



Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner
Mandat SwissDRG
Dieter Baumberger
Choisystrasse 1
3001 Bern
dieter.baumberger@sbk-asi.ch

**POSITIONSPAPIER SBK PROJEKT SWISSDRG
ZU HANDEN PROJEKTLERITER UND PLG
v040902**

Der Zweck dieses Papiers ist es, die Position des SBK zum Projekt SwissDRG offen zu legen, so dass eine Abgleichung mit den Positionen der Projektpartner SwissDRG zur Entwicklung eines erfolgreichen SwissDRG-Systems stattfinden kann. Das Papier bezieht sich auf die pflegerischen Leistungen im akut-stationären Bereich, die als relevanter Kosten/Preisfaktor angesehen werden.

Ausgangslage

Der SBK begrüsst, dass die akut-stationären Pflegeleistungen in den Geltungsbe-
reich der SwissDRG miteingeschlossen werden. In *Kombination* mit einer klinisch-
und qualitätsorientierten Steuerung stimmt er einer wirtschaftlichkeitsorientierten
Steuerung der Spitäler grundsätzlich zu.

Aller Kritik an und potenziellen Gefahren von DRG-Systemen zum Trotz aner-
kennt der SBK, dass ein zukünftiges SwissDRG-System zur Messung der Produk-
tion und möglicherweise auch für die Vergütung angemessener ist als die bis an-
hin angewandten Methoden. Der SBK ist gewillt, einen aktiven und substantiellen
Beitrag für die Entwicklung eines erstklassigen, auf das schweizerische Gesund-
heitswesen angepassten DRG-Systems zu leisten.

Der SBK sieht die Arbeitsschwerpunkte bei der Mitarbeit im PLG in den Bereichen

- Systemaufbau (TP 2 System)
- Qualitätssicherung (TP 2 System?)

Mangelhafter Miteinbezug pflegerischer Leistungen in DRGs

Bei der Weiterentwicklung des einmal ausgewählten DRG-Systems sollte aus
Sicht des SBK vom in zahlreichen Studien ausführlich beschriebenen Problem der
zur Auswahl stehenden DRG-Systeme ausgegangen werden: Der mehr oder we-
niger unzureichenden Homogenität der Behandlungsfallgruppen. Trotz verschie-
dener Entwicklungslinien und Anstrengungen zur Differenzierung der Gruppierung
(3. Generation, ‚refined‘ Systeme) ist die Streuung der Kosten- und klinischen
Homogenität innerhalb der Gruppen oft noch sehr gross (vgl. z.B. Fischer, 2000,
2002).

Im Zusammenhang mit dem Homogenitätsproblem der DRGs bezweifelt der SBK,
ob die Kosten- und klinische Homogenität der pflegerischen Leistungen angemes-
sen sein wird, sollten einzig herkömmliche Klassifikationsprinzipien angewendet
werden. Ein *bestehender* Mangel der zur Auswahl stehenden DRG-Systeme ist
gemäss Arbeitsgruppe H+/SDK (2002, S. 26) nämlich, dass der Einbezug der
pflegerischen Leistungen noch fehlt beziehungsweise unzureichend ist. Diese

könnten nur *teilweise* über ICD-Diagnosecodes abgebildet werden, in der Regel den tatsächlichen pflegerischen Aufwand aber nur unzureichend widerspiegeln.

Solche Aussagen relativieren für den SBK die Wichtigkeit der Auswahl eines geeigneten DRG-Systems, viel relevanter ist, wie der bestehende Mangel bei der Entwicklung eines SwissDRG-Systems ausgemerzt werden wird. Darum werden in den nächsten Abschnitten weitere Ausführungen zur besseren Klärung dieses Punkts gemacht.

Pflegerische Codes sind in den Klassifikationsprinzipien der zur Auswahl stehenden DRG-Systemen nicht explizit berücksichtigt. Sei es aufgrund der *Hypothese*, dass sämtliche pflegerischen Leistungen über medizinische Diagnosecodes usw. angemessen einbezogen sind, oder aufgrund des derzeitigen *Entwicklungsstandes* von Klassifikationen zur Codierung der Pflege (z.B. analog der ICD-10 bei den Ärzten).

Zahlreiche Studien widerlegen die obige Hypothese. Interessanterweise weisen die Ergebnisse aber ebenso darauf hin, dass die pflegerischen Leistungen in bestimmten DRGs gut erklärt werden können oder medizinische Diagnosecodes *ergänzt* mit pflegerischen Codes die beste Erklärungskraft (Varianzreduktion) haben¹. In Studien wird deutlich, dass sich aus den herkömmlichen Codes jene pflegerischen Leistungen nicht ableiten lassen, die im Zusammenhang mit pflegerischen Kriterien entstehen, die von den medizinischen Codes relativ unabhängig sind. Dies ist im Kern ein während der Entwicklung noch zu lösendes Problem, das sicher zur Güte der SwissDRGs beitragen wird.

Wissenschaftliche Überprüfung

In Anlehnung an die Arbeitsgruppe H+/SDK (2001, S. 18) stuft der SBK die pflegerischen Leistungen als so wichtig ein, dass ihre angemessene Berücksichtigung überprüft werden sollte. Der SBK schlägt vor, die Hypothese, dass sämtliche pflegerischen Leistungen über medizinische Diagnosecodes usw. angemessen einbezogen sind, während der Entwicklung des SwissDRG-Systems grundsätzlich zu überprüfen. Die Hypothese wird für einige SwissDRGs sicher bestätigt werden können. In jenen SwissDRGs, wo sie verworfen werden kann, sind weitere pflegerische Kriterien zu berücksichtigen beziehungsweise Entwicklungsschritte nötig. Dahinter steht als Leistungserbringer der Wunsch nach Objektivierung beziehungsweise Leistungstransparenz, d.h., dass bei schlechter Homogenität der pflegerischen Leistungen und der daraus ableitbaren Pflegekosten in einer bestimmten SwissDRG seitens der Leistungsvergüter nicht ungeprüft auf eine ineffiziente Durchführung der Patientenversorgung geschlossen wird.

Codierung der Pflege

Vom SBK nicht von der Hand zu weisen ist, dass der derzeitige Entwicklungsstand von Klassifikationen zur Codierung der Pflege noch zu Wünschen lässt und der gesetzliche Rahmen fehlt. Eine sich abzeichnende Lösungsmöglichkeit könnte NURSING data bieten. Derzeit muss die Forderung nach einer angemessenen Repräsentation der pflegerischen Leistungen in den zu entwickelnden SwissDRGs also kritisch relativiert werden, weil die technischen Umsetzungsmöglichkeiten limitiert sind. Auf diesem Hintergrund schlägt der SBK punkto angemessener Repräsentation der pflegerischen Leistungen in den SwissDRGs ein schrittweises

¹ Literatur beim Autor erhältlich

Vorgehen während den Entwicklungsarbeiten vor, bei denen auf bestehende Daten zurückgegriffen werden soll (LEP, PRN).

Auswahl des DRG-Systems

Bei der Auswahl plädiert der SBK für ein ‚refined System‘, da die Abbildung der klinischen Homogenität aus medizinischer Sicht zufriedenstellender scheint (Arbeitsgruppe H+/SDK, 2002, S. 26). Dahinter steht die Annahme, dass in der Folge ebenso *ein Teil* der pflegerischen Leistungen im akut-stationären Bereich zufriedenstellender erklärt werden kann, was die Validität des gesamten Systems verbessert. Die wertvollen Erfahrungen aus dem AP-DRG-Projekt sollten grundsätzlich genutzt werden.

Wie oben dargelegt, ist für den SBK die Weiterentwicklung nach der Wahl relevant. Hier wird erwartet, dass das ausgewählte DRG-System zu einem SwissDRG-System entwickelt wird, welches die *gesamten* pflegerischen Leistungen im akut-stationären Bereich zufriedenstellend erklären kann, was die Validität des gesamten Systems zusätzlich verbessert.

Grundsätzlich ist eine schweizweit einheitliche Lösung zur Abbildung der Pflege anzustreben, damit die pflegerischen Leistungen in den SwissDRGs vergleichbar und transparent werden. Bei den landesspezifischen Gegebenheiten, die bei der Einführung eines DRG-Systems üblicherweise miteinbezogen werden, sind aus Sicht des SBK Schnittstellen zu NURSING data prioritär. Weiter sollte nicht der Fehler begangen werden, die schweizerische Pflege und interdisziplinäre Zusammenarbeit im akutstationären Bereich mit solchen anderer Staaten gleichzusetzen (z.B. USA, Deutschland).

Schrittweiser Miteinbezug pflegerischer Leistungen

Der SBK möchte das SwissDRG-System inhaltlich so mitgestalten, dass die pflegerischen Leistungen im zukünftigen SwissDRG-System schrittweise und langfristig zufriedenstellend miteinbezogen werden. Er ist sich im Klaren, dass als statistisches Ergebnis nicht eine '1:1 - Homogenität' vorliegen *kann*. Ebenso, dass zwischen einer möglichst zufriedenstellenden Kosten- und klinischen Homogenität und der Handhabbarkeit in der Praxis (Praxistauglichkeit, Dokumentationsaufwand) des zu entwickelnden SwissDRG-Systems ein vernünftiges Gleichgewicht bestehen muss.

Das unten vorgeschlagene Vorgehen wird in Schritte unterteilt, um die gegenwärtig vorhanden Möglichkeiten zu berücksichtigen und zukünftige Entwicklungen betreffend Datensätze und Klassifikationen in der Schweiz (NURSING data) nutzen zu können. Die Vorschläge stützen sich auf die Arbeiten von Fischer (2000, 2002) ab.

Die pflegerischen Leistungen können vereinfacht auf zwei Arten einbezogen werden (s. Abb. 1):

- auf der Ebene der Kostengewichtung und weiterer Kennzahlen
- auf der Ebene der DRG-Klassifikation

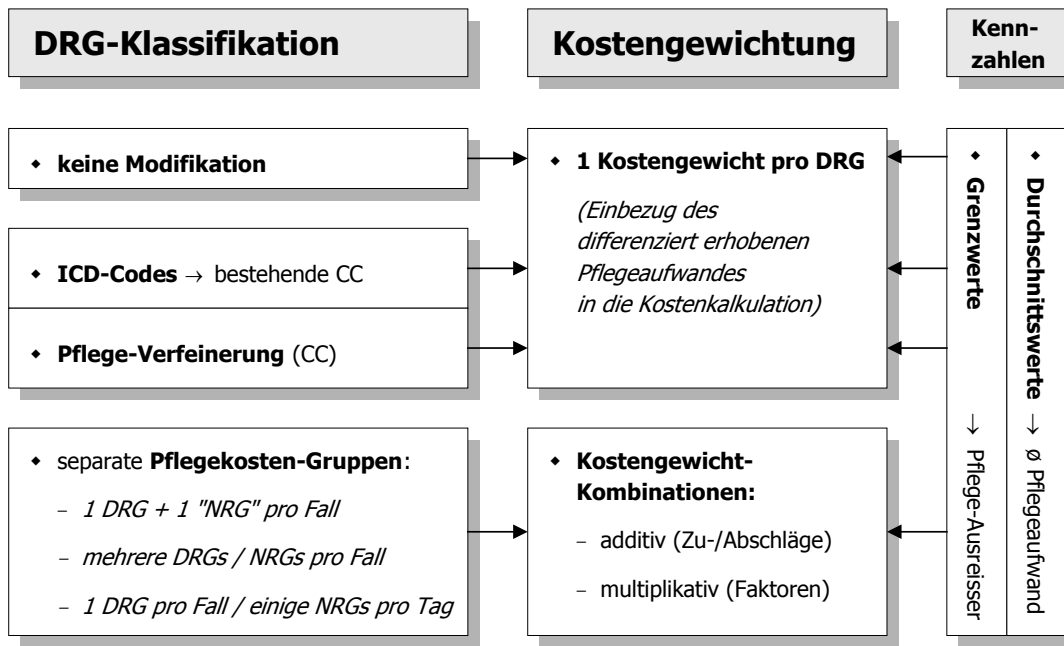


Abb. 1: Potenzielle DRG-Modifikationen der Pflege (Fischer, 2002, S. 90)

Voraussetzung für das schrittweise Vorgehen ist die Abrufbarkeit von Daten über die pflegerischen Leistungen, die im akut-stationären Bereich in Form von PRN und LEP vorliegen. Mit diesen Daten wird man überprüfen können, ob die vom SBK vorgeschlagenen Schritte

- zu Behandlungsfallgruppen (einzelnen SwissDRGs) mit unterschiedlichen Durchschnittskosten führen
- eine allenfalls schlechte Kostenhomogenität innerhalb der einzelnen Gruppen mit pflegerischen Klassifikationskriterien zufriedenstellend verbessert werden kann

(0) Tagesgleiche Pflegesätze nicht verwenden

Angesichts der Kostenrelevanz der pflegerischen Leistungen sind aus Sicht des SBK tagesgleiche Pflegesätze abzulehnen, da der Anteil per pflegerischen Leistungen und der daraus ableitbaren Pflegekosten von einer SwissDRG zur nächsten stark variieren kann.

(1) Pflegekostengewicht pro DRG berechnen

Auf der Ebene der Kostengewichtung sollen in einem ersten Schritt leistungsbezogene Pflegesätze und die Fallkosten anhand von Daten aus Pflegeleistungsmessungen (Pflegeleistungseinheiten = PLE = LEP- oder PRN-Minuten) berechnet werden (Abb. 2).

Pflegesatz pro PLE-Einheit	=	Kosten der Abteilung / SUMME der PLE-Einheiten
Kosten des Falles	=	Pflegesatz × SUMME der PLE-Einheiten des Falles

Abb. 2: Leistungsbezogener Pflegesatz zur Berechnung der Fallkosten (Fischer, 2002, S. 93)

Auf der Grundlage der ermittelten Fallkosten soll das Pflegekostengewicht pro SwissDRG ermittelt werden. Voraussetzung ist, dass die Verteilung der Kosten/Preise pro Kostenstelle geschieht.

Diese Methode zur Kalkulation des Pflegeanteiles in Kostengewichten benutzt die gegenwärtig in den Spitälern verfügbaren Daten in der differenziertesten Weise und wird daher bevorzugt.

(2) **Homogenität und Kostenrelevanz überprüfen**

Die Entwicklung der SwissDRG sollte von Studien zur Überprüfung

- der Homogenität der pflegerischen Leistungen und der daraus ableitbaren Pflegekosten
- der Kostenrelevanz von pflegerischen Codes

begleitet werden.

Darum sollen in einem zweiten Schritt in solchen SwissDRGs, in denen die Homogenität der Pflegekosten schlecht ist, d.h. sich die pflegerischen Leistungen alleine aus den verwendeten Codes (ICD-10, CHOPS usw.) klinisch nicht befriedigend ableiten lassen, weitere pflegerische Leistungen auslösende Codes anderer Klassifikationssysteme getestet werden (NURSING data, ICF usw.; vgl. auch mit 'Pflegeausreisser', S. 6).

(3) **System zur Verbesserung der Homogenität der pflegerischen Leistungen und Pflegekosten konstruieren**

Auf der Ebene der DRG-Klassifikation sollen in einem dritten Schritt auf Grundlage eines Codierungssystems der Pflege, wobei NURSING data zu bevorzugen ist, pflegerische Codes in das Konstruktionsprinzip nur derjenigen SwissDRGs eingebaut werden, die bei der Überprüfung eine schlechte Homogenität der Pflegekosten vorweisen. Voraussetzung ist immer, dass in den Studien nachgewiesen werden konnte, dass das Vorhandensein bestimmter Patientenprobleme (in Form der pflegerischen Codes) die pflegerischen Leistungen und die daraus ableitbaren Pflegekosten in der jeweiligen SwissDRG relevant verändern.

Nachgewiesene pflegerelevante Codes können entweder mit den CC-Listen in Zusammenhang gebracht werden (s. Abb. 1) oder es können, wie in Abb. 3 explizit dargestellt, separate pflegebezogene Gruppen (NRGs) konstruiert werden.

Grundsätzlich sind beim NRG-Ansatz mehrere Klassifikationsmodelle möglich. Im Vordergrund steht der Vorschlag, immer nur höchstens eine NRG und eine DRG pro Fall zu wählen (s. Abb. 1). Mit dem vorgeschlagenen modularisierten Ansatz wird ein zusätzlicher pflegerischer Leistungsbezug - dort wo nötig - ermöglicht. Setzt man DRG-Systeme zur Finanzierung ein, ist es ein wichtiges Ziel, einen Leistungsbezug herzustellen (Arbeitsgruppe H+/SDK, 2001, S. 8). Der vorgeschlagene Klassifikationsansatz schliesst zudem interdisziplinäre Möglichkeiten prinzipiell nicht aus.

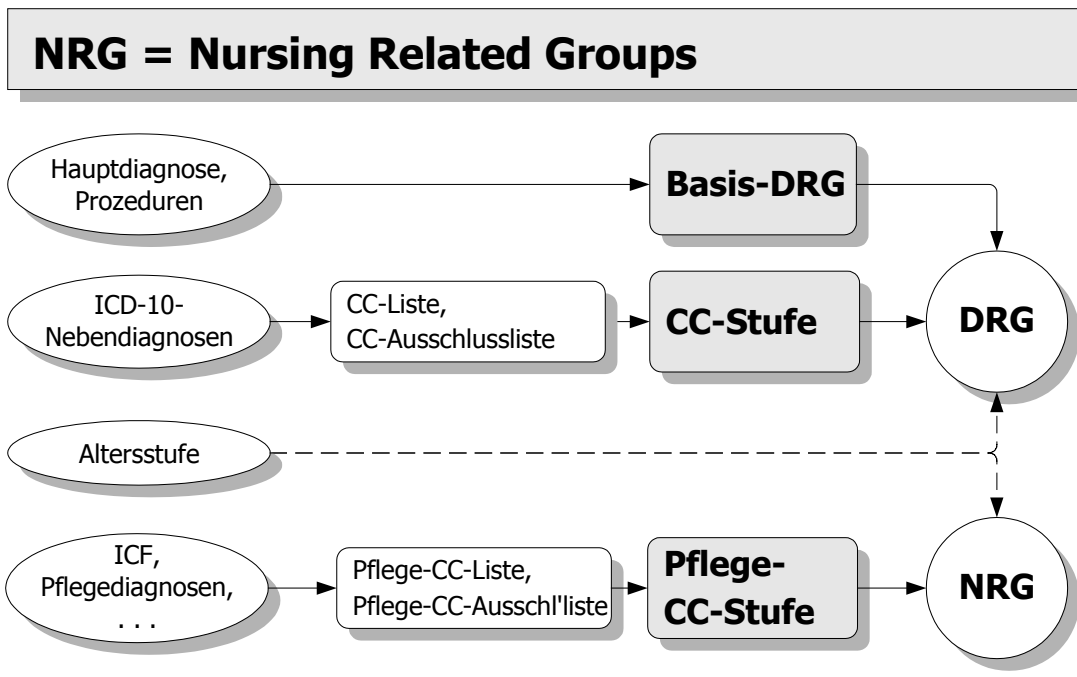


Abb. 3: Pflegebezogene Gruppen als DRG-Ergänzung (Fischer, 2002, S. 102)

(4) **Zusätzlichen Pflegeanteil über NRG-Kostengewicht bezahlen**

In einem vierten Schritt soll der spezifische Pflegeanteil der jeweiligen SwissDRG über ein NRG-Kostengewicht bezahlt werden. Die Kostengewichtung soll mit den Pflegekostengruppen

- additiv über Zu- und Abschläge
oder
- multiplikativ mit Faktoren

erfolgen (s. Abb. 1).

Bei dieser modularisierten Kostengewichtberechnung werden primäre Probleme (DRG/ICD-10, CHOPS) berechnet, und wenn dies aufgrund der ungenügenden Homogenität der pflegerischen Leistungen und der daraus ableitbaren Pflegekosten angezeigt ist, zusätzliche (sekundäre) Probleme (NRG/pflegerische Codes, z.B. NURSING data).

Pflegeausreisser

Erfahrungsgemäss werden mit einem Ausschluss von 5% der Behandlungsfälle auch ca. 20-25% der Pflgetage bzw. Kosten ausgesondert (Fischer, 2002, S. 108), was die Akzeptanz des Systems allgemein bedroht. Der SBK schlägt vor, nebst Grenzwerten für die Aufenthaltsdauern auch solche für die pflegerischen Leistungen zu definieren. Behandlungsfälle mit übermässigen pflegerischen Leistungen könnten so mit einem zusätzlichen Gewicht versehen und mit einer zusätzlichen Vergütung entschädigt werden (Fischer, 2002, S. 108). Hierin kann ansatzweise auch eine (Übergangs-) Lösung gesehen werden, wenn die Homogenität der pflegerischen Leistungen in bestimmten DRGs schlecht ist und noch keine zusätzlichen kostenrelevanten pflegerischen Codes überprüft werden konnten (vgl. 'Homogenität und Kostenrelevanz überprüfen', S. 5).

IPS-Aufenthalte

Um die Homogenität von DRGs zu verbessern, sollte grundsätzlich geklärt werden, ob und wie die IPS-Aufenthalte als eine wichtige Kostenkomponente separat klassifiziert werden sollen, z. B. durch eines von der SGI vorgeschlagenen Instrumentes.

Qualitätsentwicklung

Die Berücksichtigung der Behandlungsqualität ist eine grundlegende Voraussetzung für den Einsatz eines DRG-Systems (*conditio sine qua non*, Arbeitsgruppe H+/SDK, 2001, 2002). Das SwissDRG-System muss unbedingt mit Elementen der Qualitätsentwicklung und -sicherung *kombiniert* werden, wenn es als Grundlage zur Finanzierung eingesetzt werden soll. Die Risiken und falschen Anreize die sonst entstehen können, sind in der Literatur umfangreich beschrieben.

Schluss

Zusammengefasst geht es dem SBK darum, dass - wo angezeigt - Kriterien der Pflege beim SwissDRG-Systemaufbau langfristig mit einbezogen werden, um die SwissDRGs homogener und damit valider und für Vergütungszwecke geeigneter zu machen. Ein zeitlich wesentlicher Faktor wird sein, innerhalb welcher Frist NURSING data eingesetzt werden kann.

Der SBK ist sich bewusst, dass seine Erwartungen eine gewisse Loslösung von den engen Vorgaben herkömmlicher DRG-Konstruktionsprinzipien bedingt, was aber grundsätzlich bereits in anderen Staaten beobachtet werden kann. Er ist überzeugt davon, dass eine 'Codiersuppe' und 'Dokumentationswut' trotzdem vermieden werden kann.

Wichtige Erwartungen des SBK sind zusammengefasst

- die angemessene Repräsentation der pflegerischen Leistungen in Form
 - einer akzeptablen Kosten- und klinischen Homogenität
 - eines nachvollziehbaren Leistungsbezugs
- eine klare Regelung bezüglich der Ausreisser
- eine klare Regelung der IPS-Aufenthalte
- die Berücksichtigung der Behandlungsqualität
- die Handhabbarkeit des Systems (Dokumentationsaufwand)

Literatur

Arbeitsgruppe H+/SDK (2001). *Kriterien zur Beurteilung von Fallgruppierungssystemen für die Schweiz*. <http://www.gdk-cds.ch/de/gesoek/informationssystem/Bericht-def-d.pdf>

Arbeitsgruppe H+/SDK (2002). *Vergleich von ausgewählten Fallgruppierungssystemen* <http://www.gdk-cds.ch/de/gesoek/informationssystem/Bericht02-d.pdf>

Fischer, W. (2000). *Diagnosis Related Groups und verwandte Patientenklassifikationssysteme*. Wolfertswil: Zentrum für Informatik und wirtschaftliche Medizin.

Fischer, W. (2002). *DRGs und Pflege*. Bern: Huber.