

Sitzung vom 10. Februar 2016

**101. Anfrage (Einführung DRG: Kosten des erhöhten  
administrativen Aufwandes?)**

Kantonsrat Kaspar Bütikofer und Kantonsrätin Kathy Steiner, Zürich, sowie Kantonsrat Andreas Daurù, Winterthur, haben am 9. November 2015 folgende Anfrage eingereicht:

Die Revision des Krankenversicherungsgesetzes (KVG, SR 832.10) vom 21. Dezember 2007 will Marktelemente im Bereich der Spitäler spielen lassen. Im Gesundheitswesen haben wir es mit einem unvollständigen Markt, einem sogenannten «Quasimarkt» zu tun. Dieser Markt wird nicht durch die Nachfrage, sondern durch das Angebot gesteuert.

Die Einführung des DRG-Systems zur Spitalfinanzierung ist deshalb nicht selbstreguliert; sie ist mit erhöhten Kontroll-Massnahmen und erheblichem administrativen Mehraufwand verknüpft.

Wir bitten den Regierungsrat um Beantwortung der folgenden Fragen:

1. Hat der Regierungsrat eine Übersicht über alle regulierenden und kontrollierenden Massnahmen, die im Zusammenhang mit der neuen Spitalfinanzierung eingeführt oder ausgebaut wurden?
2. Wie gross ist der zeitliche Mehraufwand der behandelnden Ärztinnen und Ärzte infolge der DRG-basierten Abrechnung?
3. Wie gross ist der zeitliche Mehraufwand der Finanzabteilung eines Spitals infolge der DRG-basierten Abrechnung?
4. Wie gross ist der zeitliche Mehraufwand der internen Revisionsstelle eines Spitals infolge der DRG-basierten Abrechnung? Wie gross ist der zeitliche Mehraufwand der externen Revisionsstelle eines Spitals infolge der DRG-basierten Abrechnung?
5. Wie gross ist der zeitliche Mehraufwand der OKP für Kontrolle, Audits etc. im Zusammenhang mit der DRG-basierten Abrechnung?
6. Gibt es weitere Mehraufwendungen infolge der DRG-basierten Abrechnung?
7. In welchen Spitälern wurde der Mehraufwand infolge der DRG-basierten Abrechnung erhoben?
8. Lässt sich der Mehraufwand finanziell quantifizieren?
9. Wer trägt die Kosten des Mehraufwandes? Wie verteilt er sich anteilmässig auf die Akteure in der Spitalfinanzierung (OKP, öffentliche Hand, Spitäler)?
10. Wie steht der Mehrwert der Marktelemente in der Spitalversorgung im Verhältnis zu den regulatorischen und bürokratischen Mehrkosten?

Auf Antrag der Gesundheitsdirektion

beschliesst der Regierungsrat:

I. Die Anfrage Kaspar Bütikofer und Kathy Steiner, Zürich, sowie Andreas Daurù, Winterthur, wird wie folgt beantwortet:

Nach dem am 1. Januar 1996 in Kraft getretenen Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG, SR 832.10) hatten die Krankenversicherer ihren Anteil an der Finanzierung der Spitäler nach den anrechenbaren tatsächlichen Betriebskosten zu entrichten. Mit dem Ziel, den Wettbewerb unter den Spitälern zu fördern, revidierten die eidgenössischen Räte am 21. Dezember 2007 das KVG und stellten auf den 1. Januar 2012 die Spitalfinanzierung auf leistungsbezogene Fallpauschalen um. In Art. 59d der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV, SR 832.102) führte der Bundesrat die Anforderungen an ein Schweizer DRG-System (Diagnosis Related Groups, diagnosebezogene Fallgruppen) aus; diese sehen neben Berechnungsgrundlagen, Instrumenten und Mechanismen zur Gewährleistung der Qualität und Schätzungen über die Auswirkungen auf das Leistungsvolumen und die Kosten auch ein Kodierungshandbuch sowie ein Konzept zur Kodierrevision vor.

Zu Frage 1:

Der Gesundheitsdirektion sind alle regulierenden und kontrollierenden Massnahmen bekannt, die im Zusammenhang mit der neuen Spitalfinanzierung kantonal oder national eingeführt oder ausgebaut wurden. Diese Massnahmen sind in Gesetzen, Verordnungen oder Verträgen geregelt und der Gesundheitsdirektion zugänglich.

Eine Anpassung der internen Prozesse und Strukturen in den Spitälern liegt in deren strategischen und operativen Verantwortung, weshalb die Gesundheitsdirektion nur teilweise Kenntnis davon hat.

Zu Frage 2:

Die Einführung der SwissDRG-Fallpauschalen auf den 1. Januar 2012 stellte für die meisten Zürcher Spitäler keinen Paradigmenwechsel dar. Das neue System ist vielmehr eine Weiterentwicklung des bereits vorher im Kanton Zürich angewendeten Finanzierungssystems. Auch schon bei der altrechtlichen Finanzierung der Listenspitäler wurden die Globalbudgets und das Kosten-Benchmarking auf der Grundlage eines diagnosebezogenen Fallgruppierungssystems (All Patient Diagnosis Related Groups; APDRG) berechnet. Sowohl das frühere APDRG- als auch das heutige SwissDRG-System stützen sich auf eine Kodierung der Diagnosen, Behandlungen, Alter und Geschlecht gemäss den Kodierrichtlinien des

Bundesamtes für Statistik. Die Einführung von SwissDRG führte im Kanton Zürich zu keinem Mehraufwand für die behandelnden Ärztinnen und Ärzte.

Dagegen musste in rund zwei Dritteln der Kantone der Schweiz das DRG-System neu eingeführt werden. Hier zeigen die im Auftrag der FMH durchgeführten Studien auf, dass der administrative Aufwand für die Ärzteschaft nach der Einführung von SwissDRG zugenommen hat (vgl. [www.fmh.ch/files/pdf15/SAEZ\\_39\\_Amb\\_Versorgung\\_D.pdf](http://www.fmh.ch/files/pdf15/SAEZ_39_Amb_Versorgung_D.pdf) und [www.fmh.ch/files/pdf17/2016\\_01\\_06\\_Medienmitteilung\\_Befragung\\_Aerzteschaft\\_D1.pdf](http://www.fmh.ch/files/pdf17/2016_01_06_Medienmitteilung_Befragung_Aerzteschaft_D1.pdf)).

Zu Frage 3:

Vor der Einführung der neuen Spitalfinanzierung 2012 mussten die Finanzabteilungen der Spitäler unterschiedliche Tarifsysteme (DRG, Preis-Leistungs-Tarifierung [PLT], Tagespauschalen, Einzelleistungstarife usw.) für stationäre Spitalpatientinnen und -patienten pflegen. Mit der Einführung von SwissDRG wurden die Abrechnungssysteme vereinheitlicht und damit die Rechnungstellung vereinfacht.

Zu Frage 4:

Das in Art. 59d KVV erwähnte, nationale Konzept zur Kodierrevision schreibt eine jährliche Revision einer Stichprobe der stationären Fälle eines Spitals durch eine externe Revisionsstelle vor. Für die überwiegende Mehrheit der Spitäler im Kanton Zürich führt die Gesundheitsdirektion diese Revision durch. Während unter der alten Spitalfinanzierung im Kanton Zürich zwei Kodierrevisorinnen und -revisoren tätig waren, sind es seit der Einführung von SwissDRG deren drei. Wieweit die Spitäler ausschliesslich auf die externe Kodierrevision abstellen oder intern weitere Revisionen vornehmen, ist nicht bekannt.

Zu Frage 5:

Nach den der Gesundheitsdirektion vorliegenden Informationen haben sich die Aufwendungen der Krankenversicherer für die Administration seit 2012 nicht wesentlich erhöht.

Zu Fragen 6–10:

Im Kanton Zürich fand aufgrund langjähriger Erfahrungen mit DRG-Fallpauschalen mit der Einführung von SwissDRG – wie eingangs erwähnt – kein Paradigmenwechsel statt. Es liegen keine Indizien für einen wesentlichen Mehraufwand vor. Die Einführung von DRG verstärkt das betriebswirtschaftliche Denken in den Spitälern, fördert den gezielten Einsatz der staatlichen Mittel und verbessert die Vergleichbarkeit der Spitäler untereinander (Benchmark). Im Ergebnis führt SwissDRG im Kanton Zürich zu einer stationären Spitalversorgung, die im Vergleich zu anderen Kantonen bezüglich Qualität und Effizienz sehr gut abschneidet.

Das Bundesamt für Gesundheit ist gegenwärtig daran, die Auswirkungen der neuen Spitalfinanzierung zu erheben, und stellt einen Synthesbericht zur Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung für 2019 in Aussicht. Aus einem im Mai 2015 veröffentlichten Zwischenbericht lassen sich einstweilen keine Hinweise auf einen grösseren administrativen Aufwand im Nachgang zum Systemwechsel in der Finanzierung entnehmen (vgl. [www.bag.admin.ch/evaluation/01759/07350/12642/index.html](http://www.bag.admin.ch/evaluation/01759/07350/12642/index.html)).

II. Mitteilung an die Mitglieder des Kantonsrates und des Regierungsrates sowie an die Gesundheitsdirektion.

Vor dem Regierungsrat  
Der Staatsschreiber:  
**Husi**