

Im Vorfeld der Einführung des Fallpauschalen-Systems SwissDRG bestanden verschiedene Vorbehalte gegenüber dem neuen Tarifsystem. Die Entwicklung der Leistungsverschiebungen zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor war schwierig abzuschätzen. Da die beiden Sektoren unterschiedlich finanziert werden, wurde u. a. befürchtet, dass es zu Verschiebungen aufgrund finanzieller Anreize und nicht aufgrund medizinisch indizierter Gründe kommen könnte. Wie hat sich die Situation tatsächlich entwickelt? Um Veränderungen frühzeitig zu erkennen, gaben die FMH und H+ die vorliegende Studie in Auftrag. Die Ergebnisse zeigen, dass keine massiven Verschiebungen stattgefunden haben. Dennoch zeichnen sich gewisse Tendenzen ab, die aber sowohl für die Patienten als auch aus gesundheitsökonomischer Sicht eher positiv sind.

Dr. med. Pierre-François Cuénoud, Vizepräsident der FMH, Departementsverantwortlicher Tarife und Gesundheitsökonomie Spitalärzte

Auswirkungen von SwissDRG auf die ambulante Versorgung*

Michael Lobsiger^a,
Timo Tondelli^b,
Wolfram Kägi^a,
Stefan Felder^b,
Tobias Pfimfinger

a B,S,S. Volkswirtschaftliche
Beratung, Basel

b Abteilung «Health
Economics», WWZ,
Universität Basel

Problemstellung

Im Januar 2012 wurde in der Schweiz das neue Vergütungssystem SwissDRG (Swiss Diagnosis Related Groups) in der stationären medizinischen Versorgung eingeführt. Stationäre akutsomatische Spitalleistungen werden seither über Fallpauschalen vergütet. Vor diesem Hintergrund haben FMH und H+ die vorliegende Begleitstudie zur Untersuchung der Leistungs- und Kostenverschiebungen zwischen dem akutstationären und dem spital-/praxisambulanten Sektor in Auftrag gegeben. Darin werden die folgenden Themenfelder untersucht: 1. Teilverlagerung und 2. ganze Verlagerung von Behandlungen vom stationären in den ambulanten Bereich sowie 3. Verlagerung von Behandlungen vom akutstationären Bereich in die (stationäre) Rehabilitation. Auf der Grundlage der Ergebnisse in den einzelnen Gebieten wird eine grobe quantitative Abschätzung der gesundheitsökonomischen Auswirkungen durch die Einführung von SwissDRG vorgenommen.

Daten und Methode

Für die Analyse wurden Abrechnungsdaten der Helsana Krankenversicherung, die Medizinische Statistik der Krankenhäuser und die Krankenhausstatistik (beide Bundesamt für Statistik) sowie Daten von New Index herangezogen.

In einer Längsschnittanalyse wurden die Jahre vor und nach der Einführung von SwissDRG miteinander verglichen. Zur Identifikation des Effekts der fallpauschalierten Vergütung auf Leistungsverschiebungen wurde die Tatsache ausgenutzt, dass sich vor Einführung von SwissDRG am 1. Januar 2012 die akutstationäre Vergütung je nach Kanton unterschied. Besonders hilfreich war der Umstand, dass bereits vor der Einführung von SwissDRG diagnosebezogene Fallpauschalen (AP-DRG) bei der Vergütung stationärer Leistungen zur Anwendung kamen.

Diese Ausgangslage ermöglichte es, Patienten in ehemaligen AP-DRG Kantonen als Kontrollgruppe zu verwenden und mit Patienten in Kantonen mit

ehemals anderen Vergütungssystemen (Prozess-Leistungs-Tarifierung PLT und Tagespauschalen TAPA) hinsichtlich der interessierenden Indikatoren (bspw. Anzahl Konsultationen) vor und nach Einführung von SwissDRG zu vergleichen (sog. Differenz-von-Differenzen-Ansatz). Damit können ein vom Vergütungssystem unabhängiger allgemeiner Trend in der Leistungserbringung ebenso wie nicht-beobachtbare Differenzen zwischen den Vergütungssystemen berücksichtigt werden. Bei der Analyse werden mit Hilfe der multivariaten Regression zudem weitere Einflussfaktoren wie Merkmale der Patienten (u. a. soziodemographische Faktoren) sowie der Spitäler (Spitaltyp, Case-Mix) berücksichtigt.

Teilverlagerungen von Behandlungen

Hypothese: Die Einführung einer fallpauschalen Vergütung führt zu einer Verlagerung von Leistungen vom stationären in den vor- und nachstationären ambulanten Bereich. Gleichzeitig löst diese Verlagerung zusätzliche Kosten im ambulanten Bereich aus.

Resultate: Die Resultate der Begleitstudie liefern Evidenz für Leistungsverlagerungen in den ambulanten Bereich, wobei die Effekte je nach Tarifsystem und Bereich (vor- oder nachgelagert, praxis- oder spitalambulant, Hausärzte oder Spezialisten) differenziert ausfallen. Spezialisten sind eher betroffen als Hausärzte, und die Auswirkungen auf die Spitalambulanzen sind eher gering.

Insgesamt haben sich die einem stationären Aufenthalt vor- und nachgelagerten Konsultationen leicht erhöht. Zunahmen sind für den vorgelagerten Bereich (PLT und TAPA) wie auch für den nachgelagerten Bereich (TAPA) festzustellen. Eine Zunahme der Konsultationen ist vor allem für den praxisambulanten, nicht aber für den spitalambulanten Bereich festzustellen. Ein Anstieg der Konsultationen nach Einführung von SwissDRG ist vor allem bei den Spezialisten ausgeprägt.

Hinweise auf Leistungsverschiebungen anhand der abgerechneten Taxpunkte ergeben sich insge-

* Ein detaillierter Bericht dieser im Auftrag von FMH und H+ erstellten Studie der Begleitforschung zur Einführung von SwissDRG steht unter www.fmh.ch → stationäre Tarife → Begleitforschung → Verschiebungen stationär-ambulant zur Verfügung. Wir bedanken uns bei der Helsana Krankenversicherung AG für die zur Verfügung gestellten Daten und die Hilfestellung bei der Datenaufbereitung.

Korrespondenz:
FMH
Tarife und Gesundheitsökonomie
Spitalärzte
Frohburgstrasse 15
CH-4600 Olten
Tel. 031 359 11 11
Fax 031 359 11 12

samt (Zeit vor und nach einem stationären Aufenthalt zusammen betrachtet) nur für das ehemalige Tarifsysteem TAPA für das Zeitfenster von 5 Tagen. Evidenz für einen Anstieg der abgerechneten Taxpunkte besteht im nachgelagerten Bereich und bei praxisambulanten Leistungen – bei spitalambulanten Leistungen ist dagegen kein Einfluss feststellbar. Verschiebungen von Leistungen sind bei den Hausärzten (nur TAPA) und bei den Spezialisten (TAPA: vor und nach einem stationären Spitalaufenthalt zusammen betrachtet; PLT: nur Betrachtung nach einem stationären Spitalaufenthalt) zu beobachten.

Ganze Verlagerungen von Behandlungen

Aufgrund fehlender Preisinformation können keine klaren Hypothesen formuliert werden. Ob eine Behandlung verlagert wird (stationär → ambulant oder ambulant → stationär), hängt wesentlich davon ab, ob sie im ambulanten Bereich höher vergütet wird als im stationären Bereich oder umgekehrt.

Resultate: Die Resultate deuten auf eine Verschiebung von Behandlungen vom stationären in den ambulanten Bereich hin. Der Effekt konzentriert sich auf das ehemalige Tarifsysteem TAPA. Der Anteil der stationären Behandlungen mit Potential für eine Verschiebung in den ambulanten Bereich am Total der stationären Behandlungen reduziert sich bei TAPA um 1%-Punkt (der Anteil ausgewählter Behandlungen betrug im Jahr 2012 rund 16%).

Überweisungen in die Rehabilitation

Hypothese: Gemäss Literatur ist davon auszugehen, dass es in einzelnen Fällen zu einer früheren Entlassung im akutstationären Bereich, kombiniert mit einer Überweisung in eine Rehabilitationseinrichtung, kommt.

Resultate: Die Wahrscheinlichkeit, nach einem akutstationären Aufenthalt in die stationäre Rehabilitation überweisen zu werden, hat sich nach Einführung von SwissDRG nicht verändert. Weiterhin ist die Aufenthaltsdauer in der stationären Rehabilitation im ehemaligen Tarifsysteem PLT nach Einführung von SwissDRG – im Vergleich zum ehemaligen Tarifsysteem AP-DRG – signifikant um rund 2 Tage kürzer. Für das Tarifsysteem TAPA sind hingegen keine signifikanten Effekte festzustellen.

Auch für die der Rehabilitation vorangehenden akutstationären Aufenthalte kann ein Rückgang der Verweildauer beobachtet werden [1]. Der Effekt konzentriert sich auf das ehemalige Tarifsysteem TAPA. Im Rahmen einer repräsentativen Befragung im Auftrag der FMH [2] wurde festgestellt, dass Krankenversicherer teilweise Kostengutsprachen für die Überweisung in die stationäre Rehabilitation verzögern. Eine Verlängerung der Aufenthaltsdauer im Akutspital konnte, wie oben bereits dargelegt, anhand der hier vorliegenden Daten allerdings nicht nachgewiesen werden.

Aus diesen Ergebnissen zu schliessen, dass es zu keinen Leistungsverlagerungen gekommen ist, wäre allerdings zu kurz gegriffen. Die Forschungsliteratur

legt u. a. den Schluss nahe, dass eine Leistungsver-schiebung nicht in einer verlängerten Aufenthaltsdauer in der Rehabilitation münden muss, sondern sich eher in einer Leistungsverdichtung (mehr Leistungen in der gleichen Zeit) niederschlagen kann.

Gesundheitsökonomische Effekte: quantitative Abschätzung

Anhand der besprochenen Resultate wird abschliessend eine Abschätzung der gesundheitsökonomischen Auswirkungen der Einführung von SwissDRG vorgenommen. Anzumerken ist, dass diese Abschätzung auf vereinfachenden Annahmen basiert und als grobe Orientierung dienen soll.

Durch Verlagerungen von Leistungen in den vor- und nachgelagerten ambulanten Bereich ergeben die Abschätzungen eine Kostenreduktion im stationären Bereich von jährlich rund 91 Mio. CHF. Demgegenüber stehen zusätzliche Kosten im ambulanten Bereich von jährlich 27 Mio. CHF. Die eingesparten Kosten belaufen sich demnach netto auf jährlich 64 Mio. CHF.

Durch gesamthafte Verlagerungen von Behandlungen vom stationären in den ambulanten Bereich ist von einer Entlastung des stationären Sektors um jährlich rund 60 Mio. CHF auszugehen. Werden die (zusätzlichen) Kosten im ambulanten Bereich berücksichtigt, ergibt sich eine Einsparung von netto 9 Mio. CHF.

Die Teil- und die Gesamtverlagerungen von Leistungen führen zusammen zu Einsparungen von jährlich rund 73 Mio. CHF. Mittel- und langfristig sind zusätzliche Effizienzgewinne durch die Einführung von SwissDRG zu erwarten. Die Aufenthaltsdauer im Spital dürfte verzögert auf die Einführung reagieren. Käme sie aufgrund der fallpauschalierten Vergütung langfristig um 1 Tag zurück, dann ergibt sich bei Tageskosten von 1388 CHF und rund 775 000 stationären Fällen in Regionen, die 2012 neu auf die fallpauschalierte stationäre Vergütung umgestiegen sind, zusätzlich ein Effizienzsteigerungspotential in der Grössenordnung von jährlich 1,05 Mrd. CHF. Der zunehmende Wettbewerb dürfte sich positiv auf die Qualität der stationären Versorgung auswirken [3]. Die damit verbundenen Effizienzgewinne lassen sich allerdings kaum abschätzen.

Referenzen

- 1 Das gilt auch für die akut-stationären Fälle ohne anschliessende Überweisung in die stationäre Rehabilitation (vgl. Bericht zur Studie Begleitforschung Einführung SwissDRG im Auftrag von FMH/H+, s. *-Hinweis S. 1443).
- 2 gfs bern. Gute Patientenversorgung trotz administrativem Aufwand – punktuelle Probleme. Schlussbericht 2013, Begleitstudie anlässlich der Einführung von SwissDRG im Auftrag der FMH, 3. Befragung 2013. www.fmh.ch → Stationäre Tarife → Begleitforschung → Entwicklung Rahmenbedingungen Ärzteschaft.
- 3 Gaynor M, Town, RJ. Competition in Health Care Markets. In: Pauly MV, McGuire TG, Barros PP. Handbook of Health Economics, Vol. 1B. Philadelphia: Elsevier; 2011. Für eine Übersicht der empirischen Literatur zum Zusammenhang zwischen Wettbewerb und Qualität.