

AP-DRGs in der Schweiz – eine Zwischenbilanz

Die Abrechnung zwischen den Spitälern und den Versicherern soll verbessert werden. Mehrere Pilotprojekte mit dem AP-DRG-System laufen. An einer Tagung in Interlaken wurden die bisherigen Erfahrungen vorgestellt. Für Spital und Versicherung scheinen AP-DRGs Vorteile zu bringen. Was bedeuten AP-DRGs für die Kantone?

An der Tagung von PCS Schweiz (Patient Classification Systems) und AP-DRG Schweiz (All Patient Diagnosis Related Groups) mit dem Titel «Einführung der AP-DRGs in der Schweiz und Entwicklungsperspektiven der DRG-Klassifikationssysteme» vom 27. Juni 2003 in Interlaken wurde eine Zwischenbilanz der laufenden AP-DRG-Pilotprojekte in der Schweiz gezogen. Zudem beleuchteten Workshops, wie sich DRGs auf die drei Hauptakteure Versicherer, Spitäler und Kantone auswirken. Der Bericht beschreibt als Erstes, wie AP-DRG in der Schweiz umgesetzt werden und welche Erfahrungen damit gemacht wurden. Danach wird der Frage nachgegangen, was DRGs für die Kantone bedeuten. Die Grundbegriffe zu den Patientenklassifikationssystemen sind im *Kasten* zusammengefasst.

Pilotprojekte in Zürich und Tessin

In der Schweiz laufen zurzeit mehrere Pilotprojekte mit AP-DRGs. An der Tagung wurden die Projekte im Spital Männedorf, Zürich, im Tessin (Ente Ospidaliere) und im Kanton Waadt vorgestellt.

Monika Niederberger, Leiterin Controlling Spital Männedorf, fasste zu-

sammen, was das Kreisspital Männedorf motivierte, an einem Pilotprojekt der Helsana mit AP-DRGs teilzunehmen: Erfahrungen mit dem neuen Abrechnungsmodell sammeln, erkennen, wie sich eine Fallpauschale auswirkt und eine sachgerechte Zusammenarbeit innerhalb des Gesundheitswesens fördern. Während der 22 Monate, in welchen das Projekt in Männedorf nun läuft, wurden 1776 Fälle (allgemein versicherte Patienten) von der Helsana bearbeitet, das heisst knapp ein Viertel aller allgemein versicherten Fälle des Spitals. Über AP-DRGs wurden 4,9 Millionen Franken abgerechnet, was einem Mehrertrag von 13 Prozent entspricht gegenüber der Schattenrechnung nach dem bisherigen Vergütungssystem. Wie zwischen der Helsana und dem Spital Männedorf abgemacht, wurde dieser Betrag nachträglich an die Helsana zurücküberwiesen. Mehrertrag gab es vor allem bei PatientInnen, die kurz nach Spitaleintritt verstorben sind. Das Problem liege darin, so Niederberger, dass der Code bei multimorbiden und terminalen PatientInnen¹ identisch sei, gleichgültig, ob der Patient oder die Patientin zwei oder 20 Tage hospitalisiert blieb. Minderertrag gab es insbesondere bei PatientInnen auf der Intensivstation, welche viele Medikamenten- und Laborkosten auslösten. Im Rahmen des Pilotprojekts wurde die Codierstelle des Spitals von der Gesundheitsdirektion Zürich revi-



Martial Barbier, Groupe Mutuel Lausanne

diert, zudem wurde eine Erfahrungsgruppe der CodiererInnen der Pilotspitäler initiiert, und Codierstandards wurden erarbeitet. Niederberger bezeichnete die Zusammenarbeit mit der Helsana als gut, die Transparenz verbessere sich. Notwendig seien eine Kostenträgerrechnung, eine Ausreisser-Regelung, Codierstandards und eine Revisionsstelle.

Im Kanton Tessin ist anfangs Jahr ein zweijähriges Pilotprojekt mit AP-DRGs zwischen der Ente Ospidaliere Cantonale (Verbund der kantonalen Spitäler) und der Helsana gestartet. Laut Danilo Beffa, Direktionsmitglied der Ente Ospidaliere, arbeitet jedes der sechs involvierten Spitäler mit einem eigenen Kostengewicht. Es wurde ebenfalls Kostenneutralität vereinbart, das heisst, Abweichungen im Vergleich zu den bisherigen Abrechnungen werden ausgeglichen. Ab 1. Juli startet auch ein Pilot mit

Swiss-DRG

Im Mai 2003 wurde das Projekt Swiss-DRG offiziell von der SDK, Santésuisse, MTK/IV/MV, Hplus und FMH lanciert. Swiss-DRG hat das Ziel, ein Modell bereitzustellen, das die Spitalleistungen diagnosebezogen abgeltet und sie soll das AP-DRG-System funktionstüchtig halten, bis ein schweizerisches System (Swiss-DRG) eingeführt werden kann. Das Projekt soll im Jahr 2006/07 abgeschlossen werden. Inzwischen sind durch die Aktivitäten der PCS in 11 Kantonen AP-DRG-Pilotprojekte gestartet oder geplant. Dass ein neues Abrechnungssystem gesucht wird, hat auch einen gesetzlichen Hintergrund: Im KVG Art. 49 ist festgehalten, dass die Spitäler eine Kostenstellenrechnung und eine Leistungsstatistik einführen und die Kantone Betriebsvergleiche anordnen müssen.

¹ PatientInnen, die an mehreren Krankheiten leiden und kurz vor dem Tod stehen.

der SUVA. Die bisherige Zeitdauer sei zu kurz, so Beffa, um bereits Schlüsse daraus ziehen zu können.

Kanton Waadt als Pionier

Der Kanton Waadt ist ein Pionier in mehrerer Hinsicht. Nicht nur die Versicherer, sondern auch der Kanton rechnet mit AP-DRGs ab. Zudem besteht für die gesamten Kosten, die ambulant und stationär anfallen, ein Kostendach. Eine Kostenexplosion wurde mit den AP-DRGs nicht ausgelöst, die Entschädigungen laufen aber auch hier noch über das alte System. Mit einer Ausreisser-Quote



Hervé Guillain, Institut de santé et d'économie, Lausanne

von 8,1 Prozent kann sich Waadt rühmen, mehr als 90 Prozent aller Fälle als Normalfälle abrechnen zu können, das heisst pauschal zu vergüten. Die Ausreisser machen aber 15 Prozent der Kosten aus, deshalb müssen diese gut beachtet werden. Die Codierqualität verbessere sich kontinuierlich.

Der Steuerungsausschuss umfasst den Staat, die Ärzte und die Versicherer. Als ganz wichtige Frage kristallisierte sich heraus, wie die besonde-

ren Aufgaben definiert werden sollen. Denn ein Spital erhält nur 60 Prozent seiner Einnahmen aus verrechenbaren Leistungen. Besondere Aufgaben ergeben sich aus dem kantonalen Auftrag, einen Notfalldienst aufrechtzuhalten und Lehre und Forschung zu betreiben.

Bedeutsame Grenze zwischen normalen Fällen und Ausreisser

Das Institut de santé et d'économie (ISE) ist beauftragt worden, die AP-DRGs in der Waadt einzuführen und umzusetzen. Anhand der statistischen Daten muss ein System definiert werden, das die Kostengewichte möglichst fein und gerecht berechnet. Wie Hervé Guillain vom ISE ausführte, ist dabei die Aufenthaltsdauer und die Grenze bedeutsam: Ab wann gilt ein Fall als Ausreisser und wird gesondert abgegolten? Wenn die Methode inkohärent ist, also zu viele Ausreisser produziert, taugt sie nicht zur pauschalen Abrechnung. Die Ausreisser werden gesondert entschädigt, jedoch nicht zu 100 Prozent, denn dies würde Ausreisser «provokieren». Wenn ein Ausreisser jedoch nicht extra vergütet wird, so werden die Spitäler einen besonders aufwändigen Fall so schnell als möglich loswerden wollen.

Interesse der Versicherer

Weshalb engagieren sich die Versicherer für die Abrechnungen via DRGs? Für Peter Indra, ärztlicher Leiter Leistungseinkauf Helsana, heisst das Schlagwort dazu Transparenz in der Leistungserbringung. Die leistungsbezogene Abrechnung ermögliche, dass die Leistungen zwischen



Monika Niederberger, Leiterin Controlling Spital Männedorf

den Spitalern vergleichbar werden, dies ergebe ein Benchmarking. Dieses Benchmarking werde dazu führen, dass Kosten eingespart werden können. DRGs können als Grundlage zur Outcome-orientierten Qualitätssicherung dienen. Zudem sei mit DRGs einfach abzurechnen, und sie seien leicht einzuführen. Indra zieht eine positive erste Bilanz: Die Abläufe würden gut funktionieren, da die Wege kurz, die Prozesse schlank und die Schnittstellen auf wenige kompetente Personen verteilt seien. Problemfälle und Auffälligkeiten würden besprochen und es werde gemeinsam eine Lösung gesucht. Es sei bis jetzt zu keinen tief schürfenden Problemen gekommen. Im Kleinen könne gelernt werden, mit DRGs umzugehen. Für einen «scharfen Betrieb», also die definitive Abrechnung mit DRGs, fehlten aber noch wichtige Grundlagen wie Codierkontrollen und Sanktionsmechanismen.

Wie Martial Barbier von der Groupe Mutuel berichtete, verändere sich die Beziehung zwischen dem Spital und dem Versicherer: Die einseitige administrative Sicht verwandele sich in eine medizinisch-ökonomische Angehensweise. Medizinischer Rat sei oft nötig bei der Codierung, und es ergäben sich interessante Debatten. Viele AP-DRGs im Kanton Waadt seien zu gross und zu heterogen, auch die Zusatzdiagnosen müssten noch verbessert werden. Trotz der Schwierigkeiten könne man aber mit dem DRG-System einen Standardtarif definieren, und die AP-DRGs seien eine gute Grundlage dazu. Die Abrechnung werde korrekter und transparenter.

Sowohl die Spitäler als auch die Versicherer lobten an der Tagung das neue System.



Guy Moser, Michael Jordi und Jean-Paul Jeanneret im Workshop «Kantone und AP-DRGs»

Schlüsselbegriffe zum neuen Abrechnungssystem zwischen Spitalern und Versicherern²

Patientenklassifikationssysteme (PCS):

Um die Behandlungen einzelner Patienten im Spital und die dabei entstandenen Kosten vergleichen und beurteilen zu können, wurden Systeme geschaffen, mit denen Behandlungsfälle gruppiert werden.

PCS sind ein gemeinsamer klinischer und ökonomischer Nenner. Es sind vergleichbare medizinische Fälle und zugleich das ökonomische Produkt des Spitals.

DRGs: Diagnosis Related Groups

DRGs sind ärztlich-ökonomische Patientenklassifikationssysteme, welche die Behandlungsfälle von Akutspitalern in eine beschränkte Anzahl klinisch definierter Gruppen mit möglichst ähnlichen Behandlungskosten einteilen. Jedem Patient wird pro Spitalaufenthalt genau eine DRG zugeordnet. Der Fall wird entsprechend der DRG entschädigt. Die DRG wird aus den Daten des Austritts bestimmt: Diagnose, Prozeduren, Alter (Geburtsgewicht), Geschlecht, Austrittsart (nach Hause, Überweisung, verstorben). Ziel ist, möglichst viele Fälle eindeutig zuzuordnen und somit einheitlich abrechnen zu können und dabei Nebendiagnosen und weitere Komplikationen mit einzubeziehen.

AP-DRGs: All Patient Diagnosis Related Groups

Ein verfeinertes DRG-System, das in den Pilotprojekten in der Schweiz verwendet wird.

Kostengewicht

Jeder DRG wird ein relatives Kostengewicht zugeordnet. Es wird errechnet aus den durchschnittlichen Fallkosten oder Aufenthaltsdauern. Auch hier sind verschiedene Berechnungssysteme gebräuchlich.

Ausreisser

Ausreisser sind Fälle, welche die durchschnittlichen Fallkosten oder Aufenthaltsdauer massiv unter- oder überschreiten. Um sie zu bestimmen, sind Grenzwerte nötig. Ausreisser werden gesondert abgegolten.

² Zusammengefasst gemäss den Definitionen von Wolfram Fischer, 2002.



Peter Indra, Ärztlicher Leiter Leistungseinkauf Helsana

helfe, ein Spital zu schliessen. Denn ein solcher Staatsakt könne dann eindeutig gerechtfertigt werden. Das Ganze muss offenbar aber nicht in schwarz-weiss gesehen werden: Mit DRGs könne erkannt werden, welche Abteilungen eines Spitals Schwierigkeiten haben. Denkbar sei, diese Abteilungen auszulagern, in diesen Bereichen mit anderen Spitalern zu kooperieren. Es müssten nicht ganze Spitäler geschlossen werden.

Ein weiterer Vorschlag war, dass der Kanton dem Spital einen Leistungsauftrag geben könnte. Das Spital soll dann entscheiden, ob es gewisse Dienste auslagern will, möglicherweise auch über den Kanton hinaus, weil seine Grösse keinen wirtschaftlichen Betrieb einzelner Abteilungen gewährleisten kann. Ein Spitalvertreter meinte, dass dem Spital qualitative Vorgaben gemacht werden könnten, zum Beispiel, dass Herzoperationen nicht gemacht werden dürfen, wenn das Spital zu wenig Fälle hat und deswegen nicht ökonomisch arbeiten kann.

Überlegt werden könne mit DRGs auch, wieso Spitäler in anderen Kantonen billiger seien. Umgekehrt heisse dies auch, dass sich ein Spital fragen müsse, wieso es teurer als andere sei. Deshalb forderte ein Teilnehmer, dass nicht nur die Kosten, sondern auch die Qualität erfasst werden müssten. ■

Bericht:

BRIGITTE CASANOVA
REDAKTION «MANAGED CARE»

Literatur:

Fischer, Wolfram (2002): Diagnosis Related Groups (DRGs) und Pflege. Grundlagen, Codierungssysteme, Integrationsmöglichkeiten. Hans Huber, Bern.

Kantonale Spitalplanung mithilfe von DRGs?

Der Workshop «Kantone: Mehr Konkurrenz und Rolle der AP-DRGs» befasste sich damit, wie sich ein DRG-System auf die Kantone auswirken wird. Durch den Workshop führten Jean-Paul Jeanneret (Chef de service, Service de la Santé Publique, Neuchâtel), Michael Jordi (Leiter Gesundheitsökonomie und -information SDK) und Guy Moser (Service de la Santé Publique, Lausanne). Die 25 Teilnehmenden diskutierten angeregt mit.

Gemäss Jordi kennen die Kantone heute verschiedene Abrechnungssysteme in den Spitälern. Oft seien es Mischsysteme mit Tages- und Fallpauschalen, es gebe auch Kantone, welche mit reinen Tagespauschalen abrechnen. Vergleiche seien bis jetzt nicht möglich gewesen.

Die AP-DRGs werden Kostenunterschiede zwischen den Spitälern aufzeigen, auch interkantonal. Dies wirft viele Fragen auf: Wenn erkannt wird, dass ein Spital unwirtschaftlich arbeitet, kann dann das ganze Spital ge-

schlossen werden? Kann ein Kanton ein Spital, das hinter der Kantonsgrenze liegt, aber günstiger arbeitet, in seine Planung mit einbeziehen?

Jordi weist auf den Widerspruch hin, dass der Kanton die Kompetenz hat, die Spitäler zu planen, dass gleichzeitig aber auch eine Konkurrenz unter den Spitälern entstehen soll. Die Konkurrenz zwischen den Spitälern könne jedoch nicht wirklich spielen, da der Patient normalerweise ein Spital in seiner Nähe wählen werde. Das Spital habe einen Leistungsauftrag und müsse einer Region eine gute Versorgung gewährleisten. Ein allfälliges Defizit seiner Spitäler müsse zudem noch immer der Kanton decken.

Kann ein unwirtschaftlich arbeitendes Spital durch den Kanton geschlossen werden? Ein Teilnehmer weist darauf hin, dass das Spital wirtschaftlich wichtig sei für eine Region: Es ist ein bedeutender Arbeitgeber und wichtig für die Zulieferer. Ein grosses Spital könne nicht geschlossen werden. Eine andere Teilnehmerin sieht DRGs positiv als Mittel, das