

Auswirkungen der Abrechnung der Spitalbehandlung nach Fallpauschalen

Weniger Einweisungen, Drehtüreffekt nimmt zu

Wie wirkt sich die ab 2012 obligatorische Fallpauschale (Diagnosis Related Groups – DRG) für die stationäre Spitalbehandlung in der Schweiz aus? Spitalaufenthalte nehmen ab, doch der Drehtüreffekt, die erneute Einlieferung ins Spital nach drei Monaten, nimmt zu. Die Aufenthaltsdauer geht insgesamt in allen Spitälern zurück und in den Fallgewichten, in der Einstufung des Schweregrads der Erkrankung, besteht zwischen den Regionen mit oder ohne DRGs kein Unterschied. Zu diesem Resultat kommt eine Studie des Instituts für Evaluative Forschung in der Medizin (IEFM) der Universität Bern.

Ab 2012 werden die stationären Leistungen aller Spitäler nach einem neuen Schlüssel finanziert, wonach die Kantone mindestens 55 % und die Krankenversicherer maximal 45 % der Kosten zu übernehmen haben. Gleichzeitig wird die Spitalbehandlung der Patienten nicht mehr nach den effektiven Kosten des einzelnen Spitals, sondern nach den durchschnittlichen Aufwendungen für eine Behandlung gemäss einer diagnosebasierten Fallpauschale (Diagnosis Related Groups - DRG) abgerechnet. In den Spitälern werden die Patienten aufgrund ihrer Erkrankung als Fallgewicht eingestuft (vgl. Definition Fallgewicht). Die neuen Fallpauschalen sollen für mehr Transparenz sorgen und damit Vergleiche unter den Spitälern besser ermöglichen. Ob die angestrebten Effekte tatsächlich eintreffen, werden weitere Versorgungsforschungs-Studien nachweisen müssen. Dazu steht das Bundesamt für Gesundheit (BAG) in der Pflicht, denn die Wirkungen des Krankenversicherungsgesetzes sind gemäss Artikel 32 der Krankenversicherungsverordnung (KVV) zu untersuchen.

Das Institut für Evaluative Forschung in der Medizin (IEFM) der Universität Bern zeigt nun in einer ersten Untersuchung, wie sich die neue Abrechnung nach DRG im Vergleich zur bisherigen Finanzierung auswirkt. Möglich wurde dieser Vergleich, weil in der Vergleichsperiode von 2003 bis 2007 bereits neun Kantone die stationäre Spitalfinanzierung in einer Vorläuferversion der DRG abgerechnet haben. Basierend auf Daten, die das Bundesamt für Statistik und der Verband der Schweizerischen Krankenversicherer Santésuisse zur Verfügung stellten, teilte das IEFM die Schweiz in 86 Versorgungsgebiete ein, welche die effektiven Patientenbewegungen in die Spitäler widerspiegeln.

Die Resultate der Studie ergeben für die 86 Versorgungsgebiete folgendes Bild:

- **Weniger Spitaleinlieferungen:** Durchschnittlich wurden Regionen mit DRG Abrechnung 2.8% weniger Spitaleinlieferungen beobachtet.
- **Längerer Spitalaufenthalt:** In den DRG-Versorgungsgebieten stieg der Spitalaufenthalt von 2003 bis 2007 auf 7,5 Tage, respektive um 2,5 % an, während in den Gebieten ohne DRG der Aufenthalt auf 7,6 Tage, respektive um 14,3 % abnahm.
- **Drehtüreffekt:** Der Anteil der Rehospitalisationen innerhalb 90 Tage (Drehtüreffekt) war in DRG Regionen je nach Jahr 7-18% höher als in Regionen ohne DRG.
- **Keine deutlichen Unterschiede der Fallgewichte pro 1000 Einwohner im stationären Bereich:** Im Durchschnitt 1.1 % niedrigere Fallgewichte pro Bevölkerung in DRG-Regionen. Insgesamt 2-fache regionale Unterschiede der Fallgewichte pro Bevölkerung (siehe Karte)
- **Zunehmende Verlagerung von Leistungen in den ambulanten Bereich:** In den DRG-Gebieten nahm der Anteil der ambulanten Behandlungen stärker zu als in den Gebieten ohne DRG. Konkret nahm in DRG-Regionen das Verhältnis zwischen Spitalbehandlung und der Behandlung in der Arztpraxis um 10% zu Gunsten der ambulanten Versorgung

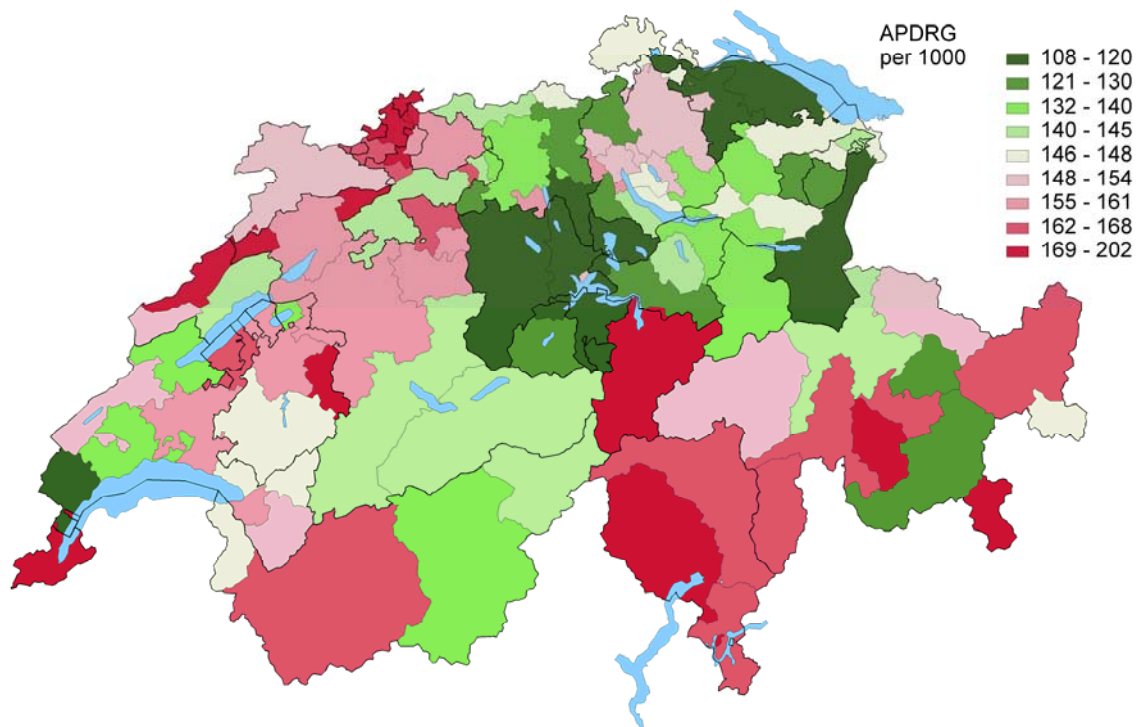
zu, während in den nicht DRG-Regionen der ambulante Anteil um 2 % abnahm..

Regionales Gefälle in der Spitalmortalität

Aufgrund der Tatsache, dass das Bundesamt für Statistik die stationäre Spitalbehandlung der 15 Kantone ohne DRG-Abrechnung ebenso nach der DRG-Vorläuferversion – der All Patient DRG (APDRG) – umgerechnet hat, kann die Studie auch generelle Aussagen über die Unterschiede der Spitalversorgung in den einzelnen Regionen machen. Auffallend sind die grossen regionalen Unterschiede in der Spitalmortalität. Während beispielsweise im Puschlav von 1000 hospitalisierten Patienten 38 im Spital sterben, sind es in der Gegend von Wohlen AG nur deren 13 Patienten. Dieser grosse Unterschied lässt jedoch keine Schlüsse auf die Qualität der Spitalversorgung zu. Im Allgemeinen geht offenbar die Tendenz dahin, dass Sterbensranke ihre letzten Tage ausserhalb des Spitals verbringen. Die Spitalmortalität hat nämlich von 2003 bis 2007 abgenommen, um 3 % in Spitälern mit DRG, respektive um 6,7 % in Spitälern ohne DRG.

Regionales Gefälle in der Einstufung des Krankheitsschweregrads

Karte: Durchschnittliche Anzahl APDRG Fallgewichte pro 1000 Einwohner der Jahre 2003-2007



Hohes Gefälle in der Einstufung des Schweregrads der Erkrankung (Fallgewicht) in den Versorgungsregionen: Während in den dunkelgrünen Gebieten, wie z.B. im Entlebuch, die Summe der DRG-Fallgewichte der Spitalpatienten pro 1000 Bewohner zwischen 108 und 120 Punkten lag, betrug in den dunkelroten Spitalregionen, z.B. in Baselstadt, die Summe der Fallgewichte pro 1000 Bewohner zwischen 169 und 202 Punkten.

Die regionalen Unterschiede in der Spitalmortalität und der Einstufung des Schweregrads der Krankheit lassen jedoch noch kein Urteil über die Qualität der Behandlung in den Spitälern zu. Zwei Schlüsse können jedoch gezogen werden:

- Die höheren Rehospitalisationsraten in DRG-Regionen stellen eine Verbesserung der Behandlungsqualität aus Sicht der Bevölkerung infrage. In Bezug auf die Qualitätssicherung nimmt die Kosteneffektivität ab, d.h. man erhält für das gleiche Geld weniger Qualität
- Die grossen regionalen Unterschiede in der Spitalmortalität weisen auf unterschiedliche Behandlungspfade von schwerkranken Patienten hin.

Die Versorgungsforschung wird erst einmal alle Behandlungsketten analysieren müssen, damit man eine Effizienzsteigerung im Gesundheitswesen auf wissenschaftlicher Grundlage vorschlagen kann. Insbesondere gilt es, die beträchtlichen regionalen Unterschiede, für die es kaum nur medizinische Gründe gibt, ersten zu erklären und zweitens zu minimieren.

DEFINITION

Fallgewicht

Während in den Spitälern Deutschlands seit 2003 für die Kostenabrechnung das Fallpauschalsystem gilt, bekannt unter dem Kürzel DRG (Diganosis Related Groups = Behandlung nach diagnosenbasierter Fallpauschale), will die Schweiz ab 2012 dieses System unter SwissDRG für die Spitäler einführen. 2007 hatten bereits in neun Kantonen etwa 100 Spitäler die Abrechnung nach einer Vorläuferversion des SwissDRG eingeführt.

Die Fallpauschale in Franken setzt sich zusammen aus:

- Fallgewicht, das bestimmt wird durch den Schweregrad der Diagnose, die berechnet wird aus Haupt-und Nebendiagnose, z.B. Bluthochdruck (Hypertonie), inklusive Komplikationsrate und Komorbidität (CC)
- Basisrate von zirka 10'000 Franken (hängt von Kanton und Spital ab)

Fallgewicht x Basisrate = Fallpauschale

Beispiel: Eine Hypertonie mit äusserst schwerem CC, trägt den DRG-Code F67A und die Berechnungsziffer 0,876. Diese wird multipliziert mit der Basisrate, was Fr. 8'760.— ergibt. Dazu wird noch ein Abschlag oder Zuschlag verrechnet, gemäss der Aufenthaltsdauer des Patienten im Spital.