

DRGs in der Schweiz – Erfahrungen, Erwartungen und Schlussfolgerungen aus der Sicht der Leistungserbringer

Welche Vorteile bringen DRGs den Schweizer Spitälern?

Die Einführung eines einheitlichen pauschalierten Entgeltsystems in den Spitälern der Schweiz wird derzeit durch Akteure wie den Verein SwissDRG vorbereitet. Ziel ist es, auch in der Schweiz ein «Refined»-DRG-System zu etablieren, das die landesspezifischen Eigenheiten ausreichend berücksichtigt.

DRGs im Fokus

Die pauschalierte Vergütung nach Diagnosis Related Groups (DRGs) wird in der Schweiz voraussichtlich per 1. 1. 2009 flächendeckend eingeführt. Der vorliegende «clinicum»-Artikel beleuchtet das Thema DRGs nun aus der helvetischen Perspektive. Welche Veränderungen bringen DRGs den Schweizer Leistungserbringern? Nachdem in einem ersten Beitrag diese Frage für die deutschen Krankenhäuser beantwortet wurde, möchten wir der Frage nun auch für die Schweizer Spitäler nachgehen.

Der vorliegende Artikel baut auf dem bereits in der letzten «clinicum»-Ausgabe erschienenen ersten Artikel auf und ist der zweite von drei Artikeln zum aktuellen Thema DRGs mit den folgenden Schwerpunkten:

1. Hintergründe und Erfahrungen in Deutschland
2. Erfahrungen und Schlussfolgerungen für die Schweiz
3. Ausblick auf die Zukunft aus politischer Sicht

von **Andreas Bürge, Dr. Joachim Kartte, Oliver Rong** und **Aleksandar Ruzicic,**

Roland Berger Strategy Consultants, Zürich und Berlin

Obwohl kritische Stimmen immer wieder einen **zunehmenden Einfluss ökonomischer Grundkonzepte** wie Kosteneinsparungen, Effizienzsteigerungen und Rationalisierungen im Schweizer Gesundheitswesen beklagen, leiden immer mehr Schweizer Prämien- und Steuerzahler unter dem zunehmenden Gewicht der ständig steigenden Gesundheitskosten. Es scheinen sich auch im Schweizer Gesundheitswesen die Befürworter von marktwirtschaftlichen Rahmenbedingungen durchzusetzen, wie bei der kürzlich mit über 71 Prozent wuchtig abgelehnten «Initiative für eine soziale Einheitskrankenkasse» deutlich geworden ist. Eine unter gesundheitsökonomischen Aspekten gestaltete Medizin versucht, das «magische Dreieck» **Kosteneffizienz, Effektivität und Gerechtigkeit** (oder «Zugang für alle») für alle betroffenen Stakeholder in Einklang zu bringen.

Verstärkte Globalisierung

Im internationalen Kontext sieht sich die Schweiz mit verstärkten Globalisierungstrends auch im Gesundheitswesen konfrontiert. Einerseits beziehen Schweizer Patienten Leistungen, welche nicht durch die Versicherung gedeckt sind, aus Kostenüberlegungen im Ausland, wie zum Beispiel bei osteuropäische Zahnbehandlungen, andererseits brauchen die Schweizer Spitäler den **zunehmenden globalen Standortwettbewerb** nicht zu fürchten. Die wahrgenommene Qualität, der entsprechende Ruf und die daraus entstehenden Möglichkeiten bergen ein immer grösseres Potenzial, auch vermögende ausländische Patienten zu einer Behandlung in einem Schweizer Spital zu bewegen, wie zum Beispiel aus dem Nahen Osten. Paradoerweise ist jedoch der nationale sowie der **regionale Wettbewerb** über Kantonsgrenzen hinweg noch kaum vorhanden.

Anreiz- und Föderalismusproblem

Mit der Einführung eines pauschalierten Entgeltsystems und mit der Öffnung des Binnenmarktes für stationäre Spitaldienstleistungen entsteht ein echter Wettbewerb innerhalb der Schweiz, da die chronischen **Anreiz- und Föderalismusprobleme** des Schweizer Spitalwesens angegangen werden:

- Die **Krankenkassen** haben ein geringeres Interesse an ambulanten und somit kostengünstigeren Behandlungen, da der Kanton etwa 50 % der Kosten bei einer stationären Behandlung übernimmt.
- Auch die **Spitäler** haben weniger Interesse an ambulanten Behandlungen, da die stationären Eingriffe dank Tagespauschalen für die Aufenthaltsdauer abgegolten werden und zusätzlich auch für eine höhere Bettenauslastung sorgen.
- Bis zur Annahme der neuen Spitalfinanzierung bevorzugten einige **Kantone** Operationen in privaten Kliniken, da sie bei solchen Eingriffen keine Beiträge bezahlen mussten.

Diese und weitere Fehlanreize führen zu einer Explosion der Kosten insbesondere im stationären Bereich, welche durch die Prämien- beziehungsweise Steuerzahler direkt oder indirekt berappt werden müssen.

Vereinheitlichende Bestrebungen durch SwissDRG

Vor diesem Hintergrund gilt es festzuhalten, dass die **Bestrebungen des Vereins SwissDRG** nicht direkt auf Kosten- oder Kapazitätsreduktionen im stationären Bereich liegen, sondern vielmehr auf den folgenden drei Schwerpunkten¹:

- **Zweck:** Innert drei Jahren nach Vereinsgründung soll ein Modell eines schweizweit einheitlichen, umfassenden Leistungsabteilungssystems für die Aufenthalte im stationären akutsomatischen Bereich bereitgestellt werden, welches auf einem «refined» diagnosebezogenen Patientenklassifikationssystem basiert.
- **Umsetzung:** Zur Pflege und Weiterentwicklung sowie zur Umsetzung in der Finanzierung durch die Kostenträger werden entsprechende Konzepte erarbeitet.
- **Nachhaltigkeit:** Über das Projektende hinaus muss ebenfalls ein Konzept zur Pflege und Weiterentwicklung des Systems erarbeitet werden.

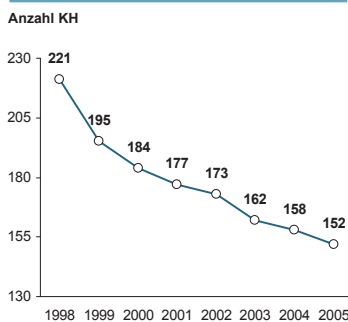
Kosten- und Kapazitätsreduktionen im stationären Bereich sind jedoch eine wichtige **Zielsetzung des Bundesrats im zweiten KVG-Revisionspaket**, in welchem vor allem eine Stärkung kostendämpfender Elemente angestrebt wird:

- Wechsel zur dual-fixen Spitalfinanzierung, weil ein monistischer Ansatz zur Zeit am Widerstand der Kantone scheitert
- Finanzierung effektiv erbrachter Leistungen, z.B. über diagnosebezogene Fallpauschalen
- Förderung von Managed Care als «integriertem Versorgungsmodell»

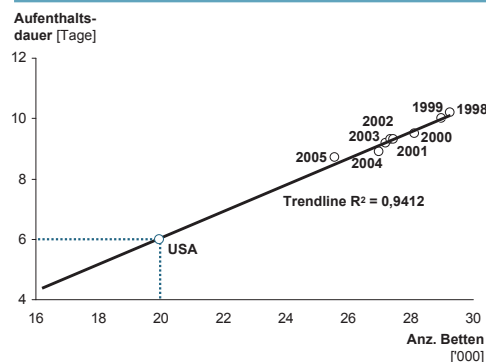
Grafik 1

Entwicklung allgemeine Krankenhäuser in der Schweiz

Anzahl allgemeine Krankenhäuser



Aufenthaltsdauer pro Anzahl Betten



Quelle: Bundesamt für Statistik, Roland Berger

Der medizinisch-technische Fortschritt und der stetige Druck auf die Schweizer Spitäler haben in der Vergangenheit dazu geführt, dass die **Anzahl allgemeiner Krankenhäuser, die durchschnittliche stationäre Aufenthaltsdauer sowie die Anzahl Betten stets gesunken sind** (vgl. Grafik 1). Laut H+ wird die Strukturbereinigung im Spitalsektor auch in der Zukunft weitergehen, und je nach Entwicklung werden rund die Hälfte der heute bestehenden Kliniken ihre Tore schliessen müssen.² Eine an der Universität Lausanne publizierte Studie wertet diesen Trend aber nicht nur negativ: Bei insgesamt 30 bis 50 Schweizer Spitälern mit jeweils zwischen 200 und 600 Betten könnten alle Bürger in weniger als einer Stunde bei höherer Qualität und zu niedrigeren Kosten versorgt werden.³

Kurze Historie der DRGs in der Schweiz

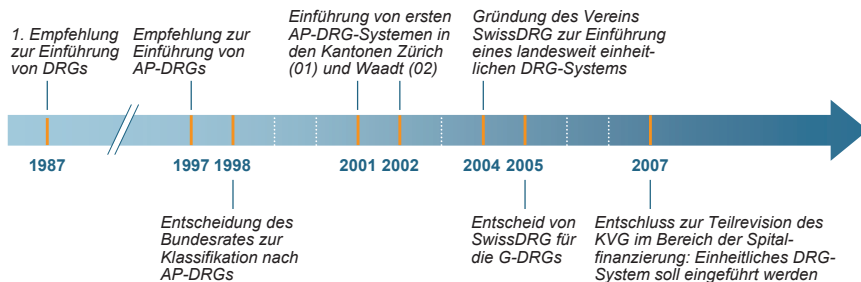
Die Diskussion um die Einführung von DRGs für die Finanzierung der Schweizer Spitäler begann **anfangs**

der 80er-Jahre an der Universität Lausanne im Rahmen einer wissenschaftlichen Untersuchung. Die Schweizer Abklärungen erfolgten zeitgleich mit vergleichbaren Anstrengungen in anderen europäischen Ländern. In einem 1987 erschienenen Bericht kam man zum Schluss, dass diese neue Methode zahlreiche Vorteile biete und empfahl zum ersten Mal ihre Einführung in der Schweiz.⁴

Trotz der Empfehlung verzögerte sich die praktische Umsetzung, da der Bund erst Jahre später (1998) eine gesetzliche Verpflichtung zur Lieferung medizinischer Grunddaten bei Spitalaufenthalten erliess. 1997 empfahl eine Konferenz von Experten und Vertretern des Gesundheitswesens den Einsatz des **AP-DRG-Systems**, welches 3M ursprünglich für den Staat New York entwickelt hatte, worauf sich der Bund 1998 für eine Einführung der AP-DRG-Klassifizierungen für Diagnosen sowie für Operationen und Interventionen entschied, was den Weg zu einer einheitlichen Beschreibung von Diagnosegruppen bereitete (vgl. Grafik 2).

Grafik 2

Historischer Rückblick der DRG-Einführung in der Schweiz



Quelle: Roland Berger



Die Kantone **Zürich (2001) und Waadt (2002)** waren schliesslich die Pioniere bei der DRG-Implementierung in der Schweiz und führten als erste das AP-DRG-System ein. Aufgrund der föderalistischen Tradition im Schweizer Gesundheitswesen geschah die Einführung eines solchen Systems schrittweise. In den letzten Jahren haben sich zahlreiche andere Kantone angeschlossen und das System **hauptsächlich in der Unfallversicherung und teilweise in der Krankenversicherung (OKP) eingeführt.**

SwissDRG entschied sich für G-DRG-System

Im Dezember 2005 hat sich der Verein SwissDRG knapp mit 3:2 für das deutsche Modell **G-DRG** (German Diagnosis Related Groups) ausgesprochen. In der engeren Ausscheidung stand neben G-DRG auch das System der Firma 3M namens IR-DRG. Die beiden Systeme unterscheiden sich hauptsächlich in der Form der Zusammenarbeit mit dem Systemanbieter. G-DRG ist ein nichtkommerzielles Produkt, welches der deutschen Selbstverwaltung (Spitäler und Krankenkassen) gehört, während IR-DRG von der amerikanischen Firma 3M vertrieben wird. Am 2.3.2006 hat die Schweiz ihr im Aufbau begriffenes Fallpauschalenmodell offiziell von Deutschland übernommen und den Übernahmevertrag mit den deutschen Partnern unterzeichnet. Dieses **leistungsorientierte Fallpauschalensystem** soll nun **ab 2009** nicht nur in allen Spitälern der Schweiz eingeführt werden, sondern auch für sämtliche obligatorischen Sozialversicherungen (obligatorische Krankenversicherung, Unfall-, Militär- und Invalidenversicherung) Gültigkeit erlangen.

Die Leistungen der Spitäler werden damit vergleichbarer, transparenter und nach einheitlichen Prinzipien abgegolten. Im Moment werden die von SwissDRG gewählten G-DRG an die schweizerischen Verhältnisse angepasst. Solche **«Helvetisierungen»** finden einerseits im EDV-Bereich statt, andererseits

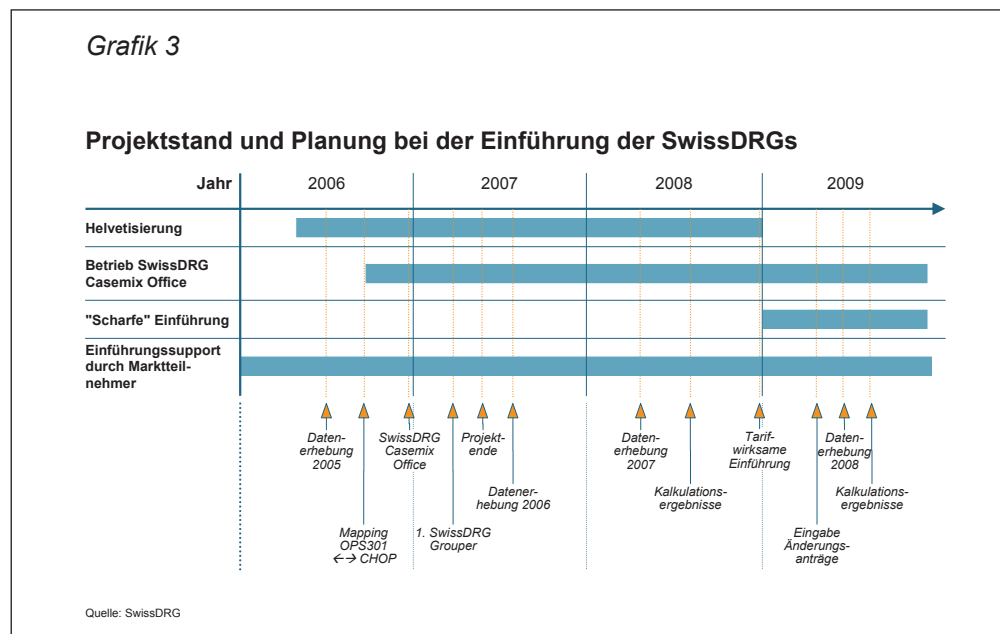
wird das System aber auch an die schweizerische Gesetzgebung angepasst. Vor allem die technischen Arbeiten bis zur Einführungsfähigkeit werden wohl noch bis ins Jahr 2008 hinein andauern, während die tarifwirksame Einführung stufenweise frühestens ab dem Jahr 2009 beginnen wird.

Aktueller Stand des Projekts SwissDRG

Das Projekt SwissDRG befasst sich zurzeit mit dem Ziel, in der Schweiz ein einheitliches DRG-System einzuführen. Der Verein SwissDRG ist 2004 von der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), von H+ Die Spitäler der Schweiz, von santésuisse, von den Schweizerischen Krankenversicherern, der Medizinaltarifkommission (MTK)⁵, sowie von der Vereinigung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) gegründet worden, während der Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK), das Bundesamt für Statistik (BFS) sowie das Bundesamt für Gesundheit (BAG) als Beobachter fungieren.

Der Verein SwissDRG

Ziel des Vereins ist es, ein Modell eines schweizweit einheitlichen, umfassenden Leistungsabteilungssystems für die Aufenthalte im stationären akut-somatischen Bereich bereitzustellen, welches seit der im Dezember 2005 gefallenen Entscheidung auf dem G-DRG-System basieren wird. Da zur Pflege und Weiterentwicklung sowie zur Umsetzung in der Finanzierung durch die Kostenträger entsprechende Konzepte erarbeitet werden müssen und über das Projektende hinaus ihre Gültigkeit bewahren werden, gründeten die Beteiligten SwissDRG Partner (H+, FMH, GDK, santésuisse, Unfallversicherer) eine Aktiengesellschaft. Ziel ist die Sicherstellung der Finanzierung des Projektes durch die SwissDRG AG. Die notwendige Geschwindigkeit zum Beitritt zur AG und die damit verbundenen finanziellen Verpflich-



tungen sind bisher jedoch unterschiedlich aufgefasst worden, was dazu geführt hat, dass noch nicht alle Beteiligten der SwissDRG AG beigetreten sind.

Der **Verein SwissDRG** teilt seine Arbeit in die folgenden **vier Teilprojekte** auf⁶:

1. Geltungsbereich, Tarifmodell

Ziel dieses Teilprojektes ist die Sicherstellung der Kompatibilität der erarbeiteten Lösungen mit Gesetzen, nationalen Verträgen sowie Vereinbarungen (z.B. Krankenversicherungsgesetz (KVG), Unfallversicherungsgesetz (UVG), Invalidenversicherung (IV), Militärversicherung (MV), Datenschutz, Datensicherheit, Qualität). Zudem soll der Geltungsbereich des SwissDRG-Entgeltsystems umfassend geklärt und kommuniziert werden, das Tarifmodell abschliessend erstellt sowie ein operativer Start ermöglicht werden.

2. Systemwahl und Anpassung

Das zweite Teilprojekt ist weitgehend abgeschlossen. Systemalternativen (IR- vs. G-DRGs) wurden evaluiert, und als Resultat hat man sich für das «refined» G-DRG-System entschieden. Als Basis-Grouper ist ein künftiger SwissDRG-Grouper gewählt worden, welcher sich nach wie vor in der Entwicklung befindet. Ein noch zu erfüllendes Ziel ist, die bereits erfolgreich initiierten technischen und inhaltlichen «Helvetisierungs»-Ansätze und -Anpassungen am System vorzunehmen.

3. Daten und Netzwerk

Das dritte Teilprojekt misst sich am erfolgreichen Aufbau eines Spitalnetzwerks sowie beim Errichten einer nationalen Datenbasis, welche statistischen sowie qualitativen Anforderungen (medizinische sowie pflegerische und ökonomische Parameter) ausreichend genügt. Zudem sollten am Ende des Projektes erstens alle Kostengewichte für den operativen Betrieb gerechnet und validiert worden sein

und zweitens sollte die SwissDRG-bezogene Datenqualität sichergestellt sein.

4. Vorbereitung Umsetzung

Das vierte Teilprojekt ist schliesslich dafür verantwortlich, dass die Vorbereitungsarbeiten für die Nachfolgeorganisation des Case-Mix-Büro (Systemwartung, Weiterentwicklung, Neuberechnung von Kostengewichten), abgeschlossen sind. Die Spitäler des Netzwerkes sollten bei der Umsetzung ausreichend betreut werden, und ein Konzept für deren weitere Unterstützung während der Umstellung sollte vorliegen. Sämtliche Umsetzungsmassnahmen sollten sowohl technisch als auch EDV-mässig unterstützt worden sein.

Obwohl sich der aktuelle Stand der jeweiligen Teilprojekte in unterschiedlichen Stadien befindet, liegt das Projekt nach wie vor im Zeitplan. Vor allem das von gewissen SwissDRG-Partnern mit Bedacht gewählte Vorgehen beim Beitritt zur neu gegründeten SwissDRG AG birgt ein gewisses Risiko, dass der ehrgeizige Projektzeitplan unter Umständen angepasst werden muss und die geplante Einführung nicht zum 1. 1. 2009 stattfinden kann (vgl. Grafik 3).

Aktuelle Situation DRGs in den Kantonen

Vor drei Jahren hat der Bundesrat einen bedeutenden Wechsel bei der Regelung der Spitalfinanzierung vollzogen. Seither wird nicht mehr der Spitalbetrieb als solcher finanziert (Objektfinanzierung), sondern die erbrachten Leistungen werden vergütet (Leistungsfinanzierung). Eine solche Verknüpfung von Leistung und Vergütung (z.B. über Fall- oder Abteilungspauschalen) schafft Kostentransparenz, da das Geld dorthin geleitet wird, wo die Leistung erbracht wird. Die Fallpauschalen werden auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen beruhen, was Vergleiche und einfache Verrechnungen zwischen den Kantonen ermöglicht.

Roland Berger: DRG-Projekte in Schweizer Spitälern

Roland Berger Strategy Consultants hat erfolgreich bereits mehrere DRG-bezogene Projekte in Schweizer Spitälern durchgeführt. Im Rahmen dieses Artikels sind drei davon besonders erwähnenswert:

- Im **Projekt 1** begleitete Roland Berger das Gesamtprojekt mit der Zielsetzung, rechtzeitig nach DRGs abrechnen zu können. Wesentliche Teilprojekte waren dabei vor allem die Kodierung, die Leistungserfassung sowie die Kostenträgerrechnung. Die hauptsächliche Unterstützung lag im Bereich der Initialisierung, der Projektplanung und -begleitung sowie der Unterstützung der Projektleitung und des Lenkungsgremiums.
- Bei **Projekt 2** wurde die Einführung eines standardisierten, spitalweiten Hospital Information Systems (HIS) unter Berücksichtigung der Anforderungen der DRG-Einführung auf Kantonsebene unterstützt. Die primäre Aufgabe bestand in der Projektplanung und dem Coaching des Projektteams.
- Bei **Projekt 3** ging es um die Einführung einer standardisierten Kostenrechnung nach REKOLE. Neben der Projektinitialisierung und Projektplanung leisteten die Berater mit der Erstellung eines Kommunikationskonzepts einen wichtigen Beitrag zum Change Management im Spital.

Auch wenn der Bundesrat zur Zeit einen unverbindlichen **Vorschlag für ein monistisches Spitalfinanzierungssystem** ausarbeiten lässt, so werden in der Schweiz die stationären Leistungen auf den allgemeinen Abteilungen der öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitäler durch die Kantone und die Krankenversicherungen finanziert (sogenannte **duale Finanzierung** nicht nur für Betriebs-, sondern auch für Investitionskosten). Im schweizerischen Durchschnitt werden die anrechenbaren Kosten im Verhältnis 55 Prozent (Kantone) zu 45 Prozent (Krankenversicherungen) geteilt, wobei zwischen den einzelnen Kantonen erhebliche Unterschiede bestehen.

Drei Aspekte

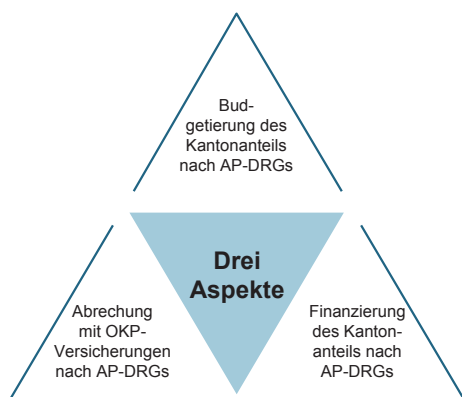
Aus der Sicht der Spitäler sind drei wesentliche Aspekte bei der DRG Nutzung relevant, die in den einzelnen Kantonen, wenn überhaupt, in den unterschiedlichsten Variationen umgesetzt sind (vgl. Grafik 4):

- **Budgetierung** für Spitalversorgung (Globalbudget) nach AP-DRGs
- **Finanzierung** für Spitalversorgung gemäss Leistungsauftrag nach AP-DRGs
- **Abrechnung** mit den Krankenversicherungen nach AP-DRGs

Das erste Kriterium betrifft die **Budgetierung nach AP-DRGs**: Der Kanton genehmigt die Globalbudgets im Rahmen der Deckung der in der Grundversorgung erforderlichen Leistungen. Die Aufteilung der Globalbudgets auf die Spitäler der jeweiligen Kantone, wo

Grafik 4

Drei Aspekte der DRG Nutzung in den Kantonen



Quelle: Roland Berger

ein solches nach AP-DRG überhaupt existiert, erfolgt leistungsbezogen gemäss den einzelnen Leistungsvereinbarungen. Für die Budgetierung der fallabhängigen Leistungen sind verschiedene Steuergrössen von Relevanz (z.B. durchschnittliches Fallgewicht, Referenzaufenthaltsdauer), wie auch allgemeine Leistungsvereinbarungen, welche zwischen dem Kanton und den Spitälern einmal jährlich abgeschlossen werden (z.B. Bedingungen für die Übertragung von Gewinn und Verlust, Form und Inhalt der zu liefernden Daten, Jahres- und Zwischenberichte). Der **Kanton Zürich** zum Beispiel benutzt eine schweregradbereinigte Fallkostenbudgetierung nach AP-DRG (Globalbudget) auf der Grundlage der Kostenrechnung mit Benchmarking.⁷

Das zweite Kriterium betrifft die **Finanzierung nach AP-DRGs**: Falls ein Spital seinen innerkantonalen Leistungsauftrag bei der Spitalversorgung nach AP-DRGs erfüllt, so wird die Finanzierung vom Kanton grundsätzlich erst bewilligt, nachdem die Spitalträger angehört worden sind und in Abstimmung mit der Spitalplanung und mit der Spitalliste der jeweilige Leistungsauftrag für die Spitalversorgung ausgearbeitet worden ist. Im **Kanton Graubünden** zum Beispiel werden auf Case Mix (AP-DRG) basierende anerkannte Fallaufwendungen vom Grossen Rat festgelegt, welche auf der Kostenrechnung des Vorjahres basieren und exogene Faktoren berücksichtigen. Der Finanzierungsanteil des Kantons Graubünden bei den gemäss Krankenversicherungsgesetz (KVG) Grundversicherten beträgt rund 53 Prozent, und bei einer Überschreitung der vorgegebenen Hospitalisationsrate gibt es einen Abzug.

Das dritte Kriterium betrifft die **Abrechnung** der Spitäler innerhalb eines bestimmten Kantons mit den obligatorischen Krankenpflegeversicherungen (OKP) **nach AP-DRGs**: Auch wenn in den meisten Kantonen nach wie vor nach Tagespauschalen abgerechnet wird, so gibt es bereits eine beachtliche Anzahl von Kantonen, in welchen die öffentlichen Spitäler mit den Krankenversicherungen nach AP-DRG abrechnen. Im **Kanton Bern** wird zum Beispiel in den folgenden drei Spitälern nach AP-DRG abgerechnet: im Inselspital, im Spital Thun-Simmental sowie im Spital Aarberg, während in allen anderen öffentlichen Spitälern nach Abteilungsfallpauschalen abgerechnet wird.

Neben den bereits genannten Beispielen werden die AP-DRGs in weiteren Kantonen verwendet. Alle stationär behandelten Patienten werden in den drei **Schwyz**er Spitälern Einsiedeln, Lachen und Schwyz durch den Kanton sowie durch die Krankenversicherungen nach AP-DRGs entschädigt. Im **Kanton Aargau** wird mit den OKP-Versicherungen nach Fachbereichspauschalen abgerechnet, wobei das Kantonsspital Aarau (KSA) eine Ausnahme bildet. Dieses rechnet mit sogenannten «mipp»⁸-Pauschalen ab, einem eigens vom KSA entwickelten, mit DRG vergleichbaren Fallpauschalensystem, das auf Patientenfällen basiert.

Der **Kanton Zürich** setzt ebenfalls auf eine Eigenentwicklung: Die Spitäler rechnen mit den Kranken-

versicherungen bereits seit 2000 nach einem Prozess-Leistungs-Tarifsystem (PLT) ab, welches fachgebietspezifische Fall- und Tagesteilpauschalen erhebt. Der Aufenthalt auf der Intensivpflegestation (IPS) sowie der Bezug von teuren Implantaten in allen öffentlich subventionierten Spitälern wird zusätzlich verrechnet.



























Seit Zürich die Nutzung von DRGs pilotiert hat, sind sukzessive weitere Kantone mit der Einführung von AP-DRGs bei der Abrechnung mit den Krankenversicherungen gefolgt⁹: **Waadt** (2002), **Tessin** (2003), **Schwyz** und **Zug** (2004), **Jura**, **Uri** und **Wallis** (2005), **Neuenburg**, **Nidwalden** und **Obwalden** (2006). Seit dem 1. 1. 2007 rechnen die **Genfer** Spitäler nun ebenfalls mit den Krankenversicherungen nach AP-DRGs ab (vgl. Grafik 5).

DRGs und die Spitäler

Am 21. März 2007 folgte der Nationalrat dem Ständerat und beschloss die **landesweite Einführung von Fallpauschalen** als neues Preismodell für Spitalbehandlungen. Der Bundesrat seinerseits sieht die tarifarische Gleichbehandlung öffentlicher und privater Spitäler vor. Um diese Gleichbehandlung zu gewährleisten, müssen landesweit die Investitionen bei allen Spitälern nach gleichen Berechnungsgrundsätzen in die neuen leistungsbezogenen Fallpauschalen integriert sein. Die Frage, ob die Kosten der Infrastrukturinvestitionen bei der Berechnung der Fallpauschalen einbezogen werden sollen, wurde während der nationalrätlichen Debatte am meisten diskutiert. Da die Ratsmehrheit eine Vollkostenrech-

Grafik 5

Verwendung von DRGs in den 26 Kantonen

Kanton	Budgetierung des Kantonanteils nach AP-DRGs	Finanzierung des Kantonanteils nach AP-DRGs	Abrechnung mit OKP-Versicherungen nach AP-DRGs	Kommentar
	✓	✓		Ausser KSA; Abr. nicht gepl.
				Einführung nach SwissDRG geplant
				Einführung nach SwissDRG geplant
	✓	✓		Bud. u. Fin. seit 2005, Abr. ab 2009 gepl.
				Einführung nach SwissDRG geplant
				Einführung nach SwissDRG geplant
				Bisher keine Einführung geplant
			✓	Abr. seit 2007, Bud. u. Fin. nicht geplant
				Bisher keine Einführung geplant
	✓	✓		Bud. u. Fin. seit 2005, Abr. nicht gepl.
			✓	Abr. seit 2005, Bud. u. Fin. nicht geplant
				Einführung nach SwissDRG geplant
			✓	Abr. seit 2006, Bud. u. Fin. gepl. ab 2008
			✓	Abr. seit 2006, Bud. u. Fin. nicht gepl.
			✓	Abr. seit 2006, Bud. u. Fin. nicht gepl.
				Einführung nach SwissDRG geplant
				Bud., Fin. u. Abr. ab 2009 geplant
				Bisher keine Einführung geplant
	✓	✓	✓	Bud., Fin. u. Abr. seit 2004
				Bisher keine Einführung geplant
	✓	✓	✓	Bud. u. Fin. seit 2005, Abr. seit 2003
			✓	Abr. seit 2005, Bud. u. Fin. nicht gepl.
	✓	✓	✓	Bud., Fin. u. Abr. seit 2002
			✓	Bud. u. Fin. gepl., Abr. seit 2005
	✓	✓	✓	Bud., Fin. u. Abr. seit 2004
	✓	✓	✓	Bud. u. Fin. seit 2001, Abr. nach PLT

1. Frage: Wird in ihrem Kanton für *alle* allgemeinen Spitäler nach AP-DRGs budgetiert?
2. Frage: Werden in ihrem Kanton *alle* allgemeinen Spitäler nach AP-DRGs finanziert?
3. Frage: Rechnen in ihrem Kanton *alle* allgemeinen Spitäler mit den Krankenversicherungen (nur OKPs) nach AP-DRGs ab?

Quelle: Kantone; Roland Berger

nung sicherstellen wollte, wurde dem Einbezug der Investitionen mit 104 zu 59 Stimmen zugestimmt.

Wie im vorherigen Kapitel deutlich wurde, ist die Schweiz mit ihren 26 kantonalen Gesundheitssystemen von landesweit gleichen Berechnungsgrundsätzen bei den Spitalinvestitionen heute immer noch weit entfernt. H+ will deshalb bis zum kommenden September ein schweizweit einheitliches Modell verabschieden, das die Investitionen nach landesweit gleichen Grundsätzen berücksichtigt, ähnlich wie bei früheren Initiativen wie zum Beispiel den nationalen Richtlinien zur Rechnungskostenlegung.¹⁰

Fallschwere

Mit der Einführung der DRG-Finanzierung wird sich für die Schweizer Spitäler einiges ändern, da nun jeweils die **Behandlungs- und Eingriffsschwere** berücksichtigt wird, was zu einer gerechteren Mittelzuteilung führen wird. Unabhängig von den tatsächlichen Kosten erhalten alle Spitäler die gleiche Entschädigung pro Fallgruppe. Damit werden Krankenhäuser mit einem höheren durchschnittlichen Aufwand pro Fall einen geringeren Kostendeckungsgrad erreichen. Bei der bisherigen Finanzierung der Spitäler sind jeweils die angefallenen Kosten gedeckt worden, was aus Sicht der effizient geführten Spitäler ungerecht war. Das DRG-System wird den stationären Bereichen des Spitals zahlreiche Möglichkeiten bieten, sich im immer härter werdenden Wettbewerb unternehmerisch erfolgreich zu behaupten.

Weitere Kapazitätsreduktionen zu erwarten

Eine weitere Komponente ist die Grösse des Spitals: Kleine Spitäler mit weniger als 200 Betten haben in der Regel proportional höhere Fixkosten, während

bei grossen Zentrums- und Universitätsspitalen der höhere Spezialisierungsgrad von medizinischen Dienstleistungen wie zum Beispiel Transplantation die Kosten in die Höhe treibt. Die pauschalierte Finanzierung nach DRGs wird die momentane Aufenthaltsdauer von 8,5 Tagen in der Schweiz noch weiter sinken lassen. Eine Reduktion der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer auf sechs Tage, wie in den USA wegen langjähriger Abrechnung nach DRGs heute üblich ist, würde einer **Kapazitätsreduktion der Betten von fast 25 Prozent** entsprechen (vgl. Grafik 1). Solche zusätzlich frei werdenden Kapazitäten werden die politische Debatte durch paradoxe Erwartungen noch weiter aufheizen: Spitäler sollen einerseits möglichst nahe gelegen sein und sich andererseits spezialisieren und zusammenschliessen, um Kosten einzusparen.

Neben diesen gesamtwirtschaftlichen Faktoren gibt es auch **unternehmerische Implikationen einer DRG-Einführung**. So wird das Budget prinzipiell aufgrund der geplanten Fallzahl, eines für alle Spitäler gleichen Normpreises und aufgrund des spital-spezifischen durchschnittlichen Schweregrades der Fallbehandlung (Case-Mix-Index) ermittelt.

Die leistungsorientierte Finanzierung basiert heute in der Regel auf dem AP-DRG-Patientenklassifizierungssystem, was bedeutet, dass der Kanton auf der Basis eines Normpreises die vom Spital angebotenen Leistungen einkauft.

Konzept und Realisierung

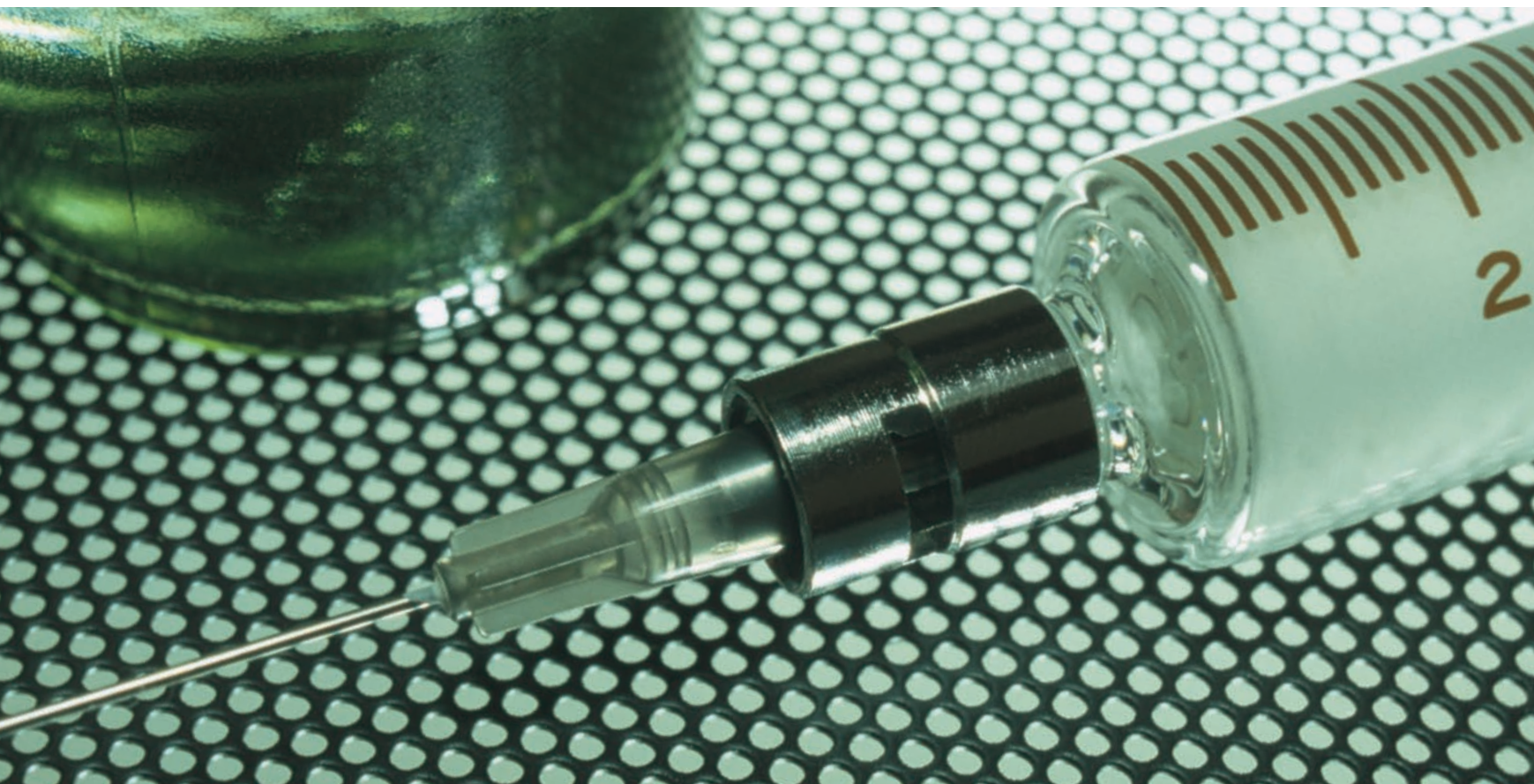
Typischerweise ist das **Projektziel** zur Einführung von DRGs die Definition des Konzepts und die Realisierung des Instrumentariums zur Abrechnung nach DRGs für die Kodierung, die Leistungserfassung sowie für die Kostenträgerrechnung. Diesem Ziel werden die Teilprojekte und Schnittstellen untergeord-

net, damit das Spital in der Lage sein wird, ab dem gewählten Stichtag mit den Versicherungen und dem Kanton nach DRG-Grundsätzen abrechnen zu können und eine adäquate Basis hat, um entsprechende Tarifverhandlungen zu führen.

Pragmatische Lösungen für die Leistungserfassung

Im stationären Bereich können sich Spitäler bei der **Leistungserfassung und Tarifierung** auf den sich in Erarbeitung befindenden gesamtschweizerischen DRG-Standard für die Erlös- sowie für die Kostenrechnung (gemäss «REKOLE») stützen. Die konkreten Werte für AP-DRGs gelten wegen noch fehlender Daten für SwissDRGs als Arbeitshypothese für die Erlösrechnung. Im ambulanten Bereich wird hauptsächlich auf TARMED als Standard für Erlös- und Kostenrechnung abgestützt. Nicht in DRG oder TARMED definierte Leistungen werden in einem Zusatzkatalog aufgeführt. Für die Leistungserfassung sind pragmatische Lösungen ausreichend.

Der **Kostenträger** im Rahmen der **Betriebsbuchhaltung** ist der aus medizinischer sowie administrativer Sichtweise einheitlich definierte Fall. Wann immer praktikabel, werden die Vorgaben der verbindlichen Version von «REKOLE» angewendet. Die **Kodierung** erfolgt in einer Qualität, die die Abgeltung und damit die Finanzierung der erbrachten Leistungen vollständig sicherstellt. Die **Material- und Medikamentenkosten** werden auf den aus medizinischer sowie aus administrativer Sicht einheitlich definierten Fall zugeordnet. Den Kern der Systemarchitektur bildet eine Metastruktur, welche die Patientenbehandlung prozessual abbildet (von der Klinik- zur Patientensicht). Alle zukünftigen Systeme/Umsysteme haben sich an diesen Strukturen zu orientieren.



Der **Projektumfang** umfasst alle bestehenden und noch zu integrierenden Bereiche (Kliniken, Institute, Fachbereiche, Abteilungen) der Spitäler. Die notwendigen personellen und finanziellen **Ressourcen** werden periodisch überprüft und auf Antrag der Projektleitung vom Steuerungsausschuss genehmigt. Die **Projektimplementierung** erfolgt etappenweise. Ziel ist die Schaffung einer Basis zur kontinuierlichen Weiterentwicklung und Optimierung. Die Phasen werden in einer Meilensteinplanung definiert und zwischen den Teilprojekten abgestimmt.

Erfahrungen bei begleiteten DRG-Einführungen

Basierend auf unseren Erfahrungen bei der Begleitung von DRG-Einführungen sind es vor allem sechs Faktoren, welche zum Projekterfolg in Schweizer Spitälern beigetragen haben (vgl. Grafik 6):

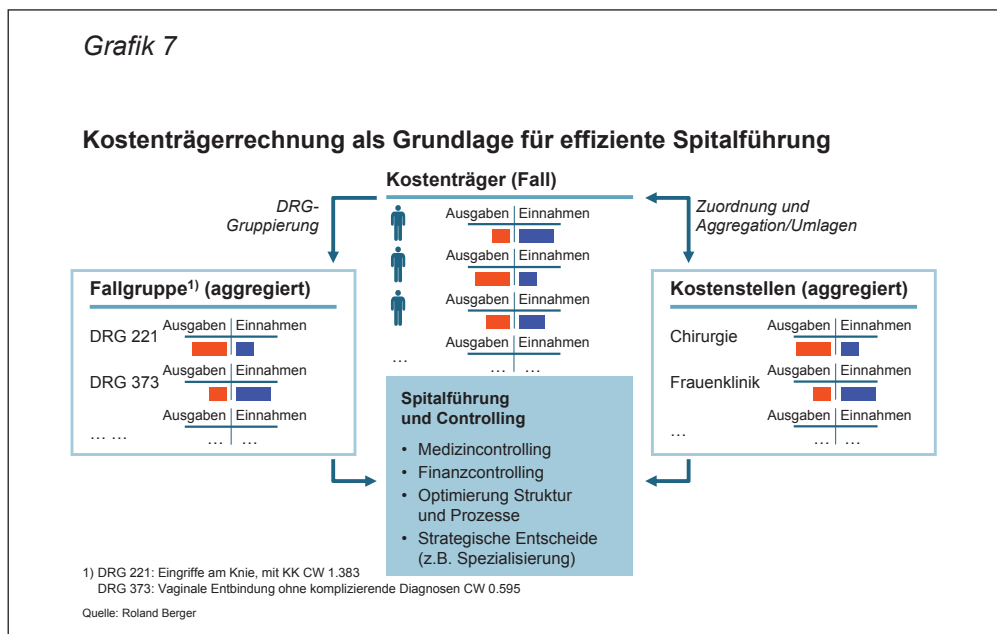
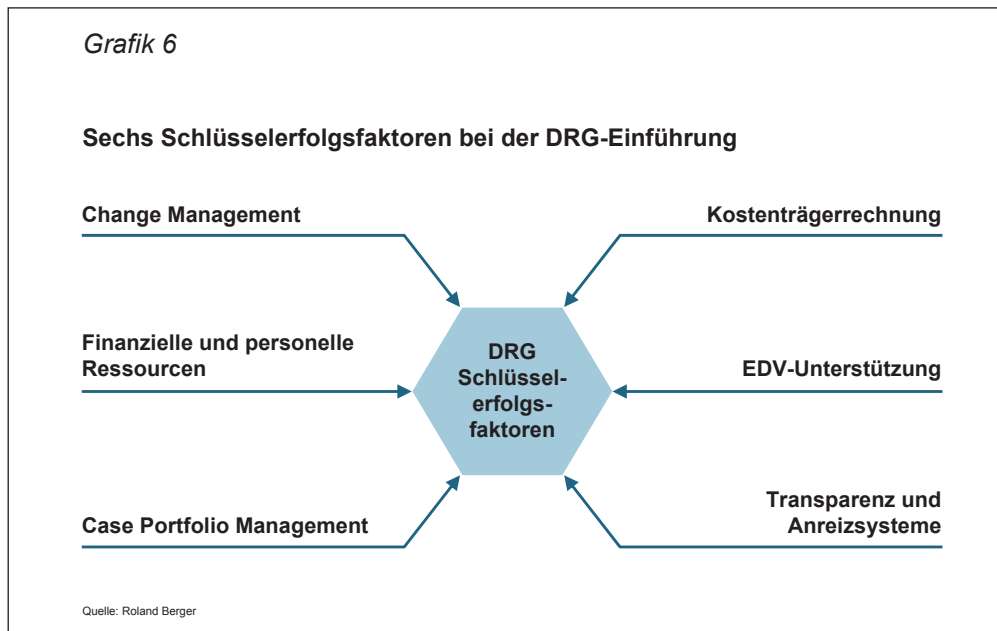
• **1. Kostenträgerrechnung:** Der Verband der Spitäler der Schweiz (H+) hat schweizweit einheitliche und verbindliche Vorgaben für die Kostenrechnung in Spitälern entwickelt. Die Empfehlungen für das Rechnungswesen von Spitälern und Kliniken sind im REKOLE (REvision der KOSTenrechnung und LEistungserfassung) zusammengefasst und bauen auf den Gesetzesvorschriften des KVG und der VKL auf. Die bisherigen Vorgaben der Kontorahmen von H+ werden somit abgelöst und weiter konkretisiert. REKOLE verlangt die Einführung einer **Kostenträgerrechnung**, in welcher ein Kostenträger einen administrativen Fall oder einen Auftrag darstellt. Der **Kostenträger** bildet die Grundlage für die Spitalführung und das Spital-Controlling auf der Basis von Fallgruppen einerseits und organisatorischen Kostenstellen andererseits (vgl. Grafik 7). Im Idealfall überwiegen die Einnahmen pro Fallgruppe natürlich die Ausgaben, was jedoch nicht immer möglich beziehungsweise beabsichtigt wird, da aus politischen Gründen auch verlustbringende Fallgruppen weiterhin angeboten werden. Die **Kostenstellen** werden je nach Grösse monatlich beziehungsweise quartalsweise abgeschlossen, was eine zeitnahe Kostensteuerung ermöglicht. Des weiteren entlasten sich die Kostenstellen aufgrund von im Voraus ermittelten Normpreisen und nicht mehr aufgrund der tatsächlich aufgelaufenen Kosten, was ein Auseinanderhalten von Mengen- und Preisabweichungen zur besseren Steuerungsmöglichkeit auf Koststellenebene ermöglicht.

• **2. EDV-Unterstützung:** Die Relevanz der EDV-Unterstützung beschränkt sich nicht bloss auf die Zuordnung zu einer DRG-Fallgruppe, sondern stellt das verbindende Element zwischen Leistungserbringung, Leistungsdokumentation, (medizinischem) Controlling sowie Abrechnung und Planung dar. Im Rahmen der Auswahl der entsprechenden EDV-Ausrüstung müssen alle Teilsysteme wie zum Beispiel das **Management-Informationssystem** oder die **Grupper- und Kodiersoftware** vor allem ein Kriterium erfüllen: Sie haben einem Anspruch

auf eine umfassende, medienbruchfreie Vernetzung aller beteiligten Akteure zu genügen. Ein einheitliches, auf sich abgestimmtes EDV-System sollte eine möglichst zeitnahe und qualitativ hochstehende Erfassung der notwendigen Daten ermöglichen. Zwangsläufig werden so auch der Abrechnungsprozess mit den Kostenträgern beschleunigt sowie Planabweichungen rascher erkannt und Reaktionszeiten für die Spitalleitung verkürzt.

• **3. Transparenz und Anreizsysteme:** Da es immer schwieriger wird, Ärzte sowie Pflegepersonal für zusätzliche als administrativ empfundene Aufgaben zu gewinnen, kommt einem **geeigneten Anreizsystem** grosse Bedeutung zu. Unter einem DRG-System werden medizinische, pflegerische und Hotellerie-Dienstleistungen nicht mehr getrennt entschädigt. Da die stationäre Betreuung zusatzversicherter Patienten durch Chef- oder lei-

tende Ärzte nicht mehr separat, sondern global mit einem höheren Normpreis vergütet wird, sollten alternative Kaderarztkompensationsmodelle zumindest geprüft werden. Anreizsysteme können jedoch nicht nur einen **materiellen**, sondern auch einen **immateriellen Charakter** haben, wie zum Beispiel ein Qualitätspreis für Kodierungsexzellenz oder eine Auszeichnung für die vollständige Erfassung aller Aufwendungen, die pro Fall erhoben werden. Wichtig ist, dass ein Bonussystem auch die Ebene der tatsächlichen Leistungserbringer im Spital erreicht, welche sich der Dokumentations- sowie der Kodiertätigkeit widmen. Nur so kann sichergestellt werden, dass der Begriff DRG bei Kaderärzten nicht zu einer monetären Zurückstufung führt und vom gesamten Spitalpersonal nicht als abstraktes Abrechnungsinstrument wahrgenommen wird, bei welchem der Bezug zur täglichen Klinikarbeit fehlt.





auch beim **Qualitätsmanagement** zu treffen. In der Schweiz ist eine Kultur der systematischen, auf Behandlungspfaden basierenden Qualitätssicherung noch wenig verbreitet. Ein solches funktionierendes Behandlungspfadsystem gibt es bereits in Boston, welches den Ärzten ermöglicht, in einer grossen Wissensdatenbank optimale Behandlungspfade nachzuschlagen. Im Zusammenhang mit Qualität kommt auch der **Transparenz** sowie der **Bewertung von Fällen** grosse Bedeutung zu. Durch eine geschickte strategische Auswahl der Fälle kann sich ein Spital somit einen signifikanten Vorteil erarbeiten.

• **5. Finanzielle und personelle Ressourcen:** Ein weiterer wichtiger Punkt zur erfolgreichen Einführung sind die Ressourcen. Neben der einerseits zur Verfügung zu stellenden **finanziellen Ressourcen** einer DRG-Einführung sollte andererseits auch die Verfügbarkeit von **kompetenten Fachkräften** nicht vernachlässigt werden. Gerade der **Expertise von Kodierern** kommt eine wichtige Bedeutung zu: Es empfiehlt sich, den Kodierer in der Geschäftsleitung anzusiedeln und ihn hierarchisch einem leitenden Arzt gleichzustellen, anstatt ihn dem Sekretariat unterzuordnen, wie dies in einigen Spitälern praktiziert wird. Die Grundlage für die Kodierung ist der Austrittsbericht, in welchem bloss die tatsächliche Diagnose massgebend ist. Der Krankenbericht mit Behandlungshypothesen oder nicht behandlungsrelevanten Diagnosen dient zwar als Hilfe, wird für die Kodierung direkt aber nicht verwendet. Ein guter Kodierer kann somit eine optimierte Fallselektion durchführen mit immensen Auswirkungen auf das finanzielle Resultat eines Spitals: Ein Kodierer kann den **Case Mix um ca. 20 % erhöhen**, womit er bereits im ersten Jahr seinen Lohn je nach Grösse des Spital für die nächsten Jahrzehnte finanziert hat.

Anmerkungen

- 1 Verein SwissDRG
- 2 H+–Präsident Peter Saladin anlässlich der 75-Jahr-Feier des Verbandes, 2005.
- 3 François de Wolff: Planification hospitalière, vision + actions, essai de modélisation pour la Suisse, Université de Lausanne, 2002.
- 4 Fred Paccaud und Luc Schenker: DRG (Diagnosis Related Groups) Perspectives d'utilisation, Institut suisse de la santé publique et des hôpitaux. Editions Alexandre Lacassagne – Lyon. Diffusion Masson (Paris), 1987.
- 5 Die Medizinaltarif-Kommission (MTK) befasst sich mit der Regelung aller grundsätzlichen Fragen, die sich aus dem Medizinalrecht und den Medizinaltarifen für die Träger der obligatorischen Unfallversicherung ergeben.
- 6 Verein SwissDRG
- 7 Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren (GdK)
- 8 «Modell integrierter Patientenfunde»
- 9 Vortrag von Roland Debély, Ständerat Neuenburg, «Les cantons à l'ère DRG», am SwissDRG Forum 2006 in Basel.
- 10 Aus H+–Pressecommuniqué
- 11 Tagesanzeiger, OP-Stopp am Sanitas-Spital, 3. 1. 2007
- 12 Michael E. Porter, Elizabeth O. Teisberg: Redefining Health Care Creating Value-Based Competition on Results, Harvard Business School Press, Boston, MA, 2006

• **4. Case Portfolio Management:** Da die Fallschwere sowie die Aufenthaltsdauer (falls abweichend vom normalen Bereich) in einem DRG-System die Einnahmen bestimmen, kommt der **strategischen Auswahl des Leistungsangebots** grosse Bedeutung zu. Darunter ist nicht zu verstehen, dass eine solche als strategisch bezeichnete Auswahl nach einem extremen amerikanischen Vorbild praktiziert werden soll, bei welchem ein Arzt im Aufnahmesaal eine Triage vornimmt und die eintreffenden Patienten anhand von lohnenswerten Fällen selektiert. Vielmehr stellt sich die Frage **für das Spi-**

tal, ob es gewisse Dienstleistungen wie zum Beispiel Stoffwechsel- oder Gefässbehandlungen überhaupt anbieten will, was die Spezialisierung vorantreiben würde. Aber auch **für den Kanton** stellt sich dieselbe Frage, wie das kürzliche Beispiel der Zürcher Gesundheitsdirektion Ende des vergangenen Jahres zeigt. Der Entscheid, dem Sanitas-Spital den Leistungsauftrag für Wirbelsäulenchirurgie zu entziehen, wurde aufgrund mangelnder Transparenz der Kosten und der Qualität nicht nur vom betroffenen Spital selbst kritisiert.¹¹ Ähnliche strategische Grundsatzentscheide gibt es

Über die Autoren

Andreas Bürge ist Vizepräsident des Verwaltungsrats der Roland Berger AG und selbstständiger Berater. Der dipl. Wirtschaftsprüfer verfügt über 25 Jahre Praxis in der Unternehmens- und Strategieberatung und war während drei Jahren Managing Partner des Züricher Büros von Roland Berger Strategy Consultants. Andreas Bürge verfügt über eine umfassende Beratungserfahrung im Dienstleistungs-, Finanz- sowie im öffentlichen Bereich und im Gesundheitswesen. Er verantwortete zahlreiche Organisations- und Kostensenkungsprojekte bei Krankenversicherungen und Spitälern und half Unternehmen der öffentlichen Hand und privaten Unternehmen im schweizerischen Gesundheitssektor erfolgreich bei Themen wie Strategieentwicklung, Geschäftsmodell und Turnaround sowie spezifischen Themenstellungen wie DRG und Risk Management.

Dr. Joachim Kartte leitet das internationale Competence Center «Pharma & Healthcare» von Roland Berger Strategy Consultants mit Sitz in Berlin. Angebunden sind im Rahmen der länderübergreifenden Zusammenarbeit auch die Healthcare-Aktivitäten in Österreich und in der Schweiz. Dr. Kartte verfügt über langjährige Erfahrungen im Bereich der Leistungserbringer (Universitätsspitäler, Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen) und Krankenkassen/-versicherungen sowie der Gesundheitsindustrie. Ferner hat er u.a. in der RürupKommission mitgewirkt zur Neuausrichtung des deutschen Krankenversicherungssystems und das österreichische Bundesministerium bei der Reform

des Gesundheitssystems beraten. Daneben ist Dr. Joachim Kartte in zahlreichen Gremien zur Zukunftsausrichtung des Gesundheitswesens tätig.

Oliver Rong verantwortet als Principal im Competence Center «Pharma & Healthcare» bei Roland Berger Strategy Consultants von Berlin aus Projekte im Bereich Krankenhäuser, Reha- und Pflegeeinrichtungen aller Trägerschaften. Sein Beratungsschwerpunkt sind Projekte mit dem Ziel der Ergebnisverbesserung/Reorganisation, Integration von Leistungserbringern verschiedener Sektoren und die Erschliessung von innovativen Wachstumsfeldern, insbesondere im Umfeld von Universitätskliniken.

Aleksandar Ruzicic verantwortet als Principal im Zürcher Büro von Roland Berger Strategy Consultants Projekte sowohl im Bereich Gesundheitswesen (Krankenhäuser und Krankenkassen) als auch Pharma- bzw. Medizinaltechnikindustrie. Aleksandar Ruzicic verfügt über langjährige Erfahrungen im Schweizer Gesundheitswesen, wie zum Beispiel der Einführung von DRGs in einem Schweizer Zentrums-Spital, der operativen Verbesserung von Vertrieb und Administration für eine der grössten Schweizer Krankenkassen und die Unterstützung beim Aufbau von mehreren Schweizer eHealth-Unternehmen. Er leitet als Präsident den INSEAD Healthcare Industry Club der Schweiz und wirkt in mehreren Arbeitsgruppen der economie-suisse im Bereich Gesundheitswesen mit.

• **6. Change Management:** Wie bei jeder Neueinführung entscheiden auch bei der DRG-Einführung die **Kommunikation** sowie die **Schulung** massgeblich über den Erfolg des Projekts. Ohne ein systematisches Change Management können verschiedene Probleme auftauchen, wie ungenügende Datenqualität und Suche nach Sündenböcken. So wird die Schuld an hohen Kosten einer anderen Abteilung zugeschoben, welche diese dank einer internen Monopolstellung weiterverrechnen darf. Um ein solches Hickhack zu verhindern, gilt es nicht nur die neuen zusätzlichen für das Projekt zur Verfügung gestellten personellen Ressourcen intensiv zu schulen, sondern ein gesamtheitliches Kommunikationskonzept zu erstellen. Zudem kann eine DRG-Einführung mit der Zeit auch zu **veränderten Organisationsstrukturen** führen: In der amerikanischen Cleveland Klinik sind alle kardiologischen Aktivitäten in einem integrierten Praxis-Ansatz relokalisiert worden, um durch eine Konzentration von Spezialisten Abläufe DRG-optimal zu gestalten.¹²

Im Zentrum die Patienten

Die leistungsorientierten Fallpauschalen werden auch **in der Zukunft** einschneidende Auswirkungen

auf die Spitäler haben, insbesondere auf die Organisation, die Managementinstrumente sowie die Arbeitskultur in den Spitälern. Die heutige, funktionale Organisationsstruktur wird sich immer mehr einer **prozessorientierten Arbeitsweise** annähern, in welcher die **Patienten** anstelle der Ärzte, der Pflege und der Verwaltung **im Zentrum** stehen. Um den Patienten in Zukunft somit die bestmögliche Behandlung in der kürzest möglichen Zeit anbieten zu können, werden die Spitäler nicht darum herumkommen, viel stärker klinische Informationssysteme wie zum Beispiel eine EDV-unterstützte Patientenakte im alltäglichen Betrieb zu verwenden. Eine solche Entwicklung wird neben dem zunehmenden Leistungsdruck für das in den Spitälern tätige Personal auch zu einer Standardisierung der Abläufe führen.

Konklusion

Obwohl eine freiwillige frühzeitige DRG-Einführung möglich ist, wie die bereits nach Fallpauschalen budgetierenden und finanzierenden Kantone sowie die abrechnenden Spitäler aufzeigen, zögern einige Akteure im Gesundheitswesen nach wie vor, die damit verbundenen Chancen und Möglichkeiten proaktiv zu erschliessen. Sie bevorzugen es, zuerst vorsichtig die Vollendung und Einführung der Swiss-

DRGs abzuwarten. Wie die Erfahrungen in Deutschland und in der Schweiz gezeigt haben, benötigen die notwendigen Umstellungen viel Zeit. Da der durch die Vergleichbarkeit entstehende Druck früher oder später sowieso einsetzen wird, können vor dem Scharfstellen der DRGs noch mit wenig Risiko erste wichtige Erfahrungen gesammelt werden. Diejenigen Kantone und Spitäler, welche sich für die Zukunft bereits bestens mit den DRGs vertraut gemacht haben, werden sich mit Sicherheit einen **Vorteil im ständig zunehmenden Wettbewerb** erarbeiten. Im kommenden dritten und letzten Artikel zum Thema DRGs werden politische Fragestellungen im Mittelpunkt stehen, welche sich mit der vor kurzem erfolgten Annahme der neuen Spitalfinanzierung durch den Nationalrat ergeben.

Weitere Informationen

Roland Berger AG
Strategy Consultants
Aleksandar Ruzicic
Neumünsterallee 12
8008 Zürich
Telefon 044 384 81 11
Fax 044 384 81 19
www.rolandberger.com

Schulthess-Wet-Clean – das schonende Reinigungsverfahren für alle Textilien



Wet-Clean von Schulthess reinigt praktisch alle Textilien äusserst schonend mit Wasser und umweltfreundlichen Flüssigwaschmitteln. Ob Duvets, Kopfkissen, Vorhänge, Problemwäsche aus der Pflege, Uniformen oder Mikrofaserlappen: Schulthess Wäschereiprodukte sind die erste Wahl für alles, was in Heimen, Hotels u.Ä. anfällt. Kontaktieren Sie uns!



Schulthess Maschinen AG
CH-8633 Wolfhausen
Tel. 0844 880 880
Fax 0844 880 890
info@schulthess.ch
www.schulthess.ch

Swiss Made 

Bleiben Sie anspruchsvoll



SCHULTHESS