

# **Situation der Krankenhausfinanzierung in der Schweiz mittels APDRG im Jahre 2002**

**Schenker, Luc \*; Indra, Peter \*\***

\* Präsident des Vereins APDRG Schweiz, Lehrbeauftragter am Institut für Gesundheitsökonomie und -management der Universität Lausanne

\*\* Leiter Projekte und Ärztlicher Leiter des Leistungseinkaufs der Helsana Versicherungen AG, Zürich (Vortragender)

## **1. Einführung**

Der Beschluss der Schweizer Bundesbehörden, dass ab 1998 für die statistische Erfassung von Krankenhausaufenthalten in der ganzen Schweiz einheitlich der ICD-10 Code für Diagnosen und der ICD-9-CM Code für Eingriffe verwendet werden muss, war eine Grundvoraussetzung für die Einführung eines DRG-Systems.

Aufgrund dieser Entscheidung des Bundes beschloss eine nationale Expertenkonferenz von Vertretern der Partner im Gesundheitswesen gemeinsam mit 3M eine Schweizer Version der APDRG zu entwickeln, um die Krankenhausaufenthalte in der Schweiz einheitlich klassifizieren und besser vergleichen zu können.

Um die landesweite Realisierung dieses Vorhabens besser koordinieren zu können, wurde ein Verein - APDRG Schweiz - gegründet. Das Projekt "APDRG Schweiz" startete im zweiten Halbjahr 1997 und konnte anfangs 2001 abgeschlossen werden. In den 4 Jahren intensiver Projektarbeit wurden eine nationale Datenbank und drei Versionen von Schweizer Kostengewichten generiert, welche auf Basis der effektiven Fallkosten einer Stichprobe von Schweizer Krankenhäusern berechnet werden konnten. Die gesamten Projektkosten für "APDRG Schweiz" belaufen sich auf rund 1 Million Euro, was rund 250'000.- Euro pro Jahr ausmacht und im internationalen Vergleich sicherlich nicht viel ist.

Im Juli 2001 begann die Schweiz die APDRG für die Finanzierung von Allgemeinkrankenhäusern einzusetzen. Die Einführung begann bescheiden am 1. Juli 2001 in Form eines Pilotprojektes mit einem Allgemeinkrankenhaus im Kanton Zürich. Eine Ausweitung erfolgte dann am 1. Januar 2002, als sich dem Zürcher Pilotprojekt ein weiteres Allgemeinkrankenhaus anschloss und als zugleich im Kanton Waadt alle kantonalen Krankenhäuser (1 Universitätsspital und mehrere Regionalspitäler) die Finanzierung nach APDRG einführten. Heute bereiten sich auch andere Kantone auf die Einführung der APDRG in den Jahren 2003 und 2004 vor, insbesondere die Kantone Tessin und Schwyz. Ausserdem ist bemerkenswert, dass der Kanton Waadt über die stationären Aufenthalte hinaus auch die tagesstationären Behandlungen (One day surgery) über das APDRG-System abrechnet.

Die Einführung der APDRG war in der Schweiz von langer Hand vorbereitet worden. Zunächst wurden seit 1985 in Zusammenarbeit mit englischen, belgischen, französischen, amerikanischen, nordischen und australischen Gruppen die wissenschaftlichen Grundlagen erarbeitet. Danach brachte eine Projektgruppe betroffene Partner des Schweizer Gesundheitswesens in zusammen und führte in diesem Rahmen mehrere Vorversuche (Benchmarking zwischen den Krankenhäusern, interne Ressourcenallokation etc.) in den Universitätskrankenhäusern von Lausanne und Genf durch.

Für die Berechnung der Kostengewichte musste zunächst einmal eine nationale Datenbank geschaffen werden. Ausgehend von dieser konnten dann die Schweizer Kostengewichte berechnet werden. Insgesamt wurden drei Versionen von Schweizer Kostengewichten realisiert. Bei der Einführung der APDRG im Jahre 2002 gelangte schlussendlich die Version 3.1 der Schweizer Kostengewichte vom Oktober 2001 zur Anwendung.

Als Voraussetzung für die Einführung der APDRG in der Schweiz hat es sich die Projektleitung zur Aufgaben gemacht, ein nationales Regelwerk für die Einführung von APDRG zu erstellen. Dieses Vorhaben stellte in einem föderalistischen Land, wo jeder einzelne Kanton die Hoheit über Tarife und Tarifmodelle im Gesundheitswesen besitzt, alles andere als eine Selbstverständlichkeit dar.

Nachdem mit der Einführung von APDRG in den Kantonen Waadt und Zürich die ersten Erfahrungen gemacht werden konnten und gewisse Merkmale offensichtlich sind, wollen die Autoren mit diesem Artikel einige Probleme ansprechen, welche Deutschland und die Schweiz gleicherweise zu lösen haben.

Erfahrungen, welche in einem der beiden Länder gemacht werden, können sich für das andere Land als nützlich erweisen und umgekehrt, insbesondere da Deutschland und die Schweiz zahlreiche Gemeinsamkeiten in der Politik und im Gesundheitswesen aufweisen (z.B. Föderalismus oder den Ursprung des Gesundheitswesens im Bismarck'schen System).

## **2. Pilotprojekt im Kanton Zürich**

In einem Pilotprojekt rechnet das Spital Männedorf im Kanton Zürich seit dem 1.7.2001 als erstes Krankenhaus in der Schweiz mit einer Krankenversicherung über das Schweizer APDRG-System ab. Am 1.1.2002 wird das Spital Uster zum Pilotprojekt dazustossen und ebenfalls über das APDRG-System abrechnen. Die Partner dieses Pilotprojektes sind die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich, die beiden Spitäler Männedorf und Uster und die Helsana Versicherungen AG in Zürich, der grösste Krankenversicherer der Schweiz.

Das Pilotprojekt soll innerhalb eines überschaubaren finanziellen Risikokorridors die Verwendbarkeit von APDRG basierten Fallpreispauschalen für die tarifliche Abgeltung in der akutsomatischen stationären Versorgung testen. Neben den Erfahrungen mit dem APDRG-System erhofft sich die Helsana dabei auch konkrete Daten über ihr eigenes Patientengut (Krankheitsdaten, Diagnosen etc.) im Vergleich zum Gesamtkollektiv im Einzugsgebiet der beiden Pilotspitäler.

Die im APDRG-System abgerechneten Kosten werden über eine Schattenrechnung mit den Kosten verglichen, welche der Helsana im bisherigen Abgeltungssystem entstanden wären.

Eine enge Zusammenarbeit mit den Partnern von APDRG Schweiz findet statt.

Die Helsana hat seit über 2 Jahren in den Krankenhäusern des Kantons Zürich das Fallmanagement eingeführt. Somit hat die Helsana in jedem der Krankenhäuser Vorjahresdaten über die jeweiligen Aufenthaltsdauern nach Abteilung, Verlegungsraten, Komplikationsraten etc.. Des weiteren ist ein Fallmanager vor Ort und kann als direkter Ansprechpartner für die Anliegen der Patienten dienen. Insbesondere laufen alle Kostengutsprachen für nachgelagerte Behandlungen über seinen Tisch.

Somit kann die Helsana eine gewisse Kontrolle über die Auswirkungen der Behandlungen und der Abrechnung nach APDRG sicherstellen und hat die direkte Möglichkeit, vor Ort eingreifen zu können.

Verschiedene aktuelle Parameter, wie z.B. die Behandlungsdauern nach Abteilung, die Anzahl der Nachbehandlungen nach Abteilung, die Verlegungsraten usw. werden mit den Vorjahres permanent verglichen um Trends frühzeitig zu erkennen. Es soll sichergestellt werden, dass das neue Finanzierungssystem keine negativen Auswirkungen auf die Qualität der Behandlung und die Gesamtkosten hat.

Die Datenqualität kann über statistische Vergleiche mit den Vorjahren verglichen werden, da die Zürcher Krankenhäuser die APDRG seit über 2 Jahren zu einer teilweisen Finanzierung der Kantonsbeiträge erheben. Des weiteren werden Kontrollteams eingesetzt, welche stichprobenweise die Kodierqualität vor Ort überprüfen.

Die subjektive Behandlungszufriedenheit der Patienten, wird in allen Krankenhäusern des Kantons Zürich über routinemässige Befragungen im Rahmen des Qualitätssicherungsprogramms "Outcome" erhoben und soll direkte Auswirkungen auf die Finanzierung der Krankenhäuser haben.

Die ersten Auswertungen des Pilotprojektes zeigen eine markante Verkürzung der Aufenthaltsdauer von 1,23 Tagen (Reduktion von 8,23 Tagen auf 7,0 Tage), hingegen keinen Anstieg von Nachbehandlungen und keinen Anstieg der Verlegungsraten. Die beobachtete Verkürzung der Aufenthaltsdauer muss aber noch über einen längeren Zeitraum beobachtet werden, um saisonale zufällig bedingte Einflüsse ausschliessen zu können.

Der Fallschwere-Index zeigt eine Entwicklung, wie sie auch für andere Länder bei der Einführung von DRG typisch ist. Die Veränderung des Fallschwere-Index wird beeinflusst durch die Morbidität der Patienten und durch die Kodierqualität. Die Kodierqualität nimmt von Jahr zu Jahr zu und somit steigt auch der Fallschwere-Index. Besonders grosse Sprünge nach oben sind bei der Anstellung von professionellem Kodierpersonal zu beobachten. Der kodierqualitätsbedingte Anstieg des Fallschwere-Index nimmt jedoch von Jahr zu Jahr ab; wird aber über Veränderungen der Morbidität im betreffenden Patientengut überlagert. Eine der Herausforderungen der nächsten Jahre wird es sein, echte

Veränderungen des Fallschwere-Index von "künstlichen" zu unterscheiden.

### **3. Finanzierung der Krankenhäuser mit APDRG im Kanton Waadt**

Die kantonalen Behörden, die Kranken- und Unfallversicherer, wie auch die Krankenhäuser des Kantons Waadt haben vereinbart ab dem 1. Januar 2001 alle Krankenhausaufenthalte im Kanton Waadt über die Schweizer APDRG abzugelten.

Gleichzeitig wurde beschlossen, die Abrechnung mittels APDRG nicht nur auf stationäre Fälle zu beschränken, sondern diese auch auf den Bereich der tagesstationären Chirurgie (One Day Surgery) auszudehnen.

Bisher wurden die kantonalen Krankenhäuser des Kantons Waadt über ein prospektives Globalbudget finanziert, welches eine leistungsabhängige, auf Grenzkosten beschränkte retrospektive Anpassung vorsah.

Die Verhandlungspartner haben vereinbart, für die Jahre 2002 und 2003 ein Mischsystem beizubehalten, bei welchem das Globalbudget bestehen bleibt, die Berechnung und eine leistungsabhängige Budgetkorrektur aber auf Basis der APDRG vorgenommen werden. Ab 2004 wird das Globalbudget wegfallen und die gesamte Finanzierung nur noch über APDRG erfolgen.

Diese Übergangsregelung wurde vereinbart, um einerseits die APDRG testen zu können, ohne auf Krankenhaus- und Versichererseite grosse finanzielle Risiken eingehen zu müssen, und andererseits um den Krankenhäusern genügend Zeit einzuräumen, sich auf diese neue Art der Finanzierung einstellen zu können.

Für den Kanton Waadt wurden zwei unterschiedlich hohe Basisfallwerte festgelegt. Einer für die Gruppe der Universitätskrankenhäuser, welche rund 50% der Behandlungen durchführen, und einer für die Gruppe der sieben Regionalkrankenhäuser. Die beiden Fallwerte unterscheiden sich nach Abzug der Kosten für Lehre und Forschung um rund 20%.

Entsprechend der gesetzlichen Grundlagen werden die Investitionskosten der Krankenhäuser gesondert durch den Kanton Waadt finanziert.

Der Basisfallwert, der den Krankenversicherern in Rechnung gestellt wird, deckt 45%, jener für die Unfallversicherer gegen 75% der effektiven Kosten. Die restlichen ungedeckten Kosten werden durch den Kanton in Form von Subventionen übernommen.

Die tagesstationären Behandlungen werden analog dem ambulanten System in der Schweiz den Versicherern zu 100% der effektiven Kosten in Rechnung gestellt.

### **4. Einige Probleme, welche Deutschland und die Schweiz gemeinsam haben**

Deutschland und die Schweiz haben in ihrer politischen und sozialen Geschichte zahlreiche Gemeinsamkeiten: den Föderalismus, ein Gesundheitswesen welches auf das Bismarck'sche System zurückgeht, eine klar liberale Orientierung mit einem hohen Niveau an sozialer Solidarität und eine lange Tradition von direkten Beziehungen zwischen den Sozialpartnern.

Bei der Einführung der DRG zeigen sich ebenso zahlreiche Gemeinsamkeiten, sei es aus der Sicht der Krankenhäuser oder aus der Sicht der Krankenkassen.

Folgende Punkte möchten wir mit dem vorliegenden Artikel im besonderen hervorheben:

- Die Wahl des DRG-Systems: Welche Version soll man nehmen? Soll man sich für eine bestehende internationale Version entscheiden oder soll man selber eine nationale Version entwickeln?
- Die Rolle der Kantone respektive der Länder im Rahmen der Modifikation des Finanzierungssystems für die Krankenhäuser: Welche Regelungen müssen auf nationaler Ebene gelten? Welche Regelungen können regional gelten? Soll es einen nationalen oder viele regionale Basisfallwerte geben?

- Die Finanzierung von weitergehenden Aufgaben der Krankenhäuser: insbesondere die Ausbildung, die Lehre und Forschung, als auch wichtige soziale Funktionen, welche jedes Krankenhaus in seiner Region übernimmt?
- Die Rolle eines nationalen DRG- oder Case-Mix-Institutes: soll es eine rein statistische Aufgabe haben oder muss es auch Kontrollfunktionen erfüllen und eine Steuerung der Finanzierung übernehmen? Wo ist es angegliedert?
- Die möglichen Gefahren welche sich aus der Finanzierung mittels DRG ergeben: Wie soll man ihnen begegnen, insbesondere was folgende Risiken betrifft:
  - Verschlechterung der Behandlungsqualität
  - Vermehrte Rehospitalisationen wegen schlechter Behandlungsqualität oder zu frühen Entlassungen
  - Vermehrte interne und externe Verlegungen
  - Auslagerung von Kosten auf vor- oder nachgelagerte Institutionen und Sektoren
  - Gezielte Selektion von Patienten und Behandlungen (Risikoselektion)
  - Mengenausweitungen, insbesondere bei der elektiven Chirurgie
- Der technologische Fortschritt: Wie soll man verhindern, dass die DRG einen erwünschten medizinischen Fortschritt bremsen?

**a) Die Wahl des DRG-Systems, insbesondere die Wahl einer bestimmten Version**

Die Entwicklung der DRG auf Basis der Arbeiten und Erfahrungen in den USA hat gezeigt, dass in den verschiedenen Ländern, welche diese Finanzierungsmethode übernommen haben, verschiedene Anpassungen am System vorgenommen werden mussten, um den jeweiligen nationalen Besonderheiten gerecht zu werden. Dies war zum Beispiel in England, in Frankreich oder in Australien der Fall.

Zum heutigen Zeitpunkt haben Deutschland und die Schweiz eine Version der DRG übernommen, welche für eine andere Region der Welt entwickelt wurde; die deutsche Version wurde für Australien und die schweizerische Version für New York entwickelt. Dem Vorgehen in Deutschland und in der Schweiz liegt gleichermassen ein pragmatischer Gedanke zugrunde; es geht nicht darum das Rad neu zu erfinden, sondern um ein möglichst effizientes Vorgehen. Die ersten Erfahrungen beider Länder zeigen jedoch, dass die Adaptation einer für ein bestimmtes Land entwickelten DRG-Version auf ein anderes Land einige Probleme aufwirft.

Um die Gruppierungsarbeiten nicht noch einmal wiederholen zu müssen versucht man in der Schweiz auf der Basis einer international entwickelten Version eine schweizerische Version zu schaffen. Die aktuellen Arbeiten haben aber deutlich die Grenzen des APDRG-Systems aufgezeigt, insbesondere was die Anpassung an ein schnelles Fortschreiten des medizinischen Fortschrittes betrifft. Für dieses Problem ist die Anpassung eines refined-Systems, wie es die Australier schon früher gewählt haben, sicherlich geeigneter.

Zur Zeit prüft die Arbeitsgruppe APDRG Schweiz in einer nationalen Studie die IR-DRG. Dabei wird insbesondere geprüft, ob sich die IR-DRG als Grundlage für eine schweizerische Version eignen, welche besser auf die lokalen Gegebenheiten der Schweizer Eigenheiten von Finanzierung und Tarifierung angepasst ist als die APDRG.

Die Entwicklungen und Erfahrungen der nächsten Jahre in Deutschland werden sehr wahrscheinlich auch dazu führen, dass man sich in Deutschland ebenso auf eine noch besser angepasste nationale Version der DRG ausrichten wird.

Eine DRG-Version muss der jeweiligen Nomenklatur von Diagnosen und Interventionen entsprechen, welche in einem Land üblich ist. Eine zusätzliche Transkodierung zwischen den medizinischen Codes und einem Grouper ist eine wesentliche Komplikation des ganzen Gruppierungsprozesses, welche es unter allen Umständen zu verhindern gilt.

Medizinische Behandlungspfade sind von Land zu Land mehr oder minder unterschiedlich. Ein dazugehöriges Finanzierungssystem sollte diesen Eigenheiten, zumindest teilweise, gerecht werden können.

### **b) Rolle der Kantone, respektive der Länder**

In der Schweiz wie in Deutschland gibt es eine Teilung der Verantwortlichkeiten zwischen regionalen und nationalen Behörden. Die regionalen Behörden sollen vor allem für ein gutes Funktionieren des Gesundheitssystems besorgt sein. Um dieser Aufgabe gerecht werden zu können, übernehmen die Kantone oder Länder sehr oft eine direkte Rolle bei der Führung von Krankenhäusern oder eine indirekte Rolle bei der Finanzierung von Investitionen oder bei der regionalen Krankenhausplanung.

Verlieren nun die Kantone oder Länder mit der Einführung von DRG an Einfluss?

Dieser Punkt wird in der Schweiz sehr kontrovers diskutiert. Tatsächlich rechnen einige Kantone damit, dass sie ihren Mitbürgern keine genügend gute Qualität der Gesundheitsversorgung garantieren können, wenn sie die direkte Kontrolle über die Krankenhäuser verlieren. Andere Kantone wiederum rechnen damit, dass sich das Gesundheitssystem mit der Einführung der DRG über Markt und Wettbewerb selber vorteilhafter regulieren wird, als dies über administrative Eingriffe möglich wäre.

Heute steht in der Schweiz die Frage ob mehr Markt oder mehr Staat im Gesundheitswesen herrschen soll im Mittelpunkt der 2. Revision des Schweizer Krankenversicherungsgesetzes (KVG). Eine Entscheidung hierzu dürfte aber noch in weiter Ferne liegen.

Im Weiteren stellt sich auch die Frage nach der Anzahl der Basisfallwerte. In den USA, einem ebenfalls föderalistischen Land, variiert der Basisfallwert von Staat zu Staat, bemerkenswerterweise in Relation zu den lokalen Einkommen. Eigentlich erscheint es logisch, dass ein niedrigeres Einkommensniveau mit niedrigeren Krankenkassenprämien einhergehen sollte und folglich auch das Tarifniveau der Spitäler niedriger sein sollte. Diese Fragen müssen jedoch sehr sorgfältig geprüft werden um keine regionalen Ungerechtigkeiten zu schaffen.

### **c) Die Finanzierung von weiterführenden Aufgaben der Krankenhäuser**

In allen europäischen Ländern, egal welches Krankenversicherungssystem sie auch haben, erfüllen die öffentlichen Krankenhäuser eine wichtige Rolle bei der Ausbildung von Ärzten und medizinischem Personal, in der medizinischen Forschung und als wichtige Institution bei der Betreuung von Sozialfällen. Bei diesen Aufgaben verlassen die Krankenhäuser den strikten Rahmen ihrer Aufgaben im Rahmen von Diagnose und Therapie innerhalb der Gesundheitsversorgung. Es ist schwierig, diesen weiterführenden Aufgaben mit dem DRG-System gerecht zu werden.

Die Diskussion in der Schweiz zeigt, dass diese ausserordentlichen Aufgaben über kantonale oder nationale Programme separat finanziert werden müssen. Die Bemessung der Leistungen bei der Erfüllung dieser ausserordentlichen Aufgaben erweist sich aber häufig als sehr schwierig.

Es muss aber unbedingt verhindert werden, dass öffentliche Krankenhäuser einen ungerechtfertigten Konkurrenzvorteil erhalten wenn solche Programme mehr als nur die effektiven Kosten für diese besonderen Leistungen abdecken. Ebenso ist zu verhindern, dass die Krankenhäuser gezwungen sind eine schlechtere Medizin zu betreiben, weil diese zu erbringenden zusätzlichen Leistungen und Aufgaben nur ungenügend abgegolten werden.

In diesem Bereich könnten der gegenseitige Erfahrungsaustausch zwischen der Schweiz und Deutschland und ein gemeinsames Vorgehen für beide Länder nützlich sein.

### **d) Die Rolle eines nationalen Case-Mix-Institutes**

Deutschland hat eine nationales DRG- oder Case-Mix-Institut geschaffen. Ein solches soll auch in der Schweiz geschaffen werden, jedoch ist in der Schweiz bis heute noch nichts darüber entschieden worden.

Die DRG wurden in der Schweiz auf die Initiative nur eines Teils der Sozialpartner eingeführt. Es ist offensichtlich, dass es nun zur Weiterentwicklung in der Schweiz ein nationales Institut braucht. Jedoch ist die Frage nach der Rolle und den administrativen Aufgaben eines solchen Instituts noch offen.

Muss ein solches Institut vom Sozialministerium abhängig sein und eng an die Gesundheitspolitik der

Schweiz im Bereiche der Krankenversicherungen und des öffentlichen Gesundheitswesens angebunden sein?

Oder muss man die Führung dieser Institution, wie es heute in anderen Bereichen des Gesundheitswesens üblich ist, den Sozialpartnern also den Leistungserbringern und Versicherern überlassen?

Eine Führung durch die Sozialpartner im Gesundheitswesen ist der Vergangenheit und der aktuellen Situation eher angepasst. Die Unterstellung unter die Sozialpartner hat den Vorteil, dass diese zunächst einmal untereinander einen Konsens finden müssen, was dann das weitere Vorgehen erleichtern kann, jedoch zunächst einmal viel Zeit kostet.

Die Aufgaben des Case-Mix-Institutes könnte sich auf die Definition von Anwendungsregeln und die Berechnung von Kostengewichten beschränken. Man könnte es auch mit weitergefassten Aufgaben betrauen; es könnte Regulierungsaufgaben übernehmen oder auch die Verantwortung für das gute Funktionieren des Krankenhaussystems bis hin zu seiner Finanzierung übernehmen. Um diese Aufgaben erfüllen zu können, müsste das Institut mit Anreizmöglichkeiten ausgestattet sein, sei es um bestimmte Tendenzen in medizinischen Entwicklungen beschleunigen oder bremsen zu können, immer unter Wahrung der nationalen gesundheitspolitischen und finanzpolitischen Ziele.

Eine Reihe von Gesundheitsökonomen sieht in einem autonomen Regulierungsinstitut grosse Vorteile gegenüber einer Variante von regulierenden Massnahmen der öffentlichen Hand. Ein solches Institut wäre dem politischen wie auch dem behördlichen Druck, sei er regional oder national, weit weniger ausgesetzt.

#### **e) *Wie können wir Risiken und negativen Auswirkungen der DRG begegnen?***

Hier gibt es zwischen Deutschland und der Schweiz zahlreiche Parallelen welche wiederum zeigen, wie nützlich ein Erfahrungsaustausch zwischen den beiden Ländern sein könnte.

Zum heutigen Zeitpunkt beschäftigt man sich in der Schweiz intensiv mit folgenden Fragen:

- ◆ Qualität und Qualitätssicherung; Wie kann die Qualität der medizinischen Daten sichergestellt werden um einen Kostenschub bei der Finanzierung nach DRG aufgrund von Überkodierungen zu verhindern?
- ◆ Messung des Outcomes; der Wechsel von der Finanzierung mit tagesgleichen Pflegesätzen hin zu einer Fallfinanzierung birgt das Risiko einer Verschlechterung des Outcome-Resultates. Hierbei müssen Instrumente zur Kontrolle von Outcome entwickelt und implementiert werden.
- ◆ Wie soll die Finanzierung von Rehospitalisationen innert einer bestimmten Frist oder von internen und externen Verlegungen ohne Wechsel des Krankheitsbildes geregelt werden?  
Eine Lösung für diese Fragestellung setzt auf Versichererseite Informationen voraus, welche eine Evaluation und Kontrolle der einzelnen Fälle möglich machen. In der Schweiz stehen heute aber den Versicherern die dazu nötigen Angaben bei weitem nicht vollumfänglich zur Verfügung. Das ist der Hauptgrund dafür, warum in dieser Frage bis heute noch keine Lösung gefunden werden konnte.
- ◆ Wie verhindert man Kostenverlagerungen in andere Bereiche, wie zum Beispiel in den ambulanten Sektor, den Pflegebereich oder die Rehabilitation? Erfahrungen aus den USA zeigen, dass vor allem die Verschiebung von Leistungen in den ambulanten Bereich eine vordergründige Rolle spielen.  
Solche Verschiebungen könne aus einer globalen Perspektive heraus als sinnvoll erscheinen, vor allem weil man die Patienten ihren Bedürfnissen entsprechend zum Teil adäquater behandeln kann, aber es würde eine an die Realität angepasste Änderung der Kostengewichte bedingen, damit Leistungen wirklich dem Aufwand gerecht entschädigt und nicht doppelt bezahlt werden.
- ◆ Die Kostengewichte der DRG sind Mittelwerte. Auch wenn das Problem der Ausreisserabgeltung gut geregelt ist und die getrimmten Mittelwerte aus statistischer Sicht korrekt sind, bleibt ein gewisses Risiko zurück, dass die Krankenhäuser diejenigen Patienten aktiv selektionieren, welche für das sie besonders rentabel sind.

Für die Schweiz ist es klar, dass die ältere Technologie der APDRG gegenüber der neueren Technologie der "refined"-Versionen eine Patientenselektion interessanter macht, es ist aber überhaupt noch nicht sicher, dass auch die neuesten DRG-Versionen eine Selektion zu verhindern vermögen und somit geeignete Massnahmen unnötig machen.

Kurzfristig wurde insbesondere das Problem der Verschiebung der „schwierigeren Fälle“ in die Zentrumskrankenhäuser über differenzierte Basisfallwerte gelöst, insbesondere über eine Differenz des Basisfallwertes bei den Regional- und Universitätskrankenhäusern von 20%.

- ◆ Wie kann man verhindern, dass die DRG wegen veränderter Systemanreize zu einer Mengenausweitung bei den Hospitalisationen, insbesondere bei elektiven Eingriffen, führen? In der Schweiz konnten je nach Kanton und den jeweiligen Versicherungsverträgen und je nach dem medizinischem Bereich ganz unterschiedliche Häufigkeiten von Eingriffen erhoben werden. Verschiedene internationale Studien haben ebenso aufgezeigt, dass die Häufigkeit von durchgeführten Eingriffen von Land zu Land sehr unterschiedlich ist, insbesondere was die elektive Chirurgie angeht.

Grundsätzlich gibt es zwei mögliche Ansätze um dieses Problem anzugehen:

- 1) Die Krankenhäuser unterziehen sich einer Selbstkontrolle und vergewissern sich selber, dass jede Hospitalisation angebracht und notwendig ist.
  - 2) Die Krankenversicherer eignen sich selber das nötige Wissen an, um überprüfen zu können, ob ein Eingriff, insbesondere bei elektiven Eingriffen, oder eine Hospitalisation notwendig ist und übernehmen somit die Kontrolle über die Aktivität der Krankenhäuser.
- ◆ Ein medizinischer Fortschritt könnte gebremst werden weil bei der Berechnung von neuen Kostengewichten auf Kostenaufstellungen zurückgegriffen werden muss, welche zwei bis drei Jahre zurückliegen.  
Um zu verhindern, dass sich dies undifferenziert auf den medizinischen Fortschritt auswirkt und damit auch einen erwünschten Fortschritt bremst, muss ein nationales Case-Mix-Institut der Entwicklung von medizinischen Technologien folgen und schnell die betroffenen Kostengewichte nach oben oder nach unten korrigieren. Damit soll dem medizinischen Fortschritt Rechnung getragen werden und die Krankenhäuser sollen dazu geführt werden, erwünschte moderne Technologien so schnell als möglich einzuführen.

## **5. Perspektiven und Schlussfolgerungen**

Die Einführung der DRG für die Krankenhausfinanzierung in Deutschland und der Schweiz stellt eine grosse Herausforderung für das gute Funktionieren des Gesundheitssystems und die Stabilität und Ausgewogenheit des sozialen Systems dar.

Wie auch schon in anderen Ländern, z.B. in Australien, haben die Arbeiten des Vereins APDRG Schweiz deutlich die Grenzen des DRG-Systems aufgezeigt, insbesondere beim Case-Mix.

Der Verein APDRG Schweiz hat im Dezember 2001 ein Projekt lanciert, welches die IR-DRG mit den AP-DRG vergleichen soll. Die Testresultate werden von den Projektpartnern im Laufe des zweiten Trimesters 2002 ausgewertet. Aufgrund dieser Ergebnisse ist es möglich, dass die Schweiz sich für das Jahr 2004 auf eine "refined"-Version der DRG entscheiden wird.

Die aktuelle Entwicklung zeigt eine Reihe von Gemeinsamkeiten zwischen Deutschland und der Schweiz auf. Sie rechtfertigen auf diesem Gebiet eine Intensivierung des Erfahrungsaustausches zwischen den beiden Ländern.