

Auswahl und definitive Wahl des neuen Groupers für die Schweiz im Rahmen des Projektes SwissDRG

Luc Schenker, Institut d'Economie et Management de la Santé (IEMS) der Universität Lausanne – Dezember 2005

Einleitung

1997 wurden zwei wichtige Entscheidungen hinsichtlich der Patientenklassifikationen getroffen. Zehn Jahre nach den Empfehlungen der Studie zur Einführung der DRG in der Schweiz (1) entschied der Bundesrat, die Kodierung von Diagnosen und operativen Eingriffen bei Spitalpatienten für obligatorisch zu erklären. Er bestimmte ICD10 für die Diagnosen und ICD9CM für die Eingriffe. Zur gleichen Zeit entschied sich eine Gruppe von Partnern im Gesundheitswesen (Versicherer, Spitäler, Ärzte und Kantone) für die New Yorker Version der APDRG, an ICD10 angepasst, als Klassifikationsinstrument. Sie leitete gleichfalls ein Projekt in die Wege, das ein Finanzierungsinstrument mit einem Katalog von Regeln und Kostengewichten zur Verfügung stellen sollte. Dieses Projekt wurde Anfang 2001 fertiggestellt; seit 2002 stellt die erste Spitalgruppe den Versicherern für die Aufenthalte ihrer Patienten nach dem APDRG-Modell Rechnung. Seit 1998 gab es fünf Versionen von Kostengewichten (2); heute werden fast ein Viertel der Spitalaufenthalte in der Schweiz aufgrund von Tarifverträgen zwischen Spitalern und Versicherern mittels APDRG abgerechnet.

Im Jahr 2000 schlug der Bundesrat eine Revision des Krankenversicherungsgesetzes insbesondere hinsichtlich der Spitalfinanzierung vor, die darauf abzielte, das Prinzip einer einheitlichen Klassifikation bei der Rechnungsstellung für Spitalaufenthalte einzuführen, so wie dies bereits im ambulanten Bereich mit der Nomenklatur des TARMed durchgeführt worden war. Dieses Revisionsvorhaben liegt zurzeit noch immer im Parlament. Die Partner im Gesundheitswesen waren sich jedoch einig darüber, dass ein auf einer einheitlichen DRG-Klassifikation basierendes Finanzierungssystem für die Schweiz wünschenswert sei. Es würde insbesondere Vergleiche erleichtern und eine engmaschige Kontrolle der Spitalkosten ermöglichen.

Diese Partner entschieden offiziell, ein Projekt zur Auswahl eines neuen DRG-Klassifikationssystems in die Wege zu leiten, mit dem sie sich auf die positive Erfahrung mit den APDRG gründen wollten. Diese Mal sollte das Projekt jedoch ein System suchen, das die Patientenrealität hinsichtlich des Schweregrades besser abbildet. Das Projekt SwissDRG (3) begann im Jahr 2004 in einem Klima der Unsicherheit, was die Zukunft des Spitalfinanzierungssystems in der Schweiz anging, wodurch die Bestimmung der mit dem neuen Klassifikationssystem zu erreichenden Ziele und seine Realisierung nicht erleichtert wurden. Das Projekt wurde in vier Teilprojekte aufgeteilt, nämlich folgendermassen:

- Ein erstes Teilprojekt betraf die **Definitionen und Finanzierungsregeln** (z.B. mussten die durch das Klassifikationssystem betroffenen Patienten, die Regeln für Wiedereintritte oder Verlegungen von einem Spital in ein anderes sowie die separat finanzierten Bereiche bestimmt werden).
- Das zweite Teilprojekt betraf die **Auswahl des neuen Groupers** und seine eventuelle Anpassung an die schweizerischen Verhältnisse.
- Ein drittes Teilprojekt betraf die **Konstituierung einer nationalen Datenbasis**, die gleichzeitig dazu dienen konnte, Tests durchzuführen, Kostengewichte zu kalkulieren und Auswertungen vorzunehmen.
- Das vierte Teilprojekt schliesslich betraf alle durch die ersten drei Projekte **nicht erfassten Punkte**, insbesondere die Bedingungen der Durchführung des neuen Finanzierungssystems.

Ende August 2005 legten die Teilprojekte 1 bis 3 dem Steuerungsausschuss ihre ersten Arbeiten vor:

- Teilprojekt 1: Ein Komplex von Regeln und Definitionen war erstellt worden. Dieser Komplex wird entsprechend den Ergebnissen der statistischen Analysen und des allfällig ausgewählten Groupers noch verfeinert werden müssen.
- Teilprojekt 2: Ein Vorschlag bezüglich der in Frage kommenden Grouper wurde unterbreitet sowie Empfehlungen hinsichtlich des erforderlichen Anpassungsgrades abgegeben.
- Teilprojekt 3: Die vorbereitenden Arbeiten zur Konstituierung einer nationalen Datenbasis wurden beendet.

Im Dezember 2005 entschied der Steuerungsausschuss, die German DRG für die Schweiz anzupassen.

Der vorliegende Artikel hat zum Ziel, die zur Auswahl des Groupers angewandte Methodologie zu beschreiben, die im Monat August 2005 erzielten Ergebnisse darzulegen und die Entscheidung für die German DRG zu kommentieren.

Methodologie der Auswahl des Groupers

Im Gegensatz zu anderen Ländern, die in den letzten Jahren einen Grouper gewählt haben, konnte sich das Projekt SwissDRG auf eine sechsjährige Erfahrung mit den ARDRG stützen, vor allem was die Rechnungsstellung anbelangt. Ausserdem stand dank APDRG Schweiz eine limitierte, aber sehr komplette Datenbasis (200'000 Patienten) mit medizinischen Daten und den Kosten pro Patient zur Verfügung. Die Schweiz konnte ausgiebig von den Erfahrungen der europäischen Länder profitieren, insbesondere von denen Deutschlands, sowie von denen Australiens, die solche Schritte schon vor ihr unternommen hatten, und auch von zahlreichen, während der letzten Jahre zu diesem Thema veröffentlichten Artikeln.

Die Vorgehensweise, für die sich die Projektgruppe entschied, inspirierte sich weitaus an den Empfehlungen Don Hindles für Slowenien (4), an denen Wolfram Fischers für Deutschland (5) und auch an den australischen Arbeiten (6), den dänischen (7), den deutschen (8/9), den kanadischen (10) und den englischen (11). Die existierenden und für die Schweiz in Frage kommenden Grouper waren in einem Verzeichnis zusammengestellt worden, ohne anfänglich allzu anspruchsvolle Grenzen zu setzen. Es wurde eine dreifache Analyse dieses Verzeichnisses durchgeführt, um die Fragestellungen hinsichtlich einer Anpassung an die schweizerischen Verhältnisse zu identifizieren und zu untersuchen. Diese dreifache Analyse bestand aus:

- einer **deskriptiven Analyse** (Anzahl der Gruppen, Benutzungsarten, Land, in dem der Grouper implementiert ist, Literaturübersicht, usw.)
- einer **statistischen Analyse**, die sich auf die Datenbasis APDRG Schweiz von 200'000 Patienten mit Kosten und medizinischen Daten gründete. Diese Analyse wurde durch eine Analyse der Daten der Schweizer Spitäler aus den Jahren 2002/2003 über 900'000 Aufenthalte (mit Verweildauer und medizinischen Daten, aber ohne Kostendaten) ergänzt, um sicher zu gehen, dass die eingeschränkte Datenbasis keine einseitige Ausrichtung enthielt.
- einer **qualitativen Analyse** der Charakteristika der einzelnen Grouper, die den Erwartungen der Schweizer Partner gegenübergestellt wurden (Logik bei der Zusammenstellung, Genauigkeit der Abbildung bezüglich des Schweregrads, Manipulationsrisiken, usw.).

Aus methodologischer Sicht sind bezüglich der deskriptiven und der qualitativen Analyse keine spezifischen Kommentare notwendig, da unter den verschiedenen, oben angeführten Literaturhinweisen die benutzte Vorgehensweise ausführlich beschrieben wird. Es ist jedoch auf einen originellen Beitrag von Wolfram Fischer zum Schweizer Projekt hinzuweisen, der in der Form einer Analyse der medizinischen Kohärenz der verschiedenen Grouper geliefert wurde, insbesondere ihrer Hauptkategorien (12). Im statistischen Bereich wurden die üblichen Kriterien der Varianzreduktion angewandt; drei originelle Beiträge haben jedoch diese klassische Analyse ergänzt.

- Zuerst wurde mittels der Erfahrung von APDRG Schweiz eine Analyse der Inkohärenzrate durchgeführt. Tatsächlich zeigt der Gebrauch der APDRG in der Schweiz, dass im Fall von vielschichtigen operativen Eingriffen nicht immer der teuerste Eingriff die Wahl der DRG bestimmt. Die Inkohärenzrate erlaubt es also, die Anzahl derjenigen Fälle auszuwerten, in denen die Hierarchie der operativen Eingriffe nicht mit den in der Schweiz beobachteten Kosten übereinstimmt.
- Im Allgemeinen haben die DRG-Systeme den Daten der Pflegekosten in nicht korrekter Weise Rechnung getragen, insbesondere beim Rückgriff auf Intensivpflege. Die verschiedenen Grouper wurden unter dem Blickwinkel eines ungenügend definierten Grads der Inanspruchnahme von Intensivpflege untersucht, d.h. entsprechend der Anzahl der DRG-Gruppen, für welche der Grad der Inanspruchnahme von Intensivpflege zwischen mehr als 20% und weniger als 80% der in eine vorgegebene DRG klassifizierten Patienten (13) liegt.
- Schliesslich und eher noch als die traditionelle Analyse der Varianz hat es der originelle Beitrag von Alfio Marazzi (14) erlaubt, die im Voraus ausgewählten Grouper auf der Grundlage der Rückerstattungsrate eines gegebenen Jahres entsprechend den Beobachtungen des vorangegangenen Jahres zu vergleichen.

Parallel dazu haben das Studium der jüngsten europäischen Erfahrungen, darunter insbesondere der deutschen (15) sowie tiefgehende Gespräche mit dem InEK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, das deutsche Casemix Office) die Auswertung der Anpassungsbedürfnisse der verschiedenen Systeme an die nationalen Besonderheiten ermöglicht, damit diese Systeme den minimalen Kriterien entsprechen, die von den Partnern im Gesundheitswesen erwartet werden.

Ergebnisse

Die durchgeführten Analysen (16), sowohl deskriptiv als auch statistisch oder qualitativ haben gezeigt, dass es nicht darum ging, das beste System auszuwählen, sondern eher darum, durch einen Auswahlprozess durch Elimination den bestgeeigneten Grouper als Grundlage des zukünftigen Schweizer Systems ausfindig zu machen.

Tatsächlich hat sich, insbesondere wenn man den statistischen Indikatoren Rechnung trägt, kein getesteter Grouper als bedeutend besser als die anderen erwiesen.

Zusammenfassung der Ergebnisse der statistischen Analyse

Grouper	Varianzreduktion der Kosten			Zu ... % DRG-inkohärent (3)
	Ungetrimmt	Getrimmt (1)	Getrimmt (2)	
APDRG	0.52	0.60	0.63	0.5%
APRDRG	0.57	0.64	0.68	7.9%
IRDRG	0.52	0.58	0.62	7.0%
ARDRG (4)	0.50	0.57	0.62	1.4%
LDF	0.32	0.39	-	13.0%
SQLape	0.60	0.64	0.70	-

(1) R^2 auf den Kosten nach Elimination von 1000 Fällen von Ausreissern
 (2) Rückerstattung 2003 für das CHUV (Universitätsspital Waadt) und das Tessin nach Elimination von 1000 Fällen von Ausreissern
 (3) % DRG-inkohärent bzgl. der Schwere (< 10% Unterschied zwischen den Schwereestufen)
 (4) Die GDRG konnten nicht getestet werden, da keine Abbildung von OPS auf ICD9CM vorhanden war.

So wurden also aufgrund der qualitativen Analyse das gegenwärtige APDRG-System (als zu wenig anpassungsfähig und zu schwach bezüglich der Schwere-Definitionen beurteilt), die APRDRG (nicht bedeutend besser als z.B. die IRDRG bezüglich einer sehr hohen Anzahl von Gruppen), die GHM (aus Gründen der Schwere-Definitionen), das österreichische System LDF sowie SQLape (die den DRG-Kriterien sowie den Schwerekriterien, wie sie von den schweizerischen Partnern definiert wurden, nicht entsprechen) schrittweise verworfen.

Am Ende dieser Untersuchung blieben einerseits die verwandten Systeme der Australian Refined DRG und der German DRG, andererseits die International Refined DRG von 3M im Rennen. Angesichts der durchgeführten Tests und der internationalen Erfahrungen wurden diese Systeme als an die Schweizer Besonderheiten anpassungsfähig und den Kriterien der helvetischen Partner entsprechend befunden. Vor der endgültigen Entscheidung wurden die Fragen der Anpassungsfähigkeit an die schweizerischen Verhältnisse sowie der Zusammenarbeit mit einem dritten Partner weitergehend untersucht.

Die gesamte Literatur sowie die jüngsten Erfahrungen hinsichtlich der Anpassungsfähigkeit zeigen, dass die medizinischen Praktiken und die Art und Weise des Rückgriffs auf einen Spitalaufenthalt durch die Struktur des Pflegesystems des Landes beeinflusst werden, in dem das DRG-System eingerichtet wurde.

Was die 3M-Produkte angeht, handelt es sich um amerikanische Daten und Praktiken, die sich sehr häufig - die Erfahrung der APDRG Schweiz hat dies gezeigt - von den europäischen Praktiken und Organisationen unterscheiden, so dass die Europäer diese Produkte nur ungern an die hiesigen Verhältnisse anpassen wollen. Dasselbe gilt gleichermassen für die deutschen und australischen Produkte im Hinblick auf die Benutzung in der Schweiz.

APDRG Schweiz hat die New Yorker APDRG an den Schweizer Kontext angepasst, indem sie ca. dreissig Swiss Payment Groups (2) geschaffen und damit gezeigt hat, dass es möglich ist, ausgehend von einem auf dem Markt erhältlichen Standard innerhalb gewisser Grenzen eine Anpassung dieses Standards an einen nationalen Kontext vorzunehmen und dabei zu einem durchaus akzeptablen Ergebnis zu gelangen, ohne auf unmässig viele Mittel zurückgreifen zu müssen.

Andererseits haben die australische und die deutsche Erfahrung gezeigt, dass die Abänderung eines nationalen Produkts (wie es die Deutschen mit dem australischen Produkt der ARDRG getan haben) umfangreiche Mittel erfordert. Ferner hat eine solche Anpassung zur Folge, dass ein neues, nationales Produkt geschaffen wird, das sich aufgrund von

verschiedenen Spitalfinanzierungssystemen, Praktiken der Medizin, Spitalorganisationen usw. schnell vom ursprünglichen System unterscheiden wird. Damit wird die Möglichkeit der Zusammenarbeit und der Synergien, die diese Lösung von ökonomischem Standpunkt aus in den kleineren Ländern rechtfertigen könnte, stark eingeschränkt.

Die Studie über die in Deutschland durchgeführte Organisation hat gezeigt, dass die Entwicklung einer nationalen Lösung relativ kostenintensiv ist. Wenn Länder wie Deutschland, Frankreich oder England, ihrer geographischen Grösse entsprechend, Organismen und Kompetenzen für die Entwicklung und den Unterhalt von geeigneten Klassifikationsinstrumenten finanzieren können, so stellt dies eine zu teure Lösung für Länder der Grösse der Schweiz oder z. B. Belgiens dar. Kalkuliert man in Analogie zur deutschen Erfahrung, so wären die Kosten für ein Spital bei einer nationalen Lösung in der Schweiz zehnmal höher als die Lizenz, die heute an 3M und an APDRG Schweiz für die Benutzung der APDRG gezahlt wird.

Die schweizerischen Partner folgerten deshalb daraus, dass eine Anpassung der IRDRG, der ARDRG oder der GDRG gleichzeitig eine Zusammenarbeit entweder mit einem privaten Unternehmen oder einem nationalen Institut notwendig machen würde. Aus geographischen und sprachlichen Gründen haben die schweizerischen Partner im August 2005 zwei Lösungen in die engere Wahl genommen, die einer zusätzlichen Untersuchung unterzogen wurden:

- **die GDRG anpassen** an die Besonderheiten, die Gegebenheiten und die Organisation des Schweizer Gesundheitssystems **mit Hilfe des InEK** (deutsches Casemix-Institut); oder
- **die IRDRG anpassen** an die Besonderheiten, die Gegebenheiten und die Organisation des Schweizer Gesundheitssystems **in Zusammenarbeit mit 3M**.

Im August und erneut im Oktober schloss der Steuerungsausschuss, dass die beiden, in die engere Wahl gezogenen Lösungen sich voneinander nicht durch qualitative Aspekte unterscheiden.

Kommentare zur Entscheidung für die German DRG

Die Endauswahl zwischen IRDRG und GDRG wurde ungefähr in der Art getroffen, wie man ein Mahl oder ein Kleidungsstück auswählt, je nach Geschmack oder Farbe, ohne jedwede ernsthafte Analyse der Risiken und ohne jeglichen Sinn für Verantwortung. Diese Entscheidung ist charakteristisch für die Art, im Umfeld des schweizerischen Gesundheitswesens Entscheidungen zu treffen durch Partner, die sich die Verantwortlichkeiten derart aufteilen, dass letztlich niemand mehr für irgendetwas verantwortlich ist.

Die Schweiz ist nicht Deutschland, weder was die Grösse, noch die politisch-gesellschaftlichen Steuerungs- und Regelungsmechanismen, noch das Gesundheitssystem, noch das politische System betrifft. Der Erfolg des deutschen Modells ist an sehr präzise Bedingungen geknüpft, die in der Schweiz in keiner Weise existieren (17), insbesondere an die folgenden:

- einen Mechanismus, der einer übergeordneten Instanz erlaubt, bei Meinungsverschiedenheiten die letzte Entscheidung zu treffen
- ein Finanzierungsmodell und einen Terminkalender für die Umsetzung
- Investitionen, die dem erwarteten Ergebnis entsprechen
- ein unabhängiges Casemix-Institut, das in funktioneller Weise an die Partner gebunden ist.

Schlussfolgerungen

Die Erfahrung des Projektes SwissDRG macht den entscheidenden Einfluss der nationalen Bedingungen hinsichtlich des Finanzierungssystems auf die Wahl des Groupers deutlich. Natürlich ist es durchaus vorstellbar, ein relativ kostengünstig auf dem Markt zu erstehendes, standardisiertes Patientenklassifikationsprodukt zur Berechnung des Globalbudgets zu benutzen, um Finanzierungsmittel aufzuteilen oder wenn man die Teilfinanzierung eines Spitals mittels DRG anstrebt. Will man dagegen, wie in der Schweiz oder in Deutschland, die Spitäler entsprechend den tatsächlich erbrachten Leistungen und den aufgenommenen Patienten mit Hilfe eines einzigen Instrumentes finanzieren, ist klar, dass ein Standardprodukt nicht ausreicht.

Die Tatsache, dass es auf internationaler bzw. europäischer Ebene weder eine medizinische Nomenklatur noch einheitliche Definitionen gibt, erschwert die Übernahme nationaler Lösungen von einem Land zum anderen. Die Menge der Anpassungen, die vorgenommen werden müssen, wenn man die Lösung eines anderen Landes übernehmen möchte, führt dazu, dass es nach einigen Jahren kaum mehr als eine ferne Verwandtschaft zwischen dem Ausgangssystem und dem eingeführten System gibt.

Für ein Land wie die Schweiz, die keine 3 oder 4 Millionen Euro pro Jahr einzig für die Entwicklung und Instandhaltung eines Groupers investieren kann, ist der Weg einer nationalen Lösung problematisch; vor allem sind die Kompetenzen zur Konstituierung der notwendigen Teams sowie die Finanzierung aufzubringen als auch gewisse Fristen einzuhalten, was das Projekt SwissDRG hinsichtlich der getroffenen Entscheidung als riskant erweist.

Der Weg der Zusammenarbeit mit einer privaten Gesellschaft hätte wohl Risiken in sich geborgen. Solange die Schweiz jedoch die Sicherheit gehabt hätte, die Quellen erwerben zu können, hätte dieses Risiko, wie es z. B. die Australier erlebt haben, kontrolliert werden können. Die Schweizer Erfahrung zeigt also, dass ausser den allen verschiedenen Ländern gemeinen Auswahlmethoden eines Groupers, die Wahl eines Landes zuerst von den nationalen Bedingungen abhängt, die das Klassifikationssystem erfüllen muss, und von den Möglichkeiten des Landes selbst.

- (1) Paccaud F. und Schenker L.: «DRG, Perspectives d'utilisation», Masson, Lacassagne, 1989.
- (2) www.apdrqsuisse.ch
- (3) www.swissdrq.org
- (4) Hindle D.: «Implementing DRGs in Slovenia: why the Australian Variant was Selected», in Australian Health Review, Vol. 26 – N° 3, 2003.
- (5) Fischer W.: «DRG's, Kurzbeschreibungen und Beurteilung der Systeme», v 1.11 vom 09.05.2000.
- (6) Palmer G, Reid B.: «Evaluation of the Performance of DRG and Similar Casemix Systems: Methodological Issues», in Health Services Management Research, 14, 71-81, 2001.
- (7) «Hospital Funding and Casemix», The Danish Ministry of Health, © Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, 1999.
- (8) Wilke M.: «The DRG Challenge in Germany», in PCSE 2004, Budapest.
- (9) «Australian Refined Diagnosis Related Groups (AR-DRGs), Eine Einführung», Wissenschaftliches Institut der AOK, August 2000.
- (10) «Acute Care Grouping Methodologies: From Diagnosis Related Groups To Case Mix Groups Redevelopment» *Background Paper for the Redevelopment of the Acute Care Grouping Methodology Using ICD-10-CA/CCI Classification Systems*, Canadian Institute for Health Information, Februar 2004.
- (11) «New financial flows for NHS Hospitals», *English Policy, International Experience*, Office of Health Economics, London, März 2004.
- (12) www.fischer-zim.ch
- (13) J.-J. Chale et al.: DRG et soins intensifs (erscheint demnächst)
- (14) A. Marazzi et al.: «Comparaisons de groupeurs et de règles de remboursement», Mai 2005 (erscheint demnächst)
- (15) Rau F., Heimig, F.: «German Experiences with the Implementation of a DRG-System», Paris, 2005.
- (16) L. Schenker et al.: Rapport technique sur le choix du nouveau système de classification pour la Suisse, Lausanne, Juni 2004, www.swissdrq.org
- (17) L. Schenker: «DRGs und Spitalfinanzierung in der Schweiz – Lehren aus den Erfahrungen in Deutschland», 2004, www.managedcareinfo.net.