



Die neue Spitalfinanzierung

Auf die Frage «Wer trägt die Kosten einer Spitalbehandlung» gibt das geltende Krankenversicherungsgesetz (KVG) keine einfache Antwort. Spitalbehandlungen werden unterschiedlich finanziert, je nachdem ob sie in öffentlichen oder privaten Spitälern, ambulant oder stationär durchgeführt werden.

Bei Spitälern mit öffentlicher Trägerschaft oder öffentlich subventionierten Spitälern beteiligen sich einerseits die öffentliche Hand, andererseits die Versicherungen an der stationären Behandlung von grundversicherten Personen, d.h. diese Behandlungen sind dual finanziert. Bei Privatspitälern, die keine öffentlichen Subventionen erhalten, zahlt ausschliesslich die Versicherung die Kosten der Behandlung, d.h. diese Spitälern sind monistisch finanziert. Durch diese von der Trägerschaft bzw. dem Subventionsstatus des Spitals abhängige Finanzierungsregelung kam es immer wieder zu Unklarheiten, wer für welche Spitalbehandlung wie viel zu zahlen hat, insbesondere im Bereich der Zusatzversicherten Personen. Diese Situation wurde noch erschwert durch die unterschiedliche Praxis in den einzelnen Kantonen. Aus diesen Gründen war die Neuregelung der Spitalfinanzierung ein zentraler Teil der 2. KVG-Revision.

Im ambulanten Spitalbereich gilt die monistische Finanzierung. So werden gemäss KVG ambulante Leistungen in öffentlichen und privaten Spitälern nur aus einer Hand, nämlich über die Krankenversicherung, finanziert.

Revision des KVG

Im Rahmen der 2. KVG-Revision wurde die Neuregelung der Spitalfinanzierung vom Parlament im Dezember 2007 beschlossen. Eine wesentliche Änderung im Bereich der Spitalfinanzierung ist, dass der Kanton sich an der Finanzierung der stationären Leistungen bei allen auf seiner Spitalliste aufgeführten Spitälern in gleichem Ausmass beteiligt, unabhängig davon, ob das betreffende Spital eine öffentlich-rechtliche oder eine private Trägerschaft hat. Die kantonalen Spitallisten umfassen künftig ausschliesslich Spitälern mit einem entsprechenden kantonalen Leistungsauftrag.

Listen- und Vertragsspitälern

Gemäss revidiertem KVG können grundversicherte Personen für die stationäre Behandlung frei unter allen Spitälern wählen, die auf einer Spitalliste aufgeführt sind. Die auf der Spitalliste aufgeführten Spitälern nennt man Listenspitälern. Für eine stationäre Behandlung in einem Listenspital übernimmt der Kanton seinen Anteil der Kosten (allerdings bei ausserkantonalen Spitälern, die nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons des Patienten stehen, nur im Umfang der Kosten, die in einem Spital auf Kantonsgebiet entstehen würden). Bei diesen Listenspitälern zahlt die Krankenversicherung maximal 45% der stationären Behandlungskosten, der Kanton übernimmt mindestens 55%.

Die Versicherer haben die Möglichkeit, mit Spitälern, welche nicht auf einer Spitalliste stehen, Verträge über die Vergütung von Leistungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abzuschliessen. Findet eine stationäre Behandlung in diesem Rahmen statt, übernimmt der Wohnkanton des Patienten keine Kosten. Solche Spitälern werden Vertragsspitälern genannt.

Tagespauschalen und Fallpauschalen

Das heute noch geltende System der Spitalfinanzierung sieht die Leistungsabgeltung über Tagespauschalen vor, d.h. das Spital erhält für jeden Tag, den der Patient im Spital verbringt, einen festen Betrag. Die Neuregelung der Spitalfinanzierung sieht zumindest im akutsomatischen Bereich die Einführung von Fallpauschalen vor, d.h. das Spital erhält pro Behandlungsfall einen im Voraus festgesetzten Betrag und zusätzliche Behandlungstage resultieren nicht mehr in einem höheren Ertrag. Dadurch erhalten die Spitälern einen weiteren Anreiz, die Behandlungsabläufe zu straffen, die innerbetrieblichen Prozesse zu optimieren und damit die Kosten auf das medizinisch notwendige Mass zu beschränken. Das gegenwärtig in der Schweiz verwendete APDRG-System beschränkt sich auf die stationären Aktivitäten der akutsomatischen Spitälern und Einrichtungen. Die APDRG werden nicht verwendet für die Bereiche Psychiatrie, Geriatrie, Rehabilitation und Palliativpflege.

Editorial

Die vorliegende Publikation thematisiert die auf 2012 geplante Einführung einer schweizweit einheitlichen Leistungsfinanzierung über Fallpauschalen. Die Basis dazu wurde im Rahmen der 2. KVG-Revision vom Bundesparlament im Dezember 2007 beschlossen. Das neue System impliziert, dass sich die Kantone zukünftig unabhängig von der Trägerschaft der Spitäler auf ihren Spitallisten an der Finanzierung der stationär erbrachten Leistungen beteiligen müssen.

Die neue Spitalfinanzierung baut auf einer umfangreichen Zahlenbasis des Rechnungswesens und der medizinischen Leistungsdaten der Spitäler auf. Die Anforderungen an die Datenqualität sind dabei sehr hoch. Zu einem bedeutenden Teil beruht die Datenbasis auf den gesamtschweizerisch durchgeführten Erhebungen der Krankenhausstatistik und der Medizinischen Statistik, welche zu diesem Zweck konzeptuell angepasst und ausgebaut wurden. Neue Kennziffern wie diagnosebezogene Fallgruppen (DRG), Kostengewicht, Case Mix Index, Grenzverweildauer etc. werden Eingang in die zukünftigen Gesundheitsstatistiken finden.

In einem ersten Teil dieser Publikation werden die Spitalfinanzierung in der Schweiz und das System der diagnosebezogenen Fallgruppen (DRG), das der Bestimmung der Fallpauschalen zugrunde liegt, beschrieben. Anschliessend wird anhand von Auswertungen der diversen neuen Kenngrössen die aktuelle Situation in den beiden Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft dargestellt.

Nachdem im Jahr 2007 in der Reihe «Gesundheit beider Basel» ein ausführlicher Bericht über das Gesundheitswesen und seine Vernetzung mit Wirtschaft, Gesellschaft und Demografie erschienen ist, werden in «Gesundheit beider Basel» zukünftig ausgewählte Spezialthemen beleuchtet.

Leitungsausschuss Gesundheitsstatistik beider Basel

Diagnosebezogene Fallgruppen

DRG-Systeme sind Patientenklassifikationssysteme, welche die stationär behandelten Patienten von Akutspitalern in medizinisch und ökonomisch homogene Fallgruppen einteilen. Dabei ist das wichtigste Gruppierungsmerkmal die Hauptdiagnose bei Spitalaustritt. Weitere Klassifikationsmerkmale sind Alter, Geschlecht, Art des Spitalaustritts, Nebendiagnosen, Behandlungen, und bei Neugeborenen zusätzlich das Geburtsgewicht. Die so entstehenden Fallgruppen werden Diagnosis Related Groups (diagnosebezogene Fallgruppen) genannt. Die Zuweisung der einzelnen Hospitalisierungen zu einer bestimmten DRG erfolgt über eine Gruppierungssoftware (Grouper). Zunächst werden die Fälle aufgrund ihrer Hauptdiagnose einer Hauptdiagnosegruppe (MDC, Major Diagnostic Category) zugeteilt. Eine weitere Unterteilung dieser MDC und die Einteilung der Fälle in diagnosebezogene Fallgruppen (DRG) erfolgt anhand der weiteren Klassifikationsmerkmale.

Kostengewicht

Jeder Fallgruppe wird ein empirisch ermitteltes, relatives Kostengewicht zugeordnet, das den durchschnittlichen Behandlungsaufwand der betreffenden Fallgruppe beschreibt. Für die Schweiz hat der Verein APDRG Suisse die durchschnittlichen Kosten für jede APDRG anhand von Daten ausgewählter Spitäler der Schweiz ermittelt. Hierzu wurden die durchschnittlichen Kosten der jeweiligen DRG durch die durchschnittlichen Kosten sämtlicher Behandlungsfälle der betreffenden Spitäler dividiert. Als Bezugsgrösse dient der Mittelwert der Kosten all derjenigen Behandlungsfälle, deren Aufenthaltsdauer im Normalbereich liegt. Dieser Wert entspricht definitionsgemäss einem Kostengewicht von 1,0. Die Kostengewichte werden von Zeit zu Zeit mit aktualisierten Daten neu berechnet. In der Version 5.1 der Kostengewichte beträgt das Kostengewicht für ein gesundes Neugeborenes (APDRG 629, Neugeborenes, Geburtsgewicht > 2 499 g, ohne bedeutenden Eingriff, mit normaler Neugeborenen-Diagnose) 0,322. Dies bedeutet, dass ein gesundes Neugeborenes im Schnitt nur 32,2% der durchschnittlichen Kosten eines Spitalaufenthalts verursacht. Wesentlich höher ist das Kostengewicht für einen koronaren Bypass mit Herzkatheter (APDRG 106): 4,161. Die durchschnittlichen Kosten für einen koronaren Bypass sind also über vier mal so hoch wie die durchschnittlichen Kosten aller Behandlungsfälle. Das Kostengewicht für eine einfache Gallenblasenoperation (APDRG 198) liegt bei 1,137.

Baserate

Mit dem Begriff «Baserate» wird der Basispreis bezeichnet, der im DRG-System für einen Behandlungsfall bezahlt wird, dessen Kostengewicht 1,0 beträgt. Der Betrag, der für einen bestimmten Fall vergütet wird, kann berechnet werden, indem der Basispreis mit dem Kostengewicht der DRG, welcher der betreffende Fall zugeteilt ist, multipliziert wird. Der Basispreis wird in der Schweiz durch die Tarifpartner (Versicherer und Leistungserbringer) festgelegt. Allenfalls werden für die verschiedenen Versorgungsstufen der Spitäler unterschiedliche Basispreise bestimmt, wobei ein Universitätsspital einen höheren Basispreis als ein Kantons- oder Regionalspital erhält. Gemäss ISE (Institut für Gesundheit und Ökonomie) verwenden die Kantone Bern, Graubünden, Nidwalden, Obwalden, Schwyz, Tessin, Uri, Wallis, Waadt, Zug und Zürich zur Zeit das APDRG-System für die Finanzierung und Planung. Im Bericht zur Version 5.1 der Kostengewichte wird für Universitätsspitäler ein Basispreis von 9 998 Franken und für die übrigen Spitäler ein Basispreis von 8 425 Franken berechnet. Ausgehend von diesen Basispreisen würde eine einfache Gallenblasenoperation in einem nicht universitären Spital rund 9 600 Franken kosten (Kostengewicht von 1,137 multipliziert mit dem Basispreis von 8 425 Franken).

Grenzverweildauer und Ausreisser

Für die einzelnen DRG werden zusätzlich zu den Kostengewichten die durchschnittliche Aufenthaltsdauer und die obere und untere Grenzverweildauer berechnet. Für die Schweiz basieren diese Werte ebenfalls auf den Referenzdaten von APDRG Suisse und auf Daten vom Bundesamt für Statistik. Jene Fälle, deren Aufenthaltsdauer mindestens bei der unteren Grenzverweildauer und maximal bei der oberen Grenzverweildauer liegt, gelten als «Normalfälle». Fälle mit einer Aufenthaltsdauer unterhalb der unteren Grenzverweildauer bezeichnet man als «untere Ausreisser» und Fälle mit einer Aufenthaltsdauer oberhalb der oberen Grenzverweildauer als «obere Ausreisser».

Für eine einfache Gallenblasenoperation (APDRG 198) beträgt die durchschnittliche Aufenthaltsdauer gemäss Referenzdaten von APDRG Suisse beispielsweise 9,6 Tage. Die untere Grenzverweildauer wurde auf 4 Tage festgesetzt und die obere Grenzverweildauer liegt bei 21 Tagen. Ein Patient mit einer einfachen Gallenblasenoperation wird demzufolge als Normalfall eingestuft und mit dem Kostengewicht von 1,137 abgegolten, wenn er sich zwischen 4 und 21 Tagen im Spital aufhält. Bei einem Aufenthalt von weniger als 4 Tagen handelt es sich um einen unteren Ausreisser, der mit einem niedrigeren Kostengewicht abgegolten wird, und bei einer Aufenthaltsdauer von mehr als 21 Tagen gilt ein Patient mit einfacher Gallenblasenoperation als oberer Ausreisser und das Kostengewicht wird erhöht.

System All Patient DRG (APDRG)

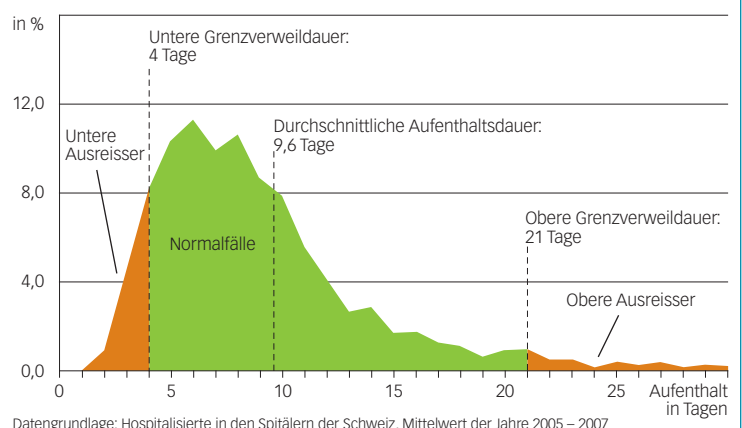
Erste DRG-Systeme wurden in den 1970er-Jahren in den USA, an der Universität Yale, konzipiert. Diese Systeme sind seither weltweit weiterentwickelt worden. In der Schweiz gab es ab Mitte der 1980er-Jahre Untersuchungen zu DRG und Ende der 1990er-Jahre wurde beschlossen, das System APDRG (All Patient Diagnosis Related Groups) auf freiwilliger Basis einzuführen. Das APDRG-System basiert auf einer Weiterentwicklung des amerikanischen DRG-Systems, welches an die Daten der Schweiz angepasst wurde. Für die Fakturierung der Spitalaufenthalte in der Schweiz wurden spezielle Fallgruppen (SPG, Swiss Payment Groups) geschaffen. Da die Einteilung der Fälle in die SPG nicht von der APDRG-Gruppierungssoftware durchgeführt wird, ist für die Umverteilung der Fälle in die SPG eine ergänzende Software notwendig. Für die Auswertungen in der vorliegenden Publikation wurde jedoch nur der APDRG-Groupen benutzt ohne Umgruppierung in SPG. Ende 2004 wurde der Verein APDRG Suisse gegründet, um die Anwender (Spitäler, Versicherer, Kantone) beim Einsatz von APDRG zu unterstützen.

System SwissDRG

SwissDRG ist in Anlehnung an das deutsche DRG-System (GDRG, German DRG) entwickelt worden, das seinerseits aus dem australischen System entstanden ist. Ab 2012 soll SwissDRG gesamtschweizerisch eingesetzt werden und das APDRG-System ablösen. Im Jahr 2004 wurde der Verein SwissDRG gegründet. Dessen Aufgabe ist es, ein schweizweit einheitliches Leistungsabteilungssystem für Spitalaufenthalte im stationären akutso-matischen Bereich zu entwickeln und bereitzustellen. Der Verein SwissDRG ist Anfang 2008 von der gemeinnützigen SwissDRG Aktiengesellschaft abgelöst worden. Zu den Aktionären der SwissDRG AG gehören:

- Die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK)
- H+, die Spitäler der Schweiz
- santésuisse, die Schweizerischen Krankenversicherer
- die Medizinaltarifkommission UVG, MV/IV (MTK)
- die Vereinigung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH)

Verteilung der Hospitalisierten nach Anzahl Aufenthaltstagen für die APDRG 198 (einfache Gallenblasenoperation)



Für ein gesundes Neugeborenes (APDRG 629) beträgt die durchschnittliche Aufenthaltsdauer gemäss Referenzdaten von APDRG Suisse 5,6 Tage, die untere Grenzverweildauer liegt bei 2 Tagen und die obere Grenzverweildauer bei 12 Tagen. Bei einem koronaren Bypass (APDRG 106) liegt die durchschnittliche Aufenthaltsdauer gemäss Referenzdaten von APDRG Suisse bei 14,8 Tagen, die untere Grenzverweildauer beträgt 5 Tage und die obere Grenzverweildauer 33 Tage.

Frühzeitige Entlassungen

Die Verrechnung von Spitalleistungen mittels DRG statt mit Tagespauschalen führt dazu, dass Spitäler ihre Patienten tendenziell früher entlassen. Zusätzliche Spitaltage führen nicht mehr zu einem höheren Ertrag. Die Verkürzung der Aufenthaltsdauer ist zumindest teilweise gewünscht, da kürzere Behandlungen auch weniger Aufwand pro Patient bedeuten und dadurch Einsparungen erzielt werden können.

Zu den unerwünschten Folgen der Umstellung gehört die Möglichkeit, dass Komplikationen häufiger in der Zeit nach dem Austritt auftreten. Um einen vorbeugenden Anreiz zu schaffen, kommt es im Fall eines Wiedereintritts einer Patientin oder eines Patienten innerhalb eines bestimmten Zeitraumes nach Spitalaustritt (in der Regel 18 Kalendertage) unter bestimmten Voraussetzungen zu einer sogenannten Fallzusammenführung. Falls nämlich die Hauptdiagnose in beiden Fällen innerhalb der gleichen Diagnosegruppe liegt, werden die beiden Aufenthalte rechnerisch zu einem zusammengefasst und das Spital erhält ein geringeres Entgelt als wenn beide Fälle unabhängig voneinander abgerechnet werden.

Frühe Entlassungen können auch eine höhere Inanspruchnahme von ambulanten Pflegeleistungen nach sich ziehen. Deswegen sollen ambulante Pflegeleistungen nach Austritt unter dem Titel «Übergangspflege» in der stationären Abgeltung berücksichtigt werden. Die gesetzlichen Vorbereitungen dazu sind aber nicht abgeschlossen und es ist zur Zeit noch nicht abschliessend definiert, wie die Massnahme umgesetzt wird.

Der beabsichtigte Spareffekt der DRG-Umstellung geht verloren, wenn frei werdende Spitalbetten mit neuen Patienten gefüllt werden, wenn mehr Untersuchungen und Eingriffe durchgeführt werden und wenn deswegen mehr Personal angestellt werden muss. Tritt dies ein, so darf trotzdem nicht ohne Weiteres von einer unberechtigten Mengenausweitung gesprochen werden. Die aufgrund des demografischen Wandels ansteigende Inanspruchnahme von Spitalleistungen muss berücksichtigt werden.

Berechnung von Kennzahlen

Case Mix und Case Mix Index

Ausgehend von den Fallgruppen und ihren Kostengewichten können die Kennzahlen Case Mix und Case Mix Index berechnet werden. Der Case Mix eines Spitals wird bestimmt, indem die mit dem jeweiligen Kostengewicht multiplizierten Hospitalisierungen des Spitals aufsummiert werden. Dividiert man diesen Case Mix durch die Gesamtzahl der Hospitalisierungen des Spitals, so erhält man den Case Mix Index. Dieser beschreibt den durchschnittlichen Schweregrad aller Behandlungsfälle eines Spitals.

In der oben beschriebenen Berechnung haben alle Fälle einer DRG dasselbe Kostengewicht, unabhängig davon, ob es sich um Normalfälle oder Ausreisser handelt. Die aus dieser Berechnungsmethode ermittelten Kennzahlen werden «Case Mix Brutto» bzw. «Case Mix Index Brutto» genannt. Von «Case Mix Netto» und «Case Mix Index Netto» spricht man, wenn die unteren und oberen Ausreisser mit einem speziellen Kostengewicht, das die effektive Aufenthaltsdauer berücksichtigt, gewichtet werden. Dabei wird das Kostengewicht für die oberen Ausreisser angehoben und für die unteren Ausreisser gesenkt. Dadurch kann der Case Mix Index Netto höher sein als der Case Mix Index Brutto. Falls ein Spital keine Ausreisser aufweist, so unterscheidet sich der Case Mix Index Netto nicht vom Case Mix Index Brutto. Bei Spitälern mit einem hohen Anteil an oberen Ausreisern übersteigt der Case Mix Index Netto den Case Mix Index Brutto, und bei Spitälern mit vielen unteren Ausreisern ist der Case Mix Index Netto geringer als der Case Mix Index Brutto.

Einfluss auf den Case Mix Index

Neben der Version der verwendeten Kostengewichte, der Vollständigkeit und Qualität der Kodierung der Diagnosen und Behandlungen wirkt sich auch das Leistungsangebot eines Spitals auf den Case Mix Index aus. Die Leistungsstelle Gynäkologie und Geburtshilfe hat beispielsweise einen senkenden Effekt auf den Case Mix Index, da die gesunden Neugeborenen im APDRG-System ein vergleichsweise niedriges Kostengewicht aufweisen.

Kodierqualität, Upcoding und Kodierrevision

Mit der Revision des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) zur neuen Spitalfinanzierung, welche auf den 1. Januar 2009 in Kraft getreten ist, wird der Qualitätssicherung und -kontrolle eine grössere Bedeutung zukommen, als dies bisher der Fall war. Mit derselben Gesetzesvorlage werden 2012 Fallkostenpauschalen eingeführt. Damit werden die Spitäler einen starken Anreiz erhalten, die Behandlung möglichst rasch abzuschliessen, um die Aufenthaltsdauer zu senken. Um dem damit verbundenen Risiko einer Verminderung der Versorgungsqualität entgegen zu wirken, kommt der Dokumentation und Kontrolle insbesondere der medizinischen und pflegerischen Qualität der erbrachten Leistungen eine stark erhöhte Bedeutung zu. Die neuen Bestimmungen sind so zu interpretieren, dass medizinische und pflegerische Qualitätsdaten erhoben und publiziert werden müssen, die kantonale Spitalplanung auf Qualitätskriterien abgestützt erfolgen muss und bei der Aushandlung bzw. Genehmigung von Tarifverträgen explizit Qualitätskriterien zu berücksichtigen sind.

Kodierqualität

Die Zuteilung der einzelnen Behandlungsfälle in die einzelnen Diagnosegruppen ist der zentrale Prozess der Spitalfinanzierung über Fallpauschalen. Dieser Prozess findet nach Abschluss der Behandlung statt und beruht auf den medizinischen Unterlagen. Ein spezielles Computerprogramm («Grouper») weist den individuellen Behandlungsfall aufgrund der aufgeführten Diagnosen, Behandlungen sowie zusätzlichen fallbezogenen Variablen (z.B. Alter und Geschlecht des Patienten, Zahl der Stunden maschineller Beatmung usw.) einer Fallpauschale (DRG) zu. Bei einer schlechten Kodierqualität werden nicht alle erforderlichen Informationen des Falls zur Kodierung verwendet, so dass nicht die optimale und für den Fall richtige DRG ermittelt wird. Andererseits kann auch die Eingabe von überflüssigen Diagnosen und Behandlungen zu einer falschen DRG-Zuteilung führen. In beiden Fällen erhält das Spital nicht die seiner Leistung entsprechende Vergütung: im ersten Fall erhält es zu wenig, im zweiten Fall zu viel. Je grösser die Anzahl von falsch kodierten Fällen ist, desto schlechter ist die Kodierqualität einer Klinik bzw. Fachabteilung.

Upcoding

Upcoding bezeichnet jeden Anstieg des Case Mix Index eines Spitals, der nicht in einer durchschnittlichen Schweregraderhöhung, sondern in einem geänderten Kodierverhalten (meist durch ungerechtfertigtes Kodieren von Nebendiagnosen zur Erhöhung des Schweregrads und somit der Vergütung) begründet ist. Jedoch ist nicht jeder Anstieg des Case Mix Index durch ein bewusstes Upcoding zu erklären, auch eine Verbesserung der Kodierqualität kann zu einem Anstieg des Case Mix Index führen.

Kodierrevision

Die Spitäler als Leistungserbringer sowie die Kantone und Versicherungen als Leistungsfinanzierer sind an einer hohen Kodierqualität interessiert. Nur eine hohe Kodierqualität gewährleistet eine transparente und leistungsgerechte Spitalfinanzierung. Ähnlich wie bei der Revision der Jahresabschlüsse von Unternehmen durch unabhängige Wirtschaftsprüfer werden die Spitäler unter dem neuen Finanzierungssystem zu einer Kodierrevision verpflichtet. In einem DRG-basierenden Abgeltungssystem stellt die Kodierrevision eine grundlegende Massnahme zur Sicherstellung einer korrekten Kodierung dar. Sie ist eine Standortbestimmung des Leistungserbringers, um allfällige Stärken und Schwächen in der Kodierung aufzuzeigen, und dient auch als Bewertung der Kodierung gegenüber den Leistungsträgern (Versicherungen, Kantone). Weiter bildet die Kodierrevision eine Grundlage, um zwischen den einzelnen Leistungserbringern ein korrektes Benchmarking durchführen zu können. Bei einer Kodierrevision werden die Patientenunterlagen von einer unabhängigen Firma mit der vom Spital gemachten Kodierung verglichen. Die Revision erfolgt systematisch und mit Stichproben, deren Anzahl abhängig von der Spitalgrösse ist. Die Vorteile bei einer Revision durch unabhängige, spezialisierte Firmen sind, dass nicht jeder Versicherer eigene Kontrollmechanismen aufbauen muss und alle Spitäler gleich behandelt werden.

Kostenvergleich, Spitalbenchmark

Gemäss bisherigem KVG Art. 49 Abs. 7 ordnen die Kantonsregierungen und wenn nötig der Bundesrat Betriebsvergleiche zwischen Spitälern an. Die Spitäler und Kantone müssen dafür die nötigen Unterlagen liefern. Ergibt der Betriebsvergleich, dass die Kosten eines Spitals deutlich über den Kosten vergleichbarer Spitäler liegen, oder sind die Unterlagen eines Spitals ungenügend, so können die Versicherer den Vertrag nach Artikel 46 Absatz 5 kündigen und bei der Genehmigungsbehörde (Art. 46 Abs. 4) beantragen, die Tarife auf das richtige Mass zurückzuführen.

Nach neuem KVG (Art. 49 Abs. 7 und 8) müssen die Spitäler über geeignete Führungsinstrumente verfügen. Insbesondere führen sie nach einheitlicher Methode zur Ermittlung ihrer Betriebs- und Investitionskosten und zur Erfassung ihrer Leistungen eine Kostenrechnung und eine Leistungsstatistik. Diese beinhalten alle für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit, für Betriebsvergleiche, für die Tarifierung und für die Spitalplanung notwendigen Daten. Die Kantonsregierung und die Vertragsparteien können die Unterlagen einsehen. In Zusammenarbeit mit den Kantonen ordnet der Bundesrat wie bisher schweizweit Betriebsvergleiche zwischen Spitälern an, insbesondere zu Kosten und medizinischer Ergebnisqualität. Die Spitäler und die Kantone müssen dafür die nötigen Unterlagen liefern. Der Bundesrat veröffentlicht die Betriebsvergleiche.

Von zentraler Bedeutung sind jeweils die anrechenbaren Kosten gemäss KVG Art. 49, welche in Kombination mit dem Case Mix zur Base Rate führen. Die Multiplikation der Base Rate mit dem Kostengewicht eines Falles führt zum Ertrag des Spitals für die betreffende Behandlung. Vereinfacht gesagt entspricht eine mittels Daten der Kostenrechnung ermittelte Baserate dem Wirtschaftlichkeitsausweis des betreffenden Spitals. Im Vergleich mit anderen Spitälern bedeutet dies: je tiefer die individuell pro Spital ermittelte Baserate, je effizienter arbeitet das Spital. Die Schwierigkeit besteht in der einheitlichen Ermittlung der anrechenbaren Kosten. Es bedarf einer gut implementierten Kostenstellen- und Kostenträgerrechnung nach REKOLE (REvision der KOSTenrechnung und LEistungserfassung für Spitäler und Heime) in den Spitälern, um aussagekräftige Werte zwecks Benchmarking und fallbasierter Finanzierung zu ermitteln. Zur Ermittlung der relevanten Kosten und Herstellung der Vergleichbarkeit und somit einem Betriebsvergleich gibt es eine Vielzahl von Modellen. Da die Qualität der Kostenrechnungen in den einzelnen Spitälern noch nicht einheitlich ist, bestehen nach wie vor grosse Probleme beim Vergleich von Spitälern und im Speziellen von Spitälern unterschiedlicher Typologie.

Die Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft

Im Jahr 2008 zählten die Spitäler beider Basel rund 101 300 stationäre Spitalaufenthalte. Da der Anwendungsbereich der APDRG-Gruppierung nur die akutsomatischen Spitäler und Abteilungen umfasst, wurden die Aufenthalte in der Psychiatrie, Geriatrie und Rehabilitation und Aufenthalte in Palliativpflegespitälern für die folgenden Auswertungen nicht berücksichtigt. Nach dieser Filterung blieben noch knapp 87 700 Fälle übrig, die den nachfolgenden Auswertungen zugrunde liegen. Diese Grundgesamtheit beinhaltet sämtliche Patientinnen und Patienten, welche sich im Jahr 2008 in den Spitälern der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft behandeln liessen. Enthalten sind also auch die Hospitalisierten, die ausserhalb der beiden Basler Kantone wohnten und eine Behandlung in einem Baselstädtischen oder Baselbieter Spital in Anspruch nahmen.

Verteilung der Aufenthaltsdauer

Ein Spitalaufenthalt in der Akutmedizin dauerte im Jahr 2008 durchschnittlich 8,3 Tage. Die Verteilung der Hospitalisierten nach Anzahl Aufenthaltstagen ist stark linkssteil und erreicht bei zwei Pflgetagen das Maximum. Insgesamt 18% der Patientinnen und Patienten konnten bereits nach bis zu zwei Aufenthaltstagen wieder aus dem Spital entlassen werden. Der Anteil an Kurzliegern, welche eine Aufenthaltsdauer von zwei oder drei Pflgetagen aufweisen, beträgt fast 30%, wobei von 2005 bis 2008 eine leichte Zunahme erkennbar ist.

Ältere Patientinnen und Patienten sind bei gleicher Diagnose meist länger im Spital als jüngere. So lag die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der 0- bis 64-Jährigen im Jahr 2008 bei 7 Tagen, während sich die über 64-Jährigen im Schnitt 11 Tage im Spital aufhielten. Die Verteilung der Hospitalisierten nach Dauer des Spitalaufenthaltes zeigt, dass der Anteil an über 64-Jährigen mit zunehmender Aufenthaltsdauer ansteigt. Bei bis zu fünftägigen Spitalaufenthalten erreichten die über 64-Jährigen einen Anteil von 28%, während von den Spitalaufenthalten, welche mehr als 10 Tage dauerten, gut 60% auf die über 64-Jährigen entfielen.

Case Mix Index

Sowohl der Case Mix Index Brutto als auch der Case Mix Index Netto sind in den Jahren 2005 bis 2008 leicht angestiegen. 13% der Fälle waren im Jahr 2008 als Ausreisser einzustufen, wobei die oberen Ausreisser mit einem Anteil von 7% an der Gesamtzahl der Fälle die unteren Ausreisser (6%) leicht übertrafen.

Rund 20% der Hospitalisierten, die sich im Jahr 2008 in Baselstädtischen und Baselbieter Spitälern behandeln liessen, wohnten ausserhalb der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft. Die Case Mix Indizes (sowohl Brutto als auch Netto) von auswärtigen Patientinnen und Patienten lagen deutlich über jenen der Hospitalisierten, die in den beiden Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft wohnten. Dies hängt damit zusammen, dass komplexere Behandlungen teilweise nur in Zentrumsspitalern wie z.B. dem Universitätsspital Basel durchgeführt werden können und sich deshalb Personen aus Kantonen ohne ein entsprechendes Spitalangebot für aufwändige und/oder komplexe Behandlungen in den Zentrumsspitalern behandeln lassen.

Case Mix Index nach Leistungsstelle

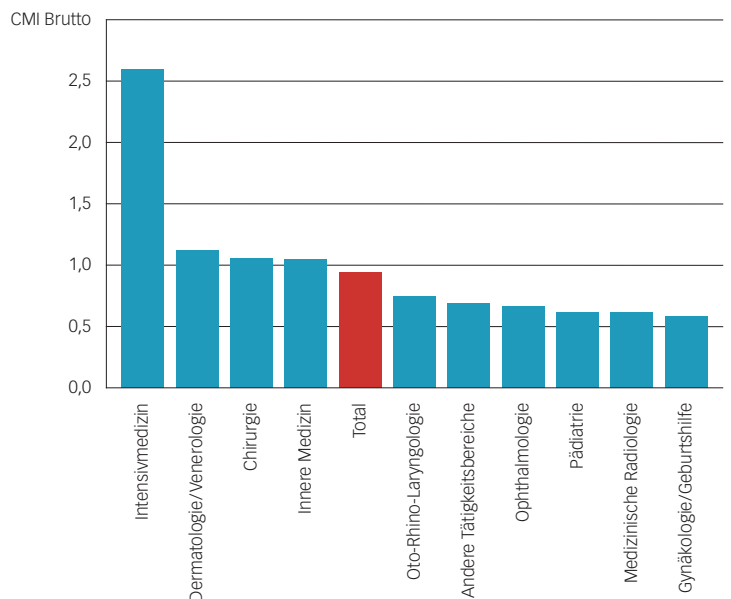
In der Intensivmedizin sind die Case Mix Indizes (Brutto und Netto) weitaus am höchsten, da hier die aufwändigsten Fälle behandelt werden. Den tiefsten Case Mix Index Brutto erreichte im Jahr 2008 die Gynäkologie/Geburtshilfe. In dieser Leistungsstelle waren die beiden Case Mix Indizes Brutto und Netto fast identisch.

Hospitalisierte und Case Mix Index (CMI) nach Wohnort der Hospitalisierten BS/BL 2008

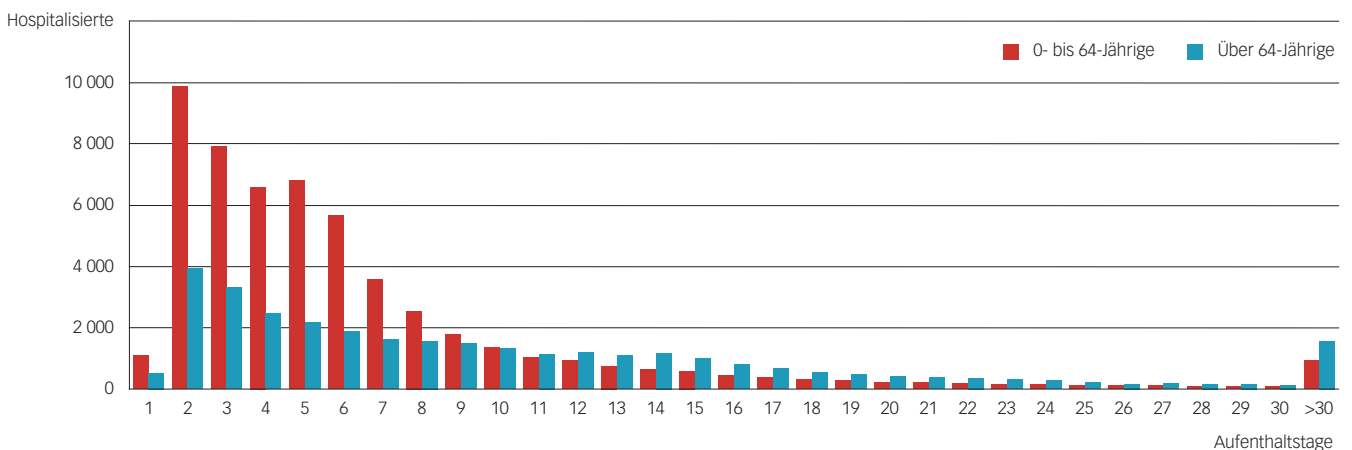
Wohnort	Hospitalisierte ¹	CMI Brutto	CMI Netto
Gesamttotal	87 674	0,94	1,04
Wohnort in BS/BL	69 518	0,92	1,02
Wohnort ausserhalb von BS/BL	18 156	1,02	1,13

¹ Akutsomatischer Bereich inkl. gesunde Säuglinge, ohne Psychiatrie, Geriatrie, Physikalische Medizin/Rehabilitation und Palliativpflegespitäler.

Case Mix Index (CMI) Brutto nach Leistungsstelle BS/BL 2008



Hospitalisierte¹ nach Aufenthaltstagen BS/BL 2008



¹ Akutsomatischer Bereich inkl. gesunde Säuglinge, ohne Psychiatrie, Geriatrie, Physikalische Medizin/Rehabilitation und Palliativpflegespitäler.

Die APDRG mit dem höchsten Case Mix Netto

Der grösste Ressourcenverbrauch wurde 2008 in den Spitälern der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft durch die APDRG 209 (Eingriffe an grossen Gelenken u.a.) verursacht. Rund 5% des gesamten Case Mix entfielen auf diese APDRG. Gemessen an der Zahl der Hospitalisierten stand die APDRG 209 mit 3% der Behandlungsfälle jedoch nur an zweiter Stelle. Gemessen an der Zahl der Behandlungsfälle war die am häufigsten vorkommende APDRG die APDRG 629 (Neugeborenes, Geburtsgewicht > 2 499 g, ohne bedeutenden Eingriff, mit normaler Neugeborenen-Diagnose), welcher 5% der Fälle zugeordnet waren.

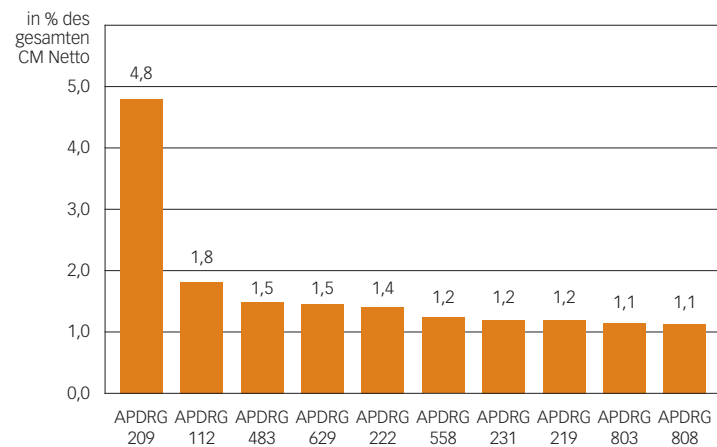
Anzahl unterschiedliche APDRG

In den Spitälern der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft wurden im Jahr 2008 insgesamt 598 unterschiedliche APDRG gezählt. Spezialkliniken, deren Tätigkeit sich auf ein Spezialgebiet beschränkt, weisen in der Regel nur wenig unterschiedliche APDRG auf, während Universitäts-spitäler oder Kantonsspitäler, die ein breites Tätigkeitsspektrum aufweisen, eine grössere Anzahl an unterschiedlichen APDRG erreichen.

Kodierintensität

Wurden im Jahr 2005 in den Baselstädtischen und Baselbieter Spitälern im Schnitt 3,0 gültige Diagnosen pro Fall kodiert, so waren es im Jahr 2008 4,2 Diagnosen pro Fall. Auch bei der durchschnittlich kodierten Zahl der gültigen Behandlungen pro Fall ist zwischen 2005 und 2007 eine Zunahme von 1,7 auf 2,2 Behandlungen pro Fall erkennbar, von 2007 auf 2008 ist die Zahl der Behandlungen pro Fall allerdings wieder leicht zurückgegangen. Die Zunahme der kodierten Diagnosen und Behandlungen pro Fall hängt mit der Einführung der Fallpauschalen zusammen. Zu beachten ist jedoch, dass nicht alle kodierten Diagnosen und Behandlungen relevante Informationen für die Einteilung in eine DRG enthalten. Nach Ausschluss der DRG-irrelevanten Diagnosen und Behandlungen blieben in den Spitälern beider Basel im Jahr 2008 durchschnittlich 3,6 spezifische Diagnosen und 1,4 relevante Behandlungen übrig.

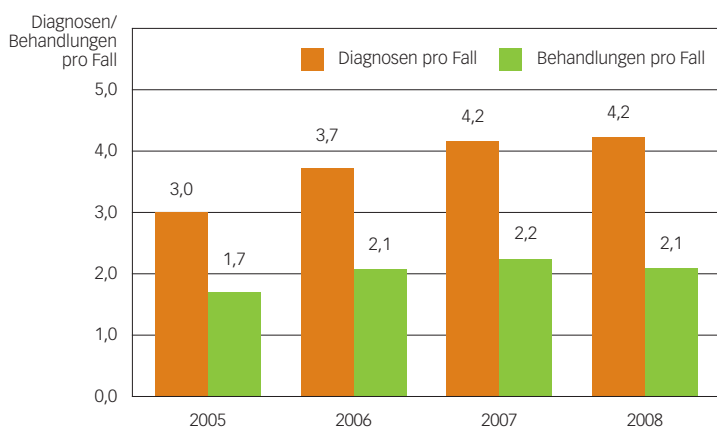
Der Anteil der 10 APDRG mit dem höchsten Case Mix (CM) Netto am gesamten Case Mix Netto BS/BL 2008



Legende:

- 209 Eingriffe an grossen Gelenken und Wiederannähen abgetrennter Gliedmassen an den unteren Extremitäten, ausgenommen bei Komplikationen
- 112 Perkutane kardiovaskuläre Eingriffe ohne akuten Myokardinfarkt, Herzinsuffizienz (-versagen) oder Schock
- 483 Tracheostomie, ausgenommen aufgrund einer Diagnose betreffend den Gesichts-, Mund- und Halsbereich
- 629 Neugeborenes, Geburtsgewicht > 2 499 g, ohne bedeutenden Eingriff, mit normaler Neugeborenen-Diagnose
- 222 Synovektomie und Ligament-Rekonstruktion am Knie, ohne Komorbiditäten und/oder Komplikationen
- 558 Grosse Eingriffe am Muskel-Skelett-System, ausgenommen bilaterale oder an mehreren grossen Gelenken, mit schweren Komorbiditäten und/oder Komplikationen
- 231 Lokale Exzision und Entfernung von internen Fixationsimplantaten, ausgenommen Hüfte und Femur
- 219 Eingriffe an den unteren Extremitäten und am Humerus, ausgenommen Hüfte, Fuss, Femur, Alter > 17, ohne Komorbiditäten und/oder Komplikationen
- 803 Knochenmarktransplantation [genetisch identischer Spender]
- 808 Perkutaner kardiovaskulärer Eingriff bei akutem Myokardinfarkt, Herzinsuffizienz (-versagen) oder Schock

Durchschnittliche Anzahl der gültigen Diagnosen und Behandlungen pro Fall BS/BL 2005 – 2008



Glossar

Ausreisser, obere

Fälle, deren Aufenthaltsdauer oberhalb der oberen Grenzverweildauer liegt.

Ausreisser, untere

Fälle, deren Aufenthaltsdauer unterhalb der unteren Grenzverweildauer liegt.

Behandlungen (Haupt-/Nebenbehandlungen)

Als Hauptbehandlung wird entweder die chirurgische oder medizinische Behandlung oder die wichtigste diagnostische Massnahme, die aufgrund der Hauptdiagnose erforderlich ist, oder aber die für den Heilungsprozess bedeutendste Prozedur kodiert. Die Codes für die Behandlungen stammen aus dem Schweizerischen Operationsklassifikationssystem (CHOP). Als Nebenbehandlungen werden Behandlungen bezeichnet, welche im Rahmen der Hauptdiagnose oder der Nebendiagnosen zusätzlich durchgeführt werden.

Case Mix (CM)

Summe der mit dem jeweiligen Kostengewicht multiplizierten Fälle.

- Case Mix Brutto: Alle Fälle werden mit dem Kostengewicht der jeweiligen DRG gewichtet, unabhängig davon, ob es sich um Ausreisser handelt oder nicht.
- Case Mix Netto: Ausreisser werden speziell gewichtet, wobei das Kostengewicht für die oberen Ausreisser angehoben und für die unteren Ausreisser gesenkt wird.

Case Mix Index (CMI)

Der Case Mix Index beschreibt den durchschnittlichen Schweregrad aller Behandlungsfälle und wird berechnet, indem der Case Mix durch die Behandlungsfälle insgesamt dividiert wird.

- Case Mix Index Brutto: Case Mix Brutto dividiert durch die Behandlungsfälle insgesamt
- Case Mix Index Netto: Case Mix Netto dividiert durch die Behandlungsfälle insgesamt

Diagnosen (Haupt-/Nebendiagnosen)

Die Hauptdiagnose ist definiert als derjenige Zustand, der am Ende des Spitalaufenthalts als Diagnose feststeht und der Hauptanlass für die Behandlung und Untersuchung des Patienten oder der Patientin war. Die Codes für die Diagnosen entstammen dem Klassifikationssystem ICD-10. Begleiterkrankungen werden als Nebendiagnosen kodiert.

Durchschnittliche Aufenthaltsdauer

Anzahl Pflgetage dividiert durch Anzahl Hospitalisierte.

Grenzverweildauer

Pro APDRG sind Werte für die Grenzverweildauer festgelegt, die aus den Referenzdaten von APDRG Suisse berechnet sind:

- Untere Grenzverweildauer: Fälle, deren Aufenthaltsdauer unterhalb der unteren Grenzverweildauer liegt, werden als untere Ausreisser bezeichnet.
- Fälle, deren Aufenthaltsdauer mindestens bei der unteren Grenzverweildauer und maximal bei der oberen Grenzverweildauer liegt, werden als Normalfälle bezeichnet.
- Obere Grenzverweildauer: Fälle, deren Aufenthaltsdauer oberhalb der oberen Grenzverweildauer liegt, werden als obere Ausreisser bezeichnet.

Grouper

Gruppierungssoftware, welche jeden Fall einer bestimmten DRG zuteilt. Der zur Zeit in der Schweiz verwendete APDRG-Grouper wurde von der Firma 3M konzipiert.

Hospitalisierte

Stationäre Austritte inkl. Säuglinge.

Kostengewicht

Verhältnis der durchschnittlichen Hospitalisierungskosten einer DRG zu den Hospitalisierungskosten aller Behandlungsfälle. Werte für die Schweiz gemäss Referenzdaten von APDRG Suisse.

Papierkorb-DRG

Die APDRG 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) werden als Papierkorb-APDRG bezeichnet, da sie nicht verrechnet werden können. Wird ein Fall durch die Gruppierung einer dieser APDRG zugewiesen, so muss zunächst geprüft werden, ob der betreffende Fall fehlerhaft kodiert ist. Allenfalls muss eine Korrektur vorgenommen werden. Ist die Kodierung jedoch korrekt, ist der Fall vor der Fakturierung manuell in eine verrechenbare APDRG umzuteilen. Diese Umklassierung erfolgt nach genauen Richtlinien, die von APDRG Suisse und vom Bundesamt für Statistik definiert worden sind.

Pflgetage

Pflgetage der stationären Austritte inkl. Säuglinge, limitiert auf maximal 365 Tage pro Fall.

REKOLE

Gemäss KVG sind die Spitäler verpflichtet, eine nach einheitlicher Methode erstellte Kostenrechnung und Leistungsstatistik zu führen. Der Spitalverband H+ hat im Projekt REKOLE (Revision der Kostenrechnung und Leistungserfassung) Richtlinien und Empfehlungen für das betriebliche Rechnungswesen erstellt.

Kennzahlen aus der Krankenhausstatistik

Alle Bereiche inkl. Psychiatrie, Geriatrie, Physikalische Medizin/Rehabilitation und Palliativpflegespitäler

Kennziffern nach Spital 2008¹

Spital	Planbetten	Hospitalisierte ²	Pflegertage ³	Ø Aufenthaltsdauer in Tagen ⁴	Vollzeit-äquivalente	Betriebsaufwand in 1000 Fr.
Total	3 574	96 580	1 181 744	12,2	12 008	1 971 717
Basel-Stadt	2 155	55 122	724 591	13,1	7 708	1 320 379
Universitätsspital Basel	654	27 400	234 765	8,6	4 171	740 581
Felix Platter-Spital	321	2 765	103 038	37,3	604	87 625
Universitäre Psychiatr. Kliniken	272	2 666	98 281	36,9	677	99 877
Gemeindespital Riehen	76	1 439	23 646	16,4	156	22 285
Reha Chrischona	77	1 162	27 833	24,0	82	15 209
St. Claraspital	229	7 805	71 072	9,1	586	127 361
Merian Iselin	120	5 671	38 623	6,8	379	70 163
Bethesda-Spital	124	4 341	35 017	8,1	399	63 395
Adullam-Geriatriespital	85	651	31 220	48,0	152	16 021
Klinik Sonnenhalde	63	403	22 375	55,5	101	15 371
REHAB Basel	92	395	27 237	69,0	275	41 129
Hildegard Hospiz	27	203	7 382	36,4	46	5 975
Schmerzambulanz Kirschgarten	15	221	4 102	18,6	81	15 387
Basel-Landschaft	1 290	34 862	417 315	12,0	3 676	544 331
Kantonsspital Liestal	384	13 940	126 356	9,1	1 190	183 229
Kantonsspital Bruderholz	424	11 886	138 169	11,6	1 300	188 376
Kantonsspital Laufen	86	2 153	24 964	11,6	227	30 999
Psychiatrische Klinik ⁵	191	1 669	73 397	44,0	394	53 389
Klinik ESTA ⁶	15	97	3 073	31,7	12	1 789
Hirslanden Klinik Birshof	43	2 340	13 959	6,0	127	27 971
Praxisklinik Rennbahn	10	535	2 703	5,1	59	9 862
Ergolz-Klinik	16	377	1 654	4,4	13	6 050
Ita Wegman Klinik	63	1 143	20 023	17,5	221	21 946
Lukas Klinik	46	525	10 321	19,7	117	18 361
Hospiz im Park	12	197	2 696	13,7	17	2 359
Institutionen BS/BL	129	6 596	39 838	6,0	624	107 007
Universitäts-Kinderspital	129	6 596	39 838	6,0	624	107 007

Kennziffern der Spitäler 1998–2008¹

Kennziffer	1998	2000	2002	2004	2006	2008
Anzahl Betriebe	24	26	26	26	25	25
Planbetten	4 129	3 947	3 892	3 703	3 574	3 574
Hospitalisierte ²	86 238	85 986	88 048	90 524	92 852	96 580
Pflegertage ³ in 1000	1 270	1 242	1 216	1 207	1 139	1 182
Ø Aufenthaltsdauer in Tagen ⁴	14,7	14,4	13,8	13,3	12,3	12,2
Bettenbelegung ⁷ in %	84,3	86,2	85,6	89,3	87,3	90,6
Beschäftigte am 31.12.	12 307	12 909	13 573	13 749	14 170	14 948
Vollzeitäquivalente am 31.12.	9 781	10 118	10 745	10 817	11 155	12 008
Betriebsaufwand in Mio. Fr.	1 329	1 421	1 593	1 671	1 756	1 972
Kosten pro Fall* (Fr.)	15 309	16 293	17 754	18 123	18 593	19 998
Kosten pro Pflegetag* (Fr.)	1 032	1 128	1 286	1 359	1 516	1 634

Hospitalisierte und Pflegetage nach Wohnsitzkanton 1998–2008¹

Wohnsitzkanton	1998	2000	2002	2004	2006	2008
Hospitalisierte²						
Total	86 238	85 986	88 048	90 524	92 852	96 580
BS	35 260	34 358	34 450	34 474	35 092	35 461
BL	36 019	36 776	38 082	39 119	40 284	42 378
AG	2 280	2 770	3 098	3 069	3 367	3 606
SO	3 281	3 701	3 862	4 738	4 927	5 269
JU	1 131	1 033	1 105	1 199	1 138	1 201
Übrige Schweiz	2 237	2 907	2 843	3 068	2 959	3 082
Ausland	4 537	4 246	4 510	4 701	5 057	5 500
Unbekannt	1 493	195	98	156	28	83
Pflegertage³						
Total	1 269 938	1 242 337	1 216 001	1 207 362	1 138 973	1 181 744
BS	652 911	623 144	577 425	540 798	499 782	510 967
BL	454 014	452 477	468 136	479 507	458 891	479 226
AG	23 928	27 123	31 753	31 297	31 676	31 979
SO	35 694	41 200	42 697	55 023	53 603	57 580
JU	12 025	10 946	12 198	13 959	10 769	12 435
Übrige Schweiz	27 744	42 109	42 725	42 335	42 572	41 793
Ausland	37 909	42 360	39 952	43 990	41 472	47 028
Unbekannt	25 713	2 978	1 115	453	208	736

¹ Ohne Vista Klinik.² Stationäre Austritte ohne gesunde Säuglinge.³ Zahl der im jeweiligen Kalenderjahr geleisteten Pflegetage.⁴ Pflegetage dividiert durch Hospitalisierte.⁵ Ohne Externe Psychiatrische Dienste (EPD), Psychiatrischer Dienst für Abhängigkeitserkrankungen (PDA), Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst (KJPD) und Langzeitbereich (ehemaliges Kantonales Altersheim Liestal, KAL).⁶ Ehemals Klinik Cikade.⁷ Pflegetage x 100 dividiert durch Planbetten gemäss Spitalliste x 365.⁸ Betriebsaufwand abzüglich ambulante Erträge dividiert durch Hospitalisierte.⁹ Betriebsaufwand abzüglich ambulante Erträge dividiert durch Anzahl Pflegetage.

Quelle: Krankenhausstatistik, Statistisches Amt des Kantons-Basel-Landschaft

Erläuterungen zu den Auswertungen

Verwendete Versionen:

APDRG-Grouper 3M: Version 1.8,

ohne Umgruppierung in SPG (Swiss Payment Groups)

Kostengewichte: Version 5.1 f

Die Auswertungen basieren auf den stationären Austritten der Patientinnen und Patienten, die in den Spitälern der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft hospitalisiert waren, unabhängig von ihrem Wohnort und inklusive Säuglinge. Hospitalisierte der Leistungsstellen Psychiatrie, Geriatrie und Physikalische Medizin/Rehabilitation und Hospitalisierte der Palliativpflegespitäler sind hingegen nicht enthalten.

Zu beachten ist, dass sich der Abrechnungsdatensatz unter Umständen vom Datensatz, den die Spitäler im Rahmen der Medizinischen Statistik ans Bundesamt für Statistik liefern, unterscheiden kann. So sind im Datensatz für die Medizinische Statistik beispielsweise nicht abrechenbare APDRG vorhanden, während diese für die Fakturierung manuell umgruppiert werden. Aus diesem Grund können aus den beiden Datensätzen unterschiedliche Werte für Kennzahlen wie Case Mix oder Case Mix Index resultieren.

Literaturverzeichnis

- APDRG Suisse (Hrsg.) 2003: Kostengewichte, Version 4.1.
- APDRG Suisse (Hrsg.) 2005: Kostengewichte und Swiss Payment Groups, Version 5.1.
- APDRG Suisse (Hrsg.) 2007: TAR APDRG 2008. Prinzipien und Regeln für die Vergütung und Rechnungsstellung nach APDRG für die Anwendung der Version 5.1 der Kostengewichte und der SPG im Jahr 2008.
- Arnold, Michael; Martin Litsch & Henner Schellschmidt (Hrsg.) 2001: Krankenhaus-Report 2000: Schwerpunkt: Vergütungsreform mit DRGs. 2001.
- Bundesamt für Statistik (Hrsg.) 2004: Der Case Mix Index – ein Mass für den durchschnittlichen Schweregrad der Krankenhausfälle. StatSanté, Nr. 3/2004.
- Bundesamt für Statistik (Hrsg.) 2008: Kodierungshandbuch. Der offizielle Leitfaden der Kodierregeln, Version 2.0.

Internetseiten

- APDRG Suisse: www.apdrgsuisse.ch
- Institut für Gesundheit und Ökonomie (ISE): www.isesuisse.ch
- SwissDRG: www.swissdrg.org

Weiterführende Tabellen zur Gesundheitsstatistik beider Basel sind auf der Internetseite des Statistischen Amtes des Kantons Basel-Landschaft im Kapitel «14 Gesundheit» des Zahlenfensters abrufbar und können im Excel-Format heruntergeladen werden.

www.statistik.bl.ch

Herausgeber

Leitungsausschuss Gesundheitsstatistik beider Basel:

Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt:
Jan Zbinden, Wissenschaftlicher Mitarbeiter
Christine Huber, Wissenschaftliche Mitarbeiterin

Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion
des Kantons Basel-Landschaft:
Dr. Dominik Schorr, Kantonsarzt

Statistisches Amt des Kantons Basel-Landschaft:
Johann Christoffel, Kantonsstatistiker, Vorsitzender des
Leitungsausschusses Gesundheitsstatistik beider Basel

Gesundheitsstatistik beider Basel

Bei der Gesundheitsstatistik beider Basel handelt es sich um ein partnerschaftliches Projekt der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft. Die Durchführung obliegt dem Statistischen Amt des Kantons Basel-Landschaft:

Corinne Hügli, Stv. Kantonsstatistikerin, Projektleiterin
Nicole Ammann, Wissenschaftliche Mitarbeiterin

Bezugsadresse

Statistisches Amt des Kantons Basel-Landschaft
Rufsteinweg 4, 4410 Liestal
Tel. 061 552 56 32, Fax 061 552 69 87
statistisches.amt@bl.ch

Gestaltung: vista point, Basel
Druck: Kreis Druck AG, Basel

Dezember 2009