

SwissDRG-Fallpauschalen

Ein wettbewerbliches System für eine Patientenversorgung ohne Rationierungszwang

Das Fallpauschalensystem ist ein Weg zu einem gerechten Preissystem für Spitalleistungen, zur Sicherung der Qualität und zu einer Neuorganisation der Investitionsfinanzierung. Es soll dazu beitragen, den Kostenanstieg im Gesundheitswesen auf der Basis der real erbrachten Leistungen zu objektivieren und zu kontrollieren.

Simon Hölzer,
Christopher Schmidt*

Mit der Revision des Krankenversicherungsgesetzes hat die Schweiz 2007 die gesetzlichen Grundlagen geschaffen, auf den 1. Januar 2012 ein integrales Fallpauschalensystem einzuführen, das zusammen mit den neuen Rahmenbedingungen für die Spitalfinanzierung die Abgeltung akutstationärer Leistungen und Leistungen der Rehabilitation wie auch der Psychiatrie und der Geburtshäuser regelt. Kernpunkt der Einführung dieses auf dem Modell der DRGs basierenden Tarifwerkes ist deren einheitliche Verwendung in allen Spitälern und Kliniken in der Schweiz, die Leistungen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbringen dürfen. Das System soll aktuelle medizinische Verfahren leistungsgerecht bewerten und auf transparente Weise diese Leistungen und Leistungsmengen pro Spital vergleichbar machen. Das System integriert alle sogenannten anrechenbaren Kosten als Teil der Betriebskosten zur Erbringung medizinischer Leistungen als auch den Anteil der Investitionskosten, das heisst in der Summe alle Finanzierungsanteile, die für die Erbringung der Dienstleistungen im Rahmen der Patientenversorgung notwendig sind. Ausgenommen sind allein gemeinwirtschaftliche Leistungen wie die Budgets für Forschung und Lehre oder die Infrastruktur für Notfallvorhalteleistungen. Dieser Artikel möchte aufzeigen, unter welchen Prämissen das DRG-System in der Schweiz zur Finanzierung spitalstationärer Leistungen eingesetzt wird.

Kompetenzen der einzelnen Akteure

Die SwissDRG AG als eine privatrechtliche gemeinnützige Aktiengesellschaft wird durch die Versicherer, Leistungserbringer sowie die Kantone getragen. Das Verfahren zur Bewertung der einzelnen Leistungen bzw. DRGs auf der Basis der Ist-Kosten der Spitäler basiert auf einer transparenten und nachvollziehbaren Methodik. Die so erarbeitete Tarifstruktur wird dem Bundesrat zur Genehmigung vorgelegt. Die Kantonsregierungen genehmigen die zwischen den Tarifpartnern ausgehandelten Tarifverträge inkl. des Basisfallpreises, sofern dieser nicht schweizweit gelten soll.

* Mit Dank an das Lektorat und alle Ideengeber seitens der beteiligten Gesundheitspartner.

Korrespondenz:
PD Dr. med. Simon Hölzer
Geschäftsführer SwissDRG AG
SwissDRG AG
Haslerstrasse 21
CH-3008 Bern
Tel. 031 310 05 50
Fax 031 310 05 57
info@swissdrg.org

Un système compétitif pour le financement des traitements hospitaliers sans obligation de rationnement

Dès 2012, les DRG seront utilisés à l'échelle nationale comme système de classification et de tarification. Les hôpitaux pourront être comparés au vu de leurs prestations et des prix négociés. Les SwissDRG garantissent une rémunération conforme aux prestations, avec une distinction entre structure tarifaire et prix de base négociable. Ainsi ce ne sont plus les institutions mais les prestations fournies qui seront financées à l'avenir. Les hôpitaux sont encouragés à utiliser les ressources disponibles de façon raisonnable, de sorte que les forfaits par cas puissent contribuer à un système de santé économiquement viable. Quiconque assure ses prestations avec efficacité et un haut niveau de qualité est par ailleurs récompensé. Les hôpitaux sont encouragés à réduire les surcapacités et à optimiser leurs processus de travail. L'incitation économique visant à réduire la durée des séjours et à concentrer les prestations se traduit par des efforts de coordination accrus avec les fournisseurs de prestations en amont et en aval. Une planification hospitalière dépassant les limites du canton peut être utilisée judicieusement sur la base de la classification des patients selon les DRG. L'orientation processus et la concentration des prestations accrues par les hôpitaux justifient l'application des directives basées sur l'évidence. A long terme, les patients profitent d'un processus de traitement concerté et d'une concurrence qualitative. La concentration et la spécialisation sont propices à la qualité et seront par ailleurs renforcées par l'environnement concurrentiel futur.

Klare Zielvorgaben der Politik und der Gesundheitspartner [1]

Vorrangiges Ziel der Neuorganisation der Spitalfinanzierung und der Einführung von Fallpreispauschalen ist die gerechtere Mittelverteilung. Das System soll langfristig dazu beitragen, den Kostenanstieg im Gesundheitswesen auf der Basis der real erbrachten Leistungen zu objektivieren und diesen lang- und mittelfristig zu kontrollieren. Es ist insbesondere dazu gedacht, effizient arbeitende Leistungserbringer in einem wettbewerbsorientiertem System zu belohnen und auf der anderen Seite die vorhandenen Geldmittel und Ressourcen, deren Umfang weiterhin gesundheitspolitisch festgelegt wird, bestmöglich einzusetzen. Es soll damit indirekt verhindert werden, dass auf übergeordneter Ebene Entscheide zur Rationierung von Gesundheitsmassnahmen für bestimmte Bevölkerungs- bzw. Patientengruppen notwendig werden, um den Grundbedarf weiterhin decken zu können.

können. Hieraus ergeben sich Informationen zur Menge der Leistungen pro Spital, zur Qualität in Bezug zu dieser Leistungsmenge und zum Preis dieser Leistungen, wenn das System tarifarisch angewendet wird.

Tarifstruktur und Basisfallpreis

Die SwissDRG AG hat von den Gesundheitspartnern den Generalauftrag bekommen, Leistungen im Spitalbereich umfassend zu bewerten und in sogenannten relativen Preisen innerhalb einer Tarifstruktur (Fallpauschalenkatalog) auszuweisen. Nach einem standardisierten Schema werden mit mathematisch-statistischen Verfahren diese relativen Preise (Kostengewichte) als Aufwandsmittelwert der einzelnen Patientengruppen errechnet. Die Tarifstruktur repräsentiert die Bewertung der unterschiedlichen medizinischen Massnahmen für einzelne Patientengruppen untereinander und deren relative Höhe. Bei der Kostenkalkulation einer DRG werden alle anrechenbaren Fallkosten

Auch weiterhin entscheiden allein die Gesundheitsfachleute über die Notwendigkeit medizinischer Eingriffe

Weitere Ziele sind die Förderung wettbewerblicher Strukturen und eine effiziente Leistungserbringung, ohne einen Sparzwang «top-down» aufzubauen. Steuernde Eingriffe in das System sollen weitestgehend in den Hintergrund rücken. Gesundheitspolitische Entscheide sollen auf der Basis der im System gewonnenen Informationen getroffen werden können. Die Steuerung der Art und des Umfangs der Leistungserbringung soll möglichst sachgerecht durch das System selbst motiviert werden.

Transparenz der Leistungen

Das SwissDRG-Fallpauschalensystem erlaubt es, alle akut-stationären Leistungen heutiger Spitäler zu kategorisieren. Behandelte Patienten werden zu Gruppen zusammengefasst, die einen gleichen oder ähnlichen medizinischen wie ökonomischen Aufwandsschweregrad aufweisen. Dieses Modell kann den medizinischen Entwicklungen folgen und wird datengetrieben weiterentwickelt. Über die Definition dieser Aufwandsgruppen (DRGs) erreicht man eine Produktdefinition von der Grundversorgung bis zur hochspezialisierten Medizin. Für die tarifarische Anwendung werden zu jeder DRG statistisch robuste Parameter kalkuliert, die den Aufwand definieren und eine pekuniäre Bewertung erlauben. Gleichzeitig legen Abrechnungsregeln die Anwendung dieser Tarifstruktur national fest. Die DRGs erlauben eine formale Beschreibung, welche Leistungen für welche Patienten mit welchen Schweregraden erbracht werden, so dass Spitäler auf dieser formalen einheitlichen Ebene verglichen werden

und nicht nur gruppierungsrelevante medizinische Parameter herangezogen. Damit sind alle Erstellungskosten im Rahmen des jeweiligen medizinischen Aufenthaltes abgedeckt.

Im Rahmen der Basispreisfindung (Tarifverhandlung) wird der Multiplikator für die Kostengewichte in der Tarifstruktur festgelegt. Die Verhandlungen berücksichtigen spitalindividuelle Besonderheiten, wie vorhandene Kostenstrukturen (inkl. Lohnniveaus), den Leistungsauftrag und vorhandene Effizienzunterschiede. In den Tarifstrukturberechnungen werden alle Kosten kalkulatorisch berücksichtigt (Aufgabe der SwissDRG AG), während der verhandelte Basisfallpreis die dann noch vorhandenen Spitalbesonderheiten berücksichtigen kann (Aufgabe der Tarifpartner). Mit diesem Vorgehen ist gewährleistet, dass alle medizinisch notwendigen Leistungen gemäss Gesetz (KVG und Verordnungen) bezahlt werden.

Keine neue Spitalwelt, kein neuer Berufsethos

Das SwissDRG-System als Abrechnungssystem nimmt keinen Einfluss auf medizinische Entscheide. Die therapeutische Freiheit, das heisst die Autonomie der Leistungserbringer in der Ausübung ihrer Medizin, bleibt vollständig erhalten. Bei der Berechnung des Systems werden die Spitalleistungen allein aufgrund der realen Ist-Kosten-Situation analysiert. Die Wirtschaftlichkeit, Wirksamkeit und Zweckmässigkeit einzelner Verfahren wird nicht geprüft. Diese werden entweder durch eine andere Instanz (Bundesamt für Gesundheit)

1 Botschaft betreffend die Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Spitalfinanzierung) vom 15. September 2004.

evaluiert, bzw. ergeben sich aufgrund der Anwendung aktueller medizinischer Grundsätze (Evidence based medicine). Mit diesem Vorgehen wird die Bewertung der Leistung von der Beurteilung der Wirksamkeit und Zweckmässigkeit der einzelnen Leistung entkoppelt, die in der individuellen Behandlungssituation dem behandelnden Arzt bzw. Team obliegt. Damit entscheiden weiterhin allein die Gesundheitsfachleute über die Notwendigkeit medizinischer Eingriffe mit dem Wissen um die Bedürfnisse des einzelnen Patienten.

Kopplung von Qualität und Preis

Ein Tarifsysteem kann als solches keine Verbesserung der Behandlungsqualität bewirken. Negative ökonomische Anreize durch die pauschale Vergütung werden durch diverse Mechanismen der Abrechnungsregeln und der Falldefinition kompensiert. Dies sind systemimmanente Massnahmen, mit deren Hilfe die Qualität in den Spitälern gesichert und verglichen werden kann. Ein System für Qualitätsvergleiche wird parallel dazu in der Schweiz aufgebaut und von allen relevanten Gesundheitspartnern getragen. Somit bietet das DRG-System die Möglichkeit, Preise und Mengen von Leistungen zu vergleichen, die von den Spitä-

diese auch entsprechend Menge mal Preis zusätzlich vergütet. Im Gegensatz zur Anwendung des Systems in anderen Ländern (u. a. in Deutschland) ist das System so gestaltet, dass in der Tarifstruktur nur wenige Einzelpositionen (Kostengewichte oder Zusatzentgelte) verhandelt werden müssen. Die Verhandlungen des Basisfallpreises können spitalindividuelle Besonderheiten berücksichtigen, sofern diese durch den Leistungserbringer gegenüber den Kostenträgern entsprechend begründet und anerkannt werden. Hierdurch können Unterschiede infolge unterschiedlicher Kostenstrukturen (inkl. Lohnniveaus), dem Einsatz von medizinischen Innovationen, Aufwendungen im Bereich Fort- und Weiterbildung, Leistungsaufträge und dezidierte zusätzliche Aufträge seitens der Kantone in der Baserate ihren Niederschlag finden.

Entscheidend für faire Tarifverhandlungen sind dabei einheitliche Vorgaben, welche Faktoren in die Tarifverhandlung mit eingebracht werden dürfen. Diese Vorgaben sind auch im Hinblick auf den Einbezug der Investitionen und Anlagenutzungskosten bedeutend, die ebenfalls in den Basisfallpreis einbezogen werden. Nur mit dieser Vereinheitlichung des Systems kann die Grundlage für die spätere Einführung wettbewerblicher Komponenten über Benchmarking bzw. Preis- und Qualitätswettbewerb geschaffen werden. Im Idealfall führt dies dazu, dass die Finanzierung von Gesundheitsleistungen inklusive der prospektiv notwendigen Investitionskosten über das System zum Teil auf der Basis harter Fakten (Kalkulation der Kostengewichte) und in Kombination mit weichen Faktoren, die in die Basispreisverhandlungen mit einfließen, stattfinden kann.

Die ökonomische Steuerung der Dienstleistungen wird nicht über den Einzelfall bestimmt, sondern erfolgt über die Summe der behandelten Fälle

lern in unterschiedlicher Höhe und Quantität angeboten werden. Dazu können statistisch aussagekräftige Indikatoren zur Behandlungsqualität herangezogen werden, die bestenfalls auch langfristig unterschiedliche Preise rechtfertigen können. Das DRG-System muss dabei in der Lage sein, den objektiven Behandlungsaufwand zu erfassen und diesen finanziell, das heisst leistungs- und sachgerecht, auszugleichen (zum Beispiel über den Casemix Index).

Tarifverhandlungen als zentrale Komponente

Die Tarifverhandlungen zwischen Leistungserbringer und Versicherer sind ein zentrales Element der Umsetzung des Fallpauschalensystems in der Schweiz. In den Verhandlungen zum Basisfallpreis wird der Multiplikator der im Fallpauschalenkatalog ausgewiesenen relativen Preisstruktur festgelegt. Aufgrund der Vorjahreszahlen der Finanz- bzw. Betriebsbuchhaltung bzw. der Zahlen des ersten Quartals eines Jahres werden diese Tarifverhandlungen für das folgende Jahr geführt. Die Verhandlungen legen das Gesamtbudget des Spitals bei einer vorgegebenen Zahl von Patientenfällen, also einem gegebenen Mengengerüst, fest. Der Preis wird prospektiv festgelegt, das heisst, bei Erbringung von mehr Leistung werden

Sachgerechte Vergütung und Effizienzunterschiede

Die Güte des SwissDRG-Systems, dessen Differenzierung und Abbildung der einzelnen Schweregrade hängen von der Qualität der gelieferten Spitaldaten ab. Das SwissDRG-Fallpauschalensystem schafft eine grössere Vergütungsgerechtigkeit, ohne von sich in Anspruch zu nehmen, alle Leistungsbereiche vollständig differenziert abdecken zu können. Dies ist gerade auch im Hinblick auf die fortschreitenden Entwicklungen der Medizin niemals zeitgerecht möglich. Die unterschiedliche Bewertung einzelner DRGs mittels der errechneten Aufwandsmittelwerte, das heisst höhere Bewertungen für aufwendigere Leistungen, niedrigere Bewertung für einfache Verfahren, wird jedoch allen Spitälern unterschiedlicher Leistungskategorien gerecht. Ein Mangel in der Ausgestaltung bzw. Differenzierung in der Tarifstruktur (z. B. auch der Kompressionseffekt bei den Kostengewichten [2]) sollte minimiert werden.

Ökonomische Steuerung und Qualitätsaspekte

Aufgrund seiner Ausgestaltung als Pauschalensystem muss die Tarifstruktur dem medizinischen Einzelfall

2 Rochell B, Roeder N. G-DRG 1.0 – das Optionssystem (Teil 5). In: Arzt und Krankenhaus. 9;2003.

Der Kompressionseffekt innerhalb eines DRG-Systems meint die tendenzielle Unterbewertung von aufwendigen (Komplex-) Fällen sowie die Überbewertung von einfachen (Standard-)Fällen innerhalb der Tarifstruktur. Die Gründe für den Kompressionseffekt liegen vorwiegend in Mängeln bei der Leistungserfassung und der Kostenrechnung in den Spitälern, aber auch in Unschärfen bei der Zuordnung von Codes zu einzelnen Fallgruppen.

nicht gerecht werden. Die Finanzierung des Spitals und dessen medizinischer Dienstleistungen erfolgt jedoch leistungs- und sachgerechter als mit den bisher verwendeten Vergütungssystemen. Damit bleibt gewährleistet, dass die verantwortlichen Leistungserbringer losgelöst von ökonomischen Sachzwängen alles anbieten, was im Einzelfall medizinisch notwendig ist. Der behandelnde Arzt kann sich nicht der Verantwortung entziehen, alles medizinisch Notwendige, das den Kriterien der Wirksamkeit und Zweckmässigkeit entspricht, im Dialog mit dem Patienten anzuwenden. Die ökonomische Steuerung der Dienstleistungen wird somit nicht über den Einzelfall bestimmt (individuelle und gegebenenfalls versteckte Rationierung), sondern erfolgt über die Summe der behandelten Fälle. Dabei kann eine kritische und vergleichende Analyse der Kosten zu Prozessverbesserungen und Effizienzsteigerungen beitragen. Neben der ökonomischen Steuerung über die Summe aller Fälle wird in Zukunft das Thema Qualität der Gesundheitsversorgung einen neuen Stellenwert einnehmen können. Die auf DRG basierten, national verbindlichen und einheitlichen Qualitätsindikatoren sind ein objektives Mass zur Beurteilung der Qualität. Damit haben die Tarifpartner ein Instrument an der Hand, Faktoren der Qualität in die Preisbildung (z. B. als Bonus-/Malus-System) einfließen zu lassen.

Die Patienten profitieren langfristig von einem abgestimmten Behandlungsprozess und dem zunehmenden Qualitätswettbewerb zwischen den Leistungserbringern

Zusammenfassung: Verbesserungen gegenüber dem heutigen System

Ab 2012 wird SwissDRG national als Klassifikationssystem und Tarifsysteem angewendet. Die Spitäler können anhand ihrer Leistungen und den verhandelten Preisen verglichen werden. SwissDRG garantiert eine leistungsgerechte Vergütung mit diesem Ansatz der Trennung von Tarifstruktur und verhandelbarem Basisfallpreis. Damit werden in Zukunft nicht mehr Institutionen finanziert, sondern die dort erbrachten Leistungen. Unter Fallpauschalen werden die Spitäler angehalten, die vorhandenen Ressourcen vernünftig einzusetzen, so dass mit den Fallpauschalen ein Beitrag zu einem ökonomisch tragbaren Gesundheitswesen in der Schweiz geleistet wird. Wer aufwendigere Fälle behandelt bzw. komplexere Leistungen erbringt, erhält hierfür mehr Geld als im alten System. Es ist zudem die Grundlage geschaffen, dass derjenige zusätzlich belohnt werden kann, der Leistungen effizient und in hoher Qualität erbringt. Spitäler sind angehalten, Überkapazitäten abzubauen und ihre Arbeitsprozesse zu optimieren.

Die Transparenz nach extern wie nach intern hilft den Spitalern, vorhandenes Sparpotential zu nutzen, auszuschöpfen und Prozesse zu optimieren. Der ökonomische Anreiz zur Verkürzung der Aufenthaltsdauer und einer Leistungskonzentration führt zur Prozessorientierung und stärkeren Koordinationsbemühungen mit vor- und nachgelagerten Leistungserbringern. Die Zusammenarbeit zwischen den Fachdisziplinen und Institutionen wird gestärkt. Auf Basis der Patientenklassifikation nach DRG kann eine kantonsübergreifende Spitalplanung sinnvoll eingesetzt werden. Die zunehmende Prozessorientierung und Leistungskonzentration seitens der Spitäler motiviert den Einsatz leitliniengestützter Behandlungspfade und evidenzbasierter Medizin. Die Patientinnen und Patienten profitieren langfristig von einem abgestimmten Behandlungsprozess und dem zunehmenden Qualitätswettbewerb zwischen den Leistungserbringern. Die sich abzeichnende Zentrenbildung und Spezialisierung wirkt qualitätsfördernd und wird durch ein zukünftiges Wettbewerbsumfeld zusätzlich verstärkt.

Weiterführende Literatur

- Blum K, Offermanns M, Perner P. Krankenhaus Barometer 2007. Deutsches Krankenhausinstitut e.V.
- Blum K, Offermanns M, Schilz P. Krankenhaus Barometer 2006. Deutsches Krankenhausinstitut e.V.
- IGES Institut GmbH. Endbericht zum ersten Zyklus der G-DRG-Begleitforschung; 2010.
- Indra P. Die Einführung der Swiss-DRGs in Schweizer Spitalern und deren Auswirkungen auf das schweizerische Gesundheitswesen. 2004. Erschienen als Band 80 in der Schriftenreihe der Schweizerischen Gesellschaft für Gesundheitspolitik (SGGP). Zürich; 2004.
- Klauber, Robra, Schellschmidt (Hrsg.). Krankenhaus-Report 2005. Schwerpunkt: Wege zur Integration. Stuttgart: Schattauer; 2005.
- Klauber, Robra, Schellschmidt (Hrsg.). Krankenhaus-Report 2007; Schwerpunkt: Krankenhausvergütung – Ende der Konvergenzphase? Stuttgart: Schattauer; 2007.
- Klauber, Robra, Schellschmidt (Hrsg.). Krankenhaus-Report 2008/2009. Schwerpunkt: Versorgungszentren. Stuttgart: Schattauer; 2009.
- Malk R. Medizincontrolling Schweiz. Eine ganzheitliche Betrachtung der Medizin im Zeitalter von DRG und TARMED. Bern: Hans Huber; 2010.
- Malk R, Kampmann T, Indra, P. (Hrsg.). DRG-Handbuch Schweiz. Grundlagen, Anwendungen, Auswirkungen und praktische Tipps für Anwender. Bern: Hans Huber; 2006.
- Rochell B, Roeder N. G-DRG 1.0 – das Optionssystem (Teil 5). Arzt und Krankenhaus. 9;2003.
- Sens B, Wenzlaff P, Pommer G, von der Hardt H. Effekte der pauschalierten Vergütung in der stationären Versorgung (DRG) auf die Gesundheitsversorgung. Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen. Einrichtung der Ärztekammer Niedersachsen. 2009.