

APDRG

Svizzera  
Schweiz  
Suisse



---

# **Die Finanzierung der Schweizer Spitäler mit Hilfe von APDRG im Jahre 2002**

---

Luc Schenker

Präsident des Vereins *APDRG Schweiz*  
Institut für Gesundheitsökonomie und –management der Universität Lausanne

Juni 2001

## Einleitung

Das Projekt für eine Änderung des Finanzierungsmodus der Schweizer Spitäler, das zur Zeit bei den eidgenössischen Räten liegt, sieht die Einführung einer Finanzierung nach Patientengruppen vor. Im Sinne eines Versuches haben zwei Schweizer Kantone (Waadt und Zürich) beschlossen, die Finanzierung nach APDRG ab dem Jahre 2002 einzuführen. Ein Projektausschuss (APDRG Schweiz) wurde mit der Festlegung der nötigen Rahmenbedingungen für den Einsatz von APDRG in der Schweiz beauftragt. Diese Arbeit wurde im Mai 2001 abgeschlossen, und die beteiligten Partner (Kantone, Kranken- und Unfallversicherer und Spitäler) haben die Realisierungsphase in Lausanne und Zürich in Angriff genommen.

Warum APDRG? Sind die APDRG dem schweizerischen Umfeld angepasst? Welches sind die Merkmale der schweizerischen APDRG? Welche Vorkehren sind bei der Finanzierung der Spitäler durch APDRG zu treffen? Welche Anpassungen verlangt dieser neue Modus von den verschiedenen Akteuren? Diese Fragen werden wir nach einem kurzen Überblick über die Geschichte der DRG in der Schweiz behandeln.

## Studien und Erfahrungen mit den APDRG in der Schweiz

Anfangs der 80-er Jahre wurde ein wissenschaftliches Team im Rahmen des Institutes für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Lausanne beauftragt, zu untersuchen, ob der Einsatz von DRG für die Finanzierung der Schweizer Spitäler sinnvoll sei. Diese Abklärungen erfolgten parallel zu Arbeiten in Frankreich, Grossbritannien und Belgien, was einen fruchtbaren Erfahrungsaustausch ermöglichte. Der Bericht <sup>(1)</sup> wurde 1987 veröffentlicht. Er kam zum Schluss, dass diese neue Methode zahlreiche Vorteile biete, und empfahl ihre Einführung in der Schweiz.

Eine praktische Umsetzung war nicht möglich, weil der Bund erst 1998 die gesetzliche Verpflichtung erliess, nach welcher für jeden Spitalaufenthalt medizinische Grunddaten zu liefern sind. Der Bund wählte die Klassifizierung ICD-10 für die Diagnosen und ICD-9-CM für die Operationen und Interventionen. Dies machte den Weg frei, um Diagnosegruppen zu beschreiben. Im Jahre 1997 empfahl eine Konferenz von Experten und Vertretern der Partner des Gesundheitswesens den Einsatz der Version 12 der für den Staat New York von 3M entwickelten APDRG. Diese Version wurde von 3M an die ICD-10-Klassifizierung angepasst. In der Folge wurde ein Verein -*APDRG Schweiz*- gegründet, um die landesweite Realisierung zu koordinieren und die auf die einzelnen APDRG entfallenden Schweizer Kostengewichte auf der Basis einer Stichprobe von Spitalern zu berechnen.

Bis zu diesem Zeitpunkt gelang es den für das Spitalwesen Verantwortlichen, alle Entscheidungen über den Einsatz von APDRG hinauszuschieben. Nur zwei Kantone, allerdings die bevölkerungsreichsten ihrer Sprachregionen, beschlossen deshalb deren Einführung für das Jahr 2002. Das Projekt stösst auf wachsendes Interesse bei Versicherern und einer immer grösseren Zahl von Kantonen und Spitalverantwortlichen.

Im Mai 2001 wurde ein ausführlicher Bericht über die Grundlagen zum Einsatz von APDRG für die Finanzierung von Spitalern durch *APDRG Schweiz* veröffentlicht, der es nun möglich macht, mit den beiden kantonalen Projekten, wie geplant, im Jahre 2002 zu beginnen.

## Warum APDRG?

Die Auswertung der Erfahrungen in anderen Ländern, namentlich in Frankreich, Australien und Belgien, sowie die in den Universitätsspitälern von Lausanne und Genf durchgeführten Tests haben die Fachkreise davon überzeugt, auch in der Schweiz den Einsatz von APDRG an die Hand zu nehmen. Die APDRG haben nämlich den grossen Vorteil, dass sie mit Routinedaten, welche in den Spitälern erhoben werden, ohne dass eine Transcodierung nötig ist, berechnet werden können. (Auf Grund der Erfahrungen mit Transcodierungen in den 80-er Jahren kam man zum Schluss, dass diese in jedem Falle vermieden werden sollten). Weiter können Ungenauigkeiten, die mit der Einführung der Kodierung verbunden sind, auf ein Minimum beschränkt werden und die neue Technik ist dank der Partnerschaft mit 3M schnell und zu akzeptablen Kosten verfügbar.

Die Tests in den Spitälern von Lausanne und Genf sowie die Erfahrungen in Australien und Belgien haben gezeigt, dass die Versionen, die die Schwere des Falles berücksichtigen wie APRDRG (All patient refined diagnosis related groups) und IRDRG (International refined diagnosis related groups), überlegen sind. Deshalb wird zur Zeit in Zusammenarbeit zwischen APDRG Suisse und 3M eine Testprojekt über die IRDRG durchgeführt.

## Sind die APDRG dem schweizerischen Umfeld der Spitalfinanzierung angepasst?

Eine ganze Reihe von Gründen, welche einerseits mit der Organisation des schweizerischen Gesundheitswesens und andererseits mit den heute vorherrschenden politischen Ansichten zusammenhängen, spricht für die Einführung der APDRG :

- Die Bundesgesetzgebung will die Konkurrenz über die Höhe der Versicherungsprämien und damit über die Preise für die Erbringung von medizinisch-pflegerische Leistungen fördern. Dies bedingt ein transparentes Tarifsysteem, wobei die Einzelleistungsrechnungsstellung im stationären Sektor vom Gesetzgeber ausdrücklich verboten ist.
- Die Erfahrungen mit den Globalbudgets in einigen Kantonen haben die Grenzen dieses Systems aufgezeigt. Dessen Starrheit hält die Spitäler davon ab, sich der Entwicklung der Bedürfnisse der Bevölkerung anzupassen und begünstigt eine weniger effiziente Nutzung der Mittel.
- Wegen der wachsenden Ansprüche der Patienten und Ärzten und der damit verbundenen Kostensteigerung, sind die APDRG ein guter Kompromiss für die Verteilung von Risiken zwischen Leistungserbringern und Finanzierern.
- In der Schweiz wird der Service Public immer mehr als ein zu verwirklichendes Ziel und weniger als institutionelles Problem des Staates angesehen. Die Grundsätze des New Public Management finden immer mehr Anhänger. Die APDRG sind ein gutes Instrument für den Abschluss von Leistungsverträgen.
- Die Vielzahl von Finanzierern von Spitälern bedingt aussagekräftige Indikatoren für die Aufteilung der Kosten zwischen Kranken-, Unfall- und Invalidenversicherern sowie der öffentlichen Hand. Die APDRG bieten eine Lösung für dieses Problem.

## Merkmale der Spitalfinanzierung mit Hilfe von APDRG in der Schweiz

Die hier diskutierte Finanzierung betrifft nur diejenigen Spitalabteilungen, die an einem oder mehreren Tagen hospitalisierte somatische Akutpatienten behandeln. Ausgeschlossen sind die Abteilungen für Psychiatrie, Rehabilitation und Chronischkranke <sup>(2)</sup>.

Jeder APDRG ist ein relatives Kostengewicht (cost-weight) für Hospitalisierungen von einem Tag bzw. von mehr als 24 Stunden zugeordnet; weiter wird für Hospitalisierungen von mehr als 24 Stunden eine mittlere Aufenthaltsdauer und eine - in Tagen ausgedrückte - Unter- und Obergrenze festgesetzt, die es ermöglicht, die dem Kostengewicht entsprechenden Normalfälle (Inlier) getrennt von ausserordentlich langen oder kurzen Aufenthalten (Outlier) zu behandeln<sup>(3)</sup>.

Diese Daten wurden auf Grund einer nationalen Stichprobe errechnet. Die mittlere Aufenthaltsdauer entspricht dem Durchschnitt der Inlier. Der Wert 1.0 der Kostengewichte ist der Durchschnitt der Aufenthaltsdauer der Inlier in der nationalen Stichprobe. Die Kostengewichte der Hospitalisierungen werden ebenfalls auf Grund dieses Durchschnitts von 1.0 berechnet.

Bei den Outlier werden die Tage, welche ausserhalb der Unter- bzw. Obergrenze liegen, mit 70% des auf den Tag umgerechneten Kostengewicht berechnet, wobei die Differenz zwischen der Aufenthaltsdauer und der Unter- bzw. Obergrenze vom Kostengewicht abgezogen bzw. zu diesem dazugeschlagen wird. Die Outlier wurden auf Grund der Aufenthaltsdauer mit der Gammamethode (Perzentil 98) ermittelt.

Jeder Aufenthalt in einem bestimmten Spital wird berücksichtigt. Dies gilt auch für Rehospitalisierungen und die Verlegungen von einem Spital in ein anderes. Der Aufenthalt eines Neugeborenen wird separat von der Mutter erfasst. Der Wert eines Punktes liegt durchschnittlich bei ca. 6'800.- für den Wert 1.

### Einige Beispiele :

#### APDRG 6 : Erweiterung des Karpaltunnels

- *Stationär* :  
Kostengewicht : 0.506 Punkte  
durchschnittliche Aufenthaltsdauer : 4.1 Tage  
Obergrenze : 6 Tage  
Untergrenze : 3 Tage
  
- *Teilstationär* :  
Kostengewicht: 0.218 Punkte

#### APDRG 373 : Geburt ohne Komplikationen vaginal und APDRG 629 : Neugeborene von 2.5 kg und mehr ohne Eingriff mit normaler Diagnose

- *Stationär* :  
Kostengewicht: 1.035 Punkte (0.682 + 0.353)  
durchschnittliche Aufenthaltsdauer : 5.2 Tage  
Obergrenze : 7 Tage  
Untergrenze : 4 Tage
  
- *Teilstationär* :  
Kostengewicht: 0.604 Punkte (0.370 + 0.234)

- APDRG 107 : Koronarer Bypass ohne Herzkatheter  
 (Bewertungsbeispiel Inlier/Outliers)
  - *Merkmale :*

Kostengewicht :	3.400 Punkte
durchschnittliche Aufenthaltsdauer :	10.8 Tage
Obergrenze :	14 Tage
Untergrenze :	8 Tage
Punktwert :	Fr. 6'800.-
  - *Bewertung Inlier :*  
 3.400 Pkt. zu Fr. 6'800.- = 23'120.-
  - *Bewertung bei ausserordentlich langem Aufenthalt (24 Tage) :*  
 (3.400 + (3.400/10.8 x (24-14) x 0.7) Pkt. Zu Fr. 6'800.- = 38'105.-
  - *Bewertung bei ausserordentlich kurzem Aufenthalt (3 Tage) :*  
 (3.400 - (3.400/10.8 x (8-3) x 0.7) Pkt. zu Fr. 6'800.- = 15'627.-

## Vorgehen im Hinblick auf die Einführung

Die mit der Finanzierung über APDRG verbundenen Risiken sind dank den Erfahrungen in den Vereinigten Staaten gut bekannt und die Experten glauben, dass sie namentlich im Rahmen des öffentlichen Gesundheitssystems und der allgemeinen Krankenversicherung gut unter Kontrolle gehalten werden können. Die Autoren des zitierten Berichtes <sup>(2)</sup> geben folgende Empfehlungen ab :

- Extreme Fälle müssen korrekt finanziert werden, um eine Patientenselektion durch die Spitäler zu vermeiden.
- Die Spitäler müssen für jeden Fall eine analytische Kostenträgerrechnung führen, mit welcher die Hospitalisierungskosten genau ermittelt werden können.
- Die öffentliche Hand muss die Kosten mit gemeinschaftlichem Charakter (Notfälle, Bereitschafts-) sowie die Kosten für Lehre, Forschung und Ausbildung, korrekt entschädigen.
- Die Spitäler müssen Rehospitalisierungen und Überweisungen in andere Spitäler erfassen und auswerten, um allfällige Missbräuche analysieren und schnell beheben zu können.
- Es müssen Zertifizierungs- und Kontrollverfahren eingeführt werden, um die Qualität der analytischen Kostenrechnung und der medizinischen Kodierung sicherzustellen und um fälschliche und zu lang dauernde Hospitalisierung zu prüfen.

- ☑ Analysen des Case-Mix und der Herkunft der Patienten erlauben es, nachträglich allfällige Risikoselektions-Strategien der Spitäler präzise zu erfassen und nach dem Grundsatz, dass ein Spital jeden Patienten, zu dessen Behandlung es befähigt ist, aufnehmen muss, die in den Verträgen vorgesehenen angemessenen Massnahmen zu ergreifen.
- ☑ Das Bundesamt für Statistik kann gesamtschweizerisch dank einem einheitlichen und anonymen Identifikator den Weg der Patienten verfolgen, was es ermöglicht, die nachträglich entstehenden Kosten (Rehabilitationsklinik), die auf die durchschnittliche Aufenthaltsdauer umzulegen sind, zu ermitteln und die Kostengewichtungen demgemäss zu korrigieren.
- ☑ Die sich aus einer Rationierung der Leistungen und einer Senkung der Qualität ergebenden Risiken müssen im Auge behalten werden. Dies kann über statistische Auswertungen (z.B. Aufenthaltsdauer) oder spezifische Indikatoren geschehen (Häufigkeit der Spitalinfektionen, Häufigkeit von Dekubitusfällen, ...).

## **Welche Anpassungen müssen die Beteiligten vornehmen?**

Der Gesundheitssektor in der Schweiz (und in Europa) hat keine oder nur sehr wenig Erfahrung mit einer Steuerung über die Preiskonkurrenz. Nur schon die Idee, die medizinisch-pflegerische Leistungen auf diese Weise zu steuern, scheint für einen grossen Teil der politisch Verantwortlichen und Fachleute aus guten (Ethik, Gerechtigkeit..) und weniger guten (politische und standespolitische Strategien) schwer zu akzeptieren sein.

Unabhängig von der Problematik, ob die Einführung einer Preiskonkurrenz richtig ist, wird diese mit Sicherheit bestimmte Auswirkungen auf die Organisation und die Verwaltung der Spitäler, Versicherungen und öffentlichen Verwaltungen haben. Die Modalitäten für die Umstellung müssen deshalb rechtzeitig festgelegt werden.

Welches sind die wichtigsten Änderungen und Bedingungen, welche bei der Gesundheitsverwaltung, Versicherern und Spitälern für die erfolgreiche Einführung der neuen Methode realisiert werden müssen?

Bei der öffentlichen Verwaltung geht es darum, die Techniken zur Implementierung von Rahmenbedingungen für den Markt (Anreize und Auswertungen) zu beherrschen, damit das Ziel eines eher als Garant denn als Leistungserbringer und -verwalter auftretenden Staates erreicht werden kann. Hauptproblem wird sein, einer Risikoselektion durch die Versicherer und Erbringer von medizinisch-pflegerischen Leistungen entgegenzuwirken und Anreize für die Partner zu schaffen, ein Versorgungs- und Qualitätsmanagement einzuführen und sich nicht mit einem blossen Kostenmanagement zu begnügen.

Für die Versicherer wird es darum gehen, eine zentrale Position zwischen Versicherten einerseits und Erbringern von Medizinisch-pflegerische Leistungen andererseits einzunehmen, indem im Hinblick auf Prämien und Qualität konkurrenzfähige Gesundheitspläne angeboten werden, und die Evaluierung und das Management der Risiken unter Kontrolle gebracht wird. Als Einkäufer von Leistungen für ihre Versicherten können sie mit den Erbringern von medizinisch-pflegerische Leistungen entweder globale Verträge pro Patient abschliessen oder

mit verschiedenen Leistungserbringern Leistungspakete aushandeln und selber die Koordination der medizinisch-pflegerische Leistungen übernehmen. In jedem Falle ist die Einführung eines Systems vom Typ DRG unerlässliche Bedingung, um über die nötigen ökonomisch-medizinischen Informationen in Bezug auf die Spitalleistungen zu verfügen.

Die Spitäler werden schliesslich in Bezug auf Qualität, Koordination der Pflege und Preis attraktive Leistungen auf dem Markt anbieten. Sie müssen deshalb in erster Linie in die Information über Qualität und Kosten investieren, Die Einführung der APDRG erlaubt es im übrigen, zu einer gemeinsamen medizin-ökonomischen Kultur zu gelangen, die für das Leistungs- und Qualitätsmanagement eine unerlässliche Voraussetzung ist.

## Schlussfolgerungen

- Die Einführung der DRG erfolgt aus dem Bestreben heraus, Kosten und Qualität über eine auf dem Preiswettbewerb basierende Konkurrenz, welche die bisherigen administrierten Preise ersetzt, in Griff zu kriegen, und gleichzeitig die Risiken zwischen Leistungserbringern und Kostenträger aufzuteilen
- Sie schafft eine höhere Transparenz von Kosten und Qualität.
- Sie erleichtert die Orientierung der Versicherer, die zu echten Partnern im Versorgungsmanagement werden und sich nicht mehr bloss auf das Kostenmanagement beschränken müssen, ohne die Bedürfnisse der Versicherten und die Versorgungsqualität einzubeziehen.

## Literatur

1. DRG (Diagnosis Related Groups) Perspectives d'utilisation (Perspektiven für den Einsatz). Unter Leitung von Fred Paccaud und Luc Schenker, Institut suisse de la santé publique et des hôpitaux (Schweizerisches Institut für das Gesundheits- und Spitalwesen). Editions Alexandre Lacassagne – Lyon. Diffusion Masson (Paris).
2. Bericht *Tar APDRG 2002: Règles et principes de financement et de facturation par APDRG (Regeln und Grundsätze der Finanzierung und Rechnungsstellung mit APDRG)* (Website [www.hospvvd.ch/public/ise/apdrg](http://www.hospvvd.ch/public/ise/apdrg)).
3. Handbuch *Cost-weights suisse, Version 3* (Website [www.hospvvd.ch/public/ise/apdrg](http://www.hospvvd.ch/public/ise/apdrg)).