



SwissDRG

Medizinisch-ökonomische Erhebung von Falldaten

Zusammenfassender Bericht über die
Plausibilisierung der Erhebung 2005

Endversion
23.12.2006

Arbeiten im Rahmen von SwissDRG
beim Bundesamt für Statistik
Roger Krüger - Projektleiter (BFS)

Projekt SwissDRG
 Medizinisch-ökonomische Erhebung von Falldaten
Zusammenfassender Bericht über die Plausibilisierung der Erhebung 2005
 [23.12.2006]

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	4
2. Organisation und Arbeitsetappen	5
2.1 Vorbereitung der Aufbereitungen und Analysen	5
2.2 Aufbereitung der Erhebungsdaten	5
2.3 Analysetabellen (Standardtabellen)	5
2.4 Globale Datenanalysen und Vergleiche	5
2.5 Kommunikation mit den Spitälern	5
2.6 Analysebericht und definitive Datenbank	5
3. Plausibilisierung	6
3.1 Vorgehen	6
3.2 Profil der Erhebungsspitäler	6
3.2.1 Zusammenfassung	6
3.2.2 Anzahl Spitäler und Fälle (Austritte)	7
3.2.3 Typologie und Grösse der Spitäler	7
3.2.4 Grösse der Spitäler	8
3.2.5 Regionen und Kantone	8
3.2.6 Versichertenkategorien	8
3.3 Eingrenzung der erhobenen Fälle	9
3.4 Medizinisch-administrative Daten	10
3.4.1 Zusammenfassung	10
3.4.2 Administrative Variablen	10
3.4.3 Diagnose- und Operationskodes	10
3.5 Ökonomische Daten	12
3.5.1 Zusammenfassung	12
3.5.2 Analytisches Vorgehen	12
3.5.3 Zusammenfassung der Ergebnisse	12
3.5.4 Vollkosten und direkte Kosten	14
4. Schlussevaluation	16
4.1 Bestimmung eines Datensets	16
4.2 Profil der Datenset-Spitäler	16
5. Schlussbemerkungen	18
6. Exkurs	19
6.1 Provisorisches Mapping	19
6.2 Vergleiche der getrimmten Daten	19

ANHÄNGE

A – Formate.....	21
B – Erhobene Daten und landesweite Verteilungen 2004.....	24
C – Abgrenzung der erhobenen Fälle.....	27
D – Qualitative Analysen	28
E – Profil der Spitäler des Datensets	31
F – Eingrenzung der Fälle	33
G – Detailanalyse	34

1. Einleitung

Im Rahmen des nationalen Projekts SwissDRG wurde zwischen Oktober 2005 und Mitte April 2006 eine medizinisch-ökonomische Erhebung durchgeführt. Dreissig Spitäler nahmen an dieser nicht-obligatorischen Erhebung teil.

Die Erhebung stützte sich auf ein Arbeitskonzept vom Dezember 2005. Nach einer Formatkontrolle¹ und mehreren Stufen der Datenkonversion² wurden erste Aufbereitungen und Analysen vorgenommen, die in eine im Sommer 2006 veröffentlichte Zwischenbilanz einflossen (Newsletter SwissDRG).

Herr Pascal Besson (H+) wird für die enge professionelle Zusammenarbeit im Rahmen dieser Arbeiten gedankt.

Der vorliegende Bericht präsentiert in geraffter Form die Ergebnisse der Analyse (Plausibilisierung) dieser Erhebung.

- In Abschnitt 2 werden die Arbeitsschritte aufgezeigt.
- In Abschnitt 3 werden die Hauptergebnisse der Analyse dargelegt.
- Abschnitt 4 gibt Aufschluss über die Bestimmung eines Datensets, dessen Qualität für statistische Auswertungen ausreichend erscheint.

In den Schlussbemerkungen wird die Erhebung zusammengefasst und Bilanz gezogen.

¹ Die Datenformate sind in Anhang A1 aufgeführt.

² H+ - Die Spitäler der Schweiz leisteten einen wesentlichen Beitrag zu dieser Etappe der Arbeiten. Ausserdem wurden die im Format des Programms HuGo gelieferten ökonomischen Daten zweier Spitäler von einem Informatiker im Auftrag des BFS (E. Schaffter) gestützt auf ein von A. Füglistner (BFS) erstelltes Modell versuchsweise in das aggregierte Erhebungsformat konvertiert. Beiden sei an dieser Stelle ebenfalls herzlich gedankt.

2. Organisation und Arbeitsetappen

2.1 Vorbereitung der Aufbereitungen und Analysen

Um den Spitälern genügend Zeit zur Übermittlung der Daten in den spezifizierten Formaten zu geben, wurde die Dauer der im Oktober 2005 lancierten Erhebung bis Mitte April 2006 ausgedehnt. In der Zwischenzeit konnten verschiedene Projektetappen abgeschlossen werden. Im Dezember 2005 wurde ein Arbeitskonzept verabschiedet. Die Trimming-Methoden wurden zwecks nachfolgender Evaluation dokumentiert. Schliesslich wurden die Programmerroutinen zur Aufbereitung und Analyse der Erhebung konstituiert.

2.2 Aufbereitung der Erhebungsdaten

Nach Überführung sämtlicher Daten in das spezifische Erhebungsformat (Konversionen, Korrekturen) wurden die Daten der dreissig teilnehmenden Spitäler mit einer Reihe spezifische Routinen aufbereitet (Batch-Prozess). Im Einzelnen entsprach dies folgenden Datenverarbeitungsschritten:

- Kontrolle, Korrektur und Dokumentation der Rohdaten
- Umformatierung und Verknüpfung der medizinisch-administrativen und ökonomischen Daten
- Erstellung einer Datenbank.

2.3 Analysetabellen (Standardtabellen)

Um Synthesestatistiken bereitstellen zu können, wurden Analysetabellen mit den Daten der einzelnen Erhebungsspitäler erstellt ('Standardtabellen')³.

2.4 Globale Datenanalysen und Vergleiche

Die erhobenen Daten wurden anschliessend globalen Analysen und Vergleichen unterzogen. Die Analysen fokussierten auf Schlüsselindikatoren (Fehlerquote pro Variable/Spital, Kodierdichte, Quote der nicht-gruppierbaren Fälle, usw.). Die ökonomischen Daten der einzelnen Spitäler (Fallkosten) wurden auf der Vollkostenebene und nach Struktur analysiert. Die im Rahmen dieser Analysen identifizierten spitalspezifischen Phänomene wurden den Spitälern auf Einzelbasis zur Kenntnis gebracht.

2.5 Kommunikation mit den Spitälern

Gestützt auf die Standardtabellen wurden offene Einzelfragen mit den Spitälern erörtert. Diese Kontakte trugen zu einem besseren Verständnis der Daten und der dahinter stehenden Phänomene bei. Zudem boten sie Gelegenheit zur Validierung einiger grundlegender Fragen⁴.

2.6 Analysebericht und definitive Datenbank

Parallel zu den Plausibilisierungsarbeiten wurde eine nationale SwissDRG-Datenbank aufgebaut und Ende 2006 fertig gestellt.

³ Diese entsprechen im Wesentlichen den Anhängen D1- D3 dieses Berichts

⁴ Insbesondere der Begriff „Vollkosten“ (vgl. Abschnitt 3.5.4.1 unten)

3. Plausibilisierung

3.1 Vorgehen

Als erstes wird das Profil der 30 teilnehmenden Spitäler erstellt. Anschliessend werden die Ergebnisse der Analyse der medizinisch-administrativen Daten unter dem Aspekt der beobachteten Fehler je Variable sowie nach Indikatoren im Kodierungsbereich präsentiert. Die ökonomischen Daten werden einerseits anhand einer empirischen Methode (beruhend auf einem Vergleich der Kostenstruktur) und andererseits im Hinblick auf spezifische Fragestellungen (Begriff „Vollkosten“) plausibilisiert.

Nach Abschluss dieser Analysen erfolgt eine globale Evaluation der Datenqualität. Gestützt darauf wird ein Datenkomplex (Datenset) ausgewählt, der die qualitativen Anforderungen für weitere statistische Arbeiten erfüllen dürfte. Die Frage der Repräsentativität des gebildeten Datensets wird ebenfalls erörtert.

3.2 Profil der Erhebungsspitäler

Dieser Abschnitt beschreibt die Ausgangslage der Erhebung und deckt alle teilnehmenden Spitäler ab. Das Profil der Erhebungsspitäler wird mit demjenigen der Gesamtheit der zweihundert Schweizer Spitäler im Bereich der akut-somatischen Versorgung verglichen. Diese Analyse wird später, nach der Bildung eines statistischen Datensets (vgl. Abschnitt 4), wiederholt.

Methodischer Hinweis:

Da es hier darum geht, eine Repräsentativitätsanalyse der Erhebung durchzuführen, und die in der medizinischen Statistik erfassten Arten von Behandlungsfällen einer gewissen Variabilität unterliegen, basiert dieser Abschnitt auf der administrativen Statistik der Krankenhäuser⁵. Einzige Ausnahme bildet die Analyse nach Versichertenkategorien, die auf der medizinischen Statistik beruht.

3.2.1 Zusammenfassung

- a. Im Jahr 2004 wurden 20% (21.5%) der akut-somatischen Fälle in kleineren Spitälern (mit maximal 100 Betten) behandelt. In der SwissDRG-Erhebung sind die kleinen Spitäler untervertreten, während die drei beteiligten Universitätsspitäler ein grosses Gewicht darin haben.
- b. Die an der SwissDRG-Erhebung mitwirkenden Spitäler sind hauptsächlich in den drei Grossregionen Genfersee, Tessin und Zürich angesiedelt.
- c. Abgesehen von einer leichten Verzerrung bei den privat Krankenversicherten (-10%) sind die verschiedenen Versichertenkategorien in der SwissDRG-Erhebung ausgewogen vertreten.

⁵ Pflegefälle, -tage und -betten in dem von dieser Statistik erfassten stationären Versorgungsbereich.

3.2.2 Anzahl Spitäler und Fälle (Austritte)

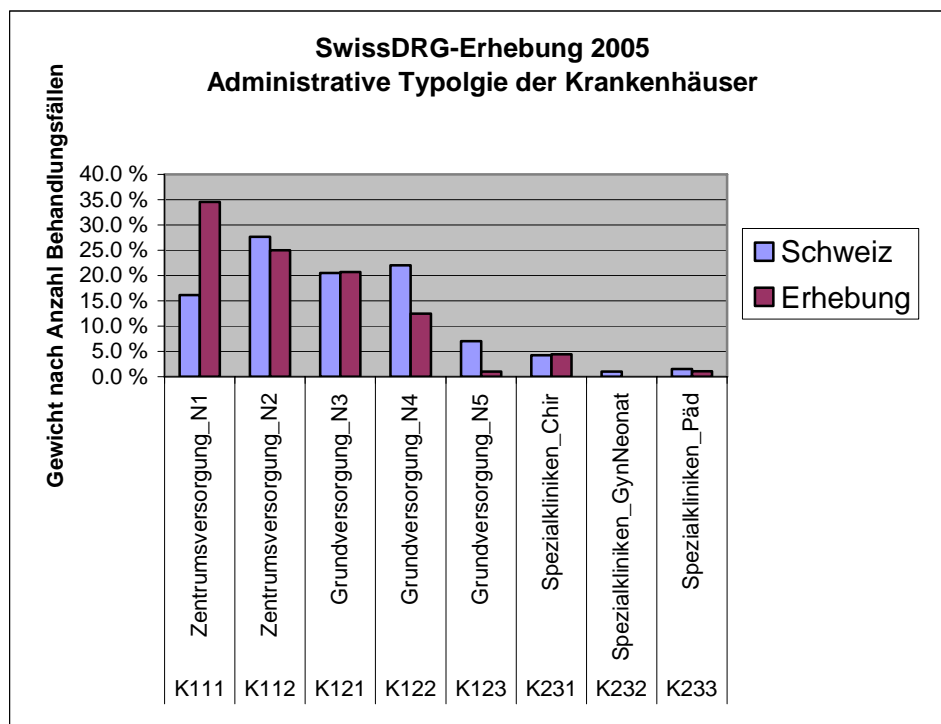
2004 umfasste die schweizerische Spitallandschaft 200 Spitäler der akut-somatischen Versorgung⁶. 30 dieser 200 Betriebe (15%) nahmen an der SwissDRG-Erhebung 2005 teil.

Die 200 Spitäler der akut-somatischen Versorgung behandelten 2004 eine Million stationäre Fälle (Austritte). Davon entfielen 277'000 Fälle, d.h. über ein Viertel (28%), auf die 30 Erhebungsspitäler [vgl. Anhang B1].

Aus diesen Zahlen geht klar hervor, dass es sich bei den teilnehmenden Spitälern (im schweizweiten Vergleich) tendenziell um grosse Betriebe handelt.

3.2.3 Typologie und Grösse der Spitäler

Die administrative Typologie der Krankenhäuser (BFS, 2001)⁷ bezweckt eine Kategorisierung der Betriebe nach dem Versorgungsniveau und unter Berücksichtigung der medizinischen Fachgebiete. Geht man von dieser Typologie aus, sind die wichtigsten Zentrumsspitäler (K111 – Universitätsspitäler⁸) in der Erhebung überrepräsentiert (im landesweiten Vergleich), während die periphersten Betriebe (Grundversorgung K122 und K123) untervertreten sind [vgl. Anhang B1].



[Grafik 1]

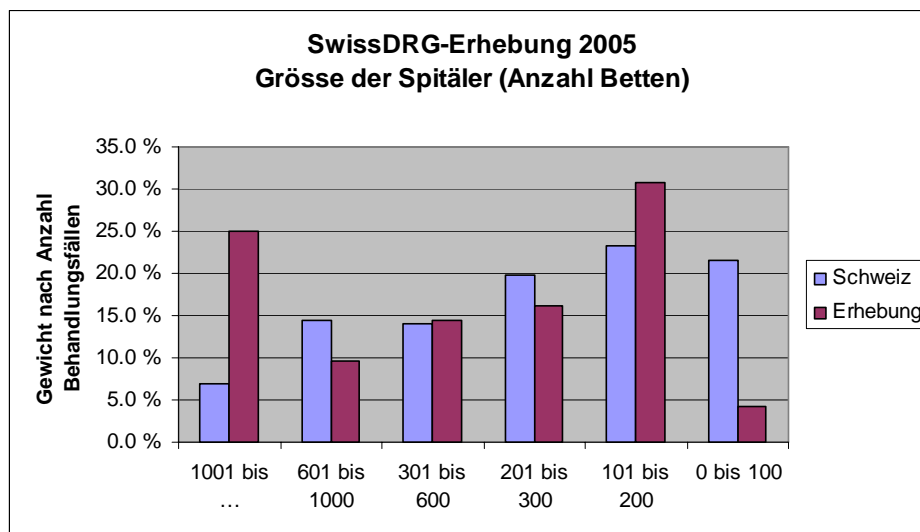
⁶ D.h. die Kategorien K11, K12 und teilweise K23 ('Andere Spezialkliniken') der administrativen BFS-Krankenhaustypologie (2001). Das Tätigkeitsprofil der Betriebe wurde anhand einer Gruppierung der (AP-) DRG nach medizinischen Disziplinen (DRG-Gruppen) evaluiert, um deren Merkmale als Betriebe der akut-somatischen Versorgung anhand des Typs der behandelten Pathologien bestätigen zu können.

⁷ Die administrative Krankenhaustypologie des BFS (2001) beruht auf drei Zuordnungskriterien: Grösse der Spitäler (Anzahl Pflge tage), Anzahl Leistungsstellen, Anzahl FMH-Weiterbildungskategorien. Die Betriebe sind in Spitäler der Zentrumsversorgung (K111 und K112), Spitäler der Grundversorgung (K12) und in Spezialkliniken (K2) unterteilt. Die Spitäler der Grundversorgung sind auf Grund der oben genannten Kriterien in drei weitere Kategorien unterteilt.

⁸ Insgesamt fünf Spitäler in der Schweiz.

3.2.4 Grösse der Spitäler

Die Grössenanalyse der Betriebe (Anzahl Betten) zeigt, dass das schweizerische Spitalnetz (akut-somatische Versorgung, 2004) zu nahezu 60% (116 von 200) aus relativ kleinen Krankenhäusern (mit maximal 100 Betten) besteht. Diese 116 Betriebe behandelten 2004 nahezu 20% aller stationären, akut-somatischen Fälle [vgl. Anhang B2]. Ein Vergleich der Erhebung mit den gesamtschweizerischen Daten macht deutlich, dass zwei Grossspitaler (ab 1000 Betten) besonders ins Gewicht fallen (+18%). Andererseits sind die kleinen Spitäler (mit maximal 100 Betten) stark untervertreten (-17%). Die mittelgrossen Betriebe (100-300 Betten) schliesslich sind ziemlich ausgewogen repräsentiert.



[Grafik 2]

3.2.5 Regionen und Kantone

An der Erhebung nahmen hauptsächlich Spitäler aus der Genferseeregion (GE, VD, VS), dem Tessin und Zürich teil. Dazu kommen zwei Spitäler in der Ostschweiz (SG) und in der Nordwestschweiz (BS) [vgl. Anhang B3]

Dass die teilnehmenden Spitäler in sieben von sechsundzwanzig Kantonen lokalisiert sind, dürfte auf spezifische Entwicklungsfaktoren zurückzuführen sein⁹.

3.2.6 Versichertenkategorien

Abgesehen von einer leichten Untervertretung der Privat- und Halbprivatversicherten (-10% im Falle der Krankenversicherung) sind die verschiedenen Versichertenkategorien in der SwissDRG-Erhebung ausgewogen repräsentiert [vgl. Anhang B4].

Die beobachtete leichte Verzerrung ist zweifellos auf die Mitwirkung grosser öffentlicher Spitäler an der Erhebung zurückzuführen.

⁹ So werden z.B. die medizinisch-administrativen Daten noch nicht überall als determinierende Parameter der Spitalfinanzierung (leistungsbezogene Finanzierung) verwendet.

3.3 Eingrenzung der erhobenen Fälle

Die Rohdaten der SwissDRG-Erhebung 2005 beziehen sich auf über 350'000 Behandlungsfälle (einschliesslich ambulante Fälle).

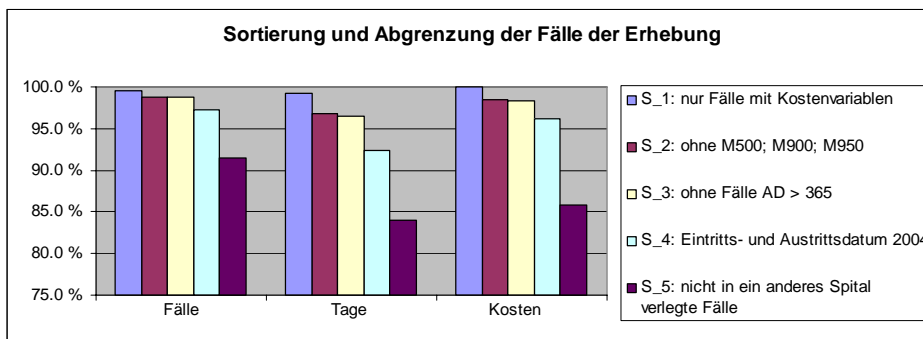
Die Daten zu den 2004 erfolgten stationären Behandlungen¹⁰ betreffen nahezu 300'000 (292'000) Fälle, die 2.3 Mio. Pfl egetagen und CHF 2.7 Mia. Behandlungskosten entsprechen.

Diese stationären Fälle wurden einer Reihe von Auswahlritten unterzogen, um eine Gruppe von statistisch auswertbaren Fällen zu erhalten:

- Der weitaus grösste Teil (291'000) dieser Datensätze enthält Informationen zu den Behandlungskosten [S1].
- Rund 2'000 der in Pflegestationen¹¹ betreuten Fälle sind nicht der akut-somatischen Versorgung zuzurechnen [S2].
- Eine äusserst geringe Anzahl der verbleibenden Datensätze betrifft Fälle, die Aufenthalte von mehr als 365 Tagen beinhalten [S3].
- Rund 4'000 Fälle schliesslich entsprechen Behandlungen, die sich über einen Jahreswechsel hinaus erstrecken¹².

Am Schluss dieser sukzessiven Auswahl verbleiben Datensätze zu 285'000 Behandlungsfällen im Bereich der stationären, akut-somatischen Versorgung, die 2.2 Mio. Pfl egetagen und 2.6 Mia. CHF Behandlungskosten entsprechen [S4].

Darunter befinden sich rund 17'000 Fälle, die in andere Spitäler verlegt wurden [S5]¹³.



[Grafik 3 – Detail vgl. Anhang C]

¹⁰ Variable 0.2.V02 (Faldefinition) und 1.3.V01 (Behandlungsart); Medizinische Statistik der Krankenhäuser, Detailkonzept 1997. Einschliesslich sämtliche Neugeborenen. Anzuführen ist, dass weniger als 1% dieser Fälle wegen expliziter Kodierfehler nicht klassifiziert werden konnten.

¹¹ M500 (Psychiatrie und Psychotherapie), M900 (Geriatric), M950 (Rehabilitation)

¹² Die Berechnung der Kosten von Behandlungen, die sich über zwei Rechnungsjahre erstrecken, ist potenziell mit technischen Schwierigkeiten behaftet.

¹³ Die Daten der Transferfälle weisen potenziell Lücken auf (im Bereich der medizinischen oder Kosteninformationen) im Vergleich zur Gesamtheit der Behandlungsepisode der betrachteten Pathologie. Aus diesem Grund erscheint es sinnvoll, diese Fälle bei späteren statistischen Aufbereitungen ebenfalls auszuklammern. Eine Ausnahme bilden die in DRG's gruppierten Fälle, die Transferfälle explizit berücksichtigen.

3.4 Medizinisch-administrative Daten¹⁴

3.4.1 Zusammenfassung

Die erhobenen medizinischen und administrativen Variablen sind von ausgezeichneter Qualität. Dies gilt (von wenigen unbedeutenden Ausnahmen abgesehen) für alle beteiligten Spitäler.

3.4.2 Administrative Variablen

Von den dreissig administrativen Variablen der Erhebung weist einzig die Variable "Nationalität" eine bedeutende Fehlerquote auf (18%). Diese Variable stellt jedoch keine wesentliche Information für die medizinisch-ökonomischen Statistiken nach Diagnosegruppen dar.

Ein paar Fehler sind bei den Variablen "Wohnort (Region)" (0.3%) und "Behandlung nach Austritt" (0.8%) zu verzeichnen.

Insgesamt enthalten die administrativen Variablen keine bedeutenden expliziten Fehler, die eine wichtige Variable betreffen. [vgl. Anhang D1].

3.4.3 Diagnose- und Operationskodes

*Die durchgeführte Analyse beschränkt sich auf Indikatoren, welche explizite Kodierfehler sowie die Kodierdichte anzeigen. Eine solche Analyse liefert generische Informationen über die Kodierung, macht jedoch keine Aussagen über deren Genauigkeit.*¹⁵

Die statistische Analyse ergibt Folgendes¹⁶:

- Lediglich 1.7% der Datensätze (Fälle) weisen einen expliziten Fehler im Bereich des Hauptdiagnosekodes (ICD-10) auf¹⁷.
- Das (Brutto-)Mittel der Diagnosekodes pro Fall beträgt 4.3 - d.h. ein sehr hoher Wert.
- Das (Brutto-)Mittel bei den Prozeduren und Eingriffen (icd-9-cm; CH-OP) liegt bei 1.4.
- Auf einer weiter aggregierten Analysestufe sind lediglich 1.6% der stationären Fälle "nicht-gruppierbar"¹⁸.

Diese generischen Indikatoren zeigen, dass die erhobenen Daten hinsichtlich der Kodierung der medizinischen Variablen von ausgezeichneter Qualität sind.

¹⁴ Nähere Angaben zu dem hier erörterten Teil der Analyse finden sich im Anhang D.

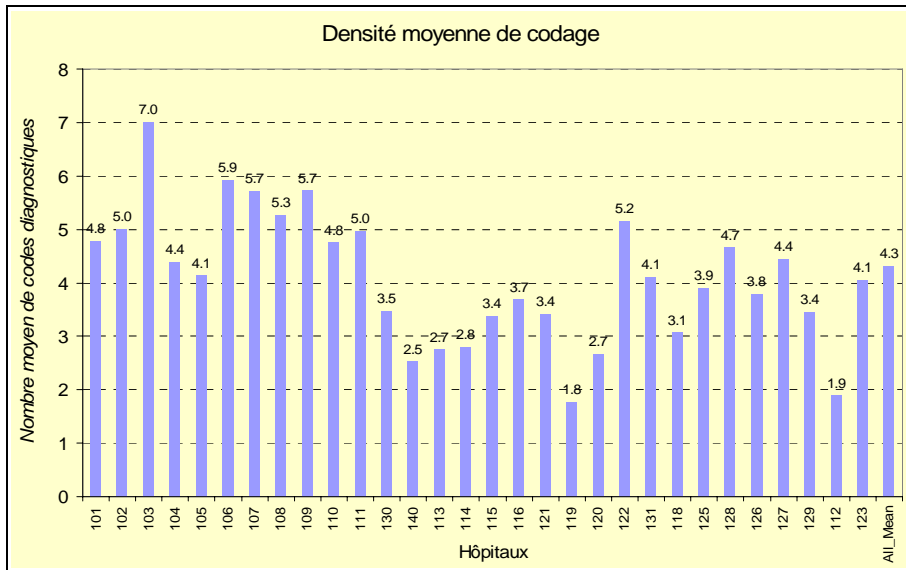
¹⁵ Zahlreiche Spitäler führen periodische Kodierrevisionen durch. Dabei wird eine Zufallsstichprobe von Patientendossiers gezogen, die entsprechenden Fälle werden neu kodiert und das Ergebnis mit den ursprünglichen Spitalcodes verglichen. Im Rahmen der Analyse der erhobenen Daten ist ein derart detailliertes Verfahren aus offensichtlichen Gründen nicht möglich.

¹⁶ Details s. Anhang D.

¹⁷ 'Expliziter Fehler' bedeutet, dass der Kode der Hauptdiagnose (Variable 1.6.V01) nicht vorhanden ist oder ein Kode nicht einer Position der fraglichen Nomenklatur entspricht. Betrachtet man die Gesamtheit der Diagnosekodes (stationäre Fälle), so ist festzustellen, dass lediglich 0.5% dieser Codes einen expliziten Fehler aufweisen [vgl. Anhang D1].

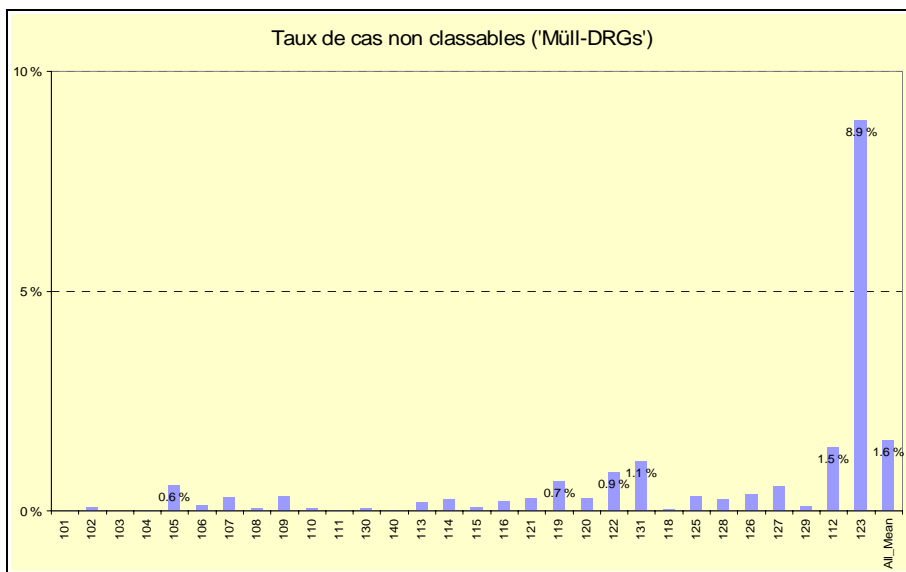
¹⁸ Einem DRG zugeordnete Fälle, die einen Kodierfehler im Bereich der medizinischen (oder administrativen) Variablen aufweisen.

Mittlere Kodierdichte der Erhebungsspitäler



[Grafik 4]

Quote der nicht klassierbaren Behandlungsfälle der Erhebungsspitäler



[Grafik 5]

3.5 Ökonomische Daten¹⁹

3.5.1 Zusammenfassung

Die empirische Analyse identifizierte eine Gruppe von 17 Spitälern mit ähnlicher Kostenstruktur, während sich für die anderen Spitäler verschiedene Fragen bezüglich der Aufteilung der Kostenkomponenten stellten.

Die Analyse wurde durch Kontakte mit den Spitälern ergänzt. Auf diese Weise konnten spezifische Fragen (angerechnete Kostenarten usw.) erörtert und die Ursachen der aus den Daten ermittelten Besonderheiten geklärt werden (spezifische Kostenrechnungsmodelle).

Nach Abschluss der Analyse dürften 18 bis 21 Spitäler die Voraussetzungen für eine Aufnahme in das statistische Datenset erfüllen (160'000-190'000 Fälle).

3.5.2 Analytisches Vorgehen

Den erhobenen Daten liegt eine Vielfalt von Kostenrechnungsmodellen zu Grunde. Angesichts dieser Methodenvielfalt und wegen der oft fehlenden detaillierten Informationen hierzu, bot sich eine Plausibilisierung der Erhebung nach empirischen Kriterien (Datenanalyse) an.

A. Strukturelle Analyse der ökonomischen Daten

Nach Abschluss der in Abschnitt 2 und 3 oben erwähnten Aufbereitungen und Analysen wurden die Daten anhand der medizinisch-administrativen Kriterien gefiltert und eine Analyse der ökonomischen Daten durchgeführt. Die Plausibilisierung dieser Daten erfolgte mittels einer vergleichenden Strukturanalyse.

B. Analysen und gezielte Fragen an die Spitäler

Zusammen mit den Standardtabellen wurden den Spitälern gezielte Fragen unterbreitet. Ein Austausch auf der Basis dieser Unterlagen diente dazu, die Ursachen der aus den Daten ermittelten besonderen Phänomene zu klären.

Im Folgenden sind die wichtigsten Ergebnisse dieser Etappe zusammengefasst, unter Einhaltung des für die Erhebung geltenden Vertraulichkeitsprinzips.

3.5.3 Zusammenfassung der Ergebnisse

A. Daten 2004 mit der Struktur eines ausgebauten Kostenträgerrechnungsmodells

Die Falldaten von 17 Spitälern der Erhebung 2005 zeigen eine relativ ähnliche Struktur (Leistungspunkte), ohne direkt vergleichbar zu sein. Bei diesen 17 Spitälern handelt es sich um Betriebe, die - nach den hier analysierten Daten 2004 zu urteilen - über ausgebaute Kostenrechnungsmodelle verfügen.

Besonderes:

- Die Daten eines Betriebs in dieser Kategorie schlossen die Kosten für Forschung und Lehre mit ein, welche nicht von den Gesamtkosten auf Fallstufe in Abzug gebracht werden können²⁰.

¹⁹ Dieser Teil der Analyse berücksichtigt sämtliche stationären Fälle, deren Austrittsdatum in den Erhebungszeitraum fällt (2004), mit Ausnahme der Fälle aus den Behandlungseinheiten Psychiatrie, Geriatrie und Rehabilitation. Der Einfachheit halber wird in der nachfolgenden Zusammenfassung (soweit notwendig) auch die Qualität der medizinisch-administrativen Falldaten erörtert.

²⁰ Diese Kosten machten weniger als 5% der Betriebskosten des betreffenden Spitals aus.

Evaluation:

- Die Daten von 16 bis 17 Betrieben dieser Kategorie dürften für statistische Auswertungen geeignet sein²¹.

B. Nach institutionellen Kostenstellen strukturierte Daten

Die Daten der beiden Spitäler, welche ihre Falldaten im Format HuGo lieferten, weisen die Struktur einer Rechnungslegung nach institutionellen Kostenstellen auf²². Versuche, diese Struktur in diejenige eines Kostenträgerrechnungsmodells (Labor, Operationssaal) zu konvertieren, brachten leider kein schlüssiges Ergebnis.

Besonderes:

- Die Daten eines dieser beiden Spitäler enthielten einen hohen Anteil (9%) an nicht-gruppierbaren Fällen (stationäre Fälle); die Daten 2004 des anderen Betriebs wiesen eine relativ geringe Kodierdichte auf (durchschnittlich 1.9).

Evaluation:

- Die Daten dieser Betriebe dürften wegen der angetroffenen Konvertierungsprobleme statistisch nicht nutzbar sein.

C. Daten, die auf Modellen beruhen, welche einer Stufe zwischen Kostenstellenrechnung und Kostenträgerrechnung entsprechen

In diese Kategorie fallen mehrere Spitäler (11), deren Falldaten 2004 auf ein dahinter stehendes Modell hindeuten, das einer Zwischenstufe zwischen einer Rechnungslegung nach institutionellen Kostenstellen und einer Kostenträgerrechnung (Labor, Operationssaal usw.) entspricht.

Die Daten (2004) einiger Spitäler in dieser Kategorie wurden in Spezialformaten mit gewissen Zusatzvariablen geliefert. Es handelt sich beispielsweise um Variablen, die mehrere miteinander verknüpfte Kostenarten enthalten (z.B. Pflege und Ärzteschaft), oder um Variablen im Bereich der Verwaltungs- oder Infrastrukturkosten (Gebäude).

Die Gesamtkostenstruktur dieser 11 Betriebe zeigt (für die betrachteten Daten 2004) erhebliche Anomalien, die bei einer Analyse über alle Fallgruppen (DRGs) hinweg sichtbar wurden²³.

Besonderes:

- Die Falldaten (2004) dreier dieser Betriebe enthielten nicht die vollständigen Kosten des ärztlichen Personals.
- Die Falldaten (2004) eines Betriebs schlossen die Investitionskosten mit ein.
- Die zusätzlich eingeholten Informationen zeigten, dass sich die Zusatzvariablen zweier Betriebe im Wesentlichen auf die Kosten des ärztlichen Personals beziehen. Damit weist die Struktur der ökonomischen Daten dieser beiden Betriebe Ähnlichkeiten mit derjenigen der 17 Spitäler in der ersten Kategorie (s.oben) auf. Ein weiterer Betrieb lieferte ähnliche Zusatzinformationen. Im Falle eines vierten Betriebs beschränkt sich die mangelhafte Kostenerfassung des ärztlichen Personals auf die privat und halbprivat behandelten Fälle, weshalb eine partielle statistische Auswertung dieser Daten zulässig wäre.

²¹ Nach dem Gebot der methodischen Strenge müsste der Betrieb, der seine Investitionskosten den Falldaten (2004) zugerechnet hat, statistisch ausgeschlossen werden.

²² Z.B. Institutionelle Kostenstelle "Medizinische Abteilung" – Art "Lohnkosten - Krankenpflege".

²³ Die generischen Eigenschaften (Struktur) eines Rechnungsmodells übertragen sich auf die Struktur und die Summe der Kosten der einzelnen Behandlungsfälle.

Evaluation:

- Die Falldaten von 2 bis 4 Betrieben in dieser Kategorie dürften für statistische Auswertungen geeignet sein²⁴.

3.5.4 Vollkosten und direkte Kosten

3.5.4.1 Der Begriff "Vollkosten"

Im Einklang mit der geltenden Bundesgesetzgebung legen die Spezifikationen der SwissDRG-Erhebung fest, dass die Kosten für gewisse Tätigkeiten und Kostenarten auszuklammern oder zumindest auf der Stufe Gesamtkosten pro Fall zu neutralisieren sind. Dies betrifft die Kosten für Lehre, Forschung und Investitionen²⁵.

Die Lehr- bzw. Investitionskosten sind in den Falldaten (2004) zweier Betriebe enthalten, wie der Rubrik "Besonderes" des vorangehenden Abschnitts zu entnehmen war. Andererseits fehlen gewisse Kostenkomponenten in den ökonomischen Falldaten (2004) dreier Betriebe²⁶. Die "Vollkosten" dieser Betriebe sind somit nicht vollständig.

3.5.4.2 Direkte Kosten

Es besteht ein breiter Konsens darüber, dass kostspielige Leistungen im Bereich Arzneimittel und medizinisches Material (Implantate) als direkte Kosten (Leistungserhebung)

denjenigen Behandlungsfällen zuzuordnen sind, denen sie zu Gute kommen²⁷.

Es war nicht in jedem Fall möglich, den diesbezüglichen Stand 2004 (erhobene Daten) der Kostenrechnung der Spitäler genau zu ermitteln²⁸.

²⁴ Bei einem dieser vier Betriebe sind die Kosten für das ärztliche Personal (Honorare) in den Falldaten 2004 nur teilweise enthalten, während bei einem zweiten Betrieb die Investitionskosten in den Falldaten mit eingeschlossen sind.

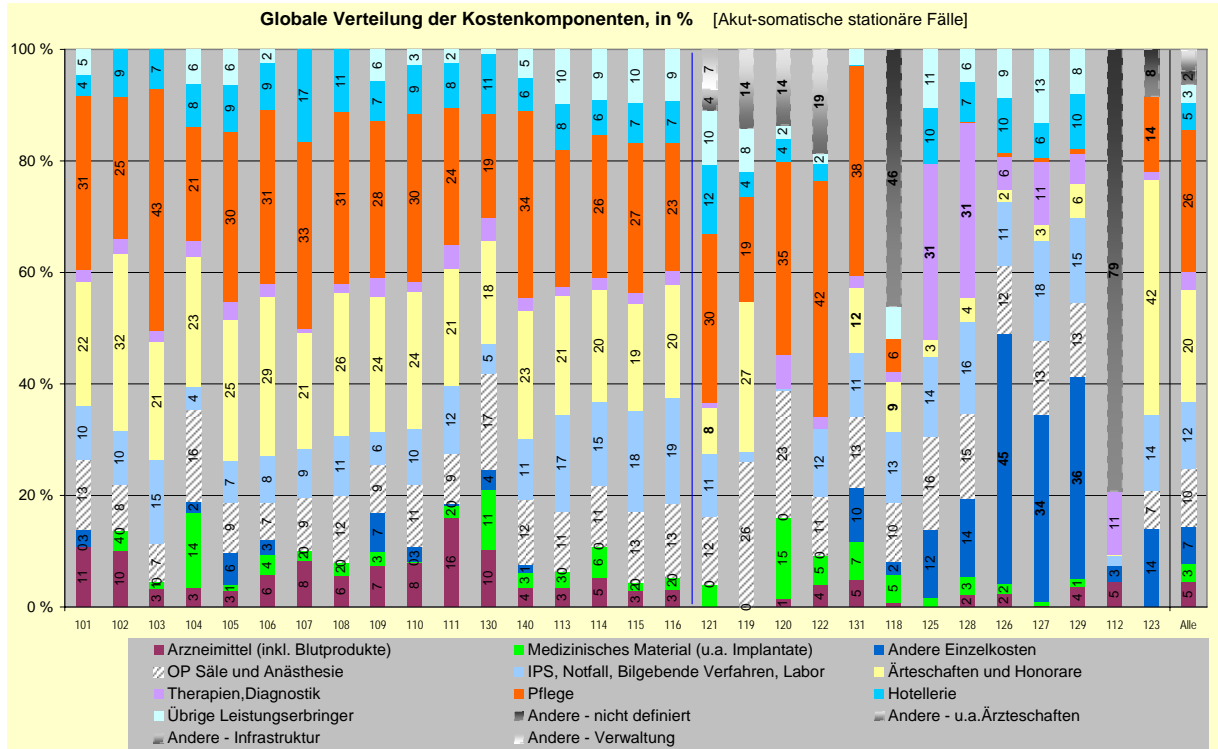
²⁵ Diese Kostenkategorien müssen noch genauer definiert werden. Zu den Investitionskosten gehören beispielsweise auch die Abschreibungen, die auf unterschiedliche Art betrachtet und behandelt werden können. Solche Definitionen müssen jedoch national einheitlich festgelegt werden.

²⁶ Betroffen scheint einzig die Kostenkomponente "ärztliches Personal" (Honorare).

²⁷ Geschieht dies nicht, so besteht Gefahr, dass die Kosten solcher teurer Leistungen anhand einer auf Mittelwerten basierenden Imputationsmethode geebnet werden (Kosten der berücksichtigten Leistungen für sämtliche Fälle einer Einheit), was aus statistischer Sicht eine Glättung der Kosten zur Folge hätte.

²⁸ Eine exploratorische Analyse von Fallgruppen, bei denen typischerweise Implantatkosten (medizinisches Material) anfallen, ergab ein Problempotenzial für die erhobenen Falldaten 2004, einschliesslich für die Daten der Spitäler im restriktiven statistischen Datenset.

Kostenstruktur nach Erhebungsspital



[Grafik 6]

4. Schlussevaluation

4.1 Bestimmung eines Datensets

MEDIZINISCH-ADMINISTRATIVE DATEN

Die Analyse hat erfreulicherweise ergeben, dass die erhobenen medizinisch-administrativen Falldaten insgesamt von ausgezeichneter Qualität sind. Lediglich zwei Spitäler weisen eine sehr niedrige Kodierdichte bzw. einen hohen Anteil an nicht-gruppierbaren Fällen auf.

ÖKONOMISCHE DATEN

Die Analyse der ökonomischen Falldaten resultiert in der Auswahl von zwei Dritteln der Spitäler, die 2004 (gemessen an den 30 teilnehmenden Betrieben) über eine vergleichsweise gut ausgebaute Kostenrechnung verfügten.

BESTIMMUNG EINES STATISTISCHEN DATENSETS

Letztlich dürften 21 Spitäler die Voraussetzungen für die Aufnahme in ein statistisches Datenset erfüllen. Bei den Daten dreier dieser Betriebe bestehen allerdings Vorbehalte in spezifischen Punkten²⁹. Bei einem Grossteil dieser 21 Betriebe dürften sich potenziell Fragen sekundärer Natur zur Buchhaltung (gemäss Implementationsstand 2004 der Kostenrechnung) ergeben, beispielsweise hinsichtlich der Abrechnung von Arzneimitteln und Implantaten als Direktkosten³⁰.

Zu guter Letzt bleiben 18 bis 21 Spitäler übrig, deren Daten für statistische Zwecke geeignet scheinen. Folglich wurden zwei Datensets gebildet. Je nach Anforderungsniveau steht ein *erweitertes Datenset mit 21 Spitälern* oder ein *restriktives Datenset mit 18 Spitälern* zur Auswahl. Die beiden Datensets umfassen 190'000 respektive 160'000 Einzelfälle [vgl. Anhang F und G]³¹.

4.2 Profil der Datenset-Spitäler

Die eingangs gemachte Beobachtung zum Profil der 30 teilnehmenden Spitäler (s. Abschnitt 3.2), wonach die kleinen Betriebe in der Erhebung untervertreten sind, gilt unverändert sowohl für das *restriktive Datenset mit 18 Spitälern* als auch für das *erweiterte Datenset mit 21 Spitälern*.

Nach der administrativen Typologie der Krankenhäuser betrachtet haben die bedeutendsten Spitäler (K111, K112 und K121) im Vergleich zu den kleineren Betrieben (K122 und K123) und gemessen an der gesamtschweizerischen Verteilung in beiden Datensets zu viel Gewicht, wobei das restriktive Datenset insgesamt repräsentativer zusammengesetzt ist als das erweiterte Datenset³² [Details s. Anhang F].

Geht man vom alleinigen Kriterium der Betriebsgrösse (Bettenzahl) aus, so ist der Stellenwert der Grossspitäler (>1000 Betten) in beiden Datensets weniger markant³³; die kleinen Betriebe (mit maximal 100 Betten) sind jedoch nach wie vor zu schwach vertreten (-19%), während Spitäler mit über 300 Betten ein zu hohes Gewicht aufweisen. Vom

²⁹ Entweder waren die Kosten nicht vollständig erfasst (ärztliches Personal, Honorare) oder die Kosten für Investitionen und Lehre konnten nicht ausgeklammert werden.

³⁰ Es war nicht in jedem Fall möglich, den diesbezüglichen Stand 2004 der Kostenrechnung der Spitäler eindeutig und vollständig zu klären.

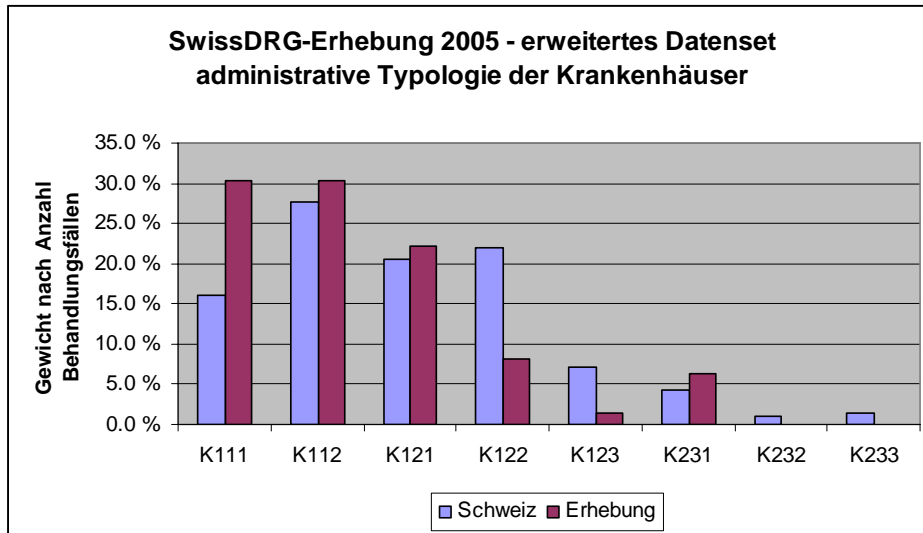
³¹ Anhang F1 zeigt die Eingrenzung der Fälle in diesen beiden Datensets mittels sukzessiver Auswahlsschritte, Anhang G deren Gesamtstruktur.

³² Die Betriebstypen K111, K112 und K121 sind im schweizweiten Vergleich insgesamt übervertreten, nämlich um +19% im erweiterten Datenset und um +16% im restriktiven Datenset. Im restriktiven Datenset sind die Spitäler der Zentrumsversorgung (insbesondere K111) etwas weniger dominant, während die allgemeinen Krankenhäuser (insbesondere K121) ein etwas grösseres Gewicht haben.

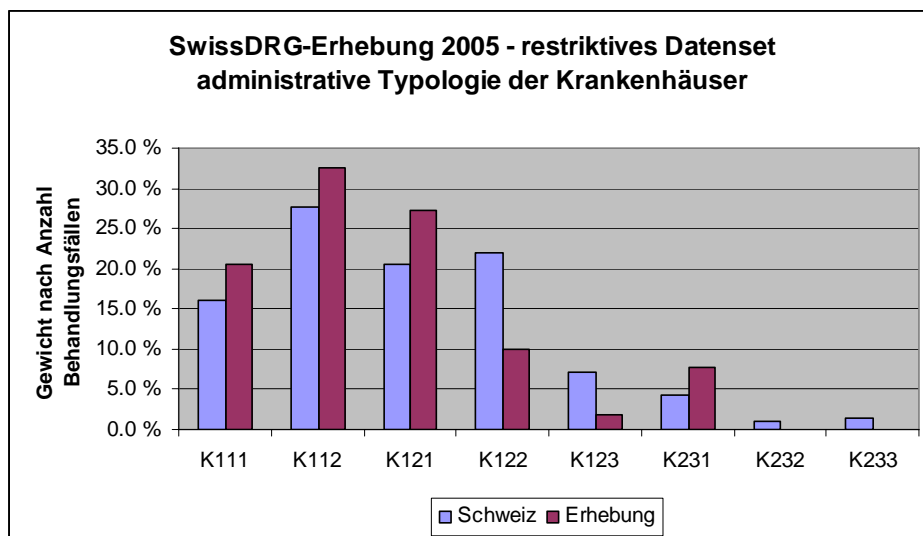
³³ Verglichen mit den gesamtschweizerischen Daten: +7% im erweiterten und +13% im restriktiven Datenset.

Gesichtspunkt einer ausgewogenen Vertretung der kleineren und grösseren Strukturen aus schneiden die beiden Datensets etwa gleich gut ab³⁴.

Gesamthaft betrachtet ist die restriktive Version der beiden Datensets aufgrund der Analyseergebnisse zu bevorzugen. Ein weiteres Plus ist die bessere Repräsentativität (Krankenhaustypologie)³⁵ des restriktiven Datensets.



[Grafik 7]



[Grafik 8]

³⁴ Die Krankenhäuser mit über 300 Betten sind im erweiterten Datenset um +15% und im restriktiven Datenset um +10% übervertreten.

³⁵ Obschon vielleicht schwer nachzuvollziehen ist, dass ein Kategorisierungssystem einzig auf der Grösse der Spitäler basiert, vermittelt diese Typologie ein gutes Bild deren besonderer Merkmale.

5. Schlussbemerkungen

Die Datenlage 2004 im schweizerischen Spitalsektor (akut-somatische Versorgung) ist geprägt durch die Umstellung von Methoden der Finanzbuchhaltung und der Kostenstellenrechnung hin zu Methoden der Kostenträgerrechnung.

Die 2005 lancierte Erhebung der Daten 2004 fand vor dem Hintergrund dieses kontextuellen Wandels statt und sah sich dementsprechend mit einer Vielfalt von Kostenrechnungsmethoden konfrontiert.

Die Analyse und Plausibilisierung der Daten einer solchen Erhebung beruht auf zwei Pfeilern: Einer empirischen Untersuchung (Analyse der Daten) und einer methodischen Untersuchung (Evaluation der Kostenrechnungsmodelle). Die Evaluation der Erhebung setzt ferner voraus, dass diese auf explizite und detaillierte Spezifikationen im Bereich der Kostenträgerrechnung abstützt³⁶. Die Ausgabe 2006 der Erhebung legt deshalb ein besonderes Gewicht auf die Analyse der Buchhaltungsmethoden, was die Plausibilisierungsarbeiten erleichtern sollte³⁷.

Die Implementierung von Modellen der Kostenträgerrechnung ist für komplexe Gebilde, wie sie Spitäler darstellen, mit einem hohen Arbeitsaufwand verbunden. Solche Implementierungsarbeiten sind zurzeit in mehreren Regionen und Kantonen im Gange und die Erhebung dürfte sich entsprechend dem Implementierungsrhythmus der Kostenrechnung in den Spitälern weiter entwickeln.

Angesichts der Intensität der gegenwärtigen Arbeiten ist zu erwarten, dass die Erhebungen 2007-2009 auf ein sehr viel detaillierteres Korpus von Spezifikationen abstützen und die Daten gleichzeitig auf weiter verfeinerten Rechnungsmodellen beruhen werden. Eine solche Entwicklung hätte eine deutliche Verbesserung der Qualität (Präzision) der erhobenen ökonomischen Falldaten zur Folge.

Was die Repräsentativität der Erhebung betrifft, so ist auf Grund der schweizerischen Spitalstruktur mit ihrer Vielzahl an kleineren Betrieben und angesichts des hohen Arbeitsaufwandes im Zusammenhang mit der Implementierung der Kostenrechnung davon auszugehen, dass die mittleren und grossen Betriebe bei solchen medizinisch-ökonomischen Erhebungen (im landesweiten Vergleich) auf längere Sicht hinaus überwiegen werden.

Vorderhand hat die SwissDRG-Erhebung 2005 zu zwei Hauptergebnissen geführt. Erstens ermöglichte die Plausibilisierung der Erhebung die Erstellung eines Datensets, bestehend aus 18-21 Spitälern (160'000 – 190'000 akut-somatische Behandlungsfälle), das die qualitativen Anforderungen für weitere statistische Auswertungen erfüllt. Zweitens wurde eine nationale SwissDRG-Datenbank, bestehend aus medizinisch-ökonomischen Falldaten, erstellt. Die entsprechenden Aufbauarbeiten wurden Ende 2006 abgeschlossen³⁸.

Damit sind die erforderlichen Meilensteine im Hinblick auf die weitere Auswertung der Daten im Rahmen des Projekts SwissDRG erreicht.

³⁶ Eine solche Referenz müsste vermutlich explizit eine detaillierte Matrix umfassen, die ein Minimalgerüst der empfohlenen Kostenträgerrechnung (Verrechnungsschlüssel, Reihenfolge der Zuweisung, als Einzelkosten zu erfassende Elemente usw.) sowie zentrale Definitionen betreffend die vorgelagerte Finanzbuchhaltung (insbesondere Forschung und Investitionen) enthält.

³⁷ Die Erhebung 2006 umfasst einen obligatorischen Fragebogen zum Kostenrechnungsmodell.

³⁸ Die Begleitdokumentation enthält eine Identifizierung der beiden Datensets und einen Analyseraster auf Einzelbetriebsebene.

6. Exkurs

6.1 Provisorisches Mapping

Ziel der Arbeiten von SwissDRG ist es, ein nationales Klassifikationssystem auf der Grundlage der G-DRG (German DRG) zu erstellen. Hierfür muss eine Transkodierung („Mapping“) zwischen dem deutschen Prozedurenschlüssel OPS und den in der Schweiz verwendeten Klassifikationen (icd-9-cm; CH-OP) erfolgen.

Ende Sommer 2006 stellte eine deutsche Gesellschaft ID-BERLIN kostenlos eine Mapping-Lösung zur Verfügung. Angesichts der Bedeutung einer solchen Transkodierung zwischen den Nomenklaturen für den Aufbau des zukünftigen schweizerischen Systems und der Notwendigkeit, diese auf allfällige Schwachstellen zu überprüfen, wurden die Arbeiten zur Erstellung eines solchen Mappings durch SwissDRG unverzüglich in Angriff genommen. Nach Abschluss einer kurzen Analyse des Mappings von ID-BERLIN sei hier lediglich auf Schwierigkeiten verwiesen, die sich offenbar bei jedem Konvertiervorgang zwischen den beiden Nomenklaturen ergeben. So existieren mehrere Hundert CH-OP-Codes zu Diagnoseverfahren des Typs "Elektrokardiogramm" [Code CH-OP: 89.52], für die sich offenbar keine Entsprechung im behandlungszentrierten OPS findet. Insgesamt dürften solche Diagnoseverfahren aus Sicht eines Grouperalgorithmus DRG³⁹ kaum von statistischem Interesse sein, doch muss diese Hypothese noch erhärtet werden. Gerne nehmen wir diese Bemerkungen zum Anlass, um der Firma ID-BERLIN für ihre hoch geschätzte Unterstützung des Projekts zu danken.

Gemäss Projektfahrplan dient das fertig gestellte Mapping als Grundlage für die weiteren Arbeiten im Rahmen von SwissDRG. Ziel dieser Arbeiten dürfte die Entwicklung eines helvetisierten Groupers sein, der im nativen Modus auf der Basis der CH-OP-Klassifikation betrieben wird und gleichzeitig via Mapping die Verbindung zu den G-DRG gewährleistet.

6.2 Vergleiche der getrimmten Daten

Als weitere Möglichkeit zur Plausibilisierung des gebildeten Datensets bietet sich ein Vergleich der Quote der atypischen Fälle und des Vollkostenniveaus pro Fallgruppe (DRG) zwischen den einzelnen Spitälern an. Allerdings können die im Rahmen einer solchen Analyse festgestellten Abweichungen durchaus objektive Ursachen⁴⁰ haben und nicht Ausdruck von Kohärenzmängeln sein.

Eine exploratorische Analyse sämtlicher Erhebungsspitäler⁴¹ hat im Wesentlichen gezeigt, dass die Spitäler der Zentrumsversorgung (K111 und K112) tendenziell höhere Anteile atypischer Fälle und höhere Kostenniveaus aufweisen. Das Ergebnis eines solchen Datenvergleichs bestätigt die vermuteten Befunde. Dabei erweist sich das gewählte Vorgehen (Berechnung von Kostenmittelwerten für die Gesamtheit der akut-somatischen Spitäler und anschliessende Anpassung des Punktwerts je nach Spitaltyp) als technisch machbar und sinnvoll, da aus statistischen Gründen zwingend eine kritische Mindestmasse an Fällen pro Diagnosegruppe (DRG) bereit gestellt werden muss.

Selbstverständlich ist ein weiterer, verfeinerter Vergleich der Daten des statistischen Datensets notwendig, sobald die Daten auf der Grundlage von Refined-DRGs gruppiert werden können und methodische Tests im Trimming-Bereich (Bestimmung und Ausklammerung der atypischen Fälle) abgeschlossen sind.

³⁹ Konzept der 'qualifizierenden' Codes

⁴⁰ Profil der Spitäler, Kosten der Produktionsfaktoren, usw.

⁴¹ Die verwendete Trimming-Methode gleicht einem IneK-Ansatz, nämlich: $AM / 3$ und $AM + 2 SD$ für die Aufenthaltsdauer, mit $AM + 3 SD$ für die Kosten (wobei AM = arithmetisches Mittel und SD = Standardabweichung). Dieses Trimming gestattet eine erste Bereinigung der Daten. Die Methode des IneK sieht ein zweifaches Trimming im Bereich der Variable Aufenthaltsdauer vor. Die hier verwendete Methode verfolgte in erster Linie exploratorische Ziele und beschränkte sich auf ein einziges Trimming.

Projekt SwissDRG
 Medizinisch-ökonomische Erhebung von Falldaten
Zusammenfassender Bericht über die Plausibilisierung der Erhebung 2005 - Anhänge
 [23.12.2006]

Inhaltsverzeichnis der Anhänge

A – Formate	21
A1- Medizinisch-administrative Daten	21
A2- Ökonomische Daten	23
B – Erhobene Daten und landesweite Verteilungen 2004	24
B1 - Krankenhaustypologie (akut-somatische Versorgung)	24
B2 - Gliederung nach Bettenzahl	25
B3 - Herkunft der Daten nach Region/Kanton	26
B4 - Versichertenkategorie	27
C – Abgrenzung der erhobenen Fälle	27
D – Qualitative Analysen	28
D1 - Medizinisch-ökonomische Variablen – Tracer Tabelle	28
D2 - Detailstruktur	29
D3 - Kodierdichte	30
E – Profil der Spitäler des Datensets	31
E1 - Erweitertes Datenset	31
E2 - Restriktives Datenset	32
F – Eingrenzung der Fälle	33
F1 - Erweitertes Datenset	33
F2 - Restriktives Datenset	33
G – Detailanalyse	34
G1 - Erweitertes Datenset	34
G2 - Restriktives Datenset	35

A – Formate

A1- Medizinisch-administrative Daten⁴²

Nr	Bezeichnung	Format
MB-Zeile		
0.1.V01	Rekordart	AN (2) ⁴³
0.1.V02	Betriebsnummer	N (8)
0.1.V03	Kode der NOGA	AN (5)
0.1.V04	Kanton	AN (2)
0.2.V01	Anonymer Verbindungskode	AN (16)
0.2.V02	Kennzeichnung des Statistikfalls	AN (1)
0.3.V01	Neugeborenen-Datensatz	N (1)
0.3.V02	Psychiatrie-Datensatz	N (1)
0.3.V03	Fallkosten-Datensatz	N (1)
0.3.V04	kantonaler Datensatz	N (1)
1.1.V01	Geschlecht	N (1)
1.1.V02	Geburtsdatum (JJJMMTT)	N (8)
1.1.V03	Alter bei Eintritt	N (3)
1.1.V04	Wohnort (Region)	AN (4)
1.1.V05	Nationalität	AN (3)
1.2.V01	Eintrittsdatum und Stunde (JJJMMTThh)	N (10)
1.2.V02	Aufenthaltort vor Eintritt	N (1)
1.2.V03	Eintrittsart	N (1)
1.2.V04	Einweisende Instanz	N (1)
1.3.V01	Behandlungsart	N (1)
1.3.V02	Klasse	N (1)
1.3.V03	Aufenthalt in Intensivmedizin	N (4)
1.3.V04	Administrativer Urlaub und Ferien	N (4)
1.4.V01	Hauptkostenstelle	AN (4)
1.4.V02	Hauptkostenträger für Grundversicherungsleistungen	N (1)
1.5.V01	Austrittsdatum und Stunde (JJJMMTThh)	N (10)
1.5.V02	Entscheid für Austritt	N (1)
1.5.V03	Aufenthalt nach Austritt	N (1)
1.5.V04	Behandlung nach Austritt	N (1)
1.6.V01	Hauptdiagnose	AN (5)
1.6.V02	Zusatz zur Hauptdiagnose	AN (5)
1.6.V03	1. Nebendiagnose	AN (5)
1.6.V04	2. Nebendiagnose	AN (5)
...
1.6.V30*	28. Nebendiagnose	AN (5)
1.7.V01	Hauptbehandlung	N (5)
1.7.V02	Behandlungsdatum, Stunde (JJJMMTThh)	N (10)
1.7.V03	1. weitere Behandlung	N (5)
1.7.V04	2. weitere Behandlung	N (5)
...
1.7.V31*	29. weitere Behandlung	N (5)
MN-Zusatz		
2.1.V01	Rekordart	AN (2)
2.1.V02	Interne Geburtsnummer	N (4)
2.1.V03	Geburtszeitpunkt (hhmm)	N (4)
2.2.V01	Vitalstatus	N (1)
2.2.V02	Mehrling ?	N (1)

⁴² Grundlage: Detailkonzept 1997 der medizinischen Statistik (mit Anpassungen).

⁴³ Es werden die Formate "alphanumerisch" (AN) und "numerisch" (N) unterschieden. Die Angaben in Klammern bezeichnen die Länge des Feldes in Anzahl Zeichen. Die runden Klammern () stehen für Felder mit fixer Länge. Die eckigen Klammern [] stehen für Felder mit variabler Länge, wobei die angegebene Ziffer die maximale Feldlänge beschreibt.

Nr	Bezeichnung	Format
2.2.V03	Geburtsrang	N (1)
2.2.V04	Geburtsgewicht	N (4)
2.2.V05	Körperlänge	N (2)
2.2.V06	Kongenitale Missbildungen	N (1)
2.2.V07	Verlegung (Kind)	N (1)
2.3.V01	Geburtsdatum der Mutter (JJJJMMTT)	N (8)
2.3.V02	Gestationsalter 1	N (3)
2.3.V03	Gestationsalter 2	N (3)
2.3.V04	Anzahl vorausgegangener Schwangerschaften insgesamt	N (2)
2.3.V05	Anzahl vorausgegangener Lebendgeburten	N (2)
2.3.V06	Anzahl vorausgegangener Fehl- oder Totgeburten	N (2)
2.3.V07	Anzahl Schwangerschaftsabbrüche	N (2)
2.3.V08	Verlegung (Mutter)	N (1)
MF-Zusatz		
4.1.V01*	Rekordart	AN (2)
4.1.V02*	Patientennummer	N [10]
4.1.V03*	Fallnummer	N [10]
4.1.V04*	Geburtsdatum (JJJJMMTT)	N (8)
4.1.V05*	Eintrittsdatum (JJJJMMTT)	N (8)

Beispiel: [Struktur der Daten in den Textdateien]

```
MB|60611111|8511A|XX|EC34F1466A3A10B4|A|0|0|1|0|1|19180308|86|3985|CHE|....
MF|216996|21699601|19180308|20050817|
MB|60611111|8511A|XX|BQ54F1466C6D10B4|A|0|0|1|0|2|19750125|57|3985|CHE|....
MF|223344|22334403|19750125|20050909|
MB|60611111|8511A|XX|FC34B1577S3M05A8|A|0|0|1|0|1|20040910|1|3985|CHE|....
MN|4444|1815|1||2850|45|0|0|19750125|041|104|01|01|00|00|0
MF|301528|30152801|20050910|20050910|
```

A2- Ökonomische Daten⁴⁴

Nr	Bezeichnung	Format
1	Identifikationsnummer des Spitals (BUR)	N (8)
2	Erhebungsjahr	N (4)
3	Fallnummer	N [10]
Einzelkosten (direkte Kosten)		
10	Arzneimittel (inkl. Blutprodukte)	Float
11	Implantate und medizinisches Material	Float
14	Arzthonorare Grundversicherung	Float
15	Arzthonorare Zusatzversicherung	Float
19	Andere Einzelkosten ⁴⁵	Float
Gemeinkosten (globale Kosten)		
20	OP Säle und Anästhesie	Float
21	IPS und Intermediate Care (IC)	Float
22	Notfall	Float
23	Bildgebende Verfahren und Nuklearmedizin	Float
24	Internes Labor (inkl. Blutspende)	Float
25	Hämodialyse	Float
26	Ärztschaften	Float
27	Nicht-medizinische Therapien und Beratung ⁴⁶	Float
28	Medizinische und therapeutische Diagnostik	Float
29	Pflege	Float
30	Hotellerie	Float
39	Übrige Leistungserbringer ⁴⁷	Float

⁴⁴ Dieses Format der ökonomischen Daten wird im Rahmen der Erhebung formell „aggregiertes REKOLE-Format“ genannt (in Anlehnung an das entsprechende Harmonisierungsmodell).

⁴⁵ Instrumente, Utensilien, Textilien; medizinische, therapeutische und diagnostische Fremdleistungen; Zeugnisse und Gutachten; übrige patientenbezogene Fremdleistungen. Übrige Auslagen für Patienten.

⁴⁶ Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Ernährungsberatung, Aktivierungstherapie.

⁴⁷ Patientenadministration, Einsatz-/Notfallzentrale, Gebärsaal, Ambulanz und Rettungsdienst.

B – Erhobene Daten und landesweite Verteilungen 2004
B1 - Krankenhaustypologie (akut-somatische Versorgung)

Kode	Bez.	CH_2004				Spitalnetzwerk SwissDRG (Daten 2004)			
		Spitäler	P_Sp.	Fälle	P_Fälle	Spitäler	P_Sp.	Fälle	P_Fälle
K111	Zentrumsversorgung_N1	5	2.5 %	161'275	16.1 %	3	10.0 %	95'816	34.5 %
K112	Grundversorgung_N2	22	11.0 %	276'236	27.6 %	6	20.0 %	69'362	25.0 %
K121	Grundversorgung_N3	28	14.0 %	204'649	20.5 %	8	26.7 %	57'381	20.7 %
K122	Grundversorgung_N4	52	26.0 %	219'843	22.0 %	7	23.3 %	34'600	12.5 %
K123	Grundversorgung_N5	51	25.5 %	70'180	7.0 %	1	3.3 %	2'861	1.0 %
K231	Spezialkliniken_Chir	29	14.5 %	42'105	4.2 %	3	10.0 %	12'213	4.4 %
K232	ol	8	4.0 %	10'119	1.0 %				
K233	Spezialkliniken_Päd	5	2.5 %	14'933	1.5 %	1	3.3 %	3'006	1.1 %
K234	Spezialkliniken_Geria								
K235	Spezialkliniken_Diverse					1	3.3 %	2'208	0.8 %
		200	100.0 %	999'340	100.0 %	30	100.0 %	277'447	100.0 %
						15.0 %		27.8 %	

Kode	Bez.	CH	Erhebung	CH	Erhebung	Vergleich (Fälle)
		P_Sp.	P_Sp.	P_Fälle	P_Fälle	
K111	Zentrumsversorgung_N1	2.5 %	10.0 %	16.1 %	34.5 %	16 %
K112	Grundversorgung_N2	11.0 %	20.0 %	27.6 %	25.0 %	
K121	Grundversorgung_N3	14.0 %	26.7 %	20.5 %	20.7 %	-16 %
K122	Grundversorgung_N4	26.0 %	23.3 %	22.0 %	12.5 %	
K123	Grundversorgung_N5	25.5 %	3.3 %	7.0 %	1.0 %	
K231	Spezialkliniken_Chir	14.5 %	10.0 %	4.2 %	4.4 %	
K232	ol	4.0 %		1.0 %		
K233	Spezialkliniken_Päd	2.5 %	3.3 %	1.5 %	1.1 %	
K234	Spezialkliniken_Geria					
K235	Spezialkliniken_Diverse		3.3 %		0.8 %	
		100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	

B2 - Gliederung nach Bettenzahl

Von/Bis	CH_2004				Erhebung SwissDRG - Daten 2004			
	N_Spitäler	P_Spitäler	N_Fälle	P_Fälle	N_Spitäler	P_Spitäler	N_Fälle	P_Fälle
1001 bis ...	2	1.0 %	69'333	6.9 %	2	6.7 %	69'333	25.0 %
601 bis 1000	5	2.5 %	143'826	14.4 %	1	3.3 %	26'483	9.5 %
301 bis 600	12	6.0 %	139'455	14.0 %	3	10.0 %	39'784	14.3 %
201 bis 300	23	11.5 %	198'658	19.9 %	5	16.7 %	44'645	16.1 %
101 bis 200	42	21.0 %	232'897	23.3 %	15	50.0 %	85'420	30.8 %
0 bis 100	116	58.0 %	215'171	21.5 %	4	13.3 %	11'782	4.2 %
	200	100.0 %	999'340	100.0 %	30	100.0 %	277'447	100.0 %

Von/Bis	CH	Erhebung	CH	Erhebung
	P_Spitäler	P_Spitäler	P_Fälle	P_Fälle
1001 bis ...	1.0 %	6.7 %	6.9 %	25.0 %
601 bis 1000	2.5 %	3.3 %	14.4 %	9.5 %
301 bis 600	6.0 %	10.0 %	14.0 %	14.3 %
201 bis 300	11.5 %	16.7 %	19.9 %	16.1 %
101 bis 200	21.0 %	50.0 %	23.3 %	30.8 %
0 bis 100	58.0 %	13.3 %	21.5 %	4.2 %
	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %

B3 - Herkunft der Daten nach Region/Kanton

Kode	Lib	Kantonen	CH_2004				Erhebung SwissDRG - Daten 2004			
			N_Spitäler	Pc_Spitäler	N_Fälle	Pc_Fälle	N_Spitäler	Pc_Spitäler	N_Fälle	Pc_Fälle
1	R_Genfersee	GE VS VD	34	17.0 %	186'082	18.6 %	11	36.7 %	117'531	42.4 %
2	R_Espace Mittelland	BE FR JU NE SO	44	22.0 %	226'412	22.7 %				
3	R_Nordwestschweiz	AG BL BS	25	12.5 %	147'743	14.8 %	1	3.3 %	26'483	9.5 %
4	R_Zürich	ZH	31	15.5 %	175'314	17.5 %	13	43.3 %	98'800	35.6 %
5	R_Ostschweiz	AR AI GL GR SH SG TG	39	19.5 %	140'686	14.1 %	1	3.3 %	3'006	1.1 %
6	R_Zentralschweiz	LU NW OW SZ UR ZG	13	6.5 %	71'903	7.2 %				
7	R_Tessin	TI	14	7.0 %	51'200	5.1 %	4	13.3 %	31'627	11.4 %
			200	100.0 %	999'340	100.0 %	30	100.0 %	277'447	100.0 %

Kode	Lib	Kantonen	CH	Erhebung	CH	Erhebung
			Pc_Hosp	Pc_Spitäler	Pc_Fälle	Pc_Fälle
1	R_Genfersee	GE VS VD	17.0 %	36.7 %	18.6 %	42.4 %
2	R_Espace Mittelland	BE FR JU NE SO	22.0 %		22.7 %	
3	R_Nordwestschweiz	AG BL BS	12.5 %	3.3 %	14.8 %	9.5 %
4	R_Zürich	ZH	15.5 %	43.3 %	17.5 %	35.6 %
5	R_Ostschweiz	AR AI GL GR SH SG TG	19.5 %	3.3 %	14.1 %	1.1 %
6	R_Zentralschweiz	LU NW OW SZ UR ZG	6.5 %		7.2 %	
7	R_Tessin	TI	7.0 %	13.3 %	5.1 %	11.4 %
			100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %

B4 - Versichertenkategorie

Lib	CH	Erhebung
KVG/LAMal	84.0 %	86.1 %
KVG - Grundv.	62.4 %	72.0 %
KVG - Zusatzv.	21.6 %	14.2 %
KVG - unbekannt	0.0 %	0.0 %
UV/IV/MV	7.0 %	7.2 %
UV/IV/MV - Grundv.	5.7 %	6.1 %
UV/IV/MV - Zusatzv.	1.3 %	1.0 %
UV/IV/MV - Unbekannt	0.0 %	0.0 %
Andere und unbekannt	9.0 %	6.7 %

C – Abgrenzung der erhobenen Fälle

Bezeichnung	Fälle (T.)	Tagen (T.)	Kosten (Mio)	%_F	%_T	%_K
Fälle Typ A Stationär	292	2'391		100.0 %	100.0 %	
S_1: nur Fälle mit Kostenvariablen	291	2'372	2'723	99.5 %	99.2 %	100.0 %
S_2: ohne M500; M900; M950	289	2'314	2'679	98.7 %	96.8 %	98.4 %
S_3: ohne Fälle AD > 365	289	2'306	2'676	98.7 %	96.5 %	98.3 %
S_4: Eintritts- und Austrittsdatum 2004	285	2'210	2'617	97.3 %	92.4 %	96.1 %
S_5: Fälle nicht in einem anderen Spital verlegt	268	2'007	2'339	91.5 %	83.9 %	85.9 %

Bemerkung: In S5 sind die den (AP-)DRGs 456, 639, 640 und 901 zugeordneten Fälle nicht ausgeschlossen, da diese DRGs die Transferfälle ausdrücklich mit einschliessen.

D – Qualitative Analysen

D1 - Medizinisch-ökonomische Variablen – Tracer Tabelle

Erhebung SwissDRG 2005 SMed und Kostendaten - Importierung der Daten		Anzahl	Prozent
Spit.	-		
BUR	30 Spitäler		
Kode	-		
1. Fälle Typ A Stationär - ohne M500; M900; M950			
	2004	290'140	100.0 %
	davon Neugeborenen	20'460	7.1 %
2.1 Spezifische MN Variablen			
22_V01	NG - Vitalstatus	0	0.0 %
22_V04	NG - Geburtsgewicht	0	0.0 %
22_V07	NG - Verlegung in anderes Spital	0	0.0 %
23_V08	NG - Verlegung Mutter aus anderem Spital	0	0.0 %
	Total	0	0.0 %
2.2 MF Variablen			
51_V01	Patientennummer	0	0.0 %
51_V02	Fallnummer	0	0.0 %
51_V03	Geburtsdatum	1	0.0 %
51_V04	Eintrittsdatum	0	0.0 %
	Total	1	0.0 %
Administrative Variablen'			
01_V01	MB	0	
01_V02	BurNr	0	
01_V03	Noga	0	
01_V04	Kanton	0	
02_V01	AVK	0	
02_V02	Kennzeichnung	0	
03_V01	Datensatz NG	0	
03_V02	Datensatz Psy	0	
03_V03	Datensatz FK	0	
03_V04	Datensatz Kt	0	
11_V01	Geschlecht	7	0.0 %
11_V02	Geburtsdatum	0	
11_V03	Alter	4	0.0 %
11_V04	Wohnort	867	0.3 %
11_V05	Nationalität	52'243	18.0 %
12_V01	Eintrittsdatum	0	
12_V02	Aufenthalt vor Eintritt	2	0.0 %
12_V03	Eintrittsart	3	0.0 %
12_V04	Einw. Instanz	3	0.0 %
13_V01	Behandlungsart	0	
13_V02	Klasse	0	
13_V03	Intensivmedizin	0	
13_V04	Urlaub & Ferien	0	
14_V01	Hauptkostenstelle	34'330	11.8 % korrigiert
14_V02	Hauptkostenträger	0	
15_V01	Austrittsdatum	4	0.0 %
15_V02	Entscheid Austritt	41	0.0 %
15_V03	Aufenthalt nach Austritt	0	
15_V04	Behandlung nach Austritt	2'365	0.8 %
16_V01	Hauptdiagnose	4'806	1.7 %
16_V02	Zusatz zu HD	148	0.1 %
16_V03->	Nebendiagnosen	898	
17_V02	Beginn der Hauptbehandlung	0	0.0 %
17_V01-V03->	Behandlung Chop-Koden	266	
3. Kodierung (Diagnose und Behandlung)		Anzahl	Mean&Pc
	Anzahl Diagnose-Koden pro Fall (Brutto)	1'287'142	4.4
	Anzahl nicht-akzeptierte Diagnose-Koden	5'852	0.5 %
	Anzahl Behandlung-Koden pro Fall (Brutto)	419'953	1.4
	Anzahl nicht-akzeptierte Behandlung-Koden	266	0.1 %
	Anzahl Diagnose-Koden pro Fall (Netto, Ohne ZzHD, VC)	1'241'472	4.3
	Anzahl Behandlung-Koden pro Fall (Netto, Ohne ZzHD, VC)	412'953	1.4

D2 - Detailstruktur

Erhebung SwissDRG 2005 med. Statistik - Struktur		Fälle	Tagen	Kosten	FälleMKI	P_Fälle	P_Tagen	P_Kosten	P_F_MKI
Spit.	-								
BUR	30 Spitäler								
Kode	-								
1. Fälle (alle mit NG) Brutto									
-	Erhebung Jahr 2004	334'752	2'443'389	2'816'001'658	310'576	100 %	100 %	100 %	92.8 %
davon nach Fallskennzeichnung									
A	Typ A	331'296	2'443'389	2'754'386'912	308'035	99.0 %	100.0 %	97.8 %	93.0 %
B/C	Typ B und C	3'533	-77	61'614'746	3'456	1.1 %	0.0 %	2.2 %	97.8 %
	Total	334'829	2'443'312	2'816'001'658	311'491	100.0 %	100.0 %	100.0 %	93.0 %
davon nach Behandlungsart									
1	ambulant	1'604	1'608	1'052	1	0.5 %	0.1 %	0.0 %	0.1 %
2	teilstationär	37'934	50'721	52'725'285	17'701	11.3 %	2.1 %	1.9 %	46.7 %
3	stationär	295'214	2'391'059	2'763'275'321	292'874	88.2 %	97.9 %	98.1 %	99.2 %
9	unbekannt								
	Total	334'752	2'443'389	2'816'001'658	310'576	100.0 %	100.0 %	100.0 %	92.8 %
2. Fälle Typ A Stationär									
-	2004	292'481	2'391'136	2'722'525'499	291'048	87.4 %	100.0 %	100.0 %	99.5 %
-	davon Neugeborenen	20'456	130'090	80'265'280	19'616	6.1 %	100.0 %	100.0 %	95.9 %
2.1. davon Fälle mit AD Netto = 1 (Tagen)									
0	Gestorben	790	790	2'328'639	790	0.3 %	0.0 %	0.1 %	100.0 %
1	Zuhause	101	100	133'696	95	0.0 %	0.0 %	0.0 %	94.1 %
2	Krankenheim, Pflegeheim								
3	Altersheim, andere sozialmed. Instit.	2	2	3'332	2	0.0 %	0.0 %	0.0 %	100.0 %
4	Psychiatrische Klinik	1'117	1'117	801'473	1'116	0.4 %	0.0 %	0.0 %	99.9 %
5	Rehabilitationsklinik	96	96	100'425	96	0.0 %	0.0 %	0.0 %	100.0 %
6	anderes Krankenhaus, Spital (Allgemeinspital)	1'822	1'822	2'635'132	1'812	0.6 %	0.1 %	0.1 %	99.5 %
7	Strafvollzugsanstalt								
8	andere oder unbekannt	7	7	16'750	7	0.0 %	0.0 %	0.0 %	100.0 %
	Total	3'935	3'934	6'019'447	3'918	1.3 %	0.2 %	0.2 %	99.6 %
2.2. davon Pro BFS-Fachabteilung									
M000	Fachgebiete (allgemein)	6'225	28'825	51'817'318	6'225	2.1 %	1.2 %	1.9 %	100.0 %
M050	Intensivmedizin	2'512	27'130	82'423'108	2'512	0.9 %	1.1 %	3.0 %	100.0 %
M100	Innere Medizin	83'403	839'193	801'470'715	83'225	28.5 %	35.1 %	29.4 %	99.8 %
M200	Chirurgie	104'346	871'397	1'128'762'576	104'175	35.7 %	36.4 %	41.5 %	99.8 %
M300	Gynäk. und Geburtshilfe	48'852	284'965	256'681'031	47'944	16.7 %	11.9 %	9.4 %	98.1 %
M400	Pädiatrie	26'511	174'423	218'725'754	26'345	9.1 %	7.3 %	8.0 %	99.4 %
M500	Psychiatrie und Psych	599	3'393	3'584'174	599	0.2 %	0.1 %	0.1 %	100.0 %
M600	Ophthalmologie	7'192	22'995	43'506'803	7'192	2.5 %	1.0 %	1.6 %	100.0 %
M700	ORL	6'170	30'915	51'055'521	6'168	2.1 %	1.3 %	1.9 %	100.0 %
M800	Dermato.&Venereo	1'327	21'130	21'122'170	1'327	0.5 %	0.9 %	0.8 %	100.0 %
M850	Medizinische Radiologie	1'880	15'891	14'915'459	1'879	0.6 %	0.7 %	0.5 %	99.9 %
M900	Geriatric	1'211	45'349	23'408'326	1'204	0.4 %	1.9 %	0.9 %	99.4 %
M950	Physik. Med.&Rehab.	535	17'129	16'248'211	535	0.2 %	0.7 %	0.6 %	100.0 %
M990	Andere Tätigkeitsbereiche	1'718	8'402	8'804'331	1'718	0.6 %	0.4 %	0.3 %	100.0 %
-	Total	292'481	2'391'136	2'722'525'499	291'048	100.0 %	100.0 %	100.0 %	99.5 %
2.3. davon Pro Versicherungs- und Behandlungsklass									
-	- KV/LAMal	251'776	2'104'628	2'356'651'396	250'409	86.1 %	88.0 %	86.6 %	99.5 %
-	Grundversicherung	210'315	1'739'764	1'882'758'110	209'470	71.9 %	72.8 %	69.2 %	99.6 %
-	Privat und halb-privat	41'456	363'412	473'888'370	40'938	14.2 %	15.2 %	17.4 %	98.8 %
-	Unbekannt	5	1'452	4'916	1	0.0 %	0.1 %	0.0 %	20.0 %
-	- UVG/IVG/MMG	20'889	165'896	214'218'872	20'843	7.1 %	6.9 %	7.9 %	99.8 %
-	Grundversicherung	17'839	145'249	183'743'008	17'835	6.1 %	6.1 %	6.7 %	100.0 %
-	Privat und halb-privat	3'050	20'647	30'475'864	3'008	1.0 %	0.9 %	1.1 %	98.6 %
-	Unbekannt								
-	- Andere oder unbekannt	19'816	120'612	151'655'230	19'796	6.8 %	5.0 %	5.6 %	99.9 %
-	Total	292'481	2'391'136	2'722'525'499	291'048	100.0 %	100.0 %	100.0 %	99.5 %
2.4. davon Müll DRG									
468	Ausgedehnter Eingriff (Operationsraum), nicht in Verb	1'332	17'848	23'009'851	1'332	0.5 %	0.7 %	0.8 %	100.0 %
469	Hauptdiagnose ist als Entlassungsdiagnose ungültig	34	427	779'547	34	0.0 %	0.0 %	0.0 %	100.0 %
470	Nicht gruppierbare (d. h. ungültige) Diagnose	3'013	8'476	5'869'129	3'013	1.0 %	0.4 %	0.2 %	100.0 %
476	Eingriff an der Prostata (Operationsraum), nicht in Ver	9	45	48'010	9	0.0 %	0.0 %	0.0 %	100.0 %
477	Nicht ausgedehnter Eingriff (Operationsraum), nicht in	386	3'959	4'455'863	386	0.1 %	0.2 %	0.2 %	100.0 %
-	Anzahl nicht gruppierbare Fälle	4'774	30'756	34'162'400	4'774	1.6 %	1.3 %	1.3 %	100.0 %
2.5. davon Fälle AD > 365 Tagen									
-		17	17'096	346'013	8	0.1 %	13.1 %	4.3 %	
2.6. davon Eintrittsdatum bevor 2004									
-		4'149	119'131	64'133'201	4'115	20.3 %	91.6 %	79.9 %	99.2 %
3. Total Fälle (Selektion)									
-	Fälle Typ A Stationär	292'481	2'391'136	2'722'525'499	291'048	100.0 %	100.0 %	100.0 %	99.5 %
-	Selektion 1: nur Fälle mit kostenvariablen	291'048	2'371'845	2'722'525'499	291'048	99.5 %	99.2 %	100.0 %	100.0 %
-	Selektion 2: ohne M500; M900; M950	288'710	2'313'765	2'679'284'787	288'710	98.7 %	96.8 %	98.4 %	100.0 %
-	Selektion 3: ohne Fälle AD > 365	288'702	2'306'307	2'675'824'656	288'702	98.7 %	96.5 %	98.3 %	100.0 %
-	Selektion 4: Eintritts- und Austrittsdatum 2004	284'618	2'209'768	2'616'875'060	284'618	97.3 %	92.4 %	96.1 %	100.0 %
-	Selektion 5: nicht verletzte Fälle	267'509	2'006'859	2'338'629'085	267'509	91.5 %	83.9 %	85.9 %	100.0 %

**D3 - Kodierdichte
(nach Kostenstellen)**

Erhebung SwissDRG 2005 med. Statistik - Struktur					
Spit.	-				
BUR	30 Spitäler				
Kode	-				
4. <u>Codierdichte (Durchschnitt)</u>		Fälle Typ A Stationär		Selection 1	
		Diagnose	Behandl.	Diagnose	Behandl.
M000	Fachgebiete (allgemein)	1.5	0.4	1.5	0.4
M050	Intensivmedizin	7.8	4.4	7.8	4.4
M100	Innere Medizin	6.3	1.2	6.3	1.2
M200	Chirurgie	3.9	1.7	3.9	1.7
M300	Gynäk. und Geburtshilfe	3.3	1.4	3.4	1.4
M400	Pädiatrie	2.3	0.7	2.3	0.7
M500	Psychiatr und Psych	1.9	0.1	1.9	0.1
M600	Ophthalmolo	2.6	2.0	2.6	2.0
M700	ORL	2.6	1.9	2.6	1.9
M800	Dermato.&Venereo	5.6	0.8	5.6	0.8
M850	Medizinische Radiologie	4.8	0.8	4.8	0.8
M900	Geriatric	9.7	0.9	10.3	1.0
M950	Physik. Med&Rehab.	5.1	1.9	5.1	1.9
M990	Andere Tätigkeitsbereiche	4.8	1.1	4.8	1.1
	Alle (ohne M500; M900; M950)	4.3	1.4	4.3	1.4

E – Profil der Spitäler des Datensets

E1 - Erweitertes Datenset

Kode	Bez	CH_2004				Spitalnetzwerk SwissDRG (Daten 2004)			
		Spitäler	P_Sp.	Fälle	P_Fälle	Spitäler	P_Sp.	Fälle	P_Fälle
K111	P_Ch_Centr_N1	5	2.5 %	161'275	16.1 %	2	9.5 %	58'914	30.3 %
K112	P_Ch_Centr_N2	22	11.0 %	276'236	27.6 %	5	23.8 %	59'060	30.4 %
K121	Soins_de_base_N3	28	14.0 %	204'649	20.5 %	6	28.6 %	43'100	22.2 %
K122	Soins_de_base_N4	52	26.0 %	219'843	22.0 %	3	14.3 %	15'810	8.1 %
K123	Soins_de_base_N5	51	25.5 %	70'180	7.0 %	1	4.8 %	2'861	1.5 %
K231	ClinSpec_Chir	29	14.5 %	42'105	4.2 %	3	14.3 %	12'213	6.3 %
K232	ClinSpec_GynNeonat	8	4.0 %	10'119	1.0 %				
K233	ClinSpec_Ped	5	2.5 %	14'933	1.5 %				
K234	ClinSpec_Geria								
K235	ClinSpec_Divers					1	4.8 %	2'208	1.1 %
		200	100.0 %	999'340	100.0 %	21	100.0 %	194'166	100.0 %
						10.5 %		19.4 %	

Code	Lib	CH	Erhebung	CH	Erhebung	Vergleich (Fälle)
		P_Sp.	P_Sp.	P_Fälle	P_Fälle	
K111	P_Ch_Centr_N1	2.5 %	9.5 %	16.1 %	30.3 %	19 %
K112	P_Ch_Centr_N2	11.0 %	23.8 %	27.6 %	30.4 %	
K121	Soins_de_base_N3	14.0 %	28.6 %	20.5 %	22.2 %	-19 %
K122	Soins_de_base_N4	26.0 %	14.3 %	22.0 %	8.1 %	
K123	Soins_de_base_N5	25.5 %	4.8 %	7.0 %	1.5 %	
K231	ClinSpec_Chir	14.5 %	14.3 %	4.2 %	6.3 %	
K232	ClinSpec_GynNeonat	4.0 %		1.0 %		
K233	ClinSpec_Ped	2.5 %	0.0 %	1.5 %	0.0 %	
K234	ClinSpec_Geria					
K235	ClinSpec_Divers		4.8 %		1.1 %	
		100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	

E2 - Restriktives Datenset

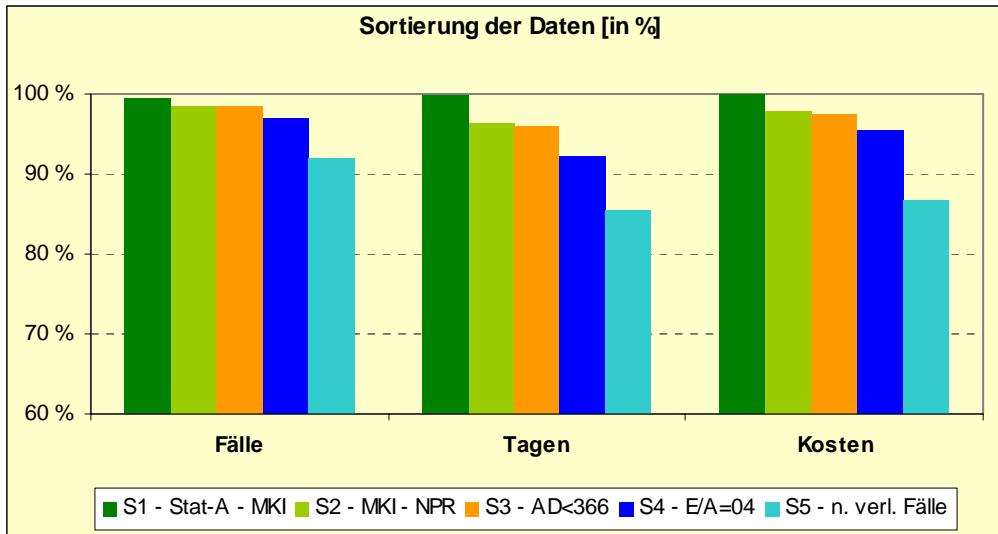
Kode	Bez	CH_2004				Spitalnetzwerk SwissDRG (Daten 2004)			
		Spitäler	P_Sp.	Fälle	P_Fälle	Spitäler	P_Sp.	Fälle	P_Fälle
K111	P_Ch_Centr_N1	5	2.5 %	161'275	16.1 %	1	5.6 %	32'431	20.5 %
K112	P_Ch_Centr_N2	22	11.0 %	276'236	27.6 %	4	22.2 %	51'553	32.6 %
K121	Soins_de_base_N3	28	14.0 %	204'649	20.5 %	6	33.3 %	43'100	27.3 %
K122	Soins_de_base_N4	52	26.0 %	219'843	22.0 %	3	16.7 %	15'810	10.0 %
K123	Soins_de_base_N5	51	25.5 %	70'180	7.0 %	1	5.6 %	2'861	1.8 %
K231	ClinSpec_Chir	29	14.5 %	42'105	4.2 %	3	16.7 %	12'213	7.7 %
K232	ClinSpec_GynNeonat	8	4.0 %	10'119	1.0 %				
K233	ClinSpec_Ped	5	2.5 %	14'933	1.5 %				
K234	ClinSpec_Geria								
K235	ClinSpec_Divers								
		200	100.0 %	999'340	100.0 %	18	100.0 %	157'968	100.0 %
						9.0 %		15.8 %	

Code	Lib	CH	Erhebung	CH	Erhebung	Vergleich (Fälle)
		P_Sp.	P_Sp.	P_Fälle	P_Fälle	
K111	P_Ch_Centr_N1	2.5 %	5.6 %	16.1 %	20.5 %	16 %
K112	P_Ch_Centr_N2	11.0 %	22.2 %	27.6 %	32.6 %	
K121	Soins_de_base_N3	14.0 %	33.3 %	20.5 %	27.3 %	-17 %
K122	Soins_de_base_N4	26.0 %	16.7 %	22.0 %	10.0 %	
K123	Soins_de_base_N5	25.5 %	5.6 %	7.0 %	1.8 %	
K231	ClinSpec_Chir	14.5 %	16.7 %	4.2 %	7.7 %	
K232	ClinSpec_GynNeonat	4.0 %		1.0 %		
K233	ClinSpec_Ped	2.5 %	0.0 %	1.5 %	0.0 %	
K234	ClinSpec_Geria					
K235	ClinSpec_Divers		0.0 %		0.0 %	
		100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	

F – Eingrenzung der Fälle

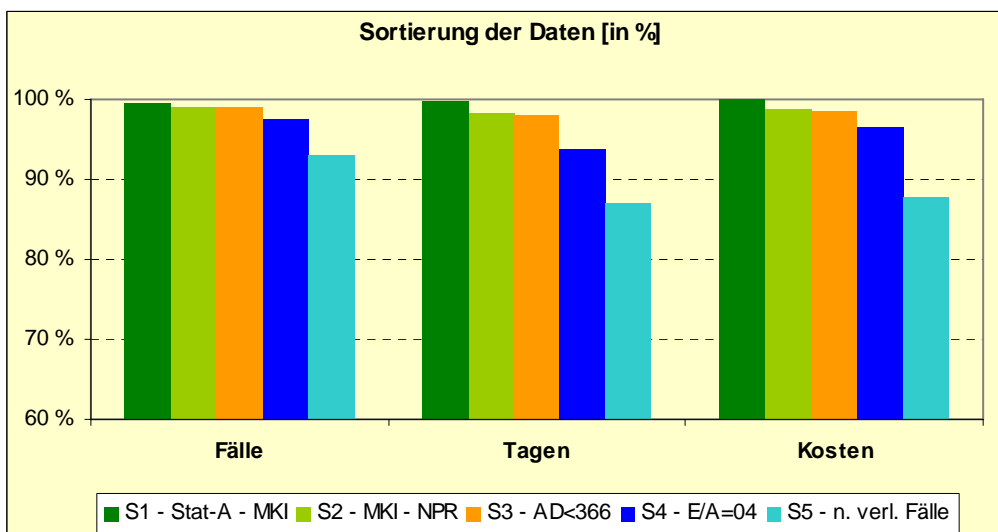
F1 - Erweitertes Datenset

Bezeichnung	Fälle (T.)	Tagen (T.)	Kosten (Mio)	%_F	%_T	%_K
Fälle Typ A Stationär	200	1'668		100.0 %	100.0 %	
S_1: nur Fälle mit Kostenvariablen	199	1'663	1'889	99.6 %	99.7 %	100.0 %
S_2: ohne M500; M900; M950	196	1'605	1'846	98.4 %	96.2 %	97.7 %
S_3: ohne Fälle AD > 365	196	1'602	1'843	98.4 %	96.0 %	97.6 %
S_4: Eintritts- und Austrittsdatum 2004	194	1'541	1'805	97.1 %	92.3 %	95.6 %
S_5: Fälle nicht in einem anderen Spital verlegt	184	1'425	1'637	92.0 %	85.4 %	86.6 %



F2 - Restriktives Datenset

Bezeichnung	Fälle (T.)	Tagen (T.)	Kosten (Mio)	%_F	%_T	%_K
Fälle Typ A Stationär	162	1'346		100.0 %	100.0 %	
S_1: nur Fälle mit Kostenvariablen	161	1'341	1'500	99.5 %	99.6 %	100.0 %
S_2: ohne M500; M900; M950	161	1'322	1'483	99.1 %	98.3 %	98.8 %
S_3: ohne Fälle AD > 365	161	1'319	1'480	99.1 %	98.0 %	98.6 %
S_4: Eintritts- und Austrittsdatum 2004	158	1'263	1'446	97.6 %	93.8 %	96.4 %
S_5: Fälle nicht in einem anderen Spital verlegt	151	1'172	1'315	92.9 %	87.1 %	87.6 %



G – Detailanalyse G1 - Erweitertes Datenset

Erhebung SwissDRG 2005 Med. Daten									
Spit.	DSetLarge								
BUR	21 Spitäler								
Kode									
1. Fälle (alle mit NG) Brutto									
-	Erhebung Jahr 2004	235'843	1'710'081	1'951'666'676	214'000	100 %	100 %	100 %	90.7 %
davon nach Fallskennzeichnung									
A	Typ A	233'205	1'710'081	1'911'029'408	212'192	98.9 %	100.0 %	97.9 %	91.0 %
B/C	Typ B und C	2'638		40'637'269	2'638	1.1 %		2.1 %	100.0 %
	Total	235'843	1'710'081	1'951'666'676	214'830	100.0 %	100.0 %	100.0 %	91.1 %
davon nach Behandlungsart									
1	ambulant								
2	teilsstationär	33'746	41'609	21'878'958	13'513	14.3 %	2.4 %	1.1 %	40.0 %
3	stationär	202'097	1'668'472	1'929'787'718	200'487	85.7 %	97.6 %	98.9 %	99.2 %
9	unbekannt								
	Total	235'843	1'710'081	1'951'666'676	214'000	100.0 %	100.0 %	100.0 %	90.7 %
2. Fälle Typ A Stationär									
	2004	199'539	1'668'472	1'889'150'450	198'679	84.6 %	100.0 %	100.0 %	99.6 %
	davon Neugeborenen	12'519	77'902	39'695'928	11'706	5.3 %	100.0 %	100.0 %	93.5 %
2.1. davon Fälle mit AD Netto = 1 (Tagen)									
0	Gestorben	549	549	1'787'929	549	0.3 %	0.0 %	0.1 %	100.0 %
1	Zuhause	79	79	81'835	74	0.0 %	0.0 %	0.0 %	93.7 %
	Krankenheim, Pflegeheim								
2	Altersheim, andere sozialmed. Instit.	2	2	3'332	2	0.0 %	0.0 %	0.0 %	100.0 %
4	Psychiatrische Klinik	132	132	151'648	131	0.1 %	0.0 %	0.0 %	99.2 %
5	Rehabilitationsklinik	8	8	21'805	8	0.0 %	0.0 %	0.0 %	100.0 %
6	anderes Krankenhaus, Spital (Allgemeinspital)	685	685	1'303'942	675	0.3 %	0.0 %	0.1 %	98.5 %
7	Strafvollzugsanstalt								
8/9	andere oder unbekannt	5	5	14'743	5	0.0 %	0.0 %	0.0 %	100.0 %
	Total	1'460	1'460	3'365'233	1'444	0.7 %	0.1 %	0.2 %	98.9 %
2.2. davon Pro BFS-Fachabteilung									
M000	Fachgebiete (allgemein)								
M050	Intensivmedizin	1'993	22'170	65'008'133	1'993	1.0 %	1.3 %	3.4 %	100.0 %
M100	Innere Medizin	61'333	598'594	604'717'196	61'308	30.7 %	35.9 %	32.0 %	100.0 %
M200	Chirurgie	75'160	642'669	811'808'219	75'148	37.7 %	38.5 %	43.0 %	100.0 %
M300	Gynäk. und Geburtshilfe	32'812	194'294	168'052'995	31'996	16.4 %	11.6 %	8.9 %	97.5 %
M400	Pädiatrie	11'589	74'952	92'884'522	11'583	5.8 %	4.5 %	4.9 %	99.9 %
M500	Psychiatr und Psych	599	3'393	3'584'174	599	0.3 %	0.2 %	0.2 %	100.0 %
M600	Ophthalmolo	5'748	17'894	33'132'534	5'748	2.9 %	1.1 %	1.8 %	100.0 %
M700	ORL	4'204	21'960	34'088'886	4'204	2.1 %	1.3 %	1.8 %	100.0 %
M800	Dermato.&Venereo	826	14'372	13'505'489	826	0.4 %	0.9 %	0.7 %	100.0 %
M850	Medizinische Radiologie	1'820	15'087	13'914'454	1'819	0.9 %	0.9 %	0.7 %	99.9 %
M900	Geriatric	1'204	37'558	23'408'326	1'204	0.6 %	2.3 %	1.2 %	100.0 %
M950	Physik. Med&Rehab.	535	17'129	16'248'211	535	0.3 %	1.0 %	0.9 %	100.0 %
M990	Andere Tätigkeitsbereiche	1'716	8'399	8'797'311	1'716	0.9 %	0.5 %	0.5 %	100.0 %
-	Total	199'539	1'668'472	1'889'150'450	198'679	100.0 %	100.0 %	100.0 %	99.6 %
2.3. davon Pro Versicherungs- und Behandlungsklasse									
-	KVG/LA/Val	175'614	1'495'157	1'674'878'255	174'765	88.0 %	89.6 %	88.7 %	99.5 %
	Grundversicherung	139'613	1'175'517	1'267'376'554	138'827	70.0 %	70.5 %	67.1 %	99.4 %
	Privat und halb-privat	35'998	319'637	407'501'701	35'938	18.0 %	19.2 %	21.6 %	99.8 %
	Unbekannt	3	3			0.0 %	0.0 %		
-	UVG/IVG/MVG	12'858	93'004	118'032'161	12'857	6.4 %	5.6 %	6.2 %	100.0 %
	Grundversicherung	10'221	75'359	92'814'027	10'220	5.1 %	4.5 %	4.9 %	100.0 %
	Privat und halb-privat	2'637	17'644	25'218'134	2'637	1.3 %	1.1 %	1.3 %	100.0 %
	Unbekannt								
-	Andere oder unbekannt	11'067	80'312	96'240'034	11'057	5.5 %	4.8 %	5.1 %	99.9 %
-	Total	199'539	1'668'472	1'889'150'450	198'679	100.0 %	100.0 %	100.0 %	99.6 %
2.4. davon Müll DRG									
468	Ausgedehnter Eingriff (Operationsraum), nicht in Verbindung	520	6'536	98'102'294	520	0.3 %	0.4 %	0.5 %	100.0 %
469	Hauptdiagnose ist als Entlassungsdiagnose ungültig	10	58	108'740	10	0.0 %	0.0 %	0.0 %	100.0 %
470	Nicht gruppierbare (d. h. ungültige) Diagnose	26	191	198'160	26	0.0 %	0.0 %	0.0 %	100.0 %
476	Eingriff an der Prostata (Operationsraum), nicht in Verbindung	2	13	9'542	2	0.0 %	0.0 %	0.0 %	100.0 %
477	Nicht ausgedehnter Eingriff (Operationsraum), nicht in Verbindung	203	2'430	2'573'769	203	0.1 %	0.1 %	0.1 %	100.0 %
-	Anzahl nicht gruppierbare Fälle	761	9'228	12'700'505	761	0.4 %	0.6 %	0.7 %	100.0 %
2.5. davon Fälle AD > 365 Tagen									
-		6	3675	2958374	6	0.0 %	4.7 %	7.5 %	
2.6. davon Eintrittsdatum bevor 2004									
-		2'785	70'676	42'729'869	2'769	22.2 %	90.7 %	107.6 %	99.4 %
3. Total (Selektion)									
	Fälle Typ A Stationär	199'539	1'668'472	1'889'150'450	198'679	100.0 %	100.0 %	100.0 %	99.6 %
	Selektion 1: nur Fälle mit kostenvariablen	198'679	1'663'482	1'889'150'450	198'679	99.6 %	99.7 %	100.0 %	100.0 %
	Selektion 2: ohne M500; M900; M950	196'341	1'605'402	1'845'909'738	196'341	98.4 %	96.2 %	97.7 %	100.0 %
	Selektion 3: ohne Fälle AD > 365	196'335	1'601'727	1'842'951'364	196'335	98.4 %	96.0 %	97.6 %	100.0 %
	Selektion 4: Eintritts- oder Austrittsdatum 2004	193'656	1'540'705	1'805'192'564	193'656	97.1 %	92.3 %	95.6 %	100.0 %
	Selektion 5: nicht verletzte Fälle	183'628	1'424'812	1'636'944'742	183'628	92.0 %	85.4 %	86.6 %	100.0 %

G2 - Restriktives Datenset

Erhebung SwissDRG 2005									
Med. Daten									
Spit.	DSetRed								
BUR	18 Spitäler								
Kode									
1. Fälle (alle mit NG) Brutto									
-	Erhebung Jahr 2004	193'291	1'382'281	1'545'295'689	173'183	100 %	100 %	100 %	89.6 %
davon nach Fallskennzeichnung									
A	Typ A	191'358	1'382'281	1'520'793'605	172'059	99.0 %	100.0 %	98.4 %	89.9 %
B/C	Typ B und C	1'933		24'502'084	1'933	1.0 %		1.6 %	100.0 %
	Total	193'291	1'382'281	1'545'295'689	173'992	100.0 %	100.0 %	100.0 %	90.0 %
davon nach Behandlungsart									
1	ambulant								
2	teilstationär	29'232	36'745	20'439'347	10'706	15.1 %	2.7 %	1.3 %	36.6 %
3	stationär	164'059	1'345'536	1'524'856'342	162'477	84.9 %	97.3 %	98.7 %	99.0 %
9	unbekannt								
	Total	193'291	1'382'281	1'545'295'689	173'183	100.0 %	100.0 %	100.0 %	89.6 %
2. Fälle Typ A Stationär									
-	2004	162'206	1'345'536	1'500'354'259	161'353	83.9 %	100.0 %	100.0 %	99.5 %
-	davon Neugeborenen	10'777	68'285	34'768'063	9'969	5.6 %	100.0 %	100.0 %	92.5 %
2.1. davon Fälle mit AD Netto = 1 (Tagen)									
0	Gestorben	417	417	1'469'970	417	0.3 %	0.0 %	0.1 %	100.0 %
1	Zuhause	37	37	58'941	32	0.0 %	0.0 %	0.0 %	86.5 %
2	Krankenheim, Pflegeheim								
3	Altersheim, andere sozialmed. Instit.	1	1	1'286	1	0.0 %	0.0 %	0.0 %	100.0 %
4	Psychiatrische Klinik	126	126	143'970	125	0.1 %	0.0 %	0.0 %	99.2 %
5	Rehabilitationsklinik	4	4	13'953	4	0.0 %	0.0 %	0.0 %	100.0 %
6	anderes Krankenhaus, Spital (Allgemeinspital)	548	548	1'145'442	543	0.3 %	0.0 %	0.1 %	99.1 %
7	Strafvollzugsanstalt								
8/9	andere oder unbekannt	2	2	2'573	2	0.0 %	0.0 %	0.0 %	100.0 %
	Total	1'135	1'135	2'836'135	1'124	0.7 %	0.1 %	0.2 %	99.0 %
2.2. davon Pro BFS-Fachabteilung									
M000	Fachgebiete (allgemein)								
M050	Intensivmedizin	902	16'787	42'330'090	902	0.6 %	1.2 %	2.8 %	100.0 %
M100	Innere Medizin	50'317	488'667	475'008'249	50'292	31.0 %	36.3 %	31.7 %	100.0 %
M200	Chirurgie	63'267	533'376	673'220'173	63'255	39.0 %	39.6 %	44.9 %	100.0 %
M300	Gynäk. und Geburtshilfe	27'659	162'162	134'348'868	26'850	17.1 %	12.1 %	9.0 %	97.1 %
M400	Pädiatrie	11'589	74'952	92'884'522	11'583	7.1 %	5.6 %	6.2 %	99.9 %
M500	Psychiatr und Psych	46	907	1'445'813	46	0.0 %	0.1 %	0.1 %	100.0 %
M600	Ophthalmologie	2'530	7'832	14'878'922	2'530	1.6 %	0.6 %	1.0 %	100.0 %
M700	ORL	3'272	15'907	25'613'201	3'272	2.0 %	1.2 %	1.7 %	100.0 %
M800	Dermato.&Venereo	567	9'377	8'719'279	567	0.3 %	0.7 %	0.6 %	100.0 %
M850	Medizinische Radiologie	1'275	13'061	11'196'244	1'274	0.8 %	1.0 %	0.7 %	99.9 %
M900	Geriatric	3	140	102'536	3	0.0 %	0.0 %	0.0 %	100.0 %
M950	Physik. Med.&Rehab.	535	17'129	16'248'211	535	0.3 %	1.3 %	1.1 %	100.0 %
M990	Andere Tätigkeitsbereiche	244	5'238	4'358'151	244	0.2 %	0.4 %	0.3 %	100.0 %
-	Total	162'206	1'345'536	1'500'354'259	161'353	100.0 %	100.0 %	100.0 %	99.5 %
2.3. davon Pro Versicherungs- und Behandlungsklasse									
-	KVG/LAMal	142'267	1'199'058	1'319'601'255	141'422	87.7 %	89.1 %	88.0 %	99.4 %
-	Grundversicherung	114'070	951'721	1'011'605'396	113'288	70.3 %	70.7 %	67.4 %	99.3 %
-	Privat und halb-privat	28'194	247'334	307'995'858	28'134	17.4 %	18.4 %	20.5 %	99.8 %
-	Unbekannt	3	3			0.0 %	0.0 %		
-	UVG/IVG/MVG	11'095	80'268	105'031'854	11'094	6.8 %	6.0 %	7.0 %	100.0 %
-	Grundversicherung	8'918	66'368	84'531'841	8'917	5.5 %	4.9 %	5.6 %	100.0 %
-	Privat und halb-privat	2'177	13'900	20'500'013	2'177	1.3 %	1.0 %	1.4 %	100.0 %
-	Unbekannt								
-	Andere oder unbekannt	8'844	66'210	75'721'150	8'837	5.5 %	4.9 %	5.0 %	99.9 %
-	Total	162'206	1'345'536	1'500'354'259	161'353	100.0 %	100.0 %	100.0 %	99.5 %
2.4. davon Müll DRG									
468	Ausgedehnter Eingriff (Operationsraum), nicht in Verbindu	285	3'304	5'003'510	285	0.2 %	0.2 %	0.3 %	100.0 %
469	Hauptdiagnose ist als Entlassungsdiagnose ungültig	5	41	94'137	5	0.0 %	0.0 %	0.0 %	100.0 %
470	Nicht gruppierbare (d. h. ungültige) Diagnose	19	151	139'600	19	0.0 %	0.0 %	0.0 %	100.0 %
476	Eingriff an der Prostata (Operationsraum), nicht in Verbindu	2	13	9'542	2	0.0 %	0.0 %	0.0 %	100.0 %
477	Nicht ausgedehnter Eingriff (Operationsraum), nicht in Vert	120	1'521	1'621'425	120	0.1 %	0.1 %	0.1 %	100.0 %
-	Anzahl nicht gruppierbare Fälle	431	5'030	6'868'214	431	0.3 %	0.4 %	0.5 %	100.0 %
2.5. davon Fälle AD > 365 Tagen									
-		6	3675	2958374	6	0.1 %	5.4 %	8.5 %	
2.6. davon Eintrittsdatum bevor 2004									
-		2'501	60'051	36'566'018	2'485	23.2 %	87.9 %	105.2 %	99.4 %
3. Total (Selektion)									
-	Fälle Typ A Stationär	162'206	1'345'536	1'500'354'259	161'353	100.0 %	100.0 %	100.0 %	99.5 %
-	Selektion 1: nur Fälle mit kostenvariablen	161'353	1'340'552	1'500'354'259	161'353	99.5 %	99.6 %	100.0 %	100.0 %
-	Selektion 2: ohne M500; M900; M950	160'769	1'322'376	1'482'557'699	160'769	99.1 %	98.3 %	98.8 %	100.0 %
-	Selektion 3: ohne Fälle AD > 365	160'763	1'318'701	1'479'599'325	160'763	99.1 %	98.0 %	98.6 %	100.0 %
-	Selektion 4: Eintritts- oder Austrittsdatum 2004	158'286	1'262'654	1'446'072'432	158'286	97.6 %	93.8 %	96.4 %	100.0 %
-	Selektion 5: nicht verlegte Fälle	150'708	1'172'117	1'314'795'866	150'708	92.9 %	87.1 %	87.6 %	100.0 %

