

Positionspapier zur Einführung des SwissDRG-Systems

(1) Ausgangslage

Die Pharmaindustrie begrüsst grundsätzlich die Einführung von leistungsbezogenen und gesamtschweizerisch einheitlichen Fallpauschalen (DRG) in Spitälern. Fallpauschalen ermöglichen einen landesweiten Leistungswettbewerb der Spitäler und können zur notwendigen Effizienzsteigerung im schweizerischen Gesundheitswesen beitragen. Es besteht jedoch die Gefahr, dass der durch DRGs ausgeübte Kostendruck auf die Leistungserbringung zu einem Qualitätsabbau führt. Damit die hohe Versorgungsqualität und -sicherheit weiterhin gewährleistet werden kann, sind Massnahmen zur Qualitätssicherung und -messung unabdingbar.

DRG-Systeme bilden den medizinisch-therapeutischen Fortschritt und die medizinische Komplexität einzelner klinischer Leistungsbereiche nur ungenügend ab. Der Zugang zur Innovation muss für alle Patienten gewährleistet bleiben. Innovative Arzneimittel ermöglichen sehr oft überhaupt erst eine qualitativ hochstehende und effiziente medizinische Therapie. Die patientenzentrierte Behandlung muss weiterhin sichergestellt sein und es dürfen keine Patientengruppen oder Patienten mit seltenen Krankheiten benachteiligt werden. Patienten im stationären Bereich dürfen bei der medikamentösen Versorgung im Vergleich zu Patienten im ambulanten Bereich nicht benachteiligt werden. Insbesondere chronische Patienten sind darauf angewiesen, dass die stationären und ambulanten Behandlungen ohne Therapiebrüche erfolgen können.

(2) Das geplante Schweizerische DRG-System weist einige systembedingte Mängel auf, die spätestens bei der Einführung behoben sein müssen.

- **Das vorgesehene DRG-System ist schwerfällig, was zwangsläufig die Einführung neuer Therapien verzögert.** Diese müssen erst einmal vollumfänglich in der Praxis eingesetzt worden sein, um in der Fallpauschale erfasst werden zu können. Arzneimitteltherapien werden oft im stationären Bereich begonnen und im ambulanten Bereich weitergeführt. Flexible Vergütungsmechanismen sind deshalb notwendig, um Patientinnen und Patienten den Zugang zur Innovation und zur Behandlung von seltenen Krankheiten zu ermöglichen. Ohne die notwendige Flexibilität durch zusätzliche Vergütungsmechanismen würde der Zugang zum medizinischen Fortschritt für die Patienten in den Schweizer Spitälern um jeweils mindestens drei Jahre verzögert.
- **Die privatrechtliche Struktur der SwissDRG AG bringt es mit sich, dass ihre Organe nicht an die öffentlich-rechtlichen Verfahrensregeln gebunden sind.** Da das DRG-System jedoch im öffentlichen Interesse steht, ist anzustreben, dass die Organe der SwissDRG AG in einem Leistungsauftrag soweit als möglich analog verpflichtet werden. Damit können der Mangel an Transparenz gegenüber den Stakeholdern angemessen kompensiert und Wettbewerbsverzerrungen verhindert werden. Weitere Betroffene, darunter die Branche der Arzneimittelhersteller, sind nicht an der SwissDRG AG beteiligt und verfügen deshalb über keine direkte Mitwirkung.
- **Da bei der Einführung des DRG-Systems zum heutigen Zeitpunkt keine qualitätssichernde Begleitforschung gewährleistet ist, besteht die Gefahr, dass Fehlentwicklungen des Systems (z.B. Verlagerung von Vor- und Nachbehandlungen auf andere Kostenträger und Verzögerungen von Innovationen) nicht rechtzeitig erkannt und zum Nachteil der Patienten zu spät korrigiert werden.**

(3) Postulate

Um die genannten Ziele zu erreichen und unerwünschten Fehlentwicklungen vorzubeugen, sind untenstehende Massnahmen notwendig. Sie sind im Hinblick auf die landesweite Einführung des DRG-Systems spätestens auf Anfang 2012 umzusetzen:

1. **Für neue, innovative Arzneimittel ist eine Zusatzfinanzierung vorzusehen**, bis diese in der DRG-Systematik korrekt abgebildet werden. Die im Ausland angewendeten Systeme wie z.B. „Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ (NUB) können die Grundlage für eine schweizerische Abgeltung sein. Das Antragsverfahren muss so ausgestaltet sein, dass fortschrittliche Therapien mit entsprechenden Arzneimitteln nach ihrer Swissmedic-Zulassung vergütet werden.

Für ungenau und noch nicht erfasste Behandlungsmethoden ist eine Antragsmöglichkeit für die individuelle Vergütung oder für Zusatzentgelte zu schaffen (z.B. aufwändige Therapien, innovative Medikamente, Implantate, Notfall). Individuelle Vergütungssysteme sind insbesondere zu etablieren, wenn die Therapieunterschiede innerhalb einer DRG zu unterschiedlichen Kosten führen oder die Fallzahlen zu gering sind.

Europäische Erfahrungen zeigen, dass Zusatzentgelte ab dem DRG-Systemstart unabdingbar sind. Aufnahme- und Entscheidungsprozesse müssen gegenüber allen Betroffenen transparent gemacht und begründet werden. Bei Ablehnungen muss die Möglichkeit einer Widererwägung geschaffen werden.

2. **Auf zusätzliche, parallele Zulassungsverfahren und Beurteilungen von Sicherheit, Qualität, Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit von Medikamenten ist zu verzichten.** Die hierfür bestehenden, gesetzlich verankerten Verfahren sind auch im DRG-Bereich zu respektieren.
3. **Das DRG-System steht mit der Regelung im Krankenversicherungsgesetz (KVG) auf öffentlich-rechtlicher Grundlage.** Soweit nicht schutzwürdige Geheimhaltungsinteressen entgegenstehen, soll auch hier das Öffentlichkeitsprinzip als Grundsatz gelten. Daher ist auch jetzt schon, d.h. in der Vorbereitungsphase, gegenüber den betroffenen Anspruchsgruppen soweit als möglich Verfahrens- und Entscheidtransparenz herzustellen. Zudem ist allen Beteiligten – wie z.B. in Deutschland – der Zugang zu allen Grouper-relevanten Daten zu gewähren.
4. **Eine Begleitforschung ist Teil der Qualitätssicherung und muss daher ab Einführung des DRG-Systems gewährleistet sein.** Die entsprechenden Vorschläge der Anspruchsgruppen wie z.B. die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH), der Schweizerische Berufsverband für Krankenpflege (SBK), die SAMW, die Ethikkommissionen und weitere Anspruchsgruppen sind zu berücksichtigen. Die Begleitforschung soll die jeweiligen Therapien gesamthaft und kontinuierlich (inkl. z.B. ambulante Nachbetreuung) erfassen, ebenso die flächendeckende Verfügbarkeit von Innovationen für alle Patienten, Patientenverschiebungen zu andern Kostenträgern (z.B. von der Kranken- in die Invalidenversicherung oder von der stationären in die ambulante Behandlung) sowie die Auswirkungen auf Aus-, Weiter- und Fortbildung des Spitalpersonals.

* * *