

Die Situation der Kinderspitäler im Jahr 2 nach SwissDRG

D. Desgrandchamps^a,
A. Genewein^{a,b},
M. Malagoli^{a,c}, M. Fischer^{a,d},
L. Erb^b, M. Meier^c,
T. Engesser^d, C. Müller^{a,b}

- a Allianz Kinderspitäler der Schweiz, AllKidS
- b Universitäts-Kinderspital beider Basel
- c Universitäts-Kinderspital Zürich
- d Ostschweizer Kinderspital St. Gallen

Die Autoren danken Frau Dr. med. Miriam Burkhardt, Medizinische Kodierexpertin, Luzern, für die fachliche Durchsicht des Manuskripts.

Korrespondenz:
Dr. med. C. Müller, CEO
Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB)
Spitalstrasse 33
CH-4056 Basel
Tel. 061 704 12 12
Fax 061 704 12 13
conrad.mueller[at]ukbb.ch

Im Mai 2012 erstellte die Firma Xerox im Auftrag des California Department of Health Care Services ein «Policy Design Document» (Medi-Cal DRG Project [1]). In diesem Bericht wurde – knapp 30 Jahre nach Einführung des AP-DRG-Vergütungssystems in den USA – unter anderem auch die Frage analysiert, ob bei einzelnen medizinischen Versorgungsinstitutionen immer noch spezifische Anpassungen an das DRG-System (z. B. höhere Basisraten oder der Ausschluss aus dem DRG-System) nötig seien. Die Analyse kam zum bemerkenswerten Schluss, dass dies eigentlich nicht mehr der Fall sei, allerdings mit einer bemerkenswerten Ausnahme, den Spitälern mit einer neonatologischen Intensivstation.

Zusammen mit den regelmässig publizierten Erfahrungen und Empfehlungen der Organisation GKind (www.gkind.de) [2], dem Zusammenschluss der Träger von Kinderkrankenhäusern und Kinderabteilungen in Deutschland, bestätigt dieses Beispiel exemplarisch eine australische Analyse aus dem Jahr 2008, dass eine adäquate Abbildung der Leistungen von Kinderspitälern in einem DRG-System schwierig ist [3], und damit verbunden auch eine angemessene Vergütung des erhöhten Aufwands der Kinderspitäler ein schwieriger und langwieriger Prozess ist, der selbst mittel- bis langfristig Ausgleichsmassnahmen erfordert. Im Folgenden möchten wir auf die spezielle Situation der Kinderspitäler in der Schweiz unter dem 2012 eingeführten SwissDRG-System näher eingehen, die bestehenden Probleme beschreiben und mögliche Lösungsansätze aufzeigen.

SwissDRG

Im Jahr 2012 wurde in der Schweiz flächendeckend das SwissDRG-Fallpauschalensystem zur Vergütung stationär erbrachter Leistungen eingeführt [4]. Dieses lehnt sich stark an das deutsche G-DRG-System an, das in Deutschland 2003 eingeführt und seither kontinuierlich weiterentwickelt wurde. Die Übernahme eines bereits etablierten und partiell optimierten Vergütungssystems aus einem Land mit vergleichbarer – wenn auch nicht identischer – Gesundheitsversorgung hat als Vorteil, dass einige «Geburtsmängel» vermieden werden können. Zudem erlaubt das SwissDRG-System – im Gegensatz zur Situation in Deutschland – einen tarifarischen Ausgleich von finanziellen Problemsituationen bei einzelnen Spitälern oder Spitalgruppen, indem diese basierend auf ihren Leistungs- und Kostendaten mit den Versicherern (Krankenkassen, IV, SUVA usw.)

individuelle Basisvergütungsraten aushandeln können, oder dann die Trägerkantone kostengerechte Tarife festsetzen können, falls sich die Verhandlungspartner vertraglich nicht einigen können. Einschränkung muss dazu allerdings gesagt werden, dass diese festgesetzten Tarife von nicht damit einverstandenem Vertragspartnern vor Bundesverwaltungsgericht eingeklagt werden können (und werden), was zu langwierigen juristischen Prozessen mit einer grossen Rechtsunsicherheit während der mehrjährigen Verhandlungsdauer und damit auch einem hohen finanziellen Rückstellungsbedarf führt.

Kinderspitäler sind anders

Die Gründe für die Andersartigkeit der Kinderspitäler, denen in der Schweiz die stationäre Versorgung der Kinder, eines integralen Bevölkerungssegmentes von ca. 15%, obliegt, sind vielfältig: Kinder sind nicht selbständig, weshalb in aller Regel ein Elternteil mit-hospitalisiert (und mitbetreut) werden muss. Kinder reagieren ängstlich und abwehrend und müssen deshalb besonders personalintensiv vorbereitet, betreut und begleitet werden (Beispiel: Blutentnahme). Häufig sind für invasive und aufwendige Untersuchungen Sedationen nötig. Kinder sind sehr verschieden: So muss ein Kinderspital angemessen auf die sehr unterschiedlichen Bedürfnisse von Kindern mit einem Gewicht von 400 g (extreme Frühgeborene) bis 120 kg (Adoleszente mit metabolischer Problematik) eingehen können. Kinder weisen multiple und insbesondere auch vielfältige Pathologien mit kleinen Fallzahlen und vielfach individualisierten Abklärungen auf, was zur Folge hat, dass eine sehr breite Palette von medizinischen Spezialleistungen angeboten werden muss, die zudem immer kindergerecht (EACH-Charta [5]) zu erfolgen haben. Sprachliche Barrieren sind besonders häufig, was Dolmetschereinsätze und soziale Betreuungsdienste sowie ein vielseitiges Schulangebot erfordert.

Kinderspitäler müssen für eine vergleichbare Leistung im Vergleich zu nicht pädiatrischen/kinderchirurgischen Spitälern mit einem um etwa ein Drittel erhöhten Aufwand rechnen, was sowohl im deutschen G-DRG [6] als auch im Schweizer SwissDRG nicht oder nur sehr unvollständig abgebildet wird.

Ein grosses Handicap der Kinderspitäler im Hinblick auf SwissDRG-spezifische Bedingungen für eine verbesserte Abbildung von Leistungen im System sind die kleinen Fallzahlen, die durch das limitierte Bevölkerungssegment und die multiplen

Pathologien bedingt sind. Diese erlauben rein statistisch nur selten eine aufwandgerechte Abgrenzung pädiatrischer Patienten von Patienten anderer Spitäler, was tendenziell und in der Realität zur Folge hat, dass vom Aufwand her unterschiedliche Patienten derselben DRG zugewiesen werden. Kinderspezifische DRGs sind selten und entsprechen zudem häufig auch nicht dem tatsächlich erbrachten Aufwand, da die kleinen Fallzahlen auch hier keine gerechte statistische Aufarbeitung erlauben (respektive diese zumindest massiv erschweren).

Die grössten SwissDRG-Mängel bezüglich der stationären Kindermedizin

Analysen der erbrachten Leistungen zeigen deutlich, dass SwissDRG den in den Kinderspitälern erbrachten Aufwand vielerorts nicht angemessen abbildet, weder mit der initialen SwissDRG-Version 1.0 für 2012 noch in Simulationen mit der aktuell gültigen Version 2.0 für das Jahr 2013, und auch nicht in den Simulationen mit der Version 3.0, die 2014 in Kraft treten wird.

Wie die Abbildungen 1–4 zeigen, sind die grössten SwissDRG-»Baustellen« der stationären Kinder-

Abbildung 1

Die Analyse der Kosten- und Ertragsdaten des Universitäts-Kinderspitals beider Basel (UKBB) für das Jahr 2012 (Abrechnungsversion 1.0) zeigt eine sehr heterogene Situation bezüglich des Kostendeckungsgrades in den verschiedenen MDCs (Major Diagnostic Categories = DRG-Gruppen): Besonders ertragschwach sind die MDCs 19 (Psychiatrische Erkrankungen), MDC 08 (Krankheiten des Bewegungsapparates) und MDC 15 (Neonatologie), dessen Kostenunterdeckung in den Jahren 2013 und 2014 noch dramatisch zunehmen wird. Es ist zu beachten, dass sich gesamthaft zwar eine ausgeglichene Rechnung ergibt, allerdings nur, weil eine im Vergleich zu anderen Spitätern höhere Basisvergütungsrate ausgerichtet wird: Diese Baserate wurde von den Standortkantonen so festgelegt, da sich das UKBB nicht mit allen Versicherern vertraglich einigen konnte, sie ist aber immer noch Bestandteil juristischer Auseinandersetzungen.

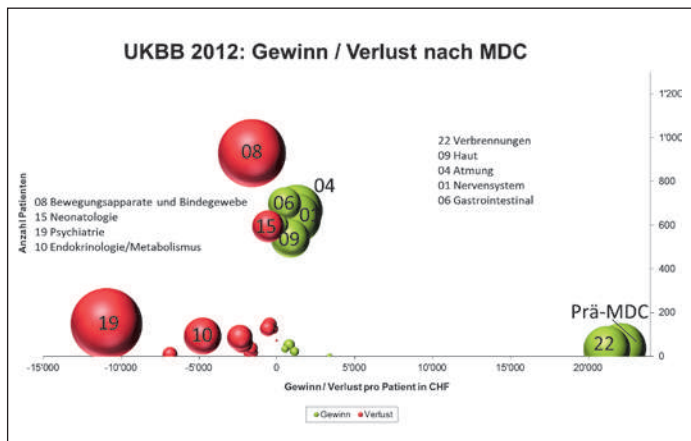


Abbildung 2

Eine Simulation der Neonatologie-Daten 2012 des Ostschweizer Kinderspitals (OKS), die mit der aktuell (2013) gültigen Grouper-Version 2.0 kodiert wurden, zeigt drastisch das Resultat des Wechsels von der Grouper-Version 1.0 (2012) auf Version 2.0 (2013): Viele aufwandintensive Neugeborene der Neonatologie-Intensivstation des OKS werden in die Basis-DRGs P66 und P67 eingeordnet, die eigentlich mehr oder weniger unproblematischen Termingeborenen vorbehalten sein sollten. Aus vorwiegend statistischen Gründen (kleine Fallzahlen) wurde eine Reduktion der Anzahl neonatologischer DRGs von 42 (2012) auf 31 (2013) vorgenommen. Fazit: Aus der zuvor ertragsneutralen Neonatologie ist ein massives »Verlustgeschäft« geworden. Das »selbstlernende« SwissDRG-System hat sich im Bereich der Neonatologie ins eigene Bein geschossen.

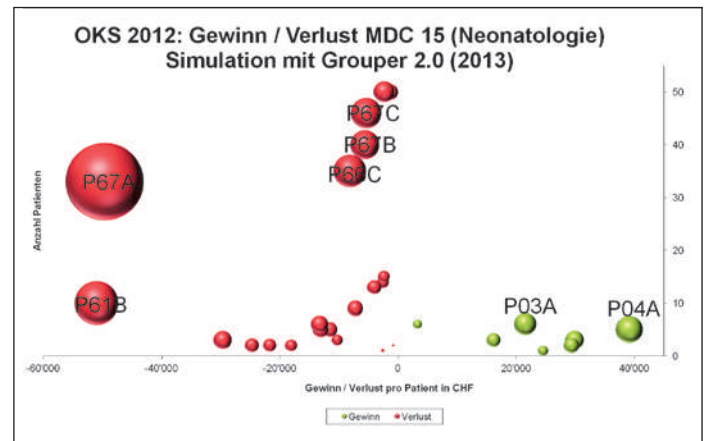


Abbildung 3

Auch an der Neonatologie des Universitäts-Kinderspitals Zürich zeigt die Simulation von Daten des Jahres 2012, die mit der Grouperversion für das Jahr 2013 (V. 2.0) kodiert wurden, dass sich die Neonatologie finanziell von knapp ausgeglichen im Jahr 2012 (nicht gezeigt) zu einem Verlustgeschäft gewandelt hat. Auch hier werden sehr viele aufwendige Neugeborene in die Basis-DRG P67 eingeteilt, die eigentlich mehr oder weniger unproblematischen Termingeborenen vorbehalten sein sollte.

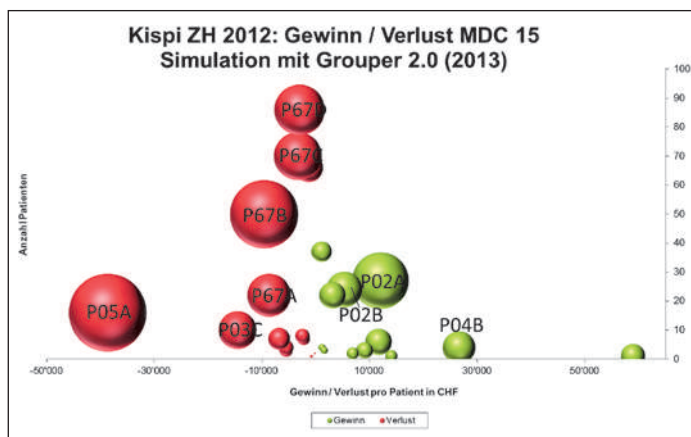
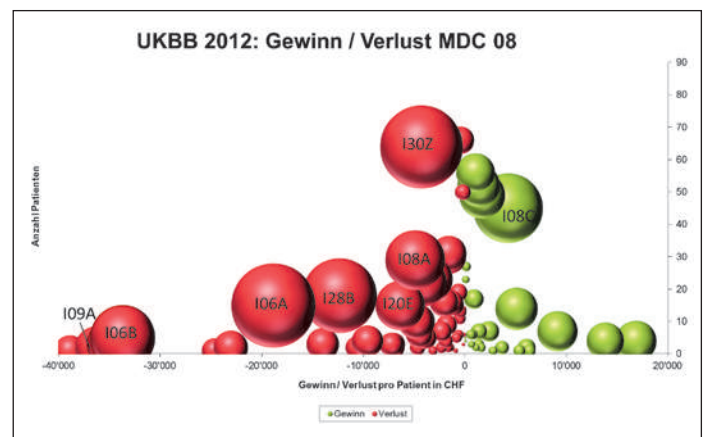


Abbildung 4

Die Analyse der orthopädischen Daten des Jahres 2012 des Universitäts-Kinderspitals Basel (UKBB) zeigt eindrücklich, dass viele der teuren, zeit- und materialintensiven Eingriffe in Kinderspitälern nicht kostendeckend durchgeführt werden konnten. Ein 2012 eingereichter und in der Folge bewilligter Antrag des UKBB an das Bundesamt für Statistik dürfte die Bilanz im Jahr 2013 um ca. 0,5 Mio. verbessern, die Kinderorthopädie wird aber weiterhin stark defizitär bleiben.



medizin/Kinderchirurgie derzeit im Bereiche der Major Diagnostic Categories (MDCs) 08 (Bewegungsapparat) und 15 (Neonatologie) sowie bei der stationären Psychiatrie zu finden, wo aber ein alternatives Finanzierungsmodell (TARPSY [7]) in Entwicklung ist. Detaillierte Analysen (nicht gezeigt) identifizieren zudem in vielen zusätzlichen Bereichen der stationären Kindermedizin unbefriedigende Abbildungen tatsächlich erbrachter Leistungen.

Die Gründe für die ungenügende Abbildung vieler Kinder im SwissDRG-System (ebenso wie in vielen anderen DRG-Systemen im Ausland) sind eine nur limitierte Anzahl Kindermedizin-spezifischer DRGs, fehlende Altersdifferenzierungen innerhalb nicht kinderspezifischer DRGs, die kleinen Fallzahlen bei kinderspezifischen und auch bei kinderspezifischen DRGs, die eine statistisch solide Aufwandberechnung spezifisch für Kinderspitäler verunmöglichen oder zumindest massiv erschweren, sowie veraltete oder ungenügende Einteilungskriterien (z.B. Eintrittsgewicht statt Reifegrad in der Neonatologie) und fehlende Zusatzentgelte für neue, häufig hochteure Implantate und Prozeduren. Alle diese Faktoren – und viele mehr – führen dazu, dass die im SwissDRG-System ermittelten Vergütungen den wahren Aufwand, den die Kinderspitäler für die verschiedenen Kinder zu erbringen haben, nicht korrekt widerspiegeln.

Selbstkritisch sei hier erwähnt, dass die Verbesserungsbemühungen auch durch immer noch nicht genügend detaillierte Leistungs- und Kostenabrech-

Um den oben beschriebenen erhöhten Behandlungsaufwand der Kinderspitäler zu kompensieren, war es nötig, den drei eigenständigen AllKids-Kinderspitälern der Schweiz (Universitäts-Kinderspital Zürich, Universitäts-Kinderspital beider Basel, Ostschweizer Kinderspital St. Gallen), die nicht in eine Mutterstruktur (Universität, Kantonsspital) eingebunden sind und somit auch keine Querfinanzierungsmöglichkeiten haben, in den Jahren 2012 und 2013 (und bis auf weiteres) erhöhte Basisvergütungsraten zuzugestehen, die teilweise mit den Versicherern ausgehandelt oder dann von den Standortkantonen festgesetzt worden sind. Erwähnenswert in diesem Zusammenhang ist, dass der gesundheitspolitisch breitabgestützte SwissDRG-Verwaltungsrat am 1. Februar 2013 anlässlich des 2. DRG-Forums in Bern explizit festgehalten hat, dass die Kinderspitäler auch seiner Ansicht nach mittel- bis langfristig auf erhöhte Basisvergütungsraten angewiesen sein werden, die unabhängig von SwissDRG von den Spitälern mit den Versicherungen ausgehandelt werden müssen (respektive bei ausbleibender Einigung von den Trägerkantonen verfügt werden).

Langfristiges Ziel des SwissDRG-Systems wäre es aber, dass solche Korrekturmaßnahmen nicht (mehr) nötig wären, dass sämtliche stationären medizinischen Bereiche, also auch die stationäre Kindermedizin, im SwissDRG-System angemessen abgebildet würden. Es sollte also in Anbetracht des festgestellten und grossmehrheitlich unbestrittenen Bedarfs für erhöhte Basisvergütungsraten bei den Kinderspitälern ein Anstieg der ausgerichteten Vergütungen über die Zeit stattfinden. In der Realität beobachten die Kinderspitäler aber bis anhin gegenläufige Verschiebungen!

Mit dem Jahres-Datensatz 2012 können die zu erwartenden Gesamtvergütungen für alle Patienten (Case Mix), respektive die durchschnittliche Vergütung pro Patient (Case Mix Index), in den Rechnungsjahren 2013 und 2014 mit den Groupversionen für die entsprechenden Jahre simuliert werden (siehe auch Abb. 2 und 3). Diese Simulationen erlauben einen direkten Vergleich mit der Ertragssituation im Jahr 2012, da sie identische Patientendatensätze (die realen Patienten des Jahres 2012) verwenden. Für die drei eigenständigen AllKids-Spitäler haben diese Simulationen die in Tabelle 1 dargestellten Resultate ergeben.

Die Vergütungen des SwissDRG-Systems spiegeln den wahren Aufwand nicht korrekt wider.

nungsdaten der Kinderspitäler (wie auch anderer Spitäler) limitiert werden. Bei der fallbezogenen Ausweisung erbrachter Leistungen besteht ein Optimierungbedarf, der jedoch auch in einer vernünftigen Relation zum dafür benötigten administrativen Zusatzaufwand stehen sollte.

Das «selbstlernende» SwissDRG-System und die Kindermedizin

Im SwissDRG-System wird für jede der ca. 1000 Fallpauschalen eine spezifische Vergütung ausgerichtet. Das individuelle Fallgewicht dieser Pauschalen wird alljährlich im Rahmen einer gesamtschweizerischen Analyse der Vergütungssituation mit den von den Teilnehmern obligatorisch gelieferten Leistungs- und Kostendaten neu ermittelt und im jeweils gültigen Fallpauschalenkatalog [8] festgehalten. Diese alljährliche Datenanalyse hat zum Zweck, unangemessene Vergütungen – seien sie zu hoch oder zu tief – zu identifizieren und zu korrigieren, um so über die Zeit hinweg eine Angleichung der Vergütungen an den tatsächlichen Aufwand zu erzielen.

Verbesserungsansätze und Forderungen der Kinderspitäler

Zur Verbesserung der Leistungsabbildung im SwissDRG-System führen SwissDRG und das Bundesamt für Statistik (BfS) alljährlich eine Antragsrunde durch, in der datengestützte Verbesserungsvorschläge (neue/geänderte DRGs, neue/geänderte CHOP-Prozedurenkodes, Zusatzentgelte, geänderte Kodierungsrichtlinien) gemacht werden können. Im Rahmen dieses Verfahrens haben die drei AllKids-Spitäler 2013 insgesamt 27 Anträge gestellt (Pädiatrie 10, Neonatologie 9, Kinderchirurgie 8), um damit einige der wichtigsten Unstimmigkeiten anzugehen. Aber selbst wenn diese

Tabelle 1

Simulation der 2013 und 2014 zu erwartenden Erträge anhand der Patientenkollektive 2012 in den 3 AllKids-Kinderspitälern (Universitäts-Kinderspital Zürich, Universitäts-Kinderspital beider Basel, Ostschweizer Kinderspital St. Gallen): Während sich am UKBB und am OKS nach einer deutlichen Verschlechterung im Jahr 2013 die Situation 2014 auf tiefem Niveau zu stabilisieren scheint, dürfte sich die Situation am Universitäts-Kinderspital Zürich im Jahr 2014 wiederum leicht verbessern, ohne jedoch auf das Niveau von 2012 zurückzufinden. Der Grund für diese Diskrepanz zwischen den 3 Kinderspitälern dürfte in der allgemeinen Tendenz von SwissDRG liegen, hochkomplexe und gutdefinierte Behandlungen besser abzubilden als weniger spezifische «Grundversorgungs-Situationen».

Fazit: Anstelle der in Zukunft dringend benötigten Mehrerträge zur Kompensation der aller Aussicht nach sinkenden Tarife müssen die Kinderspitäler für das laufende Jahr 2013 und für 2014 mit substantiellen Mindererträgen in der Grössenordnung von 3–7% rechnen.

Abrechnungsjahr	Grouper-Version	UKBB		OKS		Kispi ZH	
		CMI	Abweichung gg. 1,0	CMI	Abweichung gg. 1,0	CMI	Abweichung gg. 1,0
2012	SwissDRG 1.0	1,0714		1,0498		1,516	
2013	SwissDRG 2.0	1,0320	–3,7%	0,9785	–6,8%	1,430	–5,7%
2014	SwissDRG 3.0	1,0315	–3,7%	0,9870	–6,0%	1,460	–3,7%

Anträge und weitere in Zukunft bewilligt und im Sinne der Kinderspitäler umgesetzt werden sollten, wird es nicht gelingen, den systemimmanenten Mehraufwand der Kinderspitäler damit zu kompensieren. Die um 10 Jahre längeren Erfahrungen mit G-DRG in den Kinderspitälern (und anderen Problembereichen) sprechen hier eine deutliche Sprache [9]. Wie weiter oben erwähnt, werden in der Schweiz noch für Jahre tarifrische Korrekturmechanismen nötig sein.

AllKids, die Organisation der drei eigenständigen Kinderspitäler der Schweiz (Universitäts-Kinderspital Zürich, Universitäts-Kinderspital beider Basel, Ostschweizer Kinderspital St. Gallen) hat deswegen eine Strategie mit folgenden Forderungen für die Kinderspitäler mit SwissDRG formuliert:

2-Häuser-Prinzip: eigene Baserate für Kinderspitäler
Leistungsgerechte Basis-Vergütungsraten («Baserates») für Kinderspitäler können nicht unter Verwendung der Daten der Erwachsenenpitäler ermittelt werden, da die institutionellen Unterschiede zwischen der stationären Versorgung von Erwachsenen und derjenigen von Kindern zu gross sind. Vielmehr sollen die mit den Kinderspitälern vereinbarten Tarife auf einem Benchmarking-Prozess unter Kinderspitälern beruhen.

Zusatzentgelte

Die Kinderspitäler benötigen zur Abgeltung ihrer hochspezifischen Leistungen kostendeckende Zusatzentgelte für hochteure Medikamente, Implantate und Prozeduren. Gleichzeitig muss das jährlich stattfindende Antragsverfahren flexibilisiert und beschleunigt werden, damit einmal identifizierte und verifizierte Finanzierungslücken zeitnah behoben werden können.

Verbesserte Entschädigungen

Kurz- und Langlieger sind in der Pädiatrie nur in den seltensten Ausnahmefällen das Resultat eines medizini-

schen oder gar administrativen Entscheides. Die Aufenthaltsdauer von Kindern in Kinderspitälern ist grundsätzlich so kurz wie medizinisch möglich (oft kürzer als bei Erwachsenen, z. B. bei Commotio), die Länge des Aufenthaltes lässt sich aber oft nicht beeinflussen oder gar planen (z. B. bei unreifen Neugeborenen, metabolisch kranken Kindern usw.). Kurzlieger-Abzüge und Langlieger-Zuschläge müssen deshalb in der stationären Kindermedizin gesondert und individuell betrachtet werden, wobei besonders dem Aspekt Rechnung getragen werden muss, dass in aller Regel der grösste Teil des erbrachten Aufwandes während der ersten Hospitalisationstage anfällt. Langlieger-Zuschläge müssen zudem zumindest kostendeckend sein.

Das Problem der kleinen Fallzahlen soll kompensiert werden durch die Verwendung mehrjähriger Datenpools und von ausländischen Daten («Helvetisierung») zur Berechnung der Entschädigungshöhe für Fallpauschalen mit niedrigen Fallzahlen.

Referenzen

- 1 www.dhcs.ca.gov/provgovpart/Documents/W95%20CA%20DRG%20PDD%20Final%202012-05-01.pdf
- 2 www.gkind.de/index_veroeffentlichungen.htm
- 3 www.pc.gov.au/_data/assets/pdf_file/0017/90611/sub021-attachment.pdf
- 4 Cuénoud PF. Neue Spitalfinanzierung ab 2012: Chance oder Katastrophe? Schweiz Ärztezeitung 2010; 91(32):1173.
- 5 www.kindundspital.ch/charta/die-charta-deutsch
- 6 Herrmann R, Flessa S, Fusch C. Unterfinanzierung der Kinderheilkunde in Deutschland. Monatsschr Kinderheilkd. 2009;157:49–54.
- 7 www.swissdr.org/assets/pdf/Forum2013/9_TARPSY_Anforderung_CHTarifstruktur_CHDRG_Forum_04_06_13.pdf
- 8 www.swissdr.org/assets/pdf/System_20/SwissDRG-Version_2.0_Fallpauschalenkatalog_d_def_ZE_CHOP_2013.pdf
- 9 <http://aktuelle-sozialpolitik.blogspot.ch/2013/08/8-2.html>