

Mehr Wettbewerb – auch dank DRGs

Mehr Wettbewerb – das wünschen sich die Krankenversicherer in Deutschland und in der Schweiz. So fragten denn auch die Versicherer an der diesjährigen Deutschen Casemix-Konferenz primär nach der Bedeutung der DRGs auf dem Weg zu mehr Wettbewerb. Ihre Antwort: Die DRGs sind wichtig; aber die gesetzlichen Rahmenbedingungen sind wichtiger.

Peter Indra

Dieses Jahr fand die Deutsche Casemix-Konferenz im Herzen der Schweiz, in Luzern, statt. Wie schon die früheren Casemix-Konferenzen in München, Hamburg, Berlin und Frankfurt war auch die diesjährige von Lenz Zürich organisiert worden. Das Kultur- und Kongresszentrum Luzern (KKL) bot den zahlreichen Fachleuten und Interessierten neben einer geeigneten Infrastruktur auch den angemessenen kulturellen Hintergrund, um sich zwei Tage lang über die bisherigen Entwicklungen, den aktuellen Stand und die Zukunftsaussichten im Bereich der Krankenhausfinanzierung mittels DRGs auszutauschen. Insbesondere ermöglichte die Konferenz erneut den Austausch zwischen Experten aus verschiedenen Ländern (v.a. Deutschland und Schweiz) sowie den Dialog zwischen Leistungserbringern und Versicherern.

Standortbestimmung für Deutschland

Nachdem sich Deutschland Ende 1999 mit dem Paragraphen 17 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) für ein «durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Entgeltssystem der voll- und teilstationären Leistungen» entschieden hatte, war

der Startschuss für die German-DRGs (G-DRGs) gegeben. In den darauffolgenden Jahren mussten in Windeseile das deutsche DRG-Modell sowie die Strukturen und Rahmenbedingungen für eine Einführung auf den 1. Januar 2003 geschaffen werden. Ab 2003 konnten deutsche Krankenhäuser auf freiwilliger Basis auf die Abrechnung nach DRG umsteigen (so genanntes Optionsjahr); auf den 1. Januar 2004 wurden die G-DRGs dann für alle deutschen Akut-Krankenhäuser obligatorisch eingeführt. Die diesjährige Casemix-Konferenz in Luzern sollte unter anderem aufzeigen, welche Erfahrungen bis heute mit den G-DRGs gemacht wurden und wie die weitere Zukunft der DRGs in Deutschland aussehen soll.

Aufbruchsignal für die Schweiz

Zwar sind auch schon zu den früheren Casemix-Konferenzen Teilnehmende nicht nur aus Deutschland, sondern auch aus der Schweiz ange-reist. In diesem Jahr stellten die Teilnehmenden aus der Schweiz aber sogar die Mehrheit: Rund zwei Drittel aller Teilnehmenden kamen aus der Schweiz. Das grosse Interesse erklärt sich nicht nur dadurch, dass die Konferenz in der Schweiz stattfand, sondern vor allem auch durch die Aktualität des Themas aus Schweizer Sicht: Auch in der Schweiz sollen die DRGs als Finanzierungsinstrument für stationäre Aufenthalte in Akutspitälern eingeführt werden. Insofern kann die diesjährige Standortbestimmung zur Einführung der deutschen DRGs gleichzeitig als Aufbruchsignal zur Einführung der Schweizer DRGs (Swiss-DRGs) gesehen werden. Bis 2004 wurde die Entwicklung eines DRG-Modells für die Schweiz vor allem von einer Gemeinschaft interessierter Partner im Gesundheitswesen getragen, welche sich zum Verein APDRG Schweiz zusammenschlossen hatten¹. In diesem Rahmen wurden ein DRG-Modell (APDRG Schweiz) und mehrere Versionen von

Kostengewichten für die Schweiz entwickelt und in verschiedenen Pilotprojekten erprobt; in einzelnen Kantonen wurde das DRG-Modell sogar bereits flächendeckend zur Finanzierung von stationären Leistungen in Akutspitälern eingeführt².

Auf gesetzlicher Ebene sah die für Ende 2003 vorgesehene, aber im ersten Anlauf gescheiterte zweite Revision des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) für stationäre Behandlungen in Akutspitälern eine «leistungsorientierte und diagnosebezogene Finanzierung in Form von Pauschalen» vor. In der Botschaft des Bundesrates wurden dazu ausdrücklich die APDRGs als mögliche Variante genannt. Aufgrund dessen beschlossen die massgebenden Part-

«Insofern kann die diesjährige Standortbestimmung zur Einführung der deutschen DRGs gleichzeitig als Aufbruchsignal zur Einführung der Schweizer DRGs (Swiss-DRGs) gesehen werden.»

ner im Gesundheitswesen, nämlich die Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK, ehemals SDK), die Schweizerische Ärztegesellschaft (FMH), der Verband der Schweizer Krankenversicherer (santésuisse), die Medizinaltarifkommission (MTK) und der Verband der Schweizer Spitäler (H+), sich zusammenschliessen und die Entwicklung eines DRG-Systems für die Schweiz voran-

¹ Peter Indra ist Mitglied von APDRG Schweiz und war als Experte bei der Erarbeitung der Grundlagen von TAR-APDRG Schweiz beteiligt.

² weitere Informationen im Internet: www.hospvd.ch/ise/apdrg

zutreiben. Nach monatelangen Vorbereitungen ist nun auf den 1. Mai 2004 der Verein Swiss DRG gegründet worden³, der die Entwicklung der Schweizer DRGs auf Basis eines «refined» Modells bis zum Jahr 2007 bewerkstelligen soll.

DRGs als Rädchen

Durch die Einführung neuer Abgeltungsmodelle wie zum Beispiel der DRGs wollen die Gesetzgeber Veränderungen im Gesundheitssystem ihres Landes initiieren. Ob dies gelingt, hängt aber, wie die vielen Plenumsreferate und Parallelsessionen deutlich machten, weniger vom Abgeltungsmodell selber ab als vielmehr von den Rahmenbedingungen. Die aktuelle Entwicklung in Deutschland zeigt, dass dies auch für die DRGs gilt; insbesondere für die Qualität und die Versorgungssicherheit der Patienten haben die gesetzlichen und ordnungspolitischen Rahmenbedingungen hier eine grosse Bedeutung.

Die DRGs selber sind also eher zweitrangig. Sie sind nur ein kleines Rädchen im System. Der Rahmen definiert, wie das Rädchen funktioniert, und nicht das Rädchen selber.

Versicherer fordern Wettbewerb

Aus Sicht der Referenten müssen die gesetzlichen Rahmenbedingungen so gestaltet werden, dass Anreize zur zweckmässigen und wirtschaftlichen Erbringung medizinischer Leistungen entstehen und dass die Verzahnung der am Behandlungsprozess Beteiligten im Sinn einer integrierten Versorgung gefördert wird.

Vor allem die Versicherer forderten zu diesem Zweck einen Vertragswettbewerb um die Versorgung der Patienten. Die ordnungspolitischen Regeln für diesen Vertragswettbewerb müssten so gestaltet werden, dass die Qualität der Versorgung verbessert und gleichzeitig Wirtschaftlichkeitsreserven erschlossen würden.

Hans Jürgen Ahrens, Vorstandsvorsitzender des Bundesverbandes der AOK (grösster Krankenversicherer Deutschlands), schilderte die entsprechenden Bemühungen in Deutschland: In den Neunzigerjahren begannen die Ausgaben im Gesund-

heitswesen massiv zu wachsen, und die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) geriet aufgrund einer zunehmenden Einnahmeschwäche finanziell immer stärker unter Druck. Studien zeigten, dass die im internationalen Vergleich extrem hohen Ausgaben vor allem auf Überkapazitäten in fast allen Versorgungsbereichen sowie auf eine ausgeprägte Abschottung zwischen den einzelnen Leistungssektoren (ambulant und stationär) zurückzuführen waren. Abhilfe hätte hier mit einer besseren Verzahnung der Sektoren im Sinn einer integrierten Versorgung geschaffen werden können. Mit der Gesundheitsreform im Jahr 2000 wurde eine

«Der Rahmen definiert, wie das Rädchen funktioniert, und nicht das Rädchen selber.»

bessere Verzahnung ermöglicht. Die Leistungserbringer, vor allem die kassenärztlichen Vereinigungen (KV), wussten die Bildung integrierter Modelle dann aber zu verhindern, so dass der Effekt der Reform bescheiden blieb.

Am 1. Januar 2004 trat dann das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) in Kraft, das die Abschottung zwischen der ambulanten und der stationären Versorgung nun effektiv aufbrechen und eine markant bessere Verzahnung erreichen sollte. Dabei ging es vor allem darum, Unter-, Über- und Fehlversorgung bei chronisch Kranken abzubauen, die hausärztliche Versorgung zu stärken und die Zusammenarbeit mit Fachärzten in Kliniken zu optimieren. Durch dieses Gesetz erhielt die integrierte Versorgung nun tatsächlich neue Impulse; neu konnten Krankenversicherer und Ärztegruppen auch ohne die Zustimmung der kassenärztlichen Vereinigungen Verträge abschliessen, was gute Voraussetzungen für neue Kooperationsformen, neue Versorgungsstrukturen und eine prozessoptimierte medizinische Behandlung schaffte.

Wettbewerb und DRGs

Die Krankenversicherer in Deutschland hoffen, dass die Anbieter integrierter Versorgungsformen in einen



Auch die diesjährige Casemix-Konferenz wurde von der Firma Lenz organisiert und von deren Geschäftsführer Max J. Lenz eröffnet.



Die Krankenversicherer in Deutschland hoffen auf einen Vertragswettbewerb zwischen Anbietern integrierter und sektorspezifischer Versorgung (im Bild: Hans Jürgen Ahrens, Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes).



In einem vermehrt wettbewerblich orientierten System können die DRGs nach Meinung von Manfred Manser (links) zusätzliche positive Anreize setzen.

³ Peter Indra vertritt die schweizerischen Krankenversicherer in der Projektleitung von Swiss DRG.

Vertragswettbewerb mit den sektorspezifisch tätigen Leistungserbringern um die Gunst und das Vertrauen der Versicherten treten. Diese Wettbewerbssituation soll zu einer Verbesserung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Versorgung führen. Aus Sicht der deutschen Krankenversicherer muss der Staat nur die Rahmenbedingungen schaffen, damit wettbewerbliche Such- und Entdeckungsprozesse möglich werden. Dadurch werde das kreative Potenzial der Marktakteure geweckt, und sie begännen, innovative und oft sektorenübergreifende Versorgungs- und Vergütungsformen zu entwickeln. Die Ausführungen von Hans Jürgen Ahrens machten deutlich, dass die diesbezügliche Entwicklung des deutschen Gesundheitswesens letztlich viel stärker von den gesetzlichen Rahmenbedingungen (v.a. vom eingangs erwähnten Krankenhausfinanzierungsgesetz sowie vom GKV-Modernisierungsgesetz) abhängig war als von den DRGs.

Manfred Manser, Vorsitzender der Konzernleitung Helsana, legte in seinem Referat dar, dass sich die Position der schweizerischen Versicherer nicht wesentlich von jener der deutschen Versicherer unterscheide: Ein Übergang zu mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen sei zur Vermeidung von Ineffizienzen und für eine effiziente Steuerung der Ressourcen

im Gesundheitswesen unumgänglich. Der Wettbewerb in der Gesundheitsversorgung brauche einen klaren Ordnungsrahmen, den nur der Staat schaffen und für dessen Einhaltung nur der Staat garantieren könne. Der Markt für Gesundheitsleistungen sei aber zu deregulieren,

«Aus der Sicht der deutschen Krankenversicherer muss der Staat nur die Rahmenbedingungen schaffen, damit wettbewerbliche Such- und Entdeckungsprozesse möglich werden.»

und nur die Mindeststandards sollten gesetzlich festgelegt werden. Es sei nun an der Zeit, in der Schweiz nicht mehr Staatsinterventionismus zu betreiben, sondern mehr Eigenverantwortung zu schaffen und den Wettbewerb spielen zu lassen. Die staatlichen Regulierungen sollten sich auf Situationen beschränken, in denen der Markt oder Wettbewerb nicht funktionieren könne, nach dem Motto: «So viel Staat wie notwendig, so viel Markt wie möglich».

Der Übergang vom Kostenerstattungsprinzip zur Verhandlung von Preisen (wie ihn die zweite KVG-Revision für die Spitalfinanzierung vorgesehen hatte) kann nach Mansers Auffassung den Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern fördern: Wenn einheitliche Preise festgelegt würden, bemühten sich die Anbieter von Gesundheitsleistungen (sprich die Leistungserbringer), ihre Mitbewerber durch bessere Qualität zu übertreffen. Im Fall eines Preiswettbewerbs versuchten sie, die Mitbewerber in Sachen Effizienz zu übertreffen. Grundsätzlich fördere zwar jedes wettbewerblich orientierte System die Qualität und Effizienz der Versorgung; die DRGs könnten in einem vermehrt wettbewerblich orientierten System aber zusätzlich positive Anreize setzen, indem sie für alle Beteiligten mehr Transparenz schafften. ■

Bericht und Fotos:

DR. MED. PETER INDRA
LEITER PROJEKTE UND ÄRZTLICHER LEITER
LEISTUNGSEINKAUF
HELSENA VERSICHERUNGEN AG
LEISTUNGSERBRINGERMANAGEMENT
TALACKER 42
8001 ZÜRICH
E-MAIL: PETER.INDRA@HELSENA.CH