

Positionspapier der FMH zu SwissDRG

Version 2.0, 10. September 2009

Dieses Positionspapier beschreibt die konsolidierten Forderungen der FMH zum Thema SwissDRG. Es wurde von der FMH-Arbeitsgruppe SwissDRG ausgearbeitet.

Damit das Positionspapier aktuell bleibt und den sich ändernden Rahmenbedingungen Rechnung trägt, wird es regelmässig überprüft und bei Bedarf angepasst. Die Versionen werden durchnummeriert. Gültigkeit hat die jeweils neuste Version, die im Internet publiziert ist unter: www.fmh.ch → Tarife → SwissDRG → Position der FMH.

Die vorliegende zweite Version wurde im August 2009 vom Zentralvorstand der FMH und im September 2009 von der Delegiertenversammlung verabschiedet.

1. Förderung der Qualität und Gewährleistung der therapeutischen Freiheit

- a. Das Abgeltungssystem und seine Rahmenbedingungen haben einen Beitrag zur *Förderung der Qualität und Effizienz* der Leistungserbringung (Wirtschaftlichkeit) zu leisten. Die *Versorgungsqualität* darf sich nicht verschlechtern bzw. muss mindestens erhalten bleiben. Bereits vor der Einführung von SwissDRG ist eine Versorgungsforschung zu etablieren.
- b. Die *therapeutische Freiheit* muss unter Berücksichtigung der WZW-Kriterien (Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit) erhalten bleiben.
- c. Allfällige *Behandlungspfade* müssen in Zusammenarbeit mit den entsprechenden Fachgesellschaften definiert werden.
- d. Ein Arzt darf aufgrund des DRG-Systems nicht zur Verwendung von Material, Medikamenten oder Verfahren gezwungen werden, die kostengünstig, dafür aber weniger geeignet sind. Sollte dies trotzdem geschehen, darf er für daraus resultierende *Komplikationen nicht zur Verantwortung* gezogen werden.
- e. Die *Unabhängigkeit* gegenüber der Industrie muss erhalten bleiben.
- f. Der *Datenschutz* muss gewährleistet sein und somit auch die Wahrung des Arztgeheimnisses. Es muss definiert werden, welche Daten an die Versicherer weitergeleitet werden dürfen/müssen.
- g. Im Rahmen eines geeigneten *Qualitätscontrollings* müssen die Rehospitalisationen, die Komplikationen in Abhängigkeit der Dauer der Behandlung sowie die Verlegungen überprüft werden. Rehospitalisationen und Komplikationen aufgrund zu frühen Spitalaustritts müssen mit geeigneten Massnahmen verhindert werden. Medizinisch nicht zu rechtfertigende Transfers von Spitälern in Randregionen zu den Zentrumsspitalern müssen vermieden werden.

2. Deckung der Spitalkosten

- a. Die *Deckung des tatsächlichen Diagnostik- und Behandlungsaufwandes eines Spitalaufenthalts* muss durch eine transparente Konzeption des Abgeltungssystems gewährleistet sein.
- b. Auch für *spezifische Vorhalteleistungen* der Spitäler, welche nicht einzelnen Patienten zugeordnet werden, ist eine kostendeckende Vergütung sicherzustellen.
- c. Die *ärztlichen Leistungen* müssen separat ausgewiesen werden.
- d. Die selbständig erwerbenden Ärzte müssen separat vergütet werden.
- e. Die Weiterbildung der Assistenz- und Oberärzte und deren Finanzierung muss gewährleistet sein.
- f. Die Psychiatrie, Rehabilitation und Geriatrie müssen anhand leistungsgerechter und praktikabler Vergütungsmodelle abgebildet werden, wenn nötig ausserhalb des SwissDRG-Systems.
- g. Es muss eine *Antragsmöglichkeit* für die *individuelle Vergütung* oder für *Zusatzentgelte* ungenügend abgegoltener Leistungen (aufwendige Therapien, Intensivmedizin, Kinderkliniken, teure Medikamente, Implantate, Notfall usw.) und ein Sonderantragsverfahren für Innovationen bestehen. Zusatzentgelte müssen möglich sein. Insbesondere wenn die Menge innerhalb einer DRG in der Schweiz zu klein ist oder die Kostenunterschiede innerhalb einer DRG zu gross sind, müssen individuelle Vergütungsmodelle möglich sein. Zu diesem Zweck soll eine Liste mit Medikamenten, Materialien und Leistungen mit Anspruch auf eine zusätzliche Vergütung erstellt werden. Das (Sonder)-Antragsverfahren muss so ausgestaltet sein, dass ungenügend abgebildete Leistungen und Innovationen möglichst rasch im SwissDRG-System abgebildet werden können. Für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden soll die Möglichkeit bestehen, Vergütungsmöglichkeiten ausserhalb des DRG-Systems vorzuschlagen.
- h. Die *Ausreisserregelung* muss so ausgestaltet sein, dass die Vergütung von Ausreissern möglichst leistungsgerecht erfolgt. Zu prüfen ist eine Ausreisserregelung nach Kosten. Berücksichtigt werden muss ausserdem die Vergütung der sozial indizierten Ausreisser (d.h. Patienten, die aufgrund fehlender Plätze in den Alters- und Pflegeheimen sowie in der Rehabilitation oder aufgrund des sozialen Umfeldes nicht rechtzeitig verlegt oder entlassen werden können).
- i. Es ist eine hohe medizinische und ökonomische *Gruppenhomogenität* anzustreben.

3. Transparente Leistungserfassung und Vereinfachung des administrativen Verfahrens

- a. Das *Erfassungsverfahren* muss möglichst *einfach* sein und darf den Arbeitsprozess nicht behindern. Insbesondere müssen die für die Abgeltung notwendigen Informationen aus den laufenden Prozessen gewonnen werden.
- b. Die Kodierung und die Kodierrevision soll gesamtschweizerisch vereinheitlicht werden. Ein schweizerisches Kodiersekretariat als Anlaufstelle soll gewährleisten, dass die CHOP-Anpassungen rasch umgesetzt werden und die möglichst übersichtlichen Kodierhandbücher frühzeitig zur Verfügung stehen.
- c. Die Leistungen sollen möglichst *transparent* ausgewiesen werden. Die Leistungen sollen allerdings nur so detailliert erfasst werden, wie dies zur Gewährleistung einer *aussagekräftigen Kostenträgerrechnung* notwendig und sinnvoll ist. Die ärztlichen Leistungen, Pflege, Medikamente, Implantate, Infrastruktur usw. müssen pro Fall ausgewiesen werden können.

- d. Zum Zeitpunkt der Umsetzung des neuen Abgeltungssystems müssen *personelle Ressourcen* und informationstechnisch *ausgereifte und bedienerfreundliche Hilfsmittel* zur Verfügung stehen. Die *Verantwortlichkeit* für die Kodierung liegt bei den für die Kodierung ausgebildeten *Ärzten*. Die Ärzte engagieren sich in der Kodierung und in der Leistungserfassung, wollen aber dafür entschädigt werden.

4. Massnahmen bei Verlagerungen stationär ↔ ambulant

- a. Die klare Abgrenzung des *ambulanten und stationären* Bereichs muss durch eine vernünftige Definition gewährleistet werden. Es ist eine Tarif- und Finanzierungsordnung für Dienstleistungen vorzusehen, die zwar ambulant durchgeführt werden können, aber eine Spitalinfrastruktur benötigen (Tagesklinik).
- b. Die Entscheidung, in welchen Fällen eine Behandlung ambulant und in welchen Fällen sie stationär erbracht wird, muss – unter Berücksichtigung der WZW-Kriterien – primär nach *medizinischen Kriterien* erfolgen.
- c. Es muss verhindert werden, dass Verschiebungen vom ambulanten in den stationären Bereich oder umgekehrt aufgrund falscher finanzieller Anreize erfolgen.
- d. Bei einer allfälligen Verlagerung stationärer Leistungen in den ambulanten Bereich muss gewährleistet sein, dass diese *Verschiebung nicht als Mengenausweitung* identifiziert wird.