



Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling e.V.

Kurzbericht SwissDRG Forum am 24.09.2007 in Basel

1. Tagungseröffnung (Dr. jur. Carlo Conti)

- Die Vorbereitungen für die Gründung der SwissDRG AG sind fast abgeschlossen. Das Casemix-Office (CMO) soll am 1.1.2008 in Bern eröffnet werden. Die Aktionäre haben Herrn PD Dr. med. Simon Hölzer zum Geschäftsführer des Casemix-Office berufen.
- Ab 2010 ist die Einführung des SwissDRG-Systems in vielen Spitälern zu erwarten. Ab 2011 ist eine flächendeckende Einführung zu erwarten.

2. Wie reift ein DRG-System? (Dr. med. Frank Heimig)

- Beginn in Deutschland war im Jahr 2003 mit dem G-DRG-System Version 1.0 mit 664 Fallgruppen.
- Am 21.09.2007 haben die Selbstverwaltungspartner in Deutschland der Vereinbarung zum DRG-System 2008 mit 1.137 Fallgruppen zugestimmt.
- Trotz Erhöhung der Fallgruppenanzahl können immer mehr Fälle in immer weniger Fallgruppen abgebildet werden. Das heißt, dass die meisten Krankenhäuser in Deutschland mit unter 250 Fallgruppen auskommen.
- In der Schweiz sollen im Gegensatz zu manch anderen Ländern die Fallgruppenkosten auf Vollkostenbasis kalkuliert werden.
- Ungeeignete Kalkulationsverfahren bewirken: Kompression, systematische Benachteiligung medizinischer Spitzenleistung. Aufgrund von Messfehlern erscheinen unterschiedliche Leistungen pauschalierbar.
- Ein gutes/reifes DRG-System leistet: faire Preise, Abbildung hochkomplexer Leistungen, keine systematische Fehlvergütung bestimmter Fallkonstellationen. Eine adäquate Abbildung jedes Einzelfalles ist nicht möglich und nicht erforderlich.
- Auswirkungen der Einführung eines DRG-Systems: Transparenz, Vergleichbarkeit, Thematisierung ökonomischer Effizienz, Mobilisierung von Effizienzreserven, Rückgang der Verweildauer, kompensatorischer Fallzahlenanstieg, Vergleichbarkeit der Leistungserbringer, Diskussionen zu Standardisierung, Behandlungspfaden und Qualität.

3. Das Spital im DRG-Zeitalter (Ralf Zehnder)

- Preisvergleiche sind nie 100%ig sachgerecht und für die Leistungsanbieter lästig.
- Spanne der Durchschnittskosten 2006 je Behandlungsfall in einer Region: 6.627,- SFR (Kantonsspital Winterthur) bis 9.412,- SFR (Schulthess-Klinik)
- Welche Auswirkungen bei der Einführung des DRG-Systems werden erwartet: Rückgang der Verweildauer, Verschiebung Richtung Ambulanz, Prozessorganisationen werden geändert. Aber auch ungewollte Prozessorganisationsänderungen, Upcoding, Patientenselektionen...
- Da die Pflegekosten circa 40% der Fallkosten ausmachen, sollten die Pflegeindikatoren im SwissDRG-System speziell berücksichtigt werden.
- Empfehlungen: Prozesse optimieren, Portfolios zunächst nicht ändern...
- Das CMO sollte finanziell gut ausgestattet werden, um unabhängig zu sein und Daten bezahlen und zeitnah auswerten zu können.

4. Helvetisierung SwissDRG: Resultate zur Grouper-Performance (Dr. med. Hervé Guillan, Dr. med. Martin Braun, Christian Jakobs)

- Für das SwissDRG-System musste der CHOP (Versionen 8.0 und 9.0, circa 3.800 Kodes) und der deutsche OPS (Version 2006, circa 22.000 Kodes) gemapped

werden. Dadurch konnte ein nativer Grouper programmiert werden. Danach erfolgte ein Logical Mapping, ein erweitertes Logical Mapping und ein Rückwärtsmapping.

- Datengrundlage für die Kalkulation in der Schweiz: 733.604 Fälle (2004/2005), 35 Spitäler (2004/2005)
- Mögliche Ergebnisse bei der Kalkulation waren: Leere DRGs (z.B. Beatmungs-DRGs wegen fehlender Beatmungsstundenerfassung), Fehler-DRGs, nicht kalkulierbare DRGs, bewertbare und kalkulierbare DRGs
- Von 954 DRGs (2006) wurden lediglich 140 nicht getroffen. 814 DRGs wurden getroffen, davon konnten 586 bewertet werden (82% der Fälle). Die Daten wurden nur grob plausibilisiert.
- Ein Problem ist noch die fehlende Erfassung der Beatmungsstunden. Dadurch kommt es zu einem Kompressionseffekt. Beispiel DRG E64A: Mittlere Kosten Schweiz: 25.584,- SFR - Mittlere Kosten Deutschland: 5.537,- SFR

5. Helvetisierung SwissDRG: Vom Grouper Version 0.0 zu 0.1 (Dr. Walter Bossard)

- Anfang 2008 soll ein Grouper ohne Kostengewichte, im Verlauf des Jahres 2008 ein Grouper mit Kostengewichten zur Verfügung stehen.
- Es sollen vorerst keine Zusatzentgelte definiert werden (Grouper 0.0 und 0.1)
- Die Kodierrichtlinien für die Schweiz sollen an die deutschen Kodierrichtlinien angenähert werden.

6. Der Versicherer im DRG-Zeitalter (Fritz Britt)

- Versicherer wollen im Spitalbereich Kosten sparen, weil die Kosten im Spitalbereich den größten Anteil der Gesamtausgaben ausmachen.
- Der Kostendruck kann einen positiven Einfluss bewirken.
- Art. 49a Abs. 2 KVG legt fest, dass der Kanton jeweils 9 Monate vor dem neuen Kalenderjahr den für alle Kantonseinwohner geltenden kantonalen Anteil festlegt. Der kantonale Anteil beträgt mindestens 60% (NR: 55%)...
- Perspektiven: Leistungsorientierte Abgeltung, einheitliche Finanzierung, Qualitätswettbewerb, Transparenz, Preisdenken statt Kostenübernahme.
- Forderungen der Versicherer: Datenlieferungen und Rechnungskontrollmöglichkeiten, keine zu starke Ausdifferenzierung, wenig Zusatzentgelte, Qualitätskontrollen.
- 3 Instrumente für Rechnungskontrollen: Codier-Revision, Kosten-Controlling (Auffälligkeiten, Benchmark), Rechnungskontrolle im Einzelfall
- Vorbild Deutschland für Datenlieferungen: Datenlieferung nach § 301 SGB V
- Risiken: Zu frühe Entlassungen, Senkung des Ressourcenverbrauchs unter das medizinisch notwendige Mindestmaß...

7. Der Kanton im DRG-Zeitalter (CE Pierre-Yves Maillard)

- Erfahrungsbericht zur Fakturierung im Kanton VD
- Drei Instrumente: Der Kanton steuert über Leistungsaufträge, über Investitionen und über ein Informationssystem, das nicht nur finanzielle Parameter erfasst, sondern auch medizinische Leistungsdaten (bald Qualitätsdaten).

8. SwissDRG - die Sicht des Bundes (Dr. med. Peter Indra)

- Rolle des Bundes: Rechtssetzungsbehörde und Genehmigungsbehörde
- Kompetenz des Bundesrates: Festlegung (u.a. Einführungszeitpunkt, Modalitäten), Genehmigung (u.a. Tarifvertrag inkl. Tarifstrukturen) und subsidiär Festsetzung der Tarifstrukturen und Organisation.
- Ziele des KVG: Solidarität, Versorgungssicherheit, Qualität, Kosteneindämmung
- Aktuelle Revisionsthemen für das KVG: Gesamtstrategie, Vertragsfreiheit, Prämienverbilligung, Kostenbeteiligung, Spitalfinanzierung, Managed Care, Pflegefinanzierung

- Beschluss vom 27./28.08.2007: Die Krankenversicherer sollen einen Vorschlag machen, welche Daten für ihre Aufgabenerfüllung notwendig sind. Diese sollen Sie dann erhalten. Eine pauschale Weiterleitung aller Patientendaten soll nicht erfolgen.
- Forderungen des Bundes: Kostenneutrale Einführung, Datenschutz, Kodierkontrolle, Rechnungskontrolle, Einheitliches Qualitätsmonitoring, Transparenz (auch für Patienten), sektorübergreifende Fallpauschalen und langfristige Kosteneindämmung.

9. **Wie vertragen sich Ökonomie und Medizin? (Prof. Dr. med. Karl Lauterbach)**

- Die Hoffnung der Politik für die Einführung des DRG-Systems in Deutschland war eine Kosteneindämmung. Diese Hoffnung hat sich nicht erfüllt.
- Die Anzahl der Krankenhäuser ist von 2411 im Jahr 1991 auf 2166 im Jahr 2004 gesunken.
- Die optimale Krankenhausdichte liegt vermutlich bei einem Abstand von circa 40 km zwischen den Krankenhäusern. Wenn die Dichte höher ist, kann die Qualität der medizinischen Versorgung sinken, weil der Erfahrungsschatz der einzelnen Leistungserbringer kleiner wird. Wenn die Dichte niedriger ist, kann die Qualität der medizinischen Versorgung sinken, weil die Erreichbarkeit der Krankenhäuser für Patienten schlechter wird. Das würde bedeuten, dass die Anzahl der Krankenhäuser in Deutschland mit 832 noch ausreichend wäre (Wegfall von 1334 Krankenhäusern entsprechend 62%). Vermutlich liegt eine sinnvolle Anzahl der Krankenhäuser bei circa 1/3 weniger als heute.
- Internationale Beobachtungen zeigen, dass die durchschnittliche Verweildauer über alle Fälle zukünftig bei circa 5 Tagen liegen wird.
- Alle DRG-Systeme schaffen eine ausreichende Transparenz über das Leistungsgeschehen. Kein DRG-System schafft aber ausreichende Transparenz über die Qualität der medizinischen Versorgung. Zum Ende des Jahres 2007 wird sich die Situation in Deutschland deutlich ändern, weil dann Qualitätsdaten einzelner Krankenhäuser öffentlich gemacht werden. In Deutschland gibt es sehr große Qualitätsunterschiede bei der medizinischen Versorgung.
- Schwere Fälle sind in der Regel in einem pauschalierten System zwar unterfinanziert, trotzdem lohnt es sich gerade für kleinere Krankenhäuser schwere Fälle zu behandeln, weil dadurch ein großer Teil der Fixkosten bezahlt werden kann. Damit dann die Qualität medizinischer Versorgung nicht leidet sollten in einem DRG-System deshalb Mindestmengen definiert werden.
- Grundsätzliche Empfehlung: Implementierung der DRG-Begleitforschung

10. **Hinweise**

- Der Bericht wurde mit größter Sorgfalt erstellt. Es besteht kein Anspruch auf Vollständigkeit und Richtigkeit.
- Verantwortlich für den Inhalt: Dr. med. Sascha Baller M.Sc.
- Kontakt: Dr.Baller@medizincontroller.de