

## Ein Diskussionsvorschlag zur Stärkung der Ambulantisierung im Spital

# Zero-Night-DRG – weniger Fehlanreize

Ambulantisierung ist ein Mittel gegen die Kostenexplosion im Schweizer Gesundheitswesen, denn die Gesundheitskosten steigen weiter – 2015 betrug sie bereits über CHF 77 Mia. Wie eine PwC-Studie von 2016 «Ambulant vor stationär: Oder wie sich eine Milliarde Franken jährlich einsparen lassen» aufgezeigt hat, ist im Trend zur Ambulantisierung nicht nur eine Verbesserung der Versorgungsstrukturen denkbar, sondern es liegt auch ein signifikantes Kostensenkungspotenzial darin.

Diese Tatsache ruft neben den Leistungserbringern auch vermehrt die politischen Akteure auf den Plan. Die Gesundheitsdirektoren sehen vermehrt einen Nutzen im Verschieben stationärer Leistungen in den ambulanten Sektor. So haben zum Beispiel die Kantone Zürich und Luzern Listen veröffentlicht, welche für 13 spezifische Eingriffe grundsätzlich eine ambulante Behandlung vorsehen.

### Wieso gibt es die unterschiedlichen Tarifstrukturen?

Hier ist als Rahmenbedingung die unterschiedliche Finanzierung von stationären und ambulanten Leistungen der blockierende Faktor: Heute werden maximal 45% der stationären Leistungen durch die Versicherer getragen, während der Kanton die übrigen mindestens 55% finanziert. Ambulante Leistungen werden allein durch die Versicherer getragen, was diese davon abhält, Tarifstrukturen zuzustimmen, welche eine Verlagerung in den ambulanten Sektor aktiv fördern.

Auch die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) hat an der Medienkonferenz der Jahrestagung der GDK vom 19. Mai 2017 den Schwerpunkt auf die verstärkte Ambulantisierung gelegt. Als möglicher Grund für die ausbleibende Ambulantisierung werden auch von der GDK die Finanzierungsdifferenzen zwischen ambulantem und stationärem Sektor genannt. Als einen konkreten Lösungsansatz für einen ökonomischen Eingriff nennt die GDK spitalambulante Pauschalen, beispielsweise die Zero-Night-DRG-Pauschale, ohne auf die konkrete Ausgestaltung einzugehen.

### Mögliche Lösungsansätze für neue Tarif- und Finanzierungssysteme

Es gibt drei verschiedene Lösungsansätze, die zur Erreichung eines höheren Grads der Ambulantisierung beitragen:

– **Modell 1: Tarmed-Pauschalen** legen für ambulante Leistungen einen Pauschalbetrag

fest. Durch die pauschale Finanzierung definierter Leistungen werden Anreize zur effizienten Leistungserstellung geschaffen. Die Finanzierung der ambulanten Leistungen bleibt Auftrag der Versicherungen. Dieses Modell wird vom Verband der chirurgisch und invasiv tätigen Fachgesellschaften (fmCh) gestützt.

– **Modell 2: Zero-Night-DRG** hinterlegt ebenfalls pauschalisierte Leistungen mit dem stationären Finanzierungssystem SwissDRG. Es handelt sich dabei um eine DRG ohne Übernachtung. Neben dem heute geltenden Kurzliegertarif wird zusätzlich ein Tarif ohne Übernachtung eingeführt. Somit würde der Kanton auch bei ambulanten Leistungen einen Anteil mitfinanzieren.

– **Modell 3: Regulatorischer Eingriff:** Ähnlich wie in den Kantonen Zürich und Luzern inzwischen vorgeschlagen, werden Eingriffe definiert, welche ohne medizinische Indikation und entsprechendes Kostengutsprachege such nicht weiter stationär erbracht werden dürfen.

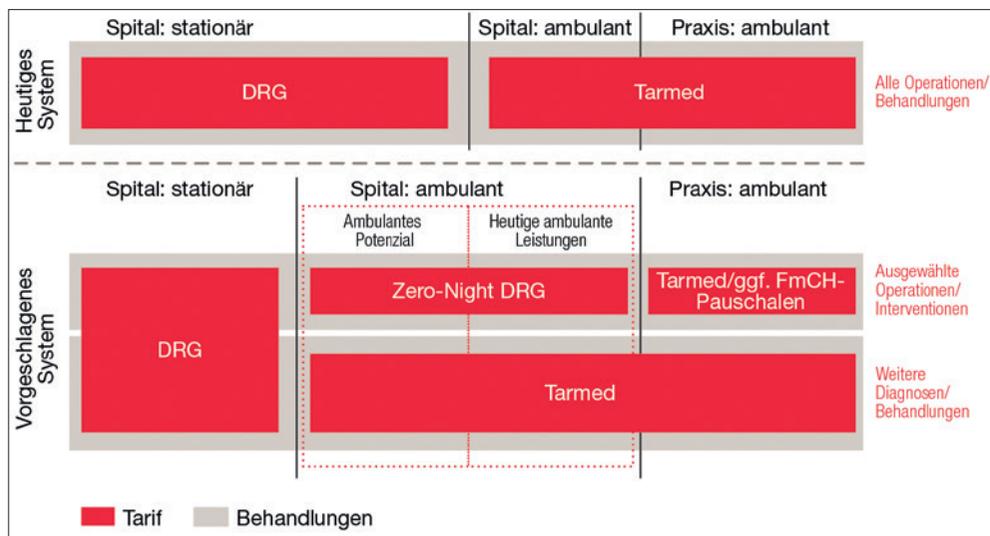
Grafik 1: Tarmed-Pauschale, Zero-Night-DRG und reine Tarmed-Regelung im Überblick

Lösungsvariante	Modell 1: Tarmed-Pauschalen	Modell 2: Zero-Night-DRG	Modell 3: Ambulant vor stationär per Regulierung
Tarif	Fixbetrag (Pauschale)	CMI x Baserate x Abschlag	Tarmed
Finanzierer	 100% Versicherer	 55% Kanton 45% Versicherer	 100% Versicherer

Aus Sicht von PwC bietet insbesondere ein Zero-Night-DRG Potenziale, um die heutigen Fehlanreize zugunsten einer Erhöhung des ambulanten Anteils aufzuweichen. Allerdings braucht es voraussichtlich verschiedene Ansätze, um die Ambulantisierung stärker zu fördern.

Um ein einheitliches Verständnis des Systems Zero-Night-DRG zu erreichen, sind die folgenden Vorstellungen davon im vorliegenden Diskussionspapier detaillierter beschrieben.

Um eine einheitliche Nomenklatur zu verwenden, wird der Ausdruck Zero-Night-DRG verwendet, allerdings kann das von H+ ins Gespräch



Grafik 2: Das aktuelle Tarifsystem und das vorgeschlagene neue

gebrachte System der One-Day-DRG synonym verwendet werden.

### Grundsätze eines Zero-Night-DRG-Systems

Im Folgenden werden die Grundzüge eines Zero-Night-DRG Systems, Voraussetzungen dafür und zu klärende Fragen erläutert.

#### Systemgrenzen

Zero-Night-DRG soll Anwendung finden:

- bei einem noch zu definierenden Katalog an Operationen und Interventionen. Weitere Behandlungen sind in einem ersten Schritt nicht betroffen, eine spätere Ausweitung auf weitere tagesklinische Angebote ist zu prüfen;
- bei spital-ambulanten Leistungen – praxis-ambulante Leistungen sind nicht betroffen. Es ist unerheblich, ob Leistungen heute bereits mehrheitlich ambulant durchgeführt werden.

Zero-Night-DRG wird somit ein ergänzendes Tarifsystem und neben weiteren Systemen wie Tarmed und gegebenenfalls auch neben Tarmed-Pauschalen sowie den geplanten fmCh-Pauschalen im ambulanten Bereich Anwendung finden. Wichtig ist überdies, dass die Einführung der Zero-Night-DRG auch kompatibel mit weiteren Anpassungen am Tarmed ist, wie beispielsweise der sich momentan in Vernehmlassung befindlichen punktuellen Anpassung des Tarmed durch den Bundesrat, oder dem im 30. Juni 2016 eingereichten Vorschlag von H+.

Somit kann über verschiedene Anreizstrukturen für die unterschiedlichen Systeme die Ambulantisierung in allen Bereichen erreicht werden, um somit dem Ziel der Dämpfung des Kostenwachstums näherzukommen.

### Medizinische Leistungen und notwendige Gegebenheiten für Zero-Night-DRG

Im Grundsatz soll Zero-Night-DRG insbesondere für Operationen und Interventionen Anwendung finden, welche aus medizinischen Gesichtspunkten ambulant durchgeführt werden können und bei denen das psychosoziale Umfeld eine ambulante Nachsorge erlaubt. Dabei stehen medizinischen, organisatorische und Patientenbezogen Kriterien bei der Wahl des Interventionssettings im Vordergrund:

#### Medizinisch

- Fallschwere gering
- Anästhesiestufe gering
- Schmerzmanagement einfach
- Keine hohen Risiken (Nachblutung, Nahrungsaufnahme, Atmung)
- Pflegebedürftigkeit

#### Organisatorisch

- Elektive (planbare) Eingriffe
- Standardisierte Eingriffe
- Wenig Infrastruktur
- Geringe Interdisziplinarität
- Begrenzte OP-Dauer

#### Patientenbezogen

- Verständnis für Eingriff
- Wenig Komorbidität (physiologische Frage, nicht demografisch)
- Transportfähigkeit vor/nach OP
- Sozial Disposition für Nachsorge gegeben

Bereits sind einige Listen mit möglichen Interventionen vorhanden. Die folgenden Herausgeber haben Listen publiziert:

- Obsan: 11 Eingriffe
- PwC (2016): 13 Eingriffe

- International Association for Ambulant Surgery (IAAS): Liste mit 37 chirurgischen Referenzverfahren, die ambulant durchgeführt werden können
- Katalog AOP Deutschland

Für den Anfang würde sich eine dieser Listen anbieten. Spätere Ergänzungen sind möglich.

### Abgrenzung stationär, spitalambulant und praxisambulant

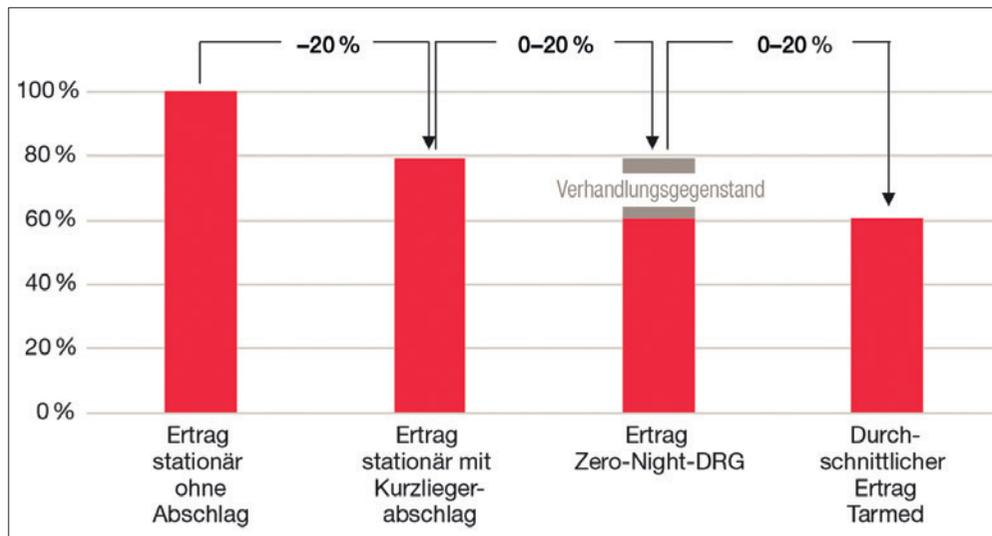
Gemäss der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL) gelten als stationäre Behandlungen heute Aufenthalte in einem Spital zur Untersuchung, Behandlung und Pflege:

- von mindestens 24 Stunden
- von weniger als 24 Stunden, in deren Verlauf während einer Nacht ein Bett belegt wird
- bei Überweisung an ein anderes Spital
- bei Todesfällen

Als ambulante Behandlungen gelten alle Behandlungen, welche nicht der Definition von stationären Behandlungen entsprechen. Wiederholte Aufenthalte in Tages- oder Nachtkliniken gelten ebenfalls als ambulante Behandlung.

Für die erwähnten Fälle der Behandlung von weniger als 24 Stunden mit Bettenbelegung über Nacht gilt es, Kurzliegerabschläge zu beachten, welche die Vergütung gemäss DRG verringern. Dieser Abschlag basiert dabei bei ca. 300 DRG auf einem Tagesabschlag gemäss der Kosten des DRG, bei ca. 600 bis 700 DRG werden Teiler eingesetzt, die einen Abschlag voraussetzen.

Zur verpflichtenden Umsetzung der Zero-Night-DRG mit einem Kostenteiler gemäss Spitalfinanzierung ist entsprechend eine Verwaltungsänderung durch den Bundesrat notwendig, welcher die VKL um die Zero-Night-DRG ergänzt. In Frage für die Ausgestaltung der Zero-Night-DRG kommen verschiedene Ausgestaltungsformen, wie beispielsweise «Eintritt und Entlassung am selben Kalendertag» oder «Entlassung nach weniger als 24 Stunden Spitalaufenthalt». Vorhergehend müssten in diesem Lösungsszenario mit voraussichtlich der SwissDRG AG (oder einer anderen Tariforganisation) die Tarifierung berechnet und die Grundlagen erarbeitet werden. Zero-Night-DRG könnten jedoch auch ohne Verwaltungsänderung eingeführt werden. Eine weniger weitgreifende Option wäre die Einführung der Zero-Night-DRG auf freiwilliger Basis zwischen den Tarifpartnern im ambulanten Bereich. Hierbei könnten die grossen Kantone, welche bereits Bereitschaft signalisiert haben,



Grafik 3: Mögliche Berechnung der Zero-Night-DRG

als Beispiel voran gehen und freiwillig einen gewissen Kostenbeitrag an diese ambulanten Pauschalen bezahlen.

### Die Funktionsweise der Zero-Night-DRG

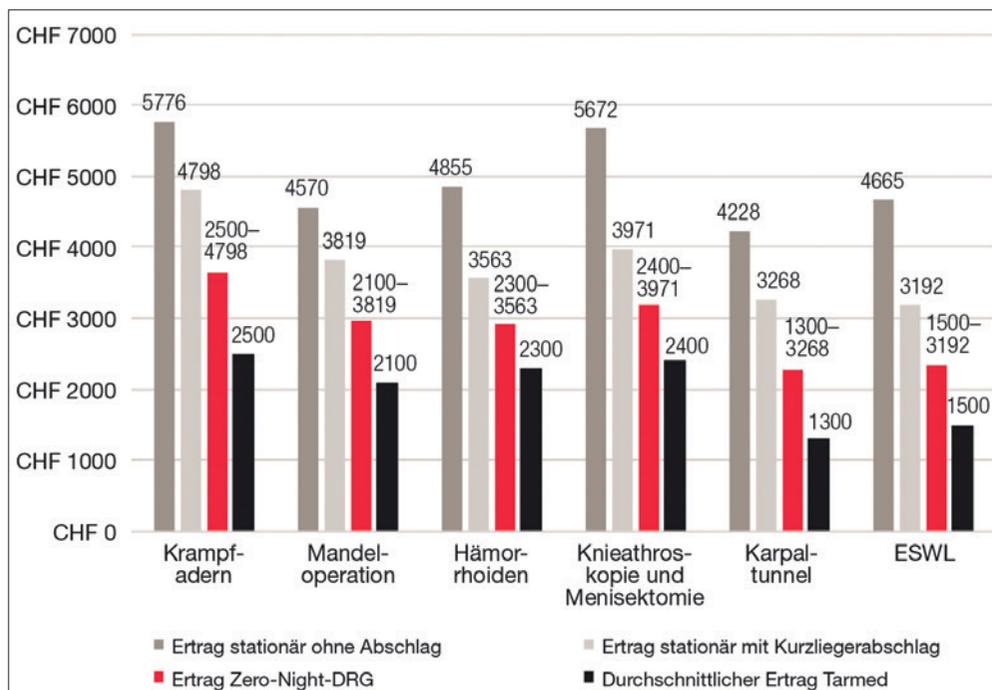
Die Zero-Night-DRG könnte über einen Teiler, zum Beispiel über einen prozentualen Abschlag, funktionieren. Zentral ist, dass wie bei einer gewöhnlichen DRG am selben Tag keine zusätzlichen ambulanten Leistungen abgerechnet werden können. Als Grundsatz sollte absolute Ähnlichkeit zur tarifären Funktionsweise der stationären Pauschalen von SwissDRG gelten. Verbrauchsmaterialien und Medikamente sind

also in die Pauschale zu integrieren, für spezielle Medikamente, Materialien und Implantate sind Listen mit Zusatzentgeldern zu erstellen. Auch privatärztliche Tätigkeiten können weiterhin in Rechnung gestellt werden.

### Ausserhalb der Zero-Night-DRG abrechenbare Leistungen

Vor- und nachstationäre Untersuchungen im Spital können analog den Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG mit dem jeweils geltenden Tarif abgerechnet werden. D.h. es findet keine Fallzusammenführung zwischen stationären und ambulanten Fällen statt. Beispiele für vor- oder nachgelagerte Behandlungen

Grafik 4: Mögliche Bandbreite der Zero-Night-DRG



sind Sprechstunden und Vorabklärungen sowie postoperative Sprechstunde, zum Beispiel für Verbandswechsel.

### Berechnung Zero-Night-DRG

Die Zero-Night-DRG wird analog einer stationären DRG für stationäre Aufenthalte mit einem Abschlag berechnet, wie dies bei Kurzliegern der Fall ist. Bei der Zero-Night-DRG sollte der Abschlag entsprechend höher sein als bei Kurzliegern, wenn möglich aber mit einem vergleichbaren Teiler zu den stationären DRGs.

Der wesentliche Unterschied in Bezug auf die Kosten zwischen ambulanten und stationären Leistungen sind in der Regel tiefere postoperativ Infrastrukturkosten wie zum Beispiel die Benutzung des Bettes sowie Hotelleriekosten und Personalkosten, insbesondere für die pflegerische Betreuung. Es ist weiterhin zu überprüfen, welche Regelungen aus dem DRG-System angepasst werden sollten (z.B. Readmission).

### Mögliche Berechnung der Zero-Night-DRG

Effektiv würde die Berechnung des Zero-Night-DRG basierend auf Kostengewichten analog den stationären DRG erfolgen. In der Theorie sollte die Zero-Night-DRG einen Abschlag vom heute bereits existierenden Kurzliegerabschlag erwirken, allerdings die erhöhte Kostenstruktur im stationären Setting widerspiegeln und daher einen höheren Wert als der Tarmed ergeben. Schematisch ergäbe sich Grafik 4.

In der Regel wird die Zero-Night-DRG tiefer als der Ertrag mit Kurzliegerabschlag und höher als der Ertrag mit Tarmed sein. – Anhand von gemittelten, schematischen Beispielen entlang der Eingriffsliste lässt sich die Bandbreite bei der Ausgestaltung der Zero-Night-DRG wie in Grafik 5 darstellen.

Das Beispiel zeigt entlang der beschriebenen Systematik sechs Eingriffe. Am Beispiel Krampfadern sollte also der Zero-Night-DRG zwischen CHF 4798 (DRG mit Kurzliegerabschlag) und CHF 2500 (Tarmed) liegen. Wahrscheinlich ist, dass diese Berechnung innerhalb der Bandbreite auf Basis von Kostengewichten berechnet würde. Somit wäre der Abschlag nicht entsprechend der obigen Darstellung gemittelt, sondern je nach Differenz zwischen Kurzliegerabschlag und Tarmed unterschiedlich.

### Auswirkungen auf die einzelnen Akteure

Bei Einführung der Zero-Night-DRG sollte es das Ziel sein, die finanziellen Fehlanreize zu beseitigen. Falls der gleiche Kostenteiler wie im

stationären Sektor zur Anwendung kommt, bestehen folgende prinzipiellen Auswirkungen auf die Tarifpartner und Kantone:

### Spitäler

Die Anreize zur ambulanten Behandlung der definierten Eingriffe sind höher, ohne grössere Veränderungen im Umsatz zu erzielen: Die heute bereits ambulant erbrachten Leistungen werden künftig höher entschädigt, die heute noch stationär erbrachten Leistungen tiefer (bei gleichzeitig tieferen Kosten). Zudem können Spitäler weiterhin Zusatzeinnahmen für private und halb-private Patienten gemäss VVG verrechnen. Mit der Verlagerung in den ambulanten Bereich sinken tendenziell die gesamten Kosten, da ambulante Eingriffe kostengünstiger vorgenommen werden können.

### Versicherer

Höhere Anreize, häufiger ambulante Behandlungen durchführen zu lassen, und entsprechende Anreize für die Spitäler und Patienten zu setzen. Mit den Zero-Night-DRG und dank des Kostenteilers sinkt der Aufwand für die Versicherer.

### Ärztinnen und Ärzte

Je nach Spital werden die Ärzte teilweise für ambulante Eingriffe mit einer geringeren Entschädigung vergütet als für die gleichen Eingriff im stationären Setting. Hier werden durch die Zero-Night-DRG die Anreize so gesetzt, dass Ärzte rein auf Basis der medizinischen Indikation entscheiden und sich nicht von nanziellen Anreizen lenken lassen. Insgesamt wird deutlich, dass die Anreize deutlich stärker eine vermehrte Ambulantisierung anstreben. Somit wäre der tarifliche Fehlanreiz, welcher der Ambulantisierung entgegenwirkt, aufgelöst.

### Kantone

Die Einführung der Zero-Night-DRG kann je nach Ausgestaltung kostenneutral für die Kantone eingeführt werden. Zudem kann mittel- und langfristig eine Konsolidierung der stationären Spitalinfrastrukturen vorgenommen werden, was sich finanziell vorteilhaft auf die Kantonsanzen auswirken kann. Auch resultiert durch die Verlagerung in den ambulanten Sektor eine optimierte Versorgung der Bevölkerung.

### Patienten

Zentraler Effekt für die Patienten ist die optimierte Versorgung auf Basis medizinisch induzierter Entscheide über die Versorgung der Bevölkerung. Zudem ist aus Sicht zusatzversicherter Patienten der Bezug von Zusatzversicherungsleistungen und somit ein erhöhter Standard gegenüber der OKP-Leistung möglich. Die Thematik des Selbstbezahls ist noch zu klären.

### Konsequenzen und Fazit

Die Einführung eines Zero-Night-DRG-Systems ist ein mögliches System, um den Trend zur Ambulantisierung zu unterstützen. Diverse ambulante Pauschalssysteme sind dazu denkbar, und verschiedene Initiativen von verschiedenen Akteuren sind angestossen worden. Ein Zero-Night-DRG-System löst nicht alle Probleme – dies ist bei den gewachsenen regulatorischen Strukturen im Gesundheitswesen gar nicht denkbar. Es ist aber ein erster und aus unserer Sicht wichtiger Schritt, um den Trend zur Ambulantisierung zu fördern statt zu behindern. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass mit oder ohne der Einführung der Zero-Night-DRG eine grundlegende Überarbeitung des Tarmed notwendig ist, um die ambulanten Leistungen basierend auf aktuellen Kostendaten zu vergüten.

Eine einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen würde die Einführung eines Zero-Night-DRG-Systems deutlich vereinfachen. Dazu wären jedoch eine Gesetzesänderung und damit ein mehrjähriger Prozess der Einführung notwendig.

Damit Zero-Night-DRG überhaupt realistisch und kurzfristig für die Tarifpartner zu vereinbaren sind, sollten die Tarifpartner gleichzeitig die Übernahme des Kostenteilers für die «Zero-Night»-Fälle aus dem stationären Bereich beim BAG beantragen. Dies könnte über eine Veränderung der Bestimmungen in der VKL erfolgen. In einem nächsten Schritt könnte beispielsweise die SwissDRG AG entsprechende Berechnungen für einen sinnvollen tarifären Abschlag errechnen. Dies wäre deutlich schneller umzusetzen als die Kombination mit der einheitlichen Finanzierung. Die Übernahme der Tarifierung durch eine zentrale Tariforganisation ist aus Sicht von H+ dafür eine Notwendigkeit. Eine noch rascher umsetzbare Variante wären freiwillige ambulante Pauschalen, welche von den Tarifpartnern eingesetzt würden. Allenfalls unterstützt durch freiwillige Beiträge der Kantone zur Förderung der Ambulantisierung, in dem diese die Vorteile der Verlagerung in den ambulanten Bereich teilweise weitergeben.

Insgesamt kann festgehalten werden, dass eine Tarifierung über Zero-Night-DRG durchaus ein Ansatz mit grossem Potenzial ist, welcher die richtigen Weichen für die Ambulantisierung stellt. In einer langfristigen Betrachtung ist es wohl unentbehrlich, dass generell eine einheitliche Finanzierung der Versorgungssektoren angestrebt wird. Eine einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Behandlungen ist wohl der grösste Hebel zu kosteneffizienteren Behandlungsstrukturen.

### Ambulante Tarife – wie weiter?

Kürzlich folgten rund 70 Gäste der Einladung zum Roundtable «Ambulante Tarife – wie weiter» zur PwC nach Oerlikon. Auf dem Podium erläuterte Dr.med. Urs Stoffel, Zentralvorstand der FMH, wie der Weg von der ärztlichen Leistung zum Ärztetarif beschritten werden kann und warum ein neuer Tarif trotz Ablehnung des gemeinsamen Vorschlags im Sommer 2016 notwendig ist. Zudem ging Urs Stoffel auf die Herausforderungen zur Erarbeitung einer neuen Tarifstruktur ein und wie im Projekt «Tarco» diese Herausforderungen auf dem Weg zu einem einfacheren, dennoch sachgerechten Tarif möglich sind.

Verena Nold stellte aus Sicht des Versicherungsverband santésuisse dar, dass ein neuer Tarif nicht lediglich die Überarbeitung des bestehenden Tarifs sein sollte, sondern vielmehr über pauschalisierte Ansätze neue Anreize gesetzt werden könnten. Somit könnte eine Vereinfachung über eine Reduktion von Tarifpositionen erfolgen, aber dennoch ein sachgerechter Tarif erarbeitet werden.

In der abschliessenden Podiumsdiskussion brachte zudem insbesondere Dr. Alexander Zimmer die Sicht der Psychiatrien und damit einer in seinen Augen deutlich zu wenig beachteten Profession in der Tarifgestaltung sowie Thomas Brack die Sicht der akutsomatischen Leistungserbringer ein. Die Podiumsteilnehmer waren sich in den wesentlichen Punkten durchaus einig – die Positionen sind enger zusammengedrückt als noch letztes Jahr zu beobachten war. Allerdings zeigt sich im Hinblick auf die konkrete Lösung der Tariffragen, dass die Balancierung der verschiedenen Ansprüche die grosse Herausforderung stellt. Es bleibt weiterhin spannend, wie sich die ambulanten Tarifstrukturen entwickeln.

Ein stark diskutierter Vorschlag, in einem Grundsatzpapier von PwC zusammengefasst, ist die Idee von Zero-Night-DRGs. Wir geben im Haupttext eine geraffte Fassung dieses Papiers wieder.

### Weitere Informationen

Philip Sommer  
Director, Head Advisory Healthcare  
philip.sommer@ch.pwc.com