



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.**

Vergleich von ausgewählten Fallgruppierungssystemen (theoretischer Systemvergleich)

**gemäss den Kriterien des Berichts der paritätischen Arbeitsgruppe
"Fallgruppierungssysteme und Spitalfinanzierung"**

Bericht einer Arbeitsgruppe von

**H+ Die Spitäler der Schweiz und der
Schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz SDK**

Version 6, 21. August 2002

Management Summary

Vertreterinnen und Vertreter des Zentralsekretariats der SDK sowie der Geschäftsstelle von H+ Die Spitäler der Schweiz haben auf der Grundlage eines Anforderungskatalogs, welcher im Jahr 2001 von einer gemeinsamen Arbeitsgruppe „Fallgruppierungssysteme und Spitalfinanzierung“ erstellt worden war, drei solche Systeme näher untersucht. Das Modell integrierter Patientenpfade (mipp), die AP-DRGs und die AR-DRGs wurden in einem theoretischen Systemvergleich hinsichtlich der Anforderungskriterien überprüft.

Das AR-DRG-System als "refined" (verfeinertes, differenziertes) System erhält im Detailvergleich die beste Bewertung. Es verfügt über ein ausgereiftes Konzept zur Berücksichtigung und Gewichtung von kostenrelevanten Nebendiagnosen. AP-DRG hingegen besitzt bereits eine Grouper-Anpassung auf die in der Schweiz verwendeten Klassifikationssysteme. Die erforderlichen Daten werden für AP-DRG wie für AR-DRG im Rahmen der medizinischen Bundesstatistik erhoben. Bei beiden Systemen sind grosse Abstriche bei der Berücksichtigung von Mehrfachbehandlungen und der Abbildung von pflegerischen und psychiatrischen Leistungen, sowie Leistungen der Rehabilitations-, Sucht- und Palliativ-Medizin zu machen. Interventionelle Leistungen und rein diagnostische Leistungen werden im AR-DRG besser als im AP-DRG abgebildet. Der Leistungsbezug ist jedoch bei AP-DRG wie bei AR-DRG nur beschränkt gegeben, dies im Gegensatz zu mipp. mipp eignet sich zudem zur Optimierung der Prozessqualität und schafft die geforderte Transparenz im Ablauf der Leistungserbringung.

Es werden die folgenden drei Empfehlungen abgegeben:

1. Die diagnosebezogenen Patientenklassifikationssysteme der dritten Generation (wie AR-DRG) haben gegenüber den Systemen der ersten und zweiten Generation den klaren Vorteil, dass sie die bessere klinische Homogenität vorweisen können. Unter diesem Aspekt wird empfohlen, einem solchen differenzierteren System, welches Nebendiagnosen und Schweregrade adäquater einbezieht, den Vorzug zu geben.
2. Im Rahmen der Einführung von Fallgruppierungssystemen muss auf die Qualitätssicherung und -entwicklung geachtet werden, denn bei einem pauschalierenden Ansatz ohne qualitätssichernde Elemente können Anreize zur billigsten, nicht aber zu einer günstigen Leistung gegeben werden. Nur der Ansatz des Modells integrierter Patientenpfade (mipp) integriert Elemente des Qualitätsmanagements, insbesondere zur Verbesserung der Prozessqualität. Die klinischen Pfade und internen Leitlinien (Guidelines) fördern die interdisziplinäre Perspektive für ein effizientes Qualitätsmanagement.
3. Es ist eine schweizweit einheitliche Lösung anzustreben. Dies nicht nur vor dem Hintergrund der Krankenversicherungsgesetzgebung, welche in ihrer laufenden Revision eine leistungsabhängige Entschädigung der Leistungserbringer verlangt. Auch unter dem Aspekt der Mittelallokation durch die Kantone und der Vergleichbarkeit von Leistungsdaten unter den Leistungserbringern ist die Absprache über eine mittelfristig einheitliche Lösung nötig.
Es wird vorgeschlagen, ein Koordinationsgremium der beteiligten Partner (Leistungserbringer, Versicherer, Bund, Kantone) einzusetzen, welches die bestehenden Erfahrungen sammelt, verarbeitet und einen koordinierten Entscheid und die Einführung vorbereitet.

Inhaltsverzeichnis

Management Summary	2
Glossar	5
1. Einleitung	6
2. Hintergrund	8
2.1. Fallgruppierungssysteme und deren Verwendung	8
2.2. Beschreibung des Gesamtprojekts.....	8
2.3. Entstehung des Anforderungskatalogs der Arbeitsgruppe "FGS"	9
3. Grobvergleich.....	11
3.1. Ziel und Vorgehen.....	11
3.2. Systeme im Grobvergleich	11
3.3. Ergebnisse	12
4. Detailvergleich	15
4.1. Ziel und Vorgehen.....	15
4.2. Besonderheiten des Vergleichs zwischen mipp, AP-DRG, AR-DRG	15
4.3. Modell integrierter Patientenpfade (mipp).....	16
4.3.1. Systembeschreibung	16
4.3.2. Realisierung und Anwendung	16
4.3.3. Stärken und Schwächen des Systems.....	17
4.3.4. Zusammenfassung und Ausblick	18
4.4. All Patient-DRG (AP-DRG).....	18
4.4.1. Systembeschreibung	18
4.4.2. Realisierung und Anwendung	19
4.4.3. Stärken und Schwächen des Systems.....	20
4.4.4. Zusammenfassung und Ausblick	21
4.5. Australian Refined-DRG (AR-DRG)	21
4.5.1. Systembeschreibung	21
4.5.2. Realisierung und Anwendung	21
4.5.3. Stärken und Schwächen des Systems.....	22
4.5.4. Zusammenfassung und Ausblick	23
4.6. Gesamtergebnisse im Überblick.....	23
5. Diskussion und Schlussfolgerungen.....	25
5.1. Diskussion der Ergebnisse.....	25
5.1.1. Klinische Homogenität und "refined" Systeme	25
5.1.2. Kostenhomogenität und Komplexität des Systems	25

5.1.3.	Lösungen für das Schweizerische Umfeld	26
5.1.4.	Zukünftige Entwicklungen eines DRG-Systems	26
5.2.	Überlegungen zur Einführung eines Systems.....	27
5.2.1.	Zielsetzungen	27
5.2.2.	Stärken/Schwächen-Beurteilung.....	27
5.2.3.	Interessen der Spitäler.....	27
5.2.4.	Interessen der Kantone	27
5.2.5.	Kompatibilität mit Codierungssystemen der Schweiz	28
5.2.6.	Kosten der Einführung	28
5.3.	Rahmenbedingungen für die Einführung	28
5.3.1.	Codierung.....	28
5.3.2.	Qualitätssicherung.....	29
5.3.3.	Kostenrechnung	29
6.	Empfehlungen.....	30
6.1.	Berücksichtigung eines "refined" Systems	30
6.2.	Massnahmen zur Qualitätssicherung	30
6.3.	Einsetzung eines Koordinationsgremiums.....	30
Anhang	31
Anhang 1:	Operationalisierter Anforderungskatalog gemäss Bericht der Arbeitsgruppe "FGS" vom 17.5.2001	32
Anhang 2:	Systemübersicht.....	37
Anhang 3:	Detailvergleich (synoptische Übersicht)	42
Anhang 4:	Literatur- und Linkliste	49
Anhang 5:	Mitglieder der Redaktionsgruppe des Berichts "Vergleich von ausgewählten Fallgruppierungssystemen".....	56

Glossar

AN-DRG	Australian National-Diagnosis Related Groups (AUS)
AP-DRG	All Patient-Diagnosis Related Groups (USA, 3M)
APR-DRG	All Patient Refined-Diagnosis Related Groups (USA, 3M)
AR-DRG	Australian Refined-Diagnosis Related Groups (AUS)
CC	Complication or Comorbidity
CHOP	Schweizerische Operationenklassifikation (Übersetzung der ICD-9-CM, Vol. 3)
DBC	Diagnose Behandelung Combinatie (NL)
DRG	Diagnosis Related Group
FGS	Fallgruppierungssystem
G-DRG	German-Diagnosis Related Groups (D)
GHM	Groups homogènes de malades (F)
HBG	Health Benefit Groups (GB)
HCFA	Health Care Financing Administration (USA)
HRG	Health Resource Groups (GB)
ICD	International Classification of Diseases (ICD-9, ICD-10) ICD-9-CM Clinical Modifications (USA) ICD-10-AM Australian Modifications (AUS)
IR-DRG	International Refined-Diagnosis Related Groups (3M)
LDF	Leistungsorientierte Diagnose-Fallgruppen (A)
LEP	Leistungserfassung in der Pflege (CH)
LKF	Leistungsorientierte Krankenanstalten-Finanzierung (A)
MCC	Major Complication or Comorbidity
MDC	Major Diagnostic Category
mipp	Modell integrierter Patientenpfade (CH)
NordDRG	Nordic Diagnosis Related Groups (Skandinavien)
OPS-301	Operationenschlüssel nach § 301 des Sozialgesetzbuches V (D)
PCCL	Patient Clinical Complexity Level (AR-DRG)
PCS	Patient Classification System

1. Einleitung

Vor dem Hintergrund der Revision des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) wurden zwischen September 2000 und Januar 2001 von der, von den Vorständen der SDK und H+ eingesetzten, paritätischen Arbeitsgruppe "Fallgruppierungssysteme und Spitalfinanzierung" (im Folgenden: Arbeitsgruppe "FGS") Kriterien zur Beurteilung von Fallgruppierungssystemen für die Schweiz erarbeitet. Der damit entstandene Anforderungskatalog sollte die Basis für einen objektiven Vergleich und die Evaluation von Fallgruppierungssystemen legen. Die Vorstände der SDK und von H+ haben den Bericht der Arbeitsgruppe am 17. Mai 2001 genehmigt und beschlossen, die Arbeiten gemäss ihren Empfehlungen weiterzuführen. Mit dem Bericht "Kriterien zur Beurteilung von Fallgruppierungssystemen für die Schweiz" beendete die Arbeitsgruppe "FGS" ihre Tätigkeit. Die Operationalisierung der Kriterien und ein Vergleich von existierenden Systemen wurde im Spätherbst 2001 durch Dr. Judith Wagner und eine Begleitgruppe, bestehend aus Vertretern des Zentralsekretariats der SDK sowie der Geschäftsstelle von H+, an die Hand genommen. Der vorliegende Bericht ist das Produkt der Folgearbeiten der Arbeitsgruppe "FGS".

Es stellt sich auch heute noch die Frage, inwiefern die in Diskussion stehenden Fallgruppierungssysteme dem zukünftigen KVG genügen werden. In Art. 49 Abs.1 KVG heisst es (nach der Fassung des Ständerates vom 4.10.2001):

Für die Vergütung der stationären Behandlung einschliesslich Aufenthalt in einem Spital (Art. 39 Abs. 1) vereinbaren die Vertragsparteien Pauschalen. Die Pauschalen sind leistungsbezogen und beruhen auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen. Die einheitlichen Strukturen können in Kategorien aufgeteilt werden. Sie werden von den Tarifpartnern vereinbart. Können sich diese nicht einigen, so legt der Bundesrat die Strukturen fest.

Die Botschaft des Bundesrates^{*} geht klar davon aus, dass diagnosebezogene Fallpauschalen das Erfordernis der Leistungsbezogenheit erfüllen, aber auch pfadorientierte Lösungen möglich sind. „Bei Fällen, die nicht in eine diagnosebezogene Kategorie eingeordnet werden können, wären eher versorgungsbezogene Pauschalen denkbar, bei denen die Vergütung einen ganzen Behandlungsverlauf entschädigt, wie dies bei den sogenannten Patient Management Categories (PMC) der Fall ist. (...) Wichtig bei all diesen Vergütungsformen ist, dass sie nach einheitlichen Klassifizierungssystemen aufgebaut sind, um gesamtschweizerische Vergleiche und eine einfache interkantonale Vergütung zu ermöglichen, was bedingt, dass gesamtschweizerisch einheitliche Regeln angewendet werden.“ Analog zum für die Einzelleistungstarife durch Art. 43 Abs. 5 KVG bestimmten System erachtet es der Bundesrat in erster Linie als Sache der Tarifpartner, die entsprechenden Strukturen zu erarbeiten. Die Tarifpartner müssen sich in dieser Frage also schon nur auf Grund der vorgespurten gesetzlichen Änderung zusammenfinden.

Der Anforderungskatalog der Arbeitsgruppe "FGS" bezieht sich auf Fallgruppierungssysteme als Voraussetzung zur Bildung von Fallpauschalen. Somit wurde die Umsetzung von Fallgruppen in Fallpauschalen zu Abrechnungszwecken selbst nicht berücksichtigt, wohl aber die Eignung für eine solche Pauschalierung. Wenn ein Fallgruppierungssystem zur (Spital-) Finanzierung eingesetzt werden soll, müssen den Fallgruppen Pauschalen zugeordnet werden. Die Berechnung von relativen Kostengewichten (Cost Weights) sowie die Zuordnung von effektiven Geldbeträgen (Basisfallwert, Base Rate) muss auf umfassenden, korrekten und repräsentativen Kostendaten beruhen.

^{*} Botschaft des Bundesrates betreffend Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. September 2000, S. 49 f.

Das Projekt "Vergleich von ausgewählten Fallgruppierungssystemen" beinhaltet einen theoretischen und einen praktischen Vergleich der Systeme sowie sogenannte "Begleitmassnahmen". Der vorliegende Bericht beinhaltet die Ergebnisse des theoretischen Vergleichs. In einem praktischen Vergleich könnten Falldaten anhand verschiedener Systeme gruppiert und die Ergebnisse untersucht werden. Der theoretische Vergleich wurde auf bereits bestehende Untersuchungen und strukturierte Interviews abgestützt. An dieser Stelle wird allen Interviewpartnern für ihre Bemühungen herzlich gedankt: Dr. H.-P. Müller, E. Rieben, Th. Holler, L. Schenker, H. Plüss, J.-C. Rey, Y. Delcourte, U. Furrer, Dr. B. Rochell, Dr. N. Roeder.

Im zweiten Kapitel (Grundlagen) finden sich Ausführungen zu Verwendungszwecken von Fallgruppierungssystemen in verschiedenen Ländern sowie eine Projektbeschreibung des Gesamtprojekts SDK/H+, inkl. Entstehungsprozess des Anforderungskatalogs der Arbeitsgruppe "FGS". Im Grobvergleich (Kapitel 3) wurden sieben Systeme anhand der K.O.-Kriterien des Anforderungskatalogs verglichen. Diejenigen Systeme, welche alle sogenannten K.O.-Kriterien zumindest mit Vorbehalt erfüllten, wurden sodann im Detailvergleich (Kapitel 4) eingehender geprüft. Es sind dies das im Kantonsspital Aarau entstandene Modell integrierter Patientenpfade (mipp), das von der Firma 3M vertriebene System All Patient-DRG (AP-DRG), sowie das vom australischen Gesundheitsministerium entwickelte Australian Refined-DRG (AR-DRG). Im fünften Kapitel wurden die Ergebnisse diskutiert und schliesslich Empfehlungen formuliert (Kapitel 6).

Parallel zur Aufnahme der Arbeiten hat die SDK im November 2001 bei den kantonalen Gesundheitsdepartementen eine Kurz-Umfrage zu Stand und Planung der Einführung von Fallgruppierungssystemen durchgeführt. Elf Kantone verwenden oder planen den Einsatz des Systems AP-DRG. Elf weitere Kantone verwenden oder planen Abteilungsfallpauschalen. In zwei Kantonen ist das Modell integrierter Patientenpfade (mipp) in Gebrauch. In neun Kantonen ist die Entscheidung für ein Fallgruppierungssystem entweder offen (zwei Kantone) oder es ist keine Einführung eines solchen geplant (sieben Kantone). Eine Zusammenfassung der Ergebnisse der Kurz-Umfrage wurde im Publikationsorgan Flash von H+ Die Spitäler der Schweiz (Nr. 4/2002) veröffentlicht.

2. Hintergrund

2.1. Fallgruppierungssysteme und deren Verwendung

Fallgruppierungssysteme können zu verschiedenen Zwecken eingesetzt werden. Die folgende Tabelle zeigt ihre Verwendung für verschiedene Länder auf:

	<i>CH</i>	<i>D</i>	<i>A</i>	<i>F</i>	<i>NL</i>	<i>GB</i>	<i>Skand</i>	<i>USA</i>	<i>AUS</i>
internes Spitalmanagement	tw.	-	-	ja	gepl.	-	-	ja	-
direkte Leistungstarifizierung und -finanzierung	tw.	gepl.	nein	nein	gepl.	nein	tw.	tw.	nein
Spitalbudgetierung	tw.	nein	60-90%	~ 5%	gepl.	~ 6%	~ 50%	tw.	tw.
Benchmarking/Leistungsvergleiche	tw.	gepl.	nein	ja	nein	ja	nein	tw.	ja

Tabelle 1: Verwendung von Fallgruppierungssystemen in verschiedenen Ländern (auf der Basis von Neubauer/Nowy 2000)

CH: Schweiz, D: Deutschland, A: Österreich, F: Frankreich, NL: Niederlande, GB: Grossbritannien, Skand: Skandinavische Staaten, USA: Vereinigte Staaten von Amerika, AUS: Australien;

tw.: teilweise Verwendung, gepl.: Einsatz zu diesem Zweck geplant, ja: zu diesem Zweck eingesetzt, nein: zu diesem Zweck nicht eingesetzt, - : zu diesem Zweck nicht eingesetzt oder keine Angabe.

Die Angaben (s. auch Anhang 2) erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Es ist zu beachten, dass die direkte Leistungsfinanzierung mittels Fallgruppierungssystemen noch in keinem Land flächendeckend praktiziert, von Deutschland jedoch angestrebt wird.

2.2. Beschreibung des Gesamtprojekts

Gemäss der 2. Teilrevision des KVG basiert die zukünftige Spitalfinanzierung auf leistungsbezogenen Fallpauschalen. Als Grundlage zur Bildung von Fallpauschalen werden üblicherweise Patientenklassifikationssysteme herangezogen. Die Notwendigkeit, auf gesamtschweizerischer Ebene Anforderungskriterien für die verschiedenen, zum Teil bereits zur Anwendung gelangenden Patientenklassifikationssysteme aufzustellen, wurde von den Vorständen von H+ Die Spitäler der Schweiz und der SDK anerkannt und als dringlich erachtet. Der Übergang von einem System der Tages- oder Aufenthaltspauschalen zu einem der leistungsorientierten Fallfinanzierung sollte frühzeitig und konsensuell vorbereitet und insbesondere sollte sichergestellt werden, dass die eingesetzten Patientenklassifikationssysteme im akut-stationären Bereich Resultate erzielen, die transparent und vergleichbar sind. Es wurde beschlossen, in einer ersten Phase einen Anforderungskatalog zur Evaluation von Fallgruppierungssystemen zu erarbeiten. In einer zweiten Phase sollte ein neutraler Vergleich von verschiedenen, für die Verwendung in der Spitalfinanzierung der Schweiz in Betracht fallenden Fallgruppierungssystemen erfolgen. Den kantonalen Behörden wurde in der Zwischenzeit angeraten, mit Entscheiden bezüglich der Einführung von Fallgruppierungssystemen zuzuwarten.

Für die Bearbeitung des Mandats der ersten Phase wurde eine paritätische Arbeitsgruppe "FGS", bestehend aus Mitgliedern der kantonalen Gesundheitsdepartemente einerseits und Spitälern andererseits, eingesetzt. Der Einbezug der Kranken- und Unfallversicherer sowie der Ärzteschaft in die gemeinsamen Arbeiten sollte zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen. Die Arbeitsgruppe "FGS" legte ihren Bericht "Kriterien zur Beurteilung von Fallgruppierungssystemen für die Schweiz" im Mai 2001 vor. Er wurde von den auftraggebenden Instanzen genehmigt und das weitere Vorgehen im Sinne der Empfehlungen des Berichts gemäss Phase 2 des Mandats der Vorstände von H+ und der SDK gutgeheissen. Dr. Judith Wagner leitete im weiteren die Arbeiten des Projekts "Vergleich von ausgewählten Fallgruppierungssystemen" als Expertin. Mitarbeitende aus der Geschäftsstelle von H+ und dem Zentralsekretariat der SDK unterstützten die Arbeiten innerhalb einer Projektgruppe (s. Anhang 5). Das Projekt gliedert sich in drei Teilprojekte:

- I. Theoretischer Systemvergleich: Ausgewählte Systeme werden anhand der bereits existierenden Arbeiten und anhand von strukturierten Interviews miteinander verglichen.
- II. Praxisvergleich: Der Praxisvergleich untersucht das Gruppierungs-Verhalten von Systemen anhand von realen Falldaten aus einzelnen Spitälern.
- III. Ergänzungsmassnahmen: Parallel zu den zwei ersten Teilprojekten werden im Teilprojekt III Ergänzungsmassnahmen vorbereitet/durchgeführt. Es geht dabei um Lösungsvorschläge für Kriterien, die durch das jeweilige System nicht erfüllt oder Bereiche, die nicht abgedeckt werden (z.B. Qualitätssicherung, Einbezug der Pflege, Kostenrechnung, etc.), sowie organisatorische Vorschläge zur Einführung.

Der vorliegende Bericht deckt das Teilprojekt I ab. Im Teilprojekt I "Theoretischer Systemvergleich" ist folgende Vorgehensweise gewählt worden: Zuerst wurde eine Bestandesaufnahme gemacht bezüglich verschiedener Systeme, ihrer Anwendung, sowie bereits existierenden System-Vergleichen (s. Anhänge 2 und 4), aber auch bezüglich des Stands in der Schweiz (s. Artikel im H+-Flash 4/2002). Die ausgewählten Systeme wurden dem Grobvergleich unterzogen (s. Kapitel 3). Als Ergebnis resultierten diejenigen Systeme, welche im anschliessenden Detailvergleich (Kapitel 4) eingehender betrachtet wurden.

2.3. Entstehung des Anforderungskatalogs der Arbeitsgruppe "FGS"

Der Arbeitsgruppe "FGS" war eine Liste möglicher Anforderungskriterien zur Beurteilung von Fallgruppierungssystemen zur Verfügung gestellt worden. Alle Mitglieder der Arbeitsgruppe waren aufgefordert, jedes Kriterium bezüglich der Wichtigkeit für die Beurteilung auf einer Skala von 1 bis 10 (wobei 10 = sehr wichtiges Kriterium) zu bewerten. Darüberhinaus hatten sie beurteilt, ob ein Kriterium ein sogenanntes K.O.-Kriterium ist, das heisst, ob es erfüllt sein muss, damit überhaupt eine Einführung des betreffenden Systems in der Schweiz in Erwägung gezogen werden kann. Der Anforderungskatalog, den die Arbeitsgruppe "FGS" ausgearbeitet hatte, ist erstens in mehr technisch orientierte Kriterien, die sich auf Aufbau und Konstruktion des Systems beziehen, zweitens in inhaltlich orientierte Kriterien und drittens in allgemeine Kriterien unterteilt.

Die Arbeitsgruppe hat betont, dass die Berücksichtigung der Behandlungsqualität eine grundlegende Voraussetzung (*conditio sine qua non*) für den Einsatz eines Fallgruppierungssystems ist, denn bei einem pauschalierenden System ohne qualitätssichernde Elemente können Anreize zur billigsten, nicht aber zu einer günstigen Leistung gegeben werden. Qualitätssichernde Massnahmen sind auch im Hinblick auf ein nationales Benchmarking unerlässlich. Das zur Anwendung kommende Fallgruppierungssystem muss unbedingt mit qualitätssichernden Elementen kombiniert werden, wenn es als Fallpauschalierungssystem, das heisst zur Finanzierung von Leistungen, eingesetzt werden soll.

Um den Vergleich von Fallgruppierungssystemen anhand des Anforderungskatalogs durchführen zu können, mussten die Kriterien operationalisiert werden: Einerseits wurden sie je nach der ihnen beigemessenen Bedeutung gewichtet (Details s. Anhang 1), andererseits wurden alle Kriterien, die von zwei oder mehr Mitgliedern der Arbeitsgruppe "FGS" als K.O.-Kriterium angesehen wurden, auch für den theoretischen Systemvergleich als K.O.-Kriterium aufgenommen.

3. Grobvergleich

3.1. Ziel und Vorgehen

Das Ziel des Grobvergleichs ist es, zwei bis drei Systeme für die detaillierte, vergleichende Beurteilung anhand aller Kriterien des Anforderungskatalogs der Arbeitsgruppe "FGS" auszuwählen (Kapitel 4: Detailvergleich). Durch den Grobvergleich soll ermittelt werden, ob ein System überhaupt für die Einführung in der Schweiz in Betracht gezogen werden kann. Die Systeme des Grobvergleichs werden aufgrund der K.O.-Kriterien des operationalisierten Anforderungskatalogs verglichen. Es sind dies:

1. Eindeutigkeit der Fallgruppierung
2. Nachvollziehbarkeit der Fallgruppierung
3. Anpassbarkeit der Falldefinition
4. Abbildung von Multimorbidität/Schweregrad der Fälle
5. Trennbarkeit von Gruppeneinteilung, Kennzahlenkalkulation und Kennzahlen
6. Anpassbarkeit/Erweiterbarkeit des Systems
7. Erforderliche Dokumentation für den Gruppierungsprozess

Die Kriterien werden im Anhang 1 beschrieben.

Ein System kann im Grobvergleich ein Kriterium entweder erfüllen, mit Vorbehalt erfüllen oder nicht erfüllen. Auch wenn das System bezüglich eines Kriteriums nicht beurteilt werden konnte, wird dies im Vergleich vermerkt.

3.2. Systeme im Grobvergleich

Die folgenden sieben Systeme wurden für den Grobvergleich ausgewählt:

HCFA-DRG (DRG-System der Health Care Financing Administration)

AP-DRG (All Patient-DRG)

GHM (Groupes homogènes de malades)

NordDRG (gemeinsame Entwicklung der skandinavischen Länder)

AR-DRG (Australian Refined-DRG)

LDF (Leistungsorientierte Diagnosen-Fallgruppen)

mipp (Modell integrierter Patientenpfade)

Eine Grob-Charakterisierung der Systeme des Grobvergleichs und weitere Angaben finden sich im Anhang 2.

Diese sieben Systeme wurden ausgewählt, weil sie für den europäischen Kontext relevant sind und daher für eine Prüfung betreffend Einführung in der Schweiz grundsätzlich in Frage kommen. Die folgenden Systeme wurden nicht für den Grobvergleich ausgewählt:

DBC (Diagnose Behandeling Combinatie): Die DBC sollen in den Niederlanden ab dem Jahr 2003 zum Einsatz kommen. Das System realisiert einen sehr interessanten, neuen An-

satz über die häufigsten Diagnose-Behandlungs-Kombinationen, die in einem Fachgebiet vorkommen. DBC befindet sich in der Entwicklungsphase. Es sind daher noch keine breit abgestützten Erfahrungen verfügbar.

HBG/HRG (Health Benefit Groups/Health Resource Groups): Die ausgehend von DRGs in England entwickelten HBG und HRG sind einerseits Gruppen von Patienten mit ähnlichen Gesundheitsproblemen und andererseits stark therapieorientierte Patientengruppen. Die HBG werden den HRG matrixartig gegenübergestellt. Die HBG/HRGs sind eine spezifische Anpassung an das britische Gesundheitssystem und daher für eine Einführung in der Schweiz nicht relevant.

IR-DRG (International Refined-DRG): IR-DRG wurde von der Firma 3M entwickelt und soll sich insbesondere für internationale Vergleiche eignen. Es ist eine europäisierte Weiterentwicklung des Systems AP-DRG und befindet sich in einer Pilotphase. IR-DRG wird in diesem Bericht im Zusammenhang mit AP-DRG (s. Kapitel 4: Detailvergleich) behandelt.

3.3. Ergebnisse

Die Systeme des Grobvergleichs werden hinsichtlich der Ein- und Ausschlusskriterien des Detailvergleichs charakterisiert.

HCFA-DRG: Das DRG-System der Health Care Financing Administration der Vereinigten Staaten ist das älteste und verbreitetste der DRG-Systeme, das zur Vergütung von Leistungen eingesetzt wird. Es wurde ursprünglich für die Alterspflegeversicherung Medicare entwickelt und findet heute Verwendung in mehreren Ländern (mittlerweile in der 19. Version). Es existiert allerdings keine Transcodierung oder Anpassung des Groupers auf die in der Schweiz verwendete Diagnoseklassifikation (ICD-10 auf ICD-9-CM/1), weswegen das entsprechende Kriterium (erforderliche Dokumentation) als nicht erfüllt betrachtet wird.

AP-DRG: Das All Patient-DRG-System stellt eine Erweiterung der ursprünglichen HCFA-DRGs für alle Patientenkategorien dar. Es wird nicht nur in der Schweiz, sondern auch in anderen Ländern ausserhalb der Vereinigten Staaten, wo es entwickelt wurde, angewendet. AP-DRGs gehören der zweiten Generation der DRG-Systeme an: 1990 wurde das Konzept von schwerwiegenden Begleiterkrankungen (Major CCs) auf der Ebene der Hauptkategorien eingeführt. Damit wurde die einfache Unterteilung des HCFA-DRG-Systems in Fälle "mit CC" und "ohne CC" erweitert. Für die Schweiz wurde der Grouper auf der Basis von ICD-10 anstelle von ICD-9-CM/1 angepasst, weswegen AP-DRG als einziges System das Kriterium "erforderliche Dokumentation" voll erfüllt.

GHM: Die Groupes homogènes de malades stammen von der dritten Version der HCFA-DRGs und von den AP-DRGs ab. Es wird nur in Frankreich angewendet. Wie die AP-DRGs sind die GHM ein DRG-System der zweiten Generation und müssen deshalb beim Kriterium "Abbildung von Multimorbidität und Schweregrad" mit einem Vorbehalt versehen werden. Es sind nur ausgewählte Basisfallgruppen nach Schweregrad und/oder Alter unterteilt. Die GHM bauen auf einer Frankreich-spezifischen Prozedurenklassifikation auf, weswegen das Kriterium "erforderliche Dokumentation" nicht erfüllt ist. Die übrigen Kriterien gelten als erfüllt.

NordDRG: Die NordDRGs sind eine spezifische Entwicklung für die skandinavischen Staaten, welche auf der zwölften Version der HCFA-DRGs basieren. Wie für die Systeme AP-DRG und GHM ergibt sich ein Vorbehalt bei der Abbildung von Multimorbidität und Schweregrad, da es sich um ein System der zweiten Generation handelt. Da die Proze-

den Klassifikation nicht mit der schweizerischen übereinstimmt, ist das Kriterium "erforderliche Dokumentation" ebenfalls nicht erfüllt. Die übrigen Kriterien sind erfüllt.

AR-DRG: Die Australian Refined-DRGs stammen von den Australian National-DRGs ab, welche wiederum von den AP-DRGs abgeleitet sind. Sie werden in Australien verwendet, und in Deutschland steht ihre Einführung bevor. Das System erfüllt das Kriterium Abbildung von Multimorbidität und Schweregrad als einziges voll, da es eine unbeschränkte Anzahl Nebendiagnosen nach ihrer Ressourcenintensität gewichtet und aufgrund ihres Gesamtschweregrades, dem sogenannten Patient Clinical Complexity Level oder PCCL, einer Schweregrad-Kategorie zuordnet. Betreffend das Kriterium "erforderliche Dokumentation" bestehen für die Diagnose- und die Prozedurenklassifikation bereits Mapping- oder Transcodierungs-Tabellen. Die Transcodierung von ICD-9-CM auf ICD-10-AM (Prozeduren) ist bei weitem nicht so schwierig wie die Transcodierung des deutschen Prozedurencodes auf ICD-10-AM. Somit kann das Kriterium für AR-DRG als mit Vorbehalt erfüllt betrachtet werden. Die übrigen Kriterien sind erfüllt.

LDF: Die leistungsorientierten Diagnosenfallgruppen wurden in Österreich zur leistungsorientierten Krankenanstalten-Finanzierung (LKF) entwickelt. Sie werden nur in Österreich angewendet. Das System basiert auf einer eigenen Prozedurenklassifikation (aufbauend auf der früheren VESKA-Klassifikation). Es existieren zum Teil sehr differenzierte Fallgruppen, zum Beispiel für verschiedene Schemata der Chemotherapie. Ausserdem können Intensivaufenthalte separat abgegolten werden.

Mipp: Das Modell integrierter Patientenpfade ist eine Entwicklung des Kantonsspitals Aarau. Es wird in wenigen Spitälern in der Schweiz und in Deutschland meist zur internen Prozessoptimierung verwendet. Das Kantonsspital Aarau benutzt es auch zur Fallfinanzierung. Bei der Nachvollziehbarkeit der Pfadzuordnung besteht bei mipp ein Vorbehalt, da die Zuordnung eines Falles zu einem Patientenpfad von der ärztlichen Entscheidung abhängen kann. Nach Auskunft der Anwender hat sich in der Praxis gezeigt, dass bei Fällen, deren Pfadzuordnung diskutiert werden kann, eben diese Diskussion die gewünschte Transparenz herbeiführt. Im Prinzip arbeitet mipp mit den Klassifikationssystemen der medizinischen Bundesstatistik des Bundesamtes für Statistik. Da aber für die Zuteilung zu einem Pfad noch mehr Informationen benötigt werden können, wird auch beim Kriterium "erforderliche Dokumentation" ein Vorbehalt angebracht. Ansonsten erfüllt mipp alle Kriterien.

AP-DRG, AR-DRG und mipp sind die einzigen Systeme, die alle K.O.-Kriterien zumindest mit Vorbehalt erfüllen. Darüberhinaus ist für die Auswahl für den Detailvergleich entscheidend, dass sie bis auf die HCFA-DRGs die einzigen sind, die in der Schweiz selbst oder zumindest ausserhalb des Gebietes, für das sie entwickelt wurden, angewendet werden.

Die folgende Tabelle stellt die Ergebnisse des Grobvergleichs hinsichtlich der Kriterien des Anforderungskatalogs der Arbeitsgruppe "FGS" dar:

	<i>HCFA-DRG</i>	<i>AP-DRG</i>	<i>GHM</i>	<i>NordDRG</i>	<i>AR-DRG</i>	<i>LDF</i>	<i>mipp</i>
Eindeutigkeit der Fallgruppierung	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓
Nachvollziehbarkeit der Fallgruppierung	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓
Anpassbarkeit der Falldefinition	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓
Abbildung von Multimorbidität / Schweregrad	✓	✓	✓	✓	✓✓	✓	✓
Trennbarkeit Gruppeneinteilung / Kennzahlenkalk. / Kennzahlen	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓
Anpassbarkeit / Erweiterbarkeit	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓
Erforderliche Dokumentation	–	✓✓	–	–	✓	–	✓

Tabelle 2: Ergebnisse des Grobvergleichs

✓✓ = Kriterium erfüllt; ✓ = Kriterium mit Vorbehalt erfüllt; – = Kriterium nicht erfüllt.

Ein Praxisvergleich sollte für die Kriterien "Eindeutigkeit und Nachvollziehbarkeit der Fallgruppierung" und "Trennbarkeit von Gruppeneinteilung, Kennzahlenkalkulation und Kennzahlen" differenzierte Aussagen ermöglichen. Bei "Anpassbarkeit der Falldefinition" und "Anpassbarkeit und Erweiterbarkeit" gibt es keine Hinweise darauf, dass die betrachteten Systeme die Kriterien nicht erfüllen.

Im Detailvergleich (Kapitel 4) werden die drei nach dem Grobvergleich ausgewählten Systeme einerseits analysiert, andererseits einander gegenübergestellt. Auf einige Besonderheiten im Vergleich zwischen diagnosebezogenen und pfadorientierten Systemen wird in Kapitel 4.2. eingegangen.

4. Detailvergleich

4.1. Ziel und Vorgehen

Der Grobvergleich der sieben Systeme, welcher anhand der K.O.-Kriterien des Anforderungskatalogs der Arbeitsgruppe "FGS" durchgeführt worden ist, hat ergeben, dass die Systeme mipp, AP-DRG und AR-DRG für die detaillierte, vergleichende Beurteilung ausgewählt werden sollen. Das Ziel des Detailvergleichs ist es, die drei Systeme einander gegenüberzustellen und anhand der einzelnen Kriterien des Anforderungskatalogs der Arbeitsgruppe "FGS" zu vergleichen. Auf einige Besonderheiten und Schwierigkeiten im Vergleich von einerseits diagnosebezogenen und andererseits pfadorientierten Systemen wird in Kapitel 4.2. eingegangen. Neben der Auswertung der Literatur und bestehender Vergleichsuntersuchungen zum Thema sind auch strukturierte Interviews mit Vertretern der drei Systeme durchgeführt worden:

- mipp: 19.3.2002 am Kantonsspital Aarau (Dr. Hans-Peter Müller, Erwin Rieben, Thomas Holler);
- AR-DRG: 9./10.4.2002 bei der Deutschen Krankenhausgesellschaft in Köln (Dr. Bernhard Rochell, Dr. Norbert Roeder) und
- AP-DRG: 30.4.2002 am CHUV in Lausanne (Luc Schenker, Hermann Plüss, Jean-Claude Rey). Mit Vertretern der Firma 3M (Yves Delcourte, Urs Furrer) hat am selben Tag ein kurzes Gespräch über IR-DRG stattgefunden.

Jedes System wird vorerst selbst und sodann seine Realisierung und Anwendung beschrieben. Weiter werden die Stärken und Schwächen anhand von ausgewählten Kriterien veranschaulicht. Dabei werden diejenigen Einzelkriterien, welche nicht vollständig erfüllt werden konnten und zu Punktabzug bei der Bewertung führten, besonders hervorgehoben. Die Ausführungen pro System werden anschliessend, verbunden mit einem Ausblick, zusammengefasst. Der ausführliche Detailvergleich mit Punktevergabe pro Kriterium ist als Anhang 3 beigefügt. Eine Diskussion der Ergebnisse des Detailvergleichs folgt im 5. Kapitel.

4.2. Besonderheiten des Vergleichs zwischen mipp, AP-DRG, AR-DRG

Wenn ein Vergleich zwischen diagnosebezogenen und pfadorientierten Systemen angestellt werden soll, ergeben sich daraus einige Probleme, die mit den grundlegenden Merkmalen dieser verschiedenartigen Systeme zusammenhängen. Der Vergleich zwischen den unterschiedlichen Systemen kann daher für manche Kriterien kein direkter sein. Ausserdem ist der Anforderungskatalog eher für die Evaluation eines diagnosebezogenen Systems konzipiert. Dies war jedoch nicht Grund genug, ein pfadorientiertes System wie mipp auszu-schliessen, zumal mipp die K.O.-Kriterien des Anforderungskatalogs in gleichem Masse erfüllt.

Die Grundidee von pfadorientierten Systemen ist es, klinisch homogene Fälle zusammenzufassen, um für sie einen Patientenpfad (Bestandteile einer Standardbehandlung) zu definieren. Dabei können Komplikationen, Schweregrade oder Nebendiagnosen anhand der relativen Häufigkeit ihres Auftretens miteinbezogen werden. Pfadorientierte Ansätze sind somit durch einen Bottom up-Ansatz gekennzeichnet. Daraus folgt, dass praktisch keine volle Abdeckung aller Fälle im Spitalspektrum erreicht werden kann, und dies auch nicht das Ziel ist. Einzelne Fälle werden immer Sonderfälle bleiben, die nicht als Standardfälle behandelt werden können. Im Gegensatz dazu präsentieren sich diagnosebezogene Systeme mit einem Top down-Ansatz: Es werden eine Anzahl Fallgruppen oder "Schubladen" gebildet, auf welche alle Fälle verteilt werden. Dadurch ergibt sich je nach Anzahl der Gruppen und Splits

eine geringere Homogenität in klinischer und in kostenmässiger Hinsicht als bei pfadorientierten Systemen, insbesondere in den Restgruppen für Fälle mit ungültiger oder fehlerhafter Codierung. Bei pfadorientierten Systemen wie mipp sind die Leistungen klar deklariert, während der Bezug zu den Leistungen bei diagnosebezogenen Systemen ein indirekter ist, bzw. die erbrachten Leistungen nicht im Vordergrund stehen.

4.3. Modell integrierter Patientenpfade (mipp)

4.3.1. Systembeschreibung

Der Patientenpfad nach mipp bildet den Prozess der Behandlung eines definierten Leidens auf der Basis von Behandlungsleitlinien ab. Er wird mittels Standardisierung von Prozess-Elementen (Komponenten) und Einzelleistungen nach dem Baukastenprinzip modular erstellt. Die Konstruktion und Implementierung der Patientenpfade erfolgt in interdisziplinärer Zusammenarbeit zwischen Arztdienst, Pflegedienst und Betriebswirtschaft. Patientenpfade zeigen auf, welche Leistungen von der prästationären Abklärung über die Patientenaufnahme, die Diagnostik, die Therapie, den Austritt bis hin zu den poststationären Massnahmen erbracht werden. Mit Hilfe eines Pfad-Benchmarkings werden die so entwickelten Patientenpfade mit jenen der Partnerspitäler verglichen. Im Gegensatz zu den heute verbreiteten Finanzierungsmodellen, die auf einer Ist-Kostenentschädigung basieren, geht mipp von Behandlungsleitlinien und Leistungsstandards aus wie Standard-Zeiten, Standard-Mengen und Standard-Verbrauchsmaterialien. Die damit verbundene Soll-Betrachtung besagt, was eine Behandlung kosten darf, anstelle der heute gebräuchlichen Überwälzung der entstandenen Kosten.

Patientenpfade nach mipp sollen eine bedarfsgerechte Diagnostik und Behandlung fördern und als Basis für die Optimierung der Behandlungsprozesse dienen. Sie sollen die Transparenz von Prozessen, Mengen und Kosten gewährleisten und ein gezieltes Kostenmanagement ermöglichen.

4.3.2. Realisierung und Anwendung

Das Modell integrierter Patientenpfade (mipp) wurde im Kantonsspital Aarau als ein Instrument für eine effiziente Spitalführung entwickelt. Im Jahr 1999 haben der Aargauische Krankenkassenverband, das Gesundheitsdepartement des Kantons Aargau, das Kantonsspital Aarau sowie das Spital Zofingen beschlossen, mipp als Grundlage für ein auf Fallpreispauschalen beruhendes Finanzierungssystem zu wählen. Im Kantonsspital Aarau wurde am 1. Juli 2000 ein einjähriges Pilotprojekt gestartet, in welches elf Patientenpfade einbezogen worden sind. Diese elf Pfade decken ca. zwölf Prozent der stationären Fälle und sechs Prozent der stationären Einnahmen des Kantonsspitals Aarau ab. Mit den derzeit abgerechneten 36 Patientenpfaden deckt man ein Drittel der Fälle des Kantonsspitals Aarau ab. Dies entspricht rund einem Viertel der Einnahmen. Es wird angenommen, dass durch 200 Patientenpfade 80 Prozent der Behandlungsfälle über mipp abgebildet werden könnten. Es bestehen zur Zeit 100 Pfade, das System wird jedoch laufend weiterentwickelt. Bis Ende 2002 sollen 200 Patientenpfade konstruiert sein, die nach und nach auch für die Finanzierung von Fällen eingesetzt werden sollen (25 bis 30 Fallpreispauschalen pro Jahr). Es wird zur Zeit erwogen, mipp im ganzen Kanton Aargau als Finanzierungssystem einzusetzen. Das Kantonsspital Aarau ist ausserdem bei der Entwicklung von Patientenpfaden nach mipp an drei deutschen Universitätskliniken beteiligt.

4.3.3. Stärken und Schwächen des Systems

Nachvollziehbarkeit der Fallgruppierung bzw. der Pfadzuordnung: Bisher bekannte Probleme bei der praktischen Anwendung von mipp im Kantonsspital Aarau bestehen in der Zuteilung eines spezifischen Falles zu einem Patientenpfad. Die Zuteilung ist teilweise von der ärztlichen Einzelentscheidung abhängig. Damit ist sie in der Praxis nicht immer nachvollziehbar.

Abbildung von Multimorbidität und Komplikationen/Schweregrad: Bei der Abbildung von Multimorbidität und Komplikationen sind Abstriche zu machen, da diese in unterschiedlicher Weise in den Pfad integriert sind. Dabei werden in den gleichen Pfad einfache wie auch komplexe Fälle eingebaut. Die Komplikationen werden dabei nach Häufigkeit des Auftretens mit einberechnet. Um den Schweregrad besser abbilden zu können, wird eine dem PCCL-Konzept der AR-DRGs ähnliche Lösung erwogen.

Berücksichtigung von Mehrfachbehandlungen: Mehrfachbehandlungen können je nach Auftrittshäufigkeit problemlos in den Patientenpfad mit eingebaut werden.

Klinische Homogenität: Aufgrund der Konformität zu Leitlinien ist die klinische Homogenität als gut zu beurteilen.

Kostenhomogenität: Zahlen zur Varianzreduktion als Kennzahl der Kostenhomogenität liegen zur Zeit nicht vor. Aufgrund der verfügbaren Daten zu den Aufenthaltsdauern in den Behandlungspfaden ist jedoch auch eine grössere Variabilität der Fallkosten zu vermuten.

Leistungsbezug: Der Leistungsbezug ist vollumfänglich vorhanden. Bei der Pfadkonstruktion wird sowohl einbezogen, was der Patient als Grundleistungen, als auch, was er als Spezialleistungen benötigt. Dies schliesst gegebenenfalls auch intensivmedizinische, teure pharmakologische und weitere Nebenleistungen, wie psychiatrische Leistungen, ein.

Einbezug pflegerischer Leistungen: Pflegerische Leistungen werden bei der Pfadkonstruktion umfassend berücksichtigt, wobei die Leistungserfassung auf LEP basiert.

Umgang mit "Ausreissern" und Extremfällen: Im Umgang mit Ausreissern und Extremfällen zeigen sich Schwächen, die zwar über ein internes Leistungs- und Kostencontrolling abgefangen bzw. durch kontinuierliche Anpassung einzelner Pfade verringert werden können. Grundsätzlich gibt es jedoch keine statistische Methode zur Behandlung von Outliern, was zu einer aufwändigen Einzelfallbetrachtung führen kann.

Vollständigkeit und Restgruppen: Ziel von mipp ist es nicht, das Fallspektrum eines Spitals komplett abzudecken. Derzeit wird nur ein Drittel der Fälle abgedeckt. Mittelfristig strebt man mit ca. 200 Pfaden eine Abdeckung von 80 Prozent des akut-stationären Fallspektrums an.

Anwendbarkeit ausserhalb des akut-stationären Bereichs: mipp kann auch über den akut-stationären Bereich hinaus Anwendung finden. So können zum Beispiel ambulante Weiterbehandlungen, Nachbehandlungen oder Rehabilitationsmassnahmen in den Patientenpfad integriert werden.

Erforderliche Dokumentation: Erweiterungen der Standarddokumentation sind notwendig (bspw. Patientenmerkmale oder spezifische Behandlungen). Teilweise sind Codeerweiterungen der Klassifikationen für einzelne Fachgebiete wünschenswert. Eine Abdeckung

der Anforderungen von mipp durch eine Standarddokumentation im Rahmen der Bundesstatistik ist nur teilweise gegeben.

Manipulationsresistenz: Eine Manipulation wird zwar durch Controllingmechanismen eingeschränkt, die ärztliche Entscheidung über die Pfadzuordnung eröffnet jedoch einen gewissen Interpretationsspielraum.

Kostenmässige Verfügbarkeit: Es sollte ein Beitrag zu den Entwicklungskosten geleistet werden. Dazu kommen interne Kosten zur Anpassung der Pfade.

Zeitliche Verfügbarkeit: mipp ist verfügbar und wird im Kantonsspital Aarau auch zur Finanzierung eingesetzt. Eine lokale Anpassung der Behandlungspfade von medizinischer Seite ist jedoch grundsätzlich erforderlich.

4.3.4. Zusammenfassung und Ausblick

Bei mipp handelt es sich um ein System zur Prozessoptimierung im Krankenhaus. Über eine differenzierte Darstellung der Einzelprozesse und der Modellierung der Behandlungspfade entsprechend evidenz-basierter medizinischer Leitlinien können sowohl Prozessqualität als auch ein Pfadcontrolling gewährleistet werden. Damit schafft mipp als einziges System die von vielen Seiten immer wieder geforderte Transparenz.

Im Vergleich zu AP-DRG und AR-DRG handelt es sich bei mipp nicht um ein System zur reinen Fallgruppierung. Daten zur Berechnung der Varianzreduktion liegen derzeit noch nicht vor. Im Moment gibt es auch noch keine rein diagnostischen Patientenpfade. Das Modell basiert auf einer Pfadmodellierung nach evidenz-basierten Aspekten, derzeit ist jedoch noch nicht gewährleistet, dass die zugrundeliegenden Leitlinien oder Clinical Pathways über einen standardisierten Entwicklungsprozess erstellt werden.

Ein wichtiger, noch ungeklärter Punkt ist, wie viele von der Gesamtzahl der sich qualifizierenden Patientinnen und Patienten in eine Behandlungsfallgruppe eingeschleust werden. Diese Erkenntnisse zum prozentualen Einschluss der Patienten wie auch deren Repräsentativität für die mögliche Gesamtpopulation ist wichtig im Hinblick auf die Beurteilung einer Patientenselektion. Positiv hervorzuheben sind die in mipp vorgesehenen Schnittstellen zur Kostenrechnung, zu qualitätssichernden Massnahmen, zum internen Controlling und zur Prozessoptimierung. Viele dieser begleitenden Aspekte fehlen den diagnosebezogenen Fallgruppierungssystemen.

4.4. All Patient-DRG (AP-DRG)

4.4.1. Systembeschreibung

Die All Patient-DRGs bauen auf den HCFA-DRGs auf. Das AP-DRG-System gehört dem Staat New York und wird von der Firma 3M weiterentwickelt und exklusiv vermarktet. Die AP-DRGs unterscheiden zwei Kategorien von Nebendiagnosen und Komplikationen (sogenannte CCs und Major CCs). Sie fassen schwerwiegende Begleiterkrankungen auf der Ebene der Hauptkategorien (Major Diagnostic Categories: MDC) zusammen. In den USA wird dieses Instrument neben vielen anderen zur Spitalfinanzierung verwendet. Zum Spitalmanagement und Benchmarking werden vor allem "refined" Systeme genutzt. In der Version 12 werden 641 Behandlungsfallgruppen aufgeführt.

4.4.2. Realisierung und Anwendung

Die auf die AP-DRGs folgenden Fallgruppierungssysteme (All Patient Refined-DRG [APR-DRG] und International Refined-DRG [IR-DRG]) führen das Bemühen um eine verbesserte klinische und ressourcenbezogene Homogenität weiter, indem die Anzahl Basis-DRGs reduziert und gleichzeitig die Anzahl möglicher Schweregradstufen pro Basis-DRG erhöht wurden. Dadurch wurde vor allem die klinische Homogenität noch weiter verbessert.

Im APR-DRG-System, das ebenfalls von 3M auf der Grundlage des HCFA-DRG- und des AP-DRG-Systems entwickelt wurde, werden die Basisfallgruppen auf zwei Arten in je vier Schweregrad-Stufen aufgeteilt. Die eine Aufteilung dient der Abbildung der Aufwändigkeit der Behandlungsfälle und die andere Aufteilung der erwarteten Mortalität. Ziele der Entwicklungen waren dabei:

- die Unterstützung von Qualitätssicherungsprojekten;
- der Aufbau von DRG-bezogenen Behandlungspfaden;
- Analyse und Entwicklung von Mortalitätsraten.

Die APR-DRGs sind deshalb in erster Linie für statistische Zwecke geeignet, nicht aber für die Finanzierung von Spitalleistungen.

Beim IR-DRG System handelt sich um ein weiteres, von der Firma 3M entwickeltes, kommerzielles DRG-System. Es ist eine vereinfachte Version der APR-DRGs mit 348 Basisfallgruppen und zwei Gruppen für Fälle mit ungünstigen Codes. Jede Basis-DRG ist nach der Ressourcenintensität der Begleiterkrankungen in drei Subgruppen unterteilt:

- keine (oder nur leichtere) Begleiterkrankungen;
- signifikante Begleiterkrankungen;
- schwer- und schwerstwiegende Begleiterkrankungen.

Das System wurde im Hinblick auf eine internationale Vergleichbarkeit insbesondere für Europa entwickelt. Der Systemaufbau soll dabei ein sogenanntes natives Gruppieren auf der Basis von unterschiedlichen Klassifikationssystemen für Diagnosen und Prozeduren erlauben.

Das AP-DRG-System wurde von PCS Schweiz im Jahr 1997 als Fallgruppierungssystem ausgewählt, weil es sofort verfügbar war und auf den in der Schweiz verwendeten Prozedurencode (ICD-9-CM/3 bzw. CHOP) aufbaute. Dies ermöglicht es, ohne Mapping (Transcodierung) auszukommen. Gemäss PCS Schweiz erfolgte diese Auswahl mit folgenden Zielen:

1. Aufgabe der Tagesfallpauschale;
2. Kompatibilität mit der medizinischen Bundesstatistik;
3. interkantonale und internationale Vergleichbarkeit;
4. Verfügbarkeit einer einfachen und schnellen Lösung, die geringe Kosten bei der Einführung verursacht.

Im Kanton Waadt wird AP-DRG für die Verrechnung von stationären und teilstationären Leistungen im allgemeinen Akut-Bereich und im Rahmen des Globalbudgets angewandt. Im Kanton Zürich kommen AP-DRGs in zwei Bereichen zur Anwendung: Seit einigen Jahren basieren die Budgets auf dem Leistungsspektrum nach AP-DRG. Seit Mitte des Jahres 2001 verrechnen einige Spitäler im Pilotprojekt ihre Leistungen gegenüber der Helsana Krankenversicherung mittels AP-DRG. Grundlage für die Verrechnung bilden die von PCS Schweiz angepassten Kostengewichte in der Version 3.1.

Zur Zeit werden die Systeme IR-DRG, AP-DRG und APR-DRG von PCS Schweiz hinsichtlich der Kostenhomogenität miteinander verglichen und untersucht, welches System am besten als Grundlage für die Entwicklung von Swiss-DRGs geeignet ist.

4.4.3. Stärken und Schwächen des Systems

Abbildung von Multimorbidität und Komplikationen/Schweregrad: Probleme des Systems ergeben sich hauptsächlich beim Einbezug von Komplikationen und Begleiterkrankungen. Dabei wird nur die komplexeste Nebendiagnose berücksichtigt (ebenso bei IRR-DRG).

Berücksichtigung von Mehrfachbehandlungen: Mehrfachbehandlungen werden nur ungenügend abgebildet.

Hierarchisierung und Aggregierbarkeit: Durch die gesonderte Behandlung von Fallgruppen mit schwerwiegendsten Begleiterkrankungen und Komplikationen (Konzept der MCCs) ist eine Zusammenfassung in medizinisch einheitliche Fälle nur begrenzt möglich.

Maintenance und Wartung: Bei der für das kommerzielle System AP-DRG verantwortlichen Firma 3M hängt die Weiterentwicklung an einigen wenigen Personen, weswegen die kontinuierliche Wartung als grundsätzlich aufwändig bezeichnet werden muss.

Klinische Homogenität: Die klinische Homogenität ist akzeptabel, jedoch schlechter als bei einem "refined" System.

Kostenhomogenität: Wenn man auf die Analysen der Daten der Ursprungsländer der DRG-Systeme (USA und Australien) zurückgreift, so kann bezogen auf die Fallkosten mit dem AP-DRG-System eine Varianzreduktion zwischen 50 und 55 Prozent erreicht werden. Die Kostenhomogenität der Schweizer Version ist aufgrund fehlender Daten und mangelhaft definierter Kostenrechnung bisher schwierig zu beurteilen.

Leistungsbezug: Es wird grundsätzlich von der Hypothese ausgegangen, dass über die Diagnosen ein Bezug zur Leistung besteht. Die Tatsache, dass teilweise auch Prozeduren einbezogen werden, zeigt, dass der Leistungsbezug nur beschränkt gegeben ist.

Einbezug pflegerischer Leistungen: Es wird von der Hypothese ausgegangen, dass pflegerische Leistungen über die medizinische Diagnose adäquat einbezogen sind. Die Pflege wird demzufolge nur indirekt, bzw. der hierdurch entstehende Aufwand erst bei der Pauschalenbildung als Kostenfaktor miteinbezogen.

Anwendbarkeit ausserhalb des akut-stationären Bereichs: Das System ist grundsätzlich nicht für die Anwendung ausserhalb des akut-stationären Bereichs konzipiert. Für teilstationäre Fälle ist eine Erweiterung des AP-DRG-Groupers für die Schweiz vorgenommen worden.

Erforderliche Dokumentation: AP-DRG wurde auf die in der Schweiz verwendeten Diagnose- und Prozedurencodes angepasst.

Kostenmässige Verfügbarkeit: Die Wartung von AP-DRG für die Schweiz kostete bis dato ca. CHF 400'000.- pro Jahr. Für den Grouper muss ein Spital bis 200 Betten ca. CHF 3'000.- pro Jahr an Lizenzgebühren bezahlen (eine Lizenz). Die Einführung des Systems in den Waadtländer Spitälern hat laut dortiger Angaben CHF 500'000.- gekostet.

Zeitliche Verfügbarkeit: Das System ist verfügbar. Die relativen Fallgewichte müssen jedoch auf der Basis verbesserter und erweiterter Kostendaten angepasst werden.

4.4.4. Zusammenfassung und Ausblick

AP-DRGs sind in der Schweiz am meisten verbreitet. Innerhalb der genannten Pilotprojekte der Schweiz konnten auch einige Probleme identifiziert werden, die durch den Systemaufbau bedingt sind. Der Mangel der Differenzierung innerhalb der Fallgruppen führt dazu, dass durch Begleiterkrankungen bedingte Schweregrade nur mangelhaft wiedergegeben werden können. Gleichzeitig führt dies zu Einschränkungen bei Analysen im Hinblick auf ein Benchmarking. Abhilfe könnte hier ein "refined" System schaffen.

Das System erfasst kostenintensive medikamentöse und medizintechnische Leistungen nicht. Dies legt wiederum die Anwendung eines "refined" Systems nahe, bzw. müsste in der Praxis dazu führen, dass teure Leistungen wie Implantate, Blutprodukte und bestimmte Medikamente getrennt vergütet werden.

Bei der Auswertung der zur Verfügung stehenden Datenbasis und der Anwendung des AP-DRG-Groupers in der Schweiz zeigte sich, dass die Grouper-Logik und Nomenklatur bzw. Art der Codierung in der Schweiz nicht immer kongruent sind. Gemäss PCS Schweiz muss dies zwangsläufig zur Anpassung des Groupers mit entsprechender Validierung basierend auf schweizerischen Daten führen. Gleichzeitig sind Richtlinien zur Anwendung des Groupers und der Codierung ähnlich wie in Deutschland für AR-DRG zu vereinheitlichen. Eine klare Falldefinition ist unerlässlich.

4.5. Australian Refined-DRG (AR-DRG)

4.5.1. Systembeschreibung

Das System der Australian Refined-DRGs entstand 1998 als Nachfolge-System der Australian National-DRGs (AN-DRG). Mit diesem Schritt verselbständigte sich die bisher stark an den amerikanischen Vorbildern ausgerichtete DRG-Entwicklung in Australien. Das AR-DRG-System ist auf der obersten Ebene nach Hauptkategorien (Major Diagnostic Categories: MDC) gegliedert. Diese wiederum sind aufgeteilt in operative, medizinische und andere Unterkategorien. Die Unterkategorie "andere" ist eine im AR-DRG-System neu eingefuhrtene Unterkategorie. Hier werden DRGs eingeordnet, welche aufgrund von Prozeduren erzeugt werden, die keinen Operationssaal benötigen. Dazu gehören unter anderem gewisse diagnostische Prozeduren. Jede Basisfallgruppe lässt sich einer Unterkategorie zuordnen. Zu einer Basisfallgruppe gibt es maximal vier Schweregradstufen. Im AR-DRG-System gibt es in der Version 4.1 661 Basisfallgruppen. Diese Zahl konnte so klein gehalten werden, weil die Verfeinerungen nach Schweregrad von DRG zu DRG unterschiedlich differenziert wurden. Daraus ergibt sich eine variable Zahl von einer bis vier Schweregrad-Stufen pro Basisfallgruppe und insgesamt 2017 ausdifferenzierte Gruppen (davon sieben Fehlergruppen).

4.5.2. Realisierung und Anwendung

In Australien bestehen bereits langjahrigere Erfahrungen im Umgang mit DRG-Systemen. Das AR-DRG-System wird dort auch heute nicht für eine fallbezogene Vergütung stationärer Krankenhausleistungen eingesetzt, sondern hauptsächlich zur Budgetbemessung. Den Einsatzzweck als Preissystem, wonach eine DRG-basierte, fallbezogene Leistung durch eine Pauschale auch unter Berücksichtigung angepasster Zu- und Abschläge voll vergütet wird, gibt es in Australien nicht.

In Deutschland haben sich auf Grund der Gesetzeslage die Krankenkassenverbände, die Ärzteschaft und der deutsche Krankenhausverband Mitte des Jahres 2000 für das AR-DRG-System bzw. für dessen Einfuhnung nach Anpassung auf das deutsche Gesundheitswesen

entschieden. Ausschlaggebend war letztendlich die differenzierte Schweregradeinteilung des Australischen Systems.

4.5.3. Stärken und Schwächen des Systems

Abbildung von Multimorbidität und Komplikationen/Schweregrad: Begleiterkrankungen und Komplikationen können als Nebendiagnosen in unbeschränkter Zahl über eine Gewichtung zu einem Patient Clinical Complexity Level (PCCL-Wert) verrechnet werden. Dadurch entstehen aus den 661 Hauptgruppen des AR-DRG-Systems 2017 ausdifferenzierte Gruppen.

Berücksichtigung von Mehrfachbehandlungen: Mehrfachbehandlungen werden nur ungenügend abgebildet.

Hierarchisierung und Aggregierbarkeit: Die Aggregierbarkeit des hierarchisch aufgebauten Systems ist voll gegeben. Die Begleiterkrankungen können über das Konzept der PCCL separat und unabhängig von der Hauptdiagnose analysiert werden.

Klinische Homogenität: Aufgrund des PCCL-Konzeptes ist das AR-DRG-System klinisch homogener als das AP-DRG-System. Jedoch weisen beide Systeme Sammelgruppen auf, die in sich sehr inhomogen sein können.

Kostenhomogenität: Bezogen auf die Kostenhomogenität kann mit dem AR-DRG-System eine Varianzreduktion von 66 Prozent erreicht werden, wenn sowohl in medizinischer, als auch in statistischer Hinsicht Extremfälle und Ausreisser sinnvoll herausgerechnet werden.

Leider sind die Zahlen zur Varianzreduktion nicht immer direkt miteinander vergleichbar. Dies liegt daran, dass

- unterschiedliche Kostenrechnungen zur Erstellung der Fallkosten verwendet werden,
- die Zahl nicht gruppierbarer Fälle bzw. Sammel-DRGs unterschiedlich gross sein können,
- in unterschiedliche Weise mit Low- und High-Outliers umgegangen wird und
- bei unterschiedlicher Codierpraxis von einer differierenden Anzahl von Nebendiagnosen ausgegangen werden muss.

Leistungsbezug: Der Leistungsbezug ist durch den Einbezug aller Nebendiagnosen besser gegeben als bei den AP-DRGs.

Einbezug von pflegerischen Leistungen: Pflegerische Leistungen können über Pflegediagnosen teilweise einbezogen werden, welche jedoch in der ICD-10 nur unzureichend abgebildet sind. Die Pflege, bzw. der hierdurch entstehende Aufwand wird erst bei der Pauschalenbildung als Kostenfaktor miteinbezogen.

Anwendbarkeit ausserhalb des akut-stationären Bereichs: Das AR-DRG-System ist primär nicht zur Anwendung ausserhalb des akut-stationären Bereichs geeignet. Zur ambulanten Behandlung gibt es noch keine Schnittstellen. Sowohl die Rehabilitation als auch die Geriatrie haben im Ursprungsland Australien andere Vergütungssysteme und sind darum nicht miteinbezogen worden.

Erforderliche Dokumentation: Die für die Gruppierung notwendigen Daten werden durch die derzeit in der Schweiz eingeführte Dokumentation im Rahmen der Bundesstatistik erhoben. Die praktische Anwendung des AR-DRG-Systems würde jedoch eine Überleitung der Prozedurencodes bedingen. Die Erfahrungen haben gezeigt, dass in jedem

Land bei der Prozedurenklassifikation auf landestypische Gegebenheiten eingegangen werden muss.

Kostenmässige Verfügbarkeit: Für die freie Nutzung von AR-DRG in der Version 4.1 in Deutschland wurde eine einmalige Zahlung an die australische Regierung vereinbart. Gruppierungssoftware wird von verschiedenen Firmen zu unterschiedlichen Preisen und Qualitäten angeboten.

Zeitliche Verfügbarkeit: Das System ist in Australien eingeführt, kann jedoch nicht ad hoc in der Schweiz eingesetzt werden.

4.5.4. Zusammenfassung und Ausblick

Das AR-DRG-System ist von den bereits eingeführten Systemen das am weitesten entwickelte. Es zeichnet sich durch eine gute klinische Homogenität und eine akzeptable Kostenhomogenität aus. Der Einbezug von Schweregrad und kostensteigernden Komplikationen und Begleiterkrankungen ist in diesem System bislang am besten gelöst. Dies führt zu einem transparenten Ansatz, welcher auch eine Aggregation auf unterschiedlichen Ebenen der Hierarchie zulässt.

Im System sind mehrere Konzepte vereint, um zu einer Verbesserung der Homogenität der gebildeten Behandlungsfallgruppen zu kommen. Die wichtigsten Ansätze sind dabei die differenzierte Betrachtung der Begleiterkrankungen in bis zu vier Schweregraden, die Differenzierung durch Einführung von Alterssplits an unterschiedlichen Positionen und die Verwendung von zusätzlichen Nach-Gruppierungstatbeständen wie Geburtsgewicht, Eintagesfall, Notfallaufnahme und Entlassungsart.

Bei der Vorbereitung der Einführung des Systems in Deutschland zeigt sich, dass der Definition und dem konsistenten Gebrauch des Begriffes der Hauptdiagnose bzw. Hauptleistung und damit der Definition des administrativen Falles grosse Aufmerksamkeit geschenkt werden muss. In Australien existieren detailliert ausgearbeitete Codierrichtlinien, die bereits für Deutschland übersetzt und angepasst wurden.

4.6. Gesamtergebnisse im Überblick

Die untenstehende Tabelle zeigt die Ergebnisse der vergleichenden Beurteilung der drei Systeme mipp, AP-DRG und AR-DRG (Detailvergleich in synoptischer Übersicht s. Anhang 3):

	<i>mipp</i>	<i>AP-DRG</i>	<i>AR-DRG</i>
Kriterien zu Aufbau und Konstruktion	154 Punkte	143 Punkte	161 Punkte
Kriterien zu Inhalt und Abdeckung	128 Punkte	122 Punkte	129 Punkte
Allgemeine Kriterien	35.5 Punkte	38.5 Punkte	42.5 Punkte
Total	317.5 Punkte	303.5 Punkte	332.5 Punkte

Tabelle 3: Gesamtergebnisse des Detailvergleichs im Überblick (vgl. Anhang 3)

Das AR-DRG-System als "refined" (verfeinertes, differenziertes) System erhält im Detailvergleich die beste Bewertung. Es verfügt über ein ausgereiftes Konzept zur Berücksichtigung und Gewichtung von kostenrelevanten Nebendiagnosen. AP-DRG hingegen besitzt bereits

eine Grupper-Anpassung auf die in der Schweiz verwendeten Klassifikationssysteme. Die erforderlichen Daten werden für AP-DRG wie für AR-DRG im Rahmen der medizinischen Bundesstatistik erhoben. Bei beiden Systemen sind grosse Abstriche bei der Berücksichtigung von Mehrfachbehandlungen und der Abbildung von pflegerischen und psychiatrischen Leistungen, sowie Leistungen der Rehabilitations-, Sucht- und Palliativ-Medizin zu machen. Interventionelle Leistungen und rein diagnostische Leistungen werden im AR-DRG besser als im AP-DRG abgebildet. Der Leistungsbezug ist jedoch bei AP-DRG wie bei AR-DRG nur beschränkt gegeben, dies im Gegensatz zu mipp. mipp eignet sich zudem zur Optimierung der Prozessqualität und schafft die geforderte Transparenz im Ablauf der Leistungserbringung.

5. Diskussion und Schlussfolgerungen

5.1. Diskussion der Ergebnisse

5.1.1. Klinische Homogenität und "refined" Systeme

Bei jedem Fallgruppierungssystem bewegt man sich in einem Spannungsfeld zwischen der Optimierung von klinischer Homogenität, Kostenhomogenität und der Anzahl der zur Verfügung stehenden Behandlungsfallgruppen. Dabei muss dem Aufwand bei der Codierung und der Manipulationsresistenz des Systems Rechnung getragen werden. Bei einer grösseren Zahl von Behandlungsfallgruppen kann zwar die Kostenhomogenität gesteigert werden, ist jedoch die Gefahr eines hohen Dokumentationsaufwandes und einer aufwändigen Pflege der Grouper-Logik verborgen. Eine ausreichende Schweregrad-Abbildung gelingt nur, wenn mehrere Nebendiagnosen mit einer spezifischen Gewichtung in Relation zur Hauptdiagnose miteinander verrechnet werden können. Dies ist beim AR-DRG-System am besten gelöst, da über eine Verrechnungsformel mehrere gering gewichtete Komplikationen sich zum eigentlichen Schweregrad summieren können. Bei einem System, welches nur eine Nebendiagnose zur Bestimmung des Schweregrades zulässt, besteht die Gefahr, dass bei fehlender Dokumentation der höchst gewichteten Nebendiagnose diese Stufe nicht erreicht werden kann, obwohl sie den eigentlichen medizinischen Schweregrad am besten reflektieren würde.

Wir kommen bei der vergleichenden Analyse von vorhandenen Fallgruppierungssystemen zum Schluss, dass zu einer aus medizinischer Sicht zufriedenstellenden Abbildung von Fallgruppen das AR-DRG-System gegenüber dem AP-DRG-System Vorteile bietet. Auch ein Vergleich mit anderen Ländern zeigt, dass langfristig ein "refined" System notwendig ist, um die mit diagnosebezogenen Fallgruppierungssystemen verfolgten Ziele erreichen zu können.

5.1.2. Kostenhomogenität und Komplexität des Systems

Der verstärkte Druck in Richtung eines auf leistungsbezogenen Fallpauschalen basierenden Finanzierungssystems ist ausgelöst worden mit der Erwartung, die Kostensteigerung im Gesundheitswesen bremsen und Transparenz über die tatsächlich erbrachten Leistungen herstellen zu können. So sind die DRG-Systeme im Hinblick auf eine möglichst grosse Kostenhomogenität innerhalb der einzelnen Behandlungsfallgruppen ausgerichtet. Aus statistischer Sicht genügt jedoch diese Kostenhomogenität auch bei den derzeit verfügbaren "refined" Systemen noch nicht. Bezüglich der klinischen Homogenität weist ein "refined" System entscheidende Vorteile auf. Der Anspruch einer vollständigen Abbildung des Fallspektrums im Spital und andererseits einer äusserst hohen Kosten- und klinischen Homogenität kann jedoch nicht erfüllt werden, es sei denn mit einem äusserst komplexen Gruppierungssystem, welches aber wenig praxistauglich wäre. Es muss deshalb Sorge getragen werden, dass klare Codierregeln, eine eindeutige Falldefinition und die Nachvollziehbarkeit der Fallgruppierung gewährleistet sind. Insofern liegen die Probleme in der tatsächlichen Umsetzung und Implementierung eines auf leistungsbezogenen Fallpauschalen basierenden Managementsystems unabhängig von der zu Grunde liegenden Zielsetzung. Diese Problematik macht es erforderlich, dass klare Regeln bereits vor Einführung verankert und akzeptiert sind.

Man weiss heute, dass mehr als 50 Prozent der Behandlungsfallkosten im akut-stationären Bereich auf weniger als 10 Prozent der Fallgruppen eines DRG-Systems entfallen. Es bietet sich an, für diese häufigen Versorgungssituationen Standards im Hinblick auf die Anwendung eines auf Patientenpfaden beruhenden Systems zu definieren. Aus Sicht der Leistungserbringer und Kostenträger ergäbe sich hieraus der Vorteil der beidseitig gewünschten Transparenz.

5.1.3. Lösungen für das Schweizerische Umfeld

Es ist nicht davon auszugehen, dass eine in einem anderen Land entwickelte Lösung unverändert in der Schweiz Anwendung finden kann. Hierbei würden spezifische Gesichtspunkte bei der Patientenversorgung im schweizerischen Gesundheitswesen mangelhafte Berücksichtigung finden. Dies zeigt sich auch bei der Übernahme von Systemen in anderen Ländern. Im Vordergrund stehen hierbei der Unterschied in der Versorgungspraxis und in der Aufteilung zwischen dem ambulanten, teilstationären und stationären Bereich. Weniger betrifft dieser Punkt das Morbiditätsspektrum eines Landes. Dies hat dazu geführt, dass bei der Neuentwicklung von Fallgruppierungssystemen in anderen Ländern zwar zumeist die gleiche oder ähnliche Klassifikation für die Diagnosen, aber häufig unterschiedliche Kataloge zur Beschreibung der medizinischen Interventionen und Prozeduren angewendet werden (s. Frankreich: GHM, Skandinavien: NordDRG, etc.). Hier bleibt die Entwicklung bei der Anwendung von TARMED zur Abbildung von Leistungen in verschiedenen Bereichen der ambulanten und stationären Versorgung in der Schweiz abzuwarten.

Bei der Einführung eines Fallgruppierungssystems müssen landesspezifische Gegebenheiten berücksichtigt und einbezogen werden. Die Schnittstellen zu den verwandten Tarifierungssystemen dürfen nicht vernachlässigt werden. Die unterschiedlichen Systeme sind aufeinander abzustimmen, und es müssen Anwendungsrichtlinien definiert werden (Falldefinition, Codierrichtlinien, Outlier-Regelungen, Kostenrechnungsstandards).

5.1.4. Zukünftige Entwicklungen eines DRG-Systems

Einige der im Anforderungskatalog als wichtig erachteten Beurteilungskriterien sind in allen DRG-Systemen noch nicht hinreichend gelöst. Dies betrifft unter anderem die Berücksichtigung von Mehrfachbehandlungen und die Trennung zwischen diagnostischen, medizinischen und chirurgischen Interventionen. Ein weiterer Mangel besteht im noch fehlenden, beziehungsweise unzureichenden Einbezug von pflegerischen Leistungen. Diese können zwar teilweise über Diagnosecodes abgebildet werden, spiegeln aber in der Regel den tatsächlichen pflegerischen Aufwand nur unzureichend wider. Mit der Einführung eines DRG-Systems müssen eine klare Falldefinition, Codierrichtlinien und Regelungen zum Umgang mit Ausreissern und Extremfällen vorhanden sein oder getroffen werden. Dabei ist insbesondere die praktische Umsetzung der Dokumentation und Codierung mit entsprechenden Richtlinien zu berücksichtigen. Dies schliesst einen Abgleich mit zukünftigen Entwicklungen im Bereich der epidemiologischen Datenerhebungen (medizinische Bundesstatistik) ein.

Die Aggregation der Fallgruppen eines DRG-Systems ist zu Analysezwecken von entscheidender Bedeutung. Die aus klinischer Sicht erforderliche Differenzierung deckt sich hier nicht immer mit den Bedürfnissen der Ökonominnen und Ökonomen, die für Tarifierung und Kostenrechnung eine angemessen kleine Anzahl von Behandlungsfallgruppen erwarten. Hier gilt es, ein Optimum zwischen Differenzierung in medizinischer Hinsicht und Aggregation und Übersichtlichkeit im Hinblick auf ökonomische Gesichtspunkte zu erreichen. Dabei kann von ökonomischer Seite zum einen die Zahl der abrechnungsfähigen Behandlungsfallgruppen als auch die in die Fallkosten eingerechneten kostenrelevanten Leistungen beeinflusst werden. Grundsätzlich muss jedes System auf der Grundlage und den Regeln des schweizerischen Gesundheitssystems angepasst werden. Dabei ist auf die Modularität des Systems ein besonderes Augenmerk zu richten. Hierdurch können Begleiterkrankungen, Mehrfachbehandlungen im Sinne von getrennt zu betrachtenden Krankheitsepisoden, kostenintensive Leistungen (Intensivtherapie) und Schnittstellen zu vor- und nachstationären Behandlungen Berücksichtigung finden.

Folgenden Punkten muss bei der Weiterentwicklung eines DRG-Systems, das zur Abrechnung von Leistungen eingesetzt werden soll, Rechnung getragen werden:

- Es muss ein Gleichgewicht zwischen medizinischen und ökonomischen Bedürfnissen sichergestellt werden;
- Die Systeme müssen durch einen konsequenten, modularen Aufbau zur besseren Abbildung von Mehrfachbehandlungen und zur Verbesserung der zeitlichen Abfolge von Behandlungen weiterentwickelt werden.

5.2. Überlegungen zur Einführung eines Systems

5.2.1. Zielsetzungen

Fallgruppierungssysteme können mit vielfältigen Zielsetzungen eingeführt werden. Sie können im Dienste stehen

1. des internen Spitalmanagements (inkl. Budgetierung, strategisches Controlling);
2. der Optimierung der Prozessabläufe;
3. der morbiditätsorientierten Spitalplanung;
4. der Leistungsdokumentation und –statistik;
5. der Tarifierung und Abrechnung mit Leistungsfinanzierern;
6. der Spitalbudgetierung und –finanzierung;
7. des Benchmarkings, bzw. Leistungsvergleichs sowie
8. der Schaffung von Transparenz.

5.2.2. Stärken/Schwächen-Beurteilung

Je nach Gewichtung der Zielsetzungen sind die Interessenlagen bei der Auswahl des geeigneten Fallgruppierungssystems bei den verschiedenen Akteuren (Spital, Ärzteschaft, Pflege, öffentliche Hand und Versicherer) unterschiedlich. Unter den Partnern muss deshalb die Zielsetzung beim Auswahlentscheid klar definiert werden. Der Vergleich hat gezeigt, dass diagnosebezogene Systeme insbesondere bei den Zielen 1 und 3 bis 7 ihre Stärken haben, wohingegen die pfadorientierte Lösung vor allem den Zielen 1 bis 3, 5 und 8 gerecht wird.

5.2.3. Interessen der Spitäler

Im Bereich Prozessoptimierung liegt in den Spitälern wahrscheinlich ein grosses Potenzial zu Einsparungen. Hier bietet das in Aarau entwickelte mipp einen interessanten Ansatz, in dem es über die Prozessoptimierung und Controllinginstrumente die Patientenversorgung für ganz spezifische Fälle und Fallgruppen in den Vordergrund stellt. Aus medizinischer Sicht und von Spitalseite wird ein derartiges Instrument, insbesondere bei Einführung eines DRG-Systems, an Bedeutung gewinnen. Hierüber lassen sich evidenzbasierte Standards für Krankheitsbilder definieren, die national entwickelt und lokal angepasst werden können.

5.2.4. Interessen der Kantone

Für die Kantone steht die Möglichkeit im Vordergrund, über Fallgruppierungssysteme die Ressourcenallokation besser definieren und steuern sowie eine qualitativ hochstehende medizinische Versorgung sichern zu können. Die Ziele 2, 3, 5 und 6 stehen also im Zentrum des

Interesses. Leistungsdokumentation und -vergleiche sind natürlich ebenfalls Elemente im Interesse der öffentlichen Hand.

5.2.5. Kompatibilität mit Codierungssystemen der Schweiz

Es liegt auf der Hand, dass jenes Fallgruppierungssystem, für welches man sich entscheidet, mit den Daten kompatibel sein muss, welche routinemässig im Spital erhoben werden. Für die Schweiz bedeutet dies, dass ein Modell gewählt werden muss, welches mit der obligatorischen Codierung der Schweiz (der ICD-10 für die Diagnosen und der ICD-9-CM, Vol. 3 bzw. CHOP für die Prozeduren) kompatibel ist. Bei AP-DRG ist die Kompatibilität gegeben, da der Grouper bereits angepasst wurde. Für die Transcodierung des Diagnosencodes bei den AR-DRGs stehen Mapping-Tabellen zur Verfügung. Bei den Prozeduren sind die Arbeiten noch nicht so weit fortgeschritten. Die IR-DRGs sind mit verschiedenen Codierungssystemen verwendbar. Nach einer allfälligen Ablösung von CHOP sind die Kompatibilitäten neu zu beurteilen.

5.2.6. Kosten der Einführung

Sowohl bei der Einführung, als auch durch die Pflege eines Fallgruppierungssystems entstehen Kosten. Der Vergleich der untersuchten Systeme ergibt ein unterschiedliches Bild. Die jährliche Lizenz für einen Schweizer AP-DRG Grouper von 3M kostet je nach Spitalbettenzahl 3'000 bis 11'000 Franken pro Spital und Jahr (eine Lizenz). Für mehrere Lizenzen und Spitalgruppen gibt es Rabatte. Die Kosten für die Groupersoftware sind bei AR-DRG je nach Anbieter und Ausstattung unterschiedlich. Das System an sich steht kostenlos zur Verfügung. Viel bedeutendere Ausgaben lösen bei allen drei untersuchten Systemen die Anpassung auf landesspezifische Gegebenheiten (Schnittstellendefinition, Berechnung der relativen Kostengewichte) aus. Hinzu kommen die Schulung des Personals, die informatikgestützte Einführung des Systems, die Verbesserung der Codierqualität und -last but not least - die kontinuierliche Pflege des Systems. Ein nicht unerheblicher Aufwand ist auch für die Berechnung der Kostendaten zu veranschlagen. Die Einführungskosten bei AR-DRGs würden in der Schweiz mit grosser Wahrscheinlichkeit etwas höher ausfallen, da ein Mapping für die Klassifikation erforderlich ist, wobei Vorarbeiten einbezogen werden könnten. Für das mipp bestehen zur Zeit keine Lizenzkosten, jedoch sollte ein Beitrag an die Entwicklungskosten geleistet werden. Die Einführung des Systems im einzelnen Betrieb ist ausserdem – will man der Hauptzielsetzung der Optimierung der Prozessabläufe gerecht werden – mit Anpassungen an die betriebseigenen Guidelines verbunden und zieht beträchtlichen personellen und finanziellen Aufwand nach sich. Dieser kann jedoch auch als Beitrag zur Prozessoptimierung und internen Qualitätsentwicklung betrachtet werden.

5.3. Rahmenbedingungen für die Einführung

5.3.1. Codierung

Auf Grund der noch vorherrschenden unbefriedigenden Codierqualität in Spitälern und ungenügenden Regeln zur Gruppierung der Fälle ist eine retrospektive Erfassung und Einteilung erschwert. Es ist unabdingbar, dass mit der Einführung eines DRG-Systems flankierende Massnahmen einhergehen, die über die Anpassung des Systems und die Berechnung von Kostengewichten und Basisfallwert hinausgehen. Seitens der Codierung von patientenbezogenen Parametern und behandlungsbezogenen Leistungen sind klare Richtlinien und Prozesse zu definieren. Die hierfür in Teilen bereits bestehende Infrastruktur, wie z.B. das Minimal Data Set, welches in der Schweiz durch die gesetzlichen Auflagen im Rahmen der medizinischen Bundesstatistik bereits verfügbar ist, kann die Einführung eines Fallgruppier-

runge systems erleichtern. Hier sind durch die Gesetzgebung in der Schweiz bereits früh die Weichen gestellt worden.

Die Verbesserung der Codierpraxis führt kurz nach der Einführung zu einem Anstieg des Case-mix Index, welcher nicht auf eine Zunahme der Schweregrade der Fälle zurückzuführen ist. Diese Auswirkung einer veränderten Codierpraxis relativiert sich jedoch im Zeitverlauf. In anderen Ländern wird der zusätzliche Dokumentationsaufwand in den Spitälern separat vergütet.

5.3.2. Qualitätssicherung

Schon im Vorfeld der Einführung und Umstellung auf ein neues Finanzierungssystem muss der begleitenden Qualitätssicherung Rechnung getragen werden. Nur so können Qualitätsdefizite als Auswirkungen von leistungsbezogenen Fallpauschalen aufgedeckt werden. Leider bestehen diesbezüglich in der Schweiz, aber auch in anderen Ländern wie Deutschland, erhebliche Defizite, was dazu führt, dass Informationen und Analysen zum Ist-Zustand der Qualität der medizinischen Versorgung nicht vorliegen. Damit ist es nicht möglich, die Folgen der Einführung eines DRG-Systems bezüglich der Qualität genauer analysieren zu können. Im Bereich der Qualitätssicherung liegen hingegen die klaren Vorzüge von mipp.

5.3.3. Kostenrechnung

Die Einführung eines Fallpauschalierungssystems setzt die korrekte Ermittlung der systemrelevanten Kosten voraus. Diese bilden die Basis sowohl für die Berechnung der Relativgewichte und des Basisfallwerts als auch der Patientenpfade. Die Grundlage der Kalkulation bilden die in den Spitälern vorliegenden Leistungs- und Kostendaten. Diese Daten sind sowohl in der Form als auch in der Qualität unterschiedlich. Es können sich dadurch unterschiedliche Kostenabgrenzungen und Kostenstellenverrechnungen ergeben. Es ist unumgänglich, eindeutige und einheitliche Anforderungen an die Spitäler vorzugeben, was die Kalkulationsmethodik sowie Struktur und Format der bereitzustellenden Daten angeht. Insbesondere die Wahl der Bezugsgrößen für die fallbezogene Kostenzuordnung im Rahmen der Kostenträgerrechnung ist wichtig (Definition von Standards und Minimalanforderungen). Die Kalkulation der relevanten Fallkosten soll auf der Grundlage einer Vollkostenrechnung auf Ist-Kosten-Basis erfolgen.

Von zentraler Bedeutung für die Bildung von Kostensätzen ist eine effiziente (zeitlich, Ressourcen), vollständige (auch Erfassung der nicht verrechenbaren Leistungen) und mit den Kostendaten abgeglichene Leistungserfassung in den Pflege-, Untersuchungs- und Behandlungsbereichen.

6. Empfehlungen

6.1. Berücksichtigung eines "refined" Systems

In Kapitel 5.2.1. wurde ausgeführt, dass hinter der Einführung von Fallgruppierungssystemen verschiedene Zielsetzungen stehen können. Je nach dem, welche Elemente des Zielspektrums stärker gewichtet werden, werden auch gewisse Kriterien des Anforderungskataloges stärker in den Vordergrund treten.

Es gibt je nach Gewichtung der Zielsetzung heute in der Schweiz verschiedene Entscheidungsoptionen. Die diagnosebezogenen Patientenklassifikationssysteme der dritten Generation (wie AR-DRG) haben gegenüber den Systemen der ersten und zweiten Generation den klaren Vorteil, dass sie die bessere klinische Homogenität vorweisen können. Unter diesem Aspekt wird empfohlen, einem solchen differenzierteren System, welches Nebendiagnosen und Schweregrade adäquater einbezieht, den Vorzug zu geben.

6.2. Massnahmen zur Qualitätssicherung

Das zur Anwendung kommende Fallgruppierungssystem muss unbedingt mit qualitätssichernden Elementen kombiniert werden, wenn es als Fallpauschalierungssystem, das heisst zur Finanzierung von Leistungen, eingesetzt werden soll. Schon im Vorfeld der Einführung und Umstellung auf ein neues Finanzierungssystem muss der begleitenden Qualitätssicherung Rechnung getragen werden.

Im Rahmen der Einführung von Fallgruppierungssystemen muss auf die Qualitätssicherung und -entwicklung geachtet werden, denn bei einem pauschalierenden Ansatz ohne qualitätssichernde Elemente können Anreize zur billigsten, nicht aber zu einer günstigen Leistung gegeben werden. Nur der Ansatz des Modells integrierter Patientenpfade (mipp) integriert Elemente des Qualitätsmanagements, insbesondere zur Verbesserung der Prozessqualität. Die klinischen Pfade und internen Leitlinien (Guidelines) fördern die interdisziplinäre Perspektive für ein effizientes Qualitätsmanagement.

6.3. Einsetzung eines Koordinationsgremiums

Es ist eine schweizweit einheitliche Lösung anzustreben. Eine Koordination der Bemühungen um die Einführung von Fallgruppierungssystemen in der Schweiz tut not. Dies nicht nur vor dem Hintergrund der Krankenversicherungsgesetzgebung, welche in ihrer laufenden Revision eine leistungsabhängige Entschädigung der Leistungserbringer verlangt. Auch unter dem Aspekt der Mittelallokation durch die Kantone und der Vergleichbarkeit von Leistungsdaten unter den Leistungserbringern ist die Absprache über eine mittelfristig einheitliche Lösung nötig.

Es wird vorgeschlagen, ein Koordinationsgremium der beteiligten Partner (Leistungserbringer, Versicherer, Bund, Kantone) einzusetzen, welches die bestehenden Erfahrungen sammelt, verarbeitet und einen koordinierten Entscheid und die Einführung vorbereitet.