

## **Diagnosis Related Groups (DRGs)**

**Andrea Weise (im Auftrag der Kommission Berufspolitik, April 2010)**

### **1. Was sind DRGs ?**

“Diagnosis Related Groups” (DRGs) sind Patientenklassifikationssysteme anhand Gruppen medizinischer Diagnosen. Diese bilden die Basis für Fallkostenpauschalen und werden somit zur finanziellen Abgeltung von Spitalleistungen eingesetzt.

Konkret bedeutet das, dass jede PatientIn<sup>1</sup> einer Diagnosegruppe zugeordnet wird. Kriterien hierbei sind vor allem die Haupt- und eventuelle Nebendiagnosen, können aber auch z.B. Arten medizinischer Eingriffe, Geschlecht oder Alter sein. Jeder Diagnosegruppe ist ein feststehender finanzieller Betrag zugeordnet. Der konkrete Einzelfall und seine Besonderheiten wird also bei der finanziellen Entschädigung des Spitals nicht berücksichtigt, wie auch die tatsächlich erbrachten Leistungen oder die Aufenthaltsdauer keine Rolle mehr spielen.

### **2. Einführung in der Schweiz**

2003 wurde das Projekt gestartet, 2004 der Verein „Swiss DRG“ gegründet.

2007 wurde die Übergangsbestimmung zur Änderung des KVG (Spitalfinanzierung) durch die Eidgenössischen Räte beschlossen:

- Am 31.12.2011 muss die Einführung schweizweit einheitlicher, leistungsbezogener Pauschalen in der Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation abgeschlossen sein.
- Es soll durch die Tarifpartner eine Organisation gegründet werden, die ein passendes System erarbeitet (und später weiterentwickelt und anpasst), welches schweizweit in der Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation eingeführt werden kann.
- Der Bundesrat ist die Genehmigungsbehörde für das zu entstehende System.

2008 wurde gemäss dem Auftrag aus der Übergangsbestimmung eine Organisation gegründet: die „SwissDRG AG“. Erklärtes Ziel ist es, ein DRG-System für die stationären akutsomatischen Spitalleistungen zu entwickeln und ab dem 1.1.2012 schweizweit tarifwirksam einzuführen. Durch jährliche Antragsverfahren der Aktionäre sollen danach laufend Verbesserungen angebracht werden und es ist ein

---

<sup>1</sup> Im gesamten Dokument wird als geschlechtsunspezifische Variante die Endung mit dem grossen „I“ verwendet, z.B. PatientIn, KlientIn, CodiererIn.

Monitoring der Kosten- und Leistungsentwicklungen in den Spitälern vorgesehen.  
Aktionäre sind:

- Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektoren (GDK)
- H+ Die Spitäler der Schweiz
- santésuisse Die Schweizerischen Krankenversicherer
- Medizinaltarifkommission UVG, MV/IV (MTK)
- Vereinigung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH)

Auf Basis der deutschen DRGs wurde ein SwissDRG entwickelt und hiermit wurden schweizweit in sogenannten Netzwerkspitälern (Stand Januar 2010: 39) Daten erhoben. Eine vollständige Liste der Netzwerkspitäler ist auf der Webseite der SwissDRG AG einzusehen. Ziel dieser Datenerhebung war es, die durchschnittlichen Kosten jeder Fallgruppe zu ermitteln, das sogenannte Kostengewicht. Gleichzeitig wurden die SwissDRGs aufgrund der Erfahrungen beim Datenerheben weiterentwickelt. Es mag deutlich sein, dass die Gestaltung der Patientendossiers in den Netzwerkspitälern und was dort bisher erfasst wurde direkten Einfluss auf die Kodierqualität und auf die Berechnung der Kostengewichte pro Fallgruppe hatte.

Im Juli 2009 wurde beim Bundesrat ein erstes Tarifgesuch für das neue Fallpauschalensystem eingereicht. Wegen Unvollständigkeit wurde vom Bundesrat eine Nachfrist gewährt bis Ende 2009, die aber nicht eingehalten werden konnte. Hauptkritikpunkte waren fehlende Offenlegung der Berechnungsgrundlagen, fehlende Schätzungen über die Auswirkungen auf die Kosten, fehlender Vorschlag zum Monitoring der Kostenentwicklung und fehlendes konkretes Konzept zur Gewährleistung der Qualität der Leistungen. Bemerkte wurde ebenfalls, dass die SwissDRG AG in keines der Projekte zur Entwicklung von nationalen Fallpauschalen in der Psychiatrie und der Rehabilitation einbezogen ist. Der Bundesrat hält bis dato dennoch am geplanten Einführungsdatum 1.1.2012 fest.

### **3. SwissDRGs für die Akutsomatik**

Im vorgeschlagenen System wird jede PatientIn nach der Entlassung aus dem Akutspital einer Diagnosegruppe zugeordnet. Kriterien hierbei sind:

- Hauptdiagnose (ICD-10)
- eventuelle Nebendiagnosen (ICD-10)
- Prozeduren (CHOP; hauptsächlich medizinische Eingriffe)
- Geschlecht
- Alter
- Schweregrad
- bei Neugeborenen: Geburtsgewicht

Eine medizinische CodiererIn codiert dies nach feststehenden Regeln aufgrund der ihr vorliegenden Akten. Eine Software (Grouper) ermittelt anschliessend aus diesem Datensatz die zugehörige Fallgruppe.

Jeder Fallgruppe ist in Abhängigkeit des zu erwartenden durchschnittlich üblichen Behandlungsaufwandes ein bestimmtes Kostengewicht zuerkannt. Dieses wird, wie im 2. Kapitel bereits erwähnt, aktuell über eine Datenerhebung in ausgewählten Netzwerkspitälern ermittelt.

Das Kostengewicht multipliziert mit einem Basispreis (Base Rate) ergibt die tatsächliche Fallentschädigung für das Spital. Der Basispreis ist abhängig vom Tarifvertrag, könnte also zum Beispiel kantonal oder spitalspezifisch unterschiedlich sein. Für 2011 sind durch die SwissDRG Tarifverhandlungen mit den betreffenden Partnern vorgesehen.

Des Weiteren wurden Begleitmassnahmen zu folgenden Themen vorgeschlagen:

- Wiederaufnahme innerhalb bestimmter Frist wegen gleicher Erkrankung oder Komplikationen gilt nicht als neuer Fall
- Monitoring der Qualität der medizinische Behandlung
- Zusätzliche finanzielle Regelungen für aus- und weiterbildende Spitäler
- Überwachung des Zusammenspiels stationärer und ambulanter Behandlung, Monitoring der Kostenentwicklungen in beiden Bereichen

### **Mögliche Auswirkungen**

Positive Auswirkungen dieser zukünftig national einheitlichen Tarifstruktur werden folgende erwartet bzw. erhofft:

- Transparenz in Leistungserbringung, Ressourcenverwendung und Kosten
- Strukturierte Prozesse in den Spitälern, klarer einzuschätzender Ressourcen- und Zeitaufwand
- Vermeiden unnötiger Leistungen
- Nationale Vergleichbarkeit der Spitäler
- Vereinfachung der Kostenträgerrechnungen
- Höhere Auslastungen der Spitäler durch erhöhte Effizienz und verbesserte, transparentere Zusammenarbeit der Dienste
- Verbesserte Vernetzung Zuweiser, stationäre und poststationäre Institutionen

Befürchtungen bezüglich negativer Veränderungen nach der Einführung sind folgende:

- Verkürzte Aufenthaltsdauer
- Entlassung in instabilem Zustand
- Erhöhte Wiederaufnahmerate
- Verlagerung von derzeit stationären Angeboten in den ambulanten Bereich -> Verschiebung der Kosten
- Kostensenkungsdruck
- Explosion des administrativen Aufwandes

- Reduktion der Leistungen pro Fallgruppe -> Qualitätsminderungen
- Schlechtere Arbeitsbedingungen Personal
- Bestimmte Berufsgruppen, die nicht verpflichtend in Fallgruppen aufgeführt sind, abbauen bzw. nicht anbieten
- Personalentlassungen
- Anreiz, komplexe Fälle oder Fallgruppen und seltene Krankheiten aus dem Angebot auszuschliessen
- Ausbildende Spitäler klar in ungünstigerer Position -> weniger Ausbildungsplätze
- Weniger Weiterbildungsaktivitäten der Spitäler
- Innovationsfreudige Spitäler mit höheren Investitionskosten in ungünstigerer Situation -> weniger Innovationsbereitschaft
- Spitäler mit älteren Immobilien in ungünstigerer Situation -> Investitionen in Gebäudeunterhalt/ -erneuerung müssen künftig selber getragen werden; die Spitäler, die mit neuen bzw. erneuerten Immobilien im neuen System starten, haben diese noch nach altem Muster finanziert bekommen
- Kleinere Abteilungen oder Spitäler mit geringen Fallzahlen pro Fallgruppe in ungünstigerer Position (weniger Chance auf Ausgleich zwischen aufwendigeren Fällen und weniger aufwendigen)
- Daten aus Netzwerkspitälern zur Errechnung der Kostengewichte nicht repräsentativ -> zu niedrige Beträge werden festgelegt

Im Luzerner Kantonsspital hat das Pilotprojekt zur Einführung der SwissDRGs stattgefunden. Die DRG-Software wurde ins Abrechnungssystem integriert und eine Parallel-Buchhaltung geführt. Schwächen zeigten sich dort vor allem bei den seltenen Fallgruppen, die im Softwareprogramm noch nicht ausgereift genug aufgeführt waren. Auch zeigte sich, dass die Fallpauschalen, die das SwissDRG-System erzeugt, den bisherigen Tagespauschalen überhaupt nicht entsprechen, auch nicht über die ganze Gruppe Patienten genommen.

### **Wo steht der EVS ?**

Bereits seit einigen Jahren haben wir über PräsidentInnenkonferenzen, Delegiertenversammlungen und Chef-ErgotherapeutInnen-Treffen konsequent auf das Thema hingewiesen und informiert über den Stand der Dinge, was der EVS aktuell machte und was die ErgotherapeutInnen in Akutspitälern tun könnten.

Bisher waren vor allem die ErgotherapeutInnen in den Netzwerkspitälern gefragt, in denen die Daten für die Erstellung der SwissDGRs gesammelt wurden. Sie waren bemüht, Ergotherapie als einzelne Leistung in den Erfassungen der Spitäler aufgeführt zu bekommen, so dass die Codierer überhaupt aus den Dossiers erfassen können, bei welchen Patientengruppen Ergotherapie derzeit tätig ist. In einigen

Spitälern, in denen keine ErgotherapeutIn angestellt ist, aber als ambulanter Dienst eingekauft wird, wurden diese sensibilisiert zu versuchen, ihre Leistungen auch in den Erfassungen des Spitals zur einzelnen PatientIn aufgenommen zu bekommen.

Zudem wurde die nationale DRG-Petition, die der Verband des Personals öffentlicher Dienste (vpod) lanciert hatte, aktiv und personell unterstützt, in der flankierende Massnahmen bei der Einführung gefordert wurden. Wir haben verschiedentlich über E-Mail, Webseite und Zeitschrift alle unsere MitgliederInnen über die Hintergründe und Ziele informiert und dazu aufgefordert, mitzumachen und mitzusammeln. Im Dezember 2009 wurden die schweizweit beinahe 30.000 gesammelten Unterschriften an Bundesrat Didier Burkhalter überreicht. Seitdem werden weitere Schritte geplant und Kontakte mit anderen relevanten Vertretern der Politik durchgeführt bzw. gesucht.

Verschiedene Gespräche mit u.a. dem Präsidenten des Berufsverbandes der medizinischen Codierer, dem Verwaltungsratspräsidenten der SwissDRG AG und dem Präsidenten der FMH-Fachgesellschaft wurden geführt; einerseits zum Informationen sammeln, andererseits auch um die Grundlage für zukünftige Zusammenarbeit abzuklären bzw. zu legen.

Klar ist, dass wir als Berufsverband keinen direkten Einfluss auf Art und Qualität der Erfassung der Leistungen in den Spitälern nehmen können. Klar ist auch, dass wir als Berufsverband kein direktes Stimm- oder Antragsrecht bezüglich der SwissDRGs haben. Lediglich im Falle, dass in den zukünftigen Pauschalen bei bestimmten Fallgruppen Ergotherapie als Leistung nicht inbegriffen wäre, wo sie zwingend nötig ist, können wir eine direkte Eingabe eines sogenannten „Systemfehlers“ beim Hauptbüro machen. Alle anderen Anträge müssen über einen der Aktionäre laufen.

#### **4. Entwicklungen für stationäre Psychiatrie und Rehabilitation**

Recherchen haben ergeben, dass es bis dato keine Organisation gibt, die dieses Mandat ausführt ähnlich der SwissDRG AG, und dass mehrere Projekte liefen und laufen. H+, der grosse Interessenvertreter der Schweizer Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen, arbeitet zum Beispiel an zwei Projekten: den „psysuisse“ und einem stationären Tarifmodell für die Rehabilitation.

„psysuisse“, eine leistungsorientierte Tarifstruktur für die stationäre Psychiatrie, wurde von der Aktivkonferenz Psychiatrie erarbeitet und soll in einem späteren Stadium der SwissDRG AG übergeben werden. Im Oktober 2009 hat eine Information über die entwickelte Tarifstruktur bei der Vereinigung der Direktoren der psychiatrischen Kliniken und Dienste stattgefunden. Für 2010 ist eine Datenerhebung in zahlreichen Kliniken angekündigt.

Die Aktivkonferenz Reha hat sich 2009 entschieden, das Tarifmodell „STM Reha MTK“ als künftige Tarifstruktur für die stationäre Rehabilitation zu vertreten. Die

konkrete Umsetzung in ein Tarifmodell und die Ausdehnung auf andere Fachbereiche läuft derzeit. Diese Entscheidung fiel aufgrund einer Konsultativabstimmung unter den betroffenen Reha-Betrieben.

## **5. Was könnten wir ErgotherapeutInnen tun ?**

Wichtig wäre, dass sich alle ErgotherapeutInnen in Akutspitälern, aber auch in Rehabilitation und Psychiatrie vermehrt dafür einsetzen (insofern nicht schon längst geschehen), in ihrer Institution ein aussagekräftiges Leistungserfassungs- und Dokumentationssystem ihrer Leistungen haben und dass Ihnen die Daten daraus auch zugänglich und verständlich sind. Diese können als fachliche und ökonomische interne Diskussionsgrundlage dienen und schaffen eine Transparenz der erbrachten Leistungen.

Empfehlenswert wäre auch, klinische Behandlungspfade für die oft vorkommenden Patientengruppen mit den vorgesetzten Stellen festzulegen, so dass klar ersichtlich ist, welche PatientInnen im „Normalfall“ überhaupt und mit welcher durchschnittlichen Intensität behandelt werden. Im Zuge einer solchen Entwicklung wird auch die notwendige Diskussion, bei welchen Patientengruppen wann Ergotherapie als zwingend notwendige Leistung angesehen wird geführt, abgeschlossen und schriftlich festgelegt.

Allen betroffenen ErgotherapeutInnen in Akutspitälern empfehlen wir eine Sichtung der SwissDRGs und der dazugehörigen CHOP-Klassifikation (bezüglich Prozeduren) (siehe Webseite der SwissDRG AG) zur selbständigen Klärung der zu erwartenden Folgen für die eigene Situation.

Alle betroffenen KollegInnen in stationärer Psychiatrie und Rehabilitation bitten wir, sich in ihrem Betrieb umzuhören, welche Projekte bezüglich Fallpauschalen laufen. Auch wäre es wichtig, sich im eigenen Betrieb zu erkundigen, ob Ergotherapie als separate Leistungen erfasst werden bzw. bereits in Behandlungspfaden oder ähnlichem festgelegt sind. Arbeiten Sie in einem der Spitäler, in denen jetzt angefangen wird, Daten zu sammeln zur Errechnung der Kostengewichte, dann setzen Sie sich bitte ausdrücklich für eine separate Erfassung der Ergotherapie ein. Suchen Sie den Kontakt zu den anderen therapeutischen Diensten und treten Sie, wo irgend möglich, gemeinsam auf.

Bezüglich weiterer Entwicklungen und konkreter Auswirkungen in den Akutspitälern, in der Rehabilitation und Psychiatrie hält sich die Kommission Berufspolitik des EVS jederzeit anbefohlen für weitere Informationen. Ansprechpartner für dieses Thema innerhalb der Kommission ist Andrea Weise, [andrea.weise@ergotherapie.ch](mailto:andrea.weise@ergotherapie.ch).

## Referenzliste

[www.swissdrg.org](http://www.swissdrg.org)

[www.drg-petition.ch](http://www.drg-petition.ch)

Bundesrat (2010), Einführung der leistungsbezogenen Pauschalen. Stand der Umsetzung und Erfahrungen in den Kantonen sowie im Ausland. Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulates von Christine Goll, Bern

SHV (2009), Diagnose Related Groups DRG. Positionspapier des Schweizerischen Hebammenverbands (SHV), Bern

## Gespräche

Conti Carlo (2009), Gespräch mit Verwaltungsratspräsidenten der SwissDRG AG durch Claudia Galli, Präsidentin des EVS, und Judith Marti, Fachverantwortliche des EVS

Haller Jacques de (2009), Gespräch mit Präsident der FMH-Fachgesellschaft durch Claudia Galli, Präsidentin des EVS

Richter Philipp (2008), Vortrag und Gespräch mit Präsident des Berufsverbandes der medizinischen Codierer durch Zentralvorstand des EVS, Bern

## Weitere verwendete Literatur

Bovier Patrick und andere (2009), Konzept für die Begleitforschung aus Anlass der Einführung von SwissDRG. Konzepterstellung im Auftrag der FMH, Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte, [www.fmh.ch](http://www.fmh.ch) (zuletzt gelesen Mai 2010)

Competence (2010), Ausgabe 4 (Themennummer der Zeitschrift des H+ Hospital Forums zu den SwissDGR)

Gans Mathias (2005), Stationäre Versorgung. DRGs – aktuelle Entwicklungen, Vortrag Ergotherapie Kongress des DVE

H+ Flash (2010), Ausgabe 1

H+ Jahresbericht 2009 (2010)

Helsana Standpunkt (2009), Ausgabe 3

Rogler Gerhard (2010), Das Ruiniert das Gesundheitssystem. DRGs – Risiken und Nebenwirkungen, Schweizerische Ärztezeitung, 91:9, S. 370-374