

Stellungnahme der FMH zur Systempräsentation anlässlich der Einführung der Tarifstruktur SwissDRG Version 1.0

Olten, 14. April 2011

Von: **FMH Tarifiedienst, Bereich SwissDRG**

Geht an: **SwissDRG AG**

Executive Summary

Die SwissDRG AG konnte mit der Einführungsversion 1.0 einerseits Verbesserungen im Vergleich zur SwissDRG-Version 0.3 erzielen. Andererseits bleibt es insbesondere aufgrund der folgenden Problempunkte unsicher, ob mit der Einführungsversion 1.0 eine leistungsgerechte Vergütung erfolgen kann:

- **Datenqualität:** Die Qualität der Kosten- und Leistungsdaten als Grundlage für eine Weiterentwicklung des Systems wird von der SwissDRG AG als unzureichend bewertet. Die zur Verbesserung der Datenqualität eingeleiteten Massnahmen dürften jedoch erst mittelfristig greifen und zu einer kontinuierlichen Verbesserung der Qualität von Kosten- und Leistungsdaten führen.
- **Fallgruppensystematik:** Trotz ungenügender Datenlage wurden für die SwissDRG-Version 1.0 zahlreiche, teils komplexe Umbauten mit DRG-Streichungen und Kondensationen sowie Auf- und Abwertungen durchgeführt. Hier hätte aus unserer Sicht ohne Not zugewartet werden können, bis die umfangreich erweiterte Prozeduren-Klassifikation CHOP 2011 in das DRG-System einfliesst, was mit der SwissDRG-Version 3.0 der Fall sein wird. Die mit der SwissDRG Version 1.0 erfolgten Zwangsbewertungen einiger bisher unbewerteter DRGs dürften darüber hinaus zu Unschärfen und Verzerrungen führen.
- **Zusatzentgelte:** Für die aufwandgerechte Vergütung schwer pauschalierbarer Leistungen wie teure Medikamente, Blutprodukte, Implantate und kostenintensive Verfahren haben sich in Deutschland die Zusatzentgelte bewährt. Die SwissDRG-Version 1.0 startet nun mit nur 5 Zusatzentgelten, weshalb entsprechende Verzerrungen in der Leistungsvergütung zu erwarten sind.
- **Anlagenutzungskosten:** Mangels Datenbasis wird für eine Übergangszeit ein normativer Zuschlag auf die Baserate durch die Tarifpartner verhandelt. Durch dieses nicht auf Daten gestützte Verfahren sind Verzerrungen zu erwarten.

- Innovationen: Ob das derzeitig diskutierte Modell zur Vergütung innovativer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden praktikabel ist, und sich die Spitäler in ihren Tarifverhandlungen für eine zeitnahe Vergütung durchsetzen können, muss sich erst zeigen.

Fazit:

Die Analyse der Einführungsversion 1.0 bestätigt, dass es - wie von der FMH bereits mehrfach gefordert - eine national einheitliche Übergangsregelung zur Abfederung von Systemverzerrungen braucht. Auch in Deutschland erfolgte die Einführung von G-DRG damals mit einer sichernden Massnahme: Es wurde eine budgetneutrale Phase für die Spitäler festgelegt. Mit einer dreijährigen Übergangsregelung soll in der Schweiz verhindert werden, dass gut arbeitende Spitäler einzig aufgrund des noch unreifen SwissDRG-Systems finanzielle Verluste erleiden. Eine Übergangsregelung ist insbesondere deshalb notwendig, weil mit der neuen Spitalfinanzierung die Budgetgarantie der Kantone wegfällt.

Das von den Versicherern vorgeschlagene CMI-Bandbreitenmodell federt finanzielle Verluste aufgrund von Systemverzerrungen nicht ab. Wirksam wäre hingegen das von H+ vorgeschlagene Fallertrags-Monitoring. Sollten sich die Tarifpartner im Hinblick auf das Tarifgesuch an den Bundesrat per Ende April 2011 nicht auf eine wirksame Übergangsregelung zur Abfederung von Systemverzerrungen einigen können, schlägt die FMH folgendes Vorgehen vor: Die SwissDRG AG soll ein unabhängiges Expertenteam beauftragen, welches nicht nur die Güte der SwissDRG-Version 1.0 untersucht, sondern auch einen Lösungsvorschlag ausarbeitet, wie die Übergangsregelung zur finanziellen Abfederung von Systemverzerrungen erfolgen soll.

Inhaltsverzeichnis:

1. Einleitung	4
2. Analyse von SwissDRG Version 1.0	4
2.1 Datengrundlage und Datenqualität	4
2.2 Groupversionen für das Systemjahr 2012	5
2.3 Kalkulation der Kostengewichte	6
2.4 Änderungen in der Fallgruppensystematik	7
2.5 Änderungen in der CCL-Matrix	9
2.6 Zusatzentgelte	9
2.7 Innovationen	10
2.8 Anlagenutzungskosten	11
2.9 Abbildungsgüte der SwissDRG Version 1.0 insgesamt	11
3. Schlussfolgerungen	12

1. Einleitung

Mit der KVG-Revision 2007 wurden die Weichen für eine leistungsbezogene Spitalfinanzierung nach dem Vollkostenprinzip gestellt. Eine der daraus resultierenden diversen Neuerungen ist die Schaffung einer gesamtschweizerisch einheitlichen Tarifstruktur SwissDRG im akutsomatischen stationären Bereich¹. Zur Erfüllung dieser gesetzlichen Anforderungen wurde der SwissDRG AG die Erarbeitung, Weiterentwicklung und Pflege der Tarifstruktur übertragen. Für das Einführungsjahr 2012 stellt die SwissDRG AG den Partnern die Tarifstruktur SwissDRG Version 1.0 mit den dazugehörigen Unterlagen im Vorfeld einer Systempräsentation am 7. April 2011 zur Verfügung und bietet gleichzeitig die Möglichkeit zu einer Stellungnahme.²

Die FMH nimmt mit Delegierten des FMH-Ausschusses SwissDRG und ihren Experten Stellung zu Struktur und Inhalt von SwissDRG Version 1.0. Auf übergreifende, für die Ärzteschaft ebenso wichtige Themen wie die Begleitforschung³, die Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung oder die Gewährleistung des Datenschutzes bei der Rechnungsstellung⁴ wurde bereits andernorts eingegangen.

2. Analyse der SwissDRG Version 1.0

Grundlage für die Entwicklung der SwissDRG Version 1.0 bildet die vorangegangene SwissDRG Version 0.3, eigene Arbeiten der SwissDRG AG auf der Basis von Schweizer Leistungs- und Kostendaten, das G-DRG-System sowie das Schweizer Antragsverfahren. In den folgenden Abschnitten werden die verschiedenen Neuerungen zusammenfassend analysiert.

2.1 Datengrundlage und Datenqualität

Die Entwicklung der SwissDRG Version 1.0 erfolgte auf Basis der Leistungs- und Kostendaten des Jahres 2009. Die Kodierung erfolgte 2009 erstmals mit der ICD-10 GM 2008 sowie mit der CHOP 11. Die CHOP 11 wurde bereits in einem gewissen Umfang erweitert. Der überwiegende Teil der für die Abbildung von SwissDRG erforderlichen Prozeduren wurde jedoch erst in die CHOP Version 2011 aufgenommen und konnte daher noch nicht in die Kalkulation von SwissDRG 1.0 eingehen.

Die Leistungsdaten aller Schweizer Spitäler fliessen in die Medizinische Statistik des Bundesamtes für Statistik ein. Anfang 2009 wurde diese Statistik um verschiedene Variablen erweitert.

¹ Für die Bereiche Rehabilitation und Psychiatrie werden separate Vergütungsmodelle erarbeitet.

² Die Stellungnahme der FMH basiert auf der Vorbesprechung des FMH-Ausschusses SwissDRG, bestehend aus FMH, FMCH, SGIM, SFSM und der Systempräsentation vom 7. April 2011.

Grundlage der Stellungnahme sind die Vorab-Unterlagen der SwissDRG AG vom 24. März 2011 (Systemvorstellung SwissDRG 1.0, Änderungen in SwissDRG Version 1.0 gegenüber 0.2, Berechnungsmethode, Definitionshandbuch SwissDRG 1.0 Katalogversion Band 1 bis 5, Migrationstabelle SwissDRG Kataloge 0.3 und 1.0 – Migration Version 0.3 nach Version 1.0 und Migration Version 1.0 nach Version 0.3, Fallpauschalen-Katalog SwissDRG-Version 1.0).

³ Vgl. www.fmh.ch → Tarife → SwissDRG → Begleitforschung

⁴ Vgl. Gabriela Lang, Hanspeter Kuhn, Beatrix Meyer, Petra Ingenpass, Judith Wagner, 2010: Gewährleistung des Datenschutzes – externe und professionelle Kodierrevision macht es möglich, Schweizerische Ärztezeitung 2010; 91(34):1265-1268.

Von diesen neuen Variablen sind die Erfassung der Dauer der künstlichen Beatmung, das Aufnahmegewicht bei Kindern im 1. Lebensjahr und die Seitigkeit der Prozeduren für die DRG-Zuordnung von grosser Bedeutung⁵. Diese neuen Variablen wurden im Jahr 2009 jedoch häufig noch nicht ausgefüllt, wie aus der Änderungsdocumentation der SwissDRG Version 1.0 zur Version 0.2 ersichtlich wird.

Für die SwissDRG Version 1.0 steht mit 583'385 Datensätzen aus 42 Netzwerkspitälern eine quantitativ breitere Datenbasis als für die Version 0.3 zur Verfügung. Die Datenbasis umfasst 50,1% der Daten der akutsomatischen Spitäler. Der Anteil Datensätze, der nach der Plausibilisierung für die Systementwicklung zur Verfügung steht, ist mit 88,51% höher als für die Version 0.3 (hier verblieben 76,88% der Datensätze nach Ablauf der Plausibilisierung). Bei 1/3 der Netzwerkspitäler wurde anhand der Datenlieferung eine fehlerhafte Leistungserfassung⁶ festgestellt.

Auch die Qualität der Kostendaten wird von der SwissDRG AG als unzureichend erachtet. Die mangelnde Qualität der Kalkulationsdatenbasis beruht zum Teil auf einer uneinheitlichen Kostenträgermethode. Aus diesem Grund würde die FMH begrüssen, wenn das EDI/BAG eine einheitliche Methode der Kostenträgerrechnung für verbindlich erklären würde. Die FMH unterstützt den Vorschlag der SwissDRG AG zur einheitlichen Anwendung von REKOLE Schweizweit. Von Bedeutung ist dabei, dass mit entsprechenden Anreizen gewährleistet ist, dass die Vorgaben zur Qualität der Datenlieferung erfüllt werden. Um die Kalkulation der Kosten noch breiter abstützen zu können, strebt die SwissDRG AG die Erhebung der Kostendaten aller Spitäler einschliesslich zusätzlicher Detailangaben an.

2.2 Grouperversionen für das Systemjahr 2012

Von der SwissDRG AG werden jährlich drei verschiedene Grouperversionen für mehrere Datenjahre zur Verfügung gestellt. Für das Jahr 2012 wird im Mai 2011 die Katalogversion SwissDRG 1.0, beruhend auf den Daten des Jahres 2009/2012 zur Gruppierung der Daten aus 2009 bereitgestellt. Die Planungsversion SwissDRG 1.0 zur Gruppierung der Daten 2010 wird im Juni 2011 verfügbar sein, wobei es sich hier ausnahmsweise um dieselbe Version handelt wie die Katalogversion. Grund hierfür ist die nicht veröffentlichte CHOP 12.⁷ Die Abrechnungsversion 2012 wird im November 2011 veröffentlicht und ermöglicht eine Gruppierung der Daten aus 2012. Mit der Abrechnungsversion SwissDRG Version 0.3 können die Daten aus 2011 mit der im Jahr 2011 gültigen ICD-10 2008 und der CHOP 2011 zwar gruppiert werden, dabei bleiben jedoch die Umbauten der SwissDRG Version 1.0 unberücksichtigt. Eine Simulation der Daten 2011 mit der wesentlich erweiterten CHOP 2011 und dem Grouper 1.0 wäre ganz besonders in Hinblick auf die Einführung von SwissDRG im kommenden Jahr wünschenswert; eine solche Version wird jedoch nicht zur Verfügung gestellt. Die Spitäler haben damit keine Möglichkeit, in 2011 eine Vorbereitung, Planung oder Simulation von SwissDRG 1.0 auf der Basis der CHOP 2011 vorzunehmen.

⁵ Die Angabe der Beatmungsdauer erfolgt zum einen über die Variablen der Medizinischen Statistik. Zum anderen gibt es zwei Codes in der CHOP 11, mit deren grober Einteilung der Beatmungsdauer in weniger/mehr als 96 aufeinanderfolgende Stunden die Beatmungszeit ergänzend in den DRG-Algorithmus eingeht. Das Aufnahmegewicht als Basis der DRG-Zuweisung in die MDC 15 „Neugeborene“ kann nur über die Variable der Medizinischen Statistik erfolgen. Da diese Variable jedoch in vielen Fällen nicht vorliegt, können Fälle mit niedrigem Ausnahmewicht nicht korrekt abgebildet werden. Darüber hinaus ist bei den Neugeborenen auch die Thematik der Beatmungsstunden zu beachten. Die SwissDRG AG weist daher beispielsweise in der Systempräsentation ausführlich darauf hin, dass die derzeitige Fallgruppierung für Neugeborene in MDC 15 „nicht dem tatsächlichen Behandlungsverlauf entspricht“. Die Kostengewichte der MDC 15 „Neugeborene“ sind daher unter Vorbehalt zu betrachten.

⁶ Kodierung nach ICD-10 WHO, fehlende Beatmungsstunden, fehlende IPS-Aufwandspunkte, keine Kodierung 6-stelliger CHOP-Kodes, kein Aufnahmegewicht bei Kindern unter 1 Jahr

⁷ Die FMH-Arbeitsgruppe Helvetisierung hatte in ihrer Sitzung am 30.9.2009 empfohlen, wegen mangelnder Umsetzung der von den Fachgesellschaften eingereichten Anträge die CHOP 12 nicht einzuführen.

2.3 Kalkulation der Kostengewichte

Die Kalkulation der Kostengewichte erfolgte anhand der von den 42 Netzwerkspitälern gelieferten Kostendaten. Sind die Voraussetzungen für eine Kalkulation auf der Basis Schweizer Daten nicht erfüllt, so werden Ersatzverfahren zur Berechnung der Kostengewichte herangezogen. Es ist jedoch zu beachten, dass selbst mit Hilfe dieser Ersatzverfahren nicht alle Fälle kalkuliert werden können.

Helvetisierungsfaktor

Für die SwissDRG-Version 1.0 wurden 804 der 1.036 bewerteten DRGs anhand von Schweizer Daten kalkuliert. 232 DRGs wurden mit helvetisierten Kostengewichten versehen. Damit ist der Anteil DRGs, kalkuliert auf der Basis von Schweizer Daten, mit 77,6% deutlich höher als in der Version 0.3⁸. Der Ermittlung des Helvetisierungsfaktors wurde ein Warenkorb fallzahlhäufiger DRGs zugrunde gelegt. Dieser Warenkorb umfasst 7 DRGs, darunter 5 DRGs aus der medizinischen und 2 DRGs aus der operativen Partition. Bei den zur Ermittlung des Helvetisierungsfaktors verwendeten DRGs handelt es sich um Fallpauschalen, angesteuert durch unkomplizierte Routine-Behandlungsfälle, die in keiner Weise die Breite des medizinischen Leistungsspektrums widerspiegeln. Die Datenbasis für die Ermittlung des Helvetisierungsfaktors kann nicht als repräsentativ betrachtet werden und stellt lediglich einen Notbehelf dar. Hilfreich wäre die Kennzeichnung jener Kostengewichte, die anhand der deutschen Kostengewichte (helvetisiert) übernommen wurden. Ziel der SwissDRG AG ist es, bis 2014 (SwissDRG Version 3.0) die Kostengewichte allein auf der Basis von Schweizer Kostendaten zu berechnen.

Unzureichende Differenzierung der CHOP 11

Bei der Bewertung der Kostengewichte ist zu beachten, dass für die SwissDRG-Version 1.0 eine Reihe von Verfahren nicht in die Kalkulation eingehen konnten, da zahlreiche DRG-relevante Verfahren in der CHOP 11 (Prozeduren-Klassifikation im Datenjahr 2009) nicht oder nicht in der für SwissDRG erforderlichen Differenzierung vorhanden sind und erst mit der CHOP 2011 kodierbar sind. Dazu gehören zahlreiche operative und interventionelle Verfahren ebenso wie einige Komplexbehandlungen. Beispielhaft seien hier einige endoskopische Verfahren in der Gastroenterologie, die unterschiedlichen Arten der Frakturosteosynthese, die plastische Chirurgie/Hautplastiken sowie die Komplexbehandlungen bei multiresistenten Erregern oder beim Diabetes mellitus genannt. Aufgrund dieser unzureichend differenzierten Prozeduren ist die Kalkulation bei etlichen DRGs unpräzise. Erst mit den Daten auf der Basis der CHOP 2011 werden die für die Abbildung des SwissDRG-Systems erforderlichen Verfahren in der nötigen Differenziertheit kodierbar sein und können dann in die Kalkulation von SwissDRG einbezogen werden (SwissDRG Version 3.0).

Aus Sicht der FMH ist es bedauerlich, dass die SwissDRG AG nicht stärker deutlich macht, in welchem Masse sich die nicht ausreichende Differenziertheit der CHOP 11 auf die Abbildungsgüte des Fallpauschalen-Kataloges 1.0 auswirkt, damit vom Anwender eine realistische Einordnung der Güte des Kataloges vorgenommen werden kann.

⁸ In der Version 0.3 wurden 567 DRGs – entsprechend 52,6% - auf der Basis Schweizer Daten kalkuliert, 511 DRGs wiesen helvetisierte Kostengewichte auf.

2.4 Änderungen in der Fallgruppensystematik

Im Fallpauschalen-Katalog der SwissDRG-Version 1.0 wurden umfangreiche Veränderungen durchgeführt. Dazu gehören komplexe Umbauten von DRGs, fallzahlbedingte Kondensationen (Zusammenlegung und Streichung von DRGs) sowie die Aufwertung und Abwertung von bestimmten Fallkonstellationen. Für die Einordnung und Bewertung der durchgeführten Veränderungen wäre es hilfreich, wenn die Quelle hierfür angegeben wird (z.B. eigene Analysen der SwissDRG AG, Vorschläge aus dem Antragsverfahren, Übernahme von Änderungen aus dem G-DRG-System 2009 oder 2010). Insgesamt stellt sich die Frage, auf welcher Datengrundlage diese umfangreichen Änderungen erfolgt sind und wie eine valide Bewertung dieser Umbauten möglich war, wo doch die Datenqualität der Schweizer Spitäler nach wie vor problematisch ist. Die SwissDRG AG stellt dazu selbst fest, dass die „vorhandene Datenqualität für eine leistungsbezogene Weiterentwicklung der SwissDRG-Tarifstruktur nicht geeignet“ ist (vgl. Präsentation Systemvorstellung SwissDRG Version 1.0 am 7. April 2011, Folie 116).

Zwangsbewertung unbewerteter DRGs

Von den 56 unbewerteten DRGs in der Version 0.3 bezogen sich 30 DRGs auf die Frührehabilitation. Diese waren in der Version 0.3 separat ausgewiesen. Von diesen 30 in der Version 0.3 unbewerteten DRGs der Frührehabilitation konnten in der Version 1.0 16 DRGs bewertet werden, 14 dieser DRGs bleiben auch in der Version 1.0 unbewertet. Wir erachten es jedoch als wichtig, diese DRGs zunächst im Katalog zu belassen. Ein vorzeitiges Streichen oder Auflösen der DRGs – wie bei der Systempräsentation erwähnt wurde – erachten wir nicht für sinnvoll, bevor keine geeignete Datenlage vorliegt. Gerne engagieren wir uns mit den betroffenen Fachgesellschaften in der bei der Systempräsentation erwähnten neu zu bildenden Arbeitsgruppe, um die Abbildung der Frührehabilitation zu verbessern.

Von den restlichen 26 unbewerteten DRGs der Version 0.3 konnten in der Version 1.0 12 DRGs kalkuliert werden. 12 unbewertete DRGs wurden gestrichen, 2 unbewertete DRGs bestehen weiter (DRG A16A Transplantation von Darm oder Pankreas, DRG Z02Z Leberspende (Lebendspende)). Die Bewertung bisher unbewerteter DRGs entspricht einem Auftrag des Verwaltungsrates der SwissDRG AG.⁹ Anhand eines siebenstufigen Verfahrens wird eine Elimination und Zwangsbewertung von DRGs vorgenommen, beginnend mit der Helvetisierung deutscher Kostengewichte bis hin zum Belassen der unbewerteten DRG. Für die Kalkulation dieser nicht bewerteten DRGs musste in etlichen Fällen von den Kriterien zur Ermittlung des Kostengewichtes (u.a. Fallzahl, Homogenitätskoeffizient) abgewichen werden. Dies dürfte die Validität der Kostengewichte dieser ehemals unbewerteten DRGs beeinflussen. Das Vorgehen muss als problematisch angesehen werden, die FMH hatte bereits im vorbereitenden Gremium vor durch die Zwangsbewertung zu erwartenden Unschärfen gewarnt.¹⁰

⁹ Beschlussprotokoll 13. Sitzung des Verwaltungsrates der SwissDRG AG, 10. September 2010, Punkt 8.

¹⁰ Auszug aus dem Protokoll 7. Sitzung der Kerngruppe Ökonomie, 8. März 2010: Frau Meyer wünscht jedoch dass im Beschlussvorschlag aufgenommen wird, dass die FMH- und Spitalvertreter vor den an eine Zwangsbewertung gebundenen Unschärfen warnen. Das Beispiel der DRG B61Z, dessen Tageskosten zwischen 520.- und 23'600.- CHF streuen, wird als Beispiel für die Unschärfen im Beschlussvorschlag genannt.

Streichen von DRGs

Für die Version 1.0 wurden etliche DRGs gestrichen.¹¹ Dazu gehören DRGs mit sicher geringen Fallzahlen wie der Evaluierungsaufenthalt vor verschiedenen Organtransplantationen (DRGs A62Z, A63Z, A64Z, A66Z und A67Z - teils bewertete, teils nicht bewertete DRGs). Diese Behandlungsfälle werden jetzt über andere DRGs abgebildet. Es ist jedoch zu beachten, dass es sich bei Evaluierungsaufenthalten vor Organtransplantation um sehr spezielle Behandlungssituationen handelt, bei denen der Aufwand und die Verweildauer nur schwer abschätzbar sind. Eine Durchschnittsbetrachtung dieser Leistung als Teil einer anderen medizinischen DRG wird dieser Situation sicher nicht immer gerecht. So führt der Evaluierungsaufenthalt vor Herztransplantation statt bisher in die nicht bewertete DRG A62Z nun in die DRG F46B Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, mehr als 2 Belegungstage, mit komplexer Diagnose, Alter > 13 Jahre, KG 1,442, mVD 10. 2 Tage oder in die DRG F62C Herzinsuffizienz und Schock ohne äußerst schwere CC, KG 0,924, mVD 9,7 Tage oder in die DRG F68Z Angeborene Herzkrankheit, KG 0,79, mVD 3,1 Tage. Die in der DRG A62Z aufgeführte Prozedur „89.07.31 Vollständige Evaluation, mit Aufnahme eines Patienten auf eine Warteliste zur Herztransplantation“ wurde nicht in die Prozedurenliste der DRGs F46B, F62C und F68Z des Definitionshandbuches SwissDRG Version 1.0 übernommen. Die zur DRG A62Z gehörende Prozedur wurde von der SwissDRG AG als unscharf definiert und als ungeeigneter Kostentrenner bewertet. Nachdem die Prozedur nun nicht mehr zur Verfügung steht, sollten die erbrachten Leistungen und generierten Kosten der stationären Aufenthalte vor Organtransplantation aufmerksam beobachtet werden.

Die zwei bisher unbewerteten DRGs Y01Z und Y61Z für Schwerbrandverletzte wurden nunmehr kalkuliert (DRG Y01Z, KG 15,629, mVD 30,5 Tage) bzw. in eine bestehende DRG eingegliedert, welche aufgewertet wurde (DRG Y62A Andere Verbrennungen, Alter < 6 Jahre oder schwere Verbrennungen, KG 1,060, mVD 5,5 Tage). Bei Schwerbrandverletzten ist mit einer erheblichen Varianz der Behandlungskosten zu rechnen, die nicht in jedem Fall mit der DRG-Vergütung oder der ergänzenden Vergütung über die obere Grenzverweildauer abgedeckt sein dürfte. Aus diesem Grund sind die DRGs Y01Z und Y61Z im G-DRG-System nach wie vor nicht bewertet.

Zusammenfassung und Kondensation¹² von DRGs in der Prä-MDC

In etlichen Bereichen wurden bisher bestehende DRGs auf MDC-Ebene gestrichen und nunmehr in der Prä-MDC zu einer DRG zusammengefasst. Dazu gehören die DRGs für die intensivmedizinische Komplexbehandlung, für die Strahlentherapie mit mehr als 8 Bestrahlungen sowie für die multimodale Schmerztherapie. Bei Weiterbestehen der DRGs in den einzelnen MDCs hätten diese in den Folgejahren bei Bedarf differenziert angepasst werden können, was bei einer einzigen DRG in der Prä-MDC nicht in dieser Form möglich ist. Weiter geht für diese Leistungen auch der Bezug zur organspezifischen MDC verloren. Das bedeutet, dass sich einzelne Fachbereiche immer weniger in der fachbezogenen MDC abgebildet sehen, Klinikspiegel auf DRG-Basis sind aus medizinischer Sicht nicht mehr aussagekräftig. Für Rückmeldungen des Medizincontrollings an die Vertreter der medizinischen Fachbereiche werden daher ergänzende Systeme erforderlich.

¹¹ „Streichung“ bedeutet, dass die Logik der DRGs aufgelöst wurde, und der Inhalt der DRG auf andere DRGs verteilt wurde.

¹² „Kondensation“ bedeutet, dass zwei oder mehr aufwandähnliche DRG zusammengelegt wurden. Bei der Systempräsentation SwissDRG Version 1.0 am 7.4. 2011 wurde darauf hingewiesen, dass dies mehrheitlich Ursache der DRG-Reduktionen ist.

Die Kondensation von DRGs mag zwar unter ökonomischen Gesichtspunkten eine gewisse Homogenität erzeugen, unter medizinischen Aspekten sind die DRGs jedoch in ihrer Aussagekraft deutlich eingeschränkt. Dieses Vorgehen wird der Akzeptanz des DRG-Systems vermutlich nicht zuträglich sein.

Es wäre bedauerlich und der falsche Weg, wenn vom Zusammenlegen und Streichen von DRGs auch solche DRGs betroffen wären, die aufgrund der noch unzureichenden Prozedurenabbildung mit dem CHOP 11 derzeit nicht trennscharf erreicht werden können. Die SwissDRG AG hat bisher dazu aufgefordert, Anträge zu Prozeduren zu stellen, damit bestimmte DRG angesteuert werden. Nun können zahlreiche und differenzierte Behandlungen mit Hilfe neu geschaffener CHOP-Kodes in der CHOP 2011 abgebildet werden – gleichzeitig werden die damit anzusteuernenden DRGs gestrichen. Dazu gehört beispielsweise die DRG B49Z Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson (bisher unbewertet), für die in der CHOP 2011 ein entsprechender Code für die Komplexbehandlung zur Verfügung steht. Hier drängt sich die Frage auf, ob nicht hätte abgewartet werden können, bis die unbewerteten DRGs anhand dieser Prozeduren kalkuliert werden können. Gerade bei der Einführung eines neuen und hochkomplexen Systems wie der SwissDRG wäre eine gewisse Stabilität unabdingbar. Gemäss Information der SwissDRG AG an der Systempräsentation werden kondensierte DRGs, sobald es die Datenlage erlaubt, bei Bedarf wieder aufgelöst.

Weitere Überarbeitungen

Zu begrüssen ist die Einführung weiterer pädiatrie-spezifischer Alterssplits, z.B. bei den Beatmungs-DRGs der Prä-MDC, sowie die Anpassung vorhandener Alterssplits bei mehreren DRGs. Damit werden die Belange der Pädiatrie in der neuen Version 1.0 angemessener abgebildet als bisher.

2.5 Änderungen in der CCL-Matrix

Für die SwissDRG-Version 1.0 werden umfangreiche Überarbeitungen der CCL-Matrix mitgeteilt. So wurden u.a. 272 Diagnosen neu in die CCL-Matrix aufgenommen, weiter erfolgten Aufwertungen, Abwertungen insbesondere unspezifischer Diagnosen und Angleichungen inhaltsgleicher ICD-Kodes. Dabei konnte auf umfangreiche Berechnungen des InEK zurückgegriffen werden. Damit profitiert SwissDRG von der Erfahrung und der breiten Datenbasis, die im G-DRG-System vorhanden ist.

2.6 Zusatzentgelte

Zusatzentgelte stellen einen wichtigen Bestandteil eines leistungsorientierten Fallpauschalen-Systems dar, indem sie eine sachgerechte Abbildung aufwändiger Leistungen ermöglichen, ohne durch DRG-Splits die Anzahl der Fallpauschalen unverhältnismässig zu erhöhen. Die SwissDRG AG verfolgt bei der Implementierung von Zusatzentgelten die Devise „so wenig wie möglich, so viel wie nötig“. Die Schweizer Fachgesellschaften haben mit der Einreichung zahlreicher Anträge auf Zusatzentgelte unterstützt, dass diejenigen Leistungserbringer, die teure und aufwändige Leistungen erbringen, auch eine leistungsgerechte Vergütung erhalten.

In der Einführungsversion SwissDRG 1.0 sind drei bewertete Zusatzentgelte für Nierenersatzverfahren sowie jeweils ein unbewertetes Zusatzentgelt für links- und rechtsventrikuläre Herzassistenzsysteme („Kunstherz“) und für die Gabe von Blutgerinnungsfaktoren bei Hämophilie-Patienten enthalten. In einzelnen Fällen wurden bereits in der SwissDRG Version 0.3 Verfahren,

die im deutschen System mittels Zusatzentgelt abgegolten werden, durch Schaffen einer neuen DRG bzw. durch Splitten einer bereits vorhandenen DRG abgebildet. Dieses Vorgehen kann in einigen Fällen zum gewünschten Erfolg führen, eignet sich jedoch nicht für eine breite Anwendung. Die Umsetzung beantragter Zusatzentgelte ist noch nicht in dem von den Fachgesellschaften für erforderlich gehaltenen Umfang erfolgt. Von der FMH wurde daher eine Liste der in der Schweiz beantragten und im G-DRG-System bereits etablierten Zusatzentgelte eingereicht.¹³

Die Prüfung durch die SwissDRG AG nach Auftrag durch den Verwaltungsrat ergab, dass die im Rahmen des Antragsverfahrens von den Fachgesellschaften eingereichten Anträge auf Etablierung von Zusatzentgelten für die Folgeversionen der Tarifstruktur zu prüfen sind und nicht in der Version 1.0 berücksichtigt werden können¹⁴. Ausreichend differenzierte Kosten- und Leistungsdaten als Kalkulationsgrundlage lagen nicht vor. Auch war eine Zuordnung der teuren Produkte oder Implantate zum Einzelfall nicht möglich.

Zur Generierung von Kosten- und Leistungsdaten, die über das Mass der regulären Datenerhebung hinausgehen, werden in Deutschland die „Ergänzenden Datenlieferungen“ genutzt. Die FMH hatte in einem Antrag an die SwissDRG AG gefordert, auch in der Schweiz die Möglichkeit einer zusätzlichen Datenerhebung einzuführen – leider wurde dies von der SwissDRG AG abgelehnt.¹⁵ Die SwissDRG AG wird bedauerlicherweise auch künftig die Kosten- und Leistungsdaten nur im Rahmen der regulären Datenerhebung entgegennehmen. Für die Folgeversionen der Tarifstruktur wird die SwissDRG AG einen Zeitplan für die Prüfung und allfälligen Integration von Zusatzentgelten in spätere Versionen der SwissDRG-Tarifstruktur erstellen.

2.7 Innovationen

Um eine Lösung zur Finanzierung innovativer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden während der Abbildungslücke (Zeit zwischen der Beantragung eines Kodes bis zur Berücksichtigung in der Tarifstruktur liegt bei ca. 5 Jahren) wird aktuell noch gerungen. Es besteht allerdings Konsens seitens der Partner, dass stationär erbrachte OKP-Pflichtleistungen auch ausserhalb des Fallpauschalensystems gewährleistet werden müssen. Der Leistungserbringer muss in der Tarifverhandlung, will er eine Leistung ausserhalb von SwissDRG finanziert haben, darlegen, weshalb diese Leistung nicht durch Fallpauschalen abgedeckt ist. Bestreitet der Versicherer, dass es sich dabei um eine OKP-Pflichtleistung handelt, so wird diese Leistung als eine „umstrittene Leistung“ im Rahmen eines ELK-Prozesses geprüft. Dieser Prozess nimmt viel Zeit in Anspruch. Es ist zu befürchten, dass seitens der Versicherer der Anreiz besteht, die Leistungspflicht durch die OKP häufig zu bestreiten.

Um die medizinische Entwicklung in der Schweiz nicht zu gefährden braucht es geeignete Massnahmen, um die Finanzierung innovativer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sicherzustellen. Aus Sicht der FMH muss ein entsprechender Prozess etabliert werden, um die zeitnahe Finanzierung von Innovationen zu sichern. Gemäss einem Vorschlag der Tarifpartner soll die Finanzierung ausserhalb der Pauschalen in den Tarifverträgen geregelt werden.

¹³ FMH-Antrag an VR der SwissDRG AG am 1.10. 2010: „Zusatzentgelte und Ergänzende Datenlieferung“

¹⁴ Beschlussprotokoll der 15. Sitzung des Verwaltungsrats der SwissDRG AG, 3.12. 2010, Punkt 5.

¹⁵ Beilage zum FMH-Antrag an den VR der SwissDRG AG vom 1. 10.2010 ist ein Schreiben der FMH vom 21. Mai 2010: „Schaffung einer Möglichkeit zur Ergänzenden Datenbereitstellung“ – Antrag an die SwissDRG AG, Abteilungen Ökonomie und Medizin“

2.8 Anlagennutzungskosten

Gemäss Gesetz sind die Anlagennutzungskosten der Spitäler per 1. Januar 2012 in die Fallpauschalen des SwissDRG-Systems einzubeziehen. Die Studie der KPMG zeigte, dass der Entwicklungsstand der Anlagebuchhaltungen der Spitäler unterschiedlich und die Datenlage nicht ausreichend ist, um einen Zuschlag für die Anlagennutzungskosten kalkulieren zu können. Als Übergangslösung für die nächsten drei Jahre wird ein Zuschlag auf den Basisfallwert normativ festgelegt. Ein nicht datenbasierter bzw. durch die Tarifpartner verhandelter Zuschlag auf die Baserate birgt entsprechende Unsicherheiten.

2.9 Abbildungsgüte der SwissDRG Version 1.0 insgesamt

Die Qualität der Kosten- und Leistungsdaten der Spitäler wird von der SwissDRG AG als unzureichend eingestuft. Die SwissDRG AG hält die vorliegende Datenqualität sogar für ungeeignet, um die Tarifstruktur zukünftig weiterentwickeln zu können. Die von der SwissDRG AG eingeleiteten Massnahmen zur Verbesserung der Datenqualität, wie beispielsweise eine zukünftige Erhebung der Kostendaten durch alle Spitäler, sind zu begrüssen. Ebenfalls wäre eine Verbindlichkeitserklärung des EDI/BAG für REKOLE als einheitliche Kostenträgermethode sowie einheitliche Vorgaben für die Erhebung der Anlagennutzungskosten hilfreich. Allerdings dürfte sich die Datenqualität durch diese Massnahmen erst mittelfristig verbessern.

Trotz der noch ungenügenden Qualität der Kosten- und Leistungsdaten wurde der SwissDRG-Katalog von der Version 0.3 zur Version 1.0 erheblich überarbeitet. Über die Veränderung der Leistungsinhalte oder das Einführen von Splitkriterien hinaus fanden komplexe Umbauten wie die Verlagerung von DRGs aus den einzelnen MDCs in die Prä-MDC sowie das Zusammenlegen und Streichen von DRGs statt. 122 DRGs wurden gestrichen, 40 DRGs wurden neu definiert. Die Gesamtzahl DRGs in der Version 1.0 beträgt nunmehr 1052 gegenüber 1.134 DRGs in der Version 0.3. Vor dem Hintergrund der ungenügenden Datenqualität dürfte ein derart umfassendes Ausmass an Umbauten verfrüht sein. Die Auswirkungen dieser Umbauten sollten von der SwissDRG AG wie auch von den Spitälern aufmerksam beobachtet und sorgfältig analysiert werden, bevor neuerliche Änderungen in diesen Bereichen stattfinden.

Gemäss den Auflagen des Bundesrates sind die Kostengewichte so rasch wie möglich ausschliesslich anhand Schweizer Daten zu berechnen. Dafür wären jedoch robuste Kosten- und Leistungsdaten erforderlich. Bis die Massnahmen der SwissDRG AG zur Verbesserung der Datenqualität den gewünschten Erfolg zeigen, muss die SwissDRG AG zu Zwischenlösungen greifen wie die Übernahme von helvetisierten deutschen Kostengewichten. Hier ist jedoch durch die nicht repräsentative Ermittlung des Umrechnungsfaktors zur Helvetisierung der deutschen Kostengewichte mit deutlichen Unschärfen und Verzerrungen zu rechnen. Die Anzahl DRGs mit helvetisierten Kostengewichten konnte gegenüber der Version 0.3 deutlich gesenkt werden und liegt nun bei 232 DRGs.

Auch der Umgang mit den „unbewerteten DRGs“ sollte gemäss Forderung des Bundesrates klar gestellt werden. Der Verwaltungsrat der SwissDRG AG hat beschlossen¹⁶, dass bereits für die SwissDRG Version 1.0 alle DRGs im Fallpauschalenkatalog bewertet werden. Dazu werden fallzahlschwache DRGs einer Zwangsbewertung unterzogen oder – falls dies anhand des siebenstufigen Zwangsbewertungsschemas nicht möglich ist – unbewertet belassen. Die Vergütung unbewerteter DRGs wird zwischen den Tarifpartnern verhandelt. Diese zwangsweise Bewertung von

¹⁶ 13. Sitzung des Verwaltungsrates der SwissDRG, 10. September 2010, Traktandum 8: Integration, Bewertung und Abgeltung unbewerteter DRGs im SwissDRG-Fallpauschalenkatalog.

DRGs birgt die Gefahr grosser Unschärfen und Verzerrungen, eine leistungsgerechte Vergütung kann hierdurch nicht erreicht werden. Einige der unbewerteten DRGs sind in der SwissDRG Version 1.0 ersatzlos gestrichen, die Behandlungsfälle werden einer anderen DRG zugewiesen. Dabei erfolgt die Zuordnung zur neuen DRG nicht zwingend entsprechend den medizinischen Inhalten der gestrichenen DRG. Die FMH sieht im Streichen unbewerteter DRGs die Gefahr, dass diese DRGs durch die Erweiterung der Prozeduren-Klassifikation CHOP 2011 künftig nicht mehr angesteuert werden können. Es wäre vermutlich weniger problematisch gewesen, unbewertete DRG zu belassen als durch eine Zwangsbewertung Verzerrungen zu erzeugen und dadurch die Akzeptanz der Tarifstruktur zu beeinträchtigen.

Für die leistungsgerechte Vergütung von teuren Medikamenten, Blutprodukten, Implantaten und Verfahren haben sich in Deutschland die Zusatzentgelte bewährt und stellen einen wichtigen Baustein des G-DRG-Systems dar. Im deutschen DRG-System bestehen zurzeit 146 Zusatzentgelte, davon sind 82 Zusatzentgelte bewertet und 64 unbewertet. Die Schweiz startet nun nur mit 5 Zusatzentgelten, weshalb entsprechende Verzerrungen zu erwarten sind. Zwar konnte die SwissDRG AG das R^2 als statistisches Mass der Varianzreduktion für die Gesamtzahl der kalkulierten Fälle auf 0.6039 und für die Inlier auf 0.7488 erhöhen. Durch die Umsetzung der beantragten Zusatzentgelte könnten Fallpauschalen mit grosser Inhomogenität infolge deutlicher Unterschiede in den Behandlungskosten noch mehr homogenisiert werden, das R^2 würde sich entsprechend verbessern. Zur Abgeltung innovativer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden wurden im Vorfeld bereits verschiedene Ansätze geprüft. Ob das derzeitig diskutierte Modell zur Vergütung von Innovationen praktikabel ist, und ob sich die Spitäler in ihren Tarifverhandlungen für eine zeitnahe Vergütung durchsetzen, muss sich erst zeigen. Wichtig ist, dass die Schweiz als Anbieter innovativer Leistungen in der Gesundheitsversorgung attraktiv bleibt.

3. Schlussfolgerungen

Die Analyse der SwissDRG Version 1.0 zeigt, dass eine Weiterentwicklung im Vergleich zur Vorgängerversion 0.3 stattgefunden hat. Ob jedoch eine leistungsgerechte Vergütung anhand der vorliegenden Einführungsversion 1.0 möglich ist, erscheint eher unsicher. Die FMH begrüsst deshalb den Vorschlag von H+ für eine unabhängige Expertise zur Güte der Tarifstruktur. Natürlich kann ein System in einer Qualität des G-DRG-Systems zum Einführungszeitpunkt nicht erwartet werden. Darum erachten wir es als umso wichtiger, dass in der Schweiz – in Analogie zur budgetneutralen Phase in Deutschland - die von der FMH mehrfach geforderte Übergangsregelung festgelegt wird.

Bis das System die notwendige Güte erreicht hat, braucht es eine national einheitliche Übergangsregelung zur finanziellen Abfederung von Systemverzerrungen. Mit einer dreijährigen Übergangsregelung soll verhindert werden, dass auch gut arbeitende Spitäler einzig aufgrund von Systemverzerrungen finanzielle Verluste erleiden. Die Übergangsregelung ist insbesondere auch deshalb notwendig, weil mit der neuen Spitalfinanzierung die Budgetgarantie der Kantone wegfällt.

Für die Tarifpartner stehen als Übergangsregelung das CMI-Bandbreitenmodell sowie ein Fallertrags-Monitoring zur Diskussion. Beim von den Versicherern vorgeschlagenen CMI-Bandbreitenmodell wird nicht nur die Baserate, sondern auch der CMI, auf welchem der Basispreis ermittelt wird, vereinbart. Differenzen des abgerechneten CMI werden ausserhalb einer Bandbreite nach vereinbartem Modus ausgeglichen.

Die FMH hält das CMI-Bandbreitenmodell nicht für geeignet, da dieses systemfremd ist und Ertragsausfälle der Spitäler aufgrund von Systemverzerrungen nicht abdeckt. Ebenfalls nicht zielführend sind aus Sicht der FMH Übergangsregelungen auf Ebene der Tarifverträge, da dadurch ungleiche Spiesse geschaffen würden.

Sollten sich die Tarifpartner für das Tarifgesuch an den Bundesrat per Ende April 2011 nicht auf eine wirksame national einheitliche Übergangsregelung zur Abfederung von Systemverzerrungen einigen können, schlägt die FMH folgendes Vorgehen vor: Die SwissDRG AG soll ein unabhängiges Expertenteam beauftragen, welche nicht nur die Güte der SwissDRG-Version 1.0 untersucht, sondern auch einen Lösungsvorschlag ausarbeitet, wie die Übergangsregelung zur finanziellen Abfederung von Systemverzerrungen erfolgen soll.