

Eine Übergangsregelung für die Einführung von SwissDRG ist dringend notwendig

Viele Fachleute wissen, dass die per 1.1.2012 einzuführenden SwissDRG nicht auf Anhieb eine genaue Abbildung und Fakturierung von akutsomatischen Leistungen ermöglichen werden. Man spricht von einer «80/20»-Lösung oder von einem «lernenden System». Auf der anderen Seite möchten einige Entscheidungsträger möglichst bald mit dem neuen Finanzierungssystem «scharf schiessen». Nachfolgend eine Übersicht über offene Baustellen und fehlende Gewissheiten, sowie ein Vorschlag für einen geordneten Übergang.

Oliver Peters

Finanz- und Betriebschef CHUV
Lausanne

Simulationsversuche auf ungeklärter Grundlage

Spitalverantwortliche versuchen sich landauf, landab in Simulationen ihrer Spitalaktivität anhand der publizierten Vorversionen von SwissDRG und bereiten sich auf Verhandlungen mit den Versicherern vor. Viele freuen sich über einen vermeintlich höheren Casemix, sprich eine bessere Entschädigung ihrer Fälle, ohne wirklich zu wissen, wie sich ihre relative Position zu derjenigen der Gesamtheit aller Schweizer Spitäler wirklich bewegt hat. Ohne zu wissen, wie sich die neuen Fallabgrenzungs- und Transferregelungen auf ihr Spital auswirken werden. Ohne zu wissen, ob es in Zukunft verschiedene Baserates geben wird, oder Zusatzentgelte, und wenn ja, wie viele. Ohne zu wissen, über welche Mittel sie zur Deckung der Investitionskosten verfügen werden.

Noch zahlreiche Baustellen offen

Zusatzentgelte

Es ist zwar mittlerweile klar, dass es in der Schweiz zum Einführungszeitpunkt 1.1.2012 nur Zusatzentgelte für Dialysen, Kunstherzen und Faktor-7-Präparate geben wird. Es ist aber nicht klar, in welchen Fristen welche zusätzlichen Medikamente, Implantate und andere kostspielige Behandlungen separat entschädigt werden können (in Deutschland machen Zusatzentgelte durchschnittlich 15–20%, maximal über 30% der Finanzierung der Universitätsspitäler aus [1]).

Externe Faktoren

Es sind in der Schweiz bisher keine geordneten Verfahren für die Finanzierung externer Faktoren, namentlich die Assistenzarztausbildung, regionale Lohnunterschiede sowie die soziale Zusammensetzung der Patienten definiert.

Investitionskostenzuschlag

Die Berechnung des Investitionskostenzuschlags ist bisher nicht geregelt. Die in der VKL vorgesehene vergangenheitsorientierte Erfassung der Investitionskosten lässt eine systematische Unterfinanzierung bestehender öffentlicher Spitäler befürchten.

Übergang von der alten zur neuen Tarifstruktur

Die Einführung von neuen CHOP- und ICD-Versionen zusammen mit der SwissDRG-Version 1.0 macht es unmöglich, die finanziellen Auswirkungen der neuen Tarifstruktur mit der notwendigen Genauigkeit zu simulieren. Es ist während einer mehrjährigen Einführungsphase mit bedeutenden Schwankungen der ausgewiesenen Fallschwere zu rechnen. Es ist frühestens Mitte 2013 mit einigermaßen aussagekräftigen Daten zu rechnen, die mit den neuen CHOP- und ICD-Klassifizierungen erfasst worden sind. Es ist also mindestens für die Jahre 2012 und 2013 in den Tarifverhandlungen Blindflug angesagt.

Datenschutz

Die Vorgaben des Bundesverwaltungsgerichts (BVG) zu Patienteninformation und Datenschutz bei der Übermittlung von Diagnose- und Prozedurencodes sind bisher nicht umgesetzt.

Transferregelung

Die von Deutschland übernommene Abschlagsregelung bei Patiententransfers unterhalb der DRG-spezifischen durchschnittlichen Aufenthaltsdauer wird den Anreiz schaffen, Patienten länger als bisher in hochspezialisierten Häusern zu halten.

Lernkurve

Aus der Einführung von APDRG in der Westschweiz wissen wir, dass mit einer mehrjährigen Lernkurve zu

Korrespondenz:
Oliver Peters
Direction administrative
et financière
Rue du Bugnon 21
CH-1011 Lausanne
Tél. 021 314 55 31

rechnen ist, bis sich die Qualität der Codierung in einem 98–99%-Bereich bewegt (Abb. 1). Im ersten Jahr der Einführung bewegt sich das Gros der Spitäler zwischen 80% und 90% Codiergenauigkeit (gemessen am Prozentsatz der richtig codierten Hauptdiagnosen), im sechsten Jahr bewegen sich die meisten Leistungserbringer in einem Bereich zwischen 95% und 100%. Diese Lernkurve ist normal, sie beinhaltet Fehler in beide Richtungen (zugunsten und zuungunsten der codierenden Leistungserbringer), und sie ist sinngemäss auch auf massive Änderungen der Klassi-

schiede nicht zufällig auf verschiedene Spitaltypen streuen, sondern systematisch von grossen, öffentlichen Spitälern angezogen werden. Dieser Umstand lässt sich einerseits damit erklären, dass die vorgelagerten Versorgungsstufen (Privatkliniken und Regional-spitäler) die Möglichkeit und den Anreiz, häufig auch den Auftrag haben, sich auf relativ wenig komplexe Fälle zu konzentrieren, während Zentrums- und Universitätsspitäler am anderen Ende der Palette die letztendliche Verantwortung für das Funktionieren des Systems tragen und auch über die notwendige perso-

Bis die Tarifstruktur genügend ausdifferenziert ist, sind unterschiedliche Tarife für unterschiedliche Spitaltypen beizubehalten.

fizierungen anwendbar, wie sie uns dieses Jahr mit der Einführung von einigen Tausenden neuer CHOP-Codes bevorsteht. Wir haben also auch in routinieren (AP-)DRG-Häusern mit einer Anpassungszeit von 1–2 Jahren zu rechnen, bis wir wieder einen für Fakturierungszwecke akzeptablen Genauigkeitsgrad erreichen.

DRG-Systeme können nicht alles

Aus der Literatur wissen wir, dass DRG-Systeme prospektiv in der Lage sind, etwas mehr als 50% der individuellen Kostenunterschiede zu erfassen, wenn man die Outlier-Entschädigung einbezieht (die ein retrospektives Korrekturlement ist), 70–75% der individuellen Kostenunterschiede [2]. Wir wissen auch, dass die von DRG-Systemen nicht erkannten Kostenunter-

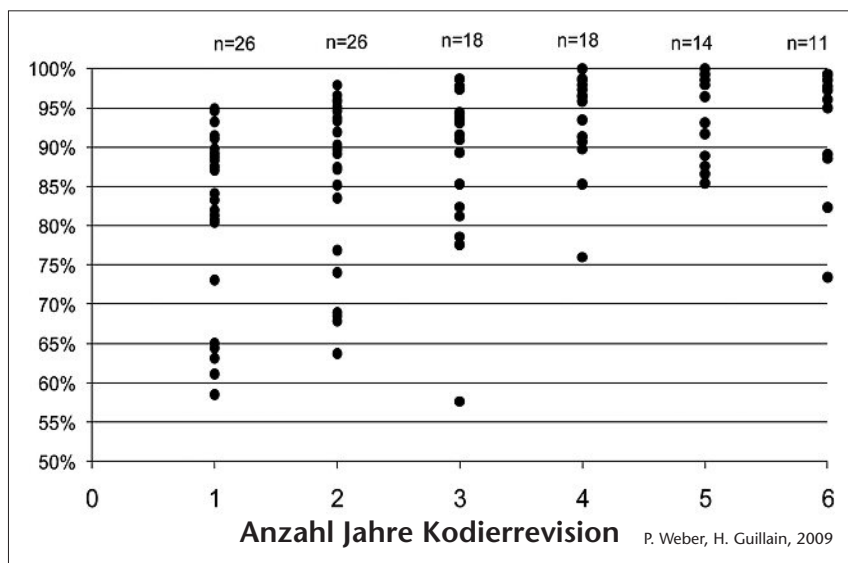
nelle und technische Ausstattung verfügen, um komplizierte Fälle zu behandeln. Diesem Umstand (und den oben beschriebenen externen Faktoren) wird in allen Ländern ausser der Schweiz mit einem ausgebauten System an Zusatzentschädigungen Rechnung getragen [3].

Ein Vorschlag zur Einführung

Alle oben genannten Unsicherheiten lassen es als zwingend erscheinen, die vorbestehenden Finanzierungssysteme mindestens während der ersten zwei Einführungsjahre parallel, im Sinne einer Schattenrechnung, fortbestehen zu lassen und unerwartete Schwankungen der – gemessenen – Fallschwere zulasen und zugunsten der Spitäler voll auszugleichen. Bis die Tarifstruktur (namentlich mit Zusatzentgelten) genügend ausdifferenziert ist (was mehrere Jahre brauchen wird), sind unterschiedliche Tarife für unterschiedliche Spitaltypen beizubehalten. Auch bei einer einheitlichen Tarifstruktur sind regional unterschiedliche Tarife zuzulassen. Schliesslich soll Rosinenpickerei mit klar definierten kantonalen Leistungsaufträgen eingeschränkt werden.

Abbildung 1

Richtigkeit der Hauptdiagnosen nach Revisionsjahr in Prozent (Daten der Kodierrevision GE, JU, NE, VS, VD 2002–2007).



Literatur

- 1 Verband der Universitätskliniken Deutschlands VUD. Erhebung bei 31 Universitätsklinika für das Jahr 2009, stationäre Leistungen (Forschung und Lehre werden mit gesonderten Mitteln finanziert): vereinbarte Erlösstruktur entsprechend der Vergütung nach Krankenhausentgeltgesetz und Bundespflegegesetzverordnung (BpflV).
- 2 Lynk WJ. One DRG, One price? The Effects of Patient Condition on Price Variation Within DRGs and Across Hospitals. *International of Health Care Finance and Economics*. Vol. 1(2); 2001.
- 3 Zeynep et al. Les écarts des coûts hospitaliers sont-ils justifiables? Réflexions sur une convergence tarifaire entre les secteurs public et privé en France. Document de travail IRDES; mai 2009.