

Vergütung hochteurer Fälle unter SwissDRG

Einige stationäre Behandlungsfälle in der Akutsomatik sind sehr komplex und kostenintensiv. Trotz Kodierung aller behandelten Krankheiten und sämtlicher erbrachter Leistungen kann keine DRG angesteuert werden, die den ausgelösten finanziellen Aufwand auch nur annähernd abdeckt. Finanzielle Einbussen sind die Folge.

Petra Ingenpass

Stv. Leiterin Tarife
und Gesundheitsökonomie
Spitalärzte

Die meisten teuren stationären Behandlungsfälle sind durch die DRG gedeckt. Ganz anders ist die Situation jedoch bei hochteuren Fällen mit Zuordnung zu einer DRG, welche einen viel zu niedrigen Erlös ergibt, das Spital verzeichnet dann einen finanziellen Verlust.

Teure Fälle sind nicht gleich teure Fälle

In welchen Fällen man von hochteuren Fällen bzw. Hochkostenfällen spricht, ist nicht klar festgelegt. In Deutschland werden nach einer Einteilung von Dr. med. A. Tecklenburg von der Medizinischen Hoch-

schule Hannover (MHH) die Patienten als «Extremkostenfälle» definiert, die Behandlungskosten von über 20000 Euro generieren, wovon aber weniger als die Hälfte durch die Fallpauschale abgedeckt ist [1]. An der MHH erfüllen diese Kriterien etwa 250 bis 450 Fälle pro Jahr. Die Behandlung dieser Patienten ergibt ein durchschnittliches Defizit von 25000 bis 30000 Euro pro Fall, sodass die MHH gemäss Dr. med. A. Tecklenburg ein jährliches Unterdeckungsvolumen von ca. 6,5 Mio. Euro aufweist. Hochgerechnet auf das Bundesgebiet Deutschland sei ein Gesamtvolumen von etwa einer halben Mrd. Euro anzunehmen [2].

Schweizer Universitätsspitäler müssen mit Erlöseinbussen von zwischen 20000 und 50000 Franken pro Hochkostenfall rechnen.

Auch die Gesundheitsdirektion Zürich berichtet von Patientengruppen, bei welchen die ausgelösten Kosten die durch die Fallpauschale generierten Einnahmen um mehr als 30000 Franken übersteigen. Am Universitätsspital Zürich wurden knapp 2000 solcher hochdefizitärer Behandlungsfälle behandelt [3]. Die SwissDRG AG geht in ihrem Strategiepapier [4] zur Weiterentwicklung des SwissDRG-Systems ebenfalls auf die Problematik der Hochkostenfälle ein. Dort wird als Beispiel ein Hochkostenfall von über 500000 Franken mit einer Abweichung von den mittleren Kosten von über 50000 Franken angegeben. Beide Werte sind aus Sicht der FMH zu hoch,

Vielfältige Ursachen

Hochteure Behandlungsfälle mit Unterdeckung der Behandlungskosten stellen keine Rarität dar und kommen insbesondere, aber nicht nur, in Universitätsspitalen oder spezialisierten Zentren vor. Von der Ärzteschaft wurde die Problematik der Unterdeckung aufwendiger Fälle bereits früh erkannt. An der letzten Veranstaltung des Ressorts Tarife und Gesundheitsökonomie Spitalärzte der FMH hat Herr Prof. Dr. med. Guido Beldi, DRG-Delegierter der Schweizerischen Gesellschaft für Viszeralchirurgie [5], Beispiele aus seiner Klinik präsentiert. Dabei wurde deutlich, dass es gehäuft bei solchen Fällen zu hohen Kosten mit Untervergütung kommt, die bereits in einem anderen Spital vorbehandelt wurden und bei denen der komplizierte Verlauf eine Verlegung an das Universitätsspital notwendig machte. Häufig waren Re-Operationen, intensivmedizinische Behandlung und teure Medikamente oder Blutprodukte erforderlich (Tab. 1).

Betrachtet man beispielsweise die Intensivstation als mögliche Ursache hoher Kosten, so fällt auf, dass im SwissDRG System 2.0 die intensivmedizinische Therapie mit einem entsprechenden Prozedurenkode abgebildet werden kann. Ein Kode für die weniger ressourcenintensive Behandlung auf der Intermediate Care Einheit wurde 2012 beantragt. Ohne diesen Prozeduren-Kode ist eine sachgerechte Abbildung von

Tabelle 1

Häufige Ursachen von Hochkostenfällen.

| |
|-------------------------------------------------|
| Verlegung von anderem Spital |
| Externe Vorbehandlung |
| Spezialisierte und/oder chirurgische Fälle |
| Komplexer Fall mit hohem PCCL [6] |
| Hohe Leistungsdichte |
| Intensivstation und/oder Intermediate Care Unit |
| Hohe Verweildauer |
| Teure Medikamente |

Korrespondenz:
Dr. med. Petra Ingenpass
FMH
Froborgstrasse 15
CH-4600 Olten
Tel. 031 359 11 11
Fax 031 359 11 12
tarife.spital[at]fmh.ch

Leistung und Kosten der Intermediate Care in der DRG-Kalkulation nicht möglich. Die Untervergütung von Behandlungsfällen ist aber auch ein Problem kleiner Spitäler und führt zu einem beachtlichen Defizit, wie Frau Kerstin Schlimbach Neuhauser als leitende Internistin [7] an derselben FMH-Veranstaltung anhand mehrerer Fälle dargestellt hat. Hohe Kosten verursachen dabei neben Medikamenten auch Arztkosten (Belegarzt) bzw. Fremdleistungen.

Die Beispiele von Prof. Dr. med. Guido Beldi zeigen, dass in einem Universitätsspital hochteure Fälle bei Unterdeckung meist Erlöseinbussen von zwischen 20 000 und 50 000 Franken verursachen. Allein 7,6% der Fälle in seiner Klinik weisen ein Defizit von über 20 000 Franken auf. In Einzelfällen gibt es sogar Fehlbeträge von über 200 000 Franken. Im kleinen Spital der Grundversorgung lagen die Verluste durchschnittlich zwischen 15 000 und 30 000 Franken.

Untervergütete Hochkostenfälle sind auch an kleinen Spitälern möglich.

Erste Lösungsansätze in Deutschland

2006, zwei Jahre nach der verbindlichen Einführung von Fallpauschalen im stationären Sektor, wurde in Deutschland die Unterdeckung bestimmter hochteurer Fälle bereits intensiv diskutiert und nach möglichen Wegen gesucht, das Problem anzugehen.

Die Spitäler, die Kosten- und Leistungsdaten zur Pflege und Weiterentwicklung der deutschen Fallpauschalen liefern, können separat Daten von untervergüteten Hochkostenfällen erheben. Auf dieser Grundlage fand man für verschiedene DRGs und Konstellationen Lösungen innerhalb des Fallpauschalen-Systems. Einige Schwerpunkte sind dabei die Intensivmedizin, die Versorgung von Kindern, Mehrfacheingriffe sowie Mehrzeitigkeit der Prozeduren. So wurden beispielsweise die Beatmungs-DRGs weiter differenziert, Codes für Komplexbehandlungen geschaffen oder datenbasiert Altersplits eingeführt. Für seltene, aufwendige chirurgische Fälle bestehen im deutschen DRG-System beispielsweise spezifische DRGs. Die Schweiz konnte durch die Übernahme einiger dieser Umbauten in SwissDRG von den Erkenntnissen profitieren. Die in Deutschland verfügbaren über 150 bewerteten und unbewerteten Zusatzentgelte [8] tragen ebenfalls zu einer verbesserten Abbildbarkeit erbrachter Leistungen bei. Zusatzent-

gelte helfen, den Umfang der Untervergütung bei aufwendigen und hochteuren Einzelfällen zu reduzieren. Gleichzeitig verhindern sie eine systematische Verzerrung der Leistungsvergütung.

Zwar sind diese Lösungen Schritte in die richtige Richtung, sie reichen aber bei weitem nicht aus, um die generierten finanziellen Verluste bei bestimmten Patientengruppen zu minimieren. Immer wieder werden deshalb auch in Deutschland trotz 10-jähriger Erfahrung mit Fallpauschalen weiterführende Lösungsmöglichkeiten diskutiert.

Gute Lösungen für die Schweiz sind gefragt

Die SwissDRG AG beobachtet die weiteren Entwicklungen in Deutschland und prüft diese im Hinblick auf eine mögliche Übernahme in das Schweizer System. Zudem hat die SwissDRG AG nach zahlreichen Vorstössen der FMH datenbasiert 28 Zusatzentgelte für die SwissDRG-Version 3.0 kalkuliert.

Das allein reicht nicht aus - zusätzliche Massnahmen sind gefordert. Gemäss der SwissDRG AG können Lösungen für die Abgeltung von Hochkostenfällen gegebenenfalls auch ausserhalb der Tarifstruktur erarbeitet werden, sollte eine Differenzierung im Fallpauschalensystem nicht möglich sein.

Nun gilt es, dass die SwissDRG AG zusammen mit ihren Partnern entsprechende Lösungen erarbeitet. Die FMH wird sich auch weiterhin dafür einsetzen, dass Hochkostenfälle leistungsgerecht vergütet werden.

Literatur

- 1 VUD-Herbstforum: Unikliniken auf der Suche nach der gerechten Finanzierung. In: Das Krankenhaus, 11/2012. S. 1177.
- 2 Präsentation «Weiterentwicklung des DRG-Systems», Dr. med. Andreas Tecklenburg, Vorstand Krankenversorgung, MHH Medizinische Hochschule Hannover 2012.
- 3 Neue Zürcher Zeitung, 17. November 2012, «Hochdefizitäre Patienten und teure Kurzlieger».
- 4 vgl. www.swissdrg.org
- 5 Prof. Dr. med. Guido Beldi, Universitätsklinik für Viszerale Chirurgie und Medizin, Bereich Chirurgie, Inselspital Bern.
- 6 PCCL: Patient Clinical Complexity Level; patientenbezogener Gesamtschweregrad unter Berücksichtigung der Komplikationen und Komorbiditäten.
- 7 Kerstin Schlimbach Neuhauser, Leitende Ärztin Innere Medizin, Spital Einsiedeln.
- 8 Bei einem bewerteten Zusatzentgelt ist ein Preis kalkuliert, die Vergütungen unbewerteter Zusatzentgelte werden zwischen den Leistungserbringern und den Krankenversicherern verhandelt.