

Bericht über die Version 6 der Kostengewichte APDRG Suisse

1. Datengrundlage :

Wie schon im Bericht über die Berechnung der Kostengewichte der Version 6¹ erwähnt, wurde die benutzte Datenbank auf der Grundlage derjenigen Spitaldaten konstituiert, die für die Jahre 2004 und 2005 an SwissDRG geliefert wurden. Nach der Analyse dieser Daten hat die Projektgruppe von APDRG Suisse die Daten von 21 Spitälern für das Jahr 2004 und von 27 Spitälern für das Jahr 2005 ausgewählt.

Wie die Tabelle 1 zeigt, gab es in diesen Spitälern während der beiden Jahre insgesamt 435'853 Aufenthalte. Dabei ist zu erwähnen, dass im oben genannten Bericht über die Berechnung der Kostengewichte angegeben wurde, dass die Anzahl der Aufenthalte, die zur Berechnung der Kostengewichte diente, 405'584 betrug. Aus verschiedenen technischen Gründen wurden die der Differenz entsprechenden Aufenthalte aus der Berechnung der Kostengewichte ausgeklammert.

Tabelle 1
Datenbasis – Gesamtbeträge

	Version 5.1			Version 6.0		
	Nicht universitär	Universitär	Total	Nicht universitär	Universitär	Total
Aufenthalte	305'825	130'028	435'853	305'825	130'028	435'853
Tage	2'316'382	1'046'430	3'362'812	2'316'382	1'046'430	3'362'812
Punkte	277'678	154'995	432'673	275'100	157'573	432'673
Kosten	2'269'948'963	1'480'371'244	3'750'320'208	2'269'948'963	1'480'371'244	3'750'320'208
ALOS	7.57	8.05	7.72	7.57	8.05	7.72
CMI	0.908	1.192	0.993	0.900	1.212	0.993
Kosten/Punkt	8'175	9'551	8'668	8'251	9'395	8'668
Kosten/Aufenthalt	7'422	11'385	8'605	7'422	11'385	8'605
... % Rück- erstattung	106.0%	90.8%	100.0%	105.0%	92.3%	100.0%

Die Anzahl der Punkte, nämlich 432'673, wurde so berechnet, dass der Wert 1 in den Versionen 5.1 und 6 identisch sei. Wir erinnern daran, dass der Wert 1 der Version 5.1 auf einer Datengrundlage von einer Million Spitalaufenthalten in der Schweiz kalkuliert worden war. Um die Unterschiede der Casemix-Indices zwischen der Version 5.1 und der Version 6 in Grenzen zu halten, wurde entschieden, die Version

¹ Kostengewichte Version 6, Mai 2007, www.apdrgsuisse.ch

6 auf den Wert 1 der Version 5.1 abzustimmen. Deshalb ist der durchschnittliche Casemix-Index für den Satz der Spitäler, die für die Version 5.1 betrachtet wurden, identisch mit demjenigen für die Version 6. Der durchschnittliche Casemix-Index der ausgewählten Spitäler liegt leicht unter 1, - bei 0.993 -, was bedeutet, dass die betrachteten Spitäler einen weniger schweren Casemix aufweisen als diejenigen, die zugrunde gelegt wurden, um den Wert 1 für die Version 5.1 abzustimmen.

Die Tabellen 1 und 1a stellen für die gesamte Datenbasis den Vergleich zwischen der Version 5.1 und der Version 6 für die Gruppe der nicht-universitären Spitäler und die der universitären Spitäler dar. Die Gruppe der Universitätsspitäler ist relativ homogen, was nicht der Fall für die Gruppe der nicht-universitären Spitäler ist, die sich aus mittelgrossen Regionalspitälern mit einem Casemix-Index zwischen 0.75 und 0.85 und Zentralspitälern mit einem Casemix-Index zwischen 0.9 und 1.1 zusammensetzt.

Wie es das Bundesamt für Statistik, das die Datenerhebung für SwissDRG durchführte, signalisiert hat, sind die grossen und die universitären Spitäler überrepräsentiert, da die Universitätsspitäler einerseits 30% der Patienten und 40% der Kosten ausmachen und die Daten der kleinen Spitäler mit weniger als 100 Betten andererseits nicht in die Datenerhebung eingeflossen sind.

Was den Casemix-Index angeht, beträgt er in der Version 5.1 durchschnittlich 91.5% bei den nicht-universitären Spitäler und 120.1% bei den Universitätsspitalern. Dieser Abstand ist in der Version 6 noch grösser, nämlich 90.6% und 122.1%. Der Casemix-Abstand variiert nahezu von 1 zu 2 zwischen dem Spital mit dem niedrigsten CMI (0.7) und dem mit dem höchsten CMI (1.3).

Tabelle 1a
Anteile der universitären und nicht-universitären Spitäler

	Nicht-universitär	Universitär		Nicht universitär	Universitär
Aufenthalte	70.2%	29.8%	CMI V 5.1	91.5%	120.1%
Tage	68.9%	31.1%	CMI V 6.0	90.6%	122.1%
Punkte	64.2%	35.8%	Kosten/Punkt V 5.1	94.3%	110.2%
Kosten	60.5%	39.5%	Kosten/Punkt V 6.0	95.2%	108.4%

Die Tabellen 1 und die folgenden weisen einen Rückerstattungsfaktor aus (% Rück-erstattung). Dieser Faktor wird berechnet, indem man die Durchschnittskosten pro Punkt jedes Spitals oder jeder Spitalgruppe durch den Durchschnittswert des Punktes des ausgewählten Spitalsatzes teilt; dieser Punkt liegt bei CHF 8'668.-. Man erhebt also die Hypothese, dass die erbrachten Leistungen an alle Spitäler gemäss dem Kostendurchschnitt des Punktes rückerstattet werden. Als logische Folge aus dem vorangehenden Abschnitt ergibt sich, dass sich von der Version 5.1 zur Version 6 der Abstand der Rückerstattungsquote zwischen den nicht-universitären und den universitären Spitalern reduziert. Er bewegt sich von einem Abstand von 106% zu 90,8% zu einem Abstand von 105% zu 92,3%.

Diese Durchschnittswerte verbergen noch viel beachtlichere Abstände. In der Version 5.1 lag das Spital mit der niedrigsten Rückerstattungsquote bei 83% und das mit der höchsten bei 140%. In der Version 6 reduziert sich die Spanne, was aus der verbesserten Berücksichtigung der Schwere resultiert, und der Abstand liegt zwischen 87% und 118%.

Selbst wenn es sich hierbei um die äussersten Abstände handelt, ist dieser Unterschied sehr hoch, trotz der Anstrengungen, die unternommen wurden, um die Berücksichtigung der Schwere in der Version 6 bedeutend zu verbessern. Dies zeigt die Grenzen des Systems, die zu einem Teil auf die Natur der APDRG selbst zurückzuführen sind, die Ende der 80er Jahre konzipiert wurden, woran wir erinnern möchten, aber auch in der Tatsache der noch ungenügenden Qualität der von den schweizerischen Spitälern gelieferten Daten zu den Kosten pro Patienten begründet sind. Tatsächlich leiden die Daten 2004-2005, trotz einer rigiden Auswahl der untersuchten Spitäler unter Unterschiedlichkeiten in der Methodologie und Schwächen bei der Erhebung der individuellen Kosten, insbesondere bezüglich der Medikamente, was den Vergleich zwischen verschiedenen Spitalgruppen, z.B. zwischen Universitätsspitalern und nicht-universitären Spitälern schwierig macht.

Es ist gleichfalls legitim, in Anbetracht der durchgeführten Studien den Gedanken zu hegen, dass die DRG-Systeme aufgrund ihrer Natur die Tendenz haben, weniger komplexe Spitäler überzubezahlen und komplexere Spitäler unterzubezahlen, z. B. die Universitätsspitäler. Weiter unten werden wir bei der Rückerstattung der Kosten für die High Outliers sehen, dass diese Unterschiede der Rückerstattungsquote, a priori und im allgemeinen, keine weniger gute Verwaltung der grossen Spitäler im Vergleich zu den kleinen Spitälern aufdecken, sondern zuerst einmal die den DRG-Systemen inhärente Schwierigkeit, die Komplexität der Fälle korrekt zu berücksichtigen.

2. Inliers

Die Tabellen 2 und 2a zeigen zwischen der Version 5.1 und der Version 6 eine bedeutende Senkung, um 13% im Durchschnitt, der Anzahl der Inlier-Aufenthalte und einen Anstieg der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer dieser Inliers sowie ihres Casemix-Indexes. Dies rührt von der neuen Definition der Low Outliers her, mit Verallgemeinerung eines Minimalgrenzwertes von 3 Tagen. Der Prozentsatz der Inliers reduziert sich von 89.2% auf 77.3% der Aufenthalte. Die Senkung der Kosten dieser Inliers ist geringer, von 82.1% auf 77.4%, da die weniger teuren Aufenthalte abgezogen werden.

Tabelle 2
Datenbasis : Inliers (MDC 01-26)

	Version 5.1			Version 6.0		
	Nicht universitär	Universitär	Total	Nicht universitär	Universitär	Total
Aufenthalte	277'409	111'451	388'860	242'473	94'442	336'915
Tage	1'943'983	802'105	2'746'088	1'852'488	754'256	2'606'744
Punkte	238'489	122'179	360'668	220'481	114'737	335'218
Kosten	1'925'072'888	1'152'309'124	3'077'382'013	1'820'066'754	1'082'463'576	2'902'530'330
ALOS	7.01	7.20	7.06	7.64	7.99	7.74
CMI	0.860	1.096	0.928	0.909	1.215	0.995
Kosten/ Punkt	8'072	9'431	8'532	8'255	9'434	8'659
Kosten/Auf- enthalt	6'939	10'339	7'914	7'506	11'462	8'615
...% Inliers	90.71%	85.71%	89.22%	79.28%	72.63%	77.30%
...% Kosten Inliers	84.81%	77.84%	82.06%	80.18%	73.12%	77.39%
...% Rück- erstattung	107.4%	91.9%	101.6%	105.0%	91.9%	100.1%

Der Vergleich zwischen den Tabellen 1 und 2 zeigt uns, dass in der Version 6 die Indikatoren bezüglich der Inliers quasi mit denen der Auswahl identisch sind, sowohl was die ALOS, den CMI als auch die Rückerstattungsquote angeht. Dies zeigt insbesondere, dass die Version 6 eine verbesserte Definition der Outliers verwendet.

Tabelle 2a
Inliers : Variationen zwischen V 5.1/V 6.0

	Nicht universitär	Univer- sitär	Total		Nicht universitär	Univer- sitär	Total
Aufent- halte	-12.6%	-15.3%	-13.4%	CMI	5.8%	10.8%	7.3%
Tage	-4.7%	-6.0%	-5.1%	Kosten/Punkt	2.3%	0.0%	1.5%
Punkte	-7.6%	-6.1%	-7.1%	Kosten/Aufenthalt	8.2%	10.9%	8.9%
Kosten	-5.5%	-6.1%	-5.7%	...% Inliers	-12.6%	-15.3%	-13.4%
ALOS	9.0%	11.0%	9.6%	...% Kosten Inliers	-5.5%	-6.1%	-5.7%
				...% Rückerstattung	-2.2%	0.0%	-1.5%

3. High Outliers

Die High Outliers steigen um 16.1%. Sie repräsentieren 4.9% der Aufenthalte der nicht-universitären Spitäler und 6.4% der Aufenthalte der Universitätsspitäler sowie jeweils 12.8% und 19.6% der Kosten.

Tabelle 3
Datengrundlage : High Outliers

	Version 5.1			Version 6.0		
	Nicht universitär	Universitär	Total	Nicht universitär	Universitär	Total
Aufenthalte	12'867	7'250	20'117	14'996	8'360	23'356
Tage	336'144	218'671	554'815	360'255	235'123	595'378
Punkte	30'605	26'122	56'726	33'300	29'182	62'482
Kosten	281'092'581	276'728'316	557'820'897	289'618'345	289'554'104	579'172'449
ALOS	26.12	30.16	27.58	24.02	28.12	25.49
CMI	2.379	3.603	2.820	2.221	3.491	2.675
Kosten/Punkte	9'185	10'594	9'834	8'697	9'922	9'269
Kosten/Aufenthalt	21'846	38'169	27'729	19'313	34'636	24'798
...% High Outliers	4.21%	5.58%	4.62%	4.90%	6.43%	5.36%
...% Kosten High Outliers	12.38%	18.69%	14.87%	12.76%	19.56%	15.44%
...% Rückerstattung	94.4%	81.8%	88.1%	99.7%	87.4%	93.5%

Dank der Version 6 steigt die Rückerstattungsquote der Outliers bedeutend. Sie liegt bei fast 100% für die nicht-universitären Spitäler; dagegen bleibt sie zu niedrig – nämlich bei 87.4% - bei den universitären Spitälern, selbst wenn sich diese Situation bedeutsam verbessert. Wenigstens sind in der Version 6 die High Outliers nicht mehr daran schuld, dass der Durchschnitt der Gesamtrückerstattungsquote unter die der Inliers gesenkt wird, wie das noch in der Version 5.1 der Fall war.

Ein Punkt ist noch wichtig zu erwähnen bezüglich des Rückerstattungssystems der High Outliers, welches für die Tarifierung nach APDRG in der Schweiz ausgewählt wurde, nämlich dass die Grenzwerte entsprechend der Länge des Aufenthalts und nicht entsprechend den Kosten festgelegt wurden. Nun ist, wie man feststellen kann, die ALOS der High Outliers fast identisch zwischen den universitären und den nicht-universitären Spitälern, während die Kosten und der CMI beträchtlich variieren.

Tabelle 3a
High Outliers : Variationen zwischen V 5.1/V 6.0

	Nicht universitär	Universitär	Total		Nicht universitär	Universitär	Total
Aufenthalte	16.5%	15.3%	16.1%	CMI	-6.6%	-3.1%	-5.1%
Tage	7.2%	7.5%	7.3%	Kosten/Punkt	-5.3%	-6.3%	-5.7%
Punkte	8.8%	11.7%	10.1%	Kosten/Aufenthalt	-11.6%	-9.3%	-10.6%
Kosten	3.0%	4.6%	3.8%	...% High Outliers	16.5%	15.3%	16.1%
ALOS	-8.0%	-6.8%	-7.6%	...% Kosten High Outliers	3.0%	4.6%	3.8%
				...% Rückerstattung	5.6%	6.8%	6.1%

4. Low Outliers

Die Low Outliers erhöhen sich von 6.2% im Durchschnitt auf 17.3% der Aufenthalte. Alle Aufenthalte von weniger als 3 Tagen sowie die MDC 27 (Patienten, welche weniger als 24 Stunden blieben wegen Todesfall oder Verlegung am ersten Aufenthaltstag) gehören zu den Low Outliers.

Tabelle 4
Datengrundlage : Low Outliers

	Version 5.1			Version 6.0		
	Nicht universitär	Universitär	Total	Nicht universitär	Universitär	Total
Aufenthalte	15'549	11'327	26'876	48'356	27'226	75'582
Tage	36'255	25'654	61'909	103'639	57'051	160'690
Punkte	8'584	6'694	15'278	21'319	13'654	34'972
Kosten	63'783'494	51'333'804	115'117'298	160'263'865	108'353'565	268'617'429
ALOS	2.33	2.26	2.30	2.14	2.10	2.13
CMI	0.552	0.591	0.568	0.441	0.501	0.463
Kosten/Punkt	7'430	7'669	7'535	7'518	7'936	7'681
Kosten/Aufenthalt	4'102	4'532	4'283	3'314	3'980	3'554
...% Low Outlier	5.08%	8.71%	6.17%	15.81%	20.94%	17.34%
...% Kosten Low Oulier	2.81%	3.47%	3.07%	7.06%	7.32%	7.16%
...% Rückerstattung	116.7%	113.0%	115.0%	115.3%	109.2%	112.8%

Der CMI dieser Patienten verringert sich. Tatsächlich rühren diese neuen Low Outliers von Patientengruppen her, die vorher eine untere Grenze bei 2 Tagen hatten, also mit einem CMI, der unter dem der Low Outliers der vorigen Version liegt.

Die Low Outliers repräsentieren also in der Version 6 17.3% der Patienten, aber nur 7.6% der Kosten. Die Universitätsspitäler haben in der Version 6 weiterhin bedeutend mehr Low Outliers, ohne dass diese Situation bisher eine Erklärung gefunden hat. Die durchschnittliche Rückerstattungsquote verringert sich ein wenig, vor allem bei den Universitätsspitalern. Trotz der Verbesserungen in der Version 6 bleiben die Low Outliers also weiterhin « übererstattet », insbesondere in den nicht-universitären Spitalern.

Tabelle 4a
Low Outliers : Variationen zwischen V 5.1/V 6.0

	Nicht-universitär	Univer-sitär	Total		Nicht universitär	Univer-sitär	Total
Aufenthalte	211.0%	140.4%	181.2%	CMI	-20.1%	-15.1%	-18.6%
Tage	185.9%	122.4%	159.6%	Kosten/Punkte	1.2%	3.5%	1.9%
Punkte	148.3%	104.0%	128.9%	Kosten/Aufenthalt	-19.2%	-12.2%	-17.0%
Kosten	151.3%	111.1%	133.3%	...% Low Outliers	211.0%	140.4%	181.2%
ALOS	-8.1%	-7.5%	-7.7%	...% Kosten Low Outliers	151.3%	111.1%	133.3%
				...% Rückerstattung	-1.2%	-3.4%	-1.9%

5. In der Datengrundlage 2004 und 2005 verwendete Spitäler

Die Tabelle 5 zeigt eine Analyse der Spitalauswahl, die sich auf die Spitäler beschränkt, die Daten sowohl für 2004 als auch für 2005 geliefert haben.

Tabelle 5
Spitäler mit Daten für 2004 und 2005

	Nicht universitär 2004	Nicht universitär 2005	Var.	Universität 2004	Universität 2005	Var	Total 2004	Total 2005	Var.
Aufenthalte	125'671	131'259	4.4%	63'106	61'859	-2.0%	188'777	193'118	2.3%
Tage	985'530	1'006'839	2.2%	508'932	500'123	-1.7%	1'494'462	1'506'962	0.8%
Punkte (V6)	114'347	120'437	5.3%	75'665	75'381	-0.4%	190'013	195'819	3.1%
Kosten	946'921'734	995'446'608	5.1%	700'843'335	720'127'128	2.8%	1'647'765'068	1'715'573'736	4.1%
ALOS	7.84	7.67	-2.2%	8.06	8.08	0.3%	7.92	7.80	-1.4%
CMI	0.910	0.918	0.8%	1.199	1.219	1.6%	1.007	1.014	0.7%
Kosten/Punkte	8'281	8'265	-0.2%	9'262	9'553	3.1%	8'672	8'761	1.0%
Kosten/Aufenthalte	7'535	7'584	0.6%	11'106	11'641	4.8%	8'729	8'884	1.8%
Rückerstattungsquote	104.7%	104.9%	0.2%	93.6%	90.7%	-3.0%	100.0%	98.9%	-1.0%

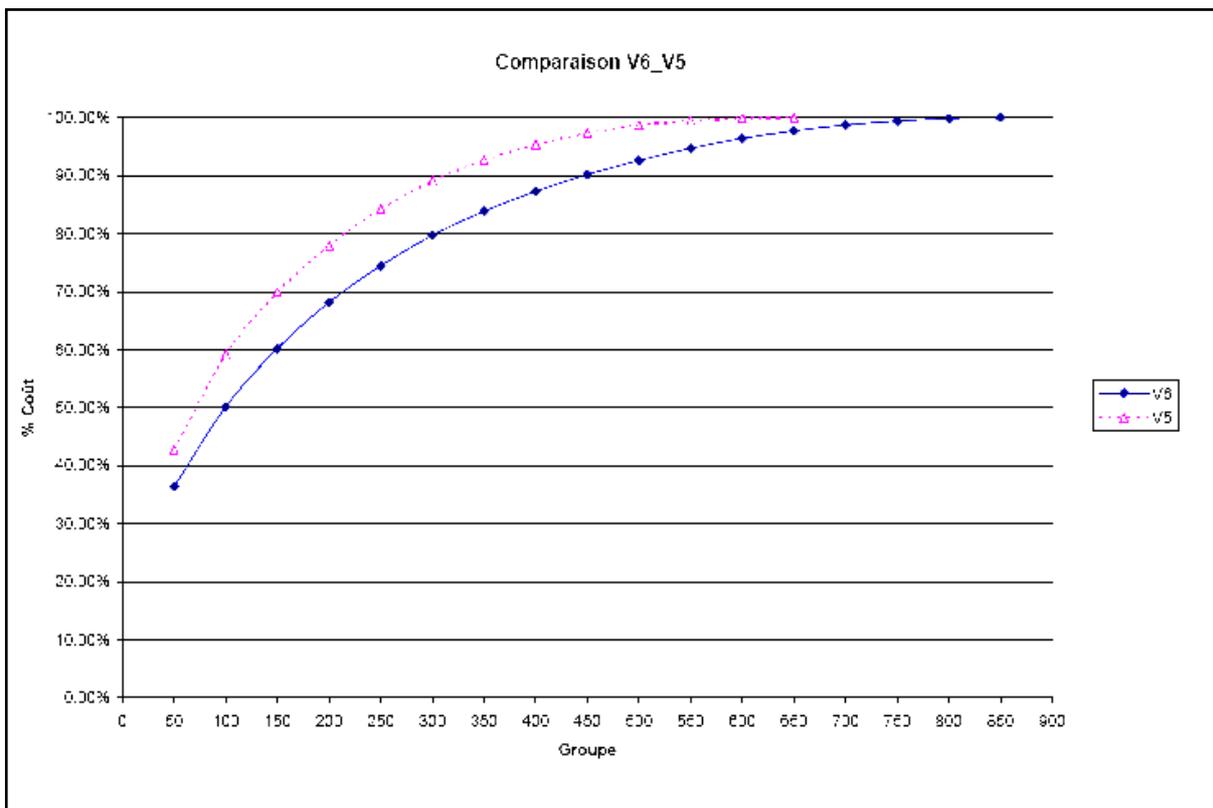
In diesen Spitälern stellt man eine bedeutende Steigerung der Anzahl der Aufenthalte, im Durchschnitt eine Senkung der Aufenthaltsdauer und einen leichten Anstieg des Casemix-Indexes fest. Das Zusammentreffen der Erhöhung der Aktivität und der Schwere zieht eine extrem schwache Erhöhung der Kosten des Punktes nach sich, welche nur um 1% steigen. Dieses Ergebnis erlaubt es festzustellen, dass die Tatsache der Vermischung der Daten der Jahre 2004 und 2005, ohne Korrekturen der Preisindices, keine störenden Einwirkungen auf die Kalkulation der Kostengewichte der Version 6 gehabt haben kann.

6. Charakteristiken der Version 6

Die Version 5.1 umfasste 668 Gruppen (APDRG und SPG), die Version 6 enthält 878. Die Hinzufügung von 210 SPG erlaubte eine deutlich bessere Berücksichtigung der Schwere. Wie die untenstehende Graphik zeigt, reichten in der Version 5.1 300 DRG, um 90% der Aufenthalte zu erklären, während es in der Version 6 450 benötigt.

Kann die Version 6 verbessert werden? Wie schon erwähnt, basiert die Version 6 auf Daten der Jahre 2004 und 2005, deren Qualität noch nicht optimal ist. Diese Version wurde erstellt, um für die Fakturierung der Aufenthalte der Jahre 2008-2009 benutzt zu werden, d.h. mit einer durchschnittlichen zeitlichen Verschiebung von vier Jahren. Wir verweisen darauf, dass in Deutschland die zeitliche Verschiebung nur zwei Jahre beträgt.

Falls die SwissDRG Ende 2008 nicht vollständig einsetzbar sind, um die Tarife für 2010 zu verhandeln (Minimalfrist, die kürzlich von santésuisse für die Einführung einer neuen DRG-Version festgesetzt wurde), wird es also notwendig werden, eine neue APDRG-Version zur Diskussion zu stellen, um der entsprechenden Entwicklung der Behandlungskosten Rechnung zu tragen und von der Verbesserung der Qualität der von den Spitälern hervorgebrachten Daten zu profitieren.



Importierte Grafik: Vergleich Version 6 und Version 5.1 X-Achse: Groupe Y-Achse: ...% Kosten