



**Interpellation von Bettina Egler
betreffend SwissDRG
vom 30. März 2009**

Kantonsrätin Bettina Egler, Baar, hat am 30. März 2009 folgende Interpellation eingereicht:

Mit der Annahme der KVG-Revisionsvorlage im Dezember 2007 haben die eidgenössischen Räte verlangt, dass ein Benchmarking-System (Fallkostenpauschale, DRG) für die stationären Leistungen im Gesundheitswesen eingeführt wird um Transparenz zu schaffen und um Kosten zu sparen. Dank dem „DRG“ (Diagnosis Related Groups) kann die Wirtschaftlichkeit der Spitäler überprüft werden. Die ändern zwei Säulen der Gesundheitspolitik, Qualität und Effizienz (der Strukturen) werden in diesem Benchmark nicht direkt abgebildet.

Das Zuger Kantonsspital rechnet bereits seit 2004 mit Fallpauschalen ab. Bis 2012 muss es nun das neue SwissDRG einführen.

Die SwissDRG AG erstellt einen Katalog der Fälle, und jedem Fall wird ein Fallgewicht (relatives Kostengewicht, Cost Weight) zugeordnet. Die Fallkostenpauschale berechnet sich aus Cost Weight mal die so genannte Base Rate. Anfangs Dezember 2008 setzte der Zuger Regierungsrat die Base Rate auf Fr. 4087.- fest, weil es auch nach mehrjährigen Verhandlungen zwischen der Santésuisse und dem Spital zu keiner Einigung gekommen war.

Da es sich beim (Swiss-)DRG um ein neues medizinisch-ökonomisches Abrechnungssystem handelt, ist einige Skepsis angebracht.

„DRG degradiert das Leiden zur Ware“ (Christian Hess, Chefarzt Bezirksspital Affoltern).

Wir wissen, dass die DRG-basierte Spitalfinanzierung weit reichende Folgen hat und falsche Anreize schafft. Für die Führung eines Spitals wird es finanziell interessant, vermehrt hoch dotierte (auch unnötige) Eingriffe zu tätigen, zumal sie auch Einsparungen beim Arbeitsaufwand (Personalaufwand) mit sich bringen. Die verbesserte Wirtschaftlichkeit lässt sich halt in erster Linie durch die Senkung der Personalkosten erreichen, die fast 70% der Kosten eines Spitals ausmachen. Beispiel: Legt man einer Patientin oder einem Patienten eine Magensonde, benötigt man kein Personal für das aufwendige Eingeben der Nahrung - das mit DRG nicht abgegolten wird (Tagi, 24.3.2009). Das ist nur ein Beispiel, wie mit DRG Lohnkosten gespart werden können. Die ökonomisch bedingten Behandlungsmethoden vermindern die Qualität der Leistung und degradieren die Patientinnen und Patienten zum Produktionsfaktor, der möglichst gewinnbringend eingesetzt werden muss (Studie Uni Bayreuth). Und wenn er nichts mehr abwirft, kann sie oder er nach Hause gehen, eine weitere Folge des DRG. Die Patientinnen und Patienten werden früher entlassen und sind dann auf die Übergangspflege und die Spitex angewiesen. Damit wälzt das Spital respektive das Gesundheitssystem Kosten auf den Staat, die Krankenkassen und auf die Patientinnen und Patienten ab. Zudem wird in Zukunft der Selbstkostenanteil an der Übergangspflege für Patientinnen und Patienten massiv ansteigen.

1. Wie gedenkt der Regierungsrat Einfluss auf die Leitung des ZKS zu nehmen, damit die mit dem DRG verbundenen falschen Anreize minimiert werden?

2. Ist der Regierungsrat bereit, ein Qualitätssystem zur Sicherung der Versorgerqualität zu verlangen?
3. Wie gedenkt der Regierungsrat auf den vermehrten Bedarf an Betten in der Übergangspflege zu reagieren?