

Differenzierungen und Innovationen unter SwissDRG berücksichtigen – was zu tun ist

In der Schweiz wird es im Jahr 2013 nur 5 Zusatzentgelte geben, und die Anzahl der DRGs wird kleiner. Der Autor hat die Entwicklungen in Deutschland mit der aktuellen Situation in der Schweiz verglichen, wo es besonders bei seltener vorkommenden Leistungen schwierig sein wird, aussagekräftige pauschalierte Tarifstrukturen zu erhalten. Die Helvetisierung der Tarifstruktur sollte grundsätzlich hinterfragt werden.

Willy Oggier

Gesundheitsökonom

Im Rahmen der Teilrevision des eidgenössischen Krankenversicherungsgesetzes (KVG) hat das Parlament den Wechsel von einem kostenbasierten zu einem Preissystem beschlossen, das auf gesamtschweizerisch einheitlichen Tarifstrukturen basieren soll. Für somatische Akutspitäler sollen Diagnosis-Related Groups (DRGs) zur Anwendung kommen.

Die Akzeptanz eines pauschalierten Systems hängt wesentlich davon ab, wie gut es das Leistungsgeschehen (in diesem Fall der Spitäler) abzubilden vermag. In der Regel ist die statistische Güte dafür ein wesentliches Kriterium. Dieses Kriterium dürfte in erheblichem Ausmass von der Qualität und der Quantität der durch die Spitäler gelieferten Daten abhängen. Für die Schweiz gilt es dabei darauf hinzuweisen, dass es angesichts der Kleinheit des Landes insbesondere bei seltener vorkommenden Leistungen schwierig werden dürfte, zu aussagekräftigen pauschalierten Tarifstrukturen zu kommen.

Pauschalierte Systeme stossen in der statistischen Aussagekraft gemäss ausländischen Erfahrungen mit DRG-Systemen darüber hinaus insbesondere aus zwei Gründen an Grenzen. Diese sind in der Regel das Vorliegen einer sogenannten statistischen Schiefele und die Zeitlücke vom Moment der Einführung einer Innovation bis zur Abbildung im DRG-System.

Aus beiden Gründen sollte gerade in einem System mit geringer statistischer Robustheit eine Differenzierung über geeignete Instrumente thematisiert werden. Bei der für das Jahr 2013 vorgestellten SwissDRG-Version ist jedoch das Gegenteil festzustellen. Es wird vermehrt komprimiert. Je mehr aber komprimiert wird, desto schlechter dürfte in der Regel die Vergleichbarkeit zwischen den verschiedenen Spitälern werden. Ein Hauptziel der KVG-Reform wäre damit nachhaltig gefährdet.

Ein leistungsorientiertes System wie Swiss-DRG braucht zur Umsetzung der Grundidee daher nicht nur DRGs, sondern auch Zusatzentgelte und spezielle Innovationsabgeltungen. Das galt übrigens bei der seinerzeitigen Einführung des deutschen DRG-Sy-

Différenciations et innovations dans le système SwissDRG: ce qu'il faut faire

Dans le cadre des soins hospitaliers, un système de rémunération conforme aux prestations n'a pas seulement besoin de forfaits DRG, mais aussi de rémunérations supplémentaires et d'indemnités d'innovation. En effet, seul un système suffisamment différencié peut verser des prestations selon l'orientation souhaitée. Or, l'on constate que la version SwissDRG envisagée pour 2013 prend la direction contraire. Le nombre de DRG diminuera, il n'y aura toujours que cinq rémunérations supplémentaires et aucune indemnité d'innovation. Cela est dû non seulement aux données insuffisantes fournies par les hôpitaux pour calculer les structures tarifaires, mais aussi à la petitesse statistique de notre pays. Il conviendrait donc de revoir l'hélicérisation de la structure tarifaire. Concernant les rémunérations supplémentaires et les indemnités d'innovation, on pourrait reprendre la structure allemande au sens d'une première démarche pragmatique pour les médicaments et les doter des prix suisses (Listes des spécialités). Concernant les indemnités d'innovation, on pourrait agir de manière analogue. Il incombe en premier lieu à la volonté (politique) du conseil d'administration de SwissDRG SA d'aider un système conforme aux prestations à s'imposer. Si cela ne se produit pas bientôt, il faudra vérifier sérieusement si le Conseil fédéral ne promulgue pas, dans le cadre de son approbation de la structure tarifaire, des dispositions inadéquates pour une structure tarifaire conforme aux prestations répondant mieux à la loi.

Korrespondenz:

Dr. oec. Willy Oggier HSG
Weinhaldenstrasse 22
CH-8700 Küsnacht
Tel. 044 273 52 34

gesundheitsoekonom.
willyoggier[at]bluewin.ch

stems und es gilt erst recht bei der durch die deutlich kleinere statistische Datenbasis gekennzeichneten SwissDRG-Struktur.

Zusatzentgelte

Die Notwendigkeit von Zusatzentgelten wurde in verschiedenen Forschungsprojekten nachgewiesen. Der Nutzen von Zusatzentgelten für Spitäler in einem DRG-System konnte dabei selbst für den Fall nachgewiesen werden, wenn daraus kein zusätzliches Geld resultiert. Hierzu soll ein deutsches Fallbeispiel dargestellt werden.

Tabelle 1

Effekt der Ausgliederung von Zusatzentgelten (ZE) auf den Basisfallwert (BFW) [1].

Haus A		Haus B
DRG-Budget: 100 Mio. Euro ZE-Medikamente inkl.	DRG-Budget: 95 Mio. Euro ZE-Medikamente: 5 Mio. Euro	DRG-Budget: 95 Mio. Euro
BFW: 2857 Euro CM: 35 000	BFW: 2714 Euro CM: 35 000	BFW: 2714 Euro CM: 35 000

Ein Spital, das im Jahr 2004 innerhalb einer bestimmten DRG häufiger sehr teure Medikamente einsetzen musste als ein anderes, stand im direkten Vergleich der Basisfallwerte (BFW, entspricht der *Base Rate* im schweizerischen System) schlechter da als ein Krankenhaus, das die Medikamente nicht verwendet hat. Im Basisfallwert des «teureren» Spitals waren im Jahr 2004 gemäss Tabelle zusatzentgeltfähige Medikamentenkosten von 5 Millionen Euro enthalten, die das «billigere» Krankenhaus nicht aufwies. Dadurch liegt der Basisfallwert von Haus A ohne Berücksichtigung der Zusatzentgelte mit 2857 Euro über jenem von Haus B (2714 Euro). Durch die Ausweisung der entsprechenden Medikamente über Zusatzentgelte und den Abzug der Vergütung für die Zusatzentgelte vom Budget vor der Ermittlung des spitalindividuellen Basisfallwerts kann idealtypisch die Situation entstehen, dass die zwei zu vergleichenden Spitäler A und B identische Basisfallwerte haben, auch wenn sie

Medikamentenkosten aus anderen DRG-Leistungen beeinflusst war. Nach Berücksichtigung der Zusatzentgelte werden der Leistenbruch oder andere «gleich» erbrachte Leistungen in beiden Häusern gleich vergütet, während beispielsweise die unterschiedlich aufwendigen Leistungen der onkologischen Therapien auch unterschiedlich vergütet werden (Haus A = DRG mit Zusatzentgelten, Haus B = nur DRG). Damit muss sich das im Vorjahr wegen der ungenügenden Abbildung der unterschiedlichen Therapieansätze in der DRG-Tarifstruktur noch als zu teuer präsentierte Spital mindestens aus diesem Grund nicht mehr dem Ineffizienz-Vorwurf stellen, sondern kann transparent auch die abweichende Leistungsstruktur als Ursache für mögliche Kostendifferenzen nachweisen. Dadurch kann vermieden werden, dass auf diesem Weg Spitäler benachteiligt werden, die überdurchschnittlich häufig zusatzentgeltfähige Medikamente benötigen oder zusatzentgeltfähige Leistungen erbringen müssen. Dadurch entsteht auch eine sachgerechtere Leistungsfinanzierung mit gleichzeitig verbesserter Leistungstransparenz. Für die Krankenhäuser ergibt sich zudem intern die Möglichkeit, dass die DRG-Erlöse sowie die Zusatzentgelterlöse direkt, beispielsweise der Onkologie, zugewiesen werden können. Dadurch werden auch aussagekräftigere Deckungsbeitragsrechnungen möglich [2].

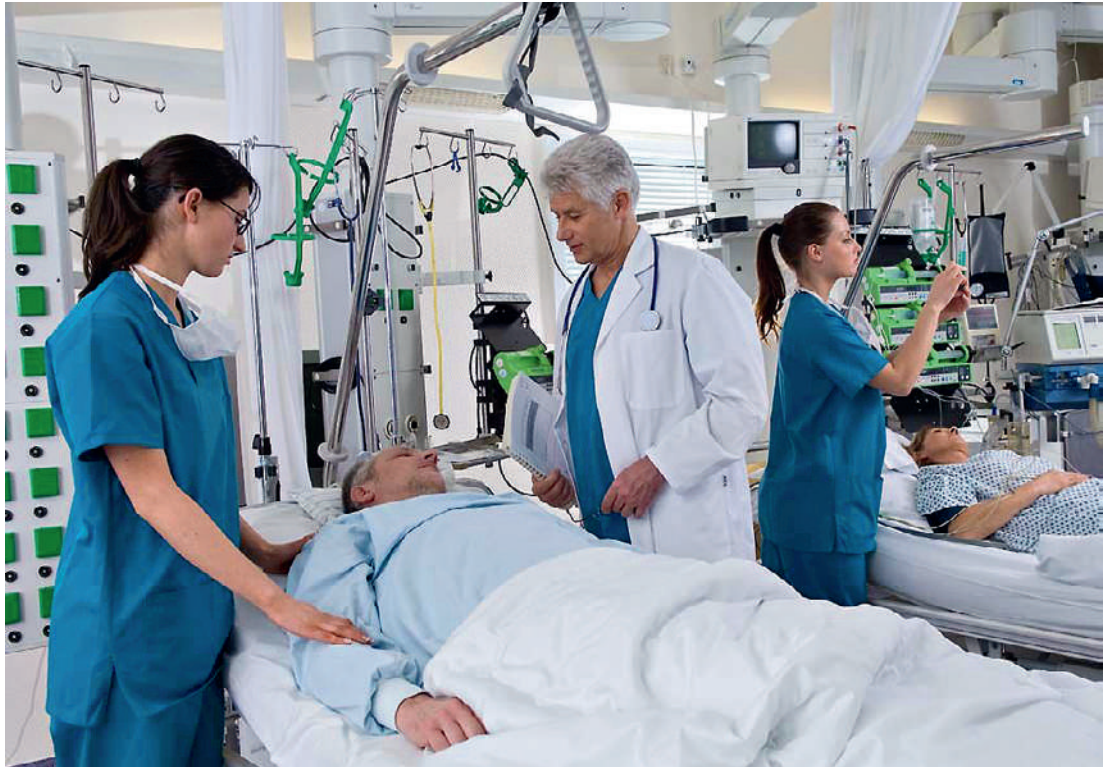
Die Einführung von Zusatzentgelten sind zudem verwaltungsökonomisch sinnvoll, weil die einzige vernünftige Alternative nicht der Verzicht auf Zusatzentgelte, sondern die massive Erhöhung der Anzahl Swiss-DRGs über DRG-Splits wäre. Das wäre dann aber so unübersichtlich, weil bei jeder DRG berücksichtigt werden müsste, dass das entsprechende Medikament oder Verfahren, das in einem Zusatzentgelt berücksichtigt wird, bei jeder der im System vorhandenen SwissDRGs vorkommen könnte. Damit wäre das System sehr schnell einmal über 100000 verschiedenen DRGs und würde damit genau das nicht mehr realisieren können, was der Gesetzgeber wollte, nämlich mehr Transparenz.

Die Akzeptanz eines pauschalierten Systems hängt wesentlich davon ab, wie gut es das Leistungsgeschehen abzubilden vermag.

unterschiedliche Behandlungskosten (DRG-Preis plus Zusatzentgelte vs. nur DRG-Preis) verursachen. Damit können die wirklich vergleichbaren Leistungen beider Häuser, beispielsweise die Behandlungsgrundleistung ohne die Therapieoption der teuren Medikamente, auch vergleichbar über denselben Preis vergütet werden. Da sich der Basisfallwert auf alle DRG-Leistungen auswirkt, war vor der Berücksichtigung der Zusatzentgelte auch die Leistenbruchoperation in Haus A teurer als in Haus B, obwohl der Basisfallwert durch

Hinzu kommt, dass sinnvolle Benchmarking-Möglichkeiten zwischen verschiedenen Spitalern aus Krankenversicherer-Sicht erst durch eine aussagekräftige und damit das System statistisch robuster machende Anzahl Zusatzentgelte ermöglicht werden.

Ebenso gilt es insbesondere, den Vertretern der Kantone mit Universitätsspitalern bzw. einer hochspezialisierten Zentrumsversorgung in Erinnerung zu rufen, dass bei einer schlechten Ausgestaltung des Systems mit Zusatzentgelten nicht nur die statistische



Wie gut können erbrachte Leistungen im DRG-System dokumentiert und damit abgerechnet werden?

Robustheit des Systems und damit die innerkantonale Mittelverteilung verzerrt wird, sondern dass auch davon ausgegangen werden kann, dass die Kantone mit nichtuniversitären und nicht hochspezialisierten Spitälern für die Behandlung ihrer Bewohnerinnen und Bewohner wegen der schlechten statistischen Abbildung einen zu tiefen Preis für die entsprechenden Leistungen im Rahmen ihres Anteils an den leistungsorientierten Pauschalen bei Behandlungen in Listenspitälern bezahlen.

Ausgehend von den deutschen positiven Erfahrungen insbesondere mit Zusatzentgelten können dabei folgende Eckwerte des «bescheidenen Anfangens» für die Schweiz definiert werden:

- Entschädigt werden kann nur, was vorher zum Markt zugelassen worden ist.
- Um die Glaubwürdigkeit des SwissDRG-Systems schnell zu erhöhen, braucht es bei den Zusatzentgelten eine pragmatische Lösung. Diese kann unter Berücksichtigung des Kriteriums der statistischen Robustheit nur darin bestehen, auf eine Helvetisierung der Zusatzentgelte zu verzichten. Es sollten daher pragmatisch jene Zusatzentgelte übernommen werden, die es im Medikamentenbereich bereits im deutschen DRG-System gibt. Davon zu unterscheiden ist die Preisbildung für die Zusatzentgelte, die sehr wohl auf die traditionell schweizerische Art erfolgen kann.
- Im Medikamentenbereich gibt es in der Schweiz nämlich für die ambulanten Behandlungen die sogenannten Höchstpreise der Spezialitätenliste. Sie stellen einen Amtstarif dar. Überall dort, wo Zusatzentgelte eingeführt werden und ein Spezialitätenlistenpreis besteht, sollte dieser die Basis für das Zusatzentgelt bilden. Denn Amtstarife sollten respektiert werden.
- Die Zusatzentgelte wären gesamtschweizerisch gleich und werden als Amtstarif festgelegt. Aus verwaltungsökonomischen, aber auch aus Sektorverzerrungs/Vermeidungsgründen sollte daher auf krankenhausesindividuelle Zusatzentgeltverhandlungen mit Krankenversicherern verzichtet werden. Die krankenhausesindividuelle Komponente kann über die spitalindividuelle Base Rate berücksichtigt werden.
- Die Aufgabe des Case Mix Office der SwissDRG AG beschränkt sich im Rahmen dieser pragmatischen Vorgehensweise bei den Zusatzentgelten darauf, ein Register über die anzuwendenden Zusatzentgelte zu führen und den entsprechenden Verweis auf die Spezialitätenlistenpreise sicherzustellen.
- Eine Prüfung der Wirksamkeit, Sicherheit und Qualität entfällt, weil diese bereits von der Swissmedic vorgenommen worden ist.
- Eine Prüfung der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit im Verhältnis zu vergleichbaren erstatteten Therapien erfolgte ebenfalls bereits durch das Verfahren zur Zulassung zur sozialen Krankenversicherung über das Bundesamt für Gesundheit und die Eidgenössische Arzneimittel-

kommission. Von Amtes wegen werden die Spezialitätenlistenpreise zudem spätestens alle drei Jahre überprüft.

- Dort, wo keine Spezialitätenlistenpreise vorhanden sind, sollen Verhandlungsergebnisse gesucht werden. Wenn für Arzneimittel im Rahmen der Bestimmungen von Art. 71a und 71b KVG ein Preis festgelegt wurde, soll dieser auch im stationären Bereich Anwendung finden. Andernfalls soll wie bisher ein Verhandlungsergebnis zwischen Spitälern und Krankenkassen gesucht werden.

Innovationsfinanzierung

Von den Zusatzentgelten zu unterscheiden ist die Finanzierung von Innovationen. Diese ist dadurch begründet, dass Innovationen wegen der mindestens zwei bis drei Jahre dauernden Zeitspanne zwischen Datenerfassung und Abbildung in der Tarifstruktur nicht sachgerecht im Pauschalssystem abgebildet werden können und dadurch Gefahr laufen, weniger als nötig eingesetzt zu werden. Denn mit den Daten aus

nicht zeitgerecht für die Schweiz vorliegen. Daher kommt dem Case Mix Office der Swiss DRG AG in diesem Fall – im Gegensatz zur Situation bei den Zusatzentgelten – die Aufgabe zu, eingehende Anträge technisch darauf zu prüfen, ob das NUB in der bisherigen Tarifstruktur angemessen abgebildet ist. Wenn dies nicht der Fall ist, stellt dies eine Basis für ein NUB dar.

Für die Festlegung des Spezialitätenlistenpreises kann analog zum Verfahren bei den Zusatzentgelten vorgegangen werden. Es gelten somit die beschriebenen Verfahren im Rahmen von Art. 71a und 71b KVG bzw. der Verhandlung zwischen Spitälern und Krankenversicherern.

Im Bereich der Zusatzentgelte hat das deutsche DRG-System in den ersten beiden Jahren nach Einführung des Systems sehr schnell reagiert und in den Jahren 2004 bis 2006 anzahlmässig über die Hälfte der Zusatzentgelte in die DRG-Systematik eingeführt, die heute im deutschen System zur Anwendung kommen. Von der Sensibilisierung für die Notwendigkeit einer solchen Entwicklung ist das schweizerische System noch relativ weit entfernt.

Es liegt nun in erster Linie am (politischen) Willen des Verwaltungsrates der Swiss DRG AG, der Berücksichtigung von Innovations- und Zusatzentgelten und damit einem statistisch robusteren und leistungsorientierteren DRG-System zum Durchbruch zu verhelfen.

Sollte dies nicht bald geschehen, wäre ernsthaft zu prüfen, ob der Bundesrat im Rahmen der Tarifstrukturgenehmigung nach Art. 49 Abs. 2 KVG den Tarifpartnern und Kantonen nicht entsprechende Vorgaben zur Genehmigung einer verbesserten Tarifstruktur macht. Denn eine leistungsorientierte Tarifstruktur kann ihre Stärken nur dann zur Geltung bringen, wenn sie mit der medizinisch-therapeutischen Entwicklung ohne grössere Zeitverzögerung mithalten kann und dabei insbesondere in der Anfangsphase eines neuen Systems weitere statistische Aussagekraft gewinnt.

Literatur

- 1 Roeder N, Hensen P, Fiori W, Bunzemeier H, Franz D, Rochell B. Zusatzentgelte im DRG-System; 2005. In: f & w. 2004;6:572.
- 2 Ebd. S. 566–74.

Gebraucht werden nicht nur DRGs, sondern auch Zusatzentgelte und spezielle Innovationsabteilungen.

dem Jahr 2011 werden frühestens im Jahr 2012 die Berechnungen für die Tarifstruktur angestellt, die wiederum frühestens im Jahr 2013 zur Anwendung kommt.

Innovationsabteilungen sollten diese Zeitspanne überbrücken können und daher für eine im Einzelfall zu definierende maximale Anzahl Jahre begrenzt sein. Nach dieser Zeit sollte die entsprechende neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode (NUB) in eine Standardbehandlung (und damit auch in die entsprechende DRG oder in ein Zusatzentgelt) überführt oder verworfen werden.

Vom Prinzip her kann das NUB-Antragsverfahren analog zum Zusatzentgeltverfahren auf den Zulassungsprozess durch Swissmedic und für die soziale Krankenversicherung aufsetzen. Bei NUB dürfte der grösste Unterschied darin bestehen, dass wegen möglicher unterschiedlich schneller Zulassungswege in Deutschland und der Schweiz NUB-Definitionen