

[126] Fallpauschalen ab 2012 – wie sie berechnet werden sollen



Auf den 1. Januar 2012 kommt es bei der Finanzierung von Spitalaufenthalten zum Systemwechsel.

Geschlecht, Alter, Hauptdiagnose, Nebendiagnosen sind preisbestimmend

Eine Abkürzung mehr: *DRG*: Am 1.1. 2012 wird auf diagnosebezogene Fallpauschalen (*Diagnosed Related Group*) anstelle der heutigen Tagespauschalen umgestellt. **SwissDRG**, das schweizerische Berechnungssystem, ist eine **Patientenklassifikation**, welche die stationär behandelten Patienten von Akutspitälern in medizinisch und ökonomisch homogene Fallgruppen einteilt. Das wichtigste Einteilungsmerkmal ist **die Hauptdiagnose bei Spitalaustritt**¹⁾. Weitere Klassifikationsmerkmale sind Alter (je älter, desto teurer), Geschlecht und Nebendiagnosen²⁾. Jeder Fallgruppe wird eine (Kosten)Gewichtung zugeordnet, die den durchschnittlichen Behandlungsaufwand der betreffenden Fallgruppe beschreibt. Für SwissDRG liegen noch keine Angaben vor. Einige Schweizer Spitäler rechnen jedoch intern bereits mit einem ähnlichen System ‚All Patient Diagnosis Related Group (APDRG)‘. Ausgegangen wird dabei von den durchschnittlichen Kosten eines Spitalaufenthalts. Dieser Basispreis (Baserate) beträgt bei Universitätsspitälern 9'998 Franken, bei den übrigen Spitälern 8'425 Franken und bezieht sich ausdrücklich auf den Fall, nicht auf die Behandlungsdauer. Er entspricht dem Kostengewicht 1. Je nach Schwere der Fallgruppe wird ein Wert unter 1 (billiger als der Durchschnitt) oder mehr als 1 (teurer als der Durchschnitt) angegeben. Zwei Beispiele werden genannt: Die Geburt eines gesunden Kindes kostet nur 32.2 Prozent des gesamten Durchschnitts des Basispreises (Kostengewichtung 0.322). Für einen Bypass am Herzen beträgt das Kostengewicht 4.161. Dieser Eingriff ist also mehr als viermal teurer wie ein durchschnittlicher Spitalaufenthalt: im Universitätsspital pauschal 41'602 Franken, in den übrigen Spitälern 35'056 Franken.

Finanzierung

Gleichzeitig mit SwissDRG wird das Finanzierungssystem geändert. Spitäler (öffentliche und private) werden in der allgemeinen Abteilung nur über diese Fallpauschalen abgegolten. Deren Höhe handeln Spitäler und Kassen miteinander aus. Die Kassen bezahlen 55 Prozent der Kosten, die Kantone 45 Prozent der Kosten, die im Wohnkanton bezahlt werden müssen; unabhängig davon, ob die Behandlung im Wohnkanton oder in einem anderen Kanton erfolgt. Es gibt keine Defizitübernahme von öffentlichen Spitälern durch die Standortkantone mehr.

**Für Veränderungen muss man arbeiten,
für Wunder muss man beten. (Thomas von Aquin)**

Kritik (gesammelt vom Leitungsgremium der SHG Nordwestschweiz)

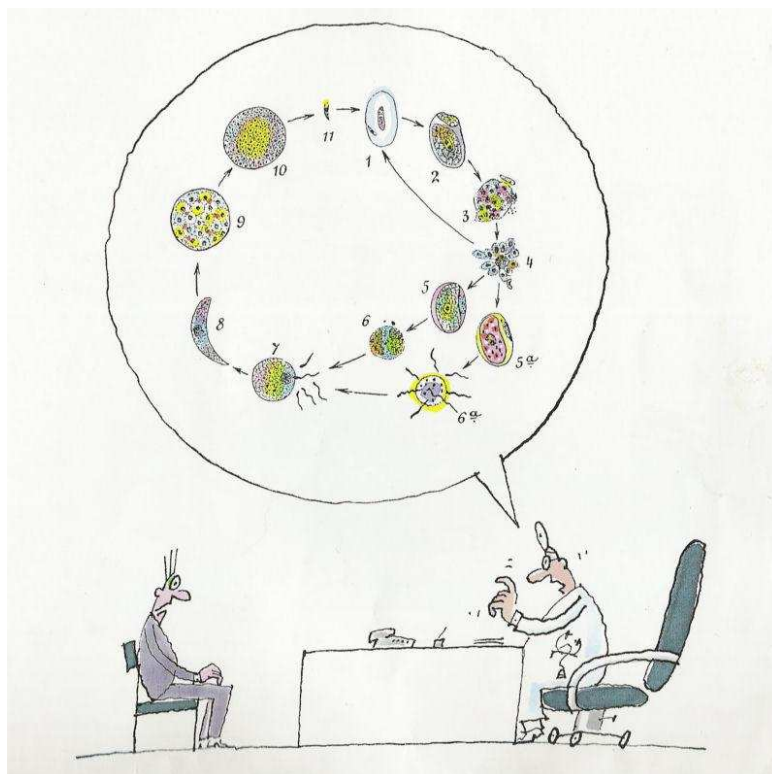
1) macht das Sinn? Müsste nicht eigentlich die Diagnose bei Spitaleintritt massgebend sein? Beim Austritt ist idealerweise die Diagnose bereits obsolet.

2) Die Kritik befürchtet bereits, dass mit den Nebendiagnosen ähnlich wie mit den ‚Strichlein‘ bei Pflegefällen im Altersheim‘ die Erträge pro Fall erhöht werden.

Ebenso wird auf (in der Öffentlichkeit bestrittene) Erfahrungen aus Deutschland verwiesen, wonach dort ‚Fälle‘ so rasch wie möglich an Rehabilitationszentren ausgelagert beziehungsweise heimgeschickt werden, so dass eine stark angestiegene Zahl von Wiedereintritten neue, oft höhere Fallpauschalen auslösen.

Die Prämien für Halbprivat- und Privatzusatz Spital werden erneut massiv steigen, da die Spitäler unrentable Fallpauschalen wenn immer möglich in diese Kategorien ‚verschieben‘ werden. Siehe Deutschland.

Mehrfachdiagnosen? Je älter desto mehrfacher? Einfaches Beispiel: Der Apnoiker bringt zur Hüftoperation sein CPAP-Gerät mit. Auch wenn das Spital mit der Apnoe (ausser der nächtlichen Kontrolle, ob der Patient die Maske trägt) gar keinen Aufwand hat. Das wird naturgemäss für ältere Patienten zum Rattenschwanz ohne Ende.



Noch ist nicht alles festgeschrieben, doch gibt es zu denken, dass die bisherigen Entscheidungsprozesse ohne öffentliche Mitwirkung (der Stimmbürger bzw. des ‚Souveräns‘) vor sich gegangen sind und insbesondere auch Patientenorganisationen keine nennenswerte Mitsprache geniessen. Wer aber denn als die Patienten sind letztlich die Bezahler der Zeche?

Zuhanden des Parlaments: *SwissDRG: Wann endlich wird ‚Denglish‘ als Amtssprache eingeführt?*

H. Aenishänslin

© www.schlafapnoe-selbsthilfe.ch von Selbsthilfe-Gruppe Schlafapnoe

