

## **Können wir uns eine Dreiklassenmedizin sozial leisten?**

Handout der 1. Gesundheitsarena der BGKS-Healthcare.

Panelteilnehmer: Prof. Dr. Ueli Mäder, Dr. iur. Carlo Conti,  
Thomas Cueni, Dr. rer. pol. Gerhard Kocher

Moderation: Dr. med. Michel Romanens

Datum: 4. Mai 2010



## Anmerkungen und Literaturhinweise.

### Fallpauschalen und Risikostrukturausgleich.

#### Hintergrund/Hypothese:

Herr BR Didier Burkhalter bezeichnete im BaZ Interview vom 23.01.2010 Managed-Care Programme sowie einen verbesserten Risikostrukturausgleich als Hauptaufgaben künftiger Gesundheitspolitik des Bundes. Risikoausgleich soll dort verbessert werden, wo hohe Behandlungskosten durch Pauschalpreise oder Prämien ungenügend abgedeckt sind. Würde dies nämlich nicht gemacht, würden Institutionen wie Spitäler oder Krankenkassen bankrott gehen, welche teure Patienten behandeln bzw. für die Behandlungskosten aufkommen müssen.

Die Formel zur Definition des Risikoausgleichs beinhaltet Variablen, welche die erwarteten Behandlungskosten mehr oder weniger gut abbilden. Die wichtigsten sind: Alter und Geschlecht (DEMO), Hospitalisation im Vorjahr (HOSP), pharmaceutical cost groups (PCG), diagnosis related cost groups (DRG). Je nach Literatur bilden die beiden Variablen Alter und Geschlecht (demographischer Risikoausgleich) lediglich 6-11% der Behandlungskosten ab [1], DEMO+HOSP ca 16% der Versicherungskosten der Krankenkassen. DRG decken gemäss SwissDRG Erhebung 2007 48% der Spitalbehandlungskosten ab [2].

[1] <http://physicianprofiling.ch/PHYBeck2.pdf>

[2] <http://physicianprofiling.ch/SwissDRGRisikoausgleich2007.pdf>

- Die DRG bezogenen Indikatoren erklären lediglich 48% der Kostenvariabilität. Das heisst, dass rund 52% der Kosten nicht durch die DRG abgebildet werden. Welche Garantien bestehen, dass komplexe und teure Fälle, sogenannte Inliers und Outliers, trotzdem adäquat finanzierbar bleiben?
- Werden Patienten mit Extremkosten separat behandelt oder geht der Weg über Upcoding mittels Nebendiagnosen, also der Erhöhung des Clinical Complexity Levels PCCL?
- Die Baserate ist jene Menge Geld, welche pro Fall im Schnitt verfügbar gemacht wird. Wer setzt die Baserate fest und in welchen Zeiträumen sind solche Änderungen möglich?
- Besteht die Gefahr, dass über eine Senkung der Baserate Spitäler unwirtschaftlich werden, welche grundsätzlich eine gute Arbeit leisten?
- Sollte der Risikostrukturausgleich unter den Krankenkassen verbessert werden? Falls Nein: warum nicht? Falls Ja: welche Variablen sollten Verwendung finden?

#### Risikoausgleich bei Wirtschaftlichkeitsverfahren

Bei den Ärzten führen die Krankenkassen Wirtschaftlichkeitsverfahren durch. Anhand der ANOVA Methode werden die Kosten unter den Aerzten lediglich unter der Berücksichtigung des demographischen Risikoausgleichs verglichen. Zur Entschärfung der Beurteilung, welche also keine Morbiditätsvariablen kennt, wird dem Arzt ein Risikoausgleich von zusätzlich 30% zugestanden. Damit sind zwei Drittel der Arztkosten nicht erfasst. Da diese Methode für Panik unter den Aerzten sorgt, entsteht eine versteckte Rationierung, zu welcher sich die Aerzte wegen des faktischen Globalbudgets veranlasst sehen.

- Soll bei den Wirtschaftlichkeitsverfahren der bisherige demographische Risikoausgleich gelten oder sind hier Verbesserungen notwendig?
- Falls nein, warum nicht? Falls Ja: welche Variablen wären zusätzlich hilfreich (PCG)? Oder soll die Toleranzgrenze erhöht werden, z.B. von 30% auf 90%?

#### Fallpauschalen in den Spitalambulatorien

Die Fallpauschalen können dazu führen, dass ein Spital nicht mehr kostendeckend arbeiten kann, obwohl die geleistete Arbeit gut ist. Ein Ausweg kann darin bestehen, den Spitalambulatorien vermehrt Patienten zuzuweisen, um damit den dort gültigen TARMED Tarif zwecks Querfinanzierung des Spitals besser abzuschöpfen.

Herr RR Conti forderte deshalb die Ausdehnung der Fallpauschalen auf die Ambulatorien (NZZ vom 12.12.2009).

- Sind Fallpauschalen für die Ambulatorien oder zumindest für stationäre Patienten, welche anschliessend in den Ambulatorien weiter behandelt werden, weiterhin ein Thema?
- Falls Ja: wie wird verhindert, dass die fehlende Querfinanzierung nicht zu einer Kostenunterdeckung führen wird?

### **Begleitforschung zu den Fallpauschalen**

#### **• Mortalitätsstatistiken:**

Im Zuge der Revision des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) werden auf den 1. Januar 2012 für Spitalaufenthalte schweizweit leistungsbezogene Fallpauschalen eingeführt: Spitäler erhalten dann pro Patientin oder Patient aufgrund von bestimmten Kriterien – zum Beispiel anhand einer Diagnose – einen fixen Pauschalbetrag. Die FMH ist Aktionärin der SwissDRG AG, welche die Tarifstruktur des neuen Fallpauschalensystems erarbeitet und pflegt. Ein aus Sicht der FMH wichtiger Faktor für eine erfolgreiche Einführung von SwissDRG stellt die frühzeitige Etablierung einer Begleitforschung dar. Nur damit lassen sich Fehlanreize rechtzeitig erkennen und mit entsprechenden Gegenmassnahmen beseitigen. Die FMH fordert deshalb eine Reihe von Monitor-Indikatoren in einem Thesenpapier [4]. In diesem Papier werden u.a. auch Mortalitätsstatistiken empfohlen. Mortalitätsstatistiken können jedoch dazu führen, dass Patienten mit hohem Sterberisiko aber klarer Indikation für die medizinische Intervention nicht mehr behandelt werden. Für diesen Effekt existiert bereits ein Name: Risk Avoidance Creep [5]. Die Wertigkeit von Mortalitätsstatistiken als Benchmarkinstrument und damit indirekt auch zum Monitoring unerwünschter Nebeneffekte der Fallpauschalen wird in der Literatur angezweifelt, dazu existiert eine Übersichtsarbeit [6]. In dieser Arbeit werden Audits vorgeschlagen, welche national unvorhergesehene Todesfälle erfassen (Meldepflicht, Sentinella-Methode) und dann vor Ort in einem detaillierten Prüfverfahren beurteilen, ob und welche Fehler bei der Behandlung des Verstorbenen allenfalls gemacht wurden. Diese Audit-Methode kann grundsätzlich auch auf die Prüfung der Indikationsstellung für medizinische Interventionen ausgedehnt werden. Damit könnten nicht sachgerechte Ausweitungen von Indikationen zwecks besserer Abschöpfung von Fallpauschalen erfasst werden.

#### **• NVQ / ANQ ([www.anq.ch](http://www.anq.ch)):**

Die SwissDRG hat beschlossen, die Begleitforschung zu delegieren. Die nationale Gesellschaft für Qualitätssicherung KIQ und der Interkantonale Verein für Qualitätssicherung und -förderung IVQ legen im März 2009 ihre Organisationen zusammen. Der neue Verein heisst Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken. Damit liegt die Qualitätssicherung der Schweizer Spitäler und Kliniken neu in einer Hand. Die Messung der Patientenzufriedenheit mit dem Fragebogen PEQ 09 und die Infektionsraten nach bestimmten operativen Eingriffen gemäss SwissNOSO.

#### **• BERNCA Forschung der Universität Basel (Maria Schubert, MNS, is Research Assistant, Institute of Nursing Science:**

Der BERNCA Index misst anhand eines validierten strukturierten Fragebogens mit ca. 60 Fragen die Patientenzufriedenheit sowie Angaben des Pflegepersonals zur Häufigkeit von Komplikationen in Relation zur „gefühlten“ Arbeitsbelastung.

Erfragte Komplikationen sind:

- Gefühlte Implizite Rationierung
- Anzahl Pflegefachpersonen pro Patient
- Fehler bei der Medikamentenabgabe
- Stürze der Patienten (patient falls)
- Nosokomiale Infektionen
- Critical Incidents Reporting
- Druckgeschwüre (pressure ulcers)

Diese Forschung wurde zunächst in 8 CH Spitälern validiert, zurzeit läuft diese Forschung in 34 Kliniken für alle Spitalkategorien. Der **BERNCA-Index** [7] ist validiert und würde gestatten eine Korrelation zu erstellen vor und nach der Einführung von Fallpauschalen.

#### **• Rehospitalisationsraten/Prof. Busato, Uni Bern:**

Gemäss dem Institut für Evaluative Forschung in der Medizin (IEFM, Universität Bern) zeigt die Erforschung von Unterschieden in 86 Versorgungsgebieten:

##### **• 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. Dies deutet darauf hin, dass schwerere Krankheiten behandelt wurden, wo wahrscheinlich auch höhere Fallpauschalen abgerechnet werden können. Mit höheren Fallgewichten könnte das Spital bessere Gewinne erzielen.

• **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. [8]

[4] [http://www.fmh.ch/files/pdf2/FMH\\_Konzept\\_Begleitforschung.pdf](http://www.fmh.ch/files/pdf2/FMH_Konzept_Begleitforschung.pdf)

[5] <http://physicianprofiling.ch/SwissDRGKonsensNotwendigkeitimMonitoring08102009.pdf>

[6] <http://physicianprofiling.ch/AuditsInMedicine.pdf>

[7] <http://physicianprofiling.ch/references.htm#102> (mit 4 pdf der Originalarbeiten)

[8] <http://physicianprofiling.ch/DRGRehospitaliationBusato2010.pdf>

- Ist der Risk Avoidance Creep ein Problem für die Patientensicherheit?
- Welche Monitoring-Instrumente erfassen am besten Probleme der Fallpauschalen?
- Ist der Vorschlag, anhand von Audits Qualitätskontrollen durchzuführen gut, falls ja, realisierbar? Finanzierbar? Wer sollte die Audits orchestrieren?
- Genügen die Begleitforschungsprogramme der ANQ zu Patientensicherheit und Infekten nach Eingriffen?
- Ist der BERNCA-Index eine valable Begleitforschung für die Fallpauschalen-Aera?
- Ist die Begleitforschung des IEFM sinnvoll?

**Akutbettenbestand, Spitalschliessungen und Pflegenotstand**

Gemäss OECD Daten verfügt die Schweiz über 3.4 Akutbetten pro 1000 Einwohner, der OECD Mittelwert beträgt 5.6, der Wert für Deutschland 5.2. Zudem beträgt die Auslastung der Akutbetten im Vergleich zum Mittelwert der OECD-Länder überdurchschnittliche 87%. Gemäss verschiedenen Quellen sollen in der Schweiz aus Wirtschaftlichkeitsgründen 100 Spitäler geschlossen werden.

[7] <http://physicianprofiling.ch/RomanensTageszensusApril1983.pdf>

Gemäss dem FMH Beauftragten für die DRG, Herr Dr. med. P.-F. Cuénoud, Mitglied des Zentralvorstands der FMH, Verantwortlicher Ressort SwissDRG könnte das Jahr 2012 zu früh sein für die Einführung der DRG (im folgenden seine Zitate):

- Das Bundesamt für Statistik verfügt nicht über die notwendigen Ressourcen, um die zahlreichen Verbesserungsvorschläge für die Operationsklassifikation CHOP zu bewältigen, die unsere Fachgesellschaften sehr sorgfältig und engagiert erarbeitet haben. Doch die notwendigen Anpassungen am Statistik-Instrument sind unbedingt rasch vorzunehmen, damit sie bei den nächsten Datenerfassungen berücksichtigt werden und somit in die Logik des Systems einfließen können. Um diese Anpassung der CHOP zu beschleunigen, hat die SwissDRG AG dafür gesorgt, dass zwei Spezialisten dem BFS während mehreren Monaten unter die Arme greifen.
- Die Qualität der in den Referenzspitälern erfassten Spitaldaten lässt teilweise zu wünschen übrig, da die Kostenstellenrechnung unserer Spitäler oft noch zu wenig genau ist. Dies führt zwangsläufig zu Ungenauigkeiten bei der Berechnung der Kosten. Das Handbuch REKOLE enthält Empfehlungen für die Erstellung einer glaubwürdigen und umfassenden Kostenstellenrechnung: H+ Die Spitäler der Schweiz machen Druck auf seine Mitglieder, damit sich alle möglichst rasch daran halten.

- Es macht Sinn, die Investitionen und die Kosten für die Benutzung der Anlagen in den DRG zu berücksichtigen. Dies stellt allerdings eine Neuerung gegenüber den DRG-Systemen dar, die bisher zum Einsatz kommen und die im Ausland gelten. Das Festlegen dieser Beträge wird sich schwierig gestalten, da viele Spitäler über Aktiven ohne direkten Bezug zu ihrem Gesundheitsauftrag verfügen. REKOLE sieht vor, wie die damit verbundenen anrechenbaren Kosten zu erfassen sind, doch die Verordnungen des Bundes sind restriktiver. Daher wurde eine vergleichende Analyse der beiden Systeme in Auftrag gegeben.
- Die Finanzierung von Innovationen ist noch nicht geregelt. Im Grundsatz ist sie zwar unbestritten, doch die Modalitäten sind noch festzulegen. Diese können von Einzelverhandlungen jedes Versicherers mit jedem Leistungserbringer bis zu einer Anerkennung reichen, welche die Partner auf einer breiteren Ebene verpflichtet – allenfalls unter Aufsicht der Kantone. Wenn die Frage bis zur Einführung des Systems geklärt sein soll, muss nächstens eine Entscheidung gefällt werden.

Margrit Kessler, Präsidentin der Schweizerischen Patienten-Organisation, befürchtet, dass die Fallpauschale zu einer «menschenunwürdigen Medizin» führe. Der Patient werde zur Ware und nur noch nach einem Code, aber nicht als Mensch behandelt. Sie fordert deshalb, auf das neue System zu verzichten oder zumindest ein fünfjähriges Moratorium einzuschalten.

### **Dreiklassen-Medizin: Schreckgespenst oder (ökonomische) Notwendigkeit**

Unter dem Zwang zur Ökonomisierung des Gesundheitswesens nehmen die Fallpauschalen als neues Steuerungsinstrument eine prominente Stellung ein. Es ist denkbar, dass aus Spargründen die Versorgungs- und Pflegequalität in den Spitälern abnimmt, ohne dass adäquate Instrumente zum Monitoring dieser Effekte existieren. Dies kann zu einer versteckten Rationierung und zu einer versteckten Abnahme der Versorgungsqualität führen. Zudem besteht die Gefahr der zu frühzeitigen Spitalentlassung aus Spargründen, eine Überlastung der nach geschalteten Versorgungsstrukturen (Pflegeheime, Übergangspflege). Das revidierte KVG sieht neu die sogenannte «Akut- und Übergangspflege» vor, die einen zeitlich befristeten Pflegebedarf von maximal 14 Tagen im Anschluss an einen Spitalaufenthalt abdeckt. KVG Art. 25a, Abs. 2 lautet: «Die Leistungen der Akut- und Übergangspflege, welche sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen und die im Spital ärztlich angeordnet werden, werden von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und vom Wohnkanton des Versicherten während längstens zwei Wochen nach den Regeln der Spitalfinanzierung (Art. 49a Abgeltung der stationären Leistungen) vergütet.» Im September hat der Bundesrat in einem Schreiben seinen Beschluss vom 24. Juni 2009 bekräftigt, wonach die neue Pflegefinanzierung definitiv ab 1. Juli 2010 gilt. Angesichts der vielen offenen Fragen hatten die Kantone eine spätere Inkraftsetzung verlangt.

- Ist die Übergangspflege ab 2012 in der Lage, den vermehrten Arbeitsaufwand aufzufangen?
- Besteht die Gefahr, dass finanziell schwächere Patienten einer qualitativ und quantitativ ungenügenden Pflegeversorgung ausgesetzt werden?
- Wird ausreichende Qualität der medizinischen Versorgung künftig von der Versicherungsklasse abhängen?

### **Aufhebung des KVG-Obligatoriums**

Gemäss Mittellandzeitung vom Sonntag, 18.04.2010 fordern z.B. Roland Borer und Toni Bortoluzzi die Aufhebung des KVG-Obligatoriums. Treibende Kraft hinter der Initiative ist Peter Kappert, Präsident der Klinikgruppe Swiss Leading Hospitals, welcher 21 Privatspitäler angehören. «Wir haben ein Systemproblem. Die Zwangsversicherung, welche von einer knappen Mehrheit des Volkes gegen den Willen vieler Leute beschlossen wurde, deckt viel zu viele individuelle Wünsche ab. Das hat zu einer Konsumentalität und zu einem Kostenschub geführt». Gemäss Zeitungsbericht sei allerdings das Gegenteil der Fall. Bis 1996 sind die Prämien stärker angestiegen als nach Einführung des Obligatoriums. Ferner fordert Toni Bortoluzzi: «Man sollte höhere Prämien für höhere Risiken verlangen. Chronisch kranke und ältere Versicherte würden in der Tendenz schlechter fahren, die Jüngeren günstiger». Und: «Wir müssen noch eine Prämienrunde abwarten, bis den Leuten der Kragen platzt». Dann würden die Chancen für eine Initiative für die Aufhebung des KVG-Obligatoriums höhere Chancen haben.

Dr. med. Michel Romanens, 01.05.2010

[www.vems.ch](http://www.vems.ch)

[info@vems.ch](mailto:info@vems.ch)