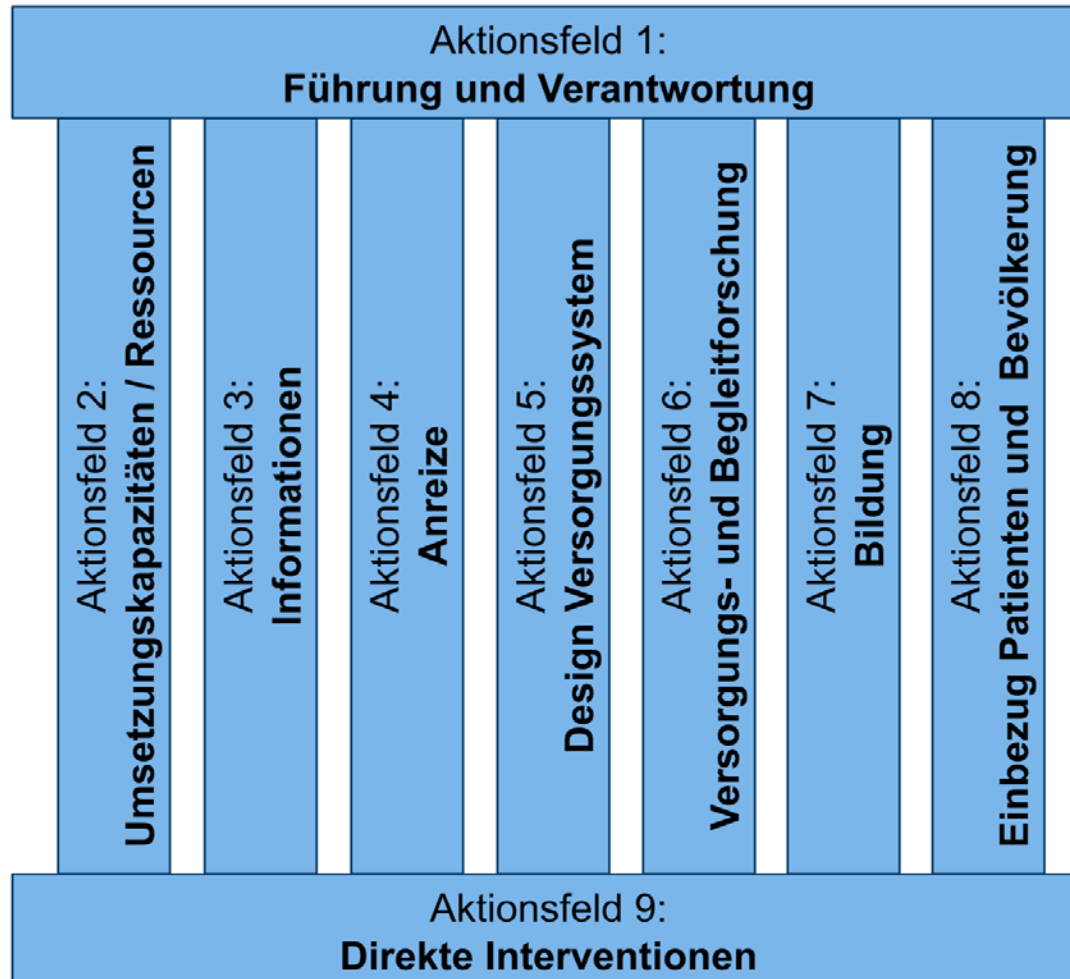
## Der Bund übernimmt die führende Rolle, in dem er

- die notwendigen **Voraussetzungen** schafft (u.a. gesetzliche Grundlagen, Organisationsstruktur, personelle und finanzielle Ressourcen),
- die Ablauforganisation (**Prozesse**) definiert, welche eine Umsetzung unter Einbezug der verschiedenen Anspruchsgruppen ermöglicht (Rollenklärung),
- die vorgesehenen Handlungsoptionen konkretisiert und **Aktionsprogramme** definiert.



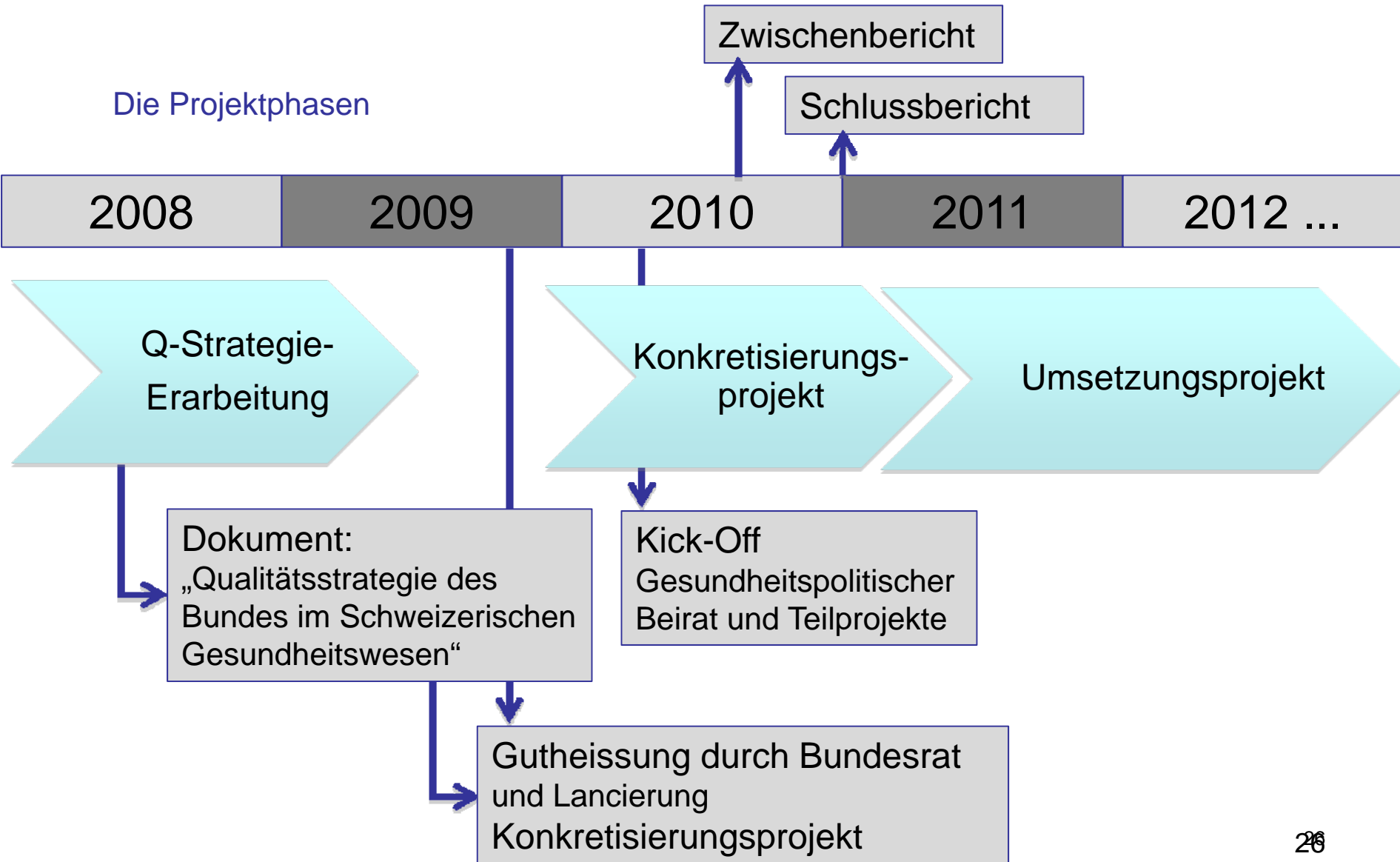


# Qualitätssicherung - Die Qualitätsstrategie des Bundes





## Die Projektphasen





# Qualitätssicherung - Die Qualitätsstrategie des Bundes

- Geschätzter jährlicher Aufwand zur Umsetzung (zusätzlich zu den bisherigen individuellen Bemühungen): CHF 20-25 Mio. => Investition erschliesst grosses Sparpotential (Vermeidung von critical incidents)
- Idee der Schaffung eines nationalen Instituts für Qualitätssicherung
- Erste konkrete Projekte: Nosokomiale Infekte, Medikationssicherheit, Sicherheit bei invasiven Interventionen



# Qualitätssicherung - Die Qualitätsstrategie des Bundes - Schlussfolgerungen

- Das schweizerische Gesundheitswesen ist qualitativ hochstehend
- Die einzelnen Leistungserbringer sind individuell bestrebt, ihre Dienstleistungen in hoher Qualität zu erbringen. Ihre individuelle Verantwortlichkeit der Leistungserbringer für die Qualität ihrer Dienstleistung bleibt unverändert erhalten; daran ändern auch Outcome-orientierte Ansätze nichts
- Es braucht keine neuen gesetzlichen Regelungen
- Die Qualitätsstrategie des Bundes setzt einheitliche Rahmenbedingungen
- Den neuen Herausforderungen durch Managed Care (geteilte Prozessverantwortung) und DRG ist Rechnung zu tragen



# Qualitätssicherung - Die Qualitätsstrategie des Bundes - Schlussfolgerungen

- Mit wenig Zusatzaufwand kann u.U. viel verbessert werden („Checklisten bei invasiven Interventionen, Verbesserung Handhygiene etc.)
- Qualität ist eine Daueraufgabe, die stets mit vollem Engagement verfolgt werden muss, denn es geht um das höchste Gut im Gesundheitswesen, um die Patientensicherheit



**7 STERNE QUALITÄT**

**„Gut ist nicht gut, wo Besseres erwartet wird. (Good is not good, where better is expected.)”**

**Thomas Fuller, amerikanischer Mediziner**



Es kommt vieles auf  
uns zu – die Akteure  
in Gesundheitswesen  
erreichen die  
vorgegebenen Ziele  
nur gemeinsam.