

APDRG

Svizzera
Schweiz
Suisse



TAR APDRG 2004

Prinzipien und Regeln für die Vergütung von Spitalleistungen mit APDRG-Fallpauschalen

Juli 2003

Version 02b – 08.09.03

**Dieses Dokument kann auf der Internetseite
www.hospvd.ch/ise/apdrq bezogen werden.**

Sekretariat:

ISE ✓ · Bâtiment La Ruche · Site de Cery · 1008 Prilly · TEL: 021 641 05 80 · FAX: 021 641 05 81
E-mail: ise@hospvd.ch · Web: www.hospvd.ch/ise

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|----------|---|----------|
| 1 | Einführung | 1 |
| 1.1 | Zielsetzung | 1 |
| 1.2 | Inhalt des Berichts..... | 1 |
| 1.3 | Vorgehensweise | 1 |
| 2 | Definitionen und Abrechnungsregeln | 2 |
| 2.1 | Definitionen und Anwendungsbereich | 2 |
| 2.1.1 | Benötigte Informationen..... | 2 |
| 2.1.2 | Regeln für die Kodierung von Diagnosen und Eingriffen..... | 2 |
| 2.1.3 | Anwendungsbereich für APDRG-Fallgruppen | 3 |
| 2.1.4 | Hospitalisierung (Spitalaufenthalt)..... | 4 |
| 2.2 | Nicht mit APDRG-Fallpauschalen abrechenbare Hospitalisierungen | 5 |
| 2.2.1 | Psychiatriefälle und Fälle von Alkohol- und Drogenmissbrauch..... | 5 |
| 2.2.2 | Rehabilitation..... | 5 |
| 2.2.3 | Palliativbehandlung | 5 |
| 2.2.4 | Pflegefälle und Wartepatienten..... | 6 |
| 2.3 | Spezielle APDRG-Abrechnungsregeln | 6 |
| 2.3.1 | Änderung des Hospitalisierungsgrundes während eines Spitalaufenthaltes | 7 |
| 2.3.2 | Rehospitalisierungen (Wiedereintritte) | 7 |
| 2.3.3 | Aufenthalte über zwei Rechnungsperioden | 8 |
| 2.3.4 | Teilstationäre Behandlung unmittelbar vor einer Hospitalisierung..... | 8 |
| 2.3.5 | Teilstationäre Behandlungen in einem andern Spital während einer Hospitalisierung | 8 |
| 2.3.6 | Verlegung in ein anderes Spital ab dem zweiten Tag | 9 |
| 2.3.7 | Notfälle | 9 |
| 2.3.8 | Gesunde Neugeborene | 10 |
| 2.3.9 | Neu zu gruppierende APDRG-Fallgruppen..... | 10 |
| 2.3.10 | Swiss Payment Groups (SPG-Fallgruppen) | 11 |
| 2.3.10.1 | Todesfall am Eintrittstag und am Folgetag (SPG-Fallgruppe 900)..... | 12 |
| 2.3.10.2 | Verlegung am Eintrittstag in ein anderes Spital (SPG-Fallgruppe 901) | 12 |
| 2.3.10.3 | Implantation eines automatischen Herzdefibrillators (SPG-Fallgruppen 902 und 903)..... | 12 |
| 2.3.10.4 | Allogene Knochenmarktransplantation [genetisch nicht identischer Spender] (SPG-Fallgruppe 904)..... | 13 |
| 2.3.10.5 | Autologe Knochenmarktransplantation (SPG-Fallgruppen 905 et 906) | 13 |
| 2.3.10.6 | Todesfall eines Neugeborenen weniger als 24 Stunden nach der Geburt (SPG-Fallgruppe 907) | 14 |

| | | |
|----------|---|-----------|
| 3 | Kostenrechnung | 15 |
| 3.1 | Allgemeines | 15 |
| 3.2 | Vorgehen für die Erstellung einer Kostenrechnung | 15 |
| 3.3 | Anrechenbare und nicht anrechenbare Kosten | 16 |
| 3.3.1 | Gegenüber dem Versicherer nicht anrechenbare Kosten, die Gegenstand einer Kostenstelle sind | 16 |
| 3.3.1.1 | Aus- und Weiterbildung von Ärzten und anderen Akademikern (Apotheker, Biologen...) | 16 |
| 3.3.1.2 | Nichtärztliche Angestellte | 17 |
| 3.3.1.3 | Forschung | 17 |
| 3.3.1.4 | Nichtpflichtleistungen | 17 |
| 3.3.1.5 | Notfall- und Bereitschaftskosten für denjenigen Kostenanteil, der nicht durch die erbrachten Leistungen gedeckt ist | 17 |
| 3.3.2 | Nicht anrechenbare Anlagennutzungskosten: Investitionen | 17 |
| 4 | Von APDRG Schweiz berechnete Parameter | 18 |
| 5 | Tarifierung und Fakturierung | 19 |
| 5.1 | Allgemeine Regeln | 19 |
| 5.1.1 | Für die Fakturierung benötigte Informationen | 19 |
| 5.1.2 | Grundsätze | 19 |
| 5.2 | Relevanz der Verbindung zwischen Kodierung der Patientendossiers und Fakturierung | 19 |
| 5.3 | Beispiel | 20 |
| 6 | Zertifizierung | 21 |
| 6.1 | Einleitung | 21 |
| 6.2 | Die Kodierung der Eingriffe und Diagnosen | 21 |
| 6.2.1 | Einführung | 21 |
| 6.2.2 | Empfehlungen | 21 |
| 6.2.3 | Beispiele | 21 |
| 6.3 | Künstliche Ausreisser und Ausreissertage | 22 |
| 6.3.1 | Einführung | 22 |
| 6.3.2 | Empfehlungen | 22 |
| 6.3.3 | Beispiel | 22 |
| 6.4 | Rehospitalisierungen und Verlegungen | 22 |
| 6.4.1 | Einführung | 22 |
| 6.4.2 | Empfehlungen | 23 |
| 6.4.3 | Beispiel | 23 |
| 7 | Qualitätsprogramm | 24 |
| 7.1 | Einführung | 24 |
| 7.2 | Beispiele | 25 |
| 7.3 | Empfehlungen | 25 |

1 Einführung

1.1 Zielsetzung

Das vorliegende Dokument ist die aktualisierte Version der Berichte "TAR APDRG 2002" und "TAR APDRG 2002 – Revision 1". Es werden sämtliche technischen Elemente zur Verfügung gestellt, welche für die Anwendung von APDRG-Fallgruppen im Rahmen von KVG- und UVG-konformen Tarifverträgen sowie im Rahmen von finanzanalytischen Vergleichen zwischen Spitälern notwendig sind.

TAR APDRG 2004 ist als Instrument für diejenigen Spitäler gedacht, die im Jahr 2004 ihre Leistungen mit APDRG-Fallpauschalen abrechnen werden. Fragen über den Grouper und dessen Integration in die verschiedenen Informatiksysteme der Spitäler werden in diesem Dokument dagegen nicht behandelt.¹

1.2 Inhalt des Berichts

Der Bericht umfasst nebst der Einführung sechs Kapitel, die folgende Themen behandeln:

- Im Kapitel 2 werden die für die Abrechnung mit APDRG-Fallpauschalen zu verwendenden Definitionen und Regeln dargestellt.
- Im Kapitel 3 wird die Bedeutung der Kostenrechnung und der gemäss den Sozialversicherungsgesetzen anrechenbaren Kosten für ein DRG-Vergütungssystem dargestellt.
- Im Kapitel 4 wird erklärt, wie APDRG Schweiz die Parameter des APDRG-Vergütungssystems festgelegt hat.
- Im Kapitel 5 werden die Regeln der Rechnungsstellung an die Versicherer dargestellt.
- Kapitel 6 behandelt Fragen zur Festlegung von Kontrollmechanismen, die es den Spitälern, den Versicherern und den Kantonen erlauben, die richtige Funktionsweise des APDRG-Vergütungssystems zu steuern und zu überwachen.
- Kapitel 7 beschreibt die Qualitätsprogramme, die mit einer APDRG-Vergütung zwingend einher gehen müssen.

1.3 Vorgehensweise

Der vorliegende Bericht ist das Resultat der Arbeiten einer Gruppe von Experten, die teils Mitglieder von APDRG Schweiz sind, teils mit APDRG Schweiz zusammenarbeiten. Das Institut für Gesundheit und Ökonomie (ISE) hat im Auftrag von APDRG Schweiz die Projektadministration besorgt und die technischen Arbeiten durchgeführt.

Falls Sie bei Ihrer Lektüre auf Fehler stossen, die uns entgangen sind, oder auf Erklärungen, die Ihnen unverständlich erscheinen, zögern Sie nicht, uns dies per E-Mail an die Adresse apdrgh@hospvd.ch mitzuteilen. Wir bedanken uns schon im voraus, dass Sie uns helfen, die Form und den Inhalt des vorliegenden Berichts zu verbessern.

¹ Eine ausführliche Beschreibung der Gruppierungsregeln, die vom APDRG-Grouper angewendet werden, befindet sich im Definitions Manual (www.hospvd.ch/ise/apdrgh). Eine Studie über die informatiktechnischen Anforderungen der Rechnungsstellung mit APDRG-Fallpauschalen, welche für den Kanton Waadt erarbeitet wurde befindet sich auf der Internetadresse www.hospvd.ch/ise/apdrgh.

Platz für eigene Notizen

2 Definitionen und Abrechnungsregeln

2.1 Definitionen und Anwendungsbereich

2.1.1 Benötigte Informationen

Generell werden für die Vergütung mit APDRG-Fallpauschalen² die Daten der medizinischen Statistik benötigt, die gemäss dem Bundesstatistikgesetz (BstatG) vom 9. Oktober 1992 und der dazugehörigen Verordnung sowie gemäss den Richtlinien und Empfehlungen des Bundesamtes für Statistik routinemässig erhoben werden.

Für die Gruppierung in die SPG-Fallgruppen (Swiss Payment Groups, vgl. Kapitel 2.3.10, S. 11ff) werden darüber hinaus noch die folgenden Daten benötigt:

- Eintrittsdatum³ und Austrittsdatum⁴ bei einem Todesfall oder einer Überweisung weniger als 24 Stunden nach der Aufnahme
- Status des Spenders (Eigenspender oder nicht) bei einer Knochenmarktransplantation
- Einrichtung, in die der Patient verlegt wurde, falls es sich um den Todesfall eines Neugeborenen weniger als 24 Stunden nach der Geburt handelt

2.1.2 Regeln für die Kodierung von Diagnosen und Eingriffen

Die Kodierung der Diagnosen und Eingriffe richtet sich nach den Richtlinien der Weltgesundheitsorganisation (WHO) bzw. des Bundesamtes für Statistik (BfS). Die in der Schweiz verwendeten Nomenklaturen sind der ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, tenth revision) und der CHOP (Schweizerische Operationsklassifikation)⁵.

Fragen im Zusammenhang mit der Kodierung sind an das Bundesamt für Statistik (Fachbereich Gesundheit, Espace de l'Europe 10, 2010 Neuenburg, Tel.: 032 713 63 60, E-Mail: codeinfo@bfs.admin.ch) zu richten. Das BfS veröffentlicht seine Richtlinien zur Kodierung im Kodierungshandbuch und im Informationsbulletin "Codeinfo"⁶.

Abweichungen zwischen den Kodierungsvorschriften und der vom APDRG-Groupier vorgenommenen Gruppierung werden im Kapitel 2.3.9 (Seite 10f) behandelt.

² Obwohl eine Kostenträgerrechnung, welche die Berechnung der Kosten der einzelnen Patienten ermöglicht, für die Finanzierung mit APDRG-Fallpauschalen nicht nötig ist, so ist sie doch von grossem Nutzen für alle Spitäler, welche den Unterschied zwischen den eigenen Produktionskosten pro APDRG-Fall und dem vergüteten Betrag pro APDRG-Fall bestimmen möchten.

³ Gemäss den Richtlinien zur medizinischen Statistik für die Erfassung einer Hospitalisierung ist die Angabe der Uhrzeit des Eintritts nur für Notfälle obligatorisch (Definition: Fälle, die innerhalb von 12 Stunden eine Behandlung benötigen).

⁴ Gemäss den Richtlinien zur medizinischen Statistik für die Erfassung einer Hospitalisierung ist die Angabe der Uhrzeit des Austritts nur für Todesfälle obligatorisch.

⁵ Die Version 1.3 des APDRG-Groupers (gültig vom 1.1.03 bis zum 31.12.03) muss mit den Eingriffscodes der Version 5 des CHOP verwendet werden. Die Version 1.4 des Groupers (gültig vom 01.01.04 bis zum 31.12.04) muss mit den Eingriffscodes der Version 6 des CHOP verwendet werden.

⁶ Beide Dokumente können auf der Internetseite des Bundesamts für Statistik (www.bfs.admin.ch), Fachstelle 14 (Gesundheit), Kodierungssekretariat bezogen werden.

Platz für eigene Notizen

2.1.3 Anwendungsbereich für APDRG-Fallgruppen

Regel

Der Anwendungsbereich für APDRG-Fallgruppen beschränkt sich auf somatische Akutspitäler und -abteilungen.

Davon ausgenommen sind folgende Bereiche:

- auf die Rehabilitation spezialisierte Spitäler oder Abteilungen
- Spitäler oder Abteilungen, die sich auf Psychiatrie oder Suchtmittelbehandlung (Alkoholismus und Drogenabhängigkeit) spezialisiert haben
- Spitäler oder Abteilungen, die sich auf Palliativbehandlungen spezialisiert haben
- Pflegeheime und Pflegeabteilungen der somatischen Akutspitäler

sowie

- Wartepatienten, die am Ende eines Spitalaufenthaltes auf eine Verlegung in ein Pflegeheim oder auf eine Betreuung durch einen Spitex-Dienst warten
- Tagesklinische Leistungen in der Rehabilitation und Psychiatrie

Kommentar

Wie die internationale Literatur zeigt, wurden die APDRG-Fallgruppen entwickelt, um die Spitaltätigkeit im somatischen Akutbereich zu definieren und zu vergüten. Hingegen eignen sie sich nicht für die Vergütung von Fällen in Rehabilitations- und Psychiatriekliniken oder in Spitälern, die auf Palliativ- und/oder Suchtmittelbehandlungen spezialisiert sind.⁷

Bezüglich der Rehabilitationsfälle wurde in Anbetracht der internationalen Erfahrungen beschlossen diese nicht mit APDRG-Fallpauschalen abzurechnen. Es wird empfohlen, die Phase des akutstationären Aufenthaltes von der Rehabilitationsphase zu unterscheiden und eine klare Trennung zwischen den Abteilungen und Kliniken, die Rehabilitationsleistungen erbringen, und den übrigen Abteilungen und Kliniken vorzunehmen. Gegebenenfalls müssen die Leistungserbringer und die Versicherer in ihren Verträgen eventuelle Rehabilitationsprogramme festlegen, die in den Akutabteilungen erbracht werden sollen, sowie die Vergütung solcher Rehabilitationsprogramme definieren.

Die APDRG-Fallgruppen eignen sich ebenfalls nicht für so genannte Wartepatienten, die am Ende eines Spitalaufenthaltes auf eine Verlegung in ein Pflegeheim oder auf eine Betreuung durch einen Spitex-Dienst warten. Das Vorhandensein solcher Fälle, bei denen keine medizinischen Gründe den Spitalaufenthalt rechtfertigen, deutet in der Regel auf eine schlecht funktionierende Behandlungskette hin. Deshalb sollten diese letzten Aufenthaltstage als Pflegepatienten (sogenannte Wartetage)⁸ vom akutstationären Aufenthalt unterschieden werden, um zu verhindern, dass Wartetage in die Bestimmung des Kostengewichts für Ausreisserfälle (Outlier) einfließen oder auch um zu verhindern, dass gewisse Spitäler für die Konsequenzen schlecht funktionierender Behandlungsketten bestraft werden.

⁷ Die Psychriefälle in somatischen Akutspitälern (MDC 19 und 20) werden gleichwohl im Modell TAR-APDRG belassen (siehe Kapitel 2.2.1, S. 5).

⁸ Siehe Kapitel 2.2.4 auf der Seite 6

Platz für eigene Notizen

Die Abgrenzung der Anwendungsbereiche für APDRG-Fallpauschalen bedingt eine klare Definition der Spital- bzw. Abteilungskategorien. Die Einführung von APDRG-Fallpauschalen wird stark erschwert, wenn Spitäler und Kantone keine klare Unterscheidung zwischen Akutspitälern bzw. Akutspitalabteilungen und den übrigen Versorgungskategorien (Psychiatrie, Rehabilitation, Palliativbehandlung und Pflegeheim) vornehmen.

2.1.4 Hospitalisierung (Spitalaufenthalt)

Regel

Gemäss der Definition des BfS versteht man unter dem Begriff "Hospitalisierung" bzw. "Spitalaufenthalt" den Aufenthalt eines Patienten zum Zweck der Behandlung, Untersuchung, Überwachung und/oder Pflege.

Der Aufenthalt beginnt mit der Aufnahme des Patienten (notfallmässig oder geplant) und endet:

- mit dem Austritt nach mehr als 24 Stunden oder,
- unabhängig von der Aufenthaltsdauer, mit einer Verlegung in ein anderes Spital oder mit dem Tod.

Der Aufenthalt endet auch dann, wenn der Patient keine Überwachung oder Pflege in einer Spitalinfrastruktur mehr benötigt, was vor allem dann der Fall ist, wenn ein Austrittsentscheid gefällt wurde und der Patient nur noch auf eine Verlegung in ein Pflegeheim oder auf die Betreuung durch einen Spitem-Dienst wartet.

Vorgesehene Änderungen

Im Artikel 3 der VKL⁹ wird der Begriff "Hospitalisierung" neu definiert. Neu gelten "als stationäre Behandlungen 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."

Da diese gesetzliche Bestimmung in der ganzen Schweiz für die Tarifierung zumindest auf absehbare Zeit noch nicht angewendet wird, werden wir sie im folgenden auch nicht weiterverfolgen.

Gesetzliche Bestimmungen

KVG Artikel 49 - 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.

KVG Artikel 50 Tarifverträge mit Pflegeheimen:

⁹ Verordnung vom 3. Juli 2002 über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung (RS 832.104). Die durch diese Verordnung eingeführte Modifikation liegt darin, dass neu eine Behandlung als stationär angesehen wird, sobald ein Bett während einer Nacht benutzt wird, selbst wenn die Aufenthaltsdauer weniger als 24 Stunden beträgt.

Platz für eigene Notizen

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.

2.2 Nicht mit APDRG-Fallpauschalen abrechenbare Hospitalisierungen

2.2.1 Psychiatriefälle und Fälle von Alkohol- und Drogenmissbrauch

Regel

Patienten, die in Akutspitälern behandelt werden und in eine Fallgruppe der MDC (Major Diagnostic Category) 19 (Krankheiten und Störungen der Psyche) und 20 (alkohol-/drogeninduzierte psychische Störungen) gruppiert worden sind, werden ebenfalls mit APDRG-Fallpauschalen vergütet.

Kommentar

Statistischen Analysen haben gezeigt, dass akutstationäre Patienten, die in APDRG-Fallgruppen der MDC 19 und 20 gruppiert wurden, eine gute Kostenhomogenität aufweisen. Deshalb wurde entschieden, sie mit APDRG-Fallpauschalen zu vergüten und nicht mit einem eigenen Psychiatrietarif.

2.2.2 Rehabilitation

Regel

Die Leistungen der Rehabilitationskliniken oder -abteilungen werden nicht mit APDRG-Fallpauschalen vergütet. Ein Akutspital kann die APDRG 462 (Rehabilitation) während des gleichen Aufenthaltes nicht kumulativ mit einer andern APDRG-Fallgruppen verrechnen. Hingegen können für spezielle Programme mit den Versicherern separate Tarifvereinbarungen abgeschlossen werden. Das Spital nimmt in diesem Fall einen administrativen Austritt vor und rechnet den Rest des Aufenthalts gemäss Vereinbarung ab.

Kommentar

Wie im Kapitel 2.1.3 (S. 3) über den Anwendungsbereich von APDRG-Fallpauschalen empfohlen, soll die Rehabilitationsphase klar von der Akutphase getrennt werden.

2.2.3 Palliativbehandlung

Regel

In Kliniken oder spezialisierten Abteilungen für Palliativbehandlungen können APDRG-Fallpauschalen nicht angewendet werden.

Hingegen können für spezielle Programme mit den Versicherern separate Tarifvereinbarungen abgeschlossen werden. Das Spital nimmt in diesem Fall einen administrativen Austritt vor und rechnet den Rest des Aufenthalts gemäss Vereinbarung ab.

Platz für eigene Notizen

Kommentar

In Akutspitälern und –abteilungen, die keine Unterscheidung zwischen der Therapiephase und der palliativen Phase vornehmen, ist nur eine einzige APDRG-Fallpauschale verrechenbar (diejenige, in die der Fall unter Berücksichtigung aller Diagnosen- und Eingriffscodes gemäss Patientendossier gruppiert wurde).

2.2.4 Pflegefälle und Wartepatienten

Regel

Pflegefälle in einem Akutspital

Spitalabteilungen, die Pflegefälle beherbergen, sind klar von den Akutabteilungen zu trennen. Zudem müssen diese Abteilungen auch von der kantonalen Planung anerkannt werden¹⁰.

Wartetage in einem Akutspital oder einer Akutabteilung

Muss ein Patient nach Abschluss der Behandlung in einem Akutspital oder einer Akutabteilung auf eine Verlegung in ein Pflegeheim oder auf die Betreuung durch einen Spitex-Dienst warten, nimmt das Spital einen administrativen Austritt und einen Eintritt als Wartepatient vor.

In diesen Fällen kommen die Tarifvereinbarungen für die betreffende Behandlungsart zur Anwendung.

Kommentar

Eine Verlängerung der Hospitalisierungsdauer aufgrund von Wartetagen darf für die Berechnung von Ausreisser-Kostengewichten keine Rolle spielen. Diesbezüglich ist ein Kontrollverfahren einzurichten, damit die Versicherer die Gewähr haben, dass diese Regel eingehalten wird (siehe Kapitel 6.3 "Künstliche Ausreisser und Ausreissertage", auf der Seite 22).

2.3 Spezielle APDRG-Abrechnungsregeln

In diesem Kapitel werden verschiedene Sonderfälle mit den dazugehörigen Regeln behandelt. Es handelt sich vor allem um:

- Änderungen des Hospitalisierungsgrundes während eines Spitalaufenthalts
- Rehospitalisierungen
- Aufenthalte über zwei Rechnungsperioden
- teilstationäre Behandlungen unmittelbar vor einer Hospitalisierung (im betreffenden oder in einem anderen Spital)
- Verlegungen nach mehr als 24 Stunden in ein anderes Spital
- Notfälle
- gesunde Neugeborene
- neu zu gruppierende APDRG-Fallgruppen
- Swiss Payment Groups (SPG-Fallgruppen)

¹⁰ Vgl. hierzu den Artikel 39 KVG (Spitäler und andere Einrichtungen).

Platz für eigene Notizen

2.3.1 Änderung des Hospitalisierungsgrundes während eines Spitalaufenthaltes

Regel

Unabhängig von der Art der Änderung des Hospitalisierungsgrundes stellt das Spital lediglich eine Rechnung mit nur einer APDRG-Fallpauschale aus¹¹.

Die in Rechnung zu stellende APDRG-Fallpauschale wird wie für einen normalen Aufenthalt nach den Kodierungsregeln der WHO und des Bundesamtes für Statistik¹² ermittelt (Fragen bezüglich einer allfälligen Inkompatibilität zwischen den Kodierrichtlinien und den Gruppierungsregeln des APDRG-Groupers werden im Kapitel 2.3.9, Seite 10f behandelt).

2.3.2 Rehospitalisierungen (Wiedereintritte)

Regel

Jede Rehospitalisierung, die mehr als 24 Stunden nach Austritt erfolgt, wird als neuer Fall betrachtet.¹³ Dies gilt unabhängig von der Zeitspanne zwischen Austritt und Rehospitalisierung und unabhängig davon, ob die Rehospitalisierung im selben Spital oder in einem anderen Spital erfolgt.

Aufenthalte, die auf geplante Urlaube folgen, werden hingegen nicht als Rehospitalisierungen betrachtet. In diesem Fall handelt es sich um einen einzigen Spitalaufenthalt, der von einem oder mehreren Urlaubstagen unterbrochen wurde.

Es wird empfohlen, die Rehospitalisierungsrate zu überwachen und in den Tarifverträgen entsprechende Kontroll- und Sanktionsmechanismen festzulegen, um Missbräuchen entgegen wirken zu können (siehe Kapitel 6.4, Seite 22f).

Kommentar

Streng genommen müsste eine Rehospitalisierung mit dem Erstaufenthalt und nur mit einer APDRG-Fallpauschale verrechnet werden. Eine solche Regel würde jedoch in der Praxis grosse administrative Komplikationen verursachen, wie z.B. "Eine wie lange Zeitspanne soll festgelegt werden?", "Wie ist eine Rehospitalisierung in ein anderes Spital zu regeln?" usw. usf.

APDRG Schweiz ist sich bewusst, dass die erwähnte Regel problematisch ist. Um Missbräuche zu verhindern wird aus diesem Grund empfohlen, die Rehospitalisierungsrate zu überwachen.

¹¹ Nur eine Rechnung wird ebenfalls gestellt, falls zuerst geplant war, dass die Unfallversicherung die Vergütung des Falls übernimmt und es schliesslich die Militärversicherung ist (oder umgekehrt).

¹² Siehe StatSanté 2/2001, Seite 7 (http://www.statistik.admin.ch/stat_ch/ber14/dber14.htm, Rubrik "StatSanté")

¹³ Falls die Rückkehr in das gleiche Akutspital weniger als 24 Stunden nach dem Austritt erfolgt, wird der Austritt annulliert und der vorhergegangene Aufenthalt wird verlängert.

Platz für eigene Notizen

2.3.3 Aufenthalte über zwei Rechnungsperioden

Regel

Die Fakturierung der APDRG-Fallpauschalen erfolgt erst nach dem Austritt des Patienten und bezieht sich daher nur auf diejenigen Fälle, die während der Rechnungsperiode zum zu diesem Zeitpunkt gültigen Tarif austreten. Jede Form von Zwischenrechnung ist ausgeschlossen (es gibt nur eine APDRG-Rechnung pro Spitalaufenthalt).

Kommentar

Die Rechnungsstellung mit APDRG-Fallpauschalen erfolgt am Tag des Austritts. Es ist daher nicht mehr möglich, alle Fälle eines Jahres auf den 31. Dezember abzuschliessen, wie dies bei einer Vergütung mit Tagestaxen möglich war.¹⁴

2.3.4 Teilstationäre Behandlung unmittelbar vor einer Hospitalisierung

Regel

Eine teilstationäre Behandlung, auf die unmittelbar eine Hospitalisierung erfolgt, ist nicht verrechenbar. Die teilstationäre Behandlung wird aber bei der Gruppierung des stationären Falles berücksichtigt.

Kommentar

Diese Regel entspricht der bereits heute üblichen Fakturierungspraxis.

2.3.5 Teilstationäre Behandlungen in einem andern Spital während einer Hospitalisierung

Regel

Für einen Patienten, der nicht in einem somatischen Akutspital hospitalisiert ist

Die teilstationäre Behandlung kann in Rechnung gestellt werden, wenn der Patient sich in einem spezialisierten Spital (Psychiatrie-, Suchtmittel-, Rehabilitationsklinik, Klinik für Palliativbehandlung oder Pflegeheim) oder in einer entsprechenden spezialisierten Abteilung eines Akutspitals aufhält. In diesen Fällen wird empfohlen, dass das Spital, das den Patienten stationär aufgenommen hat, für den teilstationären Aufenthaltstag einen Urlaubtag in Abzug bringt.

Für einen Patienten, der in einem somatischen Akutspital hospitalisiert ist

Hält sich der Patient in einem somatischen Akutspital oder in einer Akutabteilung eines Spitals auf, so verrechnet der teilstationär behandelnde Leistungserbringer dem Spital seine Leistungen auf Basis der für ihn geltenden Tarife. Das Spital integriert die ihm in Rechnung gestellte teilstationäre Behandlung in sein stationäres Patientendossier. Es handelt sich hier um eine an einen Dritten delegierte Behandlung.

¹⁴ Man kann natürlich für Fälle, die über den 31. Dezember im Spital verbleiben, in der internen Buchhaltung auch eine provisorische Bewertung vornehmen.

Platz für eigene Notizen

Kommentar

Gewisse Behandlungen können nur von einem dafür geeigneten Leistungserbringer durchgeführt werden, ohne dass jedoch unbedingt eine Verlegung angebracht wäre (Implementierung eines Herzschrittmachers nach einem Herzinfarkt, zum Beispiel).

In der Tat ist es manchmal weit weniger teuer und auch sinnvoller, den Patienten während einer Hospitalisierung zur Behandlung in ein anderes Spital zu senden. In diesem Fall ist es angebracht, dass das hospitalisierende Spital den Leistungserbringer gemäss geltendem Tarif entschädigt und den entsprechenden Eingriffskode bei der Gruppierung seines stationären Falles berücksichtigt¹⁵.

2.3.6 Verlegung in ein anderes Spital ab dem zweiten Tag

Regel

Beide Spitäler verrechnen diejenige APDRG-Fallpauschale, die der jeweiligen Behandlung entspricht; es werden demzufolge zwei Rechnungen gestellt und zwei APDRG-Fallgruppen gebildet.

Es wird empfohlen, in den Tarifverträgen Modalitäten vorzusehen, um Missbräuche zu verhindern (siehe Kapitel 6.4 "Rehospitalisierungen und Verlegungen", Seite 22f).

In speziellen Fällen, zum Beispiel bei Spitälern, die in einer Spitalgruppe zusammengeschlossen sind, können andere Modalitäten vereinbart werden. Es wird empfohlen, diese in den Tarifverträgen festzuhalten.

Kommentar

Möglich wäre theoretisch auch die Lösung, dass nur ein Spital den Fall in Rechnung stellt und dann mit dem anderen beteiligten Spital eine Verrechnung vornimmt.

In der Realität ist eine solche Lösung leider nur mit beträchtlichem administrativem Aufwand zu realisieren. Der Umstand, dass noch nicht alle Schweizer Spitäler mit APDRG-Fallpauschalen abrechnen, kompliziert die Sache zusätzlich.

2.3.7 Notfälle

Regel

Die notfallmässige Aufnahme eines Patienten hat keinen Einfluss auf die Gruppierung eines Falls in eine bestimmte APDRG-Fallgruppe.

Kommentar

Der Projektausschuss stellte sich die Frage, ob Notfallaufnahmen anders gewichtet werden sollten als geplante Spitaleintritte.

Eine Analyse einzelner APDRG-Fallgruppen hat gezeigt, dass das APDRG-Fallklassifikationssystem über die differenzierte ICD-10/CHOP-Nomenklatur die Art der Aufnahme (entweder als Notfall oder als geplanter Eintritt) bereits genügend berücksichtigt (z.B. wird ein Infarktpatient immer notfallmässig aufgenommen). Aus diesem Grund hat der

¹⁵ Es sei in Erinnerung gerufen, dass diese Regel nicht den Richtlinien des BfS bezüglich Erfassung der Eingriffe in der medizinischen Statistik entspricht.

Platz für eigene Notizen

Projektausschuss es nicht als zweckmässig erachtet, für die DRG-Fallgruppen, in die sowohl Notfälle als auch geplante Eintritte gruppiert werden, Sonderfälle vorzusehen.

2.3.8 Gesunde Neugeborene

Regel

Spitelaufenthalte von Neugeborenen werden, wie alle übrigen Hospitalisierungen auch, in APDRG-Fallgruppen gruppiert.

Die APDRG 620 (Neugeborenes, Geburtsgewicht 2000-2499 g, ohne bedeutenden Eingriff, mit normaler Neugeborenen-Diagnose) und 629 (Neugeborenes, Geburtsgewicht >2499 g, ohne bedeutenden Eingriff, mit normaler Neugeborenen-Diagnose) entsprechen den gesunden Neugeborenen und gehen zu Lasten des Versicherers der Mutter.¹⁶

Die übrigen APDRG-Fallgruppen der MDC 15 (Neonatologie) werden als separater Fall dem Versicherer des Neugeborenen verrechnet.

Kommenatar

Die obige Regel ergibt sich aus den Bestimmungen des KVG, gemäss denen Spitalaufenthalte von Neugeborenen nicht der Versicherung des Neugeborenen, sondern der Versicherung der Mutter verrechnet werden müssen.

Bei der Geburt eines gesunden Neugeborenen (Gruppierung in die APDRG-Fallpauschalen 620 oder 629) wird die Versicherung der Mutter also zwei Rechnungen erhalten: eine für die Geburt und die andere für das Neugeborene.

Wird dagegen das Neugeborene als krank eingestuft (d.h. in eine andere APDRG-Fallgruppe als 620 oder 629 gruppiert), wird die Rechnung an die Versicherung des Neugeborenen geschickt.

Jedes Neugeborene wird also (ob krank oder gesund) als separater administrativer Fall betrachtet.

2.3.9 Neu zu gruppierende APDRG-Fallgruppen

Regel

Die APDRG-Fallgruppen 468 (Ausgedehnter Eingriff [Operationsraum], nicht in Verbindung mit primärer Diagnose), 469 (Hauptdiagnose ist als Entlassungsdiagnose ungültig), 470 (Nicht gruppierbare [d.h. ungültige] Diagnose), 476 (Eingriff an der Prostata [Operationsraum], nicht in Verbindung mit Hauptdiagnose) und 477 (Nicht ausgedehnter Eingriff [Operationsraum], nicht in Verbindung mit Hauptdiagnose) können nicht in Rechnung gestellt werden.

Sie müssen vor der Rechnungsstellung in eine andere als die oben erwähnten APDRG-Fallgruppen gruppiert werden. Wenn die Gruppierung in eine nicht abrechenbare

¹⁶ Es handelt sich hier um Neugeborene, die aus Sicht der Spitalverwaltung als gesund angesehen werden. Ein Neugeborenes kann selbst dann in die APDRG-Fallgruppen 620 oder 629 gruppiert werden, wenn es Befindlichkeitsstörungen aufweist, welche die Ärzte (oder zumindest ein Teil der Ärzte) dazu bringen, das Neugeborene nicht mehr für vollständig gesund anzusehen (die Grenze zwischen "gesund" und "pathologisch" hängt oft auch vom Betrachter ab). In jedem Fall ist für den Kostenträger nur die Gruppierung in die APDRG-Fallgruppen 620 und 629 relevant, um zu bestimmen, ob ein Neugeborenes gesund ist oder nicht.

Platz für eigene Notizen

Fallgruppe auf einen fehlerhaften Code zurückzuführen ist, muss dieser überprüft und korrigiert werden. Ist eine Kodierung richtig und eine Gruppierung in eine abrechenbare Fallgruppe trotzdem nicht möglich, bestimmt das Spital unter Anwendung der üblichen Gruppierungsverfahren und gemäss den Regeln des "Definitions Manual"¹⁷ die APDRG-Fallgruppe, die dem Spitalaufenthalt entspricht. In diesem Fall wird auf der Rechnung vermerkt, dass die in Rechnung gestellte APDRG-Fallgruppe nicht durch den Grouper ermittelt wurde, sondern vom Spital manuell ermittelt wurde (manuell gruppierte DRG-Fallgruppe). Das Spital hat die Verpflichtung jeden manuell gruppierten Fall zu dokumentieren, um den Versicherern diesbezüglich gegebenenfalls Rechenschaft ablegen zu können.

Kommentar

Die oben beschriebene Regel für manuell gruppierte APDRG-Fallpauschalen gilt ausschliesslich für die APDRG-Fallpauschalen 468, 469, 470, 476 und 477.

Die Fälle, bei denen die APDRG-Fallgruppe manuell vergeben werden muss, sind selten. Der Projektausschuss hat die obige Regel daher nur herausgegeben, damit alle Fälle klar fakturiert werden können.

Der Projektausschuss ist überzeugt, dass diese Lösung zu einer Verbesserung der Kodierqualität in den Spitälern führen wird. Ferner wird sie es auch erlauben, mögliche Verbesserungen für den Grouper zu identifizieren um die Anzahl der Fälle, die trotz korrekter Kodierung in eine nicht abrechenbaren APDRG-Fallpauschale gruppiert werden, zu reduzieren.

2.3.10 Swiss Payment Groups (SPG-Fallgruppen)

Um einigen Eigenheiten der Spitalvergütung in der Schweiz Rechnung zu tragen, wurden spezielle Fallgruppen entwickelt, die als "Swiss Payment Groups" (SPG-Fallgruppen) bezeichnet werden. Sie betreffen Spitalaufenthalte, bei denen

- der Patient weniger als 24 Stunden nach seiner Aufnahme starb,
- der Patient weniger als 24 Stunden nach seiner Aufnahme in ein anderes Spital überwiesen wurde,
- ein automatischer Herzschrittmacher implantiert wurde,
- eine Knochenmarktransplantation durchgeführt wurde,
- das Neugeborene weniger als 24 Stunden nach der Geburt starb.

Die Gruppierung in eine SPG-Fallgruppe wird nicht durch den APDRG-Grouper vorgenommen, sondern durch ein zusätzliches Programm, das zur Verfügung der Mitglieder der Gruppe APDRG Schweiz gratis steht (für weitere Informationen senden Sie bitte eine Meldung an folgende Adresse: apdr-g-ch@hospvd.ch).

¹⁷ Das "Definitions Manual" für APDRG-Fallgruppen" ist ein in Englisch geschriebenes 1408 seitiges Dokument, in welchem alle APDRG-Fallpauschalen detailliert beschrieben werden (siehe www.hospvd.ch/ise/apdr-g). Ein vertieftes Studium dieses Dokuments erlaubt es, die Regeln zu verstehen, gemäss denen die Fälle auf der Basis der Diagnose- und Eingriffskodes gruppiert werden. Die Gruppierung eines Falls in eine nicht abrechenbare APDRG-Fallgruppe trotz richtiger Kodierung kann insbesondere vorkommen, wenn keine der MDCs der kodierten Eingriffe identisch ist mit der MDC des Hauptdiagnosekodes. In diesem Fall erlaubt es eine gute Kenntnis des "Definitions Manual" den Fall in diejenige abrechenbare APDRG-Fallgruppe zu gruppieren die den Diagnosen und Eingriffen, welche im Patientendossiers angegeben sind, am besten entspricht.

Platz für eigene Notizen

Wie im Kapitel 2.1.1 (Seite 2) schon erwähnt, werden für die Gruppierung in SPG-Fallgruppen Daten benötigt, die in der medizinischen Statistik der Spitäler nicht routinemässig vorhanden sind.

2.3.10.1 Todesfall am Eintrittstag und am Folgetag (SPG-Fallgruppe 900)

Regel

Ein Todesfall innerhalb von 24 Stunden nach der Aufnahme gilt als stationärer Fall. Er wird jedoch mit einer speziellen SPG-Fallgruppe, der SPG 900 (Todesfall am Eintrittstag) abgerechnet. Davon ausgenommen sind Fälle der MDC 15 (Neonatologie).

Kommentar

Falls die Eintritts- und Austrittszeiten für einen Fall nicht erfasst wurden, kann die obige Regel nicht 1 zu 1 angewendet werden. Falls die Aufenthaltsdauer nicht in Stunden angegeben werden kann, werden die Todesfälle am Eintrittstag und am Folgetag in die SPG-Fallgruppe 900 gruppiert.

2.3.10.2 Verlegung am Eintrittstag in ein anderes Spital (SPG-Fallgruppe 901)

Regel

Für die Verlegung eines Patienten in ein anderes Spital am Eintrittstag (Aufenthalt im Erstsipital kürzer als 24 Stunden) kommt eine besondere SPG-Fallgruppe zur Anwendung, die SPG 901 (Verlegung am Eintrittstag in ein anderes Spital). Ausnahmen bilden die Fälle mit MDC 15 (Neonatologie).

Kommentar

Falls die Eintritts- und Austrittszeiten für einen Fall nicht erfasst wurden, kann die obige Regel nicht 1 zu 1 angewendet werden. Falls die Aufenthaltsdauer nicht in Stunden angegeben werden kann, werden die Todesfälle am Eintrittstag und am Folgetag in die SPG-Fallgruppe 901 gruppiert.

2.3.10.3 Implantation eines automatischen Herzdefibrillators (SPG-Fallgruppen 902 und 903)

Regel

Ein stationärer Fall, bei dem ein Herzdefibrillator implantiert wurde, wird in die SPG-Fallgruppen 902 (Implantation eines automatischen Herzdefibrillators) oder 903 (Implantation eines automatischen Herzdefibrillators mit grossen Komplikationen und Komorbiditäten) gruppiert.

Ein stationärer Fall wird unter den folgenden zwei Bedingungen in die SPG-Fallgruppe 902 gruppiert:

- Er wurde zuerst nicht in die APDRG-Fallgruppe 545 gruppiert.
- Seine Kodierung beinhaltet
 - entweder den CHOP-Kode 37.94
 - oder eine Kombination der CHOP-Kode 37.95 & 37.96
 - oder eine Kombination der CHOP-Kode 37.97 & 37.98
 - oder den CHOP-Kode 00.51
 - oder eine Kombination der CHOP-Kode 37.95 & 00.54

Platz für eigene Notizen

- oder eine Kombination der CHOP-Kode 37.97 & 00.54

Ein Fall wird unter den folgenden zwei Bedingungen in die SPG-Fallgruppe 903 gruppiert:

- Er wurde vom APDRG-Grouper ursprünglich in die APDRG-Fallgruppe 545 gruppiert.
- Seine Kodierung beinhaltet
 - entweder den CHOP-Kode 37.94
 - oder eine Kombination der CHOP-Kode 37.95 & 37.96
 - oder eine Kombination der CHOP-Kode 37.97 & 37.98
 - oder den CHOP-Kode 00.51
 - oder eine Kombination der CHOP-Kode 37.95 & 00.54
 - oder eine Kombination der CHOP-Kode 37.97 & 00.54¹⁸.

Kommentar

Unabhängig davon, ob die Implantation eines Herzschrittmachers oder eines automatischen Herzdefibrillators vorliegt, gruppiert der APDRG-Grouper beide Fälle in die gleiche APDRG-Fallgruppe. Da die Kosten dieser beiden Implantationen sich aber deutlich unterscheiden, hat APDRG-Schweiz beschlossen, zwei SPG-Fallgruppen zu schaffen.

2.3.10.4 Allogene Knochenmarktransplantation [genetisch nicht identischer Spender] (SPG-Fallgruppe 904)

Regel

Wenn ein Fall durch den APDRG-Grouper in die APDRG-Fallgruppe 803 gruppiert wird, wird er in die SPG-Fallgruppe 904 umgruppiert, falls der Spender genetisch nicht identisch ist.

Kommentar

Die obige Regel folgt aus dem Transplantationsvertrag, der zwischen den Universitäts- und Zentrumsspitalern und dem Schweizerischen Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer (SVK) geschlossen wurde.

2.3.10.5 Autologe Knochenmarktransplantation (SPG-Fallgruppen 905 et 906)

Regel

Ein Fall wird unter zwei Bedingungen in die SPG-Fallgruppe 905 gruppiert:

- Er wurde vom Grouper ursprünglich nicht in die APDRG-Fallgruppe 804 gruppiert.
- Seine Kodierung beinhaltet
 - entweder den CHOP-Kode 41.91
 - oder den CHOP-Kode 99.72.

Ein Fall wird unter zwei Bedingungen in die SPG-Fallgruppe 906 gruppiert:

- Er wurde vom Grouper ursprünglich in die APDRG-Fallgruppe 804 gruppiert.
- Seine Kodierung beinhaltet

¹⁸ Die Codes 37.94, 37.95, 37.96 und 37.97 finden sich in den Versionen 5 des CHOP. Die Codes 00.51 und 00.54 finden sich lediglich in der Version 6 des CHOP.

Platz für eigene Notizen

- weder den CHOP-Kode 41.91
- noch den CHOP-Kode 99.72.

Kommentar

Die obige Regel folgt aus dem Transplantationsvertrag, der zwischen den Universitäts- und Zentrumsspitalern und dem Schweizerischen Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer (SVK) geschlossen wurde.

2.3.10.6 Todesfall eines Neugeborenen weniger als 24 Stunden nach der Geburt (SPG-Fallgruppe 907)

Die Fakturierung von Spitalaufenthalten von Neugeborenen, die weniger als 24 Stunden nach ihrer Geburt gestorben sind, ist sehr problematisch, da sie für die Eltern sehr schockierend sein kann. Zudem sind die erbrachten Leistungen minim.

Regel

Falls keine Verlegung in eine Intensivstation vorgenommen wurde, wird ein Neugeborenes, das weniger als 24 Stunden nach seiner Geburt starb, in die SPG-Fallgruppe 907 gruppiert. Es wird keine Rechnung gestellt.

Kommentar

Falls die Eintritts- und Austrittszeiten für einen Fall nicht erfasst wurden, kann die obige Regel nicht 1 zu 1 angewendet werden. Falls die Aufenthaltsdauer nicht in Stunden angegeben werden kann, werden die Todesfälle am Eintrittstag und am Folgetag in die SPG-Fallgruppe 901 gruppiert.

Das Kostengewicht der SPG-Fallgruppe 907 beträgt 0.000. In der Betriebsbuchhaltung werden in die SPG-Fallgruppe 907 gruppierte Spitalaufenthalte mit null Franken bewertet und die entsprechenden Kosten werden auf die übrigen Fälle des Spitals verteilt.

Platz für eigene Notizen

3 Kostenrechnung

3.1 Allgemeines

Grundsätzlich kann man sagen, dass eine Kostenrechnung unabdingbar ist für die erfolgreiche betriebswirtschaftliche Führung eines Spitals. Es gibt verschiedene Formen von Kostenrechnungen, die sich vor allem durch ihren unterschiedlichen Differenzierungsgrad unterscheiden. So ist zum Beispiel eine Kostenträgerrechnung differenzierter als eine Kostenstellenrechnung.

Dabei ist es wichtig, dass die Kostenstellen einheitlich definiert sind und Bewertungen in jeder Kostenstelle gleich vorgenommen werden. Es wird von folgender Hierarchie ausgegangen:

- Somatisches Akutspital
- MDC
- APDRG-Fallgruppe
- Spitalaufenthalt (gemäss Definition in Kapitel 2)

Für eine medizinisch ausgerichtete, auf APDRG-Vergütung basierende Betriebsführung ist allerdings eher die Kostenträgerrechnung angezeigt. Der höhere Differenzierungsgrad erlaubt es, die Fallkosten zu ermitteln, wodurch auch ein besseres Benchmarking zwischen den Fallkosten in einem Spital und den entsprechenden Werten auf kantonaler oder nationaler Ebene möglich wird.

Die Kostenträgerrechnung ist allerdings bei der Einführung eines APDRG-Vergütungssystems nicht absolut unabdingbar, da die Kostenstellenrechnung bereits interessante Vergleichsmöglichkeiten bietet. Generell können je nach Anforderungsprofil an die Kostenrechnung zwei Arten von Spitaler unterschieden werden: Spitäler, deren Leistungen mit APDRG-Fallpauschalen vergütet werden, und Spitäler, die Daten für die Berechnung der APDRG-Kostengewichte¹⁹ generieren (das eine schliesst das andere natürlich nicht aus). Letztere werden auch "Referenzspitäler" genannt.

Referenzspitäler müssen in der Lage sein, die Kostenaufteilung pro behandeltem Fall (auch Fallkosten genannt) zu bestimmen, was nur möglich ist, wenn sie über eine Kostenträgerrechnung verfügen.

Das vorliegende Kapitel stellt die von uns empfohlene Kostenrechnungsmethode vor und geht auch auf die Frage der gemäss KVG anrechenbaren Kosten ein.

3.2 Vorgehen für die Erstellung einer Kostenrechnung

Wir empfehlen für die Einteilung der Kostenstellen das gleiche Verfahren wie H+ Die Spitäler der Schweiz in ihrer 1992 vorgeschlagenen Kostenrechnung. Die Definition der Hauptkostenstellen, auf die alle Kosten letztlich umgelegt werden müssen, sollte gemäss den Vorschriften des KVG vorgenommen werden.

Bei der Definition der Hauptkostenstellen gilt es, das Problem zu berücksichtigen, dass nur diejenigen Kosten berücksichtigt werden dürfen, die auch wirklich zur Produktion der von den Kostenträgern vergüteten Leistungen beitragen. Diese Problematik sei am Beispiel der von den

¹⁹ Das Kostengewicht (auch Relativgewicht genannt) einer bestimmten DRG-Fallgruppe wird berechnet als Verhältnis zwischen den durchschnittlichen Kosten der in diese Fallgruppe gruppierten Fälle und den durchschnittlichen Kosten aller somatisch-akutstationär behandelten Fälle in der Schweiz.

Platz für eigene Notizen

Krankenversicherern im Rahmen der Grundversicherung übernommenen stationären Leistungen illustriert. Auf die sich hierauf beziehenden Hauptkostenstellen dürfen natürlich keine gemäss KVG nicht anrechenbaren Kosten umgelegt werden. Diese nicht anrechenbaren Kosten sind z.B. die Kosten für Lehre, Ausbildung, Forschung, aber auch Kosten für nicht durch die Grundversicherung gedeckte Leistungen, die direkt dem Patienten oder einer Zusatzversicherung in Rechnung gestellt werden, oder auch politisch oder sozial motivierte Leistungen, die nicht Teil des Leistungskatalogs der Grundversicherung sind.

Ebenso muss ganz klar zwischen stationären, teilstationären und ambulanten Leistungen unterschieden werden, die alle von der gleichen Kostenstelle (mit)produziert werden können. In der Tat kommt es relativ häufig vor, dass die Spitalteams so organisiert sind, dass sie ganz unterschiedliche Leistungen erbringen, ohne dass die Kostenstellen es erlauben würden, diese voneinander zu unterscheiden.

Der nächste Schritt besteht darin, die Kosten nicht nur auf eine Kostenstelle, wie zum Beispiel stationäre und teilstationäre Behandlungen, umzulegen, sondern auf den einzelnen Patienten bzw. Fall. Hierfür ist es nötig, eine Statistik über die Leistungen pro Patient bzw. Fall zu führen, soweit diese Leistungen dem einzelnen Patienten bzw. Fall direkt zugeordnet werden können. Bei diesen direkt zuordenbaren Leistungen handelt es sich um die medizinischen Leistungen, die medizinisch-technischen Pflegeleistungen sowie gewisse administrative (Rechnungsstellung) und Hotellerieleistungen (Mahlzeiten, Bettwäsche usw.)

Die Kostenträgerrechnung erlaubt es, jedem Spitalaufenthalt die gesamten von ihm verursachten Kosten zuzuschreiben und so die durchschnittlichen Kosten einer bestimmten APDRG-Fallgruppe zu bestimmen.

3.3 Anrechenbare und nicht anrechenbare Kosten

Der Begriff "nicht anrechenbare Kosten" bezieht sich zum einen auf die Bestimmungen des KVG und zum anderen auf die hieraus abgeleitete Definition der Hauptkostenstellen und *in fine* der Fallkosten. Probleme bei der eindeutigen Umlage der Kosten auf die einzelnen Hauptkostenstellen stellen sich vor allem bei den Kosten für Ausbildung und Forschung sowie bei den Kosten für medizinisch nicht begründete Leistungen an Patienten und für öffentliche Gesundheitsleistungen, also bei Leistungen, die den Versicherern im Rahmen der obligatorischen Grundversicherung nicht in Rechnung gestellt werden können.

Der Projektausschuss gibt im Folgenden - ohne Anspruch auf Vollständigkeit - einige Angaben bezüglich dieser Frage. Er stützt sich hierbei auf die neuesten erstellten Studien (konkret die Studien im Rahmen des LORAS in Zürich, die Studien im Rahmen der Einführung des neuen Vergütungssystems für Spitalleistungen im Kanton Waadt und das Projekt zur Bundesverordnung über die Ermittlung der Kosten und die Erfassung der Leistungen durch die Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL)). Die Frage der Investitionen, die den Krankenversicherern gemäss KVG ebenfalls nicht in Rechnung gestellt werden können, wird ebenfalls untersucht.

3.3.1 Gegenüber dem Versicherer nicht anrechenbare Kosten, die Gegenstand einer Kostenstelle sind

3.3.1.1 Aus- und Weiterbildung von Ärzten und anderen Akademikern (Apotheker, Biologen...)

- Strukturierte Lehre (Vor- und Nachdiplom), Praktika (Vordiplom) und allgemeine akademische Aktivitäten

Platz für eigene Notizen

- Aktive und passive Weiterbildung (z.B. FMH)
- Aktive Fortbildung

3.3.1.2 Nichtärztliche Angestellte

- Praktika
- Spezialisierende Ausbildung (aktiv und passiv)
- Aktive Weiterbildung

3.3.1.3 Forschung

- Forschung gemäss den Regeln des Schweizerischen Nationalfonds (SNF)
- Klinische Entwicklungen
- Klinische Versuche

3.3.1.4 Nichtpflichtleistungen

- Autopsien
- Komfortleistungen (Halbprivat/Privat)
- Zuschläge für freie Arztwahl

3.3.1.5 Notfall- und Bereitschaftskosten für denjenigen Kostenanteil, der nicht durch die erbrachten Leistungen gedeckt ist

3.3.2 Nicht anrechenbare Anlagenutzungskosten: Investitionen

Nicht anrechenbar sind:

- Anschaffungen und Gebäudeunterhalt, deren Wert 3000 Franken übersteigt, sowie Leasing, Mieten von Räumen und Apparaten
- Kapitalzinsen²⁰

²⁰ Bei den Zinsen werden die Kapitalzinsen, die nicht anrechenbar sind, und die Zinsen auf dem Umlaufvermögen, die anrechenbar sind, unterschieden. Im Prinzip gilt für die Zinsen auf dem Umlaufvermögen der Zinssatz für eidgenössische Obligationen mit einer Laufzeit von 40 Tagen.

Platz für eigene Notizen

4 Von APDRG Schweiz berechnete Parameter

Die jeder APDRG- und SPG-Fallgruppe zugeteilten Parameter werden auf der Basis einer periodisch aktualisierten nationalen Datenbank von Spitaldaten berechnet. Die Liste und die Berechnungsmethoden dieser Parameter²¹ finden sich im Dokument "Cost-weights, version 4.1", welches auf der Internetseite von APDRG Suisse (www.hospvd.ch/ise/apdrg) bezogen werden kann. Eine Tabelle, welche die Werte aller Kostengewichte, durchschnittlichen, standardisierten Aufenthaltsdauern sowie die oberen und die unteren Grenzverweildauern beinhaltet ist ebenfalls auf dieser Internetseite zu beziehen (als Exceldatei)²².

²¹ Es sei in Erinnerung gerufen, dass Urlaubstage während des Spitalaufenthalts sowie Wartetage auf eine Verlegung in ein Pflegeheim oder nach Hause nicht in die Berechnung der APDRG-Aufenthaltsdauer einfließen dürfen. Die Aufenthaltsdauer wird gemäss folgender Formel berechnet:
Austrittsdatum – Eintrittsdatum + 1.

²² Die Höhe der Kostengewichte wird regelmässig (im Prinzip jedes Jahr) angepasst in Abhängigkeit von der Aktualisierung der Daten in den Referenzspitälern (Kostenerhebung/-zuteilung, Aufenthaltsdauern). Deshalb hat jede Liste der Kostengewichte eine andere Versionsnummer.

Platz für eigene Notizen

5 Tarifierung und Fakturierung

5.1 Allgemeine Regeln

Die Fakturierungssysteme der Spitäler sind vermutlich so zahlreich und verschieden wie die Spitäler selbst. Gleichwohl müssen in einem APDRG-Fakturierungssystem alle Spitäler folgende Regeln berücksichtigen.

5.1.1. Für die Fakturierung benötigte Informationen

Die Rechnung beinhaltet und basiert auf folgenden Angaben:

- Nummer der APDRG- oder SPG-Fallgruppe
- APDRG- oder SPG-Kostengewicht
- Aufenthaltsdauer (in Tagen) (= Austrittsdatum – Eintrittsdatum + 1)
- Tarifwirksamer Basispreis
- Wohnort des Patienten (Wohnkanton oder Wohnort im Ausland)
- Kostenträger (Kranken-, Unfall-, Invaliden-, Militärversicherung, Selbstzahler, administrative Fälle, andere)
- Patientenstatus (Allgemein oder Privat)
- Vertragstyp mit dem Versicherer
- Behandlungsart (stationäre oder teilstationäre Behandlung, Ausreisser [Outliers])

5.1.2. Grundsätze

Es werden immer die gleichen Regeln angewendet unabhängig davon, was für eine Rechnungsform vorliegt und wer der Rechnungssteller ist. Hiervon gibt es nur zwei Ausnahmen: die Höhe des Basispreises sowie die Zusatzverrechnungen gegenüber Privatpatienten und die Verrechnung für persönliche Bedürfnisse des Patienten.

5.2 Relevanz der Verbindung zwischen Kodierung der Patientendossiers und Fakturierung

Das Bundesstatistikgesetz (BstatG) sowie die Empfehlungen des BfS verlangen, dass alle Eingriffe und Diagnosen präzise und umfassend erfasst werden. Im Zusammenhang mit einer APDRG-Vergütung wird eine richtige Kodierung äusserst wichtig.

Für Spitäler, die APDRG-Fallpauschalen in Rechnung stellen, hängt die Rechnungsstellung also direkt zusammen mit der Geschwindigkeit, mit der die Ärzte die notwendigen Informationen für die Kodierung zur Verfügung stellen, sowie mit dieser Kodierung selber.

Diese Aspekte müssen unbedingt berücksichtigt werden bei einer Implementierung einer APDRG-Fakturierung, welche deshalb zu grösseren Veränderungen in der Organisation des Spitals und der dort vorherrschenden Mentalität führen kann. Eine Zusammenarbeit zwischen den in der Verwaltung, der Medizin und der Pflege tätigen Personen wird wichtiger denn je.

Platz für eigene Notizen

5.3 Beispiel

Die Modalitäten der Rechnungsstellung variieren von Kanton zu Kanton und zum Teil sogar von Spital zu Spital beträchtlich. Zur Illustration sei hier daher auf ein Dokument verwiesen, welches im Kanton Waadt im Zusammenhang mit der Einführung von APDRG-Fallpauschalen verwendet wurde. Dieses Dokument kann auf der Internetseite von APDRG Schweiz (www.hospvd.ch/ise/apdrg) bezogen werden. Es beinhaltet unter anderem die informatiktechnischen Angaben, welche für die Softwarelieferanten notwendig sind, damit die Programme für die Patientenadministration und für die Fakturierung angepasst werden können.

Platz für eigene Notizen

6 Zertifizierung

6.1 Einleitung

In diesem Kapitel wird erläutert, in welchen Bereichen das mit APDRG-Fallpauschalen abrechnende Spital sich einer Überprüfung und/oder einer Zertifizierung unterziehen sollte, um unerwünschte Auswirkungen dieser Abrechnungsform zu vermeiden.

6.2 Die Kodierung der Eingriffe und Diagnosen

6.2.1. Einführung

Die Diagnose- und Eingriffscodes sind von entscheidender Bedeutung für die Gruppierung der einzelnen Patienten in die verschiedenen APDRG-Fallgruppen. Deshalb muss ein APDRG-Vergütungssystem immer mit einem System für die Kontrolle der Kodierqualität ergänzt werden. Dadurch kann sichergestellt werden, dass diese Diagnose- und Eingriffscodes effektiv den in den Patientendossiers erfassten Informationen entsprechen. Um ein solches Kontrollsystem zu realisieren, muss einerseits die Stelle bestimmt werden, die mit der Überprüfung der Kodierqualität beauftragt werden soll, und andererseits müssen die Mechanismen festgelegt werden, mit deren Hilfe die Validität der Codes überprüft werden kann.

Eine gute Kodierqualität ist dabei nicht nur für die adäquate Spitalfinanzierung wichtig, sondern auch für die epidemiologische Forschung und die längerfristige gesundheitspolitische Planung. Eine Überprüfung der Kodierqualität ist daher nicht nur aus abrechnungstechnischen, sondern ebenso aus wissenschaftlichen und politischen Gründen gerechtfertigt.

6.2.2. Empfehlungen

Die Tarifpartner (Leistungserbringer und Kostenträger) mandatieren neutrale und unabhängige Organisationen, die in regelmässigen Abständen die Kodierqualität der Spitäler überprüfen. Die Überprüfung der Kodierqualität sollte mit Hilfe von Zufallsstichproben aus jedem Spital vorgenommen werden. Die Analyse dieser Stichproben sollte gemäss einem schweizweit gültigen Raster vorgenommen werden, das zum Beispiel von der Schweizerischen Expertengruppe für medizinische Klassifikation (SEMK) erstellt werden könnte.

6.2.3. Beispiele

Die Kodierkontrollen, welche im Kanton Waadt seit einigen Jahren durchgeführt werden, sind ein Beispiel (unter anderen) für die Massnahmen, welche ergriffen werden müssen, um die der Gruppierung in APDRG-Fallgruppen dienenden Daten zu validieren. Die Resultate dieser Kontrollen werden in Berichten dargestellt, die auf folgender Internetseite bezogen werden können: <http://www.scris.vd.ch/main.asp?DomId=1504&DocId=1975>

Ein von FoQual veröffentlichter Bericht enthält Informationen über die Messung der Kodierqualität. Er trägt den Titel "Die Qualität der Gesundheitsversorgung in den Schweizer Spitälern: Analyse von sechs Indikatoren" und kann auf der Internetseite www.foqual.ch bezogen werden (dieser Bericht existiert auf deutsch und französisch).

Platz für eigene Notizen

6.3 Künstliche Ausreisser und Ausreissertage

6.3.1. Einführung

Die Abrechnung über APDRG-Fallpauschalen kann bei einigen Hospitalisierungen zu einer Reduzierung der Aufenthaltsdauer führen und gleichzeitig zu einer Erhöhung der Aufenthaltsdauer anderer Hospitalisierungen. Ein Spital kann seine Nettoeinnahmen erhöhen, wenn es die Aufenthaltsdauer von Patienten reduziert, bei denen die Aufenthaltsdauer in jedem Fall unterhalb der oberen Grenzverweildauer zu liegen käme. Genauso kann es auch seine Nettoeinnahmen erhöhen, wenn es die Aufenthaltsdauer gewisser Patienten künstlich streckt, bei denen die Aufenthaltsdauer bereits ohne die Streckung um die obere Grenzverweildauer oder sogar klar darüber zu liegen käme. So würde das Spital den zur Vergütung von Ausreisserfällen bestimmten Zusatzbetrag erhalten. Die Ausreisser, von denen hier die Rede ist, sind lediglich jene, deren Aufenthaltsdauer den oberen Grenzwert übersteigt (lange Ausreisser).

6.3.2. Empfehlungen

Jedes Spital sollte eine Statistik über den Anteil seiner Ausreisser an der gesamten Anzahl Fälle einer APDRG-Fallgruppe führen. So könnten alle beteiligten Parteien die diesbezügliche Entwicklung beobachten. Ferner sollten die Spitäler den Kostenträgern auch die Diagnose- und Eingriffscodes übermitteln (gemäss jeweiligem Vertrag mit den Vertrauensärzten), wobei der Datenschutz natürlich gewährleistet bleiben muss. Dabei sind auch die UVG-Bestimmungen zu berücksichtigen.

6.3.3. Beispiel

Unabhängige und neutrale Organe könnten überprüfen, ob künstlich Ausreisser bzw. Ausreissertage produziert wurden. Ein erhöhter Anteil von Ausreisserfällen könnte mit einer vergleichenden Analyse des prozentualen Anteils der Ausreisser an allen Fällen in einer APDRG-Fallgruppe festgestellt werden. Eine erhöhte Anzahl Ausreissertage könnte durch eine genaue Überprüfung von Ausreisserfällen mit Hilfe des so genannten Appropriateness Evaluation Protocol (EAP²³) festgestellt werden.

6.4 Rehospitalisierungen und Verlegungen

6.4.1. Einführung

Die Abrechnung mit APDRG-Fallpauschalen kann zu einer künstlichen Erhöhung der Anzahl Hospitalisierungsfälle führen. Dies ist dann der Fall, wenn Patienten vorübergehend nach Hause geschickt oder in ein anderes Spital verlegt werden, um sie wenig später erneut im Ausgangsspital aufzunehmen, ohne dass dieses Hin und Her medizinisch begründet wäre. Ein solches Verhalten würde es einem Spital erlauben, seine Einkünfte ungerechtfertigterweise zu erhöhen.

²³ Vgl. hierzu zum Beispiel die folgenden Artikel:

Gertman PM, Restuccia JD. The appropriateness evaluation protocol: a technique for assessing unnecessary days of hospital care. *Medical Care* 1981 Aug; 19(8):855-71.

Lang T, Liberati A, Tampieri A, Fellin G, Gonsalves Mda L, Lorenzo S, Pearson M, Beech R, Santos-Eggimann B. A European version of the Appropriateness Evaluation Protocol. Goals and presentation. The BIOMED I Group on Appropriateness of Hospital Use. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 1999 Winter; 15(1):185-97.

Platz für eigene Notizen

6.4.2. Empfehlungen

- Jedes Spital sollte über die Anzahl seiner innerhalb von 30 Tagen erfolgten Rehospitalisierungen eine Statistik führen, damit alle beteiligten Parteien diese Zahlen einsehen können.
- Das Bundesamt für Statistik sollte Daten bereitstellen (pro Kanton und bezogen auf die Einwohner jedes Kantons), die es erlauben, die Anzahl der in jedem Kanton innerhalb von 30 Tagen erfolgten Rehospitalisierungen zu identifizieren.
- Der Projektausschuss empfiehlt die Entwicklung eines gesamtschweizerischen Indikators, mit dessen Hilfe für jedes Spital der Prozentsatz der potenziell vermeidbaren Rehospitalisierungen gemessen werden kann (korrigiert um die Fallmischung).
- Neutrale und unabhängige Stellen könnten überprüfen, ob die Zahl der Rehospitalisierungen in einem Spital überhöht war. Zum einen kann dies mit einer statistischen Analyse der Rehospitalisierungsrate pro Spital erfolgen, zum anderen durch eine vor Ort Überprüfung der Patientenakten rehospitalisierter Patienten.

6.4.3. Beispiel

Das Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne (IUMSP) hat unter Verwendung von Daten aus dem Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) eine Analyse von ungefähr tausend Rehospitalisierungen vorgenommen.²⁴ Diese Studie hat es erlaubt, Referenzgrössen über die fallmischindexangepasste Rehospitalisierungsrate zu entwickeln. Diese Referenzgrössen werden gegenwärtig validiert.

Ferner enthält auch der von FoQual veröffentlichte Bericht interessante Informationen, insbesondere zu den Rehospitalisierungen. Er kann von der Internetseite www.foqual.ch heruntergeladen werden und ist sowohl in französischer wie in deutscher Sprache erhältlich.

²⁴ Vgl. auch folgenden Artikel: Halfon P, Egli Y, van Melle G, Chevalier J, Wasserfallen JB, Burnand B. Measuring potentially avoidable hospital readmissions, Journal of Clinical Epidemiology 2002 Jun; 55(6):573-87

Platz für eigene Notizen

7 Qualitätsprogramm

7.1 Einführung

Ein auf APDRG-Fallpauschalen basierendes Vergütungssystem kann – wie jedes andere auch – das Verhalten der Leistungserbringer beeinflussen. Um sicherzustellen, dass die Einführung eines APDRG-Vergütungssystems keine unerwünschten Auswirkungen auf die Behandlungsqualität hat, muss daher gleichzeitig ein entsprechendes Kontrollsystem eingeführt werden, mit dem sich eine allfällige Verringerung der Behandlungsqualität feststellen lässt (auch wenn die bisher veröffentlichten wissenschaftlichen Studien klar aufzeigen, dass die Einführung von diagnoseorientierten Fallpauschalen in der Vergangenheit zu keiner Verschlechterung der Behandlungsqualität geführt hat)²⁵. Spitäler und Versicherer sollten daher in den Tarifverträgen konkrete Kontrollmechanismen vereinbaren sowie Ressourcen für die Realisierung dieser Kontrollmechanismen bereitstellen. Das heisst, ein taugliches Kontrollsystem kann nur realisiert werden, wenn den Verantwortlichen für den Aufbau und Unterhalt dieses Systems, d.h. den Spitälern, zusätzliche Mittel in die Hand gegeben werden.

Die externe Überprüfung der Qualität kann vor allem auf zwei Arten realisiert werden:

- mit einer ständigen Überwachung, die es erlauben würde, die Unterschiede zwischen dem aktuellen Zustand und einem zuvor festgelegten Normzustand festzustellen (d.h. eine Reihe von Qualitätsnormen, die auf die untersuchte Einrichtung anwendbar sind)
- durch das Sammeln von ausgewählten Daten, die sich in der Qualitätsmessung besonders gut als Indikatoren eignen

Derzeit verfügen zwei Berufsvereinigungen über Mitarbeiter, die Qualitätsmessungen auf der Basis von zuvor festgelegten Normgrössen vornehmen. Es sind dies die VQG (Schweizerische Vereinigung für Qualität im Gesundheitswesen), die vor allem in der Deutschschweiz aktiv ist, und die APEQ (Agence pour la promotion et l'évaluation de la qualité dans les institutions sanitaires), die vor allem in der Romandie tätig ist. Die Entwicklung solcher Kontrollverfahren kann allerdings nur dann zur Sicherung bzw. Verbesserung der Behandlungsqualität beitragen, wenn ein APDRG-Vergütungssystem eingeführt wird. Zudem wäre es sinnvoll, wenn anstelle mehrerer Organisationen wie die VQG oder die APEQ eine einzige, schweizweit tätige Organisation mit der Durchführung von Qualitätsmessungen auf der Basis von Normgrössen beauftragt würde. Als Modell für eine solche Institution könnte die ANAES²⁶ in Frankreich dienen. Die im November 2001 gegründete Stiftung SanaCERT (www.sanacert.ch) ist eine Institution, die eine solche Rolle übernehmen könnte²⁷.

Die Einführung von Outcome-Indikatoren wird gegenwärtig von der Paritätischen Kommission santésuisse/H+²⁸ angestrebt. Die Paritätische Kommission santésuisse/H+ wurde gegründet, um

²⁵ Vgl. hierzu zum Beispiel die Artikel, welche in der Fachzeitschrift JAMA (Ausgabe vom 17. Oktober 1990, Vol. 264, Nr. 15) erschienen sind. Die Zusammenfassungen dieser Artikel sind auf dem Internet unter folgender Adresse erhältlich:

<http://jama.ama-assn.org/content/vol264/issue15/index.dtl>

²⁶ ANAES = Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (www.anaes.fr)

²⁷ Die Aktivitäten der VQG bezüglich Audits werden progressiv von SanaCERT übernommen. Mittelfristig ist es ferner möglich, dass auch die Audits, die gegenwärtig von APEQ vorgenommen werden, ebenfalls von SanaCERT übernommen werden.

²⁸ santésuisse = Branchenverband der schweizerischen Krankenversicherer (www.santesuisse.ch); H+ Die Spitäler der Schweiz = Branchenverband der Schweizer Spitäler (www.hplus.ch).

Platz für eigene Notizen

den Artikel 77 der Verordnung über die Krankenversicherung vom 27. Juni 1995 umzusetzen. Der erste Indikator, auf den man sich in dieser Kommission einigen konnte, ist die Patientenzufriedenheit. Die Messung der Patientenzufriedenheit ist für alle Spitäler obligatorisch, die dem Rahmenvertrag santésuisse/H+ angehören. Weitere Indikatoren werden gegenwärtig geprüft. Sie werden voraussichtlich im Laufe der nächsten Jahre nach und nach eingeführt werden.²⁹ Auch die Outcome-Indikatoren werden ihren Teil zu dem im ersten Abschnitt dieses Kapitels erwähnten Qualitätskontrollsystem beitragen.

7.2 Beispiele

Im Kanton Zürich haben die Spitäler, die Versicherer, die Gesundheitsdirektion, die Patientenvereinigung und die Ärztesgesellschaft im Jahr 1999 den Verein Outcome gegründet (www.vereinoutcome.ch). Dieser Verein hat sich zum Ziel gesetzt, die Qualität in den Züricher Spitälern zu evaluieren. Dies soll auf der Basis von Outcome-Indikatoren geschehen, deren Einführung in allen öffentlichen Spitäler von den Vereinsmitgliedern mittlerweile beschlossen wurde.

Die Gründung des Vereins Outcome ist eine Initiative, die anderen breit abgestützten, konzertierten Bestrebungen der Akteure im Gesundheitswesen sicherlich als Beispiel dienen kann. Im Kanton Bern verfolgt das im Jahr 2001 lancierte Projekt QABE (Qualität in der Akutversorgung im Kanton Bern) ähnliche Ziele wie der Verein Outcome im Kanton Zürich. Diese beiden Projekte werden übrigens in enger Zusammenarbeit durchgeführt.

7.3 Empfehlungen

Die Gruppe TAR-APDRG geht davon aus, dass drei Arten von Outcome-Indikatoren angewendet werden müssen, um die Behandlungsqualität adäquat messen zu können:

- Behandlungszufriedenheit der Patienten
- klinische Resultate der erbrachten Leistungen
- Angemessenheit ("appropriateness") der vor der Behandlung gestellten Indikation/Diagnose

Bei der Einführung dieser Indikatoren treten verschiedene verfahrenstechnische Hindernisse auf. Die Messung der Patientenzufriedenheit ist zwar heute bereits ohne Probleme machbar. Diejenige der klinischen Resultate muss dagegen sehr vorsichtig angegangen werden. Und die Überprüfung der Angemessenheit der Indikationsstellung ist erst mit Indikatoren möglich, die sich noch in der Entwicklungsphase befinden³⁰.

Möchte man die beiden letztgenannten Outcome-Indikatoren in Bälde wirklich anwenden, muss in der Schweiz noch einige Arbeit geleistet werden.

In den Empfehlungen der Schweizer Versicherer wird im Zusammenhang mit der Qualitätssicherung auf folgende Aspekte hingewiesen:

- In jedem Fall sollten die Leistungserbringer und die Kostenträger sich darauf einigen, auf welche Art eine Kontrolle der Behandlungsqualität vorgenommen wird. Dabei sollte ein Ausgleich gefunden werden zwischen zwei offensichtlich gegensätzlichen Zielen:

²⁹ Diesbezügliche Informationen sind zum Beispiel erhältlich auf der Internetseite www.kiq.ch, unter den Rubriken "Rahmenverträge" und "Q-Info".

³⁰ Vgl. hierzu auch den folgenden Artikel: Seematter-Bagnoud L, Vader JP, Wietlisbach V, Froehlich F, Gonvers JJ, Burnand B. Overuse and underuse of diagnostic upper gastrointestinal endoscopy in various clinical settings. International Journal for Quality in Health Care 1999 Aug; 11(4):301-8.

Platz für eigene Notizen

- ◆ Die Leistungserbringer legen Wert darauf, dass eine Messung der Outcome-Qualität ihre Leistungen absolut korrekt abbilden soll. Das heisst, sie haben einen Hang zum Perfektionismus, der dazu führen könnte, dass die Resultate dieser Messungen niemals veröffentlicht werden, weil sie nie absolut zuverlässig und genügend differenziert sein werden.
- ◆ Die Kostenträger möchten dagegen die Vergütung auch an der Behandlungsqualität ausrichten. Dabei würde es sie nicht stören, wenn dies unter Umständen auf der Basis von etwas ungenau erhobenen, vereinfachenden Daten geschehen würde. Sie möchten dann eingreifen können, wenn die Qualität mangelhaft ist und tendieren dazu, sich mit einer sehr rudimentären und mechanistischen Darstellung der Outcome-Qualität zu Frieden zu geben.
- Es sollten Vorsichtsmassnahmen getroffen werden, um zu verhindern, dass die Leistungserbringer sich eher damit beschäftigen, "die Indikatoren statt die Patienten zu pflegen". Da die Mehrzahl der Indikatoren vor allem unerwünschte Ereignisse dokumentieren (Tod, Nekrosen, Infektionen), reicht es zudem, diese Ereignisse nicht genügend systematisch zu erfassen, um ein trügerisch gutes Resultat zu erreichen (eine geringe Nekroserate oder ein geringer Prozentsatz nosokomialer Infektionen kann dann einfach darauf zurückzuführen sein, dass diesen Phänomenen eine zu geringe Aufmerksamkeit geschenkt wurde...).
- Zudem wird geraten, die Leistungserbringer nicht mit voreiligen Entscheiden - oder Sanktionen - zu demotivieren. Denn die Unterschiede im Patientengut (ausgedrückt in der Fallmischung) können den Outcome beträchtlich beeinflussen und müssen daher unbedingt berücksichtigt werden. Zudem sollten Vergleiche in Form von Benchmarkings erst dann veröffentlicht werden, wenn alle Partner dem explizit zugestimmt haben.

F: o_tar_apdrg_2004_d_v02b.doc

Platz für eigene Notizen