

SwissDRG Version 1.0: eine Einschätzung der FMH

Am 1. Januar 2012 ist es so weit: Dann wird das Fallpauschalensystem SwissDRG in den Spitälern im akutstationären Bereich flächendeckend eingeführt. Vor kurzem hat die SwissDRG AG nun die SwissDRG-Version 1.0 veröffentlicht und an den Bundesrat zur Genehmigung eingereicht. Nachstehend werden die wichtigsten Punkte der FMH-Stellungnahme [1] zur SwissDRG-Version 1.0 zusammenfassend dargestellt und aufgezeigt, für welche Themen eine nationale Einigung erforderlich ist.

Beatrix Meyer^a,
Petra Ingenpass^b

a Leiterin Tarifiedienst FMH und
Bereich SwissDRG

b Dr. med., stv. Leiterin Bereich
SwissDRG der FMH

Ungenügende Datenqualität

Die der Kalkulation zugrunde liegende Qualität der Kosten- und Leistungsdaten der Spitäler ist nach wie vor ungenügend. So wurde bei einem Drittel der Netzwerkhospitäler eine fehlerhafte Leistungserfassung festgestellt. Immerhin konnte mit 78% ein deutlich grösserer Anteil der Kostengewichte anhand Schweizer Daten kalkuliert werden als bei der Vorversion 0.3. Für die restlichen 22% musste auf (helvetisierte) deutsche Kostengewichte zurückgegriffen werden. Um die Datenqualität in Zukunft zu verbessern, müssen alle im somatischen Bereich tätigen Akutspitäler ab dem Datenjahr 2012 nicht nur die Leistungsdaten, sondern auch die Kostendaten erheben. Zudem hat die SwissDRG AG REKOLE® als verbindlichen Minimalstandard für die Kostenträgerrechnung der Spitäler festgelegt und weitere Vorgaben definiert.

Grössere Änderungen in der Fallgruppensystematik

Trotz der ungenügenden Datenlage wurden für die SwissDRG-Version 1.0 zahlreiche, teilweise komplexe Umbauten vorgenommen. Die SwissDRG-Version 1.0 weist nun 1052 Fallpauschalen auf [2]. Mehrere DRGs wurden aus den organspezifischen MDCs (Major Diagnostic Categories) in die übergeordnete Prä-MDC verschoben, wodurch die Erstellung einer fachabteilungsspezifischen Auswertung erschwert wird. Zudem wurden etliche DRGs gestrichen oder zusammengefasst. Dabei handelt es sich um fallzahlschwache DRGs oder um solche, die wegen der Undifferenziertheit der CHOP 11 noch nicht erreicht werden können.

Aus Sicht der FMH hätte mit der Streichung und Zusammenlegung gewartet werden sollen, bis die differenzierten Prozeduren der aktuell gültigen CHOP-Version 2011 ins SwissDRG-System einfließen, was erst mit der SwissDRG-Version 3.0 im Jahr 2014 der Fall sein wird. Der aktuellen SwissDRG-Version 1.0 liegt hingegen die noch wenig differenzierte Vorgän-

gerversion CHOP 11 zugrunde. Diese lässt die rund 8000 von den Fachgesellschaften beantragten CHOP-Kodes für eine differenzierte Leistungserfassung noch unberücksichtigt.

Nur fünf Zusatzentgelte

Zusatzentgelte sind für die leistungsgerechte Vergütung von teuren Medikamenten und Verfahren unerlässlich. Trotzdem startet die Schweiz nun mit nur fünf [3] Zusatzentgelten, wodurch entsprechende Verzerrungen zu erwarten sind. Die über 200 von den Fachgesellschaften eingereichten Anträge für Zusatzentgelte wurden bisher nicht umgesetzt; die Datenlage hat dies gemäss der SwissDRG AG nicht erlaubt. Gleichzeitig wurde der Antrag der FMH abgelehnt, dass die Spitäler zukünftig die Möglichkeit erhalten, zeitnah ergänzende Datenlieferungen einzureichen. Die Datenerhebungen finden weiterhin im Rahmen der regulären Datenerhebungen statt, wodurch wertvolle Zeit verlorengeht. Auf Antrag der FMH muss die SwissDRG AG nun bis im Juni 2011 einen Plan vorlegen, wie die zeitliche Weiterbearbeitung der Anträge ausgestaltet sein wird. Zwar konnte das R² als statistisches Mass der Varianzreduktion im Vergleich zur Vorversion erhöht werden [4]. Durch die Umsetzung weiterer beantragter und notwendiger Zusatzentgelte könnte das R² jedoch nochmals verbessert werden.

Separate Vergütung von Innovationen

Fünf Jahre dauert es von der Beantragung eines CHOP-Kodes bis zur Abbildung im SwissDRG-System. Die Dauer, bis sich eine neue Leistung im SwissDRG-System niederschlägt, verkürzt sich durch die neu geschaffene Möglichkeit der Analogiekodierung. Für die Zeitspanne, bis eine innovative Untersuchungs- und Behandlungsmethode im SwissDRG-System abgebildet ist, können die Tarifpartner eine Vergütung ausserhalb der Tarifstruktur vereinbaren. Dabei haben die Leistungserbringer datengestützt darzulegen, wes-

Korrespondenz:
Tarifiedienst FMH
Beatrix Meyer
Froburgstrasse 15
CH-4600 Olten
Tel. 031 359 11 11
Fax 062 287 96 90
swissdrdg@fmh.ch

halb die Leistung nicht durch das SwissDRG-System abgedeckt ist.

Bestreiten die Versicherer allerdings die Leistungspflicht durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP), richtet sich die Finanzierung nach den Entscheiden des Eidgenössischen Departements des Inneren (EDI). Leistungen, die aufgrund des Entscheids des EDI von der OKP übernommen werden und die nach Prüfung der SwissDRG AG nicht im SwissDRG-System abgebildet sind, werden bis zu ihrer regulären Aufnahme in das System separat vergütet. Die Abgeltung wird in den Tarifverträgen zwischen den Tarifpartnern geregelt. Ob sich die Spitäler in den Tarifverhandlungen allerdings für eine zeitnahe und adäquate Vergütung durchsetzen können, muss sich erst zeigen.

Fünf Zusatzentgelte für teure Medikamente und Verfahren genügen nicht.

Unsicherheit bei Abgeltung der Anlagenutzungskosten

Aufgrund der ungenügenden Datenlage musste für die Abgeltung der Anlagenutzungskosten auf eine normative Übergangslösung während dreier Jahre ausgewichen werden. Vorgesehen waren dabei prozentuale, national einheitliche normative Zuschläge auf die Baserate, doch bis zum Redaktionsschluss dieser Ausgabe der Schweizerischen Ärztezeitung kam keine Einigung zwischen den Tarifpartnern auf nationaler Ebene zustande. Unabhängig davon sind aufgrund des nicht datenbasierten Verfahrens für die nächsten drei Jahre entsprechende Verzerrungen zu erwarten.

Weitere relevante Aspekte

Verschiedene für die Ärzteschaft zentrale Aspekte, die allerdings nicht Bestandteil der Tarifstruktur sind, wurden bisher noch nicht gelöst. Zu erwähnen ist hier beispielsweise die Forderung der Versicherer nach einer systematischen Weitergabe aller Diagnose- und Prozedurenkodes. Die FMH hat mehrmals darauf hingewiesen, dass dies aufgrund der Wirksamkeit der Kodierkontrolle nicht nur unnötig, sondern auch nicht im Sinne des Gesetzgebers ist [5]. Damit der Datenschutz für die Patienten gewährleistet bleibt, hat sich die FMH in einem Schreiben an Bundesrat Didier Burkhalter gewandt und engagiert sich in dieser Sache zusammen mit H+, den Datenschutzbeauftragten sowie den Patientenvertretern.

Zentral für die Ärzteschaft ist zudem, dass die Spitäler auch unter SwissDRG einen Anreiz zur Weiterbildung von Assistenzärzten haben. Deshalb müssen die Arbeiten im Rahmen der Plattform «Zukunft ärzt-

liche Weiterbildung» des BAG rasch zu einer gesamtschweizerischen Lösung führen.

Fazit: Regelungen auf nationaler Ebene sind notwendig

Die Analyse der SwissDRG-Version 1.0 bestätigt, dass es die von der FMH seit langem geforderte national einheitliche drei Jahre dauernde Übergangsregelung zur finanziellen Abfederung von Systemverzerrungen braucht. Auch in Deutschland erfolgte die Einführung der DRGs damals mit einer sichernden Massnahme: Es wurde eine budgetneutrale Phase für die Spitäler festgelegt. Nur mit Hilfe von sichernden Massnahmen kann verhindert werden, dass gut arbeitende Spitäler einzig aufgrund des noch unreifen SwissDRG-Systems Verluste erleiden. Bisher konnten sich die Tarifpartner allerdings nicht auf die konkrete Ausgestaltung der Übergangsregelung einigen. Hier ist der Bundesrat gefragt, entsprechend Druck auf die Tarifpartner auszuüben, damit eine rechtzeitige Einigung auf eine wirksame Lösung erzielt werden kann.

Zentral ist, dass die noch offenen Fragen durch die Tarifpartner auf nationaler Ebene geregelt werden, und nicht auf kantonale Abmachungen oder sogar auf die Ebene der jeweiligen einzelnen Tarifverträge ausgewichen wird. Eine nationale Regelung ist dabei nicht nur für die Übergangsregelung zur Abfederung von Systemverzerrungen gefragt, sondern auch im Umgang mit sensiblen Patientendaten, der Abgeltung der Anlagenutzungskosten oder der ärztlichen Weiterbildung. Durch kantonale Regelungen oder sogar Regelungen auf Ebene der Tarifverträge würden ungleiche Spiesse zwischen den Spitälern geschaffen. Die von den Gesundheitspolitikern gewünschte Transparenz und Vergleichbarkeit der Spitäler und ein echter Preis- und Qualitätswettbewerb könnte so nicht erreicht werden.

Literatur

- 1 Vgl. www.fmh.ch → Tarife → SwissDRG
- 2 Die SwissDRG-Version 0.3 wies 1134 DRGs auf.
- 3 Es handelt sich dabei um drei bewertete Zusatzentgelte zu Nierenersatzverfahren, die bereits in der SwissDRG-Version 0.3 enthalten waren. In der SwissDRG-Version 1.0 erfolgt zusätzlich ein Zusatzentgelt für die Behandlung von Blutern mit Gerinnungsfaktoren und ein Zusatzentgelt «Implantatskosten Kunstherz». Die Vergütung dieser beiden letztgenannten Zusatzentgelte erfolgt zum Einstandspreis, wobei allfällige Rabatte und andere Vergünstigungen zwischen dem behandelnden Spital und den Kostenträgern zu gleichen Teilen aufgeteilt werden.
- 4 SwissDRG Version 1.0, R² für die Gesamtzahl der kalkulierten Fälle: 0.6039, R² Inlier: 0.7488.
- 5 Lang G, Kuhn HP, Meyer B, Ingenpass P, Wagner J. Gewährleistung des Datenschutzes – externe und professionelle Kodierrevision macht es möglich. Schweiz Ärztezeitung. 2010;91(34):1265–8.
Kuhn HP. Urteil vom 29. Mai 2009: kein Leitescheid für die Einführung von SwissDRG. Schweiz Ärztezeitung. 2011;92(16/17):605.