



Anfrage Ineichen-Fellmann Luzia über die DRG-Fallpauschalen (A 817). Eröffnet am: 25.01.2011 Gesundheits- und Sozialdepartement

Antwort Regierungsrat:

*Zu Frage 1: Wie sind die Fallpauschalerfahrungen in anderen Ländern?*

Die Einführung der Fallpauschalen hat sich in allen Ländern, in denen sie bisher eingeführt worden sind, bewährt. Es gibt kein Land, das die Fallpauschalen wieder rückgängig gemacht hat. Die Einführung eines neuen Abgeltungssystems braucht eine gewisse Zeit, bis sämtliche Kinderkrankheiten ausgemerzt sind. In Deutschland hat dieser Prozess etwa sieben Jahre gedauert. Auch bei uns in der Schweiz reden wir von einem lernenden System. Nicht alles wird bereits am 1.1.2012 perfekt funktionieren.

Die "blutigen Entlassungen", die von bestimmten Kreisen immer wieder ins Spiel gebracht werden, konnten auch durch wissenschaftlich fundierte Analysen in Deutschland nicht nachgewiesen werden. Das deutsche System dient ja als Vorlage für unser SwissDRG.

*Zu Frage 2: Werden Vor- und Nachbehandlungen in den Fallpauschalen überhaupt noch möglich sein?*

Die medizinische Vor- und Nachbehandlung ist auch nach der Einführung der Fallpauschalen genau gleich möglich wie dies heute der Fall ist. Was die eigentliche finanzielle Entschädigung betrifft, so ist mit der Fallpauschale lediglich der stationäre Aufenthalt im Spital abgedeckt. Vor- und Nachbehandlungen, die ambulant erbracht werden, werden auch als solche Leistungen ambulant abgerechnet. Das ist bereits heute so. Wir gehen nicht davon aus, dass die Einführung der Fallpauschalen daran etwas ändern wird.

Wir haben in Luzern bereits heute eine tiefe durchschnittliche Aufenthaltsdauer. Deshalb gehen wir nicht davon aus, dass die Spitäler während des stationären Aufenthalts aus ökonomischen Gründen möglichst wenige Behandlungen und Diagnosen vornehmen und alles andere auf die Vor- und Nachbehandlungen verschieben. Würde dies festgestellt, müssten entsprechende Massnahmen getroffen werden.

*Zu Frage 3: Wie wirken sich die Fallpauschalen bei älteren Patienten und Patientinnen aus?*

Personen sollen so lange im Spital sein, wie sie auch wirklich spitalbedürftig sind. Heute bleiben die Patientinnen und Patienten vereinzelt länger im Spital, weil sie noch nicht nach Hause können und sich lieber noch im Spital pflegen lassen möchten. Zum Teil ist es heute auch noch so, dass die Austrittsprozesse in den Spitälern nicht optimal mit dem Behandlungsfortschritt abgestimmt sind. Seit dem 1. Januar 2011 kann der Spitalarzt während 14 Tagen eine Übergangspflege anordnen. Dadurch ist sichergestellt, dass sich die Fallpauschalen nicht negativ auf ältere Patientinnen und Patienten auswirken.

*Zu Frage 4: Wird die Aus- und Weiterbildung in den Fallpauschalen genügend berücksichtigt?*

Die Kosten der Aus- und Weiterbildung in der Pflege sind Bestandteil der anrechenbaren Kosten. Sie sind also durch den Erlös abgedeckt. Mit Ausnahme der universitären Lehre und Forschung sind auch die Aus- und Weiterbildungskosten der Ärztinnen und Ärzte in den Fallpauschalen enthalten. Wir gehen davon aus, dass die Spitäler und Kliniken anlässlich der Tarifverhandlungen sicherstellen, dass die Aus- und Weiterbildungskosten kostendeckend angerechnet werden. Sollte dies nicht der Fall sein, dürfte eigentlich auch kein Vertragsabschluss zwischen Leistungserbringer und Kassen erfolgen.

Die nicht durch die Fallpauschale gedeckten Kosten der Aus- und Weiterbildung auf universitärer Stufe muss der Kanton als gemeinwirtschaftliche Leistung abgelden.

*Zu Frage 5: Welche Auswirkungen hat die Fallpauschale auf die Krankenkassenprämie?*

Die Einführung des Fallpauschalensystems hat keinen direkten Einfluss auf die Krankenversicherungsprämie. Verschiedene Spitäler rechnen bereits seit längerem mit Fallpauschalen ab. Art. 59c der Krankenversicherungsverordnung schreibt sogar ausdrücklich vor, dass der Tarifwechsel nicht zu Mehrkosten führen dürfe.

Gewaltige Kostenverschiebungen bewirken hingegen die andern vom Gesetzgeber beschlossenen Änderungen bei der Spitalfinanzierung. Die Mitfinanzierung von bisher nicht subventionierten Privatspitälern, die freie Spitalwahl ohne Zusatzversicherung und der höhere Kostenanteil an den Behandlungen auf der halbprivaten und privaten Abteilung in den öffentlichen Spitälern verursacht gemäss neusten Schätzungen der GDK bei den Kantonen Mehrkosten in der Höhe von mindestens 1,5 Milliarden Franken pro Jahr. Damit wird aber nicht etwa die obligatorische Krankenversicherung entlastet. Auch diese wird gemäss Schätzungen der GDK wegen der Mitfinanzierung der Investitionskosten in den öffentlichen Spitälern und der Kosten für die nicht universitäre Lehre mit rund 150 Millionen pro Jahr zusätzlich belastet. Entlastet werden mit der neuen Spitalfinanzierung ab 2012 einzig die Zusatzversicherungen, gemäss der GDK-Schätzung total um 1,6 bis 2,3 Milliarden Franken pro Jahr.

*Zu Frage 5: Wie weit sind die Managed Care Modelle im Kanton Luzern eingeführt?*

Praktisch alle Krankenversicherer bieten heute mindestens ein Managed Care Modell an. Nicht zuletzt auch wegen der Prämienrabatte erfreuen sich die Modelle immer grösserer Beliebtheit. Das ist auch in Luzern nicht anders. Zurzeit diskutieren die eidgenössischen Räte eine Vorlage, mit der Managed Care Modelle weiter gefördert werden sollen.