



Faire Abgeltung von Hochkostenfällen in DRG-Systemen – Internationale Erfahrungen und Lösungskonzepte

Studie im Auftrag des Universitätsspitals Zürich

Schlussbericht, Olten 20. November 2017



**Faire Abgeltung von Hochkostenfällen in DRG-Systemen –
Internationale Erfahrungen und Lösungskonzepte**

Schlussbericht, Olten 20. November 2017

Polynomics AG
Philip Hochuli, Dr. Philippe Widmer, Dr. Harry Telser

Baslerstr. 44
4600 Olten
www.polynomics.ch
polynomics@polynomics.ch, Tel.: +41 62 205 15 70

Inhaltsverzeichnis

Das Wichtigste in Kürze	5
Abkürzungsverzeichnis	9
Glossar.....	11
1 Ausgangslage	12
1.1 Motivation	12
1.2 Untersuchungsgegenstand und Ziele der Studie.....	13
1.3 Struktur der Studie.....	13
2 Hochkostenfälle in DRG-Systemen: Eine Einführung	14
2.1 Funktionsweise von DRG-Systemen.....	14
2.2 Hochkostenfälle als Resultat von ökonomischer Inhomogenität.....	15
3 Hochkostenfälle unter SwissDRG.....	17
3.1 Merkmale des SwissDRG-Systems	17
3.2 Ökonomische Inhomogenität unter SwissDRG.....	17
3.3 Die finanziellen Auswirkungen für die Spitäler	19
3.4 Existierende Massnahmen unter SwissDRG	22
4 Internationale Erfahrungen mit Hochkostenfällen in DRG-Systemen.....	23
4.1 Methodisches Vorgehen und Übersicht zu den Vergleichsländern	23
4.2 Internationale Diskussion zu den Hochkostenfällen.....	24
4.3 Voraussetzungen für finanzielle Auswirkungen von Hochkostenfällen.....	25
5 Massnahmen gegen die finanziellen Auswirkungen von Hochkostenfällen	27
5.1 Massnahmen im Klassifikationssystem.....	27
5.1.1 DRG-Splits	27
5.1.2 Weiterentwicklung des Schweregrad-Scores	28
5.2 Massnahmen im Vergütungssystem	29
5.2.1 Abstufungen im Basispreis nach Spital oder Spitaltyp.....	29
5.2.2 Liegedauerbasierte Zuschläge auf das Kostengewicht (LOS-Zuschläge) ...	30
5.2.3 Nicht-liegedauerbasierte Zuschläge auf das Kostengewicht	31
5.2.4 Rückversicherung	32
5.2.5 Separate Vergütung für spezifische Patientenfälle (Separatzahlungen)	32
5.2.6 Zusatzzahlungen für spezifische Leistungen (Zusatzentgelte)	33
5.2.7 Globalbudgets (Pauschalzahlungen) für Spitäler oder Spitaltypen	34

6	Weiterentwicklung der DRG-Systeme im Zeitablauf.....	36
6.1	Übersicht der Länder im Zeitverlauf	36
6.2	Die fünf Entwicklungsphasen der DRG-Systeme	37
7	Fazit	41
8	Quellenverzeichnis	43
9	Anhang	50
9.1	Übersichtstabelle	50
9.2	Länderrecherche	64
9.2.1	Australien	64
9.2.2	Deutschland	73
9.2.3	England.....	79
9.2.4	Estland	83
9.2.5	Finnland.....	84
9.2.6	Frankreich.....	85
9.2.7	Irland.....	88
9.2.8	Japan	90
9.2.9	Neuseeland	91
9.2.10	Die Niederlande.....	93
9.2.11	Polen	94
9.2.12	Schweden.....	95
9.2.13	Singapur.....	97
9.2.14	Thailand.....	97
9.2.15	USA (Medicare)	98

Das Wichtigste in Kürze

Ausgangslage

Seit 2012 werden alle akutstationären Spitäler der Schweiz mit dem Fallpauschalensystem vergütet, das als elementares Merkmal das finanzielle Risiko vom Leistungsfinanzierer zum Leistungsanbieter (Spital) verlagert. Diese Risikoverlagerung setzt die Spitäler einem Kostendruck und Anreizen zur effizienten Leistungserbringung aus. Neben der erhofften Transparenzsteigerung stellten diese Anreize die Hauptmotivation zur Einführung der neuen Spitalfinanzierung dar.

Besteht jedoch innerhalb einer DRG ein zu grosses finanzielles Risiko als Ausdruck einer zu grossen Kostenstreuung der Patientenfälle (inhomogene DRG), werden mit den Fallpauschalen auch ungewollte Verhaltensweisen zur Patienten- oder Leistungsselektion («Rosinenpicken») gefördert. Besonders betroffen sind hiervon Hochkostenfälle (in der Literatur auch als «Fälle mit besonders hohem Ressourcenbedarf» bezeichnet), die sich innerhalb einer Fallgruppe durch extreme Kosten relativ zum Durchschnitt der Fallgruppe auszeichnen. Solche Hochkostenfälle sind eine Folge von unzureichender ökonomischer Homogenität innerhalb der vordefinierten Fallgruppen, die zu *Hochdefizitfällen* werden, wenn sie vom Vergütungssystem nicht ausreichend berücksichtigt werden.

In empirischen Arbeiten (vgl. beispielsweise Widmer et al., 2015a; oder Widmer et al., 2015b) konnte für die Schweiz anhand realer Spitaldaten ein akutes Problem aufgrund solcher Fälle aufgezeigt werden. Vor allem Spitäler am Ende der Versorgungskette (Endversorger) sind von einer Häufung von Hochkostenfällen betroffen. Diese Spitäler können/sollen keine «Rosinen picken», da sie zum Teil aufgrund eines besonderen Forschungs- und Lehrauftrags auf die Behandlung komplexer Fälle zwecks Weiterentwicklung der modernen Medizin angewiesen sind und in einigen Fällen exklusiv über die notwendigen Spezialisten und Apparaturen verfügen.

Als Folge kommt es aufgrund der unterschiedlichen Betroffenheit von Hochdefizitfällen (sogar bei gleichem Leistungsangebot) zu systematischen Kostenunterschieden zwischen den Leistungsanbietern mit kaum zumutbaren finanziellen Risiken für die betroffenen Spitäler.¹ Die Häufung von Hochkostenfällen in Spitälern mit Endversorgerfunktion ist mit ein wesentlicher Grund für die empirisch beobachtbaren, überdurchschnittlichen Fallnormkosten dieser Anbieter. Werden diese durch die Hochkostenfälle verursachten systematischen Kostenunterschiede zwischen den Spitälern nicht in einer anderen Form weiter berücksichtigt und entschädigt, kommt es zu erheblichen Wettbewerbsverzerrungen, ohne dass den unterschiedlichen Kosten der Anbieter Ineffizienzen zugrunde liegen.

Untersuchungsgegenstand und Ziele der Studie

Obwohl das Problem für die Schweiz bekannt ist und empirisch aufgezeigt wurde, bleibt es bisher ungelöst. Vor diesem Hintergrund erarbeitet die vorliegende Studie erstmals einen internationalen Überblick zu den Erfahrungen und dem Umgang mit Hochkostenfällen in über 30 Ländern. Anhand des internationalen Vergleichs wollen wir herausfinden, ob und inwiefern das Thema in anderen Ländern diskutiert wird und welche Massnahmen getroffen wurden. Zudem wollen wir herausfinden, inwiefern solche Fälle die Evolution der DRG-Systemen prägen. Die Ergebnisse

¹ Eine Häufung von besonders schwerwiegenden Fällen bei Endversorgern kann vom System durchaus auch gewollt sein, da diese Anbieter über die entsprechenden Ressourcen und das entsprechende Know-how zur adäquaten Versorgung solcher Fälle verfügen.

sollen Anhaltspunkte zur Bedeutung der Hochkostenfälle und zu möglichen Weiterentwicklungen von SwissDRG liefern.

Im Zentrum stehen die folgenden vier Fragen:

1. Sind Hochkostenfälle bei der Ausgestaltung von DRG-Systemen ein anerkanntes Problem?
2. Unter welchen Voraussetzungen werden Hochkostenfälle zu einem Problem?
3. Welche Massnahmen werden gegen die Auswirkungen von Hochkostenfällen – insbesondere dem resultierenden Risiko für die Spitäler – ergriffen?
4. Wie lässt sich die Weiterentwicklung der Systeme im Zeitablauf darstellen und inwiefern prägen die Erfahrungen mit Hochkostenfällen die Systementwicklung?

Kernergebnisse

Anhand der internationalen Erfahrungen können wir aufzeigen, dass unter drei notwendigen (aber nicht hinreichenden) Bedingungen Hochkostenfälle überhaupt zu einem Problem in DRG-Systemen werden:

1. **Vergütungsbedingung:** Das betroffene Land muss das DRG-System nicht nur zur Klassifizierung von Patientenfällen, sondern auch zur Vergütung der Spitäler über Fallpauschalen verwenden.
2. **Risikobedingung:** In dem betroffenen Land müssen die Spitäler finanzielles Risiko tragen. Für ein Spital besteht folglich ein begründetes Risiko für einen Konkurs oder anderweitige betriebliche Einschränkungen im Falle von Verlusten.
3. **Altersbedingung:** Das betroffene Land muss das Fallpauschalensystem bereits seit einigen Jahren eingeführt haben, so dass allfällig bestehende Probleme mit Hochkostenfällen bereits zu Tage getreten sind.

Als zentrale Erkenntnis können wir für die Schweiz festhalten, dass vier Jahre nach Einführung von SwissDRG die drei notwendigen Bedingungen kumulativ erfüllt sind und die in der Schweiz berichteten Probleme konsistent mit den Erfahrungen anderer Länder sind.

Sind die drei notwendigen Bedingungen erfüllt, kommt es in den Ländern zu einer aktiven Thematisierung und teilweise zu weitreichenden Massnahmen, um die Probleme mit Hochkostenfällen einzudämmen. Die wichtigsten Massnahmen sind in Tabelle 1 zusammengefasst. Die Massnahmen verteilen sich auf verschiedene Ebenen. Auf Einzelfallebene befinden sich beispielsweise Massnahmen wie Zusatzentgelte, auf Spitalebene beispielsweise Globalbudgets für besonders teure Fälle und auf Ebene der DRG beispielsweise Liegedauerzuschläge oder andere Zuschläge auf das Kostengewicht.

Grau unterlegt sind in der Tabelle 1 Massnahmen, die wir unter dem Begriff «Basis-Massnahmen» zusammenfassen. Sie gehören zur «Grundausrüstung» eines DRG-Systems, die von den meisten Ländern bei der Einführung aus anderen Ländern adaptiert werden. Dies trifft auch auf SwissDRG zu. Die Massnahmen sind aber nicht ausreichend, um die bestehenden Probleme zu lösen. Daher haben vor allem Länder, welche eine langjährige Erfahrung mit DRG-Systemen haben, weitere Massnahmen entwickelt, die ebenfalls in der Tabelle aufgeführt sind. Bei den Massnahmen gilt es zu beachten, dass diese zwischen den Ländern in sehr unterschiedlichem Ausmass genutzt werden, so kann zum Beispiel die Intensität des Einsatzes von Zusatzentgelten stark variieren.

Tabelle 1 Massnahmen gegen Hochdefizitfälle im Überblick

Massnahmen im Fallpauschalensystem		Massnahmen im Klassifikationssystem	
Massnahme	Verbreitung	Massnahme	Verbreitung
Zusatzzahlungen	Sehr hoch	DRG-Splits	Sehr hoch
Langliegerzuschläge	Sehr hoch	Weiterentwicklung Schweregrad-Score	Mittel
Separatzahlungen	Hoch – sehr hoch		
Abgestufte Basispreise zwischen Spitälern	Mittel - hoch		
Rückversicherung	Mittel		
Globalbudgets für besonders teure Fälle (Spitalebene)	Gering - mittel		
Nicht-liegedauerbasierte Zuschläge auf das Kostengewicht	Gering		

Die international getroffenen Massnahmen lassen sich in Massnahmen im Vergütungssystem einerseits und Massnahmen im Klassifikationssystem andererseits aufteilen. Basis-Massnahmen, welche faktisch zur Grundausrüstung der DRG-Systeme gehören sind grau unterlegt.

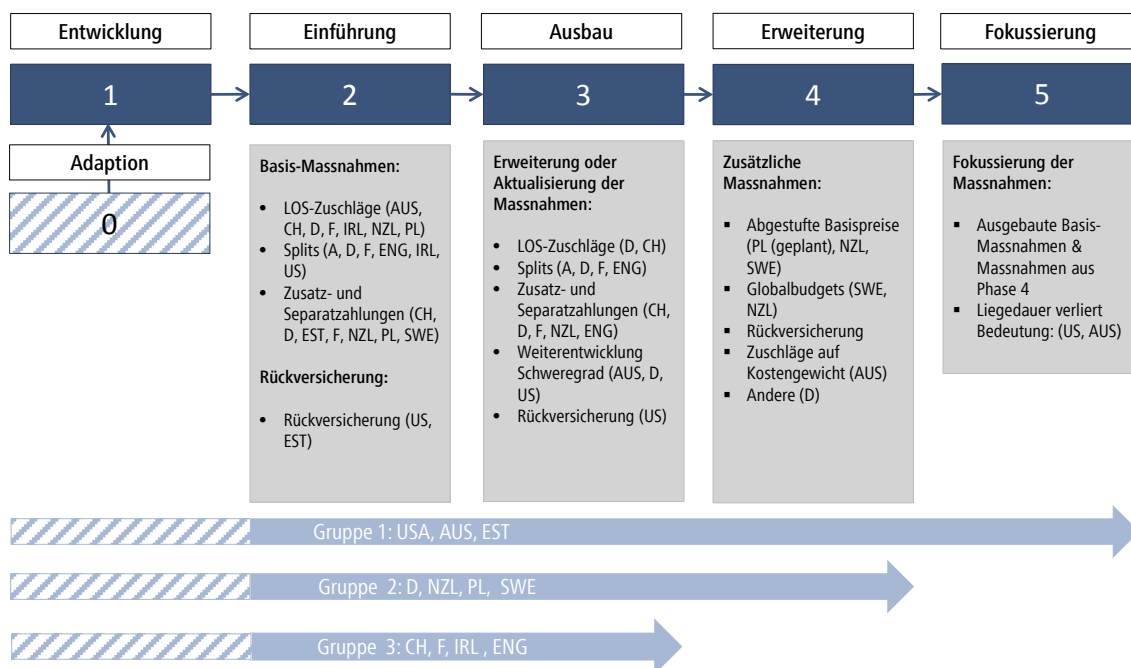
Quelle: Länderrecherchen Polynomics.

Wir können aufzeigen, dass ein Zusammenhang zwischen der zeitlichen Entwicklung der DRG-Systeme und den Massnahmen in Bezug auf Hochkostenfälle besteht. In vielen der untersuchten Länder, haben Hochkostenfälle die Systemevolution massgeblich mitgeprägt. Mit dem «5-Phasen-Modell» präsentieren wir einen Modellvorschlag, um den Zusammenhang zwischen den Massnahmen im Zeitablauf darzustellen. Während sich bei der Einführungsphase fast alle Länder auf Basis-Massnahmen beschränken, kommt es in einem ersten Schritt zu einem Ausbau dieser Massnahmen bevor dann eine Individualisierung des Systems stattfindet. Phase 4 – die Erweiterungsphase – ist damit im Hinblick auf Lösungsansätze für die Schweiz von besonderem Interesse. Das Modell ist mit seinen 5-Phasen grafisch in Abbildung 1 dargestellt.

Durch den konzeptionellen Ansatz des Modells können wir erkennen, dass mehrere Länder bereits früher das «Entwicklungsstadium» durchgemacht haben, in welchem sich das Schweizer System unserer Einschätzung nach zurzeit befindet (Phase 3). Stand 2016 erlebte die Schweiz bereits einen ausgeprägten Ausbau von Basis-Massnahmen, insbesondere von Zusatzentgelten und Langliegerzuschlägen. Hingegen sind noch keine darüberhinausgehenden Massnahmen eingeleitet worden. Die von anderen Ländern getroffenen Massnahmen lassen hier durchaus gewisse Möglichkeiten offen, in welche Richtung die Schweiz sich weiterentwickeln kann.

Zusammenfassend lässt die Studie damit den Schluss zu, dass Hochkostenfälle zu einem bestens bekannten Problem in den Ländern gehören, welche strukturell ähnliche Bedingungen erfüllen wie die Schweiz. Diese Länder haben teilweise weitreichende Massnahmen ergriffen und für die Schweiz bietet das 5-Phasen-Modell eine Möglichkeit, die aktuelle Diskussion zu strukturieren und Massnahmen aus anderen Ländern zu evaluieren, um das bis dato ungelöste Problem von Hochkostenfällen unter SwissDRG zu lösen und damit die Grundlagen für einen fairen Wettbewerb zwischen den Spitälern zu schaffen.

Abbildung 1 Polynomics-5-Phasen-Modell für die Entwicklung von DRG-Systemen und Hochkostenfälle



Das 5-Phasen-Modell strukturiert die Diskussion um das Problem der Hochkostenfälle in DRG-Systemen im zeitlichen Verlauf. Bei der Entwicklung und Einführung der DRG-Systeme (Phasen 1 und 2) existieren meist Zusatzvergütungen für Fälle mit besonders hoher Liegedauer sowie Formen der Zusatz- und Separatvergütung. In der Phase 3 kommt es zuerst zu einem Ausbau dieser Massnahmen, bis dann in der Phase 4 die Länder individuelle Lösungsansätze nutzen. In einer fünften Phase, die bisher nur von den USA und teilweise Australien erreicht wurde, beobachten wir eine Fokussierung auf zweckmässige Massnahmen, insbesondere Liegedauerzuschläge verlieren in dieser Phase an Bedeutung.

Quelle: Eigene Darstellung, Polynomics.

Abkürzungsverzeichnis

ACCD	Australian Consortium for Classification Development
AUS	Australien
AUT	Österreich
BGR	Bulgarien
CAN	Kanada
CCL	Schweregrad einer Komplikation oder Komorbidität (Complication or Comorbidity Level)
CHE	Schweiz
CMS	Centers for Medicare & Medicaid Services
CZE	Tschechien
DNK	Dänemark
DEU	Deutschland
DRG	Diagnosis Related Groups
ECCS	Episode Clinical Complexity Score
ELV	Einzelleistungsvergütung
ENG	England
ESP	Spanien
EST	Estland
FIN	Finnland
FRA	Frankreich
GRC	Griechenland
HCO	High-Cost Outlier
HRG	Healthcare Resource Group
HSCIC	Health & Social Care Information Centre
HUN	Ungarn
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
IHPA	Independent Hospital Authority
IRL	Irland
ISR	Israel
ITA	Italien
JPN	Japan

KOR	Südkorea
KVG	Krankenversicherungsgesetz
LVA	Lettland
LKF	Leistungsorientierte Krankenhausfinanzierung
LOS	Length of Stay, Liegedauer
NLD	Niederlande
NOR	Norwegen
NZL	Neuseeland
PCCL	Patientenbezogener Gesamtschweregrad (Patient Clinical Complexity Level)
POL	Polen
PRT	Portugal
PPS	Prospective Payment System
PRG	Procedure Related Groups
RID	Reduction in Deviation
SGP	Singapur
SVN	Slowenien
SWE	Schweden
THA	Thailand
USA	Vereinigte Staaten von Amerika

Glossar

- **Basis-Massnahmen:**
Basis-Massnahmen bezeichnen jene Massnahmen zur Lösung von Problemen mit Hochkostenfällen, welche in einer grossen Mehrheit der Länder eingesetzt werden: DRG-Splits, Liegedauerzuschläge auf dem Kostengewicht, Separatzahlungen und Zusatzzahlungen (Zusatzentgelte).
- **Basispreis (Skalar):**
Der Basispreis ist der Multiplikator im DRG-System. Zur Berechnung der Vergütung im Fallpauschalensystem wird der Basispreis mit dem Kostengewicht der DRG vergütet.
- **Hochkostenfall:**
Als Hochkostenfall bezeichnen wir einen Fall, der in einer DRG über ausserordentlich hohe Kosten verfügt, beispielsweise mehr als doppelt so hohe Kosten wie der Durchschnitt der Fälle in einer DRG. Eine einheitliche Definition von Hochkostenfällen existiert nicht. Hochkostenfälle sind eine direkte Folge von mangelnder ökonomischer Homogenität in einer DRG und werden auch als «Fälle mit besonders hohem Ressourcenbedarf» bezeichnet.
- **Hochdefizitfall:**
Hochdefizitfälle entstehen, wenn den Hochkostenfällen keine entsprechend hohe Vergütung auf der Erlösseite gegenübersteht. Hochdefizitfälle beziehen im Gegensatz zu Hochkostenfällen die Vergütungsseite des DRG-Systems mit ein.
- **Klassifikationssystem:**
Das Klassifikationssystem ist derjenige Teil eines DRG-Systems, aufgrund dessen Patienten in Fallgruppen eingeteilt werden. Zur Gruppierung der Fälle werden in der Regel Diagnose- und/oder Behandlungskomponenten verwendet.
- **Kostengewicht:**
Das Kostengewicht bestimmt in einem DRG-System das relative Gewicht einer DRG und ist Teil des Fallpauschalensystems. Zur Berechnung der Vergütung im Fallpauschalensystem wird das Kostengewicht mit dem Basispreis multipliziert.
- **Vergütungssystem:**
Das Vergütungssystem bezieht sich auf sämtliche Vergütungskomponenten, welche mit der Vergütung von akutstationären Fällen verbunden sind. Die Fallpauschalen sind ein Teil des Vergütungssystems, welches darüber hinaus noch weitere Vergütungskomponenten enthalten kann, welche nicht direkt an die reine Klassifikation eines Patientenfalles gebunden sind.
- **Fallpauschale:**
Die Fallpauschale ist derjenige Teil des Vergütungssystems, welcher direkt auf dem Klassifikationssystem aufbaut: Jeder Fallgruppe wird somit ein eindeutiger Preis zugeteilt.

1 Ausgangslage

1.1 Motivation

Fallpauschalensysteme haben seit ihrer ersten Einführung 1983 in den USA einen weltweiten Boom erlebt und sind heute die dominierende Vergütungsform für akutstationäre Fälle weltweit. Die meisten von ihnen basieren im Ursprung auf dem 1960 an der Yale-Universität und seither vielfach weiterentwickelten Klassifikationssystem, welches die Patienten in vorbestimmte Diagnosegruppen (meist als «DRG» bezeichnet) einteilt und die Spitäler entsprechend der Diagnosegruppe mit einem fixen Preis pro Patientenfall vergütet (Busse et al., 2011a, S. 4, 37).² Auch die Schweiz führte 2012 ein Fallpauschalensystem auf Basis von DRG (das SwissDRG-System) ein, das auf dem deutschen G-DRG-System basiert und eine Weiterentwicklung des australischen AR-DRG-Systems ist.

Mit der Einführung des SwissDRG-Systems wollte der Gesetzgeber vergleichbar zu anderen Ländern zwei unmittelbare Ziele erreichen: Erstens sollte die Gruppierung der Patienten in vordefinierte Kategorien die Leistungen untereinander vergleichbar machen und somit direkt zu einer Verbesserung der Markttransparenz beitragen. Zweitens wollte er mit den prospektiv ausgestalteten Fallpauschalen je DRG Anreize schaffen, die Spitäler zu kostenminimierendem Verhalten zu motivieren (Widmer, 2015).

Damit die gewünschten Ziele erreicht werden können, muss das DRG-Fallpauschalensystem gewisse Anforderungen erfüllen. Zentral ist dabei, dass die Fallpauschale leistungsbezogene Kostenunterschiede abbilden kann, dies unter anderem auf Ebene der einzelnen Patienten (Ressourcenbedarf). Patientenfälle innerhalb einer DRG sollten möglichst vergleichbare medizinische Voraussetzungen und Kostenstrukturen aufweisen (Busse et al., 2011b). Dies bedeutet nicht, dass innerhalb einer DRG keine Kostenstreuung auftreten darf. Die Kostenschwankungen sollten aber alle Anbieter in gleichem Ausmass betreffen und nicht übermässig stark ausfallen. Andernfalls können besonders teure Fälle, sogenannte *Hochkostenfälle* (in der Literatur auch als «Fälle mit besonders hohem Ressourcenbedarf» bezeichnet), zu grossen Verlusten führen und die Spitäler zur Patienten- und Leistungsselektion motivieren (Ellis & McGuire, 1986). In der Literatur werden diese Fälle daher oft als *Hochdefizitfälle* bezeichnet.

Empirische Studien zeigen, dass Hochkostenfälle im heutigen Schweizer Fallpauschalensystem ungenügend abgebildet werden. Die unter SwissDRG beobachteten Kostenschwankungen innerhalb einer DRG führen zu Hochkostenfällen, die bis zum 70-Fachen die vergüteten Durchschnittskosten einer DRG übersteigen können (eigene Berechnungen aus der Fallkostenstatistik 2012 des Bundesamts für Statistik). Widmer et al. (2015b) zeigen zudem, dass die Häufigkeit von Hochkostenfällen einen wesentlichen Einfluss auf die beobachteten Kostenunterschiede zwischen den Schweizer Spitälern hat. Hochkostenfälle verursachen den Schweizer Spitälern ein unverhältnismässig grosses finanzielles Risiko, das sie neben den Zielen von SwissDRG auch zur Patienten- und Leistungsselektion motiviert oder zwingt (Widmer, 2016). Ein fairer Wettbewerb zwischen den Anbietern, wie er vom System eigentlich vorgesehen ist, ist unter diesen Voraussetzungen nicht möglich.

² Es existieren noch andere Gruppierungsformen als DRG und nicht alle basieren auf dem US-System, beispielsweise das österreichische LKF-System oder das englische HRG-System.

Im Sinne einer bedarfsgerechten Spitalversorgung sind Massnahmen gefragt, welche zum einen die Häufigkeit von Hochkostenfällen minimieren ohne dabei statistische Voraussetzungen an die Grösse einer DRG zu missachten. Andererseits müssen Massnahmen entwickelt werden, welche die finanziellen Konsequenzen von Hochkostenfällen minimieren, ohne dabei die Anreize zur Kosteneffizienz zu minimieren (Trottmann et al., 2016; Widmer et al., 2016).

1.2 Untersuchungsgegenstand und Ziele der Studie

Die vorliegende Studie greift vor diesem Hintergrund das Thema von Hochkostenfällen in DRG-Systemen auf. Der Untersuchungsgegenstand ist ein umfangreicher internationaler Überblick zu den Erfahrungen und dem Umgang mit Hochkostenfällen in DRG-Systemen aus über 30 Ländern. Anhand des internationalen Vergleichs wollen wir herausfinden, ob und inwiefern das Thema in anderen Ländern diskutiert wird und welche Massnahmen dagegen getroffen wurden. Zudem wollen wir herausfinden, inwiefern solche Fälle die Evolution von DRG-Systemen prägten. Nach unserem Wissensstand ist dies die erste Studie, welche das Thema von Hochkostenfällen grundlegend aufgreift und internationale Erfahrungen in einen gemeinsamen Kontext stellt.

Ins Zentrum stellen wir die folgenden Fragen:

1. Sind Hochkostenfälle bei der Ausgestaltung von DRG-Systemen ein anerkanntes Problem? (Kapitel 4.2)
2. Unter welchen Voraussetzungen werden Hochkostenfälle zu einem Problem? (Kapitel 4.3)
3. Welche Massnahmen werden gegen die Auswirkungen von Hochkostenfällen –insbesondere dem resultierenden Risiko für die Spitäler – ergriffen? (Kapitel 5)
4. Wie lässt sich die Weiterentwicklung der Systeme im Zeitablauf darstellen und inwiefern prägen die Erfahrungen mit Hochkostenfällen die Systementwicklung? (Kapitel 6)

Wir verfolgen mit der Studie nicht primär das Ziel, konkrete Umsetzungsvorschläge für die Schweiz zu erarbeiten. Vielmehr sehen wir den Kern der Studie darin, einen wissenschaftlichen Beitrag zum Verständnis der Relevanz solcher Fälle in Fallpauschalensystemen zu leisten und mögliche Massnahmen im Umgang mit Hochkostenfällen aufzuzeigen.

1.3 Struktur der Studie

Die Studie ist so aufgebaut, dass wir in einem ersten Schritt (Kapitel 2) eine kurze aber für das Verständnis entscheidende Einführung in die Funktionsweise eines DRG-Systems und das Problem von Hochkostenfällen geben. In Kapitel 3 erläutern wir kurz das Schweizer DRG-System und gehen konkret auf das Problem von Hochkostenfällen ein. Damit schaffen wir eine Ausgangslage, um nachfolgend die Situation der Schweiz mit anderen Ländern vergleichen zu können. In den Kapiteln 4 bis 6 gehen wir auf den internationalen Vergleich und nacheinander auf die eingangs gestellten vier Forschungsfragen ein, bevor wir in Kapitel 7 mit einem Fazit die wichtigsten Erkenntnisse zusammenfassen.

Um die wichtigsten Informationen kompakt darstellen zu können, überlassen wir die Rechercheinformationen zu den einzelnen Ländern interessierten Lesern im Anhang der Arbeit und greifen in der Studie nur die für die Forschungsfragen relevanten Informationen auf.

2 Hochkostenfälle in DRG-Systemen: Eine Einführung

2.1 Funktionsweise von DRG-Systemen

Im Grundsatz basiert jedes DRG-System vergleichbar zu SwissDRG auf zwei Grundpfeilern: Der erste Pfeiler bildet das *Klassifikationssystem*, das die Patienten in feste Gruppen [nachfolgend verallgemeinernd Diagnosegruppen (DRG) genannt] einteilt. Der zweite Pfeiler bildet das *Vergütungssystem*, das alle Vergütungskomponenten von akutstationären Patientenfällen umfasst. Wichtigster Bestandteil des Vergütungssystems ist die *Fallpauschale*, die alle Fälle innerhalb einer DRG mit einem fixen Betrag unabhängig von den tatsächlichen Fallkosten vergütet. Die Fallpauschale stellt somit eine direkte Vergütung auf Basis des Klassifikationssystems dar, das die Spitäler gewollt einem finanziellen Risiko aussetzt und dadurch Anreize zur effizienten Leistungserbringung verursacht. Zum Vergütungssystem können jedoch auch über die Fallpauschale hinausgehende Vergütungskomponenten zählen (vgl. Kapitel 5.2).

In reinen Fallpauschalensystemen besteht das Vergütungssystem ausschliesslich aus der Fallpauschale, die sich typischerweise aus zwei Komponenten, einem Kostengewicht pro Fallgruppe und einem Basispreis zusammensetzt (vgl. z. B. Busse et al., 2011a):

- **Kostengewicht:** Die Kostengewichte sind relative Preiskomponenten, die zu erwartende Kostenunterschiede zwischen den DRG berücksichtigen sollen. In den meisten Fällen werden die Kostengewichte empirisch mit Hilfe von Kostendaten der Spitäler ermittelt. Es gibt jedoch auch Länder, bei denen wie in Österreich die Kostengewichte nicht auf Fallkosten basieren. Bei diesen Ländern erhalten Spitäler jedoch meist zusätzliche finanzielle Mittel, um ihre ungedeckten Kosten auszugleichen.
- **Basispreis:** Der Basispreis ist ein Skalar, zu dem die Kostengewichte relativ bestimmt werden. Meist wird zur Berechnung der Kostengewichte ein einheitlicher Basispreis unterstellt, der die Kostenstruktur eines durchschnittlichen Spitals berücksichtigt (One-Hospital-Ansatz). Bei der Vergütung können aber spitalspezifische Basispreise zur Anwendung kommen.³

Im reinen Fallpauschalensystem mit einheitlichen Basispreisen entspricht die Fallpauschale gerade den zu erwartenden Kosten der DRG.⁴ Würde somit ein Spital mit schweizweit durchschnittlicher Kostenstruktur alle Fälle einer DRG behandeln, sollte ein erwarteter Gewinn von null resultieren. In der praktischen Anwendung muss dies jedoch aus den folgenden Gründen nicht immer gelten:

1. Die Kosten einzelner Fälle in einer DRG können zum Teil stark von der Vergütung abweichen (ausserordentlich niedriger oder hoher Ressourcenbedarf). Ein Nullgewinn stellt sich für ein Spital erst bei grossen Fallzahlen ein, da sich nur über eine hinreichend grosse Anzahl Patienten Verluste und Gewinne kompensieren können («Gesetz der grossen Zahlen»).

³ Es existieren auch DRG-Systeme ohne Basispreis (z. B. in den Niederlanden). In solchen Systemen werden die «Kostengewichte» selbst direkt monetär bewertet in absoluten Einheiten dargestellt. Sie nehmen die Rolle von direkt interpretierbaren Preisen ein.

⁴ Das Fallpauschalensystem berücksichtigt damit die durchschnittliche Effizienz aller darüber vergüteten Spitäler. Die Anreize zur Effizienz bestehen typischerweise aufgrund des finanziellen Risikos. Einzig in der Schweiz werden zusätzliche Effizienzvorgaben direkt über die Basispreise gemacht. Dabei kommt ein Benchmarking zum Einsatz (Festsetzung des Basispreises auf Basis eines Quantils der Fallnormkosten der Spitäler).

2. Üblicherweise werden nicht alle Patientenfälle einer DRG ausschliesslich von einem Spital angeboten. Die Kostengewichte müssen also nicht zwingend der Kostenstruktur des Spitals entsprechen.

Damit für alle Spitäler trotzdem ein gleiches finanzielles Risiko resultieren kann, muss das DRG-System gewissen Anforderungen genügen. Für diese Studie zentral sind die folgenden (Busse et al., 2006):

- **Klinische Homogenität:** Fälle in einer DRG sollen sich von anderen Fällen in anderen Gruppen auf Basis von Kriterien wie Diagnose, Schweregrad, Komorbidität und/oder Behandlung möglichst einheitlich differenzieren lassen. Nur dann können die Patientenfälle eindeutig in klar abgrenzbare Gruppen eingeteilt werden.
- **Ökonomische Homogenität:** Die Gruppen sollen bzgl. des Ressourcenbedarfs der erfassten Patientenfälle möglichst homogen sein. Dies bedeutet, dass innerhalb einer DRG Patientenfälle mit möglichst ähnlichen Kosten auftreten müssen. Es dürfen keine grossen Kostenschwankungen existieren.

Bei einer Verletzung dieser Voraussetzungen besteht die Gefahr, dass in gewissen Spitälern leistungsbedingt systematisch höhere Kosten auftreten, wenn sich Fälle mit unterschiedlichem Ressourcenbedarf auch unterschiedlich auf Spitäler verteilen. Insbesondere können sich besonders ressourcenintensive Fälle bei Spitälern kumulieren.

2.2 Hochkostenfälle als Resultat von ökonomischer Inhomogenität

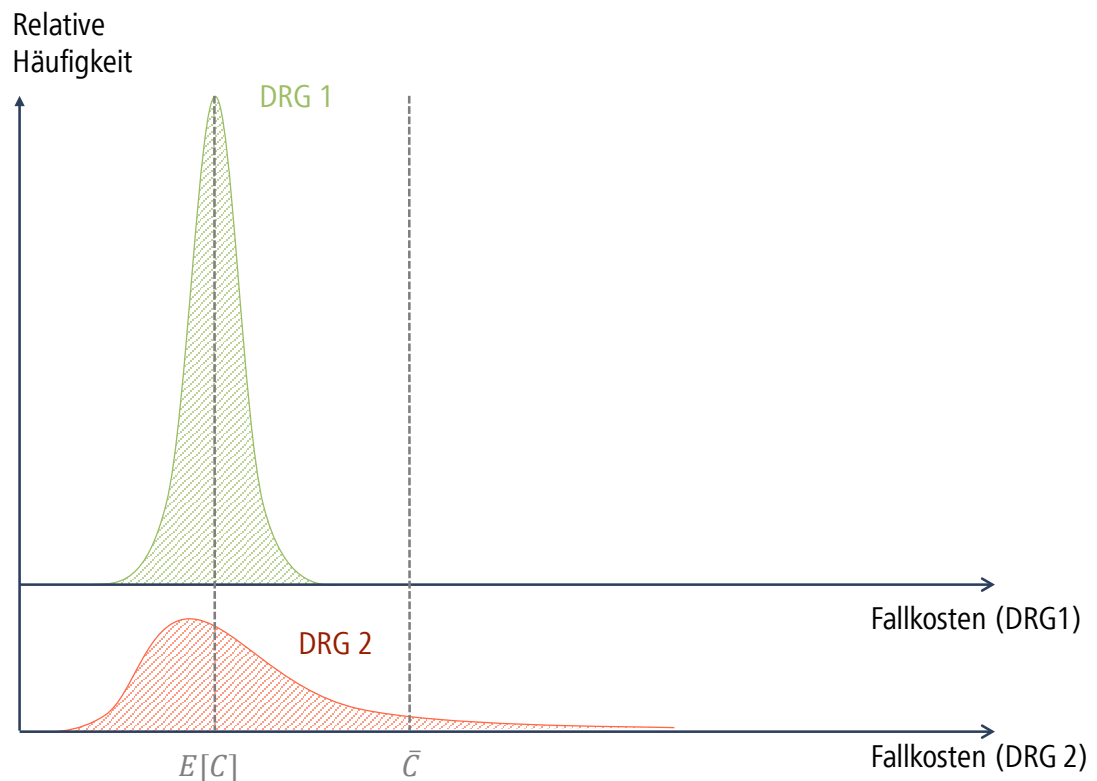
Vor allem ein Mangel an ökonomischer Homogenität kann einen erheblichen Einfluss auf das Betriebsergebnis der Spitäler haben. Die Kostenstreuungen innerhalb der DRG können dazu führen, dass bereits einzelne Patientenfälle enorme Verluste generieren, die über die Summe aller behandelten Patientenfälle nicht mehr ausgeglichen werden können. Hierbei handelt es sich um Verluste, die nicht durch ineffizientes Handeln der Anbieter, sondern durch einen vom Erwartungswert stark abweichenden leistungsbezogenen Ressourcenaufwand entstehen. Wir sprechen dabei von *Hochkostenfällen*.

Das Prinzip der Hochkostenfälle ist in Abbildung 2 für zwei DRG mit unterschiedlicher ökonomischer Homogenität schematisch aufgezeigt. Die beiden DRG weisen über die gleichen erwarteten Kosten auf, unterscheiden sich aber markant in ihrer Kostenstreuung. Während sich die DRG 1 durch eine enge fast symmetrische Kostenverteilung auszeichnet, ist die Streuung bei der DRG 2 erheblich grösser und wesentlich rechtsschiefer. Bei der DRG 2 ist die Bedingung der ökonomischen Homogenität verletzt. In der Folge können in DRG 2 mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit Patientenfälle auftreten, die in ihren Kosten sehr stark vom vergüteten Erwartungswert der DRG abweichen, viel stärker als dies in der DRG 1 der Fall ist. Beispielsweise existieren nur in der DRG 2 Hochkostenfälle mit extremen Kosten über einer oberen Schwelle \bar{C} .

Fallen die Fallkosten relativ zur Vergütung so hoch aus, dass sie nicht mehr mit Erträgen auf anderen Patientenfällen ausgeglichen werden können, können einzelne Hochkostenfälle für Leistungsanbieter und für das gesamte System zu einem Problem werden. Dies trifft in der schematischen Darstellung vor allem auf Fälle aus der DRG 2 zu. Verteilen sich solche Fälle zudem nicht zufällig, sondern systematisch auf einzelne Leistungsanbieter, resultiert für Anbieter mit einer Häufung solcher Fälle ein erhebliches finanzielles Risiko. Ihnen entsteht ein Wettbewerbsnachteil, der bei einer fehlenden Berücksichtigung im Vergütungssystem zu einem existenzbedrohenden Verlust führen kann.

Kann die Tarifstruktur nicht bei allen DRG gleichermassen die Bedingung der ökonomischen Homogenität erfüllen, müssen neben den Fallpauschalen weitere Vergütungskomponenten eingeführt werden, welche die finanziellen Konsequenzen der Hochkostenfälle einschränken. Für ein funktionierendes DRG-System müssen die Hochkostenfälle finanziell berücksichtigt werden, damit sich das finanzielle Risiko der Spitäler auf ein verträgliches Mass reduziert.

Abbildung 2 Hochkostenfälle als Resultat von mangelnder ökonomischer Homogenität



Der Ressourcenbedarf zwischen Patienten innerhalb der DRG unterliegt bei den abgebildeten DRG unterschiedlich starker Homogenität. Während DRG 1 und 2 über die gleichen erwarteten (bzw. durchschnittlichen) Kosten verfügen, finden wir nur bei der DRG 2 zusätzlich Fälle mit Kosten über einer oberen Schwelle \bar{C} (Hochkostenfälle). Selbst wenn bei der DRG 2 die erwarteten Kosten vergütet werden und die DRG damit «korrekt» bewertet wurde, kommt es zu Fällen mit besonders hohen Verlusten (Hochdefizitfälle), welche sich je nach Leistungs- und Angebotsstruktur bei gewissen Spitätern häufen können.

Quelle: Eigene Darstellung, Polynomics.

3 Hochkostenfälle unter SwissDRG

Bevor wir näher auf die internationalen Erfahrungen und deren Massnahmen zur finanziellen Berücksichtigung von Hochkostenfällen eingehen, erläutern wir im folgenden Kapitel zuerst wichtige Merkmale des Schweizer DRG-Systems und zeigen konkret anhand von empirischen Auswertungen, was Hochkostenfälle für Schweizer Spitäler implizieren. Diese Auswertungen streichen die Relevanz von Hochkostenfällen im Schweizer System hervor und zeigen zugleich, dass die bisher eingesetzten Instrumente die Probleme nicht lösen können.

3.1 Merkmale des SwissDRG-Systems

Beim 2012 eingeführten SwissDRG-System handelt es sich um eine Abwandlung des deutschen G-DRG Systems und damit indirekt um eine Modifikation des australischen AR-DRG-Systems (Fischer, 2015a). Die Vergütung erfolgt auf Basis von Fallpauschalen. Für die Gestaltung (Erarbeitung, Weiterentwicklung und Anpassung) des Systems ist die SwissDRG AG zuständig.⁵ Diese geht kostenbasiert vor und kalibriert die Kostengewichte empirisch auf den Fallkosten der Schweizer Netzwerkspitäler relativ zu einem einheitlichen Basisfallwert (Skalar).⁶

Bei der Anwendung liegen die Basispreise nicht in der Kompetenz von SwissDRG. Sie liegen bei den Tarifpartnern, welche die Basispreise anhand von Effizienzkriterien aushandeln müssen. Im Krankenversicherungsgesetz (KVG) wurde dazu festgehalten, dass bei der Ausgestaltung der Basispreise schweizweite Betriebsvergleiche in Bezug auf die Kosten (Benchmarking, Effizienzvergleich) zu erstellen sind und die Spitäler dazu entsprechende Daten bereitstellen müssen.⁷

Im Vergleich zum deutschen und allen bekannten internationalen Systemen führen diese Vorgaben zu einer verhältnismässig starken Ausrichtung auf die Effizienz. Als Folge werden die Spitäler einem vergleichsweise starken Kostendruck und finanziellem Risiko ausgesetzt. Nicht berücksichtigt werden dabei die zusätzlichen Subventionen der Kantone über die GWL, die den Kostendruck der Spitäler schmälern können (Widmer & Telser, 2013).

3.2 Ökonomische Inhomogenität unter SwissDRG

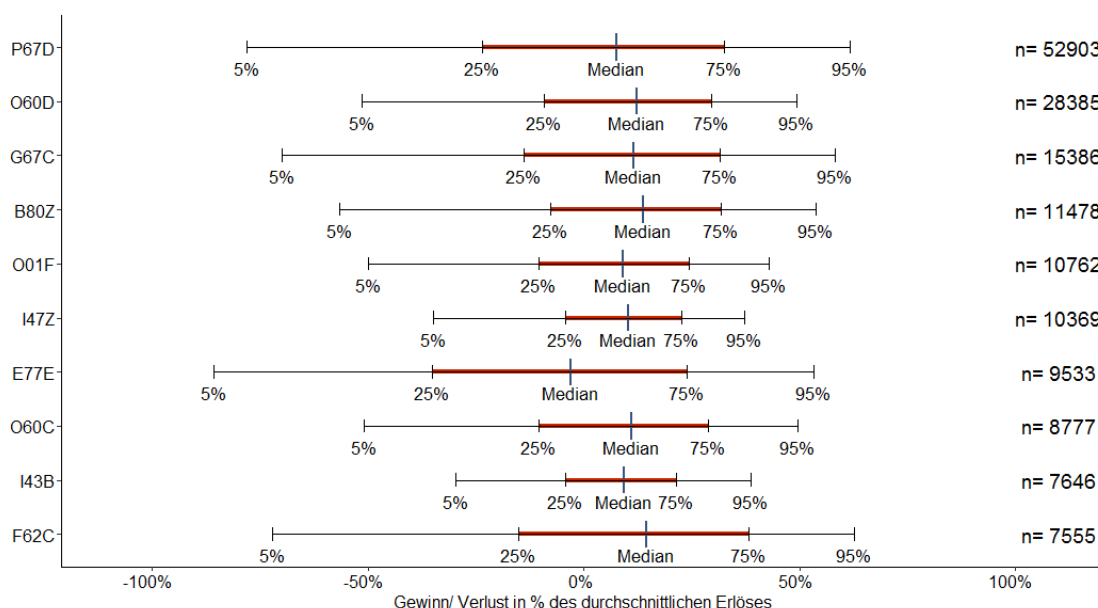
In Kapitel 2.2 haben wir aufgezeigt, dass Hochkostenfälle hauptsächlich das Resultat mangelnder ökonomischer Homogenität sind. Schwanken die Fallkosten innerhalb einer DRG zu stark um die vergüteten Durchschnittskosten, können erhebliche Verluste entstehen, die über die Summe der anderen Patientenfälle nicht mehr ausgeglichen werden können.

Für das Jahr 2012 können wir anhand der Fallkostenstatistik des Bundesamts für Statistik aufzeigen, dass die ökonomische Homogenität im SwissDRG-System nicht gegeben ist. Selbst unter Einbezug der Vergütungsseite (Betrachtung relativ zum Erlös) bleiben die Spitäler einem sehr hohen finanziellen Risiko ausgesetzt. Die Vergütungsseite kann also das auf der Kostenseite entstehende Risiko nicht kompensieren. Exemplarisch wird dies in Abbildung 3 für die zehn grössten DRG grafisch dargestellt. Aufgezeigt sind die Ertragsverteilung pro Patientenfall relativ zum durchschnittlichen Erlös in der DRG (inklusive der Korrekturen für die Liegedauer und die Zusatzentgelte) und eingeschränkt auf das 5%- bis 95%-Quantil pro DRG.

⁵ Art. 49 Ziff. 2 KVG 2016.

⁶ Von der Berechnung ausgenommen sind Liegedauerausreisser (Outlier). Für Details sei vgl. Frank (2016).

⁷ Art. 49 Ziff. 8 KVG 2016.

Abbildung 3 Ertragsverteilung der zehn grössten DRG, 2012

Die Abbildung stellt die Ertragsspanne der zehn grössten DRG (linke Achse) unter SwissDRG 2012, zusammen mit ihrer Fallzahl (n) dar. Ausgeschlossen sind jene 10% der Fälle pro DRG, welche in den Erträgen am stärksten nach oben oder unten ausreissen. Auf der horizontalen Achse ist der Ertrag pro Fall abgetragen und zwar relativ zum durchschnittlichen Erlös in der DRG (Erlös inkl. Liegedauerzuschläge und unter Verwendung eines einheitlichen Basispreises in der Höhe der durchschnittlichen Fallnormkosten von 9'877 CHF). Positive Werte entsprechen einem Gewinn, negative Werte einem Verlust. Die Prozentangaben spezifizieren die Ertragsverteilung pro DRG. Liegt z. B. der Median (50%-Quantil) rechts vom Nullpunkt, impliziert dies, dass die Anbieter bei mehr als 50% der Fälle in der DRG einen Gewinn erzielen. Dies trifft für die Mehrheit der grössten DRG zu. Die Abbildung illustriert, dass es unter SwissDRG selbst bei den 10 grössten DRG und selbst, wenn wir die 10% stärksten Ausreisser auf beiden Seiten ausschliessen, zu deutlicher ökonomischer Inhomogenität kommt. Die Verluste pro Fall können selbst bei den grössten DRG so hoch ausfallen wie der durchschnittliche Erlös in der DRG (Verlust von fast 100%).

Quelle: Daten: Fallkostenstatistik 2012, BFS. Darstellung Polynomics.

Selbst wenn die fünf Prozent teuersten und günstigsten Fälle ausgeschlossen werden, liegen sehr grosse Ertragsschwankungen innerhalb der DRG vor, welche die Spitäler einem erheblichen finanziellen Risiko aussetzen. In einzelnen DRG kann der maximale Verlust bis zum Doppelten des durchschnittlichen Erlöses pro DRG betragen. Die Gewinne für besonders lukrative Fälle hingegen fallen weit weniger extrem aus.⁸ Hochdefizitfälle fallen stärker ins Gewicht als Hochprofitfälle, da der Gewinn durch die Einnahmen einerseits und Kosten von null andererseits begrenzt wird, wohingegen keine natürliche Obergrenze für den Verlust existiert.

Werden bei den zehn grössten DRG zusätzlich die fünf Prozent teuersten Fälle berücksichtigt, können die Fallkosten einzelner Patienten sogar über das 35-Fache des durchschnittlichen Erlöses betragen. Über alle DRG hinweg übersteigen die Hochkostenfälle im Maximum sogar das 70-Fache ihrer Erlöse. Diese Fälle verursachen einen Verlust, den ein Spital über die Summe seiner Fälle nicht ausgleichen kann. Dieser Verlust, ist einzig eine Folge von ökonomischer Inhomogenität und nicht etwa von fehlbewerteten DRG (zu niedriges Kostengewicht) oder Ineffizienz.

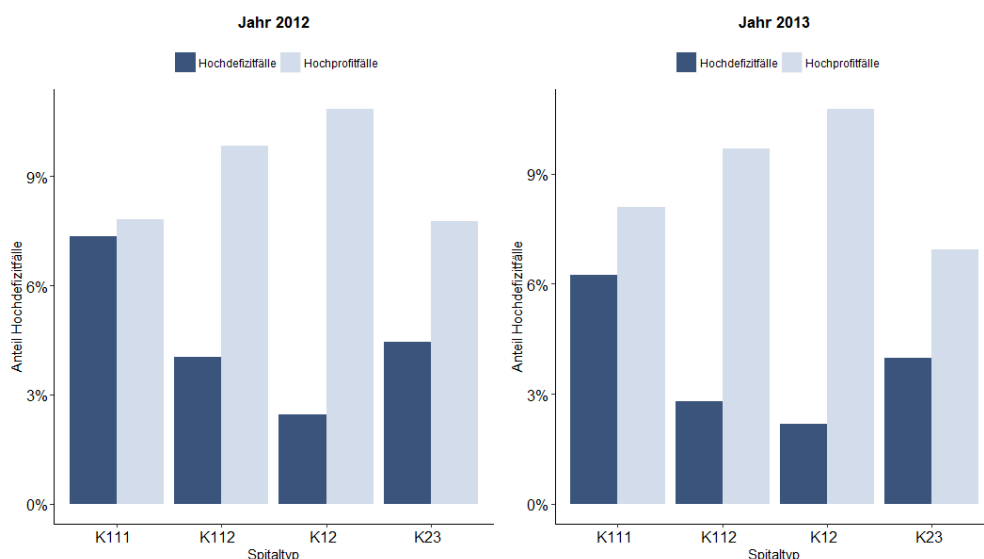
⁸ Auf Grund der rechtsschiefen Kostenverteilungen liegt der Median für die meisten DRG im Gewinnbereich.

3.3 Die finanziellen Auswirkungen für die Spitäler

Von den negativen Konsequenzen der mangelnden ökonomischen Homogenität sind vor allem Endversorger wie Universitätsspitäler oder pädiatrische Kliniken betroffen, da sie aufgrund ihres Leistungsauftrags überdurchschnittlich häufig von Hochdefizitfällen betroffen sind. Aufzeigen können wir dies wiederum anhand der Fallkostenstatistik des Bundesamts für Statistik, diesmal für die Jahre 2012 und 2013. Für die Berechnungen haben wir entsprechend zum SwissDRG-Fallpauschalensystem bei allen Spitalern einen einheitlichen Basispreis entsprechend des Basisfallwerts von SwissDRG AG unterstellt.

Abbildung 4 zeigt in einem ersten Schritt den Anteil Hochdefizitfälle aggregiert nach Spitaltyp für die Jahre 2012 und 2013 (K111 = Universitätsspital, K112 = Zentrumsspital, K12 = Regionalspital, K23 = Spezialklinik). Zugleich stellen wir auch den Anteil Hochprofitfälle dar. Wir nutzen hierbei eine relative Definition, welche die Kosten der Patientenfälle ins Verhältnis zum Erlös setzt: Bei einem Hochdefizitfall übersteigen die Fallkosten das Doppelte des Erlöses, bei einem Hochprofitfall sind die Fallkosten halb so gross wie der Erlös.⁹

Abbildung 4 Anteil Hochprofit- und Hochdefizitfälle nach Spitaltyp



Hochdefizitfälle verteilen sich sehr unterschiedlich über die Spitaltypen. Während Endversorger (Universitätsspitäler (K111) und Zentrumsspitäler (K112)) sowie Spezialkliniken (K23) über einen höheren Anteil verfügen, haben Regionalspitäler (K12) einen vergleichsweise geringen Anteil. Bei den Hochprofitfällen verhält es sich andersrum.

Quelle: Fallkostenstatistik des BFS, eigene Berechnungen.

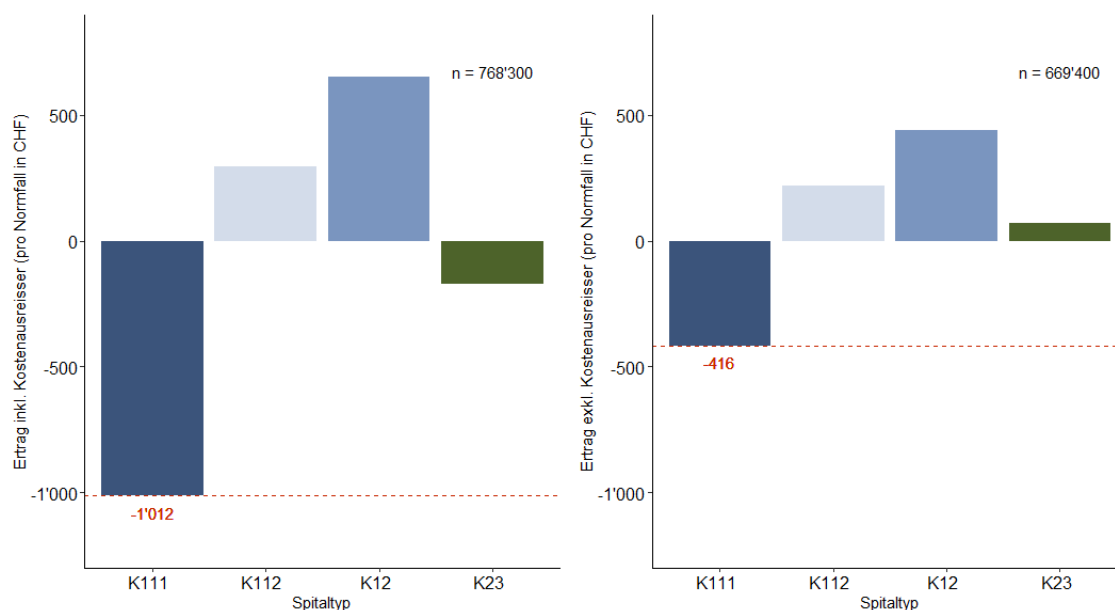
Mit rund 7.5 Prozent Hochdefizitfällen 2012 und rund 6 Prozent 2013 finden wir den höchsten Anteil solcher Fälle bei Universitätsspitalern, während Regionalspitäler einen wesentlich geringeren Anteil aufweisen. Bei Hochprofitfällen verhält es sich hingegen andersrum. Entscheidend ist, wie stark sich die Hochdefizit- und Hochprofitfälle auf die Ertragssituation der Spitaltypen

⁹ Ein Hochkostenfall sagt noch nichts über den resultierenden Verlust und das damit verbundene Risiko für die Anbieter aus. Dieses hängt stark davon ab, wie mit Hochkostenfällen umgegangen wird. Eine unzureichende Abbildung von Hochkostenfällen im Fallpauschalensystem macht solche Fälle überhaupt erst zu Hochdefizitfällen.

auswirken. Nachfolgend zeigen wir daher monetäre Auswirkungen der ökonomischen Inhomogenität auf die Spitäler auf. Dazu stellen wir die Ertragssituation der Anbieter mit und ohne Ausschluss der Hochdefizit- und Hochprofitfälle einander gegenüber. Dazu verwenden wir die durchschnittlichen Erträge der Spitaltypen pro Normfall, also korrigiert um das Kostengewicht. Damit ist ein direkter Vergleich zwischen den Spitalern möglich und es können die Auswirkungen auf die Basispreise aufgezeigt werden.¹⁰ Die Erlöses berechnen wir mit einem einheitlichen Basispreis in der Höhe der jährlichen durchschnittlichen Fallnormkosten über alle Fälle in der Schweiz. Diese betragen für das Jahr 2012 9'877 CHF und für das Jahr 2013 9'870 CHF.

Abbildung 5 zeigt den Vergleich für das Jahr 2012. Die Ertragssituation der Universitätsspitäler ist offensichtlich erheblich von Hochdefizitfällen beeinflusst. Der durchschnittliche Verlust pro Normfall beträgt inklusive der Hochdefizit- und Hochprofitfälle über 1'000 CHF. Ohne diese Fälle reduziert er sich auf rund 400 CHF. Die verhältnismässig geringe Anzahl Hochdefizitfälle kann über die Summe aller Patientenfälle nicht ausgeglichen werden. Sie verursachen auf Spitalebene einen zusätzlichen Verlust von rund 600 CHF pro Fall. Bei den Zentrums- und Regionalspitälern zeigt sich dagegen (auf aggregierter Ebene) kein grosser Einfluss auf das Betriebsergebnis. Hochprofit- und Hochdefizitfälle gleichen in etwa das Betriebsergebnis aus.

Abbildung 5 Einfluss der Hochprofit- und Hochdefizitfälle auf die durchschnittliche Ertragssituation der Spitäler pro Normfall (CMI-adjustiert), 2012



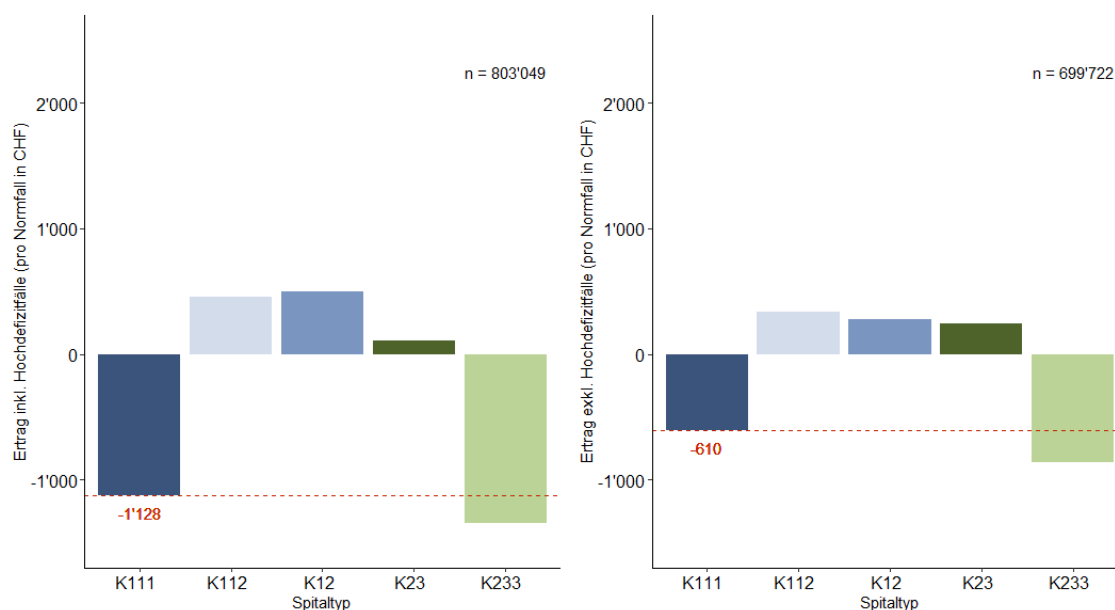
In der Abbildung werden die finanziellen Konsequenzen der Hochdefizit- und Hochprofitfälle pro Normfall aggregiert für die Spitaltypen Universitätsspital (K111), Zentrumsspital (K112), Regionalspital (K12) und Spezialklinik (K23) dargestellt. Die linke Abbildung zeigt die Erträge pro Normfall inklusive Hochdefizit- und Hochprofitfälle. Rechts sind die Erträge ohne diese Fälle dargestellt. Auffällige Unterschiede zeigen sich für die Universitätsspitäler und Spezialkliniken. Der Ausschluss der «Ausreisser» stellt diese Spitaltypen markant besser, was auf besonders hohe Kosten durch Hochdefizitfälle schliessen lässt. Bei Regional- und Zentrumsspitälern ist die Differenz gering, Gewinne und Verluste balancieren sich aus.

Quelle: Fallkostenstatistik 2012 des BFS, eigene Berechnungen.

¹⁰ Eine Darstellung pro Fall würde nicht berücksichtigen, dass es sich um unterschiedliche Fälle zwischen den Spitalern handelt. Dies erreichen wir jedoch durch Korrektur um das Kostengewicht.

Vergleicht man die Ergebnisse darüber hinaus mit denjenigen für das Jahr 2013 in Abbildung 6, lässt sich zusätzlich folgendes feststellen: Trotz den Bemühungen von SwissDRG AG, die Tarifstruktur zu verbessern und die Hochdefizitfälle besser abzubilden, hat sich die Situation für die Universitätsspitäler (K111) sogar noch verschlechtert. 2013 beträgt der durchschnittlich Verlust der Universitätsspitäler über 1'100 CHF, gut 100 CHF mehr als 2012. Der Einfluss der Hochdefizitfälle bleibt dagegen bestehen. Ohne Hochdefizitfälle reduziert sich das durchschnittliche Betriebsergebnis pro Normfall auf rund 600 CHF. Eine Vergleichbare Situation können wir 2013 einzig für die pädiatrischen Kliniken (K233) finden, was ebenfalls ihren Endversorgercharakter unterstreicht. Bei den Zentrums- und Regionalspitälern, haben die Hochdefizit- und Hochprofitfälle dagegen erneut keinen wesentlichen Einfluss auf das Betriebsergebnis. Gleiches gilt 2013 für die Spezialkliniken (K23).

Abbildung 6 Einfluss der Hochprofit- und Hochdefizitfälle auf die durchschnittliche Ertragssituation der Spitäler pro Normfall (CMI-adjustiert), 2013



Die linke Abbildung zeigt die Erträge pro Normfall inklusive der Hochdefizit- und Hochprofitfälle. Rechts sind die Erträge unter Ausschluss dieser Fälle dargestellt. 2013 hat sich die Situation für Universitätsspitäler sogar noch leicht verschlechtert. Zudem erkennen wir, dass auch pädiatrische Spezialkliniken besonders stark von Hochdefizitfällen betroffen sind. Sie sind quasi Endversorger für diese spezielle Patientengruppe während leichtere pädiatrische Fälle in einer DRG vermutlich eher in regulären Spitälern behandelt werden können. Pädiatrische Kliniken (K233) sind ebenfalls stark von Hochdefizitfällen betroffen.

Quelle: Fallkostenstatistik 2013 des BFS, eigene Berechnungen.

Zusammenfassend lässt sich für die Schweiz festhalten, dass das heute existierende Fallpauschalensystem nicht ausreicht, um die systematischen Unterschiede in der Patientenstruktur zwischen den Anbietern zu kompensieren. Vor allem Universitätsspitäler und pädiatrische Kliniken werden mit dem heutigen System einem erheblichen Risiko durch Hochkostenfälle ausgesetzt. Gefragt sind also Massnahmen, die einerseits die Häufigkeit von Hochkostenfällen effektiv reduzieren und andererseits Massnahmen, die bei Auftreten solcher Fälle die Implikationen für die Spitäler in Grenzen halten.

3.4 Existierende Massnahmen unter SwissDRG

Im Schweizer System gibt es bereits Massnahmen, welche die finanziellen Konsequenzen von Hochkostenfällen eindämmen sollen. Diese Massnahmen stellen einen zentralen Ausgangspunkt für den nachfolgenden internationalen Vergleich dar.

- **Abstufungen in den Basispreisen:** Spitalindividuelle Basispreise sind geeignete Instrumente, um systematische Unterschiede in der Patienten- und Kostenstruktur zwischen Leistungsanbietern zu kompensieren. Dabei gilt es jedoch sicherzustellen, dass ausschliesslich leistungsbezogene Kostenunterschiede und nicht Ineffizienz mitberücksichtigt wird (Widmer et al., 2015b).
- **DRG-Splits und Abbildung des Schweregrades:** Durch DRG-Splits werden Basis-DRG nach Ressourcenbedarf abgestuft in DRG geteilt. DRG mit höherem Kostengewicht in der gleichen Basis-DRG haben gleiche Diagnose-Behandlungs-Charakteristika aber einen höheren Ressourcenbedarf. Durch Splits werden stets kleinere DRG geschaffen («Verbreiterung» des Systems), wodurch eine statistisch robuste Schätzung des erwarteten Ressourcenverbrauchs erschwert bis verunmöglicht werden kann. Fundiert werden Splits über Schweregrad-Scores, welche den Schweregrad von Patienten numerisch bewerten. Im Falle der Schweiz kommt hier der «Patientenbezogene Gesamtschweregrad» (Patient Clinical Complexity Level, PCCL) zum Einsatz.
- **Langliegerzuschläge:** Bei Überschreitung einer oberen Liegedauergrenze wird je zusätzlichem Liegetag ein Zuschlag auf das Kostengewicht vergütet. Würden Liegedauer und Kosten perfekt korrelieren, könnte dadurch das Problem der Hochkostenfälle gelöst werden. Da die Korrelation aber deutlich unter 1 liegt, bleiben erhebliche Diskrepanzen zwischen den Spitaltypen bestehen (vgl. Kapitel 3.3). Innerhalb von SwissDRG stieg die Anzahl DRG mit Langliegerzuschlägen seit Einführung 2012 kontinuierlich an (Fischer, 2015a, S. 14).
- **Separatzahlungen:** Gewisse DRG werden nicht über Fallpauschalen vergütet (unbewertete DRG) (Swiss DRG AG, 2015, Anlage 1).
- **Zusatzentgelte:** Besonders teure und klar abgrenzbare Leistungen werden zusätzlich nach dem Einzelleistungstarif vergütet (es handelt sich also immer noch um eine «prospektive» Vergütung). Kosten, die mittels Zusatzentgelten vergütet werden, werden aus den Fallkosten herausgerechnet (Swiss DRG AG, 2011). Eine aktuelle Liste der Zusatzentgelte findet sich im jeweiligen Katalog von SwissDRG. Seit Einführung ist die Anzahl Zusatzentgelte (undifferenziert) markant von 5 auf 58 gestiegen (Fischer, 2015a, S. 14).

Fazit zum SwissDRG-System

- Die Schweiz führt seit 2012 ein für alle Anbieter bindendes Fallpauschalensystem, in dem die Spitäler ein ausgeprägtes finanzielles Risiko tragen.
- Die Ausgestaltung von SwissDRG ist im internationalen Vergleich einmalig stark auf Effizienz, einen verstärkten Wettbewerb und erhöhte Transparenz ausgelegt.
- Die Bedingung an die ökonomische Homogenität ist unter SwissDRG nicht erfüllt. Insbesondere Universitätsspitäler und pädiatrische Kliniken sind stark Hochdefizitfällen und deren finanziellen Auswirkungen ausgesetzt.
- Bestehende Massnahmen sind DRG-Splits, Zusatzentgelte, Langliegerzuschläge sowie Abstufungen im Basispreis.

4 Internationale Erfahrungen mit Hochkostenfällen in DRG-Systemen

In diesem und im nächsten Kapitel stellen wir die internationalen Erfahrungen mit Hochkostenfällen denjenigen aus der Schweiz gegenüber. Ins Zentrum stellen wir die folgenden Fragen aus der Ausgangslage der Studie.

1. Sind Hochkostenfälle in anderen Ländern ein anerkanntes Problem bei der Ausgestaltung von DRG-Systemen?
2. Unter welchen Voraussetzungen werden Hochkostenfälle in DRG-Systemen zu einem Problem?
3. Welche Massnahmen werden gegen die Auswirkungen von Hochkostenfällen – insbesondere dem resultierenden Risiko für die Spitäler – ergriffen?
4. Wie lässt sich die Weiterentwicklung der Systeme im Zeitablauf darstellen und inwiefern prägen die Erfahrungen mit Hochkostenfällen die Systementwicklung?

4.1 Methodisches Vorgehen und Übersicht zu den Vergleichsländern

Bei unserer Recherche waren wir bestrebt, möglichst neue Literatur zu untersuchen, um den aktuellen Stand der Diskussion in den Ländern abzubilden. Berücksichtigt haben wir Dokumente von offiziellen Behörden oder assoziierten Institutionen sowie wissenschaftliche Publikationen, die öffentlich zugänglich waren.

Nachdem wir in einer ersten Runde über 40 Länder in Betracht zogen und prüften, schränkten wir die Auswahl auf Länder ein, für welche wir umfassende Informationen in einer vertrauten Sprache (Deutsch, Englisch, Französisch) auffinden konnten. Als Resultat haben wir insgesamt 31 Länder auf die Fragen der vorliegenden Studie eingehend untersucht: 22 in Europa, 5 in Asien, 2 in Amerika und 2 in Ozeanien. Die untersuchten Länder sind in Tabelle 2 dargestellt.

Tabelle 2 Untersuchte Länder

Europa	Asien	Amerika	Ozeanien
Schweiz (CHE), Bulgarien (BGR), Dänemark (DNK), Deutschland (DEU), England (ENG), Estland (EST), Finnland (FIN), Frankreich (FRA), Griechenland (GRC), Irland (IRL), Italien (ITA), Lettland (LVA), Niederlande (NLD), Norwegen (NOR), Österreich (AUT), Polen (POL), Portugal (PRT), Schweden (SWE), Slowenien (SVN), Spanien (ESP), Tschechien (CZE), Ungarn (HUN)	Israel (ISR), Japan (JPN), Südkorea (KOR), Singapur (SGP), Thailand (THA)	Kanada (CAN), USA	Australien (AUS), Neuseeland (NZL)

Quelle: Eigene Darstellung, Polynomics.

Bei der Recherche stellte die Sprachenheterogenität in den europäischen Ländern und die unterschiedliche Qualität und Quantität der zur Verfügung stehenden Informationen eine grosse Herausforderung dar. Wir halten daher fest, dass die in der Studie zu findenden Informationen eher als «Minimalstandard» zu verstehen sind. Wir können nicht ausschliessen, dass unsere Recherchen nicht alle für die vier Fragen relevanten Informationen aus den untersuchten Ländern zusammenfassen konnten. Zudem zeigen unsere Recherchen für einige Länder teilweise in Konflikt

stehende und widersprüchliche Informationen. Die in der Studie zur Verfügung gestellten Informationen wurden von uns so aufbereitet, dass sie in sich möglichst schlüssig sind. In der Studie werden alle von uns genutzten Quellen aufgelistet, um bei Bedarf eine Verifikation der Resultate zu ermöglichen.

Die wichtigsten Ergebnisse sind im Anhang in Kapitel 9.1 in einer Übersichtstabelle zusammengetragen (Länder alphabetisch geordnet). Die entsprechende Tabelle 6 zeigt insbesondere, welche Länder das Problem von Fällen mit ausserordentlich hohem Ressourcenbedarf erkannt haben und wie versucht wird, dieses zu lösen. Die Tabelle wird durch Informationen zum Alter des DRG-Systems und zur Funktion und Bedeutung des Systems ergänzt, welche für das Verständnis entscheidende Hintergrundinformationen liefern. Zudem befinden sich im Anhang in Kapitel 9.2 ausführliche Steckbriefe zu den wichtigsten Vergleichsländern der Schweiz. Die Detailergebnisse zu den einzelnen Forschungsfragen werden nachfolgend weiter erläutert.

4.2 Internationale Diskussion zu den Hochkostenfällen

In der Ausgangslage der internationalen Untersuchung steht die Frage im Fokus, ob das Problem der Hochkostenfälle auch international diskutiert wird oder ob es sich um eine Eigenheit des Schweizer Systems handelt. Hierbei haben wir in den Ländern gezielt nach Informationen gesucht, die eine aktuelle Diskussion zu den Hochkostenfällen in den Systemen belegen.

Eine zusammenfassende Aufstellung der untersuchten Länder in mit und jene ohne Probleme mit Hochkostenfällen ist in Tabelle 3 ersichtlich.

Tabelle 3 Länderübersicht zu den Problemen mit Hochkostenfällen in DRG-Systemen

Probleme mit Hochkostenfällen bekannt	Probleme mit Hochkostenfällen nicht bekannt
Schweiz (CHE), Australien (AUS), Deutschland (DEU), England (ENG), Estland (EST), Schweden (SWE), USA	Bulgarien (BGR), Dänemark (DNK), Finnland (FIN), Frankreich (FRA), Griechenland (GRC), Irland (IRL), Israel (ISR), Italien (ITA), Japan (JPN), Kanada (CAN), Lettland (LVA), Neuseeland (NZL), Niederlande (NLD), Norwegen (NOR), Österreich (AUT), Polen (POL), Portugal (PRT), Singapur (SGP), Slowenien (SVN), Südkorea (KOR), Spanien (ESP), Thailand (THA), Tschechien (CZE), Ungarn (HUN)

Quelle: Eigene Darstellung, Polynomics.

Die Ergebnisse zur Forschungsfrage 1 machen verständlich, dass Hochkostenfälle nicht automatisch ein anerkanntes Problem darstellen oder in der kurzen Vergangenheit dargestellt haben. Von den 32 untersuchten Ländern, konnten wir nur in 7 Ländern eine aktuelle Diskussion zu Hochkostenfällen ermitteln. Der Fokus in diesen Ländern liegt vor allem bei der Lokalisierung der Hochkostenfälle und der Entwicklung von Massnahmen zur Minimierung der finanziellen Konsequenzen. Bei einem Grossteil der Länder haben wir jedoch keine stichhaltigen Hinweise für eine aktuelle Diskussion gefunden. Dies kann bedeuten, dass die Länder entweder bereits erfolgreiche Massnahmen ergriffen haben oder aber derzeit keine Probleme mit Hochkostenfällen existieren.

Warum nicht alle Länder ein Problem mit Hochkostenfällen haben, gilt es nachfolgend in der Frage 2 detailliert zu klären. Allgemein lässt sich bereits festhalten, dass sich die untersuchten Systeme in ihrer Ausgestaltung zum Teil stark unterscheiden und nicht immer direkt mit der Schweiz vergleichbar sind. So haben einzelne der untersuchten Länder zwar ein DRG-Klassifikationssystem, wenden dieses aber nicht primär zur Vergütung an. Bei anderen Ländern macht

das DRG-System nur einen geringen Anteil der relevanten Vergütung aus. Wiederum andere haben ein DRG-System erst kürzlich eingeführt und haben noch keine grossen Erfahrungen mit dem System gemacht.

Eine abschliessende Aussage zur Relevanz von Hochkostenfällen kann mit der Forschungsfrage 1 nicht gemacht werden. Klar ist aber, dass das Problem über die Schweiz hinaus besteht.

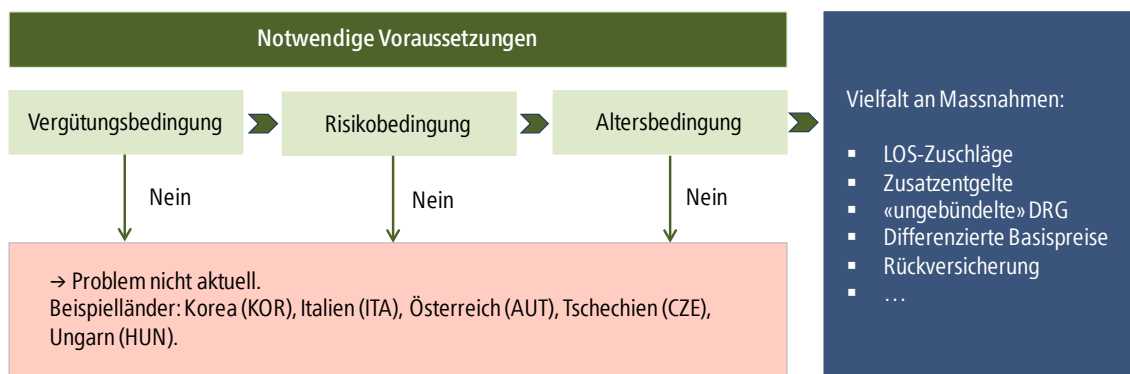
4.3 Voraussetzungen für finanzielle Auswirkungen von Hochkostenfällen

Im vorangegangenen Kapitel haben wir erläutert, dass nicht alle Länder eine Diskussion zu den Hochkostenfällen führen. Interessant ist nun zu evaluieren, weshalb dies der Fall ist. Existieren Eigenschaften, die diese Systeme von demjenigen der Schweiz unterscheiden? Dazu haben wir die untersuchten Länder anhand ihrer Systemgestaltung analysiert und Voraussetzungen abgeleitet, unter denen Hochkostenfälle zum Problem werden können.

Die Synthese der Recherchen führt uns zu insgesamt drei notwendigen Voraussetzungen, die wir in Abbildung 7 schematisch dargestellt haben und nachfolgend weiter erläutern:

1. **Vergütungsbedingung:** Das betroffene Land muss das DRG-Klassifizierungssystem zur Vergütung der Spitäler mit Fallpauschalen verwenden.
2. **Risikobedingung:** Das Vergütungssystem muss die Spitäler einem finanziellen Risiko aussetzen. Es dürfen keine weiteren Vergütungen für ungedeckte Kosten existieren.
3. **Altersbedingung:** Das betroffene Land muss das DRG-System bereits seit einigen Jahren eingeführt haben, um allfällige Probleme mit Hochkostenfällen zu erkennen.

Abbildung 7 Notwendige Bedingungen zur Thematisierung von Hochkostenfällen in DRG-Systemen



Der Vergleich aus über 30 Ländern zeigt, dass grundsätzlich drei notwendige aber nicht hinreichende Voraussetzungen existieren müssen, damit Hochkostenfälle in einem Fallpauschalensystem zu Problemen führen. Die notwendigen Bedingungen sind für die Schweiz erfüllt.

Quelle: Eigene Darstellung, Polynomics.

Die drei notwendigen Voraussetzungen lassen sich einfach begründen: Die Vergütungsbedingung ist die Grundvoraussetzung, dass Hochkostenfälle entstehen. Mit der Risikobedingung wird zudem garantiert, dass die Hochkostenfälle einen Verlust verursachen und somit zu Hochdefizitfällen werden können. Nur wenn die Spitäler finanziellen Risiken ausgesetzt sind, müssen sie Ver-

luste aus Hochkostenfällen selber tragen. Die Altersbedingung setzt schlussendlich gewisse Erfahrungen mit einem Fallpauschalensystem voraus, um ein allfällig vorhandenes Problem überhaupt erst erkennen zu können.

Unter der Vergütungs-, der Risiko- und der Altersbedingung schränkt sich die Anzahl Länder auf 14 ein. Von den 14 Ländern haben 7 eine aktive Diskussion zu den Hochkostenfällen und zum Teil auch bereits umfangreiche Massnahmen gegen ihre finanziellen Konsequenzen umgesetzt (vgl. Tabelle 3). Bei weiteren vier Ländern haben wir zwar keine aktuelle Diskussion recherchieren können, sie haben aber ebenfalls bereits umfangreiche Massnahmen umgesetzt, was auf ein gewisses Problem der Hochkostenfälle und auf eine frühere Diskussion hindeutet. Es handelt sich dabei um die Länder Finnland, Japan, Singapur und Thailand.

Lediglich bei den drei Ländern Frankreich, Niederlanden und Neuseeland konnten wir trotz den erfüllten Bedingungen weder eine Diskussion noch umfassende Massnahmen ermitteln. Es ist an dieser Stelle festzuhalten, dass es sich bei den drei Bedingungen um notwendige, nicht aber hinreichende Bedingungen handelt, damit Probleme mit Hochkostenfällen auftreten. Als weitere Begründungen für die betroffenen Länder können wir wie folgt zusätzlich festhalten:

- In Frankreich steht das DRG-System (T2A) vor einem fundamentalen Umbau. Der Fokus der Revision liegt derzeit auf anderen Baustellen als auf den Hochkostenfällen.
- Dem niederländischen DOT-System liegt eine fundamental andere Logik als bei anderen DRG-Systemen zu Grunde. Im DOT-System kann ein Patientenfall gleichzeitig in unterschiedlichen DOT sein. Das System entspricht eher einem Einzelleistungssystem als einem Fallpauschalensystem. Dies führt dazu, dass Hochkostenfälle nicht in vergleichbarer Art und Weise zu systematischen Risiko werden.
- Neuseeland führt neben den Fallpauschalen auch Einzelleistungsvergütungen und Globalbudgets zur Vergütung von Spitälern. Unserer Einschätzung nach führt dies entgegen den offiziellen Quellen dazu, dass die Risikobedingung nicht erfüllt ist. Es erstaunt daher nicht, dass Hochkostenfälle in Neuseeland zu keinen Problemen im System führen.

Die Informationen zu den Ländern, welche die drei Bedingungen erfüllen, haben wir im Anhang in Kapitel 9.2 zur Verfügung gestellt. Dort finden sich weiterführende Hintergrundinformationen, die ein besseres Verständnis der Situation des jeweiligen Landes ermöglichen.

Fazit zu den internationalen Erfahrungen mit Hochkostenfällen

Hochkostenfälle führen international betrachtet unter drei notwendigen Voraussetzungen zu finanziellen Problemen in DRG-Systemen:

- Die Anwendung eines Fallpauschalensystems (Vergütungsbedingung).
- Finanzielles Risiko für die Spitäler (Risikobedingung).
- Einige Jahre Erfahrung mit dem DRG-System in der Vergütung (Altersbedingung).

Aus Sicht der Schweiz ist dies zentral, zumal die Voraussetzungen unter SwissDRG 2016 kumulativ erfüllt sind. Folglich sind die bekannten Probleme im Schweizer System, welche eingangs deutlich wurden, konsistent mit den Erfahrungen anderer Länder, welche die gleichen Systemvoraussetzungen aufweisen.

5 Massnahmen gegen die finanziellen Auswirkungen von Hochkostenfällen

Unter den oben aufgeführten Ländern haben sich zum Teil sehr umfangreiche Massnahmen zur Eindämmung der Probleme von Hochkostenfällen etabliert. Im nachfolgenden Kapitel gehen wir auf die wichtigsten Massnahmen ein und beurteilen diese bezüglich ihrer ökonomischen Relevanz. Dabei unterscheiden wir zwischen zwei Kategorien:

1. Massnahmen innerhalb des Klassifikationssystems
2. Massnahmen innerhalb des Vergütungssystems

Die Massnahmen der ersten Kategorie setzen direkt bei der Tarifstruktur an, indem sie die medizinische- und ökonomische Homogenität verbessern sollen. Massnahmen der zweiten Kategorie versuchen, die Folgen einer nicht ausreichenden Tarifstruktur durch zusätzliche Finanzierungsinstrumente einzudämmen.

5.1 Massnahmen im Klassifikationssystem

Wie in Kapitel 2.1 erläutert wurde, setzt ein erfolgreiches DRG-System (welches zur Vergütung genutzt wird) voraus, dass alle Patientenfälle einer medizinisch und ökonomisch homogenen Gruppe zugeordnet werden können. Nur wenn innerhalb einer Gruppe nicht zu grosse Kostenschwankungen zwischen den Patientenfällen existieren, werden die finanziellen Ergebnisse der Spitäler nicht unverhältnismässig negativ durch Hochkostenfälle beeinflusst.

Massnahmen innerhalb des Klassifikationssystems versuchen die Gruppierung von Patientenfällen zu modifizieren, um der Anforderung der ökonomischen Homogenität unter Einhaltung der medizinischen Homogenität näher zu kommen. Wir zählen zu dieser Kategorie die folgenden beiden Massnahmen, welche wir in unterschiedlichen Ländern antreffen:

1. DRG-Splits
2. Weiterentwicklung des Schweregrad-Scores

Beide Massnahmen haben eine gemeinsame Voraussetzung: Sie bedingen, dass sich Hochkostenfälle über Variablen identifizieren lassen, um solche Fälle anders zu gruppieren. Handelt es sich bei Hochkostenfällen um unsystematische Einzelfälle, werden sich keine Variablen finden lassen, welche solche Fälle statistisch charakterisieren können, Massnahmen im Klassifizierungssystem bleiben wirkungslos, was auch die Erfahrungen der einzelnen Länder zeigen.

5.1.1 DRG-Splits

Konzept

Durch DRG-Splits werden zusätzliche DRG geschaffen. Die Grundidee lautet, Fälle mit unterschiedlich hohem Ressourcenbedarf unterschiedlichen DRG zuzuordnen, um dadurch eine homogenere Kostenstruktur innerhalb der DRG zu erzielen. DRG-Splits finden meist innerhalb von Basis-DRG mit gleichen Diagnose-Behandlungsscharakteristika statt. Gleichzeitig müssen sich die Patientenfälle zur Wahrung der medizinischen Homogenität aber eindeutig von Fällen in anderen DRG (auch von anderen DRG innerhalb der gleichen Basis-DRG) differenzieren.

Ökonomische Beurteilung

Falls Untergruppen identifizierbar sind, die medizinisch und ökonomisch klar abgrenzbar sind, aber auch über eine ausreichende Fallzahl für eine statistisch robuste Berechnung verfügen, können DRG-Splits eine effektive Massnahme darstellen.

Eine erfolgreiche Umsetzung von DRG-Splits erfordert eindeutig beobachtbare medizinische Kriterien, mit denen Hochkostenfälle lokalisiert werden können. Andererseits besteht eine Herausforderung darin, dass durch Splits das DRG-System breiter wird (mehr DRG). Die Implikation eines breiteren Systems sind geringere Fallzahlen in einer DRG und damit weniger statistische Power, um einen robusten Kostendurchschnitt zu schätzen. Bei zu kleinen DRG läuft das System Gefahr, Zufallswerte anstelle von erwarteten Kosten pro DRG zu vergüten, was zu einem unerwünschten Systemrisiko führt.¹¹ Je kleiner das Land, desto weniger geeignet sind DRG-Splits als Lösungsinstrument zur Risikoreduktion für Leistungsanbieter und können sogar das finanzielle Risiko wieder erhöhen.

Empirische Beobachtung

Grundsätzlich stellen wir bei all den untersuchten Ländern im zeitlichen Verlauf eine starke Zunahme der DRG durch DRG-Splits fest.

1. Bei Einführung starten die Systeme tendenziell mit einer noch relativ geringen Anzahl DRG (Beispiel: England, Frankreich, Deutschland).
2. Nach Einführung steigt die Anzahl DRG teilweise markant an.

Für die Schweiz stellen wir noch keine extensive Nutzung dieser Massnahme fest. Die Anzahl DRG ist seit Einführung des Systems ungefähr konstant geblieben (vgl. dazu Tabelle 6).

Betroffene Länder: Faktisch alle untersuchten Länder, Teil der «Grundausrüstung».

5.1.2 Weiterentwicklung des Schweregrad-Scores

Konzept

Weiterentwicklungen des Schweregrad-Scores schaffen die Grundlagen, um bei gegebenen Diagnose-Behandlungsmerkmalen die Schwere eines Falles möglichst präzise zu erfassen und somit weitere Schritte – primär DRG-Splits oder Abstufungen im Kostengewicht – zu ermöglichen. Diese Weiterentwicklungen sind eine Grundvoraussetzung, den Schweregrad der Patienten bei der Vergütung berücksichtigen zu können.

Ökonomische Beurteilung

Sofern Variation im Schweregrad mit Variation in den Kosten einhergeht, kann es zielführend sein, eine möglichst aussagekräftige Abbildung des Schweregrades zu erzielen. Dadurch können die Grundlagen für ein Klassifikationssystem geschaffen werden, das auf ökonomisch und medizinisch homogenen DRG basiert.

Eine ökonomische Evaluation der Massnahme sollte jedoch (abgesehen von allfälligen Entwicklungskosten der Weiterentwicklung) primär auf die aus der Weiterentwicklung des Schweregrad-

¹¹ Erfahrungen aus anderen Ländern (vgl. Ländersteckbriefe) deuten auf eine erforderliche Mindestzahl von 200 bis 600 Patientenfälle pro DRG hin.

Scores folgenden Massnahmen abzielen: Wird die Weiterentwicklung beispielsweise dazu genutzt, um viele neue, insbesondere kleine DRG zu schaffen (DRG-Splits), könnte dies jedoch auch zu einer Verschlechterung der Tarifstruktur führen, da die Robustheit des Systems reduziert wird. Dieses Problem ist vor allem für kleine Länder wie die Schweiz relevant (vgl. Kapitel 5.1.1).

Empirische Beobachtung

In den meisten Ländern, die wie das Schweizer System auf dem australischen DRG-System basieren, wird der Schweregrad gegenwärtig über den PCCL gemessen. Einzelne Länder führen jedoch grössere Reformen ihres Schweregrad-Scores durch. Ein gutes Beispiel hierfür liefert Australien, das den PCCL durch den 2016 eingeführten ECCS ersetzt hat, um die Abbildung des Schweregrads weiterzuentwickeln und dadurch eine homogenere Abbildung des Ressourcenbedarfs von Patientenfällen zu erzielen (ACCD, 2014; vgl. Kapitel 9.2.1). Wie eingangs erläutert, setzt die Schweiz seit Einführung von SwissDRG auf den PCCL als Schweregrad-Score.

Betroffene Länder (nur grössere Reformen): Australien, Deutschland, USA.

5.2 Massnahmen im Vergütungssystem

Die zweite Kategorie betrifft Massnahmen innerhalb des Vergütungssystems. Solche Massnahmen modifizieren direkt die Vergütung der Patientenfälle, ohne dabei die Einteilung in DRG sowie die Grundlagen, nach welchen DRG gebildet werden (beispielsweise Schweregrad-Score) zu beeinflussen. Wir zählen hierzu die folgenden Massnahmen, welche wir in unterschiedlichen Ländern antreffen:

1. Abstufungen im Basispreis nach Spital oder Spitaltyp
2. Langliegerzuschläge (LOS-Zuschläge)
3. Nicht-liegedauerbasierte Zuschläge auf das Kostengewicht
4. Rückversicherung
5. Separate Vergütung für spezifische Patientenfälle (Separatzahlungen)
6. Zusatzzahlungen für spezifische Leistungen (Zusatzentgelte)
7. Globalbudgets (Pauschalzahlungen) für Spitaltypen

Ein Vorteil von Massnahmen im Vergütungssystem ist, dass sie grundsätzlich flexibler sind als Massnahmen im Klassifikationssystem und dem damit verknüpften Fallpauschalensystem. Sie bedingen nicht zwingend eine Identifikation von Variablen, welche Hochkostenfälle statistisch charakterisieren.

5.2.1 Abstufungen im Basispreis nach Spital oder Spitaltyp

Konzept

Abstufungen in der Vergütung nach Spital oder Spitaltyp zielen darauf ab, systematische Kostenunterschiede zwischen Spitälern oder Spitaltypen zu berücksichtigen, welche aufgrund von unterschiedlichen Leistungs- oder Patientenstrukturen zustande kommen. Die Abstufungen können einerseits Ergebnis von Verhandlungen sein (Schweiz, Deutschland) oder aus Daten berechnet werden, um für systematische Differenzen zwischen den Spitälern zu kompensieren (z.B. Finnland, Schweden, USA).

Ökonomische Beurteilung

Abgestufte Basispreise sind dann zweckmässig, wenn leistungsbezogene Unterschiede zwischen Anbietern bestehen, welche durch die Fallpauschale nicht berücksichtigt werden. Im Schweizer Kontext haben beispielsweise Widmer et al. (2015a) gezeigt, dass inhomogene DRG, die sich u. a. in einer Häufung hochdefizitärer Fälle in Universitätsspitalern manifestieren, zu leistungsbegründeten Unterschieden in den Fallnormkosten zwischen den Anbietern führen (vgl. auch Abschnitt 3.3). Vor diesem Hintergrund stellen Abstufungen in der Vergütung nach Spitaltyp eine mögliche Lösung dar. Abstufungen im Basispreis sind zudem relativ einfach umzusetzen, indem über ein ökonometrisches Modell die systematischen, leistungsbezogenen Differenzen zwischen Anbietern geschätzt werden.

Andererseits können Spitäler, sofern nicht alle Leistungskomponenten im Fallpauschelensystem (d. h. primär über die Kostengewichte) berücksichtigt werden, nicht anhand ihrer Fallnormkosten verglichen werden. Ein Benchmarking unter diesen Voraussetzungen würde eine ökonometrische Analyse erfordern, bei dem die Fallnormkosten der Spitäler vorab um systematische Unterschiede zwischen den Anbietern bereinigt werden. Dieses Problem wird durch abgestufte Basispreise nicht gelöst. Sollte es daher gelingen – was unter der Voraussetzung von statistisch adäquaten Bedingungen allerdings wesentlich schwieriger sein dürfte – Hochkostenfälle im Fallpauschalensystem abzubilden, dürfte diese Lösung gegenüber Abstufungen im Basispreis zu bevorzugen sein.

Empirische Beobachtung

Abstufungen in den Basispreisen treffen wir in einer Vielzahl von Ländern. Sie werden aktuell auch in der Schweiz angewandt. In Deutschland finden wir zwar auch Abstufungen im Basispreis, hierbei handelt es sich jedoch um geografische Anpassungsfaktoren und nicht um Massnahmen im Hinblick auf Hochkostenfälle (vgl. 9.2.2).

Betroffene Länder: Schweiz, Finnland, Japan, Neuseeland, Polen, Singapur, Südkorea, Thailand, USA.

5.2.2 Liegedauerbasierte Zuschläge auf das Kostengewicht (LOS-Zuschläge)

Konzept

Zuschläge auf das Kostengewicht in Abhängigkeit der Liegedauer wollen Spitäler für besonders teure Fälle zusätzlich entschädigen, in dem sie unterstellen, dass teure Fälle auch stets lange im Spital liegen. Überschreitet ein Fall eine obere Liegedauergrenze, werden Zusatzvergütungen fällig. Die obere Liegedauergrenze ist dabei in der Regel DRG-spezifisch. Bei diesem Verfahren wird unterstellt, dass Liegedauer und Kosten perfekt oder beinahe perfekt korrelieren.

Ökonomische Beurteilung

Liegedauerzuschläge sind dann sehr effektiv, wenn Kosten und Liegedauer sehr stark korrelieren. Dies ist, zumindest für die Schweiz nicht ausreichend der Fall, wie Polynomics in früheren Studien bereits zeigen konnte. Zudem zeigten mehrere US-amerikanische Studien, dass die Korrelation von Liegedauer und Kosten für Hochrisikofälle eher schwach ausfällt (vgl. z. B. Carter und Rumpel, 1994). Dies war ein entscheidender Grund dafür, weshalb diese Massnahme im amerikanischen Medicare-Programm seit 1997 nicht mehr zur Anwendung kommt (Günster, 2000). Für eine detailliertere Analyse sei auf Widmer et al. (2015a) und Frank (2016) verwiesen.

Empirische Beobachtung

Liegedauerbasierte Zuschläge auf das Kostengewicht gehören quasi zur Grundausrüstung eines DRG-Systems und sind in fast allen Ländern anzutreffen. Die Massnahme wird auch in der Schweiz seit Einführung des Systems genutzt, wie in dem Kapitel zur Schweiz (vgl. Abschnitt 3.4) dargelegt wurde.

Betroffene Länder: Faktisch alle Länder mit Ausnahme der Niederlande und den USA. LOS-Zuschläge gehören zur «Grundausrüstung».

5.2.3 Nicht-liegedauerbasierte Zuschläge auf das Kostengewicht

Konzept

In Abhängigkeit von Patientenfallcharakteristiken werden unterschiedliche Zuschläge auf das Kostengewicht initiiert, welche zu einer höheren Vergütung führen. Im Gegensatz zu den Abstufungen auf dem Basispreis werden hier DRG-spezifische Abstufungen auf Patientenebene vorgenommen. In Australien werden so beispielsweise Zuschläge für pädiatrische Patientenfälle, für psychiatrische Spezialleistungen, für radiotherapeutische oder chemotherapeutische Behandlungskomponenten, für Notfälle oder für Behandlungen auf der Intensivstation gemacht (vgl. Tabelle 7 im Anhang 9.2.1 für Details). Die Zuschläge können DRG-spezifisch oder über alle DRG hinweg gleich ausgestaltet sein.

Ökonomische Beurteilung

Abstufungen im Kostengewicht nach Patientenfallcharakteristika, welche die Varianz in den Fallkosten erklären, können auf relativ einfache Weise dazu beitragen, eine adäquate Vergütung von Hochkostenfällen zu erzielen. Wir sehen den Vorteil dieser Massnahme besonders darin, dass erstens keine DRG-Splits erforderlich sind und damit keine unnötige Verbreiterung des Systems induziert wird. Zweitens, und für den Fall, dass es sich bei den Zuschlägen um DRG-übergreifende Zuschläge auf das Kostengewicht handelt, steht eine hohe statistische Power zur adäquaten Berechnung der Zuschläge zur Verfügung. Drittens werden dadurch die systematischen Kostenunterschiede zwischen den Leistungsanbietern auf Basis von Patientencharakteristiken erklärt, was im Gegensatz zu Abstufungen im Basispreis differenziertere Abstufungen zulässt.

Eine grosse Herausforderung dürfte jedoch darin bestehen, Merkmale zu identifizieren, welche möglichst perfekt das Auftreten eines Hochkostenfalles vorhersagen. Dies bedingt, dass Hochkostenfälle gemeinsame Charakteristika aufweisen, welche sie von anderen Fällen innerhalb der gleichen DRG unterscheiden. Ein weiterer Nachteil könnte wie auch bei Zusatzentgelten darin bestehen, dass aufgrund der finanziellen Anreize die Behandlungswahl beeinflusst wird, wenn die Zuschläge zu stark auf retrospektiven Charakteristika wie Behandlungskomponenten beruhen. Sind diese Charakteristika zudem gut beeinflussbar, kann ein Anreiz geschaffen werden, diese Behandlungskomponenten vermehrt durchzuführen, um zusätzliche Vergütungen zu erreichen.

Empirische Beobachtung

Nichtliegedauerbasierte Zuschläge finden wir in unserer Recherche nur in Australien. Insgesamt existieren in Australien deren zehn Variablen (Stand 2016), auf deren Basis Anpassungen vorgenommen werden, darunter Behandlungen auf der Intensivstation, für pädiatrische Patienten oder für Dialysen (vgl. dazu Tabelle 7 im Anhang). Die Zuschläge werden datenbasiert berechnet. Für

detaillierte Erläuterungen zum Verfahren sei auf unsere Aufbereitung im Anhang verwiesen (Abschnitt 9.2.1).

Betroffene Länder: Australien.

5.2.4 Rückversicherung

Konzept

Eine Rückversicherung vergütet Hochkostenfällen die Residualkosten, welche eine vorbestimmte Verlustgrenze überschreiten. Damit soll das finanzielle Risiko einer ökonomischen Inhomogenität direkt eingedämmt werden. Die Verlustgrenze kann DRG-spezifisch (Finnland, Estland), über eine Fixverlustschwelle (USA) oder wie im Spezialfall Japan über die Liegedauer definiert werden.

Ökonomische Beurteilung

Eine Rückversicherung ist eine einfache Art, die Verluste und das finanzielle Risiko der Spitäler wirksam zu begrenzen, wenn die Fallpauschale nicht in der Lage ist, leistungsbezogene Kostendifferenzen zwischen Anbietern und innerhalb der DRG adäquat abzubilden. Vor dem Hintergrund einer nichtperfekten Korrelation von Liegedauer und Kosten ist eine Definition einer Obergrenze über Kosten zu bevorzugen. Je nachdem wie die Rückversicherung finanziert wird, kann durch diese auch ein Lastenausgleich von Spitälern mit überproportional vielen Hochprofitfällen zu Spitälern mit einem überproportional hohen Anteil Hochdefizitfälle erfolgen, beispielsweise wenn die Versicherung über Abschläge auf allen Fällen finanziert wird (wie in den USA).

Ein Nachteil einer Rückversicherung besteht darin, dass über der Verlust- oder Kostenschwelle grundsätzlich kein Anreiz zur effizienten Leistungserbringung besteht. Diese Anreize können teilweise wieder erhöht werden, wenn nicht 100, sondern nur 80 oder 90 Prozent der Kosten über der Schwelle (wie in den USA) rückvergütet werden. Ein weiterer Nachteil könnte in der Tatsache bestehen, dass durch strategische Kostenschlüsselungen normale Patientenfälle künstlich über die Kosten- oder Verlustschwelle gehoben werden, um dadurch eine höhere Vergütung zu erzielen.

Empirische Beobachtung

Die Rückversicherung ist in erster Linie aus den USA bekannt, wo sie seit Einführung des Systems präsent ist. Finnland, Estland, Japan und Thailand nutzen mit einer zusätzlichen Vergütung bei Überschreitung einer Kostenobergrenze ebenfalls eine Form der Rückversicherung. Bei Estland und Finnland handelt es sich hierbei um Einzelleistungsvergütungen, welche die Zusatzkosten decken sollen. Für Japan und Thailand ist uns die konkrete Ausgestaltung der Massnahme nicht im Detail bekannt.

Betroffene Länder: USA, Finnland, Estland, Japan, Thailand.

5.2.5 Separate Vergütung für spezifische Patientenfälle (Separatzahlungen)

Konzept

Bei Separatzahlungen werden Fallgruppen (DRG) oder Fälle innerhalb einer DRG vollständig aus dem Fallpauschalensystem ausgeklammert. Beispielsweise zählen hierzu zur Verhandlung freigegebene DRG (Deutschland, Schweiz) oder Einzelleistungsvergütungen von vordefinierten

Fällen (Estland, nicht kostenbasiert). Meist betreffen dies auch innovative Verfahren oder nicht gruppierbare Fälle, welche die Homogenität des Fallpauschalensystems übermässig stark reduzieren würden.

Ökonomische Beurteilung

Eine Beurteilung der Massnahme hängt stark von der konkreten Ausgestaltung der Separatzahlungen ab. Für die Vergleichbarkeit der Spitäler ist es wichtig, dass Separatzahlungen leistungsbezogen erfolgen und transparent dokumentiert werden. Existieren beispielsweise ganze Fallgruppen oder können Charakteristiken von Einzelfällen identifiziert werden, welche Patientenfälle mit sehr heterogener Kostenstruktur umfassen aber beispielsweise zu klein sind, um ausreichend statistische Power für eine neue DRG zu generieren, so kann eine Ausklammerung solcher Fälle/DRG von der Fallpauschalen eine Lösung darstellen.

Ein Nachteil von Separatzahlungen besteht klar darin, dass durch die Ausklammerung der Fälle auch die mit der Fallpauschalenvergütung verbundenen Anreize minimiert werden. Zudem setzt dieses Vorgehen voraus, dass die Hochkostenfälle anhand von beobachtbaren medizinischen Merkmalen vom DRG-System separiert werden können. Ist dies nicht der Fall und kann einzig eine Unterscheidung bezüglich der Fallkosten vorgenommen werden, ist das Vorgehen vergleichbar zur Rückversicherung.

Empirische Beobachtung

Separatzahlungen finden wir in einer Vielzahl von Ländern, unter anderem auch in der Schweiz und Deutschland, wo gewisse DRG von der Vergütung über eine Fallpauschale ausgenommen sind (vgl. dazu Abschnitte 3.4 und 9.2.2). Es ist allerdings fraglich, ob diese zur Minimierung der Auswirkungen von Hochkostenfällen verwendet werden.

Betroffene Länder: Schweiz, Deutschland, Frankreich, die Niederlande, Neuseeland, Schweden (weitere Länder wahrscheinlich).

5.2.6 Zusatzzahlungen für spezifische Leistungen (Zusatzentgelte)

Konzept

Im Gegensatz zu Separatzahlungen erfolgt bei Zusatzzahlungen eine Vergütung *zusätzlich* zur pauschalisierten Vergütung. Hierbei werden einzelne Behandlungskomponenten zusätzlich vergütet (beispielsweise teure Medikamente), welche zu stark abweichenden Fallkosten innerhalb einer DRG führen können. Auch die in England als «ungebündelte» DRG bezeichneten DRG entsprechen faktisch Zusatzentgelten.

Ökonomische Beurteilung

Bereits Busse et al. (2011) halten fest, dass die Hochkostenprobleme ihren Ursprung teilweise in sehr teuren Einzelleistungen hat, welche für heterogene Patienten in unterschiedlichsten DRG erbracht werden und nicht einer DRG zugeordnet werden können (Busse et al., 2011b, S. 88). Folglich können Zusatzentgelte durch eine zusätzliche Vergütung der teuren Behandlungskomponenten die finanziellen Auswirkungen der Hochkostenfälle minimieren.

Auf der anderen Seite steht primär ein Anreizproblem: Da Zusatzentgelte auf Behandlungskomponenten basieren, gehen die Anreizmechanismen eines Fallpauschalensystems verloren, insbesondere der Anreiz zur effizienten Leistungserbringung. Durch die Einzelleistungsvergütung dieser Komponenten kann im Gegenteil sogar ein Anreiz zur Überversorgung entstehen. Folglich stellt sich bei der ökonomischen Beurteilung der Massnahme die Frage nach der Extensivität: Wie viele Behandlungskomponenten werden über Zusatzentgelte abgewickelt und wie gut werden diese vergütet? Hierbei muss klar ein Trade-off zwischen Risikoreduktion und Anreizreduktion optimiert werden. Um die Kosten für die Behandlungskomponenten exakt zu schätzen, stellt sich zudem auch bei Zusatzentgelten die Frage nach der Fallzahl der Patienten mit solchen Leistungen. Eine hinreichende Patientenzahl ist zwingend, um ausreichend statistische Power zur Berechnung der Kosten zu haben und die effektiv anfallenden Kosten für die Behandlungskomponenten vergüten zu können. Ist dies nicht sichergestellt, kommt es zu systematischer Über- oder Untervergütung und zu den erwähnten Fehlanreizen.

Empirische Beobachtung

Zusatzzahlungen sind so weit verbreitet, dass wir sie wie Separatzahlungen, DRG-Splits und Langliegerzuschläge zur Grundausrüstung eines DRG-Systems zählen.

Betroffene Länder: Fast alle, gehört zur «Grundausrüstung».

5.2.7 Globalbudgets (Pauschalzahlungen) für Spitäler oder Spitaltypen

Konzept

Globalbudgets gleichen bei den Spitälern ungedeckte Mehrkosten aufgrund von Hochkostenfällen über eine pauschale Zusatzkomponente aus. Im Gegensatz zur Rückversicherung werden aber nicht alle Hochkostenfälle separat berücksichtigt. Es wird eine Pauschalzahlung über eine im Voraus zu definierende Anzahl Hochkostenfälle festgelegt. Neben der Rückversicherung und den abgestuften Basispreisen (vgl. Abschnitt 5.2.1) stellen Globalbudgets eine weitere Option dar, die Zusatzkosten der Spitäler mit Hochkostenfällen wirksam zu berücksichtigen. Im Gegensatz zu den Basispreisen ist die Vergütung jedoch nicht den Anreizen der Mengenausweitung ausgesetzt.

Ökonomische Beurteilung

Analog zu abgestuften Basispreisen können auch Globalbudgets an von Hochkostenfällen betroffene Spitäler oder Spitaltypen eine adäquate und einfache Lösung von Problemen mit Hochkostenfällen darstellen, in dem sie für eine fairere Vergütung von systematischen Kostenunterschieden zwischen den Spitälern sorgen.

Die erforderlichen Budgets müssen datenbasiert geschätzt werden, damit diese Massnahme ökonomisch angemessen ist. Nur so kann sichergestellt werden, dass jene Spitäler, welche systematisch von Hochkostenfällen betroffen sind, die entsprechenden zusätzlichen Mittel zur Kostendeckung erhalten und dass keine Über- oder Untervergütung resultiert.

Empirische Beobachtung

Globalbudgets und Pauschalzahlungen finden wir in drei Ländern, welche die Risiko- und Vergütungsbedingung erfüllen. Explizit als Massnahme zur Lösung der Probleme von Hochkostenfällen werden sie in Schweden (Stockholm) eingesetzt. Auch in Finnland und Neuseeland finden

wir solche Zahlungen, wir können aber nicht abschliessend beurteilen, ob es sich hierbei explizit um Massnahmen zur Lösung von Problemen mit Hochkostenfällen handelt.

Betroffene Länder: Schweden (Stockholm), Finnland, Neuseeland.

Fazit zu den Massnahmen

Die von den Ländern getroffenen Massnahmen lassen sich grundsätzlich in solche im Klassifikations- und Vergütungssystem unterteilen.

Tabelle 4 fasst die besprochenen Massnahmen zusammen. Aufgrund der grossen Verbreitung von DRG-Splits, Zusatzzahlungen, Liegedauerzuschläge sowie Separatzahlungen fassen wir diese als «Basis-Massnahmen» zusammen (in der Tabelle grau unterlegt). Während DRG-Splits und Liegedauerzuschläge seit der ersten Einführung eines DRG-Systems in den USA 1983 zu den Massnahmen zählten, sind Zusatzzahlungen und Separatzahlungen vor allem ausserhalb der USA fast überall verbreitet.

Tabelle 4 **Massnahmen im Überblick**

Massnahmen im Fallpauschalensystem		Massnahmen im Klassifikationssystem	
Massnahme	Verbreitung	Massnahme	Verbreitung
Zusatzzahlungen	Sehr hoch	DRG-Splits	Sehr hoch
Langliegerzuschläge	Sehr hoch	Weiterentwicklung Schweregrad-Score	Mittel
Separatzahlungen	Hoch – sehr hoch		
Abgestufte Basispreise zwischen Spitälern	Mittel - hoch		
Rückversicherung	Mittel		
Globalbudgets für besonders teure Fälle (Spitalebene)	Gering - mittel		
Nicht-liegedauerbasierte Zuschläge auf das Kostengewicht	Gering		

Die international getroffenen Massnahmen lassen sich in Massnahmen im Fallpauschalensystem einerseits und Massnahmen im Klassifikationssystem andererseits aufteilen. Basis-Massnahmen, welche faktisch zur Grundausrüstung der DRG-Systeme gehören sind grau unterlegt.

Quelle: Länderrecherchen Polynomics.

6 Weiterentwicklung der DRG-Systeme im Zeitablauf

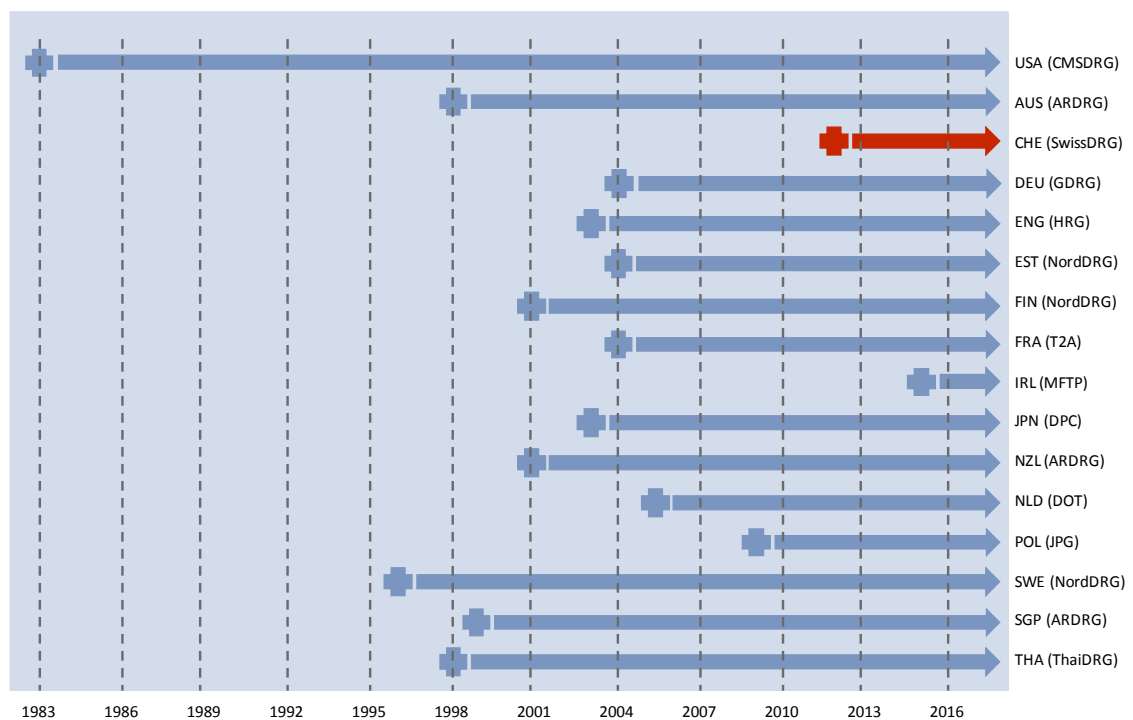
Bisher haben wir aufgezeigt, dass Hochkostenfälle weltweit ein anerkanntes Problem in DRG-Systemen darstellen können (Forschungsfrage 1 und 2). Zur Lösung der Probleme wurden verschiedenste und teils weitreichende Massnahmen ergriffen (Forschungsfrage 3). Mit der vierten Frage wollen wir darüber hinaus aufzeigen, ob ein Zusammenhang zwischen der Evolution der DRG-Systeme und den Massnahmen zur Eindämmung der Hochkostenfälle existiert. Dazu wollen wir uns die Entwicklung der Massnahmen der DRG-Systeme im Zeitablauf anschauen.

Ein Zusammenhang zwischen den getroffenen Massnahmen und der zeitlichen Entwicklung des Systems kann als Hinweis verstanden werden, dass sich gewisse Massnahmen besser oder schlechter zur Minimierung der finanziellen Auswirkungen der Hochkostenfälle eignen. Zudem erlaubt es interessante Schlüsse darüber, wie Hochkostenfälle die Systemevolution mitprägen.

6.1 Übersicht der Länder im Zeitverlauf

Bei der Beantwortung der Frage stützen wir uns auf die Erfahrungen der 14 Länder, die alle drei Voraussetzungen für Probleme mit Hochkostenfällen aus Abschnitt 4.3 erfüllen. Dazu kommen Polen (System seit 2009 noch im Aufbau) und Irland (System erst seit 2014 in der heutigen Form implementiert), die ausschliesslich die Zeitbedingung nicht erfüllen. Sie werden ebenfalls berücksichtigt, da die Dimension «Zeit» einer der Analyseparameter darstellt. Die Länder sind in Abbildung 8 zusammen mit dem Einführungszeitpunkt ihrer Systeme dargestellt.

Abbildung 8 Systemeinführung der untersuchten Länder



Die 16 Länder, welche sowohl die Risiko- wie auch die Vergütungsbedingung erfüllen haben ihre Systeme zu sehr unterschiedlichen Zeitpunkten eingeführt. Die USA und Australien gehören zu den Ländern mit den längsten Erfahrungen in der Vergütung mittels Fallpauschalen.

Quelle: Eigene Darstellung, Polynomics.

Wie die Abbildung zeigt, verfügen die 16 Länder, in sehr unterschiedlichem Ausmasse über Erfahrung mit DRG-Systemen. Am mit Abstand meisten Erfahrung hat die USA, die 1983 als erstes Land das DRG-System im Rahmen der Medicare-Programme eingeführt hat. Ebenfalls über verhältnismässig viel Erfahrung verfügen Australien, Schweden, Singapur und Thailand, die noch vor der Jahrtausendwende zu einem DRG-System gewechselt haben. Die verbleibenden Ländern verfügen hingegen über verhältnismässig wenig Erfahrung. Dazu gehört auch die Schweiz, die mit Irland und Polen am wenigsten Erfahrung aufweist.

Zu erwarten ist, dass vor allem jene Systeme sich stark weiterentwickelt haben, welche bereits ein fortgeschrittenes Alter des Systems haben.

6.2 Die fünf Entwicklungsphasen der DRG-Systeme

Bei einer Betrachtung der internationalen Massnahmen aus Abbildung 8 im Zeitablauf zeigen sich ungeachtet der unterschiedlichen zeitlichen Ausgangslage starke Parallelen bei der Entwicklung. Diese Parallelen fassen wir nachfolgend in den folgenden fünf Phasen zusammen:

1. **Entwicklungsphase:** Das DRG-System wird in den 1960ern in den USA entwickelt. Eine grosse Mehrheit der Länder adaptiert das US-System direkt oder wie die Schweiz indirekt von anderen Ländern wie beispielsweise von Australien (AR-DRG) («Phase 0»).¹² Die meisten Länder entwickeln kein eigenes DRG-System. Im Besten Fall erweitern sie das adaptierte System. Die Ausnahmen bilden England und Österreich. Zur Entwicklungsphase gehören auch die Erstellung und Benennung von Gremien, welche mit der Weiterentwicklung und Betreuung des Systems beauftragt werden. Die Struktur dieser Gremien kann einen sehr relevanten Einfluss auf die Systementwicklung haben.¹³
2. **Einführungsphase:** Das DRG System wird mit seinen Basis-Massnahmen und in einer Übergangsphase mit abgestuften Basispreisen eingeführt. Die Langliegerzuschläge und DRG-Splits werden von faktisch allen Ländern ausser den USA mitadaptiert (dies gilt hingegen nicht für die Rückversicherung). Auf weitere Massnahmen wie beispielsweise der Rückversicherung wird ausser in Estland verzichtet.
3. **Ausbauphase:** In der Ausbauphase werden bestehende Massnahmen ausgebaut: Zusatzentgelte werden erhöht, die Anzahl Splits nimmt zu oder Liegedauerzuschläge gewinnen an Bedeutung. Ebenfalls dazu gehören Modifikationen der Schweregradabbildungen. Vereinzelt werden auch noch nicht vorhandene Basis-Massnahmen eingeführt (bspw. ungebündelte DRG in England). Durch den Ausbau von Basis-Massnahmen wird das System in vielen Ländern stark verbreitert (mehr DRG). Exzessiv hat dies in Frankreich stattgefunden.
4. **Erweiterungsphase:** Länder mit über fünf Jahren Systemerfahrung führen teils über die Basis-Massnahmen hinausgehende Massnahmen ein: Abgestufte Basispreise, Globalbudgets, Zuschläge auf das Kostengewicht oder weitere länderspezifische Massnahmen. Darunter zählen wir auch die Rückversicherung. Typisch für die Phase 4 ist, dass die DRG-Systeme mit ihren Massnahmen weit über das grundsätzliche Fallpauschalensystem mit einem einheitlichen Basispreis und Kostengewichten hinausgehen. Zentrales Merkmal der Phase 4 ist die Individualisierung der Systeme. Jedes Land wählt seine eigene «Strategie».¹⁴

¹² Die adaptierten Systeme unterscheiden sich dabei in ihrer Entwicklungsstufe. Beispielsweise adaptierte die Schweiz ihr System aus Deutschland, welches seinerseits sein System aus Australien Jahre zuvor adaptierte.

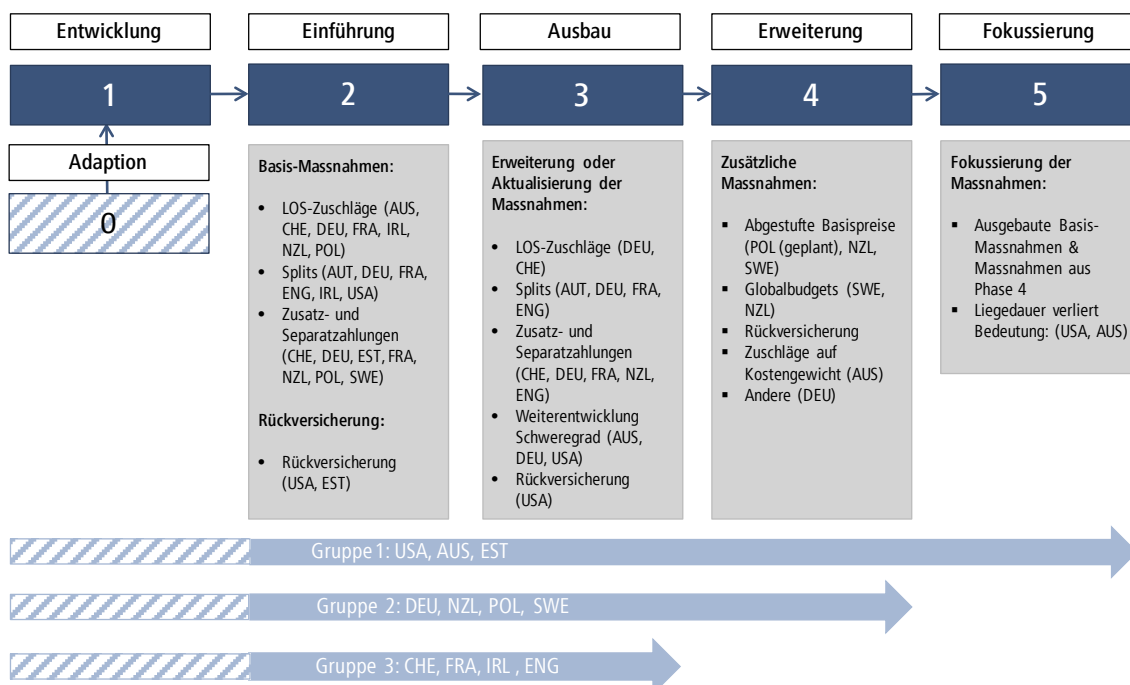
¹³ Für die Schweiz besteht ein relevantes Gremium beispielsweise im Verwaltungsrat der SwissDRG AG.

¹⁴ Für Polen, wo sich das System noch im Aufbau befindet, finden wir mit abgestuften Basispreisen ebenfalls eine Massnahme, welche über die Basis-Massnahmen hinausgeht.

5. **Fokussierungsphase:** Die Länder beginnen sich auf Massnahmen zu fokussieren, die zweckmässig sind. Gewisse Massnahmen werden teilweise abgelöst oder abgebaut. Gemäss unseren Recherchen haben erst die USA und Australien die fünfte Phase erreicht. Bei beiden Systemen hat die Liegedauer sowohl als Massnahme in der Vergütungsstruktur (Liegedauerzuschläge) wie auch als Massnahme im Klassifikationssystem an Bedeutung verloren. Festzuhalten ist, dass die Fokussierungsschwerpunkte aufgrund der in Phase 4 eingetretenen Individualisierung der Systeme je nach Land sehr unterschiedlich ausfallen können.

In der Abbildung 9 sind die fünf Phasen mit den wichtigsten Ergebnissen grafisch zusammengefasst.

Abbildung 9 Polynomics-5-Phasen-Modell zur Entwicklung von DRG-Systemen aufgrund von Hochkostenfällen



Das Polynomics-5-Phasen-Modell nutzt die in den vorangegangenen Kapiteln gewonnen Erkenntnisse und versucht diese in einen Zusammenhang mit der Systementwicklung zu bringen. Das Modell vereint insgesamt 5 Phasen, von der Systementwicklung und Einführung bis zur Fokussierung auf ausgewählte Massnahmen, die je nach Land unterschiedlich ausfallen können. Von besonderer Bedeutung ist im Modell die Phase 4, in welcher wir eine über die Basis-Massnahmen hinausgehende Individualisierung der Massnahmen in den Ländern erleben.

Quelle: Eigene Darstellung, Polynomics.

Interessant ist die Feststellung, dass alle betrachteten Länder einem zeitlichen Kontext zugeordnet werden können. Das Modell lässt einen klaren Zusammenhang zwischen den Massnahmen für Hochkostenfälle und der Evolution der DRG-Systeme erkennen. Die einzelnen Phasen können jedoch zu unterschiedlichen Zeitpunkten beginnen und unterschiedlich durchlebt werden. In der Tabelle 5 sind die fünf Entwicklungsphasen exemplarisch für die USA, Australien, Deutschland und die Schweiz dargestellt.

Tabelle 5 Die fünf Entwicklungsphasen für vier Länder im Überblick

Phase	USA	Australien	Deutschland	Schweiz
1	<ul style="list-style-type: none"> Systementwicklung ab 1960. 	<ul style="list-style-type: none"> Bis 1998 Entwicklung von AR-DRG. 	<ul style="list-style-type: none"> — 	<ul style="list-style-type: none"> 2010: Adaption und Modifikation von G-DRG.
2	<ul style="list-style-type: none"> 1983: Einführung mit Langliegerzuschlägen, einer Rückversicherung und Splits. 	<ul style="list-style-type: none"> 1998: Einführung AR-DRG. 	<ul style="list-style-type: none"> 2004: System wird auf Basis von AR-DRG adaptiert. Bei Einführung sind die Basispreise abgestuft. 	<ul style="list-style-type: none"> 2012: System wird auf Basis von G-DRG eingeführt. Bei Einführung sind die Basispreise abgestuft.
3	<ul style="list-style-type: none"> 1989: Die Rückversicherung wird durch eine grosse Reform ausgebaut (Carter & Farley, 1992a). Die Anzahl DRG steigt bis ins Jahr 2000 leicht auf 499 (Arnold & Ackermann, 2001). 2005: Reform der Schweregradabbildung. 	<ul style="list-style-type: none"> Bis 2016 steigt die Anzahl DRG von 661 auf total 807 DRG. 2016: Grosse Reform der Abbildung des Schweregrades. 	<ul style="list-style-type: none"> Anzahl DRG verdoppelt sich faktisch bis ins Jahr 2016 von 664 auf 1220 an. Zusatzentgelte werden deutlich ausgebaut (von 26 auf 179). 2016: Reform der Abbildung des Schweregrades. 	<ul style="list-style-type: none"> Langliegerzuschläge werden erheblich ausgebaut. Anzahl Zusatzentgelte steigt deutlich von 5 auf 58 seit Einführung. Nachdem die Anzahl DRG zuerst leicht zurückging, folgten 2016 wieder erheblich mehr Splits.
4	<ul style="list-style-type: none"> Die USA überspringt die 4. Phase. Mit der Rückversicherung existiert bereits eine über die Basis-Massnahmen hinausgehende Massnahme. 	<ul style="list-style-type: none"> 2012 - 2015: Deutlicher Ausbau von Zuschlägen auf das Kostengewicht beim Auftreten von Fallcharakteristiken. 	<ul style="list-style-type: none"> 2007: Extremkostendatenbank Seit 2015: Extremkostenberichte. 	<ul style="list-style-type: none"> Erweiterungen noch unklar. Aktuelle Diskussion um eine Einführung einer Rückversicherung (Wanner, 2016).
5	<ul style="list-style-type: none"> 1997: Abschaffung LOS-Zuschläge. <p>→ Fokussierung auf Rückversicherung und Weiterentwicklung der Schweregradabbildung. Liegedauer verliert ihre Bedeutung.</p>	<ul style="list-style-type: none"> 2016: Liegedauer verliert bei DRG-Splits an Bedeutung. <p>→ Fokussierung Vergütungsformel (Zuschläge auf das Kostengewicht) und Weiterentwicklung der Schweregradabbildung.</p>	<p>→ Fokussierung noch unklar.</p>	<p>→ Fokussierung noch unklar.</p>
Einschätzung	<ul style="list-style-type: none"> Die USA dürfte bereits in Stufe 5 angekommen sein. 	<ul style="list-style-type: none"> Australien dürfte sich primär zwischen Stufe 4 und 5 befinden. 	<ul style="list-style-type: none"> Noch ist unklar, wie sich die Extremkostenberichte auswirken werden. Deutschland dürfte sich in Stufe 4 bewegen. 	<ul style="list-style-type: none"> Die Schweiz befindet sich in Stufe 3.

In der Abbildung sind die fünf Entwicklungsphasen der USA, Australien, Deutschland und der Schweiz dargestellt. Sie zeigen die unterschiedlichen Entwicklungsstadien der einzelnen Länder und welche Massnahmen sie zur Minimierung der finanziellen Auswirkungen der Hochkostenfälle umgesetzt haben.

Quelle: Eigene Darstellung, Polynomics.

Prägend für die Systeme und daher für die Schweiz dürften die Erweiterungsphase (Phase 4) und die Fokussierungsphase (Phase 5) sein. In beiden Phasen werden die individuellen Ansätze der Länder deutlich, um Probleme mit Hochkostenfällen zu lösen. Andererseits zeigen sie, welche Massnahmen sich über die Zeit betrachtet als unzweckmässig erwiesen haben.

Grundsätzlich können wir festhalten, dass wir bei den untersuchten Ländern keine Evidenz dafür sehen, dass Hochkostenfälle zu einer grundsätzlichen Abkehr vom DRG-System führen. Vielmehr stellen wir fest, dass innerhalb des Systems umfassende Massnahmen ergriffen werden, um eine faire Vergütung von Hochkostenfällen zu erreichen. Diese Massnahmen gehen weit über die Basis-Massnahmen des Schweizer Systems hinaus. Das Beispiel der retrospektiven Vergütung über eine Rückversicherung illustriert dies beispielhaft.

7 Fazit

Die vorliegende Studie untersucht erstmals in einem ausführlichen internationalen Vergleich von über 30 Ländern, ob die in der Schweiz geführte Diskussion zu den finanziellen Auswirkungen von Hochkostenfällen auch in anderen Ländern stattfindet. Zudem untersuchen wir anhand des Ländervergleichs, ob und welche Massnahmen die einzelnen Länder zur Minimierung der finanziellen Auswirkungen umgesetzt haben.

Die Ergebnisse bestätigen, dass es sich bei den Hochkostenfällen nicht ausschliesslich um ein Schweizer Problem handelt, obschon nicht alle untersuchten Länder Hochkostenfälle thematisieren. Bei den untersuchten Ländern führen die Hochkostenfälle nur unter drei notwendigen Bedingungen zu einem diskutierten Problem:

1. **Vergütungsbedingung:** Das betroffene Land muss das DRG-System nicht nur zur Klassifizierung von Patientenfällen, sondern auch zur Vergütung der Spitäler über Fallpauschalen verwenden.
2. **Risikobedingung:** In dem betroffenen Land müssen die Spitäler finanzielles Risiko tragen. Für ein Spital besteht ein begründetes Risiko für einen Konkurs im Falle von Verlusten.
3. **Altersbedingung:** Das betroffene Land muss das Fallpauschalensystem bereits seit einigen Jahren eingeführt haben, so dass allfällig bestehende Probleme mit Hochkostenfällen bereits zu Tage getreten sind.

Als zentrale Erkenntnis können wir für die Schweiz festhalten, dass vier Jahre nach Einführung von SwissDRG die drei notwendigen Bedingungen kumulativ erfüllt sind und die in der Schweiz berichteten Probleme konsistent mit den Erfahrungen anderer Länder sind.

Motiviert durch die Implikationen solcher Fälle wurden von den untersuchten Ländern teilweise weitreichende Massnahmen ergriffen. Diese lassen sich in Massnahmen *innerhalb des Klassifikationssystems* und jene *innerhalb der Vergütungssystems* unterteilen. Die Massnahmen der ersten Kategorie setzen direkt bei der Tarifstruktur an, indem sie die Grundvoraussetzungen für eine faire Spitalfinanzierung mit richtigen Anreizen zu verbessern versuchen. Massnahmen der zweiten Kategorie versuchen die Folgen einer nicht ausreichenden Tarifstruktur durch zusätzliche Finanzierungsinstrumente einzudämmen.

Anhand der internationalen Ergebnisse können wir aufzeigen, dass ein gewisser Zusammenhang zwischen diesen Massnahmen und der zeitlichen Entwicklung der DRG-Systeme besteht. In vielen der untersuchten Länder haben Hochkostenfälle die Systemevolution massgeblich mitgeprägt. Während in der Anfangsphase meist Basis-Massnahmen wie Langliegerzuschläge, DRG-Splits oder Zusatzentgelte eingeführt und weiterentwickelt werden, kommen in einer späteren Entwicklungsphase umfassendere Massnahmen zum Einsatz. Diese können weit über das anfängliche Fallpauschalensystem hinausgehen, das auf einheitlichen Basispreisen und Kostengewichten basiert. Von den untersuchten Ländern haben aber alle an einem prospektiven Fallpauschalenmodell festgehalten und nicht wieder zu einer retrospektiven Vergütung gewechselt.

Für Akteure im Schweizer System aber auch über die Schweiz hinaus könnte diese Studie dazu beitragen, Diskussionen um Hochkostenfälle in DRG-Systemen besser einzuordnen, einzuschätzen und zugleich Möglichkeiten zur Lösung der bis dato ungelösten Probleme in Betracht zu ziehen. Die Vielfalt an Massnahmen, welche in unterschiedlichen Ländern bisher genutzt wurden, bietet eine gute Ausgangslage zur Weiterentwicklung von SwissDRG. Von besonderem Interesse

dürften für die Schweiz Erkenntnisse aus Ländern mit langjähriger Erfahrung sein. In diesen Ländern findet bereits eine klare Individualisierung der DRG-Systeme im Hinblick auf Massnahmen für Hochkostenfälle statt.

8 Quellenverzeichnis

- ACCD, 2016. AR-DRG | Australian Consortium for Classification Development [Webseite]. URL <https://www.accd.net.au/ArDrg.aspx> (Zugriff 7.3.16).
- ACCD, 2014. Development of the Australian Refined Diagnosis Related Groups V8.0 (Text). Australian Consortium for Classification Development (ACCD), Lidcombe.
- aerzteblatt.de, 2015. Extremkostenfälle: Große Krankenhäuser erhalten für Regelleistungen zu wenig Geld [Webseite]. URL <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/62282> (Zugriff 6.29.16).
- Anderson, G., & Ikegami, N., 2011. How Can Japan's DPC Inpatient Hospital Payment System Be Strengthened? Lessons from the U.S. Medicare Prospective System. Center for Strategic & International Studies (CSIS), Washington, DC.
- Annear, P.L., & Huntington, D., 2015. Case-based Payment Systems for Hospital Funding in Asia. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, Genf.
- AOK Die Gesundheitskasse, 2016. Diagnosis Related Groups [Webseite]. URL http://aok-bv.de/lexikon/d/index_00293.html (Zugriff 7.18.16).
- Arnold, M., & Ackermann, T. (Eds.), 2001. Schwerpunkt: Vergütungsreform mit DRGs, Krankenhaus-Report. Schattauer, Stuttgart.
- Bane, F., 2015. Introduction to the Price Setting Process for Admitted Patients V1.0 26May2015. Healthcare Pricing Office, HSE.
- Behrends, B., 2009. Praxis des Krankenhausbudgets: nach dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz. MWV.
- Blecher, M., Pillay, A., Patcharanarumol, W., Panichkriangkrai, W., Tangcharoensathien, V., Teerawattananon, Y., Pannarunothai, S., & Davén, J., 2016. Health financing lessons from Thailand for South Africa on the path towards universal health coverage. *S. Afr. Med. J.* 106, 533–534.
- Brady, T., Robinson, B., & Davis, T., 2001. Medicare Hospital Prospective Payment System - How DRG Rates Are Calculated and Updated. Office of Inspector General Office of Evaluation and Inspections Region IX, San Francisco.
- Brammli-Greenberg, S., Waitzberg, R., Perman, V., & Gamzu, R., 2015. How Israel reimburses hospitals based on activity: the procedure-related group (PRG) incremental reform. *OECD*.
- Bulanowski, R., 2016. Purchasing of health care services in Polish health insurance system.
- Bundesministerium für Gesundheit, 2016. Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung LKF. Systembeschreibung 2016. Bundesministerium für Gesundheit.
- Bundesministerium für Gesundheit, 2015. Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung LKF. Systembeschreibung 2015. Bundesministerium für Gesundheit.
- Bundesrepublik Deutschland, 2009. Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG).
- Busse, R., Geissler, A., & Quentin, W., 2011a. Diagnosis-Related Groups in Europe: Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals. McGraw-Hill Education (UK).

- Busse, R., Geissler, A., Quentin, W., & Wiley, M. (Eds.), 2011b. *Diagnosis-Related Groups in Europe: Moving towards Transparency, Efficiency and Quality in Hospitals*, European Observatory on Health Systems and Policies Series. Open University Press, Maidenhead.
- Busse, R., Schreyögg, J., & Smith, P.C., 2006. Editorial: Hospital case payment systems in Europe. *Health Care Manag. Sci.* 9, 211–213. doi:10.1007/s10729-006-9039-7
- Bystrov, V., Staszewska-Bystrova, A., Rutkowski, D., & Hermanowski, T., 2015. Effects of DRG-based hospital payment in Poland on treatment of patients with stroke. *Health Policy* 119, 1119–1125. doi:10.1016/j.healthpol.2015.04.017
- Cappellari, L., De Paoli, A., & Turati, G., 2016. Do market incentives for hospitals affect health and service utilization?: evidence from prospective pay system–diagnosis-related groups tariffs in Italian regions. *J. R. Stat. Soc. Ser. A Stat. Soc.* n/a-n/a. doi:10.1111/rssa.12204
- Carter, G.M., & Farley, D.O., 1992a. Assessing the FY 1989 change in Medicare PPS outlier policy. *Health Care Financ. Rev.* 14, 69–82.
- Carter, G.M., & Farley, D.O., 1992b. *Improving Medicare’s Policy for Payment of Unusual Hospital Cases*. RAND, Santa Monica, CA.
- Carter, G.M., & Melnick, G., 1990. *How Services and Costs Vary by Day of Stay for Medicare Hospital Stays*. RAND, Santa Monica, CA.
- Carter, G.M., & Rumpel, J.D., 1994. *Cost Estimates for Cost Outlier Cases Under Medicare’s Prospective Payment System*.
- Carter, G.M., & Rumpel, J.D., 1992. *Payment Rates for unusual Medicare Hospital Cases*. RAND, Santa Monica, CA.
- Clyde, A.T., Bockstedt, L., Farkas, J.A., & Jackson, C., 2008. Experience With Medicare’s New Technology Add-On Payment Program. *Health Aff. (Millwood)* 27, 1632–1641. doi:10.1377/hlthaff.27.6.1632
- CMS, 2016. *Acute Care Hospital Inpatient Prospective Payment System. Payment System Series*.
- CMS, 2014a. *Medicare Inpatient Prospective Payment System Federal Fiscal Year 2015 (No. CMS-1607-F)*. Department of Health and Human Services, Centers for Medicare & Medicaid Services, Washington, D.C.
- CMS, 2014b. *Medicare & Medicaid Statistical Supplement 2013 Edition*.
- CMS, 2013. *Outlier-Payments [Webseite]*. URL <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/AcuteInpatientPPS/outlier.html> (Zugriff 6.29.16).
- CMS, 2003. *Medicare Claims Processing Manual. Chapter 3 – Inpatient Hospital Billing. 20.4.8 – Capital Outliers (Rev. 10-01-03)*. Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS), Baltimore.
- Department of Health Economics, 2009. *Overview of Estonian experiences with DRG system*. Estonian Health Insurance Fund, Tallinn.
- Economou, C., 2015. *Health Systems in Transition (HiT) profile of Greece. Update on New prospective hospital reimbursement system needs adjustment by Charalampos Economou.*, in: *Health Systems in Transition (HiT) Profile of Greece*, Health Systems in Transition.

- Ellis, R.P., & McGuire, T.G., 1986. Provider behavior under prospective reimbursement. *J. Health Econ.* 5, 129–151.
- Farrar, M., 2016. Ref: NIC-51579-D5K9H - Minimum size of HRG.
- Fattore, G., & Torbica, A., 2006. Inpatient reimbursement system in Italy: How do tariffs relate to costs? *Health Care Manag. Sci.* 9, 251–258. doi:10.1007/s10729-006-9092-2
- Feldmann, K.E., & Mijnen, C., 2014. Gesundheitsmarkt Niederlande. BMWi-Markterschließungsprogramm für KMU. Deutsch-Niederländische Handelskammer, Den Haag.
- Fintrop, J., 2006. Auswirkungen der DRG-Einführung: Die ökonomische Logik wird zum Maß der Dinge. *Dtsch. Ärztebl.* 103, A-3082-A-3085.
- Fischer, W., 2015a. SwissDRG Swiss Diagnosis Related Groups, in: *Diagnosis Related Groups (DRGs) Und Verwandte Patientenklassifikationssysteme Kurzbeschreibungen Und Beurteilung*. Zentrum für Informatik und wirtschaftliche Medizin (ZIM).
- Fischer, W., 2015b. G-DRG German Diagnosis Related Groups (Deutschland), in: *Diagnosis Related Groups (DRGs) Und Verwandte Patientenklassifikationssysteme Kurzbeschreibungen Und Beurteilung*. Zentrum für Informatik und wirtschaftliche Medizin (ZIM).
- Fischer, W., 2008. Die DRG-Familie. Zentrum für Informatik und wirtschaftliche Medizin (ZIM).
- Frank, J., 2016. Outlier corrections in the SwissDRG system (Master thesis at the faculty of Business, Economics and Social Sciences). Universität Bern, Bern.
- Geissler, A., Scheller-Kreinsen, D., Quentin, W., & Busse, R., 2012. DRG-Systeme in Europa: Anreize, Ziele und Unterschiede in zwölf Ländern. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 55, 633–642. doi:10.1007/s00103-012-1473-8
- GKV Spitzenverband, 2015. Bundesbasisfallwert (BBFW) [Webseite]. URL <https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/budgetverhandlungen/bundesbasisfallwert/bundesbasisfallwert.jsp> (Zugriff 7.26.16).
- GKV-Spitzenverband, 2015. Erster Extremkostenbericht liegt vor – Wichtige Impulse zur Weiterentwicklung des Fallpauschalensystems - GKV-Spitzenverband [Webseite]. URL https://www.gkv-spitzenverband.de/presse/pressemitteilungen_und_statements/pressemitteilung_240384.jsp (Zugriff 6.29.16).
- Grašič, K., Mason, A.R., & Street, A., 2015. Paying for the quantity and quality of hospital care: the foundations and evolution of payment policy in England. *Health Econ. Rev.* 5. doi:10.1186/s13561-015-0050-x
- Günster, C., 2000. Ausreisserregelungen in DRG-Systemen [Webseite]. URL <https://mail.campus.unibe.ch/owa/attachment.ashx?attach=1&id=RgAAAAA-edk%2b7IsIrS7WQKnPN8BjDBwBBcLCLFWBnQaf6vGfwPDSU-AAAAIWrhAABBcLCLFWBnQaf6vGfwPDSUAAAb%2baUrAAAJ&attid0=BAAAAAAA&attcnt=1> (Zugriff 9.17.15).
- Guterman, S., & Dobson, A., 1986. Impact of the Medicare prospective payment system for hospitals. *Health Care Financ. Rev., Health Care Financing Review* 7, 97–114.
- Health and Global Policy Institute (HGPI), 2015. Japan health policy now.

- Health and Social Care Information Centre, 2012. Introduction to Healthcare Resource Groups [Webseite]. URL <http://www.hscic.gov.uk/hrg> (Zugriff 7.27.16).
- Health Service Executive, 2015. Activity-Based Funding Programme. Implementation Plan 2015-2017. Health Service Executive.
- IHPA, 2016. National Efficient Price Determination 2016-17 | IHPA. IHPA.
- IHPA, 2015a. Technical Specifications 2015-16. National Pricing Model. Independent Hospital Pricing Authority (IHPA).
- IHPA, 2015b. Understanding the NEP and NEC 2015-16. Independent Hospital Pricing Authority (IHPA).
- IHPA, 2015c. National Efficient Price Determination [Webseite]. URL <https://www.ihipa.gov.au/what-we-do/national-efficient-price-determination> (Zugriff 7.10.16).
- IHPA, 2012. National Efficient Price Determination 2012-2013. Independent Hospital Pricing Authority (IHPA).
- InEK, 2016b. Extremkostenbericht 2016. InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus.
- InEK, 2016a. Fallpauschalen-Katalog 2016. Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK).
- InEK, 2015a. Extremkostenbericht 2015. InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus.
- InEK, 2015b. Abschlussbericht zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für 2016. InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus.
- Ingenpass, P., 2013. Vergütung hochteurer Fälle unter SwissDRG. Schweiz. Ärzteztg. 94, 319–320.
- Ishii, M., 2012. DRG/PPS and DPC/PDPS as Prospective Payment Systems 55, 279–291.
- Januleviciute, J., Askildsen, J.E., Kaarboe, O., Siciliani, L., & Sutton, M., 2016. How do Hospitals Respond to Price Changes? Evidence from Norway: How do Hospitals Respond to Price Changes? Health Econ. 25, 620–636. doi:10.1002/hec.3179
- Kaiser Family Foundation, 2015. The Facts on Medicare Spending and Financing. The Henry J. Kaiser Family Foundation, Washington, DC.
- Kocsis, V., Koning, P., & Mot, E., 2011. General hospitals in financial distress. Reconsidering government intervention. CPB Background Document.
- Koechlin, F., Konijn, P., Lorenzoni, L., & Schreyer, P., 2014. Comparing Hospital and Health Prices and Volumes Internationally. OECD Health Working Papers.
- Laegreid, P., & Neby, S., 2016. Gaming, Accountability and Trust: DRGs and Activity-Based Funding in Norway. Financ. Account. Manag. 32, 57–79. doi:10.1111/faam.12080
- Lafranconi, A., 2014. Using Drg to Analyze Hospital Production: A Re-Classification Model Based on a Linear Tree-Network Topology. Epidemiol. Biostat. Public Health. doi:10.2427/9347

- Larsen, M.F., 2014. Technical developments of dkdrgr system and cost accounting. National Institute for Health Data and Disease Control.
- Laschober, M.A., & Vertrees, J.C., 1995. Hospital Financing in Seven Countries. Hospital Financing in the United States (Chapter 8). U.S. Congress, Office of Technology Assessment, U.S. Government Printing Office.
- Mariacher-Gehler, S., 2013. DRG für die Rehabilitation? Episodenpauschalen? – Wie wird die Rehabilitation in Zukunft vergütet? RehAPoint 1/2013.
- Ministère des Affaires sociales et de la Santé, 2010. Financement des établissements de santé. [Webseite]. URL <http://social-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/article/financement-des-etablissements-de-sante> (Zugriff 7.24.16).
- Mistichelli, J., 1984. Diagnosis Related Groups (DRGs).
- Muñoz, E., Barrau, L., Goldstein, J., Benacquista, T., Mulloy, K., & Wise, L., 1988. DRG Prospective, “All Payor Systems,” Financial Risk, and Hospital Cost in Pulmonary Medicine Non CC Stratified DRGs. *Chest* 94, 855–861. doi:10.1378/chest.94.4.855
- National Casemix Office, Health and Social Care Information Centre, 2013. The National Casemix Office Design Framework 2012-2017. Health & Social Care Information Centre (hscic).
- NHS, 2012. A simple guide to Payment by Results. Department of Health/ NHS.
- NordCase (nordic casemix centre), 2016. The NordDRG as product [Webseite]. Nord. Prod. URL <http://www.nordcase.org/eng/products/> (Zugriff 9.7.16).
- OECD, 2014. Question 32, OECD Health Systems Characteristics Survey 2012 and Secretariat’s estimates. What happens if the expenditure of a public hospital exceeds its revenue ?
- Or, Z., 2014. Implementation of DRG Payment in France: Issues and recent developments. *Health Policy* 117, 146–150. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.05.006
- Or, Z., & Bellanger, M., 2011. France: implementing homogeneous patientgroups in a mixed market. In: Busse, et al., editors. *Diagnosis-RelatedGroups in Europe*. European Observatory on Health Systems andPolicies Series., European Observatory on Health Systems andPolicies Series.
- Paat-Ahi, G., 2015. Common DRG System - the Future of Europe? A Response to Recent Commentary. *Int. J. Health Policy Manag.* 4, 501–502. doi:10.15171/ijhpm.2015.114
- ProPac, 1990. Medicare Prospective Payment and The American Health Care System – Report to Congress, Prospective Payment assessment Commission. Washington, D.C.
- Quentin, W., 2014. Diagnosis Related Groups in Europe: Adaptations and trends.
- Quinn, K., 2014. After the revolution: DRGs at age 30. *Ann. Intern. Med.* 160, 426–429.
- Rains, M., & Thompson, T., 2015. The New Zealand Casemix System: An Overview. Casemix Project Group.
- Rehnberg, C., 2012. The experience of the DRG-reimbursement system in the Stockhold county council. *Applied Health Economics Sweden*.

- Schmidt, C.M., 2013. Wissenschaftliche Untersuchung zu den Ursachen unterschiedlicher Basisfallwerte der Länder als Grundlage der Krankenhausfinanzierung. Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung, Essen.
- Schreyögg, J., Stargardt, T., Tiemann, O., & Busse, R., 2006. Methods to determine reimbursement rates for diagnosis related groups (DRG): A comparison of nine European countries. *Health Care Manag. Sci.* 9, 215–223. doi:10.1007/s10729-006-9040-1
- Spijkerman, V., 2015. Master thesis. The design of a Business Intelligence application to control hospital funding in The Netherlands. University of Twente.
- Sutherland, J.M., 2011. Hospital Payment Mechanisms: An Overview and Options for Canada (No. Paper 4), CHSRF Series on Cost Drivers and Health System Efficiency. Centre for Health Services and Policy Research, Ottawa.
- Swiss DRG AG, 2016a. SwissDRG 6.0 Planungsversion (2015/2017). Definitionshandbuch Band 5 Anhänge.
- Swiss DRG AG, 2016b. SwissDRG 6.0 Planungsversion (2015/2017). Definitionshandbuch Band 1 (DRGs A01A-F98C).
- Swiss DRG AG, 2015. Fallpauschalen-Katalog. SwissDRG-Version 5.0. Abrechnungsversion 2016. SwissDRG AG.
- Swiss DRG AG, 2011. SwissDRG System 2.0. Hinweise. Link: http://swissdrgrg.org/de/12_archiv/hinweise_system_2.0.asp (Zugriff 22. Juli 2016) [Webseite]. URL http://swissdrgrg.org/de/12_archiv/hinweise_system_2.0.asp
- Tan, S.S., 2016. RE: Question on unit costs for health services in the Netherlands.
- Tan, S.S., Geissler, A., Serdén, L., Heurgren, M., Ineveld, B.M. van, Redekop, W.K., & Roijen, L.H., 2014. DRG systems in Europe: variations in cost accounting systems among 12 countries. *Eur. J. Public Health* 24, 1023–1028. doi:10.1093/eurpub/cku025
- The Information Centre, Casemix Service, 2009. Casemix Service HRG4. Guide to Unbundling. The Information Centre, Casemix Service/ NHS.
- The NCCP Casemix - Cost Weight Project Group, 2016. New Zealand Casemix Framework For Publicly Funded Hospitals including WIESNZ16. Methodology and Casemix Purchase Unit Allocation for the 2016/17 Financial Year. Specification for Implementation on NMDS. Ministry of Health/ National Health Board.
- Trottmann, M., Telser, H., & Widmer, P., 2016. Fehlanreize im schweizerischen Gesundheitssystem und Lösungsvorschläge, Polynomics. Olten.
- United States. Congress. Office of Technology Assessment, 1983. Diagnosis related groups (DRGs) and the Medicare program: implications for medical technology. Congress of the U.S., Office of Technology Assessment, Washington, DC.
- Wammes, J., Jeurissen, P., & Westert, G., 2016. The Dutch Health Care System, International Health Care System Profiles. The Commonwealth Fund.
- Wanner, C., 2016. Neue Finanzierung für teure Spitalbehandlungen [Webseite]. Schweiz. Radio Fernseh. SRF. URL <http://www.srf.ch/news/schweiz/neue-finanzierung-fuer-teure-spitalbehandlungen> (Zugriff 7.21.16).

- Widmer, P., 2016. SwissDRG: Ein Vergütungssystem mit ungleichen finanziellen Risiken für die Spitäler? *Swiss J. Bus. Res. Pract.* 3.
- Widmer, P., Spika, S., & Telser, H., 2015a. Leistungsorientierte Vergütung mit dem Fallpauschalensystem SwissDRG – Gleicher Preis für gleiche Leistung? Polynomics, Olten.
- Widmer, P., & Telser, H., 2013. Die Spitalversorgung im Spannungsfeld der kantonalen Spitalpolitik. Polynomics, Olten.
- Widmer, P., Trottmann, M., Hochuli, P., & Telser, H., 2016. Revisionsvorschläge zur SwissDRG-Tarifstruktur.
- Widmer, P., Trottmann, M., & Telser, H., 2015b. Das Fallpauschalenmodell – Leistungsbezogene Basispreise unter SwissDRG. Polynomics, Olten.
- Widmer, P.K., 2015. Does Prospective Payment Increase Hospital (In)Efficiency? Evidence from the Swiss Hospital Sector. *Eur. J. Health Econ.* 16, 407–419. doi:10.1007/s10198-014-0581-9
- Zlotnik, A., Alfaro, M.C., & Pérez, M.C.P., 2015. Lifting the Weight of a Diagnosis-Related Groups Family Change: A Comparison between Refined and Non-Refined DRG Systems for Top-down Cost Accounting and Efficiency Indicators. *Health Inf. Manag. J.* 44, 11–19. doi:10.1177/183335831504400202

9 Anhang

9.1 Übersichtstabelle

Die nachfolgend präsentierte Tabelle stellt einen umfangreichen Überblick über die Literaturrecherchen dar. Die Tabelle beginnt mit der Schweiz und ist danach alphabetisch geordnet. Die Farbkodierung basiert auf den Erkenntnissen aus Kapitel 4.3. Folglich sind in der Übersichtstabelle Länder rot unterlegt, welche das DRG-Klassifikationssystem nicht zur Vergütung nutzen, bei denen Leistungsanbieter kein finanzielles Risiko tragen, welche ein solches System entweder erst seit kürzester Zeit führen (Irland) oder bei denen sich das System immer noch im Aufbau befindet (z. B. Polen). Bei diesen Ländern stellt sich die in der Schweiz beobachteten Probleme von Hochkostenfällen nicht oder nicht in vergleichbarer Weise. Grün unterlegt sind hingegen jene Länder, welche die notwendigen Voraussetzungen aus Kapitel 4.3 kumulativ erfüllen.

Schweiz	Voraussetzungen kumulativ erfüllt	Voraussetzungen nicht erfüllt
---------	-----------------------------------	-------------------------------

Tabelle 6 Probleme von Fällen mit besonders hohem Ressourcenverbrauch im internationalen Vergleich

Land ¹⁵	Massnahmen bezüglich Hochkostenfällen	Problem weiterhin thematisiert?	Alter des Systems ¹⁶	Grösse des Systems ¹⁷	Bedeutung und Funktion des Systems ¹⁸	Reichweite des Systems ¹⁹	Informati- onsstand	Wichtigste Informati- onsquellen
Schweiz	Anpassungen in der Vergütungsstruktur: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Zuschläge nach LOS ▪ Zusatzentgelte (58, Stand 2016) ▪ Abstufungen im Basispreis (Verhandlungen) ▪ Hochrisikoversicherung geplant (Wanner, 2016) ▪ Vor der Fallpauschalenvergütung ausgenommene Leistungen (unbewertete DRG) Anpassungen am der Klassifikationssystem: <ul style="list-style-type: none"> ▪ DRG-Splits 	Ja	2012/2012	1'052 (559 Basis-DRG, 1'036 DRG mit Kostengewichten)/ 1'031 (517 Basis DRG, 1'018 DRG mit Kostengewicht bewertet)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ziel: Effizienzsteigerungen, Transparenz und mehr Wettbewerb. ▪ Funktion: Vergütungsfunktion und Effizienzvergleichsfunktion. ▪ Spitäler tragen teilweise nur begrenztes finanzielles Risiko. ▪ PPS für alle Spitäler. ▪ Basiert auf AR-DRG (via GDRG). 	Eingeschlossen: Akutstationäre Spitalfälle. Ausgeschlossen: Psychiatrie und Rehabilitation. ²⁰	2016	Widmer, Spika und Telser (2015a); Widmer Trottmann und Telser (2015b); SwissDRG AG (2015, 2016a, 2016b), OECD (2014), Fischer (2015a)
Australien	Anpassungen in der Vergütung: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Zuschläge bei Liegedauerüberschreitung 	Ja	1992/1993 (Staat Victoria, landesweit 2012)	527 (ANDRG)/807 (ARDRG)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ziel: Finanzierungssysteme verbessern, mehr Gerechtigkeit in der Finanzierung, mehr Transparenz 	Eingeschlossen: Akutstationäre Spitalleistungen in öffentlichen Spitälern	2015	IHPA (2015a, 2015b), ACCD (2014), OECD (2014)

¹⁵ Quellen; Ländersteckbriefe (vgl. Anhang), Annear und Huntington (2015), Busse et al. (2011a)

¹⁶ Format: Einführungsdatum DRG-System/ Einführungsdatum als Vergütungssystem. Quellen: Quentin (2014), Ländersteckbriefe (vgl. Anhang).

¹⁷ Formate: Anzahl DRG bei Einführung/ Anzahl DRG gemäss aktuellstem Informationsstand. 1 DRG = 1 Fallpauschaleneinheit mit einem eindeutig zugeordneten Kostengewicht.
Quellen: Ländersteckbriefe (vgl. Anhang), Fischer (2008), Geissler et al. (2012), OECD (2014), Annear und Huntington (2015). Wo kein Einführungsdatum als Vergütungssystem gefunden werden konnte wird die Systemeinführung als solchen als Einführungszeitpunkt des Finanzierungssystems angenommen.

¹⁸ Quellen: Ländersteckbriefe (vgl. Anhang), Quentin (2014), Busse et al. (2011a), Geissler et al. (2012), OECD (2014)

¹⁹ Quellen: Ländersteckbriefe (vgl. Anhang), Tan et al. (2014)

²⁰ Anwendung eines Fallpauschalensystems auf diese Bereiche demnächst geplant (Mariacher-Gehler, 2013).

	(LOS) nach DRG: Zuschläge <ul style="list-style-type: none"> Diverse liegedauerunabhängige Zuschläge auf Kostengewichten Anpassungen am Klassifikationssystem: <ul style="list-style-type: none"> DRG-Splits ECCS (seit 2016) 				und bessere Ermöglichung der Ressourcenallokation. <ul style="list-style-type: none"> Funktion: Vergütungs- und Effizienzvergleichsfunktion. Für kleine Spitäler System nicht bindend, sonst aber für private und öffentliche Spitäler. Spitäler tragen teilweise nur begrenztes finanzielles Risiko. AR-DRG-System. Ursprüngliches System 1992 basierte auf dem DRG-System der USA zu diesem Zeitpunkt. 	und teilweise darüber hinaus.		
Bulgarien	Zu wenige Informationen zur Beurteilung.	Zu wenige Informationen zur Beurteilung.	??/2000	??/??	<ul style="list-style-type: none"> Ziel: Etablierung eines freien Marktes im Gesundheitswesen, Funktion: Fallpauschalenvergütung mit Aktivitätsbegrenzung (gedeckeltes System). System erlaubt Mehrfachgruppierungen, Preise ohne Kostenbezug. System ist eine Eigenentwicklung und soll in Zukunft durch ein anderes DRG-System abgelöst werden. 	Unklar.	2011/ 2014	Quentin (2014), Koechlin et al. (2014), Busse et al. (2011a)
Dänemark	Zu wenige Informationen zur Beurteilung/ grosse regionale Heterogenität.	Zu wenige Informationen zur Beurteilung/ zu	2000/2000	495/731	<ul style="list-style-type: none"> Ziel: Aktivitätsmessung, Vergütung und Effizienzvergleiche. Funktion: Vergütungsfunktion nicht prioritär. 10 - 	Unklar.	2014	OECD (2014), Larsen (2014), Busse et al. (2011a). Quentin (2014)

		grosse regionale Heterogenität.			20% Fallpauschalenvergütung, 80% Globalbudget. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Regionale Heterogenität in der Bedeutung des DRG-Systems (PPS primär für private Spitäler). ▪ Spitäler tragen finanzielles Risiko. ▪ Statistische Anforderungen an die Weiterentwicklung des DRG-Systems: Kostenhomogenität und Mindestgrösse der DRG. 			
Deutschland	Anpassungen in der Vergütungsstruktur: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Zuschläge nach LOS ▪ Zusatzentgelte ▪ Gewisse DRG werden nicht über Fallpauschalen, sondern über krankenhaushausindividuelle Entgelte abgerechnet (2016 deren 42 DRG). Anpassungen am Klassifikationssystem: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Verbesserung der Abbildung des Schweregrades (entscheidend durch Hochkostenfälle motiviert). ▪ DRG-Splits Sonstige: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Extremkostendatenbank 	Ja	2003/2005	664/1'220	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ziel: Transparenz steigern und fairere Ressourcenallokation. ▪ Funktion: Vergütungsfunktion. PPS für alle Spitäler. ▪ Spitäler tragen finanzielles Risiko. ▪ Basiert auf AR-DRG. 	Eingeschlossen: Akutstationäre Spitalfälle inklusive Eintagesfälle. Ausgeschlossen: Psychiatrie.	2014 - 2016	(InEK, 2016a, 2016b, 2015a, 2015b), OECD (2014), Fischer (2015b), Expertengespräche

England	<p>Anpassungen im Fallpauschalensystem:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ LOS-Zuschläge <p>Anpassungen am Klassifikationssystem:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ DRG-Splits ▪ «ungebündelte» HRG 	Ja	1992/2003	534/2'100	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ziel: Effizienz- und Performancevergleiche (Benchmarking) ermöglichen, faire Ressourcenallokation, national einheitliches Fallpauschalensystem. ▪ Funktion: Vergütungsfunktion und Effizienzvergleichsfunktion ▪ Spitäler tragen finanzielles Risiko. ▪ HRG-System ist Eigenentwicklung. 	<p>Eingeschlossen: Akutstationäre Spitalfälle, inklusive Eintagesfllen und ambulanter Behandlung.</p> <p>Ausgeschlossen: Psychiatrie.</p>	2009 - 2015	NHS (2012), The Information Centre (2009), OECD (2014); Grašić et al. (2015), Fischer (2008)
Estland	<p>Anpassungen in der Vergütungsstruktur nach Überschreitung Kostenobergrenze nach DRG:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vollvergtung durch ELV-Zahlungen <p>Anpassungen am Klassifikationssystem:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ DRG-Splits 	Ja	2003/2004	496/786 (davon 655 zur Vergütung genutzt)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ziel: Effizienzsteigerungen und Transparenz. ▪ Funktion: Primär Vergütungsfunktion. Allerdings nicht klar, ob Vergütung zu 100% auf Basis von Fallpauschalen. ▪ Basiert auf HCFA-DRG. ▪ Spitäler tragen finanzielles Risiko (Einschätzung Polynomics). 	<p>Eingeschlossen: Alle stationären Spitalfälle inklusive Eintagesfälle und chirurgische ambulante Eingriffe.</p>	2009 - 2011	Busse et al. (2011a), Department of Health Economics (2009)
Finnland	<p>Anpassungen in der Vergütungsstruktur:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Zusatzzahlungen bei Überschreitung einer parametrisch gesetzten Kostengrenze nach DRG: ELV-Vergütung ▪ Spitalspezifische Basispreise (Berechnungen). 	Unklar	1995/2001	??/794 (Stand 2008)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ziel: Primär Aktivitätsmessung (Beurteilung des Casemix der Spitäler) und darauf aufbauend Budgetzuteilung. Aber auch Effizienzvergleiche. ▪ Funktion: Teilweise Vergütungsfunktion in 13 von 21 Distrikten. Vergütung auch über andere Komponenten 	<p>Eingeschlossen: Alle stationären Spitalfälle inklusive Eintagesfälle und je nach Region auch ambulante Eingriffe.</p> <p>Ausgeschlossen: Psychiatrie, Intensivpflege und Notfälle.</p>	2011 - 2014	Busse et al. (2011a), OECD (2014)

	Anpassungen am Klassifikationssystem: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mehrfachgruppierung 				wie Globalbudget. Erhebliche Heterogenität innerhalb des Landes. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Spitäler tragen finanzielles Risiko. ▪ Basiert auf HCFA-DRG. 			
Frankreich	Anpassungen in der Vergütung: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Zuschläge nach LOS bei Liegedauerüberschreitung (LOS) nach DRG: ▪ Zusatzentgelte. ▪ Von der Fallpauschalenvergütung ausgenommene Fälle (Separatzahlungen). Anpassungen am Klassifikationssystem: <ul style="list-style-type: none"> ▪ DRG-Splits 	Nein	1991/2004	600/2297 (Stand 2011). Davon 606 Basis-DRG.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ziel: Effizienzsteigerung. ▪ Funktion: Vergütung. ▪ System bindend für alle Anbieter ab 2008. System durch Eigenheiten geprägt: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Insbesondere nicht effektiv kostenbasierte Vergütung. ▪ PPS für alle Spitäler aber: Unterschiedliche Finanzierung von öffentlichen und privaten Spitälern (letztere weniger als 100% über Fallpauschalen vergütet). ▪ Unklar, wieviel Risiko Spitäler tragen. ▪ Basiert auf HCFA-DRG. 	Eingeschlossen: Akutstationäre Spitalfälle inklusive Eintagesfälle und ambulante Eingriffe. Ausgeschlossen: Rehabilitation, Intensivpflege und Notfälle.	2011 - 2014	Busse et al. (2011a), Or (2014), Or und Bellanger (2011), Ministère des Affaires sociales et de la Santé (2010), OECD (2014)
Griechenland	Anpassungen in der Vergütung bei Liegedauerüberschreitung (LOS) nach DRG: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Zuschläge nach LOS 	Zu wenige Informationen verfügbar,	2011/2011	700/??	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ziel: Fokus auf Effizienzsteigerung und Kosteneinsparung (Interpretation Polynomics). ▪ Funktion: Vergütung, (vermutlich allerdings nur teilweise, zusätzlich ELV-Zahlungen und Globalbudget. ▪ (Vermutlich) Defizitgarantie für Spitäler. 	Unklar.	2015	Economou (2015), OECD (2014), Quentin (2014)

Irland	<p>Anpassungen in der Vergütungsstruktur:</p> <ul style="list-style-type: none"> Zuschläge nach LOS bei Überschreitung einer oberen Liegedauergrenze. <p>Anpassungen am Klassifikationssystem:</p> <ul style="list-style-type: none"> DRG-Splits. 	Nein. System allerdings noch grundlegend im Aufbau und Weiterentwicklung des Systems mit Fokus auf «fairer» Vergütung geplant.	1992/2014 ²¹	??/698	<ul style="list-style-type: none"> Ziel: Fokus auf Effizienz, Transparenz, mehr Gerechtigkeit in der Ressourcenallokation. Funktion: Vergütungssystem mit Deckelung. System bis 2017 als Vergütungssystem im Aufbau. Spitäler tragen finanzielles Risiko. Basiert auf AR-DRG V 6.0. 	<p>Eingeschlossen: Alle stationären Spitalfälle inklusive Eintagesfälle und ambulanten Eingriffen.</p> <p>Ausgeschlossen: Psychiatrie und Rehabilitation.</p>	2014 - 2015	Bane (2015), Health Service Executive (2015), Busse et al. (2011a), OECD (2014)
Israel	Keine.	Nein.	2002/2002	??/??	<ul style="list-style-type: none"> Ziel: Unklar. Funktion: Diagnosebasiertes (retrospektives) Vergütungssystem. Nur ¼ der Einnahmen der Spitäler auf aktivitätsbezogenes Vergütungssystem zurückzuführen. Spitäler tragen kein finanzielles Risiko. 	Eingeschlossen: Stationäre Behandlungen (Brammli-Greenberg et al., 2015).	2014 - 2015	Brammli-Greenberg (2015), OECD (2014), Quentin (2014)
Italien	<p>Anpassungen in der Vergütung bei Liegedauerüberschreitung (LOS) nach DRG:</p> <ul style="list-style-type: none"> Zuschläge nach LOS <p>Anpassungen am Klassifikationssystem:</p> <ul style="list-style-type: none"> (vermutlich) DRG-Splits 	Nein.	1995/1995	??/538 (Stand 2014)	<ul style="list-style-type: none"> Ziel: Effizienzsteigerung, mehr Wahloptionen für Patienten und intensiver Wettbewerb. Funktion: Fallpauschalenvergütung innerhalb regionalem Spitalbudget. PPS nur für private Spitäler. Spitäler tragen kein finanzielles Risiko. System basiert auf Medicare (USA). 	Eingeschlossen: Akutstationäre Spitalfälle (Lafranconi, 2014).	2006 - 2014	Lafranconi (2014), Cappellari, De Paoli und Turati (2016), Fattore und Torbica (2006), OECD (2014)

²¹ Bis 2013 nur zur Budgetallokation und als Planungsinstrument.

Japan	Anpassungen in der Vergütung bei Liegedauerüberschreitung (LOS) nach DRG: <ul style="list-style-type: none"> ▪ ELV-Vergütung ▪ Abstufungen zwischen Spitälern in der Vergütung, welche unter anderem von der Breite des Leistungsangebotes und von dem Casemix des Spitals abhängen. 	Unklar.	2003/2003	2'552/2'927 (Stand 2012)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ziel: Qualitätsverbesserungen erzielen und eine klinische Datenbank erstellen mit standardisierten Informationen. ▪ Funktion: Vergütung. System ist allerdings Eigenentwicklung mit mehreren Eigenheiten: <ul style="list-style-type: none"> ▪ PPS basierend auf prospektiven Tagespauschalen je nach «DRG», keine Fallpauschalen. ▪ Gesamtvergütung nur teilweise auf Fallpauschalenbasis. ▪ System ist freiwillig und grosse Spitäler haben Mitspracherecht. 	Eingeschlossen: Behandlungen in akutstationären Spitälern (Ishii, 2012, S. 291).	2011 - 2015	Anderson und Ikegami (2011). Ishii (2012), Annear und Huntington (2015), Fischer (2008)
Kanada	Anpassungen am Klassifikationssystem: <ul style="list-style-type: none"> ▪ DRG-Splits 	Kein PPS.	1983/??	??/??	<ul style="list-style-type: none"> ▪ «CMG+» als reines Klassifizierungs- und Aktivitätsmessungstool (keine Fallpauschalenvergütung) 	Kein PPS.	2011	Fischer (2008), Sutherland (2011)
Lettland	Zu wenige Informationen.	Zu wenige Informationen.	??/2010	??/??	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ziel: Primär Budgetallokation. ▪ Funktion: Fallpauschalenvergütung (nicht 100%). ▪ Spitäler tragen finanzielles Risiko. 	Unklar.	2014	Quentin (2014), Koechlin et al. (2014)
Neuseeland	Anpassungen im Fallpauschalensystem: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Zuschläge nach LOS pro Tag. ▪ Anpassungsfaktoren für Spitaltypen. 	Nach unserem Wissensstand keine aktuelle Debatte um Hochkostenfälle.	2001/2001	??/712	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ziel: Finanzierungssysteme verbessern, mehr Gerechtigkeit in der Finanzierung, mehr Transparenz und verbesserte Ressourcenallokation (Annear & Huntington, 2015, S. 112). 	Eingeschlossen: Stationäre Patientenfälle in öffentlichen Spitälern.	2015 - 2016	The NCCP Case-mix - Cost Weight Project Group (2016), Rains und Thompson (2015), Annear

	Anpassungen im Klassifikationssystem: ▪ DRG-Splits				<ul style="list-style-type: none"> ▪ Funktion: System zur Vergütung eingesetzt, daneben aber auch ELV und Globalbudget. ▪ Nur für öffentlich finanzierte Spitäler. ▪ Basiert auf AR-DRG. 			und Huntington (2015),
Die Niederlande	Massnahmen innerhalb des Fallpauschalensystems: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mehrfachgruppierung für unterschiedliche Diagnose-Behandlungskombinationen. ▪ Von der Fallpauschalenvergütung ausgenommene Leistungskomponenten/ DRG. ▪ Zusatzzahlungen zu gewissen DRG-Pauschalen. 	Nein	2005/2005	100'000/4'400 (Stand 2012)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ziel: Verhandlungen zwischen Anbietern und Versicherern vereinfachen. Wettbewerb erhöhen und Effizienzvergleiche/ Benchmarking. ▪ Funktion: Vergütung. Für alle Anbieter bindende Vergütungsfunktion. ▪ Spitäler tragen finanzielles Risiko. ▪ Kein Basispreis, direkte monetäre Bewertung der DOTs. ▪ Für die Mehrheit der DOTs keine nationalen Preise, sondern dezentrale Verhandlungen zwischen Anbietern und Versicherern. ▪ DOT-System ist Eigenentwicklung. 	Gesamte Behandlungskette inklusive Rehabilitation und ambulanter Behandlung.	2008/2011	Wammes et al. (2016), Kocsis et al. (2011), Spijkerman (2015), Tan (2016), Expertengespräche, OECD (2014), Busse et. al. (2011a)
Norwegen	Zu wenige Informationen verfügbar. Folgende Massnahmen bestehen sicherlich: Massnahmen innerhalb des Fallpauschalensystems: <ul style="list-style-type: none"> ▪ LOS-Zuschläge. 	Zu wenig Informationen.	2001/2001 (mit Testphase seit 1996)	??/??	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ziel: Effizienz- und Produktivitätssteigerungen sowie bessere Kontrolle der Leistungserbringung. ▪ 15 - 60% Fallpauschalenvergütung, Rest Globalbudget. ▪ Spitäler tragen finanzielles Risiko. 	Unklar.	2016	OECD (2014), Quentin (2014), Januleviciute et al. (2016), Laegreid und Neby (2016)

	Anpassungen am Klassifikationssystem: ▪ DRG-Splits.				▪ Basiert auf HCFA-DRG/ NordDRG.			
Österreich	Anpassungen in der Vergütung bei Liegedauerüberschreitung (LOS) nach DRG: ▪ Degressiver Punktezuschlag pro Tag ▪ Zuschläge für Intensivstationen	Nein	1997/1997	916/979	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ziel: Aktivitätsbezogene Budgetallokation. ▪ Funktion: Finanzierungsfunktion (Budgetzuteilungsfunktion), Planungsfunktion. ▪ System greift für alle Patientenfälle, welche von der nationalen Krankenversicherung gedeckt werden und betrifft alle Spitäler. ▪ Spitäler tragen kein finanzielles Risiko. Zudem regional unterschiedliche Spitalfinanzierungen. ▪ LKF-System ist Eigenentwicklung. 	<p>Eingeschlossen: Akutstationäre Spitalfälle inklusive Eintagesfälle und ambulanter Behandlung.</p> <p>Ausgeschlossen: Psychiatrie, Rehabilitation und Intensivpflege.</p>	2016	Bundesministerium für Gesundheit (2016, 2015); OECD (2014)
Polen	Anpassungen in der Vergütungsstruktur: ▪ LOS-Zuschläge nach DRG. ▪ Abstufungen in den Basispreisen nach Spitaltyp geplant, um für strukturelle Differenzen zu kompensieren.	Nein, Kostendaten fehlen aber Abstufungen in den Basispreisen nach Spitaltyp geplant.	2008/2009 (noch im Aufbau)	??/530	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ziel: Verbesserung der Ressourcenallokation (aktivitätsbezogen) und erhöhte Transparenz. ▪ Funktion: Vergütungsfunktion für alle Spitäler, welche mit der NFZ Verträge halten. ▪ Spitäler tragen finanzielles Risiko. ▪ Mangelnde Kostendaten und fehlender Kostenbezug der Preise. ▪ Basiert auf englischem HRG-System. 	<p>Alle stationären Spitalfälle inklusive Eintagesfälle ohne ambulante Behandlungen.</p> <p>Ausgeschlossen: Psychiatrie und Notfälle.</p>	2011 - 2016	Busse et al. (2011a), Bystrov et al. (2015), OECD (2014), Bulanowski (2016)
Portugal	Anpassungen in der Vergütung bei Liegedauerüberschreitung (LOS) nach DRG:	Nein.	1990/1990	477/669 (Stand 2011)	▪ Ziel: Ressourcengerechte Budgetallokation.	Eingeschlossen: Alle stationären Spitalfälle inklusive	2011 - 2014	Busse et al. (2011a), OECD

	<ul style="list-style-type: none"> Zuschläge nach LOS pro Tag Nach Spitaltyp abgestufte Basispreise («Berechnung» für Budgetzwecke) <p>Anpassungen am Klassifikationssystem:</p> <ul style="list-style-type: none"> DRG-Splits 				<ul style="list-style-type: none"> Funktion: Vergütung durch Budgetzuteilung. Teilweise auch Fallpauschalenvergütung für nicht von der nationalen NHS ausgehende Finanzierungsquellen. Vergütungsfunktion zudem nicht für private Spitäler. Spitäler tragen kein finanzielles Risiko. Basiert auf AP-DRG seit 2006. 	<p>Eintagesfälle und chirurgischen ambulanten Eingriffen.</p> <p>Ausgeschlossen: Psychiatrie und Rehabilitation.</p>		(2014), Paat-Ahi (2015)
Schweden	<p>Unterschiedliche Massnahmen bei Überschreitung einer Kostenobergrenze nach DRG.</p> <p>Massnahmen im Fallpauschalensystem:</p> <ul style="list-style-type: none"> Spitalspezifische Basispreise (Berechnung). Zusatzzahlungen für Universitätsspitäler: (Stockholm Council). Separatzahlungen 	Ja	1995/1996	??/794 (Stand 2008)	<ul style="list-style-type: none"> Ziel: Primär Aktivitätsmessung und Budgetallokation sowie Effizienzvergleiche und Transparenz. DRG finanzieren 2012 65% der stationären Leistungen. Grosse Heterogenität zwischen Regionen und Councils in der Bedeutung von DRG-Systemen. Spitäler tragen finanzielles Risiko. Stockholm Council konnte Problem von Hochkostenfällen durch Anpassungen in der Vergütungsstruktur praktisch lösen. Basiert auf HCFA-DRG. 		2011 - 2014	Busse et al. (2011a), OECD (2014), Rehnberg (2012)
Singapur	<p>Anpassungen im Fallpauschalensystem:</p> <ul style="list-style-type: none"> Zuschläge nach LOS pro Tag. Anpassungsfaktoren für Spitaltypen. 	Unklar.	??/1999	??/698 (Stand 2014)	<ul style="list-style-type: none"> Ziel: Finanzierungssysteme verbessern, mehr Gerechtigkeit in der Finanzierung, mehr Transparenz und bessere Ermöglichung der Ressourcenallokation. 	Eingeschlossen: Alle stationären Spitälfälle und chirurgischen Eintagesfälle.	2015	Annear und Huntington (2015)

					<ul style="list-style-type: none"> ▪ Funktion: Finanzierungsfunktion aber zusätzlich ELV-Zahlungen. ▪ Nur für öffentliche Spitäler. ▪ Basiert auf AR-DRG. 	Ausgeschlossen: Ambulante Behandlungen und Rehabilitation.		
Slowenien	Zu wenige Informationen.	Zu wenige Informationen.	2003/2003	??/??	<ul style="list-style-type: none"> ▪ PPS für alle Spitäler. ▪ Spitäler tragen finanzielles Risiko. 	Eingeschlossen: Alle stationären Spitalfälle, Eintagesfälle und ambulanten Eingriffe. Ausgeschlossen: Rehabilitation	2014	OECD (2014), Busse et al. (2011a), Quentin (2014), Koechlin et al. (2014)
Spanien	Aufgrund der regionalen Autonomie keine Aussage möglich/ zu wenige Informationen verfügbar.	Aufgrund der regionalen Autonomie keine Aussage möglich/ zu wenige Informationen verfügbar.	1999/2002	??/679 (Stand 2008)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ziele: Variiert nach Region In Zukunft primär Effizienzsteigerung und Kosteneinsparung, ▪ Funktion: Budgetallokation und Vergütungsfunktion sowie Effizienzvergleichsfunktion. Regionale Heterogenität in der Nutzung und Funktion. ▪ Spitäler tragen teilweise nicht vollständiges Risiko. ▪ Basiert auf AP-DRG. 	Eingeschlossen: Alle stationären Spitalfälle ohne Eintagesfälle aber mit ambulanten chirurgischen Eingriffen.	2011 - 2015	Zlotnik et al. (2015), OECD (2014), Busse et al. (2011a), Quentin (2014)
Südkorea	Anpassungen in Vergütung: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Unterschiedliche Tarifgestaltung nach LOS-Stufe, inklusive Zuschlägen bei Überschreitung einer Obergrenze (DRG-spezifisch) ▪ Anpassungen nach Spitaltyp. ▪ Anpassungen für Notfälle. 	Unklar/ keine Evidenz für aktuelle Probleme.	1997/2001 - 2013	61/1880 (Stand 2013)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ziel: Kosteneinsparungen/ Effizienzsteigerung. ▪ Funktion: Vergütung, daneben auch ELV. ▪ Bindend für alle Spitäler seit 2013, allerdings nur für 7 DRG. ▪ Spitäler tragen kein finanzielles Risiko. ▪ System ist Eigenentwicklung. 	Unklar.	2012 - 2014	Annear und Huntington (2015), OECD (2014)

Thailand	Diverse Anpassungen in der Vergütungsstruktur: <ul style="list-style-type: none"> ▪ LOS-Zuschläge ▪ Zuschläge bei Komorbiditäten, Komplikationen, für verschiedene Prozeduren, für Alter und für Patientenstatus bei Austritt. ▪ Zusatzvergütung bei Überschreitung einer Kostenobergrenze. ▪ Spitalspezifische Basispreise nach Spitalgrösse (Anzahl Patienten). ▪ Zusatzentgelte. 	Unklar.	1998/1998-2002	??/2'700 (Stand 2013)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ziel: Mehr Transparenz und Stärkung der Rolle des öffentlichen Sektors in der Finanzierungsfunktion. ▪ Funktion: Vergütungsfunktion. Nur für öffentliche Spitäler bindend. ▪ System ist Eigenentwicklung. 	Eingeschlossen: Akutstationäre, halb-akutstationäre und psychiatrische Fallgruppen.	2012 - 2016	Annear und Huntington (2015), Blecher et al. (2016)
Tschechien	Zu wenige Informationen	Zu wenige Informationen	??/??	??/??	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 40% Fallpauschalenvergütung. Zusätzlich Globalbudget. ▪ PPS für alle Spitäler. ▪ Spitäler tragen teilweise nicht das vollständige Risiko. 	Unklar.	2011/2014	Quentin (2014), OECD (2014)
Ungarn	Anpassungen im Fallpauschalensystem: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Höher Vergütung für grössere Spitäler. Anpassungen am Klassifikationssystem: <ul style="list-style-type: none"> ▪ DRG-Algorithmen (Details unklar) 	Zu wenige Informationen.	1993/??	??/??	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ziel: Eher Budgetallokation als Fallpauschalenvergütung. ▪ Funktion: Vergütungsfunktion, PPS gilt für alle Spitäler. ▪ Spitäler tragen kein finanzielles Risiko. 	Unklar.	2011/2014	OECD (2014), Koechlin et. Al. (2014), Schreyögg et al. (2006)
USA (Medicare)	Anpassungen in der Vergütungsstruktur: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bis 1997: Anpassungen bei Überschrei- 	Ja	1983/1983	467/753 (2015)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ziel: Kosteneinsparungen und Effizienzvergleiche. ▪ Funktion: Vergütungsfunktion. 	Eingeschlossen: Akutstationäre Spitalfälle.	2016	CMS (2013, 2014a, 2016), Carter et al. (1992a, 1992b; 1990; 1992,

	<p>tung einer Liegedauer- grenze (LOS) nach DRG durch LOS-Zu- schläge.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Heute: Rückversiche- rung ▪ Zusatzentgelte für be- sonders teure, neue Technologien. <p>Anpassungen am Klassifi- kationssystem:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Weiterentwicklung der Abbildung des Schwe- regrades. ▪ DRG-Splits. 				<ul style="list-style-type: none"> ▪ Spitäler tragen teilweise nicht das vollständige Ri- siko. ▪ MS-DRG (Weiterentwick- lung von HCFA-DRG). 	<p>Ausgeschlossen: Psychiatrische Fälle und Rehabilitation (jeweils eigene PPS) sowie ambu- lante Eingriffe (ei- genes System).</p>		1994), OECD (2014)
--	---	--	--	--	--	---	--	-----------------------

Quelle: Literaturrecherchen, Darstellung Polynomics.

9.2 Länderrecherche

In diesem Kapitel präsentieren wir unsere Literaturrecherche zu jenen Ländern, welche alle drei Bedingungen der Studie erfüllen, welche zu einer Erkennung der Probleme von Hochkostenfällen führen. Insgesamt umfassen die hier präsentierten «Länderspickzettel» 15 Länder, auf die Situation in der Schweiz sind wir bereits eingangs sehr detailliert eingegangen. Neben den 14 Ländern (inklusive der Schweiz) werden hier auch Polen und Irland aufgeführt, welche ausschliesslich die Altersbedingung nicht erfüllen. Der Detaillierungsgrad der Recherchen variiert dabei zwischen den Ländern. Dies vor dem Hintergrund, da uns nicht für alle Länder in gleichem Ausmasse Informationen zugänglich waren.

Wir haben die Analysen so aufbereitet, dass die wichtigsten Informationen, welche für das Verständnis entscheidend sind, in den ersten drei Abschnitten (Grundsystem, Motivation des Systems und Massnahmen bezüglich Hochkostenfällen) ergänzt werden durch einen Spickzettel mit 3 Kernpunkten zu dem jeweiligen Land. Für die USA, Australien, Deutschland und England folgt im Anschluss jeweils eine Vertiefung, in welcher ein oder mehrere Kernelemente gesondert herausgegriffen werden.

9.2.1 Australien

a) Grundsystem (AR-DRG)

In Australien werden seit 1992 (zu Beginn nur im Staat Victoria, seit 2012 landesweit) akutstationäre Spitalleistungen in öffentlichen Spitälern anhand eines Fallpauschalensystems honoriert (teilweise wird das System auch von privaten Spitälern genutzt). 1998 wurden die bis dahin genutzten AN-DRG (Australian National DRG) durch AR-DRG ersetzt (Australian Refined DRG). Zu diesem Zeitpunkt umfasst das System 661 DRG gegenüber 527 bei Einführung. Bis ins Jahr 2016 steigt die Anzahl DRG auf 807 (Annear & Huntington, 2015; Fischer, 2008, S. 17).

AR-DRG gehört zu jenen Systemen, welche weltweit die DRG-Systeme geprägt haben (vgl. Ländertabelle). Für das DRG-System (Pflege, Instandhaltung) zuständig, ist grundsätzlich das ACCD (Australian Consortium for Classification Development). Für die Preisfestsetzung und Berechnung der Modellparameter ist die «Independent Hospital Pricing Authority (IHPA)» zuständig, welches Aufträge dazu vom ACCD erhält (ACCD, 2016; Annear & Huntington, 2015, S. 61).

Allerdings werden nicht alle Spitäler auf Basis des nationalen Fallpauschalensystems vergütet. Insbesondere erfolgen Zahlungen an kleinere Spitäler eher als Capitation, ebenso wie Teilbereiche der Lehre und Forschung (IHPA, 2015b, S. 1f). Für diese, von der Fallpauschalenvergütung ausgenommenen Anbieter bzw. Leistungen, bestimmt das IHPA lediglich die national effizienten Kosten (NEC) und nicht die national effizienten Preise (NEP). Für Anbieter, welche von der aktivitätsbezogenen Vergütung ausgeschlossen sind, wird die Vergütung von den Staaten und Territorien reguliert, in Abhängigkeit der Aufträge und Funktionen der betroffenen Anbieter. Für alle übrigen Spitäler berechnet das NHAP direkt die NEP (Spitäler mit «Commonwealth Funding»). Für einen Vergleich mit dem Fallpauschalensystem der Schweiz und anderen Ländern ist daher die NEP und die zugehörigen «National Weighted Activity Units» (NWAU) relevant und nicht die NEC. Die NEP entspricht im Schweizer Terminus in etwa dem Basispreis und beträgt 2013/2014 4'588\$ pro NWAU (IHPA, 2016). In die NWAU fliessen neben den Kostengewichten auch zahlreiche Anpassungsfaktoren mit ein, um die Vergütungshöhe zu bestimmen.

Die Festlegung der NEP (und der zugehörigen NWAU) haben in Australien zwei zentrale Funktionen (IHPA, 2015c):

- Bestimmung der Vergütungshöhe für Spitäler, für welche die Vergütung national festgelegt wird (Spitäler unter Commonwealth Funding).
- Effizienz-Benchmarking über die effizienten Kosten, Spitaldienstleistungen zu erbringen.

Wir gehen in der Vertiefung nachfolgend noch detaillierter auf das australische Kostenmodell ein und untersuchen, inwiefern das IHPA versucht, Hochkostenfälle optimal zu berücksichtigen. Zuvor und ebenfalls in einer Vertiefung beschreiben wir in aller Kürze die Struktur des Klassifikationssystems und die aktuellste Reform, welche direkt in Verbindung mit Hochkostenfällen steht.

b) Motivation und Ziele des Systems

Die primären Ziele von AR-DRG sind vierfältig (ACCD, 2014, 2016; Annear & Huntington, 2015, S. 112):

- Verbesserung der bisherigen Finanzierungssysteme und bessere Ressourcenallokation.
- Bestimmung von effizienten Preisen.
- Mehr Gerechtigkeit in der Finanzierung («aktivitätsbezogen»).
- Mehr Transparenz, insbesondere über die klinische Praxis und über die benötigten und verbrauchten Ressourcen.

Einen ähnlich starken Fokus auf Effizienzüberlegungen wie in der Schweiz können wir für Australien nicht feststellen, auch wenn Effizienzvergleiche auch in Australien relevant waren. Das australische System hat bisher zwei Funktionen, um die oben aufgeführten Ziele zu erreichen:

- Vergütungsfunktion.
- Effizienzvergleichsfunktion (vgl. oben).

c) Massnahmen bezüglich Hochkostenfällen

Australien nutzt mehrere Strategien, um Hochkostenfälle abzubilden. Diese Fälle werden in Australien intensiv diskutiert und sind Kerngegenstand der Weiterentwicklung des Fallpauschalensystems. Die in diesem Abschnitt beschriebenen Massnahmen entstammen den nachfolgenden Vertiefungsabschnitten, welche wir grundsätzlich besonders interessierten Lesern überlassen. Die Massnahmen umfassen:

- Diverse Zuschläge auf das Kostengewicht, beim Erfüllen von gewissen Voraussetzungen, teils DRG-spezifisch, teils über alle DRG hinweg. Zuschläge existieren beispielsweise für Notfälle, Dialysen, Radiologie, für psychiatrische Spezialleistungen oder für intensive Behandlungseinheiten. Eine vergleichbare Massnahme finden wir in keinem anderen Land.
- Zudem existieren weiterhin liededauerbasierte Zuschläge auf das Kostengewicht.
- Fundamentale Weiterentwicklung der Abbildung des Schweregrades seit AR-DRG 8.0 (Wechsel von PCCL zu ECCS). Weiterhin gehören auch DRG-Splits dazu.
- Es gibt keine Abstufungen im Basispreis (NEP ist einheitlich) (IHPA, 2016, S. 6)

Erwähnenswert ist an dieser Stelle auch, dass in Australien statistische Mindestanforderungen an die DR-Gruppen gestellt werden. Dazu zählen unter anderem eine Mindestgrösse und eine Mindesthöhe in Bezug auf die aggregierten Kosten in einer DRG. Diese Massnahmen sollen ermöglichen, dass überhaupt robuste Durchschnitte statistisch geschätzt werden können.

Fazit zu Australien

- Das australische AR-DRG-System hat die DRG-Systeme weltweit geprägt. In Australien wird das System seit 1993 (damals noch AN-DRG) genutzt, allerdings erst seit 2012 landesweit.
- Mit der Einführung sollten folgende Ziele erreicht werden: Verbesserte Ressourcenallokation, mehr Gerechtigkeit in der Finanzierung (ressourcenbezogen) und einer erhöhten Transparenz.
- Hochkostenfälle innerhalb einer DRG werden stark thematisiert. Zu den Massnahmen für solche Fälle zählen neben einer fundamentalen Reform der Abbildung des Schweregrades (ECCS), DRG-Split und Langliegerzuschlägen auch diverse, nicht liegedauerbezogene Zuschläge auf das Kostengewicht beispielsweise für Notfälle, Dialysen oder radiologische Komponenten eines Falles.

Vertiefung 1: Abbildung des Schweregrades

Struktur des Systems und aktuellste Reform (ECCS)

Die Struktur des australischen Klassifikationssystems ist sehr ähnlich zu jenem der Schweiz. Insbesondere existiert eine Unterteilung in Basis-DRG («Adjacent DRG (ADRG)») und AR-DRG (oder kurz DRG), wobei die letzte Unterteilung auf Basis des Schweregrades erfolgt, wie auch in der Schweiz (ACCD, 2014).

Zu den bereits implementierten Massnahmen, den Ressourcenbedarf von Patienten möglichst optimal abzubilden und damit auch HCO möglichst optimal zu berücksichtigen, zählen daher auch DRG-Splits. Allerdings zeigen unsere Recherchen klar, dass in Australien weitere Bestrebungen dahingehend bestehen und implementiert werden, die Fallpauschalen noch weiter zu optimieren, um eine noch bessere Abbildung von Hochkostenfällen zu erreichen.

Mit dem neusten Fallpauschalensystem «AR-DRG V8.0» (Juli 2016) wurde insbesondere mit der Einführung des «**Episode Clinical Complexity Score (ECCS)**» eine fundamentale Reform der Abbildung des Schweregrades der Patienten im Fallpauschalensystem vorgenommen. Das ACCD schreibt dazu (ACCD, 2014, S. 1):

«To date, there have been multiple changes to the existing AR-DRG structure; however AR-DRG V8.0 represents the first systematic review of the structure's relationship to actual variations in resource use due to case complexity since AR-DRG V4.1 in 1998»

AR-DRG V 8.0 legt denn auch maximalen Fokus auf die klinischen Attribute des Patienten bei der Bestimmung und minimalen Fokus darauf, wer oder wo die medizinische Leistung erbracht wurde. Die Anforderungen wurden durch die folgenden Hauptkriterien an DRG-Splits erfüllt (ACCD, 2014, S. 9):

1. Klinische kohärente DRG in Bezug auf Demographie, Diagnose (Haupt- und Nebendiagnose) sowie medizinischen Interventionen
2. Homogener Ressourcenbedarf in jeder DRG
3. ADRG zwischen einander und DRG zwischen einander sollen so unterschiedlich wie möglich sein.
4. Statistische Robustheit

5. Stabilität über die Zeit
6. Operationelle Akzeptanz und Robustheit. Insbesondere Verständlichkeit und Anwendbarkeit für ein möglichst breites Spektrum an Nutzern im Gesundheitswesen sowie Verhinderung von unerwünschtem Verhalten durch das Klassifikationssystem (Fehlalarme).

In den nachfolgenden beiden Abschnitten wird die Funktionsweise des ECCS als Kernelement der Reform detaillierter erläutert.

Funktionsweise des ECCS

Das Kernelement des ECCS besteht darin, die ADRG in feinere DRG zu splitten, unterteilt nach ihrem Schweregrad. Der grosse Unterschied zu anderen Ländern und auch zur Schweiz besteht darin, dass es sich beim ECCS um eine direkte Weiterentwicklung des bisher genutzten (und von den anderen Ländern adaptierten) Verfahrens mit CC-Kodes, CCL-Scores und PCCL-Scores handelt.

Der ECCS basiert auf CD-Kodes anstelle von CC-Kodes, auf DCL-Scores anstelle von CCL-Scores und auf ECCS-Scores anstelle von den bisher genutzten PCCL-Scores (ACCD, 2014, S. 5). Korrekterweise muss an dieser Stelle festgehalten werden, dass die Schweregradberücksichtigung wie sie in der Schweiz angewandt wird mit CC-Kodes, CCL-Score und PCCL-Score, ihren Ursprung in Australien hat und von Deutschland und der Schweiz adaptiert wurde (Fischer, 2008, S. 17).

Vorgegangen wird dabei prinzipiell wie folgt (ACCD, 2014, S. 7f.):

1. Zuteilung der Patientenfälle zu einer ADRG.
2. Berechnung des ECCL Wertes für jeden Fall (vgl. Exkurs).
3. Ausschluss von Fällen mit extremen Kombinationen von ECCL-Score und Kosten (Ausreisser). Zur Bestimmung solcher Ausreisser wird ebenfalls ein vordefiniertes und strukturiertes Verfahren angewandt in dem zuerst in repetitivem Verfahren jede ADRG in bis zu 5 AR-DRG gesplittet wird, unter Verwendung aller möglicher Kombination von ECCS-Werten als Cutoff. Die Kosten eines Patientenfalles wurden dann auf diese Splits regressiert. In jedem dieser repetitiven Verfahren wurden für besonders einflussreiche Beobachtung mittels statistischer Standardtests getestet und Fälle ausgeschlossen, welche in mindestens der Hälfte der Kombinationen als besonders einflussreich eingestuft wurden.
4. Definition der Splits auf Basis von Anforderungen an die Split-Gruppen. In faktisch allen Fällen wird ausschliesslich auf Basis des ECCS gesplittet, in wenigen Einzelfällen (2016 insgesamt 6 ADRG) werden zusätzliche Charakteristika beigezogen, damit die Anzahl Splits nicht unter jene von AR-DRG V 7.0 fällt. Die zusätzlich genutzten Variablen waren Alter und Verlegung (ACCD, 2014, S. 27).

Stand 2016 existieren 406 ADRG (321 mit Split) und 807 finale DRG (AR-DRG). Im Gegensatz zu anderen Ländern ist die Zahl der DRG damit immer noch relativ klein. Von Version 7 auf Version 8 stieg die Anzahl DRG im australischen System leicht von 771 auf 807 an (ACCD, 2014, S. 2, 27).

Exkurs: Berechnung des ECCL-Score eines Patientenfalles

Auf der Logik seines Vorgängers (PCCL) basierend, fundiert auch der ECCS auf einem zweistufigen Verfahren, bei dem in einem ersten Schritt den Diagnosen ein Schweregrad-Score

(Diagnosis Complexity Level, DCL) zwischen 0 und 5 zugeordnet wird. Der Level beschreibt die Schwere der Diagnose innerhalb einer ADRG relativ zu den anderen Fällen einer ADRG. Wie in der Schweiz die Basis-DRG umfassen auch die ADRG gleiche Diagnose-Behandlungs-Charakteristika. In einem zweiten Schritt werden die unterschiedlichen DCL-Werte auf Patientenebene durch einen Algorithmus zum ECCS-Score zwischen 0 und 31.25 aggregiert. Der ECCS-Algorithmus kombiniert die DCL-Scores in absteigender Ordnung und wendet einen «Zerfallparameter» auf die unterschiedlichen DCL-Werte an, um einen abnehmenden Grenzbeitrag einer zusätzlichen DCL-Diagnose zu berücksichtigen. Der resultierende ECCS-Score determiniert, welcher DRG der Patientenfall zugeteilt wird, wobei die zur Verfügung stehenden Split-DRG je nach ADRG unterschiedlich ausfallen (ACCD, 2014, S. 27).

Das zuständige ACCD schreibt dazu, dass der ECCS konzeptuell aufgebaut, formal hergeleitet und datengetrieben sei (ACCD, 2014, S. 1, 5). Motiviert wurde die Entwicklung des ECCS durch den Beschluss des ACCD, an den DRG festzuhalten und zugleich nicht-komplexitätsbezogene und rein administrativ DRG-Splits zu minimieren. Zugleich sollen ECCS-basierte DRG-Splits gefördert werden (ACCD, 2014, S. 1f). Dadurch soll eine homogenere Abbildung des Ressourcenbedarfs der Patientenfälle in einer DRG erreicht werden.

Statistische Anforderungen

Interessant ist zu beobachten, dass das ACCD bei der Weiterentwicklung des Fallpauschalensystems offensichtlich Wert daraufgelegt hat, zwar ADRG auf Basis ihres Schweregrades zu splitten und so homogenere Patientengruppen zu erreichen, dass sie zugleich aber eine Bandbreite an statistischen Anforderungen gestellt hat, welche die Gruppierungsstruktur erfüllen muss.

Zu diesen statistischen Anforderungen zählt insbesondere, dass jede DRG eine Mindestzahl von 200 Patienten pro Jahr braucht und minimale Kosten von \$ 1 Mio. aufweisen soll. Weitere Anforderungen waren, dass mindestens 10% aller Fälle in einer ADRG keinen Split haben dürfen, dass die Splits in einer DRG absolut mindestens \$ 3'700 und relativ mindestens doppelt so hohe mittlere Kosten aufweisen müssen und dass die «Reduction in Dispersion (RID)» zwischen dem Modell mit der besten Unterteilung in Split und dem gleichem Modell mit einem Split weniger mindestens 5% betrage.

Diese statistischen Anforderungen existierten mindestens seit Version 6 des Klassifikationssystems. Neu dazugekommen ist hingegen in Version 8, dass sich das ACCD bei den Splits nicht mehr auf das R^2 bei der Beurteilung der Qualität des Modells stützt, sondern auf die RID und dass zudem nicht mehr die LOS als Mass für die Homogenität einer Gruppe Verwendung findet, sondern explizit die Kosten in einer Gruppe (DRG) (ACCD, 2014, S. 10).

Das ACCD plant einen Fokus auf die statistischen Split-Kriterien für AR-DRG V 9.0 zu legen und erwähnt, dass in vereinzelten Fällen nicht sämtliche Bedingungen erfüllt werden konnten (ACCD, 2014, S. 12). Durch die Kombination von statistischen Anforderungen mit Schweregrad-Splits, versucht das ACCD eine Balance zwischen der medizinischen Homogenität der Patienten in einer DRG und statistischen Anforderungen an ein funktionierendes, Fallpauschalensystem zu finden (Einschätzung von Polynomics). Ansatzweise ähnliche statistische Anforderungen an das Fallpauschalensystem haben wir nur in Schweden (Stockholm) finden können.

Schlussfolgerung und Performance ECCS

Vor Einführung des ECCS fanden DRG-Splits vor allem auf Basis von PCCL, LOS sowie einigen anderen Merkmalen wie Alter, mentalem Gesundheitsstatus oder Überweisungsstatus statt. Mit

Version 8 des Fallpauschalensystems wurden diese anderen (nicht schweregradabhängigen) Splits auf lediglich 1 % der Splits reduziert (ACCD, 2014, S. 29). Hier lässt sich also eine klare Fokussierung auf den ECCS und damit auf klinische Indikatoren unter statistischen Nebenbedingungen erkennen.

Das ACCD hält hier fest, dass der ECCS eine bessere Abbildung des klinischen Schweregrades erreicht als dies bisher auf Basis von nicht-klinischen Indikatoren wie den LOS-Splits möglich war. Der ECCS erkläre deshalb auch wesentlich mehr Variation in den Kosten als die LOS-Splits oder Splits auf Grund von anderen, nicht klinischen Indikatoren. Durch Einführung des ECCS würde die Abhängigkeit von nicht-klinischen Indikatoren wie LOS klar reduziert (ACCD, 2014, S. 4f.). In der Zusammenfassung schreibt das ACCD (ACCD, 2014, S. 33):

« AR-DRG V8.0 has 807 end classes or DRG (including 3 error DRG). V8.0 of the classification demonstrates comparable statistical performance to V7.0 in those ADRG where LOS has been removed as a splitting variable, and outperforms V7.0 in almost all other ADRG where splitting has occurred.

The conceptually based, theoretically derived and data driven characteristics of the ECC Model implemented within the classification provide a strong basis for ongoing refinement of the classification as changes in clinical care and improvements in data quality occur over time. »

Die Gesamtperformance des Modells beurteilt das ACCD anhand des RID und der Annahme einer Gamma-Verteilung der Kosten, wobei 100% das Optimum darstellt (ähnlich wie beim R^2). AR-DRG Version 8 erreicht ein RID von 69.7%, was leicht unter dem Wert von Version 7 mit 71.6% liegt. Vergleicht man die Performance des Modells auf den statistischen Erklärungsgehalt in jenen ADRG und AR-DRG in Version 7 und 8, welche keine LOS als Split-Variable nutzen, so steigt die Modellgüte leicht von 74.3% auf 75.2% an, weshalb das ACCD auch von einer Modellverbesserung spricht. Der Erklärungsgehalt der Kosten stieg in 91% dieser DRG durch die neue Version an (ACCD, 2014, S. 30f.).

Für noch präzisere Erklärungen zum australischen System und der kürzlich Reform verweisen wir auf die Final Reports des ACCD, welche sehr ausführlich gestaltet sind und auf die statistischen Hintergründe der Berechnungen und Methoden eingehen:
<https://www.accd.net.au/Downloads.aspx>

Damit lässt sich in Australien, wie auch in einer Mehrzahl der übrigen beschriebenen Länder, eine Bestrebung zu einer besseren Abbildung des Schweregrades und der Komplexität der Patienten im Fallpauschalensystem erkennen. Hingegen erkennen wir kein Bestreben, aufgrund des Risikos von Hochkostenfällen grundsätzlich die Abhängigkeit von Fallpauschalen zu reduzieren.

Neben DRG-Splits, finden wir in Australien noch weitere Massnahmen, welche darauf abzielen, Hochkostenfälle besser im Fallpauschalensystem abzubilden. Diese Massnahmen finden sich jedoch nicht im Klassifikationssystem, sondern im Kostenmodell des IHPA.

Vertiefung 2: Das australische Kostenmodell

Die Preisberechnung für einen Patientenfall in einer DRG sei eingangs anhand einer Formel erläutert. Die Vergütung für akutstationäre Fälle (im australischen Kontext als «Episode» bezeichnet), berechnet sich nach folgender Formel (IHPA, 2016, S. 7f.):

Formel 1: Berechnungsbeispiel Fallpauschalenvergütung einer akutstationären AR-DRG

$$\text{Preis} = \{[PW \times A_{Paed} \times (1 + A_{SPA}) \times (1 + A_{Ind} + A_A + A_{RT} + A_{Dia}) + (A_{ICU} \times ICUStunden)] - [(PW + A_{ICU} \times ICUStunden) \times A_{PPS} + LOS \times A_{ACC}]\} \times NEP$$

Wobei:

- PW : Preisgewicht (enthält bereits Anpassungen für die Liegedauer)
- A_{Paed} : Pädiatrische Anpassung
- A_{SPA} : Anpassung für psychiatrische Spezialleistungen
- A_{Ind} : Anpassung für indigene Patienten
- A_A : Anpassung für abgelegene Gebiete
- A_{RT} : Anpassungen für Radiologie
- A_{Dia} : Anpassung für Dialyse
- A_{ICU} : Anpassung für intensive Behandlungseinheiten (stundenabhängig)
- $ICUStunden$: Anzahl Stunden in intensiver Behandlungseinheit
- A_{PPS} : Anpassung für private Patienten (Service)
- A_{ACC} : Anpassung für private Patienten (Unterkunft)
- LOS : Liegedauer

Insgesamt existieren 2016/2017 elf unterschiedliche Anpassungsfaktoren auf den Preisgewichten. Die Anpassungsfaktoren sind in Tabelle 7 zusammengetragen, wobei wir uns als Quelle auf die offiziellen Publikationen des IHPA stützen (IHPA, 2016, S. 7ff.). Die Tabelle fasst lediglich die Kernpunkte der Anpassungsfaktoren zusammen und ist stark vereinfacht dargestellt. Für detaillierte Erläuterungen sei auf die offiziellen Publikationen verwiesen. Zudem gilt es zu beachten, dass die Anpassungen einer hierarchischen Ordnung folgen: Die Anpassungen erfolgen, wie in Tabelle 7 dargestellt, von oben nach unten d.h. von Pädiatrie bis Notfall. Die Ausgestaltung der Zuschläge wird vom IHPA mit jeder neuen Tarifversion publiziert.

Tabelle 7 Anpassungsfaktoren auf den Kostengewichten im australischen AR-DRG-System

Anpassungsfaktor auf Kostengewicht	Anpassung
Pädiatrie	Voraussetzung: Bis max. 17 Jahre alte Patienten, welche in Spezialklinik für Kinder (insgesamt 9 in Australien) eingewiesen werden. Zuschlag: Variiert nach DRG (vgl. Appendix H in IHPA, 2016). Häufig > 150% oder gar > 200%.
psychiatrische Spezialistenleistungen	Fall 1: <ul style="list-style-type: none"> Voraussetzung: ≤ 17 Jahre. Hauptdiagnose mit Bezug zu einer mentalen Erkrankung in MDC 19 oder 20 und Patient muss mindestens 1 Tag psychiatrische Behandlung erfahren. Zuschlag: 21% (Patienten in Kinderspezialklinik erhalten 10% Zuschlag). Fall 2: <ul style="list-style-type: none"> Voraussetzung: ≤ 17 Jahre. Hauptdiagnose mit Bezug zu einer mentalen Erkrankung nicht in MDC 19 oder 20 und Patient muss mindestens 1 Tag psychiatrische Behandlung erfahren. Zuschlag: 24% (Patienten in Kinderspezialklinik erhalten 45% Zuschlag). Fall 3: <ul style="list-style-type: none"> Voraussetzung: > 17 Jahre. Hauptdiagnose mit Bezug zu einer mentalen Erkrankung nicht in MDC 19 oder 20 und Patient muss mindestens 1 Tag psychiatrische Behandlung erfahren. Zuschlag: 32%.
Zuschläge für Patienten aus abgelegenen Gebieten	8 – 23 %
Indigene (eingeborene) Patienten	5 %
Radiotherapie (neu seit 2015)	26%
Dialyse (neu seit 2015)	26%
Intensive Behandlungseinheiten (ICU)	Voraussetzung: 1. Patient muss Behandlungszeit in einem Spital auf der ICU-Spittalliste (vgl. Appendix D in IHPA, 2016) verbracht haben und 2. Leistung darf nicht in einer «bundled ICU» für Neugeborene erfasst sein. Zulassung zur ICU-Liste erfolgt auf Basis einer kumulativen Summe von ICU-Stunden (24'000 Stunden Stand 2015) und der Zusatzbedingung, dass mindestens 20 % dieser ICU-Stunden auf künstliche Beatmung zurückzuschliessen sind (IHPA, 2015a, S. 17). Zuschläge: 0.0436 NWAU pro Stunde in der ICU
Private Patienten (2 unterschiedliche Zuschläge für Leistungen und Unterbringung)	<ul style="list-style-type: none"> Für Service: Variiert zwischen akuten und subakuten Behandlungen einerseits und für erste zusätzlich nach DRG (vgl. Appendix H in IHPA, 2016). Für Unterkunft: 5.08 – 7%
multidisziplinärer, klinischer Anpassungsfaktor für nicht-aufgenommene Patienten	55%
Notfälle	<ul style="list-style-type: none"> 65-79 Jahre: 14% Über 79 Jahre: 21%

Quelle: IHPA (2015a, 2016), Polynomics.

Tabelle 7 zeigt, dass in Australien diverse Anpassungen auf den Kostengewichten vorgenommen werden, um die Kostenheterogenität von Patienten innerhalb einer DRG besser zu berücksichtigen (durch Zuschläge auf den Kostengewichten abhängig von gewissen Indikatoren). Diese Massnahmen wirken ergänzend zu den Massnahmen des ACCD über die Revision des Klassifikationssystems. Während bei der «Optimierung» des Klassifikationssystems versucht wird, eine möglichst optimale Einteilung von Patienten in DRG zu erzielen und dabei versucht werden muss, statistischen Anforderungen an ein funktionierendes Vergütungssystem auf Fallpauschalenbasis zu genügen, greifen obige Anpassungsfaktoren mehrheitlich unabhängig von der Klassifizierung über alle DRG hinweg. Sie sollen dazu beitragen, Variation in den Kosten durch verschiedene Faktoren noch besser zu erklären und zu berücksichtigen.

Die Anzahl und Breite der Anpassungsfaktoren wurde seit 2012 deutlich ausgebaut. Neu hinzugekommen sind die Anpassungsfaktoren für Notfälle, Radiotherapie, Dialyse, psychiatrische Spezialleistungen und die multidisziplinären klinischen Anpassungsfaktoren für nichtaufgenommene Patienten (IHPA, 2016, 2012). Interessant ist dabei, dass die seit 2012 neu hinzugekommenen Zuschläge faktisch unabhängig von der DRG des Patienten greifen und es sich um rein medizinische Indikatoren handelt. Zu den 2012 bereits bestehenden Anpassungsfaktoren für Pädiatrie und für intensive Behandlungseinheiten wird dabei ein wesentlich stärkerer Fokus auf medizinisch begründete Anpassungen in der Vergütung gelegt. Hochkostenfälle.

Zusammenfassung und Liste der wichtigsten Dokumente

Zusammengefasst lässt sich festhalten, dass in Australien die Probleme von Hochkostenfällen bekannt sind und weitreichende Massnahmen getroffen wurden, den Ressourcenbedarf von Patientenfällen besser im Fallpauschalensystem zu berücksichtigen. Die getroffenen Massnahmen bilden einen Mix aus Massnahmen, welche wir auch in anderen Ländern beobachten (Weiterentwicklung des Klassifikationssystems, LOS-Anpassungen) aber auch zusätzliche Lösungsmöglichkeiten, wobei hier die Zuschläge für statistisch aussagekräftige Variablen an den Fallkosten auffallen. Diese Zuschläge auf das Kostengewicht scheinen vor allem vor dem Hintergrund der statistischen Anforderungen an ein funktionierendes Fallpauschalensystem besonders einleuchtend. Seit 2012 wurde das Portfolio von Zuschlägen deutlich erweitert, wobei vor allem medizinische Fallcharakteristika zu neuen Zuschlägen führten.

Sowohl das ACCD wie auch die IHPA stellen ausführliche, technische Berichte zur Klassifizierungslogik, den dahinterstehenden Überlegungen sowie zur Berechnung der Preise und Kostenmodelle bereit.

Wichtigste Dokumente zu AR-DRG

- Statistische Hintergründe zur Weiterentwicklung und zur Systematik des ECCS: <https://www.accd.net.au/Downloads.aspx>
- Online-Rechner für ECCS-Werte: <https://www.accd.net.au/ArDrg.aspx?page=4>
- Aktuelle Preis-Gewichte für die Fallpauschalen ab AR-DRG Version 8 (Appendix H ab Seite 40): https://www.ihsa.gov.au/sites/g/files/net636/f/publications/final_nep16_determination.pdf

9.2.2 Deutschland

a) Grundsystem (G-DRG)

Deutschland führt seit 2004 ein Fallpauschalensystem auf Basis von DRG (Fintrop, 2006). Die Pflege des Vergütungssystems obliegt dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK). Über die Homepage des InEK (www.g-drg.de) finden sich zahlreiche Dokumente:

- Das aktuelle Fallpauschalensystem («Fallpauschalen-Katalog»),
- eine Dokumentation der Veränderungen gegenüber dem Vorjahr («Migrationstabelle»)
- sowie diverse Zusatzdokumente, darunter die «Extremkostenberichte», auf die nachfolgend eingegangen wird.

Eine Zusammenstellung der wichtigsten Dokumente haben wir am Ende dieses Kapitels mit den entsprechenden Links bereitgestellt. Da sowohl das Schweizer, wie auch das deutsche DRG-System auf AR-DRG basieren, sind sie insbesondere in Bezug auf die Klassifizierungslogik gut vergleichbar. Dazu kommt, dass das Schweizer System auf dem deutschen System aufbaut, wodurch allfällige «Eigenheiten» des deutschen Systems gegenüber dem australischen zumindest teilweise ebenfalls übernommen wurden. Für eine Übersicht über die Grundsystematik sei daher auf die Beschreibungen am Anfang dieser Studie verwiesen (vgl. Kapitel 2 und 3).

Die Anzahl DRG stieg 2016 leicht von 1'200 2015 auf neu 1'220 DRG an (InEK, 2015b, S. 4). Die Zahl der DRG hat sich damit seit Einführung des Systems (664 DRG) beinahe verdoppelt (AOK Die Gesundheitskasse, 2016). Die Spitäler in Deutschland tragen finanzielles Risiko und das Vergütungssystem greift sowohl für private wie auch für öffentliche Spitäler (Quentin, 2014).

b) Motivation und Ziele des Systems

Primäres Ziel des Systems war eine bessere, «fairere» Ressourcenallokation durch DRG. Zusätzlich sollte eine bessere Erfassung der Leistungen der Spitäler (Casemix, Leistungsarten) und dadurch eine grössere Transparenz erreicht werden (Busse et al., 2011a, S. 247). Zwar waren auch Effizienzüberlegungen relevant, einen ähnlich starken Fokus auf Effizienz wie in der Schweiz können wir aber nicht feststellen. Die primäre Funktion des Systems war von Anfang an auf die Fallpauschalenvergütung der entsprechenden Leistungen ausgerichtet (Geissler et al., 2012).

c) Massnahmen bezüglich Hochkostenfällen

Hochkostenfälle werden in Deutschland als «Extremkostenfälle» bezeichnet. Diesen Fällen wird schon seit Jahren hohe Relevanz bei der Gestaltung des Vergütungssystems zugeteilt. Einen klaren Fokus auf Extremkostenfälle erkennen wir insbesondere ab 2012 (Fischer, 2015b, S. 12). Die nachfolgenden Massnahmen beschreiben die zurzeit implementierten Massnahmen innerhalb des Systems, um solche Fälle im System besser zu berücksichtigen:

- **Abgestufte Basispreise:** Wie die Schweiz kennt auch Deutschland abgestufte Basispreise («Basisfallwerte»). Dabei handelt sich allerdings lediglich um Landesbasisfallwerte, welche um einen Bundesbasisfallwert sich innerhalb eines Korridors bewegen («Bundesbasisfallwertkorridor») (GKV Spitzenverband, 2015; Schmidt, 2013). Diese Massnahme hat damit keinen Zusammenhang zu Hochkostenfällen.
- **DRG-Splits:** Seit 2007 wurden explizit DRG für Extremkostenfälle geschaffen (Fischer, 2015b). Unserer Einschätzung nach handelt es sich hier um reguläre Splits. Zudem wurden beispielsweise 2014 DRG «neu-strukturiert» auf Grund der Extremkostenfälle und weiter verfeinert (Fischer, 2015b, S. 14).

- **Grosse Reform der Abbildung des Schweregrades:** Für das Tarifjahr 2016 wurde eine grosse Reform des Schweregrades implementiert. Diese war massgeblich durch Erkenntnisse zu den Extremkostenfällen getrieben (InEK, 2016b).
- **Extremkostendatenbank:** Nach Angaben des InEK wurden schon früh Routinen etabliert, Hochkostenfälle in den Fokus zu rücken. Dazu gehörte der Aufbau einer Extremkostendatenbank, in welcher Spitäler detaillierte Informationen zu solchen Fällen einspeisen konnten (Die Wahl bzw. Identifikation der Fälle liegt bei den Spitälern). Das InEK kann diese zusätzlichen Informationen nutzen, um mehr über solche Extremkostenfälle zu lernen und um mögliche Massnahmen abzuleiten. Nach eigenen Angaben des InEK hat dieses Verfahren klar dazu beigetragen, eine sachgerechtere Abbildung von Extremfällen im Fallpauschalensystem zu erreichen. Anerkannt wird aber neben der Wirksamkeit dieser Methode auch ihre Grenze, zumal keine Definition von Extremkostenfällen vorliegt und die Einspeisung den Krankenhäusern obliegt (InEK, 2015a, S. 2).
- **Massnahmen in den relativen Vergütungen einzelner Leistungen:** Aus den aktuellen Fallpauschalkatalogen des InEK geht hervor, dass in Deutschland die auch in der Schweiz bekannten Massnahmen in Form von **Langliegerzuschlägen** (parametrische Methode) und **Zusatzentgelten** genutzt werden, um Hochkostenfälle besser zu berücksichtigen (Fischer, 2015b, S. 3; InEK, 2016a). Bei den Zusatzentgelten wird zwischen «normalen» Zusatzentgelten (Oberkategorie) und differenzierten Zusatzentgelten (Untergruppen) unterschieden (InEK, 2016a). Die Differenzierung gleicht stark jener, welche auch in der Schweiz angewandt wird (Swiss DRG AG, 2015 Anlage 2). Die Anzahl Zusatzentgelte (nicht-differenziert) ist in Deutschland von 2015 auf 2016 von 170 auf 179 leicht gestiegen, wobei 99 Zusatzentgelte bewertet (d. h. ein Preis zugeordnet) sind und 80 zur krankenhausindividuellen Preisvereinbarung freigegeben sind (InEK, 2015b, S. 4). Seit Einführung 2004 hat sich damit die Anzahl Zusatzentgelte von 26 auf 179 fast versiebenfacht (Fischer, 2015b).
- **Spezielle Massnahmen:** Zudem werden vollstationäre Fälle, welche gewissen DRG zugeordnet sind, nicht über das Fallpauschalensystem, sondern über «rankenhausindividuelle Entgelte» abgerechnet. Zu dieser Kategorie zählen etwa Tuberkulosefälle mit mehr als 14 Tagen Liegedauer (DRG E76A) oder eine Injektion von Pankreasgewebe (DRG A16B). 2016 finden wir 42 solcher DRG (InEK, 2016a, S. 126f.). Es ist uns bisher nicht bekannt, ob diese DRG nach einer speziellen Systematik nicht über das reguläre Vergütungssystem vergütet werden, allerdings scheint es sich bei den meisten dieser DRG um seltene und eher schwere DRG zu handeln. Welche Leistungen vom System ausgenommen werden wird von den Vertragsparteien auf Bundesebene oder direkt durch das Bundesministerium für Gesundheit festgelegt (Behrends, 2009, S. 145).
- **Extremkostenberichte:** Zudem werden vom InEK seit 2015 jährlich exklusive «Extremkostenberichte» erstellt. Hierbei handelt es sich um grundlegende Analysen zu Hochkostenfällen im deutschen DRG-System. Die Berichte umfassen auch Änderungsvorschläge und nach eignen Aussagen des InEK konnten aufgrund der dort durchgeführten statistischen Analysen bereits massgebliche Verbesserungen in der Abbildung solcher Fälle im Fallpauschalensystem erzielt werden. Unsere Expertenbefragung mit Fachexperten aus Deutschland liessen für uns allerdings Zweifel aufkommen, inwiefern effektiv Massnahmen ergriffen werden konnten aufgrund dieser Berichte und der darin theoretisch und empirisch ermittelten Tatsachen. Wir gehen daher in einer Vertiefung nachfolgend auf diese Berichte ein und beschränken uns an dieser Stelle auf die Feststellung, dass die Extremkostenfälle in Deutschland in der Tat einen «extrem» hohen Stellenwert einnehmen.

Fazit zu Deutschland

- Deutschland führt seit 2005 ein auf AR-DRG basierendes, Fallpauschalensystem, welches für alle öffentlichen und privaten Spitäler bindend ist und in welchem die Spitäler finanzielles Risiko tragen.
- Hauptmotivation des Systems waren Transparenzüberlegungen und eine fairere Ressourcenallokation. Einen vergleichbar starken Fokus auf Effizienzaspekte wie in der Schweiz können wir nicht feststellen.
- Hochkostenfälle stellen seit 2007 einen Fokus bei der Weiterentwicklung des Fallpauschalensystems dar. Zu den Massnahmen zählen neben den Langliegerzuschlägen und DRG-Splits auch eine Extremkostendatenbank sowie weitere Massnahmen wie Separatzahlungen für ausgewählte DRG. Mit den Extremkostenberichten wird seit 2015 ein nochmals wesentlich stärkerer und zugleich statistisch fundierter Fokus auf solche Fälle gelegt.

Exkurs: Die deutschen Extremkostenfälle in der Schweizer Ärztezeitung

Auch die Schweizerische Ärztezeitung der FMH diskutierte 2013 und damit vor den Extremkostenberichten die Hochkostenfälle und nahm dabei Bezug auf die Situation in Deutschland. Petra Ingenpass, Autorin des Berichts, hielt fest:

«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 Hochschule Hannover (MHH) die Patienten als «Extremkostenfälle» definiert, die Behandlungskosten von über 20 000 Euro generieren, wovon aber weniger als die Hälfte durch die Fallpauschale abgedeckt ist. An der MHH erfüllen diese Kriterien etwa 250 bis 450 Fälle pro Jahr. Die Behandlung dieser Patienten ergibt ein durchschnittliches Defizit von 25 000 bis 30 000 Euro pro Fall, sodass die MHH gemäss Dr. med. A. Tecklenburg ein jährliches Unterdeckungsvolumen von ca. 6,5 Mio. Euro aufweist.» (Ingenpass, 2013, S. 319).

Lösungen seien beispielsweise in der Intensivmedizin, in der Versorgung von Kindern, bei Mehrfacheingriffen wie auch bei Mehrzeitigkeit der Prozeduren erzielt worden (Ingenpass, 2013). Ingenpass schreibt dazu:

«So wurden beispielsweise die Beatmungs-DRG weiter differenziert, Kodes für Komplexbehandlungen geschaffen oder datenbasiert Alterssplits eingeführt. Für seltene, aufwendige chirurgische Fälle bestehen im deutschen DRG-System beispielsweise spezifische DRG.» (Ingenpass, 2013, S. 320).

Ingenpass nennt zudem die vermehrte Verbreitung von Zusatzentgelten als mögliche Lösung der Hochkostenprobleme (Ingenpass, 2013, S. 320).

Vertiefung: Extremkostenfälle und Extremkostenberichte

Das InEK führt seit 2015, verpflichtet durch den deutschen Gesetzgeber, jährlich eine systematische, statistische Überprüfung von Kostenausreissern durch. Die Ergebnisse veröffentlicht das Institut in umfangreichen «Extremkostenberichten» (GKV-Spitzenverband, 2015). Diese Berichte ermöglichen es Aussenstehenden, einen hervorragenden Einblick in die Diskussion um Extremkostenfälle in Deutschland zu erlangen und lassen keinen Zweifel an dem Stellenwert von

Hochkostenfällen in Deutschland. Es sollte aber nicht der Eindruck entstehen, dass das Hochdefizitfall-Thema erst seit 2015 in Deutschland diskutiert wird. Bereits 2007 wurde im deutschen Krankenhausfinanzierungsgesetz §17b folgendes festgehalten (Bundesrepublik Deutschland, 2009, § 17b):

«Entstehen bei Patienten mit außerordentlichen Untersuchungs- und Behandlungsabläufen extrem hohe Kostenunterdeckungen, die mit dem pauschalierenden Vergütungssystem nicht sachgerecht finanziert werden (Kostenausreißer), sind entsprechende Fälle zur Entwicklung geeigneter Vergütungsformen vertieft zu prüfen.»

Nach eigenen Angaben des InEK wurden daher schon früh Routinen etabliert, Hochkostenfälle in den Fokus zu rücken, unter anderem durch die bereits erwähnte Extremkostendatenbank oder DRG-Splits. In diesem Sinne sind die nun vorliegenden Extremkostenfallanalysen als eine statistisch-empirische Erweiterung der bereits früh implementierten Massnahmen zu verstehen. Dabei setzt das InEK prioritär auf Massnahmen innerhalb des DRG-System als auf zusätzliche Massnahmen wie Zusatzentgelte (InEK, 2015a, S. 61).

Die Extremkostenberichte sind über die Homepage des InEK abrufbar. So schreibt das deutsche Ärzteblatt, dass die neueren DRG-Klassifikationen bereits zu einer besseren Abbildung der Extremkostenfälle geführt hätten und sieht die Extremkostenberichte mit ihren statistischen Grundlagen als wichtigen Meilenstein. So konnte beispielsweise die Kostendeckung von intensivmedizinischen Komplexbehandlungen um 12.3% im Jahr 2015 verbessert werden (Ärzteblatt, 2015). Auch Fischer (2015b, S. 15) hält fest, dass durch die Analysen in diesen Berichten erstmalig 2016 (also nach dem ersten Extremkostenbericht) bereits besser kalkulierbare Kostengewichte für G-DRG 2016 resultierten.

Struktur der Berichte

Die Berichte lassen sich sehr rudimentär vereinfacht in zwei Teile gliedern:

- In einem ersten Schritt werden anhand statistischer Methoden Kostenausreisser identifiziert und ausführlich untersucht. Für die statistische Analyse der Extremkostenfälle nutzt das InEK Daten von 247 deutschen Spitälern (Stand 2015) ein. Das InEK bildet zur Beurteilung der Extremkostenfälle einerseits zwei DRG-Gruppen und andererseits zwei Spitalgruppen. Die DRG-Gruppen umfassen einerseits eher für die allgemeine Versorgung vorgesehene DRG, und andererseits eher für die spezielle Versorgung vorgesehene DRG. Bei den Spitälern wird zwischen Universitätsspitalern und Maximalkliniken einerseits und übrigen Krankenhäusern andererseits differenziert (InEK, 2015a, S. 103). Auf eine detaillierte Ausführung der Methoden wird an dieser Stelle verzichtet.
- In einem zweiten Schritt werden Möglichkeiten diskutiert, die Implikationen der Hochkostenfälle zu reduzieren. Jeder Extremkostenbericht soll anhand eines vorgegebenen Fragenkataloges prüfen, ob weitere Massnahmen erforderlich sind Extremkostenfälle im Fallpauschalensystem abzubilden (vgl. dazu 1.2.2. Extremkostenbericht 2015; InEK, 2015a).

Einschätzung des InEK

Die folgenden Abschnitte beschreiben eigene Aussagen und Einschätzungen des InEK hinsichtlich des Erfolges der Extremkostenberichte. Die Kernresultate der zum Zeitpunkt des Verfassens dieser Studie publizierten Berichte sind auf den Seiten 104 und 105 des Extremwertberichtes 2015 bzw. auf den Seiten 159 bis 164 des Extremwertberichtes 2016 zusammengetragen.

Nach Angaben des InEK konnten durch gezielte Massnahmen, eine fundierte statistische Auseinandersetzung mit Extremkostenfällen sowie dem ständigen Austausch zwischen Tarifbehörde und Leistungsanbietern erhebliche Verbesserungen in Bezug auf die risikogerechte Berücksichtigung der Extremkostenfälle erzielt werden. Dabei strich InEK vier Massnahmen hervor, welche sich als besonders wirksam erwiesen (InEK, 2015b, S. 44ff.):

- *«Eine Modifikation der PCCL-Formel. Insbesondere eine bessere Abbildung von Fällen mit schwersten Komplikationen und/ oder Komorbiditäten.*
- *«zahlreiche Anpassungen hinsichtlich der Prozeduren der intensivmedizinischen Komplexbehandlung,»*
- *«eine verbesserte Abbildung von Fällen mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern»*
- *«die systematische Überprüfung von Fällen mit einem Belegungstag»*

An anderer Stelle schreibt das InEK, dass durch Massnahmen, die auf dem Bericht 2015 aufbauten, die finanziellen Belastungen durch Extremkostenfälle insgesamt mindestens von 30.7 Mio. auf 5.3 Mio. € reduziert werden konnten (InEK, 2016b, S. 160). Ausserdem halten beide Berichte (2015 und 2016) fest, dass die Spitalgruppe rund um Universitätsspitäler und Maximalversorger einer höheren durchschnittlichen Belastung ausgesetzt sind als die übrigen Spitäler.

Für die Weiterentwicklung des deutschen DRG-Systems werden statistische Kostenausreisser nicht nur über Ausreisser im Sinne der Kostenverteilung interpretiert, sondern allgemein als auffällige Fälle, die sich in erheblichem Mass von der bisherigen Gruppierung als untervergütet zeigen (InEK, 2015a, S. 61). Mit anderen Worten steht also weniger der Kostenbegriff als vielmehr der Deckungsbeitrag im Fokus der Analysen.

Inwiefern die Fallpauschalen 2015 überarbeitet wurden, lässt sich in Kapitel 3.3 des Berichtes 2015 ablesen. So schreibt das InEK etwa:

«Die Arbeiten zum Extremkostenbericht für 2015 haben die Analysen im Rahmen der jährlichen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems intensiviert und methodisch beeinflusst. Eine Analyse von Kostenausreißerfällen wird im Rahmen der jährlichen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems bereits seit Jahren durchgeführt. Dabei wird gezielt nach Fällen gesucht, die entweder durch eine erhebliche absolute Höhe ihrer Fallkosten auffallen oder die eine erhebliche Unterdeckung in ihrer Kosten-Erlös-Struktur aufweisen. Diese Konstellationen sind zumeist sehr selten und finden sich häufig auch nur bei wenigen Leistungserbringern. Trotzdem bietet auch ein pauschalieren-des Entgeltsystem zahlreiche Möglichkeiten, um derartig aufwendige Fälle innerhalb der Klassifikation sachgerecht abzubilden, beispielsweise durch

- *Zuordnung zu existierenden oder Etablierung neuer DRG*
- *Ergänzung bestehender DRG um Fälle mit ähnlichen Kosten*
- *Konsequente Aufwertung komplexer Fälle durch Bereinigung existierender DRG um weniger komplexe Fälle*
- *Etablierung neuer oder Veränderung bestehender Zusatzentgelte, für die entweder differenzierte Beträge ausgewiesen werden oder krankenhausindividuelle Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG verhandelt werden können»*

Zusammenfassung und Einschätzung Polynomics

In Deutschland ist, wie die vorangegangene Analyse zeigte, die Diskussion um Hochkostenfälle sehr weit fortgeschritten. Neben DRG-Splits und Zusatzentgelten, existiert seit 2007 ein klarer Fokus auf Hochkostenfällen. Neben der seit einigen Jahren genutzten Extremkostendatenbank fallen vor allem die statistisch fundierten Extremwertberichte auf, welche eine bisher einmalige Analyse solcher Fälle im deutschen System und unserer Einschätzung nach auch darüber hinaus durchführen. Uns bleibt allerdings unklar, inwiefern die Extremkostenberichte effektiv zu Verbesserungen im Fallpauschalensystem geführt haben.

Wichtig ist sicherlich die Feststellung, dass das InEK in seinem Bericht 2015 festhält, dass neben dem Auffinden von Extremkostenfällen in den Daten der 247 einbezogenen Spitäler (statistische Analyse) auch der interaktive Austausch zwischen Krankenhäusern und der Tarifbehörde entscheidende Hinweise zur Verbesserung des Fallpauschalensystems im Hinblick auf Extremkostenfälle liefert (Stichwort Extremkostendatenbank). Das InEK spricht hierbei von einem «Vorschlagsverfahren zur Einbindung des medizinischen, wissenschaftlichen und weiteren Sachverständes». Aufgrund dieses Verfahrens wurden auch 2015 wieder zahlreiche Massnahmen im Fallpauschalensystem getroffen (vgl. InEK, 2016b, S. 61f.). Der Bericht 2015 geht hier beispielsweise auf die Ausdifferenzierung des DRG-Systems im Bereich der Intensivmedizin ein.

Quellen und Dokumente zum deutschen System:

Aktuelles Fallpauschalensystem (inkl. Zusatzentgelten und Langliegerzuschlägen):

- http://www.g-drg.de/cms/G-DRG-System_2016/Fallpauschalen-Katalog/Fallpauschalen-Katalog_2016

Migrationstabelle mit Veränderungen gegenüber Vorjahr:

- 2016: http://www.g-drg.de/cms/G-DRG-System_2016/Fallpauschalen-Katalog/Migrationstabelle
- 2015: http://www.g-drg.de/cms/G-DRG-System_2015/Fallpauschalen-Katalog/Migrationstabelle

Abschlussberichte zur Weiterentwicklung des Systems:

- 2016: http://www.g-drg.de/cms/G-DRG-System_2016/Abschlussbericht_zur_Weiterentwicklung_des_G-DRG-Systems_und_Report_Browser/Abschlussbericht_zur_Weiterentwicklung_des_G-DRG-Systems_fuer_2016
- http://www.g-drg.de/cms/G-DRG-System_2015/Abschlussbericht_zur_Weiterentwicklung_des_G-DRG-Systems_und_Report_Browser/Abschlussbericht_zur_Weiterentwicklung_des_G-DRG-Systems_fuer_2015

Veränderungen in der Abbildung des Schweregrades (CCL-Matrix):

- 2016: http://www.g-drg.de/cms/G-DRG-System_2016/Abschlussbericht_zur_Weiterentwicklung_des_G-DRG-Systems_und_Report_Browser/Abschlussbericht_zur_Weiterentwicklung_des_G-DRG-Systems_fuer_2016
- 2015: http://www.g-drg.de/cms/G-DRG-System_2015/Abschlussbericht_zur_Weiterentwicklung_des_G-DRG-Systems_und_Report_Browser/Uebersicht_CCL-Matrix-Aenderungen

Extremkostenberichte:

- 2016: http://www.g-drg.de/cms/G-DRG-System_2016/Extremkostenbericht_gem._17b_Abs._10_KHG
- 2015: http://www.g-drg.de/cms/G-DRG-System_2015/Extremkostenbericht_gem._17b_Abs._10_KHG

9.2.3 England

a) Grundsystem

England führt seit 1992 eine Art DRG-System unter dem Namen HRG (Healthcare Resource Groups). Das HRG-System wird seit 1992 als Klassifikationssystem genutzt, seit 2003 als Vergütungssystem (Grašič et al., 2015, S. 3). Im Gegensatz zu DRG erfolgt die Hauptzuteilung auf Basis der Hauptprozedur eines Patientenfalls und nicht der Hauptdiagnose (Fischer, 2008, S. 13).

Das System greift nicht nur für akutstationäre Spitalfälle, sondern darüber hinaus auch für ambulante Behandlungen und Intensivpflege in privaten und öffentlichen Spitälern, welche Patienten des nationalen Gesundheitssystems (NHS) behandeln (Grašič et al., 2015, S. 3). Spitäler in England tragen finanzielles Risiko (OECD, 2014).

Die Zahl von HRGs stieg seit Einführung 1992 von anfänglich 534 auf mittlerweile 2'100 HRGs mit HRG4+, wobei die starke Zunahme an HRGs direkt mit der Nutzung des Systems als Vergütungssystem einhergeht (Grašič et al., 2015, S. 3).

Es existieren keine Abstufungen in den Preisen nach Spitaltyp. Dennoch wird anerkannt, dass Variation in den Kosten zwischen Spitälern partiell auf nicht-effizienzbezogene Gründe und strukturelle Unterschiede zurückzuführen sind. Um dem entgegenzuwirken werden Zahlungen direkt an die Spitäler getätigt. Die Höhe der Zahlungen basiert auf einem Index, welcher die Faktoren Arbeit, geografische Region und Gebäudekosten zusammenfasst (Busse et al., 2011a, S. 211). Ein Zusammenhang zu strukturellen Unterschieden in den Patientenstrukturen und insbesondere den Hochkostenfällen zwischen den Spitälern ist uns nicht bekannt.

b) Motivation und Ziele des Systems

Ein Fokus des Systems liegt seit Einführung auf Ermöglichung von Effizienz- und Performancevergleichen. Seit 2003 wird verstärkt das Ziel einer national einheitlichen Tariffestsetzung mit dem HRG-System verfolgt, durch welches eine faire Vergütung bzw. Ressourcenallokation sichergestellt werden soll (Grašič et al., 2015, S. 2; Health and Social Care Information Centre, 2012; NHS, 2012, S. 22).

Die Funktion des Systems besteht in der aktivitätsbezogenen Vergütung der entsprechenden Leistungen sowie der Effizienzvergleichsfunktion (Grašič et al., 2015, S. 2).

c) Massnahmen in Bezug auf Hochkostenfälle

Mit den neusten Systemversionen «HRG4» (2009) und «HRG4+» (2012/2013) wurde ein klarer Fokus auf Hochkostenfälle gelegt, wobei sich solche Fälle entweder durch besonders hohe Kosten oder eine besonders lange Liegedauer auszeichnen (Grašič et al., 2015, S. 2). Stand heute finden wir folgende Massnahmen implementiert (Grašič et al., 2015, S. 2):

- **DRG-Splits:** Mit der neusten Version des Fallpauschalensystems («HRG4+») wurde insbesondere auf Fälle mit Komplikationen und Komorbiditäten fokussiert, für solche Fälle wurden neue HRGs geschaffen und es kommt zu einer Verbreiterung des DRG-Systems. Die

starke Zunahme der Anzahl HRGs seit der Nutzung des Systems als Vergütungssystem deutet auf eine hohe Anzahl durchgeführter Splits hin. Zu vermerken ist, dass in England neben Schweden und Australien seit Jahren HRGs statistischen Anforderungen genügen müssen, um robuste Kostenwerte schätzen zu können. Eine HRG muss mindestens 600 Fälle oder aber totale Kosten von mindestens 1.5 Mio. \$ aufweisen (Farrar, 2016; National Casemix Office, Health and Social Care Information Centre, 2013).

- **Ungebündelte DRG:** Neben diesen Verfeinerungen im System durch Splits werden seit HRG4 spezielle «ungebündelte» HRGs (unbundled HRGs) genutzt. Hierbei werden 8 Gruppen von besonders teuren, spezialisierten Behandlungskomponenten²² eigenen «DRG» zugeteilt. Die Einteilung erfolgt zusätzlich zur regulären Gruppierung, es findet also eine Mehrfachgruppierung statt (Fischer, 2008, S. 13; The Information Centre, Casemix Service, 2009). Die Entbündelung dieser Behandlungskomponenten hat drei Ziele, wovon primär der erste für den Kontext der Studie relevant ist:
 - **Performance der Fallgruppen verbessern:** Durch homogenere Kostenstrukturen (ökonomische Homogenität) (Busse et al., 2011a, S. 54; The Information Centre, Casemix Service, 2009, S. 3).
 - **Flexibilität des Systems erhöhen:** Insbesondere soll es einfacher möglich sein, durch die Entbündelung Behandlungskomponenten beispielsweise ambulant durchzuführen, da diese durch die Entbündelung nicht mehr an den restlichen Behandlungspfad gekoppelt sind (NHS, 2012; The Information Centre, Casemix Service, 2009, S. 3).
 - **Wahlfreiheit der Patienten erhöhen:** Durch die Entbündelung soll es einfacher sein, Leistungskomponenten auch an anderer Stelle durchzuführen (The Information Centre, Casemix Service, 2009).

Bei Einführung von HRG4 existierten 160 ungebündelte HRG unterteilt in die 8 Kategorien. Die bereits beschriebenen statistischen Anforderungen gelten auch für die ungebündelten HRGs (National Casemix Office, Health and Social Care Information Centre, 2013). Wir gehen nachfolgend in einer Vertiefung auf die ungebündelten HRG ein. Ein Vergleich von Zusatzentgelten unter SwissDRG (vgl. beispielsweise Katalog 2016 (Swiss DRG AG, 2015)) mit den ungebündelten HRG zeigt, dass es sich bei ungebündelten DRG um Zusatzentgelte handelt, welche über eine eigene «DRG» abgewickelt werden.

- **LOS-Zuschläge:** Es existieren wie fast in allen Systemen Langliegerzuschläge (Interquartilmethode). Dazu werden in einem ersten Schritt die Zusatzkosten pro «Langliegertag» berechnet. Zum 75%-Quartil der Liegedauer der jeweiligen HRG wird der eineinhalbfache Interquartilsabstand (IQR) addiert, um eine Untergrenze für Langlieger zu erhalten. HRG-spezifische Tageszuschläge werden auf Basis dieser berechneten Kosten vergütet (Grašić et al., 2015, S. 5, 7).

Zusammengefasst kann also festgehalten werden, dass in England über verschiedene Massnahmen versucht wird, Hochkostenfällen Rechnung zu tragen und dass diese Fälle die Entwicklung des Fallpauschalensystems durchaus geprägt haben. Neben DRG-Splits und LOS-Zuschlägen finden wir mit den ungebündelten HRG in England auch eine Massnahme, welche wir so nach unserem Wissensstand in keinem anderen Land vorfinden, welche aber Zusatzentgelten relativ nahekommen.

²² Radiologie, Intensivmedizin, Chemotherapie, diagnostische Bildgebung, hochteure Medikamente, Rehabilitation, spezialisierte Palliativmedizin und Nierendialysen für akutes Nierenversagen.

Fazit zu England

- England führt seit 2003 ein DRG-System als Vergütungssystem von akutstationären Spitalfällen, welches für alle Spitäler greift.
- Die Hauptmotivation des Systems liegt in Effizienz- und Performancevergleichen sowie der Idee eines national einheitlichen Fallpauschalensystems.
- Es existieren unterschiedliche Massnahmen, welche den Ressourcenbedarf von Hochkostenfällen berücksichtigen sollen. Dazu zählen neben Langliegerzuschlägen und DRG-Splits auch sogenannte «ungebündelte HRGs», welche eine Mehrfachgruppierung von besonders teuren Behandlungskomponenten erlauben.

Vertiefung: Klassifikationssystematik seit HRG4+

Dieser Abschnitt soll in aller Kürze die Klassifizierungslogik des englischen HRG-Systems aufzeigen. Seit HRG4+ wird bei der Gruppierung der Patientenfälle in einem mehrstufigen Verfahren besonders darauf Wert gelegt, Hochkostenfälle korrekt abzubilden (Grašič et al., 2015, S. 4):

Entbündelung

Der erste Schritt dazu umfasst das Separieren von besonders teuren Behandlungskomponenten in die bereits angesprochenen «ungebündelten» HRG.

Diese Komponenten werden danach beim restlichen Gruppierungsprozess nicht mehr berücksichtigt zumal ihre Kosten bereits über die ungebündelten HRG vergütet werden, unabhängig von der Hauptprozedur. Die hier separierten Komponenten decken sich mit den in anderen Ländern als «problematisch» (im Sinne von kostspielig) identifizierten Behandlungen (vgl. beispielsweise Australien in Abschnitt 9.2.1). Die Separierung in ungebündelte HRG betrifft Behandlungen aus der Radiologie, Dialysen für akutes Nierenversagen, Chemotherapie, Röntgenprozeduren, Palliativmedizin und teure Medikamente.

Die Zuteilung zu ungebündelten HRG erfolgt rein eventbasiert, also beim Eintreten von vordefinierten Merkmalen, welche je nach Kategorie der ungebündelten HRG anders ausfallen. Beispiele dazu sind (The Information Centre, Casemix Service, 2009, S. 6):

- Zuteilung zu je einer intensivmedizinischen, ungebündelten HRG ab mindestens einem Tag Aufenthalt in der Intensivmedizin.
- Zuteilung zu je einer ungebündelten Dialyse-HRG pro Dialyse-Behandlung.
- Zuteilung zu je einer ungebündelten radiotherapeutischen Behandlung-HRG pro durchgeführter radiologischer Behandlung.
- Zuteilung zu je einer ungebündelten radiotherapeutischen Planungs-HRG pro geplanter radiotherapeutischer Behandlung.
- Zuteilung zu einer ungebündelten Hochkostenmedikamenten-HRG pro verschriebenem Medikament auf einer Liste.
- Zuteilung einer ungebündelten HRG für spezialisierte Palliativmedizin pro Behandlungstag.

Ungebündelten HRG entsprechen damit Zusatzentgelten, wir können keinen inhaltlichen Unterschied feststellen. Sowohl Zusatzentgelte wie auch ungebündelte HRG verfolgen die Logik, dass einzelne Behandlungskomponenten nicht über eine Fallpauschale, sondern über eine Einzelleistungsvergütung abgegolten werden.

Die nationale NHS hat eine Dokumentation zur Logik der ungebündelten HRGs veröffentlicht, welche wir in der an diesem Abschnitt angefügten Hinweisbox verlinkt haben. In dem entsprechenden Dokument finden sich auch die einzelnen ungebündelten HRGs aufgeführt, differenziert nach Kategorie (Radiologie, Chemotherapie etc.) sowie noch weitergehende Informationen.

- **Multiple-Trauma HRG:** Der zweite Gruppierungsschritt ordnet Behandlungen mit multiplem Trauma direkt speziellen «multiplen Trauma HRGs» zu, wobei mindestens zwei spezifische Körperregionen betroffen sein müssen.
- **Hauptzuordnung:** Der dritte Schritt betrifft die eigentliche Hauptzuordnung zu einer HRG auf Basis der Hauptprozedur. Hier werden zuerst die Prozeduren hierarchisch geordnet auf Basis von Kostendaten und klinischen Indikatoren. Liegt keine Prozeduren mit einem «Hierarchiewert» über 5 vor, so erfolgt die Gruppierung auf Basis der Hauptdiagnose.
- **DRG-Splits:** In einem letzten Teilschritt wird die finale Zuordnung (wie auch in der Schweiz) aufgrund von Indikatoren wie Alter, Geschlecht, LOS und CC-Wert²³ vorgenommen. Insbesondere kommt es hier zu den bereits angesprochenen CC-Splits.

Resultat des Prozesses

Eine HRG besteht schlussendlich aus einer Kombination von 5 Buchstaben und Zahlen. Kompakt zusammengefasst, lässt sich die Struktur wie folgt beschreiben:

- Die ersten beiden Buchstaben nehmen eine Hauptzuordnung vor, wie auch in anderen DRG-Systemen üblich. Es erfolgt eine Zuteilung zu einem von 21 medizinischen Gebieten (beispielsweise X für «Critical Care and High Cost Drugs») durch den ersten Buchstaben, präzisiert durch den zweiten Buchstaben.
- Die Zahlen an dritter und vierter Stelle bestimmen den Rang innerhalb der Hauptzuordnung: Je höher die Zahl, desto höher der erwartete Ressourcenbedarf. Auch dies ähnelt der Logik des Systems in der Schweiz (bzw. der Logik von AR-DR) innerhalb einer Basis-DRG.
- Der letzte Buchstabe (A, B, C oder Z) bezieht sich schlussendlich auf den HRG-Split. «A» signalisiert typischerweise den höchsten Ressourcenbedarf und Z signalisiert, dass für diese HRG keine Splits existieren.

Weitere Informationen zu den ungebündelten HRG in England:

[http://www.hscic.gov.uk/media/1755/Guide-to-Unbundling-Feb-2009-update/pdf/Guide_to_Unbundling_\(Feb_2009_update\).pdf](http://www.hscic.gov.uk/media/1755/Guide-to-Unbundling-Feb-2009-update/pdf/Guide_to_Unbundling_(Feb_2009_update).pdf)

²³ Im englischen System berechnet sich der CC-Wert als Summe über alle eine Score, welche jeder Komorbidität zugeordnet wird.

9.2.4 Estland

a) Grundsystem

Estland führt seit 2004 ein DRG-basiertes Finanzierungssystem in Spitälern basierend auf NordDRG analog zu Schweden, Finnland und Norwegen (NordCase (nordic casemix centre), 2016). Bis 2004 erfolgten Vergütungen ausschliesslich auf Basis von Einzelleistungsvergütungen. Der Anteil der DRG-Zahlungen an den Vergütungen wurde seither stetig von 10 auf 70% (Stand 2009) erhöht. Es bleibt jedoch unklar, ob die estnische Spitalfinanzierung Stand 2016 vollständig auf DRG basiert.

Im Gegensatz zu anderen nordischen Ländern war die Einführung des Systems in Estland von Anfang an auf die Finanzierung von Spitalleistungen ausgerichtet (Busse et al., 2011a, S. 306f.) Bereits bei der Einführung 2004 wurden Hochkostenfälle anhand einer parametrischen Methode auf Kostendaten identifiziert, und vom Fallpauschalensystem und von der Preiskalkulation der DRG ausgeschlossen (Department of Health Economics, 2009, S. 11f.).

Dieser Ausschluss von Outliern zur Berechnung der Fallpauschalen hielt sich mindestens bis 2011 (aktuellster Stand unserer Quellen). 2009 schrieb dazu der zuständige estnische Gesundheitsfonds, dass schlicht keine bessere Methode zur Verfügung stehe, als Hochkostenfälle nicht in die Tarifberechnung einfließen zu lassen (Department of Health Economics, 2009, S. 11).

b) Motivation und Ziele des Systems

Das Fallpauschalensystem verfolgt zwei Hauptziele, welche jenen der Schweiz sehr stark ähneln:

- Erzielen von (signifikanten) Effizienzsteigerungen. Nach der russischen Wirtschaftskrise und stetigen Kostenerhöhungen durch das System der Einzelleistungsvergütung bis 1999 und teilweise darüber hinaus unter der Restriktion von sehr begrenzten finanziellen Mitteln ist der Druck zu Effizienzsteigerungen immer grösser geworden. Es werden diesbezüglich grosse Hoffnungen an das DRG-System gesetzt (Department of Health Economics, 2009, S. 3)
- Steigerung der Transparenz (Department of Health Economics, 2009, S. 3).

Aufgrund dieser Ziele und der dahinterstehenden Motivation sowie der Publikationen des gesundheitsökonomischen Instituts 2009 schätzen wir, dass die Spitäler in Estland finanzielles Risiko tragen, obwohl wir dies nicht verifizieren konnten.

c) Massnahmen bezüglich Hochkostenfällen

In Estland werden auch Stand 2009 Hochkostenfälle identifiziert. Hierbei handelt es sich um zwei unterschiedliche Kategorien von Patienten:

- Patientenfälle, welche eine Kostenschwelle überschreiten (wie bei der Einführung des Systems, Identifikation auf Basis eines parametrischen Verfahrens).
- Patientenfälle, welche «gewisse» Charakteristiken erfüllen. Einerseits gewisse Typen von Behandlungen (Psychiatrie, Rehabilitation, Tuberkulose, Pflege) und andererseits gewisse Diagnosen (Chemotherapien und «healthy person accompanying sick person»).

Erfüllt ein Fall einer der obenstehenden Bedingungen, so wird dieser Fall zu 100% mit Fee-For-Service-Zahlungen abgegolten, wie vor der Einführung des Fallpauschalensystems (Separatzahlung, keine Zusatzzahlung). Zusätzlich gilt in Estland die Regelung, dass für Patienten, welche von kleinen Spitälern an grössere Spitäler überwiesen wurden, das kleine Spital mit Einzelleis-

tungsvergütung und das grosse über DRG vergütet wird. Begründet wird dies damit, dass typischerweise komplexere Fälle weiterverwiesen würden und somit die kleinen Spitäler unter DRG übervergütet würde.

Auch über die Verfeinerung des Fallpauschalensystems wird versucht, Hochkostenfällen Rechnung zu tragen. Die Gruppierungssystematik erfolgt in Estland ähnlich wie in der Schweiz, weshalb an dieser Stelle nicht darauf eingegangen wird (Busse et al., 2011a, S. 301ff.; Department of Health Economics, 2009). Estland nutzt einen landesweit einheitlichen Basispreis (Busse et al., 2011a, S. 78).

Fazit zu Estland

- Estland führt seit 2004 ein Fallpauschalensystem, welches starken Fokus auf Effizienzsteigerung und Transparenz legt, ähnlich den Zielen der Schweiz.
- Kostenausreisser sind seit Einführung des Systems ein Thema und werden – im Gegensatz zur Schweiz und anderen Ländern – effektiv auf Kostendaten bestimmt.
- Beim Vorliegen von Fällen mit ausserordentlich hohem Ressourcenbedarf (statistisch definiert) werden diese Fälle vollständig von der Fallpauschalenvergütung ausgeschlossen und mittels Einzelleistungsvergütung finanziert. Zusätzliche Massnahmen umfassen DRG-Splits und spezielle Regelungen bei Überweisung von Patienten von kleinen in grössere Spitäler.

9.2.5 Finnland

a) Grundsystem (konzeptionell)

Finnland führt seit den 1990er Jahren ein DRG-System (NordDRG). Das finnische System wurde zumindest zu Beginn eher als betriebswirtschaftliches Führungsinstrument genutzt und nicht als Finanzierungsinstrument. DRG werden besonders dafür verwendet, eine Einschätzung des Ressourcenbedarfs eines Spitals zu erzielen (Casemix) und daraus den Bedarf an Globalbudgets pro Spital abzuleiten (Busse et al., 2011a, S. 28f.). 2001 starteten Pilotversuche mit DRG als Fallpauschalenvergütung in einzelnen Spitälern. Stand 2011 nutzen 13 von 21 finnischen Distrikten DRG als Finanzierungsinstrument, wobei der Grad der Bedeutung der Fallpauschalen erheblicher Heterogenität unterliegt. Jeder der 21 Distrikte kann die Vergütungsmethode selbst bestimmen und andere Finanzierungskomponenten als Fallpauschalen auf Basis von DRG sind üblich (Busse et al., 2011a, S. 81, 293). Die Berechnung der Kostengewichte basiert auf eigenen Kostendaten und die Gewichte/Preise der DRG variieren ebenfalls regional zumal die Distrikte hier viele Freiheiten haben (Busse et al., 2011a, S. 65, 79).

Nach Angaben der OECD tragen die Spitäler finanzielles Risiko (OECD, 2014).

b) Motivation und Ziele des Systems

Primär Aktivitätsmessung zur Beurteilung des Casemix eines Spitals, Schaffung von Transparenz und Zuteilung eines «adäquaten» Globalbudgets (Busse et al., 2011a, S. 9, 12, 28). Zudem vermehrt auch Effizienz- und Performancevergleiche ermöglichen (Busse et al., 2011a, S. 151; Quentin, 2014).

c) Massnahmen bezüglich Hochkostenfällen

Finnland identifiziert Ausreisser über eine Kostenobergrenze, welche nach einer perimetrischen Methode für jede DRG greift. Die Kostenausreisser machen 2011 5% aller dokumentierten Fälle

aus. Bei Überschreitung der Kostenschwelle werden die zusätzlichen Kosten mittels Einzelleistungsvergütung finanziert (Busse et al., 2011a, S. 87). Hierbei handelt es sich um Zusatzzahlungen auf die DRG-Vergütung (Busse et al., 2011a, S. 139f.). Zudem existiert die Möglichkeit einer Mehrfachgruppierung für den Fall, dass der Patient in mehr als eine Spitalabteilung behandelt wurde (Busse et al., 2011a, S. 87f.). Zu guter Letzt existieren auch spitalspezifische Basispreise, welche explizit so berechnet werden, dass die erwartete Spitalaktivität finanziert werden kann (Busse et al., 2011a, S. 78f.).

Fazit zu Finnland

- Finnland nutzt seit 2001 in einigen Distrikten und Spitälern DRG als Fallpauschalenvergütungsinstrument. Das primäre Ziel liegt zwar weiterhin auf der Aktivitätsbemessung und der damit verbundenen Budgetzuteilung, verstärkt jedoch auch auf Effizienz- und Performancevergleichen.
- Das finnische System unterliegt massiver regionaler Heterogenität, eine Gesamtbeurteilung der Bedeutung des DRG-Systems ist nicht möglich. Die finnischen Spitäler tragen finanzielles Risiko.
- Diverse Massnahmen wurden in Hinblick auf eine optimale Abbildung des Ressourcenverbrauchs getroffen, darunter spitalspezifische Basispreise, Einzelleistungsvergütung ab Überschreitung einer Kostenschwelle und die Möglichkeit von Mehrfachgruppierungen.

9.2.6 Frankreich

a) Grundsystem

In Frankreich existiert ein nationales Fallpauschalensystem seit 2004/ 2005. Quentin (2014) beschreibt, dass DRG bereits seit 1991 in begrenztem Umfang als Budgetallokationsinstrument genutzt wurden. Die Einführung als Vergütungsinstrument war für den öffentlichen Sektor 2008 abgeschlossen, für private Spitäler bereits 2005. Das Vergütungssystem trägt den Namen «Tarification à l'activité», oder kurz «T2A» (Or, 2014; Or & Bellanger, 2011, S. 225). Der T2A greift heute für alle Spitäler und Patientenfälle mit Ausnahme von den auch in der Schweiz anders vergüteten Fällen in der Psychiatrie, Rehabilitation und Langzeitpflege (Or & Bellanger, 2011, S. 225).

Der T2A basiert auf zwei fundamentalen Konzepten:

- Homogenen Patientengruppen («groupes homogènes de malades», GHM) und
- homogenen Gruppen von Aufenthaltsdauern («groupes homogènes de séjours», GHS).

Im Grundsatz ist jeder GHM exakt eine GHS zugeordnet (einige Ausnahmen existieren). Jeder medizinische Aufenthalt (séjour) wird dabei exakt einer GHM zugeordnet. Im Grundsatz klassifizieren die GHM über einen sechsstelligen Code den Patientenfall, die GHS bestimmen die Vergütungshöhe. Dabei werden letztere von der nationalen Krankenkasse («Assurance Maladie») jährlich festgelegt (Ministère des Affaires sociales et de la Santé, 2010). Zumindest konzeptuell werden damit die Zahlungen eher für die Liegedauer festgelegt als für die zugrundeliegenden medizinischen Leistungen.

Das französische System muss zusätzlich zwei Eigenheiten Rechnung tragen (Or, 2014, S. 147; Or & Bellanger, 2011, S. 234ff.):

- Die Kostenbasis, auf welche die DRG-Preise berechnet werden, ist für private und öffentliche Spitäler unterschiedlich. Die Tarife unterscheiden sich ebenfalls für die unterschiedlichen Anbieter und decken unterschiedliche Kosten. Während für öffentliche Spitäler alle Kosten über das System gedeckt werden, sind für private Spitäler Honorarzahungen für Ärzte und vereinzelte Leistungen vom System der Fallpauschalenvergütung ausgenommen.
- Die Preise werden zwar auf Kostenbasis «vorkalkuliert», aber vom Gesundheitsministerium schlussendlich revidiert da ein Globalbudget eingehalten werden muss. Dies resultiert in einer sehr komplexen Berechnung der finalen DRG-Preise. Es handelt sich also um eine Art «gedeckeltes» Fallpauschalensystem, bei dem die Verbindung von Kosten zu Preisen zudem nicht zwingend gegeben ist.

2012 wurde entschieden das Vergütungssystem zu modifizieren, um unerwartete negative Effekte des Systems zu beheben. Seit der Einführung 2005 wurde das Fallpauschalensystem damit bereits dreimal reformiert. Die Reformen sind in Or (2014) und Or und Bellanger (2011) umschrieben. Es lassen sich folgende Kernpunkte der Reform festhalten:

1. Die Preise sollen in Zukunft vermehrt die effektiven Kosten (der effizienten Anbieter) widerspiegeln.
2. Ergänzung der Vergütung um Qualitätsindikatoren der Anbieter.
3. Anpassungen im Fallpauschalensystem, um eine Überversorgung zu verhindern (Abstufungen in der Vergütung, sobald ein Ziel-Aktivitätslevel erreicht wurde).
4. Bessere Vergütung von chronisch kranken Patienten. Pilotprojekte dazu starteten 2014. Or schreibt hierzu, dass die Idee sei, für solche Patienten vermehrt eher ein Globalbudget zu sprechen als bei jeder Neueinweisung eine neue Vergütung auszulösen.
5. Geplante Harmonisierung der Kosten und Tariffberechnung zwischen privaten und öffentlichen Spitälern.

Inwiefern die Massnahmen erfolgreich implementiert werden konnten, können wir anhand der publizierten Literatur zu wenig präzise beurteilen. Klar ist allerdings, dass Stand 2014 kein Fokus auf Hochkostenfälle (abgesehen vom besseren Einbezug von chronisch kranken Patienten) gelegt wird. Dies hat teilweise wohl auch damit zu tun, dass in Frankreich die DRG-Preise nicht die Kosten reflektieren. Es ist vor dem Hintergrund der avisierten Reformen denkbar (aber auch spekulativ), dass Hochkostenfälle in Zukunft eher stärker thematisiert werden.

b) Motivation und Ziele des Systems

Ursprünglich wurde mit dem System der Fallpauschalenvergütung das Ziel einer Aktivitätsmessung der Spitäler verfolgt, der Fokus des Systems heute liegt hingegen bei der Vergütung der medizinischen Leistungen (Busse et al., 2011a, S. 10). Die Spitäler werden Anreize zur effizienten Leistungserbringung und zur Aktivitätssteigerung gesetzt (Or & Bellanger, 2011, S. 238)

c) Massnahmen bezüglich Hochkostenfällen

Folgende Massnahmen, welche den allfällig hoher Ressourcenbedarf von Patientenfällen berücksichtigen sollen, haben wir für Frankreich dokumentiert:

- Sobald die Liegedauer eines Patienten eine obere Grenze («borne haute») überschreitet, wird ein Zuschlag auf die Vergütung fällig. Durch die Zuschläge auf Basis der Liegedauer wird auch in Frankreich versucht besonders ressourcenintensiven Fällen besser Rechnung zu tragen (Busse et al., 2011a, S. 163).

- DRG-Splits: Die letzte Ziffer des sechsstelligen Codes eines GHM bezieht sich auf den Schweregrad eines Falles. Während bei Einführung des Systems noch 600 DRG existierten, waren es 2009 bereits deren 2297, welche auf 606 Basis-DRG basieren, wobei sich die meisten dieser 606 DRG in 4 Schweregrade splitten (DRG-Splits) (Or, 2014; Or & Bellanger, 2011, S. 225). Auch wenn das französische System nicht auf AR-DRG basiert, lässt sich mit den Grundkenntnissen aus Kapitel 3.5 auch die Logik des französischen Klassifikationssystems gut nachvollziehen. Mit den über 2'000 DRG ist Frankreich ein «Extremfall» was die Anzahl DRG im System betrifft, die Mehrheit der von uns recherchierten Länder bewegt sich im Bereich von 500 – 1000 DRG. Im französischen System lässt sich also eine sehr stark ausgeprägte «Verbreiterung» des Systems feststellen. Aus statistischer Sicht nachvollziehbarerweise, geriet dieses System immer mehr unter Kritik, nicht zuletzt da einige DRG nur noch wenige Fälle pro Spital betrafen (Or, 2014, S. 147).
- Zusatzentgelte für gewisse Leistungen wie Hämodialysen oder Strahlungstherapien sowie für gewisse medizinische Produkte und Medikamente vorgenommen (Or, 2014, S. 147).

Die Reformen 2012 deuten darauf hin, dass zuerst bestehende Komplikationen im System gelöst werden müssen, bevor auf Probleme mit Hochkostenfällen eingegangen werden kann.

Fazit zu Frankreich

- Frankreich führt seit 2005 ein Fallpauschalensystem, das für alle Spitäler und akutstationären Fälle (ohne Psychiatrie, Rehabilitation und Langzeitpflege) greift. Das System wurde bereits mehrmals fundamental überarbeitet und auch 2012 standen grosse Reformen an.
- Das System zeichnet sich durch eine Mehrzahl von Eigenheiten aus. Insbesondere liegt den Preisen kein Kostenbezug zu Grunde (inwiefern sich dies mit der neusten Reform geändert hat können wir nicht beurteilen).
- In Hinblick auf Hochkostenfälle existieren die 3 «klassischen» Massnahmen: DRG-Splits, LOS-Zuschläge und Zusatzentgelte.

Informationen zum französischen Fallpauschalensystem

Einige Beispiele für das Zusammenspiel von GHS und GHM sind über die Homepage des Beirats des T2A ersichtlich:

- <http://www.t2a-conseil.com/blog/tarifs-ghs-2016-ex-oqn-toutes-les-evolutions/>

Literatur zum französischen System ist schwer öffentlich zugänglich, wäre aber verfügbar:

- <http://www.cairn.info/management-hospitalier--9782100724291-page-569.htm>
- http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=PUF_KERVA_2015_01_0081

Die Fallpauschalen, sowohl für GHS als auch GHM, sind über die «agence technique de l'information sur l'hospitalisation (atih)» zugänglich, aber ohne fundiertes Verständnis schwer nachzuvollziehen:

- <http://www.atih.sante.fr/tarifs-mco-et-had>

Auch in Or (2014) finden sich zahlreiche Quellen, welche zusätzlich genutzt werden könnten.

9.2.7 Irland

a) Grundsystem

Irland führt seit 1993 ein DRG-System, das aber erst seit 2014 als Vergütungssystem für alle Spitäler eingesetzt wird und noch als solches im Aufbau ist (vgl. b). Vor 2014 erfolgt die Vergütung durch Globalbudgets. Diese waren «historisch gewachsen» und wurden nur partiell auf Basis des Casemix (mit Hilfe des DRG-Systems) angepasst (Health Service Executive, 2015, S. 2).

Das neu implementierte Fallpauschalensystem läuft unter dem Namen «Money Follows the Patient» oder kurz MFTP und ist bis und mit 2017 im Aufbau. Beim neuen System handelt es sich um ein Fallpauschalensystem mit Deckelung, bei welchem von den Behörden mit den Spitälern Aktivitätsziele verhandelt werden. Bei Überschreitung dieser Aktivitätsziele wird keine zusätzliche Vergütung gewährt (Health Service Executive, 2015, S. i ff., 2). Dadurch nimmt das System auch eine Funktion als Planungstool ein und die Spitäler tragen finanzielles Risiko. Dies deckt sich mit den Einschätzungen der OECD (OECD, 2014). In den nächsten Jahren wird das System zuerst für akutstationäre Spitalfälle greifen, in der längeren Frist ist die Einbindung des ambulanten Sektors und weiterer Sektoren geplant (Health Service Executive, 2015, S. ii).

Das System basiert auf dem australischen AR-DRG 6.0 und ist entsprechend ähnlich jenem der Schweiz ausgestaltet (inklusive hierarchischer Gliederung in MDC, ADRG («Basis-DRG») mit ähnlichen Diagnose-Behandlung-Kombinationen und DRG-Splits). Eine DRG besteht aus einer Kombination aus 4 Buchstaben und Ziffern (Bane, 2015, S. 2ff.).

b) Motivation und Ziele des Systems

Das System verfolgt folgende Ziele (Bane, 2015, S. 1; Health Service Executive, 2015, S. i ff.):

- **Fairness** erhöhen: Durch das DRG-System soll Qualität der Leistungen besser honoriert werden
- Steigerung der **Effizienz** inklusive explizitem Benchmarking (Effizienzvergleichen zwischen Spitälern)
- Mehr **Transparenz**
- Mehr **Gerechtigkeit**, indem jeder Patient versichert und über das gleiche System finanziert wird

Nach Geissler bestand die primäre Funktion des Systems bei Einführung und auch noch 2010 mehr in der Budgetallokation als in der Vergütung (Geissler u. a. 2012). Seit 1.1.2014 hat sich allerdings auch Irland klar hin zu einer primären Vergütungsfunktion auf DRG-Basis bewegt, weg von Globalbudgets. In offiziellen Publikation des irischen Healthcare Pricing Offices (HPO)²⁴ (Bane, 2015, S. 13) und des Health Service Executives (Health Service Executive 2015, 1) finden wir klar den Vermerk, dass das DRG-System zur Fallpauschalenvergütung genutzt wird mit einem starken Fokus auf Effizienzsteigerungen. Dadurch wird vor allem die Anreizfunktion und die Vergütungsfunktion des Systems in den Fokus gestellt, um obige Ziele zu erreichen.

c) Massnahmen bezüglich Hochkostenfällen

Folgende Massnahmen dienen dazu den Ressourcenbedarf von Hochkostenfällen besser zu berücksichtigen:

²⁴ Das HPO wurde im Hinblick auf den Systemwandel am 1.1.2014 als Tariforganisation gegründet (Health Service Executive, 2015, S. 3).

- Entsprechend der Logik von AR-DRG kommt es auch in Irland zu DRG-Split nach PCCL-Systematik (vgl. Kapitel 9.2.1). Es existieren 698 DRG basierend auf 399 ADRG (vgl. Abschnitt 9.2.1).
- Daneben existieren auch in Irland die LOS-Thresholds (parametrische Methode) und Langliegerzuschläge (Bane, 2015, S. 29ff.).
- Nach Busse et al. (2011a) nutzt Irland spitalspezifische Basispreise für verschiedenen Gruppen von Spitälern wie beispielsweise Lehrspitäler, pädiatrische Spitäler etc. (Busse et al., 2011a, S. 78f.). Nach unserer Einschätzung und der eingangs geschilderten Systemlogik in Anbetracht des starken Wandels können wir den Begriff «Basispreis» für Irland allerdings nicht nachvollziehen und uns ist nicht bekannt, dass unter dem seit 2014 geltenden System ähnliche Massnahmen bisher existieren.
- Busse et al. (2011a) berichten zudem, dass Separatzahlungen existieren würde. Uns ist jedoch nicht schlüssig, worum es sich bei diesen Zahlungen konkret handelt und ob diese Massnahmen heute noch genutzt werden.

Zusätzlich schreibt das HPO, dass neben Liegedauerausreissern explizit auch Kostenausreisser innerhalb der Inlier nach zweistufigem statistischem Verfahren (Interquartilsmethode und T-Test) identifiziert werden. Die so identifizierten Fälle werden aus den Daten entfernt bevor die Systemparameter wie Kostengewichte neu berechnet werden. Diese Neuberechnung erfolgt nach Anwendung der Liegedauerkorrektur. Es scheint allerdings, als dass diese Kostenausreisser einfach aus den Daten entfernt würden, um eine statistisch stabile Berechnung der Systemparameter (insbesondere der Kostengewichte für Inlier) zu ermöglichen, eine Risikoentschädigung für die Spitäler ist nicht aus den Publikationen ersichtlich (Bane, 2015, S. 33ff.).

Unsere Recherchen finden keinen Fokus auf Hochkostenfälle in der aktuellen Diskussion. Dies hat sicherlich auch damit zu tun, dass das System der Fallpauschalenvergütung so wie es seit 2014 lanciert wurde noch fundamental im Aufbau ist und noch Erfahrungen gesammelt werden müssen. Das irländische Gesundheitsdepartement spricht klar von einer fairen Vergütung mit dem neuen System und erwähnt sogar, dass systematisch begründete Unterschiede zwischen Spitälern existieren können. Inwiefern diese im Fallpauschalensystem abgebildet werden, sei derzeit Teil der Systemevaluation (Health Service Executive, 2015, S. 5, 13).

Fazit zu Irland

- Irland führt zwar bereits seit 1992 ein DRG-System zur Budgetallokation, nutzt dieses jedoch erst seit 1.1.2014 als explizites Vergütungsinstrument für akutstationäre Fälle.
- Die Motivation des Systems ab 1.1.2014 liegt in einer gerechteren Vergütung, einem starken Fokus auf Effizienzsteigerungen und Benchmarking sowie mehr Transparenz begründet.
- Zu den bisher vorhandenen Massnahmen im Hinblick auf Hochkostenfälle zählen die «klassischen» Massnahmen in Form von Liegedauerzuschlägen und DRG-Splits. Das Gesundheitsministerium wird zusätzliche Massnahmen nach der Einführungsphase des neuen Systems unter dem Blickwinkel einer fairen Vergütung der Spitäler prüfen.

Informationen zum irländischen System

- Der aktuelle Stand der Systementwicklung findet sich auf der offiziellen Seite des irländischen Gesundheitsdepartements: <http://health.gov.ie/future-health/structural-reform-2/money-follows-the-patient/>
- Die Details zum Fallpauschalensystem, inklusive ausführlichen jährlichen Berichten mit statistischen Analysen, finden sich über die zuständige Tariforganisation (Healthcare Pricing Office HPO): <http://www.hpo.ie/>
- Das HPO publiziert auch in einem Dokument die Art und Weise wie die Preise festgelegt werden: http://www.hpo.ie/seminar/pdf/Fiachra_Bane_Introduction_to_Price_Setting_Process_for_Admitted_Patients.pdf

9.2.8 Japan

a) Grundsystem

Japan führte sein Fallpauschalensystem (DPC-System) 2003 unter grossem Zeitdruck ein. Ein Resultat davon war die hohe Anzahl an Patientengruppen bereits bei Systemeinführung (vgl. Übersichtstabelle). Stand 2012 existieren in Japan 2'927 DPC (Ishii, 2012, S. 283). Für welche Spitäler das System bindend ist, wird von der nationalen Regierung entschieden. Bei der Mehrheit der partizipierenden Spitäler handelt es sich um grosse Anbieter (Partizipation erfordert Verpflichtung Daten zu liefern, wozu eher grosse Spitäler in der Lage sind). Da das System grundsätzlich freiwillig ist haben die grossen Spitäler folglich auch Mitspracherecht bei der Ausgestaltung des Systems (Annear & Huntington, 2015, S. 63).

Zudem zeichnet sich das japanische System gleich durch mehrere Eigenheiten aus, zwei davon seien nachfolgend aufgegriffen (Anderson & Ikegami, 2011, S. 2; Fischer, 2008, S. 16):

- Zahlungen erfolgen auf Tagesbasis (Tagespauschalen) und nicht auf Fallbasis. Dennoch sind die Preise prospektiv festgelegt. Die Tagespauschalen werden über ein kompliziertes mehrstufiges Verfahren nach LOS abgestuft. Die Stufen 1 – 3 bezeichnen die «normalen» Stufen, die vierte Stufe ist eine Outlier-Stufe. Die Übergänge zwischen sowie die Niveaus der Stufen sind DRG-spezifisch und werden alle zwei Jahre revidiert. Die Grenze der vierten Stufe errechnet sich nach einer parametrischen Methode aus der durchschnittlichen Liegedauer zuzüglich zweimal der Standardabweichung innerhalb der DPC. Überschreitet die LOS eines Falles die Outlier-Grenze, so werden die anfallenden Leistungen mittels ELV vergütet (Stand 2012) (Annear & Huntington, 2015, S. 69; Ishii, 2012).
- Das DRG-System ist nur für einen Teil der Vergütung der stationären Leistungen relevant. Ein grosser Teil der Vergütung wird wie vor Einführung des Systems über ELV-Zahlungen abgewickelt. Die Grenze zwischen Vergütung auf Basis von DRG-Tagespauschalen und ELV-Vergütung ist durch einen monetären Wert spezifiziert (\$85 Stand 2008). Zudem erfolgen auch Leistungen oberhalb der vierten Liegedauerstufe auf ELV-Basis wie oben beschrieben (Fischer, 2008). Durch diese Systemlogik werden grundsätzlich nur die eher «günstigen» Leistungen im System prospektiv vergütet, während teurere durch Einzelleistungsvergütung abgewickelt werden.

Wir können keine Evidenz dafür finden, dass sich das japanische System seit 2011/2012 fundamental verändert hätte, obwohl ein Bericht 2011 ausführliche Änderungsvorschläge zum System

vorlegt (Anderson & Ikegami, 2011). In einem kurzen Bericht des Health and Global Policy Institute (2015) finden sich weiterhin die oben bereits erläuterten Kernmerkmale des japanischen Systems. Ein Vergleich zum System der Schweiz scheint vor diesem Hintergrund der sehr unterschiedlichen Systeme äusserst schwierig.

b) Motivation und Ziele des Systems

Ziel des Systems ist es, Qualitätsverbesserungen zu erzielen und eine klinische Datenbank mit standardisierten Informationen zu erstellen (Annear & Huntington, 2015, S. 112).

c) Massnahmen bezüglich Hochkostenfällen

Folgende Massnahmen existieren im japanischen System:

- Zuschläge bei Überschreitung der obersten Liegedauerstufe (vgl. a); Anderson & Ikegami, 2011, S. 2; Fischer, 2008, S. 16).
- Anpassungsfaktoren zwischen den Spitälern (Anderson & Ikegami, 2011, S. 8):
 - 2010 wurde eine Reform lanciert, welche explizit Spitäler kompensieren soll, welche besonders schwere Fälle behandeln und High-Tech-Behandlungen durchführen.
 - Für einen höheren Komplexitätsgrad wird durch einen Koeffizienten in der Vergütungsformel kompensiert, welcher vom Casemix des Spitals abhängt.
 - Spitäler mit einem breiten Leistungsangebot (viele DRG) erhalten ebenfalls Zuschläge.

Anderson und Ikegami halten fest, dass das japanische System, so wie 2011 konzipiert, für Kostenausreisser Massnahmen implementiert hätten. Zugleich sagen sie allerdings, dass im Falle eines Systemwechsels hin zu Fallpauschalen eine konkretere Kostenausreisserstrategie verfolgt werden müsse (Anderson & Ikegami, 2011, S. 11).

Fazit zu Japan

- Japan führt seit 2003 ein eigenentwickeltes Fallpauschalensystem auf Tagespauschalenbasis, welches stark mit der parallel existierenden Einzelleistungsvergütung verankert ist.
- Primäres Ziel des Systems waren Qualitätsverbesserungen und das Erstellen einer einheitlichen Datenbank für standardisierte klinische Informationen.
- Beim Überschreiten einer oberen Liegedauer findet die Vergütung auf Einzelleistungsbasis statt. Zudem existieren Anpassungsfaktoren zwischen Leistungsanbietern, welche insbesondere für den Casemix und für ein breiteres Leistungsangebot eine höhere Vergütung erwirken.

9.2.9 Neuseeland

a) Grundsystem

In Neuseeland wird anhand einer populationsbasierten Vergütungsformel das Budget auf regionale Gesundheitsbehörden zugeteilt (DHBs, district health boards). Neuseeland hat sein DRG-System – wie Deutschland und indirekt auch die Schweiz – von Australien (AR DRG V6) übernommen. Eingeführt wurde das System 2001 und ist nur für öffentliche Spitäler (für stationäre Patientenfälle) bindend (Annear & Huntington, 2015, S. 61ff.; Rains & Thompson, 2015, S. 21f.).

Das Vergütungssystem läuft parallel mit Einzelleistungsvergütung und Globalbudget. Total 20 regionale Gesundheitsbehörden bestimmen zusammen mit dem nationalen Gesundheitsministerium, welche Leistungen über Fallpauschalen vergütet werden. Das Globalbudget wird zwischen Spitälern und den 20 regionalen Behörden verhandelt (Annear & Huntington, 2015, S. 61ff.).

Aus den Publikationen der Tarifbehörde («The NCCP Casemix – Cost Weight Project Group») können die aktuellen und zukünftig geplante Revisionen nachvollzogen werden sowie das aktuelle Fallpauschalensystem und die Berechnung der Kostengewichte untersucht werden. Entsprechende Links sind am Ende dieses Unterkapitels eingefügt.

b) Motivation und Ziele des Systems

Ziele des Systems sind es, das Finanzierungssysteme zu verbessern, mehr Gerechtigkeit, mehr Transparenz und eine bessere Ressourcenallokation zu erzielen (Annear & Huntington, 2015, S. 112).

c) Massnahmen bezüglich Hochkostenfällen

«Ausreisser» im neuseeländischen System werden ausschliesslich über die Liegedauer mit entsprechenden Obergrenzen (High-Outlier) und Untergrenzen (Low-Outlier) definiert. Eine Definition auf Kostenbasis ist uns nicht bekannt.

Es existieren Anpassungen in der Vergütung für Spitaltypen, bei Überschreitung einer oberen Liegedauergrenze (L3He-Methode) und für gewisse Regionen (Annear & Huntington, 2015, S. 70; Rains & Thompson, 2015, S. 23). Zudem existieren Zusatzentgelte (sog. «co-payment weights») (Rains & Thompson, 2015, S. 24). Aus den aktuellen Publikationen der Tarifbehörde können wir zudem entnehmen, dass in den vergangenen Perioden Zusatzzahlungen stetig ausgebaut wurden, auch wird in den Dokumenten kein Fokus auf Hochkostenfälle in der Zukunft ersichtlich (The NCCP Casemix – Cost Weight Project Group, 2016)

Fazit zu Neuseeland

- Neuseeland führt seit 2001 ein PPS, welches von Australien adaptiert wurde. Das System greift allerdings nur für öffentliche Spitäler und neben der Fallpauschalenvergütung existieren Einzelleistungsvergütung und Globalbudgets.
- Der Fokus des Systems liegt darauf, das Finanzierungssystem vor allem in Hinblick auf distributionelle Gerechtigkeit zu verbessern und mehr Transparenz zu schaffen sowie die Ressourcen besser bündeln und verteilen zu können.
- Im System existieren Kostengewichtszuschläge für Fälle, welche die Liegedauer überschreiten, sowie Zusatzentgelte. DRG-Splits sind dem AR-DRG-System inhärent, weshalb sie auch in Neuseeland angewandt werden.

Publikationen der neuseeländischen Tarifbehörde

- Aktuelle und vergangenen Versionen des Fallpauschalensystems mit umfassenden Erläuterungen:
<http://www.health.govt.nz/nz-health-statistics/data-references/weighted-inlier-equivalent-separations>

9.2.10 Die Niederlande

a) Grundsystem

Die Niederlande führt seit 1.1.2005 ein PPS. Das niederländische DOT-System (früher DBC-System) unterscheidet sich jedoch von einem «klassischen» PPS in mindestens einem entscheidenden Punkt: Eine DBC klassifiziert nicht eine stationäre Einweisung, sondern eine Diagnose-Behandlungskombination vom ersten Arztkontakt bis zum Abschluss der Behandlung, inklusive Rehabilitation und zwar unabhängig davon, ob die Behandlung stationär oder ambulant erfolgt. Es existiert keine «Hauptdiagnose» wie in anderen DRG-System üblich (Busse et al., 2011a, S. 26, 49, 53; Fischer, 2008, S. 28). Ein Patientenfall kann daher auch gleichzeitig mehreren DOTs zugeteilt sein (Mehrfachgruppierung), wenn mehrere Diagnosen eine Behandlung erfordern (Spijkerman, 2015, S. 18).

Beim niederländischen System handelt es sich um eine Eigenentwicklung, bei dem die «Kostengewichte» keine eigentlichen Gewichte, sondern direkt monetäre Werte sind und folglich auch kein Basispreis existiert (Busse et al., 2011a, S. 25, 78). Aufgrund der Möglichkeit zur Mehrfachgruppierung unterscheidet sich das Modell der Niederlande fundamental von SwissDRG und anderen DRG-Systemen und es gleicht eher einem Einzelleistungsvergütungssystem ähnlich dem TARMED in der Schweiz. Dies zeigt sich nicht zu Letzt auch in der Anzahl DRG: 2005 (also bei Einführung des Systems) existierten insgesamt 100'000 DBC, womit die Niederlande klar als Ausreisser in den Fallpauschalensystemen dastand (Busse, Geissler und Quentin 2011, 54). Diese Zahl wurde jedoch 2012 drastisch auf «lediglich» noch 4'400 DBC reduziert (Wammes et al., 2016). Diese Reduktion in der Anzahl DBC steht unter der Reform von DBC zu DOT im Jahr 2012 (DOT heisst so viel wie «DBC auf dem Weg zu Transparenz») (Feldmann & Mijnen, 2014, S. 18).

b) Motivation und Ziele des Systems

Das System wurde mit der Motivation eingeführt, Verhandlungen zwischen Versicherern und Leistungsanbietern zu vereinfachen, in dem die Leistungsprodukte (DBS/ DOT) vordefiniert werden und lediglich noch Preisverhandlungen erfolgen müssen (vgl. nachfolgend). Zudem lag ein Fokus auf Etablierung eines intensivierten Wettbewerbs zwischen den Anbietern (Spijkerman, 2015, S. 17). Seit Einführung des Systems haben Effizienzvergleiche entsprechend an Bedeutung gewonnen. (Busse et al., 2011a, S. 428).

c) Massnahmen bezüglich Hochkostenfällen

Wir finden keine Evidenz für eine aktuelle intensive geführte Diskussion rund um Hochkostenfälle im niederländischen System.

Aufgrund der hohen Zahl an DBCs bzw. DOTs existieren auch keine Splits wie wir sie in anderen Ländern beobachten (Busse et al., 2011b, S. 40,51). Ebenfalls ist uns bekannt, dass in den Niederlanden nur ein Teil der DRG national einen Preis festgelegt bekommen. Die deutliche Mehrheit der DOT-Preise entsteht in Verhandlungen zwischen Anbieter und Versicherern ohne Einwirkung der nationalen Behörde (Busse et al., 2011a, S. 79; Tan, 2016). Entsprechend sind Massnahmen von Seiten des Fallpauschalensystems eher dezentral geregelt. Zu guter Letzt sind gewisse besonders teure Medikamente von der Fallpauschalenvergütung ausgenommen und Zusatzzahlungen existieren seit 2011 (Busse et al., 2011a, S. 140).

Fazit zu den Niederlanden

- Beim niederländischen DOT-System (bis 2012 DBC-System) handelt es sich um eine Eigenentwicklung, bei welcher ein Patientenfall über den gesamten Behandlungspfad von ambulanter Aufnahme bis zum Abschluss der Behandlung gruppiert wird. Es existieren 4'400 Fallgruppen (2012).
- Das Ziel des Systems besteht darin, einfache Verhandlungen zwischen Versicherern und Anbietern zu ermöglichen. Zudem haben Effizienzvergleiche stetig an Bedeutung gewonnen.
- Es existieren Zusatzzahlungen und Separatzahlungen für besonders teure Medikamente. Hochkostenfälle werden nach unseren Recherchen nicht diskutiert, was damit zusammenhängen dürfte, dass es sich beim niederländischen System eher um ein System der Einzel Leistungsvergütung als um ein DRG-System wie in anderen Ländern handelt. Darüber hinaus werden für die grosse Mehrheit der DOTs keine nationalen Tarife festgesetzt werden, es existieren folglich auch keine Massnahmen im Fallpauschalensystem.

9.2.11 Polen

a) Grundsystem (konzeptionell)

2008 hat Polen auf nationaler Ebene ein DRG-System zur Vergütung eingeführt (JPG-System), wobei das System teilweise aus England (HRGs) übernommen wurde. Alle Spitäler, welche mit dem nationalen Gesundheitsfonds (NFZ) abrechnen, müssen das DRG-System nutzen, um dadurch in den Genuss von Zahlungen für die behandelten Fälle zu kommen. Der NFZ verhandelt dazu mit den Spitälern darüber, welche JPGs sie anbieten dürfen (Busse et al., 2011a, S. 359f.).

Eine JPG besteht aus einer Kombination aus drei Buchstaben und Ziffern (Busse et al., 2011a, S. 371). Jeder JPG ist eine Punktezahl (kein Kostengewicht) zugewiesen, nach welcher die Vergütung abgestuft ist («Kostengewicht»). Grundsätzlich stehen höhere Zahlen für schwere Fälle und erhalten eine höhere Vergütung (Busse, Geissler und Quentin 2011, 364).

Eine wichtige Bemerkung sei an dieser Stelle angebracht: Bystrov et al. (2015) berichten, dass aufgrund der mangelnden Datenverfügbarkeit bisher keine Berücksichtigung von Komorbiditäten der Patienten im Fallpauschalensystem möglich war. Entsprechend schätzen wir unsererseits, dass die Datenlage allgemein noch zu beschränkt ist, um eine Aussage über die Situation von Hochkostenfällen im polnischen DRG-System zu machen. Hier bleibt abzuwarten, wie sich das System weiterentwickelt. Auch Busse et al. halten 2011 fest, dass den Preisen nicht zwingend reale Kostenbezüge zugrunde liegen (Busse et al., 2011a, S. 377), zugleich halten sie 2011 fest, dass in Zukunft vermehrt ein Fokus auf Kostendaten gelegt werden soll und JPGs anhand von statistischen Analysen aktualisiert werden sollen (Busse et al., 2011a, S. 378). Inwiefern dies auch Hochkostenfälle betreffen wird, können wir zum jetzigen Zeitpunkt nicht definitiv feststellen aber zumindest dürften mit besserer Datenverfügbarkeit die potentiellen Implikationen von solchen Hochkostenfällen auf die Spitäler überhaupt erst ersichtlich werden.

b) Motivation und Ziele des Systems

Ziel des Systems ist die Verbesserung der Ressourcenallokation (aktivitätsbezogen) und eine erhöhte Transparenz (Busse et al., 2011a, S. 363; Paat-Ahi, 2015). Dies sollte durch die Vergütungsfunktion des Systems (für alle Spitäler, welche mit dem NFZ Verträge halten) erreicht werden (Busse et al., 2011a, S. 364).

c) Massnahmen bezüglich Hochkostenfällen

- Primäre Massnahme 2011: LOS-Zuschläge (Zusatzzahlungen, nicht-parametrische Methode), diese Zuschläge sollen explizit für besonders teure Fälle entschädigen (Busse et al., 2011a, S. 367, 374).
- Es existieren keinerlei Abstufungen im Basispreis. Die gleichen Bedingungen/ Preise greifen für alle Spitäler innerhalb der gleichen JPG (Busse et al., 2011a, S. 373). Jedoch wurden 2011 die Grundsteine dafür geschaffen, in Zukunft den Basispreis nach Spitaltyp abzustufen und damit für strukturelle Differenzen zwischen den Anbietern zu kompensieren. Ob diese Abstufungen auf Verhandlungs- oder Berechnungsbasis erfolgen ist hingegen nicht klar (Busse et al., 2011a, S. 378).
- Einige Leistungen im akutstationären System werden gänzlich über Tagespauschalen (Bulanowski, 2016).

Fazit zu Polen

- Polen führt seit 2008 ein nationales PPS, welches für alle Spitäler bindend ist, welche mit dem nationalen Gesundheitsfonds abrechnen möchten.
- Die Motivation des Systems besteht in einer verbesserten Ressourcenallokation und einer erhöhten Transparenz.
- Aufgrund von bisher unvollständiger Datenverfügbarkeit ist eine Analyse von Hochkostenfällen kaum möglich. Unsere Recherchen lassen vermuten, dass in den nächsten Jahren diesbezüglich Fortschritte gemacht werden dürften. Heute existieren lediglich einfache Liegedauerzuschläge, welche für Hochkostenfälle kompensieren sollen. Erwähnenswert ist auch, dass explizit ein strukturell anders ausfallender Ressourcenbedarf der Spitäler anerkannt wird und geplant ist den Basispreis nach Spitaltyp abzustufen.

9.2.12 Schweden

a) Grundsystem (konzeptionell)

Das schwedische Gesundheitssystem basiert stark auf den 26 County Councils («Regionen»), so auch die Art und Weise wie Spitalleistungen finanziert werden. Die meisten der Spitäler werden von den Councils selbst geführt. Die Spitäler «verhandeln» nichtsdestotrotz mit den Councils über Finanzierung und Leistungsauftrag.

Die Verträge basieren meist auf fixen Fallpauschalen und die Vergütung ist meist gedeckelt. Spitäler, welche die vereinbarte Grenze überschreiten, werden mit Abschlägen auf die Vergütung bestraft. Dadurch werden die Anreize zur Mengenausweitung stark reduziert (Rehnberg, 2012, S. 6). DRG (vgl. nächster Abschnitt) sind heute die am häufigsten zum Einsatz kommende Variante für die fixen Pauschalen, 65% der akutstationären Fälle werden über DRG vergütet (Rehnberg, 2012, S. 5). Der Einsatz variiert allerdings erwartungsgemäss stark zwischen den County Councils (Rehnberg, 2012) und wird durch andere Vergütungsformen ergänzt. Die regionale Autonomie geht soweit, dass auch Kostengewichte von den Regionen modifiziert werden können. Es bestehen also sehr viele Freiheiten in der Ausgestaltung des Systems (Busse et al., 2011a, S. 79). Die Spitäler selbst tragen finanzielles Risiko (OECD, 2014), was vor dem Hintergrund, dass sie selbst von den Councils geführt werden allerdings erstaunt.

Das schwedische DRG-System koordiniert sich zusammen mit Norwegen, Estland und Island im NordDRG-System(NordCase (nordic casemix centre), 2016). Zu Beginn (ab den 1990ern) war das System nie auf die Finanzierungsfunktion ausgelegt. Primär solle ein Effizienz- und Performancevergleich (Benchmarking) zwischen den Spitälern möglich gemacht werden und die Qualität des Gesundheitswesens besser beurteilt werden. Seit 1996 werden in Schweden aber auch in den anderen nordischen Ländern DRG vermehrt auch als Finanzierungsinstrument genutzt und die Verbreitung nimmt zu. Das schwedische System basiert damit ebenfalls auf dem amerikanischen HCFA-DRG. (Busse et al., 2011a, S. 293; Quentin, 2014).

b) Motivation und Ziele des Systems

Primäres Ziel des DRG-Systems besteht in der Aktivitätsmessung zur Beurteilung des Casemix eine Spitals und darauf aufbauenden Budgetzuteilungen und dient für Planungszwecke (Busse et al., 2011a, S. 9). Das System verfolgt aber auch Ziele, welche jenen der Schweiz sehr stark ähneln: Effizienzsteigerungen und Steigerung der Transparenz und Vergleichbarkeit (Rehnberg, 2012). Es finden dazu auch Performancevergleiche (Benchmarking) zwischen Spitälern statt, wobei nicht klar hervorgeht, ob es sich hier um Effizienzvergleiche oder Qualitätsvergleich handelt (Quentin, 2014).

c) Massnahmen bezüglich Hochkostenfällen

Es existieren grundsätzlich unterschiedlichste Massnahmen je nach County Council. Teilweise Zusatzzahlungen, Separatzahlungen oder auch retrospektive Kostenausreisserzahlungen ähnlich einer Rückversicherung (Busse et al., 2011a, S. 140). Es existieren spitalspezifische Basispreise, welche explizit so berechnet werden, dass die erwartete Spitalaktivität finanziert werden kann (Busse et al., 2011a, S. 78f.).

Im Stockholm Council erhalten die Anbieter neben der Fallpauschale zusätzlich einen fixen Betrag zugesprochen pro Fall. Es wird explizit darauf hingewiesen, dass dieser fixe Betrag pro Fall unter anderem dazu dienen soll, Kosten von besonders teuren Fällen zu decken. Das Institut für angewandte Gesundheitsökonomik in Stockholm berichtet, dass durch Modifikation des fixen Betrages pro Fall und Zusatzvergütungen für Universitätsspitäler das Problem von Hochdefizitfällen praktisch verschwunden sei (Rehnberg, 2012, S. 19).

Fazit zu Schweden

- Schweden führt seit 1996 ein PPS, welches allerdings durch stark ausgeprägte, regionale Heterogenität gekennzeichnet ist. DRG-Zahlungen machen heute den grössten Teil (65% 2012) der Vergütung von akutstationären Fällen aus.
- Spitäler tragen finanzielles Risiko und Hochkostenfälle sind ein bekanntes Problem. Die Lösungsansätze variieren je nach County Council. Das Stockholm County Council konnte nach eigenen Angaben durch Anpassungen der Vergütung, inklusive Zusatzzahlungen für Universitätsspitäler, das Problem von Hochdefizitfällen faktisch lösen.
- Weitere Massnahmen in Councils umfassen spitalspezifische Basispreise sowie ELV-Zahlungen (Zusatzzahlungen) beim Überschreiten einer Kostenobergrenze.

9.2.13 Singapur

a) Grundsystem (konzeptionell)

Singapur führte System 1999 ein DRG-Vergütungssystem auf Basis von australischen AR-DRG ein. Alle stationären Spitalfälle und chirurgische Tagesfälle in öffentlichen Spitälern wurden seither über das System finanziert. Aufgrund der Nähe zum australischen System gleicht die Klassifizierungslogik jener der Schweiz (Annear & Huntington, 2015, S. 37, 58)

b) Motivation und Ziele des Systems

Ziele des Systems waren es, das Finanzierungssystem grundsätzlich zu verbessern, mehr Gerechtigkeit in der Finanzierung sowie mehr Transparenz zu erreichen und eine verbesserte Ressourcenallokation zu ermöglichen (Annear & Huntington, 2015, S. 112).

c) Massnahmen bezüglich Hochkostenfällen (Annear & Huntington, 2015, S. 70):

Für Singapur sind uns bisher nur LOS-Zuschläge bekannt und dass Anpassungen für Spitaltypen existieren. Ob letztere das Ergebnis von Kostenberechnungen sind oder Verhandlungsergebnisse ist uns nicht bekannt.

Fazit zu Singapur

- Singapur führt seit 1999 ein Fallpauschalenvergütungssystem, welches für alle öffentlichen Spitäler verpflichtend ist.
- Die Hauptmotivation des Systems liegt in der Finanzierungsgerechtigkeit und einer erhöhten Transparenz sowie der Möglichkeit zur besseren Ressourcenallokation begründet.
- Neben Liegedauerzuschlägen existieren Anpassungsfaktoren in der Vergütung für Spitaltypen und für Regionen.

9.2.14 Thailand

a) Grundsystem

In Thailand erfolgt die Einführung des Fallpauschalensystems auf DRG-Basis («Thai-DRG») ab 1998. National wurde das System definitiv 2002 eingeführt und ist seither ein zentraler Bestandteil der Finanzierung der Spitalleistungen innerhalb eines Globalbudgets (gedeckeltes System) (Annear & Huntington, 2015, S. 18, 57, 60). Die fünfte Version des Systems (2007) umfasst 2'700 DRG (Annear & Huntington, 2015, S. 65) und umfasst auch psychiatrische Fallgruppen. Beim System handelt es sich um eine Eigenentwicklung, welches sich allerdings an AR-DRG anlehnt und welches für öffentliche Spitäler bindend und für private Spitäler freiwillig ist (Annear & Huntington, 2015, S. 60–65). Neben der Fallpauschalenvergütung existieren parallel auch ELV-Zahlungen und ein Globalbudget (Annear & Huntington, 2015, S. 61; Blecher et al., 2016).

b) Motivation und Ziele des Systems

Ziele des Systems waren es, die tiefe Beteiligungsrate an der Sozialversicherung zu steigern und die Rolle des öffentlichen Sektors an der Finanzierung des stationären Spitalwesens zu erhöhen. Zudem sollte vor allem die Transparenz im System erhöht werden (Annear & Huntington, 2015, S. 4, 57).

c) Massnahmen bezüglich Hochkostenfällen

In Thailand werden eine Vielzahl an Anpassungsfaktoren im Fallpauschalensystem berücksichtigt und die Tarife entsprechend auch modifiziert (Annear & Huntington, 2015, S. 68ff.):

- Zusatzzahlungen bei Überschreitung LOS.
- Anpassungen an der Vergütung bei Komorbiditäten und/ oder Komplikationen.
- Anpassungen für verschiedene Prozeduren.
- Anpassungen nach Alter und Patientenstatus bei Austritt.
- Im Gegensatz zu anderen asiatischen Ländern kennt Thailand (Stand 2012) auch Massnahmen auf Basis von Kostendaten, d.h. es werden zusätzliche Anpassungen an der Vergütung vorgenommen, wenn die Kosten eines Falles eine Grenze überschreiten.

Zudem hat jedes Spital einen eigenen Basispreis in Abhängigkeit der Anzahl Patienten, die es behandelt (Annear & Huntington, 2015, S. 60). Wir schätzen jedoch eher, dass es sich bei den abgestuften Basispreisen nicht um eine Massnahme zur Risikokompensation zwischen den Spitälern handelt, sondern eher, dass durch einen tieferen Basispreis für grössere Spitäler die Anreize zur Mengenausweitung reduziert werden sollen. Zusätzlich existieren Zusatzentgelte (Blecher et al., 2016). Inwiefern eine Diskussion um Hochkostenfälle aktuell laufend ist, können wir anhand der begrenzten englischen Quellen leider nicht beurteilen.

Fazit zu Thailand

- Thailand führt seit 2002 ein nationales DRG-System, wobei es sich um eine Eigenentwicklung aber mit Anlehnung an AR-DRG handelt.
- Die Hauptmotivation des Systems liegt in der höheren Transparenz und der Stärkung der Rolle des öffentlichen Sektors als Finanzierungsquelle.
- Es existieren eine Vielzahl an Anpassungsfaktoren in der Vergütungsstruktur, welche nicht zu Letzt auch dazu dienen den Ressourcenverbrauch von besonders ressourcenintensiven Fällen besser zu berücksichtigen. Als eines der wenigen Länder kommen auch Massnahmen auf Basis von Kostendaten zu Einsatz. Inwiefern eine aktuelle Diskussion um Hochkostenfälle geführt wird, können wir nicht abschliessend beurteilen.

9.2.15 USA (Medicare)

a) Grundsystem

Medicare in den USA ist die nationale, öffentliche Krankenversicherung für ältere Menschen und gewisse Menschen mit Behinderung. Sie stellt mit über 50 Millionen Versicherten (Stand 2013; CMS, 2014b) eines der grössten öffentlichen Gesundheitsprogramme der Welt dar. Das «Centers for Medicare and Medicaid Services» (CMS) übernimmt dabei Steuerungsaufträge des amerikanischen Gesundheitsministeriums. Finanziert wird Medicare über einen Mix aus nationalen Steuern (rund 41%), Sozialversicherungsbeträgen (rund 38%) und Prämien der Versicherten in den freiwilligen Teilen von Medicare (rund 13%). Freiwillig ist die Teilnahme in allen Teilen ausser der Versicherung für stationäre Spitalpflege (Medicare Part A). Jedoch sind die Prämien in den nichtfreiwilligen Teilen sehr stark subventioniert, so dass die meisten Amerikaner im Rentenalter bei Medicare eingeschrieben sind (Kaiser Family Foundation, 2015).

Medicare war die erste Institution, bei welcher 1983 ein Fallpauschalensystem implementiert wurde mit anfänglich 467 DRG (Mistichelli, 1984). Die Entwicklungen für das System begannen bereits in den 1960ern (United States. Congress. Office of Technology Assessment., 1983, S. 65). Das DRG-System wurde über die Jahre laufend überarbeitet und im Jahr 2007 wurde eine neue Version, MS-DRG, von Medicare lanciert. Seit 1.10.2008 basiert das gesamte Vergütungssystem ausschliesslich auf MS-DRG (CMS, 2016). Die Anzahl DRG hat sich seit Einführung auf nun 753 erhöht Stand 2015 (CMS, 2016).²⁵

Die Spitäler in den USA tragen finanzielles Risiko (Laschober & Vertrees, 1995, S. 137; Muñoz et al., 1988) gemäss der OECD aber nicht vollständig ähnlich der Schweiz (OECD, 2014).

b) Motivation und Ziele des Systems

Das Erzielen von Kosteneinsparungen nach einem markanten Kostenanstieg in den Jahren vor 1982 führte zur gesetzlichen Verpflichtung zur nationalen Einführung eines Fallpauschalensystems, welches zuvor in einigen Bundesstaaten erfolgreich getestet wurde. Damit wurde das alte System auf Basis von Tagespauschalen abgelöst, mit welchem der markante Kostenanstieg zuvor assoziiert wurde. Der Fokus des Systems lag daher klar auf Effizienzsteigerung und Kosteneinsparung (Brady et al., 2001).

Die Funktion des Systems liegt in der Vergütung der akutstationären Spitalleistungen, wodurch die Anreize zur Zielrichtung geschaffen werden sollten (Brady et al., 2001; Busse et al., 2011a).

c) Massnahmen hinsichtlich Hochkostenfällen

Vor dem Hintergrund, dass Medicare als erstes Versorgungsnetz weltweit ein PPS nutzte, würden wir erwarten, dass eine Diskussion, rund um Hochkostenfälle, insgesamt am weitesten fortgeschritten ist und Erfahrungen damit gesammelt wurden. In der Tat sind die Probleme in den USA bestens bekannt. Quinn (2014) schreibt dazu, dass einige Patienten mit besonders hohem Ressourcenbedarf zwar nur 3% der Hospitalisierungen ausmachen aber 34% der Zahlungen an Spitäler verursachen (Quinn, 2014, S. 428).

Bereits bei Systemeinführung 1983 enthält Medicare mit der Rückversicherung eine Massnahme, welche Hochdefizitfälle klar definiert und sie von der Fallpauschalenvergütung (damals noch teilweise) ausnimmt. Aktuell existieren im System die folgenden Massnahmen, welche indirekt oder direkt das Risiko von Hochkostenfällen besser abbilden/ dämpfen sollen:

- **Rückversicherung:** Überschreitet ein Patientenfall eine fixe Verlustschwelle, die jährlich festgelegt wird, so werden 80% der Kosten oberhalb dieser Schwelle dem Spital vergütet (90% für Verbrennungen). Es handelt sich hierbei um eine Art Rückversicherung (obwohl der Terminus von Medicare nicht offiziell verwendet wird), bei der die Spitäler über Abschläge auf den übrigen Vergütungen diese Versicherung finanzieren. Das Ziel der Rückversicherung, war es explizit, das Risiko für die Spitäler von solchen Fällen zu reduzieren (Carter & Rumpel, 1994, S. ix). Wir gehen in einer Vertiefung im Anschluss an dieses Kapitel auf die Hochrisikoversicherung bei Medicare in den USA ein. Klar festzuhalten ist hingegen, dass Hochdefizitfälle in den USA nicht über die Liegedauer, sondern explizit über die Fixverlustschwelle definiert werden. Es handelt sich exakt dann um einen Ausreisser, wenn der Verlust auf dem Fall die Schwelle überschreitet (CMS, 2016, 2013). Die Hochrisikoversicherung löste nach 1997 Langliegerzuschläge ab (vgl. nachfolgende Vertiefung).

²⁵ Das hier beschriebene System bezieht sich auf das Fallpauschalensystem für akutstationäre Spitalfälle (Acute Inpatient PPS). Für psychiatrische Fälle existiert ein eigenes Fallpauschalensystem (Inpatient Psychiatric Facility PPS) ebenso wie für die Rehabilitation (Inpatient Rehabilitation Facility PPS) und für den ambulanten Sektor.

- **Weiterentwicklung der Schweregradabbildung und DRG-Splits:** Im Gegensatz zu den übrigen, älteren System existieren unter MS-DRG neu drei Schweregradstufen (MCC für besonders schwere Komplikationen und oder Komorbiditäten, CC für Komplikationen oder Komorbiditäten sowie Non-CC für «normale Fälle» (CMS, 2016, S. 1,2). Neben der Weiterentwicklung der Schweregradabbildung gehörten DRG-Splits von Beginn an zu den Strategien bei Medicare um den unterschiedlichen Ressourcenbedarf von Patienten abzubilden (United States. Congress. Office of Technology Assessment., 1983, S. 67f.)
- **Zusatzzahlungen:** Seit 2000 existieren im System «Zusatzentgelte» für besonders teure, neue Technologien. Ziel der Zusatzvergütungen ist es zu verhindern, dass die Fallpauschalen dazu führen, dass zu wenig neue Technologien genutzt werden (aufgrund zu hoher Kosten). Es werden unter dieser Massnahme explizit nur jene Leistungen vergütet/ zusätzlich honoriert, welche (i) eine Mindestkostengrösse erreichen, (ii) es sich um neue Technologien handelt (typischerweise maximal zwei bis drei Jahre nach Markteinführung) und (iii) der medizinische Nutzen klar aufgezeigt werden kann (Clyde et al., 2008; CMS, 2016, S. 2). Diese Form der Zusatzzahlung ist eher auf Innovation als auf die Eindämmung von extrem hohen Kosten bei Einzelfällen ausgerichtet. Trotzdem könnte die Massnahme zur Eindämmung des Risikos von Hochkostenfällen für Spitäler relevant sein, wenn solche Fälle im Zusammenhang mit besonders teuren, neuen, innovativen Technologien stehen.

Von den oben beschriebenen Massnahmen sticht vor allem die Rückversicherung hervor. Wir widmen daher dieser Massnahme nachfolgend einen Vertiefungsabschnitt.

Fazit zu den USA

- Medicare führte als erstes Gesundheitsnetzwerk weltweit DRG als Vergütungssystem ein.
- Die Motivation des Systems war klar auf Kosteneinsparungen und auf Effizienzsteigerungen gelegt.
- Fälle mit aussergewöhnlichem hohem Ressourcenbedarf bzw. Hochkostenfälle sind in den USA schon seit der Einführung des Systems ein Thema und das Risiko der Spitäler prägte die Entstehung und Weiterentwicklung des Systems. Zu den Massnahmen zählen neben DRG-Splits auch eine Rückversicherung, welche die Anbieter retrospektiv nach den effektiven Kosten vergütet.

Vertiefung: Hochrisikoversicherung bei Medicare

In den USA sind Fälle, welche eine fixe Verlustschwelle («fixed-loss cost threshold») überschreiten (bzw. Spitäler, in denen diese Fälle auftreten), qualifiziert, Zusatzzahlungen von Medicare zu erhalten. Wird die Verlustschwelle überschritten, so erfolgen Zahlungen an die Leistungserbringer auf Basis eines Marginalprinzips, d. h. dass ein vorgegebener Prozentsatz (80%, 90% für Verbrennungs-DRG; CMS, 2013) der Kosten rückerstattet wird. Es handelt sich dabei also faktisch um eine Rückversicherung. Die Schwelle wird dabei jährlich durch den Regulator festgelegt. Im Jahr 2015 betrug die Schwelle \$ 24'758. Die einheitliche Verlustschwelle wird zusätzlich um einen geografischen Faktor und um einen Lohn-Index je nach Spital und Region angepasst.

Die Verlustschwelle wird dabei prospektiv so festgelegt, dass die erwarteten Zahlungen für Hochkostenfälle 5.1 Prozent der über DRG abgerechneten Kosten entsprechen (CMS, 2014a). Finanziert wird die Rückversicherung durch eine Prämie der Spitäler, welche zwischen ländlichen und

städtischen Spitälern differenziert.²⁶ Administrativ wird die Prämie von den DRG-Zahlungen in Abzug gebracht. Es handelt sich dabei also um einen Anpassungsfaktor für Ausreisser (outlier adjustment factor) auf Nicht-Ausreisserfällen (Günster, 2000).

Auf der Kostenseite der Outlier werden sowohl laufende Kosten wie auch Kapitalkosten berücksichtigt (CMS, 2013). Für die Berechnung der Kosten kommen spitalspezifische «cost-to-charge ratios» zum Einsatz. So schreibt die CMS (CMS, 2013):

«The operating and capital costs are computed separately by multiplying the total covered charges by the operating and capital cost-to-charge ratios.»

Die Kosten errechnen sich also durch Multiplikation der DRG-Zahlungen mit den «cost-to-charge ratios» für Kapitalkosten und für laufende Kosten.

Das Ziel der Rückversicherung ist es, das finanzielle Risiko für Spitäler zu reduzieren. So werden die Anreize gemindert, Patienten, von welchen hohe Kosten erwartet werden, in andere Spitäler zu verlegen oder bei diesen Patienten die Qualität der Versorgung zu reduzieren (ProPac, 1990). Durch die Rückversicherung findet ausserdem ein Ausgleich zwischen den Spitälern statt, denn es sind nicht alle Spitäler gleich von Hochkostenfällen betroffen. So versorgen beispielsweise die Universitätsspitäler 42 Prozent aller Fälle innerhalb des Systems, erhalten aber 66 Prozent der Zahlungen der Hochrisikoversicherung (ProPac, 1990).

Bei der ursprünglichen Einführung des DRG-Systems in Medicare im Jahr 1983 wurde die Ausreisserkorrektur basierend auf der Liegedauer und auf den Kosten berechnet (Guterman & Dobson, 1986). Mehrere Studien in den USA zeigten jedoch, dass die liegedauerbasierte Ausreisserkorrektur die Hochkostenfälle nur unzureichend abbilden konnte, so dass die liegedauerbasierte Korrektur schliesslich ganz abgeschafft wurde. Diese Entwicklung wird im Folgenden Exkurs detaillierter beschrieben.

Exkurs: Von LOS-Zuschlägen zur Rückversicherung

Bis 1997 existierten im Medicare-Programm zwei parallele Systeme zur finanziellen Behandlung von Hochkostenfällen in Spitälern: Eine erste Version einer Hochrisikoversicherung einerseits (mit noch relativ geringem Vergütungsanteil von 60% der Kosten) und andererseits DRG-Zuschläge (pro Tag) für Langlieger (Carter & Farley, 1992a; United States. Congress. Office of Technology Assessment, 1983). So wurde die Langliegedauer als Schätzer für Hochkostenfälle herangezogen und für jeden zusätzlichen Tag ein Anteil an den durchschnittlichen Tageskosten der Fallgruppe bezahlt. Da die täglichen Kosten einer Fallgruppe aber typischerweise im Laufe der Behandlung deutlich zurückgehen, kam es zu groben Verzerrungen (Carter & Melnick, 1990). Mehrere Untersuchungen legten insbesondere dar, dass die Langliegerzuschläge systematisch zu hohe Zahlungen nach sich zogen. Zuschläge wurden also für Fälle bezahlt, die mit geringeren oder gar ohne Zuschläge hätten finanziert werden können (Carter & Farley, 1992b); (Carter & Melnick, 1990). In anderen Fällen wiederum waren die Zuschläge zu niedrig, um die zusätzlichen Kosten zu decken (Günster, 2000, S. 148).

So machten insbesondere einige Spitäler systematische Gewinne während andere Spitäler systematische Verluste einfuhren. Das vorgenommene Ziel einer Risikoreduktion für die Spitäler konnte nicht befriedigend erreicht werden. In Studien wurde gezeigt, dass eine Reduktion der

²⁶ Die Unterscheidung in städtische und ländliche Gegenden in den USA ist mit der Schweiz nicht vergleichbar. In den USA sind ländliche Gegenden teils sehr dünn besiedelt und die Distanz zur nächsten grossen Stadt kann mehrere Flugstunden betragen.

Langliegerzuschläge zugunsten einer niedrigeren Kostenuntergrenze für Hochrisikofälle Fehlallokation von Ressourcen verbessern, selektionsbedingte Ertragsunterschiede zwischen Spitälern verringern und das Risiko von Spitälern damit direkt reduzieren kann (Carter & Rumpel, 1992, S. VII). Nicht zuletzt erhöht dies auch die Planbarkeit für Spitälern in Bezug auf die Gegenüberstellung von Ertrag und Kosten, da die Volatilität ihrer Gewinne reduziert wird. (Carter & Rumpel, 1992, S. VII) zeigten auch, dass die im Schnitt systematisch zu hohen Langliegerzuschläge auch durch eine Anpassung der Formel für die Zuschläge korrigiert werden kann. Eine solche Anpassung der Zuschläge löste aber nicht das eigentliche Problem: Die Verweildauerausreisser korrelieren nur schwach mit den Kosten von Hochrisikofällen (Carter & Rumpel, 1994, S. 3; Günster, 2000, S. 147). Aufgrund dieser nicht ausreichenden Korrelation kann das Ziel, das Risiko für die Spitälern zu reduzieren zu wenig erreicht werden und die Zuschläge erlaubten keinen adäquaten Ausgleich für Selektionseffekte zwischen den Spitälern. Demgegenüber korrelieren die Zahlungen im Rahmen der Hochrisikoversicherung wesentlich stärker mit den effektiven Kosten von Hochkostenfällen (Carter & Rumpel, 1994, S. 3) und können damit besser zur Reduktion des Risikos beitragen. Die Untersuchungen weisen zugleich aber auch darauf hin, dass die mathematisch korrekte Spezifikation der Hochrisikoversicherung entscheidend ist, um das Risiko für die Spitälern zu mildern und eine faire Verteilung der Ressourcen zu erreichen (Carter & Rumpel, 1994). Diese Erkenntnisse motivierten einen Systemwechsel bei Medicare, weg von dem Langliegerzuschlag hin zur alleinigen Hochrisikoversicherung. Ab 1995 wurde das Langliegerprinzip daher schrittweise zurückgefahren nachdem bereits in einer Reform 1989 die Rückversicherung deutlich ausgebaut wurde. Seit 1. Oktober 1997 existieren keine Langliegerzuschläge mehr (Carter & Farley, 1992b, 1992a; Carter & Rumpel, 1994; CMS, 2003; Günster, 2000, S. 148).

Polynomics AG
Baslerstrasse 44
CH-4600 Olten

www.polynomics.ch
polynomics@polynomics.ch

Telefon +41 62 205 15 70
Fax +41 62 205 15 80