

# Einführung APDRG im Kanton Graubünden

A. Willi<sup>1</sup>, M. J. Lenz<sup>2</sup>

## Zusammenfassung

*Auch Graubünden hat wie die übrigen Kantone gegen die ständig ansteigenden Ausgaben und die zunehmende Verschlechterung der Finanzlage anzukämpfen. Unter anderem sind die Kantonsbeiträge an die subventionierten Spitäler in den letzten Jahren überproportional angestiegen. Am 28.8.04 wurde eine von der Regierung vorgeschlagene Teilrevision des Krankenpflegegesetzes vom Grossen Rat einstimmig angenommen. Dieses Gesetz wurde am 1.1.05 in Kraft gesetzt. Als wichtigste Neuerung werden die Spitaldefizite nicht mehr vom mKanton übernommen. Die vom Kanton erbrachten Beiträge sind leistungsabhängig und richten sich nach den effektiv erbrachten medizinischen Leistungen. Zusätzlich erhalten die Spitäler Beiträge an das Rettungs- und Bereitschaftswesen sowie an Lehre und Forschung. Daneben ist der Kanton an den Einnahmen der ausserkantonalen KVG-Patienten, der Selbstzahler und der Halb-/Privatpatienten beteiligt. Indem der Kanton die operativen Vorgaben abbaut, erhalten die Spitäler einen grösseren unternehmerischen Spielraum. Dafür übernehmen die Spitäler vermehrt die Verantwortung für ihr Handeln. Im Gegensatz zum Defizitmodell wird mit dem neuen Finanzierungsmodell eine wirtschaftliche Betriebsführung belohnt. Für unwirtschaftliches Verhalten müssen die Trägerschaften der Spitäler selbst aufkommen. In der Augustsession dieses Jahres wurde eine von der Regierung vorgeschlagene Neukonzeption der Spitalversorgung angenommen und – falls kein Referendum ergriffen wird – am 1.1.2006 in Kraft gesetzt.. Die bis anhin geltenden 4 Spitaltypen wurden reduziert. Es wird nur noch zwischen Spitälern mit Grundversorgung und Spitälern mit Zentrumsversorgung unterschieden. Schliesslich wurden auf dem Spitalplatz Chur das Kreuzspital, das Rätische Kanton- und Regionalspital und das kantonale Frauenspital zu einem Spital, dem Kantonsspital Graubünden zusammengelegt. Mit diesen Massnahmen erhofft sich der Kanton zumindest eine Plafonierung der Beiträge an die subventionierten Spitäler.*

## Geographie und Bevölkerung

Um die Entwicklung und Strukturen des Spitalwesens im Kanton Graubünden zu verstehen, braucht es doch einige Angaben zur Geographie und Demographie des Kantons. Diese werden im Folgenden kurz erläutert. Mit seinen 150 Tälern und über 900 Berggipfeln ist der Kanton Graubünden ein typischer Bergkanton. 90% des Bündner Bodens liegt in einer Höhenlage über 1200 Meter ü.M. Die Fläche des Kantons beträgt 7106 Quadratkilometer und umfasst 1/6 der Gesamtfläche der Schweiz. 40% gilt als sogenannte unproduktive Fläche. Nur 20% der Fläche des Kantons gehört zum Siedlungsgebiet.

Tabelle 1: Anzahl Einwohner und Fläche im Vergleich mit den verschiedenen Regionen<sup>3</sup>

	Einwohner	Fläche in km <sup>2</sup>	Einwohner/km <sup>2</sup>
Graubünden	186'105	7'105	26
Wallis	281'020	5'224	54
Tessin	314'563	2'812	115
Bern	950'209	5'958	163
Zürich	1'242'488	1'729	748
Schweiz	7'415'100	41'285	180
Voralberg	343'100	2'601	132
Allgäu	462'961	3'350	139
Saarland	1'068'703	2'568	411

<sup>1</sup> A. Willi, Dr. med., LENZ Beratungen & Dienstleistungen AG, Bahnhofstr. 21, 7000 Chur

<sup>2</sup> M. J. Lenz, Dr. med., Geschäftsführer, LENZ Beratungen & Dienstleistungen AG, Asylstrasse 41, 8032 Zürich

<sup>3</sup> Statistische Ämter des Bundes und der Länder (Deutschland), [www.voralberg.at/voralberg](http://www.voralberg.at/voralberg), [www.gr.ch/Deutschland](http://www.gr.ch/Deutschland), Bundesamt für Statistik (Schweiz)

Die rund 186'000 Einwohner leben in 206 Gemeinden. Diese werden eingeteilt in 39 Kreise und 11 Bezirke. Die letzteren entsprechen auch den sogenannten Spitalregionen. Mit 26 Einwohner pro Quadratkilometer ist Graubünden der am dünnsten besiedelte Kanton in der Schweiz. Der schweizerische Durchschnitt beträgt 176 Einwohner pro Quadratkilometer. 40% der Einwohner leben in einer Höhenlage von über 1000 Meter ü.M. Die Siedlung Juf im Aversstal ist mit einer Höhenlage von 2126 Meter ü.M. die höchst gelegene Siedlung des Kantons. Etwa die Hälfte der Einwohner wohnen in einem Umkreis von 25 Kilometer der Hauptstadt Chur.

2/3 der Beschäftigten arbeiten in Dienstleistungsbetrieben, etwa 1/4 in Industrie und Gewerbe. Nur 10% sind in der Landwirtschaft tätig.

Der Kanton Graubünden gilt nicht nur als Bergkanton sondern auch dank seiner landschaftlichen Reize als Tourismusgebiet mit mehr als 10 Millionen Uebernachtungen jährlich. Den Gästen stehen etwa 170'000 Betten in Hotel- und Kurbetrieben sowie in der Parahotellerie zur Verfügung. Jede fünfte Uebernachtung von Gästen in der Schweiz erfolgt in Graubünden, im Winter sogar jede vierte. Die Logiernächte verteilen sich im Verhältnis 60% zu 40% auf Winter und Sommer. Damit ist der Kanton Graubünden eine der bedeutendsten Tourismusregionen der Schweiz.<sup>4</sup>

Als eine wichtige Eigenheit des Kantons gilt die Dreisprachigkeit. Bis Mitte des 19. Jahrhunderts hat die überwiegende Mehrheit der Bevölkerung Romanisch gesprochen. Seit Mitte des letzten Jahrhunderts geht die Entwicklung klar in Richtung einer multikulturellen Gesellschaftsstruktur. Ein wichtiger Grund dieser Entwicklung ist sicherlich die wirtschaftliche Entwicklung des Kantons aber auch der Nachbarkantone und der damit verbundenen Abwanderung der Bevölkerung in die wirtschaftlichen und touristischen Zentren. Durch die heutige Mobilität wird dieser Prozess noch zusätzlich beschleunigt. Die ehemals klaren Grenzen werden zunehmend verwischt beziehungsweise aufgelöst. Das hat zur Folge, dass das Romanische immer weniger gesprochen wird und somit ein wichtiges Kulturerbe langsam verloren geht.

Die romanische Sprache kann grob in 3 Sprachgruppen bzw. 3 Sprachzonen unterteilt werden. Im Bündner Oberland bzw. der Surselva wird das surselvische, in Mittelbünden das sutselvische bzw. surmeirische und im Engadin und Münstertal das ladinische Idiom mit den Varianten Puter und Vallader gesprochen. Die Surselva gilt auch heute noch als ein relativ kompaktes Sprachgebiet. Alle anderen Regionen sind bereits mehr oder weniger von der deutschen Sprache infiltriert. Seit 1982 wird versucht, die 5 Idiome in einer einheitlichen Standardsprache zu vereinigen, wobei sich die einzelnen Regionen z.T. sehr gegen diese Kunstsprache wehren.

In den sogenannten Valli wird die italienische Landessprache gesprochen. Dazu gehören das Misox, das Calancatal, das Bergell und das Val Poschiavo. Diese abgeschiedenen Täler zeichnen sich durch eine ausgesprochene sprachliche aber auch kulturelle Eigenständigkeit aus.

Die Aufteilung nach Sprachgruppen sieht wie folgt aus:

- Deutsch 68%
- Romanisch 14%
- Italienisch 10%
- Andere Sprachen 8%

### **Entwicklung des Spitalwesens**

Die grosse geographische Ausdehnung des Kantons und die damit schlechte Erreichbarkeit eines Zentrumsitals hat neben den kulturellen und sprachlichen Unterschieden die Entwicklung eines dezentralen Spitalwesens wesentlich beeinflusst. Wegen ihrer zum Teil grossen Abgeschiedenheit sind die Gemeinden und Bezirke sehr autonom geworden. Den Versuch, diese Autonomie zu mindern, stösst bei der jeweiligen Bevölkerung auf erheblichen Widerstand. Nur so lässt sich die hohe Spitaldichte, bezogen auf die Bevölkerungszahl, erklären.

---

<sup>4</sup> Schweizer Tourismus in Zahlen 2/2005

Die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung des Kantons Graubünden mit insgesamt 13 Akutspitälern in 12 Spitalregionen ist historisch gewachsen. Sie geht auf eine Zeit zurück, in welcher die Mobilität der Bevölkerung noch nicht in dem Masse vorhanden und die Strassen noch nicht so gut ausgebaut waren, wie in der heutigen Zeit. In keiner der seit 1970 in regelmässigen Abständen erarbeiteten Planungen wurde jemals die Anzahl der Spitäler grundsätzlich in Frage gestellt. Obwohl die Distanzen in Kilometer nicht sehr weit scheinen, ist der zeitliche Aufwand ein Zentrums- oder ein Regionalspital mit erweiterter Grundversorgung zu erreichen nicht unerheblich, müssen doch hohe Alpenpässe überwunden werden. Gerade in den Wintermonaten mit häufig schlechten Strassenbedingungen kann dies ein Problem bedeuten. Sprachliche Unterschiede und damit verbundenen Verständigungsschwierigkeiten, aber auch die grosse Entfernung zu den Angehörigen sind für die Patienten eine zusätzliche Belastung. Einfache „Bagatellerkrankungen“ können ohne Weiteres auch in einem kleinen Peripheriespital behandelt werden. Diese kleineren Spitäler sind oft eigentliche Gesundheitszentren, in welchen Arztpraxis, Apotheke und Pflegeheim integriert sind.

Tabelle 2: Anzahl Spitäler und Betten im Vergleich mit den verschiedenen Regionen<sup>5</sup>

Region	Anzahl Spitäler	Spitäler pro 100'000 Einw.	Anzahl Betten	Betten pro 1000 Einw.
Graubünden	13	3.4	678	3.6
Tessin	14	4.4	822	2.6
Bern	19	2.0	3'614	3.8
Zürich	20	1.6	4'588	3.7
Schweiz	163	2.2	26'563	3.6
Voralberg	5	1.5	1'574	4.6
Allgäu	11	2.4	1'365	3.0
Saarland	26	2.4	7'395	6.9

Die Spitäler mit erweiterter Grundversorgung – dazu gehören das Spital Davos, das Spital Oberengadin in Samedan sowie das Regionalspital Surselva in Ilanz – sind nicht nur eine Anlaufstelle für die einheimische Bevölkerung, sondern auch für die vielen Touristen, welche bei einem Unfall oder einer Krankheit möglichst schnell und kompetent behandelt werden wollen. Gerade die modernen Trendsportarten sind oft mit Risiken verbunden. Die heutigen Feriengäste verlangen deshalb nicht nur eine gut ausgebaute touristische Infrastruktur.

Im Bereich der Psychiatrie wurden die Kliniken von Beginn an vom Kanton geführt. Es handelt sich somit um öffentlich-rechtliche Anstalten. Die Akutspitäler und die Frauenklinik hingegen sind aus sehr ungleichen Trägerschaften entstanden. Diese Trägerschaften liegen heute noch, zumindest indirekt und formal, bei den Gemeinden. Gerade die kleinen Gemeinden mit wenig Einnahmen werden dadurch finanziell stark belastet und geraten sehr oft an die Grenzen ihrer Belastbarkeit. Oft konnten diese Spitäler nur dank Gönner und kirchlichen Institutionen überleben. Neben diesen finanziellen Problemen war es wegen der Abgeschlossenheit der Täler oft auch sehr schwierig, geeignete Ärzte und gut geschultes Personal zu finden. Ein Chefarzt musste ein versierter Chirurg und erfahrener Internist sein, erreichbar rund um die Uhr an 365 Tagen im Jahr. Er war oft auch Verwalter des Spitals, das mit begrenzten ökonomischen Mitteln eines peripheren Spitals betrieben werden musste. All diese Schwierigkeiten und der ständige Überlebenskampf haben zu einer tiefen Verwurzelung des Spitals mit der Talschaft geführt. Somit ist es verständlich, dass Spitalschliessungen, welche aus rein ökonomischen Überlegungen Sinn machen würden, auf erheblichen Widerstand stossen und politisch kaum durchsetzbar sind.

Bei der Spitalfinanzierung dürfen nach Meinung der Spitalvertreter nicht nur die Kosten betrachtet werden. Den Kosten stehen immer auch Leistungen gegenüber. In den Bündner Spitälern wurden 2004 knapp 30'000 Patienten behandelt. Insgesamt wurden dadurch 220'000 Pflegeleistungen erbracht.

<sup>5</sup> Krankenhausstatistik, BFS Aktuell (No 14 2/05), Krankenhausplan des Freistaates Bayern (Stand 1.1.2005), [www.voralberg.at/voralberg/gesundheit](http://www.voralberg.at/voralberg/gesundheit)

ge geleistet. Die Spitäler des Kantons Graubünden beschäftigen etwa 2000 Personen mit einer Lohnsumme von rund 200 Millionen Franken jährlich. Bei der Schliessung einzelner Spitäler würde es einerseits zu einem Leistungsabbau, andererseits aber auch zu einem Verlust von Arbeitsplätzen kommen. Dies hätte in den Randregionen zur Folge, dass die jetzt schon vorhandene Abwanderung noch intensiviert würde.

Die Planung der jetzigen Spitalversorgung des Kantons Graubünden geht auf das Jahr 1964 zurück. Damals wurde die Regierung beauftragt, dem Grossen Rat einen Bericht und Antrag für eine umfassende Planung des Spitalwesens zu unterbreiten. Nach jahrelangen Diskussionen und Aenderungsvorschlägen wurde schliesslich mit der auf den 1. Januar 1994 in Kraft getretenen Teilrevision der Vollziehungsverordnung zum Krankenpflegegesetz die noch heute gültige Regelung mit 4 Spitaltypen geschaffen. Es wird dabei unterschieden zwischen Zentrumsspitaler, Spitäler mit erweiterter Grundversorgung, Spitäler mit normaler Grundversorgung sowie Spitäler mit einfacher Grundversorgung.

Tabelle 3: Beitragsberechtigte Spitäler und Kliniken<sup>6</sup>

<b>Spitaltyp</b>	<b>Spital</b>	<b>Spitalregion</b>
Zentrumsversorgung	Rätisches Kanton- und Regionalspital Chur Chur	Churer Rheintal
Erweiterte Grundversorgung	Kreisspital Oberengadin, Samedan	Oberengadin
	Kreuzspital Chur Chur	Churer Rheintal
	Regionalspital Surselva Ilanz	Surselva
	Spital Landschaft Davos Davos	Landschaft Davos
Normale Grundversorgung	Regionalspital Prättigau Schiers	Prättigau
	Krankenhaus Thusis Thusis	Heinzenberg/Domleschg/ Hinterrhein/Albula
	Ospidal d'Engiadina Bassa Scuol	Engiadina bassa
	Ospedale San Sisto Poschiavo	Val Poschiavo
Einfache Grundversorgung	Ospedale Asilo della Bregaglia Promontogno	Val Bregaglia
	Kreisspital Surses Savognin	Oberhalbstein
	Ospidal Val Müstair Santa Maria	Val Müstair

Die 4 Spitaltypen unterscheiden sich in ihrem Leistungsangebot und der dazu erforderlichen Infrastruktur. Das beitragsberechtigte Leistungsangebot wird im Krankenpflegegesetz pro Spitaltyp genau definiert. Somit verfügen Spitäler der gleichen Versorgungsstufe heute weitgehend über die gleichen individuellen Leistungsaufträge. Die seit 1994 geltende Definition für das einzelne Spital zulässige Leistungsangebot ist in der Vollziehungsverordnung zum Krankenpflege-

<sup>6</sup> Botschaft der Regierung des Kantons Graubünden an den Grossen Rat Heft Nr 4/2004 - 2005

gesetz so gestaltet, dass eine Steuerung bzw. Abgrenzung des Leistungsangebotes der Spitäler heute praktisch nicht möglich ist.

Abbildung 1: Versorgungsstufen und Leistungsangebot der 4 Spitaltypen<sup>7</sup>

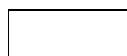
Fachrichtung	Grundversorgung			Zentralversorgung
	einfach	normal	erweitert	
Allgemeine Chirurgie				
Neurochirurgie				
Orthopaedie				
Urologie				
Innere Medizin				
Allgemeine Medizin				
Dermatologie				
Gastroenterologie				
Kardiologie				
Nephrologie				
Neurologie				
Onkologie				
Pneumologie				
Rheumatologie				
Intensivmedizin				
Geburtshilfe				
Gynaekologie				
Radiologie (Diagnostik)				
Radio-Onkologie				
Nuklearmedizin				
Anaesthesiologie				
Ophtalmologie				
ORL				
Paediatric				
Pathologie				
Psychiatrie				



Regelmässige Versorgung durch haupt- oder nebenamtlichen Chefarzt oder Leitenden Arzt



Regelmässige oder fallweise Versorgung durch Konsiliararzt. Spezialarzt anderer Richtung kann gewöhnliche Routinetätigkeit ausüben. Behandlungsqualität muss sichergestellt sein




Fallweiser Beizug von Konsiliarärzten möglich. Spezialarzt anderer Fachrichtung kann eine gewöhnliche Routinetätigkeit ausüben. Behandlungsqualität muss sichergestellt sein.

<sup>7</sup> Botschaft der Regierung des Kantons Graubünden an den Grossen Rat Heft Nr 5/2004 - 2005


Abbildung 2: Neues Versorgungs und Leistungsangebot mit 2 Spitalstufen<sup>8</sup>  
 (Gesetz über die Förderung der Krankenpflege und der Betreuung von betagten und pflegebedürftigen Personen (Krankenpflegegesetz), Änderung vom 29. August 2005)

Anhang zum Krankenpflegegesetz (Art. 6a)

Beitragsberechtigtes Angebot						
Fachrichtungen	Grundversorgung					Grund- und Zentrumsversorgung Kantonsspital Graubünden
	Savognin Sta. Maria Promontog no	Poschiavo	Schiers Scuol Thusis	Davos Ilanz	Samedan	
<b>Innere Medizin A)</b>						
– Allg.- und Notfallmedizin						
– Innere Medizin						
– Pneumologie				a)		
– Angiologie						
– Gastroenterologie						
– Kardiologie						
– Nephrologie				b)	b)	
– Infektiologie						
– Neurologie						
– Onkologie						
– Rheumatologie						
<b>Chirurgie B)</b>						
– Allgemeine Chirurgie						
– Orthopädie						
– Viszeralchirurgie						
– Thorax- und Gefässch.						
– Neurochirurgie						
– Urologie						
– Handchirurgie						
– Kieferchirurgie						
– Plastische Chirurgie						
Anästhesiologie						
Geburtshilfe						
Gynäkologie						
Intensivmedizin	c)	d)	d)	e)	f)	g)
ORL						
Pädiatrie			b)			
Ophthalmologie						
Pathologie						
<b>Radiologie</b>						
– Diagnostisch						
– Radioonkologie						
– Nuklearmedizin						

 Angebot mit Beitragsberechtigung für die medizinischen Leistungen und für das Bereitschaftswesen des stationären Bereichs.

In diesen Fachrichtungen ist eine permanente medizinisch adäquate Interventionsbereitschaft durch einen entsprechend qualifizierten Facharzt und ein dazugehörendes Team in einer medizinisch vertretbaren Frist sicher zu stellen.

 Angebot mit ausschliesslicher Beitragsberechtigung für die medizinischen Leistungen.

Legende:

- A) Die Abgrenzung der Inneren Medizin zu den Subspezialitäten wird in der individuellen Leistungsvereinbarung je Spital festgelegt.
- B) Die Abgrenzung der Allgemeinen Chirurgie zu den Subspezialitäten wird in der individuellen Leistungsvereinbarung je Spital festgelegt.

<sup>8</sup> Botschaft der Regierung des Kantons Graubünden an den Grossen Rat Heft Nr 6/2005 - 2006

- a) Pneumologie nur in Davos.
- b) Dialysestationen in den Spitälern Davos und Samedan.
- c) Savognin, St. Maria: Einrichtung für die Notfall-Erstbehandlung.
- d) Poschiavo, Schiers, Scuol und Thusis: Aufwachbetten für die postoperative Überwachung.
- e) Davos: Ärztlich geleitete Intensivpflegestation für die Intensivüberwachung vital gefährdeter Patienten und für einfachere Intensivbehandlung.  
Ilanz: Intensivüberwachung für vital gefährdete Patienten.
- f) Samedan: Ärztlich geleitete Intensivpflegestation für die Intensivüberwachung vital gefährdeter Patienten und für einfachere Intensivbehandlung.

Die rasche Entwicklung in der Medizin in den letzten Jahren, aber auch die steigenden Qualitätsansprüche stellen für die Aerzte eine grosse Herausforderung dar. Verlangt werden eine ständige Fort- und Weiterbildung.

Von den Fachgesellschaften wird gerade in der Chirurgie eine gewisse minimale Anzahl Eingriffe verlangt, um die Fachanerkennung zu behalten. Gewisse Eingriffe dürfen nur noch von Aerzten mit der Fachanerkennung ausgeführt werden. So werden gerade die kleinen Spitäler wegen der geringen Fallzahlen, aber auch aus finanziellen Gründen – ein Facharzt muss ständig anwesend sein (z.B. in der Anaesthesie) – die chirurgischen Abteilungen nicht mehr weiterführen können.

Die jetzt definierten Leistungsaufträge berücksichtigen diese Entwicklung ungenügend. Eine Anpassung der mehr als 10 Jahre alten Leistungsaufträge drängt sich auf. Die Regierung hat dem Grossen Rat in der Augustsession dieses Jahres einen Vorschlag zur Neukonzeption der Spitalversorgung des Kantons Graubünden unterbreitet. Unter anderem soll die heutige vierstufige Einteilung durch eine zweistufige Einteilung abgelöst werden. Hier wird nur noch unterschieden zwischen Spitälern mit Grundversorgung und Spitälern mit Zentrumsversorgung. Obwohl sich im Grundsatz alle einig sind, werden die Vorschläge der Regierung noch einiges zu diskutieren geben.

### **Anforderungen an eine zeitgemässe Spitalversorgung**

Eine der Hauptforderungen an eine kantonale Spitalversorgung ist, dass jeder Bewohner des Kantons innerhalb nützlicher Frist die für ihn notwendige Behandlung bekommt. Daher wird im Kanton Graubünden auch in Zukunft ein dezentrales Versorgungskonzept gelten. Aus wirtschaftlichen aber auch qualitativen Gründen muss die Spitalversorgung abgestuft sein. Dies bedeutet, dass häufige Krankheiten und einfachere Unfälle weiterhin in der Peripherie versorgt werden können. Seltener und kostenintensivere Krankheiten und Unfälle gehören in das Zentrumsspital. Hochspezialisierte medizinische Leistungen werden im Kanton sowohl aus Kosten- als auch Qualitätsgründen weiterhin nicht angeboten. Ein besonderes Problem ist die sogenannte Interventionszeit, welche durch Vorgaben des Interverbandes für Rettungswesen definiert ist. In 90% der Fälle sollte der Rettungsdienst innerhalb 15 Minuten am Ort sein, eine Vorgabe die im Kanton Graubünden mit seiner Topographie und z. T. dünnen Besiedlungsdichte oft nur schwer bzw. kaum zu erfüllen ist. Ein koordiniertes Vorgehen und gute Organisation zwischen den einzelnen Spitalregionen ist daher enorm wichtig.

### **Versicherungen im Spitalbereich**

70% der KVG Patienten sind auf der allgemeinen Abteilung hospitalisiert, davon sind 5% ausserkantonale Patienten. Bei den IV, MV und UVG Patienten sind 5% auf der allgemeinen Abteilung hospitalisiert. 25% der Patienten haben eine Zusatzversicherung für die Halbprivat- und Privatabteilung oder sind Selbstzahler.

Die vom Spital erbrachten Leistungen werden gemäss den mit den Versicherern abgeschlossenen Verträgen, welche für alle öffentlichen Spitäler des Kantons identisch sind, abgegolten. Die Krankenversicherungen leisten maximal 50% der anrechenbaren Kosten auf der Allgemeinabteilung. Darin sind auch die Kosten des Bereitschaftsdienstes enthalten. Die IV, MV und Unfallversicherung zahlen 80% der Kosten auf der Allgemeinabteilung. Bei ausserkantonalen Patienten hat der Wohnkanton die Differenz zwischen den vollen Kosten und dem Tarif des betreffenden Spitals zu übernehmen, sofern medizinische Gründe für eine Behandlung in einem ausserkantonalen Spital bestehen. Bei den Halbprivat- Privatpatienten und Selbstzahlern hat sich die öffentliche Hand an den Kosten, welche dem vollen Tarif der Allgemeinabteilung entspricht, zu beteiligen. Der Rest wird von den Versicherungen übernommen. Im ambulanten Bereich wird

nach dem Tarmed abgerechnet. Bei genügender Auslastung und wirtschaftlicher Betriebsführung können die Ambulatorien der Spitäler kostendeckend geführt werden.

### **Anforderungen an das neue Finanzierungssystem**

- Die Finanzierung der Leistungserbringer soll sich an den erbrachten Leistungen orientieren
- Die Leistungserbringer respektive die Trägerschaften sollen für wirtschaftliches Handeln belohnt werden. Sie sollen für unwirtschaftliches Verhalten einstehen müssen
- Die operativen Vorgaben des Kantons an die von ihm finanzierten Leistungserbringer sind im Sinne der Förderung der Eigenverantwortung abzubauen.
- Eine Mengenausweitung darf nicht stattfinden
- Das Finanzierungssystem soll so gestaltet sein, dass die gewährten Beiträge möglichst wirtschaftlich eingesetzt werden
- Es soll ein Anreiz bestehen, qualitativ hochstehende Leistungen mit möglichst tiefen Kosten zu erbringen
- Den Leistungserbringern sind mehr unternehmerische Handlungsspielräume und Kompetenzen einzuräumen
- Die Spitäler sollen aber auch vermehrt unternehmerische Verantwortung übernehmen, d.h. sie sollen auch allfällige Risiken selbst tragen

### **Verschiedene Modelle der Spitalfinanzierung – Vor- und Nachteile**

#### *Defizitfinanzierung*

Bemessung des Beitrages der öffentlichen Hand auf Grund des Defizites. Bei der Festlegung des Beitrages wird nur von den verursachten Kosten ausgegangen. Es fehlt jeglicher Anreiz für eine Aufwand- und Ertragsoptimierung. Die nachträgliche Ermittlung des für die Beitragsbestimmung massgebenden engeren Betriebsergebnisses ist sehr aufwändig

#### *Globalbudget*

Der jährliche Beitrag des Kantons wird auf Grund des Leistungsauftrages und auf Grund der angenommenen Leistungskennzahlen prospektiv festgelegt. Die Verantwortung für die sachgemässe Umsetzung des Leistungsauftrages liegt beim Spital. Die Spitäler haben eine grössere operative Verantwortung. Beim Globalbudget ist es schwierig, wenn nicht unmöglich allfällige nach der Budgetierung auftretende exogene Faktoren mitzuberücksichtigen. Es besteht die Gefahr, dass die Patienten aus finanziellen Ueberlegungen nicht mehr adäquat behandelt werden oder in eine andere Institution überwiesen werden.

#### *Leistungsbezogene Pauschale<sup>9</sup>*

Bei den prospektiv festgesetzten leistungsbezogenen Pauschalen richtet sich der Beitrag an die erbrachte Leistung. Der Kanton erbringt für jede erbrachte Leistung eine im voraus festgelegte Pauschale. Es wird zwischen den folgenden Möglichkeiten unterschieden:

- Tagespauschale
- Fallpauschale
- Abteilungsfall- oder Mischpauschale
- Diagnoseabhängige Pauschale
- Behandlungsabhängige Pauschale

Ergänzend können Grundpauschale für gemeinwirtschaftliche Leistungen vorgesehen werden. Vorteile eines solchen Finanzierungsmodells sind:

- eine echte Leistungsorientierung
- Sicherstellung eines wirtschaftlichen Mitteleinsatzes
- Bestimmbarkeit des Beitrages

---

<sup>9</sup> Botschaft der Regierung des Kantons Graubünden an den Grossen Rat Heft Nr 6/2004 - 2005

Nicht zu verhindern ist, dass ein solches Konzept Auswirkungen auf die Pflegeheime und den Spitexbereich haben wird.

## Das Finanzierungsmodell des Kantons Graubünden

### *Altes Spitalfinanzierungsmodell<sup>10</sup>*

Bis Ende 2004 leistete der Kanton Graubünden Beiträge an die Defizite bei den subventionsberechtigten Spitälern, d.h. bei den Regionalspitälern wurde 85% und im Zentrumspital 90% des Defizites vom Kanton übernommen. 70% wurden als Vorauszahlung geleistet. Die absoluten Beitragsbeträge richteten sich nach der Rechnung des Vorjahres. Der noch verbleibende Restbetrag musste von den Gemeinden und den Trägerschaften übernommen werden. Budgetüberschreitungen wurden im folgenden Jahr beglichen. Dieses Zusatzbudget wurde vom Grossen Rat jeweils abgesehen.

Im weiteren leistete der Kanton Beiträge an Investitionen, wobei zwischen echten Investitionen und Baukosten unterschieden wurde. Bei den Investitionen war die finanzielle Beteiligung wie folgt:

- 50% der Kosten bei den Regionalspitälern
- 80% der Kosten beim Zentrumspital
- 90% der Kosten für Investitionen mit überregionaler Bedeutung

Für die Baukosten wurde die Kostenbeteiligung des Kantons wie folgt festgelegt:

- Bei den Kosten mit regionaler Bedeutung 50%
- Bei den Kosten mit überregionaler Bedeutung 60%
- Bei den Kosten im Zentrumspital 70%

Die noch verbleibenden Kosten werden von den Gemeinden und Trägerschaften übernommen.

### *Neues Finanzierungsmodell<sup>11</sup>*

Seit 1.1.2005 gilt ein neues Finanzierungsmodell. Die Betriebsbeiträge des Kantons und der Gemeinden an die Spitälern setzen sich wie folgt zusammen:

- Beiträge an den anerkannten Fallaufwand der innerhalb des Leistungsauftrages erbrachten medizinischen Leistung, für welche kein kostendeckender Preis bezahlt wird, sei es von den Patienten oder deren Kostenträger
- Beiträge an das Rettungswesen
- Beiträge an die Lehre und Forschung
- Beiträge an das Bereitschaftswesen

Der Beitrag des Kantons an die medizinischen Leistungen beträgt 90% beim Zentrumspital, 85% beim Regionalspital. Bei den Privat- Halbprivat und ausserkantonalen Patienten wird von der Summe der Betriebsbeiträge ein Abzug pro Fall vorgenommen. Dieser Abzug beträgt maximal 40% für das Zentrumspital, max. 30% für die Regionalspitälern. Der Kanton leistet nur Beiträge für die im Rahmen des Leistungsauftrages erbrachten Leistungen.

Der Betrag für den standardisierten Fallaufwand {Baserate} wird von der Regierung festgelegt. Basis dieses Beitrages ist der durchschnittliche Fallaufwand der wirtschaftlichen Spitälern, d.h. der Spitälern mit dem tiefsten standardisierten Fallaufwand. Zum durchschnittlichen Fallaufwand wird die über dem Basisjahr aufgelaufene Teuerung und sonstige Aufwandsänderungen addiert. Der Grosse Rat kann diesen Betrag im Maximum um 5% reduzieren. Bei Ueberschreiten der sogenannten Hospitalisationsrate (Hospitalisationen pro 1000 Einwohner aufgeschlüsselt

---

<sup>10</sup> Gesetz über die Förderung der Krankenpflege und Betreuung von betagten und pflegebedürftigen Patienten (Krankenpflegegesetz) Dezember 1979

<sup>11</sup> Revidiertes Gesetz über die Förderung der Krankenpflege und Betreuung von betagten und pflegebedürftigen Patienten (Krankenpflegegesetz) Dezember August 2004

nach den Altersgruppen) wird der Beitrag vermindert. Bei unvollständigen, fehlerhaften oder zu spät eingereichten Daten kann ebenfalls eine Kürzung bis zu 20% vorgenommen werden.

Die Beiträge für Lehre und Forschung werden auf die folgenden Maximalsätze festgesetzt:

- 5% der Personalkosten beim Kantonsspital
- 2% der Personalkosten bei den Spitälern mit erweiterter Grundversorgung
- 1% bei den übrigen Spitälern“

Diese Maximalsätze wurden in der Beratung wie folgt verändert (vgl Art 18e, KPG):

„Die Regierung teilt den Gesamtkredit für die Lehre und Forschung insbesondere unter Berücksichtigung des individuellen Leistungsauftrages, der gemäss Artikel 7 der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL) ausgewiesenen Kosten und Leistungen sowie der Stellenzahl des Vorjahres auf die einzelnen Spitäler auf“

Die Beiträge an das Rettungswesen werden von der Regierung für jedes Spital individuell in Form eines Pauschalbetrages festgelegt. Dabei wird darauf geachtet, dass die Spitäler gleicher Versorgungsstufe ähnliche Beiträge erhalten. Individuelle Umstände können bei der Festlegung des Betrages berücksichtigt werden.

Dazu gehören:

- Kostendeckungsgrad des Rettungsdienstes
- Spitalversorgungsstufe
- Grösse und Topographie der Spitalregion
- Bevölkerungszahl und -struktur der Spitalregion

Werden die vom Kanton vorgegebenen Bedingungen für das sog. Bereitschaftswesen erfüllt und die entsprechenden Leistungen auch erbracht, zahlt der Kanton auch einen bestimmten abgestuften Beitrag an das betreffende Spital. Die Abstufung richtet sich nach dem Aufwand für das Bereitschaftswesen.

Der Beitrag an die Ambulatorien der Spitäler beträgt maximal 50%.

Der Kanton leistet weiterhin Beiträge an die Investitionen der Spitäler. Der Grosse Rat bestimmt jährlich unter Berücksichtigung der langfristigen Investitionsplanung der Spitäler einen Gesamtkredit. Die Regierung legt den Betrag pro Spital fest, wobei die Anzahl der stationären Fälle und die mittlere Fallschwere des vorangegangenen Jahres berücksichtigt wird. Für Investitionen mit überregionalen Interesse kann der Grosse Rat zusätzliche Investitionsbeiträge bewilligen.

Die Beiträge des Kantons sehen wie folgt aus:

- 50% der Kosten bei den Regionalspitälern
- 75% der Kosten beim Zentrumsspital (im Gesetz noch 70%, neu jedoch 75% da Fontana und Kreuzspital mit KSC zum Kantonsspital Graubünden fusioniert)

Die noch verbleibenden Kosten werden von den Trägerschaften übernommen.

### **Nachteile und Risiken der neuen Finanzierung**

Die von der Regierung vorgeschlagene Revision des Krankenpflegegesetzes wurde nach einer im Grossen Rat intensiven, mehrstündigen Debatte schliesslich einstimmig mit 79 zu 0 angenommen. In dieser Diskussion wurden neben den positiven Aspekten auch einige Befürchtungen gegen die neue Spitalfinanzierung geäussert.<sup>12</sup>

- Uebermässige Reduktion der Aufenthaltsdauer mit zu frühen Entlassungen bzw. Ueberweisungen in Rehabilitationskliniken mit dortiger Zunahme von akutmedizinischen Aufgaben
- Ausweitung der vor- und nachstationären Behandlung

---

<sup>12</sup> Protokoll der Sitzung des Grossen Rates des Kantons Graubünden vom August 2004

- Zersplitterung der Fälle mit Aufteilung in mehrere Spitalaufenthalte
- Risikoselektion bis hin zur Verweigerung von Notfallpatienten aus wirtschaftlichen Gründen
- Reduktion von medizinischen Leistungen durch Einsatz suboptimaler medizinischer Verfahren bis hin zur Rationierung von medizinischen Leistungen
- Erhöhung des Schwierigkeitsgrades zur Profitmaximierung
- Medizinisch nicht notwendige Verlegungen auf teure Intensivstationen
- Eine Mengenausweitung mit Durchführung medizinisch nicht notwendigen Behandlungen oder Eingriffe
- Ausrichtung der Spitäler auf lukrative Gebiete
- Verlagerung und somit Ausbau der Spitalambulatorien
- Entsolidarisierung der Krankenversicherer
- Schliessung von Spitälern und Abteilungen
- Reduktion von Freiwilligenleistungen

Es stellt sich auch grundsätzlich die Frage, ob ein System mit dem alle eigentlich zufrieden sind, überhaupt geändert werden soll. Beim Gesundheitswesen handelt es sich in erster Linie um einen Angebotsmarkt mit immer grösseren Ansprüchen. Es ist sicher wünschbar, dass im Gesundheitswesen die Eigenverantwortlichkeit gefördert wird. Ob mit dem neuen Finanzierungsmodell die Kostenspirale beeinflusst werden kann, wird wahrscheinlich erst die Zukunft zeigen. Sicher sind flankierende Massnahmen nötig, damit die oben erwähnten Befürchtungen nicht eintreten.

### **Zusätzliche Massnahmen**

Bis jetzt gilt – wie eingangs erwähnt – im Kanton Graubünden eine vierstufige Einteilung der Spitäler. Diese soll nun durch eine zweistufige Einteilung abgelöst werden (Grund- und Zentrumsversorgung).<sup>13</sup> Das in der Vollziehungsverordnung zum Krankenpflegegesetz festgelegte Leistungsangebot der einzelnen Spitäler soll den heutigen Bedingungen angepasst und neu auf Gesetzesstufe geregelt werden. Das beitragsberechtigte Leistungsangebot des stationären Bereichs wird unterteilt:

- in Fachrichtungen, bei denen der Kanton Beiträge sowohl für die medizinischen Leistungen als auch für das Bereitschaftswesen des stationären Bereichs gewährt. Beiträge an das Bereitschaftswesen werden nur dann geleistet, wenn dieses zur medizinischen Versorgung der Bevölkerung notwendig ist oder die anfallenden Fälle zahlenmässig genug gross sind, um wirtschaftlich zu sein. Das Bereitschaftswesen muss auch rund um die Uhr gewährleistet sein.
- in Fachrichtungen bei denen der Kanton ausschliesslich Beiträge für medizinische Leistungen bezahlt.
- Auf dem Spitalplatz Chur wurden das Rätischen Kantons- und Regionalspital Chur, das Kreuzspital Chur und das Frauenspital Fontana zu einem Spital dem Kantonspital Graubünden fusioniert. Als beitragsberechtigt gilt nur noch das Kantonspital Graubünden. Das Leistungsspektrum der 3 Spitäler bleibt gleich.
- Voraussetzungen für die Beiträge des Kantons sind, dass die Spitäler die von der Regierung festgelegten Anforderungen an die Strukturqualität erfüllen. Damit sollen Rahmenbedingungen für eine optimale Behandlungs- und Ergebnisqualität geschaffen werden.

### **Leistungen der Spitäler im stationären Bereich**

2004 verfügte der Kanton Graubünden über einen Bestand von 651 Akutbetten. Auf 1000 Einwohner kommen 3.5 Spitalbetten, wobei die Unterschiede zwischen den einzelnen Spitälern recht gross ist. Die Anzahl der Akutbetten ist seit 2001 um 6% reduziert worden.

Insgesamt wurden in den Akutspitälern knapp 30'000 Patienten stationär behandelt. Davon war etwa 1/5 auf der Halb- bzw. Privatabteilung hospitalisiert. Aehnlich wie bei den Pflegetagen

<sup>13</sup> Botschaft der Regierung an den Grosse Rat des Kantons Graubünden Heft Nr 6/2005 - 2006

wurden 3/4 der Patienten im Zentrumspital und in den Regionalspitälern mit erweiterter Grundversorgung behandelt. Bedingt durch den Personalzuwachs bei etwa gleichbleibender Anzahl stationärer Patienten hat die Produktivität in den Spitälern in den letzten Jahren abgenommen. Im Vergleich zu 1999 benötigten die Spitälern im Jahr 2002 rund 14% mehr Personal pro stationären Fall.<sup>14</sup> Beinahe 75% der Pflgetage wurden im Zentrumspital und den Regionalspitälern mit erweiterter Grundversorgung geleistet. Die Aufschlüsselung nach Altersgruppen zeigte, dass beinahe die Hälfte der Pflgetage auf die Gruppe der mehr als 65-jährigen entfiel. Mehr als 1/3 der Patienten war in der Altersgruppe der über 65-jährigen.

Tabelle 4: Personalbestand der Bündner Spitälern 2004<sup>15</sup>

	<b>Personalbestand 2004</b>			
	<b>gesamt</b>	<b>pro 1000 Fälle</b>	<b>pro 10'000 Pflgetage</b>	<b>pro Bett</b>
Kantonsspital Chur	744	73.1	90.0	3.1
Spital Oberengadin	238	70.4	101.5	3.2
Kreuzspital Chur	189	80.4	83.7	2.6
Regionalspital Ilanz	197	79.4	120.2	3.8
Spital Davos	176	73.3	112.5	3.5
Regionalspital Schiers	113	71.6	83.9	3.1
Krankenhaus Thusis	105	74.4	96.5	3.1
Ospidal Scuol	66	71.4	96.5	3.0
Ospidale S. Sisto	40	72.3	63.9	2.6
Osp. della Bregaglia	13	117.7	95.9	3.3
Spital Savognin	6	15.8	23.7	0.9
Ospidal Val Müstair	15	79.5	101.2	3.0
Frauenspital	148	70.5	123.6	3.9
Alle Spitälern	2050	73.1	95.1	3.1

<sup>14</sup> Botschaft der Regierung an den Grossen Rat des Kantons Graubünden Heft Nr 6/2005 - 2006

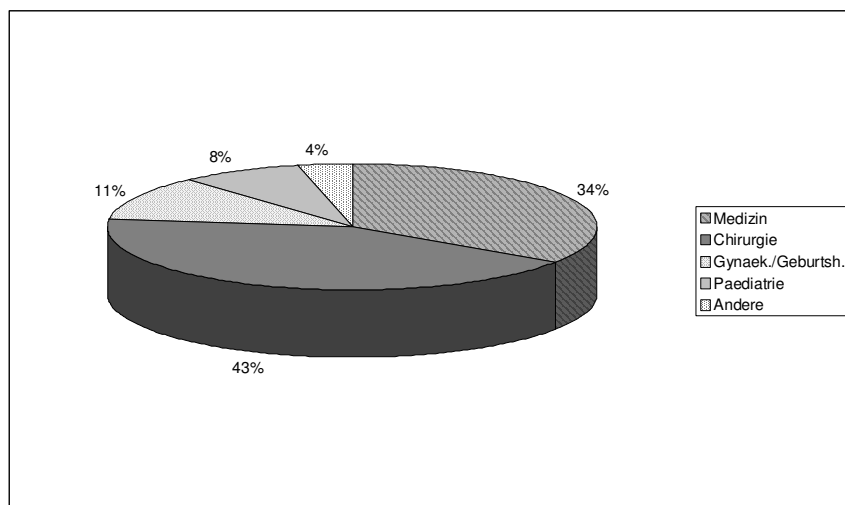
<sup>15</sup> Kenndaten der Akutspitälern des Kantons Graubünden 2004

Tabelle 5: Altersverteilung der Patienten pro Spitalregion 200<sup>16</sup>

	Fälle aus der Spitalregion		Hospitalisationsrate Fälle je 1000 Einwohner	
	0 - 64	65 -	0 - 64	65 -
Churer Rheintal	7'274	3'341	102.6	284.2
Oberengadin	1'511	593	98.4	303.9
Surselva	1'502	1'090	88.6	271.0
Landschaft Davos	1'029	451	98.9	290.3
Prättigau	1'206	712	98.5	288.5
Thusis	1'395	837	115.0	339.9
Engiadina bassa	647	396	107.8	308.7
Poschiavo	398	419	118.2	395.3
Bergell	114	132	97.1	401.2
Oberhalbstein	263	163	127.2	322.1
Val Müstair	128	119	100.0	366.2
GR (ohne Misox)	15'467	8'253	101.8	297.8

Die durchschnittliche Hospitalisationsrate von allen Spitaler des Kanton Graubünden für die bis 64-jährigen Personen war im Jahre 2004 101.8 stationäre Fälle auf 1000 Einwohner. Für die 65-jährigen und älteren Personen war diese Rate 297.8 stationäre Fälle auf 1000 Einwohner. Bei dieser Berechnung werden alle stationären Fälle gemäss der medizinischen Statistik von den Einwohnern der Spitalregion, die im Kanton behandelt wurden, berücksichtigt. Bei der Verlegung der Patienten von einem Regionalspital in ein Spital höherer Stufe oder vice versa, wird bei der Berechnung der Hospitalisationsrate nur eine Hospitalisation gezählt.

Abbildung 3: Prozentuale Aufteilung der Patienten nach Fachgebieten<sup>17</sup>



<sup>16</sup> Die Budgetbotschaft wurde durch die Regierung ohne Änderungen genehmigt, aktueller Stand ist „vor Genehmigung durch Grossen Rat“ oder „Gemäss Budgetbotschaft der Regierung 2006“

<sup>17</sup> Kennndaten der Akutspitäler des Kanton Graubünden 2004

Die Anzahl Pflgetage in den Akutspitälern ist seit 2001 mit 3.5% leicht rückläufig und betrug im letzten Jahr etwas mehr als 220'000. Davon entfielen gut 50'00 auf die Halb- und Privatabteilung.

Tabelle 6: Anzahl Pflgetage in den verschiedenen Fachgebieten 2004<sup>18</sup>

	<b>Medizin</b>	<b>Chirurgie</b>	<b>Gynaek/Geb</b>	<b>Pädiatrie</b>	<b>Andere</b>
Kantonspital Chur	27'965	39'943		10'831	3'963
Spital Oberengadin	7'958	10'990	3'109	897	459
Kreuzspital Chur	11'728	10'035			850
Regionalspital Ilanz	7'237	6'701	1'1518	908	
Spital Davos	5'446	8'876	1'109		263
Regionalspital Schiers	5'778	6'893	793		
Krankenhaus Thusis	4'836	5'518	531		
Ospidal Scuol	3'768	2'618	431		
Ospidale S. Sisto	4'637	1'181	382		
Osp. della Bregaglia	1'399				
Spital Savognin	1'449	1'016	67		
Ospidal Val Müstair	1'194	312	42		
Frauenspital			7'982	706	
Alle Spitäler	83'395	94'083	19'213	13'342	5'535

Die durchschnittliche Bettenbelegung war mit mehr als 90% sehr hoch. Sie bewegte sich zwischen 85 und 100%. Die Anzahl der Hospitalisationen und Pflgetage ist in den letzten Jahren in etwa stabil mit leicht sinkender Tendenz geblieben.

Tabelle 7: Durchschnittliche Aufenthaltsdauer 2004<sup>19</sup>

	<b>Alle Patienten</b>	<b>Patienten Medizin</b>	<b>Patienten Chirurgie</b>	<b>Patienten 65 + Jahre</b>
Kantonspital Chur	8.1	7.8	8.8	10.4
Spital Oberengadin	6.9	6.9	7.9	9.8
Kreuzspital Chur	9.6	12.9	7.8	11.8
Regionalspital Ilanz	6.6	7.8	6.7	9.7
Spital Davos	6.5	7.4	6.3	8.9
Regionalspital Schiers	8.5	11.3	7.4	12.9
Krankenhaus Thusis	7.7	8.4	7.2	10.5
Ospidal Scuol	7.4	8.8	6.1	11.8
Ospidale S. Sisto	11.3	12.0	10.1	13.3
Osp. della Bregaglia	12.3	12.3		14.2
Spital Savognin	6.7	6.0	6.7	9.6
Ospidal Val Müstair	7.9	8.0	7.6	10.8
Frauenspital Fontana	5.7			
Alle Spitäler	7.7	8.6	7.8	10.6

<sup>18</sup> Kennndaten der Akutspitäler des Kanton Graubünden 2004

<sup>19</sup> Kennndaten der Akutspitäler des Kanton Graubünden vom August 2004

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Patienten hat leicht abgenommen. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer für alle Patienten war im Jahre 2004 7.7 Tage, wobei die Gruppe der 65-jährigen und älteren Patienten mit 10.6 Tagen deutlich über dem Durchschnitt lag. Die Aufenthaltsdauer der Patienten auf den medizinischen Abteilungen war mit 8.6 Tagen ebenfalls überdurchschnittlich. Die längere Liegedauer bei den kleineren Spitälern ist darauf zurückzuführen, dass es dort zwischen Akut- und Pflegebetten keine strikte Trennung gibt.

Wie schon eingangs erwähnt übernachteten jährlich mehr als 11 Millionen Touristen in Graubünden. Die Versorgung der Gäste stellt für die Spitäler in den Touristikgebieten eine grosse Herausforderung dar, müssen diese doch zusätzlich zur einheimischen Bevölkerung behandelt werden. Gerade die Sportunfälle sind oft schwerwiegender Natur und verlangen von den behandelnden Ärzten einiges an Kompetenz und Einsatz.

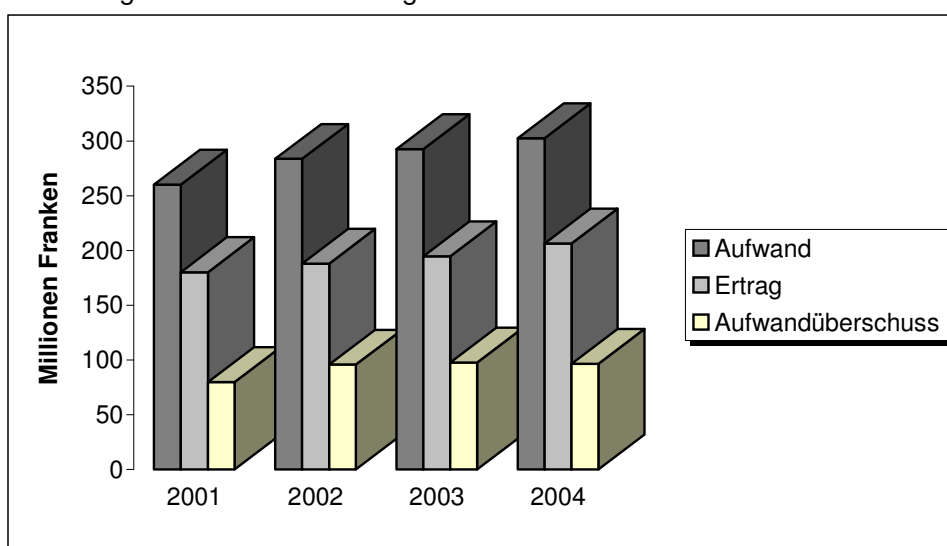
### Kostenentwicklung im Spitalbereich

Der Betriebsaufwand der beitragsberechtigten Spitäler ist in den letzten Jahren markant gestiegen. Seit 2000 beträgt die prozentuale Zunahme jährlich durchschnittlich 5.8%. 2004 war der Aufwand etwas über 300 Millionen Fr. Der deutliche Anstieg ist z.T. auf die gestiegenen Lohnkosten, z.T. auf die Teuerung im Bereich des medizinischen Bedarfes zurückzuführen.

Der Ertrag der Spitäler konnte mit den Ausgaben nicht Schritt halten. Der jährliche prozentuale Anstieg der Ausgaben war etwa 4%. Daraus resultiert 2004 ein Fehlbetrag von 96 Millionen Franken. Entsprechend diesem Fehlbetrag haben auch die Beiträge des Kantons an die Spitäler zugenommen. 2004 betrug dieser Betrag beinahe 87 Millionen Franken.

Bedingt durch den Personalzuwachs bei gleichbleibender Anzahl stationärer Fälle ist die Produktivität der Spitäler in den vergangenen Jahren etwas zurückgegangen. Die Produktivität im Verlauf der Zeit kann nur innerhalb eines Spitalbezuges beurteilt werden, da dazu die Schwere der Fälle und somit die Behandlungsintensität berücksichtigt werden muss. Diesbezügliche Daten liegen erst für das Jahr 2002 und 2003 vor. Dabei zeigen sich zwischen den einzelnen Spitälern doch erhebliche Unterschiede. Spitzenreiter mit 16.2 Fälle pro Personalstelle ist das Spital Schiers.

Abbildung 4: Aufwand und Ertrag 2001 – 2004<sup>20</sup>



Zur Berechnung der Fallkosten liegen im Kanton Graubünden erst seit 2002 brauchbare Kostenrechnungszahlen vor. Für die Aufwandentwicklung vor diesem Zeitpunkt muss daher die Finanzbuchhaltung beigezogen werden. Beim Vergleich zwischen den einzelnen Spitälern muss der CMI, welcher die Schwere der Krankheit bzw. des Unfalls und den Behandlungsauf-

<sup>20</sup> Kenndaten der Akutspitäler des Kanton Graubünden

wand berücksichtigt, beigezogen werden. Wie erwartet wurden die aufwändigsten Fälle im Kantonsspital Chur behandelt. Die Spitäler mit normaler Grundversorgung weisen ein etwa vergleichbares Krankengut auf. Bei den Spitälern mit erweiterter Grundversorgung ist das Bild sehr uneinheitlich.

Tabelle 8: Casemixindex alle Fälle nicht adjustiert<sup>21</sup>

	2002	2003	2004	2005
Kantonsspital Chur*	1.1490	1.13727	0.94500	0.8778
Spital Oberengadin	0.9210	0.96466	0.65300	0.6530
Kreuzspital Chur*	1.0377	1.04484	0.89400	
Regionalspital Ilanz	0.9747	1.02291	0.75000	0.7500
Spital Davos	0.9331	0.97183	0.79500	0.7950
Regionalspital Schiers	0.8989	0.94002	0.73500	0.7350
Krankenhaus Thusis	0.9137	0.90685	0.81100	0.8110
Ospidal Scuol	0.9103	0.91864	0.66900	0.6690
Ospedale S. Sisto	0.9083	0.92285	0.78700	0.7870
Ospedale d. Bregaglia	0.9012	0.92502	0.82200	0.8220
Spital Savognin	0.8808	0.93957	0.66100	0.6610
Ospidal Val Müstair	0.8164	0.80333	0.70300	0.7030
Frauenspital Fontana*	0.7199	0.74159	0.62400	
Alle Spitäler	0.9886	1.00546	0.80600	0.8060

\* Ab 2005 nur noch ein Spital: Kantonsspital Graubünden

Die Analyse der Fallkostenberechnung zeigt, dass für die Fallkosten der CMI unbedingt mitberücksichtigt werden muss. Nur so können die Fallkosten einigermaßen korrekt abgebildet werden. Wie das Beispiel Kantonsspital Chur und Fontana besonders deutlich zeigen, müssen die standardisierten Fallkosten, bei welchen die Beiträge für die Finanzierung von Forschung und Lehre abgezogen werden, für einen korrekten Vergleich benutzt werden.

Die Unterschiede in den Fallkosten variieren erheblich. Auf Grund der zum Teil schlechten Datenlage müssen diese Zahlen relativiert werden. Im Spital Ilanz ist der Anteil an pädiatrischen Patienten im Vergleich zu den anderen Spitälern recht gross. Im weiteren ist der Deckungsgrad für ambulante Fälle tief. Im Ospedale della Bregaglia sind die Liegezeiten der Patienten überdurchschnittlich lang, d.h. auf der Akutabteilung sind oft Patienten hospitalisiert, welche eigentlich in das Pflegeheim eingewiesen werden müssten. Diese beiden Beispiele zeigen, dass eine kritische Beurteilung der Daten sehr wichtig ist, um nicht irgenwelche falsche und voreilige Schlüsse zu ziehen.

## Auswirkungen des neuen Finanzierungsmodelles<sup>22</sup>

### Kanton

Durch das neue Finanzierungssystem soll das Aufwandwachstum verlangsamt werden. Da die Kosten im Gesundheitswesen von vielen Parametern abhängig sind, kann eine quantitative Aussage über mögliche Einsparungen nicht gemacht werden. Ein Vergleich zwischen dem alten Finanzierungsmodell mit der Defizitfinanzierung und dem neuen Modell mit der Fallpauschalabgeltung ist schwierig. Die statistischen Angaben sind auf Grund des alten Finanzierungsmodell zum Teil widersprüchlich und auch lückenhaft.

Der Grosse Rat kann durch Ausnutzung der gesetzlichen Möglichkeiten eine allfällige Zunahme der Kantonsbeiträge etwas vermindern, indem er den standardisierten Fallaufwand um maximal

<sup>21</sup> Botschaft der Regierung des Kantons Graubünden an den Grossen Rat Heft Nr 6/2005 - 2006

<sup>22</sup> Botschaft der Regierung an den Grossen Rat des Kantons Graubünden Heft Nr 6/2005 - 2006

5% reduzieren kann. Die Ausgaben des Kantons sind besser planbar. Durch Einführung der Hospitalisationsrate kann die Mengenausweitung gesteuert werden. Der genaue Beitrag des Kantons kann jedoch erst auf Grund von exakten und verifizierten Fallzahlen festgelegt werden. Es ist nicht mit grossen Differenzen zu rechnen, vorausgesetzt die Qualität der von den Spitälern gelieferten Daten ist gut.

Während der Uebergangszeit von maximal 5 Jahren fallen dem Kanton zusätzliche Belastungen zu. Er muss den Spitälern Restzahlungen im Betrag von 40 Millionen Franken für die Zeit vor dem Systemwechsel leisten. Diese Zahlungen sollen aus ausserordentlichen Beiträgen geleistet werden.

#### *Spitäler*

Spitäler deren standardisierten Fallkosten deutlich über dem Mittelwert liegen, werden gezwungen ihre Kosten zu senken bzw. diese den übrigen Spitälern anzupassen. Spitälern, welche tiefe Fallkosten haben, werden von dem neuen Finanzierungsmodell profitieren. Im Weiteren werden die Spitälern die Qualität ihrer Kostenrechnung verbessern müssen, da die Beiträge direkt von der Kostenrechnung abhängig sind. Eine gute Qualität der Kostenrechnung kann bei Tarifverhandlungen mit den Krankenversicherern von Vorteil sein.

#### *Trägerschaften und Gemeinden*

Die Trägerschaften sind daran interessiert, dass die Fallkosten für ihr Spital möglichst tief sind. Bei tiefen Fallkosten werden die Gemeinden von dem neuen Finanzierungsmodell ebenfalls profitieren. Bei unwirtschaftlichem Verhalten, werden sie sicherlich auf das betroffene Spital einen Druck ausüben, um die Kosten zu senken.

#### *Pflegeheime und Spitex*

Die Verkürzung der Aufenthaltsdauer, verursacht durch den Anreiz zu wirtschaftlichem Verhalten, wird sicherlich auf die Pflegeheime und den Spitexdienst eine Auswirkung haben. Der Uebertritt vom Akutspital in das Pflegeheim bzw. die Entlassung nach Hause wird tendenziell früher erfolgen. Damit wird der Aufwand für Betreuung und Behandlung von Pflegepatienten in den Pflegeheimen grösser werden. Es werden auch mehr Pflegebetten benötigt. Die Nachfrage nach Spitexleistungen werden zunehmen. Einerseits ist es sicherlich sinnvoll, dass Pflegepatienten nicht im teuren Akutspital behandelt werden, andererseits dürfen die Patienten nicht nur aus finanziellen Gründen zu rasch aus dem Spital entlassen werden.

#### *Spitalpersonal*

Auf den Personalbedarf soll das neue Finanzierungsmodell keinen Einfluss haben. Die Einführung desselben muss kostenneutral sein. Im Rahmen der vermehrten unternehmerischen Freiheit kann die Spitalleitung den grösseren Freiraum für Massnahmen im Personalbereich nutzen. Für das Personal der Spitälern mit überdurchschnittlichen Fallkosten wird das neue Finanzierungssystem einen höheren Arbeitsdruck zur Folge haben.

### **Finanzielle Aspekte des neuen Spitalfinanzierungssystems im Hinblick auf das Budget 2005 und 2006**

Mit dem neuen Finanzierungssystem wird ab 2005 das Konto „Beiträge an den Betrieb von öffentlichen Krankenanstalten im Kanton“ aufgehoben. Für die gemäss dem alten Finanzierungssystem zu leistenden Beiträge werden insgesamt 15.35 Millionen Fr. budgetiert. Die Auszahlung der noch verbleibenden Restzahlungen 2003 erfolgt zu Lasten der Staatsrechnung 2006. Für das Jahr 2005 hat der Grosse Rat den Gesamtkredit für das Bereitschaftswesen auf 4.4 Millionen Franken festgelegt. Da das Frauenspital Fontana in das Kantonsspital Graubünden integriert wurde, wurde der dem Fontana zustehende Betrag von Fr. 640'000 zum obigen Betrag dazugezählt, so dass der Totalbetrag für das Bereitschaftswesen im Jahr 2005 insgesamt 5.04 Millionen Franken beträgt. 2006 wird dann dieser Betrag gemäss Vorgaben des Grossen Rates auf 3.04 Millionen Franken gekürzt werden. Bei einem Gesamtaufwand von 300 Millionen können lediglich 0.7% der Kosten gespart werden. Bei der Zuteilung des Kredites für das Bereitschaftswesen wird das Angebot der beitragsberechtigten Leistungen und die Einnahmen der Spitälern aus der Behandlung von Halbprivat- und Privatpatienten und Selbstzahler berücksichtigt. 2/3 einer Arztstelle und einer diplomierten Pflegepersonalstelle gehen zu Lasten des

Bereitschaftswesen und werden nicht über die medizinischen Leistungen finanziert. Das ergibt Total Kosten von Kosten von 7.4 Millionen Franken. 20% der Einnahmen aus Hotellerie und Spitalpauschale sollen für die Finanzierung der Kosten des Bereitschaftswesens verwendet werden. Daraus ergibt sich dann der Betrag von 4.4 Millionen Franken. Die Beiträge an die Ambulatorien werden gestrichen. Dies hat zur Folge, dass bei den meisten Spitälern die Beiträge an das Bereitschaftswesen reduziert werden. Der Selbstfinanzierungsteil der Spitäler an den Bereitschaftskosten wird neu auf die im Halbprivat- und Privatbereich erbrachten Pflage tage und geltenden Tarife abgestellt.

Tabelle 8: anerkannter Fallfallaufwand 2005 un 2006<sup>23</sup>

	<b>CMI</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>Differenz 2005/2006</b>
Kantonspital Chur	0.8778	Fr. 7'650	Fr. 8'488	+ Fr. 838
Spital Oberengadin	0.6530	Fr. 7'061	Fr. 6'315	- Fr. 746
Regionalspital Ilanz	0.7500	Fr. 7'488	Fr. 7'253	- Fr. 235
Spital Davos	0.7950	Fr. 7'114	Fr. 7'688	+ Fr 574
Regionalspital Schiers	0.7360	Fr. 6'881	Fr. 7'107	+ Fr. 226
Krankenhaus Thusis	0.8110	Fr. 6'638	Fr. 7'842	+ Fr. 1204
Ospidal Scuol	0.6690	Fr. 6'724	Fr. 6'469	- Fr. 255
Ospidale S. Sisto	0.7870	Fr. 6'755	Fr. 7'610	+ Fr. 855
Ospedale d. Bregaglia	0.8220	Fr. 6'771	Fr. 7'949	+ Fr. 1'178
Spital Savognin	0.6610	Fr. 6'878	Fr. 6'392	- Fr. 486
Ospidal Val Müstair	0.7030	Fr. 5'880	Fr. 6'798	+ Fr. 918
Alle Spitäler	0.8060	Fr. 7'360	Fr. 7'794	+ Fr. 434

Basis für die Berechnung des standardisierten Fallaufwandes 2006 ist der mit der mittleren Fall-schwere standardisierte durchschnittliche Fallaufwand gemäss der Kostenrechnung 2004 der Akutspitäler mit einer wirtschaftlichen Betriebsführung. Wegen der Teuerung und der medizinischen Entwicklung und anderer exogener Faktoren wird auf dem errechneten Ist-Aufwand für die Jahre 2005 und 2006 je ein Zuschlag von 2.8% vorgenommen. Daraus errechnet sich für das Jahr 2006 ein anerkannter standardisierter Fallaufwand von Fr. 9670.-. Anhand des CMI Spital kann schliesslich der anerkannte Fallaufwand für das einzelne Spital berechnet werden. Die maximale Hospitalisationsrate bleibt gegenüber 2006 unverändert und beträgt für die Altersgruppe der bis 65 jährigen Patienten 110 stationäre Fälle je 1000 Einwohner sowie für die 65-jährigen und älteren Patienten 360 stationäre Fälle je 1000 Einwohner.

Der Gesamtkredit für die Beiträge für das Rettungswesen für das Jahr 2006 wird im Vergleich zu 2005 unverändert belassen und auf Fr. 550'000.- festgelegt.

Ebenso wird von der Regierung beantragt den Gesamtkredit für die Beiträge an Lehre und Forschung für das Jahr 2006 entsprechend jenem für das Jahr 2005 auf 5.96 Millionen Franken festzulegen.

Der Gesamtkredit für das Bereitschaftswesen wird auf 3,04 Millionen Franken festgelegt. Die Abgabensätze an den Kanton für ausserkantonale KVG-Patienten, Halbprivat- und Privatpatienten sowie Selbstzahler werden aufgrund der vom Kanton geleisteten Investitionsbeiträge festgelegt. Dadurch werden von den Spitälern dem Kanton Zahlungen von knapp 9 Millionen Franken geleistet

<sup>23</sup> Die Budgetbotschaft wurde durch die Regierung ohne Änderungen genehmigt, aktueller Stand ist „vor genehmigung durch Grossen Rat“ oder „Gemäss Budgetbotschaft der Regierung 2006“

Tabelle 9: Kantonsbeiträge an die Spitäler sowie Abgaben der Spitäler an den Kanton<sup>24</sup>

	Kantonsbeiträge			Abgaben der Spitäler an den Kanton
	Rettungswesen	Bereitschaftswesen	Lehre und Forschung	
Kantonspital Chur	0	510'000	3'287'171	5,334'720
Spital Oberengadin	0	150'000	690'778	1'187'440
Regionalspital Ilanz	0	390'000	451'268	474'676
Spital Davos	0	140'000	480'220	788'561
Regionalspital Schiers	50'0000	490'000	317'784	210'381
Krankenhaus Thusis	50'0000	490'000	319'450	214'293
Ospidal Scuol	50'0000	460'000	174'125	264'268
Ospidale S. Sisto	50'0000	50'000	35'535	89'992
Ospedale d. Bregaglia	50'0000	140'000	53'125	7'551
Spital Savognin	50'0000	80'000	83'515	93'321
Ospidal Val Müstair	50'0000		65'145	22'433
SAM Mesolcina	200'000	140'000		
Alle Spitäler	550'000	3'040'000	5'959'116	8'687'639

Die hier vorliegenden Beiträge müssen noch Grossen Rat genehmigt werden.

Durch die Zusammenlegung der 3 Spitäler auf dem Spitalplatz Chur können die Kosten im Bereitschaftswesen erheblich reduziert werden, da vorhandene Doppelspurigkeiten damit eliminiert werden. Für die Trägerschaften bedeutet diese Reduktion kein finanzieller Nachteil, da der Fusionsgewinn grösser ist als die vorgesehene Reduktion des Kantonsbeitrages an das Bereitschaftswesen.

Was den Spitälern und letztlich den Gemeinden an Bereitschaftskosten verbleibt, hängt davon ab, welche Leistungsangebote die Spitäler künftig anbieten werden. Ueber das Angebot der Leistungen entscheiden die Spitalregionen bzw. die Gemeinden.

Welche Auswirkungen diese neue Finanzierungsform auf das Gesundheitswesen des Kantons haben werden, wird uns erst die Zukunft zeigen.

<sup>24</sup> Die Budgetbotschaft wurde durch die Regierung ohne Änderungen genehmigt, aktueller Stand ist „vor Genehmigung durch Grossen Rat“ oder „Gemäss Budgetbotschaft der Regierung 2006“