



## **Newsletter der IG PRO KSO vom Dezember 2009**

Geschätzte Mitglieder

Im Namen des Vorstandes der IG pro KSO entbiete ich Ihnen die besten Wünsche für einen guten Jahreswechsel.

Herr Eduard Hafner, Aktuar der IG, verfasste einen Abriss über die nunmehr 3-jährige Geschichte der IG sowie deren aktuellen Aufgaben.

Gleichzeitig erhalten Sie einen von Herrn Dr. M Romanens verfassten Artikel: „Steht die Zukunft des KSO zur Debatte?“ Herr Dr. Romanens ist Vorstandsmitglied der IG und Gesundheitspolitiker

Beiden Herren seien an dieser Stelle für Ihre Beiträge bestens gedankt.

Ihnen, geschätzte Mitglieder, wünsche ich ein **erfreuliches 2010.**

Mit freundlichen Grüssen

Peter Rahm

Präsident IG pro KSO

## IG PRO KSO: Zweck und Auftrag

### **Beitrag von Eduard Hafner, lic. iur., Olten**

*Bei Aktionen in der Öffentlichkeit und Veranstaltungen wird von Interessentinnen und Interessenten, aber auch von Medien die Frage nach dem Zweck und dem Auftrag der IG gestellt. Da in letzter Zeit ein erfreulicher Zuwachs von Mitgliedern zu verzeichnen ist und auf 2012 einschneidende Änderungen im Spitalsektor in Kraft treten werden, soll die Gelegenheit des Jahreswechsels benutzt werden, die Grundlagen unserer Tätigkeit in Erinnerung zu rufen.*

### **Am Anfang war die Spitalkommission.**

Die bis Ende 2005 für das KSO existierende Spitalkommission war eine wichtige Institution für die Sicherung einer einwandfreien Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung des unteren Kantonsteils. Sie setzte sich tatkräftig für die Anliegen der Patienten und der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen ein und intervenierte 1995 erfolgreich für die Sanierung des KOS. Ohne ihren Einsatz wäre die bauliche Sanierung des KSO zu Lasten der Patienten und der Region politisch gescheitert, hunderte von Arbeitsplätzen wären akut gefährdet gewesen, was auch volkswirtschaftlich verheerende Auswirkungen gezeitigt hätte.

### **Beziehungsnetz soll gesichert und ausgebaut werden.**

Nach der ersatzlosen Aufhebung der Spitalkommission wurde von ehemaligen Mitgliedern der Spitalkommission die Initiative ergriffen, um eine Körperschaft zu schaffen, welche die Arbeit der Kommission fortsetzen konnte.

Diese Körperschaft konkretisierte sich am 3. Mai 2006 in Gründung des Vereins IG PRO KSO.

### **Zweck und Aufgabe der IG sind gemäss Abschnitt II. der Statuten:**

*Der Verein bezweckt die Förderung des Kantonsspitals Olten (KSO) als regionalen Erbringer von Dienstleistungen im Gesundheitswesen.*

*Daraus ergeben sich folgende Tätigkeitsgebiete:*

*Politisches und gesellschaftliches Lobbying für das KSO, damit die stationäre und ambulante Gesundheitsversorgung in der Region Olten-Gösgen-Gäu gewährleistet ist und durch eine Vielzahl von Arbeitsplätzen ein Beitrag zur wirtschaftlichen Stabilität und Attraktivität der Region geleistet wird.*

*Informations- und Aufklärungsarbeit bei Bevölkerung, kantonalen Instanzen und politischen Organisationen.*

*Planung und Durchführung von Anlässen sowie Kampagnen für die Unterstützung des KSO im Interesse der Region.*

Ziel ist demgemäss, das Kantonsspital Olten als regionalen Dienstleistungsbetrieb im Gesundheitswesen und als eine der wichtigsten regionalen Arbeitgeber weiter zu verankern, zu stärken und zu fördern.

Folgende nicht abschliessend aufgezählte Tätigkeiten des Vereins seit seiner Gründung dienen diesen Zielsetzungen

- Kontakte zu wirtschaftlichen Organisationen, wie Gewerbeverband, Handels – und Industrieverein u.a.
- Präsenz des Vereins an spitalinternen Anlässen, wie Einweihung des neuen Bettenhauses (2008), anlässlich des Nationalen Spitaltages von 2007, eigener Stand an der MIO 2008-
- Informationsveranstaltungen zu Belangen des Gesundheitswesens, wie Referat zur zukünftigen Spitallandschaft im Kanton Solothurn (Regierungsrat Peter Gomm, Chef Departement des Innern, 2007) Podiumsinterview von Nationalrätin Bea Heim zur aktuellen Spitalpolitik mit Verena Diener, VR-Präsidentin der soH (2008), Diskussion zum Thema „Fallpauschale“ mit Exponenten von befürwortender und skeptischer Seite (2009).

## **IG PRO KSO: Aktueller denn je!**

Aufgrund der neuesten Entwicklungen der nationalen Spitalpolitik, die selbst die Existenz des KSO als kantonales Spital in Frage stellt, manifestiert sich dramatisch die Notwendigkeit der Weiterexistenz einer Körperschaft, welche wirksam die Interessen der Region, der Patienten und des Personals wahrnimmt. Diese Aufgabe kann jedoch nur erfolgreich gelöst werden, wenn möglichst viele Bewohnerinnen und Bewohner unserer Region, weitere Akteure im Gesundheitswesen, Patienten und Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen des KSO, Lieferanten des KSO usw. dem Verein beitreten und dessen Zielsetzung und Aktivitäten mittragen. Der Mitgliederbestand hat sich, insbesondere nach der MIO 2008 von 130 auf 216, erfreulich weiter entwickelt.

Je mehr Mitglieder umso „gewichtiger“ unser Einfluss. Die absehbaren Tendenzen zeigen zudem deutlich, dass zur Sicherung des Standortes Olten für ein öffentlich-rechtliches Spital mit dem heutigen Leistungsangebot und des erreichten Qualitätsstandard auch auf kantonaler, bzw. regionaler Ebene weitere grosse Anstrengungen zu unternehmen sind. Die Mitgliedschaft erwerben können natürliche Personen, Personengesellschaften und juristische Personen des privaten und öffentlichen Rechts (insbesondere Einwohnergemeinden der Region Olten-Gösgen-Gäu). Der Mitgliederbeitrag pro Jahr beträgt aktuell Fr. 20.00 für natürliche Personen und Fr. 80.00 für juristische Personen.

## Steht die Zukunft des KSO zur Debatte?

**Beitrag von Michel Romanens, Dr. med., Olten**

Die Kosten im Gesundheitswesen sind ein Dauerthema geworden. Das Parlament hat im Jahr 2007 ein Gesetz verabschiedet, wonach ab dem Jahr 2012 für die Leistungen der Akut-Spitäler in der Schweiz neu Fallpauschalen zur Abgeltung der Kosten verwendet werden müssen. Diese gründen auf der Diagnose eines

**Abbildung 1: Das Kantonsspital Olten von der Aare aus betrachtet**



Patienten (DRG: diagnosis related cost group). Ziel ist es, mit Fallpauschalen Kosten zu sparen, unwirtschaftliche Abteilungen oder Spitäler zu schliessen und die Spitalbehandlung zu ökonomisieren.

Für das Kantonsspital Olten hat die Solothurner Spital-AG (SoH) überaus hohe Kosten im Vergleich zu anderen Spitälern festgestellt. Man versucht deshalb zurzeit, diese zu reduzieren. Damit soll auch die Chance verbessert werden, ab 2012 trotz den Fallpauschalen als Spital mit dem bisherigen Leistungsauftrag überleben zu können.

**Es ist also möglich, dass das öffentlich-rechtlich organisierte Kantonsspital Olten künftig weniger Leistungen, andere Leistungen oder gar keine Leistungen mehr erbringen wird.**

### **Wie ist das möglich?**

Tatsache ist: die Kosten der Spitäler sind in den letzten Jahren deutlich angestiegen, mehr noch als die Kosten in der ambulanten Medizin. Eine Schliessung von ca 100 von 340 Spitälern in der Schweiz wurde deswegen von „Bundesbern“ zum Programm erhoben.

Gemäss OECD Daten 2007 haben wir jedoch in der Schweiz die vierthöchste Akutbetten-Belegung (85%), gleichzeitig aber pro 1000 EinwohnerInnen lediglich 3.4 Spitalbetten (Deutschland mit DRG: Durchschnitt: 5.7).

Diese Zahlen belegen, dass die Spitalbett-Kapazität bereits jetzt erreicht ist und dass mit einer Schliessung von 100 Spitälern in der Schweiz eine **künstliche Verknappung der Ressource „Spitalbett“ erzeugt werden soll**. Dahinter verbirgt sich die Absicht, die Krankheiten vermehrt ambulant behandeln zu lassen. Dies kann aber auch bedeuten, dass vor allem für Personen Wartelisten entstehen, welche nur für allgemeine Abteilungen versichert sind. Denn eine Privatisierung vieler Spitalbetten oder ganzer Spitäler ist durchaus im Sinne der Politik: wer es kann, bezahlt erste oder zweite Klasse in der Spitalbehandlung.

### **Lehren aus Deutschland**

In Deutschland wurden die Fallpauschalen im Jahr 2004 eingeführt und haben zu folgenden Effekten geführt:

- Schliessungen von Spitälern
- Privatisierung mittelgrosser Spitäler
- Verminderte Qualität der Versorgung von Spitalpatienten aus der Sicht der Zuweiser
- Mengenausweitungen zwecks Erzeugung höherer Fallzahlen
- Vermehrte Belastung des Pflegepersonals
- Zunahme der Bürokratie
- Gezielte Selektion lukrativer Behandlungsfälle

Die Begleitforschung zu den negativen Effekten der Fallpauschalen ist jedoch – obwohl sogar gesetzlich festgeschrieben – in Deutschland bisher nicht erfolgt. Es existieren nur wenige Beobachtungs-Studien, z.B. von der „Qualitätsinitiative des Zentrums für Qualität und Management im Gesundheitswesen“, eine Einrichtung der Ärztekammer Niedersachsen (Brigitte Sens). Obwohl die Einschätzung der Krankenhausleitungen und Medizinkontrollreure die Einführung der DRG positiv beurteilen, ist dies beim Pflegepersonal und den ArztInnen, vor allem in Spitälern, welche einen Grundversorgungsauftrag erfüllen, kaum der Fall.

Somit existiert in Deutschland immer noch keine validierte Begleitforschung, anekdotische Berichte weisen aber darauf hin, dass die Belastung der Spitäler mit Fallpauschalen wegen der Ökonomisierung und Bürokratisierung

**Abbildung 2: Codierung statt Pflege: je 12% bzw. 11% der Arbeitszeit**



erheblich zunehmen. Zudem haben die Fallpauschalen weder die Kosten noch die Aufenthaltsdauer der Spitalpatienten senken können. Entsprechende Trends waren schon vor 2004 beobachtbar und haben sich völlig linear fortgesetzt.

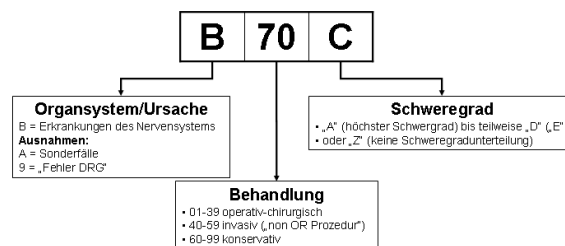
## Wie gut sind die Fallpauschalen?

Eine derart revolutionäre Massnahme wie die Einführung von Fallpauschalen muss Sinn machen. Die Behandlungsabläufe und die Qualität der Leistungen sollten durch Fallpauschalen messbar verbessert und die Kosten gleichzeitig gesenkt werden können.

**Obwohl günstige Effekte den Fallpauschalen zugeschrieben werden, liegen keine Beweise vor: die wissenschaftlich validierte Begleitforschung zu DRG ist in Europa faktisch nicht existent, die Studien aus Amerika, dem DRG-Pionier, belegen im Gegenteil, dass DRG anderen Entgeltungsmechanismen nicht überlegen sind.**

Auf der anderen Seite sind die Kosten der Abrechnung über Fallpauschalen nennenswert: einerseits fallen Personalkosten bei den DRG-Kodierern an, ferner werden die Behandlungspfade gemäss den laufenden Einnahmen überwacht und allenfalls angepasst – was erhebliche Management-Zeit beansprucht.

**Abbildung 3: Codierung von Fällen ist eine komplexe und teure Angelegenheit**



Da die Diagnosen zudem zu Gruppen zusammengefügt werden, ist das „DRG-Kauderwelsch“ für den Kliniker keine sinnvolle Handlungshilfe um Kosten zu sparen. Gerade bei komplexeren „Fällen“ mit mehrfachen Diagnosen erscheint die Codiererei zudem wenig hilfreich oder gar absurd.

**Tabelle 1: Übersicht über häufige Abkürzungen:**

- MDC** = Hauptdiagnose ( A-Z; 9 )
- DRG** = Behandlungsfallgruppe
- CC** = Komorbidität/Komplikation
- CCL** = Komorbiditäts-/ Komplikationsstufe
- PCCL** = Patientenbezogene Komplexitätsstufe
- PRE-MDC** = Sonderfälle ( Transplantationen)
- Error-DRG** = Fehler-DRG
- Severity weight** = Schweregrad
- Adjacent DRG** = Basis-DRG

Die Frage ist deswegen durchaus gestattet, ob die Einführung der Fallpauschalen tatsächlich auf den Hauptebenen der Behandlung etwas Positives bewirken

kann: Reduktion der Kosten? Verbesserte Behandlungsqualität?

## Kostenvergleiche zwischen Spitälern

Eine weitere Baustelle betrifft die Kostenvergleichbarkeit von Spitälern. Mit dieser Frage hat sich der Verein Spital-Benchmark Thurgau auseinander gesetzt, welcher mittlerweile über Daten von rund 50% aller Spitalbehandlungen in der Schweiz verfügt. Gemäss diesen Erhebungen, deren Resultate jedoch vertraglich vereinbart geheim gehalten werden müssen, ist das Kantonsspital Olten eines der teuersten Spitäler. Wie die Zahlen dabei genau zustande gekommen sind, ist wegen der Geheimhaltung bisher nicht überprüfbar. Interessant sind jedoch die Vorgaben von Bundesbern zur Gewichtung der Fälle mit dem Faktor 4. Dabei wird der Casemix-Index, also die mittleren Kosten aller Fälle eines Spitals mit 4 multipliziert (Vorgabe der Bundesverwaltung gemäss Bundesamt für Gesundheit, Bundesamt für Statistik, Preisüberwacher, 2007).

**Tabelle 2: Gewichtung des Casemix-Index mit dem Faktor 4 (Quelle: [www.spitalbenchmark.ch](http://www.spitalbenchmark.ch))**

T4 Gewichtung

Spital_ID	Typologie	Index Notfall	Index Betten	Index CMI	Index Fälle
1	K112	100	57	61	26
2	K121	0	20	67	12
Differenz		100	37	-6	14
Diff. abs.		100	37	6	14
<b>Gewicht</b>		<b>0,2</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>1</b>
Diff. abs. gewichtet		20	37	24	14

Der Effekt dieser Gewichtung: Spitäler, welche teure Patienten behandeln, erscheinen in der Vergleichsrechnung viermal teurer als effektiv Kosten verursacht wurden. Dazu schreibt die Bundesverwaltung/Bundesbern: „Der CMI wurde von der Arbeitsgruppe stark gewichtet, da zukünftig eine leistungsorientierte Finanzierung der Spitäler angestrebt wird. Durch die vorgeschlagene Gewichtung der Indizes erreicht man ein Verhältnis zwischen Struktur- und Outputindikatoren von ca. 1:6. Damit ist das Modell, dem derzeitigen Trend folgend, sehr leistungsorientiert.“

**Gemäss dem derzeitigen Stand existieren angeblich Belege, wonach das Kantonsspital Olten viel zu teuer sei. Diese Zahlen sind bisher wegen Geheimhaltungsklauseln nicht überprüfbar und die Fragen, wo genau zu hohe Kosten entstehen und ob Fehler bei der Datenübermittlung gemacht wurden, müssen vorerst unbeantwortet bleiben. Dies ist für die verantwortlichen Klinik- und Departmentchefs eine schwierige Situation.**

## Sind die Fallpauschalen fair in der Entgeltung von Leistungen des Spitals?

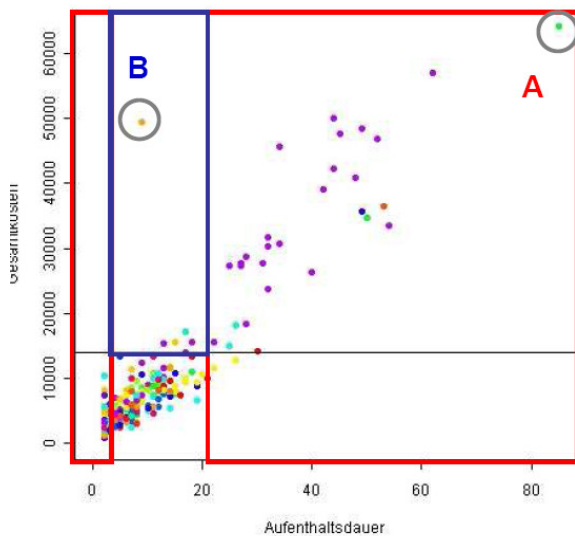
Eine weitere Baustelle betrifft die Frage, wie gut die Fallpauschalen die effektiv notwendigen Kosten in diesem Land zur Behandlung von Spitalpatienten im Akutbereich rückerstatten werden. Wäre dies nicht oder in ungenügender Masse der Fall, droht für all jene Spitäler der Bankrott, welche ihren Leistungsauftrag nicht erfüllen können, weil sie keine „Rosinenpickerei“ betreiben können, also öffentlich-rechtlich strukturierte Spitäler mit Grundversorgerauftrag.

Um diese Frage zu beantworten, ist es notwendig zu wissen, wie gut die Kosten, die verursacht werden, durch die Fallpauschalen abgebildet werden. Die nationale Arbeitsgruppe SwissDRG hat dazu Zahlen für das Jahr 2007 veröffentlicht.

In jedem Spital werden Patienten behandelt, welche wider Erwarten eine überlange Aufenthaltsdauer benötigen (sog. Outliers) bzw. solche, welche nur kurz im Spital sind, aber sehr hohe Kosten verursachen (sog. Inliers).

Wie Abbildung 4 zeigt, sind nicht wenige Patienten Outliers – also wahrscheinlich längere Aufenthaltsdauer wegen Komplikationen, welche meist Folge der Krankheit und nicht der Behandlung sind – notabene!.

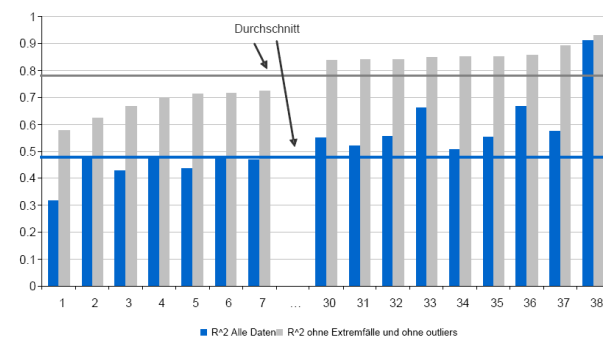
**Abbildung 4: Outliers (A) und Inliers (B) in der Graphik der SwissDRG**



Wer nun anhand von mehreren 10'000 Datensätzen der SwissDRG anhand der Fallpauschalen die notwendigen Kosten erklären will, muss die statistische Grösse des Determinations-Koeffizienten  $R^2$  bemühen. Dieser zeigt – in einem linearen Regressionsmodell, was dann noch zu überprüfen wäre – dass die Kosten durch Fallpauschalen nur zu 48% erklärt sind. Der Rest der Kosten liegt dann, je nach dem, wie Bundesbern entscheidet, beim Willen der Politiker.

**Abbildung 5: Determinations-Koeffizient  $R^2$  der DRG zur Vorhersage der Kosten: 48% (mit Outliers und Inliers: 88%)**

$R^2$ : Anteil der Variabilität, der durch die DRG-Gruppierung erklärt wird



Sind sie fair genug, die Kosten für die Outliers und Inliers ebenfalls ausreichend zu entschädigen (dann betrüge das Restrisiko der Kosten für das Spital noch 12%), oder wird die harte Tour gefahren und das Risiko für die 58% mit DRG

nicht erklärten Kosten voll dem Spital aufgebürdet?

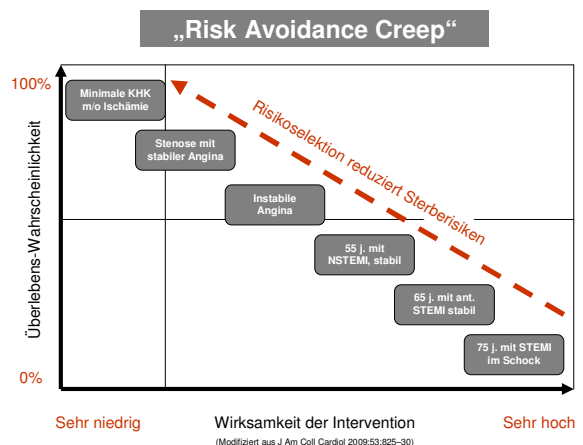
**Aufgrund der bisherigen Erfahrungen mit Bundesbern müssen wir befürchten, dass die harte Tour obsiegt und die übermässige Gewichtung der Leistungsorientierung auch Inkaufnahme von Spitalschliessungen oder Spitalprivatisierungen die Regel werden wird.**

## Existiert eine ausreichende Begleitforschung?

Die Frage ist nicht unwesentlich: wie können für die Versorgungssicherheit der Schweizerischen Bevölkerung ab 2012 allenfalls negative Auswirkungen der Abrechnung über Fallpauschalen zuverlässig erfasst werden?

Die Schweizerische Aerztegesellschaft hat dazu kürzlich ein Positionspapier veröffentlicht. Darin wird u.a. vorgeschlagen, Sterbeziffern unter den Spitälern zu vergleichen. Dies ist jedoch kein validiertes Instrument zur Qualitätskontrolle und kann im Gegenteil dazu verführen, schwierige Fälle abzuweisen um die Sterbeziffern zu senken (Abb. 6). Dies kann nicht im Auftrag eines Arzt-Patientenverhältnisses liegen.

## Abbildung 6: Publikation der Sterberisiken von Spitälern kann gefährlich sein



## Szenarien für das Kantonsspital Olten

Die Zeichen der Zeit zeigen für diejenigen, welche sie zu lesen vermögen, dass in der Spitallandschaft eine Revolution droht, welche unter dem Sparzwang der Fallpauschalen zu unerwünschten Effekten führen kann und wahrscheinlich auch wird:

- Übermässige Belastung des Pflegepersonals bei gleichzeitigem Lohnabbau
- Privatisierung oder Teilprivatisierungen öffentlicher Spitäler mit sekundärer Verknappung öffentlicher Spitalbetten, Wartezeiten und Zweiklassenmedizin
- Keine Verbesserung der Behandlungspfade, der Zufriedenheit und der Sicherheit bei den Patienten
- Mengenausweitung mit Kostenfolge zwecks Ausweichen vor dem Bankrott
- Vermehrte Beanspruchung ambulanter Dienste mit Senkung der Taxpunktwerte aus Kostenneutralitäts-Gründen
- Abweisung teurer Patienten
- Kostenzunahme durch Kodierungs- und Verwaltungskosten
- Anwendung ungenügend validierter Instrumente zur Qualitätskontrolle
- Anreize zur Risikoselektion zum Schaden von Hochrisiko-Patienten
- Überwiegen der Ökonomiezwänge gegenüber ethischen Behandlungsgrundsätzen

Vor diesem Hintergrund wird klar, dass das Kantonsspital Olten künftig nur

### Abbildung 6: Kantonsspital Olten



Leistungen anbieten wird können, welche in den Fallpauschalen ausreichend hono-

riert werden. Gleichzeitig wird die Zahl der behandelten Patienten pro Fallgruppe zunehmen müssen, um die Effizienz zu erhöhen: Konzentrierung verschiedener Leistungen in einer bestimmten Klinik, Abbau des Leistungsangebots in der anderen Klinik.

**Es mehren sich in letzter Zeit die unmutigen Stimmen ob der Fallpauschalen. Für eine öffentliche Grundsatzdebatte wäre jetzt noch Zeit.**

