

Per 2012 ist national die Einführung einer neuen Spitalfinanzierung vorgesehen. Neu werden die stationären Leistungen leistungsbezogen finanziert. In der Regel werden Pauschalen vereinbart. Die Pauschalen orientieren sich an der medizinischen Diagnose und beruhen auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen (DRG: Diagnosis Related Groups). Dies hat Auswirkungen auf die kantonale, resp. regionale Spitallandschaft und Gesundheitsversorgung. Verschiedene Kantone haben DRG bereits eingeführt und erste Erfahrungen gesammelt. Dabei kam es zu konfliktreichen Situationen (Kanton Zug) und auch die Erfahrungen aus Deutschland zeigen, dass durch die DRG-Finanzierung ein enormer Preisdruck auf die Institutionen der Gesundheitsversorgung zukommt. Die DRG werden als Sparinstrument eingesetzt. Dadurch erhöht sich der wirtschaftliche Druck, die Patientinnen und Patienten vor seriösem Abschluss der Akutbehandlung aus dem Spital zu entlassen. Dieser Umstand wird mit dem Begriff ‚bloody exit‘ (blutiger Austritt) umschrieben und meint den verfrühten Spitalaustritt mit möglichen Folge-Komplikationen. Es drohen Unter- und Mangelversorgung. Darüber zeigt sich auch die Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin in ihrer Stellungnahme Nr. 15 vom 25. August 2008 beunruhigt.

(www.bag.admin.ch/nek-cne/04229/04232/index.html?lang=de)

Zu diesem Sachverhalt habe ich folgende Fragen:

1. Wie garantiert der Regierungsrat den verfassungsmässigen Auftrag der flächendeckenden, für alle zugänglichen Gesundheitsversorgung?
Wie wird verhindert, dass sich die Spitäler auf ‚lukrative‘ Patientengruppen konzentrieren und dabei ‚unlukrative‘ wie chronisch Kranke oder multimorbide Patientinnen und Patienten benachteiligt werden?
2. Wie will der Regierungsrat verhindern, dass es zu sogenannten ‚bloody exits‘ kommt und damit die Versorgungsqualität der Bevölkerung in Gefahr gerät?
3. Was macht der Regierungsrat, um bei verkürzten Spitalaufenthalten eine qualitativ gute Nachbehandlung (z.B. Reha-Abteilungen, Spitex) zu sichern?
4. Was gedenkt der Regierungsrat zu tun, um Benchmark-Verzerrungen bei der Umstellung auf schweizweit einheitliche DRG zu vermeiden?
Konkret: Wie wird die Ermittlung der Benchmarks gestaltet, damit nicht Äpfel mit Birnen verglichen werden, das heisst, ein Regionalspital mit einem Kantonsspital oder mit einer Uniklinik?
5. Wie nimmt der Regierungsrat Einfluss auf die Preisgestaltung?
6. Wie wird verhindert, dass dem Kostendruck nachgegeben wird indem die Arbeitslast pro Arbeitsplatz gesteigert wird und als Folge davon die Pflegequalität leidet?
Und: wie wird die Orts- und Branchenüblichkeit der Löhne im DRG-System berücksichtigt?
7. Die Nationale Ethikkommission empfiehlt über das DRG-System eine offene Debatte über die positiven aber auch über die nachteiligen Effekte zu führen. Wie gedenkt der Regierungsrat auf diese Empfehlung zu reagieren?
8. Im Weiteren empfiehlt die Nationale Ethikkommission eine Begleitforschung einzurichten und dies noch vor Einführung des Systems.
Wie stellt sich der Regierungsrat zu dieser Empfehlung? Ist er bereit, im Kanton eine solche Begleitforschung einzurichten?

Brigitte Hollinger