

Patientenversorgung ist nur mit Übergangsregelung gesichert

Das Fallpauschalensystem SwissDRG weist – sieben Monate vor Einführung – nach wie vor Mängel auf. Der FMH-Zentralvorstand und Mitglieder der Delegiertenversammlung haben deshalb die nachfolgende Erklärung verfasst, die eine national einheitliche Übergangsregelung während dreier Jahre zur Abfederung von Systemverzerrungen fordert. Nur so können Spitäler ihre Patienten nach wie vor qualitativ hochstehend behandeln. Die 200 Ärztekammerdelegierten haben an ihrer Sitzung vom 26. Mai 2011 die Erklärung gutgeheissen und unterstützen die Forderungen. Einem DRG-Moratorium erteilte die Ärztekammer hingegen eine Absage.

Erklärung der FMH zur Einführung der neuen Spitalfinanzierung am 1.1.2012

Lesen Sie zu diesem Thema auch die Stellungnahme auf Seite 964.

Die FMH beteiligt sich seit mehreren Jahren an den Vorbereitungsarbeiten für die neue Tarifstruktur, die im Rahmen der Spitalfinanzierungsreform erarbeitet wird. Sie bringt sich konstruktiv in diesen Prozess ein und hat in einem Positionspapier (www.fmh.ch → Tarife → SwissDRG → Position der FMH) die Forderungen der Ärzteschaft publiziert.

Sieben Monate vor der geplanten Einführung stellen wir allerdings fest, dass zahlreiche Punkte noch immer nicht geregelt sind, welche die Umsetzung der KVG-Revision per 1.1.2012 gefährden.

1. Vor kurzem wurde die Version 1.0 der neuen Tarifstruktur veröffentlicht. Sie soll ab 2012 zum Einsatz kommen. Zwar wurde im Vergleich mit dem aktuell verwendeten APDRG-System eine beträchtliche Verbesserung erzielt, doch die neue Tarifstruktur erreicht noch nicht den gleichen Detaillierungsgrad wie das deutsche G-DRG-System. Insbesondere fehlen in der Einführungsversion die rund 8000 neuen Prozedurencodes des CHOP-Katalogs, die ab diesem Jahr gelten. Ausserdem sind über 200 Anträge auf Zusatzentgelte hängig; lediglich fünf sind in die Version 1.0 implementiert. Ohne diese Zusatzentgelte wird die Kostenstruktur der Spitäler durch die DRG verzerrt. Mit der neuen Tarifstruktur werden immer noch falsche Anreize gesetzt.
2. Eine Übergangsregelung ist unerlässlich, besonders um zu vermeiden, dass jene Institutionen

finanziell benachteiligt werden, die Opfer des noch zu wenig entwickelten Systems sind. Eine Anpassungsphase von drei Jahren erscheint in diesem Zusammenhang als angemessen. Allerdings liegt die Anordnung einer solchen Massnahme nicht in der Kompetenz der SwissDRG AG. Damit eine – im Idealfall national einheitliche – Übergangsregelung zustande kommt, müssen die Bundes- und Kantonsbehörden Druck auf die Tarifpartner ausüben.

3. Die Finanzierung von Innovationen bleibt ungelöst. Bei nichtmedikamentösen Neuerungen fehlen entsprechende Regelungen. Von Gesetzes wegen lassen sich der Sozialversicherung nur Leistungen belasten, welche die zuständigen eidgenössischen Kommissionen anerkennen. Bis eine neue Behandlung entsprechend genehmigt und in die Tarifstruktur implementiert ist, wird sie häufig bereits während eines längeren Zeitraums angewandt. Obwohl die Tarifstruktur sich an die G-DRG anlehnt, wurden die Mechanismen für die Vergütung von Innovationen in dieser Zeitspanne nicht übernommen. Gesamtschweizerische Kriterien sind nicht formuliert. Die Einrechnung von Innovationen ist während der ersten Anwendungsphase der DRG klar festzulegen und darf nicht vom guten Willen der Versicherer abhängen: Zukunftsträchtige Neuerungen, deren Wirksamkeit nachgewiesen ist,

Korrespondenz:
Tarifdienst FMH
Beatrix Meyer
Froburgstrasse 15
CH-4600 Olten
Tel. 031 359 11 11
Fax 062 287 96 90
swissdrg@fmh.ch

sind durch die Versicherer zu finanzieren, vorausgesetzt, Wirtschaftlichkeit und zweckmässige Anwendungen der Innovationen werden in der Einführungsphase im Rahmen von Begleitstudien evaluiert.

4. Die Daten zu den Investitionen und den Anlagenutzungskosten sind gegenwärtig lückenhaft. Deshalb wurde eine Übergangsbestimmung für drei Jahre beschlossen, mit einem Normzuschlag, der dem Basispreis hinzuzufügen ist. Dieser Zuschlag muss den jetzigen Umfang der Investitionen und Anlagenutzungskosten decken, bis verlässliche betriebswirtschaftliche Daten die Einbeziehung dieses Aufwands in das Kostengewicht der DRG-Gruppen ermöglichen. Ohne eine solche Regelung wäre keine mögliche Investitionspolitik mehr möglich. Mit grossen Schwierigkeiten, Betriebskredite und Investitionen zu finanzieren, würde die Kreditwürdigkeit der öffentlichen Spitäler leiden. Unzulänglichkeiten auf dieser Ebene schränken nicht nur die therapeutische Freiheit ein, sondern könnten zu unberechtigten Schliessung von Spitälern führen, mit einer Verschlechterung der medizinischen Versorgung und einer Rationierung zum Nachteil unserer Patientinnen und Patienten.
5. In Bezug auf die Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten ist die Übernahme der Kosten zu regeln, da diese in den DRG nicht enthalten ist. Die demographische Entwicklung und der fehlende ärztliche Nachwuchs verlangen in Zukunft mehr finanzielle Mittel für die Weiterbildung an den Spitälern. Damit die Versorgung langfristig nicht gefährdet wird, muss jegliche finanzielle Benachteiligung der Weiterbildungsspitäler vermieden werden. Um gerechte Verhältnisse zu gewährleisten und um sicherzustellen, dass auch künftig
- Weiterbildungsplätze in ausreichender Zahl und Qualität zur Verfügung stehen, müssen die Arbeiten der Plattform des BAG zu einer gesamtschweizerischen, einheitlichen und verbindlichen Lösung führen.
6. Der Datenschutz ist nicht verhandelbar: Eine systematische Lieferung aller diagnostischen und therapeutischen Daten an die Versicherer ist nicht akzeptabel; im Übrigen haben dies die eidgenössischen Räte bei der Beratung der KVG-Revision ebenfalls abgelehnt! Als Garanten des Arztgeheimnisses werden wir uns immer mit allen verfügbaren Mitteln gegen die Verletzung des Persönlichkeitsschutzes wehren.
7. Die laufende Spitalplanung der Kantone wird teilweise ohne möglichen Einfluss der direkt Betroffenen realisiert. Auch wenn sich diese Planung letztlich an den politischen Sachzwängen zu orientieren hat, müssen Praxisrealität und wissenschaftliche Erkenntnisse berücksichtigt werden. Vor diesem Hintergrund muss die Ärzteschaft in diese Entscheide einbezogen werden, da die gesamte Versorgungskette und die interdisziplinäre Zusammenarbeit in den Spitälern damit dauernd verändert werden.
8. Mit der systematischen Einführung von Fallpauschalen besteht das Risiko, dass die Ökonomie das Primat über die Qualität erhält. Es braucht deshalb eine Begleitforschung, die die Qualität der ganzen Behandlungskette monitorisiert. Dazu sind geeignete Instrumente zu schaffen, damit das Gesundheitswesen über Qualität und Kosten gesteuert werden kann.
9. Es ist eine synchrone Einführung des neuen Systems bei Rehabilitation und Akutsomatik zu fordern, da sonst die Behandlungskette unterbrochen wird.

Die FMH fordert, dass die neue Spitalfinanzierung ohne negative Auswirkungen für die Patientinnen und Patienten eingeführt wird. Um dies zu gewährleisten, verlangt die FMH eine einheitliche Übergangsregelung, die erst aufgehoben wird, wenn die folgenden Punkte umgesetzt sind:

- Die beantragten Zusatzentgelte sind bewilligt.
- Die Finanzierung der Innovationen ist ab deren Einführung im Rahmen von HTA geregelt.
- Investitionen können auf der Basis von betriebswirtschaftlichen Grundlagen getätigt werden.
- Die Kosten der Weiterbildung der Ärztinnen und Ärzte werden übernommen und an die demographischen Bedingungen angepasst.
- Die Datenschutzbestimmungen werden eingehalten.
- Ärztinnen und Ärzte werden in die Spital- und Versorgungsplanung einbezogen.
- Die Begleit- und Versorgungsforschung ist glaubwürdig sichergestellt.
- Die Sicherung der Arbeitsbedingungen und die für eine qualitativ gute Versorgungsleistung notwendigen Personalbestände bei der Umsetzung der neuen Spitalfinanzierung müssen gewährleistet sein.