

TAR APDRG 2007

Prinzipien und Regeln
für die Vergütung und Rechnungsstellung
nach APDRGs

Dezember 2006

Ausgabe vom 16.12.06 (V01)

© APDRG Suisse

Das Tarifierungshandbuch TAR-APDRG 2007 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
(Hervé Guillain, Salwa Kossaibati, Jean-Claude Rey)
erteilten Auftrags

mit Unterstützung
der Statistik-Abteilung des CHUV
(Duong Hong Dung, Véronique Koehn)
&
des Bundesamts für Statistik
(André Meister, Adrian Füglister)

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	Einleitung	1
1.1	Zielsetzung	1
1.2	Vorgehensweise	1
2	Definitionen und Grundregeln	1
2.1	Definitionen und Anwendungsbereich	1
2.1.1	Benötigte Daten	1
2.1.2	Regeln für die Kodierung der Diagnosen und der Eingriffe	2
2.1.3	In welchem Bereich werden APDRGs angewendet?	2
2.1.4	Hospitalisation	3
2.1.5	Administrative Urlaubstage	4
2.1.6	Wechsel des Versicherers während einer Hospitalisation	5
2.2	Spezielle Hospitalisationen und Hospitalisationen ausserhalb des APDRG-Anwendungsbereichs	5
2.2.1	Psychiatriefälle und Fälle von Substanzmissbrauch (Alkohol- und Drogenabhängigkeit)	5
2.2.2	Rehabilitation	5
2.2.3	Palliativpflege	6
2.2.4	Pflegefälle und Wartepatienten	6
2.3	Spezielle Abrechnungsregeln	7
2.3.1	Änderung des Hospitalisationsgrundes im Lauf eines Spitalaufenthalts	7
2.3.2	Rehospitalisation	7
2.3.3	Spitalaufenthalt über zwei Rechnungsjahre	8
2.3.4	Ambulant erbrachte Leistungen durch einen anderen Leistungserbringer (Spital oder andere) während einer Hospitalisation	8
2.3.5	Verlegung in ein anderes akutsomatisches Spital ab dem zweiten Tag	8
2.3.5.1	Verlegung ohne Rückverlegung ins Ausgangsspital	8
2.3.5.2	Verlegung mit Rückverlegung ins Ausgangsspital	9
2.3.6	Notfälle	10
2.3.7	Gesunde Neugeborene	11
2.4	Swiss Payment Groups (SPGs)	11
2.5	Andere Regeln	12
2.5.1	Nicht verrechenbare und manuell zugeteilte APDRGs	12
2.5.2	Inkohärenz von Kostengewichten	13
2.5.3	Vergütung von Transplantationen	13
2.6	Vergütungsformeln	14

Vorwort

Dieses Jahr werden die APDRG in annähernd 100 Spitälern angewendet. Dies hat zur Folge, dass sich eine zunehmende Anzahl von Spezialisten im Spitalwesen für Fragen der Rechnungsstellung und Tarifierung interessieren. Gleichzeitig wird das Handbuch TAR APDRG zunehmend verwendet und Modifikationsvorschläge sind aus unserer Anfang November durchgeführte Umfrage hervorgegangen. Viele unter Ihnen bestätigten die Bedeutung dieser Regeln für die Tarifvereinbarungen, insbesondere wird mehr auf mehr auf diese verwiesen. Dies erfreut uns sehr und ermutigt uns zu Verbesserungen des Handbuchs.

Wir möchten Ihnen zunächst für Ihre Antworten danken, die es uns ermöglichten ein aktualisiertes Handbuch 2007 zu erstellen. Zwei Arten von Vorschlägen wurden eingereicht; zum einen betreffend Formfragen und zum anderen betreffend inhaltliche Fragen. Da die letztgenannten mehrheitlich einer eingehenden Diskussion durch alle Akteure bedürfen, werden sie in die nächste Revision - im TAR APDRG 2008 - integriert werden.

TAR APDRG 2007 enthält folglich primär Korrekturen der Form, präzisere Definitionen (zum Beispiel der Urlaubstage) und eine verbesserte Kohärenz als die Vorgängerversion. Die Anwendung dieser Regeln sollte zu einer Vereinfachung der Leistungsvergütung und zu einem Rückgang der Streitfälle beitragen.

Der APDRG Vorstand wünscht Ihnen eine gute Anwendung.

Es erscheint uns noch wichtig, Sie an die Instrumente für das Jahr 2007 zu erinnern:

- die Version 5.1 Kostengewichte
- die Version 1.7 des Groupers APDRG (enthalten in der Software 3M CaseMix Expert Version 2.4);
- die Spezifikationen 5.1-1.7-9 der SPG¹

Unser Dank richtet sich an all jene, die an der Erstellung der Version 2007 mitgewirkt haben und an alle Mitglieder von APDRG Suisse für Ihre wertvolle Unterstützung.

Luc Schenker,
Präsident APDRG Suisse
Dezember 2006

¹ Die Software Medgroup Version 5.1-1.7-9 erlaubt die Gruppierung der Hospitalisationen entsprechend dieser Spezifikationen; sie steht den Mitgliedern von APDRG zur Verfügung und kann gratis auf der Seite www.apdrgsuisse.ch herunter geladen werden (der Link zum Download befindet sich auf einer ausschliesslich für die Mitglieder reservierten Seite).

1 Einleitung

1.1 Zielsetzung

Dieses Dokument enthält sämtliche technischen Spezifikationen, die für die Anwendung der APDRGs (All Patient Diagnosis Related Groups) im Rahmen von Tarifverträgen gemäss Kranken- und Unfallversicherungsgesetz notwendig sind.

"TAR APDRG 2007" soll jenen Partnern, die sich entschieden haben, die Vergütung nach APDRGs einzuführen, die Umsetzung erleichtern. Das Dokument enthält die Prinzipien und Regeln für die Vergütung im APDRG-System, behandelt aber keine Fragen zur Gruppierungssoftware und zur Integration derselben in die Informatiksysteme der Spitäler².

1.2 Vorgehensweise

Der vorliegende Bericht ist das Produkt einer Zusammenarbeit von Experten, welche Mitglieder von APDRG Suisse sind oder von APDRG Suisse angefragt wurden. Das Institut de santé et d'économie (ISE) hat im Auftrag von APDRG Suisse die allgemeine Projektbegleitung sowie die zur Entwicklung dieses Dokuments notwendigen technischen Arbeiten übernommen.

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.

2 Definitionen und Grundregeln

2.1 Definitionen und Anwendungsbereich

2.1.1 Benötigte Daten

Generell werden für die Vergütung und Rechnungsstellung nach APDRGs³ die Daten der medizinischen Statistik benötigt, die gemäss dem Bundesstatistikgesetz (BstatG) vom 9. Oktober 1992, der dazugehörigen Verordnung und den ergänzenden Richtlinien des Bundesamts für Statistik (BfS) erstellt worden ist.

Für die Klassierung von Hospitalisationen in die SPGs (Swiss Payment Groups), die im Anhang A des Berichts über die Kostengewichte definiert werden, sind zusätzlich die folgenden Daten erforderlich:

- Eintrittszeit⁴ und Austrittszeit⁵ bei einem Todesfall oder einer Verlegung innert weniger als 24 Stunden nach dem Eintritt.

² Eine detaillierte Beschreibung der Kriterien für die Klassierung nach APDRGs, die von der Gruppierungssoftware angewendet werden, finden sich im Definitions Manual. Informationen dazu sind verfügbar unter www.apdrgsuisse.ch. Unter derselben Adresse findet sich auch eine im Kanton Waadt durchgeführte Studie über die Informatik-Voraussetzungen für die Rechnungsstellung nach APDRGs.

³ Eine Kostenträgerrechnung, die es erlaubt, die Kosten jeder einzelnen Hospitalisation zu berechnen, ist für die Vergütung nach APDRGs zwar nicht zwingend nötig. Sie ist aber für alle Spitäler, welche die Differenz zwischen ihren eigenen Produktionskosten und den vergüteten Beträgen berechnen möchten, von grossem Nutzen.

⁴ Gemäss der bis Ende 2005 gültigen Richtlinien zur medizinischen Statistik muss die Eintrittszeit im Datensatz einer Hospitalisation nur dann angegeben werden, wenn es sich um Notfälle (definiert als Fälle, die eine Behandlung innerhalb von 12 Stunden erfordern) handelt. Im Jahr 2006 ist die Angabe der Eintrittszeit für alle Fälle obligatorisch.

2.1.2 Regeln für die Kodierung der Diagnosen und der Eingriffe

Die Diagnosen und Eingriffe sind gemäss den Richtlinien der Weltgesundheitsorganisation WHO und des Bundesamtes für Statistik (zuständiges Organ in der Schweiz) zu kodieren. Dabei werden die Klassifikationssysteme ICD-10⁶ (Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision) und CHOP⁷ (Schweizerische Operationsklassifikation)⁸ verwendet.

Fragen zur Kodierung sind an das Bundesamt für Statistik (Fachbereich Gesundheit, Espace de l'Europe 10, 2010 Neuchâtel, Tel.: 032 713 63 60, E-Mail: codeinfo@bfs.admin.ch) zu richten. Die Kodierungsrichtlinien werden im offiziellen schweizerischen Kodierungshandbuch sowie im Informationsbulletin "CodeInfo", beide herausgegeben vom BfS, veröffentlicht⁹.

Fragen zu den Inkompatibilitäten zwischen den Kodierungsrichtlinien und der vom APDRG-Groupen vorgenommenen Klassierung werden im Kapitel 2.5 behandelt.

2.1.3 In welchem Bereich werden APDRGs angewendet?

Regel

Der Anwendungsbereich für APDRGs umfasst die stationären Aktivitäten der akutsomatischen Spitäler und Abteilungen.

Ausgenommen sind Fälle in:

- spezialisierten Rehabilitations- und Geriatrieeinrichtungen und -abteilungen;
- spezialisierten Einrichtungen und Abteilungen der Psychiatrie und der Suchtbehandlung (Alkohol- und Drogenabhängigkeit);
- spezialisierten Palliativpflegeeinrichtungen und -abteilungen;
- Pflegeheimen und Pflegeabteilungen der somatischen Akutspitäler;

sowie:

- die Tage, während derer Patienten am Ende eines Spitalaufenthalts im Spital auf eine Pflegeheimplatzierung oder auf die Spitex-Betreuung zu Hause warten ;
- Teilnahmen an Betreuungsprogrammen von Rehabilitations- und Psychiatrie-Tageskliniken.

Kommentar

Die APDRGs wurden, wie es die internationale Literatur zeigt, ausschliesslich dazu entwickelt, um die Aktivitäten der somatischen Akutspitäler zu definieren und zu vergüten. Sie eignen sich nicht für die Entschädigung spezialisierter Psychiatrie-, Rehabilitations-

⁵ Gemäss den Richtlinien zur medizinischen Statistik muss die Austrittszeit nur bei Todesfällen im Datensatz einer Hospitalisation enthalten sein. Im Jahr 2006 ist die Angabe der Austrittszeit für alle Fälle obligatorisch.

⁶ Die ICD-10 ist verfügbar unter www.icd10.ch.

⁷ Die CHOP ist verfügbar unter http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen__quellen/blank/blank/codage/01.htm

⁸ Für die Version 1.6 des APDRG-Groupers (gültig vom 01.01.06 bis am 31.12.06) müssen die Eingriffs-Kodes der Version 8 der CHOP-Klassifikation und für die Version 1.7 des APDRG-Groupers (gültig vom 01.01.07 bis 31.12.07) müssen die Eingriffs-Kodes der Version 9 der CHOP-Klassifikation verwendet werden.

⁹ Diese Dokumente können auf der Website des Bundesamtes für Statistik (www.bfs.admin.ch), Abteilung Nr. 14 (Gesundheit), unter der Rubrik "Kodierungssekretariat" heruntergeladen werden. Der URL des Kodierungssekretariats lautet: http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen__quellen/blank/blank/codage/01.htm

und Palliativpflegeeinrichtungen und nicht für die Vergütung von Suchtbehandlungen (Alkohol- und Drogenabhängigkeit)¹⁰.

Auch für die Rehabilitation wurde angesichts der internationalen Erfahrungen beschlossen, keine APDRG-Finanzierung vorzuschlagen. Es ist wichtig, die Phase der Akutbehandlung von der Rehabilitationsphase zu trennen und die Abteilungen oder Spitäler, welche Rehabilitationsleistungen erbringen, klar von den anderen Abteilungen oder Spitälern zu unterscheiden. Gegebenenfalls können die Leistungserbringer und die Versicherer allfällige in Akutabteilungen angebotene Rehabilitationsprogramme in ihre Verträge aufnehmen, um deren Vergütung zu regeln.

Die APDRGs eignen sich auch nicht, um Verlängerungen von Akutspitalaufenthalten zu vergüten, die dadurch bedingt sind, dass der Patient auf die Verlegung in ein Pflegeheim (Pflegeheimplatzierung) oder auf die Spitexbetreuung zu Hause warten muss. Dass sich Patienten in Akutspitälern aufhalten, obwohl das medizinisch nicht mehr gerechtfertigt ist, liegt unter anderem daran, dass die Behandlungskette schlecht funktioniert. Pflegerisch bedingte Verlängerungen müssen deshalb vom eigentlichen Akutaufenthalt unterschieden werden¹¹, um zu verhindern, dass sie als Extremfälle („Ausreisser“)¹² vergütet werden.

Damit der Anwendungsbereich für APDRGs definiert werden kann, braucht es also eine genaue Definition der Spital- und Spitalabteilungskategorien. Die Einführung der APDRGs ist schwierig, wenn Spitäler und Kantone nicht klar zwischen Akutspitälern oder -abteilungen und anderen Einrichtungen beziehungsweise Abteilungen (Psychiatrie, Rehabilitation, Palliativpflege, Langzeitpflege) unterscheiden.

2.1.4 Hospitalisation

Regel

Gemäss Definition des BfS versteht man unter einer Hospitalisation einen Aufenthalt eines Patienten im Spital zum Zweck eines Eingriffs, einer Untersuchung, einer Überwachung und/oder der Pflege.

Der Aufenthalt beginnt mit dem Eintritt (notfallmässig oder nicht) und endet:

- entweder mit dem Austritt nach über 24 Stunden;
- oder mit der Verlegung in ein anderes Spital oder mit dem Tod des Patienten, unabhängig von der Dauer des vorangehenden Spitalaufenthalts.

Der Aufenthalt endet auch, wenn der Patient keine Überwachung oder Pflege im Rahmen einer Spitalinfrastruktur mehr benötigt, was insbesondere dann der Fall ist, wenn ein Austrittsentscheid getroffen wurde, der Patient aber noch im Spital auf eine Verlegung in ein Pflegeheim oder auf die Spitexbetreuung zu Hause warten muss.

Änderung der Hospitalisations-Definition

Der Artikel 3 der VKL¹³ definiert den Begriff der Hospitalisation neu. Gemäss diesem Artikel gelten "als stationäre Behandlung nach Artikel 49 Absatz 1 des Gesetzes ... Aufenthalte im

¹⁰ Fälle von psychiatrischen Patienten, die in den akutsomatischen Abteilungen betreut werden (MDCs 19 und 20), werden im APDRG-System allerdings berücksichtigt (siehe Kapitel 2.2.1 auf Seite 5).

¹¹ Siehe Kapitel 2.2.4 auf Seite 6.

¹² Die Begriffe "Normalfälle" (inliers) und "Ausreisser" (outliers) werden im zweiten Teil dieses Handbuchs erläutert.

¹³ Verordnung vom 3. Juli 2002 über die Kostenermittlung und Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung (SR 832.104). Die von dieser Verordnung eingeführte Änderung besteht darin, dass eine Behandlung als stationär betrachtet wird, sobald ein Bett über Nacht besetzt ist, auch wenn der Auf-

Spital von mindestens 24 Stunden zur Untersuchung, Behandlung und Pflege. Aufenthalte im Spital von weniger als 24 Stunden, bei denen während einer Nacht ein Bett belegt wird, sowie Aufenthalte im Spital bei Überweisungen in ein anderes Spital und bei Todesfällen gelten ebenfalls als stationäre Behandlung."

Bei der Berechnung der Version 5.1 der Kostengewichte wurde diese Bestimmung berücksichtigt.

Gesetzliche Bestimmungen

Artikel 49 KVG, Tarifverträge mit Spitälern, Absatz 3:

Bei Spitalaufenthalten richtet sich die Vergütung nach dem Spitaltarif gemäss den Absätzen 1 und 2, solange der Patient oder die Patientin nach medizinischer Indikation der Behandlung und Pflege oder der medizinischen Rehabilitation im Spital bedarf. Ist diese Voraussetzung nicht mehr erfüllt, so kommt für den Spitalaufenthalt der Tarif nach Artikel 50 zur Anwendung.

Artikel 50 KVG, Tarifverträge mit Pflegeheimen:

Beim Aufenthalt in einem Pflegeheim (Art. 39 Abs. 3) vergütet der Versicherer die gleichen Leistungen wie bei ambulanter Krankenpflege und bei Krankenpflege zu Hause. Er kann mit dem Pflegeheim pauschale Vergütungen vereinbaren. Die Absätze 6 und 7 von Artikel 49 sind sinngemäss anwendbar.

2.1.5 Administrative Urlaubstage

Die Tage, während derer der Patient die ganze Zeit (d.h. von 00:00:00 bis 23:59:59 Uhr) abwesend ist, werden als administrative Urlaubstage betrachtet und gezählt^{14,15}.

Wenn der Patient das Spital verlässt, wird er administrativ beurlaubt, wenn die folgenden zwei Bedingungen erfüllt sind:

- es handelt sich um geplante Urlaubstage und es ist folglich vorgesehen, dass der Patient für die Behandlung der selben Erkrankung zurückkehrt¹⁶;
- der Patient kehrt vor dem 8. Kalendertag¹⁷ zurück, der auf seinen Austritt folgt

Ausnahmen:

Auch wenn die zwei oben genannten Bedingungen erfüllt sind, wird der Patient in den folgenden beiden Fällen nicht administrativ beurlaubt:

- ◆ Transplantationen solider Organe und hämopoietischer Stammzellen (Fakturierung ausschliesslich auf der Grundlage der SVK¹⁸ Regeln)

enthalt weniger als 24 Stunden dauert.

Die VKL ist verfügbar unter: www.admin.ch/ch/d/sr/c832_104.html

¹⁴ Wenn der Patient dagegen das Spital zum Zweck einer externen stationären oder ambulanten Behandlung verlässt (siehe Kap. 2.3.4), handelt es sich aus administrativer Sicht nicht um einen Urlaub, weil das Spital die vom externen Leistungserbringer erbrachten Leistungen (inkl. die Behandlungstage selber) in sein eigenes Patientendossier integriert.

¹⁵ Diese Definition der Urlaubstage unterscheidet sich notabene von jener, die das BfS im Informationsblatt 04-MS-2004 vom Januar 2004 vorschlägt. Die Definition des BfS ist für die Rechnungsstellung nicht geeignet. Auch für die Berechnung der Kostengewichte wurde eine andere als die hier genannte Definition verwendet (weil die zur Verfügung stehenden Daten es nicht erlaubten, für diese Berechnung die hier genannte Definition zu verwenden).

¹⁶ Es sei darauf hingewiesen, dass die wiederholten Hospitalisationen während einer Schwangerschaft gefolgt von einer Hospitalisation für die Geburt nicht als Behandlung derselben Erkrankung sondern als getrennte Aufenthalte betrachtet werden.

¹⁷ Die hier erwähnten Kalendertage werden berechnet, indem das Austrittsdatum von dem Wiedereintrittsdatum subtrahiert wird. Zum Beispiel wird ein Wiedereintritt eines Patienten am 2. Kalendertag nach Austritt angenommen, wenn er das Spital am 4. März verlässt und am 6. März desselben Jahres wieder eintritt.

- ◆ Wiederholte Chemotherapiebehandlungen (Fakturierung mit einer APDRG der MDC 16 oder 17) vorausgesetzt der Patient ist mindestens 24 Stunden zwischen zwei Behandlungen abwesend.

Kommentar:

Die administrativen Urlaubstage müssen von der Aufenthaltsdauer abgezogen werden. Dies ist wichtig, damit die Berechnung der Kostengewichte nicht verfälscht wird, insbesondere im Fall von „Ausreissern“ (outliers)¹⁹.

2.1.6 Wechsel des Versicherers während einer Hospitalisation

Regel

Wenn bei Patienten, die sich am 31. Dezember eines Jahres stationär im Spital aufhalten, ein Versichererwechsel stattfindet, ist wie folgt vorzugehen:

1. Beim Austritt des Patienten im Folgejahr stellt das Spital dem Versicherer, der die Gutsprache geleistet hat, den Aufenthalt zum am Austrittstag geltenden Tarif in Rechnung.
2. Der Versicherer, der die Gutsprache geleistet hat, erstellt eine dem zeitlichen Anteil entsprechende Rechnung zu Händen des neuen Versicherers.
3. Dieselben Bestimmungen gelten, wenn sich ein Patient am 30. Juni stationär im Spital befindet.

Kommentar

Diese Regel entspricht den vertraglich vereinbarten Bestimmungen.

2.2 Spezielle Hospitalisationen und Hospitalisationen ausserhalb des APDRG-Anwendungsbereichs

2.2.1 Psychiatriefälle und Fälle von Substanzmissbrauch (Alkohol- und Drogenabhängigkeit)

Regel

Hospitalisationen in akutsomatischen Einrichtungen, die in eine APDRG der MDCs (Major Diagnostic Categories) 19 (Krankheiten und Störungen der Psyche) oder 20 (durch Alkohol-/Drogenkonsum verursachte organisch-psychische Störungen) klassiert worden sind, werden nach APDRGs in Rechnung gestellt.

Kommentar

Die statistischen Analysen haben gezeigt, dass die Kosten der in die APDRGs der MDCs 19 und 20 klassierten Hospitalisationen eine befriedigende Homogenität aufweisen; deshalb wurde beschlossen, sie gemäss einem APDRG-Tarif und nicht nach einem besonderen Psychiatrietarif zu vergüten.

2.2.2 Rehabilitation

Regel

Für Rehabilitationseinrichtungen sowie für spezialisierte Rehabilitations- und Geriatrieabteilungen wird die Vergütung/Rechnungsstellung nach APDRGs nicht angewendet.

¹⁸ Der SVK ist der Schweizerische Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer. Für weitergehende Informationen siehe www.svk.org.

¹⁹ Siehe Bericht über die Kostengewichte 5.1.

Akutsomatische Einrichtungen können für einen ununterbrochenen Aufenthalt in ein und demselben Spital nicht kumulativ die APDRG 462 (Rehabilitation) plus eine andere APDRG in Rechnung stellen. Dagegen können Akutspitäler oder -abteilungen auf der Basis von Verträgen mit den Versicherern spezielle Rehabilitationsprogramme anbieten. In diesem Fall nimmt das Spital am Schluss der Akutphase des Spitalaufenthalts eines Patienten einen administrativen Austritt vor und verrechnet die Teilnahme am Programm gemäss den im entsprechenden Vertrag festgeschriebenen Regeln.

Kommentar

Wie im Kapitel über den APDRG-Anwendungsbereich (Seite 2) angegeben, wird empfohlen, die Rehabilitationsphase klar von der Akutphase eines Patientenaufenthalts zu unterscheiden.

2.2.3 Palliativpflege

Regel

In Palliativpflegeeinrichtungen oder spezialisierten Palliativpflegeabteilungen wird die Vergütung/Rechnungsstellung nach APDRGs nicht angewendet.

Akutspitäler oder -abteilungen können aber auf der Basis von Verträgen mit den Versicherern spezielle Palliativpflegeprogramme anbieten. In diesem Fall nimmt das Spital am Schluss der Akutphase des Spitalaufenthalts eines Patienten einen administrativen Austritt vor und verrechnet die Teilnahme am Programm gemäss den im entsprechenden Vertrag festgeschriebenen Regeln.

Kommentar

Einrichtungen oder Abteilungen, die nicht zwischen Therapie- und Palliativpflegephase unterscheiden, können nur eine APDRG verrechnen (diejenige, in welche die Hospitalisation unter Berücksichtigung aller Diagnose- und Eingriffskodes gemäss Patientendossier klassiert wird).

2.2.4 Pflegefälle und Wartepatienten

Regel

Pflegefälle im Akutspital

Spitäler, welche über Pflegeabteilungen verfügen, müssen diese klar von den Akutabteilungen unterscheiden. Aufenthalte in solchen Abteilungen (die grundsätzlich von der kantonalen Planung als solche anerkannt sein müssen²⁰) werden nicht nach APDRGs vergütet.

Wartetage in einem Akutspital oder in einer Akutabteilung

Wenn ein Patient in einem Akutspital oder in einer Akutabteilung auf eine Verlegung in ein Pflegeheim, auf die Betreuung durch einen Spitexdienst oder eine andere Einrichtung wartet, nimmt das Spital einen administrativen Austritt vor. Das Spital fakturiert die Wartetage gemäss der Tarifverträge, die für diese Wartezeit gültig sind.

Kommentar

Hospitalisationen, die länger dauern, weil der Patient auf einen Pflegeplatz wartet, dürfen nicht als "Ausreisser" (outliers) betrachtet werden. Die Versicherer können Kontrollmechanismen vorsehen, um sicherzustellen, dass diese Regel eingehalten wird.

²⁰ Der Artikel 39 KVG macht diese Unterscheidung.

2.3 Spezielle Abrechnungsregeln

In diesem Kapitel werden Regeln aufgeführt, die in abrechnungstechnisch speziellen Fällen zur Anwendung kommen. Es handelt sich um die folgenden Situationen:

- Änderung des Hospitalisationsgrundes im Lauf eines Spitalaufenthalts;
- Rehospitalisation;
- Aufenthalt über zwei Rechnungsjahre;
- extern (durch ein Spital oder andere Leistungserbringer) erbrachte Leistungen während einer Hospitalisation;
- Verlegung in ein anderes Spital ab dem zweiten Tag;
- Notfälle;
- gesunde Neugeborene.

2.3.1 Änderung des Hospitalisationsgrundes im Lauf eines Spitalaufenthalts

Regel

Auch dann, wenn sich der Hospitalisationsgrund während eines Spitalaufenthalts ändert, erstellt das Spital – unabhängig von der Art der Änderung – nur eine Rechnung mit einer einzigen APDRG²¹. Einzige Ausnahme von dieser Regel bilden die Hospitalisationen in einer Neonatologie- oder Pädiatrie-Abteilung, die am 31. Dezember des Jahres, in dem sie begonnen haben, seit mindestens 250 Tagen andauern (siehe das Kapitel über die SPG 908 im Bericht über die Kostengewichte Version 5.1).

Die Hospitalisation wird in jene APDRG klassiert, die den Diagnose- und Eingriffskodes entspricht, welche ihr gemäss den Richtlinien der WHO und des BfS zugeteilt wurden (Fragen zu den Inkompatibilitäten zwischen den Kodierungsrichtlinien und der vom APDRG-Groupier vorgenommenen Klassierung werden im Kapitel 2.5 auf Seite 12 behandelt).

Wenn ein verunfallter Patient erkrankt oder ein erkrankter Patient verunfallt, so gelangt der Artikel 128 der Verordnung vom 20. Dezember 1982 über die Unfallversicherung²² (UVV) zur Anwendung.

2.3.2 Rehospitalisation

Regel

Jede Rehospitalisation, die mehr als 24 Stunden nach dem Austritt des Patienten erfolgt, wird als neuer Fall betrachtet²³, unabhängig davon, nach wie vielen Tagen die Rehospitalisation erfolgt und ob sie im selben oder in einem anderen Spital stattfindet.

Für den Fall eines administrativen Urlaubs (gemäss der Definition eines Urlaubs in Kapitel 2.1.5) gilt diese Regel nicht. In diesem Fall handelt es sich um eine einzige Hospitalisation, die von einem oder mehreren administrativen Urlaubstagen unterbrochen wurde (vgl. diesbezüglich die Regeln, die im Kapitel 2.1.5 aufgeführt sind).

Es wird empfohlen, Kontroll- und Sanktionsmechanismen einzuführen, um sicherzustellen, dass die Rehospitalisationen angemessen sind, und die entsprechenden Bestimmungen in den Verträgen zwischen Versicherern und Spitälern aufzuführen.

²¹ Nur eine Rechnung wird auch dann gestellt, wenn zuerst vorgesehen war, dass die Unfallversicherung einen Fall übernimmt, und es schliesslich die Militärversicherung ist (oder umgekehrt).

²² Diese Verordnung ist verfügbar unter http://www.admin.ch/ch/d/sr/c832_202.html.

²³ Falls die Rückkehr in dasselbe Akutspital innert weniger als 24 Stunden nach dem Austritt erfolgt, wird der Austritt annulliert und der vorherige Aufenthalt verlängert.

Kommentar

Theoretisch müsste eine Rehospitalisation zusammen mit dem Erstaufenthalt klassiert werden, und es dürfte nur eine Rechnung gestellt werden. In der Praxis stellen sich dabei aber grosse Probleme.

Der Projektausschuss ist sich bewusst, dass die hier genannte Regel Probleme verursachen kann. Deshalb empfiehlt sie, die Rehospitalisationen zu kontrollieren, um Missbräuche zu verhindern.

2.3.3 Spitalaufenthalt über zwei Rechnungsjahre

Regel

Im APDRG-System werden Spitalaufenthalte erst nach dem Austritt des Patienten in Rechnung gestellt; es werden also nur für die Fälle jener Patienten Rechnungen ausgestellt (und zwar zum am Austrittstag geltenden Tarif), die während des Rechnungsjahrs ausgetreten sind. Jede Form von Zwischenrechnung ist ausgeschlossen (es gibt nur eine einzige APDRG-Rechnung pro Hospitalisation).

Kommentar

Weil die APDRGs zum Zeitpunkt des Austritts in Rechnung gestellt werden, ist es nicht möglich, am 31. Dezember einen Rechnungsabschluss für alle Hospitalisationen vorzunehmen²⁴ (wie das bei der Verrechnung von Tagespauschalen möglich ist).

2.3.4 Ambulant erbrachte Leistungen durch einen anderen Leistungserbringer (Spital oder andere) während einer Hospitalisation

Regel

Der externe Leistungserbringer stellt seine ambulant erbrachten Leistungen auf Basis der für ihn geltenden Tarife jenem Spital, in dem sich der Patient stationär aufhält, in Rechnung. Das Spital integriert die Rechnung in sein Patientendossier. Es handelt sich hier also um an einen Dritten delegierte Leistungen.

Kommentar

Im Fall einer Verlegung in ein anderes Spital für eine Behandlung gemäss den Hospitalisationskriterien der VKL gilt die im Punkt 2.3.5 aufgeführte Regel.

2.3.5 Verlegung in ein anderes akutsomatisches Spital ab dem zweiten Tag

2.3.5.1 Verlegung ohne Rückverlegung ins Ausgangsspital

Regel

Wenn ein Patient in ein anderes akutsomatisches Spital verlegt wird und kein Wiedereintritt in das Ausgangsspital vor dem 8. Kalendertag²⁵ nach Austritt erfolgt, berechnen beide Spitäler diejenige APDRG-Fallpauschale, die der erbrachten Behandlungsleistung entspricht.

²⁴ Im Rahmen der internen Buchhaltung kann man natürlich für die Fälle, die über den 31. Dezember im Spital verbleiben, eine provisorische Bewertung vornehmen.

²⁵ Die Anzahl der genannten Kalendertage wird berechnet indem das Austrittsdatum von dem Datum des Wiedereintritts subtrahiert wird. Zum Beispiel, wird der zweite Kalendertag nach dem Austritt eines Patienten als Wiedereintritt betrachtet, wenn er das Spital am 4. März verlässt und am 6. März desselben Jahres wieder eintritt.

Das Ausgangsspital stellt den Aufenthalt des Patienten frühestens 8 Kalendertage nach seiner Entlassung in Rechnung.

Es wird empfohlen, in den Tarifverträgen Bestimmungen vorzusehen, um Missbräuchen vorzubeugen.

In besonderen Fällen, beispielsweise im Fall von Spitalern, die zu einer Spitalgruppe zusammengeschlossen sind, können andere Vereinbarungen getroffen und in den Tarifverträgen festgeschrieben werden.

Kommentar

Theoretisch könnte für den Fall einer Verlegung in ein anderes Spital auch nur eine einzige Rechnung vorgesehen werden. Das Spital, das die Rechnung stellen würde, würde dann dem anderen dessen Anteil zurückerstatten.

In der Realität ist eine solche Lösung jedoch kaum ohne beträchtlichen administrativen Mehraufwand umzusetzen. Die Tatsache, dass die APDRG-Tarifierung nicht in allen Schweizer Spitalern gleichzeitig eingeführt wird, verkompliziert die Sache zusätzlich.

2.3.5.2 Verlegung mit Rückverlegung ins Ausgangsspital

Regel

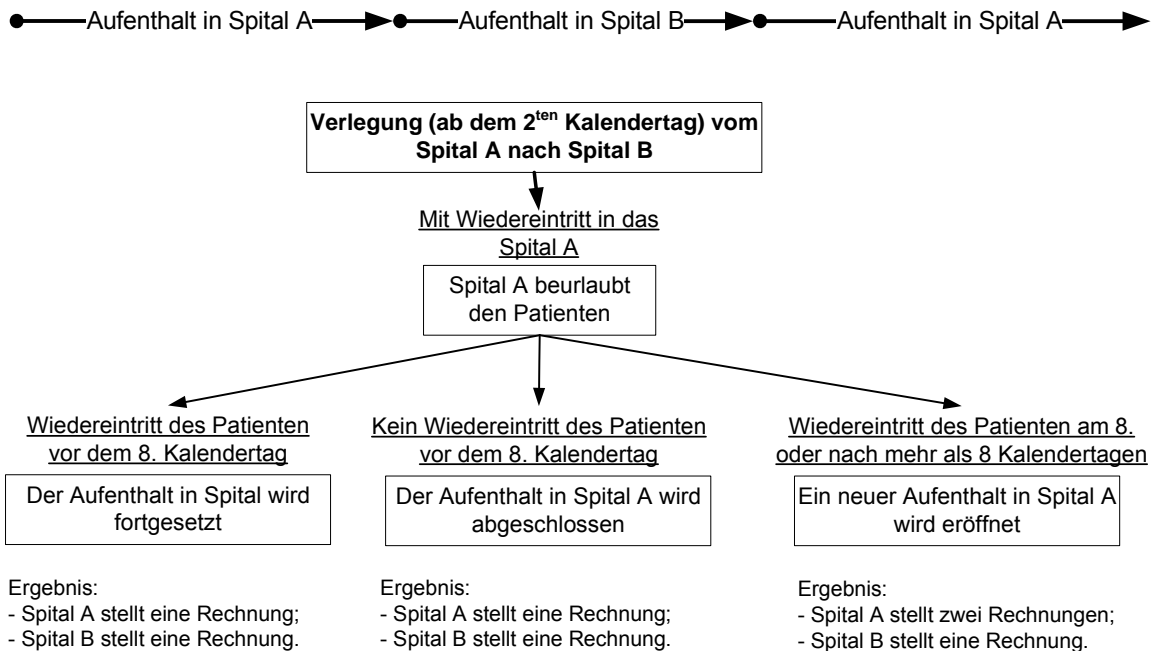
Wenn ein Patient in ein anderes akutsomatisches Spital für eine Dauer von weniger als 24 Stunden mit Übernachtung oder von mehr als 24 Stunden jedoch weniger als 8 Kalendertage²⁶ verlegt wird, so beurlaubt das Ausgangsspital den Patienten für den Zeitraum ab seiner Verlegung bis zu seinem Wiedereintritt administrativ (wenn dieser Wiedereintritt unerwartet erfolgt, so werden die administrativen Urlaubstage rückwirkend erfasst – vgl. diesbezüglich die Regeln in Kapitel 2.1.5).

Kommentar

Im Fall einer durchgehenden Hospitalisation in unterschiedlichen akutsomatischen Einrichtungen wird ausschliesslich eine Rechnung pro Einrichtung gestellt. Jedes Spital fakturiert den Patientenaufenthalt auf der Basis des für ihn geltenden Tarifs.

²⁶ Zum Beispiel: wenn ein Patient am 10. Januar von Spital A in das Spital B verlegt wird und am 17. Januar wieder in das Spital A zurückkehrt, so muss er für den Zeitraum seiner Abwesenheit administrativ beurlaubt werden (dass heisst vom 11.-16. Januar, entspricht 6 ganzen Tagen); wenn er am 18. Januar oder später zurückkehrt, schliesst das Spital seinen Aufenthalt zum 10. Januar ab und eröffnet einen neuen Aufenthalt.

Die in den Kapiteln 2.3.5.1 und 2.3.5.2 beschriebenen Regeln sind in dem folgenden Diagramm zusammengefasst.



Wenn kein Wiedereintritt des Patienten in das Spital A geplant ist, so schliesst es den Aufenthalt ab. Es stellt die Rechnung jedoch nicht vor dem 8. Kalendertag nach Verlegung des Patienten, um eine Fortführung des Aufenthaltes bei einem ungeplanten Wiedereintritt innerhalb dieser Frist zu ermöglichen.

Ungeachtet dessen, ob es sich um einen geplanten oder nicht geplanten Wiedereintritt des Patienten vor dem 8. Kalendertag nach seiner Verlegung handelt, wird eine Rechnung durch das Spital A gestellt (ein einzelner Aufenthalt).

Ungeachtet dessen, ob es sich um einen geplanten oder nicht geplanten Wiedereintritt des Patienten am 8. Kalendertag oder später nach seiner Verlegung handelt, so werden zwei Rechnungen durch das Spital A gestellt (zwei Aufenthalte).

2.3.6 Notfälle

Regel

Ein notfallmässiger Eintritt hat keinen Einfluss auf die Rechnungsstellung im APDRG-System.

Kommentar

Der Projektausschuss stellte sich die Frage, ob zwischen notfallmässigen und geplanten Eintritten unterschieden werden sollte.

Eine Analyse der APDRGs hat gezeigt, dass viele Fallgruppen die Art des Eintritts bereits berücksichtigen (so erfolgen beispielsweise alle Eintritte bei Herzinfarkt notfallmässig). Innerhalb der chirurgischen APDRGs können zwar Kostenunterschiede je nach Eintrittsart nachgewiesen werden; doch der Projektausschuss erachtete es nicht als zweckmässig, die Hospitalisationen mit notfallmässigem Eintritt gesondert zu behandeln.

2.3.7 Gesunde Neugeborene

Regel

Spitalaufenthalte von Neugeborenen werden ganz normal in APDRGs klassiert.

Neugeborene, die in die APDRG 620 (Neugeborenes, Geburtsgewicht 2000–2499 g, ohne bedeutenden Eingriff, mit normaler Neugeborenen-Diagnose) oder in die APDRG 629 (Neugeborenes, Geburtsgewicht >2499 g, ohne bedeutenden Eingriff, mit normaler Neugeborenen-Diagnose) klassiert wurden, gelten als gesunde Neugeborene²⁷. Ihr Spitalaufenthalt wird der Versicherung der Mutter verrechnet, sofern die Geburt während deren Hospitalisation stattgefunden hat.

Die übrigen APDRGs der MDC 15 (Neonatologie) werden der Versicherung des Neugeborenen in Rechnung gestellt.

Kommentar

Diese Regel ergibt sich aus den Bestimmungen des KVG, wonach Spitalaufenthalte gesunder Neugeborener nicht dem Versicherer des Neugeborenen, sondern demjenigen der Mutter zu verrechnen sind.

Bei der Geburt eines Neugeborenen (APDRG 620 oder 629) wird die Versicherung der Mutter also zwei Rechnungen erhalten: eine für die Hospitalisation der Mutter und eine für die Hospitalisation des Neugeborenen.

Wenn das Neugeborene dagegen als krank eingestuft wird (d.h. wenn die Hospitalisation in eine andere APDRG als 620 oder 629 klassiert wird), wird die Rechnung für das Neugeborene an die Versicherung des Letzteren geschickt.

In jedem Fall gilt das Neugeborene als separater administrativer Fall.

2.4 Swiss Payment Groups (SPGs)

Um den Eigenheiten der Spitalvergütung in der Schweiz besser Rechnung zu tragen, wurden spezielle Fallgruppen geschaffen, die als "Swiss Payment Groups" (SPGs) bezeichnet werden. Die genaue Bezeichnung der einzelnen SPGs und ihre Beschreibung – mit Angabe der betroffenen Diagnose- und Operationscodes – findet sich im Anhang A des Berichts über die Kostengewichte Version 5.1.

Da die Klassierung in eine SPG nicht vom APDRG-Grouper durchgeführt wird, ist eine ergänzende Software erforderlich. Diese arbeitet entsprechend den Spezifikationen, die in Anhang A des Berichtes über die Kostengewichte 5.1. aufgeführt sind. Ein solches Instrument wird den Mitgliedern von APDRG Suisse kostenlos zur Verfügung gestellt. Unter dem Titel Medgroup kann dieses gratis auf der Webseite www.apdrgsuisse.ch herunter geladen werden (der Link zum Download bedindet sich auf einer ausschliesslich für Mitglieder reservierten Seite).

Wie im Kapitel 2.1.1 (Seite 1) erwähnt, braucht es für die Klassierung der Hospitalisationen in die SPGs (Swiss Payment Groups) Daten, die in der medizinischen Statistik der Spitäler nicht enthalten sind.

²⁷ Es handelt sich hier um Neugeborene, die aus administrativer Sicht als gesund betrachtet werden. Ein Neugeborenes kann auch dann in die APDRGs 620 oder 629 klassiert werden, wenn es Befindlichkeitsstörungen aufweist, aufgrund derer die Ärzte (oder zumindest ein Teil von ihnen) es nicht mehr als völlig gesund einstufen würden (die Grenze zwischen normal und pathologisch verschiebt sich je nach Standpunkt des Betrachters). Jedenfalls ist nur die Klassierung in die APDRGs 620 oder 629 massgebend, um zu bestimmen, wer die Rechnung zu bezahlen hat und ob der Fall als gesundes Neugeborenes zu betrachten ist oder nicht.

2.5 Andere Regeln

2.5.1 Nicht verrechenbare und manuell zugeteilte APDRGs

Regel

Die APDRGs 468 (grosser chirurgischer Eingriff, ohne Verbindung zur Hauptdiagnose), 469 (angegebene Hauptdiagnose ist als Hauptdiagnose ungültig), 470 (nicht klassierbare Fälle), 476 (Eingriff an der Prostata, ohne Verbindung zur Hauptdiagnose) und 477 (kleinerer Eingriff, ohne Verbindung zur Hauptdiagnose) können nicht verrechnet werden.

Wenn eine Hospitalisation zuerst in eine der genannten APDRGs klassiert wurde, muss sie vor der Fakturierung in eine andere APDRG umklassiert werden. Wenn die Klassierung in eine nicht verrechenbare APDRG auf einen fehlerhaften Kode zurückzuführen ist, muss dieser überprüft und korrigiert werden. Ist die Kodierung richtig und die Klassierung in eine verrechenbare APDRG unter Anwendung des üblichen Klassierungsverfahrens trotzdem nicht möglich, so wählt das Spital von Hand die APDRG, die der Hospitalisation gemäss den Regeln des Definitions Manual²⁸ entspricht. Auf der Rechnung vermerkt es dann, dass nicht die vom Grouper ermittelte APDRG verrechnet wurde, sondern eine, die das Spital manuell bestimmt hat ("manuell zugeteilte APDRG"). Das Spital ist verpflichtet, jeden manuell ermittelten Fall zu dokumentieren, um den Versicherern darüber Rechenschaft ablegen zu können.

In gemeinsamer Arbeit wurde durch APDRG Suisse und das BfS eine Richtlinie aufgestellt, welche die Voraussetzungen für die Regruppierung einer Hospitalisation in eine andere APDRG als jene durch den Grouper ermittelte, definiert. Diese Richtlinie ist strengstens zu respektieren²⁹.

Die SPG 907 gilt als verrechenbar; den Kostenträgern wird aber keine Rechnung zugestellt, weil der Rechnungsbetrag CHF 0.00 beträgt.

Kommentar

Es kommt selten vor, dass die APDRG für eine Hospitalisation manuell bestimmt werden muss; der Projektausschuss hat die vorliegende Regel (2.5.1) nur formuliert, um sicherzustellen, dass wirklich jede Hospitalisation klar verrechnet werden kann. Daneben werden alle möglichen Vorkehrungen getroffen, um die Zahl der Hospitalisationen, die trotz korrekter Kodierung in nicht verrechenbare APDRGs klassiert werden, weiter zu verringern.

Die Regel der "manuell zugeteilten APDRGs" darf ausschliesslich auf die APDRGs 468, 469, 470, 476 und 477 angewendet werden.

²⁸ Das APDRG-"Definitions Manual" ist ein Dokument in Englisch von 1'408 Seiten, das die einzelnen APDRGs im Detail beschreibt (siehe www.apdrgsuisse.ch). Ein vertieftes Studium dieses Dokuments erlaubt es zu verstehen, gemäss welchen Regeln die Diagnose- und Eingriffskodes bei der APDRG-Klassierung einer Hospitalisation berücksichtigt werden. Eine Klassierung in eine nicht verrechenbare APDRG trotz korrekter Kodierung kann insbesondere dann vorkommen, wenn keine der mit den Eingriffskodes verbundenen MDCs mit der Hauptdiagnose verbunden ist. In diesem Fall erlaubt es eine gute Kenntnis des Definitions Manual, die Hospitalisation in jene APDRG umzuklassieren, die den im Patientendossier angegebenen Diagnosen und Eingriffen am besten entspricht.

²⁹ Diese Richtlinie steht im Internet auf der Seite www.apdrgsuisse.ch/public/de/instrumente.htm zur Verfügung.

2.5.2 Inkohärenz von Kostengewichten

Regel

Im Fall einer Inkohärenz von Kostengewichten³⁰, die dadurch bedingt ist, dass im Lauf einer Hospitalisation mehrere Eingriffe durchgeführt wurden, wird nicht jene APDRG in Rechnung gestellt, die der Grouper dieser Hospitalisation unter Berücksichtigung aller durchgeführten Eingriffe zuteilt, sondern diejenige APDRG, die der Grouper ihr zuteilt, wenn nur der teuerste Eingriff berücksichtigt wird.

Es müssen aber die drei folgenden Bedingungen erfüllt sein:

- keiner der durchgeführten Eingriffe darf eine Leber-, Lungen-, Herz- oder Nierentransplantation, eine Pankreas-Nierentransplantation oder eine Knochenmarktransplantation sein;
- Interventionskode(s), die weggelassen wurden, um die Hospitalisation in die in Rechnung gestellte APDRG zu klassieren, müssen in einem dafür vorgesehenen Feld explizit erwähnt werden;
- im für die medizinische Statistik des BfS erzeugten Datensatz müssen alle Eingriffskodes aufgeführt werden, inklusive des oder der zu Fakturierungszwecken weggelassenen Eingriffskode(s).

Wie bereits im vorhergehenden Kapitel erwähnt, wurde in gemeinsamer Arbeit durch APDRG Suisse und das BfS eine Richtlinie aufgestellt, welche die Voraussetzungen für die Regruppierung einer Hospitalisation in eine andere APDRG als jene durch den Grouper ermittelte, definiert. Diese Richtlinie ist strengstens zu respektieren³¹.

Kommentar

Die Inkohärenzen von Kostengewichten sind die Folge von Diskrepanzen zwischen der Hierarchie, die der Grouper bei der Klassierung der Eingriffe anwendet, und der Hierarchie der durchschnittlichen Hospitalisationskosten der einzelnen APDRGs. Um Abhilfe zu schaffen, wurde beschlossen, die hier genannte Regel festzusetzen, um zu vermeiden, dass einzelne Eingriffe nicht durchgeführt werden, damit der betroffene Patient später noch einmal hospitalisiert werden kann.

2.5.3 Vergütung von Transplantationen

Es wurden Kostengewichte für Hospitalisationen berechnet, die in APDRGs oder SPGs betreffend Transplantationen (Transplantation solider Organe, hämapoietischer Stammzellen) gruppiert werden. Sie sind im Verzeichnis der Kostengewichte aufgeführt, das für die Mitglieder von APDRG Suisse unter der Adresse www.apdrgsuisse.ch zur Verfügung steht.

Die Rechnungsstellung im Falle einer Transplantation richtet sich jedoch nach den Bestimmungen des Transplantationsvertrags zwischen den Universitäts- und Zentrumsspitalern und dem Schweizerischen Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer (SVK).

Die betroffenen APDRGs und SPGs sind die folgenden:

- APDRG 103: Herztransplantation
- APDRG 302: Nierentransplantation
- APDRG 480: Lebertransplantation

³⁰ Unter "Inkohärenz von Kostengewichten" verstehen wir eine Situation, in der für eine Hospitalisation, während derer mehrere Eingriffe durchgeführt wurden, ein tieferer Betrag vergütet wird als für eine identische Hospitalisation, während derer nur einer dieser Eingriffe durchgeführt wurde.

³¹ Diese Richtlinie steht im Internet auf der Seite www.apdrgsuisse.ch/public/de/instrumente.htm zur Verfügung.

- 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]

Im Rahmen des Transplantationsvertrags mit dem SVK werden Medikamente mit Kosten von über 100'000 Fr. (z.B. gewisse Gerinnungsfaktoren, die den Hämophiliepatienten verabreicht werden) separat verrechnet.

2.6 Vergütungsformeln

Im Verzeichnis der Kostengewichte sind drei Grenzwerte aufgeführt: LTP, HTP1 und HTP2. Bei diesen Grenzwerten handelt es sich um die Aufenthaltsdauer, ober- oder unterhalb derselben eine Hospitalisation als normal (Normalfall/"inlier") oder extrem (Ausreisser/"outlier") gilt.

Eine Hospitalisation gilt als unterer Ausreisser ("low outlier"), wenn sie weniger lang als LTP dauert, als oberer Ausreisser ("high outlier"), wenn sie länger als HTP1 dauert, als extremer oberer Ausreisser ("very high outlier"), wenn sie länger als HTP2 dauert, und als Normalfall ("inlier") in allen anderen Fällen.

Normalfälle („inliers“)

Jeder Hospitalisation ist eine Punktzahl (eine 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.

Untere Ausreisser („low outliers“)

Die Zahl der Vergütungspunkte einer Hospitalisation, deren Dauer unter dem unteren Grenzwert LTP liegt (unterer Ausreisser/"low outlier"), ist kleiner als diejenige eines Normalfalls („inlier“). Die Formel, die es erlaubt, diese Vergütungspunktzahl zu bestimmen, wird im Bericht über die Kostengewichte Version 5.1 erklärt.

Obere und extreme obere Ausreisser (“high outliers” und “very high outliers”)

Die Zahl der Vergütungspunkte einer Hospitalisation, deren Dauer über dem oberen Grenzwert liegt (oberer Ausreisser oder extremer oberer Ausreisser/"high outlier" oder "very high outlier"), ist grösser als diejenige eines Normalfalls („inlier“). Die Formel, die es erlaubt, diese Vergütungspunktzahl zu bestimmen, wird im Bericht über die Kostengewichte Version 5.1 erklärt.