

Im nachstehenden Artikel werden die Argumente dargelegt, die Zusatzentgelte für bestimmte Medikamente und Blutprodukte unterstützen. Denn mit den Versionen 1.0 und 2.0 von SwissDRG können die Leistungserbringer, die diese teuren Produkte einsetzen, nicht korrekt entschädigt werden. Dies gilt vor allem für die Universitäts-spitäler. Der Versuch, durch eine Differenzierung der Baserates nach Spitalkategorie vorläufig Abhilfe zu schaffen, ist bei den Versicherern und beim Preisüberwacher auf Widerstand gestossen. Daher erscheint es gerechtfertigt, rasch alle Aspekte zu integrieren, mit denen sich unsere Tarifstruktur verfeinern lässt.

Dazu müssen jedoch unbedingt verlässliche Daten bereitgestellt werden, denn die Helvetisie-

rung bleibt ein schwieriger Prozess. Zudem gilt es zu berücksichtigen, dass mit den Zusatzentgelten keine neuen Mittel freigesetzt, sondern bloss die bestehenden Ressourcen anders verteilt werden. Zu den Gewinnern werden einige Spitäler im Bereich der Spitzenmedizin gehören. Daneben wird es zwangsläufig Verlierer geben oder gar Betriebe, deren Existenz auf dem Spiel stehen könnte. Ungeachtet der politischen Ränkespiele, die zu erwarten sind, werden wir uns unbeirrt dafür einsetzen, die Repräsentativität des Systems SwissDRG zu verbessern.

Dr. med. Pierre-François Cuénoud, Vizepräsident der FMH, Verantwortlicher des Ressorts Tarife und Gesundheitsökonomie Spitalärzte

Additive Vergütungsformen für akut-stationäre Behandlungsfälle in der Schweiz

Pia Schnitzler^a, Sonja Schillo^b

^a Medizincontrollerin, wiss. Mitarbeiterin MedCo Universitätsspital Bern

^b Dr. rer. pol., Lehrstuhl für Medizinmanagement, CINCH (competent in competition and health), Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät Universität Duisburg-Essen

Management Summary

Was spricht für Zusatzentgelte in der Schweiz? Dies ist ein zentrales gesundheitspolitisches Thema, das von den Akteuren im Gesundheitswesen derzeit rege diskutiert wird. Die Universitätsspitäler der Schweiz sind sich einig, dass die additiven Vergütungen, als ein wesentlicher Bestandteil des G-DRG-Systems, von der Schweiz übernommen werden müssen. In diesem Zusammenhang gilt es, in Zukunft anhand fundierter Methoden aufzuzeigen, welche Argumente die Einführung von Zusatzentgelten (nachfolgend ZE), als eine additive Vergütungsform, rechtfertigen. Der nachfolgende Inhalt stellt zusammenfassend dar, welche Erfahrungen Deutschland mit additiven Vergütungsformen bereits gemacht hat und welche Notwendigkeit besteht, zur weiteren Realisierung der individuellen Behandlung am Patienten, Zusatzentgelte einzuführen. Die abschliessend aufgezeigten Ergebnisse einer ersten Kostenanalyse von potentiellen ZE in einem führenden Universitätsspital geben Anlass, vertiefte Analysen durchzuführen.

Ausgangssituation in der Schweiz

Die additiven Vergütungsformen, wie sie in Deutschland im G-DRG System (Basissystem der SwissDRG) seit mehreren Jahren zur Vergütung besonderer Gesundheitsleistungen angewandt werden, sind derzeit im SwissDRG-System nur unzureichend berücksichtigt. Im aktuellen Fallpauschalenkatalog (SwissDRG 1.0) sind insgesamt fünf Zusatzentgelte (bzw. Gruppen) definiert. Vergleichsweise verfügt das G-DRG System 2012 über 150 Zusatzentgelte. In Bezug auf medizinische Innovationen (die in Deutschland ebenfalls als sog. NUBs additiv vergütet werden) verabschiedete der Verwaltungsrat der SwissDRG AG:

«Die Abbildung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in das SwissDRG-Fallpauschalensystem ist gemäss Verwaltungsratsbeschluss «schnellstmöglich» zu gewährleisten.»[1] Hier stellt sich jedoch die Frage, wie dies realisiert werden soll. Mit einer potentiellen Abbildung von ZE im Fallpauschalensystem wäre systembedingt ab Antragstellung frühestens nach drei Jahren zu rechnen. Zudem wird ein ordentliches Vorschlagsverfahren (in der Schweiz: Antragsverfahren), welches ZE vorsieht sowie eine ordentliche Beantragung von NUBs, zur Weiterentwicklung des Systems, wie es vergleichsweise das InEK-Institut in Deutschland einführte, bisher von der SwissDRG AG nicht angeboten. Das G-DRG-System Version 2008 wurde als Basissystem für die Schweiz übernommen und den schweizerischen Verhältnissen angepasst. Über die Hälfte der aktuell 1052 SwissDRGs wurde anhand nationaler repräsentativer Daten der 46 Netzwerkspitäler kalkuliert, die anderen DRG wurden aufgrund des mangelnden Datenvolumens bzw. aufgrund einer nicht ausreichenden Fallzahl helvetisiert. In diesem Kontext stellen sich die Befürworter von additiven Vergütungsformen die Frage, warum nicht auch die ZE aus Deutschland übernommen und helvetisiert werden können. «Zusatzentgelte sind für die leistungsgerechte Vergütung von teuren Medikamenten, Blutprodukten, Implantaten und kostenintensiven Behandlungsmethoden unerlässlich.» [2] Sie tragen dazu bei, die Übersichtlichkeit des DRG-Systems zu bewahren und die Schaffung von unzähligen neuen DRG-Fallgruppen zu vermeiden. Eine differenzierte Betrachtung des deutschen DRG-Systems gibt Anlass, die Akteure des Schweizerischen Gesundheitswesens aufzufordern, sich weiter für ZE einzusetzen.

Korrespondenz:
Pia Schnitzler
Universitätsspital Bern
UPD-Gebäude
Murtenstrasse 21
CH-3010 Bern
Tel. 031 632 05 89
Fax 031 632 96 15
[pia.schnitzler\[at\]insel.ch](mailto:pia.schnitzler[at]insel.ch)

Homogenitätsentwicklung des G-DRG-Systems

Die zunehmende Verfeinerung der DRG-Systeme in mehreren Ländern begünstigte in den letzten Jahrzehnten eine steigende Homogenität, was bis heute den wesentlichen Qualitätsindikator eines DRG-Systems darstellt. Die ökonomische Homogenität, anhand derer die DRG-Systeme üblicherweise gemessen und verglichen werden, wird durch die Berechnung der Varianzreduktion (R^2 Wert) [3] dargestellt. Aufgrund politischer, gesellschaftlicher und infrastruktureller Bedingungen hat sich eine flächendeckende Vergütung akutstationärer Behandlungsfälle bisher einzig in Deutschland durchgesetzt. Das G-DRG-System beweist, das differenzierteste auf dem Markt zu sein, dessen ehrgeizige Entwicklung auf folgende Faktoren zurückzuführen ist.

Die deutschen Universitätskliniken berichten von einem Erlösanteil der Zusatzentgelte in Höhe von 3,8% ihres Gesamterlöses.

Besonders hervorzuheben ist die jährliche Systemanpassung, die einerseits durch gesetzliche Grundlagen geregelt wurde, andererseits durch die rege Beteiligung und das zunehmende Engagement der Leistungserbringer am sog. «Vorschlagsverfahren zur Einbindung des medizinischen, wissenschaftlichen und weiteren Sachverständes bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems» [4], ermöglicht wird. Zudem ist die Anzahl der am Kalkulationsprozess beteiligten Krankenhäuser von ursprünglich 125 auf heute 249 gestiegen, was folglich zu einer quantitativen Steigerung des Datenvolumens führte. Für die Kalkulationen der deutschen Version 2004 wurden von 17 881 Fällen und für die Version 2012 von 20 055 Fällen medizinische Kalkulationsdaten nachgeliefert. Von 2826 Fällen wurden Kostendaten für die Version 2004 und von 4466 Fällen Kostendaten für die Version 2012 geliefert. Es ist davon auszugehen, dass der personelle und strukturelle Ausbau des InEK-Institutes (InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus) ebenfalls zu den Faktoren zählt, die die Entwicklung des Systems positiv beeinflussen. Schliesslich tragen zusätzlich zu den genannten Einflüssen bis heute die Vorschlagsverfahren für additive Vergütungen zu einem hohen Homogenitätsgrad bzw. zu einer hohen Qualität des deutschen Systems bei, was nachfolgend näher erläutert wird [5].

Die genannten Faktoren schliessen auf eine präzise und systematische Entwicklung des zurzeit auf dem Markt differenziertesten DRG-Systems, das neben der Schweiz auch von Zypern übernommen wurde. Mit weiteren Ländern – darunter China – wird derzeit über die Übernahme des Systems verhandelt. Die in Abbildung 1 dargestellte Homogeni-

Les rétributions additionnelles pour les soins stationnaires aigus en Suisse

Qu'est-ce qui plaide en faveur des rétributions additionnelles? Les hôpitaux universitaires s'accordent à dire que de telles rétributions, qui constituent un élément essentiel du système DRG allemand, doivent être reprises par la Suisse. L'article ci-après fait le point sur la situation en Allemagne et s'interroge sur la nécessité de les introduire en Suisse afin de pouvoir poursuivre le traitement individuel de chaque patient. De nombreux arguments en leur faveur vont à l'encontre de la situation actuelle. La volonté des hôpitaux universitaires de bénéficier de rétributions additionnelles leur implique de constituer une base de données devant permettre à SwissDRG SA de calculer ces rétributions. Cependant, la question se pose ici de savoir s'il sera réellement possible de collecter suffisamment de données dans un pays avec un nombre d'habitants aussi restreint. Par ailleurs, nous ne connaissons toujours pas avec précision les critères que doivent remplir les données pour que l'on puisse parler de base de données «solide». C'est également pour ces raisons que les hôpitaux universitaires suisses ont estimé urgent de reprendre et d'helvétiser le catalogue allemand des rétributions additionnelles afin de mettre en place une indemnisation adéquate dans l'ensemble des hôpitaux.

tätsentwicklung dokumentiert den hohen Grad an Differenzierung des G-DRG-Systems:

Im Vergleich dazu weist das SwissDRG-System (Version 2.0 /2013) aktuell einen Homogenitätsgrad von 0,6227 aus [7]. Es befindet sich demnach auf dem Stand des G-DRG-Systems zu Beginn der Einführung.

Die additiven Vergütungen tragen wesentlich zum hohen Homogenitätsgrad bei

Dies ist so, weil bestimmte Leistungen (z. B. teure Medikamentengabe), die keiner ökonomisch homogenen Behandlungsgruppe zugeordnet werden können, separat vergütet werden. «ZE sind insbesondere da angebracht, wo die zusätzlich zu vergütende Leis-

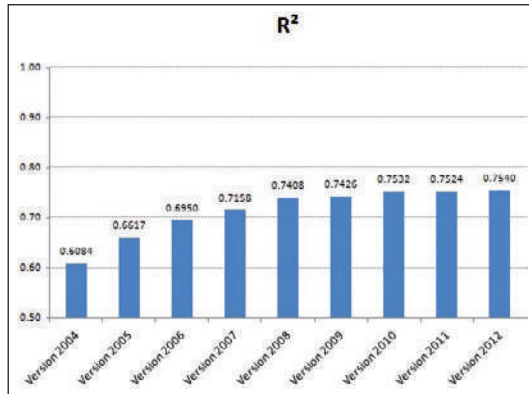


Abbildung 1

G-DRG Homogenitätsentwicklung, Eigendarstellung [6].

tung über viele verschiedene G-DRGs streut und dort die Homogenität beeinträchtigt [8].» Man kann auch sagen, dass wenn bei der Kalkulation der jeweiligen Kostengewichte pro DRG der fallindividuelle Faktor «ZE» (z. B. ein Onkologikum) nicht berücksichtigt (sondern separat vergütet) wird, dann steigt die Homogenität dieser Fallgruppen. Aber Achtung: Additive Vergütungen haben nicht den Zweck, den Spitälern zusätzliche Erlöse einzubringen, vielmehr tragen Sie zu einer Differenzierung des Systems und zu einer gerechten Vergütung bei. Je nach DRG kann kalkulatorisch das Kostengewicht sinken, sofern für Fälle die in diese DRGs gegroupt werden, ZE anfallen. Bei der Berechnung von ZE in Deutschland werden drei unterschiedliche Arten berücksichtigt. Dies sind operative und interventionelle Verfahren (einschl. Komplexbehandlungen und andere besondere Verfahren), die Gabe von Medikamenten und Blutprodukten sowie die Therapien über die Dialyse und verwandte Verfahren [9].

Neben den genannten Argumenten, die die Einführung von additiven Vergütungen unterstützen sollen, gibt es noch einen weiteren Punkt, der für die universitären Leistungserbringer von Bedeutung ist: Die deutschen Universitätskliniken berichten von einem Erlösanteil der Zusatzentgelte in Höhe von 3,8% (bewertet und unbewertet) ihres Gesamterlöses [10]. Auf prädestinierte Fachdisziplinen (etwa onkologische) heruntergebrochen, spricht man von zweistelligen Prozentanteilen. Massgeblich hierfür sind diejenigen ZE, die für Medikamente und Blutprodukte generiert werden. Aus diesem Grund wird sich nachfolgend auf diese «ZE-Art» konzentriert.

Potentielle Zusatzentgelte für Medikamente und Blutprodukte in einem Schweizer Universitätsspital

Um die Für-Argumente zu unterstützen und somit die Notwendigkeit von additiven Vergütungen darzulegen, wurde im Universitätsspital Bern der fallbezogene Kostenanteil der Medikamente dargestellt, die in Deutschland als ZE definiert sind. Einerseits der Anteil der Klinik für die Medizin- und Hämatooko-

logie (nachfolgend: UMHO) und andererseits der Anteil der übrigen Kliniken des Universitätsspitals Bern. Nach einer Zuteilung der ZE aus Deutschland zu den im Universitätsspital Bern verwendeten Präparaten, konnte eine Verknüpfung dieser Präparate zu den einzelnen Fällen erfolgen. Prinzipiell werden dem Patienten verabreichte Medikamente/Blutprodukte (ebenso wie alle weiteren fallbezogenen Leistungen) über die sog. Leistungserfassung dem Fall zugeteilt. Die erfassten und bewerteten Leistungen wiederum, werden in die jeweiligen Kostengruppen übertragen, was somit eine Aussage zum Kosten-Anteil der Medikamente/Blutprodukte ermöglicht.

Die Analyse wurde mit den Daten der stationären Fälle aus den Jahren 2010 und 2011 durchgeführt, und es kann über folgendes Resultat berichtet werden: Insgesamt weist das Gesamtspital im Jahr 2011 einen Anteil an Kosten für Arzneimittel und Blutprodukte an den Einzelkosten von 26,8% und die UMHO immerhin 84,0% aus. Es ist klar ersichtlich, wie stark die onkologischen Fachdisziplinen von den Arzneimittelkosten betroffen sind.

Der Kostenanteil der im GDRG-System definierten Zusatzentgelte für Medikamente und Blutprodukte an den Vollkosten des Gesamtspitals (ohne UMHO) beträgt 1,26% im Jahr 2010 und 1,43% im Jahr 2011, im Vergleich dazu beträgt der Anteil der UMHO im Jahr 2010 7,47% und im Jahr 2011 11,9%. Immerhin 11,21% aller stationären Fälle am Gesamtspital und speziell 42,67% aller stationären Fälle der UMHO würden mit ZE additiv vergütet werden, sofern man das ZE-System aus Deutschland übernommen hätte. Siehe dazu Abbildung 2.

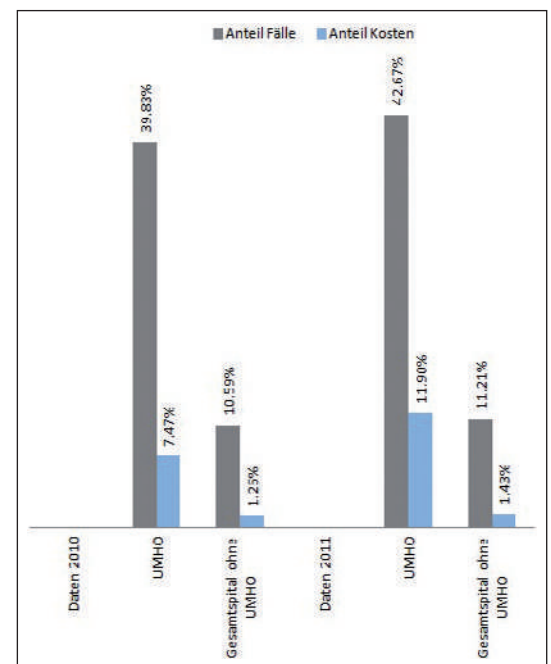


Abbildung 2

Anteile potentieller Zusatzentgelte im Universitätsspital Bern. (UMHO = Klinik für die Medizin- und Hämatookologie).

Da die Verabreichung von Arzneimitteln und Blutprodukten, besonders in den onkologischen Fachbereichen, eine massgeblich fallindividuelle Leistung darstellt, sollten additive Vergütungsformen im SwissDRG-System zwingend berücksichtigt werden.

Es besteht dringend Bedarf, ausgewählte DRGs näher zu betrachten und wissenschaftliche Analysen durchzuführen.

Das vorgenannte methodische Vorgehen ermöglicht zudem, die selektierten Fälle der UMHO anhand ihrer ökonomischen Gesamtsituation darzustellen. Anhand dieser Möglichkeit wurde die Kosten-Erlösbilanz dieser Fälle ermittelt. Hier wurden die Fälle aus den Jahren 2010 und 2011 der UMHO zunächst in zwei Gruppen aufgeteilt. Gruppe 1 stellt diejenigen Fälle dar, die potentiell mit ZE abgerechnet würden und Gruppe 2 weist diejenigen Fälle aus, die ebenfalls aus der UMHO ausgetreten sind, jedoch keine Medikamente der ZE-Liste erhalten haben – also nicht mit Zusatzentgelten abgerechnet würden. Da in den vergangenen zwei Jahren die stationären Fälle (noch) nicht über SwissDRG vergütet wurden, wurden bei dieser Analyse Simulationsdaten verwendet. Der Erlös dieser Fälle wurde mittels SwissDRG-Grouper Version 1.0 (Vergütungskatalog seit Januar 2012) und anhand der für das Jahr 2012 (provisorisch) vereinbarten Baserate berechnet und anschliessend den Fallkosten gemäss Kostenträgerrechnung gegenübergestellt.

Die Analyse ergab, dass 2010 61,30% und 2011 64,14% der Fälle aus der Gruppe 1 einen negativen Deckungsbeitrag aufweisen. Im Vergleich sind 22,25% der Fälle im Jahr 2010 und 22,22% der Fälle im Jahr 2011 aus der Gruppe 2 mit einem negativen Kostendeckungsbeitrag darstellbar. Tabelle 1 soll die Ergebnisse übersichtlich darstellen.

Die durchschnittlichen Kosten der potentiellen ZE (Medikamente + Aufwand) liegen bei ca. 2100 Franken, und die aufgeführte Darstellung lässt erahnen, dass das negative Ergebnis dieser Fälle auf die hohen Medikamentenkosten (und Blutprodukte) zurückzuführen ist. Diese korrelierenden Ergebnisse belegen zwar keinen kausalen Zusammenhang zwischen der

negativen Kosten-Erlös-Bilanz und dem Mangel an Zusatzentgelten, dennoch machen sie deutlich, dass dringend Bedarf besteht, ausgewählte DRGs näher zu betrachten und wissenschaftliche Analysen durchzuführen.

Zusammenfassung

Die dargestellten Ergebnisse lassen aufhorchen und bewegen die Universitätsspitäler, weitere Analysen durchzuführen, die die Inhomogenität bestimmter SwissDRGs belegen. Viele der genannten Argumente für Zusatzentgelte stehen der aktuellen Situation entgegen. Selbstverständlich sind die Universitätsspitäler aufgefordert, im Rahmen ihres Strebens nach additiven Vergütungen, für eine entsprechende Datenbasis Sorge zu tragen, um der SwissDRG AG eine solide Grundlage für die Kalkulation von Zusatzentgelten zu bieten. Jedoch stellt sich hier die Frage, ob bei einem geringen Bevölkerungsvolumen wie der Schweiz, eine ausreichende Datenmenge jemals verfügbar sein wird. Des Weiteren ist bis heute unklar, welche Kriterien der Daten erfüllt sein müssen, um von einer soliden Datengrundlage zu sprechen. Die Übernahme und Helvetisierung des deutschen ZE-Katalogs wäre aus Sicht der universitären Leistungserbringer der Schweiz eine zielführende Perspektive gewesen, um eine gerechte Vergütung besonderer Leistungen zu ermöglichen.

Referenzen

- 1 Medienmitteilung der SwissDRG AG vom 5. 12. 2011.
- 2 Meyer B. SwissDRG – ein Zwischenfazit. Schweiz Ärztezeitung. 2010;91(30/31):1127.
- 3 R² misst den Anteil der Kostenstreuung, der durch die Klassifikation erklärt wird. Je geringer der Anteil der erklärten Streuung in den Klassen im Vergleich zur Streuung zwischen den Klassen ist, desto grösser ist die Gesamtgüte des Klassensystems.
- 4 www.g-drg.de/cms/Vorschlagsverfahren, Stand: 28. 9. 2012.
- 5 Vgl. o.V. InEK – Abschlussberichte der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für die Jahre 2003 bis 2012.
- 6 Datenquelle: o.V. InEK – Abschlussberichte der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für die Jahre 2003 bis 2012.
- 7 SwissDRG AG, 5. Informationsveranstaltung 2012 www.swissdr.org/assets/pdf/Infoveranstaltungen_2011/110628_Infoveranstaltung_Systementwicklung.pdf, Stand: 2. 2. 2012.
- 8 Roeder N, Rochel B. In: Klauber J, Robra BP, Schell-schmidt H. (Hrsg.). Krankenhausreport 2003 – Schwerpunkt: G-DRGs im Jahre 1. Stuttgart; Schattauer; 2004. S. 94.
- 9 Vgl. o.V. InEK – Hilfestellung für die Kalkulation von Zusatzentgelten gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG und Zusatzentgelten für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gem. § 6 Abs. 2 KHEntgG. 2005. S. 4.
- 10 Ostermann H. Klinikum der Universität München, Vortrag/Präsentation am DRG-Forum Deutschland-Schweiz 2012.

Tabelle 1

	Gruppe 1 ... mit potentieller Vergütung über Zusatzentgelte		Gruppe 2 ... ohne potentielle Vergütung über Zusatzentgelte	
	2010	2011	2010	2011
Anteil Fälle mit negativem Kostendeckungsbeitrag	61,30%	64,14%	22,25%	22,22%