Wolfram Fischer

Von APDRG-CH zu G-DRG/SwissDRG

Ein Blick auf das «familiäre Umfeld» und auf einige Unterschiede

März 2008

ABSTRACT

INTRODUCTION

The AP-DRG system has been in use in a number of the Swiss cantons for some years now. Until 2012, a prospective payment system for acute hospitals has to be introduced at Federal level. The DRG system used for this purpose will be named «SwissDRG». It will be based on the german G-DRG system.

DRG DEVELOPMENT

The first part of the paper highlights some background aspects of the DRG development. Since the HCFA-DRG system was used for the first time for in 1983, the DRG idea spread around the world and led to new DRG systems especially in USA, Europe and Australia.

Variance Reduction

Two of the most challenging trend words thrown up by this competition were the «refinement» of the systems and the achieved «variance reduction» (VR). The ‹leader› in terms of VR is at the moment the G-DRG system. However, it seems that this statistical optimisation was achieved at the expense of clinical comprehensibility.

Refinement

Several DRG systems are called «refined» systems, but there is no consensus about what this term stands for. Depending on the system, it can mean: that more than two severity levels («CC levels») are used; that base DRGs are named; that not only one but several lists of ‹complications and comorbidities› (CCs) are used; that the CC level is derived from more than only one secondary diagnosis.

Repeated partial redesign

Some domains appear to be difficult to model and have therefore been redesigned more than once, e. g. neonates, paediatric DRGs, intensive care, multiple treatments.

From AP-DRG to G-DRG/SwissDRG

The second part of the paper focuses on the change from the AP-DRG system to the G-DRG system (which is the starting point for the SwissDRG system). This will cause different challenges to Swiss AP-DRG users. The G-DRG system is more differentiated (hence, it will be welcomed by university and central hospitals) and its statistical performance is better. However, it is also more complex. For the moment the G-DRG is undergoing very dynamic development; the changes from one year to the next are rather big. It must be hoped that there will be some effort to regain a good comprehensibility until the introduction of G-DRGs as SwissDRGs.

Einleitung

SwissDRG-Pauschalen geplant ab 2012

Gemäss den aktuellsten Plänen soll das SwissDRG-System ab dem Jahre 2012 zur Vergütung eingesetzt werden.[1] Dazu wird das SwissDRG-System zunächst als Übersetzung des GDRG-Systems 2006[2] konstruiert. Für das GDRG-System hatte man sich Ende 2005 aufgrund einer Evaluation von sechs Patientenklassifikationssystemen entschieden.[3]

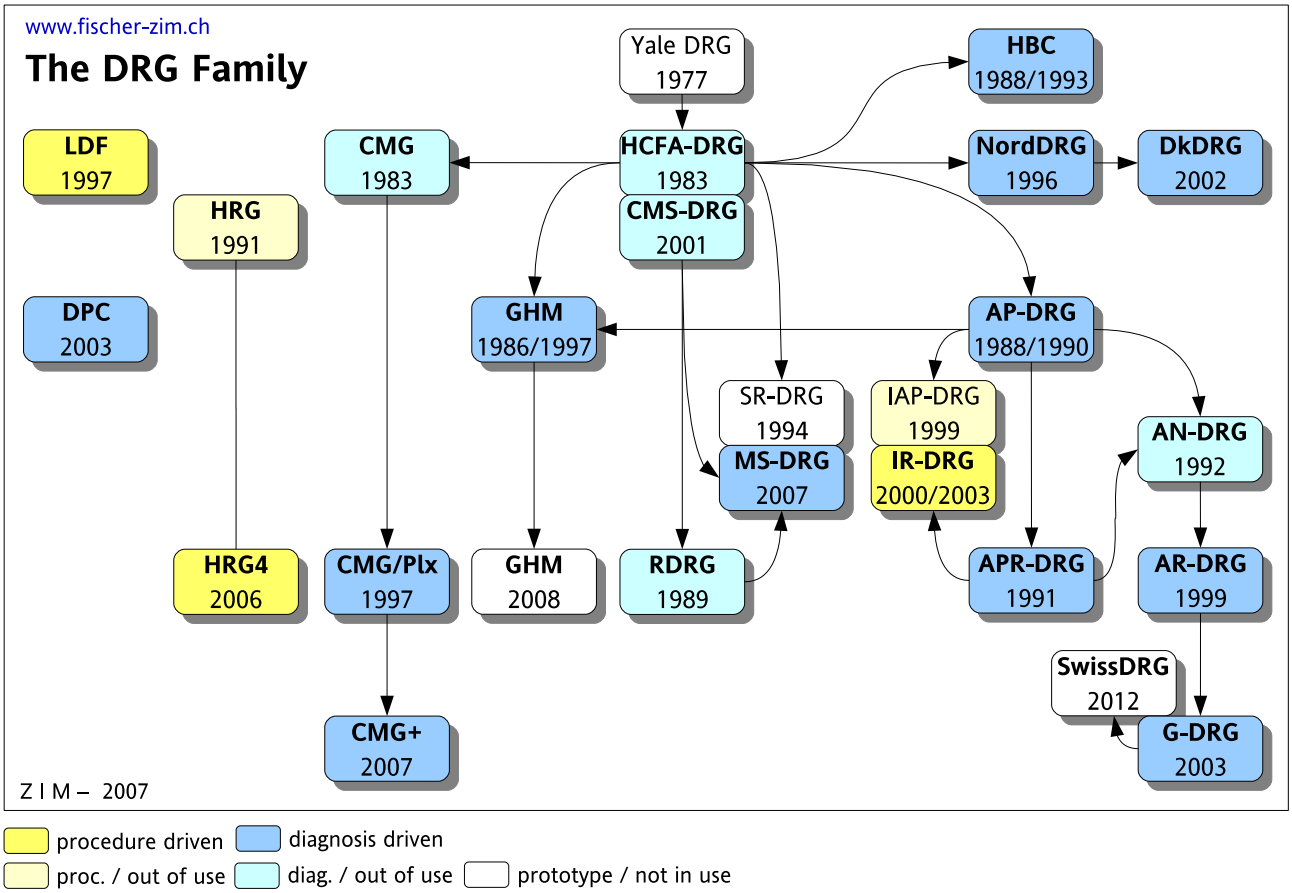
Im folgenden Text geht es darum, den Hintergrund der DRG-Entwicklung(en) auszuleuchten, auf Rivalitäten, unterschiedliche Ansätze und permanente Baustellen hinzuweisen. Da in der Schweiz bis anhin in einigen Kantonen eine adaptierte Fassung des APDRG-Systems im Einsatz war, wird im letzten Abschnitt speziell auf einige Unterschiede zwischen dem APDRG-CH-System und dem GDRG-System eingegangen.

[1] Vgl. SwissDRG [Gründung SwissDRG AG, 2008].

[2] Zur Schreibweise «G-DRG» versus «GDRG» und «AP-DRG» versus «APDRG»: Nach der Durchsicht des Textes habe ich mich entschlossen, die Systembezeichnung dann, wenn einzelne DRGs gemeint sind und in Zusammensetzungen immer ohne Bindestrich zu schreiben, um den Text, der ohnehin mit sehr vielen Abkürzungen durchsetzt ist, etwas lesefreundlicher zu gestalten. – Mit einer «GDRG» eine also einzelne DRG gemeint, mit «GDRG-2006» eine GDRG aus dem GDRG-System 2006. Bei Aussagen über das System verwendete ich den Ausdruck «GDRG-System» oder allenfalls in Kurzform die konventionelle Schreibweise «G-DRG».

[3] Das GDRG-System befand sich nicht direkt unter den evaluierten Systemen, da die Schweizer Daten nicht damit gruppiert werden konnten und da man davon ausging, dass das GDRG-System ein modifiziertes ARDRG-System war. Allerdings war das GDRG-System schon damals im Begriff, sich zu einem eigenständigen System zu entwickeln. Vgl. Fischer [Relative klinische Homogenität, 2005]: 17 f. – Vgl. zur Wahl auch: Schenker [Grouper-Wahl, 2005].

Tafel 1: Die DRG-Familie 2007



Quelle: Fischer [DRG-Familie, 2008]: 3.

Was charakterisiert Patientenklassifikationssysteme der DRG-Familie?

Produkte des Spitals

Um ein Spital gut und kostenbewusst führen zu können, muss man wissen, was eigentlich die «Produkte» des Spitals sind. Ursprünglich im Rahmen von Arbeiten zur Qualitätssicherung, später zur Kosteneindämmung stellte man deshalb Listen von Behandlungsbündeln zusammen, welche man «Diagnosis Related Groups» (DRGs) nannte.

DRG-Systeme zur Patientenklassifikation

Heutige DRG-Systeme sind Patientenklassifikationssysteme, deren Aufgabe es ist, das Behandlungsspektrum von Akutkrankenhäusern sowohl aus ärztlicher wie auch aus ökonomischer Perspektive auf nutzbringende Weise zu beschreiben.[4] Dazu wird eine beschränkte Anzahl *klinisch definierter Gruppen* mit möglichst *ähnlichen Behandlungskosten* definiert.

Was bringt die Ahnentafel ans Licht?

Die DRG-Entwicklung begann vor 40 Jahren.

▶ Tafel 1

Die Entwicklung von Patientenklassifikationssystemen nach dem Muster von Diagnosis Related Groups (DRGs) begann zu Beginn der 70er-Jahren des letzten Jahrhunderts. Ein in der Yale University entwickeltes System mit 470 DRGs wurde 1983 erstmals auch zur Vergütung von Fallpauschalen in amerikanischen Belegarztkrankenhäusern eingesetzt.

DRG-Kritik

Bereits dieses erste DRG-System wurde nicht nur interessiert beobachtet, sondern umgehend auch kritisiert: Sowohl die klinische wie auch die ökonomische Homogenität der Patientenkategorien (DRGs) wurden – und werden bis heute! – bemängelt.

DRG-Differenzierung

In der Folge wurde einerseits versucht, die Systeme weiter zu differenzieren. Man benutzte dazu die Angaben zu den Nebendiagnosen und oft auch das Alter. Dies waren Informationen, welche in den USA im Minimaldatensatz zum Behandlungsfall routinemässig bereits verfügbar waren. Mit der Zeit entstand eine ganze Reihe von amerikanischen DRG-Varianten: Nebst dem ursprünglichen HCFA-DRG-System (später CMS-DRG genannt) entstanden die Systeme namens RDRG, AP-DRG, APR-DRG, SR-DRG (= später: MS-DRG), IAP-DRG (= später: IR-DRG). Die Grösse dieser Systeme war recht unterschiedlich: Sie hatten einen Umfang von gut 600 bis über 1400 DRGs.

Nationale Varianten und Eigenentwicklungen

Andererseits aber wurden in vielen Ländern, die heute mit Patientenklassifikationssystemen arbeiten, eigene Systeme entwickelt. Die DRG-Ansätze aus den USA wurden z. T. zunächst direkt übernommen. Inhaltlich und teilweise auch konstruktionsmässig verselbständigten sich die meisten Systeme aber im Laufe der Zeit immer mehr. So entstanden Systeme, die aus DRG-Systemen herauswuchsen, wie: NordDRG (Skandinavien), DkDRG (Dänemark), CMG (Kanada), GHM (Frankreich), HBC (Ungarn), AN-DRG/AR-DRG (Australien). Von Anfang an neu entwickelt wurden: HRG (Grossbritannien), LDF (Österreich), DPC (Japan).

ARDRG-Abkömmlinge

Zu einem dieser Systeme, zum ARDRG-System gab es «Nachwuchs» im Ausland: Das deutsche GDRG-System war ursprünglich eine reine Übersetzung des ARDRG-Systems 4.1. Heute hat sich die Entwicklung komplett verselbständigt. Das schweizerische SwissDRG-System wiederum wird eine Adaptation des GDRG-Systems 2006 sein.

[4] Fetter et al. [DRGs, 1980]; Fetter et al. [DRGs, 1991]; Iezzoni [Risk Adjustment, 1994]; Fischer [PCS, 1997]; Fischer [DRG-Systeme, 2000]; Fischer [DRG-Grundzüge, 2000]; Fischer [DRG-Entwicklung, 2003].

Womit profilierten sich die alternativen Mitglieder der DRG-Grossfamilie?

Alternative Systeme für akutstationäre Fälle

Schon früh sind parallel zur DRG-Entwicklung auch alternative Patientenklassifikationssysteme entwickelt worden, so insbesondere Disease Staging,[5] welches sich heute noch am Markt behauptet, und Patient Management Categories,[6] welches von den Entwicklern in der Zwischenzeit aufgegeben worden ist. Diese Ansätze zeichneten sich insbesondere dadurch aus, dass sie einen Behandlungsfall bei Bedarf mit mehreren Patientenkategorien abbilden. Damit wird der Schweregrad differenzierter kategorisiert als es in DRG-Systemen üblich ist. In Letzteren wird lediglich unterschieden nach DRGs «ohne CC» (ohne Begleiterkrankung oder Komplikation), DRGs «mit CC», evtl. DRGs «mit MCC» (ohne schwerwiegende Begleiterkrankung oder Komplikation) usw. Ein neueres System, das ebenfalls mit Mehrfachzuordnung arbeitet, ist das in der Schweiz entwickelte System SQLape.[7] Es kommt mit nur ca. 350 Patientenkategorien aus. Aber die Kombinierbarkeit dieser Patientenkategorien ermöglicht trotzdem eine hohe Abbildungsqualität.

Mehrfachzuordnung in konventionellen Systemen

Es fällt auf, dass die eine oder andere Art von Mehrfachzuordnung auch bei konventionelleren Systemen immer häufiger angewandt wird: Im GDRG-System gibt es «Zusatzentgelte»; im HBG4-System gibt es «unbundled HRGs»; im LDF-System gibt es «Leistungskomponenten» sowie eine separate Vergütung für Tage auf der Intensivpflegestation. Und nicht zuletzt kann auch die in den meisten Vergütungssystemen übliche DRG-abhängige Vergütung für Langliegertage als Variante einer Mehrfachzuordnung angesehen werden.

Rivalenkämpfe: Wessen DRGs sind am homogensten?

Trendwörter

Rivalitäten zwischen den DRG-Systemen waren schon immer an der Tagesordnung. Einerseits ging es um alternative Konstruktionsprinzipien. Andererseits aber gibt es zwei mit einander verflochtene Trendwörter, welche den Ehrgeiz im engeren Familienkreis besonders anstacheln: Sie heissen «Varianzreduktion» und «Verfeinerung» («refinement»).

Varianzreduktion

Hinter Beidem steht das Bemühen um eine bessere Homogenität. Währenddem es nicht leicht ist, die klinische Homogenität zu definieren, gibt es zur Messung der ökonomischen Homogenität die «Varianzreduktion». Dies ist ein statistisches Mass, mit dem die «Erklärungskraft» eines Klassifikationssystems bezüglich einer normalverteilten Variablen gemessen wird.[8] Einzelne Systeme haben ihren ganzen Ehrgeiz auf Höchstwerte bezüglich der Varianzreduktion ausgerichtet. Dazu gehört z. B. das GDRG-System, zu dem seit der Version 2007 Varianzreduktionen von über 80 % bezüglich der Kosten vermeldet werden. Allerdings leidet darunter die klinische Homogenität, was an den immer komplexer werdenden GDRG-Bezeichnungen direkt sichtbar wird.[9]

Im ARDRG-System wurde seit der Version 5.0 anstelle der Varianzreduktion ein allgemeineres Mass verwendet: die Devianzreduktion (RID = «Reduction in Deviance») zu einem Verallgemeinerten Linearen Modell (GLM) auf der Basis der Gamma-Verteilung.[10] Als besonderer Vorteil dieses Masses wird erwähnt, dass die Daten nicht mehr auf aggressive Weise getrimmt werden müssen.

Es gibt noch weitere, ebenfalls weniger Ausreisser-sensible Masse, so z. B. die Reduktion der absoluten Abweichungen von einem robusten Mittelwert, die aber selten eingesetzt werden.[11]

Verfeinerung

Mehrere DRG-Systeme tragen den Namenszusatz «refined». Dieser stammt gewöhnlich von einer Einführung zusätzlicher Schweregradabstufungen im Rahmen der Weiterentwicklung des Vorgängersystems. Dies geschah jedoch auf sehr unterschiedliche Weise.[12]

---

[5] Gonella et al. [Disease Staging, 1984]; vgl. auch Fischer [PCS, 1997]: 231-243.
[6] Vgl. PRI [PMC-Rel.5, 1993]; Neubauer et al. [PMC-Ergebnisse, 1992]; Neubauer et al. [PMC-Prüfung, 1992]; vgl. auch Fischer [PCS, 1997]: 211-230.
[7] http:// www.sqlape.com /.
[8] Vgl. Fischer [PCS, 1997]: 426-433; Fischer [DRG+Pflege, 2002]: 159-163.
[9] Vgl. Fischer [G-DRG-Verständlichkeit, 2007]; Fischer [DRG Labels, 2007].
[10] Gemäss Auszug aus einer statistischen Beschreibung zum ARDRG-System 5.0, erhalten per E-Post am 29.10.2001 von K. Chrisholm.
[11] Vgl. Marazzi et al. [Reimbursement Schemes, 2007]; Fischer [Grafiken zur PCS-Beurteilung, 2008]: 34 .
[12] Der folgende Text wurde entnommen und aktualisiert aus: Fischer [SL/RefinedDRG, 2003].

Tafel 2: DRG-Systeme mit unterschiedlichen Verfeinerungsgraden

Merkmal	HCFA	AP	RDRG	APR	AN	SR (MS)	AR	GHM	IR	HRG4
Publikationsjahr	1983	1988	1989	1991	1992	1994	1999	1999	2000	2006
* = Das DRG-System erhebt durch dessen Bezeichnung den *Anspruch*, ein «refined»-System zu sein.			*	*		*	*		*	
▶ ***Wesentliche Aspekte***										
Es werden mehr als zwei *CC-Stufen* verwendet.	-	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Es gibt mehrere *CC-Listen*.	-	-	x	x	-	-	x	-	-	x
Kombinationen von Nebendiagnosen werden beachtet.	-	-	-	x	-	-	x	-	-	-
▶ ***Zusätzliche Merkmale***										
Basis-DRGs sind benannt (und codierbar).	-	-	x	x	-	(x)	x	-	x	x
Jede Basis-DRG ist in eine *konstante Anzahl* von CC-Kategorien unterteilt.	-	-	3 / 4	4 + 4	-	-	-	-	(3)	-

Als erstes DRG-System wurde das im Jahre 1989 vorgestellte RDRG-System mit dem Zusatz «refined» versehen. Es ging damals darum, dass die im HCFA-DRG-System verwendete Unterscheidung von DRG «mit CC» (DRG mit Begleiterkrankung oder Komplikation) und DRG «ohne CC» *verfeinert* werden sollte. Im RDRG-System werden die medizinischen Behandlungsfälle nach drei, die chirurgischen nach vier CC-Stufen klassifiziert.

▶ Tafel 2

In der Folge benutzten amerikanische Entwickler den Begriff auch für andere Formen der Verfeinerung, so dass heute mit «refined» verschiedene Aspekte angesprochen sind. Allen Aspekten gemeinsam ist, dass es immer um den Versuch geht, den Schweregrad des Falles differenzierter abzubilden:

- Zur Verfeinerung werden in allen Systemen *mehr als zwei CC-Stufen* benutzt.
- Zur Verfeinerung werden üblicherweise *mehrere CC-Listen* verwendet (Ausnahmen: IR-DRG, SR- bzw. MS-DRG). Damit kann der Schweregrad der Nebendiagnosen in Abhängigkeit der Basis-DRG und z. T. weiterer Kriterien unterschiedlich definiert werden. (Im ARDRG-System sind diese Listen in der «CCL-Matrix» zusammengezogen worden.)
- In einem Teil der Systeme (APR- und AR-DRG) haben Kombinationen von *mehreren Nebendiagnosen* Einfluss auf die CC-Einstufung. In anderen Systemen wird aus der Liste der Nebendiagnose jene ausgewählt, welche die höchste CC-Einstufung auslöst.

Altersstufen

Parallel dazu wurden in den meisten Systemen auch *Altersstufen* in mehr oder weniger grossem Ausmass benutzt, um Unterschiede des Schweregrades abzubilden.

Zunehmende Differenzierung

Wenn man versucht, die Systeme entsprechend der zunehmenden Differenzierung der Verfeinerung aufzulisten, kann man etwa zu der in Tafel 3 dargestellen Reihenfolge gelangen.

▶ Tafel 3

Tafel 3: Zunehmende Differenzierung von DRG-Systemen

Technik	System
Verwendung von zwei CC-Stufen (keine «Verfeinerung»)	• HCFA-DRG, NordDRG
Verwendung einer zusätzlichen CC-Stufe	• AP-DRG, AN-DRG, GHM
. . . und Benennung von Basis-DRGs	• SR-DRG / MS-DRG • IR-DRG
Differenzierung der CC-Listen sowie weitere Differenzierungen der CC-Stufen	• RDRG • AR-DRG • APR-DRG • CMG/Plx, CMG+ • HRG4 • GHM 2008

Herausforderungen auf dem Weg zur Reife

DRG-Systeme werden immer wieder angepasst und verändert. Einerseits müssen die Codes von neuen Behandlungen und Krankheiten fortlaufend integriert werden. Andererseits zeigte es sich, dass es Bereiche und Themen gibt, in denen Patientenkategorisierung oder Strukturen nach wie vor unbefriedigend oder zumindest verbesserungswürdig sind. Dazu gehören insbesondere:[13]

- Neugeborene.
- Pädiatrische DRGs.
- Abbildung der Intensivpflege.
- Psychiatrische Behandlungen (sowie Behandlungen bei Alkohol- und Drogenmissbrauch).
- Struktur der Hauptkategorien.
- CC-Listen.
- Sollen Prozeduren bei der Gruppierung Vorrang vor den Diagnosen haben oder nicht?
- Mehrfachleistungen.
- Teure Medikamente und Implantate.
- Verlegungen.
- Ambulante Behandlungen.
- Berechnung und Stabilität der Kostengewichte.

Neugeborene

Das erste zur Vergütung verwendete DRG-System, das HCFA-DRG-System, wurde von der Seniorenversicherung Medicare eingesetzt. Entsprechend des hier vorliegenden Patientenspektrums war die Hauptkategorie der *Neugeborenen* nur wenig differenziert. 1988 wurde die Hauptkategorie 15 (Neugeborene) für das APDRG-System völlig neu aufgebaut. Erstmals wurde das Geburtsgewicht verwendet. Neugeborene wurden nicht mehr über die Hauptdiagnose definiert, sondern aufgrund eines Alters von unter 29 Tagen. Die damals geschaffenen APDRGs mit den Nummern 600–630 wurden später wiederholt ergänzt und/oder überarbeitet.[14] Im APR-DRG-System 20.0 wurden die DRGs in MDC 15 nochmals neu definiert.[15] Im «CMG+»-System (2007) wurde bei Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht von weniger als 2.5 kg die Schwangerschaftswoche als zusätzliches Splitkriterium verwendet.[16] Seit der Version 2006 ist die Schwangerschaftsdauer auch im GDRG-System Klassifikationskriterium. Sie wird aber – im Unterschied zum «CMG+»-System – nicht bei der Gruppierung der Neugeborenen, sondern zur Klassifizierung von Kaiserschnitten und vaginalen Entbindungen verwendet.[17] Im HRG4-System wurde die Intensivpflege Neugeborener mit «ungebündelten» («unbundled»), d. h. zusätzlich zuordenbaren, tagesbezogenen HRGs abgebildet.[18]

Pädiatrische DRGs

Seit Beginn des Einsatzes von DRG-Systemen stellte sich die Frage, ob *pädiatrische Patienten* mit dem gleichen System und mit den gleichen Fallgewichten abgebildet werden können wie erwachsene Patienten.[19] Für das RDRG-System, für das APR-DRG-System[20] und in den neueren CMG-Systemen (CMG/Plx und CMG+) wurden für Kinder separate Kostengewichte berechnet. Andere Systeme benutzen für manche DRGs Splits bei 17 oder bei 18 Jahren. Besonders auffallend ist die Entwicklung im GDRG-System: In der Version für 2003

[13] Vgl. dazu auch Fischer [DRG-Entwicklung, 2003].
[14] Vgl. McGuire [DRG-Evolution, 1993]: 37+42 f.
[15] Vgl. Muldoon [APR-DRG 20, 2002].
[16] In den beiden Gewichtsklassen 750–999 g und 1000–1499 g wird unterschieden zwischen Neugeborenen mit einem Gestationsalter von unter oder über 29 Wochen. Bei einem Geburtsgewicht von 1500–1999 g wird unterschieden zwischen: unter 32 Wochen, 32–34 Wochen, über 34 Wochen. Bei einem Geburtsgewicht von 2000–2499 g wird unterschieden zwischen: unter 35 Wochen, 35–36 Wochen, über 36 Wochen. – Vgl. Craig/Mitchell [Neonates in CMG+, 2007].
[17] Im GDRG-System 2006 ist die «Schwangerschaftsdauer» in 9 GDRGs Klassifikationskriterium, z. B. in GDRG-2006 O01A («Sectio caesarea mit mehreren komplizierenden Diagnosen, Schwangerschaftsdauer bis 25 vollendete Wochen») oder in GDRG-2006 O02A («Vaginale Entbindung mit komplizierender OR-Prozedur, Schwangerschaftsdauer bis 33 vollendete Wochen»).
[18] Vgl. The Casemix Service [HRG4/Unbundling, 2007]: 29-32.
[19] Vgl. dazu auch: Fischer [Grafiken zur PCS-Beurteilung, 2008].
[20] Vgl. Muldoon [APR-DRG 20, 2002].

waren nur 32 pädiatrische GDRGs definiert. In der Version 2006 waren es 92, in der Version 2008 bereits 198. (Als pädiatrische DRGs galten bei dieser Zählung DRGs mit einem Split bei 18 Jahren oder weniger.)

Intensivpflege

Da zu Beginn der DRG-Entwicklung Angaben zur *Intensivpflege* im Minimaldatensatz fehlten, war man auf Indikatorvariablen angewiesen. Es wurde die Prozedur «Tracheostomie» verwendet. Zunächst gab es nur die HCFA-DRG 483 für die Intensivpflege. Sie war eine Ausnahme-DRG, d. h., sie wurde unabhängig von der Hauptdiagnose zugeteilt. Zuteilungskriterium war, dass eine Tracheostomie durchgeführt wurde und keine Diagnose vorlag, welche Gesicht, Mund oder Hals betraf. Im ARDRG-System 5.0 wurden Beatmungsstunden als Klassifikationskriterium eingeführt. Ebenso in GDRG 2004. Im LDF-System und im GHM-System[21] wird die Intensivpflege separat und mit Tagessätzen vergütet, im HRG4-System ebenfalls (mittels «ungebündelter» HRGs). Im «CMG+»-System wurden die Indikatorvariablen «Tracheostomie» und «mechanische Beatmung 96 Stunden und länger» durch eine Liste «markierter Interventionen» ergänzt, welche typischerweise einen grossen Ressourcenverbrauch verursachen. In APDRG-CH Version 6.0 wurde eine Liste von Prozeduren definiert, welche eine Intensivversorgung zur Folge haben oder mit denen eine solche protokolliert wird. Wenn einer dieser Codes vorhanden ist, wird der Schweregrad um eine Stufe erhöht und für Fälle, welche bereits einer DRG «mit MCC» zugeordnet waren, wurden 24 korrespondierende DRGs «mit katastrophalen KK» geschaffen.[22]

Psychiatrische Behandlungen

Die Hauptkategorie der *psychiatrischen Behandlungen* wurde verschiedentlich neu aufgebaut, bis eingesehen wurde, dass hier andere Klassifikationskriterien nötig wären und in diesem Bereich von einer DRG-basierten Vergütung abgesehen wurde.

CC-Listen

Die *Verfeinerung nach Schweregraden* war und ist *das* grosse DRG-Thema überhaupt. Dies wurde bereits weiter oben ausführlich besprochen. Im GDRG-System wurde in der Version 2006 mit der Überarbeitung der vom ARDRG-System übernommenen CCL-Matrix begonnen.

Struktur der Hauptkategorien

Da die *Hauptkategorien* sehr unterschiedlich belegt sind,[23] stellte sich hin und wieder die Frage nach einer Neustrukturierung. Zusammengefasst wurden die Hauptkategorien bisher nur in den Systemen IR-DRG und CMG+.

Prozedurenbasierte DRGs

Wenn die Hauptkategorien aufgrund der Hauptdiagnose bestimmt werden, kann es passieren, dass der Fall einer ungünstigen DRG zugeordnet wird, denn eine gleiche Hauptdiagnose kann u. U. z. B. mit einer Operation am Nervensystem oder am Kreislaufsystem verbunden sein. Damit in solchen Fällen trotzdem die richtige DRG zum Zug kommt, wurden im APR-DRG-System 20.0 sogenannte «Umleitungen» («reroutings») definiert.[24] In anderen Systemen wird die Hauptkategorie direkt aufgrund der *wichtigsten Prozedur* bestimmt.[25] Dies geschieht z. B. in den Systemen IR-DRG, HRG und in LDF.

Mehrfachleistungen

Wenn in einer chirurgischen DRG nur der Haupteingriff berücksichtigt wird, ist ein starker Anreiz gesetzt, *zweizeitige und mehrfache Eingriffe* in zwei oder mehr Hospitalisationen zu behandeln. In manchen DRG-Systemen wurden deshalb einzelne zusätzliche DRGs geschaffen, z. B. eine DRG für beidseitige Hüftprothesen. Im LDF-System können bei mehreren Eingriffen mehrere «Leistungskomponenten» verrechnet werden. Keine Probleme mit Mehrfachleistungen haben Systeme, welche einem Fall mehrere Patientenkategorien zuordnen (z. B. Disease Staging oder SQLape).

Teure Medikamente und Implantate

Es kann vorkommen, dass in einer DRG Behandlungen mit sehr unterschiedlichem Einsatz an *teuren Medikamenten und/oder Implantaten* zusammengefasst sind. Gemäss der DRG-Idee sollte dies einen Anreiz darstellen, die Kosten tief zu halten. Sind die unterschiedlichen Kosten aber primär abhängig vom indiviuellen Patientenproblem, stellt sich die Frage nach einer weniger pauschalen Vergütung. In manchen Ländern werden Implantate und Medikamente oberhalb eines bestimmten Geldbetrages separat vergütet. Im GDRG-System 2008 gibt es gemäss der detaillierten Liste zu den 115 Zusatzentgelten 860 «differenzierte» Zusatzentgelte. Ein grösserer Teil davon dient der Vergütung von teuren Medikamenten und Implantaten zusätzlich zur DRG-Pauschalen.

[21] Vgl. Andréoletti et al. [T2A, 2007]: 4.
[22] Vgl. Hong Dung [CW+SPGs in APDRG-CH 6, 2007]: 12-13.
[23] Vgl. z. B. für die Schweiz: Fischer [Krankenhaus-Betriebsvergleiche, 2005]: 103 ff.
[24] Vgl. Muldoon [APR-DRG 20, 2002].
[25] Vgl. dazu auch Fischer [«DRGs» und DRGs, 2007] und Fischer [PCS, 1997]: 30-42.

Verlegungen

Bei *Verlegungen* reduzieren sich die Kosten des Behandlungsfalles, da sie bei einem anderen Leistungserbringer anfallen. Werden Patienten durch die Verlegung zu Kurzliegern, kommen automatisch Kurzliegerabschläge zum Zug, falls untere Grenzwerte für Aufenthaltsdauern definiert sind. Im GDRG-System wird die Vergütung bei Verlegungen vor Erreichen der gemäss G-DRG erwarteten mittleren Aufenthaltsdauer mit Tagesabschlägen reduziert. Dem aufnehmenden Krankenhaus wird ebenfalls ein Abschlag verrechnet, falls die erwartete mittlere Aufenthaltsdauer unterschritten wird. Auch kompliziertere Fälle mit Rückverlegungen sind geregelt.[26] Es gibt einige spezielle Verlegungs-GDRGs (z. B. für Neugeborene, welche innerhalb der ersten fünf Tage verlegt wurden). Im Weiteren wird im GDRG-System z. T. nach Behandlungen mit und ohne Frührehabilitation unterschieden. – Das Problem von Verlegungen kann man auch auf der Ebene des Vergütungssystems lösen, indem man z. B. nur eine einzige Pauschale für den gesamten Fall auszahlt; die beteiligten Spitäler müssen sie dann in Eigenregie unter sich aufteilen.

Ambulante Behandlungen

Über die Jahre ist festzustellen, dass *ambulante Behandlungen* im Spital – amerikanisch «outpatients» genannt – zunehmen. Ein DRG-System deckt solche Fälle konventionellerweise nicht ab. Aus ökonomischer Sicht denkbar ist ein Vergütungsmodell, das bei der Vergütung bezüglich der Aufenthaltsart keinen Unterschied macht. Mit dem Argument, dass medizinischen Gründe, die in DRG-Systemen nicht abgebildet werden, die Wahl der Aufenthaltsart entscheidend mitbestimmen, können jedoch auch separate Kostengewichte für stationäre und ambulante Behandlungen begründet werden. – Die englischen HRGs4 sind unabhängig von der Aufenthaltsart definiert. Im französischen GHM-System gibt es zusätzliche Hauptkategorien mit GHMs für ambulante Behandlungen. Seit der zweiten Version des IRDRG-Systems werden in diesem System ambulante Behandlungen mit zusätzlich definierten IRDRGs abgedeckt. Im dänischen DkDRG-System werden Behandlungen bei sogenannten «Grauzonen»-Prozeduren unabhängig von der Aufenthaltsart mit der gleichen DkDRG-Pauschalen vergütet.[27]

Berechnung der Kostengewichte

Weil zu Beginn der DRG-Entwicklung keine Kostendaten vorlagen, wurden Aufenthaltsdauern oder Fakturabeträge als Indikatorvariablen zur *Berechnung der Kostengewichte* verwendet. Heute werden zwar vermehrt die individuellen Fallkosten erhoben; die dazu notwendigen Kostenträgerrechnungsmodelle unterscheiden sich jedoch methodisch und bilden die Kosten unterschiedlich differenziert ab. Speziell problematisch war vielerorts die Abbildung der Pflegekosten. Sie bilden mit einem Anteil von 20 % bis über 30 % an den Fallkosten den grössten Kostenblock. In der Schweiz ist man diesbezüglich dank der bereits in vielen Spitälern routinemässig erhobenen Daten zum Pflegeaufwand nach LEP-Minuten[28] oder PRN-Punkten[29] andern Ländern eine Nasenlänge voraus. Gesonderte Probleme bilden schwach belegte DRGs und extreme Kosten von Einzelfällen.

Stabilität der Kostengewichte

Kostengewichte ändern sich im Zeitverlauf. Es gibt DRGs mit stabilen Entwicklungen und andere mit sehr *instabilen Kostengewichten*.[30] In der 23. Version des in Washington eingesetzten APDRG-Systems ist bei 243 von 676 APDRGs angegeben, dass sie tagespauschal vergütet werden. Bei praktisch genau der Hälfte dieser APDRGs ist angegeben, dass das Kostengewicht instabil sei. Bei der andern Hälfte ist vermerkt, dass es sich um schlecht belegte APDRGs handle.[31]

Entwicklungsschritte am Beispiel von AP-DRG zu G-DRG (bzw. SwissDRG)

▶ Tafel 4

Wie sich die DRG-Konstruktionsprinzipien im Verlaufe der Zeit veränderten, sei im Folgenden anhand der Unterschiede dargestellt, welche die APDRG-CH[32]-Nutzer in der Schweiz beim Übergang zur ersten Testversion von SwissDRG, d. h. der Übertragung des GDRG-Systems 2006 auf die Schweizer Gegebenheiten, erwarten wird.[33] Es wird mehrere Arten von Ände-

[26] FPV 2008 § 3.
[27] Vgl. DMH [Casemix in Europe, 1999]: 39 f.
[28] Vgl. Brügger et al. [LEP-Methode 2.0, 2002], http:// www.lep.ch / sowie Fischer [DRG+Pflege, 2002]: 247–254.
[29] Vgl. EROS [PRN87-de, 1995] sowie Fischer [DRG+Pflege, 2002]: 254–258.
[30] Vgl. Fischer [CW-AR-4, 2002] und Fischer [CW-Verläufe, 2002].
[31] Quelle: http:// fortress.wa.gov / dshs / maa / hrates / hratesdownloadsindex.html [Stand: Dez. 2007].
[32] APDRG-CH Version 6.0; vgl. Hong Dung [CW+SPGs in APDRG-CH 6, 2007] und Rey et al. [APDRG-CH 6.0, 2007].
[33] Vgl. dazu auch SwissDRG [Helvetisierungspaket, 2007].

rungen geben, an die man sich zuerst zu gewöhnen haben wird. Die einschneidenste wird die komplett neue Klassifizierung des Patientenspektrums sein. Zwar sind die Hauptkategorien in den beiden Systemen ähnlich strukturiert: Dies sind Erbstücke aus der Zeit der gleichen «Ahnen». Auf der Ebene der einzelnen DRGs wird man aber sehr unterschiedlichen Bezeichnungen und Inhalten begegnen.[34] Dadurch werden sich für das einzelne Spital auch die Verhältnisse von Ertrag und Kosten innerhalb des Patientenspektrums verschieben, und es können sich andere Behandlungen als früher als besonders ertragreich oder verlustträchtig erweisen.

▶ Tafel 5

In Tafel 5 sind wesentliche Unterschiede zwischen der aktuellen Version APDRG-CH-6.0 und dem ersten SwissDRG-System, das auf dem GDRG-System 2006 basiert, zusammengestellt. Dazu folgen hier im Text noch einige Ergänzungen und Beispiele.

Übernahme von ICD-10-GM

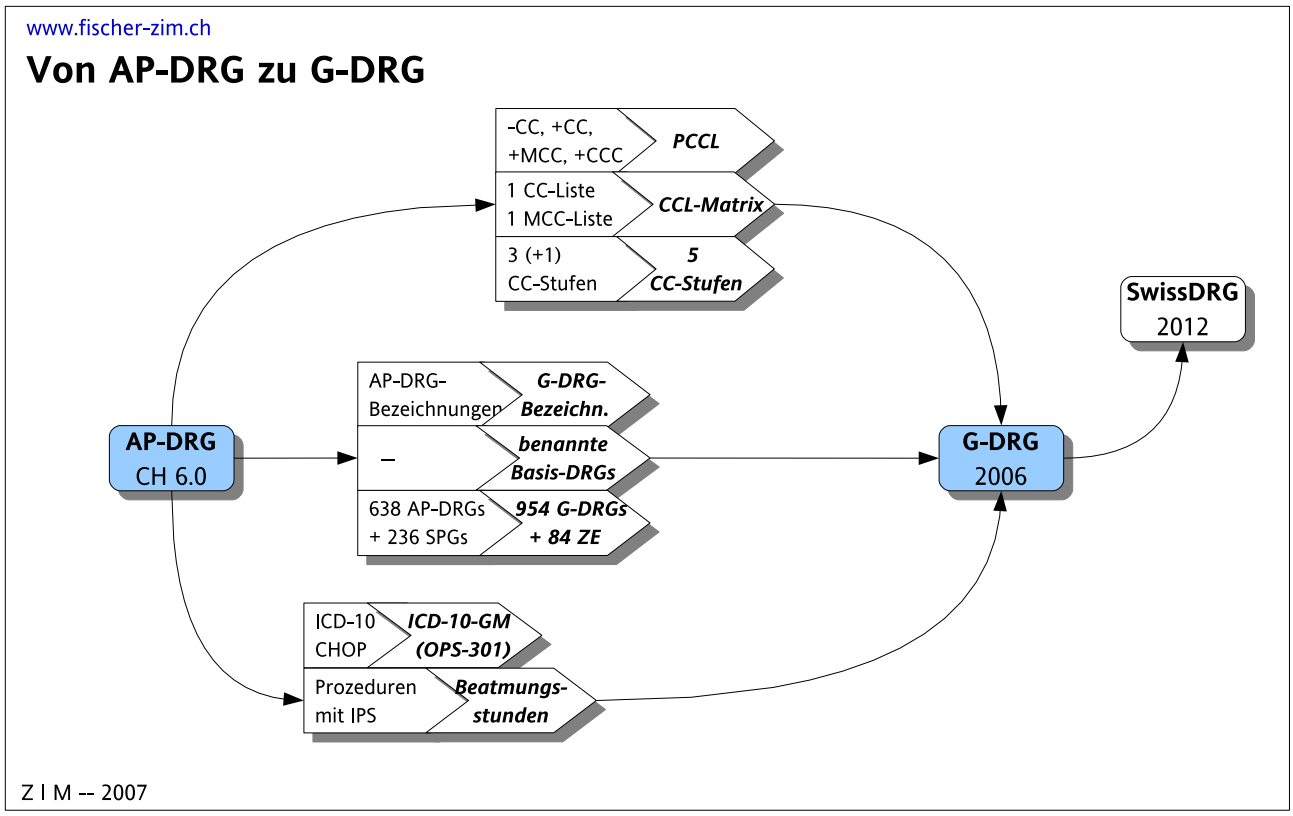
Mit der Übernahme der ICD-10-GM[35] wird man nicht nur einzelne Diagnosen differenzierter codieren müssen (oder können). Es werden auch neue Informationen angegeben werden können, wie z. B. das Gestationsalter[36] oder auch Angaben aus nicht primär ärzlichen Bereichen wie z. B. die Fähigkeitseinschränkungen des Patienten.[37]

Anpassung CHOP an OPS-301.

Der deutsche Prozedurenkatalog OPS-301 enthält weit über 20 000 Einträge und ist damit mehr als doppelt so umfangreich wie der schweizerische Prozedurenkatalog CHOP. Im Zuge der Anpassungen des Schweizer Kataloges wird sich eine Vielzahl von Zusätzen und Differenzierungen ergeben, um aus Schweizer Daten sinnvolle GDRGs generieren zu können.

[34] Vgl. dazu Fischer [Paarweise PCS-Vergleiche, 2005].
[35] Die Übernahme von ICD-9-CM ist festgehalten in: SwissDRG [Helvetisierungspaket, 2007].
[36] Das Gestationsalter (die Schwangerschaftsdauer) ist im ICD-10-GM-Abschnitt «O09» codiert. Die Klassengrenzen sind bei 4, 13, 19, 25, 33, 36, 41, mehr als 41 vollendeten Wochen gesetzt.
[37] Fähigkeitseinschränkungen können in der ICD-10-GM im Abschnitt «U50–U52» codiert werden. Den aggregierenden Codes zugrunde gelegt sind wahlweise folgende Systeme:
– EBI: «Erweiterter Barthelindex».
– FIM: «Functional Independence Measure (Funktionaler Selbständigkeitsindex)».
– MMSE: «Minimal Mental State Examination».
– FRB: «Frühreha-Barthel-Index».

Tafel 4: Von APDRG-CH-6.0 zu GDRG-2006 und SwissDRG



Quelle: Z I M.

Tafel 5: Wesentliche Unterschiede zwischen APDRG-CH-6.0 und GDRG-2006 (SwissDRG 0.0)

Thema		APDRG-CH-6.0	GDRG-2006
Codierungssystem	Währenddem sich – ausser in den USA – für Diagnosen nun die ICD-10 etabliert hat, gibt es für Prozeduren in vielen Ländern länderspezifische Systeme.	Das schweizerische CHOP-Codierungssystem für Prozeduren soll zumindest vorerst beibehalten werden. Es soll um einige OPS-301-Codes ergänzt werden. Dazu gehören u. a. Codes für sogenannte «Komplexbehandlungen».	Die – gegenüber der ICD-10 umfangreichere – ICD-10-GM soll übernommen werden. Zusätzlich zum Prozedurencode soll bei Körperteilen die «Seitigkeit» angegeben werden («links», «rechts», «beidseitig»).
Intensivpflege	Konventionellerweise wird die Intensivpflege über Indikatorvariablen in den Gruppierungsprozess einbezogen.	In APDRG-CH 6.0 gibt es eine Liste von Prozeduren, die Intensivpflege benötigen. Die Intensivpflege wird als Schweregraderhöhung abgebildet.	Im GDRG-System werden die Beatmungsstunden erhoben. Die Intensivpflege wird insbesondere über spezielle DRGs in der Hauptkategorie «Prä-MDC» abgebildet.
Anzahl Gruppen	Die Anzahl DRGs ist in jedem DRG-System sehr unterschiedlich. Sie ist abhängig von der thematischen Differenzierung sowie von der Schweregradkategorisierung.	Nachdem die Anzahl APDRGs von der CH-Version 5.1 nach 6.0 bereits stark gestiegen ist (von 668 auf 874 DRGs), wird es mit dem Übergang zum GDRG-System 2006 eine weitere Erhöhung auf ca. 954 DRGs geben.	Die deutschen Zusatzentgelte sollen in der ersten Phase noch nicht übernommen werden. Die Gruppeneinteilung im GDRG-System ist differenzierter und aus statistisch-ökonomischer Sicht auch besser (höhere Varianzreduktion bezüglich der Kosten).
Benannte Basis-DRGs	Benannte Basis-DRGs machen ein System verständlicher. Ausserdem ermöglichen sie bei Auswertungen nach DRGs eine differenziertere Gliederung.	Im APDRG-System sind Basis-DRGs infolge der Ansiedlung der MCCs auf der Ebene der Hauptkategorien nicht definiert.	Im ARDRG-System, von welchem das GDRG-System abstammt, sind Basis-DRGs definiert. Im GDRG-System wurde das Konzept teilweise verwässert, so dass es manchmal mehrere zusammengehörige Basis-GDRGs gibt, die eigentlich zu einer einzigen Basis-DRG zusammengefasst werden müssten.
DRG-Bezeichnungen	DRG-Systeme bündeln ähnliche Leistungen in Patientenkategorien. Je vielgestaltiger solche Leistungsbündel sind, desto komplexer wird die entsprechende DRG-Bezeichnung.	Die meisten APDRG-Bezeichnungen sind einfach bis mässig komplex. (Ca. 17 % der Bezeichnungen enthalten vier oder mehr Konjunktionen.)	Es gibt viele sehr komplexe GDRG-Bezeichnungen. (Ca. 40 % der Bezeichnungen enthalten vier oder mehr Konjunktionen, d. h. fünf oder mehr Begriffseinheiten.)
CC-Stufen	Je verfeinerter ein DRG-System ist, desto mehr CC-Stufen sind definiert. Je verfeinerter ein System, desto eher werden auch sehr teure Fälle in eigenen DRGs abgebildet. Aber handkehrum wird es auch mehr schlecht oder gar nicht belegte DRGs und somit schlecht berechnete Fallgewichte geben.	In APDRG-CH 6.0 wurde eine zusätzliche Schweregradstufe für MCC-Fälle mit Intensivpflege definiert. Damit gibt es vier Schweregradstufen.	Das GDRG-System kennt – wie das ARDRG-System – fünf Schweregradstufen.
CC-Listen	Verfeinerte Systeme arbeiten meist auch mit mehreren CC-Listen.	Im APDRG-System gibt es eine einzige CC-Liste sowie eine einzige MCC-Liste. Die schwerwiegendste Nebendiagnose bestimmt die CC-Einstufung. In APDRG-CH 6.0 gibt es zusätzlich eine Liste von Prozeduren, die Intensivpflege benötigen. Sind solche vorhanden, erhöht sich die CC-Einstufung um eine Stufe.	Im GDRG-System sind die CC-Stufen in der so genannten CCL-Matrix je ICD-Code in Abhängigkeit der Basis-DRGs definiert. Zu allen codierten Nebendiagnosen wird eine CC-Stufe bestimmt.
CC-Kategorien	CC-Stufen mehrerer Nebendiagnosen werden in einer resultierenden CC-Kategorie zusammenfasst.	Die CC-Stufe der schwerwiegendsten Nebendiagnose und das allfällige Vorhandensein einer IPS-Indikator-Prozedur bestimmen die CC-Kategorie.	Die CC-Stufen aller Nebendiagnosen werden zum «Patient Clinical Complexity Level» (PCCL) verrechnet. Je nach Basis-GDRG werden anschliessend eine bis neun CC-Kategorien gebildet.

Als Beispiele seien herausgegriffen:[38]

- Evaluationsaufenthalte vor Transplantationen.
- Listen von teuren Medikamenten/Verfahren (z. B. für Chemotherapien).
- «Komplexbehandlungen»: Intensivmedizinische, neurologische (bei akutem Schlaganfall), geriatrische frührehabilitative, multimodale rheumatologische Komplexbehandlungen, . . .[39] (NB: Die Codierung solcher speziell definierter Komplexbehandlungen ist aufwändiger als die Codierung «gewöhnlicher» Prozeduren.)

Beatmungszeit zur Abbildung der Intensivpflege

Im GDRG-System 2006 gab es für die Intensivpflege 79 GDRGs, in welchen die Beatmungszeit als Gruppierungskriterium verwendet wurde. Damit wird die Intensivpflege differenzierter als im APDRG-CH-System bis zur Version 5 und anders als in der Version 6 abgebildet. Viele, aber nicht alle diese GDRGs sind in der Hauptkategorie «A» («Prä-MDC») zu finden. Beispiele dazu sind:

- GDRG-2006 A01A: «Lebertransplantation mit Beatmung > 179 Stunden»
- GDRG-2006 A05A: «Herztransplantation mit Beatmung > 179 Stunden»
- GDRG-2006 A06A: «Beatmung > 1799 Stunden mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma, mit hochkomplexem Eingriff oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 3680 Aufwandspunkte»
- GDRG-2006 A07C: «Beatmung > 999 und < 1800 Stunden ohne Polytrauma, mit komplexer OR-Prozedur, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplizierende Prozeduren, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung >3680 Punkte oder ohne komplexe OR-Prozedur, mit int. Komp.beh. >2208 P»
- GDRG-2006 B02B: «Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation oder andere aufwändige Operation am Nervensystem mit Beatmung > 95 Stunden, ohne Strahlentherapie mehr als 8 Bestrahlungen, Alter < 6 Jahre oder Alter < 18 Jahre mit grossem intrakraniellen Eingriff»
- GDRG-2006 B11Z: «Frührehabilitation mit Kraniotomie, grosser Wirbelsäulen-Operation, bestimmter OR-Prozedur oder aufwändiger Operation am Nervensystem mit Beatmung > 95 Stunden»
- GDRG-2006 E08B: «Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane, ohne operativen Eingriff oder Beatmung > 24 Stunden, mehr als ein Belegungstag, mehr als 9 Bestrahlungen»
- GDRG-2006 P03A: «Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1000 - 1499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, mit Beatmung > 479 Stunden»
- GDRG-2006 W01B: «Polytrauma mit Beatmung oder Kraniotomie, ohne Frührehabilitation, mit Beatmung > 263 Stunden»

Strukturierte Codes

Aus den ARDRG-Codes können Hauptkategorie, Subkategorientyp («medizinisch», «chirurgisch», «andere») sowie die Schweregradkategorie ablesen werden. Gegenüber dem APDRG-System mit seinen willkürlich nummierten DRGs ist das ein sehr praktischer Vorteil. Im GDRG-System wurde diese australische Technik zunächst übernommen, später aber infolge der Zunahme der Gruppen teilweise wieder aufgegeben. Ein Beispiel dazu ist GDRG-2006 I95A («Implantation einer Tumorendoprothese mit Eingriff am Kniegelenk»). Diese G-DRG sollte gemäss Code zur medizinischen Partition der Hauptkategorie «I» (Bewegungsapparat) gehören, denn «95» liegt im Bereich, der für die medizinischen Behandlungen reserviert ist; im GDRG-Katolog ist sie aber als «chirurgische» G-DRG markiert.

Verwässerte Basis-DRGs

In einer Basis-DRG sind die Behandlungen unterschiedlicher Schweregrade aggregiert. GDRGs, deren Code mit «Z» endet, sind definitionsgemäss nicht nach Schweregraden unterteilt. Trotzdem finden sich im GDRG-System 2006 47 GDRGs mit einem Z-Code, deren Bezeichnung den Ausdruck «CC» enthält. Das heisst, es ist ein Schweregrad spezifiziert,

[38] SwissDRG [Helvetisierungspaket, 2007].
[39] Gemäss SwissDRG [Helvetisierungspaket, 2007] werden aber nicht von Anfang an alle Komplexbehandlungen, die in OPS-301 unter «8-97» und «8-98» kodierbar sind, übernommen.

obwohl es keine anderen GDRGs in der zugehörigen Basis-GDRG gibt. Gegenüber dem Vorjahr mit 122 solcher GDRGs ist das zwar eine Verbesserung; aber die Situation ist auch noch in der Version von 2008 mit 42 solcher GDRGs nicht befriedigend.[40]

Komplexere Bezeichnungen

Infolge der differenzierten, zur Optimierung der Varianzreduktion erfolgten Zergliederung vieler GDRGs wird man sich bei der Umstellung vom APDRG-CH-System zum GDRG-System an die z. T. sehr komplexen GDRG-Bezeichnungen gewöhnen müssen. Der Leser ist solchen bereits weiter oben in der Beispielliste mit den GDRGs zur Intensivpflege begegnet. Die Bezeichnungen zu den GDRGs B02B, E08B, P03A musste ich mindestens zweimal lesen, da ich die Logik nicht begriff. Um solche Bezeichnungen wirklich zu verstehen, muss des Öftern das Definitionshandbuch zugezogen werden.[41]

Berücksichtigung der Schweregrade aller Nebendiagnosen

↑ Vgl. S. 4

Ein wesentlicher Vorteil des dem GDRG-System zugrunde liegenden ARDRG-Systems gegenüber dem APDRG-System ist die Berücksichtigung der Schweregrade aller Nebendiagnosen. Während im APDRG-System nur die gewichtigste Nebendiagnose zur Schweregradbestimmung verwendet wird, welche in einer der beiden Listen für MCCs bzw. CCs gefunden wird, werden im ARDRG-System die Nebendiagnosen in Abhängigkeit der Basis-ARDRG mit Hilfe der so genannten «CCL-Matrix» nach Schweregrad gewichtet und anschliessend zur «klinischen Fallkomplexität» (PCCL) aggregiert.

Bildung von Schweregradkategorien

Das PCCL-Prinzip wurde im GDRG-System übernommen. Der nachfolgende Schritt – die Zusammenfassung von PCCL- und Alterstufen zu Schweregradkategorien – wurde im GDRG-System jedoch deutlich ausgebaut.[42] Am folgenden Beispiel der Basis-GDRG-2006 T60 mit sechs Schweregradkategorien («A» bis «F») zeigt, wie Schweregradkategorien aufgrund von mehreren verschiedenen Kriterien definiert sein können:

- T60A: «Sepsis mit komplizierenden Prozeduren oder bei Zustand nach Organtransplantation, mit äusserst schweren CC»
- T60B: «Sepsis mit komplizierenden Prozeduren oder bei Zustand nach Organtransplantation, ohne äusserst schwere CC, Alter < 16 Jahre oder ohne komplizierende Prozeduren, ausser bei Zustand nach Organtransplantation, mit äusserst schweren CC, Alter < 16 Jahre»
- T60C: «Sepsis ohne komplizierende Prozeduren, ausser bei Zustand nach Organtransplantation mit äusserst schweren CC, Alter > 15 Jahre oder mit komplizierenden Prozeduren oder bei Zustand nach Organtransplantation, ohne äusserst schwere CC, Alter > 15 Jahre»
- T60D: «Sepsis ohne komplizierende Prozeduren, ausser bei Zustand nach Organtransplantation, ohne äusserst schwere CC, Alter < 6 Jahre»
- T60E: «Sepsis ohne komplizierende Prozeduren, ausser bei Zustand nach Organtransplantation, ohne äusserst schwere CC, Alter > 5 Jahre»
- T60F: «Sepsis, verstorben < 8 Tage nach Aufnahme»

[40] Ein Beispiel einer aufgelösten Basis-GDRG sind nach Bartkowski et al. [G-DRG 2006, 2006] (S. R04-1) die GDRGs zu den «anderen hämatologischen und soliden Neubildungen»:
– GDRG-2006 R04A: «Andere hämatologische und solide Neubildungen mit bestimmter OR-Prozedur, mit äusserst schweren oder schweren CC».
– GDRG-2006 R04B: «Andere hämatologische und solide Neubildungen mit anderer OR-Prozedur, mit äusserst schweren oder schweren CC».
– GDRG-2006 R13Z: «Andere hämatologische und solide Neubildungen mit bestimmter OR-Prozedur, ohne äusserst schwere oder schwere CC».
– GDRG-2006 R14Z: «Andere hämatologische und solide Neubildungen mit anderen OR-Prozeduren ohne äusserst schwere oder schwere CC oder Therapie mit offenen Nukliden bei hämatologischen und soliden Neubildungen, mehr als ein Belegungstag».

[41] Vgl. dazu auch Fischer [G-DRG-Verständlichkeit, 2007] und Fischer [DRG Labels, 2007].

[42] In Fischer [DRG+Pflege, 2002] (S. 70–422) sind die Kriterien zur Bildung der CC-Kategorien in einer separaten Spalte aufgeführt. Daraus ist ersichtlich, dass zur Schweregradkategorisierung im ARDRG-System 4.1 in den meisten ARDRGs nur PCCL und Alter verwendet wurden.

Ausblick auf die schweizerische DRG-Zukunft

In der Schweiz wird man im Jahre 2012 – ca. 30 Jahre nach der erstmaligen Verwendung eines DRG-Systems zur Vergütung – ebenfalls DRG-Pauschalen einführen. Das als Ausgangssystem gewählte GDRG-System ist ein weit entwickeltes System und hat mit einer besonders hohen statistischen Erklärungskraft von sich reden gemacht: Die Varianzreduktion in getrimmten Stichproben kletterte auf gut 80 %. Mit dem Wechsel vom jetzt in manchen Kantonen eingesetzten APDRG-CH-System zum GDRG- bzw. SwissDRG-System wird man wieder mit einem System aus der DRG-Familie arbeiten. Es wird differenzierter sein (und damit u. a. die Behandlungsfälle von Universitätskliniken und Spezialabteilungen besser abbilden). Es wird aber auch komplexer sein und weniger leicht verständlich. Ausserdem hat es sich bisher von Jahr zu Jahr viel umfassender verändert, als man sich das vom APDRG-CH-System her gewohnt war.

Wenn ab nächstem Jahr für die weitere SwissDRG-Entwicklung das GDRG-System 2008 berücksichtigt werden soll, bedeutet das einige Verbesserungen in der Strukturierung nach Basis-GDRGs, eine Verfeinerung aus pädiatrischer Sicht, eine möglicherweise verbesserte CCL-Matrix, aber auch ein nochmaliger Ausbau des Systems auf 1 137 GDRGs und eine weitere Zunahme von GDRGs mit komplexen Bezeichnungen.[43]

Es bleibt zu wünschen, dass das sich momentan in dynamischer Entwicklung befindliche GDRG-System bis zur Einführung des SwissDRG-Systems noch etwas gezähmt wird und dass ein guter Ausgleich zwischen statistischer Optimierung und fachsprachlicher Verständlichkeit gefunden wird. Nur dann wird das System sowohl vom Management wie auch von Klinikern wirklich akzeptiert und als gemeinsames Kommunikationsmittel verwendet werden können.

ANHANG

Verwendete Abkürzungen

Tafel 6: Im Text verwendete Abkürzungen (Teil 1)

Abkürzung	Bezeichnung	Übersetzung; Internet- und Literaturhinweise
AN-DRG	Australian National Diagnosis Related Groups	http:// www.health.gov.au / internet / wcms / publishing.nsf / Content / health-casemix-andrg1.htm
AP-DRG	All Patient Diagnosis Related Groups	http:// www.fischer-zim.ch / text-pcssa / t-ga-E4-System-AP-0003.htm
APDRG-CH	Verein APDRG-Schweiz	http:// www.apdrgsuisse.ch /
APR-DRG	All Patient Refined Diagnosis Related Groups	http:// solutions.3m.com / wps / portal / 3M / en _ US / 3MHIS / HealthInformationSystems / solutions / classification-grouping /
AR-DRG	Australian Refined Diagnosis Related Groups	http:// www.health.gov.au / internet / wcms / publishing.nsf / Content / health-casemix-ardrg1.htm
CC	Comorbidity or Complication	Begleiterkrankung oder Komplikation
CCC	Catastrophic Comorbidity or Complication	Sehr schwerwiegende Begleiterkrankung oder Komplikation
CCL	Complication and Comorbidity Level	CC-Stufe
CHOP	Schweizerische Operationsklassifikation	http:// www.bfs.admin.ch / bfs / portal / de / index / infothek / erhebungen _ _ quellen / blank / blank / codage / 03.html
CMS-DRG	Diagnosis Related Groups der Medicare-Versicherung	http:// cms.hhs.gov / providers / hipps /
DkDRG	Dänische DRG	http:// www.sst.dk / Planlaegning _ og _ behandling / DRG.aspx ? lang = da
DPC	Diagnosis Procedure Combinations	
DRG	Diagnosis Related Groups	http:// www.fischer-zim.ch / textk-pcs / index.htm
D.S.	Disease Staging	http:// www.schellen.com / de / disease.php
EBI	Erweiterter Barthelindex	http:// www.kcgeriatrie.de / instrumente / ebi.htm
FIM	Functional Independence Measure (Funktionaler Selbständigkeitsindex)	http:// www.udsmr.org /
FPV 2008	Fallpauschalenvereinbarung 2008	http:// www.g-drg.de / cms / index.php / inek _ site _ de / g _ drg _ system _ 2008 / abrechnungsbestimmungen / fpv _ 2008
FRB	Frühreha-Barthel-Index	http:// www.dsg-info.de / pdf / KLF2005 / FRB.pdf
G-DRG	German Diagnosis Related Groups	http:// www.g-drg.de /

[43] Vgl. http:// www.fischer-zim.ch / text-pcssa / t-ga-H4-System-GDRG-0003.htm und Fischer [DRG Labels, 2007].

Tafel 7: Im Text verwendete Abkürzungen (Teil 2)

Abkürzung	Bezeichnung	Übersetzung; Internet- und Literaturhinweise
GHM	Groupes homogènes de malades	http:// www.atih.sante.fr /
HBC	Homogén Betegség-Csoportok	http:// www.gyogyinfok.hu / magyar / prog_archiv.html
HBG	Health Benefit Groups	http:// www.ic.nhs.uk / our-services / classification-and-standards / casemix / whats-new- / -updates / archive / health-benefits-groups
HCFA-DRG	Diagnosis Related Groups der Health Care Financing Administration	http:// www.fischer-zim.ch / text-pcssa / t-ga-E1-System-HCFA-0003.htm
HRG	Healthcare Resource Groups	http:// www.ic.nhs.uk / our-services / standards-and-classifications / casemix
KK	Komorbidität oder Komplikation	
IAP-DRG	International All Patient Diagnosis Related Groups	http:// www.fischer-zim.ch / text-pcssa / t-ga-E7-System-IAP-0003.htm
ICD-10	Internationale Klassifikation der Krankheiten, 10. Revision	http:// www.dimdi.de / de / klassi / diagnosen / icd10 /
ICD-10-GM	ICD-10, German Modification	http:// www.dimdi.de / de / klassi / diagnosen / icd10 /
IR-DRG	International Refined Diagnosis Related Groups	http:// multimedia.mmm.com / mws / mediawebserver.dyn ? 6666660Zjcf6lVs6EVs66SHOBCOrrrrQ-
LEP	Leistungserfassung in der Pflege	http:// www.lep.ch /
LDF	Leistungsbezogene Diagnosen-Fallgruppen	http:// www.bmgf.gv.at / cms / site / themen.htm ? channel = CH0005
MCC	Major Comorbidity or Complication	Schwerwiegende Begleiterkrankung oder Komplikation
MS-DRG	Medicare Severity-Diagnosis Related Groups	http:// cms.hhs.gov / AcuteInpatientPPS /
NordDRG	Nordic Diagnosis Related Groups	http:// www.pubcare.uu.se / nordwho / verksam / norddrge.htm
OPS-301	Operationsschlüssel nach §301 SGB V	http:// www.dimdi.de / de / klassi / prozeduren / ops301 /
PCCL	Patient Clinical Complexity Level	Klinische Fallkomplexität
PMC	Patient Management Categories	http:// www.fischer-zim.ch / streiflicht / PMC-9511.htm
RDRG	Refined Diagnosis Related Groups	http:// www.fischer-zim.ch / text-pcssa / t-ga-E3-System-RDRG-0003.htm
RID	Reduction in Deviance	Devianzreduktion
RIV	Reduction in Variance	Varianzreduktion
SCC	Severe Comorbidity or Complication	Schwerwiegende Begleiterkrankung oder Komplikation
SQLape	Striving for Quality Level and Analysis of Patient Expenditures	http:// www.sqlape.com /
SR-DRG	Severity-Refined Diagnosis Related Groups	http:// www.fischer-zim.ch / text-pcssa / t-ga-E6-System-SR-0003.htm
SwissDRG	Swiss Diagnosis Related Groups	http:// www.swissdrg.org /

Literaturverzeichnis

Andréoletti et al. (2007) T2A

Andréoletti C et équipe MT2A. *La tarification des établissements de santé*. Rappel des enjeux, des modalités, des schemas cibles et transitoires. Paris (Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports) 2007: 21 S. Internet: http:// www.sante.gouv.fr / htm / dossiers / t2a / pedagogie / documents / rappel _ enjeux _ mai07.pdf.

Arnold et al. (2000) KH-Report

Arnold M, Litsch M, Schellschmidt H [Hrsg.]. *Krankenhaus-Report 2000*. Schwerpunkt: Vergütungsreform mit DRGs. Stuttgart New York (Schattauer) 2000: 502 S. Info unter: http:// wido.de / khr_2000.html.

Bartkowski et al. (2006) G-DRG 2006

Bartkowski R, Bauer H, Witte J. *G-DRG*. Praxiskommentar zum Deutschen Fallpauschalen-System. Mit 3. Ergänzungslieferung, Landsberg (Ecomed) 2006.

Brügger et al. (2002) LEP-Methode 2.0

Brügger U, Bamert U, Maeder C, Odermatt R. *Beschreibung der Methode LEP® Nursing 2*. Leistungserfassung für die Gesundheits- und Krankenpflege. 2, überarbeitete Auflage, (LEP AG) 2002: 32 S. Internet: http:// www.lep.ch / pdf / Methodenbeschreibung_2_1.pdf.

Casas et al. (1993) DRG-EU

Casas M, Wiley MM. *Diagnosis Related Groups in Europe*. Uses and Perspectives. Berlin u. w. (Springer) 1993: 207 S.

DMH (1999) Casemix in Europe

The Danish Ministry of Health. *Hospital Funding and Casemix*. Kopenhagen (DMH) 1999: 89 S. Internet: http:// www.sst.dk / upload / hospital_funding_and_casemix_drg.pdf.

EROS (1995) PRN87-de

Equipe de Recherche Opérationelle en Santé. *Das PRN-System zur Messung des zeitlichen Pflegeaufwandes*. Die Messung der erforderlichen Pflegetätigkeiten für einen Patienten für eine Periode von vierundzwanzig Stunden. 5. überarbeitete Ausgabe, aus dem Französischen übersetzt von S. Knecht, Montréal 1995.

Fetter et al. (1980) DRGs
Fetter RB, Shin Y, Freeman JL, Averill RF, Thompson JD. *Casemix definition by Diagnosis Related Groups*. In: Medical Care 1980(18): S1–S53.

Fetter et al. (1991) DRGs
Fetter RB, Brand A, Dianne G [Hrsg.]. *DRGs, Their Design and Development*. Ann Arbor (Health Administration Press) 1991: 341 S.

Fischer (1997) PCS
Fischer W. *Patientenklassifikationssysteme zur Bildung von Behandlungsfallgruppen im stationären Bereich*. Prinzipien und Beispiele. Bern und Wolfertswil (ZIM) 1997: 514 S. Auszüge: http:// www.fischer-zim.ch / studien / PCS-Buch-9701-Info.htm.

Fischer (2000) DRG-Grundzüge
Fischer W. *Grundzüge von DRG-Systemen*. In: Arnold et al. [KH-Report, 2000] 2000: 13–31.

Fischer (2000) DRG-Systeme
Fischer W. *Diagnosis Related Groups (DRGs) und verwandte Patientenklassifikationssysteme*. Kurzbeschreibungen und Beurteilung. Wolfertswil (ZIM) 2000: 181 S. Internet: http:// www.fischer-zim.ch / studien / DRG-Systeme-0003-Info.htm.

Fischer (2002) CW-Verläufe
Fischer W. *Kostengewichtsverläufe zu ausgewählten DRG-Systemen*. HCFA-DRG, AR-DRG 4, APDRG-CH. In: Dreiländertreffen 29.11., Bern 2002: 12 S.

Fischer (2002) DRG+Pflege
Fischer W. *Diagnosis Related Groups (DRGs) und Pflege*. Grundlagen, Codierungssysteme, Integrationsmöglichkeiten. Bern (Huber) 2002: 472 S. Auszüge: http:// www.fischer-zim.ch / studien / DRG-Pflege-0112-Info.htm.

Fischer (2002) CW-AR-4
Fischer W. *A Comparison of Australian National Cost Weights from 1997/98 until 1999/00*. In: Proceedings of the 18th PCS/E International Working Conference, Innsbruck 2002: 128–146. Internet: http:// www.fischer-zim.ch / paper-en / CW-AR4-Analysis-0210-PCSE.htm.

Fischer (2003) DRG-Entwicklung
Fischer W. *DRG-Entwicklungsperspektiven*. In: Klauber et al. [KH-Report, 2003] 2003: 3–19. Internet: http:// www.fischer-zim.ch / artikel / DRG-Entwicklung-0304-KHreport.htm.

Fischer (2003) SL/RefinedDRG
Fischer W. *refined is not refined is not refined*. Was sind «refined» DRGs?. In: Streiflicht ZIM 2003(11)1. Internet: http:// www.fischer-zim.ch / streiflicht / Refined-DRGs-0301.htm.

Fischer (2005) Paarweise PCS-Vergleiche
Fischer W. *Paarweise Vergleiche von Patientenklassifikationssystemen*. Basis-DRGs, Fraktionierungskoeffizient und Belegungsdiagramme zur Beurteilung der relativen klinischen Homogenität von DRG-Systemen. Wolfertswil (ZIM) 2005: 51 S. Internet: http:// www.fischer-zim.ch / studien / PCS-Vergleiche-0511-Info.htm.

Fischer (2005) Relative klinische Homogenität
Fischer W. *Beobachtungen zur relativen klinischen Homogenität ausgewählter DRG-Systeme*. Materialien zur Konferenz PCS Schweiz – APDRG Schweiz. 2005: 20 S. Internet: http:// www.isesuisse.ch / fr / conferences / e _ 0511 _ fischer.pdf.

Fischer (2005) Krankenhaus-Betriebsvergleiche
Fischer W. *Neue Methoden für Krankenhaus-Betriebsvergleiche*. Ein Werkstattbuch zur Visualisierung DRG-basierter Daten. Wolfertswil (ZIM) 2005: 160 S. Auszüge: http:// www.fischer-zim.ch / studien / KBV-0506-Info.htm.

Fischer (2007) DRG Labels
Fischer W. *Do You Speak DRG ?*. Measuring the Complexity of Labels of Medicare DRGs, AR-DRGs, and G-DRGs by Counting Conjunctions. In: Proceedings of the 23rd PCSI International Working Conference, Venezia 2007. Internet: http:// www.fischer-zim.ch / paper-en-pdf / DRG-Labels-0711-PCSI.pdf.

Fischer (2007) «DRGs» und DRGs
Fischer W. *Warum viele «Diagnosis Related Groups» (DRGs) keine diagnosebezogenen Gruppen sind*. Unterschiedliche finanzielle Anreize bei der Vergütung von Krankenhausleistungen inklusiv oder exklusiv der ärztlichen Leistungen. In: Streiflicht ZIM 2007(15)3. Internet: http:// www.fischer-zim.ch / streiflicht / Warum-viele-DRGs-keine-DRGs-sind-0712.htm.

Fischer (2007) G-DRG-Verständlichkeit
Fischer W. *Sprechen Sie G-DRG?*. G-DRG 2007: Statistische Optimierung zu Lasten fachsprachlicher Verständlichkeit. In: Streiflicht ZIM 2007(15)1. Internet: http:// www.fischer-zim.ch / streiflicht / GDRG-2007-Sprache-0701.htm.

Fischer (2008) Grafiken zur PCS-Beurteilung
Fischer W. *Statistische Grafiken zur Beurteilung von Patientenklassifikationssystemen*. dargestellt am Beispiel der pädiatrischen Sicht auf das APDRG-System. Wolfertswil (ZIM) 2008: 169 S. Internet: http:// www.fischer-zim.ch / studien / Grafiken-PCS-Beurteilung-0804.htm.

Fischer (2008) DRG-Familie
Fischer W. *Die DRG-Familie*. Stand: 2007. 2008: 32 S. Internet: http:// www.fischer-zim.ch / textk-pcs / index.htm.

Gonella et al. (1984) Disease Staging
Gonella JS, Hornbrook MC, Louis DZ. *Staging of Disease*. A Case-Mix Measurement. In: JAMA 1984(251)5: 637–644.

Craig/Mitchell (2007) Neonates in CMG+
Craig H, Mitchell S. *New Grouping Elements for Neonatal Patients*. A Step Forward in CMG+. In: 23th International PCSI Conference, Venice 2007.

Hong Dung (2007) CW+SPGs in APDRG-CH 6
Hong Dung D, Guillain H, Kossaibait S, Rey JC, Schenker L. *SPGs und Kostengewichte Version 6*. In: Tagung PCS Schweiz, Murten 2007. Internet: http:// www.isesuisse.ch / de / konferenzen / e _ 0705 _ guillain1 _-d.pdf.

Iezzoni (1994) Risk Adjustment
Iezzoni LI [Hrsg.]. *Risk Adjustment for Measuring Health Care Outcomes*. Ann Arbor (Health Administration Press) 1994: 423 S.

Klauber et al. (2003) KH-Report
Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H [Hrsg.]. *Krankenhaus-Report 2003*. Schwerpunkt: G-DRGs im Jahre 1. Stuttgart New York (Schattauer) 2003: 463 S. Info unter: http:// wido.de / khr_2003.html.

Marazzi et al. (2007) Reimbursement Schemes
Marazzi A, Gardiol L, Duong HD. *New Approaches to Reimbursement Schemes Based on Patient Classification Systems and their Comparison*. In: Health Services Management Research 2007(20)Number 3: 203–210.

McGuire (1993) DRG-Evolution
McGuire TE. *DRG Evolution*. In: Casas et al. [DRG-EU, 1993] 1993: 30–45.

Muldoon (2002) APR-DRG 20
Muldoon JH. *Introducing the New and Improved APR-DRGs*. In: Children's Hospitals Today 2002(11) Fall. Internet: http:// www.childrenshospitals.net / AM / Template.cfm ? Section = Search & template = / CM / HTMLDisplay.cfm & ContentID = 10931.

Neubauer et al. (1992) PMC-Ergebnisse
Neubauer G, Demmler G, Eberhard G, Rehermann P. *Erprobung der Fallklassifikation «Patient Management Categories» für Krankenhauspatienten*. Ergebnisbericht. Baden-Baden (Nomos) 1992: ca. 360 S.

Neubauer et al. (1992) PMC-Prüfung
Neubauer G, Demmler G, Eberhard G. *Erprobung der Fallklassifikation «Patient Management Categories» für Krankenhauspatienten*. Anlagenbericht: Klinische Überprüfung der Plausibilität für die Bundesrepublik Deutschland. Baden-Baden (Nomos) 1992: 356 S.

PRI (1993) PMC-Rel.5
PRI (The Pittsburgh Research Institute). *Patient Management Categories*. A Comprehensive Overview. Pittsburgh (The Pittsburgh Research Institute) 1993: ca. 65 S.

Rey et al. (2007) APDRG-CH 6.0
Rey JC, Kossaibai S, Guillain H, Schenker L, Hong-Dung D. *Refining Ancient DRGs by Adding 228 Subgroups*. Principles, Process, and Results. In: 23th International PCSI Conference, Venice 2007: 18 S.

Schenker (2005) Grouper-Wahl
Schenker L. *Auswahl und definitive Wahl des neuen Groupers für die Schweiz im Rahmen des Projektes SwissDRG*. 2005: 7 S. Internet: http://www.apdrgsuisse.ch/public/de/schenker_l_swissdrg_choix_groupeur_0512-d.pdf.

SwissDRG (2008) Gründung SwissDRG AG
SwissDRG. *Die Tarifpartner KVG gründen die SwissDRG AG*. 2008: 2 S. Internet: http:// www.swissdrg.org / assets / pdf / Medienmitteilung _ SwissDRG _ AG _ 18.01.08-d.pdf.

SwissDRG (2007) Helvetisierungspaket
SwissDRG. *Helvetisierungspaket 2007*. Vom Steuerungsausschuss SwissDRG abgenommen: 16. November 2007, 2007: 8 S. Internet: http:// www.swissdrg.org / assets / pdf / Helvetisierung _ 2007 / SwissDRG _ Helvetisierungspaket _ 2007 _ homepage.pdf.

The Casemix Service (2007) HRG4/Unbundling
The Casemix Service. *HRG4 Guide to Unbundling*. (NHS Information Centre) 2007: 40 S. Internet: http:// www.ic.nhs.uk / webfiles / Services / casemix / Prep%20 HRG4 / Guide%20 to%20 Unbundling2.pdf.