

TAR APDRG 2009

Prinzipien und Regeln
der Anwendung der Version 6.0 der Kosten-
gewichte und der SPG zur Rechnungsstellung
an die Versicherer, sowie die Finanzierung
des kantonalen
Anteils an die Spalkosten, die Planung, usw.

Dezember 2008

ISSN 1660-6752

Ausgabe vom 151208 (V03)

© APDRG Suisse

Das Tarifierungshandbuch TAR-APDRG 2009 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

Inhaltsverzeichnis

VORWORT	1
1 EINLEITUNG	2
1.1 ZIELSETZUNG	2
1.2 VORGEHENSWEISE	2
2 DEFINITIONEN UND GRUNDREGELN	2
2.1 DEFINITIONEN UND ANWENDUNGSBEREICH	2
2.1.1 <i>Benötigte Daten</i>	2
2.1.2 <i>Regeln für die Kodierung der Diagnosen und der Eingriffe</i>	3
2.1.3 <i>In welchem Bereich werden APDRGs angewendet?</i>	3
2.1.4 <i>Hospitalisation</i>	4
2.1.5 <i>Administrative Urlaubstage</i>	5
2.1.6 <i>Wechsel des Versicherers während einer Hospitalisation</i>	6
2.2 SPEZIELLE HOSPITALISATIONEN UND HOSPITALISATIONEN AUSSERHALB DES APDRG - ANWENDUNGSBEREICHS	6
2.2.1 <i>Psychiatriefälle und Fälle von Substanzmissbrauch (Alkohol- und Drogenabhängigkeit)</i>	6
2.2.2 <i>Rehabilitation</i>	6
2.2.3 <i>Palliativpflege</i>	7
2.2.4 <i>Pflegefälle und Wartepatienten</i>	7
2.3 SPEZIELLE ABRECHNUNGSREGELN	7
2.3.1 <i>Änderung des Hospitalisationsgrundes im Lauf eines Spitalaufenthalts</i>	8
2.3.2 <i>Rehospitalisation</i>	8
2.3.3 <i>Spitalaufenthalt über zwei Rechnungsjahre</i>	9
2.3.4 <i>Ambulant erbrachte Leistungen durch einen anderen Leistungserbringer (Spital oder andere) während einer Hospitalisation</i>	9
2.3.5 <i>Verlegung in ein anderes akutsomatisches Spital ab dem zweiten Tag</i>	9
2.3.5.1 <i>Verlegung ohne Rückverlegung ins Ausgangsspital</i>	9
2.3.5.2 <i>Verlegung mit Rückverlegung ins Ausgangsspital</i>	10
2.3.6 <i>Notfälle</i>	11
2.3.7 <i>Gesunde Neugeborene</i>	12
2.4 SWISS PAYMENT GROUPS (SPGS)	12
2.5 ANDERE REGELN	13
2.5.1 <i>Nicht verrechenbare und manuell zugeteilte APDRGs</i>	13
2.5.2 <i>Inkohärenz von Kostengewichten</i>	14
2.5.3 <i>Vergütung von Transplantationen</i>	14
2.5.3.1 <i>Transplantationen von soliden Organen</i>	15
2.5.3.2 <i>Autologe hämatopoietische Stammzell- Transplantationen</i>	16
2.5.3.3 <i>Allogene Transplantationen hämatopoietischer Stammzellen</i>	17
2.6 VERGÜTUNGSFORMELN	22
ANHANG: ABRECHNUNG MIT DRG IM JAHR 2009	24

Vorwort

Die Version 6.0 der Kostengewichte, die in einigen Kantonen seit dem 01.01.2008 für verschiedene Anwendungen eingesetzt wird, wie z. B. für die Finanzierung des kantonalen Anteils an den Spitalkosten, für die Planung, statistische Analysen usw., tritt zum 01.01.2009 in Kraft.

Zahlreiche Änderungen an den medizinischen Klassifikationen sind im Laufe des Jahres 2008 durch das BfS eingeführt worden, insbesondere um das Vorwärtkommen des Projektes SwissDRG zu ermöglichen. Angesichts der sehr kurzen Fristen sind die Anforderungen an die Einführung durch die Einrichtungen gemildert worden. Dies hatte eine gewisse Verwirrung betreffend die Rechnungsstellung zur Folge, welche den APDRG Suisse Vorstand veranlasste, ein Synthesedokument mit dem Titel „Rechnungsstellung mit DRG in 2009“ zu erstellen (siehe Beilage)¹.

TAR-APDRG 2009 ist im Vergleich zu TAR APDRG 2008 nur geringfügig geändert worden. Die Änderungen bestehen im Wesentlichen aus der Aktualisierung des TAR-APDRG 2008, Version 6.0. Zur Erinnerung, jene Version lieferte Klärung für einige umstrittene Situationen, so z.B. die Beurlaubung, die Verlegungen und Transplantationen. Für Transplantations - Fälle, deren Abrechnung von der SVK² reglementiert wird, wurden ergänzende Klärungen eingefügt.

Allgemein erlauben wir uns, Sie an die Instrumente für das Jahr 2009 zu erinnern:

- für die Kostengewichte (CW), die Version 6.0;
- für den Grouper APDRG, die Version 1.9;
- für die SPGs³, die Spezifikationen 6.0-1.9-11.

Unser Dank richtet sich an alle Mitglieder von APDRG Suisse für Ihre wertvolle Unterstützung und an all jene, die an der Erstellung der Version 2009 mitgewirkt haben.



Luc Schenker, Präsident APDRG Suisse

¹ http://www.apdrgsuisse.ch/prive/de/version_2009.htm

² Schweizerischer Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer. Siehe auch Fussnote 14.

³ Die Software Medgroup Version 6.0-1.9-11 erlaubt die Gruppierung der Hospitalisationen entsprechend dieser Spezifikationen; sie steht den Mitgliedern von APDRG Suisse 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 Anwendungen der APDRGs (All Patient Diagnosis Related Groups) wie z.B für die Finanzierung des kantonalen Anteil an den Spalkosten, für die Planung, für statistische Analysen, usw., notwendig sind.

"TAR APDRG 2009", der "TAR-APDRG 2008" ersetzt, soll jenen Partnern, die sich entschieden haben, die Vergütung mit APDRGs einzuführen, die Umsetzung erleichtern. Das Dokument enthält die Prinzipien und Regeln für die Vergütung mit APDRGs, behandelt aber keine Fragen zur Gruppierungssoftware und zur Integration derselben in die Informatiksysteme der Spitäler⁴.

1.2 Vorgehensweise

Der vorliegende Bericht ist das Produkt von Experten, welche 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.

2 Definitionen und Grundregeln

2.1 Definitionen und Anwendungsbereich

2.1.1 Benötigte Daten

Generell werden für die Vergütung und Rechnungsstellung nach APDRGs⁵ 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.

⁴ Eine detaillierte Beschreibung der Kriterien für die Klassierung nach APDRGs, die von der Gruppierungssoftware angewendet werden, findet 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.

⁵ 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.

Zur Erinnerung, 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. Ab 2006 ist die Angabe der Eintrittszeit für alle Fälle obligatorisch.

Gleich für die Austrittszeit: gemäss den Richtlinien zur medizinischen Statistik muss die Austrittszeit nur bei Todesfällen im Datensatz einer Hospitalisation enthalten sein. Ab Jahr 2006 ist die Angabe der Austrittszeit 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. Es handelt sich um die ICD-10 (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10 Revision) und die CHOP (Schweizerische Operationsklassifikation). Betreffend die zu verwendenden Klassifikationsversionen in 2009 halten Sie sich bitte an die Vorgaben des BfS.

Fragen zur Kodierung sind an das Bundesamt für Statistik (Kodiersekretariat - Fachbereich Gesundheit, Espace de l'Europe 10, 2010 Neuchâtel, Tel.: 032 713 63 60, E-Mail: codeinfo@bfs.admin.ch) zu richten. Die Kodierungsrichtlinien sind auch beim BfS zu bestellen.

Betreffend die Rechnungsstellung ist der Dokument „Abrechnung mit DRG in 2009“ beigelegt.

Die vom APDRG-Grouper vorgenommene Kodierung und Klassifizierung werden im Kapitel 2.5.1 des vorliegenden Handbuchs 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 Spitexbetreuung 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- und Palliativpflegeeinrichtungen und nicht für die Vergütung von Suchtbehandlungen (Alkohol- und Drogenabhängigkeit)⁶.

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.

⁶ 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 6).

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 Akutspitalern 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 werden⁷, um zu verhindern, dass sie als Extremfälle ("Ausreisser")⁸ 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 Akutspitalern 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 dem Austritt ein Tag nach dem Eintritt, wenn ein Bett beschäftigt waren während der Nacht
- 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.

Hospitalisations-Definition nach VKL

Der Artikel 3 der VKL⁹ definiert den Begriff der Hospitalisation. Gemäss diesem Artikel gelten "als stationäre Behandlung nach Artikel 49 Absatz 1 des Gesetzes ... Aufenthalte im 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 6.0 der Kostengewichte wurde diese Bestimmungen berücksichtigt.

⁷ Siehe Kapitel 2.2.4 auf Seite 7.

⁸ Die Begriffe "Normalfälle" (inliers) und "Ausreisser" (outliers) werden in der Bericht über Kostengewichte erläutert.

⁹ 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 Aufenthalt weniger als 24 Stunden dauert.

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

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^{10,11}.

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 zurückkehrt¹²;
- der Patient kehrt vor dem 8. Kalendertag¹³ 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 hämatopoietischer Stammzellen (Fakturierung ausschliesslich auf der Grundlage der SVK¹⁴ Regeln)
- ◆ Wiederholte Chemotherapiebehandlungen (Fakturierung mit einer APDRG der MDC 16 oder 17) vorausgesetzt der Patient ist mindestens 24 Stunden zwischen zwei Behandlungen abwesend.

¹⁰ 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.

¹¹ 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).

¹² 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.

¹³ 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.

¹⁴ Der SVK ist der Schweizerische Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer. Für weitergehende Informationen siehe www.svk.org.

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)¹⁵.

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.

2.2 Spezielle Hospitalisationen und Hospitalisationen ausserhalb des APDRG - Anwendungsbereichs

2.2.1 Psychriefälle 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.

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.

¹⁵ Siehe Bericht über die Kostengewichte 6.0.

Kommentar

Wie im Kapitel über den APDRG-Anwendungsbereich (Seite 3) 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 alles 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 müssen¹⁶) 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.

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;

¹⁶ Der Artikel 39 KVG macht diese Unterscheidung.

- Verlegung in ein anderes Spital ab dem zweiten Tag;
- Notfälle;
- gesunde Neugeborene.

2.3.1 Änderung des Hospitalisationsgrundes im Lauf eines Spitalaufenthalts

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 APDRG¹⁷. 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 6.0).

-

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-Grouper vorgenommenen Klassierung werden im Kapitel 2.5 auf Seite 13 behandelt).

Sind bei der Hospitalisierung eines Patienten zwei Versicherungen involviert, legt Art.64 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) die Reihenfolge der Zahlungspflicht fest¹⁸. Vorbehalten bleiben besondere Bestimmungen¹⁹ und Einzelgesetzen²⁰.

2.3.2 Rehospitalisation

Regel

Jede Rehospitalisation, die mehr als 24 Stunden nach dem Austritt des Patienten erfolgt, wird als neuer Fall betrachtet²¹, 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.

¹⁷ 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).

¹⁸ http://www.admin.ch/ch/d/sr/c830_1.html

¹⁹ Siehe Rundschreiben der IV n°262 vom 09 Juli 2008 betreffend des Urteils des BGE vom 19 November 2007 unter http://www.hplus.ch/fileadmin/user_upload/Tarife___Preise/Tarife_und_Preise/Tarifpolitik/RS_262_d.pdf

²⁰ Insbesondere Art. 110 KVV und 128 UVV.

²¹ 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 vorzunehmen²² (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 Tag²³

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. Kalendertag²⁴ nach Austritt erfolgt, berechnen beide Spitäler diejenige APDRG-Fallpauschale, die der erbrachten Behandlungsleistung entspricht.

²² Im Rahmen der internen Buchhaltung kann man natürlich für die Fälle, die über den 31. Dezember im Spital verbleiben, eine provisorische Bewertung vornehmen.

²³ Für Verlegung am ersten Tag ist der DRG 901 zu verwenden.

²⁴ 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 Spitälern, 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 Spitälern gleichzeitig eingeführt wird, verkompliziert die Sache zusätzlich.

2.3.5.2 Verlegung mit Rückverlegung ins Ausgangsspital

Regel

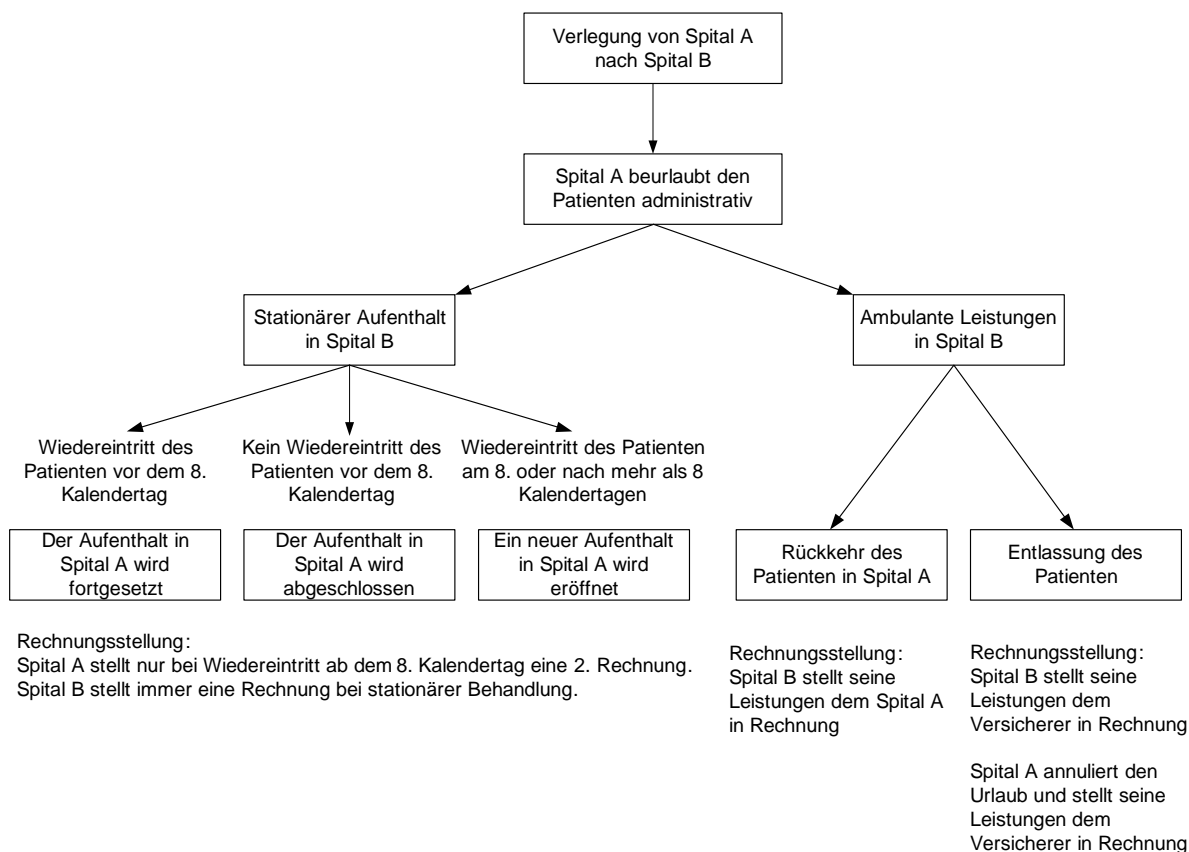
Wenn ein Patient in ein anderes akutsomatisches Spital für eine Dauer von weniger als 24 Stunden mit Übernachtung oder von mehr als 24 Stunden jedoch weniger als 8 Kalendertage²⁵ verlegt wird, so beurlaubt das Ausgangsspital den Patienten für den Zeitraum ab seiner Verlegung bis zu seinem Wiedereintritt 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.

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

²⁵ 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.



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 Neugeborene²⁶. 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 Operationskodes - findet sich im Anhang A des Berichts über die Kostengewichte Version 6.0.

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 6.0. 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 2) 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.

²⁶ 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 Manual²⁷ 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 respektieren²⁸.

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.

²⁷ 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.

²⁸ 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 Kostengewichten²⁹, 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 Knochenmarkstransplantation 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 respektieren³⁰.

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, hämopoietischer 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 für KVG-pflichtige Aufenthalte 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

²⁹ 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.

³⁰ Diese Richtlinie steht im Internet auf der Seite www.apdrgsuisse.ch/public/de/instrumente.htm zur Verfügung.

- APDRG 795: Lungentransplantation
- APDRG 803: Knochenmarkstransplantation [genetisch identischer Spender]
- APDRG 804: Autologe Knochenmarkstransplantation [Phasen A und B]
- APDRG 805: Gleichzeitige Nieren- und Pankreastransplantation
- SPG 904: Allogene Knochenmarkstransplantation [genetisch nicht identischer Spender]
- SPG 905: Autologe Knochenmarkstransplantation [Phase A: Entnahme]
- SPG 906: Autologe Knochenmarkstransplantation [Phase B: Transplantation]

Für Aufenthalte zu Lasten der eidgenössischen Sozialversicherer finden die Vertragsbestimmungen der SVK keine Anwendung; für diese Zahler, werden die APDRGs (oder SPGs) standardmässig entsprechend der anzuwendenden Verträge in Rechnung gestellt. Wir empfehlen in allen Fällen die unten beschriebenen Regeln für den Split von Aufenthalten anzuwenden.

Dies bedeutet für Aufenthalte zu Lasten der eidgenössischen Sozialversicherungen eine Rechnungstellung von zwei aufeinander folgenden APDRGs (oder SPGs) und für KVG-pflichtige Aufenthalte eine Rechnungstellung von einer SVK-Pauschale und einer APDRG (oder SPG)³¹.

Die Kapitel 2.5.3.1 bis 2.5.3.3 beschreiben das Verfahren für KVG-pflichtige Aufenthalte und werden analog auf die Aufenthalte zu Lasten der eidgenössischen Sozialversicherer angewendet. Die Rechnungsstellung der SVK-Pauschale wird in diesem Fall durch eine Abrechnung mit APDRG (oder SPG) gemäss den anzuwendenden Verträge ersetzt.

2.5.3.1 Transplantationen von soliden Organen

Regel

Die stationären Aufenthalte für Transplantationen von soliden Organen werden durch eine Pauschale (oder Tarif) der SVK in Franken abgerechnet, während der Betrag, der dem Kostengewicht der ermittelten APDRG entspricht, keine Anwendung findet.

Die Pauschalen der SVK decken alle, während der "Phase der Transplantation" durch das Spital für den Patienten erbrachten Leistungen, ab. Die "Phase der Transplantation" entspricht dem Hospitalisationsabschnitt, der im direkten Zusammenhang mit der Transplantation als solche steht. Für diesen Abschnitt wird ein besonderer Patienten-aufenthalt eröffnet.

Die Aufenthalte mit einer "Phase der Transplantation" werden in zwei Kategorien aufgeteilt:

1) Ausdrücklicher Aufenthalt für eine Transplantation eines soliden Organs

Der Patient wird anlässlich einer Transplantation aufgenommen. Prinzipiell gibt es in diesem Fall einen einzigen Aufenthalt, der mit einer SVK Pauschale abgerechnet wird (die einige Leistungen der Hospitalisation enthält, die vor der Transplantation durchgeführt wurden), vorausgesetzt dass die Dauer zwischen dem Spitaleintritt des Patienten und der Transplantation nicht mehr als zwei Kalendertage beträgt.

2) Aufenthalt, währenddem die Entscheidung für eine Transplantation eines soliden Organs getroffen und umgesetzt wird

Der Patient wird aufgrund eines Problems mit seinem defizienten Organ aufgenommen und während seines Aufenthaltes wird die Entscheidung getroffen, dass die Durchführung einer Transplantation erforderlich ist, ohne das genaue Datum dieser zu kennen. Der Patient kann in der Zeit des Wartens auf die Transplantation,

³¹ Ab 1. Juli 2007 wurden alle existierenden Verträge des SVK mit den Leistungserbringern und den Herstellern gleichfalls auf die Gemeinsame Einrichtung KVG ausgedehnt.

die wiederum der Verfügbarkeit eines adäquaten Spenderorgans unterworfen ist, nicht nach Hause zurückkehren.

Prinzipiell gibt es in diesem Fall zwei getrennte Aufenthalte: sobald die

Entscheidung für die Durchführung einer Transplantation getroffen ist und die Dauer des Aufenthaltes vor der Transplantation mehr als zwei Kalendertage beträgt, werden zwei getrennte Aufenthalte ausgewiesen.

Anfang und Ende des Aufenthaltes "Phase der Transplantation" - Splitt in 2 Aufenthalte

Der Aufenthalt "Phase der Transplantation" beginnt mit dem Eintritt anlässlich einer Transplantation oder ab der Entscheidung für die Durchführung einer Transplantation, frühestens jedoch 2 Kalendertage vor der Transplantation als solche.

Wenn die Hospitalisation vor der Transplantation mehr als 2 Kalendertage andauert, werden zwei getrennte Aufenthalte ausgewiesen (ohne dass der Patient nach Hause zwischen den beiden Aufenthalten zurückgekehrt ist) und in Rechnung gestellt:

- **Aufenthalt vor der Transplantation:** Rechnungsstellung mit APDRG gemäss der Standard KVG-Verträge an den betroffenen Versicherer des Patienten;
- **Aufenthalt "Phase der Transplantation"** ab dem und inklusive dem Tag der Transplantation des Organs: Abrechnung einer Pauschale gemäss Tarif SVK.

Der Aufenthalt "Phase der Transplantation" dauert bis zum Austritt des Patienten nach Hause, bis zu seinem Tod oder bis zur Verlegung in eine Rehabilitationsklinik an. Der mit der SVK Pauschale abgerechnete Aufenthalt "Phase der Transplantation" endet jedoch im Fall einer Fortsetzung des stationären Aufenthaltes zur Behandlung einer anderen Erkrankung. In diesem Fall eröffnet die Einrichtung einen 2. Aufenthalt, der sich an die "Phase der Transplantation" anschliesst und rechnet diesen mit APDRG ab (ungeachtet dessen, ob der Patient zwischen den 2 Aufenthalten nach Hause zurückgekehrt ist oder nicht).

2.5.3.2 Autologe hämatopoietische Stammzell- Transplantationen

Regel

Die stationären Aufenthalte, die eine Entnahme oder eine Transplantation von autologen, hämatopoietischen Stammzellen betreffen, werden durch die SVK in zwei Phasen gegliedert, die jeweils einem getrennten Aufenthalt entsprechen:

a) Gewinnungsphase (Entnahme)

Die "Gewinnungsphase" der hämatopoietischer Stammzellen umfasst die Entnahme, Bearbeitung, Kryokonservierung und Lagerung der Stammzellen. Die Leistungen des Spitals sind unabhängig von der Anzahl geplanter Stammzelltransplantationen vom Tag der ersten Behandlung, in deren Anschluss Stammzellen gesammelt werden, bis zum Tag, an welchem genug Stammzellen eingefroren sind, abgegolten.

Die Aufenthalte der "Gewinnungsphase" werden in zwei Kategorien eingeteilt:

1) Der Patient wird anlässlich einer Stammzell- Entnahme aufgenommen.

Die "Gewinnungsphase" ist der SPG 905 "Autologe Knochenmarkstransplantation (Phase A: Entnahme)" zugeordnet und wird mit einer SVK Pauschale in Franken abgerechnet, die den Betrag für diesen Aufenthalt, der dem Wert der SPG 905 entspricht, ersetzt.

Prinzipiell gibt es in diesem Fall einen einzigen Aufenthalt, sofern die Dauer zwischen Patienteneintritt und Entnahme nicht mehr als zwei Kalendertage beträgt. Für den Fall, dass die Aufenthaltsdauer vor der Entnahme mehr als zwei Kalendertage beträgt, so werden zwei getrennte Aufenthalte ausgewiesen und wie weiter unten erklärt, getrennt in Rechnung gestellt (ungeachtet dessen, ob der Patient zwischen den 2 Aufenthalten nach Hause zurückgekehrt ist oder nicht).

2) Der Patient befindet sich in stationärer Behandlung im Spital (bspw. akute Leukämie), eine Entnahme wird am Ende des Aufenthaltes durchgeführt

In diesem Fall gibt es zwei getrennte Aufenthalte vorausgesetzt, dass der Aufenthalt vor der Entnahme mehr als zwei Kalendertage beträgt. Ist diese Voraussetzung gegeben, so endet der erste Aufenthalt am Tag vor der Entnahme und der zweite Aufenthalt beginnt am Tag der Entnahme.

- Aufenthalt vor der Entnahme: Rechnungsstellung mit APDRG gemäss der Standard KVG- Verträge an den betroffenen Versicherer des Patienten;
- Aufenthalt "Gewinnungsphase" ab dem und inklusive dem Tag der Entnahme der Stammzellen: Abrechnung einer Pauschale gemäss Tarif SVK.

b) Transplantationsphase (Verabreichung)

Die Transplantationsphase umfasst das Auftauen sowie die Bereitstellung und Verabreichung der Stammzellen. Die Leistungen des Spitals sind vom Tag des Spitaleintritts zur Verabreichung der Stammzellen bis zur Spitalentlassung abgegolten. Diese Pauschale gilt für eine durchgeführte Transplantation und ist für eine Mehrfachtransplantation repetierbar.

Die Regeln entsprechen denen für die "Gewinnungsphase".

Die Aufenthalte der "Transplantationsphase" werden in zwei Kategorien eingeteilt:

1) Der Patient wird anlässlich der Transplantation aufgenommen.

Diese "Transplantationsphase" ist der SPG 906 "Autologe Knochenmarkstransplantation (Phase B: Transplantation)" zugeordnet und wird mit einer SVK Pauschale in Franken abgerechnet, die den Betrag für diesen Aufenthalt, der dem Wert der SPG 906 entspricht, ersetzt.

Prinzipiell gibt es in diesem Fall einen einzigen Aufenthalt, sofern die Dauer zwischen Patienteneintritt und Transplantation nicht mehr als (\leq) 10 Kalendertage beträgt. Für den Fall, dass die Aufenthaltsdauer vor der Transplantation mehr als ($>$) 10 Kalendertage beträgt, so werden zwei getrennte Aufenthalte ausgewiesen und wie weiter unten erklärt, getrennt in Rechnung gestellt (ungeachtet dessen, ob der Patient zwischen den 2 Aufenthalten nach Hause zurückgekehrt ist oder nicht).

2) Der Patient befindet sich in stationärer Behandlung im Spital, die Transplantation wird am Ende des Aufenthaltes durchgeführt

Wenn die Aufenthaltsdauer vor der Transplantation mehr als ($>$) 10 Kalendertage beträgt, werden in diesem Fall zwei getrennte Aufenthalte ausgewiesen. Der erste Aufenthalt endet am Tag vor der Transplantation und der zweite Aufenthalt beginnt am Tag der Transplantation.

- Aufenthalt vor der Transplantation: Rechnungsstellung mit APDRG gemäss der Standard KVG- Verträge an den betroffenen Versicherer des Patienten
- Aufenthalt ab dem und inklusive dem Tag der Transplantation der Stammzellen: Abrechnung einer Pauschale gemäss Tarif SVK, der für die "Transplantationsphase" von hämatopoietischen Stammzellen vorgesehen ist

Wenn die Aufenthaltsdauer vor der Transplantation nicht mehr als (\leq) 10 Kalendertage beträgt, so gibt es nur einen einzigen Aufenthalt. Dieser ist der SPG 906 "Autologe Knochenmarkstransplantation (Phase B: Transplantation)" zugeordnet und wird mit einer SVK Pauschale in Franken abgerechnet, die den Betrag für diesen Aufenthalt, der dem Wert der SPG 906 entspricht, ersetzt.

2.5.3.3 Allogene Transplantationen hämatopoietischer Stammzellen

Regel

Die stationären Aufenthalte anlässlich einer Transplantation von allogenen, hämatopoietischen Stammzellen werden entsprechend den vorgenannten Regeln für die "Phase der Transplantation" abgerechnet. Die betroffenen SPG sind die SPG 803 "Knochen-

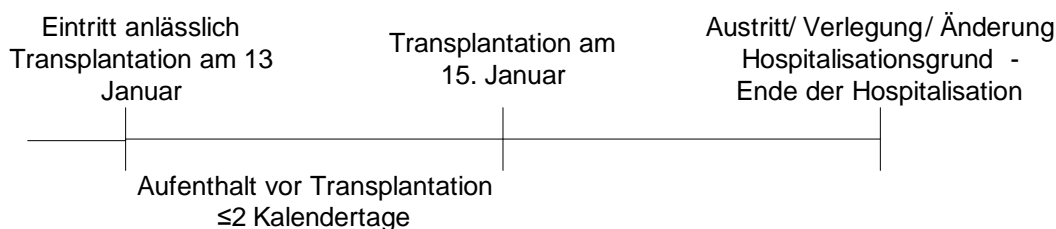
marktransplantation (genetisch identischer Spender)" oder die SPG 904 "Allogene Knochenmarktransplantation (genetisch nicht identischer Spender)".

Die in den Kapiteln 2.5.3.1 bis 2.5.3.3 beschriebenen Regeln sind in den folgenden Diagrammen zusammengefasst.

Vergütung von Transplantationen eines soliden Organs

1. Aufenthalt anlässlich einer Transplantation eines soliden Organs

a) Aufenthaltsdauer vor der Transplantation ist ≤ 2 Kalendertage

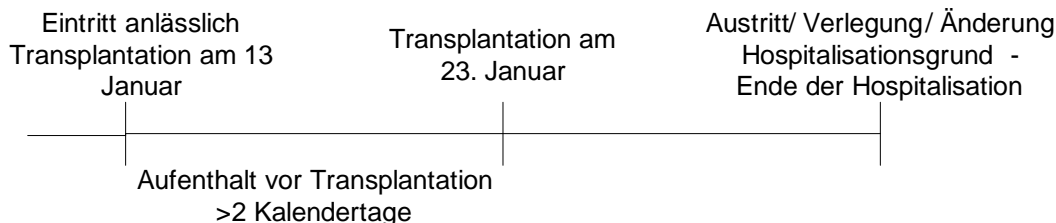


"Phase der Transplantation"

1 abrechenbarer Aufenthalt des Patienten

Insgesamt gibt es 1 Rechnung für die Hospitalisation - SVK Pauschale

b) Aufenthaltsdauer vor der Transplantation ist > 2 Kalendertage



"Phase der Transplantation"

2 abrechenbare Aufenthalte des Patienten

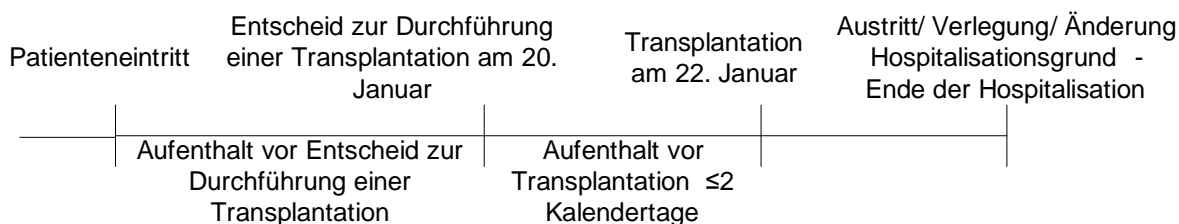
Insgesamt gibt es 2 Rechnung für die Hospitalisation

1. Für Aufenthalt vor Transplantation: APDRG Pauschale

2. Für "Phase der Transplantation: SVK Pauschale

2. Aufenthalt, währenddem die Entscheidung für eine Transplantation eines soliden Organs getroffen und umgesetzt wird

a) Aufenthaltsdauer zwischen dem Entscheid zur Durchführung der Transplantation und der Transplantation als solche ist ≤ 2 Kalendertage



"Phase der Transplantation"

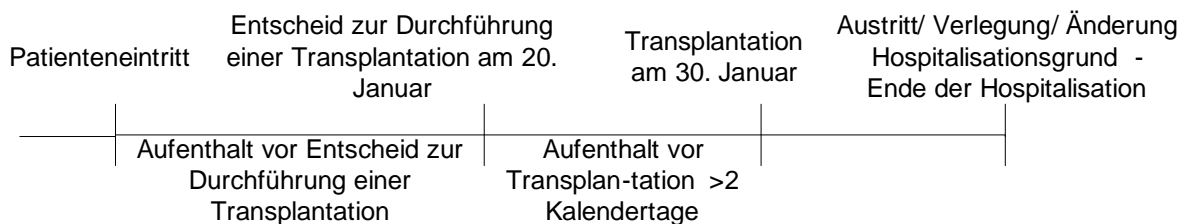
2 abrechenbare Aufenthalte des Patienten

Insgesamt gibt es 2 Rechnung für die Hospitalisation

1. Für den Aufenthalt vor der Entscheidung zur Durchführung der Transplantation: AP-DRG Pauschale

2. Für "Phase der Transplantation: SVK Pauschale

b) Aufenthaltsdauer zwischen dem Entscheid zur Durchführung der Transplantation und der Transplantation als solche ist > 2 Kalendertage



"Phase der Transplantation"

2 abrechenbare Aufenthalte des Patienten

Insgesamt gibt es 2 Rechnung für die Hospitalisation

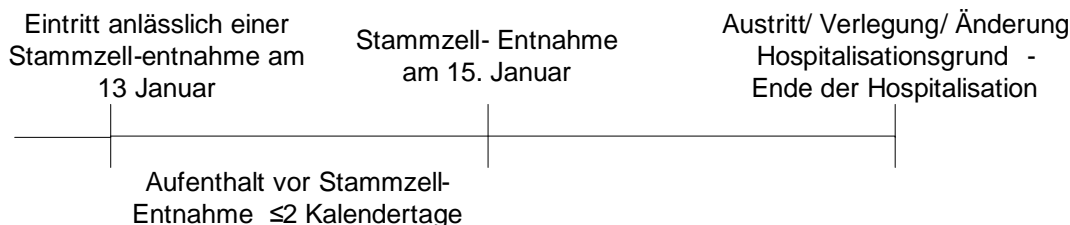
1. Für den Aufenthalt vor dem Tag der Transplantation: APDRG Pauschale

2. Für "Phase der Transplantation: SVK Pauschale

Vergütung von Transplantationen von hämatopoietischen Stammzellen

1. Aufenthalt anlässlich einer Stammzell- Entnahme von autologen hämatopoietischen Stammzellen - "Gewinnungsphase"

a) Aufenthaltsdauer vor der Gewinnungsphase ist ≤ 2 Kalendertage

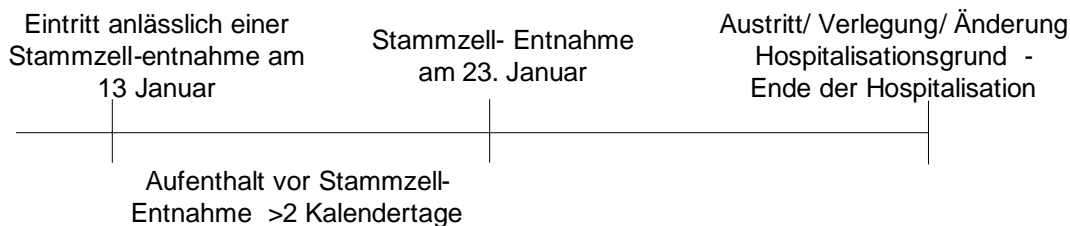


"Gewinnungsphase"

1 abrechenbarer Aufenthalt des Patienten

Insgesamt gibt es 1 Rechnung für die Hospitalisation - SVK Pauschale ersetzen den Betrag der dem Wert der SPG 905 entspricht

b) Aufenthaltsdauer vor der Gewinnungsphase ist >2 Kalendertage



"Gewinnungsphase"

2 abrechenbare Aufenthalte des Patienten

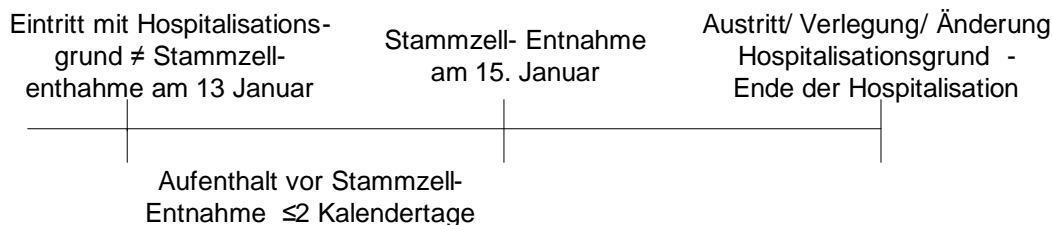
Insgesamt gibt es 2 Rechnung für die Hospitalisation

1. Für Aufenthalt vor "Gewinnungsphase": APDRG Pauschale

2. Für "Gewinnungsphase": SVK Pauschale ersetzen den Betrag der dem Wert der SPG 905 entspricht

2. Patient befindet in stationärer Behandlung im Spital (bspw. akute Leukämie), eine Stammzell- Entnahme erfolgt am Ende des Aufenthaltes - "Gewinnungsphase"

a) Aufenthaltsdauer zwischen Eintritt und "Gewinnungsphase" ist ≤ 2 Kalendertage

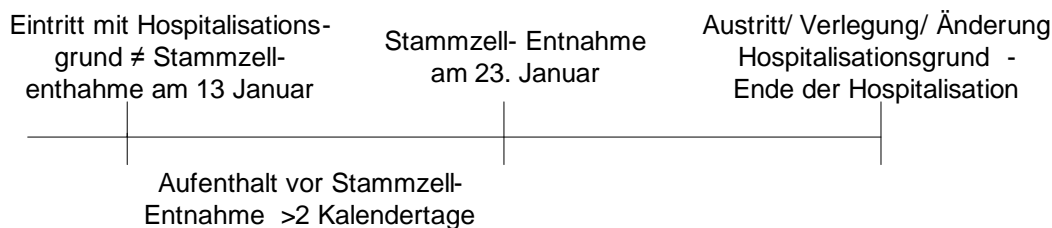


"Gewinnungsphase"

1 abrechenbarer Aufenthalt des Patienten

Insgesamt gibt es 1 Rechnung für die Hospitalisation: SVK Pauschale ersetzen den Betrag der dem Wert der SPG 905 entspricht

b) Aufenthaltsdauer vor der Gewinnungsphase ist >2 Kalendertage



"Gewinnungsphase"

2 abrechenbare Aufenthalte des Patienten

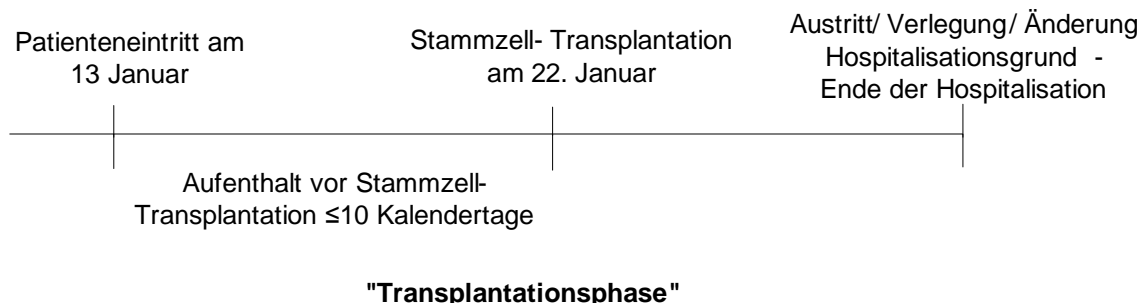
Insgesamt gibt es 2 Rechnung für die Hospitalisation

1. Für Aufenthalt vor "Gewinnungsphase": APDRG Pauschale

2. Für "Gewinnungsphase": SVK Pauschale ersetzen den Betrag der dem Wert der SPG 905 entspricht

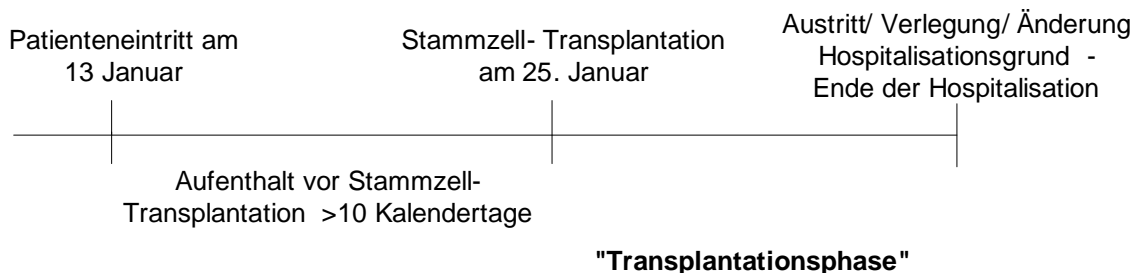
3. Aufenthalt anlässlich einer Transplantation oder Aufenthalt, währenddem die Entscheidung für eine Transplantation von autologen, hämatopoietischen Stammzellen getroffen und am Ende des Aufenthaltes umgesetzt wird - "Transplantationsphase"

a) Aufenthaltsdauer vor der Transplantationsphase ist ≤ 10 Kalendertage



1 abrechenbarer Aufenthalt des Patienten
 Insgesamt gibt es 1 Rechnung für die Hospitalisation: SVK Pauschale ersetzen den Betrag der dem Wert der SPG 906 entspricht

b) Aufenthaltsdauer vor der Transplantationsphase ist > 10 Kalendertage



2 abrechenbare Aufenthalte des Patienten
 Insgesamt gibt es 2 Rechnung für die Hospitalisation
 1. Für Aufenthalt vor "Transplantationsphase": APDRG Pauschale
 2. Für "Transplantationsphase": SVK Pauschale ersetzen den Betrag der dem Wert der SPG 906 entspricht

4. Die Abrechnung von Aufenthalten mit allogenen hämatopoietischen Stammzell-Transplantationen (SPG 803 und SPG 904) entspricht den unter den Punkten 3a) und 3b) beschriebenen Regeln der "Transplantationsphase".

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 Aufenthaltsdauer unter dem unteren Grenzwert LTP liegt (unterer Ausreisser/"low outlier"), ist kleiner als diejenige eines Normalfalls ("inlier"). Die Vergütungsformel der unteren Ausreisser ("low outlier") (siehe Bericht über die Kostengewichte Version 6.0) wurde mit dem Ziel angepasst, eine bessere Übereinstimmung zwischen den festgestellten Kosten und der Vergütung zu gewährleisten.

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, ist im Bericht über die Kostengewichte Version 6.0 erklärt.

Um die Vergütung der oberen Ausreisser zu verfeinern sind zwei Werte K1 und K2 für jede DRG entsprechend der Verteilung der Ausreisser einer gegebenen DRG eingeführt worden. Die Berechnungsformel ist im Bericht über die Kostengewichte Version 6.0 erläutert.

* * * * *

Anhang: Abrechnung mit DRG im Jahr 2009

Die Abrechnung mit AP-DRG ab dem 1. Januar 2009 wird von einigen Änderungen betroffen sein bezogen auf die für die schweizerische medizinische Statistik zu erhebenden Daten. Die Änderungen äussern sich wie folgt:

- Sowohl die Diagnosenkodes der aktuell gültigen ICD-10-WHO als auch jene der ICD-10-GM Version 2008 können verwendet werden;
- Die Behandlungskodes der CHOP 11 können sowohl unter einem neuen Format als auch unter dem bestehenden Format gespeichert werden, indem 6 Positionen (xx.xx.xx) oder lediglich die vier ersten Positionen verwendet werden, unter Vernachlässigung der 2 letzten;
- Die Daten können in drei unterschiedlichen Formaten geliefert werden: mit dem bestehenden Standardformat, welches die Speicherung von 10 Diagnosen- und 10 Behandlungskodes erlaubt, mit dem bestehenden alternativen Format, welches die Speicherung von 30 Diagnosen- und 30 Behandlungskodes erlaubt und ein neues Format, welches die Speicherung von 50 Diagnosen- und 100 Behandlungskodes erlaubt;
- Zwei Kodierregeln werden signifikant verändert: die Regel betreffend die Kodierung von Chemotherapien und jene betreffend Entfernungen von Osteosynthesematerial.

Daher ist eine Modifikation des Programms MedGroup, welches von der Firma Freudiger EDV-Beratung entwickelt und vom Verein APDRG Suisse bereitgestellt wird, erforderlich. Bislang übernahm dieses Programm ausschliesslich die Bearbeitung der Ausgabedatei des AP-DRG Groupers der Firma 3M ("post-processing"), um die Fälle entsprechend der SPG (Swiss Payment Groups) Algorithmen zu gruppieren.

Vor dem Hintergrund der oben genannten Änderungen wird die nächste MedGroup Version ein zusätzliches Modul enthalten, welches die Daten vorbereitend bearbeitet ("pre-processing"). Dieses zusätzliche Modul wird die folgenden vier Funktionen haben:

- eine Konvertierung der in unterschiedlichen Formaten (wie oben beschrieben) gespeicherten Daten in ein einziges Format, welches jenem der Input-Datei des AP-DRG Groupers der Firma 3M entspricht (dieses Format ist in einer Datei mit dem Titel swissin2009.dic definiert, welches von der Firma 3M bereitgestellt wird);
- eine Konvertierung der ICD-10-GM Kodes Version 2008 in ICD-10-WHO Kodes mittels einer Korrespondenztabelle, welche auf der Grundlage einer vom Bundesamt für Statistik (BFS) gelieferten Datei erstellt wird;
- eine Konvertierung der CHOP Kodes mit 6 Positionen (xx.xx.xx) in CHOP Kodes mit 4 Positionen (xx.xx) durch die Löschung der letzten beiden Positionen;
- eine Modifikation der Daten betreffend Chemotherapien und Entfernungen von Osteosynthesematerial, um trotz der neuen Kodierregeln die betroffenen Fälle in die gleichen DRG zu gruppieren, in die sie gegenwärtig gelangen.

Die Entwicklung des Moduls, welches Daten vorbereitend bearbeitet ist komplex vor dem Hintergrund der vielfältigen Konfigurationen der Daten, die es speisen werden. Alle folgenden Konfigurationen sind möglich und vom BFS berechtigt:

- Datei, welche Datensätze mit 10 Diagnosenkodes der ICD-10-WHO und 10 CHOP Kodes mit 4 Positionen enthält (dieser Dateityp wird WHO 10-10 genannt werden);
- Datei, welche Datensätze mit Diagnosenkodes ICD-10-GM und 10 CHOP Kodes mit 4 Positionen enthält (dieser Dateityp wird GM 10-10 genannt werden);
- Datei, welche Datensätze mit 30 Diagnosenkodes ICD-10-WHO und 30 CHOP Kodes mit 4 Positionen enthält (dieser Dateityp wird WHO 30-30 genannt werden);
- Datei, welche Datensätze mit 30 Diagnosenkodes ICD-10-GM und 30 CHOP Kodes mit 4 Positionen enthält (dieser Dateityp wird GM 30-30 genannt werden);
- Datei, welche Datensätze mit 50 Diagnosenkodes ICD-10-WHO und 100 CHOP Kodes mit 6 Positionen enthält (dieser Dateityp wird WHO 50-100 genannt werden);
- Datei, welche Datensätze mit 50 Diagnosenkodes ICD-10-GM und 100 CHOP Kodes mit 6 Positionen enthält (dieser Dateityp wird GM 50-100 genannt werden).

Das Modul der vorbereitenden Bearbeitung muss folglich:

- zunächst das Format der gespeicherten Datensätze feststellen;
- anschliessend gegebenenfalls alle ICD-10-GM Codes in ICD-10-WHO Codes konvertieren;
- anschliessend gegebenenfalls alle CHOP Codes mit 6 Positionen in CHOP Codes mit 4 Positionen konvertieren;
- anschliessend die Kodierung der Fälle mit Chemotherapie und Entfernung von Osteosynthesematerial modifizieren, indem Wechsel zwischen bestimmten Hauptdiagnose- und bestimmten Nebendiagnosecodes durchgeführt wird (gemäss eines vordefinierten Algorithmus);
- anschliessend eine Eingabedatei ("input file") erstellen, die dem Format der Datei swissin2009.dic entspricht, welches von der Firma 3M bereitgestellt wird und abschliessend den AP-DRG Grouper aktivieren, damit dieser die Eingabedatei nunmehr bearbeitet.

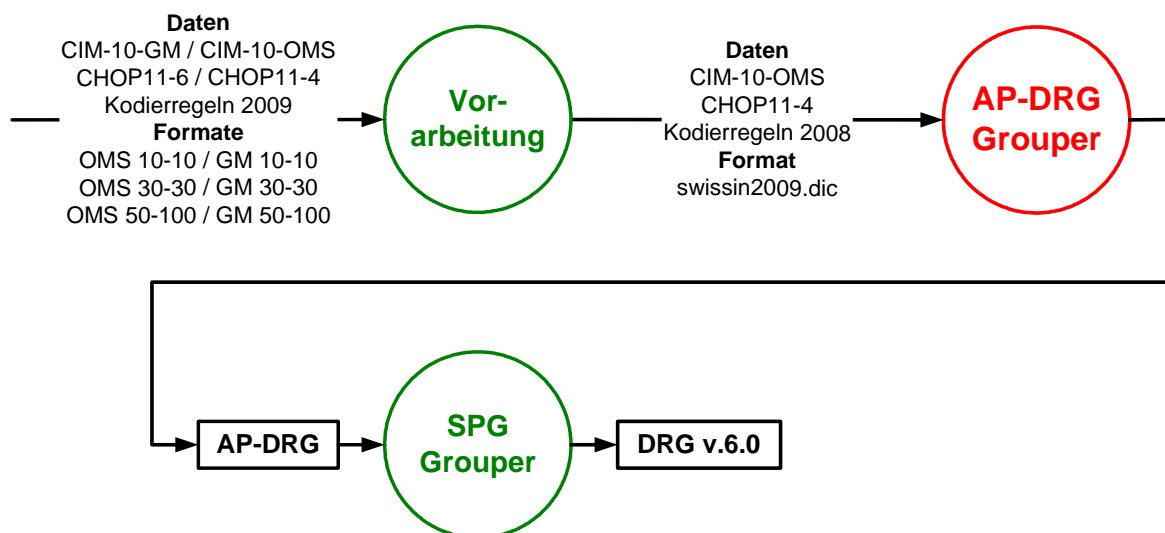
Das Modul zur Bearbeitung der Ausgabedatei DRG ("post-processing") des AP-DRG Groupers wird wie bisher funktionieren; lediglich einige Anpassungen werden an ihm vorgenommen werden, um wie in jedem Jahr den hinzugefügten oder entfernten Codes der neuen CHOP Version Rechnung zu tragen.

Da die Daten durch MedGroup vorbearbeitet werden, bevor sie an den AP-DRG Grouper gesendet werden, wird der letztgenannte wie folgt funktionieren:

- ★ die Daten, die ihn speisen, müssen ausschliesslich gemäss der Spezifikationen der Datei swissin2009.dic formatiert sein (alle Formate der oben genannten Datei werden vom Grouper nicht erkannt werden);
- ★ die Gruppierung der Hospitalisationen wird ausschliesslich auf der Basis der ICD-10-WHO Codes und der CHOP Codes mit 4 Positionen durchgeführt werden (der Grouper berücksichtigt keine ICD-10-GM Codes und keine CHOP Codes mit 6 Positionen).

Spitäler, die mit DRG abrechnen und die Organisationen, die einen Casemix berechnen, werden folglich darauf achten müssen, den AP-DRG Grouper nicht ohne eine Verbindung mit MedGroup zu verwenden. Ansonsten werden die Hospitalisationen völlig verfälscht eingruppiert und die Casemix-Werte werden Abweichungen aufweisen.

Die untenstehende Grafik zeigt, wie MedGroup und der AP-DRG Grouper funktionieren werden.



Die Vielfalt der Formate und Klassifikationen, die im nächsten Jahr in Kraft treten werden, erhöhen merklich das Risiko für falsche Gruppierungen von Fällen mit dem Grouper 3M und dem Programm MedGroup, welches von APDRG Suisse bereitgestellt wird, da vor dem Hintergrund der Fristen und der Kosten es unmöglich sein wird, bis zum Ende des Jahres 2008 alle erforderlichen Tests für jede Datenkonfiguration durchzuführen. Wenn nach der ersten Lieferung des MedGroup Fehler festgestellt werden, so werden diese nach und nach entsprechend ihrer Eingabe korrigiert. Aktualisierungen werden anschliessend von der Internetseite von APDRG Suisse herunterladbar sein.

Hinzu kommt, dass die im nächsten Jahr gültigen Kodierregeln ausschliesslich die ICD-10-WHO Codes betreffen. Sie werden nicht an die ICD-10-GM angepasst sein. Daraus wird sich aller Wahrscheinlichkeit nach ein Abfall der Zuverlässigkeit der Kodierung ergeben vor dem Hintergrund, dass keine Richtlinie die spezifische Art und Weise der Erfassung der ICD-10-GM Codes regelt. Unterschiedliche Interpretationen und Meinungen werden nicht ausbleiben und es ist nicht ausgeschlossen, dass dergleiche Fall teils unterschiedlich abgerechnet wird, aufgrund einer unterschiedlichen Verwendung der ICD-10-GM Codes.