

# Spitalfinanzierung mit Fallpauschalen: Das DRG-System und seine Auswirkungen auf pädiatrischen Einrichtungen

Teil 1: Grundlagen eines fallpauschalierenden Vergütungssystems mittels DRG

M. Losa, St. Gallen

La version française de cet article suivra

## 1. Bemerkung

In diesem Artikel werden, zusammenfassend, die wichtigsten Merkmale einer Spitalfinanzierung mittels Patientenklassifikationssystemen erklärt: Eine umfassende Beschreibung der Fallkostenpauschalen wird im Buch von P. Indra sowie auf der Internetseite des Zentrums für Informatik und wirtschaftliche Medizin (ZIM) gegeben<sup>1, 2)</sup>.

## 2. Was sind Patientenklassifikationssysteme?

Patientenklassifikationssysteme (PCS, patient classification systems) unterteilen die Patientenschaft bzw. deren Behandlung in:

- klinisch definierte Gruppen
- mit ähnlichen Behandlungskosten<sup>3)</sup>.

Mit den PCS's wird versucht, einen gemeinsamen Nenner zwischen klinischer und ökonomischer Sicht zu finden.

Das bekannteste PCS ist sicher das sog. DRG-System, wobei auch andere PCS's in den letzten Jahren konstruiert wurden wie beispielsweise die Patienten Management Categories (PMC) und das System Disease Staging.

Die PCS's können als Basis für die Vergütung von medizinischen Leistungen benützt werden und finden diesbezüglich bereits Anwendung.

## 3. Das DRG-System

### 3.1 Was sind DRG's?

Diagnosis Related Groups (DRG) werden zur Klassifizierung von stationär behandelten Patienten benützt: Somit stellen DRG's eine

Applikation der PCS dar. Die Gruppendifinition bei den DRG's basiert auf den klinischen Charakteristika des stationären Patienten d. h. auf den Diagnosen und Behandlungen, die während einer Hospitalisation anfallen. Hauptziel ist es, die Patienten in medizinisch homogene Gruppen mit vergleichbarem Behandlungsaufwand einzuteilen. Jeder Fall wird einer DRG-Gruppe mittels einem Algorithmus zugeordnet. Jeder DRG wird eine Bewertung zugeteilt (sog. cost weight), welche im Verhältnis zu den anderen DRG's steht. Neben der Verwendung der Daten für statistische Zwecke kann das System zu Vergütungszwecken benützt werden. In diesem Fall wird das Kostengewicht mit der ermittelten Baserate (mittlerer Fallpreis über alle stationären Fälle) multipliziert: Das Resultat dieser Multiplikation ergibt die Vergütung des Spitals für einen bestimmten Fall. Für die Zuteilung in eine DRG-Gruppe werden Daten gebraucht: Diese Daten sind je nach Land in einem sog. Minimaldatensatz (auch Basisdaten oder Fallrekord genannt) zusammengefasst.

Eine besondere Herausforderung bei der Entwicklung von PCS's ist die Abbildung des Schweregrades: Die Komorbiditäten und Komplikationen (CC: comorbidities/ complications) müssen bei der Allokation in eine DRG-Gruppe berücksichtigt werden. Auch das Alter des Patienten (besonders alte Menschen wie auch besonders junge), sowie für neonatologische Fälle das Geburtsgewicht, müssen bei der Konstruktion von PCS's berücksichtigt werden.

### 3.2 Die Entwicklung der DRG's

Diagnosis Related Groups (DRG) sind Ende der 60er Jahre in den USA entwickelt und eingeführt worden. Die Einführung erfolgte primär im Staat New York (Yale University): Die dortigen Verantwortlichen wollten ein Instrument zur Leistungs- und Kostensteuermessung sowie für die Qualitätssicherung entwickeln. Aus diesen ersten Erfahrungen entstand die Idee, vergleichbare medizinische Fälle mit ähnlichen Behandlungskosten in Gruppen zusammenzufassen.

Die Health Care Financing Administration (HCFA, staatliche Einrichtung für die Krankenversicherung der Rentner) übernahm diese Idee und entwickelte sie. Ab 1983 wurden die Spitalleistungen für Medicare-Patienten auf der Basis von Fallpauschalen (HCFA-DRG) vergütet. Nun war der Weg frei für die Einführung durch andere Versicherungen (z. B. Medicaid, staatliche Versiche-

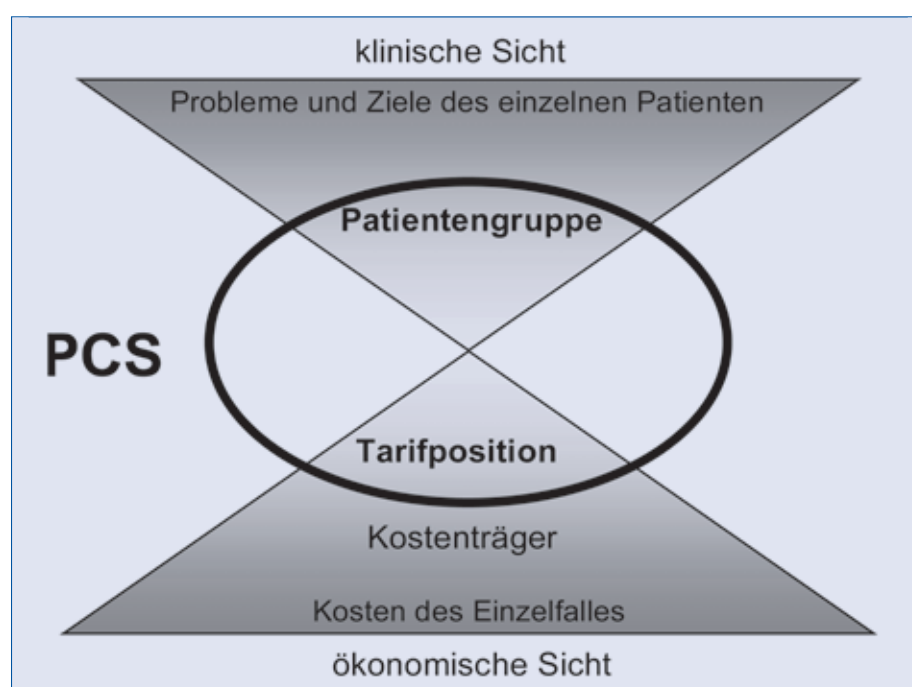


Abbildung 1: PCS's als gemeinsamer Nenner<sup>3)</sup>

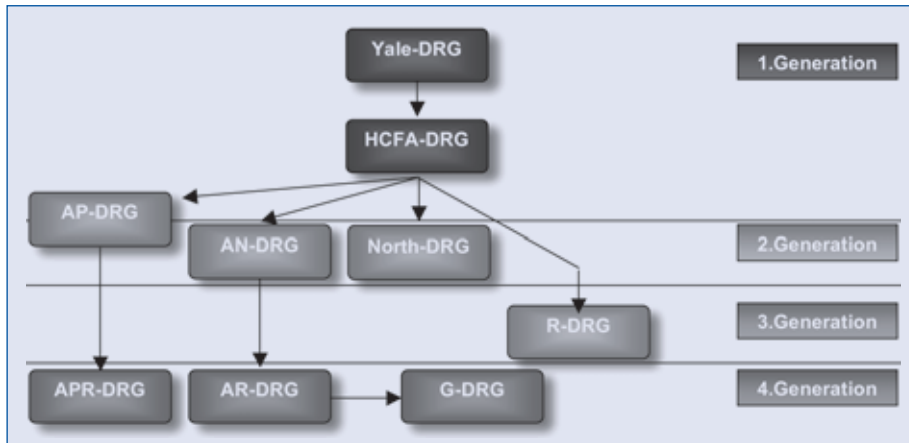


Abbildung 2: Die Systematik der DRG-Familie, vereinfacht<sup>4)</sup>

rung für Mittellose in der USA) und für die Weiterentwicklung des Systems. An dieser Stelle ist der vom Staat New York an die Firma 3M im Jahr 1987 vergebene Auftrag, eine neue DRG-Variante zu entwickeln, erwähnenswert, weil daraus die sogenannten All Patient Diagnosis Related Groups (AP-DRG) entwickelt wurden. In der Folge wurden weitere, sog. «refined» Systeme entwickelt. *Abbildung 2* zeigt in schematischer Weise die Entwicklung der sog. DRG-Familie.

### 3.3 AP-DRG

AP-DRG ist eine Erweiterung der HCFA-DRG und wurde entwickelt, um die gesamte Bevölkerung des Staates New York anhand von Diagnosengruppen zu vergüten. Dazu mussten verschiedene neue DRG-Gruppen gebildet werden, die nicht unter der vorwiegend für ältere Patienten entwickelten HCFA-DRG vorhanden waren. Darunter sind AIDS-Behandlungen, neonatologische und pädiatrische Fälle sowie Transplantationen

und Tracheotomien zu erwähnen. Eine zusätzliche Erweiterung, die unter AP-DRG vorgenommen wurde, ist die Einführung einer weiteren Fallschwere die sog. «major CC» (MCC: major complications and comorbidities). Die Fallschwere wird in AP-DRG nur über den Ressourcenverbrauch definiert d. h. es wird keine medizinische Fallschwere gemessen<sup>4)</sup>.

Die Fallzuordnung zu einer DRG-Gruppe erfolgt durch die Einteilung anhand der Daten vom sog. Minimaldatensatz. Der Datensatz ist in den verschiedenen Ländern unterschiedlich: In der Schweiz enthält er verschiedene patientenbezogene, administrative (Patientennummer, Krankenhausidentifikation etc.), medizinisch-pflegerische (Diagnosen, Nebendiagnosen, Behandlungen, Nebenbehandlungen) sowie soziodemographische Daten (Geschlecht, Alter, Wohnsitz, Aufenthaltsdauer, Entlassungsart). Diese sind gemäss BstatG, der dazugehörigen Verordnung und den er-

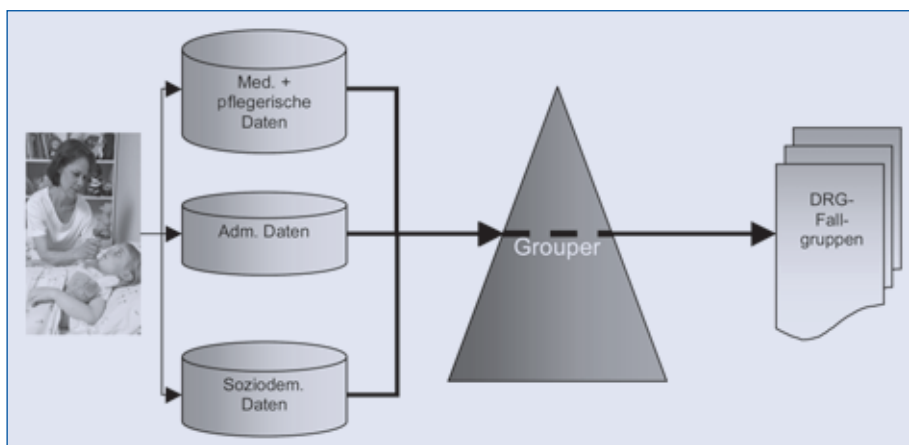


Abbildung 3: Gruppierungsvorgang (eigene Darstellung basierend auf Präsentationsunterlagen von Dr. Lenz)

gänzenden Richtlinien des BfS zu erheben und zu liefern.

*Abbildung 3* zeigt eine schematische Darstellung des Gruppierungsvorganges.

Die Zuteilung des Falles auf eine Fallgruppe erfolgt primär durch die Hauptdiagnose und untersteht einem sog. Gruppierungsalgorithmus. Die Hauptdiagnose bestimmt die Zugehörigkeit in einer sog. MDC (Major Diagnostic Category). Die anderen Merkmale dienen zur Verfeinerung und definitiven Gruppierung in eine DRG-Gruppe (*Abbildung 4*). Aktuell weisen die AP-DRG 25 MDC und 641 DRG-Gruppen auf. Die Schweizer Version beinhaltet dazu 3 MDC's mit weiteren 27 DRG-Gruppen, auch als SPS, Swiss Payment Groups, bezeichnet (cw-Version 5.1).

### 3.4 Begriffe

- **Fall:** In der Regel wird als stationärer Fall der Zeitraum zwischen dem Spitaleintritt und -austritt verstanden. Somit ist ein stationärer Fall eine rein administrative Einheit und ist nicht mit dem medizinischen Fall zu verwechseln. Ein medizinischer Fall kann mehrere administrative stationäre Fälle beinhalten oder sich über den stationären Aufenthalt erstrecken (vor- und nachstationäre ambulante Versorgung). «Als Behandlungsfall gilt ein Aufenthalt eines Patienten/einer Patientin in einem Spital, unabhängig von der Hospitalisationsursache»<sup>5)</sup>.
- **Kostengewicht (cost weight):** Mit dem Begriff Kostengewicht wird die ökonomische Gewichtung einer bestimmten DRG-Gruppe im Vergleich zur durchschnittlichen Bewertung sämtlicher Fallgruppen (relatives Kostengewicht) verstanden. Die Kostengewichte sollten im Idealfall aus der patientenbezogenen Kostenträgerrechnung herangezogen werden.
- **Case Mix:** Errechnet sich aus der Formel:  $Case\ Mix\ (CM) = \sum(cost\ weight * Anzahl\ Fälle)$ .
- **Case Mix Index (CMI):** Ist das durchschnittliche Fallgewicht einer organisatorischen Einheit und widerspiegelt die durchschnittliche Fallschwere dieser Einheit.  $CMI = CM / Anzahl\ Fälle$ .
- **Basisrate (Base Rate):** Die Base Rate stellt den Betrag in Franken für die Fallgruppe mit dem Kostengewicht 1 dar. Die Base Rate kann auf der Grundlage der Gesamtkosten eines Spitals oder als Resultat einer Verhandlung zwischen

Leistungserbringer und Kostenträger ermittelt werden.

- **Ausreisser (Outlier):** Es wird zwischen *day outlier* (kürzere oder längere Liegedauer) und den *cost outlier* (tiefere oder höhere Kosten) unterschieden. Die Grenzwerte für die Ausreisser sind definiert durch sog. *trim points*. In der Schweiz werden die trim points für day outliers durch den Verein APDRG Suisse festgelegt (APDRG Suisse, 2005a, ohne Seitenangabe).

### 3.5 Codierung

Die Wichtigkeit einer korrekten und umfassenden Codierung von Diagnosen und Behandlungen in einer DRG-basierten Finanzierung kann nicht genügend hervorgehoben werden: Was bis heute «lediglich» für statistische Zwecke diente und von den Spitälern mit unterschiedlichem Aufwand und Qualität geliefert wurde, wird in den nächsten Jahren eine überlebenswichtige Aufgabe sein. Die Codierung wird in der Schweiz durch verschiedene Gesetze geregelt:

- Bundesstatistikgesetz (BstatG, SR 431.01)
  - Datenschutzgesetz (DSG, SR.235.1)
  - Spezifische Gesetze
    - Epidemiengesetz (SR 818.101)
    - Krankenversicherungsgesetz (KVG, SR 832.10)
    - Unfallversicherungsgesetz (UVG, 832.20)
    - AHV- und IV-Gesetz (AHVG/IVG, SR 831.10/ SR 831.20)
- (Alle Gesetzestexte sind unter [www.admin.ch](http://www.admin.ch) abrufbar)

Die Erfassung der Daten der Kodierungen im stationären Bereich wird ab den 1.1.1998 durch das Bundesamt für Statistik (BfS) gewährleistet. Früher wurde diese Aufgabe von der VESKA (heute H+, Die Spitälern der Schweiz) wahrgenommen (sog. «VESKA-Statistik»). Primär wurde die Codierung von Diagnosen und Behandlungen/Prozeduren aus statistischen Zwecken eingeführt: Die politischen Instanzen wie auch die Spitälern sind an der statistischen Auswertung der gelieferten Daten sehr interessiert. Die Codierung hat nach den Codierrichtlinien des BfS sowie der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zu erfolgen.

#### 3.5.1 Instrumente der Codierung

In der Schweiz wird die Codierung von Diagnosen aufgrund der Klassifikation nach

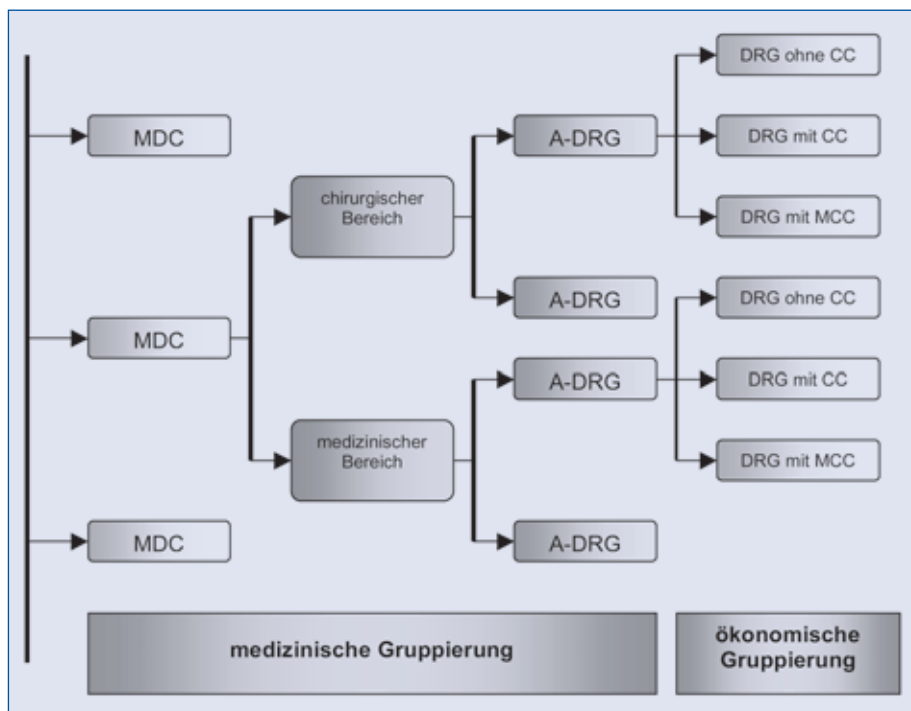


Abbildung 4: Fallzuordnung AP-DRG<sup>4)</sup>

dem International Classification of Diseases der WHO durchgeführt. Die aktuelle, für die Codierung der Diagnosen relevante Version ist die 10. (ICD 10). Für die Prozeduren resp. Behandlungen wurde ein Schweizerisches Klassifikationssystem entwickelt (CHOP): Dieses basiert auch auf einem Klassifikationssystem der WHO (ICD-9-CM Vol. 3). Beide Werke sind im Internet verfügbar und werden regelmässig aktualisiert (ICD 10: [www.icd10.ch](http://www.icd10.ch); CHOP: [www.bfs.admin.ch](http://www.bfs.admin.ch)). Die Codierung hat nach bestimmten Regeln zu erfolgen: Für die Schweiz sind diese in einem offiziellen Leitfaden (Kodierungshandbuch) zusammengestellt<sup>5)</sup>. Das BfS gibt auch regelmässig ein Bulletin (CodeInfo) heraus: Dieses informiert über die Anpassungen der Codierrichtlinien und enthält dazu auch praktische Kodierungsbeispiele. Die Codierung erfolgt in den Spitälern meist mittels Software-Programmen: Diese können als «stand alone» oder mit dem hausinternen Klinikinformationssystem verknüpft sein. Die Erfassung erfolgt meist durch die Ärzte, wobei zunehmend spezialisierte Fachkräfte von den Spitälern für die Erledigung dieser Aufgabe angestellt werden.

### 4. Zukunft: SwissDRG

Ende der 80er Jahre wurde am Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Lausanne eine Studie durchgeführt, in wel-

cher die Vorteile einer DRG-Finanzierung der stationären Einrichtungen gezeigt wurden: Die Autoren schlugen die Übernahme von AP-DRG vor. In der Folge wurden, neben der Verpflichtung der Spitälern zur Erfassung und Meldung der Daten für die medizinische Statistik Verhandlungen mit der Firma 3M zur Vorbereitung einer Schweizer Version von AP-DRG (auf der Basis der Version 12.0 der New Yorker AP-DRG) durchgeführt und das Projekt «APDRG Schweiz» (mit dem Ziel die aus New York stammenden Kostengewichte an die Schweizer Verhältnisse anzupassen) gestartet.

Die 2. Revision des Krankenversicherungsgesetzes sah die Einführung von Fallpauschalen für die Vergütung von allgemeinversicherten stationären Patienten für die ganze Schweiz vor. Nach der Ablehnung der 2. Revision in der Wintersession 2003 (die Frage des Finanzierungsmodells war nicht grundsätzlich umstritten) wurde die praktisch gleiche Vorlage im Rahmen der Spaltung der Vorlage durch den Bundesrat im sog. Paket 2, Botschaft 2A (Spitalfinanzierung) wieder aufgenommen und wird in absehbarer Zeit den Räten zur Diskussion und Genehmigung wieder vorgelegt. Die politische Meinung scheint festzustehen und die Vorlage sollte diesmal ohne Probleme akzeptiert werden.

Im Zuge der 2. KVG-Revision hat sich die Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) für

ein Projekt mit dem Ziel, ein PCS für die Schweiz zu entwickeln, engagiert. In der Folge sind verschiedene andere Partner (FMH, H+, Die Spitäler der Schweiz, santésuisse und die MTK) sowie andere Institutionen (BSV, BAG, SBK als Beobachter) dazugekommen und das Projekt konnte nach der Besetzung der Projektleitung im Jahr 2004 gestartet werden. Das ehrgeizige Ziel ist es, bis zum 1.1.2007 ein funktionierendes PCS für die Schweiz zur Verfügung zu stellen. Die Arbeiten dieser Gruppe sind bereits weit gediehen und erste grundlegende Entscheidungen sind getroffen worden (Wahl des System G-DRG). Der Verein bemüht sich um eine umfassende und offene Informationspolitik und gibt regelmässig einen Newsletter heraus. Ob das zeitliche Ziel eingehalten werden kann, ist momentan noch nicht klar (für weitere Informationen: [www.swissdrg.org](http://www.swissdrg.org)). Parallel dazu hat sich die Gruppe «APDRG Schweiz» aufgelöst, wobei die weitere Pflege des Schweizer AP-DRG durch die Nachfolgeorganisation «APDRG Suisse» gewährleistet ist (für Informationen: [www.apdrgsuisse.ch](http://www.apdrgsuisse.ch)).

Aktuell werden die Spitäler des Kantons Waadt, Tessin und der Zentralschweiz sowie weitere einzelne Spitäler mittels Fallpauschalen vergütet. Die stationären Einrichtungen des Kantons Zürich werden auf Grund einer AP-DRG-Fallpauschalierung von der öffentlichen Hand finanziert.

## 5. Inhalt Teil 2: Auswirkungen

Im 2. Teil des Artikels werden mögliche Auswirkungen der Einführung eines DRG-Systems in pädiatrische Einrichtungen anhand von Erfahrungen aus dem Ausland sowie aus eigenen Daten beschrieben.

### Referenzen

- 1) Indra, P. (2004). Die Einführung der Swiss-DRG's in Schweizer Spitäler und ihre Auswirkungen auf das schweizerische Gesundheitswesen. SGGP-Schriftenreihe, Band 80.
- 2) Homepage ZIM: [www.fischer-zim.ch](http://www.fischer-zim.ch).
- 3) Fischer, W. (2000). DRG's und verwandten PCS [Online]: [www.fischer-zim.ch/text-pcssa/t-ga-C-Grundlagen-PCS-0003.htm](http://www.fischer-zim.ch/text-pcssa/t-ga-C-Grundlagen-PCS-0003.htm).
- 4) Längen, M., Lauterbach, K. (2002). Ergebnisorientierte Vergütung bei DRG. Qualitätssicherung bei pauschalierender Vergütung stationärer Krankenhausleistungen. Heidelberg u. a.: Springer.
- 5) BfS (2002). Kodierungshandbuch Version 1.0.

### Korrespondenzadresse:

Dr. med. Michele Losa  
Leitender Arzt  
Ostschweizer Kinderspital  
Claudiusstr. 6  
9006 St. Gallen  
[michele.losa@kispisg.ch](mailto:michele.losa@kispisg.ch)