

Interview mit Oliver Peters, Finanz- und Betriebschef des Lausanner Universitätsspitals CHUV

## «Wir befinden uns im Blindflug»

Die Spitäler sind in einem permanenten Anpassungsprozess: Komplexere Fälle verlangen nach engeren Kooperationen, der Datenhunger der Krankenversicherer nimmt zu und das neue Abrechnungssystem muss justiert werden. Im Gespräch mit Care Management warnt Oliver Peters vor zu viel Eile und Spardruck.



Oliver Peters

**Care Management:** «Integrierte Behandlungsnetze: Kooperation und Konkurrenz», lautet der Titel des diesjährigen H+ Kongresses. Sind die Spitäler bereit für die Integrierte Versorgung?

**Oliver Peters:** Die Spitäler sind nicht nur zu mehr Zusammenarbeit bereit, sie ist sogar zwingend notwendig. Die Betreuung der Patienten wird immer aufwendiger, die Diagnosen werden komplexer. Deshalb ist es umso wichtiger, dass die Spitäler beim Ein- und Austritt eine enge Kooperation mit den behandelnden Ärzten pflegen.

*Wie kooperieren Sie konkret?*

Wir führen zum Beispiel ein Programm durch, bei dem die Assistenzärzte in den ambulanten Praxen arbeiten und ausgebildet werden. Zudem haben wir im Zentrum von Lausanne eine Permanence eingerichtet, die der niederschweligen Notfallversorgung dient. Sie wird ausschliesslich durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte betrieben, die bei dieser Gelegenheit Assistenzärzte ausbilden.

*Und die anderen Leistungserbringer?*

Hier besteht in der Westschweiz mit den regionalen Versorgungsnetzen eine Tradition, die man vielleicht in der Deutschschweiz weniger findet. In der Region Lausanne haben wir zum Beispiel das Gesundheitsnetzwerk ARCOS, in dem die Spitäler, Pflegeheime und Spitex-Organisationen allesamt Mitglied sind. Dieses Netz betreibt das «Bureau régional d'information et d'orientation» BRIO, welches die Schnittstellen zwischen den beteiligten Institutionen bedient. Die Versorgungsregionen sind auch Aufhänger für den Aufbau von integrierten Behandlungsketten und Schulungskonzepten für bestimmte Patientengruppen. Das betrifft die Palliativpflege, die Psychogeriatric, die Diabetes-

Behandlung, neuerdings auch Anorexie und Neurorehabilitation.

*In der Westschweiz wird schon seit 10 Jahren mit Fallkostenpauschalen, den APDRG, abgerechnet. Haben Sie entsprechend weniger Mühe mit der Umstellung auf SwissDRG?*

Ich habe nicht den Eindruck, dass die Unterschiede zwischen Westschweiz und Deutschschweiz beziehungsweise zwischen DRG- und Nicht-DRG-Regionen so gross sind, wie jeweils behauptet wird. Ich kann in der Praxis kaum Unterschiede erkennen zwischen Universitätsspitalern, die noch nicht scharf mit DRG abrechnen, und solchen, die das schon seit 10 Jahren tun. Es gibt Differenzen aus einer politischen Kultur heraus, die in der Westschweiz zu mehr staatlichem Einfluss und geographisch organisierter Zusammenarbeit geführt hat.

*Im Seilziehen vor der Einführung von SwissDRG steht zurzeit der Datentransfer von Patientendaten im Zentrum. Die Vereinbarung, die H+ mit santésuisse getroffen hatte, wurde sogleich wieder durch die Spitäler abgeschossen. Weshalb wollen Sie die Daten nicht herausgeben, welche die Krankenkassen benötigen, um ihrer gesetzlichen Pflicht zur Wirtschaftlichkeitskontrolle nachzukommen?*

In der Westschweiz funktionieren wir wie gesagt seit 10 Jahren mit APDRG, und wir haben bisher keine detaillierten Diagnose- und Prozedurencodes übermittelt, wie sie die Krankenversicherer jetzt fordern, sondern nur die DRG-Codes. Wir haben eine unabhängige Codierrevision, die paritätisch und interkantonal organisiert ist und regelmässig ihre Rechenschaftsberichte und Statistiken veröffentlicht. Es ist ein funktionierendes System, in dem von den Versicherern offensichtlich auch die Wirtschaftlichkeitskontrolle wahrgenommen werden kann.

*Aber weshalb wollen jetzt die Krankenversicherer trotzdem mehr Daten haben?*

Aus drei Gründen: Erstens schauen alle nach Deutschland, wo die Daten im Detail übermittelt werden. Man vergisst jedoch, dass in Deutschland für Versicherer, die in der Grundversicherung tätig sind, ein gesetzliches Verbot besteht, in der profitorientierten Zusatzversicherung tätig zu sein. Das ist die Trennung zwischen Grund- und Zusatzversicherung, die es bei uns nicht gibt. Zweitens beinhaltet ein DRG-System natürlich kleine Unschärfen, die auch bei sehr genauer Codierung bestehen bleiben. Je mehr Daten man hat, desto eher kann

man diese Rest-Unschärfen noch zu seinen Gunsten «ausmisten». Der dritte Grund, warum die Versicherer an vielen Daten interessiert sind, ist das Zusatzversicherungsgeschäft. Dort sind die Daten wichtig.

*Ist es nicht so, dass die Spitäler einfach Angst haben vor zu viel Transparenz, Konkurrenz und Vergleichen?*

Die Spitäler sind schon heute zahlreichen Vergleichen ausgesetzt. Diese basieren auf Kostendaten, die bereits in aller Feinheit vorliegen. Die Vergleichbarkeit ist gegeben und wird durch die Nicht-Übermittlung von persönlichen Patientendaten in keiner Art und Weise beeinflusst.

*Sie haben in der Schweizerischen Ärztezeitung eine Übergangsregelung bis zur definitiven Einführung der DRG vorgeschlagen. Sie sprechen von zahlreichen Baustellen, die noch abzuschliessen wären. Aber seit dem Entscheid des Parlaments sind immerhin schon vier Jahre vergangen. Reicht das nicht, um den Bau zu vollenden?*

Das Problem ist, dass per 1. Januar 2012 eine neue Tarifstruktur eingeführt wird, die auf Datengrundlagen beruht, die erstmals 2011 erhoben worden sind. Man wird erst sehen, was diese Tarifstruktur macht, wenn sie einmal im realen Leben funktioniert. Ihre Effekte sind nicht im Voraus simulierbar. Bis im Herbst 2013 befinden wir uns im Blindflug.

*Wie soll die Übergangsregelung aussehen?*

Ich wünsche mir, dass wir pragmatisch die vorbestehenden Finanzierungssysteme verwenden, also APDRG für die 100 Spitäler, die heute schon damit arbeiten. Dann können wir den SwissDRG-Wechselkurs und die unter SwissDRG anzuwendende Baserate laufend anpassen. Wenn wir heute einen Kurs von 1,5 annehmen, und wir sehen nächstes Jahr, dass er bei 1,7 oder 1,3 steht, müssen wir in aller Ruhe korrigieren können. Es geht nur darum, die notwendige Anpassungszeit zu haben, um die Berechnungen seriös vornehmen zu können.

*Heisst das, die Spitäler und die Krankenversicherer haben heute noch gar keine Grundlagen für Tarifverhandlungen?*

Das ist es, was ich in der Realität beobachte. Wir haben noch kein einziges konkretes Benchmarking vorgelegt bekommen, wir haben keine einzige seriöse Auswertung. Wir sind im Blindflug. Aber selbst wenn wir Auswertungen hätten, wären das veraltete Auswertungen auf einer Grundlage, die 2012 nicht mehr gleich sein wird.

*Welche Auswirkungen wird SwissDRG auf die Gesundheitsversorgung haben?*

Die Wahrnehmung von DRG als Hauptauslöser für grosse Veränderungen im Gesundheitswesen war für

mich immer etwas fragwürdig, weil meiner Ansicht nach das Problem nicht im technischen Abrechnungssystem liegt, sondern in den Rahmenbedingungen. Fragen wie Finanzierung, Benchmarking und Differenzierung der Versorgungsstufen sind für mich wesentlich relevanter als die DRG. Ich glaube, die Effekte der DRG-Technik werden heute weitestgehend überschätzt. Was hingegen unterschätzt wird, ist der Spardruck, der auf die Spitäler zukommen wird. DRG geben die Möglichkeit, intelligent zu steuern, aber auch die Möglichkeit, dumm zu sparen.

*Abgesehen von DRG und Finanzierung: Gibt es noch andere Herausforderungen, die für Sie wichtig sind?*

Die grösste Herausforderung besteht darin, dass wir auf allen Stufen der Versorgung mit immer älteren und immer schwierigeren Patientinnen und Patienten konfrontiert sind, die nach immer mehr Zusammenarbeit verlangen. Der Aufbau dieser Zusammenarbeit braucht Zeit, Informationsaustausch, Stabilität und Transparenz. Im Moment weht der Zeitgeist leider in eine ganz andere Richtung, nämlich in Richtung freier Wettbewerb, Konkurrenz, Destabilisierung. Das scheint mir in hohem Grad problematisch.

*Interview: Anna Sax*

Korrespondenz:

Oliver Peters  
Direction administrative et financière  
Rue du Bugnon 21  
1011 Lausanne  
oliver.peters@chuv.ch

#### **«Integrierte Behandlungsnetze: Kooperation und Konkurrenz»**

Die verschiedenen Formen der Zusammenarbeit und die Rolle der einzelnen Leistungserbringer in den integrierten Behandlungsnetzen: Das ist das Thema des H+ Kongresses 2011. Bessere Zusammenarbeit, gegenseitige Information und vielleicht gleichzeitige Konkurrenz werden dabei eine Rolle spielen. Zurzeit sind die Vorstellungen der einzelnen Leistungserbringer im Entstehen begriffen oder bereits gereift. Es ist Zeit, diese Vorstellungen miteinander auszutauschen. Diesem Ziel dient der H+ Kongress 2011.

Donnerstag, 3. November 2011, Bellevue Palace, Bern.  
Weitere Informationen: [www.hplus-kongress.ch](http://www.hplus-kongress.ch)