



SDK Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz
CDS Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires
CDS Conferenza dei direttori cantonali della sanità



Die Spitäler der Schweiz.
Les Hôpitaux de Suisse.
Gli Ospedali Svizzeri.

Kriterien zur Beurteilung von Fallgruppierungssystemen für die Schweiz

**Bericht der Arbeitsgruppe
„Fallgruppierungssysteme und Spitalfinanzierung“
der SDK und H+ Die Spitäler der Schweiz**

Von den Vorständen der SDK und H+ am 17.5.2001 genehmigte Version

Management Summary

Im Zusammenhang mit neuen Modellen zur Spitalfinanzierung werden häufig Fallgruppierungssysteme als Grundlage diskutiert. Angesichts der Tragweite der Entscheidung für ein solches System hat die Arbeitsgruppe „Fallgruppierungssysteme und Spitalfinanzierung“ der SDK und H+ Die Spitäler der Schweiz einen Katalog von Kriterien erarbeitet, der die spezifischen Anforderungen des schweizerischen Umfeldes berücksichtigt.

Die Festlegung von Kriterien kann nur über definierte Ziele erfolgen, die in Form von vier Grundprinzipien festgelegt sind: Behandlungs-, Kosten- und Vergütungstransparenz, sowie Umsetzbarkeit. Ausserdem ist die Berücksichtigung der Behandlungsqualität als Grundvoraussetzung definiert.

Sehr wichtige Voraussetzungen sind unter anderem die Eindeutigkeit und Nachvollziehbarkeit der Fallgruppierung, das Vorhandensein einer eindeutigen Faldefinition, der Leistungsbezug, die adäquate Abbildung von Multimorbidität, Komplikationen und Schweregrad, der Umgang mit Ausreissern und Extremfällen, sowie der Einbezug pflegerischer Leistungen. Weitere sehr wichtige Kriterien sind die Anpassbarkeit und Erweiterbarkeit, die Anwenderfreundlichkeit und Akzeptanz, sowie die Manipulationsresistenz. Klinische Homogenität und Kostenhomogenität der Gruppen sind beides zentrale Ziele eines Fallgruppierungssystems, jedoch sollte die klinische Homogenität immer Priorität vor der Kostenhomogenität haben.

Unter dem Aspekt des Einsatzes zur Finanzierung wird auch das Setzen von (falschen) Anreizen durch ein solches System hervorgehoben. Der vorliegende Anforderungskatalog bezieht sich jedoch auf Fallgruppierungssysteme vor dem Hintergrund des Einsatzes zur Fallpauschalierung, er berücksichtigt nicht die Pauschalierung selbst. Die Umsetzung von Fallgruppen in Fallpauschalen ist als eigener Vorgang zu betrachten, für den aber seitens der Fallgruppierungssysteme bestimmte Voraussetzungen erfüllt werden müssen.

Als Schlussfolgerung wird vor allem noch einmal die übergeordnete Bedeutung der Qualitätssicherung unterstrichen und festgehalten, dass qualitätssichernde Massnahmen auch im Hinblick auf ein nationales Benchmarking unabdingbar sind. Es wird betont, dass Qualität nicht über Kosten gemessen werden kann, und die heute feststellbare Tendenz in diese Richtung auf keinen Fall unterstützt werden darf.

Gleichzeitig wird vor dem unvorsichtigen Einsatz von Systemen und „irgendwie“-Vergleichen gewarnt. Daten, die nach der Einführung eines Fallgruppierungssystems gewonnen werden, bedürfen einer extrem sorgfältigen und kontextbezogenen Interpretation. Vorschnelle Entscheidungen auf der Basis solcher Vergleiche können ganz ungewollte, negative Effekte haben. Um so mehr ist die Transparenz des Systems und auch des Entscheidungsvorganges Voraussetzung für eine erfolgreiche Einführung.

Empfehlungen

1. Als logischer Folgeschritt nach der Erstellung dieses Anforderungskataloges sollte eine Evaluation existierender Systeme erfolgen. Dazu sollte eine Operationalisierung der Kriterien vorgenommen werden.
2. Parallel dazu müssen die Anforderungen auf der Kostenseite für die Pauschalierung definiert werden.
3. Diese Folgeschritte sollten unter Einbezug von entsprechenden Fachleuten erfolgen.

Inhalt

MANAGEMENT SUMMARY	2
1 EINLEITUNG UND HINTERGRUND	4
2 PRINZIPIEN	5
2.1 Allgemeine Prinzipien	5
2.2 Qualitätssicherung	5
3 ANFORDERUNGSKRITERIEN	6
3.1 Arten von Kriterien	6
3.2 Aufbau und Konstruktion des Systems	6
3.3 Differenzierungsgrad des Systems	7
3.4 Allgemeine Kriterien	8
4 PAUSCHALIERUNG	9
5 SCHLUSSFOLGERUNGEN	10
ANHANG A: EINFÜHRUNG ZUM THEMA FALLGRUPPIERUNGSSYSTEME	11
Arbeitsgruppe FGS/SRC	11
Ziele der Arbeitsgruppe	11
Arbeitsweise.....	11
Entwicklung des Anforderungskataloges	12
Mitglieder der Arbeitsgruppe:	12
ANHANG B: EINFÜHRUNG ZUM THEMA FALLGRUPPIERUNGSSYSTEME	13
Grundlagen	13
Existierende Fallgruppierungssysteme	13
Elemente von Fallgruppierungssystemen.....	14
ANHANG C: ANFORDERUNGSKATALOG	16

1 Einleitung und Hintergrund

In der Schweiz wird bei der Spitalfinanzierung der Übergang von Tagespauschalen zu sogenannten Fallpauschalen diskutiert. Dabei können verschiedene sogenannte Fallgruppierungssysteme als Grundlage dienen¹.

In der Tat gibt es eine Vielfalt von Systemen, die zum Teil in anderen Ländern auch schon im Bereich der Spitalfinanzierung (partiell) eingesetzt werden. Die bekanntesten Vertreter sind die sogenannten „Diagnosis Related Groups“ (DRG). Das in der Schweiz häufig diskutierte AP-DRG-System beruht auf einem in den USA entwickelten gleichnamigen System. Darüber hinaus gibt es auch eigene Entwicklungen in der Schweiz, z.B. das Modell integrierter Behandlungspfade MIPP.

Angesichts der Tragweite einer Entscheidung für ein solches Fallgruppierungssystem insbesondere im Zusammenhang mit der Spitalfinanzierung und angesichts der verschiedenen Entwicklungen in diesem Bereich in anderen Ländern scheint es begründet, einen Anforderungskatalog für Fallgruppierungssysteme und deren Einsatz in der Schweiz zu entwickeln. Die Diskussionen um solche Systeme dauern in der Schweiz schon lange an, und einzelne Systeme werden auch schon eingesetzt. Dennoch erscheint es sinnvoll, die Diskussion zu versachlichen und sich um objektive Vergleichskriterien zu bemühen, die eine weitgehend interessenfreie Beurteilung der Systeme ermöglichen.

Dieser Bericht legt die Kriterien dar, die in den Augen der Arbeitsgruppe „Fallgruppierungssysteme und Spitalfinanzierung“ (s. Anhang A) für die Auswahl eines Fallgruppierungssystems für die Schweiz wichtig sind. Dadurch soll sichergestellt werden, dass bei der Auswahl eines Systems die spezifischen Anforderungen des schweizerischen Umfeldes berücksichtigt werden. Der hier erarbeitete Anforderungskatalog stellt noch keine Empfehlung für ein System dar, er soll die Basis für einen möglichst neutralen Vergleich und die Evaluation von Fallgruppierungssystemen legen, und damit die Grundlage für eine Entscheidung für ein späteres Fallpauschalensystem bilden.

Der vorliegende Anforderungskatalog soll Anhaltspunkte für die Auswahl eines Fallgruppierungssystems, auch zur Verwendung zur Spitalfinanzierung, geben. Er berücksichtigt primär die Bedürfnisse der Sanitätsdirektionen und der Spitäler. Er sollte aber trotzdem eine gewisse Allgemeingültigkeit haben, insbesondere, da auch bei anderen Vergleichen und im Ausland verwendete Kriterien überprüft wurden. Die Anforderungskriterien können dabei natürlich nur auf einem eher allgemeinen Niveau bleiben. Die Kernelemente sind hingegen enthalten.

Dabei ist hervorzuheben, dass es sich bei dem hier beschriebenen Anforderungskatalog um Kriterien für Fallgruppierungssysteme und nicht Fallpauschalensysteme handelt, auch wenn die Fallgruppen als Grundlage für ein Pauschalierungssystem dienen sollen.

¹ „Patient Classification Systems“ (PCS, Patientenklassifizierungssysteme) PCS sind Systeme, die Patienten, oder genauer Behandlungsfälle, unter bestimmten Kriterien in Gruppen einteilen - deswegen werden sie auch Fallgruppierungssysteme (FGS) genannt. Mit Fallgruppierungssystemen werden also Behandlungsfälle strukturiert. Ordnet man den einzelnen Gruppen eines solchen Systems Pauschalen zu, so wird aus dem Fallgruppierungssystem ein Fallpauschalensystem. Dies setzt jedoch gewisse Anforderungen an das System voraus.

2 Prinzipien

2.1 Allgemeine Prinzipien

Die Festlegung von Kriterien für Fallgruppierungssysteme, die als Basis für Fallpauschalen dienen sollen, und deren Gewichtung kann nur vor dem Hintergrund klar definierter Ziele erfolgen. Diese werden in Form von vier Grundprinzipien definiert:

- **Behandlungstransparenz:**
Die Behandlungen, die im Rahmen einer Fallgruppe erfolgen, sind nachvollziehbar.
- **Umsetzbarkeit:**
Das Fallgruppierungssystem ist mit realistischem zeitlichen wie kostenmässigem Aufwand realisierbar.
- **Kostentransparenz:**
Es besteht Klarheit über den Aufwand, der für die Behandlung einer Fallgruppe anfällt; die Kosten, die dabei entstehen, sind nachvollziehbar.
- **Vergütungstransparenz:**
Die effektiven Kosten und Leistungen, die im Rahmen einer Fallgruppe anfallen, können ausgewiesen werden.

Hinsichtlich des Differenzierungsgrades eines Systems können unterschiedliche Bedürfnisse bei den verschiedenen Anwendern entstehen. Grundsätzlich besteht aber auf allen Seiten ein Bedürfnis nach Transparenz. Daher wurde bei der Erarbeitung der Kriterien von einem generell hohen Differenzierungsgrad ausgegangen (siehe 3.3).

2.2 Qualitätssicherung

Es ist unbestritten, dass Qualitätsmessung nicht Inhalt eines Fallgruppierungssystems sein kann und ein Fallgruppierungssystem auch nicht als Instrument zur Qualitätsmessung verwendet oder erweitert werden kann. Ein Fallgruppierungssystem muss jedoch unbedingt qualitätssichernde Elemente beinhalten oder damit kombiniert werden, wenn es als Fallpauschalsystem eingesetzt werden soll. Der Grund dafür ist, dass bei einem pauschalierenden System ohne qualitätssichernde Elemente falsche Anreize gegeben werden können. So wird durch eine reine Fallpauschale ein Anreiz zur Erhöhung des „Durchsatzes“ (Throughput, gegebenenfalls auch Mengenausweitung) gesetzt, die Leistungen für einen Fall und deren Qualität werden jedoch nicht berücksichtigt. Man würde sich also von der Leistungsorientierung weg bewegen.

Die **Berücksichtigung der Behandlungsqualität²** ist somit eine **conditio sine qua non**. Sie wird deshalb nicht noch einmal als Kriterium in den Anforderungskatalog aufgenommen. Sie könnte über die Integration von patientenzentrierten Indikatoren, welche den Outcome oder die Behandlungsqualität beschreiben, erfolgen. Dabei muss auch der medizinischen Entwicklung Rechnung getragen werden.

² Beispielsweise Hinterlegung von Guidelines, Bezug zu EBM, EBP, Outcome-Messung, etc.

3 Anforderungskriterien

3.1 Unterteilung der Kriterien

Bei den Anforderungskriterien für ein Fallgruppierungssystem wird zwischen mehr technisch orientierten Kriterien, die sich auf Aufbau und Konstruktion des Systems beziehen, und mehr inhaltlich orientierten Kriterien, sowie einer Gruppe von allgemeinen Kriterien unterschieden.

Anforderungen, die durch ein System unbedingt erfüllt werden müssen, werden als „KO-Kriterien“ bezeichnet. Darüber hinaus werden die Kriterien einer von den drei Gruppen „Sehr wichtig“, „Wichtig“ und „Weniger wichtig“ zugeordnet (siehe Anhang C). Ein Teil der weniger wichtigen Kriterien ist anderen Elementen zugeordnet. Bei als wichtig eingestuften Kriterien, die aber keine KO-Kriterien sind, muss man realistischere davon ausgehen, dass sie ein wichtiges Ziel darstellen, aber heute nicht unbedingt vollständig erfüllt werden können.

3.2 Aufbau und Konstruktion des Systems

Zentrale und unabdingbare Kriterien sind die Anforderungen bezüglich **Eindeutigkeit** und **Nachvollziehbarkeit** der **Fallgruppierung**. Eindeutigkeit bedeutet, dass gleiche Fälle immer der gleichen Gruppe zugeordnet werden müssen (reliability). Hinter Nachvollziehbarkeit steht die Forderung nach Transparenz: die Zuordnung der Fälle muss vor allem medizinisch (fachlich) immer nachvollzogen werden können. Diese Kriterien sind die Grundlage für die später beschriebene Manipulationsresistenz eines Systems, sie sind auch Voraussetzung für die Akzeptanz eines Systems durch die verschiedenen Partner.

Auf gleicher Ebene ist das Vorhandensein einer klaren, eindeutigen und in der Praxis einheitlich verwendbaren **Falldefinition** zu sehen: nur mit einer solchen Falldefinition, bei der z.B. interne wie externe Verlegungen einheitlich gehandhabt werden, ist ein Vergleich der Fälle überhaupt möglich. Ein System muss einer solchen Falldefinition gegebenenfalls angepasst werden können, und mit den Entwicklungen auf diesem Gebiet Schritt halten können (z.B. Entwicklung in ambulanter Chirurgie oder auch die Ausdehnung auf sogenannte „Behandlungsepisoden“). Dieses Kriterium ist eng mit der Verwendung des Systems verknüpft.

Ebenso zentral ist auch der Einbezug von **Multimorbidität, Komplikationen sowie dem Schweregrad einer Erkrankung**. Diese Faktoren können den Behandlungsaufwand um ein Vielfaches erhöhen, und müssen deshalb unbedingt adäquat berücksichtigt werden. In diesem Zusammenhang ist auch die Berücksichtigung von **Mehrfachbehandlungen** zu sehen: Mehrfachbehandlungen (z.B. Kombinationseingriffe) stellen einen zusätzlichen Aufwand dar. Wenn ihre Durchführung innerhalb eines Falles nicht berücksichtigt wird, kann ein Anreiz dazu gegeben werden, die Mehrfachbehandlungen in mehrere Einzelbehandlungen mit mehreren Aufenthalten aufzuteilen (z.B. Katarakt-Operation beidseitig). Dieses Kriterium wird jedoch als weniger wichtig eingestuft.

Auch gibt es unterschiedliche Möglichkeiten, Merkmale wie Multimorbidität, Komplikationen oder den Schweregrad einer Erkrankung, sowie Mehrfachbehandlungen in einem System zu berücksichtigen. Werden dabei einfach die Fallgruppen weiter unterteilt, so kann es zu einer starken Erhöhung der Anzahl der Fallgruppen kommen. Werden diese Merkmale jedoch zusätzlich für die Zuordnung zu den Fallgruppen verwendet, kann man zu bezüglich des Aufwands homogeneren Gruppen kommen. Es geht bei diesen Betrachtungen auch immer darum, einen Kompromiss zwischen der Einzelfallbetrachtung und wenigen, ungenügend differenzierten und inhomogenen Gruppen zu finden. Dieser Konflikt wird bei den inhaltlichen Anforderungen noch einmal verdeutlicht.

Ein sehr technisch wirkendes, dennoch sehr wichtiges Kriterium ist die **Trennbarkeit der Einteilung in Fallgruppen** von den **Kennzahlen und deren Kalkulation**: Die Einteilung in

Fallgruppen kann z.B. aus einem anderen Land übernommen werden, Kennzahlen für die Fallgruppen wie beispielsweise cost-weights oder auch durchschnittliche Aufenthaltsdauern, müssen jedoch unbedingt neu berechnet werden. Deswegen müssen diese Elemente klar getrennt sein.

Ein weiteres Kriterium, das alle anderen betrifft, ist die **Anpassbarkeit und Erweiterbarkeit**. Anpassbarkeit und Erweiterbarkeit können von einer eher technischen Seite betrachtet werden: Sollte ein System bestimmte oben genannte Kriterien nicht oder nur teilweise erfüllen, kann es dann in dieser Hinsicht angepasst oder erweitert werden? Darunter wird auch die Anpassbarkeit hinsichtlich Klassifikationen (ICD-10, ICD-9-CM etc.) subsumiert. Das Kriterium kann aber auch auf inhaltliche Aspekte ausgedehnt werden: Ist es z. B. möglich, neue medizinische Behandlungsverfahren problemlos zu integrieren? Inhaltlich ist dies eng verknüpft mit dem Kriterium **Maintenance und Wartbarkeit** des Systems: die technische Wartbarkeit des Systems wird als weniger wichtig bewertet, die kontinuierliche Aktualisierung bezüglich der medizinischen Inhalte ist jedoch sehr wichtig.

Weniger wichtige Kriterien sind die **Hierarchisierung der Fallgruppen** und ihre **Aggregierbarkeit** auf verschiedenen Ebenen, da davon ausgegangen werden kann, dass diese Anforderungen von den Systemen in ausreichendem Masse erfüllt werden.

3.3 Differenzierungsgrad des Systems

Bezüglich Inhalt und Abdeckung des Systems zeigen sich der **Leistungsbezug**, der **Umgang mit Ausreißern und Extremfällen**, die **klinische Homogenität** und die **Kostenhomogenität** als wichtigste Kriterien. Dies entspricht in der Tat den allgemeinen Zielsetzungen, wenn man ein Fallgruppierungssystem zur Pauschalierung und Finanzierung einsetzen möchte:

Klinische Homogenität und Kostenhomogenität sind die Merkmale, die zur Bildung der Fallgruppen herangezogen werden, und bilden daher die grundlegenden Kriterien für ein Fallgruppierungssystem. Die **klinische Homogenität** ist schwer zu messen, sie kann eigentlich nur durch den Kliniker beurteilt werden. Sie ist jedoch Voraussetzung dafür, dass ein System auch durch die ‚Ausführenden‘ akzeptiert werden kann. Die **Kostenhomogenität** wird meist mit der sogenannten „Varianzreduktion“ beschrieben: Schwanken die Kosten der Fälle in den Gruppen weniger als wenn man alle Fälle „in den gleichen Topf werfen“ würde? Dies ist die zentrale Frage: wären die Schwankungen innerhalb der Gruppen gleich gross wie in der Gesamtmenge, so bräuchte man keine Gruppen einzuführen! Deshalb misst man die Reduktion der Varianz nach der Gruppenbildung gegenüber der Varianz in der Gesamtmenge. Man geht dabei von der Hypothese aus, dass klinische ähnliche Fälle auch einen ähnlichen Aufwand verursachen. Sonst könnte man theoretisch alle Fälle mit ähnlichem Aufwand, auch wenn sie medizinisch nichts miteinander zu tun haben, in Gruppen zusammenfassen (Fälle bis Fr. 1000, Fälle bis Fr. 2000, ...etc.). In jedem Fall muss – obschon beide Kriterien als sehr wichtig eingestuft werden – **die klinische Homogenität immer Priorität vor der Kostenhomogenität haben** und ist höher zu bewerten.

Es ist zu beachten, dass **zwischen Gruppen-Homogenität und -Anzahl ein Zusammenhang** besteht: Je mehr Gruppen ein System enthält, desto homogener können diese in sich selbst sein, sie müssen es aber nicht zwingender Weise. Aus praktischen wie auch aus statistischen Gründen ist jedoch die **Anzahl der Gruppen sinnvollerweise zu begrenzen**.

Ausreisser und Extremfälle sind Einzelfälle, die innerhalb einer klinisch sonst homogenen Gruppe einen extremen Aufwand verursachen (z.B. extrem lange Liegedauern), z.B. durch Komplikationen. Diese Einzelfälle können den durchschnittlichen Aufwand um ein Vielfaches übersteigen (oder weit darunter bleiben), und damit die Kostenhomogenität innerhalb einer Gruppe wesentlich verringern. Deshalb ist eine gesonderte Berücksichtigung dieser Fälle wichtig.

Wenn man Fallgruppierungssysteme zur Finanzierung einsetzen möchte, so ist es ein wichtiges Ziel, einen **Leistungsbezug** herzustellen. Diagnosebezogene Fallgruppierungssysteme (Diagnosis Related Groups, DRG) basieren auf der Hypothese, dass der Leistungsbezug über die Diagnose hergestellt wird, d.h. dass eine Diagnose immer eine bestimmte Leistung auslöst. Da aber noch andere Faktoren die Leistungen bestimmen, werden auch andere Merkmale wie Operationen, Komplikationen, Alter etc. auf verschiedene Arten berücksichtigt. Behandlungspfad-orientierte Systeme (PMC, MIPP) stellen den Bezug zur Leistung eben über diesen Behandlungspfad und die dabei standardmässig zu erbringenden Leistungen her.

Das Kriterium Leistungsbezug untersucht, ob die Repräsentation der Leistung adäquat ist. Dabei stellt die Berücksichtigung der Behandlungsqualität (siehe 2.2) ein wichtiges Element des Leistungsbezugs dar, sie wird jedoch als so grundlegend erachtet, dass sie zum Prinzip erhoben wird.

Die **Berücksichtigung pflegerischer Leistungen** ist ein separates, sehr wichtiges Kriterium und wird daher aus dem Leistungsbezug herausgenommen: Die pflegerischen Leistungen werden als so wichtig eingestuft, dass ihre angemessene Berücksichtigung eigens überprüft werden sollte.

Ein weiteres sehr wichtiges Kriterium ist die **Manipulationsresistenz**. Sie wird durch die Eindeutigkeit und Nachvollziehbarkeit der Fallgruppierung beeinflusst und hängt extrem stark von der „Robustheit“ des Systems gegenüber Codiervarianten ab. Wenn z.B. Diagnosecodes mit ähnlichen klinischen Inhalten eine unterschiedliche Gruppierung bewirken können, dann kann ein Anreiz zur ‚optimierenden Codierung‘ gegeben werden. Dies gilt noch mehr für eine unterschiedliche Reihenfolge in der Angabe der Diagnosecodes.

Klinische Homogenität, Kostenhomogenität und Manipulationsresistenz sind sehr wichtig, jedoch keine K.O.-Kriterien. Alle drei stellen ausserordentlich wichtige Eigenschaften eines Systems dar, die aber realistisch gesehen heute nicht vollkommen erfüllt werden können.

Wichtig ist ebenfalls, dass das **gesamte Fallspektrum** abgedeckt wird (Vollständigkeit). Sollte ein grosser Anteil von Fällen nicht oder nur sogenannten „**Restgruppen**“ (unspezifische Gruppen, z.B. mit fehlerhafter Kodierung) zugeordnet werden können, so kann ein System auch in der Praxis nur teilweise eingesetzt werden. (Anmerkung: Diese Fälle sind ganz klar zu trennen von den Extremfällen innerhalb einer präzise definierten Gruppe.) Die **Anwendbarkeit ausserhalb des akutstationären Bereiches** (Psychiatrie, Rehabilitation, Tageschirurgie) ist weniger wichtig und steht zum jetzigen Zeitpunkt nicht im Vordergrund.

Ein wichtiges realitätsbezogenes Kriterium ist auch, inwieweit die für die Gruppierung **erforderlichen** Daten durch die derzeit in der Schweiz eingeführte **Falldokumentation** für die Bundesstatistik abgedeckt werden.

3.4 Allgemeine Kriterien

Die allgemeinen Kriterien beziehen sich auf generelle Anforderungen an ein System, das in diesem Bereich eingesetzt werden soll. Sie lauten **Anwenderfreundlichkeit und Akzeptanz** („Sehr wichtig“), **Verfügbarkeit** („Wichtig“) und **Informatikumsetzung** („Wichtig“).

Bei der **Anwenderfreundlichkeit und Akzeptanz** ist vor allem die Akzeptanz in den Spitälern durch diejenigen, welche die entsprechenden Daten und Informationen produzieren und liefern müssen (z.B. Codierer, Ärzte), von hoher Bedeutung. Ein solches System muss von den Anwendern mitgetragen werden. Es muss sichergestellt werden, dass die Leistungserbringer sich mit ihren Leistungen in einem solchen System wiederfinden.

Unter **Verfügbarkeit** ist nicht nur die zeitliche Verfügbarkeit (bereits im Einsatz oder erst projektiert) zu verstehen, sondern auch die kostenmässige Verfügbarkeit (Public Domain versus lizenzrechtliche Bindungen; Kosten des Systems, Kosten der Implementierung und Kosten

der Wartung), sowie urheberrechtliche Aspekte (Anpassungen am System möglich oder nicht).

Bei der Informatikumsetzung ist nicht nur die Wartungsfreundlichkeit und der transparente Aufbau des Systems als solches wichtig, sondern auch das Vorhandensein von klar definierten, parametrierbaren Schnittstellen, und vor allem muss das System einfach in die verschiedensten Umgebungen in den Spitälern integriert werden können.

Weitere Kriterien sind:

- **Horizontale und vertikale Durchlässigkeit:** Horizontale Durchlässigkeit bedeutet Flexibilität bzgl. der Behandlungsabläufe, vertikale Durchlässigkeit bedeutet Flexibilität bzgl. der Gruppenbildung. Mit diesen Kriterien wird gefordert, dass das System in beide Richtungen, d.h. sowohl bei der Zuordnung der Fälle zu den Gruppen, als auch bezüglich der Behandlungsprozesse, einfach angepasst werden kann. Dies könnte unter inhaltliche Anpassbarkeit subsumiert werden, was der Bedeutung der kontinuierlichen Anpassung eines Systems an die medizinischen Entwicklungen zusätzlich Ausdruck verleiht.
- Welche Anreize setzt das System bzgl. **Mengenausweitung**? Welche Anreize werden überhaupt gegeben, welche Leistungsaspekte unterstützt, welche eher sanktioniert?

Diese beiden Punkte sprechen den praktischen Einsatz zur Finanzierung an.

4 Pauschalierung

Sobald ein Fallgruppierungssystem zur Finanzierung eingesetzt wird, müssen den einzelnen Fallgruppen Pauschalen zugeordnet werden. Die Pauschalierung ist ein Prozess, der außerhalb der Gruppierung erfolgt und daher getrennt zu betrachten ist.

In Gruppierungssystemen ist die Berücksichtigung von Finanzdaten im Zusammenhang mit der Homogenität (Kostenhomogenität) zwar relevant und wurde unter 3.3 auch entsprechend berücksichtigt. Die Erarbeitung von Kriterien für die Pauschalierung selbst ist jedoch wesentlich weiter gehend.

Aus diesem Grund sind hier nur beispielhaft einige Kriterien bezüglich der Berechnung und Zuordnung von effektiven Kosten zu den einzelnen Gruppen und der Generierung von Pauschalen zum Zweck der Vergütung angeführt.

Kalkulationsmodell:

Liegt ein betriebswirtschaftliches Kalkulationsmodell zugrunde?

Kalkulationsbasis:

Welche Kostenarten und –stellen werden berücksichtigt? Werden die Kosten sämtlicher Leistungen berücksichtigt (ärztliche Leistungen, Pflege, Therapie, Hotellerie, Investitionsanteile)? Werden Kosten oder Preise ermittelt?

Manipulierbarkeit:

Ist das Kostenmodell transparent und robust?

Maintenance:

Können Veränderungen in den Kosten-/Preisgegebenheiten rasch berücksichtigt werden?

5 Schlussfolgerungen

Die Auswahl eines Fallgruppierungssystems zum Zwecke der Spitalfinanzierung ist sicher eine komplexe und folgenreiche Entscheidung. Es bleibt, noch einmal auf die Bedeutung der zu Beginn beschriebenen Prinzipien der Behandlungs-, Kosten-, Vergütungstransparenz, sowie der Umsetzbarkeit hinzuweisen. Vor allem wird noch einmal die übergeordnete Bedeutung der Qualitätssicherung unterstrichen. Weiterhin wird festgehalten, dass qualitätssichernde Massnahmen auch im Hinblick auf ein nationales Benchmarking unabdingbar sind. Es wird betont, dass Qualität nicht über Kosten gemessen werden kann, und die heute feststellbare Tendenz in diese Richtung auf keinen Fall unterstützt werden darf.

Gleichzeitig wird vor dem unvorsichtigen Einsatz von Systemen und „irgendwie“-Vergleichen gewarnt. Daten, die nach der Einführung eines Fallgruppierungssystems gewonnen werden, dürfen in einer ersten Phase nur äusserst zurückhaltend verwendet werden. Sie bedürfen einer extrem sorgfältigen und kontextbezogenen Interpretation. Vorschnelle Entscheidungen auf der Basis solcher Vergleiche können ganz ungewollte, negative Effekte haben. Dies haben erste Erfahrungen gezeigt. Um so mehr ist die Transparenz des Systems und auch des Entscheidungsvorganges für ein System Voraussetzung für eine erfolgreiche Einführung.

Darüber hinaus muss darauf aufmerksam gemacht werden, dass der Einsatz eines Fallgruppierungssystems zur Spitalfinanzierung eine kontinuierliche Anpassung des Systems, sowohl auf der medizinischen, als auch auf der hier nicht weiter betrachteten Kostenseite erfordert. Dies kann nur in einer institutionalisierten Form erfolgen.

Es muss auch noch einmal betont werden, dass dieser Katalog Kriterien für Fallgruppierungssysteme vor dem Hintergrund des Einsatzes zur Fallpauschalierung umfasst, jedoch nicht die Pauschalierung selbst berücksichtigt. Die Umsetzung von Fallgruppen in Fallpauschalen ist ein eigener Vorgang, der getrennt zu untersuchen ist. Wohl aber muss ein Fallgruppierungssystem entsprechende Voraussetzungen erfüllen, um eine Umsetzung in Pauschalen zu ermöglichen.

Empfehlungen

1. Als logischer Folgeschritt nach der Erstellung dieses Anforderungskataloges sollte eine Evaluation existierender Systeme erfolgen. Dazu sollte eine Operationalisierung der Kriterien vorgenommen werden.
2. Parallel dazu müssen die Anforderungen auf der Kostenseite für die Pauschalierung definiert werden.
3. Diese Folgeschritte sollten unter Einbezug von entsprechenden Fachleuten erfolgen.

Anhang A: Auftrag der Arbeitsgruppe FGS/SRC

Arbeitsgruppe FGS/SRC

H+ Die Spitäler der Schweiz hat im Juni 2000 einen Antrag an die SDK auf Gründung einer gemeinsamen Arbeitsgruppe „Patientenklassifikationssysteme und Spitalfinanzierung“ gestellt. Dieser Antrag wurde von den Vorständen der SDK und H+ sehr begrüsst, die sofortige Gründung dieser Gruppe beschlossen und auf eine raschestmögliche Aufnahme der Arbeiten gedrängt. Den kantonalen Behörden wurde in der Zwischenzeit angeraten, mit Entscheidungen bezüglich der Einführung von Fallgruppierungssystemen zuzuwarten.

Die Gruppe wurde „Arbeitsgruppe Fallgruppierungssysteme und Spitalfinanzierung“ (Groupe de travail sur les systèmes de regroupement de cas et le financement des hôpitaux) genannt. Sie sollte in einer ersten Phase im 2. Halbjahr 2000 einen Katalog mit Anforderungen an ein Fallgruppierungssystem für die Schweiz erarbeiten. In einer zweiten Phase sollen dann im 1. Halbjahr 2001 die verschiedenen bereits existierenden Systeme anhand dieses Anforderungskataloges evaluiert werden.

Die Arbeitsgruppe setzte sich paritätisch aus Vertretern der SDK und von H+ Die Spitäler der Schweiz zusammen. Die SDK stellte Vertreter der Sanitätsdirektionen, H+ stellte Vertreter der Spitäler. H+ hat dabei bewusst die Hälfte ihrer Vertreter aus der Spitalärzteschaft gewählt. Vertreter anderer Organisationen des Gesundheitswesens werden nach Abschluss des Berichtes konsultiert. Die Arbeitsgruppe entschied selbst über ihre Informationspolitik.

Ziele der Arbeitsgruppe

Die Arbeitsgruppe hatte zum Ziel, die Grundlagen für eine neutrale Evaluation von Fallgruppierungssystemen zu erarbeiten. Anhand dieser Grundlagen sollen existierende Fallgruppierungssysteme hinsichtlich der Anforderungen von Kantonsbehörden und Spitalverantwortlichen überprüft werden können. Dabei sollten die Bedürfnisse der verschiedenen möglichen Anwender eines solchen Systems berücksichtigt und insbesondere auf die Verwendbarkeit für die Finanzierung und Tarifierung von Spitalleistungen geachtet werden.

Mit Hilfe eines Anforderungskataloges sollen in einer Folgephase Vor- und Nachteile bestehender Systeme ausgewiesen werden können. Allenfalls sollen Schwachstellen bestehender Systeme aufgezeigt und Vorschläge zur Ergänzung oder zur Verbesserung gemacht werden, unter Einbezug der Erfahrungen im Ausland.

Für die Arbeitsgruppe stand ganz klar der Realitätsbezug im Vordergrund. Es war nicht das Ziel der Arbeitsgruppe, Idealvorstellungen zusammenzustellen und die Entwicklung eines neuen Systems herbeizuführen, sondern ein Hilfsmittel für die Bewertung bestehender Systemen zur Verfügung zu stellen.

Arbeitsweise

Der Arbeitsgruppe wurde eine Liste möglicher Anforderungskriterien für Fallgruppierungssysteme zur Verfügung gestellt. In einer ersten Sitzung wurden allgemeine Prinzipien festgelegt, und die Begriffe geklärt. Anschliessend wurden mit Hilfe eines Fragebogens die Kriterien dieser Liste durch jedes Mitglied bewertet. In einer zweiten Sitzung wurden die Ergebnisse dieser Bewertung diskutiert und die Liste entsprechend angepasst. Anschliessend wurden die Ergebnisse in diesem Bericht zusammengefasst. In einer dritten Sitzung wurde der Bericht abgeschlossen.

Formal haben sich die Mitglieder der Arbeitsgruppe verpflichtet, bei der Erarbeitung auf Sachlichkeit und Neutralität zu achten, die Anforderungen selbst nicht nach existierenden Systemen auszurichten und allenfalls wirtschaftliche Interessen bezüglich eines Systems offen zu legen.

Wichtig war die Erarbeitung eines Konsenspapiers, das von allen Mitgliedern vertreten werden kann. Darüber hinaus sollte auf die Erarbeitung praktisch umsetzbarer Kriterien geachtet werden, die von den verschiedenen Partnern verstanden und angewendet werden können. Auf extrem technische Kriterien sollte zugunsten der Ergebnisorientierung verzichtet werden. In diesem Sinne soll der vorliegende Bericht Leitlinien zur Beurteilung von Systemen geben und damit den Entscheidungsträgern ein Entscheidungsinstrument zur Verfügung stellen. Die Arbeitsgruppe hat sich daher auch bewusst auf zentrale Kriterien beschränkt.

Entwicklung des Anforderungskataloges

Bei den Anforderungskriterien für ein Fallgruppierungssystem wurde zwischen mehr technisch orientierten Kriterien, die sich auf Aufbau und Konstruktion des Systems beziehen, und mehr inhaltlich orientierten Kriterien, sowie einer Gruppe von allgemeinen Kriterien unterschieden.

Ausgehend von einer Liste von Kriterien, wurden zuerst die Kriterien und ihre Bedeutung diskutiert. Anschliessend wurden alle Kriterien durch die Arbeitsgruppenmitglieder bewertet, gleichzeitig konnten sogenannte ‚KO‘ – Kriterien gekennzeichnet werden. Dabei kristallisierte sich eine Gruppe von Kriterien heraus, die von allen als sehr wichtig und häufig auch als KO-Kriterien gewertet wurden. Dies sind Anforderungen, die durch ein System unbedingt erfüllt werden müssen. Andere wurden als ebenso wichtig beurteilt, aber nicht als KO-Kriterium gesehen: Bei diesen Kriterien muss man realistischerweise davon ausgehen, dass sie ein wichtiges Ziel darstellen, aber heute nicht unbedingt vollständig erfüllt werden können. Kriterien mit stark uneinheitlicher Bewertung wurden noch einmal diskutiert, zum Teil waren noch Bedeutungsklärungen erforderlich.

Als Ergebnis wurden die Kriterien in 3 Gruppen eingeteilt: „Sehr wichtig“, „Wichtig“ und „Weniger wichtig“ (siehe Anhang B). Ein Teil der als weniger wichtig erachteten Kriterien wurde anderen Elementen zugeordnet.

Mitglieder der Arbeitsgruppe:

Walter Bachmann, Gesundheits- und Sozialdepartement des Kantons Luzern (SDK)

Prof. Dr. med. Dieter Conen, Kantonsspital Aarau (H+)

Dr. med. Michael Dieckmann, Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich (SDK)

Stefan Ebner, Claraspital Basel

Annamaria Müller Imboden (SDK, Stellvertretender Vorsitz)

PD Dr. med. Franco Salomon, UniversitätsSpital Zürich (H+)

Hubert Schaller, Hôpital Cantonal Fribourg (H+)

Luc Schenker, Hospices Cantonaux Vaudois, Lausanne (SDK)

Erhard Trommsdorff, Gesundheitsdepartement des Kantons Aargau (SDK)

Dr. sc. hum. Judith Wagner (H+, Vorsitz)

Autorin des Berichts: Judith Wagner

Anhang B: Einführung zum Thema Fallgruppierungssysteme

Grundlagen

In einem Fallgruppierungssystem¹ versucht man, Behandlungsfälle zu strukturieren und zu benennen. Man fasst Fälle in einer Gruppe zusammen, die möglichst homogen bezüglich bestimmter definierter Kriterien sind. Dies können medizinische oder ökonomische Kriterien sein. In der Realität versucht man, beide Kriterien miteinander zu verbinden. Es handelt sich jedoch (noch) nicht um ein Fallpauschalsystem oder ein Entgeltsystem.

Auf jeden Fall handelt es sich aber um eine Art Klassifikation, und Klassifizierung ist immer auch mit Informationsverlust verbunden. Die Art dieses Informationsverlustes hängt von den verwendeten Merkmalen ab. Teilt man z.B. Patienten nach ökonomischen Kriterien ein, wird es sehr schwer sein, sie anschliessend noch nach medizinischen Kriterien zu trennen, und umgekehrt. Deswegen hängt die ‚Qualität‘ einer Klassifikation auch sehr stark von der Fragestellung ab, die man untersucht.

Als Klassifikationskriterien für Fallgruppen werden meist Patientenmerkmale und/oder Behandlungsmerkmale herangezogen. Patientenmerkmale können die Diagnosen (Haupt-/Nebendiagnosen), das Alter des Patienten, sein Geschlecht, der Status bei Entlassung oder der Schweregrad der Erkrankung sein. Behandlungsmerkmale können die Prozeduren selbst (Operationen etc.), aber auch die notwendigen Ressourcen für eine Behandlung sein (hier ist Vorsicht geboten, wenn man anschliessend wieder Kosten darüber bestimmen möchte).

Über die Merkmale Diagnose(n) und Prozedur(en) baut eine Patientenklassifikation auf Diagnose- und Prozedurenklassifikationen auf. In der *Schweiz* wird für Diagnosen mit der **ICD-10** und für Prozeduren mit der **CHOP** (Übersetzungen der ICD-9-CM, Vol. 3) gearbeitet.

Existierende Fallgruppierungssysteme

Es gibt viele verschiedene Systeme, die versuchen, Patienten oder Behandlungsfälle in homogene Gruppen unter Kostenaspekten einzuteilen. Diese beschränken sich allerdings überwiegend auf Akut-Patienten. Dazu gehört natürlich die ganze Familie der Diagnosis Related Groups (DRG).

Die ursprünglichen DRGs wurden an der Yale-University von Robert Fetter entwickelt zur Verbesserung des Krankenhaus-Managements. Sie wurden von der Health Care Financing Administration (HCFA) für die Patienten der Medicare übernommen (>65 Jahre). Sie werden als **HCFA-DRG** bezeichnet, jährlich aktualisiert und der Allgemeinheit zur Verfügung gestellt. Im Rahmen eines Auftrags der HCFA an Yale entstanden in den 80er Jahren die Refined DRG's (**RDRG**), bei denen die Nebendiagnosen und Komplikationen überarbeitet wurden. 1987 wurde im Staat New York beschlossen, DRGs für Patienten, die nicht der Medicare angehören, zu verwenden. Für entsprechende Anpassungen wurde der Firma 3M ein Auftrag erteilt. 3M entwickelte die All Patient DRGs (**AP-DRG**), vor allem durch Ergänzung der Bereiche Neonatologie, Pädiatrie und HIV. 1993 initiierte die HCFA eine erneute Überarbeitung der Nebendiagnosen und Komplikationen auf der Basis der HCFA-DRGs (in welche die Ergänzungen der AP-DRGs teilweise auch wieder integriert wurden). Es entstanden die Severity Refined DRGs (**SR-DRG**). Auch 3M erweiterte und veränderte die Struktur der AP-

¹ Häufig wird in diesem Zusammenhang auch der Begriff Patientenklassifikationssystem (Patient Classification System – PCS) verwendet, der sinngemäss eine Zusammenfassung von Patienten in homogene Gruppen bedeutet. Da dieser Begriff jedoch zu Verwechslungen mit Prozedurenklassifikationen (Procedure Classification Systems – PCS) führen kann, wird hier die Bezeichnung Fallgruppierungssystem beibehalten.

DRGs, es entstanden die All Patient Refined DRGs (**APR-DRG**). Die neueste Entwicklung der Firma 3M sind die **IR-DRGs**, sie wurden aus den APR-DRGs abgeleitet.

Von den HCFA-DRGs wurden Systeme abgeleitet wie **NordDRG**, das in Skandinavien eingesetzt wird, oder die **GHM** (Groupes homogènes de malades) in Frankreich. In Australien wurden auf der Basis der HCFA-DRG's und der APR-DRGs die Australian National DRGs (**AN-DRG**) und zuletzt die Australian Refined DRGs (**AR-DRG**) gebildet.

In den USA gibt es aber auch andere Systeme wie Patient Management Categories (**PMC**), die auf typischen Behandlungspfaden beruhen (Patient Management Path – PMP), und Disease Staging (**D.S.**) mit ca. 400 Kategorien und 4 Schweregraden für jede Kategorie.

In Europa gibt es nicht nur Abwandlungen der verschiedenen DRG-Systeme, manche Länder haben sich nach Überprüfung der existierenden Systeme zur **Eigenentwicklung** entschlossenⁱ. So wurde in Deutschland z.B. das System der Fallpauschalen/Sonderentgelte (**FP/SE**)ⁱⁱ oder in Österreich das System der 'Leistungsorientierten Diagnose-Fallgruppen' (**LDF**) entwickelt. Beide sind seit mehreren Jahren im Einsatz. Das FP/SE-Modell in Deutschland deckte jedoch nur einen Teil des Fallspektrums ab, deshalb wurde dort im Juni 2000 nach einem umfangreichen Evaluationsprozess die Einführung des australischen AR-DRG Systems beschlossen.

Das 'Modell integrierter Behandlungspfade' (**MIPP**) ist eine Schweizer Entwicklung, bei der die Kosten für standardisierte Behandlungspfade berechnet werden – ähnlich wie bei den PMC.

Elemente von Fallgruppierungssystemen

Ein Fallgruppierungssystem wird zum Fallpauschalsystem oder Entgeltsystem, in dem den einzelnen Fallgruppen Kennzahlen zugeordnet werden, die dann eine Umsetzung in 'Preise' finden. Diese sollten sich natürlich an den effektiven Kosten orientieren. Die Ermittlung effektiver Behandlungskosten ist jedoch sehr aufwändig, da sie einerseits eine detaillierte Erfassung der Einzelleistungen erfordert, und andererseits die Kosten der Einzelleistungen (z.B. Röntgen, bestimmte Operationen, pflegerische Leistungen) bekannt sein müssen. Immer wieder werden Preise statt Kosten in Berechnungen mit eingeschlossen, die Verwendung von Preisen an dieser Stelle führt aber zu Verzerrungen.

In diesem Zusammenhang gewinnen auch Pflegeklassifikationen an Bedeutung: Die pflegerische Einordnung wird bei den meisten Fallgruppierungssystemen als Folge der ärztlichen Diagnose/Therapie verstanden und bei den Patientenmerkmalen nicht berücksichtigt. Sie sollte jedoch zumindest bei der Berechnung der Behandlungskosten mit einbezogen werden.

Als **Kennzahlen** (relative Gewichte) für einzelne Fallgruppen werden im wesentlichen zwei Parameter verwendet: die durchschnittliche Aufenthaltsdauer (Average Length of Stay - ALOS), und die sogenannten Kostengewichte (Cost Weights - CW). Die Kostengewichte geben relative Kosten an: Eine Fallgruppe mit CW 1.6 hat doppelt so hohe durchschnittliche Kosten wie eine Fallgruppe mit CW 0.8. Die Bestimmung der Kennzahlen setzt grosse Fallzahlen voraus. Sie müssen aber für jedes Land neu bestimmt werden, insbesondere wird die Übernahme von Kostengewichten aus den USA als sehr problematisch angesehen (unter anderem sind in den USA auch Arzthonorare nicht enthalten). Inkorrekte Kostengewichte können unerwünschte oder gar fatale Anreize geben. Extrem unterschiedliche Werte von verschiedenen Systemen lassen Zweifel aufkommen: so stellt Fischer einen Vergleich zwischen der Gewichtung einer Appendektomie im Verhältnis zu einer Inguinalhernien-Operation in verschiedenen Systemen aufⁱⁱⁱ. Die Werte schwanken zwischen +75% und – 33%!

Unter **Case-Mix-Index** versteht man ein durchschnittliches Kostengewicht über z.B. alle Fälle eines Spitals, die innerhalb eines Jahres behandelt wurden. Man benutzt diesen Index als eine Kennzahl für die Zusammensetzung des Patientengutes.

Unter einem ‚**Grouper**‘ versteht man eine Software, die aus den vorhandenen Basisdaten der verschiedenen Merkmale (Diagnosen, Alter....) die Behandlungsfallgruppe (DRGs) bestimmt.

ⁱ Fischer W, Diagnosis Related Group's (DRG's) im Vergleich zu den Patientenklassifikationssystemen von Österreich und Deutschland, Wolfertswil: Z/I/M, 1999.

ⁱⁱ Rochell B, Fallgruppierung im deutschen Entgeltsystem, Bedeutung und Perspektive, Das Krankenhaus 5/99, S. 281-290

ⁱⁱⁱ Fischer W, Vergleiche von Kostengewichten, <http://www.fischer-zim.ch/streiflicht/Kosten-Gewichte-9710.htm>

Anhang C: Anforderungskatalog

Insgesamt wurden sechs von acht Fragebögen mit der ursprünglichen Kriterienliste zurückgesandt und ausgewertet. Die Ergebnisse sind in der 2. und 3. Spalte zu finden. Die zweite Spalte enthält die Gesamtpunktzahl für ein Kriterium, die dritte Spalte die Anzahl Nennungen als sogenanntes K.O. – Kriterium. Spalte 4 enthält die endgültige Einstufung als „Sehr wichtig“, „Wichtig“ oder „Weniger wichtig“.

Kriterium	Ergebnisse		Wichtigkeit
	Punkte ¹	KO ²	
Aufbau und Konstruktion des Systems			
1. Eindeutigkeit der Fallgruppierung Werden gleiche (oder ähnliche) Einzelfälle immer zur selben Gruppe zugeordnet (reliability)? Ist die Zuordnung trennscharf?	45	4	Sehr wichtig
2. Nachvollziehbarkeit der Fallgruppierung – Transparenz Ist die Zuordnung der Einzelfälle nachvollziehbar und vollkommen transparent?	42	5	Sehr wichtig
3. Falldefinition Ist eine eindeutige Falldefinition hinterlegt? Wenn ja, welche (Administrativer Fall/Klinikaufenthalt; Stationärer Fall/Spitalaufenthalt, inkl. interne Verlegungen; Mehrfachaufenthalte; Spitalübergreifende Aufenthalte/externe Verlegungen; weiteres)? Eine klare, eindeutige und in der Praxis einheitlich handhabbare Falldefinition ist unabdingbare Voraussetzung für die Vergleichbarkeit der Fälle, die einer Fallgruppe zugeordnet werden.	49	2	Sehr wichtig
4. Abbildung von Multimorbidität und Komplikationen / Schweregrad Werden Nebenerkrankungen, Komplikationen und Schweregrade berücksichtigt? Die Berücksichtigung von Nebenerkrankungen und Komplikationen, die eine Zunahme des Versorgungsaufwandes nach sich ziehen, ist wichtig, um kostenhomogene Gruppen bilden zu können. Dies gilt auch für den Schweregrad einer Erkrankung.	43	2	Sehr wichtig
5. Berücksichtigung von Mehrfachbehandlungen Sind Mehrfachbehandlungen (im Rahmen eines Aufenthaltes/eines Eingriffes) inbegriffen? Bei Nichtberücksichtigung von Mehrfacheingriffen/-behandlungen können Anreize zur Generierung neuer Fälle gegeben werden.	24	0	Weniger wichtig
6. Trennbarkeit Gruppeneinteilung / Kennzahlenkalkulation / Kennzahlen Sind die Kennzahlen und deren Kalkulation unabhängig von der Gruppeneinteilung, d.h. können die Kennzahlen neu berechnet werden, ohne die Gruppeneinteilung zu verändern? Die Trennung dieser verschiedenen Elemente ist wichtig, um landesspezifische/regionale Anpassungen der Kennzahlen vornehmen zu können.	44	4	Sehr wichtig

¹ Pro Kriterium konnten jeweils maximal 10 Punkte vergeben werden, damit betrug bei 6 Fragebögen die maximale Gesamtpunktzahl 60 Punkte.

² Bei 6 Fragebögen betrug die maximale Anzahl an Nennungen als sogenanntes K.O. – Kriterium 6.

Kriterium	Ergebnisse		Wichtigkeit
	Punkte ¹	KO ²	
7. Hierarchisierung und Aggregierbarkeit Erlaubt die Struktur der Systems eine Aggregation auf verschiedenen Ebenen?	32	0	Wichtig
8. Anpassbarkeit / Erweiterbarkeit Wenn ein System bestimmte Kriterien nicht erfüllt, ist es hinsichtlich dieser Kriterien anpassbar, respektive erweiterbar? Werden moderne Behandlungsmethoden berücksichtigt? Können neue Verfahren schnell und einfach integriert werden? Die Berücksichtigung moderner Verfahren hat einen Bezug zur Behandlungsqualität, die Integration neuer Verfahren zur Maintenance.	41	2	Sehr wichtig
9. Maintenance und Wartung Kann das System einfach gepflegt und aktualisiert werden?	37	0	Wichtig
Inhalt und Abdeckung			
10. Klinische Homogenität Sind die gebildeten Gruppen klinisch gesehen hinreichend homogen?	52	0	Sehr wichtig
11. Kostenhomogenität Erfolgt durch die Gruppeneinteilung eine wesentliche Reduktion der Varianz?	31	0	Sehr wichtig
12. Leistungsbezug Werden Hauptleistungen adäquat berücksichtigt? Werden interdisziplinäre Eingriffe und aufwändige Nebenleistungen berücksichtigt? Wie werden Intensivaufenthalte berücksichtigt? Wird die Qualität der Leistungen berücksichtigt?	48	1	Sehr wichtig
13. Einbezug pflegerischer Leistungen Werden pflegerische Leistungen überhaupt berücksichtigt? Wenn ja, wie?			Sehr wichtig
14. Umgang mit „Ausreissern“, Extremfällen Werden Ausreisser und Extremfälle ermittelt? Wird mit ihnen adäquat verfahren? Extremfälle können einen erheblichen Anteil der Kosten ausmachen (ein Vielfaches eines „Normalfalles“). Eine sinnvolle Berücksichtigung ist wichtig, um einerseits eine adäquate Behandlung sicherzustellen, andererseits auch keine falschen Anreize zu geben (Zusammenhang mit Schweregrad, Multimorbidität etc.).	43	1	Sehr wichtig
15. Vollständigkeit und „Restgruppen“ Wird das Fallspektrum komplett abgedeckt? Wie gross ist der Anteil der Restgruppen? Grundsätzlich sollte eine breite Abdeckung des Fallspektrums erfolgen. Restgruppen mit nicht zuordenbaren Fällen sollten nur einen ganz geringen Anteil ausmachen, da von einer sehr geringen Kostenhomogenität ausgegangen werden muss.	34	1	Wichtig
16. Anwendbarkeit ausserhalb des akutstationären Bereiches Ist das System auch in anderen Bereichen anwendbar (z. B. Psychiatrie, Rehabilitation, teilstationär/Tageschirurgie, etc.)?	19	0	Weniger wichtig
17. Erforderliche Dokumentation Werden die notwendigen Daten durch die derzeit in der Schweiz eingeführte Dokumentation abgedeckt? Sind Erweiterungen der Klassifikationen oder zusätzliche Kodierregeln	32	2	Wichtig

Kriterium	Ergebnisse		Wichtig- keit
	Punkte ¹	KO ²	
notwendig, um einen einheitlichen Gebrauch sicherzustellen (s. Manipulationsresistenz)?			
18. Manipulationsresistenz Wie gross ist die Toleranz bzgl. Codiervarianten? Wie gross ist die Toleranz bzgl. unvollständiger Codierung? „Ermessensspielräumen“ und Interpretationen sollte möglichst geringer Raum gelassen werden. Variable Dokumentation gleicher Fälle sollte möglichst wenig systematische Abweichungen hervorrufen.	40	0	Sehr wichtig
Allgemeine Kriterien			
19. Anwenderfreundlichkeit und Akzeptanz Ist das System einfach und verständlich in der Anwendung? Wird das System von den Anwendern auf der medizinischen und der ökonomischen Seite akzeptiert?	42	1	Sehr wichtig
20. Verfügbarkeit Kostenmässige Verfügbarkeit: Ist das System frei verfügbar oder bestehen lizenzrechtliche Verpflichtungen? Wie hoch sind die Kosten für das System, die Kosten für die Implementation und die Kosten für die Wartung? Zeitliche Verfügbarkeit: Ist das System zur Zeit verfügbar? Ist es <ul style="list-style-type: none"> a) eingeführt/in grösserem Massstab umgesetzt, b) bereit zur Einführung, c) in Entwicklung, d) projektiert? 	29	1	Wichtig
21. Informatikumsetzung Ist eine geeignete Informatikumsetzung verfügbar (klare Schnittstellen, einfache Wartbarkeit, einfache Integration in verschiedenste Software-Umgebungen der Spitäler,...)?	36	1	Wichtig