

## Vorlage an den Landrat des Kantons Basel-Landschaft

---

**Titel:** **Schriftliche Beantwortung der Interpellation von Klaus Kirchmayr, Grüne Fraktion: Finanzielle Auswirkungen der Einführung von Fallkostenpauschalen (DRG) ab 2012 ([2008/260](#))**

Datum: 22. Dezember 2009

Nummer: 2008-260

Bemerkungen: [Verlauf dieses Geschäfts](#)

---

Links:

- [Übersicht Geschäfte des Landrats](#)
- [Hinweise und Erklärungen zu den Geschäften des Landrats](#)
- [Landrat / Parlament des Kantons Basel-Landschaft](#)
- [Homepage des Kantons Basel-Landschaft](#)

---



2008/260

Kanton Basel-Landschaft

Regierungsrat

## Vorlage an den Landrat

vom 22. Dezember 2009

### **Schriftliche Beantwortung der Interpellation von Klaus Kirchmayr, Grüne Fraktion: Finanzielle Auswirkungen der Einführung von Fallkostenpauschalen (DRG) ab 2012 ([2008 / 260](#))**

An der Landratssitzung vom 21. Oktober 2008 reichte Landrat Klaus Kirchmayr, Grüne Fraktion, eine [Interpellation](#) ein mit dem Titel «Finanzielle Auswirkungen der Einführung von Fallkostenpauschalen (DRG) ab 2012». Der Vorstoss hat folgenden Wortlaut:

" Mit der Einführung der Fallkostenpauschalen (DRG) ändert sich der Finanzierungsmechanismus der kantonalen Spitäler grundlegend. Den Spitälern wird dannzumal für jeden bestimmten Fall (z.B. Blindarmoperation) ein klar definierter Betrag vergütet. Damit die Qualität der medizinischen Leistung nicht abnimmt, werden den Spitälern für jeden Fall klare Qualitätskriterien vorgeschrieben. Dies betrifft insbesondere die Betreuungsstandards. Damit soll sichergestellt werden, dass sich die Spitäler nicht zu Lasten einer guten Patientenbetreuung finanzieren.

Dieser Systemwechsel dürfte weitreichende Konsequenzen für die Finanzierung der Spitäler haben. Systembedingt werden die Spitäler de facto gezwungen, jeden Fall wenn irgend möglich in der durch die Fallkostenpauschale vorgegebenen Zeit abzuschliessen. Andernfalls droht ein Defizit, welches durch die Spitalträger zu bezahlen ist.

Gesundheitsökonomern erwarten durch die Einführung der Fallkostenpauschalen drei wesentliche Entwicklungen im Spitalbereich:

1. Die Spitäler werden alles unternehmen um ihre Fälle in der geforderten Zeit abzuschliessen.
2. Die Spitäler sind gezwungen zu investieren um die hohen Qualitätsstandards zu erfüllen.
3. Es wird ein starker Wettbewerb um die „Fälle“ zwischen den Spitälern einsetzen, damit möglichst alle Betten gefüllt werden können. Als Folge davon werden Investitionen in Top-Leute und eine Top-Ausrüstung notwendig.

Der Systemwechsel ist eidgenössisch beschlossene Sache. Der Kanton als Spitalträger und –finanzierer ist gut beraten, sich rechtzeitig über die substantiellen finanziellen Konsequenzen Gedanken zu machen.

In diesem Zusammenhang bitte ich um die schriftliche Antwort der folgenden Fragen:"

1. *Wie weit sind die durchschnittlichen Belegtage pro Fall in den 3 Akutspitälern des Kantons von dem durch die Einführung von DRG geforderten Wert entfernt?*

2. *Welcher zusätzliche Investitionsbedarf ergibt sich in den Kantonsspitalern zur Erfüllung der durch DRG geforderten Betreuungsstandards?*
3. *Ergeben sich durch die Einführung von DRG in den einzelnen Spitalern Effizienzgewinne? Wenn ja, wie gross sind diese pro Spital? Welche Massnahmen sieht der Kanton vor, mit den entstandenen Überkapazitäten umzugehen?*

## **Antwort des Regierungsrates**

### **Allgemeine Bemerkungen**

Im Projekt SwissDRG werden aktuell die so genannten diagnosebezogenen Fallpauschalen (DiagnosisRelatedGroups – DRG) aufgebaut. Das SwissDRG basiert wiederum auf den Definitionen und Abgrenzungen der deutschen DRG Version (GDRG), welches bereits seit einigen Jahren in Deutschland flächendeckend zur Spitalfinanzierung eingesetzt wird. SwissDRG wird mit dem Jahr 2012 für alle Spitäler zur stationären Leistungsabrechnung verbindlich sein und die Basis für die Leistungsaufträge in der Spitalplanung bilden.

Von Experten wird zurzeit oft erklärt, dass durch die Fallpauschalen die durchschnittliche Aufenthaltsdauer je Patient stark sinken wird. In der Folge würden Überkapazitäten massiv zunehmen. Sie fügen jedoch auch an, dass Spitäler, welche ihre Aufgaben bezüglich der Aufenthaltsdauer bis 2012 erfüllen, keine Kapazitätsüberhänge aufweisen werden.

Auch mit der Einführung von SwissDRG wird die Beziehung zur Aufenthaltsdauer nicht gänzlich aufgehoben. Die Wirkung der im DRG-System definierten Grenzverweildauern in Tagen unterscheidet sich jedoch zur aktuell mehrheitlich angewandten Verrechnung von Tagespauschalen. Während bei der Verrechnung von Tagespauschalen die erzielbaren Pflgetage pro Fall für das Ergebnis entscheidend ist, werden im DRG-System mit der unteren, mittleren und oberen Grenzverweildauer je Behandlungsprozess (DRG) unter anderem die Vorgaben für die Verlegungspraxis standardisiert.

Die Verlegungspraxis wird mit den „Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG“ definiert, welche wie folgt lautet:

„Bei einer Verlegung rechnet jedes involvierte Spital diejenige Fallpauschale ab, welche sich aus seiner Behandlung ergibt. Sowohl das verlegende wie das aufnehmende Spital müssen jedoch einen Abschlag gewärtigen, wenn die Aufenthaltsdauer des Patienten im betreffenden Spital unterhalb der Mittleren Verweildauer (MVD) der abgerechneten Fallgruppe liegt. Der Abschlag berechnet sich aus dem Abschlagssatz pro Tag (individuell pro Fallgruppe festgelegt), multipliziert mit der Anzahl der Abschlagstage (MVD  $\cdot$  Aufenthaltsdauer). Der Abschlagssatz wird von der SwissDRG AG kalkuliert.“

Mit den Abschlagszahlungen werden unnötige Verlegungen zur Erhöhung der administrativen Fallzahlen verhindert.

Grundsätzlich wird die deutsche Systematik im SwissDRG übernommen, die Grenzverweildauer je DRG wird jedoch an die schweizerischen Verhältnisse angepasst. Die Abstimmung erfolgt über die Prüfung des Systems mit einer angemessenen Anzahl von schweizerischen Referenzspitalern. Das führt jedoch de facto auch zur Übernahme der aktuellen durchschnittlichen Aufenthaltsdauern im System. Spitäler, deren Aufenthaltsdauer sich wesentlich über dem Mittel der Schweiz bewegen, könnten Schwierigkeiten bei der Auslastung bekommen.

Die im Titel der Interpellation angesprochene finanziellen Auswirkung wird nicht primär vom SwissDRG verursacht, sondern von den mit der KVG-Revision verbundenen neu definierten Abgeltung der stationären Leistungen (KVG Art 41 Abs. 1 bis, Art. 49 a Abs. 2)

Mit Artikel 41 Abs. 1 bis KVG wird bestimmt, dass eine versicherte Person für die stationäre Behandlung unter den Spitälern frei wählen kann, die auf der Spitalliste ihres Wohnkantons oder jener des Standortkantons aufgeführt sind (Listenspital). Damit wird eine freie Spitalwahl möglich und der Kanton hat gemäss Artikel 49a Abs. 2 KVG dafür mindestens 55% der Kosten zu tragen. Gegenüber der aktuell geltenden eingeschränkten Spitalwahl (Spitalliste des Wohnkantons ohne Privatspitäler) führt diese Öffnung zu erheblichen Mehrkosten für die Kantone. Weiter belastet der Finanzierungsgrad von 55% den Kanton stärker als derjenige in den aktuellen Spitalverträgen mit den Versicherern. Im Preis sind neu auch die Investitionskosten (Abschreibung und Verzinsung) berücksichtigt. Aufgrund dessen werden für den Kanton Basel-Landschaft zur Finanzierung der Spitalaufenthalte ab 2012 zusätzliche Mittel von ca. 40 Mio. Franken im Budget eingestellt werden müssen.

### Antworten zu den Fragen

1. *Wie weit sind die durchschnittlichen Belegtage pro Fall in den 3 Akutspitälern des Kantons von dem durch die Einführung von DRG geforderten Wert entfernt?*

Da der Systemwechsel seit längerem absehbar war, überprüfen die Kantonsspitäler Laufen, Liestal und Bruderholz seit 2005 ihre Aufenthaltsdauern zusammen mit dem statistischen Amt. Über die Analyse mit APDRG Suisse werden die vorhandenen Abweichungen aufgedeckt und können kontinuierlich optimiert werden. Die Analysen auf der Basis der medizinischen Statistik, welche auch der kantonalen Verwaltung zur Verfügung gestellt werden kann, ergeben folgendes Bild (ohne Geriatrie und Rehabilitation; sind vorerst nicht von Swiss DRG betroffen):

#### DRG Kennzahlen 2007

gemäss Medizinischer Statistik der Krankenhäuser, DRG Grouper 1.7, Kostengewichte 5.1

	Fälle	AHD <sup>1</sup> IST Tage	Soll- ALOS <sup>2</sup> Tage	Soll- HTP <sup>3</sup> Tage	Differenz AHD - Soll-ALOS <sup>4</sup> Tage
Kantonsspital Liestal	14'097	7.9	7.1	16	0.8
Kantonsspital Bruderholz	11'394	8.9	7.3	17	1.6
Kantonsspital Laufen	2'328	10.6	7.4	17	3.2

1 Durchschnittliche Aufenthaltsdauer effektiv des Spitals

2 Durchschnittliche Aufenthaltsdauer gemäss Referenzdaten von APDRG Suisse

3 Erster oberer Grenzwert gemäss Referenzdaten von APDRG Suisse

4 Durchschnittliche Aufenthaltsdauer minus durchschnittliche Aufenthaltsdauer gemäss Referenzdaten von APDRG Suisse

Aufgrund der oben aufgeführten Tabelle zeigt sich, dass die durchschnittlichen Aufenthaltsdauern der Kantonsspitäler Liestal und Bruderholz bereits im Jahre 2007 relativ nahe am Referenzwert von APDRG Suisse liegen. Das Kantonsspital Laufen hebt sich etwas nach oben ab. Die Aufenthaltsdauern aller drei Spitäler bewegen sich jedoch genügend weit unter dem zulässigen oberen Referenzwert von APDRG Suisse (HTP1).

### DRG Kennzahlen 2008

gemäss Medizinischer Statistik der Krankenhäuser, DRG Grouper 1.8, Kostengewichte 5.1

	Fälle	AHD <sup>1</sup> IST Tage	Soll- ALOS <sup>2</sup> Tage	Soll- HTP1 <sup>3</sup> Tage	Differenz AHD - Soll-ALOS <sup>4</sup> Tage
Kantonsspital Liestal	14'245	8.0	7.4	17	0.6
Kantonsspital Bruderholz	11'518	9.0	7.5	17	1.5
Kantonsspital Laufen	2'209	10.6	7.3	17	3.3

1 Durchschnittliche Aufenthaltsdauer effektiv des Spitals

2 Durchschnittliche Aufenthaltsdauer gemäss Referenzdaten von APDRG Suisse

3 Erster oberer Grenzwert gemäss Referenzdaten von APDRG Suisse

4 Durchschnittliche Aufenthaltsdauer minus durchschnittliche Aufenthaltsdauer gemäss Referenzdaten von APDRG Suisse

Die Kennzahlen 2008 zeigen für die Kantonsspitäler Liestal und Bruderholz eine weitere Annäherung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer an die Referenzwerte von APDRG Suisse.

## 2. Welcher zusätzliche Investitionsbedarf ergibt sich in den Kantonsspitalern zur Erfüllung der durch DRG geforderten Betreuungsstandards?

Um die Betreuungsstandards aus dem SwissDRG ableiten zu können, müssen die einzelnen Parameter auf deren Wirkung bezüglich Vorgaben aufgezeigt werden. Folgende Parameter sind im Swiss DRG enthalten:

DRG:	alphanumerische Ordnungsnummer
Partition:	Medizinischer Bereich
Bezeichnung:	Umschreibung des DRG
Bewertungsrelation bei Hauptabteilung:	Kostengewicht für Vergütung
Mittlere Verweildauer:	empfohlene Aufenthaltsdauer
Untere Grenzverweildauer:	minimale Aufenthaltsdauer
Abschlag pro Tag bei Unterschreitung:	Reduktion pro Tag bei Unterschreitung
Obere Grenzverweildauer:	maximale Aufenthaltsdauer
Zusatzentgelt bei Überschreitung:	zusätzliche Vergütung bei Überschreitung
Externe Verlegung - Abschlag/Tag:	Reduktion pro Tag bei externer Verlegung
Verlegungsfallpauschale:	Kostenteiler zwischen zwei Spitalern

Mit den oben erwähnten Parametern lassen sich aus dem DRG-System selbst ausschliesslich Betreuungsstandards bezüglich der Unteren, Oberen und Mittleren Verweildauer ablei-

ten. Für die Spitäler wird es deshalb wichtig sein, sich in der vorgegebenen Bandbreite zu bewegen, ansonsten der Finanzierungsgrad abnehmen würde. Das Einhalten der vorgegebenen Verweildauern führt an sich zu keinem zusätzlichen Investitionsbedarf. Ein Investitionsbedarf kann nur indirekt über das DRG-System erfolgen. Indem durch die fortschreitende medizinische Entwicklung neue Behandlungsmethoden im DRG-System abgebildet werden. Grundsätzlich ergibt sich dadurch kein Unterschied zur heutigen Praxis, wo der Investitionsbedarf auch aufgrund der medizinischen Entwicklung gefordert wird. Dementsprechend ergibt sich kein vom DRG direkt ausgelöster Investitionsbedarf.

3. *Ergeben sich durch die Einführung von DRG in den einzelnen Spitälern Effizienzgewinne? Wenn ja, wie gross sind diese pro Spital? Welche Massnahmen sieht der Kanton vor, mit den entstandenen Überkapazitäten umzugehen?*

Mit der KVG-Revision führt die Einführung von DRG vorerst eher zu einer Ausweitung der administrativen Datenerhebung in den Spitälern. Effizienzgewinne können im Laufe der Zeit durch bessere Vernetzung der Spitäler mit Hausärzten und den nach gelagerten Institutionen durchaus entstehen. In Deutschland haben diese Anstrengungen zu einigen Verbesserungen bei den Behandlungsprozessen geführt. Es darf davon ausgegangen werden, dass diese Tendenz sich in der Schweiz auch einstellen wird.

Primär wird auf der Basis der APDRG Analyse des statistischen Amtes geprüft wie viel Überkapazitäten in Tagen bei den Spitälern vorhanden sind. Dazu werden alle Behandlungsfälle gegenüber dem Soll-Wertvorgabe von APDRG Suisse geprüft und die Überkapazität in Tagen ausgewiesen. Die Überkapazität wird auf eine Soll-Bettenauslastung von 90% umgerechnet, damit die Zahlen vergleichbar werden. Grundsätzlich wird vom Gesetzgeber und den Versicherern nur eine Mindestauslastung von 85% verlangt. Aufgrund der anhaltend hohen Auslastung der Kantonsspitäler Bruderholz und Liestal kann für den Kanton Basel-Landschaft durchaus das Auslastungsziel von 90% als Richtlinie verwendet werden, was auch positiv zur Wirtschaftlichkeit der Spitäler beiträgt. Die Überkapazität wird in der Folge auch in Betten ausgewiesen.

### **DRG Kennzahlen 2007 Berechnung der Überkapazität durch Vergleich der IST-Aufenthaltsdauer gegenüber Soll Aufenthaltsdauer (APDRG Suisse) über alle Fälle.**

	Fälle = ALOS	Fälle > ALOS	Fälle < ALOS	Überkapazität in Tagen	Auslastung in %	Differenz in Tagen <sup>1)</sup> zu 90% Auslastung	Überkap.in Tagen 90% Auslastung	Überkapazität Betten
Kantonsspital Liestal	1'978	5'252	6'867	316	90.9	-1'270	-954	-2.6
Kantonsspital Bruderholz	1'578	4'539	5'277	4'209	91.8	-2'743	1'466	4.0
Kantonsspital Laufen	450	1'009	869	1'736	84.7	1'663	3'399	9.3

1) inklusive Aufenthaltstage gesunde Neugeborene

## DRG Kennzahlen 2008 Berechnung der Überkapazität durch Vergleich der IST-Aufenthaltsdauer gegenüber Soll Aufenthaltsdauer (APDRG Suisse) über alle Fälle.

	Fälle = ALOS	Fälle > ALOS	Fälle < ALOS	Überkapazität in Tagen	Auslastung in %	Differenz in Tagen <sup>1)</sup> zu 90% Auslastung	Überkap.in Tagen 90% Auslastung	Überkapazität Betten
Kantonsspital Liestal	1'869	5'176	7'200	-668	92.2	-3'075	-3'743	-10.2
Kantonsspital Bruderholz	1'570	4'323	5'625	2'573	92.2	-3'353	-780	-2.1
Kantonsspital Laufen	479	894	836	1'456	81.2	2'762	4'218	11.5

1) inklusive Aufenthaltstage gesunde Neugeborene

Es kann aber davon ausgegangen werden, dass bei den Kantonsspitalern Liestal und Bruderholz keine Überkapazitäten vorhanden sind und sich auch in Zukunft kaum ergeben werden. Entsprechend der LR-Vorlage [2008/348](#) Seite 15 wird im Neubau des Kantonsspitals Bruderholz aber bereits nur noch mit 280 Betten für Akutsomatik geplant. Das entspricht einer Bettenreduktion von 33 Betten gegenüber der heute betriebenen Bettenkapazität von 313 Betten.

Zur Beurteilung von allfällig vorhandenen zukünftigen Reserven müssen neben der medizinischen Statistik und Auslastung der Spitäler auch der Selbstversorgungsgrad und die demographischen Entwicklung berücksichtigt werden.

Der Kanton Basel-Landschaft weist inklusive Privatkliniken (Birshof-, Rennbahn-, ITA-Wegmann-Klinik usw.) einen Selbstversorgungsgrad über alle Versicherungsklassen von 62.6 % nach Austritten (26 178) aus (Quelle: Gesundheitsstatistik BL, 2006). Aktuell werden unter ca. 5-10% aller medizinischen Leistungen, die so genannte Spitzenmedizin, nicht im Kanton Basel-Landschaft angeboten.

Bei der Auswertung der Patientenstruktur im Kantonsspital Bruderholz wurde ersichtlich, dass ca. 52 % der Eintritte und ca. 63% der Pflage tage die Akutbehandlung von über 60-jährigen betraf. Die Bevölkerungsgruppe der über 65-jährigen wird bis ins Jahr 2025 gemäss Altersprojektion des Statistischen Amtes um ca. 47% zunehmen. Das heisst, dass bei gleich bleibendem Selbstversorgungsgrad bis ins Jahr 2025 mit ca. 6000 zusätzlichen Eintritten in ein Akutspital zu rechnen wäre. Die Spitalplanung geht aber davon aus, dass der Mehrbedarf durch Effizienzgewinn und den medizinischen Fortschritt ausgeglichen werden kann. Allenfalls würde eine Bedarfsdeckungslücke mittels Leistungseinkauf in anderen Kantonen vorübergehend gedeckt werden. Nach dem Jahr 2050 wird gemäss Altersprojektion der Anteil der älteren Bevölkerung wieder rückläufig sein.

In Anbetracht aller positiv wie negativ auf den Bettenbedarf wirkenden Faktoren kann davon ausgegangen werden, dass vor allem durch die medizinische Entwicklung und wohl auch durch die Einführung von DRG Effizienzgewinne erzielbar sind.

Liestal, 22. Dezember 2009

IM NAMEN DES REGIERUNGSRATES

der Präsident:  
Wüthrich

der Landschreiber:  
Mundschin