

Fallpauschalen in der Neugeborenenmedizin der Schweiz – eine Herausforderung auf vielen Ebenen

Olga Endrich, Bern, Agnes Genewein, Basel

2012 wurden in der Schweiz für die stationären Akutpatienten **Fallpauschalen** (DRGs *diagnosis related groups*) eingeführt. Die Vergütung der Spitäler erfolgt seither zu einem fixen Preis pro Behandlungsfall. Dadurch sollen die Spitäler angehalten werden, möglichst kostengünstig zu behandeln.

Basis dieses Vergütungssystems ist das **One-Hospital-Modell**, d. h. ein theoretisches schweizerisches Durchschnittsspital. Dazu werden von der Swiss-DRG AG mittels der von den Spitälern gelieferten Kostendaten die durchschnittlichen Kosten der Normallieger^a einer DRG berechnet und daraus das **Kostengewicht** ermittelt. Diese Kostengewichte werden jährlich von der Swiss-DRG AG im Fallpauschalen-Katalog publiziert.

Beispiel: Ein gesundes Neugeborenes hat gemäss Swiss-DRG-Katalog 7.0 (2018) ein Kostengewicht von 0.211 bei einer Normliegezeit von 2-6 Tagen. Die mittlere Aufenthaltsdauer beträgt 3.6 Tage.

Obere Outlier/untere Outlier

Die Vergütung von Patienten mit längerer Liegedauer als der Normliegezeit erfolgt mit einem Zuschlag. Bei den unteren Outliern erhält das Spital nicht das volle Kostengewicht, sondern der Fall wird mit einem Abschlag belegt. Die Berechnung der Ab-/Zuschläge erfolgt für jede DRG anhand der Gesamtkostenstruktur und der Differenzkosten. Bestimmte Falleigenschaften können nicht immer berücksichtigt werden, was zu Verzerrungen in Ab- und Zuschlägen führen kann.

Beispiel: P67D gesundes Neugeborenes: Geht es am Tag 1 nach Hause, so erhält der Fall ein Kostengewicht von $0.211 - 0.072 = 0.139$. Geht das Neugeborene am Tag 7 nach Hause, so erhält der Fall ein Kostengewicht von $0.211 + 0.039 = 0.250$.

Der **Erlös**, den das Spital von den Versicherungen erhält, errechnet sich aus den Kostengewichten pro Fall multipliziert mit dem **Basispreis** (Baserate). Diesen verhandelt jedes Spital individuell mit den Krankenkassen und der Invalidenversicherung. Im Idealfall werden mit dem Basispreis die Kosten eines Spitals gedeckt.

Ein Kostengewicht von 1.0 ist eine wichtige Bezugsgrösse. Für die finanzielle Steuerung des Spitals sind die **Fallnormkosten**, welche für das Kostengewicht von 1.0 entstanden sind wichtig. Die Fallnormkosten können für das gesamte Spital, aber auch für jede einzelne DRG berechnet werden. Liegen die Fallnormkosten über dem Basispreis, so schreibt das Spital für diese DRG bzw. DRG-Gruppe einen Verlust.

Die Höhe der Fallnormkosten ist von verschiedenen Einflussfaktoren abhängig, nämlich von Patientenmerkmalen, Strukturmerkmalen, ökonomischen Merkmalen und regional-politischen Grössen. Aufgrund dieser Vielfalt an Einflussgrössen sind Fallnormkosten kein ideales Mass für den ökonomischen Vergleich von Spitälern. Denn Patientenselektion, strukturelle Notwendigkeiten (Endversorgerspital) und Subventionen (Gemeinwirtschaftliche Leistungen) beeinflussen die Fallnormkosten erheblich. So konnte Widmer et al. (2017) in der Studie zu den Mehrkosten der eigenständigen Kinderspitäler zeigen, dass 99,6% der Kosten in diesen Spitälern über Patientenselektion oder Strukturmerkmale erklärt werden können¹⁾. Nur 0,4% sind damit nicht erklärbar und können auf Ineffizienzen hinweisen.

Einzigartig ist das **Benchmarkingverfahren** der Schweiz, bei welchem die Fallnormkosten verschiedener Spitäler verglichen werden, um daraus den Basispreis für das individuelle Spital zu ermitteln. Aktuell wird dabei auf das

40. oder sogar 20. Perzentil abgestützt. Dies bedeutet, dass 60% bzw. 80% der Spitäler im Bereich der Grundversicherung die entstehenden Kosten durch die Versicherer nicht gedeckt erhalten. Damit sollen die Spitäler gezwungen werden, günstiger zu produzieren. Die Deckung der ungedeckten Kosten der Spitäler erfolgt dann allerdings meist über die Zusatzversicherten Patienten. Kinder und Jugendliche sind in der Schweiz in der Regel jedoch nicht Zusatzversichert, weshalb die stationäre Kinder- und Jugendmedizin nicht bzw. kaum von der Zusatzversicherung profitieren kann.

Analyse der Fallpauschalen

Die Fallnormkosten können herangezogen werden, um zu analysieren, wie sich einzelne DRGs verhalten. Ist eine Gruppe gleicher oder sehr ähnlicher Patienten über die ganze Schweiz hinweg mit Fallnormkosten belegt, die regelmässig über oder unter den Basispreisen der verschiedenen Spitäler liegen, so kann daraus mit Einschränkung rückgeschlossen werden, dass die Kostengewichte für diese Patientengruppe zu niedrig bzw. zu hoch liegen. Dies ist insofern bedeutungsvoll, als dass es bei kleinen Patientengruppen oder aufgrund von Altersunterschieden rasch zu Verzerrungen kommen kann.

Anträge auf Korrekturen und Anpassungen zu Fallpauschalen können jährlich bei der Swiss-DRG AG eingereicht werden²⁾. Für den Prozedurenkatalog CHOP und die Kodierrichtlinien ist hingegen das Bundesamt für Statistik BfS zuständig³⁾. Auch dort können jährlich Anträge eingereicht werden. Die Umsetzung der Anträge ist langwierig und dauert in der Regel 5-6 Jahre. Deswegen können neue Behandlungsmethoden und innovative Therapien erst Jahre später im Swiss-DRG tarifwirksam abgebildet werden.

Datenqualität als Voraussetzung für eine gute Differenzierung von Fallgruppen

Für die Differenzierung der Fallgruppen ist die Qualität der Kostendaten und der medizinischen Statistik entscheidend. Eine präzise Abbildung der klinischen Situation und eine genaue Zuteilung der Kosten sind Grundlagen für die Tarifentwicklung. Problematisch können jene Diagnosekodes sein, welche keine Schweregradeinteilung erlauben. Diese ICD-

^a Normallieger (Inlier) = Die Normaufenthaltsdauer einer Fallpauschale wird durch die Swiss-DRG AG auf Basis der Spitaldaten statistisch ermittelt.

10 Kodes beinhalten bei den Neugeborenen gleichzeitig harmlose Adaptationsstörungen wie auch schwere Zustände, welche eine spezialisierte Betreuung erfordern. Eine mögliche Lösung ist die Abbildung des Behandlungsaufwandes über definierte Massnahmen, wie z. B. eine Komplexbehandlung auf einer IMC- oder ICU-Abteilung.

Besonderheiten der MDC 15 – Neugeborene

Die MDC^b 15 ist die Fallgruppe, in welcher alle Fallpauschalen der Neugeborenen zusammengefasst sind. Diese Fallpauschalen beginnen mit dem Buchstaben P. Dahinter folgt eine Zahl, die eine Untergruppe von Patienten zusammenfasst, und dann ein Buchstabe A bis D (bzw. E). In der Regel steht A für eine besonders kostenintensive und D für die günstigste Fallpauschale. Im Fallpauschalensystem wird jeder Fallpauschale ein Kostengewicht in Relation zum kalkulatorischen Kostengewicht von einem Punkt zugeordnet. Das Kostengewicht widerspiegelt den Ressourcenverbrauch und erklärt dadurch indirekt die medizinische Fallschwere.

Die Neugeborenen werden primär nach **Geburtsgewicht** und innerhalb der Gewichtsklassen nach Diagnosen und/oder Interventionen eingeteilt. Das Gestationsalter kann aktuell nur indirekt über das Geburtsgewicht berücksichtigt werden. Dies liegt in der Geschichte der Fallpauschalen begründet. Die Entwicklung der Fallpauschalen begann anfangs der 70er Jahre durch Fetter und Thompson an der Yale School of Management⁴⁾. Die exakte Bestimmung der Schwangerschaftsdauer mittels Ultraschall steckte zu dieser Zeit noch in den Kinderschuhen bzw. war

noch im Experimentierstadium. Extrem Frühgeborene hatten noch kaum Überlebenschancen und die Neonatologie als eigenes Fachgebiet war noch nicht etabliert. Das Verständnis der Pathophysiologie und die adäquaten Therapien waren noch wenig differenziert.

Das Geburtsgewicht war eine Möglichkeit, Gruppen mit ähnlichen ökonomischen Aufwänden abzubilden. Es sagt jedoch wenig über die Reife eines Neugeborenen aus. Die Gewichtsklassen normalgewichtiger Neugeborener (3.-97. Perzentile) umfassen denn auch rund 7 Wochen (vgl. Tab. 1)⁵⁾. Die Reife gilt jedoch bei Frühgeborenen, insbesondere auch bei den late preterms (>32 SSW), als ein wichtiger medizinischer Prädiktor für die Hospitalisationsdauer.

Heute kennen wir bei den allermeisten Neugeborenen das **Gestationsalter**. Daher fliesst in anderen DRG-Systemen inzwischen auch das Gestationsalter in die Fallpauschale ein. Das Australische System Version 7.0 (2017) kennt 12 Fallpauschalen, die das Gestationsalter einbeziehen. Es differenziert die Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht ≥ 2500 g in je 4 DRGs über und unter 37 Schwangerschaftswochen. Und es unterscheidet sowohl die Neugeborenen mit den Gewichtsklassen 1000 - 1249 g und 1250 - 1499 g nach Gestationsalter über bzw. unter 32 Schwangerschaftswochen.

Nebst der Problematik das Geburtsgewicht als ökonomisches Mass heranzuziehen, sind die **kleinen Fallzahlen** der Schweiz eine weitere Herausforderung für die statistische Berechnung der Kostengewichte. Eine Fallpauschale ist dann gut, wenn sie möglichst

homogene Fälle repräsentiert und diese wenig Varianz aufweisen. Von den 32 neonatologischen DRGs rechnet die Swiss-DRG AG bei 12 DRGs mit weniger als 100 Fällen, bei acht DRGs mit weniger als 50 Fällen^c. Jährliche Schwankungen der Kostengewichte können aufgrund der Anpassungen der Grupperlogik oder Veränderungen in der Patientenpopulation auftreten. Für die Spitäler bedeutet dies eine Planungsunsicherheit.

Die negative Risikoselektion durch die Betreuung kränkerer Neugeborener als der Durchschnitt führt zu Defiziten, welche nicht durch gewinnbringende Fälle kompensiert werden können. Dies ist in besonderem Masse in den Kinderspitälern und Kinderkliniken der Fall, welche ausschliesslich kranke Neugeborene betreuen.

Das gesunde Neugeborene und seine Abgrenzung P67D

Die Fallgruppe P67D beinhaltet per definitionem nur gesunde Neugeborene mit einem Geburtsgewicht > 2499 g. Mit dem Kostengewicht von 0.211 (Swiss-DRG-Version 7.0) hat diese Fallpauschale das tiefste Kostengewicht im Fallpauschalenkatalog. Alle Fälle mit einem bestimmten Problem (kodierte ICD-10-Diagnose), einem operativen Eingriff oder einer bestimmten Intervention (CHOP-Prozedur) und einem Geburtsgewicht < 2500 g werden anderen DRGs der MDC 15 zugeordnet. Nach dem Ausschluss aller dieser Faktoren bildet die Fallgruppe P67D eine Restklasse und ist gleichzeitig die grösste Fallgruppe der Schweiz mit 58 991 Fällen^d. Zusätzlich zum Kode Z38 (Lebendgeborene) beinhalten 51.6 % der Fälle eine andere kodierte Nebendiagnose. Ca. 13% dieser Diagnosen sind behandlungs-

< 750 23+3 – 30+2
 - 1000 25+2 – 32+0
 - 1250 25+3 – 33+2
 - 1500 28+2 – 34+3
 - 2000 30+5 – 36+6
 - 2500 32+3 – 39+3

Termingeborene 37+0-41+6:
 2.05 kg (P3) – 4.85 kg (P97)

Tabelle 1: Normalgewicht 3.-97. Perzentile (Mädchen), nach Schwangerschaftswochen (nach Fenton, et. al⁵⁾)

Massnahmen	Anzahl Fälle aller Spitäler
99.B8.3 IMC-Komplexbehandlung im Neugeborenenalter	108
99.B7.3 Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Neugeborenenalter (Basisprozedur)	112
89.38.15 Oxy-Cardio-Respirogramm bei stationärer Überwachung	549
99.84 Isolation (Tröpfchen, Kontakt)	87
99.28.1 Andere Immuntherapie	52
99.22.1 Injektion einer antiinfektiösen Substanz	215

Tabelle 2: Übersicht kodierte Prozeduren DRG P67D, Daten 2016

^bMDC = major diagnosis category, ^cQuelle: Datenspiegel SwissDRG 7.0, Daten 2015, ^dQuelle: webfeedback Swiss-DRG 7.0, Daten 2016

bedürftig und erfordern Monitoring, weiterführende Diagnostik, pflegerische und/oder ärztliche Betreuung.

Die grösste Gruppe bilden die transitorischen Adaptationsstörungen (u. a. Atemnotsyndrom, Elektrolytstörung, metabolische Störungen bei mütterlichem Diabetes). Eine besonders kritische Gruppe sind die Kinder mit einem Gestationsalter zwischen 28 und 37 vollendeten Wochen und Kinder mit einer intrauterinen Mangelentwicklung (unterhalb der 10. Perzentile), welche trotz einem Geburtsgewicht von > 2499 g und keinen expliziten Pathologien oft eine schlechte Adaptation und einen prolongierten Verlauf haben. Die Universitätsspitäler (UK) und eigenständige Kinderspitäler (KK) betreuen anteilmässig überproportional viele Kinder mit einer Pathologie in der P67D (UK, KK 68.7% Nebendiagnosen, alle Spitäler ohne UK, KK 47.6%), u. a. late preterm oder Kinder mit einer transitorischen Störung (s. Abb. 1).

Obwohl die Fallzahl nicht sehr gross ist, verursachen gerade diese Fälle mit einem ICU- / IMC-Aufenthalt sehr hohe Kosten, entstehen Defizite können nicht kompensiert werden.

Gerade die sogenannten «gesunden» Neugeborenen auf einer Intensivstation haben den tiefsten Kostendeckungsgrad zwischen 20 - 40%. Oft sind die Erkrankungen oder die transitorischen Störungen nicht präzise kodierbar und die Neugeborenen werden nur vorübergehend für Beobachtung und Monito-

ring auf einer ICU oder IMC hospitalisiert mit einem günstigen Verlauf und rascher Rückverlegung auf die Wochenbettstation.

Sehr positiv kann man die Entwicklung des Swiss-DRG-Systems (6.0) beurteilen, welche ab 2017 die IMC-Komplexbehandlung auf einer spezialisierten Abteilung als Prozedur berücksichtigt. Nicht abgebildet bleibt die Betreuung der Kinder in einer spezialisierten neonatologischen Abteilung (nicht IMC, nicht ICU), v. a. bei Beobachtung transitorischer Störungen ohne definitive Diagnose (Tab. 2).

Die sachgerechte Vergütung der kranken Neugeborenen bleibt weiterhin eine grosse Herausforderung im Swiss-DRG-System. Geschuldet ist dies vor allem der geringen Fallzahl pro DRG, der Undifferenziertheit des Diagnosekatalogs ICD-10, der Datenqualität aber auch der Patientenselektion pro Spital.

Literaturverzeichnis und Webverweis

- 1) https://www.swissdr.org/application/files/8515/1325/7799/Polynomics_Fallkostenanalyse_Kinderspitaeler_Schlussbericht.pdf
- 2) <https://www.swissdr.org/de/akutsomatik/antragsverfahren>
- 3) <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/nomenklaturen/medkk/antragsverfahren.html>
- 4) Fetter RB, Thompson JD, Mills RE. A system for cost and reimbursement control in hospitals. 1976. Yale J boil Med. 2000 Jan-Dec; 73(1-6):411-24.
- 5) Fenton TR, Kim TH, A systematic review and meta-analysis to revise the Fenton growth chart for preterm infants, 2013; 13: 59.

Korrespondenzadressen

Dr. med. Olga Endrich
Leiterin operatives Medizincontrolling
Inselspital, Universitätsspital Bern
Freiburgstrasse
30010 Bern
olga.endrich@insel.ch

Dr. med. Agnes Genewein
Geschäftsführerin
Allianz Kinderspitäler der Schweiz
c/o Universitäts-Kinderspital
beider Basel UKBB
Spitalstrasse 31
4056 Basel
agnes.genewein@ukbb.ch

Die Autoren haben keine finanzielle Unterstützung und keine anderen Interessenskonflikte im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

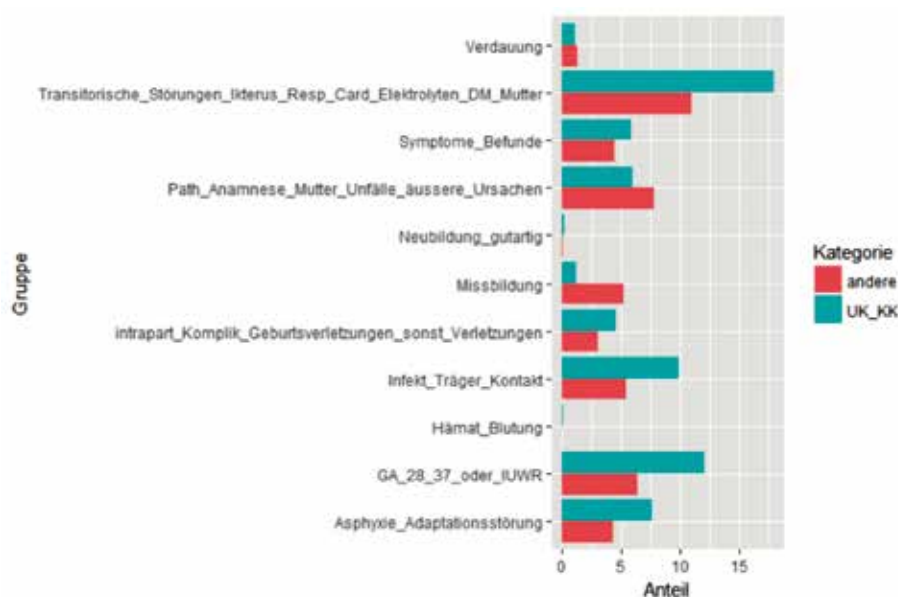


Abbildung 1: Anteil Fälle mit kodierten Nebendiagnosen in der DRG P67D Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g (UK_KK: Universitätsspitäler und eigenständige Kinderspitäler, andere: Alle Spitäler ohne Universitätsspitäler und eigenständige Kinderspitäler, Anteil in %)