

Erweist sich die duale Finanzierung der stationären Kosten als Kuckucksei?

Wer das meiste zahlt, kontrolliert – oder doch nicht?

Seit dem 1. Januar 2012 gilt mit der neuen Spitalfinanzierung, dass die Kantone sofort oder innert relativ kurzer Zeit 55% der Behandlungskosten des obligatorischen Bereichs übernehmen, die Krankenversicherer die restlichen 45%, und zwar in sämtlichen Spitälern, öffentlichen wie privaten. Dieser Aufteilung liegt die Überlegung zugrunde, dass es angemessen sei, aufgrund der sehr hohen stationären Kosten einen rechten Teil davon steuerfinanziert, also gemäss Leistungsfähigkeitsprinzip, zu regeln. Andererseits beharrten die Versicherer im ambulanten Bereich auf einer Nicht-Einmischung der Kantone. Somit scheinen auf den ersten Blick klare Verhältnisse zu herrschen. Aber sind es nicht zu starre Strukturen? Und wie gehen die Kantone in der Praxis mit ihrem Mehrheitsanteil an der Kostenübernahme im stationären Bereich um?

Jetzt sind es ja nicht nur – wie früher – Tagespauschalen der öffentlichen Häuser, sondern Fallpauschalen aller stationären Leistungserbringer, die durch Diagnosen, Nebendiagnosen und Prozeduren definiert sind. Besteht hier Transparenz? Wie wird geprüft und damit Rechenschaft gegenüber den Steuerzahlern abgelegt?

Neu, aber auch ausreichend transparent?

Jedes Spital erstellt unter SwissDRG für seine stationären Leistungen eine detaillierte Aufstellung. Davon werden (rund) 55% der entstandenen Kosten an den jeweiligen Wohnsitzkanton und 45% an die Krankenversicherung dieser Patienten in Rechnung gestellt. Von diesem 45%-Anteil erhalten die Patienten eine Kopie. Kritische Beobachter führen bereits hier eine erste Kritik ins Feld, indem sie argumentieren, die Patienten würden auf diese Weise (nunmehr auch im Falle der Privatkliniken) in die trügerische Sicherheit gewiegt, dass das dauernde Gejammer über das hohe Kostenniveau der Schweizer Spitalversorgung auf keiner ausreichenden Grundlage basiere.

Von Tagespauschalen zu Fallpauschalen

Grundsätzlicher aber ist nun der systemtechnische Aspekt. Waren es früher Tagespauschalen, die von den Krankenversicherern relativ einfach abgehakt werden konnten und es sich bei den Kantonen lediglich um eine längst gewohnte Defizitdeckung der öffent-

lichen Spitäler handelte, welche hartgesottene Geister in den Gesundheitsdepartementen als Routineaufgabe erledigten, ist es mittlerweile um einiges komplexer geworden. Klare Diagnose-bezogene Fakten sollen ja nun die Grundlage des Entgelts darstellen. Also sind es die Diagnose selbst, mögliche Nebendiagnosen und Prozeduren, welche den Inhalt einer Rechnungsstellung bilden und Anspruch auf ein Honorar rechtfertigen. Damit ist der Kontrollaufwand wesentlich höher als seinerzeit unter dem alten Abrechnungssystem. Wer Spitalrechnungen kontrollieren will, braucht somit von den Leistungserbringern umfangreiche Daten.

Für deren Handling bestehen harte Datenschutzauflagen, für Missbräuche stehen drakonische Strafen. Die Kassen haben deshalb für die Sicherheit und einwandfreie Abwicklung eine zertifizierte Datenannahmestelle geschaffen und sich rechtzeitig die nötige Kompetenz angeeignet, um die Spitalrechnungen gründlich prüfen zu können. – Und wie steht es bei den Kantonen, bei denjenigen, die den Mammutanteil der stationären Kosten zu tragen haben? Werden hier etwa die Fallpreispauschalen, wie es Berater Karl Ehrenbaum gerne ausdrückt, zu pauschalen Preisfallen?

Wie prüfen denn die Kantone die Spitalrechnungen?

Wir befragten Dr.med Robert Rhiner, Leiter der Abteilung Gesundheitsversorgung des

Kantons Aargau, wie das zwischen Zofingen und Baden, zwischen Rheinfelden und Muri in der administrativen Praxis so ablaufe:

Wie und in welchem Umfang prüft der Kanton Aargau die Spitalrechnungen? Prüfen Sie auch die medizinischen Leistungen?

Dr.med. Robert Rhiner: Der Kanton Aargau prüft nur die administrativen Daten (Wohnsitz, korrekte Baserate, korrekte Berechnung etc.)

Verfügt der Kanton Aargau – so wie die Krankenversicherer – eine zertifizierte Datenannahmestelle? Wie sieht das bei andern Kantonen aus?

R. R.: Nein, darüber verfügen nur die Krankenversicherer.

Wäre es nicht sinnvoller, wenn die Kantone die vollumfängliche Prüfung den Krankenversicherern überlassen würden und die Kantone erst nach erfolgter Akzeptanz durch die Kassen ihren 55%-igen Anteil zahlen würden?

R. R.: Als Hauptkostenträger macht es für die Kantone Sinn, die administrativen Daten selber zu überprüfen. Daran können die Versicherer ja kein besonderes Interesse haben.

Wie beurteilen Sie die Abrechnungsqualität nach rund 1½ Jahren SwissDRG?

R. R.: Sie ist gut. Die elektronische Rechnungsstellung durch die innerkantonalen Häuser klappt problemlos.



Roland Hartmann,
Leiter Gesundheitsamt Kanton Uri



Dr.med. Robert Rhiner,
Leiter der Abteilung Gesundheitsversorgung
Kanton Aargau



Felix Schneuwly,
Head of Public Affairs, comparis.ch

Papier bereitet Sorgen und verteuert den Prozess

Dr. Robert Rhiner hat aber dennoch ein Problem, das dem Kanton Aargau – und wohl auch vielen andern Kantonen – arge Sorgen bereitet. Es ist die «Flut von Papierrechnungen der ausserkantonalen Spitäler, weil sie alle von Hand ins System eingelesen werden müssen. Und auf diese Daten wollen wir nicht verzichten, um mit der Zeit eine optimale Steuerung erzielen zu können.»

Welchen Ausweg sehen Sie aus dieser ungünstigen und teuren Lage? Wie fördern Sie den digitalen Datenaustausch? Arbeiten Sie hier auch mit andern Kantonen zusammen, die die gleichen Probleme haben?

R. R.: Alle ausserkantonalen Spitäler, welche mit dem Kanton Aargau stationäre Leistungen abrechnen, haben einen Brief mit der Aufforderung erhalten, auf die elektronische Rechnungsstellung zu wechseln. Das Echo war bisher gut und wir hoffen, dass sich die Situation für uns bezüglich Aufwand und für die Spitäler bezüglich Zahlungsfristen dadurch bald erheblich verbessern wird. Von grosser Bedeutung ist dabei die Umstellung der Hauptlieferanten wie z.B. der Universitätsspitäler Basel und Zürich, des Limmattal- und des Triemlispiitals sowie der Solothurner Spitäler AG.

Überschaubare Situation im Kanton Uri

Nun ist der Kanton Aargau einer der leistungsstärksten und best organisierten der Schweiz, ausserdem von seiner Finanzstärke her durchaus in der Lage, die aktuelle suboptimale Situa-

tion in den Griff zu kriegen. Wie aber steht es in den kleinen Kantonen? Wir fuhren Richtung Gotthard und trafen Roland Hartmann, Leiter des Gesundheitsamtes des Kantons Uri.

Wir fanden ihn sehr gelassen, «weil wir hier bei nur 35'000 Einwohnern eine sehr überschaubare Situation haben. Die Papierflut ist noch zu bewältigen, wobei auch wir natürlich sehr interessiert sind, in Zukunft digitale Abrechnungen der Spitäler zu erhalten.»

Der Kanton Uri ist besonders interessant zu betrachten. Hier sind ausserkantonale Hospitalisationen für kompliziertere Eingriffe aufgrund des nahen Zentrums Luzern und der Ausrichtung des einheimischen Kantonsspitals auf eine erweiterte Grundversorgung schon seit Jahrzehnten gang und gäbe. Ein Viertel der stationären Behandlungen finden ausserkantonale statt, davon die Hälfte im LUKS.

Bewährter Ablauf, aber Wünsche sind vorhanden

DRGs sind fürs Gesundheitsdepartement in Altdorf nichts Neues. Schon seit 2004 wurden die Fälle am Kantonsspital Uri mittels AP-DRGs erfasst und damit – parallel zur Tagespauschalen-Abrechnung – umfangreiche Erfahrungen gesammelt. «Wir waren daher am 1. Januar 2012 gut vorbereitet und sattelfest mit dem neuen System», hält Roland Hartmann fest. «Es bestand sowohl im Kantonsspital wie auch bei uns im Departement bereits eine fest etablierte DRG-Kultur. Dieses System ist bei uns seit Jahren entsprechend gut akzeptiert.»

Und so prüfen die Urner ihre Spitalrechnungen:

- **Erster Schritt** ist die Kostengutsprache. Geprüft wird, ob der Patient tatsächlich Wohnsitz im Kanton Uri hat (Roland Hartmann: «Da könnte ich Ihnen Geschichten erzählen ...») und ob im Falle einer ausserkantonalen Behandlung diese bei einem nicht entsprechend zusatzversicherten Patienten effektiv medizinisch indiziert ist oder ob sie nicht auch im Kantonsspital in Altdorf oder dem einzigen Listenspital, der Psychiatrie Zugersee, durchgeführt werden könnte. Der Differenzbetrag zum ausserkantonalen Spital ergibt sich aufgrund der jeweiligen Versicherungspolice des Patienten und kann je nach Verhandlungspartner auf Kostenträgerseite – tarifsuisse oder HSK – unterschiedlich hoch sein. Letzter Punkt, der überprüft wird, ist, ob das behandelnde ausserkantonale Spital auch tatsächlich auf der Spitalliste seines Standortkantons steht.
- **Zweiter Schritt** ist die Prüfung der praktisch immer noch ausnahmslos in Papierform daher kommenden Spitalrechnung. «Wir prüfen den Tarif und den Schweregrad. Wenn wir einen Korrekturbedarf sehen, informieren wir die Krankenversicherung, damit diese ebenfalls intervenieren kann. Diese Kontrollen bleiben wichtig und sind in unserem Kanton mengenmässig gut verkraftbar. Was wir feststellen und allenfalls zu bemängeln haben, sind in den meisten Fällen geringfügige Flüchtigkeitsfehler.»
- **Drittens** geht es um eine effiziente Spitalplanung. Und hier sind die Urner Spitze. «Natürlich

kommt uns unsere überschaubare Grösse entgegen, aber die Arbeit muss trotzdem gemacht werden», erklärt Roland Hartmann. Im Kanton Uri werden nämlich die aktuellen Diagnose-Codes statistisch erfasst, währenddem auf schweizerischer Ebene bislang lediglich Zahlen aus dem Jahre 2010 greifbar sind. «Aufgrund unserer aktuellen Statistik erkennen wir frühzeitig bestimmte Entwicklungen, können – wo möglich – sofort Gegensteuer geben und erhalten in jedem Fall eine erhöhte Budgetsicherheit. Das ist sehr wichtig, haben wir doch sehr früh gesehen, dass die Kosten des Kantons Uri aufgrund ausserkantonaler Hospitalisationen von 2011 auf 2012 von 8.5 auf 10.35 Mio. Franken gestiegen sind. Wir erklären uns diese Abweichung grösstenteils als Ursache des Investitionszuschlags auf den DRG-Tarif, da die Austritte von Urnerinnen und Urnern aus ausserkantonalen Spitälern mit 1325 Patienten praktisch konstant geblieben sind.»

Mehr an die Prämien- und Steuerzahler denken

Ganz ohne Sorgen ist man – mit Seitenblick auf Bundesbern – allerdings auch in Altdorf nicht. Zwar lässt man Tells Armbrust noch im Schrank stehen, aber «wir haben natürlich alles andere als Freude am Mehraufwand, der uns die Ausgestaltung von SwissDRG in der Praxis bringt. Der Einfluss des Preisüberwachers ist enorm, ständig kämpfen Spitäler gegen Krankenkassener oder den Preisüberwacher vor Gericht.

Zwei Rechnungen, zwei Rechnungskontrollen, zwei Zahlungen für eine mit einer Pauschale zu vergütende Leistung ist tatsächlich etwas absurd.

**Felix Schneuwly,
Head of Public Affairs, comparis.ch**

Daraus resultiert eine Flut von Abrechnungen, die auf provisorischen Tarifen beruhen. Und weil die meisten Spitäler immer noch mit Papier abrechnen, was ohnehin für uns aufwändiger zu handhaben ist, entsteht in unserer kleinen Verwaltung mit nur 500 Stellenprozenten ein nicht zu unterschätzender Mehraufwand. So müssen wir heute daran denken, mehr Personal einzustellen. Fazit: SwissDRG verteuert die Administration»

«Das ist die direkte Folge vom dem, was der Bundesgesetzgeber in der Verordnung zum revidierten KVG nicht klar genug geregelt hat. Die heikelsten Punkte hierbei sind die unterschiedlichen Interpretationen von Anlagenutzungskosten und Wirtschaftlichkeit. Es wäre bei einer neuerlichen Revision des KVG sinnvoll, wenn die Damen und Herren Parlamentarier und primär das BAG vermehrt auf die praktische Abwicklung zu beschliessender Massnahmen achten und damit die Prämien- und Steuerzahler ernst nehmen würden.»

Ist doch etwas faul im Staate Dänemark?

Die Verantwortlichen in den Kantonen sind loyal und fair. Sie setzen mit grosser Energie um, was unter der Bundeskuppel so alles beschlossen wird. Aber – Roland Hartmann sagt es unmissverständlich – ganz wohl kann es einem als Prämien- und Steuerzahler nicht sein. Wir wollten dieser Problematik tiefer auf den Grund gehen und fragten einen Konsumentenvertreter und gesundheitspolitischen Experten, Felix Schneuwly, Head of Public Affairs von comparis.ch, ob – in Anlehnung an den traurigen dänischen Prinzen Hamlet – effektiv etwas faul sei. Unsere erste Frage lautete:

Die Kantone sind offenbar nicht oder nur ungenügend in der Lage, die 55% der stationären Kosten, die sie zu tragen haben, überhaupt zu überprüfen. Das macht uns stutzig. Sie auch?

Felix Schneuwly: Man stelle sich vor, ein Kanton baue ein neues Verwaltungsgebäude, ohne die Rechnungen der Handwerker zu kontrollieren. Würden die Kassen auf die Rechnungskontrolle verzichten, ginge ein Aufschrei durch das ganze Land. Schlägt man den Kantonen vor, sie sollen doch die Rechnungskontrolle den Kassen delegieren, argumentieren Gesundheitsdirektoren, sie und nicht die Kassen hätten die demokratische Legitimation die korrekte Verwendung der Steuergelder zu prüfen. Die Verantwortung gar nicht übernehmen ist weiss Gott schlechter als eine Aufgabe zu delegieren und durch Stichproben die Verantwortung trotzdem wahrzunehmen.

Uns scheint, dass bei der Ausarbeitung der neuen Spitalfinanzierung nicht ausreichend an die praktische Umsetzung gedacht worden sei. Teilen Sie diese Auffassung?

F. S.: Ja, das ist bei politischen Kompromissen leider oft der Fall. Mit der neuen Spitalfinanzierung wollte das Parlament erstens von der Rückerstattung verursachter Kosten zur Abgeltung erbrachter Leistungen wechseln,



und zweitens mit den DRGs ein einheitliches Tarifsysteem schaffen, um die zu vergütenden Leistungen auch landesweit vergleichen zu können. Die dual-fixe Finanzierung wählte man, weil es die Kantone nie akzeptiert hätten, die bisher ins System fliessenden Steuergelder direkt den Kassen zu geben. Nun muss ein Spital für eine stationär erbrachte Leistung einen Teil dem Wohnkanton und den anderen Teil der Krankenkasse des Patienten in Rechnung stellen. Zwei Rechnungen, zwei Rechnungskontrollen, zwei Zahlungen für eine mit einer Pauschale zu vergütende Leistung ist tatsächlich etwas absurd. Dass nun ein Kostenträger die Rechnung kontrolliert, der andere nicht, passt irgendwie zu dieser Absurdität.

Gestörtes Gleichgewicht

Setzen wir uns ins Boot der Versicherten und Patienten. Diese sollten doch von den Kantonen als Bürger und SteuerzahlerInnen umfassend vertreten und gebührend geschützt werden. Ausserdem zahlen die Kantone den grösseren Anteil an die stationären Kosten. Da ist die Waage nicht im Gleichgewicht ...

F. S.: Das Gleichgewicht ist ja schon vor der Rechnungskontrolle massiv gestört, denn der Kanton hat mehrere Hüte, was unweigerlich zu Rollenkonflikten führt. Er bestimmt, welche Spitäler auf die Spitalliste kommen. Ist ein Spital



Die neue Spitalfinanzierung kostet die Kantone Aargau und Uri viel Geld und Nerven. Die Natur vermag dies aber nicht zu trüben – links, das «Schweizer Wasserschloss» (AG); rechts, die Landschaft nahe der «Sunniggrathütte» (UR)

nicht auf der Spitalliste, bekommt es für stationäre Leistungen auch keinen Vergütungsanteil vom Kanton, obwohl das Spital vom Kanton eine Zulassung hat. Der Kanton ist vielleicht auch Besitzer von Spitälern, also auch Konkurrent privater Spitäler auf der eigenen Spitalliste sowie der Spitäler auf Spitalisten anderer Kantone. Er genehmigt zudem die Basispreise. Diese bilden die Grundlage für jede Fallpauschale. Er genehmigt also die Preise für seine eigenen Spitäler und auch diejenigen der Konkurrenz. Einigen sich Kassen und Spitäler nicht auf die Basispreise, ist der Kanton Schiedsrichter und setzt die Basispreise fest. Der Kanton ist also Schiedsrichter und Mitspieler gleichzeitig. Da kann man nur noch mit etwas Zynismus feststellen, dass es wohl nicht so schlimm ist, wenn der Kanton angesichts all dieser Rollen und Rollenkonflikte sich nicht auch noch um die Rechnungs-Kontrolle jeder Rechnung kümmern mag. Tut er es, wird er wohl die Rechnungen der eigenen Spitäler nicht so streng wie die der Konkurrenz kontrollieren.

Die Mängel haben wir nun festgehalten. Gut wäre es, wenn sich Auswege aus der Sackgasse ergeben würden. Sehen Sie welche?

F. S.: Ja, die Lösung ist eigentlich ganz einfach und vom Gesetzgeber auch schon vorgesehen. Der Kanton kann die Kassen mit der Rechnungskontrolle für seinen Vergütungs-

anteil beauftragen. Wenn er sich mit den Kassen auf Akontozahlungen und Stichproben vor der jährlichen Endabrechnung einigt, ist diese Lösung einfach und unbürokratisch. Auch wenn die Rechnungskontrolle durch die Kassen dem Kanton etwas kostet, ist das immer noch besser als diese gar nicht zu kontrollieren oder eigenes Personal anzustellen, das genau das tut, was

Zudem werden die Kassen ja auch noch von einer strengen Aufsicht in Bern kontrolliert, welche sicherzustellen hat, dass alles mit rechten Dingen zu und hergeht.

**Felix Schneuwly,
Head of Public Affairs, comparis.ch**

die Kassen ja auch tun. Und mit den Stichproben bleibt die Verantwortung für den eigenen Vergütungsanteil beim Kanton. Zudem werden die Kassen ja auch noch von einer strengen Aufsicht in Bern kontrolliert, welche sicherzustellen hat, dass alles mit rechten Dingen zu und hergeht.

Jetzt für Remedur sorgen

Die Mängel sind erkannt. Neben dem ungu-ten Gefühl von Prämien- und Steuerzahlern kann es ja auch den Kantonen als grössten-teils vollziehende Behörden nicht wohl in ihrer Mehrfachrolle sein. Dazu kommen wachsende Verarbeitungskosten mit viel Papier statt schlanker Elektronik bei meistenten ungenügender Kontrolle resp. Kontrollmöglichkeit. Ein erster Schritt könnte doch effektiv in der Übertragung der kompletten Kontrolle an die versierten Krankenversicherer bestehen. Wenn diese ein-fachheitshalber den Kantonsanteil im Service-vertrag gleich mit überprüfen, wird ein wichtiger Effizienzvorteil erzielt.

Eine weitere Betrachtung wert sein könnte schliesslich die generelle Neu beurteilung der Kostenaufteilung aller medizinischen Lei-stungen gemäss Krankenversicherungsgesetz zwischen Kantonen und Krankenversicherern. Natürlich wäre dabei ein anderer Verteilschlüs-sel als 55/45 zu berechnen, das aber wäre ein einfacher Dreisatz.

Eine Ausdehnung der dualen Finanzierung auch auf den ambulanten Sektor brächte eindeutig mehr Flexibilität, gleich lange Spiese für ambu-lante sowie stationäre Behandlungen. Bleibt hingegen bloss die stationäre Versorgung dual finanziert, muss die volkswirtschaftlich sinnvolle Verlagerung von stationär zu ambulant alleine von den Kassen und via Selbstbehalt von den Versicherten berappt werden. Auf diese Weise wird die Kantonskasse (beinahe schlitzohrig) geschont. Aktuelle Zahlen untermauern diese Vermutung: Vergessen wir nicht, dass gerade die Kosten Spital ambulant während der letzten 10 Jahre den weitaus grössten Kostenanstieg – nämlich 28% – verbucht haben.

Doch eines nach dem andern. Das ist wohl auch guteidgenössische Tradition. Den Rat Roland Hartmanns aus dem Kanton Uri nach praxistaug-licher und -verträglicher Umsetzung von Geset-zen sollten sich eidgenössische Parlamentarier aber sehr wohl hinter die Ohren schreiben. Und die Krankenversicherer könnten ein veritables Tor schießen, wenn sie die 26 (kantonalen) Stiere – resp. stellvertretend dafür die GDK – bei den Hörnern packen würden, um eine zeitgemässe Abwicklung der Rechnungsprüfung in einem Zug auf die Beine zu stellen. Und wenn sich dann gelegentlich noch namhafte Zentrums- und Universitätsspitäler von der Papierrechnung verabschieden, kann sich auch Dr. Robert Rhiner in Aarau wieder richtig freuen.

Text: Dr. Hans Balmer