

Thomas Holler, Andreas R. Huber

Swiss-DRG-System

Der Nutzen der so genannten Life Sciences wird zunehmend evident. Biomarker erlauben detaillierte Einsicht in die Vorgänge des Körpers, der Gewebe und sogar der einzelnen Zellen. Wie es sich anhand der Thyrosinkinasehemmung bei der chronisch myeloischen Leukämie (CML) gezeigt hat, zeichnen sich Krankheiten durch Veränderungen von Schlüsselementen bzw. Stoffwechselschritten aus. Durch gezielte Hemmung bzw. Beeinflussung kann der Outcome der Erkrankung wesentlich beeinflusst werden. Als Beispiel möge Glivec® gelten. Die Beeinflussung von JAK2-Mutationen und Sozionen bei myeloproliferativer Erkrankung dürfte einen ähnlichen Nutzen bringen. Zum einen erlauben Biomarker die Pathogenese einer Erkrankung besser zu verstehen, zum anderen aber können auch selbst Surrogatmarker für Diagnose und Therapieverlauf gut gebraucht werden (gute Beispiele sind PSA oder Beta-HCG).

Die Binsenwahrheit, dass labormedizinische Befunde bis zu 60–70% der klinischen Entscheide beeinflussen, muss ermuntern, diese Erkenntnisse in Abklärungs- und Behandlungsalgorithmen einfließen zu lassen. Leider basiert das DRG-System auf einem starren Diagnosecode, aufgrund dessen dann die Leistungen berappt werden. De facto aber beginnt das Problem früher, nämlich beim Patienten mit Symptomen. Ein erster diagnostischer Schritt ist entscheidend und letztlich kostenbeeinflussend. In einem modernen Vergütungssystem müsste also die Effizienz der Abklärung und Behandlung belohnt werden, und nicht die – auf Umwegen – erreichte Enddiagnose. Ein beeindruckender prozentualer Anteil von Life Sciences / Labormedizin an Dissertations- und Habilitationsarbeiten kann notiert werden. So konnte von Risch et al. gezeigt werden, dass der Anteil labormedizinischer Beiträge bei Publikationen enorm ist. Im Gegensatz zu den eben gemachten Bemerkungen und Tatsachen tut sich die junge Fachdisziplin Labormedizin

leider trotzdem schwer. Da verwundert es wenig, dass auch die Verantwortlichen für die Einführung von SwissDRG nicht genau wissen, wie die Labormedizin im DRG-System sinnvoll zu positionieren ist. Im Zeitalter von DRG kann zwar sicher davon ausgegangen werden, dass sich die Labormedizin durchsetzen wird, da rasche gezielte und günstige Diagnosen und Abklärungen erwünscht sind (Patientenpfad). Selbst dann, wenn dies einzelnen Partikularinteressen klar widerspricht, denn das System in toto ist gefordert. Zur Erinnerung sei nochmals erwähnt, dass die Labormedizin zwischen 2–3% der gesamten Aufwendungen der Gesundheitskosten ausmachen. Vermutlich wegen des relativ geringen Anteils der Laborkosten werden im SwissDRG die Laborkosten zurzeit nur über die Abgabe der durchschnittlichen Laborkosten aller Netzwerkhospitäler ermittelt. Diese Praxis führt dazu, dass Laborverordnungen nicht hinterfragt werden. Unterschiede in der Verordnungspraxis werden durch den «Durchschnittslaborpreis» pro DRG scheinbar wettgemacht.

Was bedeutet dieses Vorgehen für die Praxis? Das Casemixoffice errechnet den Mittelwert aller Laborleistungen, die von den Netzwerkhospitälern zu einem DRG angegeben werden. Hierbei ist es irrelevant, ob ein unspezifischer Block verrechnet wurde oder eine spezifische Labordiagnostik in Auftrag gegeben worden ist. Für die Berechnung zählt lediglich der angegebene Betrag pro DRG. Als Ergebnis dieser Kalkulation entsteht dann ein Durchschnittslaborwert pro DRG. Ein Blick zu unserem nördlichen Nachbarn zeigt nun aber, dass diese Durchschnittsbetrachtungen eine grosse Gefahr darstellen. Es gibt dort sehr viele Beratungsfirmen, die sich darauf spezialisiert haben, die Einhaltung eben dieses «Durchschnittswerts» aller Spitäler als Standard anzusehen und die Spitäler darauf trimmen, unterhalb des «Durchschnittswerts» zu verordnen, da das Spital damit vermeintliche Gewinne realisieren kann.

Man kann davon ausgehen, dass diese Betrachtung viel zu kurz greift. Zur Illustration des Sachverhaltes hier ein Beispiel: Ein Spital X bestimmt bei einer Schwangeren die mit vorzeitigen Wehen ins Spital eintritt den fetalen Fibronectinwert der zwar über dem durchschnittlichen Aufwand für ein DRG-Standardlabor liegt. Aufgrund des negativen Fibronectinwertes und fehlender anderer Risikofaktoren für eine Frühgeburt wird die Patientin wieder nach Hause entlassen und ambulant weiterversorgt. Spital Y bestimmt den Fibronectinwert nicht und nimmt die Patientin stationär für mehrere Wochen auf. Bezogen auf den Durchschnittswert des Labors hat das zweite Spital ihre Patientin besser betreut.

Die Rechnung unter SwissDRG sähe dann folgendermassen aus:

Spitalname	Internes Labor (inkl. Blutspende)	AHD
Spital X	CHF 600.–	2 Tage
Spital Y	CHF 50.–	23 Tage
Durchschnitt	CHF 325.–	12,5 Tage

Da die DRGs zum «Mittelmass» neigen, würde das Spital X lediglich 335.– Franken für das Labor vergütet bekommen. Das Spital Y hingegen nur 12,5 Aufenthaltstage.

Zugegebenermassen greift dieses Beispiel bezüglich der SwissDRG-Kalkulation zu kurz. Im SwissDRG liefern viele Netzwerkhospitäler Daten ins System. Aber in der SwissDRG-Kalkulation werden Daten erst wirksam, wenn ein Grossteil der Netzwerkhospitäler die gleiche Diagnostik ansetzt.

Wie kann das DRG-System am Fortschritt der Labormedizin partizipieren? Zum jetzigen Zeitpunkt kommen aus unserer Sicht zwei Optionen in Frage:

1. Die Labormedizin schafft es, ihre Fortschritte deutlich zu machen und gemeinsam mit den Klinikern Standards zur korrekten Abklärung und Diagnostik zu gewinnen. Dann wird sich das DRG-System nach

und nach in eine gute Richtung bewegen.

2. Im CHOP-Katalog wird eine Möglichkeit geschaffen, teure Labordiagnostik (z.B. ab 500.– Franken) zu codieren um damit die Relevanz der Labordiagnostik zu berücksichtigen. Durch die Erfassung der Laborleistungen wird es später möglich sein, die Auswirkungen gezielt

eingesetzter Labordiagnostik aufzuzeigen um bei entsprechender Relevanz später Anpassungen am DRG-System vornehmen zu können. Nur wenn die Labordiagnostik im DRG-System sichtbar und damit abrechenbar ist, kann sicher gestellt werden, dass die Labordiagnostik auch weiterhin adäquat finanziert wird.

Korrespondenz:
Thomas Holler
Leiter Qualitätsmanagement Arztdienst und
Medizincontrolling
Kantonsspital
Tellstrasse
CH-5001 Aarau
thomas.holler@ksa.ch