

Kostengewichte und Swiss Payment Groups Version 5.1

Mitteilung

Angesichts der Einführung der Version 9 der Schweizerischen Operationsklassifikation (CHOP) unterscheiden sich die Spezifikationen der SPG, die 2007 angewendet werden, leicht von denen, die 2006 angewendet wurden.

Die Spezifikationen der in 2006 angewendeten SPG sind in diesem Bericht enthalten.

Die Spezifikationen der in 2007 anzuwendenden SPG (Version 5.1-1.7-9) sind in einem separaten Dokument aufgeführt, welches den Mitgliedern von APDRG Suisse unter derselben Adresse wie dieser Bericht zur Verfügung steht. Gehe zu: <http://www.apdrgsuisse.ch/prive/de/2006-cw-d.htm>

Mai 2005

ISSN 1660-6493

Ausgabe vom 21.04.06 (V03d)

© APDRG Suisse

Die Version 5.1 der Kostengewichte APDRG Suisse wurde erarbeitet

unter der Leitung
von Luc Schenker, Präsident von APDRG Suisse und Projektleiter,
von Hermann Plüss, Vizepräsident von APDRG Suisse,
und der Vorstandsmitglieder von APDRG Suisse

auf Grund eines dem
Institut de santé et d'économie
(Brian Frischknecht, Hervé Guillain, Jean-Claude Rey)
erteilten Auftrags

mit Unterstützung
der Statistik-Abteilung des CHUV
(Duong Hong Dung, Véronique Koehn, Erol Seker)
&
des Bundesamtes für Statistik
(André Meister, Adrian Füglistner)

unter wissenschaftlicher Mitarbeit des
Institut d'économie et de management en santé
der Universität Lausanne

und unter Mitwirkung
der Spitäler, welche die für die Berechnung
der Kostengewichte erforderlichen Daten geliefert haben.

Inhaltsverzeichnis

1	Berechnung der Kostengewichte	1
1.1	Einleitung	1
1.2	Verwendete Daten	1
1.2.1	APDRG-Daten	1
1.2.2	BfS-Daten	2
1.3	Klassierung der Hospitalisationen in APDRGs und SPGs	2
1.4	Berechnung der Grenzwerte und der mittleren Aufenthaltsdauern	3
1.4.1	APDRGs mit weniger als 25 Normalfällen (inliers)	4
1.4.2	APDRGs ohne Grenzwerte	4
1.5	Berechnung der Durchschnittskosten pro APDRG	5
1.6	Berechnung der Anfangs-Kostengewichte	6
1.6.1	APDRGs mit weniger als 25 Normalfällen (inliers)	6
1.6.2	Korrektur der oberen Grenzwerte (HTP)	6
1.7	Berechnung der Zwischen-Kostengewichte	6
1.7.1	Zuweisen eines "simulierten" Kostenbetrags	6
1.7.2	APDRGs mit weniger als 25 Normalfällen (inliers)	7
1.8	Transplantationen	8
1.8.1	Kostengewichte der Transplantationen	8
1.9	Korrekturen	8
1.9.1	APDRGs 195 und 196	8
1.9.2	APDRGs 411 und 412	8
1.9.3	APDRG 619	9
1.9.4	APDRG 627	9
1.9.5	SPG 901	9
1.9.6	SPGs 920 und 921	9
1.10	Berechnung der Schluss-Kostengewichte	9
2	Anteil Ausreisser	10
3	Vergütungsformeln	10
3.1	Normalfälle (inliers)	10
3.2	Unterer Ausreisser (low outlier)	10
3.3	Oberer Ausreisser (high outlier)	10
3.4	Casemix und Casemix-Index	11
3.5	Simulation der Vergütung	12
4	Unterschiede zwischen den Versionen 4 und 5 der Kostengewichte	13
5	Anwendung der Kostengewichte Version 5.1	14
6	Ab 1. Januar 2006 zu verwendende Versionen der Kostengewichte, des Groupers, von CHOP und von TAR APDRG.	14

Anhang A: Definitionen der Swiss Payment Groups (SPGs)

1. Einleitung	15
2. SPGs 901 bis 930	15
2.1 Verlegung innert weniger als 24 Stunden nach dem Eintritt (SPG 901).....	15
2.2 Implantation eines automatischen Herzdefibrillators (SPGs 902 und 903).....	16
2.3 Allogene Knochenmarktransplantation [genetisch nicht identischer Spender] (SPG 904)	17
2.4 Autologe Knochenmarktransplantation (SPGs 905 und 906)	17
2.5 Tod eines Neugeborenen innert weniger als 24 Stunden nach der Geburt (SPG 907).....	17
2.6 Fortsetzung eines Langzeitaufenthalts in der Neonatologie (SPG 908).....	18
2.7 Implantation oder Anpassung eines intrakraniellen Neurostimulators (SPGs 911 und 912)	19
2.8 Revaskularisation der unteren Extremitäten (SPG 913).....	19
2.9 Verbrennungen von mehr als 10 % der Körperoberfläche, mit Hauttransplantationen (SPG 914).....	20
2.10 Einsetzen oder Ersatz einer Pumpe zur Behandlung chronischer Schmerzen auf intrathekalem Weg (SPG 915) .	20
2.11 Knieoperationen (SPGs 917 und 918).....	20
2.12 Todesfall innert weniger als 24 Stunden nach dem Eintritt (SPGs 920 und 921).....	21
2.13 Medizinische Rückenprobleme, Alter >75 (SPG 930)	21
3 Aus der Zweiteilung von APDRGs ("Splitting") resultierende SPGs (932 bis 940)	21
3.1 S – Andere chirurgische Eingriffe an Ohren, Nase, Mund und Hals (SPG 932).....	22
3.2 S – Eingriffe an Ösophagus, Magen und Duodenum, Alter >17, mit KK (SPG 933)	22
3.3 S – Eingriffe an Ösophagus, Magen und Duodenum, Alter >17, ohne KK (SPG 934).....	22
3.4 S – Eingriffe an Ösophagus, Magen und Duodenum, Alter <18 (SPG 935).....	23
3.5 S – Grössere gastro-intestinale Eingriffe, mit schweren KK (SPG 936)	23
3.6 S – Grössere Eingriffe bei bösartigen Nieren-, Ureter- und Harnblasenerkrankungen (SPG 937).....	23
3.7 S – Grössere Eingriffe bei gutartigen Nieren-, Ureter- und Harnblasenerkrankungen, mit KK (SPG 938).....	24
3.8 S – Grössere Eingriffe bei gutartigen Nieren-, Ureter- und Harnblasenerkrankungen, ohne KK (SPG 939).....	24
3.9 S – Eingriffe an Nieren und Harnwegen, ausgenommen Nierentransplantation, mit schweren KK (SPG 940)	24

1 Berechnung der Kostengewichte

1.1 Einleitung

Für die Berechnungen zur Erstellung der Version 5.1 der Kostengewichte wurden neuere Daten verwendet als für die Version 4. Die Berechnungsmethoden sind im Allgemeinen mit jenen für die Vorgängerversion vergleichbar. Aber es gibt doch Unterschiede, die in diesem Bericht im Detail beschrieben werden.

Wenn Sie in diesem Dokument auf Fehler stossen, oder auf Erklärungen, die Ihnen nicht verständlich erscheinen, so bitten wir Sie um einen entsprechenden Hinweis per E-Mail an: info@apdrgsuisse.ch. Besten Dank im Voraus.

1.2 Verwendete Daten

Für die Berechnung der Version 5.1 der Kostengewichte wurden einerseits die von APDRG Suisse gesammelten Daten verwendet, und andererseits Daten, die vom Bundesamt für Statistik (BfS) geliefert wurden. Die Daten, die von APDRG Suisse stammen, bezeichnen wir in diesem Dokument als "APDRG-Daten", jene, die vom BfS stammen, als "BfS-Daten".

1.2.1 APDRG-Daten

Die APDRG-Daten enthalten die Datensätze von über 199'808 akutsomatischen Hospitalisationen der Jahre 2001 (56'948 Hosp.), 2002 (68'854 Hosp.) und 2003 (74'006 Hosp.). Insgesamt erfolgten 90'970 dieser Hospitalisationen in universitären Einrichtungen.

Die Spitäler, von denen diese Daten stammen, verfügen über eine Kostenträgerrechnung, die den Anforderungen des Bundesamts für Statistik (BfS) entspricht. Unseres Wissens sind sie zurzeit abgesehen von wenigen Ausnahmen die einzigen Spitäler in der Schweiz, die in der Lage sind, genaue und zuverlässige Informationen über die Kosten jeder Hospitalisation in ihrer Einrichtung zu liefern.

Alle ambulanten und teilstationären Behandlungen wurden vorgängig ausgeschlossen. Als teilstationär wurden jene Behandlungen betrachtet, die den diesbezüglichen Kriterien der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL)¹ entsprechen, wobei die von H+ Die Spitäler der Schweiz veröffentlichte Interpretation der Artikel 3, 4 und 5 dieser Verordnung verwendet wurde².

Auch die Rehabilitationsaufenthalte wurden ausgeschlossen, mit Ausnahme vermutlich einiger weniger Fälle, die nicht von den Akutfällen unterscheidbar waren und deshalb nicht ausgeschlossen werden konnten.

Da die Daten aus verschiedenen Jahren stammen, enthielten die Datensätze einiger Hospitalisationen Operationskodes (CHOP), die nicht mehr gültig sind. Diese Codes wurden so abgeändert, dass die Hospitalisationen mit der aktuellen Grouper-Version (Version 1.5) in eine APDRG klassiert werden konnten. Zudem wurde für Hospitalisationen, während derer eine Entbindung stattfand, im Datensatz der Mutter ein Kode der Kategorie Z37 hinzugefügt, wenn ein solcher fehlte³.

1 Diese Verordnung ist im Internet verfügbar unter http://www.admin.ch/ch/d/sr/c832_104.html.

2 Das entsprechende Dokument ist im Internet verfügbar unter <http://files.hplus.ch/pages/HPlusDocument2239.pdf>.

3 Ein Kode der Kategorie Z37 im Datensatz der Mutter zeigt an, dass im Verlauf der Hospitalisation eine Entbindung stattgefunden hat. Zwar ist es obligatorisch, einen solchen Kode anzugeben, aber dies wird oft unterlassen. Für die APDRG-Klassifizierung ist es wichtig, dass ein solcher Kode vorhanden ist, weil der Grouper anhand dieses Kodes unterscheidet, ob während der Hospitalisation eine Entbindung stattgefunden hat oder ob es sich um eine Hospitalisation aufgrund einer vor- oder nachgeburtlichen Erkrankung handelt.

Bei den für die Berechnung verwendeten Kosten handelt es sich um die Vollkosten (ohne Investitionskosten), die entsprechend dem vom BfS erstellten Landesindex der Konsumentenpreise (LIK) korrigiert wurden.

Die Kosten der Medikamente (MED) wurden mittels einer Tabelle extrapoliert, die für jede APDRG den Anteil der Medikamentenkosten an den Gesamtkosten der Hospitalisation angibt⁴. Dieses Vorgehen wurde gewählt, weil die Spitäler, welche die Daten lieferten, nicht in der Lage waren, die MED-Kosten der einzelnen Hospitalisationen zu quantifizieren.

Die Kosten für Implantate und medizinisches Material (IMM) wurden auf der Basis einer Studie berechnet, die es ermöglichte, ausgehend von schweizerischen Daten durchschnittliche IMM-Kosten pro APDRG festzulegen. Wenn ein Spital die IMM-Kosten der einzelnen Hospitalisationen nicht quantifizieren konnte, wurden für jede Hospitalisation die entsprechenden Durchschnittskosten dazugezählt; dieser Betrag ist innerhalb der einzelnen APDRG für alle Hospitalisationen gleich, variiert aber von einer APDRG zur anderen.

Hospitalisationen mit Tageskosten von unter 100 oder über 30'000 Franken wurden nicht miteinberechnet, weil die entsprechenden Daten als fehlerhaft betrachtet wurden⁵. Ebenfalls ausgeschlossen wurden Hospitalisationen, die länger als 300 Tage dauerten.

1.2.2 BfS-Daten

Die BfS-Daten enthalten die Datensätze von über 704'611 akutsomatischen Hospitalisationen der Jahre 2002 (335'854 Hosp.) und 2003 (368'757 Hosp.). Diese Hospitalisationen fanden in Spitälern des Typs K111, K112, K121, K122, K123 oder K232⁶ statt.

Im Unterschied zu den APDRG-Daten enthalten die BfS-Daten keinerlei Informationen über die Kosten der einzelnen Hospitalisation.

1.3 Klassierung der Hospitalisationen in APDRGs und SPGs

Alle Hospitalisationen (also 904'419 Hosp.) wurden gemäss der Version 1.5 des APDRG-Groupers und der Version 5.1⁷ der SPGs (Swiss Payment Groups) klassiert⁸.

⁴ Diese Tabelle wurde auf der Basis von Daten aus belgischen Spitälern erstellt. Die Werte, die für die Berechnung der Version 5.1 verwendet wurden, unterscheiden sich von den früher verwendeten Werten, denn sie basieren auf neueren Daten.

⁵ Bei der Berechnung der Version 4 der Kostengewichte wurden die Hospitalisationen mit Tageskosten von unter 200 oder über 12'000 Franken ausgeschlossen. Diese Grenzwerte wurden geändert, weil es sich erwiesen hat, dass Kosten von 100 bis 200 Franken pro Tag in gewissen Fällen plausibel sind (insbesondere bei Hospitalisationen von Neugeborenen ohne bedeutende Probleme). Und bestimmte Hospitalisationen von sehr schwer kranken Patienten kosten tatsächlich mehr als die 12'000 Franken pro Tag, die früher als Grenzwert galten.

⁶ Diese Krankenhaustypen wurden vom Bundesamt für Statistik (BfS) definiert. Sie werden in einem Dokument beschrieben, das auf der Website des BfS verfügbar ist unter: www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen_quellen/blank/blank/kh/03/03_01.html. Wir haben die Spitäler des Typs K111 als Universitäts- und die anderen als Allgemein- oder Regionalspitäler betrachtet.

⁷ Die Version 5.1 der SPGs umfasst die Gruppen 901 bis 908, 911 bis 915, 917, 918, 920, 921, 930 und 932 bis 940. Die genauen Beschreibungen dieser SPGs finden sich im Anhang A dieses Dokuments.

Aufgrund der Prüfung der in der APDRG-Datenbank registrierten Kosten wurden neue SPGs eingeführt, denn die Analyse der Kostenverteilung innerhalb der einzelnen APDRGs zeigte, dass die Hospitalisationen bestimmter APDRGs in verschiedene Gruppen klassiert werden mussten (zum Beispiel wurden die Synovektomien und Ligament-Rekonstruktionen von den übrigen Knieoperationen getrennt, was zur Schaffung der SPGs 917 und 918 führte).

⁸ Es sei darauf hingewiesen, dass die Klassierung in die SPGs 901, 907, 920 und 921 unter anderem von den Eintritts- und Austrittszeiten abhängt. Leider sind diese Angaben in der

1.4 Berechnung der Grenzwerte und der mittleren Aufenthaltsdauern

Aufgrund der Dauer der einzelnen Hospitalisationen (LOS: length of stay), die in eine gegebene APDRG klassiert werden, lassen sich drei Werte berechnen, die klassisch jeder APDRG oder SPG zugeordnet werden⁹:

- der untere Grenzwert der Aufenthaltsdauern (LTP: low trim point);
- der obere Grenzwert der Aufenthaltsdauern (HTP: high trim point);
- die mittlere Aufenthaltsdauer (ALOS: average length of stay).

Die Fälle, welche zwischen den unteren und den oberen Grenzwerten liegen, werden als Normalfälle ("inliers") bezeichnet, jene unterhalb des unteren Grenzwerts als untere Ausreisser ("low outliers") und jene oberhalb des oberen Grenzwerts als obere Ausreisser ("high outliers").

Die unteren und oberen Grenzwerte können mittels unterschiedlicher Berechnungsmethoden festgelegt werden (siehe Bericht zu den Kostengewichten Version 4.1). Wir haben die Methode "L3H2.4" angewendet, die für die Berechnung der Version 4 der Kostengewichte gewählt wurde und sich als sehr zufriedenstellend erwiesen hat. Ihre wichtigsten Merkmale werden im Folgenden nochmals beschrieben.

Die Methode L3H2.4 besteht im Wesentlichen darin, als unteren Grenzwert die mittlere Aufenthaltsdauer dividiert durch 3 und als oberen Grenzwert die mittlere Aufenthaltsdauer multipliziert mit 2.4 zu verwenden. Damit die Grenzwerte nicht durch Extremwerte beeinflusst werden, wird für diese Berechnung die mittlere Aufenthaltsdauer wie folgt festgelegt:

Zuerst werden für jede APDRG beziehungsweise SPG die Perzentile 25 (P25), die Perzentile 75 (P75) und der Interquartilsabstand (interquartile range IQR = P75 - P25) der Verteilung der Aufenthaltsdauern ermittelt. Dann werden jene Hospitalisationen aus der Berechnung ausgeschlossen, deren Dauer unterhalb des Wertes *Vinf* oder oberhalb des Wertes *Vsup* liegt; dabei beträgt *Vinf* P25 minus den 1.5-fachen IQR ($Vinf = P25 - 1.5 * IQR$) und *Vsup* P75 plus den 1.5-fachen IQR ($Vsup = P75 + 1.5 * IQR$)¹⁰.

Der arithmetische Mittelwert jener Aufenthaltsdauern, die zwischen den Werten *Vinf* und *Vsup* liegen, wird als RM beziehungsweise "robuster arithmetischer Mittelwert" (englisch: "robust mean") bezeichnet. Der untere Grenzwert (LTP) wird definiert als RM dividiert durch 3, der obere Grenzwert (HTP) als RM multipliziert mit 2.4¹¹.

medizinischen Statistik der Spitäler normalerweise nicht enthalten (ausser bei Notfallaufnahmen und Todesfällen). Es scheint uns wünschenswert, dass die Eintritts- und Austrittszeiten künftig zu obligatorischen Angaben erklärt werden.

⁹ Die Dauer einer Hospitalisation (LOS) in Tagen wurde wie folgt berechnet:

$LOS = \text{Austrittsdatum} - \text{Eintrittsdatum} + 1 - \text{Urlaubstage}$

Die Länge der Urlaube wurde in Tagen berechnet; sie entspricht der Gesamtzahl der Urlaubsstunden dividiert durch 24. Diese Berechnungsweise stimmt nicht mit der Definition der Urlaubstage im Dokument TAR APDRG 2006 überein, weil die zur Verfügung stehenden Daten es nicht erlauben, die Zahl der Urlaubstage gemäss der Definition des TAR APDRG 2006 zu berechnen.

Es sei darauf hingewiesen, dass die Tage, während derer der Patient im Spital auf die Verlegung in ein Pflegeheim oder auf die Spitexbetreuung zu Hause warten muss, bei der Berechnung der Aufenthaltsdauern nicht berücksichtigt werden dürfen.

Es sei auch darauf hingewiesen, dass die Berechnungsweise der Urlaubstage nicht mit jener übereinstimmt, die im Informationsblatt 04-MS-2004 des BfS vom Januar 2004 beschrieben wurde.

¹⁰ Die Hospitalisationen, deren Dauer unter *Vinf* oder über *Vsup* liegt, werden nur für die Berechnung der unteren (LTP) und oberen (HTP) Grenzwerte aus der Datenbasis ausgeschlossen. Für die in diesem Dokument beschriebenen Berechnungen, die sich auf den Case-Mix und die Vergütung beziehen, werden sie jedoch in der Datenbasis belassen und mit eingerechnet.

¹¹ Wenn die Division des RM durch 3 ($RM/3$) keine ganze Zahl ergibt, wird als unterer Grenzwert die nächsthöhere ganzen Zahl verwendet. Wenn $RM/3$ beispielsweise 2.9 ergibt, ist der Grenzwert 3, und wenn $RM/3$ den Wert 3.1 ergibt, ist der Grenzwert 4.

So erhalten wir für jede APDRG beziehungsweise SPG die folgenden Werte:

- einen unteren Grenzwert (LTP);
- einen oberen Grenzwert (HTP);
- eine mittlere Aufenthaltsdauer (ALOS), die dem arithmetischen Mittelwert der Aufenthaltsdauern (in Tagen) der in dieser APDRG klassierten Normalfälle (inliers) entspricht¹².

Von den 904'419 Hospitalisationen, deren Daten verfügbar waren (199'808 in der APDRG-Datenbank und 704'611 in der vom BfS gelieferten Datenbank), wurden 902'823 für die oben beschriebenen Berechnungen verwendet (1'596 Datensätze betreffend Hospitalisationen zur Organtransplantation wurden ausgeschlossen¹³).

1.4.1 APDRGs mit weniger als 25 Normalfällen (inliers)

Für APDRGs, die weniger als 25 Normalfälle ("inliers") enthielten, wurde die mittlere Aufenthaltsdauer (ALOS) wie folgt berechnet:

$$ALOS = \frac{(Nb_{CH} * ALOS_{CH}) + (25 - Nb_{CH}) * ALOS_{NY}}{25}$$

Nb_{CH}: Anzahl der Normalfälle (d.h. der Inlier-Hospitalisationen) der entsprechenden APDRG

ALOS_{CH}: mittlere Aufenthaltsdauer dieser Normalfälle

ALOS_{NY}: mittlere Aufenthaltsdauer in der betreffenden APDRG im Staat New York.

Um die oberen Grenzwerte (LTP) für diese APDRGs zu bestimmen, wurde die mittlere Aufenthaltsdauer durch 3 dividiert (ALOS/3) und das Ergebnis auf die nächsthöhere ganze Zahl aufgerundet.

Um die unteren Grenzwerte (HTP) für diese APDRGs zu bestimmen, wurde die mittlere Aufenthaltsdauer mit 2.4 multipliziert (ALOS*2.4) und das Ergebnis auf die nächsttiefere ganze Zahl abgerundet¹⁴.

1.4.2 APDRGs ohne Grenzwerte

Kein Grenzwert (weder ein unterer noch ein oberer) wurde für APDRGs und SPGs festgelegt, welche die folgenden beiden Bedingungen erfüllen:

- mindestens ein Drittel der Hospitalisationskosten wurde durch Implantate verursacht¹⁵;
- die Kosten der Implantate liegen über CHF 7'000.

Weil festgestellt wurde, dass die Vergütung für diese Hospitalisationen weit über den tatsächlichen Kosten liegen würde, wenn die Aufenthaltsdauer den oberen Grenzwert HTP

Wenn die Multiplikation des RM mit 2.4 (RM*2.4) keine ganze Zahl ergibt, wird als oberer Grenzwert die ganze Zahl des entsprechenden Wertes verwendet. Wenn RM*2.4 zum Beispiel 26.2 ergibt, ist der obere Grenzwert 26, und wenn RM*2.4 den Wert 30.9 ergibt, ist der obere Grenzwert 30.

Hospitalisationen, deren Dauer genau dem (unteren oder oberen) Grenzwert entspricht oder zwischen den beiden Grenzwerten liegt, gelten als Normalfälle ("inliers").

¹² ALOS ist der arithmetische Mittelwert der Aufenthaltsdauern zwischen LTP und HTP und stimmt nicht mit RM überein, der dem arithmetischen Mittelwert der Aufenthaltsdauern zwischen *Vinf* und *Vsup* entspricht.

¹³ Die Grenzwerte, mittleren Aufenthaltsdauern und Kostengewichte der Transplantationen wurden separat bestimmt (siehe unter 1.8.1).

¹⁴ Für die Berechnung dieser Grenzwerte wurde ausnahmsweise die mittlere Aufenthaltsdauer ALOS (anstatt RM) verwendet.

¹⁵ Dieser Anteil wird berechnet, indem die durchschnittlichen Kosten der Implantate aller einer APDRG zugeordneten Hospitalisationen durch die durchschnittlichen Gesamtkosten der in dieser APDRG klassierten Normalfälle dividiert werden.

übersteigt, wurde beschlossen, diese Hospitalisationen unabhängig von ihrer Dauer ausschliesslich als Normalfälle (inliers) zu betrachten¹⁶.

Auch für die SPGs 901, 907, 920 und 921 wurden keine Grenzwerte bestimmt, weil die in diesen SPGs klassierten Hospitalisationen definitionsgemäss nicht länger als einen Tag dauern können. Für die SPG 905 wurden keine Grenzwerte bestimmt, weil es aufgrund der zur Verfügung stehenden Daten nicht möglich war, klar abzugrenzen, welche Hospitalisationsphasen spezifisch der Knochenmarksentnahme dienen.

Insgesamt wurden für die folgenden APDRGs und SPGs keine Grenzwerte bestimmt:

115	Implantation eines permanenten Herzschrittmachers bei akutem Myokardinfarkt, Herzinsuffizienz oder Schock
116	Andere Implantation eines permanenten Herzschrittmachers oder einer intrakardialen Elektrode
118	Ersatz eines Herzschrittmachers
548	Andere Implantation oder Revision eines Herzschrittmachers, mit schweren KK
759	Implantation einer mehrkanaligen Kochleaprothese
901	Verlegung innert weniger als 24 Stunden nach dem Eintritt
902	Implantation eines automatischen Herzdefibrillators
903	Implantation eines automatischen Herzdefibrillators, mit schweren KK
905	Autologe Knochenmarktransplantation [Phase A: Entnahme]
907	Tod eines Neugeborenen innert weniger als 24 Stunden nach der Geburt
911	Implantation einer intrakraniellen Neurostimulators
912	Anpassung und Wartung eines intrakraniellen Neurostimulators
915	Einsetzen oder Ersatz einer Pumpe zur Behandlung chronischer Schmerzen auf intrathekalem Weg
920	Todesfall innert weniger als 24 Stunden nach dem Eintritt, mit Eingriff
921	Todesfall innert weniger als 24 Stunden nach dem Eintritt, ohne Eingriff

Jede Hospitalisation, die in einer dieser APDRGs oder SPGs klassiert ist, gilt also, unabhängig von ihrer Dauer, als Normalfall (inlier).

1.5 Berechnung der Durchschnittskosten pro APDRG

Die Durchschnittskosten pro APDRG wurden ausschliesslich aufgrund der APDRG-Daten berechnet, weil die BfS-Daten keinerlei Information über die Kosten der einzelnen Hospitalisationen enthielten. Die Durchschnittskosten einer APDRG sind definiert als arithmetischer Mittelwert aller in dieser APDRG klassierten Normalfälle (inliers).

Von den 199'808 Hospitalisationen der APDRG-Datenbasis wurden 199'405 verwendet, um die Durchschnittskosten pro APDRG zu bestimmen.

Ausgeschlossen wurden:

- die Datensätze von 30 in der APDRG 6 klassierten Hospitalisationen des Jahres 2001;
- die Datensätze von 373 in der APDRG 630 klassierten Hospitalisationen des Jahres 2001.

Diese Hospitalisationen wurden nicht berücksichtigt, weil sich ihre Kosten als falsch erwiesen haben.

¹⁶ Da die Vergütung für obere Ausreisser vom Kostengewicht pro Tag (CW/ALOS) abhängt, ist sie zu hoch, wenn ein wichtiger Teil des Kostengewichts durch Materialkosten bedingt ist, denn auch die Vergütung für die Materialkosten nimmt dann ja mit der Aufenthaltsdauer zu, obwohl sie davon unabhängig sein sollte.

Dieses Problem könnte behoben werden, wenn zwei Kostengewichte pro APDRG berechnet würden: ein Kostengewicht für das medizinische Material (CW_m) und ein Kostengewicht für die Hospitalisation ohne medizinisches Material (CW_h). Dann könnten für alle APDRGs Grenzwerte festgelegt werden, in die Formel zur Berechnung der Vergütung für Ausreisser würde aber nur CW_h eingesetzt. Wir verzichten aber darauf, eine Tarifierung auf der Basis von zwei verschiedenen Kostengewichten vorzuschlagen, weil die Tarifierung dadurch wesentlich schwerfälliger würde und weil für die meisten Hospitalisationen keine Verbesserung resultieren würde.

1.6 Berechnung der Anfangs-Kostengewichte

Die Durchschnittskosten pro APDRG (gemäss obiger Definition) wurden durch die Durchschnittskosten der Gesamtheit aller 176'853 berücksichtigten Normalfälle (inliers)¹⁷ dividiert. Daraus ergeben sich Kostengewichte, die wir als "Anfangs-Kostengewichte" bezeichnen. Diese Anfangskostengewichte wurden verwendet, um jeder Hospitalisation der BfS-Datenbasis einen "simulierten" Kostenbetrag zuzuweisen (siehe Punkt 1.7).

Wenn in eine APDRG weniger als 25 Hospitalisationen klassiert waren, wurde das Kostengewicht auf die unten beschriebene Art bestimmt.

1.6.1 APDRGs mit weniger als 25 Normalfällen (inliers)

Für APDRGs, die weniger als 25 Normalfälle enthielten, wurde das Anfangskostengewicht (Anfangs-CW) wie folgt berechnet:

$$CW = \frac{(Nb_{CH} * CW_{CH}) + (25 - Nb_{CH}) * CW_{NY} * F}{25}$$

Nb_{CH}: Anzahl der in der APDRG-Datenbank enthaltenen Normalfälle (inliers) der betreffenden APDRG

CW_{CH}: auf Basis der Normalfälle dieser APDRG berechnetes Anfangs-Kostengewicht

CW_{NY}: Kostengewicht der betreffenden APDRG im Staat New York

F: Korrekturfaktor¹⁸, entsprechend dem Verhältnis zwischen

- dem auf Basis der Anfangs-Kostengewichte berechneten Casemix der Gesamtheit aller Hospitalisationen der APDRG-Datenbank und
 - dem auf Basis der Kostengewichte in New York berechneten Casemix der Gesamtheit aller Hospitalisationen der APDRG-Datenbank,
- wobei nur APDRGs mit mehr als 50 Hospitalisationen berücksichtigt wurden.

1.6.2 Korrektur der oberen Grenzwerte (HTP)

Wenn die Differenz zwischen der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer ALOS und dem anfänglichen Wert von HTP grösser war als 28 Tage, wurde der endgültige Wert von HTP auf ALOS (abgerundet auf die nächsttiefere ganze Zahl) + 28¹⁹ festgelegt. Wenn ALOS zum Beispiel 26.4 beträgt und der anfängliche Wert von HTP 62 ist, beträgt der endgültige Wert von HTP 26 + 28, d.h. 54. Diese Regel wurde eingeführt, um zu vermeiden, dass als obere Grenzwerte Aufenthaltsdauern festgelegt werden, die in einem somatischen Akutspital unwahrscheinlich sind.

1.7 Berechnung der Zwischen-Kostengewichte

1.7.1 Zuweisen eines "simulierten" Kostenbetrags

Um die Kostengewichte auf der Basis einer repräsentativeren Stichprobe von Spitälern berechnen zu können, als sie in der APDRG-Datenbank gegeben ist, wurde jeder Hospitalisation der BfS-Datenbank ein "simulierter" Kostenbetrag zugeteilt. Dabei wurde die folgende Methode angewendet :

Pro APDRG wurden auf Basis der APDRG-Datenbank zwei Arten von Durchschnittskosten berechnet:

- Durchschnittskosten der in diese APDRG klassierten Hospitalisationen in universitären Einrichtungen (universitäre Hospitalisationen), bezeichnet als "universitäre Durchschnittskosten";

¹⁷ Dieser Betrag beläuft sich auf CHF 8'710.

¹⁸ Dieser Korrekturfaktor beträgt 0.68.

¹⁹ Diese Zahl von 28 Tagen wird auch in Australien in ähnlichen Fällen verwendet.

- Durchschnittskosten der in dieser APDRG klassierten Hospitalisationen in nicht universitären Einrichtungen (nicht universitäre Hospitalisationen), bezeichnet als "nicht universitäre Durchschnittskosten".

Wenn eine Hospitalisation der BfS-Datenbank in eine APDRG klassiert wurde, welche die folgenden beiden Bedingungen erfüllt:

- die Zahl der universitären Hospitalisationen unter den Normalfällen (inliers) in dieser APDRG in der APDRG-Datenbasis ist grösser als 15,
 - auch die Zahl der nicht universitären Hospitalisationen unter den Normalfällen (inliers) in dieser APDRG in der APDRG-Datenbasis ist grösser als 15,
- entsprechen ihre "simulierten" Kosten
- den universitären Durchschnittskosten dieser APDRG, wenn die Hospitalisation in einer Einrichtung des Typs K111 stattgefunden hat;
 - den nicht universitären Durchschnittskosten dieser APDRG, wenn die Hospitalisation in einer Einrichtung eines anderen Typs als K111 stattgefunden hat.

Wenn eine Hospitalisation der BfS-Datenbank in eine APDRG klassiert wurde, welche die beiden oben genannten Bedingungen nicht erfüllt, entsprechen ihre "simulierten" Kosten

- dem Anfangs-Kostengewicht der entsprechenden APDRG multipliziert mit CHF 9'444²⁰, wenn die Hospitalisation in einer Einrichtung des Typs K111 stattgefunden hat;
- dem Anfangs-Kostengewicht der entsprechenden APDRG multipliziert mit CHF 7'878²¹, wenn die Hospitalisation in einer Einrichtung eines anderen Typs als K111 stattgefunden hat.

So wird jeder Hospitalisationen der BfS-Datenbank ein "simulierter" Kostenbetrag zugeordnet, was es erlaubt, Durchschnittskosten pro APDRG zu berechnen, welche sowohl die APDRG-Daten als auch die BfS-Daten berücksichtigen. Diese Durchschnittskosten entsprechen dem arithmetischen Mittelwert der Kosten der Normalfälle der entsprechenden APDRG; wenn dieser Mittelwert durch die Durchschnittskosten der Gesamtheit aller Normalfälle in der APDRG- und in der BfS-Datenbank (das sind 808'153 Hospitalisationen) dividiert wird²², erhalten wir für jede APDRG ein Kostengewicht, das wir als "Zwischen-Kostengewicht" bezeichnen.

1.7.2 APDRGs mit weniger als 25 Normalfällen (inliers)

Für die APDRGs, die weniger als 25 Normalfälle enthielten, wurde das Zwischen-Kostengewicht (CW) auf ähnliche Art berechnet wie die Anfangs-Kostengewichte, das heisst unter Anwendung der folgenden Formel:

$$CW = \frac{(Nb_{CH} * CW_{CH}) + (25 - Nb_{CH}) * CW_{NY} * F}{25}$$

Nb_{CH}: Anzahl aller in der APDRG- und der BfS-Datenbank enthaltenen Normalfälle der betreffenden APDRG

CW_{CH}: auf Basis der Normalfälle dieser APDRG berechnetes Zwischen-Kostengewicht

CW_{NY}: Kostengewicht der betreffenden APDRG im Staat New York

F: Korrekturfaktor²³, entsprechend dem Verhältnis zwischen

²⁰ Dieser Betrag entspricht den Durchschnittskosten der Gesamtheit aller universitären Hospitalisationen unter den Normalfällen (inliers) der APDRG-Datenbank.

²¹ Dieser Betrag entspricht den Durchschnittskosten der Gesamtheit aller nicht universitären Hospitalisationen unter den Normalfällen (inliers) der APDRG-Datenbank.

²² Diese Durchschnittskosten betragen CHF 7'948.

²³ Dieser Korrekturfaktor beträgt 0.68.

- dem auf Basis der Zwischen-Kostengewichte berechneten Casemix der Gesamtheit aller Hospitalisationen der APDRG- und der BfS-Datenbank und
 - dem auf Basis der Kostengewichte in New York berechneten Casemix der Gesamtheit aller Hospitalisationen der APDRG- und der BfS-Datenbank,
- wobei nur APDRGs mit mehr als 50 Hospitalisationen berücksichtigt wurden.

1.8 Transplantationen

Auch für die APDRGs, die sich auf Transplantationen beziehen, wurden Zwischen-Kostengewichte berechnet. Sie wiesen aber einige Anomalien auf, die wie folgt korrigiert wurden:

1.8.1 Kostengewichte der Transplantationen

APDRG 103: Herztransplantation

APDRG 302: Nierentransplantation

APDRG 480: Lebertransplantation

APDRG 795: Lungentransplantation

APDRG 803: Knochenmarktransplantation [genetisch identischer Spender]

APDRG 804: Autologe Knochenmarktransplantation [Phasen A und B]

APDRG 805: Gleichzeitige Nieren- und Pankreastransplantation

SPG 904: Allogene Knochenmarktransplantation [genetisch nicht identischer Spender]

SPG 905: Autologe Knochenmarktransplantation [Phase A: Entnahme]

SPG 906: Autologe Knochenmarktransplantation [Phase B: Transplantation]

Mit Ausnahme der APDRG 805 wurden die Kostengewichte, mittleren Aufenthaltsdauern und Grenzwerte der APDRGs, die sich auf Transplantationen beziehen, aufgrund der von den schweizerischen Universitätsspitalern angegebenen Kosten und Aufenthaltsdauern berechnet²⁴.

Die Werte für die APDRG 805 wurden gleich berechnet wie jene für APDRGs mit weniger als 25 Normalfällen (siehe oben).

1.9 Korrekturen

Für einige APDRGs, insbesondere für APDRG-Paare mit und ohne KK, mussten Korrekturen vorgenommen werden, weil die nach der oben beschriebenen Art berechneten Zwischen-Kostengewichte dem Schweregrad nicht gerecht wurden. Ziel der gefundenen Lösungen ist es, Inkohärenzen von Kostengewichten zu vermeiden.

1.9.1 APDRGs 195 und 196

APDRG 195: Cholezystektomie mit biliärer Exploration, mit KK

APDRG 196: Cholezystektomie mit biliärer Exploration, ohne KK

Für die Berechnung der Kostengewichte dieser beiden APDRGs wurden ausschliesslich die Kosten der nicht universitären Hospitalisationen in der APDRG-Datenbank berücksichtigt.

1.9.2 APDRGs 411 und 412

APDRG 411: Abklärung einer bösartigen Neoplasie, ohne Endoskopie

APDRG 412: Abklärung einer bösartigen Neoplasie, mit Endoskopie

Für die Berechnung der Kostengewichte dieser beiden APDRGs wurden ausschliesslich die Daten der APDRG-Datenbank berücksichtigt, und obwohl in die APDRG 412 weniger als 25

²⁴ Diese Methode zur Berechnung der Kostengewichte der APDRGs, die sich auf Transplantationen beziehen, unterscheidet sich von jener, die in den Vorgängerversionen verwendet wurde. Damals wurden die Kostengewichte aufgrund der in den SVK-Verträgen festgelegten Tarife bestimmt (Verträge betreffend die Transplantation solider Organe und die Transplantation hämapoietischer Stammzellen zwischen den betroffenen Spitalern und dem Schweizerischen Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer).

Hospitalisationen klassiert waren, wurden die Kostengewichte aus New York in diesem Fall nicht in die Berechnung einbezogen.

1.9.3 APDRG 619

APDRG 619: Neugeborenes, Geburtsgewicht 2000–2499 g, ohne bedeutenden Eingriff, mit unbedeutendem Problem

Um das Kostengewicht dieser APDRG zu berechnen, wurde das Kostengewicht der APDRG 618 (Neugeborenes, Geburtsgewicht 2000–2499 g, ohne bedeutenden Eingriff, mit bedeutendem Problem) mit dem Verhältnis zwischen den New Yorker Kostengewichten der APDRGs 618 und 619 multipliziert.

1.9.4 APDRG 627

APDRG 627: Neugeborenes, Geburtsgewicht >2499 g, ohne bedeutenden Eingriff, mit bedeutendem Problem

Um das Kostengewicht dieser APDRG zu berechnen, wurde das Kostengewicht der APDRG 628 (Neugeborenes, Geburtsgewicht >2499 g, ohne bedeutenden Eingriff, mit unbedeutendem Problem) mit dem Verhältnis zwischen den New Yorker Kostengewichten der APDRGs 627 und 628 multipliziert.

1.9.5 SPG 901

SPG 901: Verlegung innert weniger als 24 Stunden nach dem Eintritt

Für die Berechnung des Kostengewichts dieser SPG wurden ausschliesslich die Kosten der nicht universitären Hospitalisationen der APDRG-Datenbasis berücksichtigt (um den Transportkosten Rechnung zu tragen, die von den Spitälern bezahlt werden müssen, die aber in den Datensätzen der Universitätsspitäler nicht enthalten sind).

1.9.6 SPGs 920 und 921

SPG 920: Todesfall innert weniger als 24 Stunden nach dem Eintritt, mit Eingriff

SPG 921: Todesfall innert weniger als 24 Stunden nach dem Eintritt, ohne Eingriff

Für die Berechnung der Kostengewichte dieser beiden SPGs wurden ausschliesslich die Kosten der universitären Hospitalisationen der APDRG-Datenbank berücksichtigt.

1.10 Berechnung der Schluss-Kostengewichte

Alle Kostengewichte wurden mit einem Korrekturfaktor multipliziert, damit der Casemix-Index²⁵ der Gesamtheit aller Hospitalisationen der APDRG- und der BfS-Datenbank bei Anwendung der unten beschriebenen Vergütungsregeln 1 beträgt²⁶.

Die Kostengewichte für die APDRGs 468, 469, 470, 476 und 477²⁷ (die üblicherweise als "Fehler-APDRGs" bezeichnet werden) wurden unverändert von der Version 4.1 übernommen²⁸.

²⁵ Definition siehe Punkt 3.4 (Seite 11).

²⁶ Aufgrund der Feststellung, dass in den nicht universitären Spitälern der APDRG-Datenbasis die Aufenthaltsdauern der oberen Ausreisser (high outliers) länger sind, als es im Prinzip in somatischen Akutspitälern zu erwarten ist, wurde vor der Berechnung des Casemix-Index bei den oberen Ausreissern dieser Spitäler systematisch drei Tage abgezogen. Wir haben diese Tage abgezogen, weil es wenig wahrscheinlich ist, dass sie die Bedingungen gemäss Artikel 49, Abs. 3 des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) erfüllen.

²⁷ APDRG 468: Grosser chirurgischer Eingriff, ohne Verbindung zur Hauptdiagnose.
APDRG 469: Angegebene Hauptdiagnose ist als Hauptdiagnose ungültig.
APDRG 470: Nicht klassierbare Fälle.
APDRG 476: Eingriff an der Prostata, ohne Verbindung zur Hauptdiagnose.
APDRG 477: Kleinerer Eingriff, ohne Verbindung zur Hauptdiagnose.

Die Schluss-Kostengewichte werden auf der Website www.apdrqsuisse.ch publiziert. Der Zugang zum entsprechenden Bereich ist aber den Mitgliedern von APDRG Suisse und Personen mit einer entsprechenden Zugangsberechtigung vorbehalten (siehe auch Punkt 5 auf Seite 14).

2 Anteil Ausreisser

Wenn die Grenzwerte, die sich aus den oben beschriebenen Berechnungen ergeben, auf die in der APDRG- und in der BfS-Datenbank erfassten Aufenthaltsdauern angewendet werden, ergeben sich die folgenden Anteile von (oberen und unteren) Ausreissern (outliers) und von Normalfällen (inliers):

	Untere Ausreisser	Normalfälle	Obere Ausreisser	Total
Univ. Spitäler	6.6%	86.5%	6.9%	100.0%
Nicht univ. Spitäler	3.4%	91.0%	5.6%	100.0%
Univ. + nicht univ. Spitäler	4.4%	89.6%	6.0%	100.0%

3 Vergütungsformeln

Die Vergütungsformeln sind ähnlich wie in der Version 4.1 der Kostengewichte.

3.1 Normalfälle (inliers)

Jeder Hospitalisation ist eine Punktzahl (Anzahl "Vergütungspunkte") zugeordnet, welche die Vergütung bestimmt. Wenn die Aufenthaltsdauer zwischen LTP und HTP liegt, entspricht diese Punktzahl dem Kostengewicht CW der APDRG, in welche die Hospitalisation klassiert wurde.

Der Betrag, der vergütet wird, wenn das Kostengewicht einer Hospitalisation 1.000 beträgt, sei R^{29} . Die Vergütung für einen Normalfall beträgt also $R * CW$.

3.2 Unterer Ausreisser (low outlier)

Die Zahl der Vergütungspunkte CW_L einer Hospitalisation, deren Dauer unter dem unteren Grenzwert LTP liegt (unterer Ausreisser), wird wie folgt berechnet:

$$CW_L = CW / ALOS * LOS * 2$$

dabei sind:

CW = Kostengewicht der APDRG, in welche die Hospitalisation klassiert wurde;

ALOS = mittlere Aufenthaltsdauer der APDRG, in welche die Hospitalisation klassiert wurde;

LOS = Dauer der konkreten Hospitalisation.

Der Betrag, der vergütet wird, wenn das Kostengewicht einer Hospitalisation 1.000 beträgt, sei R. Die Vergütung für einen unteren Ausreisser beträgt also $R * CW_L$.

3.3 Oberer Ausreisser (high outlier)

Um die Zahl der Vergütungspunkte CW_H einer Hospitalisation, deren Dauer über dem oberen Grenzwert liegt (oberer Ausreisser), zu berechnen, werden zwei verschiedene Grenzwerte berücksichtigt³⁰:

²⁸ Die APDRGs 468, 469, 470, 476 und 477 werden zu einer Pseudo-MDC 28 zusammengefasst, die von APDRG Suisse geschaffen wurde (die offizielle Version der APDRGs umfasst nur 25 MDCs, die von 1 bis 25 nummeriert sind).

²⁹ Der Betrag, der vergütet wird, wenn das Kostengewicht einer APDRG 1.000 beträgt, wird oft als "Punktwert" ("base rate") bezeichnet.

³⁰ Ausser wenn die Hospitalisation in eine APDRG ohne Grenzwerte klassiert ist (siehe Punkt 1.4.2 auf Seite 14); alle Hospitalisation in diesen APDRGs werden gemäss der Vergütungsformel für Normalfälle (inliers) vergütet.

- HPT1: entspricht HTP, das heisst dem robusten arithmetischen Mittelwert multipliziert mit 2.4, abgerundet auf die nächsttiefere ganze Zahl;
- HTP2: entspricht $((HTP1 - ALOS) * 2.43) + ALOS$, abgerundet auf die nächsttiefere ganze Zahl^{31,32}.

Das Kostengewicht CW_{H1} eines oberen Ausreissers, dessen Aufenthaltsdauer LOS mehr als HTP1, aber höchstens HTP2 beträgt ($HTP1 < LOS \leq HTP2$), wird folgendermassen berechnet:

$$CW_{H1} = CW + [CW/ALOS * (LOS - HTP1) * (2.43 - ((LOS - HTP1)/HTP1))]$$

Das Kostengewicht CW_{H2} eines oberen Ausreissers, dessen Aufenthaltsdauer LOS über HTP2 liegt ($LOS > HTP2$), wird folgendermassen berechnet:

$$CW_{H2} = CW + [CW/ALOS * (HTP2 - HTP1) * (2.43 - ((HTP2 - HTP1)/HTP1))] + [CW/ALOS * (LOS - HTP2) * 0.7]$$

dabei sind:

CW = Kostengewicht der APDRG, in welche die Hospitalisation klassiert wurde;

ALOS = mittlere Aufenthaltsdauer der APDRG, in welche die Hospitalisation klassiert wurde;

LOS = Dauer der konkreten Hospitalisation;

HTP1 = HTP = $RM * 2.4$, abgerundet auf die nächsttiefere ganze Zahl;

HTP2 = $((HTP1 - ALOS) * 2.43) + ALOS$, abgerundet auf die nächsttiefere ganze Zahl.

Der Betrag, der vergütet wird, wenn das Kostengewicht einer Hospitalisation 1.000 beträgt, sei R. Die Vergütung für einen oberen Ausreisser beträgt also $R * CW_{H1}$ bzw. $R * CW_{H2}$.

Die Formel zur Berechnung der Anzahl Vergütungspunkte für einen oberen Ausreisser scheint kompliziert, beruht aber auf drei sehr einfachen Grundprinzipien:

- 1) die Anzahl Vergütungspunkte entspricht dem Kostengewicht der APDRG, in welche die Hospitalisation klassiert wurde; dazu kommt ein Zuschlag, der vom Kostengewicht pro Tag ("cost-weight per day" = $CW/ALOS$) und von der Anzahl "Ausreisser-Tage" (Differenz zwischen der konkreten Aufenthaltsdauer LOS und dem oberen Grenzwert HTP1 oder HTP2) abhängig ist;
- 2) für einen oberen Ausreisser, dessen Aufenthaltsdauer zwischen HTP1 und HTP2 liegt ($HTP1 < LOS \leq HTP2$), entspricht dieser Zuschlag dem Kostengewicht pro Tag multipliziert mit der Anzahl Ausreisser-Tage und mit einem Wert zwischen 1.5 und 2.43 (je nach APDRG und Aufenthaltsdauer);
- 3) für einen oberen Ausreisser, dessen Aufenthaltsdauer über HTP2 liegt ($LOS > HTP2$), entspricht dieser Zuschlag
 - dem Zuschlag für eine Hospitalisation der Dauer $LOS = HTP2$,
 - plus das Produkt der Anzahl "Ausreisser-Tage" über HTP2 multipliziert mit dem Kostengewicht pro Tag und mit 0.7.

3.4 Casemix und Casemix-Index

Der Begriff "Casemix" wird unterschiedlich verwendet. Er kann insbesondere "Struktur" oder "Spektrum" bedeuten, beispielsweise wenn der Begriff "Casemix eines Spitals" im Sinne von "Patientenstruktur" dieser Einrichtung verwendet wird.

Technisch ist der Casemix (CM) eines Spitals definiert als die Summe der Vergütungspunkte aller Hospitalisationen³³ dieser Einrichtung, wobei die Anzahl Vergütungspunkte der einzelnen Hospitalisationen gemäss den oben genannten Formeln berechnet wird. Die Anzahl Vergütungspunkte für verschiedene Hospitalisationen innerhalb einer APDRG kann

³¹ Ausser für APDRGs, deren HTP2-Wert mit HTP1 gleichgesetzt wurde, um zu vermeiden, dass ein Betrag vergütet wird, der wesentlich über den tatsächlichen Kosten liegt. Es handelt sich um die APDRGs 40, 42, 112, 124, 125, 234, 266, 315, 478, 479, 545, 549 und 550 sowie um die SPG 908.

³² Die Konstante 2.43 wurde so festgelegt, dass der Vergütungsgrad der oberen Ausreisser rund 98% beträgt. Die Definition des Vergütungsgrads findet sich unter Punkt 3.5.

³³ Gemeint sind hier natürlich nur die Hospitalisationen, die einer APDRG oder SPG zugeordnet werden können, also nur die somatischen Akuthospitalisationen.

unterschiedlich sein, weil sie nicht nur vom Kostengewicht, sondern im Fall von Ausreissern (outliers) auch von der Hospitalisationsdauer abhängt.

Der Casemix-Index (ICM) entspricht dem Casemix (wie oben definiert) dividiert durch die Anzahl Hospitalisationen.

Die "Kosten pro Punkt" eines Spitals entsprechen der Summe der Kosten aller zur Bestimmung des Casemix berücksichtigten Hospitalisationen dividiert durch den Casemix.

Der Casemix eines Spitals hängt von der Version des Groupers, der SPGs und der Kostengewichte ab, die zur Berechnung verwendet werden. Für Casemix-Vergleiche (zwischen verschiedenen Jahren oder verschiedenen Einrichtungen) müssen deshalb identische Instrumente-Versionen verwendet werden.

3.5 Simulation der Vergütung

Wenn die oben beschriebenen Vergütungsregeln auf die Datensätze der APDRG-Datenbank angewendet werden, lässt sich unter Anwendung der Schluss-Kostengewichte eine Situation simulieren, welche die drei folgenden Bedingungen erfüllt:

- Die Vergütung der Gesamtheit aller Normalfälle der Universitätsspitäler entspricht den tatsächlichen Gesamtkosten der Gesamtheit dieser Hospitalisationen;
- die Vergütung der Gesamtheit aller Normalfälle der nicht universitären Spitäler entspricht den tatsächlichen Gesamtkosten der Gesamtheit dieser Hospitalisationen;
- die Vergütung der Gesamtheit aller Hospitalisationen (Normalfälle und Ausreisser) entspricht den tatsächlichen Gesamtkosten der Gesamtheit dieser Hospitalisationen.

Damit diese drei Bedingungen erfüllt werden, muss der Betrag, der für eine Hospitalisation mit dem Kostengewicht 1.000 bezahlt werden muss, wie folgt festgesetzt werden:

- CHF 9'998 für die Hospitalisationen der Universitätsspitäler;
- CHF 8'425 für die Hospitalisationen der nicht universitären Spitäler.

Bei Anwendung der Version 5.1 der Kostengewichte verringert sich die Differenz zwischen dem für eine universitäre Hospitalisation mit Kostengewicht 1.000 und dem für eine nicht universitäre Hospitalisation mit Kostengewicht 1.000 vergüteten Betrag (diese Differenz ist bei Anwendung der Version 4.1 der Kostengewichte deutlich grösser³⁴). Die Version 5.1 der Kostengewichte und der SPGs ermöglicht also eine bessere Differenzierung zwischen den Hospitalisationen der Universitätsspitäler und jenen der nicht universitären Spitäler.

³⁴ Die im Bericht über die Version 4.1 der Kostengewichte publizierten analogen Beträge waren CHF 9'041 und CHF 6'842. Die Differenz zwischen diesen Beträgen und den hier genannten bedeutet nicht, dass die Kosten der universitären und der nicht universitären Hospitalisationen um so viel zugenommen haben, denn in unserer Datenbasis ist die Summe der Vergütungspunkte der universitären und nicht universitären Spitäler kleiner, wenn sie nach der Version 5.1 der Kostengewichte berechnet wird, als wenn sie gemäss der Version 4.1 berechnet wird.

Wenn diese Beträge angewendet werden, ergeben sich in der APDRG-Datenbasis die folgenden Vergütungsgrade³⁵:

	Untere Ausreisser	Normalfälle	Obere Ausreisser	Total
Univ. Spitäler	121.1%	100.0%	96.4%	99.7%
Nicht univ. Spitäler	91.2%	100.0%	103.7%	100.3%
Univ. + Nicht univ. Spit.	109.1%	100.0%	98.6%	100.0%

Die genannten "Vergütungsgrade" wurden wie folgt berechnet: Summe der Vergütung dividiert durch die Summe der Kosten, ausgedrückt in Prozent.

Die hier genannten vergüteten Beträge sind simuliert. Sie sind nicht mit den Punktwerten ("base rates") zu verwechseln, die zwischen den Leistungserbringern und den Versicherern vertraglich festgelegt werden und von Vertrag zu Vertrag variieren.

4 Unterschiede zwischen den Versionen 4 und 5 der Kostengewichte

Die Methode, die verwendet wurde, um die Version 5.1 der Kostengewichte zu erstellen, ist sehr ähnlich wie jene der Version 4.1. Die Unterschiede zwischen den beiden Versionen werden nachstehend zusammengefasst.

- ◆ Die Kostengewichte der Version 4.1 wurden auf der Basis von Daten erstellt, die sich auf Hospitalisationen der Jahre 1999, 2000 und 2001 beziehen; die Kostengewichte der Version 5.1 wurden auf der Basis von Daten erstellt, die sich auf Hospitalisationen der Jahre 2001, 2002 und 2003 beziehen.
- ◆ Die Kostengewichte der Version 4.1 wurden auf der Basis von Daten erstellt, die von APDRG Suisse gesammelt wurden; die Kostengewichte der Version 5.1 wurden auf der Basis von Daten erstellt, die von APDRG Suisse und vom BfS gesammelt wurden.
- ◆ Um die Kostengewichte der Version 4.1 zu erstellen, wurden die Kosten der nicht universitären Hospitalisationen adjustiert (mit 1.24 multipliziert); für die Kostengewichte der Version 5.1 wurde keine solche Adjustierung vorgenommen.
- ◆ In der Version 4.1 sind die oberen Grenzwerte (HTP) gleich $RM * 2.4$; in der Version 5.1 sind die oberen Grenzwerte (HTP) entweder gleich $RM * 2.4$ oder gleich $ALOS + 28$ (wenn $RM * 2.4 > ALOS + 28$, wird $ALOS + 28$ verwendet).
- ◆ In der Version 4.1 wurden die Kosten für Implantate auf der Basis von Daten aus belgischen Spitälern berechnet; in der Version 5.1 wurden diese Kosten auf der Basis von Daten aus schweizerischen Spitälern bestimmt.
- ◆ In der Version 5.1 wurde für APDRGs, in denen die durchschnittlichen Kosten der Implantate einen wichtigen Teil der gesamten Hospitalisationskosten ausmachen, keine Grenzwerte festgelegt.
- ◆ In der Version 4.1 wurden die Kostengewichte für Transplantationen aufgrund der Tarife gemäss SVK-Verträgen berechnet (Verträge betreffend die Transplantation solider Organe und

³⁵ Aufgrund der Feststellung, dass in den nicht universitären Spitälern der APDRG-Datenbasis die Aufenthaltsdauern der oberen Ausreisser (high outliers) länger sind, als es im Prinzip in somatischen Akutspitälern zu erwarten ist, wurde vor der Berechnung der Vergütungsgrade bei den oberen Ausreissern dieser Spitäler systematisch drei Tage abgezogen. Wir haben diese Tage abgezogen, weil es wenig wahrscheinlich ist, dass sie die Bedingungen gemäss Artikel 49, Abs. 3 des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) erfüllen.

die Transplantation hämapoietischer Stammzellen zwischen den betroffenen Spitälern und dem Schweizerischen Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer); in der Version 5.1 wurden diese Kostengewichte aufgrund der von den fünf Universitätsspitälern der Schweiz angegebenen Kosten und Aufenthaltsdauern berechnet.

- ◆ Die Version 4.1 der Kostengewichte umfasste die SPGs 900 bis 907; die Version 5.1 der Kostengewichte umfasst die SPGs 901 bis 908, 911 bis 915, 917, 918, 920, 921, 930 und 932 bis 940.
- ◆ Die Version 4.1 der Kostengewichte umfasste die Pseudo-MDCs 26, 27 und 28; die Version 5.1 der Kostengewichte umfasst die Pseudo-MDCs 0, 26, 27 und 28.

5 Anwendung der Kostengewichte Version 5.1

Die Anwendung der Version 5.1 der Kostengewichte zu Tarifierungszwecken oder zur Berechnung der kantonalen Subventionen ist nur erlaubt, wenn eine entsprechende Lizenz von APDRG Suisse vorliegt (den Mitgliedern von APDRG Suisse wird diese Lizenz automatisch erteilt).

Für Informationen dazu wenden Sie sich bitte per E-Mail an info@apdrgsuisse.ch oder per Telefon ans Institut de santé et d'économie (021 641 05 80).

6 Ab 1. Januar 2006 zu verwendende Versionen der Kostengewichte, des Groupers, von CHOP und von TAR APDRG.

Ab dem 1. Januar 2006 sind die folgenden Versionen zu verwenden:

- Kostengewichte: Version 5.1
- Grouper: Version 1.6 (verfügbar ab Herbst 2005)
- CHOP: Version 8 (verfügbar auf der Website des eidg. Bundesamts für Statistik³⁶)
- TAR APDRG: Version 2006

³⁶ Unter der folgenden Adresse:
www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen_quellen/blank/blank/codage/03.html

Anhang A: Definitionen der Swiss Payment Groups (SPGs)

1. Einleitung

Um den Eigenheiten der Spitalvergütung in der Schweiz besser Rechnung zu tragen, wurden spezielle Fallgruppen geschaffen, die als "Swiss Payment Groups" (SPGs) bezeichnet werden^{37,38}. Sie betreffen Spitalaufenthalte, während derer:

- der Patient innert weniger als 24 Stunden nach seinem Eintritt in eine andere Einrichtung verlegt wurde (SPG 901);
- ein automatischer Herzdefibrillator implantiert wurde (SPGs 902 und 903);
- eine Knochenmarktransplantation durchgeführt wurde (SPGs 904, 905 und 906);
- das Neugeborene innert weniger als 24 Stunden nach seiner Geburt gestorben ist (SPG 907);
- ein Neugeborenes sich am 31. Dezember seit über 250 Tagen im Spital befindet (SPG 908)
- ein intrakranieller Neurostimulator implantiert oder angepasst wurde (SPGs 911 und 912);
- eine Revaskularisation der unteren Extremitäten durchgeführt wurde (SPG 913);
- Verbrennungen von mehr als 10 % der Körperoberfläche behandelt wurden (SPG 914);
- eine Pumpe zur Behandlung chronischer Schmerzen auf intrathekalem Weg eingesetzt oder ersetzt wurde (SPG 915);
- eine Knieoperation durchgeführt wurde (SPGs 917 und 918);
- der Patient innert weniger als 24 Stunden nach dem Eintritt gestorben ist (SPGs 920 und 921)³⁹.

Zudem wurde für die Hospitalisationen von über 75-jährigen Patienten, die ursprünglich in die APDRG 243 (Medizinische Rückenprobleme) klassiert worden sind, die SPG 930 geschaffen; und 9 SPGs (932 bis 940) resultieren aus der Unterteilung ("Splitting") von APDRGs in zwei verschiedene Fallgruppen.

2. SPGs 901 bis 930

2.1 Verlegung innert weniger als 24 Stunden nach dem Eintritt (SPG 901)

Regel

1) Wenn der Patient während einer Hospitalisation innert weniger als 24 Stunden nach dem Eintritt in eine andere (somatische oder psychiatrische) Akutpflegeeinrichtung oder in eine Rehabilitationsklinik verlegt wurde, wird diese Hospitalisation in die SPG 901 klassiert, ausser wenn es sich um Fälle der MDC 15 (Neonatologie) handelt⁴⁰.

³⁷ Weil die APDRGs nicht geändert werden können, wurde beschlossen, sie durch Swiss Payment Groups (SPGs) zu ergänzen. Eine Software namens Medgroup ermöglicht es, die Hospitalisationen in die SPGs zu klassieren; sie wird den Mitgliedern von APDRG Suisse kostenlos zur Verfügung gestellt und kann via E-Mail bestellt werden bei: info@apdrgsuisse.ch.

³⁸ Die Definitionen der SPGs 902 bis 907 in diesem Kapitel stimmen mit jenen im Dokument TAR APDRG 2004 überein. Die Definition der SPG 901 wurde leicht geändert, und die Definitionen der SPGs mit einer Nummer über 907 sind neu.

³⁹ Die im TAR APDRG 2004 definierte SPG 900 wurde aufgehoben und durch die SPGs 920 und 921 ersetzt.

⁴⁰ Diese Definition der SPG 901 ist leicht anders als jene im TAR APDRG 2004, die lautete: "Wenn der Patient während einer Hospitalisation binnen weniger als 24 Stunden nach dem Eintritt in eine andere Akutpflegeeinrichtung verlegt wurde, wird diese Hospitalisation in die SPG 901 klassiert, mit Ausnahme der Fälle der MDC 15 (Neonatologie)".

2) Wenn der Aufenthalt des Patienten im Spital, in das er verlegt wurde, keine Übernachtung beinhaltet und nicht als Hospitalisation (im Sinne der VKL) fakturiert wird, informiert der Versicherer das überweisende Spital, welches in der Folge seine ursprüngliche Rechnung (stationärer Fall) annulliert und stattdessen eine Rechnung auf Basis des ambulanten Tarifs erstellt.

Kommentar

Wenn die Eintritts- und Austrittszeiten für einen Fall nicht erfasst wurden, kann diese Regel nicht eins zu eins angewendet werden. Wenn die Aufenthaltsdauer nicht in Stunden berechnet werden kann, werden Verlegungen am Eintritts- sowie solche am darauffolgenden Tag in die SPG 901 klassiert.

2.2 Implantation eines automatischen Herzdefibrillators (SPGs 902 und 903)

Regel

Wenn während einer Hospitalisation ein automatischer Herzdefibrillator implantiert wurde, wird sie in die SPG 902 (Implantation eines automatischen Herzdefibrillators) oder in die SPG 903 (Implantation eines automatischen Herzdefibrillators, mit schweren KK) klassiert.

Eine Klassierung in die SPG 902 erfolgt unter den folgenden zwei Bedingungen:

- der Fall wurde nicht ursprünglich vom Grouper in die APDRG 545 klassiert;
- sein Datensatz enthält:
 - entweder den CHOP-Kode 37.94,
 - oder eine Kombination der CHOP-Kodes 37.95 & 37.96,
 - oder eine Kombination der CHOP-Kodes 37.97 & 37.98,
 - oder den CHOP-Kode 00.51,
 - oder eine Kombination der CHOP-Kodes 37.95 & 00.54,
 - oder eine Kombination der CHOP-Kodes 37.97 & 00.54.

Eine Klassierung in die SPG 903 erfolgt unter den folgenden zwei Bedingungen:

- der Fall wurde ursprünglich vom Grouper in die APDRG 545 klassiert;
- sein Datensatz enthält:
 - entweder den CHOP-Kode 37.94,
 - oder eine Kombination der CHOP-Kodes 37.95 & 37.96,
 - oder eine Kombination der CHOP-Kodes 37.97 & 37.98,
 - oder den CHOP-Kode 00.51,
 - oder eine Kombination der CHOP-Kodes 37.95 & 00.54,
 - oder eine Kombination der CHOP-Kodes 37.97 & 00.54⁴¹.

Kommentar

Der Grouper klassiert Hospitalisationen, bei denen ein Herzschrittmacher implantiert wurde, und solche, bei denen ein automatischer Herzdefibrillator implantiert wurde, in dieselbe APDRG. Weil sich die Kosten dieser beiden medizinischen Massnahmen deutlich unterscheiden, wurde beschlossen, zwei SPGs zu schaffen.

⁴¹ Die Kodes 37.94, 37.95, 37.96 und 37.97 wurden mit der Version 5 der CHOP-Klassifikation eingeführt, die Kodes 00.51 und 00.54 mit der Version 6.

2.3 Allogene Knochenmarktransplantation [genetisch nicht identischer Spender] (SPG 904)

Regel

Unter den folgenden zwei Bedingungen wird eine Hospitalisation in die SPG 904 klassiert:

- sie wurde ursprünglich vom Grouper in die APDRG 803 klassiert;
- ihr Datensatz enthält den CHOP-Kode 00.92.

Kommentar

Diese Regel ergibt sich aus den Bestimmungen des Transplantationsvertrags zwischen den Universitäts- und Zentrumsspitalern und dem Schweizerischen Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer (SVK).

Die CHOP-Kodes 00.91, 00.92 und 00.93 erlauben die Unterscheidung zwischen einem (lebenden oder verstorbenen) Spender, der mit dem Empfänger verwandt ist, und einem nicht verwandten Spender. Sie sind in der Version 8 der Schweizerischen Operationsklassifikation enthalten, die ab 1. Januar 2006 obligatorisch zu verwenden ist (siehe "CodeInfo"; 2/04; Seite 24⁴²).

2.4 Autologe Knochenmarktransplantation (SPGs 905 und 906)

Regel

Unter den folgenden zwei Bedingungen wird eine Hospitalisation in die SPG 905 klassiert:

- sie wurde nicht ursprünglich vom Grouper in die APDRG 804 klassiert;
- ihr Datensatz enthält:
 - entweder den CHOP-Kode 41.91,
 - oder den CHOP-Kode 99.72.

Unter den folgenden zwei Bedingungen wird eine Hospitalisation in die SPG 906 klassiert:

- der Fall wurde ursprünglich vom Grouper in die APDRG 804 klassiert;
- ihr Datensatz enthält:
 - weder den CHOP-Kode 41.91,
 - noch den CHOP-Kode 99.72.

Kommentar

Diese Regel ergibt sich aus den Bestimmungen des Transplantationsvertrags zwischen den Universitäts- und Zentrumsspitalern und dem Schweizerischen Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer (SVK).

2.5 Tod eines Neugeborenen innert weniger als 24 Stunden nach der Geburt (SPG 907)

Die Inrechnungstellung des Spitalaufenthalts von Neugeborenen, die innert weniger als 24 Stunden nach der Geburt gestorben sind, ist problematisch, weil sie die Eltern schockieren kann. Zudem sind die erbrachten Leistungen minim.

Regel

Wenn keine Verlegung in eine Intensivstation vorgenommen wurde, wird eine Hospitalisation eines Neugeborenen, das innert weniger als 24 Stunden gestorben ist, in die SPG 907 klassiert, und es wird keine Rechnung gestellt.

⁴² Das Informationsbulletin CodeInfo wird vom BfS herausgegeben. Es ist unter der folgenden Adresse verfügbar:

www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen_quellen/blank/blank/codage/02.html

Kommentar

Diese Regel gilt auch für alle tot Geborenen, deren Hospitalisation gemäss Gesetz zu erfassen ist.

Wenn die Eintritts- und Austrittszeiten für einen Fall nicht erfasst wurden, kann diese Regel nicht eins zu eins angewendet werden. Wenn die Aufenthaltsdauer nicht in Stunden berechnet werden kann, werden Todesfälle am Tag der Geburt sowie solche am darauffolgenden Tag in die SPG 907 klassiert.

Das Kostengewicht der SPG 907 beträgt 0.000. In der Betriebsbuchhaltung wird der Wert für die in diese SPG klassierten Spitalaufenthalte mit null Franken beziffert, und die Kosten werden auf alle Hospitalisationen, während derer eine Geburt stattgefunden hat, verteilt.

2.6 Fortsetzung eines Langzeitaufenthalts in der Neonatologie (SPG 908)

Regel

Spitalaufenthalte von Neugeborenen und Säuglingen, die sich am 31. Dezember eines Kalenderjahres seit brutto (ohne Abzug von Urlaubstagen) mindestens 250 Tagen im Spital aufhalten, werden am 31. Dezember um 23.59 Uhr administrativ abgeschlossen und nach dem zu diesem Zeitpunkt geltenden Tarif und mittels der APDRG, die den zugeteilten Diagnose- und Eingriffskodes entspricht, fakturiert.

Für Kinder, deren Fall in der beschriebenen Weise abgeschlossen wurde, wird am 1. Januar um 0.01 Uhr ein neuer Fall eröffnet, wobei ins Feld „Eintrittsart“ (Variabel 1.2.V03) der Medizinischen Statistik BfS der Wert "4" eingegeben wird. Der neue Fall wird dann in die SPG 908 klassiert.

Wenn ein Kind sich auch am darauffolgenden 31. Dezember (d.h. ein Jahr nach Eröffnung des in die SPG 908 klassierten Falls) noch im Spital aufhält, wird der Fall erneut abgeschlossen und fakturiert (diesmal entsprechend dem Kostengewicht der SPG 908 und nach dem Tarif des zu Ende gehenden Jahres). Dann wird am 1. Januar um 0.01 Uhr erneut ein Fall eröffnet, wobei ins Feld „Eintrittsart“ (Variabel 1.2.V03) der Medizinischen Statistik BfS wiederum der Wert 4 eingegeben wird. Auch dieser Fall wird dann wieder in die SPG 908 klassiert.

Kommentar

Gewisse Neugeborene, die unter schweren Erkrankungen leiden, bleiben während mehreren Monaten oder sogar Jahren nach ihrer Geburt im Spital. Die Kostengewichte der APDRGs, in welche die Hospitalisationen dieser Kinder klassiert werden, sind sehr hoch (über 10). Gemäss den herkömmlichen Regeln sind die Rechnungen erst nach dem Austritt der Patienten auszustellen, nach dem zum Austrittszeitpunkt geltenden Tarif. Das Spital erhält für diese Fälle also kein Geld, bevor sie austreten. Diese Situation stellt auch die Versicherer vor Probleme, denn sie erhalten extrem hohe Rechnungen (die sich auf mehr als CHF 1'000'000 belaufen können), die sich auf mehrere Rechnungsjahre beziehen, ohne dass transitorische Passiven hätten verbucht werden können.

Die vorliegende Regel – die den Vorschriften des BfS zur medizinischen Statistik widerspricht⁴³ – wurde erstellt, um die Liquiditätsprobleme der Spitäler zu verringern und dem Wunsch der Zahler (v.a. der Invalidenversicherung) zu entsprechen. Zudem kann so vermieden werden, dass solche Spitalaufenthalte vollumfänglich gemäss dem Tarif verrechnet werden, der zum Austrittszeitpunkt des Patienten gilt, während der grösste Teil der Leistungen ein oder sogar zwei Jahre früher erbracht wurden.

⁴³ Diese Regel entspricht nicht den Vorschriften des BfS zur medizinischen Statistik, denn sie führt dazu, dass für eine einzige, nicht unterbrochene Hospitalisation mindestens zwei Fälle geschaffen werden. Zudem wird der Wert 4 der Variabel 1.2.V03 verwendet, obwohl das BfS Datensätze, die diesen Wert enthalten, als fehlerhaft betrachtet.

Diese Regel stellt keine Probleme im Hinblick auf die Fakturierung, verlangt aber eine besondere Sorgfalt, um sicherzustellen, dass für eine in Wirklichkeit nicht unterbrochene Hospitalisation mehrere Aufenthalte mit verschiedenen Fallnummern erfasst werden.

Der Wert 4 der Variable 1.2.V03 (Eintrittsart) ist die einzige Information, aufgrund derer ein Fall in die SPG 908 klassiert wird. Wenn dieser Wert aus Versehen für eine Hospitalisation erfasst wird, bei der es sich nicht um die Fortsetzung eines Langzeitaufenthalts in der Neonatologie handelt, wird die entsprechende Hospitalisation falsch klassiert (allerdings lassen sich solche Fehler mittels einiger Nachprüfungen entdecken).

2.7 Implantation oder Anpassung eines intrakraniellen Neurostimulators (SPGs 911 und 912)

Regel

Unter den folgenden zwei Bedingungen wird eine Hospitalisation in die SPG 911 klassiert:

- ihr Datensatz enthält einen Hauptdiagnosekode, der in den Gruppen G20 bis G26 enthalten ist;
- ihr Datensatz enthält den CHOP-Kode 02.93.

Unter den folgenden zwei Bedingungen wird eine Hospitalisation in die SPG 912 klassiert:

- ihr Datensatz enthält als Hauptdiagnosekode Z45.8 oder T85.1;
- ihr Datensatz enthält den CHOP-Kode 02.93.

Kommentar

Hospitalisationen, während derer bei Patienten, die unter Parkinson oder extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen leiden, ein intrakranieller Neurostimulator implantiert wird, werden vom Grouper in die APDRG 1 (Kraniotomie, Alter >17, ausgenommen nach Trauma), in die APDRG 530 (Kraniotomie, mit schweren KK) oder in die APDRG 739 (Kraniotomie, Alter <18, ohne KK) klassiert. Angesichts der hohen Kosten der intrakraniellen Neurostimulatoren, die für diese Patienten verwendet werden (ca. CHF 26'000), schien es nötig, eine SPG zu schaffen, um diese Hospitalisationen umzuklassieren.

Weil auch die Anpassung eines intrakraniellen Neurostimulators Material erfordert, dessen Kosten sich auf durchschnittlich CHF 9'600 belaufen, wurde beschlossen, auch für die Hospitalisationen, während derer eine solche Kontrolle durchgeführt wurde, eine SPG zu schaffen.

2.8 Revaskularisation der unteren Extremitäten (SPG 913)

Regel

Unter den folgenden zwei Bedingungen wird eine Hospitalisation in die SPG 913 klassiert:

- sie wurde ursprünglich vom Grouper in die APDRG 550 klassiert;
- ihr Datensatz enthält den CHOP-Kode 38.48 oder den CHOP-Kode 39.29.

Kommentar

Im Fall von schweren Komplikationen oder Komorbiditäten (KK) werden Hospitalisationen, die ursprünglich der APDRG 796 (Revaskularisation der unteren Extremitäten, mit KK) zugeteilt wurden, in die APDRG 550 (Andere vaskuläre Eingriffe, mit schweren KK) klassiert. Das Kostengewicht der APDRG 550 ist aber tiefer als dasjenige der APDRG 796. Deshalb wurde für die Revaskularisationen der unteren Extremitäten mit schweren KK eine SPG geschaffen, denn ihre Kosten sind deutlich höher als diejenigen der anderen in die APDRG 550 klassierten Eingriffe.

2.9 Verbrennungen von mehr als 10 % der Körperoberfläche, mit Hauttransplantationen (SPG 914)

Regel

Unter den folgenden zwei Bedingungen wird eine Hospitalisation in die SPG 914 klassiert:

- sie wurde ursprünglich vom Grouper in die APDRG 458 klassiert;
- ihr Datensatz enthält einen der Diagnosekodes T31.1, T31.2, T31.3 oder T31.4.

Kommentar

Die APDRG 458 (kleinflächige Verbrennungen, mit Hauttransplantationen) vereinigt verschiedene Typen von Verbrennungen. Wenn 10% bis 50% der Körperoberfläche von Verbrennungen betroffen sind (ICD-10-Kodes T31.1 bis T31.4) und Hauttransplantationen durchgeführt wurden, wird der Fall ebenfalls in diese APDRG klassiert; die Kosten sind aber klar höher als bei den anderen Fällen in dieser APDRG. Deshalb wurde beschlossen, eine SPG zu schaffen, um diese Hospitalisationen separat klassieren zu können.

2.10 Einsetzen oder Ersatz einer Pumpe zur Behandlung chronischer Schmerzen auf intrathekalem Weg (SPG 915)

Regel

Eine Hospitalisation wird in die SPG 915 klassiert, wenn eine der beiden folgenden Bedingungen erfüllt ist:

- Der Datensatz enthält den Diagnosekode R52.1 sowie die CHOP-Kodes 03.90 und 86.06;
- der Datensatz enthält den CHOP-Kode 86.08.

Kommentar

Eine Pumpe zur Behandlung chronischer Schmerzen auf intrathekalem Weg kostet fast CHF 16'000. Es wurde beschlossen, für Hospitalisationen, während derer erstmals eine solche Pumpe eingesetzt oder während derer eine solche Pumpe ersetzt wird, eine SPG zu schaffen.

2.11 Knieoperationen (SPGs 917 und 918)

Regel

Unter den folgenden zwei Bedingungen wird eine Hospitalisation in die SPG 917 klassiert:

- sie wurde ursprünglich vom Grouper in die APDRG 221 klassiert;
- ihr Datensatz enthält keinen der folgenden CHOP-Kodes: 80.76, 81.40, 81.42, 81.43, 81.44, 81.45, 81.46, 81.47, 81.49.

Unter den folgenden zwei Bedingungen wird eine Hospitalisation in die SPG 918 klassiert:

- sie wurde ursprünglich vom Grouper in die APDRG 222 klassiert;
- ihr Datensatz enthält keinen der folgenden CHOP-Kodes: 80.76, 81.40, 81.42, 81.43, 81.44, 81.45, 81.46, 81.47, 81.49.

Kommentar

Hospitalisationen zwecks Synovektomie oder Ligament-Rekonstruktion am Knie, die in die APDRGs 221 und 222 klassiert werden, kosten wesentlich mehr als die anderen in diese zwei APDRGs klassierten Hospitalisationen. Deshalb wurden für die anderen Knieoperationen (keine Synovektomie und keine Ligament-Rekonstruktion) zwei SPGs geschaffen.

2.12 Todesfall innert weniger als 24 Stunden nach dem Eintritt (SPGs 920 und 921)

Regel

Wenn der Patient während einer Hospitalisation innert weniger als 24 Stunden nach dem Eintritt stirbt, wird die Hospitalisation in die SPG 920 oder in die SPG 921 klassiert, ausser wenn es sich um Fälle der MDC 15 (Neonatologie) handelt.

Wenn eine Hospitalisation ursprünglich vom Grouper in eine chirurgische APDRG klassiert wurde, wird sie in die SPG 920 klassiert.

Wenn eine Hospitalisation ursprünglich vom Grouper in eine medizinische APDRG klassiert wurde, wird sie in die SPG 921 klassiert.

Kommentar

Wenn die Eintritts- und Austrittszeiten für eine Hospitalisation nicht erfasst wurden, kann diese Regel nicht eins zu eins angewendet werden. Wenn die Aufenthaltsdauer nicht in Stunden berechnet werden kann, werden Todesfälle am Eintrittstag sowie solche am darauffolgenden Tag in die SPGs 920 oder 921 klassiert.

Die Kosten von Hospitalisationen, während derer der Patient innert weniger als 24 Stunden gestorben ist, sind deutlich höher, wenn Eingriffe durchgeführt wurden und die Hospitalisation deshalb in eine chirurgische APDRG klassiert worden ist. Es wurde deshalb beschlossen, zwei verschiedene SPGs zu schaffen, um dieser Kostendifferenz Rechnung zu tragen.

2.13 Medizinische Rückenprobleme, Alter >75 (SPG 930)

Regel

Unter den folgenden zwei Bedingungen wird eine Hospitalisation in die SPG 930 klassiert:

- sie wurde ursprünglich vom Grouper in die APDRG 243 (Medizinische Rückenprobleme) klassiert.
- die Person war zum Zeitpunkt ihres Eintritts in die Akutpflege über 75 Jahre alt.

Kommentar

Die ökonomische Analyse hat gezeigt, dass das Alter das ausschlaggebende Kriterium ist; Hospitalisationen von Personen, die über 75 Jahre alt sind, sind deutlich teurer als solche von Personen, die 75 oder jünger sind.

3 Aus der Zweiteilung von APDRGs ("Splitting") resultierende SPGs (932 bis 940)

Die Analyse der Daten der Spitäler hat gezeigt, dass eine grössere Kostenhomogenität zu erreichen ist, wenn die in bestimmten APDRGs klassierten Hospitalisationen in zwei Gruppen unterteilt werden, wobei für die Klassierung in eine dieser Gruppen das Vorkommen spezifischer Eingriffskodes im Datensatz der einzelnen Hospitalisation ausschlaggebend ist. Um nicht übertrieben viele neue SPGs zu schaffen, wurde beschlossen, dass die Unterschiede zwischen den beiden (aus dem Splitting resultierenden) Gruppen substantiell sein muss⁴⁴.

Die Bezeichnung der SPGs 932 bis 940 beginnt mit einem "S -", gefolgt von der Bezeichnung der jeweiligen APDRG, von der sie abgeleitet sind.

⁴⁴ Als Regel wurde festgelegt, dass die Differenz zwischen den Durchschnittskosten der Hospitalisationen der ursprünglichen APDRG und den Durchschnittskosten der Hospitalisationen in den beiden aus der Zweiteilung der APDRG resultierenden Gruppen mindestens (plus oder minus) 20% betragen muss.

3.1 S – Andere chirurgische Eingriffe an Ohren, Nase, Mund und Hals (SPG 932)

Regel

Unter den folgenden zwei Bedingungen wird eine Hospitalisation in die SPG 932 klassiert:

- sie wurde ursprünglich vom Grouper in die APDRG 63 (Andere chirurgische Eingriffe an Ohren, Nase, Mund und Hals) klassiert;
- ihr Datensatz enthält mindestens einen der folgenden CHOP-Kodes: 29.33, 29.4, 31.71, 31.72, 31.75, 31.79, 76.62, 76.63, 76.66, 76.67, 76.74, 76.76, 76.77, 76.79, 76.91, 76.92, 86.69, 86.70, 86.74, 86.75.

Kommentar

Die Analyse der Hospitalisationen, die vom Grouper ursprünglich in die APDRG 63 klassiert wurden, zeigt, dass deren Kosten, wenn ihr Datensatz mindestens einen der hier genannten CHOP-Kodes enthält, deutlich höher sind, als wenn ihr Datensatz keinen dieser Kodes enthält.

3.2 S – Eingriffe an Ösophagus, Magen und Duodenum, Alter >17, mit KK (SPG 933)

Regel

Unter den folgenden zwei Bedingungen wird eine Hospitalisation in die SPG 933 klassiert:

- sie wurde ursprünglich vom Grouper in die APDRG 154 (Eingriffe an Ösophagus, Magen und Duodenum, Alter >17, mit KK) klassiert;
- ihr Datensatz enthält mindestens einen der folgenden CHOP-Kodes: 31.73, 42.40, 42.41, 42.42, 42.51, 42.52, 42.53, 42.54, 42.55, 42.58, 42.59, 42.61, 42.62, 42.63, 42.64, 42.65, 42.66, 42.68, 42.69, 42.87, 43.5, 43.6, 43.7, 43.89, 43.91, 43.99, 44.39, 44.5, 46.72, 51.82, 51.83.

Kommentar

Die Analyse der Hospitalisationen, die vom Grouper ursprünglich in die APDRG 154 klassiert wurden, zeigt, dass deren Kosten, wenn ihr Datensatz mindestens einen der hier genannten CHOP-Kodes enthält, deutlich höher sind, als wenn ihr Datensatz keinen dieser Kodes enthält.

3.3 S – Eingriffe an Ösophagus, Magen und Duodenum, Alter >17, ohne KK (SPG 934)

Regel

Unter den folgenden zwei Bedingungen wird eine Hospitalisation in die SPG 934 klassiert:

- sie wurde ursprünglich vom Grouper in die APDRG 155 (Eingriffe an Ösophagus, Magen und Duodenum, Alter >17, ohne KK) klassiert;
- ihr Datensatz enthält mindestens einen der folgenden CHOP-Kodes: 31.73, 42.40, 42.41, 42.42, 42.51, 42.52, 42.53, 42.54, 42.55, 42.58, 42.59, 42.61, 42.62, 42.63, 42.64, 42.65, 42.66, 42.68, 42.69, 42.87, 43.5, 43.6, 43.7, 43.89, 43.91, 43.99, 44.39, 44.5, 46.72, 51.82, 51.83.

Kommentar

Die Analyse der Hospitalisationen, die vom Grouper ursprünglich in die APDRG 155 klassiert wurden, zeigt, dass deren Kosten, wenn ihr Datensatz mindestens einen der hier genannten CHOP-Kodes enthält, deutlich höher sind, als wenn ihr Datensatz keinen dieser Kodes enthält.

3.4 S – Eingriffe an Ösophagus, Magen und Duodenum, Alter <18 (SPG 935)

Regel

Unter den folgenden zwei Bedingungen wird eine Hospitalisation in die SPG 935 klassiert:

- sie wurde ursprünglich vom Grouper in die APDRG 156 (Eingriffe an Ösophagus, Magen und Duodenum, Alter <18) klassiert;
- ihr Datensatz enthält mindestens einen der folgenden CHOP-Kodes: 31.73, 42.40, 42.41, 42.42, 42.51, 42.52, 42.53, 42.54, 42.55, 42.58, 42.59, 42.61, 42.62, 42.63, 42.64, 42.65, 42.66, 42.68, 42.69, 42.87, 43.5, 43.6, 43.7, 43.89, 43.91, 43.99, 44.39, 44.5, 46.72, 51.82, 51.83.

Kommentar

Die Analyse der Hospitalisationen, die vom Grouper ursprünglich in die APDRG 156 klassiert wurden, zeigt, dass deren Kosten, wenn ihr Datensatz mindestens einen der hier genannten CHOP-Kodes enthält, deutlich höher sind, als wenn ihr Datensatz keinen dieser Kodes enthält.

3.5 S – Grössere gastro-intestinale Eingriffe, mit schweren KK (SPG 936)

Regel

Unter den folgenden zwei Bedingungen wird eine Hospitalisation in die SPG 936 klassiert:

- sie wurde ursprünglich vom Grouper in die APDRG 585 (Grössere gastro-intestinale Eingriffe, mit schweren KK) klassiert;
- ihr Datensatz enthält mindestens einen der folgenden CHOP-Kodes: 31.73, 42.40, 42.41, 42.42, 42.51, 42.52, 42.53, 42.54, 42.55, 42.58, 42.59, 42.61, 42.62, 42.63, 42.64, 42.65, 42.66, 42.68, 42.69, 42.87, 43.5, 43.6, 43.7, 43.89, 43.91, 43.99, 44.39, 44.5, 46.72, 51.82, 51.83.

Kommentar

Die Analyse der Hospitalisationen, die vom Grouper ursprünglich in die APDRG 585 klassiert wurden, zeigt, dass deren Kosten, wenn ihr Datensatz mindestens einen der hier genannten CHOP-Kodes enthält, deutlich höher sind, als wenn ihr Datensatz keinen dieser Kodes enthält.

3.6 S – Grössere Eingriffe bei bösartigen Nieren-, Ureter- und Harnblasenerkrankungen (SPG 937)

Regel

Unter den folgenden zwei Bedingungen wird eine Hospitalisation in die SPG 937 klassiert:

- sie wurde ursprünglich vom Grouper in die APDRG 303 (Grössere Eingriffe bei bösartigen Nieren-, Ureter- und Harnblasenerkrankungen) klassiert
- ihr Datensatz enthält mindestens einen der folgenden CHOP-Kodes: 40.52, 40.53, 40.54, 40.59, 55.61, 55.87, 56.34, 56.40, 56.41, 56.42, 56.51, 56.52, 56.61, 56.62, 56.71, 56.72, 56.73, 56.74, 56.75, 56.79, 56.81, 56.82, 56.84, 56.85, 56.86, 56.89, 56.95, 57.71, 57.79.

Kommentar

Die Analyse der Hospitalisationen, die vom Grouper ursprünglich in die APDRG 303 klassiert wurden, zeigt, dass deren Kosten, wenn ihr Datensatz mindestens einen der hier genannten CHOP-Kodes enthält, deutlich höher sind, als wenn ihr Datensatz keinen dieser Kodes enthält.

3.7 S – Grössere Eingriffe bei gutartigen Nieren-, Ureter- und Harnblasenerkrankungen, mit KK (SPG 938)

Regel

Unter den folgenden zwei Bedingungen wird eine Hospitalisation in die SPG 938 klassiert:

- sie wurde ursprünglich vom Grouper in die APDRG 304 (Grössere Eingriffe bei gutartigen Nieren-, Ureter- und Harnblasenerkrankungen, mit KK) klassiert
- ihr Datensatz enthält mindestens einen der folgenden CHOP-Kodes: 40.52, 40.53, 40.54, 40.59, 55.61, 55.87, 56.34, 56.40, 56.41, 56.42, 56.51, 56.52, 56.61, 56.62, 56.71, 56.72, 56.73, 56.74, 56.75, 56.79, 56.81, 56.82, 56.84, 56.85, 56.86, 56.89, 56.95, 57.71, 57.79.

Kommentar

Die Analyse der Hospitalisationen, die vom Grouper ursprünglich in die APDRG 304 klassiert wurden, zeigt, dass deren Kosten, wenn ihr Datensatz mindestens einen der hier genannten CHOP-Kodes enthält, deutlich höher sind, als wenn ihr Datensatz keinen dieser Codes enthält.

3.8 S – Grössere Eingriffe bei gutartigen Nieren-, Ureter- und Harnblasenerkrankungen, ohne KK (SPG 939)

Regel

Unter den folgenden zwei Bedingungen wird eine Hospitalisation in die SPG 939 klassiert:

- sie wurde ursprünglich vom Grouper in die APDRG 305 (Grössere Eingriffe bei gutartigen Nieren-, Ureter- und Harnblasenerkrankungen, ohne KK) klassiert
- ihr Datensatz enthält mindestens einen der folgenden CHOP-Kodes: 40.52, 40.53, 40.54, 40.59, 55.61, 55.87, 56.34, 56.40, 56.41, 56.42, 56.51, 56.52, 56.61, 56.62, 56.71, 56.72, 56.73, 56.74, 56.75, 56.79, 56.81, 56.82, 56.84, 56.85, 56.86, 56.89, 56.95, 57.71, 57.79.

Kommentar

Die Analyse der Hospitalisationen, die vom Grouper ursprünglich in die APDRG 305 klassiert wurden, zeigt, dass deren Kosten, wenn ihr Datensatz mindestens einen der hier genannten CHOP-Kodes enthält, deutlich höher sind, als wenn ihr Datensatz keinen dieser Codes enthält.

3.9 S – Eingriffe an Nieren und Harnwegen, ausgenommen Nierentransplantation, mit schweren KK (SPG 940)

Regel

Unter den folgenden zwei Bedingungen wird eine Hospitalisation in die SPG 940 klassiert:

- der Fall wurde ursprünglich vom Grouper in die APDRG 567 (Eingriffe an Nieren und Harnwegen, ausgenommen Nierentransplantation, mit schweren KK) klassiert
- ihr Datensatz enthält mindestens einen der folgenden CHOP-Kodes: 40.52, 40.53, 40.54, 40.59, 55.61, 55.87, 56.34, 56.40, 56.41, 56.42, 56.51, 56.52, 56.61, 56.62, 56.71, 56.72, 56.73, 56.74, 56.75, 56.79, 56.81, 56.82, 56.84, 56.85, 56.86, 56.89, 56.95, 57.71, 57.79.

Kommentar

Die Analyse der Hospitalisationen, die vom Grouper ursprünglich in die APDRG 567 klassiert wurden, zeigt, dass deren Kosten, wenn ihr Datensatz mindestens einen der hier genannten CHOP-Kodes enthält, deutlich höher sind, als wenn ihr Datensatz keinen dieser Codes enthält.