

Anhang

Anhang 1: Operationalisierter Anforderungskatalog gemäss Bericht der Arbeitsgruppe "FGS" vom 17.5.2001

| Kriterium¹ | Beschreibung | Gewichtung² | Bemerkungen |
|--|--|-------------------------------|---|
| Aufbau und Konstruktion | | | |
| 1. Eindeutigkeit der Fallgruppierung | Werden gleiche (oder ähnliche) Einzelfälle immer zur selben Gruppe zugeordnet (reliability)? Ist die Zuordnung trennscharf? | 5 | Grundlage für die Manipulationsresistenz (Kriterium 18) und die Akzeptanz des Systems (Kriterium 19). |
| 2. Nachvollziehbarkeit der Fallgruppierung/Transparenz | Ist die Zuordnung der Einzelfälle medizinisch nachvollziehbar und vollkommen transparent? | 4 | Grundlage für die Manipulationsresistenz (Kriterium 18) und die Akzeptanz des Systems (Kriterium 19). |
| 3. Anpassbarkeit der 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. | 5 | Die Falldefinition ist eng mit der Verwendung des Systems verknüpft. Sie ist speziell im Hinblick auf die Berechnung der relativen Fallgewichte und den Einsatz als Finanzierungsinstrument unabdingbar. Sie muss gemäss den landesspezifischen Anforderungen bzw. Zielsetzungen der Fallgruppierung definiert werden. Wichtig ist deshalb, dass das FGS hinsichtlich der Falldefinition anpassbar ist. |
| 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. | 4 | |

¹ Ein Kriterium ist dann ein K.O.-Kriterium, wenn es erfüllt werden *muss*, damit ein System näher für die Einführung in der Schweiz geprüft werden kann. Ein Kriterium wurde dann als K.O.-Kriterium übernommen, wenn es mindestens zwei Mitglieder der Arbeitsgruppe "FGS" als solches eingestuft hatten. Die K.O.-Kriterien sind durch fette Schrift gekennzeichnet.

² Die Gewichtung der Kriterien erfolgt aufgrund der erhaltenen Punktzahl bei der Bewertung der Wichtigkeit des Kriteriums durch die Mitglieder der Arbeitsgruppe "FGS", wobei 45 und mehr Punkte: Gewichtung 5, 35 bis 44 Punkte: Gewichtung 4, 25 bis 34 Punkte: Gewichtung 3, 15 bis 24 Punkte: Gewichtung 2.

| | | | |
|---|---|---|---|
| 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. | 2 | Dieses Kriterium hängt stark mit dem Kriterium Falldefinition (Nr. 3) zusammen. |
| 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. | 4 | |
| 7. Hierarchisierung und Aggregierbarkeit | Erlaubt die Struktur des Systems eine Aggregation auf verschiedenen Ebenen? | 3 | Ist die Aggregation im Hinblick auf medizinische und/oder betriebswirtschaftliche Analysen möglich (Diagnosegruppen, Interventionen, Kosten)? |
| 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. | 4 | Es geht um die medizinische und inhaltliche Erweiterbarkeit auf verschiedenen Ebenen, auch die Anpassbarkeit hinsichtlich Klassifikationen. |
| 9. Maintenance und Wartung | Kann das System einfach gepflegt und aktualisiert werden? | 4 | Gemeint ist die technische Umsetzung der inhaltlichen und medizinischen Erweiterungen. Die kontinuierliche Aktualisierung bezüglich der medizinischen Inhalte ist sehr wichtig. |

| | | | |
|--|---|---|---|
| Inhalt und Abdeckung | | | |
| 10. Klinische Homogenität | Sind die gebildeten Gruppen klinisch gesehen hinreichend homogen? | 5 | |
| 11. Kostenhomogenität | Erfolgt durch die Gruppenzuteilung eine wesentliche Reduktion der Varianz? | 3 | Die Varianzreduktion ist ein Mass dafür, inwieweit es durch die Gruppen- oder Pfadbildung gelungen ist, die Streuung der Daten zu verringern. Die Varianzreduktion kann bezüglich der jeweils berechneten Kenngrössen ermittelt werden. Die Kostenhomogenität ist grösser, wenn bestimmte Leistungen ausgeklammert werden. Hierunter können teure Medikamente, Blutprodukte, aber auch zu spezifizierende Materialien (medical devices) fallen. |
| 12. Leistungsbezug | Werden Hauptleistungen adäquat berücksichtigt? Werden interdisziplinäre Eingriffe und aufwändige Nebenleistungen berücksichtigt? Wie werden Intensivaufenthalte berücksichtigt? Wird die Qualität der Leistungen berücksichtigt? | 5 | |
| 13. Einbezug pflegerischer Leistungen | Werden pflegerische Leistungen überhaupt berücksichtigt? Wenn ja, wie? | 5 | Die pflegerischen Leistungen sollen bereits vor dem Gruppierungs- bzw. Pfadzuordnungsprozess einbezogen werden und nicht nur bei der Pauschalbildung. |
| 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.). | 4 | Die Definition der Extremfälle muss identisch sein, um Vergleiche zu ermöglichen. |

| | | | |
|--|---|---|--|
| 15. Vollständigkeit und "Restgruppen" | Wird das Fallspektrum komplett abgedeckt? Wie gross ist der Anteil der Restgruppen? Grundsätzlich sollte eine breite Abdeckung des Fallspektrums erfolgen. Die nicht zuordenbaren Fälle sollten nur einen kleinen Anteil ausmachen, da ansonsten in den Restgruppen eine sehr geringe Kostenhomogenität resultiert. | 3 | Restgruppen sind unspezifische Gruppen, z.B. für Fälle mit fehlerhafter Codierung. Durch die Verbesserung der Codierqualität sollte die Anzahl der Fälle, die in Restgruppen landen, reduziert werden können. |
| 16. Anwendbarkeit ausserhalb des akut-stationären Bereichs | Ist das System auch in anderen Bereichen anwendbar (z.B. Psychiatrie, Rehabilitation, teilstationär/Tageschirurgie, etc.)? | 2 | Bei der Implementation eines FGS in der Schweiz müssen die Schnittstellen bzw. die Abgrenzung zum teilstationären Bereich, dem Rehabilitationsbereich und dem ambulanten Bereich klar definiert werden. |
| 17. Erforderliche Dokumentation | Werden die notwendigen Daten durch die derzeit in der Schweiz eingeführte Dokumentation abgedeckt? Sind Erweiterungen der Klassifikationen oder zusätzliche Codierregeln notwendig, um einen einheitlichen Gebrauch sicherzustellen (s. Manipulationsresistenz)? | 3 | |
| 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. | 4 | Die Manipulationsresistenz ist abhängig vom Vorhandensein von klaren Codierregeln. Wie sich in der Vergangenheit gezeigt hat, kann zwar über eine optimierte Codierung (Creeping) ein höherer Case-mix Index erreicht werden, durch eine flächendeckende optimierte Codierung wird dieser temporäre Effekt jedoch wieder ausgeglichen. Die Manipulationsresistenz als Kriterium ist eng verknüpft mit den Kriterien 1 und 2 (Eindeutigkeit und Nachvollziehbarkeit der Fallgruppierung). |

| | | | |
|--|---|-----|---|
| 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? | 4 | |
| 20a. 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? | 1,5 | Das Kriterium 20 des Anforderungskatalogs der Arbeitsgruppe "FGS" wird unterteilt, um eine differenziertere Beurteilung zu ermöglichen. |
| 20b. Zeitliche Verfügbarkeit | Ist das System zur Zeit verfügbar? Ist es a) eingeführt/in grösserem Massstab umgesetzt, b) bereit zur Einführung, c) in Entwicklung, d) projektiert? | 1,5 | |
| 21. Informatikumsetzung | Ist eine geeignete Informatikumsetzung verfügbar (klare Schnittstellen, einfache Wartbarkeit, einfache Integration in verschiedenste Software-Umgebungen der Spitäler,...)? | 4 | |

Anhang 2: Systemübersicht

| System | Land | Grob-Charakterisierung | Differenzierungsgrad und Abdeckung | Zweck/Verwendung | Zugrunde liegende Klassifikationssysteme | Verfügbarkeit |
|-----------------|---|--|---|---|---|--|
| HCFA-DRG | USA (Italien, Irland, Portugal, Costa Rica) | Das HCFA-DRG-System ist das erste DRG-System, das in grossem Umfang eingesetzt wurde. Es wird von der staatlichen Health Care Financing Administration (HCFA) verwaltet. Es entstand anfangs der achtziger Jahre aufgrund eines Forschungsprojektes an der Universität Yale und war zuerst für Medicare-Patienten (Senioren) konzipiert. Später wurde es für alle Patienten ausgebaut. | 503 Gruppen in der 19. Version (2001), inkl. je eine Gruppe für uncodierbare und ungültige Diagnosen. | Vergütung von Behandlungsfällen in Belegarztspitälern durch die amerikanische Alterspflegeversicherung Medicare Spitalmanagement Benchmarking | ICD-9-CM/1 (Diagnosen) ICD-9-CM/3 (Prozeduren) | Keine Lizenzgebühren Grouper zu ca. 900 US\$: www.ntis.gov (→ product types → Health Care → Medicare Utilities) Online-Grouper: www.irp.com/drgcalc.htm |
| AP-DRG | USA, Schweiz (Kantone Waadt und Zürich) (Tschechien) | Das All Patient-DRG-System ist eine Erweiterung des ursprünglichen HCFA-DRG-Systems, damit es für Patienten aller Versicherer anwendbar wurde. Es fasst die schwerwiegenden Begleiterkrankungen auf der Ebene der Hauptkategorien (MDC) zusammen. | 641 Basisfallgruppen in der Version 12 (1995), kleinere Anpassungen für die Schweiz (648 Fallgruppen) | USA: Spitalfinanzierung Spitalmanagement Benchmarking Schweiz, Kantone Waadt und Zürich: VD: Einige Spitäler: interne Budgetierung, ansonsten Fallfinanzierung | ICD-9-CM/1 oder ICD-10 (Diagnosen) ICD-9-CM/3 oder ICPM (Prozeduren) | Das AP-DRG-System gehört dem Staat New York und wird exklusiv von der Firma 3M vertrieben. Die Lizenzgebühren für die Groupersoftware betragen für die Schweiz ca. 3000.- CHF pro 200 Betten und Jahr (eine Lizenz). |

| System | Land | Grob-Charakterisierung | Differenzierungsgrad und Abdeckung | Zweck/Verwendung | Zugrunde liegende Klassifikationssysteme | Verfügbarkeit |
|---------------|------------|--|--|---|---|---|
| IR-DRG | - | Die International Refined-DRGs sind eine Weiterentwicklung der AP-DRGs (Zwischenschritt: APR-DRG). Es wurde von 3M entwickelt und stellt ein verfeinertes und europäisiertes DRG-System dar. Gemäss 3M soll es mit unterschiedlichen Klassifikationssystemen verwendbar sein. | 346 Basisfallgruppen mit durchgehend 3 Schweregrad-Stufen (Version 2000) und zwei Gruppen für uncodierbare und ungültige Diagnosen | Noch im Entwicklungsstadium ZH: Leistungsklassifikation (z.B. Spitalplanung), Benchmarking, Abrechnung der Leistungen (Pilot), strategisches Controlling, interne Budgetierung, Qualitätsförderung | ICD-9-CM/1, weitere nach Bedarf (Diagnosen) ICD-9-CM/3, weitere nach Bedarf (Prozeduren) | Noch im Entwicklungsstadium |
| GHM | Frankreich | Die Groupes homogènes de malades stammen von der dritten HCFA-DRG-Version ab und sind in der Version von 1997 um AP-DRG-Elemente angereichert worden. Das Gruppierungsprogramm trennt Programme von Daten. Ambulante Behandlungen werden separat klassiert. Es werden zusätzliche Alters- | Version 7, 2002, Gouver: FG 6.7 | Verwendung im Rahmen der Spitalbudgetierung Benchmarking (auch öffentlich) Spitalmanagement In Zukunft ev. Fallfinanzierung | ICD-10 (Diagnosen) CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux; Prozeduren) IGS-II (SAPS-II; IPS) | Keine Lizenzgebühren Handbuch (Version 7, 2002) auf Internet verfügbar: http://www.le-pmsi.fr/telechargeables/mco/pdf/ghm2002intro.pdf Online-Groupier (Version FG 5.6): http://www.le-pmsi.fr/commun/grpintro . |

| System | Land | Grob-Charakterisierung | Differenzierungsgrad und Abdeckung | Zweck/Verwendung | Zugrunde liegende Klassifikationssysteme | Verfügbarkeit |
|--------------------------------|--|--|---|---|---|--|
| | | splits vorgenommen. | | | | html Gruppierungssoftware: ca. 1600 Euro |
| NordDRG | Finnland, Norwegen, Schweden, Dänemark, Island | Die Länder Skandinaviens entwickelten seit 1995 gemeinsam den NordDRG-Group, welcher von den HCFA-DRGs der Version 12.0 abstammt. Er trägt den nationalen Bedürfnissen in differenzierter Weise Rechnung. Das Gruppierungsprogramm basiert auf Entscheidungstabellen (und nicht wie üblich auf Entscheidungsbäumen). In der Groupersoftware wurden Programme und Daten konsequent getrennt. | 502 Gruppen in der Version 2001.β3 inkl. einer Gruppe für ungültige Diagnosen | Spitalfinanzierung (meist via Budget) Norwegen: 50% über NordDRG, 50% über direkte Zuweisungen Schweden: Verwendung ist abhängig von den einzelnen Bezirken | ICD-10 (Diagnosen) Nordic Classification of Surgical Procedures (NCSP, Prozeduren) | Lizenzgebühren Manual (Version 2001.β3) auf Internet verfügbar: http://norddrg.kuntaliitto.fi/manual/ Groupervertrieb durch Firma Datawell Oy (www.well.fi) |
| AR-DRG (vorher: AN-DRG) | Australien, Neuseeland, Singapur | Nach einer Phase der Beobachtung der DRG-Entwicklung in den USA wurden 1988-1993 die Australian National-DRGs, woraus ab 1998 die Australian Refined-DRGs hervorgingen, entwickelt. Die Berechnung der CC- | 661 Gruppen in der Version 4.2 (2000) | Australien: externe Budgetierung Benchmarking In den einzelnen Staaten sehr unterschiedlich geregelt. | ICD-10-AM/1 (Diagnosen) ICD-10-AM/3 (Prozeduren) | Manual (v4.2): 200 AUS\$ (http://www.health.gov.au/casemix/defman1.htm) Groupervertrieb durch Privatfirmen: http://www.health.gov.au/casemix/grouper1.htm Online-Groupen: |

| System | Land | Grob-Charakterisierung | Differenzierungsgrad und Abdeckung | Zweck/Verwendung | Zugrunde liegende Klassifikationssysteme | Verfügbarkeit |
|--------------|-----------------------------------|---|---|--|--|---|
| | | Einstufung (nicht durchgehend 5 CC-Stufen) wird aufgrund aller vorhandenen Diagnosen vorgenommen. | | | | http://www.grdrg.de/ |
| G-DRG | Deutschland (geplant ab 1.1.2003) | Als Grundlage der Entwicklung deutscher DRGs dienen die australischen AR-DRGs (Version 4.1). Das australische System sei das zurzeit modernste, das auch ideale Voraussetzungen für die Weiterentwicklung und die Anpassung an deutsche Verhältnisse biete. | Noch in der Entwicklungsphase, max. 800 Gruppen | Leistungsorientiertes Entgeltsystem Transparenz des Leistungsgeschehens Qualitätssicherung | anzupassen | Noch in der Entwicklungsphase |
| DBC | Niederlande (geplant ab 2003) | Seit 1994 wird in den Niederlanden am Projekt "Diagnose Behandlung Combinatie" (Diagnosen-Behandlungskombination) gearbeitet. Für jede Spezialität existiert eine Liste mit Diagnosen und Prozeduren. Auch die Pflege ist für die Gruppierung relevant. | Noch in der Entwicklungsphase | Spitalfinanzierung Patientenflussmanagement Spitalmanagement Qualitätsmanagement | Keine Verbindung mit ICD | Noch in der Entwicklungsphase |
| LDF | Österreich | In Österreich wurde seit den 90er Jahren ein eigenes System zur leistungsorientierten Krankenanstalten-Finanzierung (LKF) entwickelt, das seit dem 1.1.1997 in den Spitälern angewendet wird. | 842 Gruppen in der Version 2002 | Leistungsorientierte Krankenanstalten-Finanzierung (LKF) | ICD-10-BMSG (Diagnosen) MEL (Medizinische Einzelleistungen; Prozeduren) | Wird zu Testzwecken kostenlos zur Verfügung gestellt. |

| System | Land | Grob-Charakterisierung | Differenzierungsgrad und Abdeckung | Zweck/Verwendung | Zugrunde liegende Klassifikationssysteme | Verfügbarkeit |
|-------------|------------------------------------|--|--|--|---|--|
| | | In einem ersten Modellteil enthält es Diagnosenfallgruppen und Regeln zur Gewichtung (Bepunktung; bundesweit einheitlich geregelt). In einem zweiten Teil, den die Bundesländer nach den eigenen Bedürfnissen anpassen können, wird nach krankenhausspezifischen Merkmalen differenziert. Dabei können berücksichtigt werden: Krankentyp, apparative Ausstattung, Auslastung, etc. | | | TISS (Therapeutic Intervention Scoring System; IPS) | |
| mipp | Schweiz (Kantonsspital Aarau, KSA) | Im Modell integrierter Patientenpfade wird jeder Patientenpfad mittels Standardisierung von Prozess-Elementen und Einzelleistungen konstruiert. Somit geht mipp von Behandlungsleitlinien und Leistungsstandards wie Standard-Zeiten, Standard-Mengen, etc. aus. Dies impliziert eine Sollbetrachtung, im Gegensatz zur Übernahme von Kosten. | 11 Behandlungspfade decken 12% der stationären Fälle und 6% der stationären Einnahmen des KSA ab. Ziel: Mit 200 Behandlungspfaden 80% der Fälle abdecken. | Spitalfinanzierung (diagnosebezogene Fallfinanzierung) Qualitätsmanagement Transparenz | ICD-10 (Diagnosen) ICD-9-CM/3 (Prozeduren) | Es werden keine Lizenzgebühren erhoben. Es sollte allerdings ein Beitrag an die Entwicklungskosten geleistet werden. |

Anhang 3: Detailvergleich (synoptische Übersicht)

| Kriterium | Gewichtung (1-5) | Modell integrierter Patientenpfade (mipp) | Pkte (1-5) | All Patient-DRG (AP-DRG) | Pkte (1-5) | Australian Refined-DRG (AR-DRG) | Pkte (1-5) |
|---|------------------|--|------------|---|------------|--|------------|
| Aufbau und Konstruktion des Systems | | | | | | | |
| 1. Eindeutigkeit der Fallgruppierung¹ | 5 | Durch die Definition von Eckwerten und Ausschlusskriterien ist die Eindeutigkeit der Pfadzuordnung im Wesentlichen gegeben. | 4 | Die Eindeutigkeit der Fallgruppierung ist gegeben. | 5 | Die Eindeutigkeit der Fallgruppierung ist gegeben. | 5 |
| 2. Nachvollziehbarkeit der Fallgruppierung - Transparenz | 4 | Da die Zuordnung eines Falles zu einem Pfad teilweise von der ärztlichen Entscheidung abhängt, ist die Nachvollziehbarkeit nicht immer gegeben. | 4 | Die Nachvollziehbarkeit der Fallgruppierung ist gegeben. Der Einblick in die Grouperlogik ist gewährleistet. | 5 | Die Nachvollziehbarkeit der Fallgruppierung ist gegeben. Der Einblick in die Grouperlogik ist gewährleistet. | 5 |
| 3. Anpassbarkeit der Falldefinition | 5 | Die Falldefinition ist eindeutig hinterlegt, und jeder Pfad entspricht einem administrativen Fall. Der Fall kann unter Umständen auch über den stationären Aufenthalt hinausgehend definiert werden. | 5 | Wenn AP-DRG gesamtschweizerisch angewendet werden soll, müssen sich die Tarifparteien auf eine verbindliche Falldefinition einigen. PCS Schweiz hat den Fall im Handbuch Tar-AP-DRG 2002 definiert. Die Falldefinition ist anpassbar. | 5 | Grundsätzlich kann AR-DRG komplexere Fälle, d.h. auch mehrere Episoden mit fachübergreifenden Behandlungen, sehr gut abbilden, weil es unbeschränkt viele Nebendiagnosen berücksichtigen kann. Die Falldefinition ist anpassbar. | 5 |

¹ Die Bewertung pro Kriterium erfolgt von 1 bis 5, wobei 5 = System erfüllt Kriterium vollständig, 1 = System erfüllt Kriterium nicht.

H+ Die Spitäler der Schweiz
Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz

| Kriterium | Gewichtung (1-5) | Modell integrierter Patientenpfade (mipp) | Pkte (1-5) | All Patient-DRG (AP-DRG) | Pkte (1-5) | Australian Refined-DRG (AR-DRG) | Pkte (1-5) |
|---|------------------|---|------------|--|------------|---|------------|
| 4. Abbildung von Multimorbidität und Komplikationen/Schweregrad | 4 | Bei der Abbildung von Begleiterkrankungen 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 erwoogen. | 3 | Begleiterkrankungen und Komplikationen werden bislang ungenügend einbezogen. Es wird nur die komplexeste Nebendiagnose berücksichtigt (ebenso beim zukünftigen IR-DRG System). | 3 | Begleiterkrankungen und Komplikationen können als Nebendiagnosen in unbeschränkter Zahl über eine Gewichtung zu einem Patient Clinical Complexity Level (PCCL-Wert) verrechnet werden. Dies ist ein Hauptmerkmal eines "refined" Systems. Dadurch entstehen aus den 661 Hauptgruppen des AR-DRG-Systems 2017 ausdifferenzierte Gruppen. | 5 |
| 5. Berücksichtigung von Mehrfachbehandlungen | 2 | Mehrfachbehandlungen im Rahmen eines Falles können berücksichtigt werden. So ist zum Beispiel eine Hüftprothese beidseits definiert. Falls ein administrativer Fall bzgl. Aufwand und Häufigkeit als relevant angesehen wird, werden aus primär einem Behandlungspfad zwei oder mehrere Pfade generiert. | 5 | Mehrfachbehandlungen während eines Spitalaufenthaltes können nur unzureichend abgebildet werden. | 2 | Mehrfachbehandlungen während eines Spitalaufenthaltes können nur unzureichend abgebildet werden. | 2 |
| 6. Trennbarkeit Gruppeneinteilung/Kennzahlenkalkulation/Kennzahlen | 4 | Die Trennbarkeit von Gruppeneinteilung, Kennzahlenkalkulation und Kennzahlen ist gewährleistet. | 5 | Die Trennbarkeit von Gruppeneinteilung, Kennzahlenkalkulation und Kennzahlen ist gewährleistet. | 5 | Die Trennbarkeit von Gruppeneinteilung, Kennzahlenkalkulation und Kennzahlen ist gewährleistet. | 5 |
| 7. Hierarchisierung und Aggregierbarkeit | 3 | Dieses Kriterium ist bis anhin voll erfüllt. | 5 | Durch die gesonderte Behandlung von Fallgruppen mit schwerwiegender Begleiterkrankungen und Komplikationen (Konzept der MCCs) ist eine Zusammenfassung in medizinisch einheitliche Fälle nur begrenzt möglich. | 3 | 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. | 5 |

H+ Die Spitäler der Schweiz
Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz

| Kriterium | Gewichtung (1-5) | Modell integrierter Patientenpfade (mipp) | Pkte (1-5) | All Patient-DRG (AP-DRG) | Pkte (1-5) | Australian Refined-DRG (AR-DRG) | Pkte (1-5) |
|---|------------------|---|------------|--|------------|--|------------|
| 8. Anpassbarkeit/Erweiterbarkeit | 4 | Bei Erweiterung der Zahl der Behandlungspfade ist die Anpassbarkeit und Erweiterbarkeit voll gegeben. | 5 | Aufgrund des diagnosebasierten Systemansatzes ist die Anpassung an neue medizinische Prozeduren nur eingeschränkt gegeben. | 4 | Aufgrund des diagnosebasierten Systemansatzes ist die Anpassung an neue medizinische Prozeduren nur eingeschränkt gegeben. | 4 |
| 9. Maintenance und Wartung | 4 | Die Maintenance und Wartung wird von den Entwicklern des Systems subjektiv als einfach beschrieben. | 4 | 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. | 3 | Dem staatlichen System aus Australien liegt die Philosophie zu Grunde, dass das System ähnlich einem Open Source Projekt weiterentwickelt und validiert werden kann. Dadurch besteht eine breite Basis der Zusammenarbeit in Australien. | 4 |
| Subtotal | | | 154 | | 143 | | 161 |

| Inhalt und Abdeckung | |
|----------------------------------|--|
| 10. Klinische Homogenität | <p>Aufgrund der Konformität zu evidence-based Leitlinien ist die klinische Homogenität als gut zu beurteilen.</p> |
| 11. Kostenhomogenität | <p>Zahlen zur Varianzreduktion als Kennzahl der Kostenhomogenität liegen zur Zeit nicht vor. Aufgrund der verfügbaren Daten zu den Aufhaltsdauern in den Behandlungspfaden ist jedoch auch eine grössere Variabilität der Fallkosten zu vermuten.</p> |
| | <p>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.</p> <p>Mit dem AR-DRG-System kann eine Varianzreduktion von 66% erreicht werden, wenn sowohl in medizinischer als auch in statistischer Hinsicht sinnvoll Extremfälle und Ausreisser herausgerechnet werden.</p> |

| Kriterium | Gewichtung (1-5) | Modell integrierter Patientenfunde (mipp) | Pkte (1-5) | All Patient-DRG (AP-DRG) | Pkte (1-5) | Australian Refined-DRG (AR-DRG) | Pkte (1-5) |
|--|------------------|---|------------|---|------------|---|------------|
| 12. Leistungsbezug | 5 | Der Leistungsbezug ist vollumfänglich vorhanden. Bei der Pfadkonstruktion wird sowohl einbezogen, was der Patient als Grundleistungen, als auch, was er im Rahmen von interdisziplinären Spezialleistungen benötigt. Dies schliesst gegebenenfalls auch intensivmedizinische, teure pharmakologische und weitere Nebenleistungen, wie psychiatrische Leistungen ein. | 5 | 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. | 3 | Der Leistungsbezug ist durch den Einbezug aller Nebendiagnosen besser gegeben als bei den AP-DRGs. | 4 |
| 13. Einbezug pflegerischer Leistungen | 5 | Pflegerische Leistungen werden bei der Pfadkonstruktion umfassend berücksichtigt, wobei die Leistungserfassung auf LEP basiert. | 5 | 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 Pauschalbildung als Kostenfaktor miteinbezogen. | 3 | 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 Pauschalbildung als Kostenfaktor miteinbezogen. | 3 |
| 14. Umgang mit "Ausreissern" und Extremfällen | 4 | 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. | 3 | Der Umgang mit "Ausreissern" und Extremfällen wirkt sich insbesondere für Zentrumsspitäler bzw. Spitäler der Maximalversorgung aus, da sie tendenziell eine grössere Anzahl von solchen Fällen behandeln. Wie mit diesen Fällen umgegangen wird, muss vorab geprüft werden. | 4 | Der Umgang mit "Ausreissern" und Extremfällen wirkt sich insbesondere für Zentrumsspitäler bzw. Spitäler der Maximalversorgung aus, da sie tendenziell eine grössere Anzahl von solchen Fällen behandeln. Wie mit diesen Fällen umgegangen wird, muss vorab geprüft werden. | 4 |

| Kriterium | Gewichtung (1-5) | Modell integrierter Patientepfade (mipp) | Pkte (1-5) | All Patient-DRG (AP-DRG) | Pkte (1-5) | Australian Refined-DRG (AR-DRG) | Pkte (1-5) |
|---|------------------|---|------------|--|------------|--|------------|
| 15. Vollständigkeit und "Restgruppen" | 3 | 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% des akut-stationären Fallspektrums an. | 2 | Grundsätzlich wird das ganze akut-stationäre Fallspektrum abgedeckt. Die Zahl von Fällen in den Restgruppen hängt von der Codierqualität ab und liegt bei guter Codierqualität in der Regel unter 3%. | 5 | Grundsätzlich wird das ganze akut-stationäre Fallspektrum abgedeckt. Die Zahl von Fällen in den Restgruppen hängt von der Codierqualität ab und liegt bei guter Codierqualität in der Regel unter 3%. | 5 |
| 16. Anwendbarkeit ausserhalb des akut-stationären Bereichs | 2 | mipp kann auch über den akut-stationären Bereich hinaus Anwendung finden. So können zum Beispiel ambulante Weiterbehandlungen, Nachbehandlungen oder Rehabilitationsmassnahmen in den Patientepfad integriert werden. | 5 | 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. | 3 | 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 mit einbezogen worden. | 3 |
| 17. Erforderliche Dokumentation | 3 | Erweiterungen der Standarddokumentation sind notwendig. 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. | 3 | AP-DRG wurde auf die in der Schweiz verwendeten Diagnose- und Prozedurencodes angepasst. | 5 | 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 erfordert die Überleitung der Prozedurencodes. | 4 |
| 18. Manipulationsresistenz | 4 | Eine Manipulation wird zwar durch Controllingmechanismen eingeschränkt, die ärztliche Entscheidung über die Pfadzuordnung eröffnet jedoch einen gewissen Interpretationsspielraum. | 3 | Aussagen zur Manipulationsresistenz gelten für alle DRG-Systeme im gleichen Sinne. Bei der praktischen Umsetzung müssen zum einen die Codierqualität als auch über Stichprobenerhebung die Richtigkeit der Angaben pro Fall und Spital überprüft werden. | 4 | Aussagen zur Manipulationsresistenz gelten für alle DRG-Systeme im gleichen Sinne. Bei der praktischen Umsetzung müssen zum einen die Codierqualität als auch über Stichprobenerhebung die Richtigkeit der Angaben pro Fall und Spital überprüft werden. | 4 |
| Subtotal | | | 128 | | 122 | | 129 |

| Kriterium | Gewichtung (1-5) | Modell integrierter Patientenfunde (mipp) | Pkte (1-5) | All Patient-DRG (AP-DRG) | Pkte (1-5) | Australian Refined-DRG (AR-DRG) | Pkte (1-5) |
|---|------------------|--|------------|---|------------|---|------------|
| Allgemeine Kriterien | | | | | | | |
| 19. Anwenderfreundlichkeit und Akzeptanz | 4 | Die Akzeptanz wird vom Entwicklerteam als sehr gut eingeschätzt. Unterschiedliche Melderaten der verschiedenen Arztpersonen könnten als Hinweis auf unterschiedliche Akzeptanz gewertet werden. Es wurden keine weiteren Abklärungen hinsichtlich dieses Kriteriums gemacht. | 4 | Die Akzeptanz wird von den Interviewpartnern als sehr gut eingeschätzt. Es wurden keine weiteren Abklärungen hinsichtlich dieses Kriteriums gemacht. | 4 | Die Akzeptanz wird von den Interviewpartnern als sehr gut eingeschätzt. Es wurden keine weiteren Abklärungen hinsichtlich dieses Kriteriums gemacht. | 4 |
| 20a. Kostmässige Verfügbarkeit | 1.5 | Es sollte ein Beitrag an die Entwicklungskosten geleistet werden. Dazu kommen interne Kosten zur Anpassung der Pfade. | 2 | 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. | 3 | 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. | 4 |
| 20b. Zeitliche Verfügbarkeit | 1.5 | mipp ist verfügbar und wird im Kantonsspital Aarau auch zur Finanzierung eingesetzt. Eine lokale Anpassung der Behandlungspfade von medizinischer Seite ist jedoch grundsätzlich erforderlich. | 3 | Das System ist verfügbar. Die relativen Fallgewichte müssen jedoch auf der Basis verbesserter und erweiterter Kostendaten angepasst werden. | 4 | Das System ist in Australien eingeführt, kann jedoch nicht ad hoc in der Schweiz eingesetzt werden. | 3 |

| Kriterium | Gewichtung (1-5) | Modell integrierter Patientepfade (mipp) | Pkte (1-5) | All Patient-DRG (AP-DRG) | Pkte (1-5) | Australian Refined-DRG (AR-DRG) | Pkte (1-5) |
|--------------------------------------|---------------------|---|---------------|---|---------------|---|---------------|
| 21. Informatik- umsetzung | 4 | Die Patientepfade sind in einer Datenbank in Microsoft Access abgelegt und eine Einbindung über Webtechnologie in ein Intranet ist möglich. | 3 | Sowohl Grouper-Software als auch eine Einbindung in bestehende Informationssysteme ist vorhanden bzw. möglich. Die Programmierung des Groupers basiert auf Entscheidungsbäumen. | 3 | Sowohl Grouper-Software als auch eine Einbindung in bestehende Informationssysteme ist vorhanden bzw. möglich. Die Programmierung basiert auf Tabellen, was transparenter ist als die Programmierung basierend auf Entscheidungsbäumen. | 4 |
| Subtotal | | | 35.5 | | 38.5 | | 42.5 |
| Gesamttotal | | | 317.5 | | 303.5 | | 332.5 |

Anhang 4: Literatur- und Linkliste

Stand: 23.1.2002

| System | Anwendung | Dokumentation |
|----------------------------------|--|--|
| HCFA-DRG, sowie SR-DRG und R-DRG | HCFA: USA, Irland, Italien, Portugal, Costa Rica Projekt: Griechenland | <p>www.ntis.gov (man suche unter products mit den Stichworten DRG oder/und Grouper) www.irp.com/feds.htm www.irp.com/srdrg.htm www.hcfa.gov/stats/pufiles.htm www.mmm.com/market/healthcare/index.html www.drg.it</p> <p>Coffey, Rosanna M. (1999): Casemix Information in the United States: Fifteen Years of Management and Clinical Experience, in: Casemix Quarterly (1/1), 7-16.</p> |
| AP-DRG, APR-DRG, IR-DRG | Tschechien Projekt: Bulgarien, Rumänien AP: Seit 1.1.2002 Kantone Waadt und Zürich APR: Belgien, Italien | <p>www.hospvd.ch/public/ise</p> <p>Sonderheft Schweizer Spital (1999): Dossier Fallgruppensysteme. Systèmes de regroupement de cas: APDRG?, in: Schweizer Spital (9/1999), 11-32.</p> <p>Eschmann, E. et al. (2000): Aufwand und Ertrag bei der Codierung von Behandlungen für Fallkostenpauschalen von stationären internistischen Patienten. Studie der Abt. Medizinische Informatik, Dept. Innere Medizin, Universitätsspital Zürich, Schweiz, in: SSIM2000, Proceedings.</p> <p>Fischer, Wolfram (2001): Homogeneity of Nursing Workload Measured by LEP Within AP-DRGs, in: 17th PCS/E / 3rd EFMI-WG1 Conference: Case mix: Global views, local actions, 10-13 October 2001, Brugge, Belgium, 154-161.</p> <p>Fontaine, P. (1999): Using All Patient Refined DRGs for hospital internal and external benchmarking. Experiences with the shift from AP-DRGs to APR-DRGs, in: 15th PCS/E International Working Conference, 21-23 September 1999, Odense, Denmark, 1-13.</p> <p>Krüger, Roger und Jean-Claude Rey (2000): Financement des hôpitaux de soins aigus. Etude d'un système de financement combiné forfait par cas/service et APDRG. Etude réalisée sur mandat du Service de la santé publique du canton du Valais, Prilly: Institut de santé et d'économie Sarl.</p> <p>Kruger, Roger und Jean-Claude Rey (2001): Swiss Cost-Weights Version 3: The Mature Version, in: 17th PCS/E / 3rd EFMI-WG1 Conference: Case mix: Global views, local actions, 10-13 October 2001, Brugge, Belgium, 41-43.</p> <p>Mullin, Robert et al. (2000): Case-Mix Analysis Across Patient Populations and Boundaries: A Refined Classification System Designed Specifically for International Use, White Paper, 3M.</p> <p>Plüss, Hermann (1999): Das APDRG-Tarifmodell, in: Schweizer Spital (4/99), 28-29.</p> <p>Schenker, Luc (2001): APDRGs for One Day Stay in Switzerland, in: 17th PCS/E / 3rd EFMI-WG1 Conference: Case mix: Global views, local actions, 10-13 October 2001, Brugge, Belgium, 87-89.</p> <p>Vertrees, James und Jean-Claude Rey (2001): Testing I.R. DRG's,</p> |

| System | Anwendung | Dokumentation |
|---------|--|--|
| | | <p>in: 17th PCS/E / 3rd EFMI-WG1 Conference: Case mix: Global views, local actions, 10-13 October 2001, Brugge, Belgium, 82-86.</p> <p>Weber, Patrick et al. (2001): Physicians Must Have Easy To Use Tools For Analysing Medical Activity, in: 17th PCS/E / 3rd EFMI-WG1 Conference: Case mix: Global views, local actions, 10-13 October 2001, Brugge, Belgium, 234-240.</p> |
| GHM | Frankreich | <p>www.le-pmsi.fr www.josefsklinik.de/france/index.htm</p> <p>Heller, Michael (2000): Krankenhausfinanzierung in Frankreich (II), in: Das Krankenhaus (2/00), 81-88.</p> <p>Levy-Piedbois, C. et al. (2001): Refining The French DRG/GHM For Oncology Patients Following Chemotherapy, in: 17th PCS/E / 3rd EFMI-WG1 Conference: Case mix: Global views, local actions, 10-13 October 2001, Brugge, Belgium, 248-253.</p> <p>Thomann, Jean (2001): Le système français de GHM, in: Competence. Hospital Management Forum (3/01), 23-28.</p> <p>Trombert-Paviot, Béatrice et al. (1999): Patient Management Categories (PMC), a Casemix Tool Complementary to DRGs: A Synergy to Enhance Clinical Management When DRGs Data Are Available, in: 15th PCS/E International Working Conference, 21-23 September 1999, Odense, Denmark, 1-7.</p> |
| NordDRG | Finnland, Norwegen, Schweden, Dänemark, Island | <p>www.well.fi/drg www.kuntaliitto.fi/soster/nord1.html www.sos.se/epc/epceng.htm www.nordclass.uu.se www.pubcare.uu.se/nordwho/verksam/norddrge.htm (WHO Collaboration Centre for the Classification of Diseases in the Nordic Countries, Uppsala) www.info.sum.dk/drg</p> <p>Fischer, Wolfram (1999): Der NordDRG-Grupper – ein flexibles DRG-Gruppierungsprogramm, in: Schweizer Spital (2/99), 25.</p> <p>Hakansson, Stefan (1999): Productivity Changes After Introduction of Prospective Hospital Payments in Sweden, in: 15th PCS/E International Working Conference, 21-23 September 1999, Odense, Denmark, 1-14.</p> <p>Hakansson, Stefan und Carin Gavelin (1999): Experiences of DRGs in Sweden 1985-1999, in: 15th PCS/E International Working Conference, 21-23 September 1999, Odense, Denmark, 1-12.</p> <p>Kiviluoto, Leena (2001): Management Of An Activity Based Funding System For Hospitals - Factors Of Success And New Challenges, in: 17th PCS/E / 3rd EFMI-WG1 Conference: Case mix: Global views, local actions, 10-13 October 2001, Brugge, Belgium, 288-294.</p> <p>Lundgren, Steinar et al. (2000): The Influence of the New Financing Reform on Hospital Casemix in Norway, in: Casemix Quarterly (2/3), 97-104.</p> <p>Sjöli, Per und Lisbeth Serdén (2000): Method studies for developing the NordDRG-system, in: 16th PCS/E International Working Conference: Patient Classification Systems, 27-30 September 2000, Groningen, The Netherlands, 155-160.</p> |

| | | |
|-----------------------|---|--|
| <p>AN- und AR-DRG</p> | <p>Australien, Neuseeland, Singapur</p> <p>Ab 2003 als G-DRG in Deutschland</p> | <p>www.health.gov.au/hfs/casemix www.nzhis.govt.nz/documentation/index.html</p> <p>DRGs in Deutschland: www.g-drg.de (Selbstverwaltung) www.3m-drg.de (DRG Informationen der Firma 3M) www.grdrg.de (Deutscher Ärzte-Verlag GmbH)</p> <p>Beeson, David und Norbert Roeder (2000): Moving towards a full case mix system in Germany, in: 16th PCS/E International Working Conference: Patient Classification Systems, 27-30 September 2000, Groningen, The Netherlands, 203-209.</p> <p>Duckett, S.J. (2000): The Development of Australian Refined Diagnosis Related Groups: The Australian Inpatient Casemix Classification, in: Casemix Quarterly (2/4), 115-120.</p> <p>Fischer, Wolfram (2000): Das AR-DRG-System ist klinisch und ökonomisch sehr flexibel, in: f&w (4/2000), 336-337.</p> <p>Frantz, Eckart und Eckart Fleck (2001): Neues Entgeltsystem - ein grosser Wurf? Die Regie der Einführung droht das neue Klinikfinanzierungssystem unbrauchbar zu machen, in: Deutsches Ärzteblatt (98/1-2), A 22-24.</p> <p>Jackson, Terri (2000): ANDRG3 and ARDRG4: How do they compare on resource homogeneity, in: 16th PCS/E International Working Conference: Patient Classification Systems, 27-30 September 2000, Groningen, The Netherlands, 278-286.</p> <p>Königer, Hubert (2000): Studie zum Handlungsbedarf in den deutschen Krankenhäusern für die Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems nach § 17b KHG. Studie im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft.</p> <p>Lee, Chien Earn (2000): Casemix implementation in an acute tertiary hospital – the first year experience, in: 16th PCS/E International Working Conference: Patient Classification Systems, 27-30 September 2000, Groningen, The Netherlands, 13-16.</p> <p>Neubauer, Günter (2000): Anforderungen an ein leistungsorientiertes Krankenhausentgeltsystem, in: Das Krankenhaus (3/00), 163-167.</p> <p>Neubauer, Günter und R. Nowy (2000): Analyse der DRG-Fallkostenkalkulation, der Vergütungsfindung und der Zu- und Abschläge in Australien. Gutachten im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Institut für Gesundheitsökonomik, München.</p> <p>Rochell, Bernhard und Norbert Roeder (2001): Deutschland setzt auf australisches DRG-System, in: Competence. Hospital Management Forum (3/01), 15-22.</p> <p>Rochell, Bernhard und Norbert Roeder (2000): Australian Refined-Diagnosis Related Groups (AR-DRG) - Ein Überblick, in: Das Krankenhaus (8/00), Sonderbeilage.</p> |
| <p>DBC</p> | <p>Niederlande</p> | <p>Hofdijk, Jacob (2001): DBC the base for funding and internal management, in: 17th PCS/E / 3rd EFMI-WG1 Conference: Case mix: Global views, local actions, 10-13 October 2001, Brugge, Belgium, 316-317.</p> <p>Kraanen, E.F. (2001): Case-Mix In The Netherlands: Tool Within The Broader Healthcare Reform, in: 17th PCS/E / 3rd EFMI-WG1 Conference: Case mix: Global views, local actions, 10-13 October 2001, Brugge, Belgium, 313-314.</p> |

| | | |
|------|------------------------------|--|
| LDF | Österreich | <p>www.bmsg.gv.at/bmsg/relaunch/gesundheit/welcome.htm → Krankenanstalten</p> <p>Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen (2001): Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung LKF. Systembeschreibung, www.bmsg.gv.at/bmsg/relaunch/gesundheit/content/gesundheit/krankenanstalten/lkf_dl2001.htm.</p> <p>Fischer, Wolfram (1997): Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung in Österreich, in: PCS News 26, April 97, www.hospvd.ch/public/ise/de/bucher/pcs26/fischera.htm.</p> |
| MIPP | Kantonsspital Aarau, Schweiz | <p>www.mipp.ch (Publikationsliste) www.lbf.at</p> <p>Geschäftsstelle mipp (2000): Finanzierung auf der Basis von Behandlungsstandards. Fallpreispauschalen nach dem Modell integrierter Behandlungsstandards mipp, Aarau: Eigenverlag.</p> <p>Geschäftsstelle mipp (2001): Neues Spitalfinanzierungsmodell auf der Basis von Behandlungsstandards. Evaluation der Phase 1.7.2000 bis 30.6.2001 des Pilotprojekts: Fallpreispauschalen nach dem Modell integrierter Patientenpfade mipp, Aarau: Eigenverlag.</p> <p>Rieben, Erwin et al. (1999): Mipp – ein zukunftsweisendes Modell für integrales Spitalmanagement, in: Schweizer Spital (12/99), 26-31.</p> <p>Rieben, Erwin et al. (1999): Mipp: Ein Modell integrierter Patientenpfade aus der Schweiz, in: Das Krankenhaus (11/99), 721-724.</p> |

Dokumentation zu Fallgruppierungssystemen, allgemein:

www.dkgev.de (Deutsche Krankenhausgesellschaft)
www.wido.de (Wissenschaftliches Institut der AOK)
www.dimdi.de (Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information)
www.dhzb.de/DRG.htm (Deutsches Herzzentrum Berlin)
www.medizin.uni-koeln.de/kai/igmg (Universität Köln)
<http://drq.uni-muenster.de> (Universitätsklinikum Münster)
www.mydrq.de (Fachhochschule Osnabrück)
<http://fis.medinf.mu-luebeck.de> (Medizinische Universität Lübeck)
www.fischer-zim.ch (Zentrum für Informatik und wirtschaftliche Medizin, Wolfertswil), insbesondere „Streiflichter“
www.medinfoweb.de/drq (Portal für Informatik, Ökonomie und Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen)
www.drgonline.de
www.de-drg.de
www.medizininformatik-treffpunkt.de

Arnold, Michael et al. (Hrsg., 2001): Krankenhaus-Report 2000. Schwerpunkt: Vergütungsreform mit DRGs, Stuttgart/New York: Schattauer.

Averill, Richard F. et al. (1998): The Evolution of Casemix Measurement Using Diagnosis Related Groups (DRGs), 3M HIS Working Paper 5/98.

Dänzer, Alfred und Uwe Pfaff (1999): DRG-Klassifizierungssystem – Ein Zukunftsmodell?, in: Das Krankenhaus (10/99), 649-653.

- Freeman, Jean L. et al. (1995): Diagnosis-Related Group Refinement with Diagnosis- and Procedure-Specific Comorbidities and Complications, in: Medical Care (33/8), 806-827.
- Jürgensen, Urban (2001): Can DRG Be Used As A Tool For Benchmarking And Quality Improvement In Healthcare? in: 17th PCS/E / 3rd EFMI-WG1 Conference: Case mix: Global views, local actions, 10-13 October 2001, Brugge, Belgium, 330-337.
- Paccaud, Fred und Luc Schenker (Hrsg., 1989): D.R.G. (Diagnosis Related Groups). Perspectives d'utilisation, Paris: Editions Alexandre Lacassagne.
- Pföhler, Wolfgang (1999): Die Zukunft der DRGs aus Sicht der DKG, in: Das Krankenhaus (11/99), 699-703.
- Reid, Beth und George Palmer (2001, nur Zusammenfassung): Guidelines For Evaluating DRG-Based Casemix Systems, in: 17th PCS/E / 3rd EFMI-WG1 Conference: Case mix: Global views, local actions, 10-13 October 2001, Brugge, Belgium, 261-262.
- Rodrigues, Jean Marie et al. (2001): DRG Information System, Healthcare reforms and innovation of management in the Western Countries during the 90s: Where are the key success factors? in: 17th PCS/E / 3rd EFMI-WG1 Conference: Case mix: Global views, local actions, 10-13 October 2001, Brugge, Belgium, 338-346.
- Rodrigues, Jean Marie et al. (2001): Les systèmes DRG en Europe et dans le monde, in: Competence. Hospital Management Forum (3/01), 9-12.
- Sell, Stefan (2000): Einführung eines durchgängig (fall)pauschalierenden Vergütungssystems für Krankenhausleistungen auf DRG-Basis. Eine Literaturübersicht, in: Sozialer Fortschritt. Unabhängige Zeitschrift für Sozialpolitik (5/00), 102-115.
- Wagner, Judith (1999): Medizinische Klassifikationen und Fallgruppensysteme. Ein Überblick, in: Schweizer Spital (9/99), 4-9.
- Wagner, Judith und Wolfram Fischer (1999): Neues zum Thema Patientenklassifikationssysteme, in: Schweizer Spital (12/99), 22-25.

Vergleiche verschiedener Systeme/Länder:

The Danish Ministry of Health (1999): Hospital Funding and Casemix, Kopenhagen: Eigenverlag.

Vergleich schliesst ein: USA, Norwegen, Schweden, Finnland, Dänemark, Deutschland, Belgien, Grossbritannien, Irland, Frankreich, Italien, Portugal, Kanada, Australien, Neuseeland

Fischer, Wolfram (2000): A Comparison of PCS Construction Principles of the American DRGs, the Austrian LDF System, and the German FP/SE System, in: Casemix Quarterly (2/1), 12-20.

Vergleich schliesst ein: HCFA-DRG, LDF, FP/SE Deutschland

Fischer, Wolfram (2000): Diagnosis Related Groups (DRG's) und verwandte Patientenklassifikationssysteme, Wolfertswil: Zentrum für Informatik und wirtschaftliche Medizin.

Vergleich schliesst ein: HCFA-DRG, RDRG, AP-DRG, APR-DRG, IAP-DRG, NordDRG, GHM, AR-DRG, LDF

Fischer, Wolfram (1999): Diagnosis Related Groups (DRGs) im Vergleich zu den Patientenklassifikationssystemen von Österreich und Deutschland. Eine problemzentrierte Diskussion von Patientenklassifikationssystemen für stationäre Akutbehandlungen im Hinblick auf deren Verwendung in Vergütungssystemen, Wolfertswil: Zentrum für Informatik und wirtschaftliche Medizin.

Vergleich schliesst ein: HCFA-DRG, AP-DRG, APR-DRG, LDF, FP/SE Deutschland

Fischer, Wolfram (1998): Vergleich von Patientenklassifikationssystemen für fallorientierte Entgeltsysteme. Ein Blick auf die amerikanischen DRG-Systeme, das österreichische LDF-System und das deutsche FP/SE-System. Kurzgutachten erstellt im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Wolfertswil: Zentrum für Informatik und wirtschaftliche Medizin.

Vergleich schliesst ein: DRG, insb. AP-DRG, LDF, FP/SE

Fischer, Wolfram (1997): Patientenklassifikationssysteme zur Bildung von Behandlungsfallgruppen im stationären Bereich: Prinzipien und Beispiele. BSV-Forschungsbericht 1/97, Bern: EDMZ.

Vergleich schliesst ein: DRGs, PMC, Disease Staging, Grossbritannien, Deutschland, Österreich.

Frantz, Eckart et al. (2001): DRGs in der Kardiologie. Aktueller Stand und Vergleich zu Australien, Präsentation auf 59 Folien unter www.dhzb.de/DRG.htm

Vergleich schliesst ein: Australien, Deutschland

Lenz, Max (1999): Evaluation von Patientenklassifikationssystemen im Bereich Rehabilitation, Zürich: LENZ.

Lüngen/Lauterbach (2000): Nutzung von DRG im internationalen Vergleich, in: Der Chirurg (71), 1288-1295.

Neubauer, Günter und R. Nowy (2000): Wege zur Einführung eines leistungsorientierten und pauschalierenden Vergütungssystems für operative und konservative Krankenhausleistungen in Deutschland. Gutachten im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Institut für Gesundheitsökonomik München.

Vergleich schliesst ein: Belgien, Frankreich, Grossbritannien, Italien, Norwegen, Österreich, Portugal, Schweden, Schweiz

Neubauer, Günter und P. Rehermann (1995): Fallpauschalen im internationalen Vergleich. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, München.

Oggier, Willy (1999): APDRG oder MIPP: Welches Entschädigungsmodell für die Spitäler in der Schweiz? Einige Gedanken aus gesundheitsökonomischer Sicht. Kurz-Analyse im Auftrag der Geschäftsstelle MIPP, St. Gallen.

Vergleich schliesst ein: APDRG, MIPP

Rochell, Bernhard (1999): Fallgruppierung im deutschen Entgeltsystem, in: Das Krankenhaus (5/99), 281-290.

Vergleich schliesst ein: LDF, AP-DRG

Roeder, Norbert und Bernhard Rochell et al. (2000): Empirischer Vergleich von Patientenklassifikationssystemen auf der Grundlage von Diagnosis Related Groups (DRG) in der Herzchirurgie. Zwischenbericht zum Projekt. Stand: 5. Mai 2000, Westfälische Wilhelms-Universität Münster; THG-Chirurgie, Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefässchirurgie (DGTHG); Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG).

Vergleich schliesst ein: HCFA-DRG, AP-DRG, GHM, R-DRG, APR-DRG, AR-DRG, IAP-DRG, IAP-DRG, LDF

Rochell, Bernhard und Norbert Roeder (2000): Vergleichende Betrachtung und Auswahl eines Patientenklassifikationssystems auf der Grundlage der Diagnosis Related Groups (I + II), in: Das Krankenhaus (4 + 5/2000), 261-268 und 349-358.

Vergleich schliesst ein: HCFA, NordDRG, HRG, AP-DRG, DBC, AN-DRG, GHM, AR-DRG, IAP-DRG, R-DRG, APR-DRG, LDF

Roger France, Francis H. et al. (Hrsg., 2001): Case-Mix: Global Views, Local Actions. Evolution in Twenty Countries (Studies in Health Technology and Informatics, Vol. 86), Amsterdam usw.: IOS Press.

Vergleich schliesst ein: Australien, Österreich, Belgien, Dänemark, Finnland, Frankreich, Deutschland, Grossbritannien, Irland, Japan, Südkorea, Mexico, Niederlande, Rumänien, Russland, Südafrika, Spanien, Schweden, Schweiz, USA

Unterlagen zur Fachtagung: mipp und AP-DRG. Spital-Finanzierungsinstrumente der Zukunft? vom 15.5.2000 in Zürich.

Vergleich schliesst ein: mipp, AP-DRG

Anhang 5: Mitglieder der Redaktionsgruppe des Berichts "Vergleich von ausgewählten Fallgruppierungssystemen"

| | |
|---------------------|--|
| Dr. Judith Wagner | Leiterin Bereich Spitalinformatik und -statistik bis 31.5.2002, H+ (Expertin) |
| Dr. Simon Hölzer | Leiter Bereich Spitalinformatik und -statistik ab 1.5.2002, H+ (seit 1.1.2002) |
| Dr. Walter Bosshard | Bereich Management Support, H+ (bis 30.4.2002) |
| Pascal Besson | Bereich Management Support, H+ (seit 1.2.2002) |
| Michael Jordi | Leiter Bereich Gesundheitsökonomie und -information, SDK (Co-Projektleiter) |
| Andrea Nagel-Drdla | Bereich Gesundheitsökonomie und -information, SDK (Koordination und Redaktion) |

Kontaktadressen:

H+ Die Spitäler der Schweiz
Lorrainestrasse 4A
Postfach 302
3000 Bern 11

031/335 11 11
www.hplus.ch

Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz
Weltpoststrasse 20
Postfach
3000 Bern 15

031/356 20 20
www.sdk-cds.ch

Kontaktpersonen:

Simon Hölzer
simon.hoelzer@hplus.ch

Andrea Nagel
andrea.nagel@sdk-cds.ch