



Berner Fachhochschule
Haute école spécialisée bernoise
Bern University of Applied Sciences



Abrechnungssysteme

01 – Einführung Frühlingssemester 2023

michael.lehmann@bfh.ch

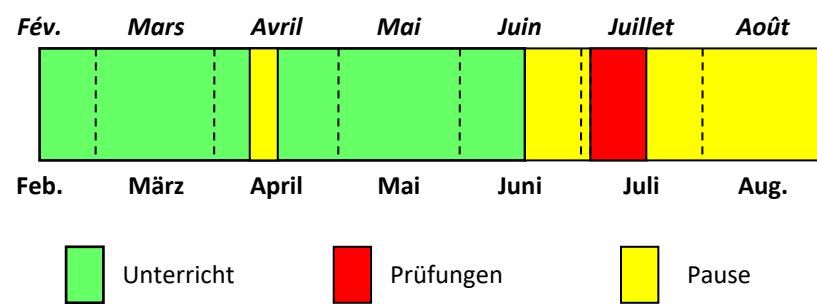
► Technik und Informatik / Medizininformatik

Moodle

- ▶ Kurs: BTX8007 Abrechnungssysteme
- ▶ Passwort: DRG23

Termine FS2023

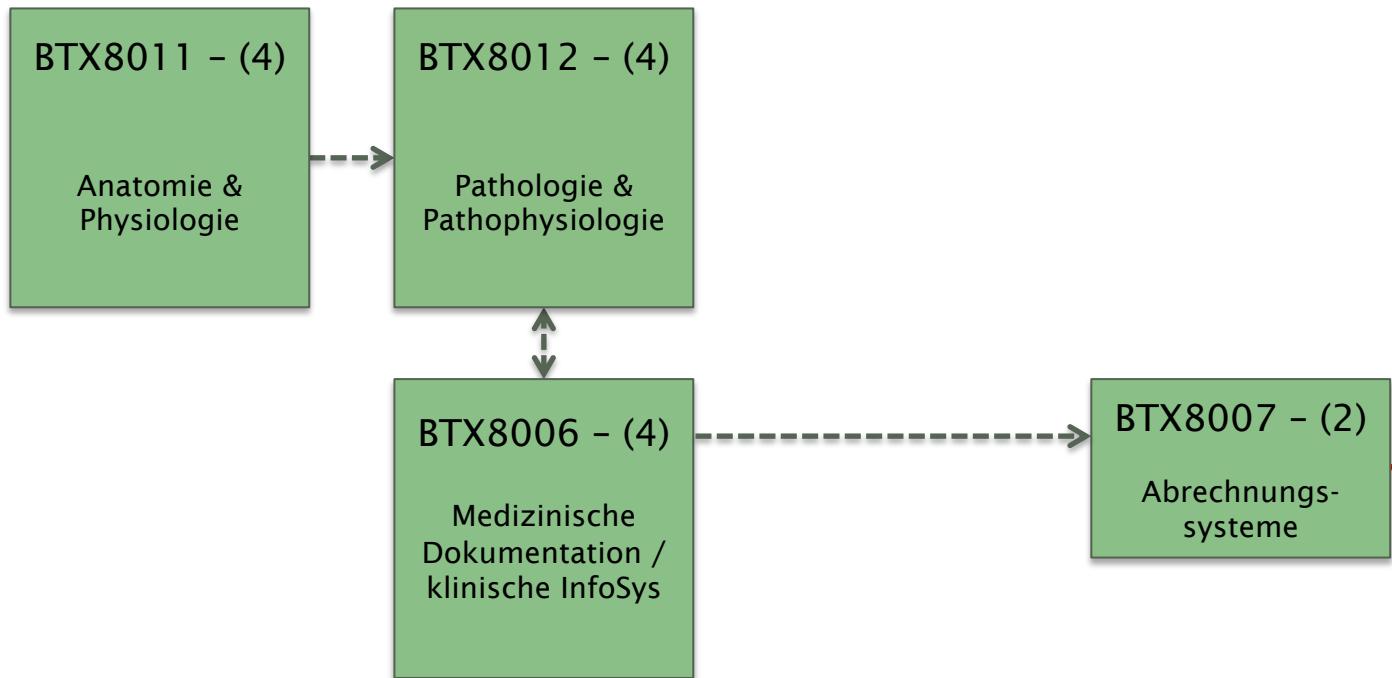
BTX8007 Abrechnungssysteme



KW	SW	Datum	Unterricht	Anzahl Stunden
8	1	20.02.-24.02.	Einführung	2
9	2	27.02.-03.03.	x	2
10	3	06.03.-10.03.	x	2
11	4	13.03.-17.03.	x	2
12	5	20.03.-24.03.	x	2
13	6	27.03.-31.03.	x	2
14	7	03.04.-07.04.	Karfreitag	frei
15		10.04.-14.04.	Osterferien	frei
16	8	17.04.-21.04.	x	2 Zwischenprüfung
17	9	24.04.-28.04.	DMEA	0
18	10	01.05.-05.05.	x	2
19	11	08.05.-12.05.	x	2
20	12	15.05.-19.05.	Auffahrt	Do&Fr frei
21	13	22.05.-26.05.	x	2
22	14	29.05.-02.06.	x	2
23	15	05.06.-09.06.	x	2
24	16	12.06.-16.06.		Fr. Techday
25		19.06.-23.06.	frei	
26		26.06.-30.06.	frei	
27		03.07.-07.07.	Prüfungen	
28		10.07.-14.07.	Prüfungen	

BTX8007 Abrechnungssysteme

Titel	Modul Nr.	ECTS	Präsenz (Lektionen)	Selbst-studiumszeit	Semester	Unterrichtssprache
Abrechnungs-systeme	BTX8007	2	32	28	4/6	de



1. Semester Herbst	2. Semester Frühjahr	3. Semester Herbst	4. Semester Frühjahr
1 BTX8001 - (6) Gesundheitswesen Schweiz	1 BTX8006 - (4) Medizinische Dokumentation / klinische InfoSys	1 BTX8005 - (4) Patientenpfade & Prozesse	1 BTX83xx Vertiefungsmodule
2	2	2	2
3	3	3	3
4	4	4	4
5	5	5	5
6	6	6	6
7 BTX8011 - (4) Anatomie & Physiologie	7	7	7
8	8	8	8
9	9	9	9
10	10	10	10
11 BTX8060 - (2) Grundlagen der Informatik & Informatiksysteme	11	11	11
12	12	12	12
13 BTX8041 - (6)	13	13	13
14	14	14	14
15	15	15	15
16	16	16	16
17	17	17	17
18	18	18	18
19 BZG1184 - (2) Deskriptive Statistik & Wahrscheinlichkeitsrechnung	19	19	19
20	20	20	20
21 BZG1183 (4)	21	21	21
22	22	22	22
23	23	23	23
24	24	24	24
25	25	25	25
26	26	26	26
27	27	27	27
28	28	28	28
29 BZG34x1 - (2)	29	29	29
30 English 1	30	English 1	English 2

Kompetenznachweis

Modul BTX8007 Abrechnungssysteme wird geprüft mit

- ▶ Zwischenprüfung (Gewichtung 35 %)
 - ▶ Fragen in Moodle
 - ▶ keine Hilfsmittel
 - ▶ geplant 21. April 2023
- ▶ Abgesetzte Schlussprüfung (Gewichtung 65 %)
 - ▶ Fragen in Moodle
 - ▶ keine Hilfsmittel
 - ▶ gemäss Prüfungsplan (Dauer: 90 Minuten)

Lernziele

Dieses Modul hat zum Ziel, ...

- ▶ die verschiedenen Varianten der Leistungserfassung und Abrechnung zu zeigen, die in der Schweiz ambulant und stationär eingesetzt werden
- ▶ die Zusammenhänge in Abrechnung, Kostenträgerrechnung und in der Berechnung der Fallbauschalen aufzuzeigen
- ▶ die Studierenden zu befähigen, einen Leistungserbringer/ein Spital zu geänderte Abrechnungsregeln des Folgejahres zu beraten

Erworben Kompetenzen

1. Wissen und Verstehen

Die Studierenden entwickeln ein Verständnis für die ambulante und stationäre Abrechnung. Sie kennen die Methoden für die Kostenträgerrechnung. Sie wissen, welche Behörden und Institutionen in der Schweiz für die gesetzlichen Grundlagen und Ausführungsbestimmungen zuständig sind. Sie kennen den Ablauf im Medizincontrolling.

2. Anwenden von Wissen und Verstehen

Die Studierenden können die korrekten Abrechnungsmethoden anwenden für den ambulanten Bereich, den stationären Akutbereich, sowie für weitere Bereiche Reha, Psychiatrie etc.

3. Urteilen und Probleme bearbeiten

Die Studierenden haben ein grundlegendes Verständnis für den Prozess der Codierung und DRG-Erstellung und der ambulanten Abrechnung. Sie können selbständig die Änderungen (Gesetze, Klassifikationen, etc.) für das nächste Abrechnungsjahr recherchieren und die richtigen Schlüsse für das prospektive Vorgehen bei der Anwendungsumsetzung ziehen.

Inhalt

In diesem Modul werden die folgenden Themen und Inhalte behandelt:

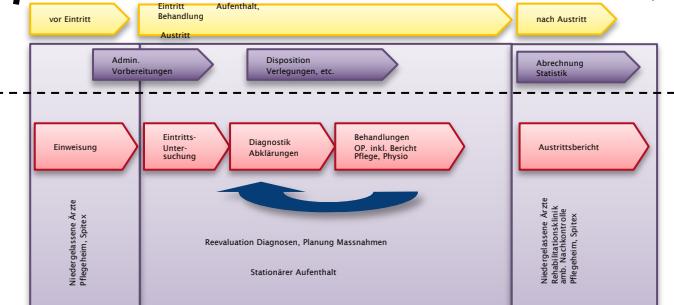
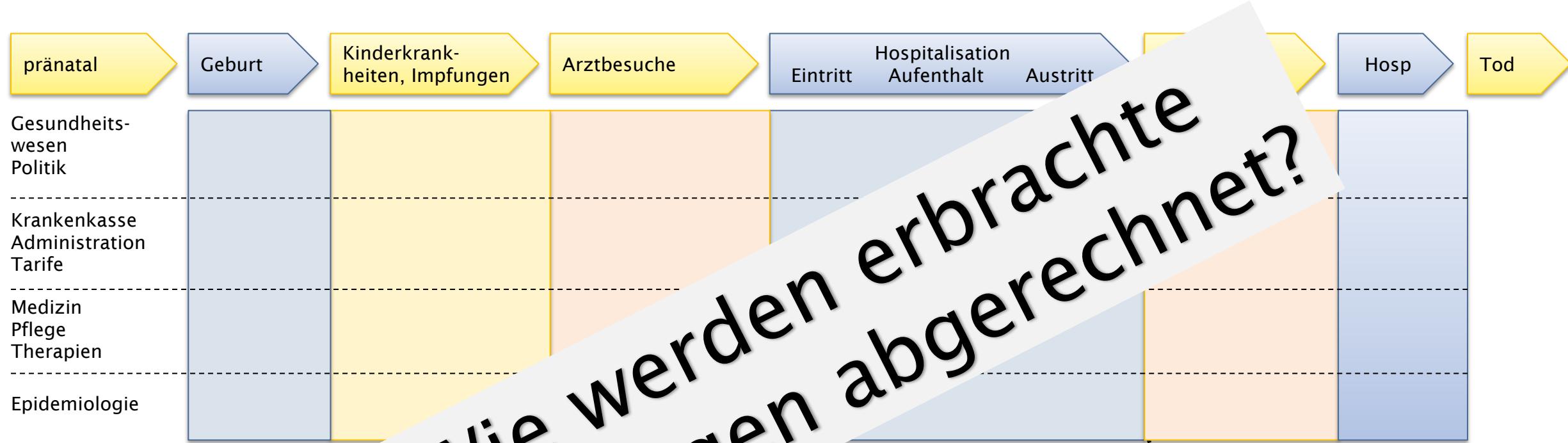
- ▶ Gesetzliche Grundlagen
- ▶ Fallpauschalensysteme in der Schweiz
- ▶ Grouper, Plausibilisierung und BFS-Datensatz
- ▶ Ambulante Abrechnungstarife
- ▶ Leistungserfassung ambulant und stationär
- ▶ Kostenträgerrechnung
- ▶ Einführung in das Medizincontrolling

Legen wir los!

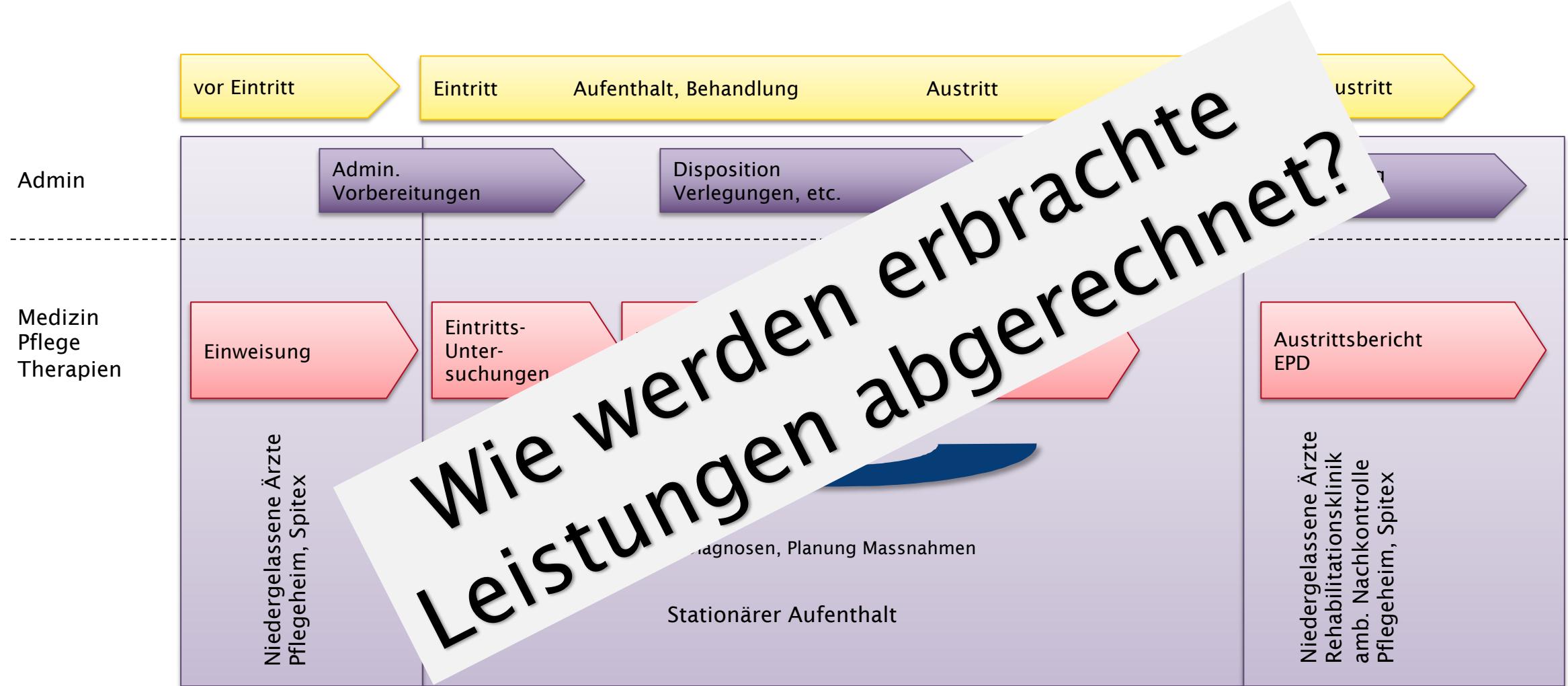
Inhalt Einführungslektion

- ▶ Einleitung
- ▶ Sie sind dran
- ▶ Grundlagen
- ▶ Take home Messages

Übersicht: Dokumentation ein (Patienten-)Leben lang



Grundsätzliche Struktur stationärer Aufenthalt



Sie sind dran

Gruppenarbeit, anschliessend Präsentation im Plenum

- ▶ Beschreiben Sie für die auf der nächsten Seite beschriebenen Use Cases:
 - ▶ Nach welchem Tarif wird die Leistung abgerechnet?
 - ▶ Wie teuer ist die Behandlung ungefähr?
 - ▶ Wer bezahlt die Leistung?
 - ▶ Gibt es eine Kostenbeteiligung der behandelten Person?
 - ▶ In welchem Bundesgesetz/Artikel ist die Abrechnung geregelt?

(Kein Problem, wenn Sie nicht alle Antworten finden → wir werden alle Fragen im Laufe des Semesters beantworten)

Sie sind dran: Fälle 1/2

1. Elisabeth Brönnimann (3.5.1947) erhält eine Hüft-TP auf der orthopädischen Abteilung der Klinik Höheweg.
2. Anschliessend geht sie für 3 Wochen ins Berner Reha Zentrum in Heiligenschwendi.
3. Als Gehhilfe für zu Hause erhält sie Gehstöcke leihweise von der Hilfsmittelstelle in Biel.
4. Sie holt ihre Diabetes-Medikamente in der Apotheke. Weil sie immer wieder Kopfweh hat, kauft sie zusätzlich Panadol.
5. Tatiana Tschanz (24.12.1985) ist Sportlehrerin und hat sich beim Skifahren das vordere Kreuzband rechts gerissen. An der Uniklinik wird eine VKB-Plastik gemacht.
6. Rolf Reber (19.9.1959) hat immer wieder Knieschmerzen links. Im MRI zeigt sich ein Meniskusriss, der mittels Arthroskopie operiert wird.

Sie sind dran: Fälle 2/2

7. Eric Ehrhard stürzt auf dem Bau und bricht sich den linken Unterarm mehrfach. Die Frakturen werden mit einer Osteosynthese (2 Platten) versorgt. Er darf am zweiten Tag nach Hause.
8. Miriam Müller (5.3.1995) lässt sich die Augen lasern, damit sie keine Brille mehr tragen muss. Sie wendet sich ans Augenzentrum in ihrer Stadt.
9. Karl Kalbermatten (7.7.1956) lässt auf der ophthalmologischen Sprechstunde der Klinik Höheweg eine Katarakt-OP durchführen.
10. Susanne Sutter wird wegen ihrer Depression 4 Wochen stationär im Psychiatriezentrum Münsingen behandelt. Anschliessend macht sie eine ambulante Therapie bei einer Psychologin.
11. Helena Hugentobler (31.7.2020) erhält bei ihrer Kinderärztin eine Kombinationsimpfung.
12. Martin Meier (9.1.1935) erhält im Impfzentrum Bern die Booster-Impfung gegen COVID-19.

Sie sind dran

(Platz für Ihre Lösung)

Kleine Hilfe: gesetzliche Grundlagen

- ▶ Bundesgesetz über die Krankenversicherung
https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1995/1328_1328_1328/de
- ▶ Bundesgesetz über die Unfallversicherung
https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1982/1676_1676_1676/de
- ▶ Epidemienverordnung
<https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2015/298/de>

Take Home Messages

- Die **ambulante** und **stationäre Abrechnung** ist in der Schweiz gesetzlich geregelt. Wichtige gesetzliche Grundlagen: **KVG** und **UVG**.
- Es kommt eine Fülle von Abrechnungssystemen und Tarifen zum Einsatz. Wichtige sind **TARMED** für ambulante ärztliche Behandlungen, **SwissDRG** im akut-stationären Bereich, **TARPSY** in der stationären Psychiatrie und **ST Reha** in der stationären Rehabilitation. Dazu kommen eine Vielzahl fachspezifischer Tarife für die ambulante Behandlung.



Abrechnungssysteme

02 – SwissDRG 01: Grundlagen

michael.lehmann@bfh.ch

► Technik und Informatik / Medizininformatik

Ziele

- Sie verstehen die grundlegende Idee hinter DRGs

Inhalt

- ▶ Gesetzliche Grundlagen
- ▶ Geschichte
- ▶ Grundidee der DRGs:

Sie sind dran: Repetition aus BTX8006

Diskussion, alle

- ▶ Was sind DRGs?
- ▶ Wozu wurden sie in der Schweiz eingeführt?
- ▶ Was bedeuten die folgenden Begriffe?
- ▶ Costweight
- ▶ Baserate
- ▶ CCL und PCCL

Ziele SwissDRG

- ▶ Diagnosebezogene Fallgruppen (DRGs) stellen eine Methode dar, mit der sich **stationäre Behandlungsepisoden** von Patienten in Kategorien einteilen und messen lassen.
- ▶ Diese Fallgruppensystematik ermöglicht die leistungsbezogene **Abgeltung** mit nationalgültigen Fallpauschalen gemäss KVG.
- ▶ DRGs können als eine **überschaubare Anzahl** von diagnosebasierten Klassen definiert werden, die sich anhand ihres **klinischen Inhaltes** und des **Ressourcenverbrauches** unterscheiden.
- ▶ Mit Hilfe dieser DRGs lässt sich die **Leistung eines Spitals messen**. Sie bilden damit eine Basis für die Finanzierung, Budgetierung und Abrechnung.

Gesetzliche Grundlagen

Gesetzliche Grundlagen

- Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG): Art. 49 Tarifverträge mit Spitätern
https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1995/1328_1328_1328/de#art_49

- ↗ Art. 49¹²⁷ Tarifverträge mit Spitätern

¹ Für die Vergütung der stationären Behandlung einschliesslich Aufenthalt und Pflegeleistungen in einem Spital (Art. 39 Abs. 1) oder einem Geburtshaus (Art. 29) vereinbaren die Vertragsparteien Pauschalen.¹²⁸ In der Regel sind Fallpauschalen festzulegen. Die Pauschalen sind leistungsbezogen und beruhen auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen. Die Vertragsparteien können vereinbaren, dass besondere diagnostische oder therapeutische Leistungen nicht in der Pauschale enthalten sind, sondern getrennt in Rechnung gestellt werden. Die Spitaltarife orientieren sich an der Entschädigung jener Spitäler, welche die tarifierte obligatorisch versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen.

² Die Tarifpartner setzen gemeinsam mit den Kantonen eine Organisation ein, die für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege der Strukturen zuständig ist. Zur Finanzierung der Tätigkeiten kann ein kostendeckender Beitrag pro abgerechnetem Fall erhoben werden. Die Spitäler haben der Organisation die dazu notwendigen Kosten- und Leistungsdaten abzuliefern. Fehlt eine derartige Organisation, so wird sie vom Bundesrat für die Tarifpartner verpflichtend eingesetzt. Die von der Organisation erarbeiteten Strukturen sowie deren Anpassungen werden von den Tarifpartnern dem Bundesrat zur Genehmigung unterbreitet. Können sich diese nicht einigen, so legt der Bundesrat die Strukturen fest.¹²⁹

³ Die Vergütungen nach Absatz 1 dürfen keine Kostenanteile für gemeinwirtschaftliche Leistungen enthalten. Dazu gehören insbesondere:

- a. die Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen;
- b. die Forschung und universitäre Lehre.

⁴ Bei Spitalaufenthalten richtet sich die Vergütung nach dem Spitaltarif nach Absatz 1, solange der Patient oder die Patientin nach medizinischer Indikation der Behandlung und Pflege oder der medizinischen Rehabilitation im Spital bedarf. Ist diese Voraussetzung nicht mehr erfüllt, so kommt für den Spitalaufenthalt der Tarif nach Artikel 50 zur Anwendung.

⁵ Mit den Vergütungen nach den Absätzen 1 und 4 sind alle Ansprüche des Spitals für die Leistungen nach diesem Gesetz abgegolten.

KVG: Art. 49 Tarifverträge mit Spitätern

¹ Für die Vergütung der stationären Behandlung einschliesslich Aufenthalt und Pflegeleistungen in einem Spital (Art. 39 Abs. 1) oder einem Geburtshaus (Art. 29) vereinbaren die Vertragsparteien Pauschalen. In der Regel sind Fallpauschalen festzulegen. Die Pauschalen sind leistungsbezogen und beruhen auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen. Die Vertragsparteien können vereinbaren, dass besondere diagnostische oder therapeutische Leistungen nicht in der Pauschale enthalten sind, sondern getrennt in Rechnung gestellt werden. Die Spitaltarife orientieren sich an der Entschädigung jener Spitäler, welche die tarifierte obligatorisch versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen.

² Die Tarifpartner setzen gemeinsam mit den Kantonen eine Organisation ein, die für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege der Strukturen zuständig ist. Zur Finanzierung der Tätigkeiten kann ein kostendeckender Beitrag pro abgerechnetem Fall erhoben werden. Die Spitäler haben der Organisation die dazu notwendigen Kosten- und Leistungsdaten abzuliefern. Fehlt eine derartige Organisation, so wird sie vom Bundesrat für die Tarifpartner verpflichtend eingesetzt. Die von der Organisation erarbeiteten Strukturen sowie deren Anpassungen werden von den Tarifpartnern dem Bundesrat zur Genehmigung unterbreitet. Können sich diese nicht einigen, so legt der Bundesrat die Strukturen fest.

KVG: Art. 49 Tarifverträge mit Spitätern

³ Die Vergütungen nach Absatz 1 dürfen keine Kostenanteile für gemeinwirtschaftliche Leistungen enthalten. Dazu gehören insbesondere:

- a. die Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen;
- b. die Forschung und universitäre Lehre.

⁴ Bei Spitalaufenthalten richtet sich die Vergütung nach dem Spitaltarif nach Absatz 1, solange der Patient oder die Patientin nach medizinischer Indikation der Behandlung und Pflege oder der medizinischen Rehabilitation im Spital bedarf. Ist diese Voraussetzung nicht mehr erfüllt, so kommt für den Spitalaufenthalt der Tarif nach Artikel 50 zur Anwendung.

⁵ Mit den Vergütungen nach den Absätzen 1 und 4 sind alle Ansprüche des Spitals für die Leistungen nach diesem Gesetz abgegolten.

⁶ Die Vertragsparteien vereinbaren die Vergütung bei ambulanter Behandlung.

KVG: Art. 49 Tarifverträge mit Spitätern

⁷ Die Spitäler verfügen über geeignete Führungsinstrumente; 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.

⁸ In Zusammenarbeit mit den Kantonen ordnet der Bundesrat **schweizweit Betriebsvergleiche** zwischen Spitätern an, insbesondere zu Kosten und medizinischer Ergebnisqualität. Die Spitäler und die Kantone müssen dafür die nötigen Unterlagen liefern. Der Bundesrat veröffentlicht die Betriebsvergleiche.

KVG: Art. 49a Abgeltung der stationären Leistungen

¹ Die Vergütungen nach Artikel 49 Absatz 1 werden vom Kanton und den Versicherern anteilmässig übernommen.

² Die Kantone übernehmen den kantonalen Anteil für folgende Personen:

- a. Versicherte, die im Kanton wohnen;
- b. folgende Versicherte, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder in Norwegen wohnen, bei stationärer Behandlung in der Schweiz:
 1. Grenzgänger und Grenzgängerinnen sowie deren Familienangehörige,
 2. Familienangehörige von Niedergelassenen, von Aufenthaltern und Aufenthalterinnen und von Kurzaufenthaltern und Kurzaufenthalterinnen,
 3. Bezüger und Bezügerinnen einer Leistung der schweizerischen Arbeitslosenversicherung sowie deren Familienangehörige.

^{2bis} Der Kanton, der für die Versicherten nach Absatz 2 Buchstabe b den kantonalen Anteil übernimmt, gilt als Wohnkanton im Sinne dieses Gesetzes.

^{2ter} Jeder Kanton setzt jeweils für das Kalenderjahr spätestens neun Monate vor dessen Beginn den kantonalen Anteil fest. Dieser muss mindestens 55 Prozent betragen.

KVG: Art. 49a Abgeltung der stationären Leistungen

³ Der Wohnkanton [entrichtet seinen Anteil direkt dem Spital](#). Die Modalitäten werden zwischen Spital und Kanton vereinbart. Versicherer und Kanton können vereinbaren, dass der Kanton seinen Anteil dem Versicherer leistet und dieser dem Spital beide Anteile überweist. Die Rechnungsstellung zwischen Spital und Versicherer richtet sich nach Artikel 42.

^{3bis} Bei Versicherten, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder in Norwegen wohnen und die eine schweizerische Rente beziehen, sowie bei deren Familienangehörigen, übernehmen die Kantone bei stationärer Behandlung in der Schweiz gemeinsam den vom Standortkanton festgelegten kantonalen Anteil. Dieser kantonale Anteil wird auf die einzelnen Kantone im Verhältnis zu ihrer Wohnbevölkerung aufgeteilt.

⁴ Mit Spitälern oder Geburtshäusern, welche nach Artikel 39 [nicht auf der Spitalliste](#) stehen, aber die Voraussetzungen nach den Artikeln 38 und 39 Absatz 1 Buchstaben a-c und f erfüllen, können die Versicherer Verträge über die Vergütung von Leistungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abschliessen. Diese Vergütung darf nicht höher sein als der Anteil an den Vergütungen nach Absatz 2.

DRGs

DRGs: Geschichte*

- ▶ Yale University, ab 1967: Entwicklung des ersten DRG-Systems durch Robert B. Fetter und John D. Thompson.
- ▶ DRG als reines Patientenklassifikationssystem, welches als Managementwerkzeug für die Messung, Evaluierung und Steuerung der Behandlungen im Krankenhaus entwickelt wurde → Qualitätsaspekte zentral
- ▶ Gruppen nach Major Diagnostic Categories (MDC) (→ nach Organsystemen) gegliedert
- ▶ Chirurgische Prozeduren hierarchisch pro MDC
- ▶ Im ursprünglichen System keine Berücksichtigung von Neugeborenen, sehr alten Patienten, Unfallpatienten, etc.

* Geschichte: kein Prüfungsstoff

DRGs: Geschichte*

Patienten Classification Systems (PCS)

- ▶ Grundidee: Zusammenfassung von Patienten zu möglichst homogenen Gruppen
- ▶ Strukturierung von Behandlungsfällen
- ▶ «Fallgruppensystem»

- ▶ Cave: ursprünglich nicht als Entgeltsystem oder für die Berechnung von Fallpauschalen entwickelt

- ▶ **Diagnosis Related Groups (DRGs) = Diagnosebezogene Fallgruppen**

- Ökonomisch-medizinisches Klassifikationssystem, mit dem Leistungen an Patienten anhand der Haupt- und Nebendiagnosen (des Behandlungsfalls) und der (fallbezogen durchgeführten) Behandlungen in Fallgruppen klassifiziert werden.

* Geschichte: kein Prüfungsstoff

DRGs: Geschichte*

- ▶ Ab 1983 Abrechnung von Medicare-Patienten (HFCA-DRGs)
 - ▶ Medicare ist die Krankenversicherung für ältere oder behinderte US-Bürger
 - ▶ (HFCA = Health Care Financing Administration)
- ▶ 1987 New York führt DRG-Abrechnung für alle Patienten ein
- ▶ Integration von Spezialfällen: Neugeborene, Transplantationen, HIV, Polytrauma
→ „All Patient“-DRG (AP-DRG)
- ▶ 1992: Australien entwickelte auf Basis von AP-DRG die AN-DRGs (Australian National DRGs)
- ▶ 1998: Erweiterung des australischen Systems (Australian Refined DRGs, AR-DRG)
- ▶ 2004: in Deutschland wird das australische System angepasst und unter dem Namen German DRGs (G-DRG) eingeführt

* Geschichte: kein Prüfungsstoff

Situation in der Schweiz

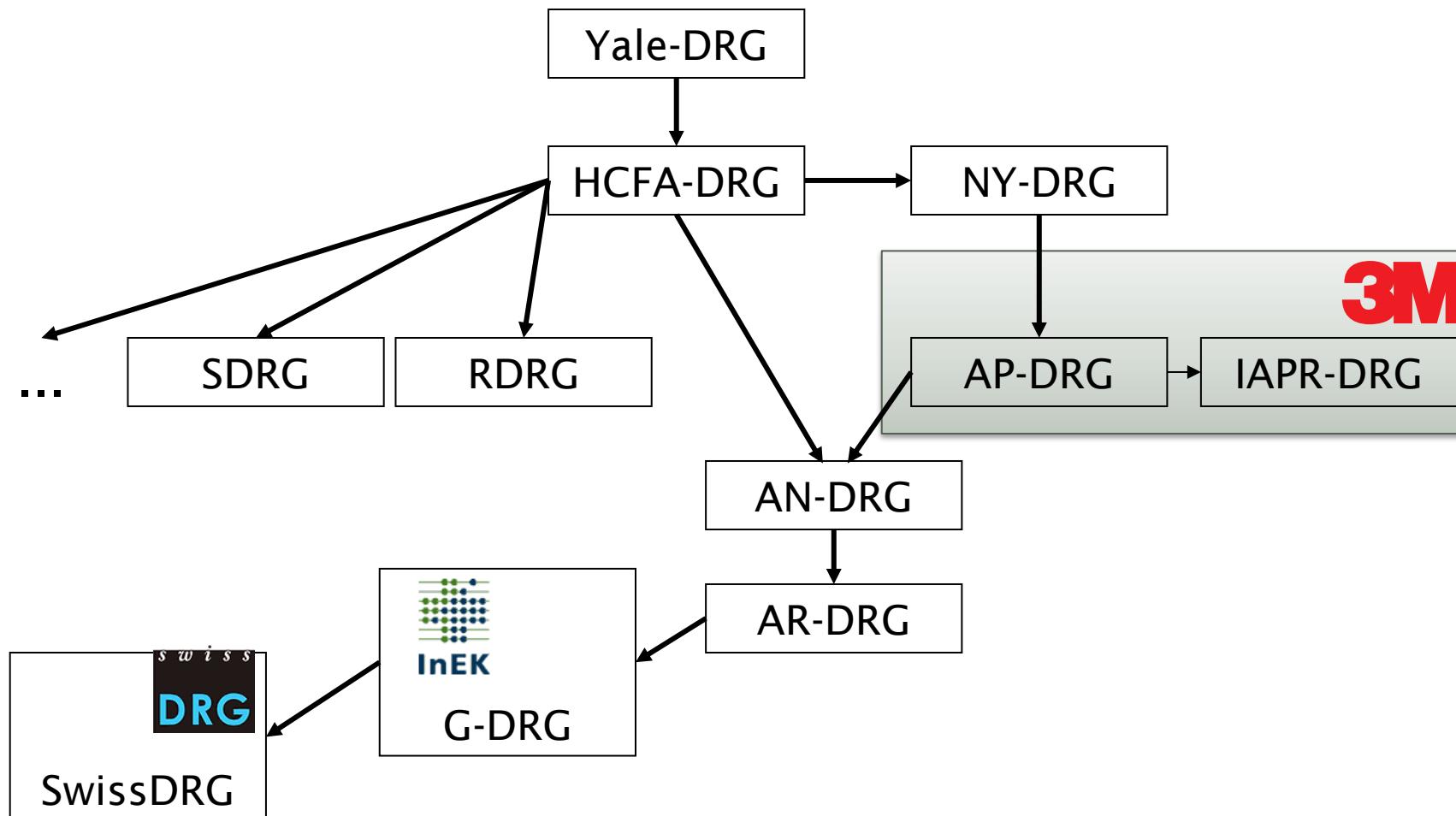


Seit 1. Januar 2012 SwissDRG, basierend auf German DRGs

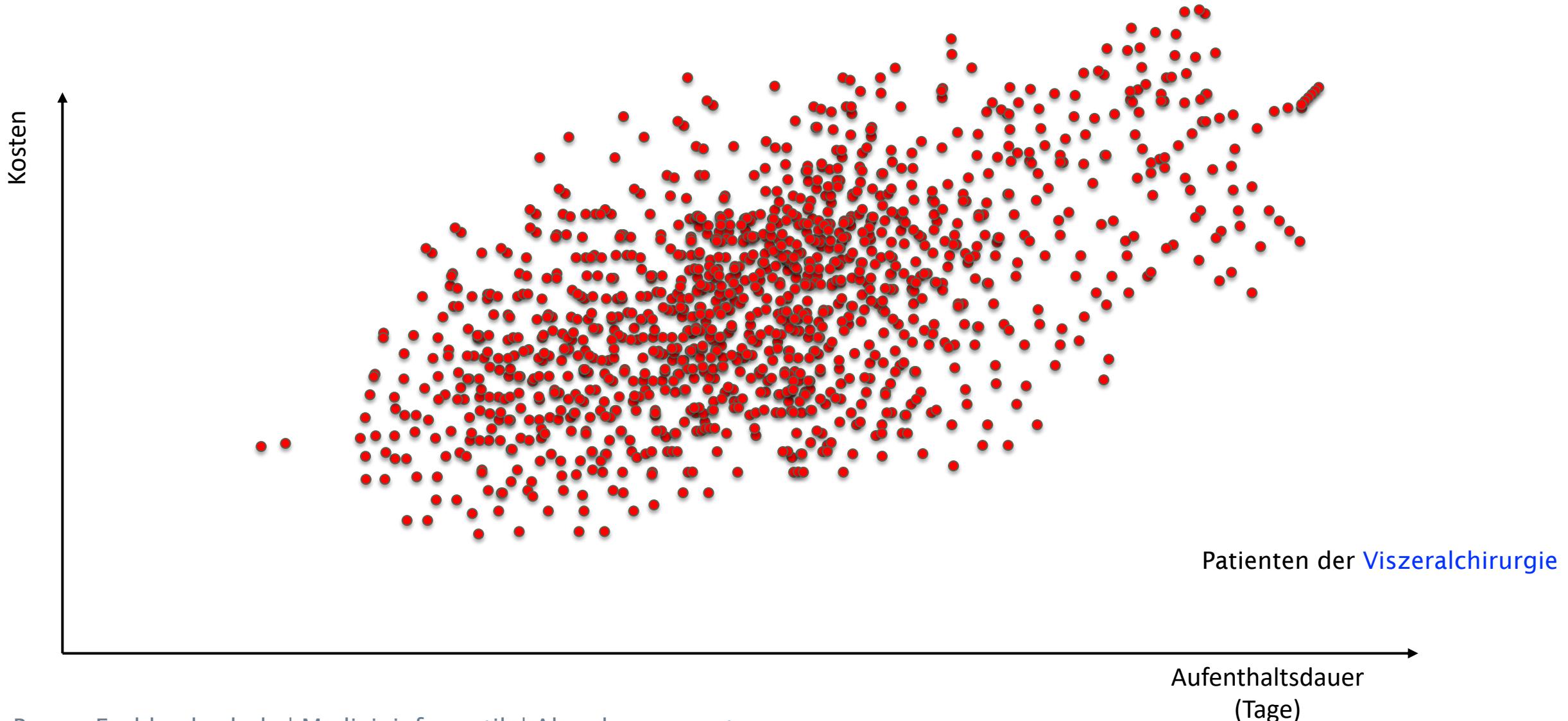
- ▶ SwissDRG AG:
 - ▶ Geschäftsführer: PD Dr. med. Simon Hölzer
 - ▶ Aktionäre der SwissDRG AG
 - ▶ Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK)
 - ▶ H+, die Spitäler der Schweiz
 - ▶ santésuisse, die Schweizerischen Krankenversicherer, mit der Medizinaltarifkommission UVG, MV/IV (MTK)
 - ▶ Vereinigung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH)
 - ▶ Verwaltungsrat paritätisch zusammengesetzt aus Vertretern der Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK), H+ Die Spitäler der Schweiz, santésuisse, Verbindung der Schweizer Ärzte (FMH) und Medizinaltarif-Kommission (MTK)

<https://www.swissdrg.org>

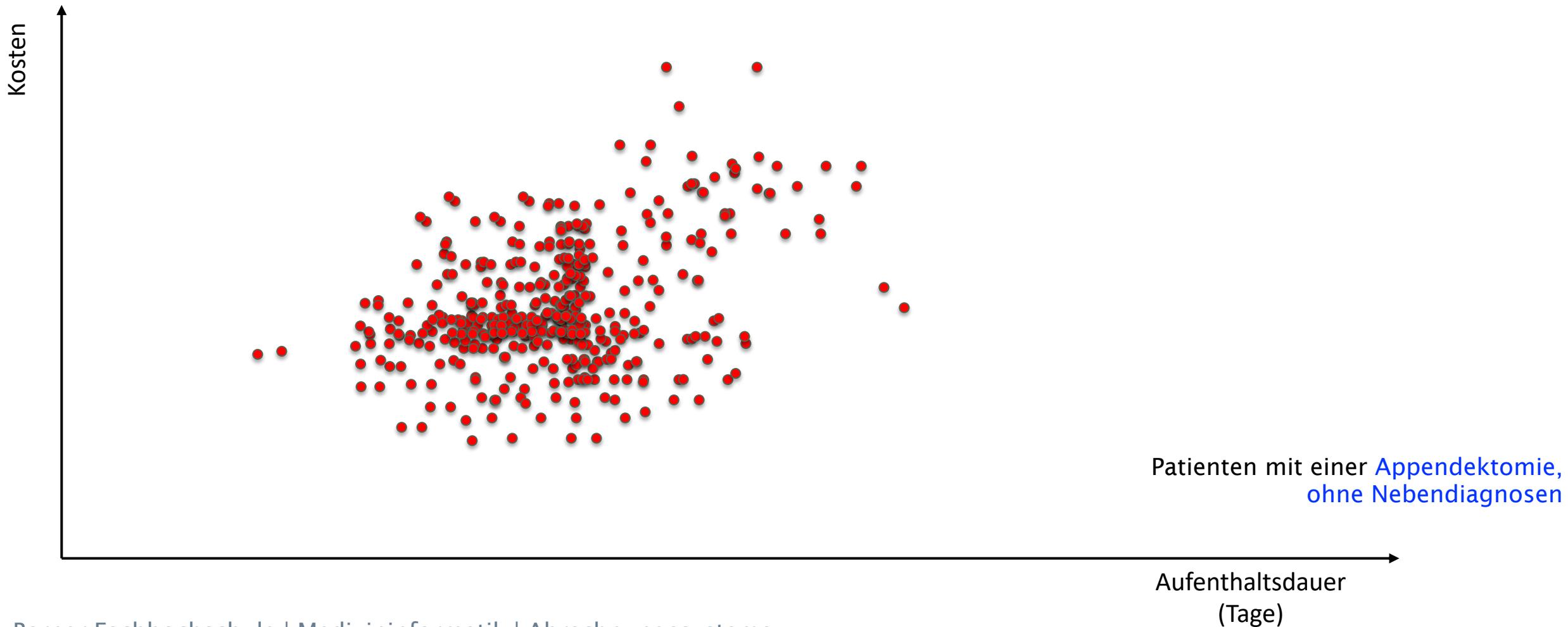
«Stammbaum» von SwissDRG*



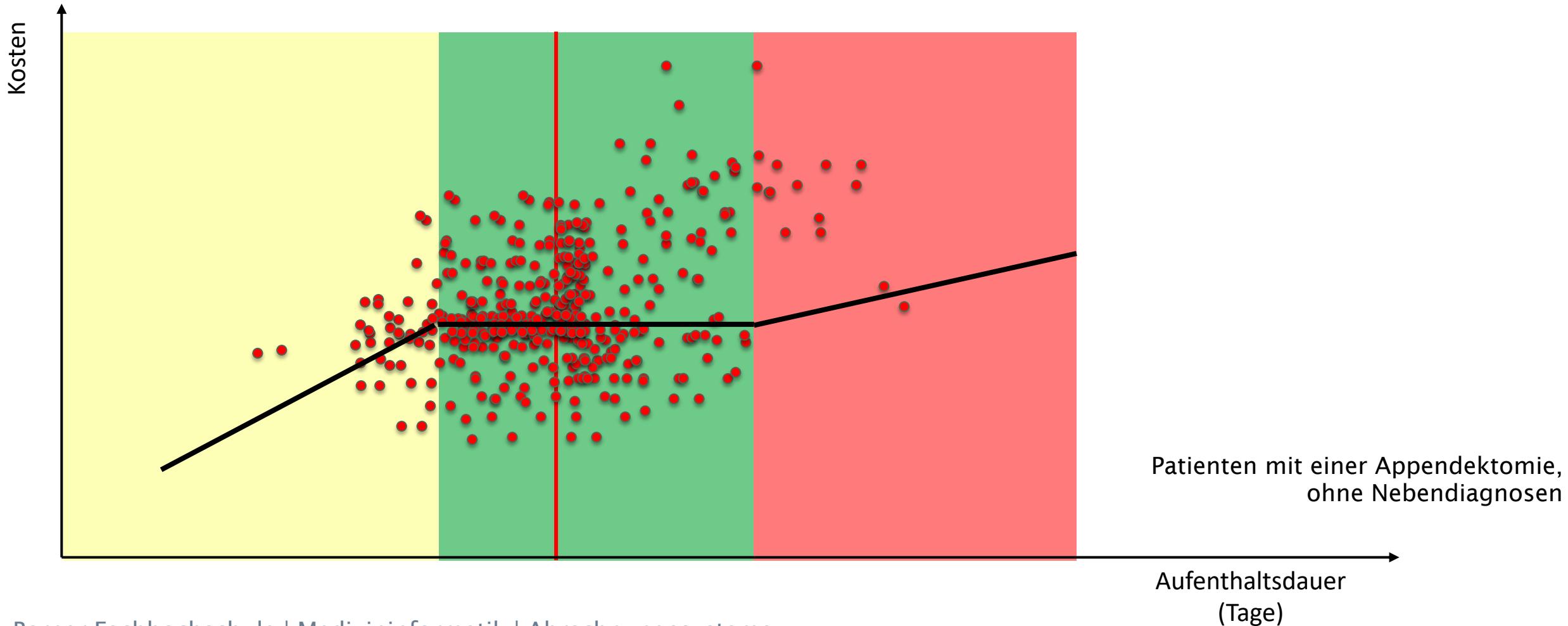
DRG: Grundlegende Idee



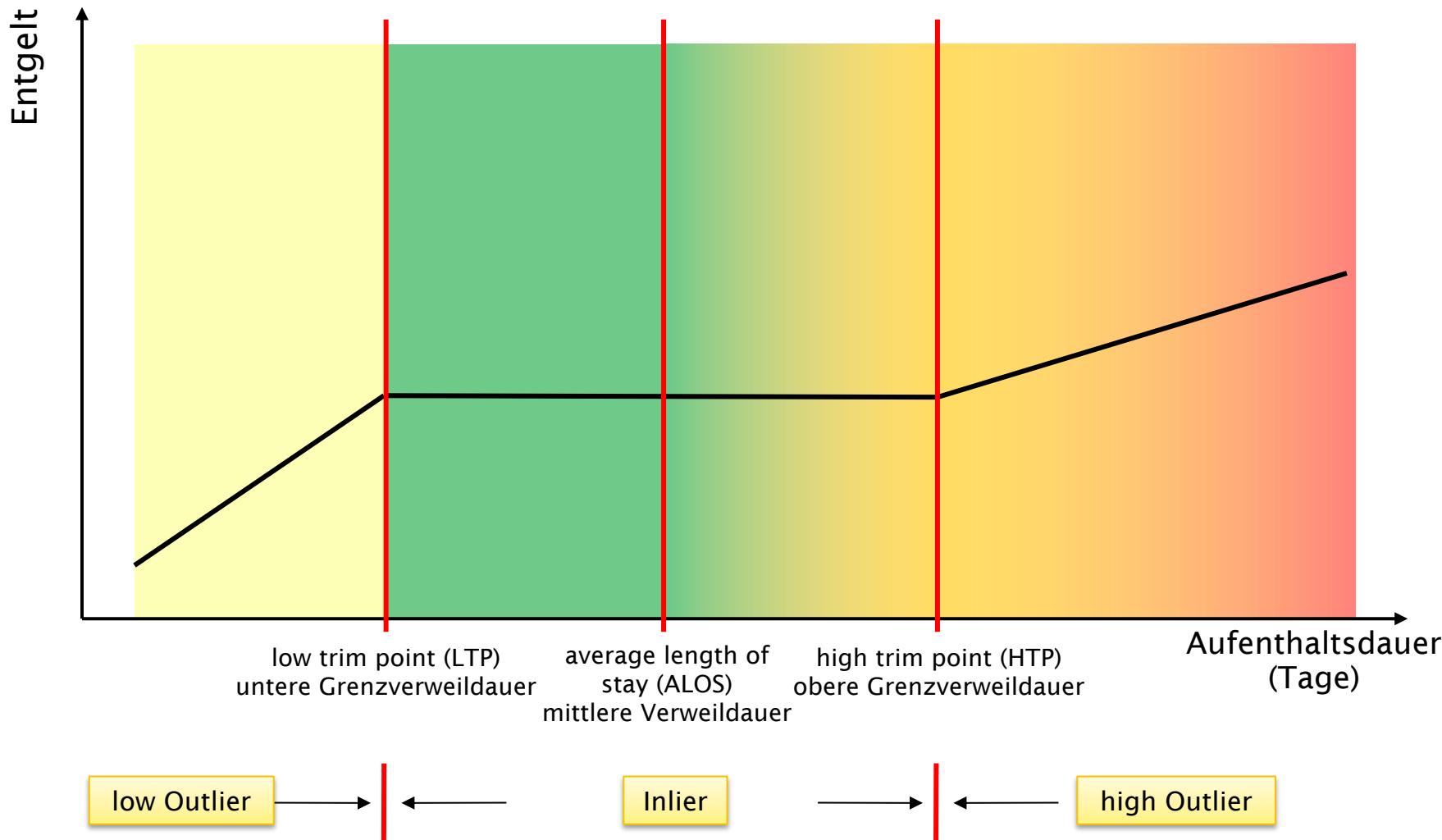
DRG: Grundlegende Idee



DRG: Grundlegende Idee



DRG: Grundlegende Idee



DRGs: Zusammenfassung der Ziele

- ▶ Bildung homogener Gruppen von Patienten oder von Behandlungsfällen
 - ▶ bezüglich klinischer Kriterien
 - ▶ bezüglich Behandlungskosten
 - ▶ Pauschale und trotzdem bedarfsgerechte Vergütung
 - ▶ Überschaubares, handhabbares System für Finanzierung, Beobachtung, Steuerung
 - ▶ Möglichst kleine Anzahl von kostenhomogenen Gruppen aus wenigen Kriterien (maximal 1'000 Gruppen)
 - ▶ Orientierung an routinemässig dokumentierten Informationen
-
- ▶ (→ Anforderung an Klassifikation: vollständig und disjunkt!)

Take Home Messages

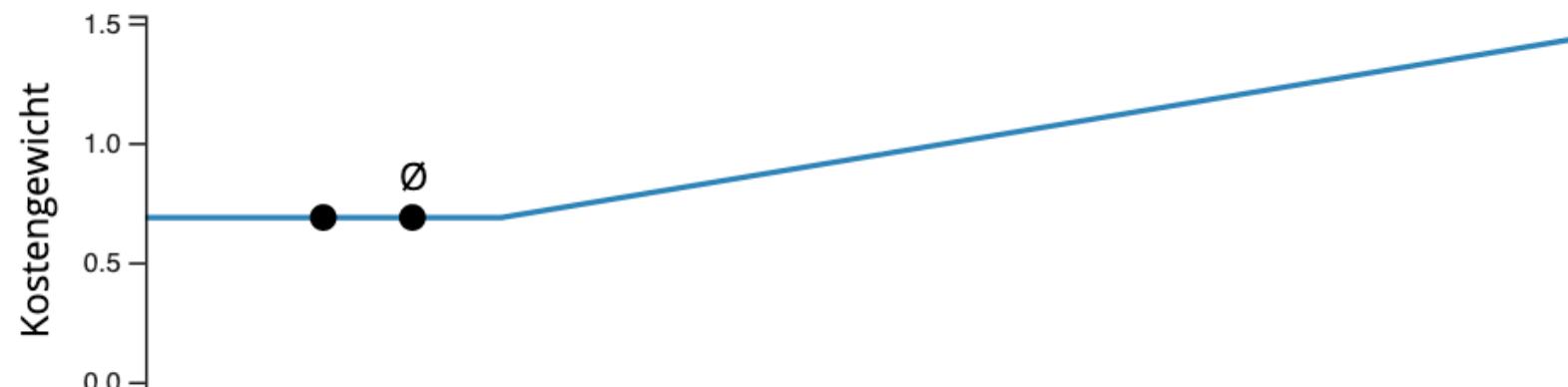
- Das Tarifsystem SwissDRG soll **Transparenz** und **Vergleichbarkeit** bieten und damit Effizienz schaffen.
- DRGs setzen die Krankenhäuser unter **finanziellen Druck**. Man will damit erreichen, dass die Krankenhäuser die **Sparpotenziale ausnützen** und **Prozesse optimieren**.

Code	Beschreibung	Gültigkeit	Benutzt	CCL
K35.30	Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis ohne Perforation oder Ruptur Berner Fachhochschule Haute école spécialisée bernoise Bern University of Applied Sciences	Gültige Diagnose	Ja	2
Procedures				
Code	Beschreibung	Gültigkeit	Benutzt	OR/NOR/-
47.01	Appendektomie, laparoskopisch	Gültige Prozedur	Ja	OR

Verweildauer

Aktuelle Verweildauer (VWD)	2
Mittlere Verweildauer ($\bar{\theta}$)	2.5
1. Tag mit Abschlag	-
1. Tag mit Zuschlag	4
Untere Grenzverweildauer	-
Obere Grenzverweildauer	3
Fallstatus	Normallieger

Diagramm für G22C



Abrechnungssysteme

03 – SwissDRG 02: Gruppierung

michael.lehmann@bfh.ch

► Technik und Informatik / Medizininformatik

Ziele

- ▶ Sie haben ein grundlegendes Verständnis für die SwissDRG-Abrechnung.
- ▶ Sie kennen wichtige Begriffe wie DRG, MDC, CMI, CCL, ...
- ▶ Sie können den SwissDRG-Webgrouper bedienen.

Inhalt

- ▶ Ablauf DRG-Bstimmung, Grouper
- ▶ Manuelle DRG-Bestimmung
- ▶ Web-Grouper SwissDRG
- ▶ Begrifflichkeiten
- ▶ Take Home Messages

Grundsätzlicher Ablauf

Dokumentation



Codierung

I21.1
J41.0
37.23

Gruppierung

F41B

Realität



Akte/Freitext



ICD-10
CHOP



SwissDRG

Versionen 2023

Diagnosen

- ▶ ICD-10-GM Version 2022

Prozeduren

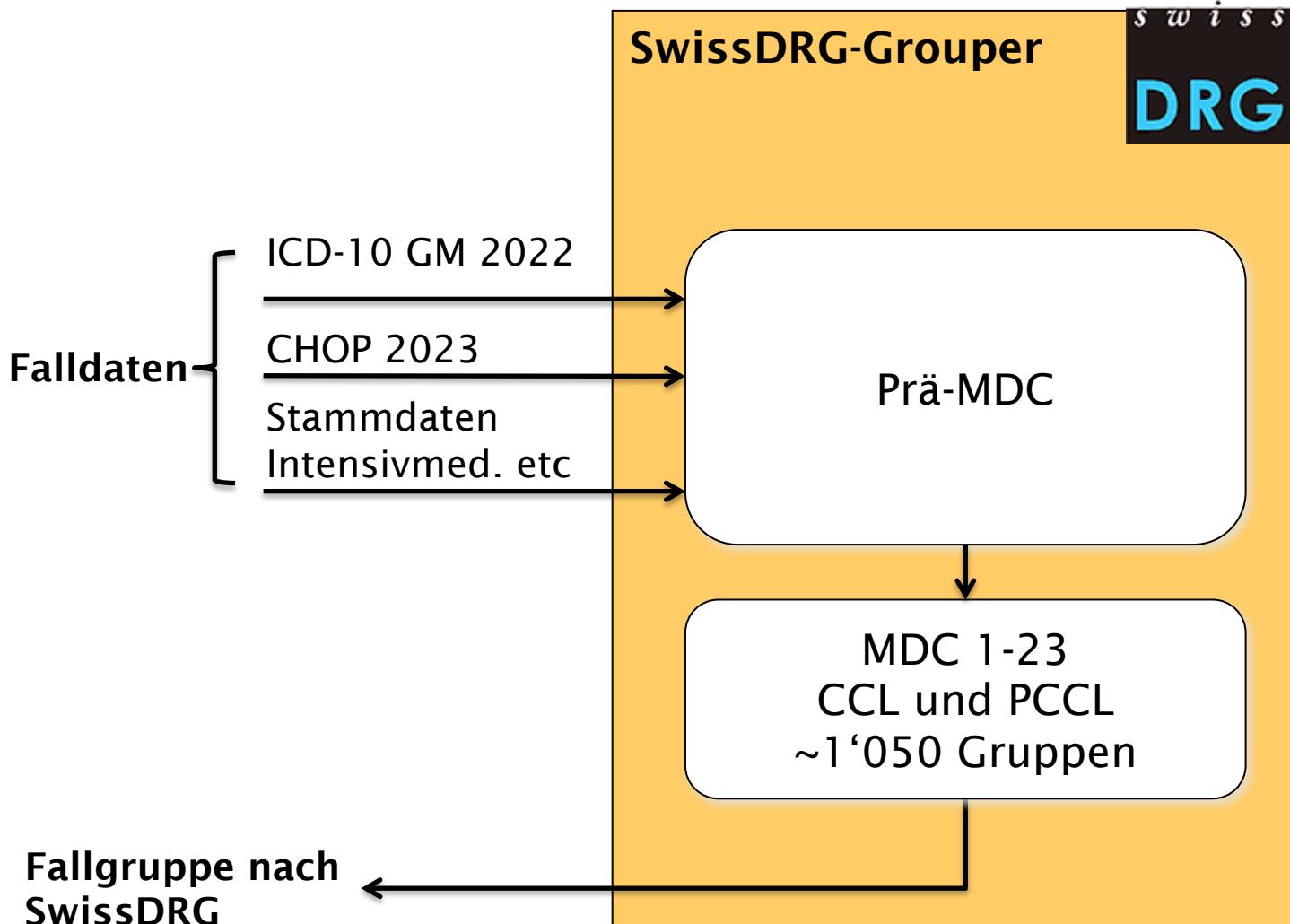
- ▶ CHOP Version 2023

SwissDRG

- ▶ SwissDRG System 12.0/2023

- ▶ ICD = International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
- ▶ GM = German Modification
- ▶ CHOP = Schweizerische Operationsklassifikation

Grouper



Grouper

Der SwissDRG-Grouper arbeitet mit den folgenden Datenelementen:

- ▶ Diagnosen (ICD-10)
- ▶ Prozeduren (CHOP)
- ▶ Geschlecht, Alter
- ▶ Aufnahmeart, Entlassungsart, Verweildauer, Urlaubstage
- ▶ Aufnahmegewicht (Kleinkinder)
- ▶ Dauer der maschinellen Beatmung
- ▶ Hochteure Medikamente (ATC Code)

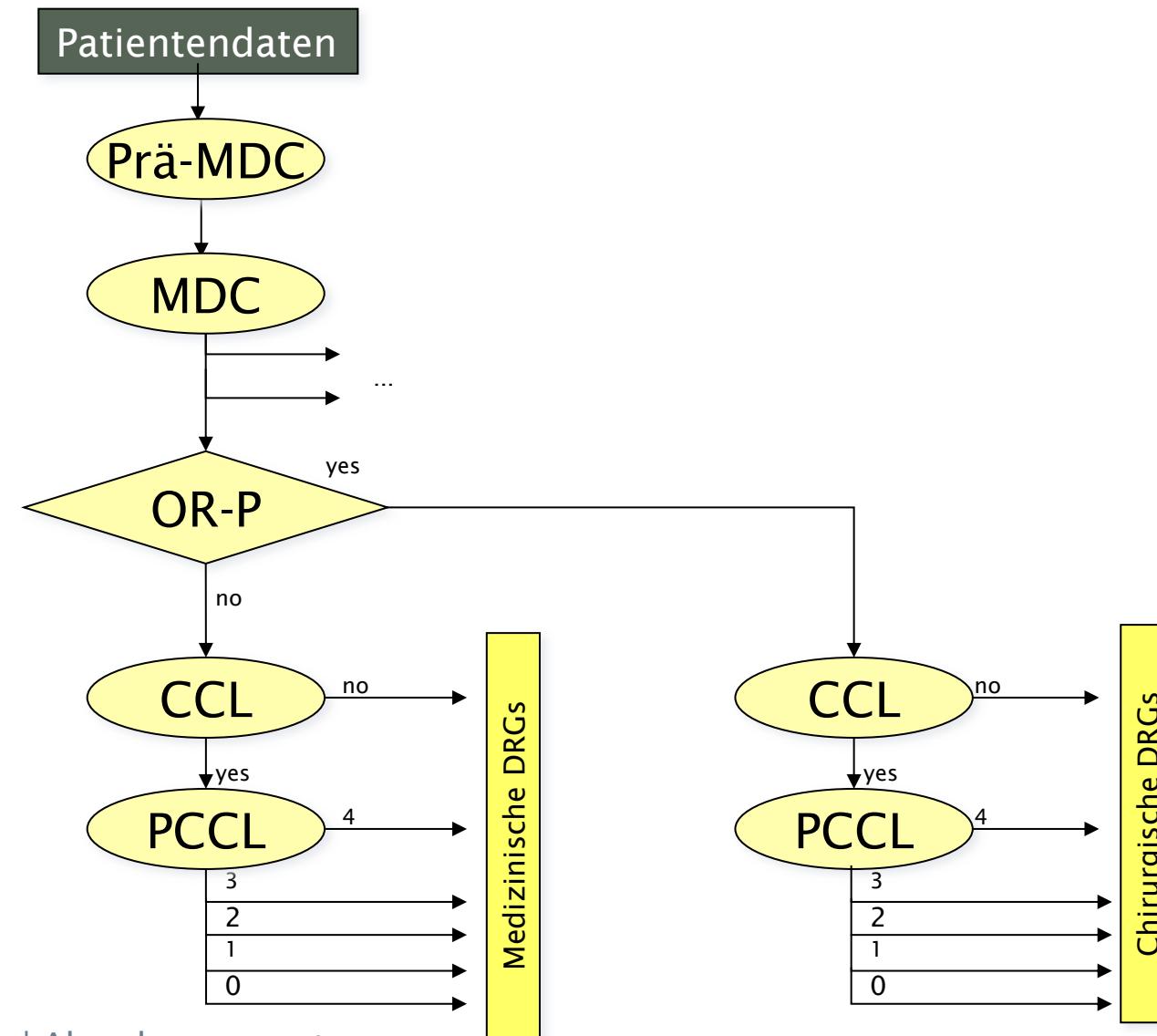
- ▶ Der DRG-Grouper kann bis zu **50 Diagnosekodes** und bis zu **100 Prozedurenkodes** pro Datensatz verarbeiten.
- ▶ SwissDRG-Grouper online
<https://grouper.swissdrg.org/swissdrg/single>

SwissDRG-Grouper: Ablauf der DRG-Ermittlung

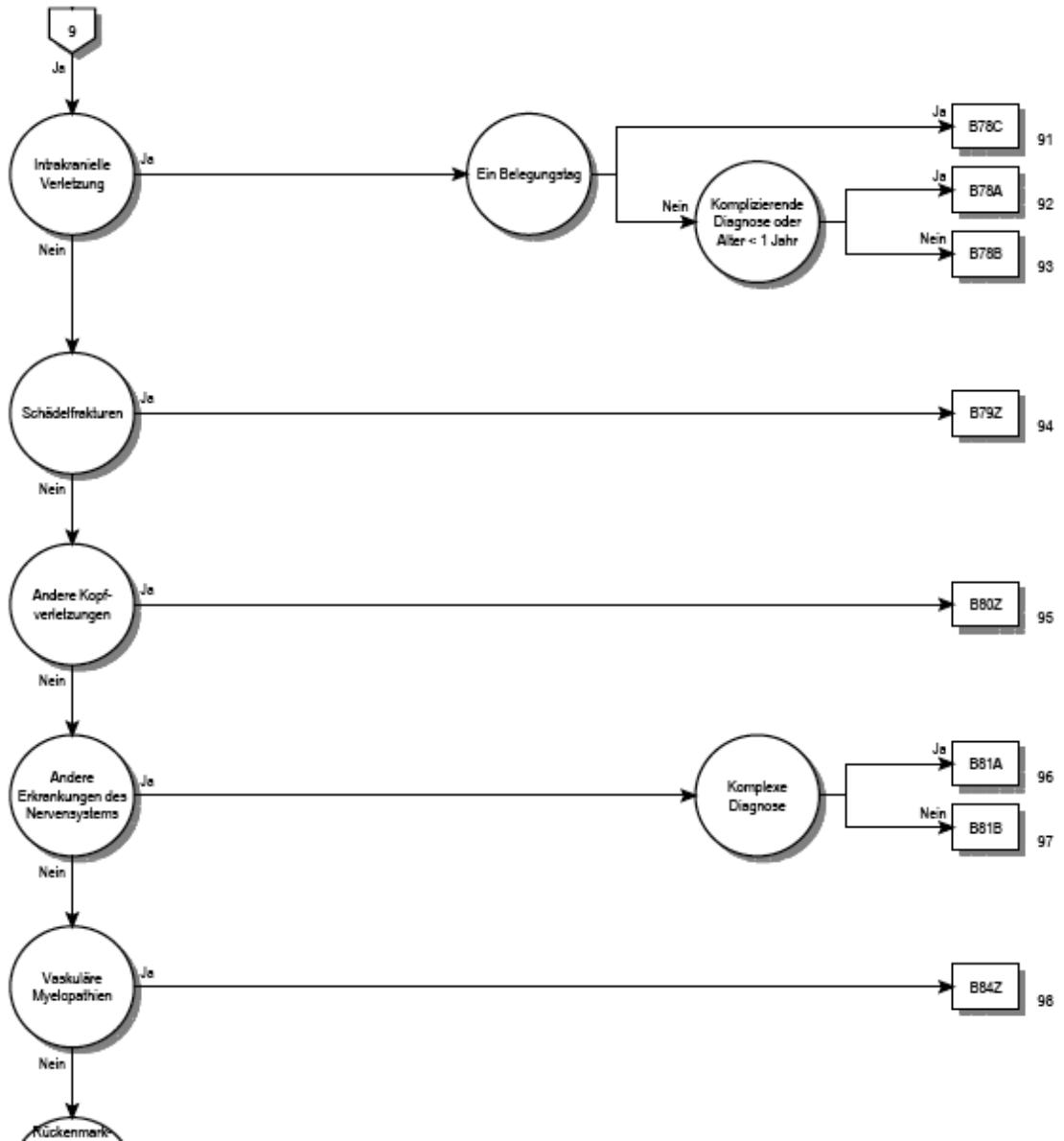
Hauptdiagnose
Major Diagnostic Category

Prozedur
Operation im Operationssaal?

Nebendiagnosen
Komplikationen und
Komorbiditäten



SwissDRG-Grouper: Ablauf der DRG-Ermittlung



SwissDRG-Grouper: Ablauf der DRG-Ermittlung

Die **Abfragereihenfolge** der DRGs orientiert sich konsequent an deren **mittleren Kosten**, um das Problem der Mindervergütung bei Mehrleistung zu vermeiden.

- Die «teuersten» DRGs werden zuerst identifiziert.
- Damit will man verhindern, dass ein Fall einer zu tiefen Kategorie zugewiesen wird.

SwissDRG: Format

- ▶ Vom Format her besteht jede DRG aus vier alphanumerischen Zeichen z. B. «**F60A**», wobei diese Zeichen die folgende Bedeutung haben:
- ▶ **F** verweist auf die Hauptgruppe, der die DRG angehört; (während die Zahl «9» der Kennzeichnung von Fehler-DRGs und sonstigen DRGs vorbehalten ist)
«*MDC 05: Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems*»
- ▶ **60** gibt die Basis-DRG innerhalb der MDC sowie die Partition an, zu der die Basis-DRG gehört;
«*Akuter Myokardinfarkt ohne invasive kardiologische Diagnostik*»
- ▶ **A** kennzeichnet die Einteilung, mit der DRGs innerhalb einer Basis-DRG anhand ihres Ressourcenverbrauches unterschieden werden (A höchster Ressourcenverbrauch, B zweithöchster Ressourcenverbrauch, C dritthöchster Ressourcenverbrauch, usw.)
«*mit schweren CC*»
- ▶ **F60A Akuter Myokardinfarkt ohne invasive kardiologische Diagnostik mit schweren CC**

Major Diagnostic Categories (MDC)

- ▶ MDC 01 Krankheiten und Störungen des Nervensystems (DRGs B01A-B90B)
- ▶ MDC 02 Krankheiten und Störungen des Auges (DRGs C01Z-C64Z)
- ▶ MDC 03 Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses (DRGs D01A-D67Z)
- ▶ MDC 04 Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane (DRGs E01A-E90C)
- ▶ MDC 05 Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems (DRGs F01A-F98C)
- ▶ MDC 06 Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane (DRGs G02A-G72D)
- ▶ MDC 07 Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas (DRGs H01A-H64B)
- ▶ MDC 08 Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe (DRGs I02A-I98Z)
- ▶ MDC 09 Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma 1 (DRGs J01A-J68B)
- ▶ MDC 10 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (DRGs K03Z-K64D)
- ▶ MDC 11 Krankheiten und Störungen der Harnorgane (DRGs L02Z-L72Z)
- ▶ MDC 12 Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane (DRGs M01A-M64Z)
- ▶ MDC 13 Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane (DRGs N01A-N62B)
- ▶ MDC 14 Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (DRGs O01A-O65D)
- ▶ MDC 15 Neugeborene (DRGs P02A-P67D)
- ▶ MDC 16 Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems (DRGs Q01Z-Q61B)
- ▶ MDC 17 Hämatologische und solide Neubildungen (DRGs R01A-R65C)
- ▶ MDC 18A HIV (DRGs S01Z-S65Z)
- ▶ MDC 18B Infektiöse und parasitäre Krankheiten (DRGs T01A-T64C)
- ▶ MDC 19 Psychische Krankheiten und Störungen (DRGs U01A-U66C)
- ▶ MDC 20 Alkohol- und Drogengebrauch und alkohol- und drogeninduzierte psychische Störungen (DRGs V01Z-V02D)
- ▶ MDC 21A Polytrauma (DRGs W01A-W61C)
- ▶ MDC 21B Verletzungen, Vergiftungen und toxische Wirkungen von Drogen und Medikamenten (DRGs X01A-X64B)
- ▶ MDC 22 Verbrennungen (DRGs Y02A-Y63Z)
- ▶ MDC 23 Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und andere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens (DRGs Z01Z-Z66Z)

Sie sind dran

In Moodle finden Sie die Unterlagen zu SwissDRG System 12.0 (Band 1-5)

Prä-MDC, Fehler-DRGs

- Zählen Sie Beispiele von Situationen auf, die zu einer Prä-MDC DRG-Gruppierung führen.

Band 1, Seite 7/866 (PDF Seite 19)

- Welches sind die verschiedenen Faktoren, die dazu führen, dass ein Fall nicht nach SwissDRG abgerechnet werden kann (Fehler-DRGs)?

Band 1, ab Seite 9/866 (PDF Seite 21) und Seite 52/866 (PDF Seite 64)

4.4 Prä-MDC-Verarbeitung

Die Prä-MDC-Verarbeitung hat zwei Funktionen. Erstens werden die in der "Prä-MDC"-Kategorie enthaltenen kostenintensiven DRGs ermittelt. Zweitens ändert das Programm die MDC-Zuweisung in Fällen, in denen eine MDC nicht ausschliesslich auf Basis der Hauptdiagnose definiert ist. Dies ist bei MDC 15 Neugeborene, MDC 18A HIV und MDC 21A Polytrauma der Fall.

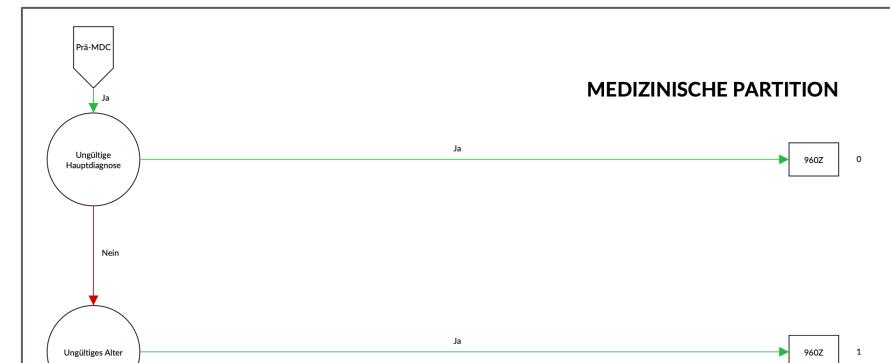
Jeder Datensatz wird u.a. auf folgende Punkte hin überprüft. Lautet die Antwort „ja“, weist der Grouper den jeweiligen Datensatz einer der DRGs in der Prä-MDC-Kategorie zu oder ändert die MDC-Zuweisung:

4.10 Fehler-DRGs und sonstige DRGs

Datensätze, die klinisch untypische oder ungültige Informationen enthalten, werden in der SwissDRG-Version 11.0 einer von 9 Fehler- und sonstigen DRGs zugewiesen:

901A Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose mit komplizierenden Prozeduren oder Strahlentherapie

901B Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose mit komplexer OR-Prozedur



Sie sind dran

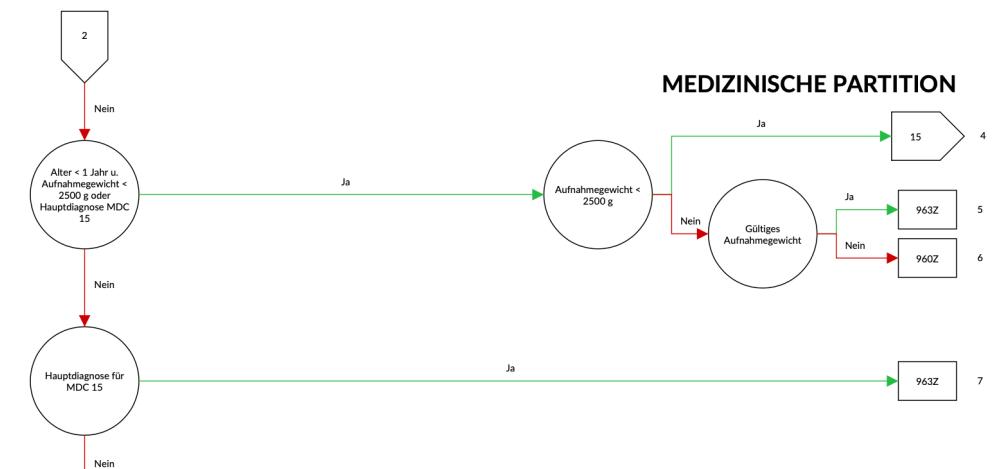
Prä-MDC

- ▶ Wurde im Rahmen dieser Behandlungsepisode eine Leber-, Lungen-, Knochenmark-, Pankreas-, Nieren-, Darm- oder Herztransplantation durchgeführt oder wurden Stammzellen transfundiert?
- ▶ Wurde eine Langzeitbeatmung durchgeführt?
- ▶ Wurde bei einem Wachkoma-Patient eine Frührehabilitation durchgeführt?
- ▶ Wurde eine bestimmte akute Erkrankung oder Verletzung des Rückenmarkes diagnostiziert? Wurde Versagen und Abstossung eines transplantierten Organes oder transplantierter hämatopoetischer Zellen diagnostiziert?
- ▶ Wurde eine Stammzellentnahme bei einem Eigen- oder Fremdspender durchgeführt? Wurden signifikante Verletzungen an mehreren Stellen des Körpers behandelt?
- ▶ War der Patient weniger als 28 Tage alt (d.h. ein Neugeborenes) bzw. weniger als 1 Jahr alt mit einem Aufnahmegewicht von weniger als 2.500 Gramm?
- ▶ Liegt eine HIV-Krankheit vor?

Sie sind dran

Fehler-DRGs

- 901A Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose mit komplizierenden Prozeduren oder Strahlentherapie
- 901B Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose mit komplexer OR-Prozedur
- 901C Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose mit anderem Eingriff an Kopf und Wirbelsäule oder Alter < 1 Jahr
- 901D Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose
- 902Z Nicht ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose 960Z Nicht gruppierbar
- 960Z Ungültige Hauptdiagnose, ungültiges Alter
- 961Z Unzulässige Hauptdiagnose
- 962Z Unzulässige Kodierung einer Sectio caesarea
- 963Z Neonatale Diagnose unvereinbar mit Alter oder Gewicht



Sie sind dran

Wir gruppieren einen einfachen Fall – von Hand!

- ▶ Hauptdiagnose:
- ▶ HD I21.1 Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand
(ohne invasive kardiologische Diagnostik)

Versuchen Sie herauszufinden, welche DRG hier zutrifft.

Hinweise:

- ▶ Suchen Sie im PDF von Band 1 des Definitionshandbuches nach I21.1 → welche MDC?
- ▶ Ausgehend von der MDC: Flussdiagramm anschauen → welche DRG?

Sie sind dran

Wir gruppieren einen einfachen Fall – von Hand!

- ▶ Hauptdiagnose:
- ▶ HD I21.1 Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand (ohne invasive kardiologische Diagnostik)

Versuchen Sie herauszufinden, welche DRG hier zutrifft.

Hinweise:

- ▶ I21.1 gehört zu MDC05 (*Band 1 Seite 640/866, bzw. PDF Seite 652*)
- ▶ MDC 05 Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems
Flussdiagramme: *Band 1 Seite 629/866, bzw. PDF Seite 641*
- ▶ Tabellen *Band 1 Seite 836/866, bzw. PDF Seite 848*

Sie sind dran

Wir gruppieren den gleichen Fall mit dem SwissDRG-Grouper
<https://grouper.swissdrg.org/swissdrg/single>

Hauptdiagnose:

I21.1 Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand

→ In welche DRG wird dieser Fall eingruppiert?

Sie sind dran

Aufenthalt	Patientendaten
<input type="radio"/> Berechnet <input checked="" type="radio"/> Manuell	Geschlecht Männlich
Aufnahmedatum 2023/02/12	Geburtstag JJJJ/MM/TT
Verweildauer (Tage) 5	Alter 40 Jahre
Verweildauer (Tage) 5	Beatmungszeit (Stunden) 0

Diagnosen und Prozeduren	+ Diagnose hinzufügen
Hauptdiagnose I21.1	
Nebendiagnosen	
Prozeduren	+ Prozedur hinzufügen
<input type="text"/> - JJJJ/MM/TT <input type="text"/> - JJJJ/MM/TT	
<input type="text"/> - JJJJ/MM/TT	

Medikamente				
ATC Code	Zusatzangabe	Verabreichungsart	Dosis	Einheit
<input type="text"/>	-	-	0	-
+ Medikament hinzufügen				

[Formular zurücksetzen](#) [Drucken](#) [Gruppieren](#)

Sie sind dran

Gruppierung

DRG	F60B	Akuter Myokardinfarkt ohne invasive kardiologische Diagnostik
MDC	05	
PCCL	0	
Grouperstatus		Normale Gruppierung

Kostengewicht

Basiskostengewicht	0.652
Effektives Kostengewicht	0.652
Zuschlagssatz pro Tag	0.094
Abschlagssatz pro Tag	0

Diagnosen

Code	Beschreibung	Gültigkeit	Benutzt	CCL
I21.1	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand	Gültige Diagnose	Ja	3

Verweildauer

Aktuelle Verweildauer (VWD)	5
Mittlere Verweildauer ($\bar{\theta}$)	4.9
1. Tag mit Abschlag	-
1. Tag mit Zuschlag	10
Untere Grenzverweildauer	-
Obere Grenzverweildauer	9
Fallstatus	Normallieger

Diagramm für F60B



Sie sind dran

Wir gruppieren einen weiteren Fall

Hauptdiagnose:

K35.30 Akute Appendizitis mit lokaliserter Peritonitis ohne Perforation oder Ruptur

Hauptprozedur

47.01 Appendektomie, laparoskopisch

Sie sind dran

Gruppierung

DRG	G22D	Appendektomie, mehr als ein Belegungstag
MDC	06	
PCCL	0	
Grouperstatus	Normale Gruppierung	

Kostengewicht

Basiskostengewicht	0.692
Effektives Kostengewicht	0.944
Zuschlagssatz pro Tag	0.126
Abschlagssatz pro Tag	0

Diagnosen

Code	Beschreibung	Gültigkeit	Benutzt	CCL
K35.30	Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis ohne Perforation oder Ruptur	Gültige Diagnose	Ja	2

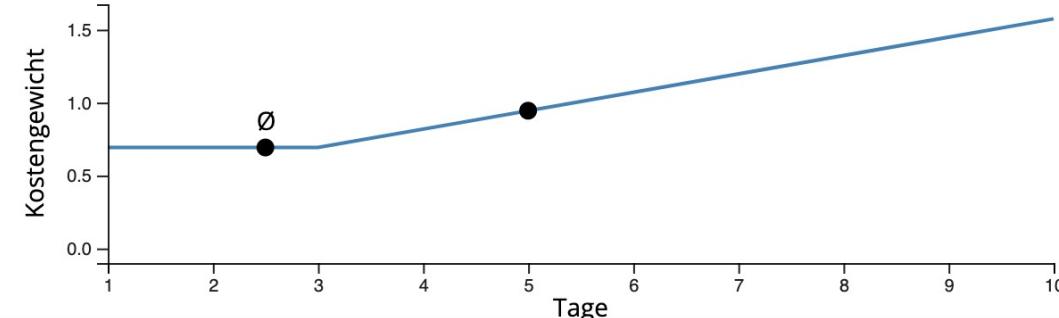
Prozeduren

Code	Beschreibung	Gültigkeit	Benutzt	OR/NOR/-
47.01	Appendektomie, laparoskopisch	Gültige Prozedur	Ja	OR

Verweildauer

Aktuelle Verweildauer (VWD)	5
Mittlere Verweildauer (\bar{x})	2.5
1. Tag mit Abschlag	-
1. Tag mit Zuschlag	4
Untere Grenzverweildauer	-
Obere Grenzverweildauer	3
Fallstatus	Oberer Outlier

Diagramm für G22D



Kostengewicht

Kostengewicht, costweight (cw)

- ▶ Relative Fallschwere verglichen mit dem «Standardpatienten»
- ▶ Jeder Fallgruppe (DRG) wird ein (jährlich!) **empirisch ermitteltes, relatives Kostengewicht** zugeordnet, das den durchschnittlichen Behandlungsaufwand der betreffenden Fallgruppe beschreibt.
- ▶ Zum Beispiel im Jahr 2023 beträgt der Kostengewicht der DRG «F60B Akuter Myokardinfarkt ohne invasive kardiologische Diagnostik» 0.652
 - ▶ (im Jahr 2022 war es 0.655)
 - ▶ (im Jahr 2021 war es 0.662)
 - ▶ (im Jahr 2020 war es 0.710)
 - ▶ (im Jahr 2019 war es 0.692)
 - ▶ (im Jahr 2018 war es 0.701)

Kostengewicht

- ▶ Kostengewichte sind empirisch ermittelte, relative Gewichte, die den durchschnittlichen Behandlungsaufwand einer gegebenen Gruppe von Patienten beschreiben.
- ▶ Sie werden in der Regel jährlich anhand von aktualisierten Fallkostendaten der Spitäler berechnet.

Wie berechnet man die durchschnittlichen Kosten?

$$\frac{\text{Summe der Kosten aller Inlier}}{\text{Anzahl Inlier}} = \text{Durchschnittskosten}$$

Kostengewicht



Kostengewicht, costweight (cw)

- ▶ Jeder Fallgruppe (DRG) wird ein relatives Kostengewicht zugeordnet. Hierzu werden die durchschnittlichen Kosten der Inlier einer DRG durch die Bezugsgröße dividiert.
- ▶ Letztere entspricht den **durchschnittlichen Kosten sämtlicher Inlier**. Stimmen die durchschnittlichen Kosten einer DRG mit der Bezugsgröße überein, ergibt sich ein Kostengewicht von 1. Die berechneten Kostengewichte pro DRG werden im Fallpauschalenkatalog publiziert.

$$\frac{\text{durchschnittlichen Kosten der Inlier einer DRG}}{\text{durchschnittlichen Kosten sämtlicher Inlier}} = \text{Kostengewicht_dieser_DRG}$$

Kostengewicht: Beispiele

DRG ⁹⁾	Parti- tion	Bezeichnung ^{6) 7) 8)}	Kostengewicht mit Anlagenutzungs- kosten (ANK)	Mittlere Verweildauer ¹⁾	Untere Grenzverweildauer		Obere Grenzverweildauer		Externe Absc. (Kost
					Erster Tag mit Abschlag ^{2) 5)}	Kosten-gewicht/Tag	Erster Tag zus. Entgelt ^{3) 5)}	Kosten-gewicht/Tag	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
F59D	O	endovaskulärem Eingriff oder selektiver Thrombolyse	1.537	0.4	1	0.472	12	0.11	
F59E	O	Komplexe oder mässig komplexe Gefässeingriffe mit bestimmten Verfahren oder Alter < 16 Jahre	1.343	3	1	0.441	7	0.283	
F59F	O	Komplexe oder mässig komplexe Gefässeingriffe mit mehrfachen zusätzlichen Stenteinlagen oder komplizierender Diagnose oder bestimmter Prozedur, Alter > 15 Jahre	0.946	2.9	1	0.309	7	0.207	
F59G	O	Komplexer oder mässig komplexer Gefässeingriff, Alter > 15 Jahre	0.74	2.3	1	0.182	4	0.208	
F60A	M	Akuter Myokardinfarkt ohne invasive kardiologische Diagnostik mit schweren CC	1.174	9.3	2	0.374	19	0.127	
F60B	M	Akuter Myokardinfarkt ohne invasive kardiologische Diagnostik	0.652	4.9			10	0.094	
F61A	M	Endokarditis mit komplizierender Diagnose oder komplizierender Prozedur oder invasive kardiologische Diagnostik oder äusserst schwere CC	3.117	21.3	6	0.425	39	0.144	
F61B	M	Endokarditis	1.999	17.2	4	0.388	33	0.119	
F62A	M	Herzinsuffizienz und Schock mit äusserst schweren CC und Dialyse oder Reanimation oder bestimmter Prozedur oder komplizierender Diagnose, oder MRE	1.91	15.5	4	0.365	30	0.125	
F62B	M	Herzinsuffizienz und Schock mit äusserst schweren CC oder bestimmter Prozedur oder Evaluation zur Herztransplantation	1.759	14.5	3	0.427	26	0.108	
F62C	M	Herzinsuffizienz und Schock mit schweren CC	1.322	11.9	2	0.425	24	0.109	

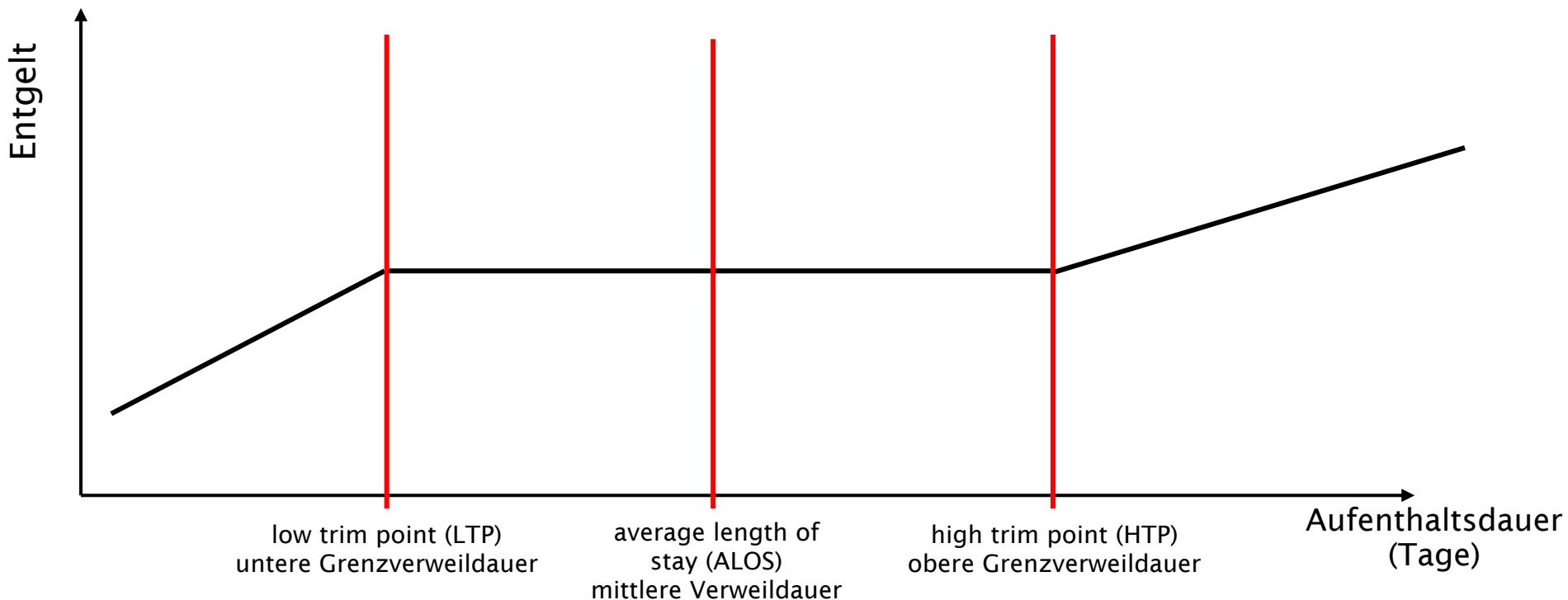
Sei sind dran

Sie finden den Liste aller Schweizer Fallpauschalen in Moodle in den Dateien
<https://moodle.bfh.ch/mod/folder/view.php?id=1852834>

SwissDRG-Version_12.0_Fallpauschalenkatalog_AV_2023_2023.xlsx
SwissDRG-Version_12.0_Fallpauschalenkatalog_AV_2023_2023.pdf

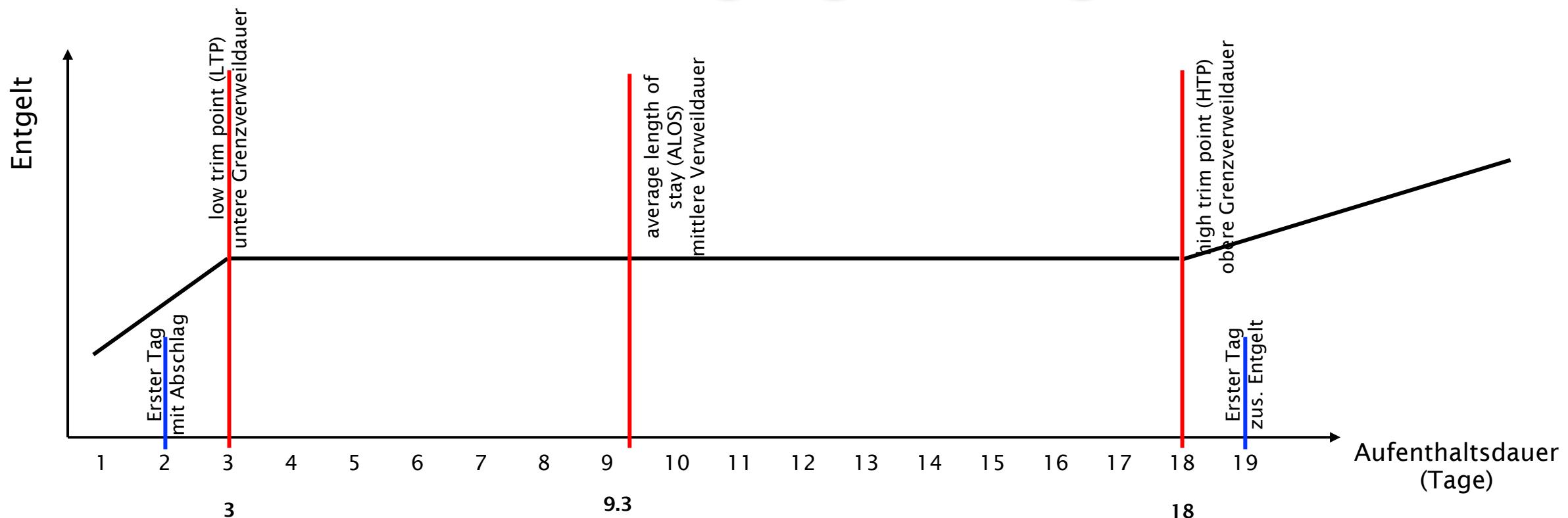
Sie sind dran

Beschreiben Sie diese Kurve mit Angabe der Werte für die DRG
«F60A Akuter Myokardinfarkt ohne invasive kardiologische Diagnostik mit schweren CC».



Sie sind dran

DRG ⁹⁾	Parti- tion	Bezeichnung ^{6) 7) 8)}	Kostengewicht mit Anlagenutzungs- kosten (ANK)	Untere Grenzverweildauer		Obere Grenzverweildauer		
				5	6	7	8	9
1	2	3	4	5	6	7	8	9
F60A	M	Akuter Myokardinfarkt ohne invasive kardiologische Diagnostik mit schweren CC	1.174	9.3	2	0.374	19	0.127



Baserate



Baserate (Basispreis, Basisfallwert)

- ▶ Um den Betrag in CHF zu berechnen, der für einen bestimmten Fall vergütet wird, muss sein effektives Kostengewicht mit der Baserate (Basispreis) multipliziert werden.

$$\text{Betrag} = \text{Kostengewicht} * \text{Baserate}$$

- ▶ Die Baserate bezeichnet den Betrag, der für einen Behandlungsfall mit einem Kostengewicht von 1.0 bezahlt wird.
- ▶ Der Basispreis wird durch die Tarifpartner (Versicherer und Leistungserbringer) festgelegt.

Take Home Messages

Wichtige Begrifflichkeiten, die Sie kennen sollten

- ▶ Kostengewicht (Costweight)
- ▶ Basispreis (Baserate)
- ▶ Grenzverweildauer, untere/obere (low trim point/high trim point)
- ▶ Inlier/Outlier

Code	Name	Gültigkeit	Benutzt	CCL
M17.1	Sonstige primäre Gonarthrose <small>Berner Fachhochschule Haute école spécialisée bernoise Bern University of Applied Sciences</small>	Gültige Diagnose	Nein	0
F	Hirninfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien	Gültige Diagnose	Nein	3
H	Akute Blutungsanämie	Gültige Diagnose	Nein	2
	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	Gültige Diagnose	Nein	0
E87.6	Hypokaliämie	Gültige Diagnose	Nein	2
E11.90	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Gültige Diagnose	Nein	0

Prozeduren

Code	Name	Gültigkeit	Benutzt	OR/NOR
81.54.11	Bikondyläre Oberflächenersatzprothese des Kniegelenkes	Gültige Prozedur	Ja	OR
99.04.10	Transfusion von Erythrozytenkonzentrat, 1 TE bis 5 TE	Gültige Prozedur	Nein	NOR

Hinweise für die Abrechnung

Keine Zusatzentgelte

Voraussetzungen

Diagnosen für ICD-10

Abrechnungssysteme

04 – SwissDRG 03: Einfluss von Nebendiagnosen und Behandlungscodes

michael.lehmann@bfh.ch

► Technik und Informatik / Medizininformatik

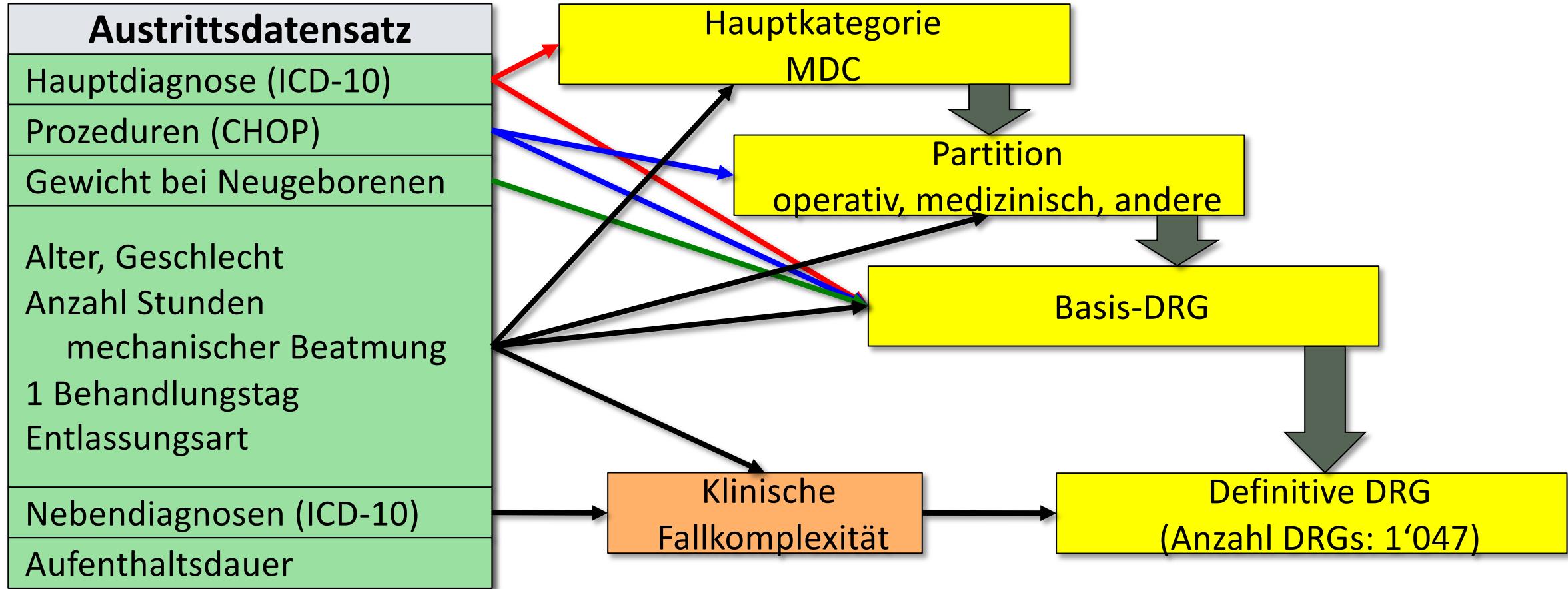
Ziele

- ▶ Sie haben ein vertieftes Verständnis für die SwissDRG-Abrechnung.
- ▶ Sie können den SwissDRG-Webgrouper bedienen.
- ▶ Anhand von Fallbeispielen verstehen Sie die Mechanismen, mit welchen die folgenden Faktoren die Höhe des Costweights beeinflussen
 - ▶ Patientenbezogener klinischer Schweregrad
 - ▶ Mechanische Beatmung und Intensivmassnahmen
 - ▶ Genaue Prozedur (Implantate)

Inhalt

- ▶ Ablauf DRG-Bestimmung, Grouper
- ▶ Fallbeispiele im Web-Grouper SwissDRG
- ▶ Zusatzentgelte
- ▶ Begriffe
- ▶ Take Home Messages

SwissDRG: Ablauf



SwissDRG – Fallbeispiel 1

- ▶ Ein Patient wird nach Sturz mit Fahrrad hospitalisiert. Radiusfraktur, kurze Bewusstlosigkeit.
- ▶ Am zweiten Tag entwickelt er eine Lungenentzündung.
- ▶ Bekannter Diabetiker.

Sie sind dran: SwissDRG-Fallbeispiel 1

Gehen Sie auf die Website von SwissDRG und öffnen Sie den Webgrouper
<https://grouper.swissdrg.org/swissdrg/single>

Diagnosen

HD S52.51 Distale Fraktur des Radius: Extensionsfraktur

ND S51.84 Weichteilschaden I. Grades bei geschlossener Fraktur oder Luxation des Unterarmes

ND S06.0 Gehirnerschütterung

ND S06.71 Bewusstlosigkeit bei Schädel-Hirn-Trauma: 30 Minuten bis 24 Stunden

ND E10.90 Diabetes mellitus, Typ 1: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet

HD=Hauptdiagnose, ND=Nebendiagnose

HB=Hauptbehandlung, NB=Nebenbehandlung

Sie sind dran: SwissDRG-Fallbeispiel 1

Diagnosen

- HD S52.51 Distale Fraktur des Radius: Extensionsfraktur
- ND S51.84 Weichteilschaden I. Grades bei geschlossener Fraktur oder Luxation des Unterarmes
- ND S06.0 Gehirnerschütterung
- ND S06.71 Bewusstlosigkeit bei Schädel-Hirn-Trauma: 30 Minuten bis 24 Stunden
- ND E10.90 Diabetes mellitus, Typ 1: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet

SwissDRG 12.0/2023

I74B Verletzungen an Unterarm, Handgelenk, Hand und Fuss, mehr als ein Belegungstag
cw 0.508

Fügen Sie die Nebendiagnose *J18.0 Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet* hinzu

Sie sind dran: SwissDRG-Fallbeispiel 1

Diagnosen

- HD S52.51 Distale Fraktur des Radius: Extensionsfraktur
- ND S51.84 Weichteilschaden I. Grades bei geschlossener Fraktur oder Luxation des Unterarmes
- ND S06.0 Gehirnerschütterung
- ND S06.71 Bewusstlosigkeit bei Schädel-Hirn-Trauma: 30 Minuten bis 24 Stunden
- ND E10.90 Diabetes mellitus, Typ 1: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
- ND J18.0 Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet

SwissDRG 12.0/2023

I74A Verletzungen an Unterarm, Handgelenk, Hand und Fuss mit schweren CC, mehr als ein Belegungstag

cw 0.851

SwissDRG-Fallbeispiel 1

Gruppierung

DRG	I74A	Verletzungen an Unterarm, Handgelenk, Hand und Fuss mit schweren CC, mehr als ein Belegungstag
MDC	09	
PCCL	3	
Grupperstatus		Normale Gruppierung

Kostengewicht

Basiskostengewicht	0.851
Effektives Kostengewicht	0.851
Zuschlagssatz pro Tag	0.121
Abschlagssatz pro Tag	0

0.851
0.851
0.121
0

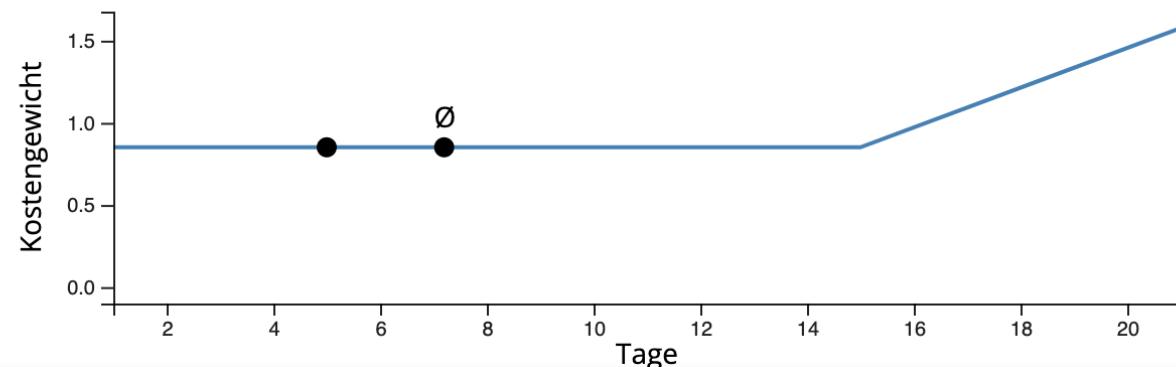
Diagnosen

Code	Beschreibung	Gültigkeit	Benutzt	CCL
S52.51	Distale Fraktur des Radius: Extensionsfraktur	Gültige Diagnose	Ja	0
S51.84	Weichteilschaden I. Grades bei geschlossener Fraktur oder Luxation des Unterarms	Gültige Diagnose	Nein	0
S06.0	Gehirnerschütterung	Gültige Diagnose	Nein	0
S06.71	Bewusstlosigkeit bei Schädel-Hirn-Trauma: 30 Minuten bis 24 Stunden	Gültige Diagnose	Nein	2
E10.90	Diabetes mellitus, Typ 1: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Gültige Diagnose	Nein	2
J18.0	Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet	Gültige Diagnose	Nein	3

Verweildauer

Aktuelle Verweildauer (VWD)	5
Mittlere Verweildauer (\bar{x})	7.2
1. Tag mit Abschlag	-
1. Tag mit Zuschlag	16
Untere Grenzverweildauer	-
Obere Grenzverweildauer	15
Fallstatus	Normallieger

Diagramm für I74A



SwissDRG – CCL

Komplikations- und Komorbiditätslevel (Clinical Complexity Level – CCL)

- ▶ CCLs sind Schweregrad-Stufen, die für alle Nebendiagnosen vergeben werden.
- ▶ Ihr Wert kann zwischen 0 und 4 für operative und neonatologische Behandlungsfälle und zwischen 0 und 3 für medizinische Behandlungsfälle variieren und wurde aus einer Kombination von medizinischen Bewertungen und statistischen Analysen ermittelt.
- ▶ Die Werte bedeuten:
 - 0 = keine Komplikation oder Komorbidität, oder der Kode ist Teil der Definition der DRG, der dieser Behandlungsepisode zugewiesen wurde, oder der Kode kennzeichnet eine Komplikation oder Komorbidität, die jedoch eng mit der Hauptdiagnose verbunden ist, oder genau derselbe Kode ist bereits an einer anderen Stelle des Datensatzes enthalten.
 - 1 = leichte Komplikation oder Komorbidität
 - 2 = mässig schwere Komplikation oder Komorbidität
 - 3 = schwere Komplikation oder Komorbidität
 - 4 = äusserst schwere Komplikation oder Komorbidität

SwissDRG – PCCL

Patientenbezogener klinischer Schweregrad (Patient Clinical Complexity Level – PCCL)

- ▶ Masszahl für den kumulativen Effekt der Komplikationen und Komorbiditäten eines Patienten, die für jede Behandlungsepisode berechnet wird.
- ▶ Die Ermittlung ist komplex und soll vermeiden, dass ähnliche Umstände mehrfach gewertet werden.

0= keineCC

1= leichte CC

2= mässig schwere CC

3= schwere CC

4= äusserst schwere CC

5oder6= schwerste CC

SwissDRG – PCCL: Formel

Formel zur Berechnung des patientenbezogenen Gesamtschweregrades (PCCL)

Sei $CCL = (CCL_1, CCL_2, \dots, CCL_n)$ ein Vektor, welcher die durch das Ausschlussverfahren n ermittelten CCL-Werte enthält. Der PCCL-Wert wird folgendermassen ermittelt:

$$PCCL = \begin{cases} 0 & , \text{ falls } SCCL \leq 1 \\ 6 & , \quad x > 6 \\ \lfloor x + 0.5 \rfloor & , \quad \text{sonst} \end{cases}$$

$$\text{wobei } x = \begin{cases} \frac{4}{\ln\left(\frac{3}{\alpha}\right)} \ln(SCCL) & , \quad SCCL < \left(\frac{3}{\alpha}\right)^{\frac{p}{4}} \\ t \frac{4}{\ln\left(\frac{3}{\alpha}\right)} \left(\frac{SCCL}{\left(\frac{3}{\alpha}\right)^{\frac{p}{4}}} - 1 \right) + p & , \quad \text{sonst} \end{cases}$$

$$\text{und } SCCL = \sum_{i=k}^n CCL_i e^{-\alpha(i-k)}$$

Parameter	Beschreibung	Ausprägung
α	Gewichtungsparameter der CCL-Werte, $0 < \alpha \in \mathbb{R} < 3$	0.3
p	Beginn der linearen Fortsetzung, $p \in \mathbb{R}^+$	3
t	Steigungsparameter der linearen Fortsetzung, $t \in \mathbb{R}^+$	1.15
k	Angabe zum Einbezug der Hauptdiagnose in die PCCL-Berechnung, $k \in \{1,2\}$	$\begin{cases} 1, & MDC 15 \\ 2, & \text{sonst} \end{cases}$

Der Algorithmus wurde von Dr. Xichuan (Mark) Zhang im Rahmen des CCL Refinement Project entwickelt und im Rahmen der SwissDRG-Weiterentwicklung modifiziert.

*kein Prüfungsstoff, zur Illustration

Sie sind dran: Selbststudium

- ▶ Öffnen Sie die Datei mit der Liste der SwissDRGs
- ▶ «SwissDRG-Version_12.0_Fallpauschalenkatalog_AV_2023_2023.xlsx»
- ▶ Betrachten Sie die DRG „G22A“ bis „G22E“ unter dem Reiter Akutspitäler und beachten Sie die Einteilung in Schweregrade.
- ▶ Öffnen Sie in Moodle Band 5 des Definitionshandbuchs von SwissDRG
- ▶ «DefHandbuch_SwissDRG_12.0_Abrechnungsversion_2023_2023_Band_5.pdf»
- ▶ Auf Seite 655/807 (Seite 663 des PDFs) wird im Anhang C.3 die CCL-Matrix erklärt.

Kombination von CCL-Werten

Tabelle C.1 Kombination von CCL-Werten zur Ermittlung des PCCL von 1 bis 6

PCCL	CCL1	CCL 2	CCL3	CCL4	CCL5	CCL6	CCL7
6	4	4	4	4	4	4	0
6	4	4	4	4	4	2	2
6	4	4	4	4	3	3	2
5	4	4	4	4	4	3	0
5	4	4	3	3	1	0	0
5	4	4	2	2	2	1	1
4	4	4	3	3	0	0	0
4	4	3	2	0	0	0	0
4	4	3	1	1	0	0	0
4	3	3	2	2	0	0	0
4	3	2	2	2	1	1	1
3	3	3	2	1	1	0	0
3	4	1	0	0	0	0	0
3	3	2	0	0	0	0	0
3	2	1	1	1	1	1	0
2	2	2	1	0	0	0	0
2	4	0	0	0	0	0	0
2	2	2	0	0	0	0	0
2	1	1	1	1	0	0	0
1	1	1	1	0	0	0	0
1	2	0	0	0	0	0	0
1	1	1	0	0	0	0	0
0	1	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0

*kein Prüfungsstoff, zur Illustration

Sie sind dran: SwissDRG-Fallbeispiel 2

- ▶ Patient mit biventrikulärer Herzinsuffizienz, daraus resultierendem Pleuraerguss und respiratorischer Insuffizienz mit O2-Gabe und Überdruck-Beatmung über 250 h

Geben Sie im Webgrouper die folgenden Kodes ein

HD I50.01 Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz

ND J91 Pleuraerguss bei anderenorts klassifizierten Krankheiten

ND J96.01 Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ 1 [hypoxisch]

→ Was ändert sich, wenn Sie zusätzlich 250 Beatmungsstunden eingeben?

Sie sind dran: SwissDRG-Fallbeispiel 2

Geben Sie im Webgrouper die folgenden Kodes ein

HD I50.01 Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz

ND J91 Pleuraerguss bei anderenorts klassifizierten Krankheiten

ND J96.01 Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ 1 [hypoxisch]

SwissDRG 12.0/2023

F62D Herzinsuffizienz und Schock

cw 0.799

→ Was ändert sich, wenn Sie zusätzlich 250 Beatmungsstunden eingeben?

SwissDRG 12.0/2023

A11D Beatmung > 249 Stunden od. Beatmung > 95 Std. mit bestimmten Konstellationen,
Alter > 5 Jahre

cw 8.323

SwissDRG-Fallbeispiel 2

Gruppierung

DRG	A11D	Beatmung > 249 Stunden od. Beatmung > 95 Std. mit bestimmten Konstellationen, Alter > 5 Jahre
MDC	05	
PCCL	0	
Grouperstatus	Normale Gruppierung	
Hinweis	Die DRG A11D ist von einer Fallzusammenführung bei Wiederaufnahme ausgeschlossen.	

Kostengewicht

Basiskostengewicht	8.323
Effektives Kostengewicht	8.323
Zuschlagssatz pro Tag	0.4
Abschlagssatz pro Tag	1.358

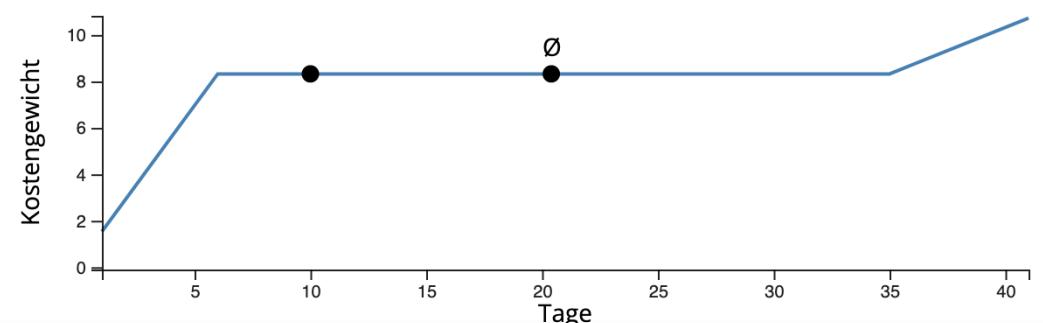
Diagnosen

Code	Beschreibung	Gültigkeit	Benutzt	CCL
I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	Gültige Diagnose	Ja	4
J91	Pleuraerguss bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	Gültige Diagnose	Nein	0
J96.01	Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ II [hyperkapnisch]	Gültige Diagnose	Nein	0

Verweildauer

Aktuelle Verweildauer (VWD)	10
Mittlere Verweildauer ($\bar{\delta}$)	20.4
1. Tag mit Abschlag	5
1. Tag mit Zuschlag	36
Untere Grenzverweildauer	6
Obere Grenzverweildauer	35
Fallstatus	Normallieger

Diagramm für A11D



Sie sind dran: SwissDRG-Fallbeispiel 3

- ▶ PTCA (Perkutane transluminale koronare Angioplastie) bei Herzinsuffizienz
 (→ Herzkatheteruntersuchung mit Dilatation der Herzkratzgefässe)

Diagnosen

HD I50.9 Herzinsuffizienz, nicht näher bezeichnet

Behandlungen

HB 00.66.21 Koronarangioplastik (PTCA) mit medikamentenfreisetzendem Ballon

Sie sind dran: SwissDRG-Fallbeispiel 3

Diagnosen

HD I50.9 Herzinsuffizienz, nicht näher bezeichnet

Behandlungen

HB 00.66.21 Koronarangioplastik (PTCA) mit medikamentenfreisetzendem Ballon

Ersetzen Sie die Hauptdiagnose durch folgende

HD I50.13 Linksherzinsuffizienz: mit Beschwerden bei leichter Belastung

Probieren Sie beide Hauptdiagnosen aus für eine Aufenthaltsdauer von 4 Tagen und 10 Tagen. Was beobachten Sie? Wie erklären Sie den Effekt?

SwissDRG-Fallbeispiel 3

Codes	SwissDRG	4 Tage	10 Tage
I50.9 00.66.21	F24F Perkutane Koronarangioplastie (PTCA), Alter > 15 Jahre	cw 0.917	Eff cw 2.189 (0.917 + 6*0.212)
I50.13 00.66.21	F24E Perkutane Koronarangioplastie (PTCA) mit komplizierender Diagnose oder Alter < 16 Jahre	cw 1.163	Eff cw 1.709 (1.163 + 3*0.182)

SwissDRG-Fallbeispiel 3

Gruppierung

DRG	F24F	Perkutane Koronarangioplastie (PTCA), Alter > 15 Jahre
MDC	05	
PCCL	0	
Grouperstatus	Normale Gruppierung	

Kostengewicht

Basiskostengewicht	0.917
Effektives Kostengewicht	2.189
Zuschlagssatz pro Tag	0.212
Abschlagssatz pro Tag	0.266

Diagnosen

Code	Beschreibung	Gültigkeit	Benutzt	CCL
150.9	Herzinsuffizienz, nicht näher bezeichnet	Gültige Diagnose	Ja	0

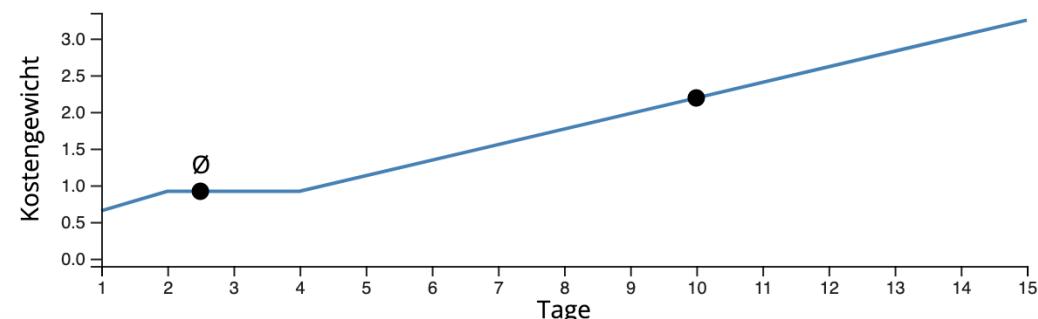
Prozeduren

Code	Beschreibung	Gültigkeit	Benutzt	OR/NOR/-
00.66.21	Koronarangioplastik [PTCA] mit medikamentenfreisetzenden Ballons	Gültige Prozedur	Ja	OR

Verweildauer

Aktuelle Verweildauer (VWD)	10
Mittlere Verweildauer ($\bar{\delta}$)	2.5
1. Tag mit Abschlag	1
1. Tag mit Zuschlag	5
Untere Grenzverweildauer	2
Obere Grenzverweildauer	4
Fallstatus	Oberer Outlier

Diagramm für F24F



Sie sind dran: SwissDRG-Fallbeispiel 4

Herzschrittmacher-Implantation bei AV-Block

Sie sind dran: SwissDRG-Fallbeispiel 4

Diagnosen

HD I44.2 Atrioventrikulärer Block 3. Grades

Behandlungen

HB 37.8A.11 Implantation eines Einkammer-Schrittmachers

Ersetzen Sie die Behandlung durch folgende

HB 37.8A.21 Implantation eines Zweikammerschrittmachers ohne antitachykardie Stimulation

HD=Hauptdiagnose, ND=Nebendiagnose

HB=Hauptbehandlung, NB=Nebenbehandlung

Sie sind dran: SwissDRG-Fallbeispiel 4

Diagnosen

HD I44.2 Atrioventrikulärer Block 3. Grades

Versuchen Sie es als nächstes mit dem folgenden Behandlungscodes

HB 37.8A.21 Implantation eines Zweikammer-Schrittmachers, ohne antitachykardie Stimulation

NB 37.7A.12 Implantation einer transvenösen Vorhofelektrode mit atrialem Sensing

Und versuchen Sie es als letztes noch mit dem folgenden Behandlungscodes

HB 37.8E.21 Implantation eines Resynchronisationsdefibrillators (CRT-D)

NB 37.7A.31 Implantation einer transvenösen Schockelektrode

SwissDRG-Fallbeispiel 4

Diagnosen

HD I44.2 Atrioventrikulärer Block 3. Grades

Behandlungen

HB 37.8A.11 Erstimplantation eines Einkammer-Schrittmachers

SwissDRG 12.0/2023

F17B Wechsel eines Herzschrittmachers, Einkammersystem

cw 1.2

SwissDRG-Fallbeispiel 4

Diagnosen

HD I44.2 Atrioventrikulärer Block 3. Grades

Behandlungen

HB 37.8A.21 Implantation eines Zweikammerschrittmachers ohne antitachykardie Stimulation

SwissDRG 12.0/2023

F17A Wechsel eines Herzschrittmachers, Mehrkammersystem

cw 1.336

SwissDRG-Fallbeispiel 4

Diagnosen

HD I44.2 Atrioventrikulärer Block 3. Grades

Behandlungen

HB 37.8A.21 Implantation eines Zweikammer-Schrittmachers, ohne antitachykardie Stimulation

NB 37.7A.12 Implantation einer transvenösen Vorhofelektrode mit atrialem Sensing

SwissDRG 12.0/2023

F12E Implantation eines Herzschrittmachers mit einer Zwei-Kammer-Stimulation

cw 1.735

SwissDRG-Fallbeispiel 4

Diagnosen

HD I44.2 Atrioventrikulärer Block 3. Grades

Behandlungen

HB 37.8E.21 Implantation eines Resynchronisationsdefibrillators (CRT-D)

NB 37.7A.31 Implantation einer transvenösen Schockelektrode

SwissDRG 12.0/2023

F01B Neuimplantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Drei-Kammer-Stimulation

cw 4.364

Sie sind dran: SwissDRG-Fallbeispiel 5

Noch ein etwas komplexerer Fall ...

Sie sind dran: SwissDRG-Fallbeispiel 5

Diagnosen

HD	T84.5	Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese
ND	Y82.8	Zwischenfälle durch medizintechnische Geräte und Produkte
ND	B95.7	Sonstige Staphylokokken als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind
ND	I48.9	Vorhofflimmern und Vorhofflimmern, nicht näher bezeichnet
ND	I42.0	Dilatative Kardiomyopathie
ND	J18.0	Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet
ND	E86	Volumenmangel
ND	D62	Akute Blutungsanämie

Behandlungen

HB	81.54.31	Implantation einer Standard-Totalendoprothese des Kniegelenks bei einem Prothesenwechsel
NB	84.57	Entfernen von Spacer (Zement)
NB	80.06.11	Entfernen einer Standard-Totalendoprothese des Kniegelenks
NB	99.04.10	Transfusion von Erythrozytenkonzentrat, 1 TE bis 5 TE

→ Lassen Sie die Nebendiagnose D62 Akute Blutungsanämie weg

Sie sind dran: SwissDRG-Fallbeispiel 5

Diagnosen

HD	T84.5	Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese
ND	Y82.8	Zwischenfälle durch medizintechnische Geräte und Produkte
ND	B95.7	Sonstige Staphylokokken als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind
ND	I48.9	Vorhofflimmern und Vorhofflimmern, nicht näher bezeichnet
ND	I42.0	Dilatative Kardiomyopathie
ND	J18.0	Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet
ND	E86	Volumenmangel
ND	D62	Akute Blutungsanämie

Behandlungen

HB	81.54.31	Implantation einer Standard-Totalendoprothese des Kniegelenks bei einem Prothesenwechsel
NB	84.57	Entfernen von Spacer (Zement)
NB	80.06.11	Entfernen einer Standard-Totalendoprothese des Kniegelenks
NB	99.04.10	Transfusion von Erythrozytenkonzentrat, 1 TE bis 5 TE

SwissDRG 12.0/2023

I12A Knochen- und Gelenkinfektion / -entzündung mit verschiedenen Eingriffen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit äusserst schweren CC od. IntK/IMCK 120 - 184 Aufwandspunkte

cw 4.544

Sie sind dran: SwissDRG-Fallbeispiel 5

Diagnosen

HD	T84.5	Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese
ND	Y82.8	Zwischenfälle durch medizintechnische Geräte und Produkte
ND	B95.7	Sonstige Staphylokokken als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind
ND	I48.9	Vorhofflimmern und Vorhofflimmern, nicht näher bezeichnet
ND	I42.0	Dilatative Kardiomyopathie
ND	J18.0	Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet
ND	E86	Volumenmangel

Behandlungen

HB	81.54.31	Implantation einer Standard-Totalendoprothese des Kniegelenks bei einem Prothesenwechsel
NB	84.57	Entfernen von Spacer (Zement)
NB	80.06.11	Entfernen einer Standard-Totalendoprothese des Kniegelenks
NB	99.04.10	Transfusion von Erythrozytenkonzentrat, 1 TE bis 5 TE

SwissDRG 12.0/2023

I04B Revision oder Ersatz des Kniegelenkes mit komplizierender Diagnose oder Arthrodese
cw 2.978

Sie sind dran: SwissDRG-Fallbeispiel 5

Gruppierung

DRG	I12A	Knochen- und Gelenkinfektion / -entzündung mit verschiedenen Eingriffen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit äußerst schweren CC od. IntK/IMCK 120 - 184 Aufwandpunkte
MDC	08	
PCCL	4	
Grouperstatus	Normale Gruppierung	

Kostengewicht

Basiskostengewicht	4.544
Effektives Kostengewicht	4.544
Zuschlagsatz pro Tag	0.177
Abschlagsatz pro Tag	0.479

Diagnosen

Code	Beschreibung	Gültigkeit	Benutzt	CCL
T84.5	Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese	Gültige Diagnose	Ja	2
Y82.8	Zwischenfälle durch medizintechnische Geräte und Produkte	Gültige Diagnose	Nein	0
B95.7	Sonstige Staphylokokken als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind	Gültige Diagnose	Nein	2
I48.9	Vorhofflimmern und Vorhofflimmern, nicht näher bezeichnet	Gültige Diagnose	Nein	0
I42.0	Dilatative Kardiomyopathie	Gültige Diagnose	Nein	2
J18.0	Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet	Gültige Diagnose	Nein	4
F86	Volumenmangel	Gültige Diagnose	Nein	0
D62	Akute Blutungsanämie	Gültige Diagnose	Nein	3

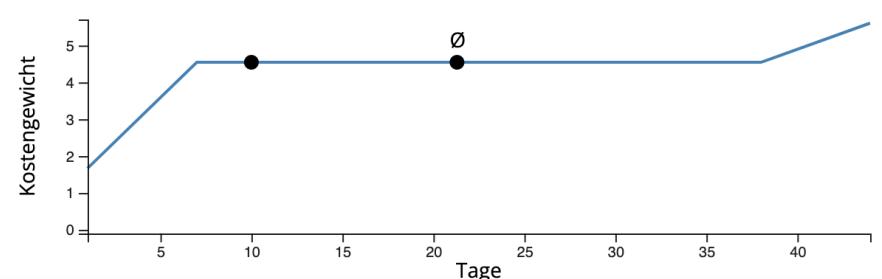
Prozeduren

Code	Beschreibung	Gültigkeit	Benutzt	OR/NOR/-
81.54.31	Implantation einer Standard-Totalendoprothese des Kniegelenks bei einem Prothesenwechsel	Gültige Prozedur	Ja	OR
84.57	Entfernen von Spacer (Zement)	Gültige Prozedur	Nein	-
80.06.11	Entfernen einer Standard-Totalendoprothese des Kniegelenks	Gültige Prozedur	Nein	OR
99.04.10	Transfusion von Erythrozytenkonzentrat, 1 TE bis 5 TE	Gültige Prozedur	Nein	NOR

Verweildauer

Aktuelle Verweildauer (VWD)	10
Mittlere Verweildauer ($\bar{\theta}$)	21.3
1. Tag mit Abschlag	6
1. Tag mit Zuschlag	39
Untere Grenzverweildauer	7
Obere Grenzverweildauer	38
Fallstatus	Normallieger

Diagramm für I12A



Sie sind dran: SwissDRG-Fallbeispiel 6

Diabetiker (Typ I) mit Nierenversagen

Sie sind dran: SwissDRG-Fallbeispiel 6

Diagnosen

HD E10.20 Diabetes mellitus, Typ 1: Mit Nierenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
ND N08.3 Glomeruläre Krankheiten bei Diabetes mellitus {E10-E14, vierte Stelle .2}

Behandlungen

HB 39.95.21 Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation

Was beobachten Sie?

Sie sind dran: SwissDRG-Fallbeispiel 6

Diagnosen

HD E10.20 Diabetes mellitus, Typ 1: Mit Nierenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
ND N08.3 Glomeruläre Krankheiten bei Diabetes mellitus {E10-E14, vierte Stelle .2}

Behandlungen

HB 39.95.21 Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation

[SwissDRG 12.0/2023](#)

CW 0.86

Zusatzentgelt: CHF 434.52

Fügen Sie die gleiche Behandlung an weiteren Tagen hinzu ...

Sie sind dran: SwissDRG-Fallbeispiel 6

Gruppierung

DRG	L69B	Andere schwere Erkrankungen der Harnorgane, Alter > 11 Jahre, mehr als ein Belegungstag
MDC	11	
PCCL	0	
Grouperstatus	Normale Gruppierung	

Kostengewicht

Basiskostengewicht	0.86
Effektives Kostengewicht	0.86
Zuschlagssatz pro Tag	0.132
Abschlagssatz pro Tag	0

Diagnosen

Code	Beschreibung	Gültigkeit	Benutzt	CCL
E10.20	Diabetes mellitus, Typ 1: Mit Nierenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Gültige Diagnose	Ja	2
N08.3	Glomeruläre Krankheiten bei Diabetes mellitus {E10-E14, vierte Stelle .2}	Gültige Diagnose	Nein	0

Prozeduren

Code	Beschreibung	Gültigkeit	Benutzt	OR/NOR/-
39.95.21	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	Gültige Prozedur	Nein	NOR
39.95.21	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	Gültige Prozedur	Nein	NOR
39.95.21	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	Gültige Prozedur	Nein	NOR

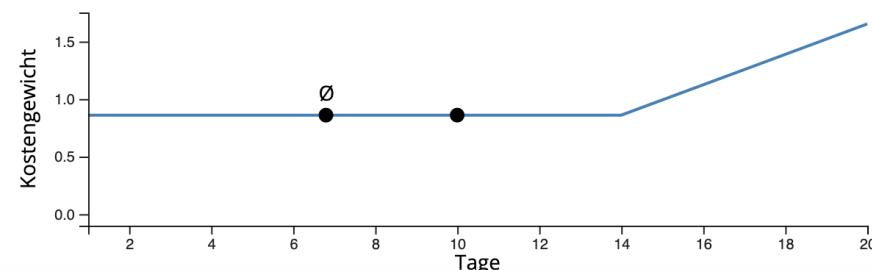
Zusatzentgelte

ID	Code	Betrag
ZE-2023-01.01	399521	434.52
ZE-2023-01.01	399521	434.52
ZE-2023-01.01	399521	434.52
Total		1303.56

Verweildauer

Aktuelle Verweildauer (VWD)	10
Mittlere Verweildauer ($\bar{\theta}$)	6.8
1. Tag mit Abschlag	-
1. Tag mit Zuschlag	15
Untere Grenzverweildauer	-
Obere Grenzverweildauer	14
Fallstatus	Normallieger

Diagramm für L69B



Sie sind dran

- Schauen Sie sich die Liste der Zusatzentgelte an (zwei Reiter in SwissDRG-Version_12.0_Fallpauschalenkatalog_AV_2023_2023.xlsx)

Zusatzentgelte (ZE)

- ▶ Bestimmte Leistungen, die **nicht sachgerecht pauschal** finanziert werden können, werden in der Logik eines **Einzelleistungstarifs** vergütet
- ▶ Bei den Zusatzentgelten handelt es sich nicht um ein «zusätzliches» Entgelt, sondern um eine **ergänzende Vergütung** ausserhalb der Fallpauschale.
- ▶ Zusatzentgelte werden für die Vergütung von **teuren Medikamenten, Blutprodukten, Implantaten und kostenintensiven Behandlungsmethoden** eingesetzt, die über mehrere Fallgruppen streuen.
- ▶ Zusatzentgelte tragen dazu bei, die Übersichtlichkeit des DRG-Systems zu bewahren und die Schaffung von neuen DRG-Fallgruppen zu reduzieren.
- ▶ Die Kosten, die mittels Zusatzentgelten abgegolten werden, sind **aus dem System** der Pauschalvergütung **herausgerechnet** worden.
Damit tragen Zusatzentgelte bei bestimmten Fallkonstellationen zu einer leistungsbezogenen Differenzierung der Gesamtvergütung bei.

Wichtige weitere Begriffe: Case Mix, Case Mix Index

Case Mix (CM)

- ▶ Summe der Kostengewichte der Fälle eines Spitals
- ▶ Case Mix beschreibt den **gesamten Schweregrad** der abgerechneten Behandlungsfälle eines Spitals

Case Mix Index (CMI)

- ▶ CMI = Case Mix dividiert durch Anzahl Fälle
- ▶ Case Mix Index beschreibt den durchschnittlichen Fallschweregrad eines Spitals («mittlere ökonomische Fallschwere»)

Take Home Messages

- ▶ Unter SwissDRG haben **Nebendiagnosen** (via PCCL-Matrix), **Intensivmassnahmen** (Beatmung, Intensivpflege) und **präzise Behandlungskodes** (Implantate, beidseitige Eingriffe, etc.) einen grossen Einfluss auf die resultierende DRG und damit das Costweight.
- ▶ Mittels **Zusatzentgelten** werden Leistungen, die **nicht im Rahmen der Fallpauschalen abgerechnet werden können**, abgegolten. Dabei handelt es sich um teure Medikamente, Blutprodukte, Hämodialysen u. v. m.



Abrechnungssysteme

04 – SwissDRG 04: SPLG, Kodierungshandbuch, Jahreswechsel und Kodierrevision

michael.lehmann@bfh.ch

► Technik und Informatik / Medizininformatik

Ziele

- ▶ Sie kennen die «SPLG» und können erklären, wie und wozu sie eingesetzt werden.
- ▶ Sie wissen, wer für die Dokumentation und wer für die Kodierung in einem Spital verantwortlich ist.
- ▶ Sie können erklären, wie neue SwissDRG-Fallgruppen entstehen.
- ▶ Sie können beschreiben, welche Auswirkungen die Einführungen von DRG-Systemen hat.
- ▶ Sie wissen, wie die Kodierrevision in der Schweiz durchgeführt wird.

Spitalplanungs-Leistungsgruppen (SPLG)

Sie sind dran

Recherchieren Sie:

- ▶ Was sind Spitalplanungs-Leistungsgruppen?
- ▶ Wozu wurden sie eingeführt?
- ▶ In welchen Kantonen werden sie eingesetzt?

Spitalplanungs-Leistungsgruppen (SPLG)

- ▶ Spitalplanung der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich (GDZH)
- ▶ Leistungsgruppenkonzept mit rund 125 Spitalplanungs-Leistungsgruppen (SPLG) und leistungsgruppenspezifischen Anforderungen für die Akutsomatik
→ «Leistungsauftrag an Listenspitäler»
- ▶ SPLG sind eindeutig anhand von **Diagnose- und Behandlungs-Codes** definiert
- ▶ Zusätzlich Anforderungen an die Fachärzte, an die Notfallstation etc. festgelegt
- ▶ Separater (zusätzlicher) Grouper (Lizenz wird durch die GD Zürich vergeben)

<https://www.zh.ch/de/gesundheit/spitaeler-kliniken/spitalplanung.html#346364110>

Unterlagen zu SPLG in Moodle

<https://moodle.bfh.ch/mod/folder/view.php?id=1891469>

SPLG: Beispiel Gruppe VIS1 (Viszeralchirurgie)

VIS1 Viszeralchirurgie V2019.3.13_spl23						
	Für FMH Intensivmedizin ebenfalls möglich: 34.9.1-99			Kombination	MFZ	KIND Änd.
Katalog	Code	Bezeichnung				
CHOP	C1	Operationen am Nervensystem (01-05)				
CHOP	Z04	Operationen an kranialen und peripheren Nerven				
CHOP	Z04.4	Lösung von Adhäsionen und Dekompression an kranialen und peripheren Nerven				
CHOP	Z04.49	Sonstige Dekompression oder Lösung von Adhäsionen an peripherem Nerv oder Ganglion				
CHOP	Z04.49.14	Sonstige Dekompression oder Lösung von Adhäsionen am Plexus lumbosacralis, Leiste und Bein			ab 6. Geburtstag	
CHOP	Z05	Operationen an sympathischen Nerven oder Ganglien				
CHOP	Z05.2	Sympathektomie				
CHOP	Z05.22	Zervikale Sympathektomie				
CHOP	Z05.23	Lumbale Sympathektomie				
CHOP	Z05.24	Prä sakrale Sympathektomie				
CHOP	Z05.25	Periarterielle Sympathektomie				
CHOP	Z05.26	Thorakale Sympathektomie				
CHOP	Z05.29	Sonstige Sympathektomie und Exzision eines Ganglions				
CHOP	Z05.8	Sonstige Operationen an sympathischen Nerven oder Ganglien				
CHOP	Z05.81	Plastische Rekonstruktion an sympathischem Nerv oder Ganglion				
CHOP	Z05.89	Sonstige Operation an sympathischem Nerv oder Ganglion				
CHOP	Z05.9	Sonstige Operationen am Nervensystem				
CHOP	C2	Operationen am Endokrinen System (06-07)				
CHOP	Z07	Operationen an anderen endokrinen Drüsen				
CHOP	Z07.0	Exploration im Gebiet der Nebenniere				
CHOP	Z07.01	Einseitige Exploration im Gebiet der Nebenniere				
CHOP	Z07.02	Beidseitige Exploration im Gebiet der Nebenniere				

►	Lies Mich	VIS1	VIS1.1	VIS1.2	VIS1.3	VIS1.4	VIS1.4.1	VIS1.5	Delta VIS1	Delta VIS1.1
---	-----------	------	--------	--------	--------	--------	----------	--------	------------	--------------

SPLG: Leistungsauftrag Gruppen VIS1 bis V1.5; Kt. Bern

Spitalliste Akutsomatik 2019 – Übersicht der laufenden Anpassungen (Stand: 01.02.2023)

			Versorgungsräume					Agglomeration Bern					
			Spitalunternehmen (mit Standorten)		Insel Gruppe AG			Hirslanden Bern AG			Lindenholgruppe AG		
Hauptbereiche	Leistungsbereiche	Leistungsgruppen	Insel	Tiefenau	Münsingen	Aarberg	Riggisberg	Beau-Site	Permanence	Salem	Lindenhol	Sonnenhof	Engeried
Viszeralchirurgie	VIS1	Viszeralchirurgie											
	VIS1.1	Grosse Pankreaseingriffe (IVHSM)	4					4					
	VIS1.2	Grosse Lebereingriffe (IVHSM)	4					4					
	VIS1.3	Oesophagusresektion (IVHSM)	4					4					
	VIS1.4	Bariatrische Chirurgie											
	VIS1.4.1	Spezialisierte bariatrische Chirurgie (IVHSM)	4	4				4			4		
	VIS1.5	Tiefe Rektumeingriffe (IVHSM)	4	4				4			4		
Hämatologie	HAE1	Aggressive Lymphome und akute Leukämien											
	HAE1.1	Hochaggressive Lymphome und akute Leukämien mit kurativer Chemotherapie											
	HAE2	Indolente Lymphome und chronische Leukämien	befristet (30.04.2024)	befristet (30.04.2024)	befristet (30.04.2024)	befristet (30.04.2024)	befristet (30.04.2024)	befristet (30.04.2024)		befristet (30.04.2024)	befristet (30.04.2024)		befristet (30.04.2024)
	HAE3	Myeloproliferative Erkrankungen und Myelodysplastische Syndrome	befristet (30.04.2024)	befristet (30.04.2024)	befristet (30.04.2024)	befristet (30.04.2024)	befristet (30.04.2024)	befristet (30.04.2024)		befristet (30.04.2024)	befristet (30.04.2024)		befristet (30.04.2024)
	HAE4	Autologe Blutstammzelltransplantation											
Hämatologie	HAES	Allogene Blutstammzell-transplantation (IVHSM) (Erwachsene)											
Gefässe	GEF1	Gefässchirurgie periphere Gefässe (arteriell)											

SPLG: Leistungsauftrag Gruppen VIS1 bis V1.5; Kt. Zürich

Leistungsbereich	Leistungsgruppe	Leistungserbringer (Rechtsträger)	Universitäts-Kinderhospital Zürich (Kinderspital Zürich - Eleonorenstiftung)	Universitätsspital Zürich (Universitätsspital Zürich)	Kantonsspital Winterthur (Kantonsspital Winterthur)	Stadtspital Zürich - Standort Triemli (Stadt Zürich)	Stadtspital Zürich - Standort Wald (Stadt Zürich)	Klinik Hirslanden (Hirslanden AG)	See-Spital Hörgen (Stiftung See-Spital)	Spital Uster ^(c) (Zweckverband Spital Uster)	GZO AG Spital Wetzikon (GZO AG)	Spital Limmattal ^(d) (Zweckverband Spital Limmattal)	Spital Bülach (Spital Bülach AG)	Spital Zollikerberg (Spital Diakoniekwerk Neumünster)
Viszeralchirurgie	VIS1 Viszeralchirurgie VIS1.1 Pankreasresektion (IVHSM) VIS1.2 Leberresektion (IVHSM) VIS1.3 Oesophagusresektion (IVHSM) VIS1.4 Bariatrische Chirurgie VIS1.4.1 Komplexe bariatrische Chirurgie (IVHSM) VIS1.5 Tiefe Rektumresektion (IVHSM)		Universitäts-Kinderhospital Zürich (Kinderspital Zürich - Eleonorenstiftung)	Universitätsspital Zürich (Universitätsspital Zürich)	Kantonsspital Winterthur (Kantonsspital Winterthur)	Stadtspital Zürich - Standort Triemli (Stadt Zürich)	Stadtspital Zürich - Standort Wald (Stadt Zürich)	Klinik Hirslanden (Hirslanden AG)	See-Spital Hörgen (Stiftung See-Spital)	Spital Uster ^(c) (Zweckverband Spital Uster)	GZO AG Spital Wetzikon (GZO AG)	Spital Limmattal ^(d) (Zweckverband Spital Limmattal)	Spital Bülach (Spital Bülach AG)	Spital Zollikerberg (Spital Diakoniekwerk Neumünster)
Hämatologie	HAE1 Aggressive Lymphome und akute Leukämien HAE1.1 Hoch-aggressive Lymphome und akute Leukämien mit kurativer Chemotherapie HAE2 Indolente Lymphome und chronische Leukämien HAE3 Myeloproliferative Erkrankungen und Myelodysplastische Syndrome HAE4 Autologe Blutstammzelltransplantation HAE5 Allogene hämatopoietische Stammzelltransplantationen beim Erwachsenen (IVHSM)		Universitätsspital Zürich (Universitätsspital Zürich)	Universitätsspital Zürich (Universitätsspital Zürich)	Universitätsspital Zürich (Universitätsspital Zürich)	Universitätsspital Zürich (Universitätsspital Zürich)	Universitätsspital Zürich (Universitätsspital Zürich)	Universitätsspital Zürich (Universitätsspital Zürich)	Universitätsspital Zürich (Universitätsspital Zürich)	Universitätsspital Zürich (Universitätsspital Zürich)	Universitätsspital Zürich (Universitätsspital Zürich)	Universitätsspital Zürich (Universitätsspital Zürich)	Universitätsspital Zürich (Universitätsspital Zürich)	Universitätsspital Zürich (Universitätsspital Zürich)

Sie sind dran

Einzelarbeit

- ▶ Sie arbeiten auf der Viszeralchirurgie in Aarberg (BE)/Männedorf (ZH). Dürfen Sie folgende Operationen durchführen in Ihrem Haus? Falls nicht: in welche Häuser können Sie die Patienten verlegen.
 - ▶ Appendektomie
 - ▶ Hemikolektomie
 - ▶ Leberresektion
 - ▶ Magenbypass
 - ▶ Plastische Rekonstruktion des Pankreas
 - ▶ Zwerchfellhernienoperation

→ Es sind die Spitallisten und weitere Dokumente für BE und ZH auf Moodle

Sie sind dran

BPE Basispaket V2019.3.13_spl23						
Katalog CHOP	Code	Bezeichnung	Kombination	MFZ	KIND	Änd.
	Z46.52.10	Verschluss einer doppelnahtigen Kolostomie				
CHOP	Z46.52.20	Verschluss einer endständigen Kolostomie				
CHOP	Z46.52.99	Verschluss einer Kolostomie, sonstige				
CHOP	Z46.7	Sonstige Rekonstruktion am Darm				
CHOP	Z46.71	Naht einer Duodenalverletzung				
CHOP	Z46.75	Naht einer Dickdarmverletzung				
CHOP	Z46.9	Sonstige Operationen am Darm				
CHOP	Z46.99	Sonstige Operationen am Darm				
CHOP	Z46.99.9	Verschluss Mesolücke bei innerer Hernie				
CHOP	Z46.99.93	Verschluss Mesolücke bei innerer Hernie, offen chirurgisch				
CHOP	Z46.99.94	Verschluss Mesolücke bei innerer Hernie, laparoskopisch				
CHOP	Z47	Operationen an der Appendix				
CHOP	Z47.0	Appendektomie				
CHOP	Z47.01	Appendektomie, laparoskopisch		ab 0 Jahre		
CHOP	Z47.02	Appendektomie, offen chirurgisch		ab 0 Jahre		
CHOP	Z47.09	Appendektomie, sonstige		ab 0 Jahre		
CHOP	Z47.1	Inzidente Appendektomie				
CHOP	Z47.11	Inzidente Appendektomie, während einer Laparoskopie aus anderem Grund		ab 6. Geburtstag		
CHOP	Z47.12	Inzidente Appendektomie, während einer Laparotomie aus anderem Grund		ab 6. Geburtstag		
CHOP	Z47.19	Inzidente Appendektomie, sonstige		ab 6. Geburtstag		
CHOP	Z47.2	Drainage eines Appendixabszesses		ab 6. Geburtstag		
CHOP	Z47.9	Operationen an der Appendix, sonstige		ab 6. Geburtstag		
CHOP	Z48	Operationen an Rektum, Rektosigmoid und Perirektalgewebe				
CHOP	Z48.2	Diagnostische Massnahmen an Rektum, Rektosigmoid und Perirektalgewebe				
CHOP	Z48.22	Rektosigmoidoskopie durch ein künstliches Stoma				
CHOP	Z48.23	Starre Rektosigmoidoskopie				
►	Lies Mich	BPM	BPEBEW	BPEGYN	BPEHNO	BPEURO
					BPEAUG	BPE
						NLG
						Delta BP

Sie sind dran

VIS1 Viszeralchirurgie V2019.3.13_spl23

Für FMH Intensivmedizin ebenfalls möglich: 34.9.1-99						
Katalog	Code	Bezeichnung	Kombination	MFZ	KIND	Änd.
CHOP	Z45.75.2	Hemikolektomie links mit Sigmoidektomie				
CHOP	Z45.75.21	Hemikolektomie links mit Sigmoidektomie, offen chirurgisch				
CHOP	Z45.75.22	Hemikolektomie links mit Sigmoidektomie, laparoskopisch				
CHOP	Z45.76	Sigmoidektomie				
CHOP	Z45.76.0	Detail der Subkategorie 45.76				
CHOP	Z45.76.09	Sigmoidektomie, sonstige				
CHOP	Z45.76.11	Sigmoidektomie, offen chirurgisch				
CHOP	Z45.76.21	Sigmoidektomie, laparoskopisch				
CHOP	Z45.77	Erweiterte Hemikolektomien				
CHOP	Z45.77.1	Erweiterte Hemikolektomie rechts				
CHOP	Z45.77.11	Erweiterte Hemikolektomie rechts, offen chirurgisch				
CHOP	Z45.77.12	Erweiterte Hemikolektomie rechts, laparoskopisch				
CHOP	Z45.77.2	Erweiterte Hemikolektomie links				
CHOP	Z45.77.21	Erweiterte Hemikolektomie links, offen chirurgisch				
CHOP	Z45.77.22	Erweiterte Hemikolektomie links, laparoskopisch				
CHOP	Z45.78	Resektion von Segmenten, Dickdarm				
CHOP	Z45.78.1	Segmentresektion				
CHOP	Z45.78.11	Segmentresektion, offen chirurgisch				
CHOP	Z45.78.12	Segmentresektion, laparoskopisch				
CHOP	Z45.78.2	Multiple Segmentresektion				
CHOP	Z45.78.21	Multiple Segmentresektion, offen chirurgisch				
CHOP	Z45.78.22	Multiple Segmentresektion, laparoskopisch				
CHOP	Z45.79	Teilresektion am Dickdarm, sonstige				
CHOP	Z45.8	Totale Kolektomie				
CHOP	Z45.81	Kolektomie				
CHOP	Z45.81.11	Kolektomie, offen chirurgisch				
CHOP	Z45.81.12	Kolektomie, laparoskopisch				
CHOP	Z45.89	Totale Kolektomie, sonstige				
CHOP	Z45.9	Intestinale Anastomose				
CHOP	Z45.97	Dünndarm-Rektum-Anastomose				



Lies Mich

VIS1

VIS1.1

VIS1.2

VIS1.3

VIS1.4

VIS1.4.1

VIS1.5

Delta VIS1

Delta VIS1

Sie sind dran

Spitalliste Akutsomatik 2019 – Übersicht der laufenden Anpassungen

		Versorgungsräume					
		Spitalunternehmen (mit Standorten)			Insel Gruppe AG		
Hauptbereiche	Leistungsbereiche	Leistungsgruppen	Insel	Tiefenau	Münsingen	Aarberg	Riggisberg
Viszeralchirurgie	VIS1	GAE1.1 Spezialisierte Gastroenterologie					
		Viszeralchirurgie					
		VIS1.1 Grosse Pankreaseingriffe (IVHSM)	4				
		VIS1.2 Grosse Lebereingriffe (IVHSM)	4				
		VIS1.3 Oesophagusresektion (IVHSM)	4				
		VIS1.4 Bariatrische Chirurgie					
		VIS1.4.1 Spezialisierte bariatrische Chirurgie (IVHSM)	4	4			
Hämatologie	HAE1	VIS1.5 Tiefe Rektumeingriffe (IVHSM)	4	4			
		HAE1 Aggressive Lymphome und akute Leukämien					
		HAE1.1 Hochaggressive Lymphome und akute Leukämien mit kurativer Chemotherapie					
	HAE2	Indolente Lymphome und chronische Leukämien	befristet (30.04.2024)	befristet (30.04.2024)	befristet (30.04.2024)	befristet (30.04.2024)	befristet (30.04.2024)
	HAE3	Myeloproliferative Erkrankungen und Myelodysplastische Syndrome	befristet (30.04.2024)	befristet (30.04.2024)	befristet (30.04.2024)	befristet (30.04.2024)	befristet (30.04.2024)
	HAE4	Autologe Blutstammzelltransplantation					
	HAE5	Allogene Blutstammzell-transplantation (IVHSM) <small>(Erwachsenen)</small>					

SPLG: Situation heute

- ▶ Die SPLG wurden den Kantonen von der Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) zur Übernahme empfohlen und werden **mittlerweile in vielen Kantonen verwendet**
- ▶ Für Kantone wichtiges Instrument zur Steuerung der Versorgung
→ gezielte Aufträge an die Listenspitäler
- ▶ Eingesetzt in ZH, BE, JU, VS, NE, BS, BL, TI, ...
AR/AI für Abrechnung ausserkantonal behandelter Patienten

Datenquellen für die Kodierung, Kodierrichtlinien

Kodierungshandbuch

- Vorgaben, was wie kodiert werden muss.

<https://moodle.bfh.ch/mod/folder/view.php?id=1834429>



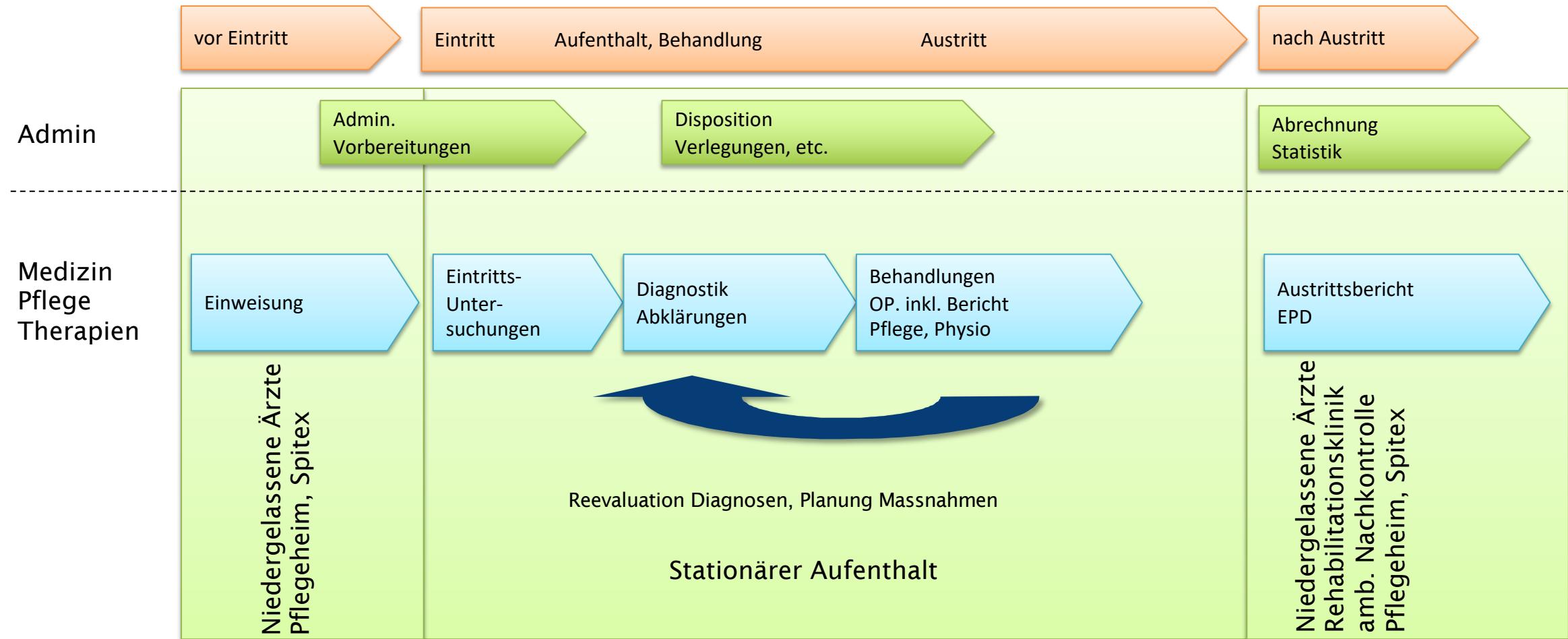
Kodierungshandbuch

... und weitere Unterlagen zur Kodierung
auf den Webseiten des BFS

The screenshot shows the official website of the Swiss Federal Statistical Office (BFS). The top navigation bar includes links for 'Bundesverwaltung', 'EDI', 'BFS', 'Warenkorb', 'Medien', 'Stellen', 'Kontakt', and language options 'DE FR IT EN RM'. A search bar is also present. The main header features the Swiss flag and the text 'Schweizerische Eidgenossenschaft Confédération suisse Confederazione Svizzera Confederaziun svizra' next to 'Bundesamt für Statistik'. Below the header is a horizontal menu bar with links: 'Aktuell', 'Statistiken finden', 'Dienstleistungen', 'Grundlagen und Erhebungen', 'Register', 'NADB Nationale Datenbewirtschaftung', 'Kompetenzzentrum für Datenwissenschaft', and 'Das BFS'. The breadcrumb navigation path is: 'Bundesamt für Statistik' > 'Statistiken finden' > 'Gesundheit' > 'Medizinische Kodierung und Klassifikationen' > 'Instrumente zur medizinischen Kodierung'. The main content area has a left sidebar under 'Medizinische Kodierung und Klassifikationen' with links to 'Instrumente zur medizinischen Kodierung', 'Antragsverfahren', 'Klassifikationen im ambulanten Bereich', and 'Revisionsen von Kodierfällen'. The main text discusses medical coding instruments and their publications. It also mentions the BFS's distribution list for medical coding and classification news, with an email address: codeinfo@bfs.admin.ch. There is a 'Kontakt' section with the BFS's address: 'Espace de l'Europe 10, CH-2010 Neuchâtel, Schweiz' and an email link: codeinfo@bfs.admin.ch. A printer icon is also present.

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/nomenklaturen/medkk/instrumente-medizinische-kodierung.html>

Grundsätzliche Struktur stationärer Aufenthalt



Sie sind dran

Diskussion im Plenum

- Wo finden wir in der stationären Dokumentation DRG-relevante Diagnosen und Prozeduren?

SwissDRG: Quellen für DRG-Daten

Diagnosen

- ▶ Problemliste/Diagnosenliste
- ▶ Befunde
- ▶ Konsilien
- ▶ Dokumentation der Pflege (z. B. Dekubitus)
- ▶ Labordaten (z. B. Anämie)

SwissDRG: Quellen für DRG-Daten

Prozeduren

- ▶ Operationsdokumentation
- ▶ Genaue Dokumentation von Implantaten (!)
- ▶ Pflegedokumentation (erhöhter Aufwand)
- ▶ Anästhesiedokumentation (z. B. Intubation und Beatmung)
- ▶ Intensivdokumentation (Beatmung, Pflegeaufwand)

SwissDRG: Woher kommen die Daten?

Kodierrichtlinien „Kodierungsshandbuch_543-2300.pdf“

G40I Dokumentation der Diagnosen und der Prozeduren

- ▶ Die Diagnosestellung und die Dokumentation aller Diagnosen und/oder Prozeduren während eines gesamten Spitalaufenthaltes liegen in der **Verantwortung der behandelnden Ärztin bzw. des behandelnden Arztes**. Resultate von im Aufenthalt durchgeführten Untersuchungen/Eingriffen gehören zur Dokumentation, auch wenn sie erst nach dem Austritt der Patientin, bzw. des Patienten eintreffen. Diese Angaben bilden die Grundlage für die Kodiererinnen und Kodierer zur regelkonformen Abbildung des Falles.
- ▶ Die Bedeutung einer kohärenten und vollständigen Dokumentation im Patientendossier kann nicht genug betont werden. Fehlt eine solche Dokumentation, ist es schwierig, ja unmöglich, die Kodierrichtlinien umzusetzen.
- ▶ ...

SwissDRG: Woher kommen die Daten?

Kodierrichtlinien „Kodierungsshandbuch_543-2300.pdf“

G40I Dokumentation der Diagnosen und der Prozeduren

- ▶ Die **Kodiererin bzw. der Kodierer stellt keine Diagnosen**. Sie/er interpretiert auch keine Arzneimittellisten, Laborergebnisse oder Pflege- dokumentation, ohne dokumentierte Rücksprache mit der behandelnden Ärztin bzw. dem behandelnden Arzt.
- ▶ Da Differenzialdiagnosen nicht kodierbar sind, ist von der behandelnden Ärztin, bzw. dem behandelnden Arzt die Diagnose oder das Symptom zu bestimmen, welches am ehesten zutrifft.
- ▶ Zur Wahl eines präzisen und endständigen ICD-Kodes zu einer von der Ärztin, bzw. dem Arzt gestellten Diagnose, ist es den Kodierverantwortlichen aber erlaubt, die entsprechende Präzisierung aus der gesamten medizinischen Dokumentation zu entnehmen.
- ▶ Für die **abschliessende Kodierung des Behandlungsfalles ist das Spital verantwortlich**.

SwissDRG: Woher kommen die Daten?

G52h: ... Die Hauptdiagnose ist definiert als:

- ▶ «**Derjenige Zustand, der am Ende des Spitalaufenthaltes als Diagnose feststeht und der der Hauptanlass für die Behandlung und Untersuchung der Patientin, bzw. des Patienten war**»
- ▶ Die Analyse der Patientenakte **bei Austritt** der Patientin bzw. des Patienten erlaubt es, aus den Affektionen diejenige auszuwählen, die **als Hauptdiagnose** gelten soll (diejenige, die den Grund für die stationäre Aufnahme darstellt oder diejenige, die im Verlauf des stationären Aufenthaltes diagnostiziert wurde).
- ▶ Die im Austrittsbericht als Hauptdiagnose erwähnte oder zuerst aufgeführte Diagnose stimmt nicht immer mit der zu kodierenden Hauptdiagnose überein. Dies bedeutet, dass erst am Ende des stationären Aufenthaltes die Erkrankung oder Beeinträchtigung festgestellt wird, die den **grössten medizinischen Aufwand während der stationären Behandlung** verursacht hat.
- ▶ Die Eintrittsdiagnose (der Eintrittsgrund) stimmt nicht zwingend mit der Hauptdiagnose überein.

SwissDRG: Woher kommen die Daten?

G52h: ...

- ▶ **Wahl der Hauptdiagnose bei zwei oder mehr Diagnosen, die die HD-Definition erfüllen**
- ▶ Bei Vorhandensein von zwei oder mehr Zuständen, welche die obenstehende Definition der Hauptdiagnose erfüllen, ist derjenige als Hauptdiagnose auszuwählen, der den grössten Aufwand an medizinischen Mitteln erforderte. Der **grösste Aufwand wird aufgrund der medizinischen Leistung** (ärztliche, pflegerische Leistungen, Operationen, medizinische Produkte usw.) bestimmt und **nicht aufgrund des Kostengewichtes (CW)** der Fallpauschale, das noch von anderen Faktoren abhängt. Falls für den Kodierer in der Wahl der Hauptdiagnose Zweifel bestehen, entscheidet die behandelnde Spitalärztin bzw. der behandelnde Spitalarzt, der seine Wahl anhand von medizinischen leistungen und Produkten begründen und dokumentieren muss.

SwissDRG: Woher kommen die Daten?

G54g Die Nebendiagnosen

- ▶ Die Nebendiagnose ist definiert als:
- ▶ «**Eine Krankheit oder Beschwerde, die entweder gleichzeitig mit der Hauptdiagnose besteht oder sich während des Spitalaufenthaltes entwickelt**».
- ▶ Bei der Kodierung werden diejenigen Nebendiagnosen berücksichtigt, die das Patientenmanagement in der Weise beeinflussen, dass irgendeiner der folgenden Faktoren erforderlich ist:
 - ▶ Therapeutische Massnahmen
 - ▶ Diagnostische Massnahmen
 - ▶ Erhöhter Betreuungs-, Pflege- und/oder Überwachungsaufwand
- ▶ **Nur Medizinischer Aufwand > 0 wird kodiert**

SwissDRG: Woher kommen die Daten?

- ▶ Kodierrichtlinien
 - ▶ Die Diagnosestellung und die Dokumentation aller Diagnosen und/oder Prozeduren während eines gesamten Spitalaufenthaltes liegen in der **Verantwortung der behandelnden Ärztin bzw. des behandelnden Arztes.**
- Umsetzung kann schwierig sein
- Wie stellt man sicher, dass alle wesentlichen Teile durch die behandelnde Ärztin/den behandelnden Arzt dokumentiert sind?

Jahreswechsel, Versionen

Jahreswechsel 2023/2024, SwissDRG 13.0/2024

- ▶ Berechnung der SwissDRG-Version 13.0/2024 auf Basis der Daten der Spitäler aus dem Jahre 2022
- ▶ Erste Version
 - ▶ «Katalogversion (2021/2024)»
 - ▶ Muss vor Ende Juni genehmigt und publiziert werden
- ▶ Planungsversionen
 - ▶ Planungsversion 1 (2022/2024)
 - ▶ Planungsversion 2 (2023/2024)
- ▶ Abrechnungsversion (2024/2024)

(Jahr der Klassifikations-Versionen / Jahr der Anwendung)

<https://www.swissdrg.org/de/akutsomatik/swissdrg-system-1202023>

Jahreswechsel 2023/2024, SwissDRG 13.0/2024

Publikationstermine

26. Juni 2023	Katalogversion (2021/2024)
07. Juli 2023	Planungsversion (2022/2024)
25. August 2023	Planungsversion (2023/2024)
30. November 2023 vorbehaltlich der Genehmigung durch den Bundesrat	Abrechnungsversion (2024/2024)

<https://www.swissdrg.org/de/akutsomatik/swissdrg-system-1302024>

Weiterentwicklung SwissDRG

Sie sind dran

Diskussion in Gruppen

- ▶ Wie kann sich ein DRG-System weiterentwickeln?
- ▶ Wann müssen neue Fallgruppen eingeführt werden?
- ▶ Wann werden Fallgruppen zusammengelegt?

Weiterentwicklung SwissDRG

- ▶ Antragsverfahren
- ▶ Statistische Auswertung
 - ▶ Varianzen
 - ▶ Kostenhomogenität
 - ▶ Kostendifferenz zu benachbarten Fallgruppen

Weiterentwicklung SwissDRG: Antragsverfahren

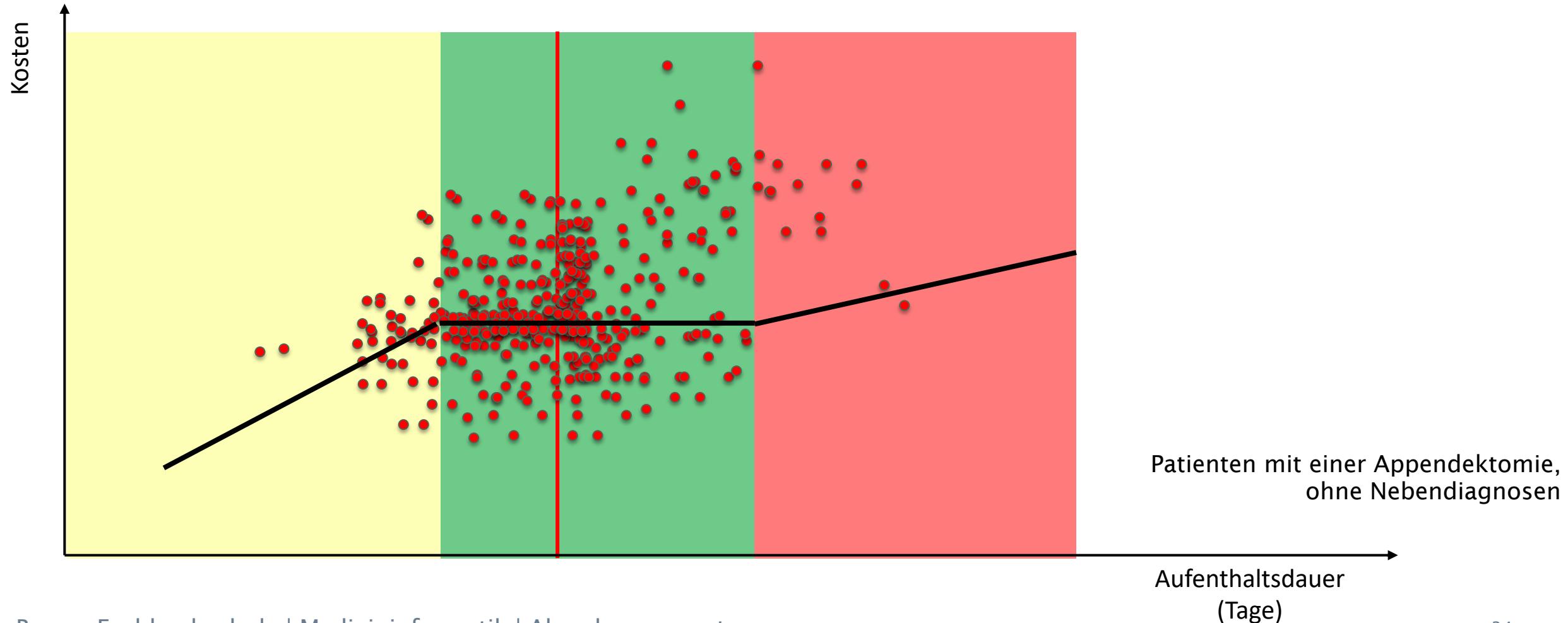
Spitäler können Anträge stellen

- ▶ zur Weiterentwicklung des SwissDRG-Fallpauschalensystem
- ▶ zur Weiterentwicklung der Liste der in der Medizinischen Statistik erfassbaren Medikamente und Substanzen
- ▶ zu redaktionellen Änderungen

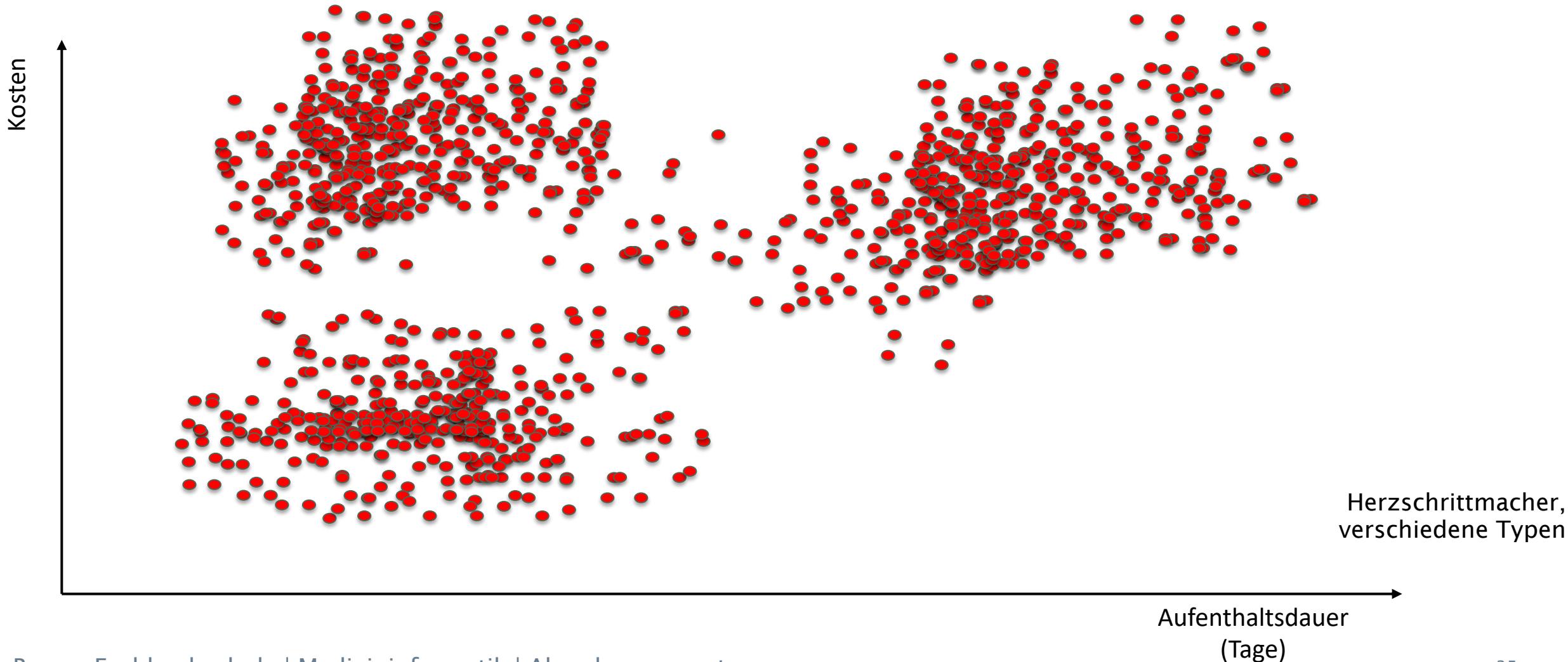
Antragsverfahren 2022

- ▶ Anträge können vom 6. Juni 2022 bis 17. Juli 2022 eingereicht werden.

DRGs: Grundlegende Idee



DRGs: Auftrennen von DRGs



SwissDRG: Erfahrungen seit 2012

Sie sind dran

Diskussion im Plenum

- Sie kennen SwissDRG jetzt recht gut. Welche Effekte und «Nebenwirkungen» befürchten Sie, wenn ein solches System eingeführt wird?

Einführung von SwissDRG: Befürchtungen

- ▶ «Dramatische» Verkürzung der Liegedauer, «blutige Entlassungen»
- ▶ «Drehtüreffekt», Verlegungen in andere Spitäler
- ▶ Kostendruck auf Spitäler
- ▶ Leistungsdruck auf Personal, keine Zeit mehr für Patienten

SwissDRG: Fehlanreize

- ▶ «DRG-Creep» = «Optimierte» Deklaration von Haupt- und Nebendiagnosen
- ▶ Nebendiagnose wird zur Hauptdiagnose gemacht
→ Kostengewicht und damit der Erlös steigen
- ▶ Upcoding: Patient wird als «kranker» dargestellt als er wirklich ist

Was ist dagegen zu tun?

- ▶ Kodierrichtlinien! Genaue Richtlinien, welche Diagnosen als Hauptdiagnosen gewählt werden müssen
- ▶ Kodierrevisionen durchführen!

SwissDRG: Erfahrungen

JAMA
Network | Open



Original Investigation | Health Policy

Association of the Swiss Diagnosis-Related Group Reimbursement System With Length of Stay, Mortality, and Readmission Rates in Hospitalized Adult Patients

Alexander Kutz, MD; Lara Gut, MD; Fahim Ebrahimi, MD; Ulrich Wagner, PhD, MPA; Philipp Schuetz, MD, MPH; Beat Mueller, MD

- ▶ Untersuchung von 2.4 Mio Hospitalisationen
- ▶ Verkürzung der Liegedauer (8 → 7.2 Tage)
- ▶ Leichte Abnahme der Mortalität
- ▶ Leichte Zunahme der Rehospitalisierungen (14.4 % → 15 %)
- ▶ Weitere Analysen nötig

Originalartikel in Moodle oder unter

<https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2724777>

DRGs: Internationale Erfahrungen

- ▶ Oft keine Berücksichtigung von Kombinationseingriffen und Intensivtherapie
- ▶ Medizinische und ökonomische Inhomogenität
- ▶ Schwierigkeit der Festlegung/Kalkulation von Kostengewichten
→ «falsche» Kostengewichte können fatale Fehlanreize bewirken → Wahl der finanziell «attraktiven» Behandlung
- ▶ Verbesserung der Codierung, der Management-Informations-Systeme und der Patientendokumentations-Systeme
- ▶ In manchen Ländern drastische Verkürzung der Liegezeiten
- ▶ In manchen Ländern starke Zunahme der ambulanten Kosten
- ▶ Ausreisser (high Outlier) machen grossen Anteil der Kosten aus
- ▶ Oft keine Berücksichtigung der Qualität – führt das zu Qualitätseinbussen?

G-DRGs: Erfahrungen in Deutschland

- ▶ Keine «blutigen Entlassungen», aber raschere Verlegung in Rehabilitationskliniken (z. B. nach Herzoperation)
- ▶ Tendenz zur Verlegung von Risikopatienten und zur Aufgliederung von Aufenthalten
- ▶ Grosser Kostendruck, Druck auf Pflegefachpersonen (weniger Personal für mehr Betten zuständig) → vgl. aktuelle Diskussionen in Deutschland bezüglich «Pflegenotstand»
- ▶ Zunahme der ambulanten Kosten
- ▶ Diskussion um Vorhaltekosten neu lanciert
- ▶ <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/krankenhausreform-4-sitzung-bund-laender-gruppe-fuer-die-krankenhausreform.html>

Das Ziel wird es sein, auf der Grundlage der Vorschläge der „Regierungskommission Krankenhaus“ einen Reformentwurf entwickeln, mit dem wir das System der Fallpauschalen systematisch überwinden, wo Vorhaltekosten und Leistungskomplexe eine größere Rolle spielen. und die Durchökonomisierung der Medizin vermieden wird.

Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach

SwissDRG: Flankierende Massnahmen

- ▶ Aufbau einer transparenten Struktur
- ▶ Massnahmen zur Qualitätssicherung (→ Vorlesung in BTX8018 Einführung in QMS/TQMi)
- ▶ Vernetzung mit anderen Projekten wie BFS-Statistik, TARMED
- ▶ Klare Regeln zur Kodierung, insbesondere zur Festlegung der Hauptdiagnose (→ Kodiershandbuch)
- ▶ Möglichst genaue Kostenermittlung! Kostenstellenrechnung
 - ▶ Alle Kosten pro Fall
 - ▶ Möglichst wenige «Umlagen»
 - ▶ Einbezug der (teuren) Medikamente
 - ▶ Lieferung eines kombinierten Datensatzes
 - ▶ BFS-Datensatz & Kostendatensatz (REKOLE) für die gleichen Fälle

SwissDRG: Herausforderungen

Aktuelle Probleme

- ▶ Kleine Fallzahl bei gewissen DRGs
 - ▶ Nur wenige Erkrankungen in der Schweiz
 - ▶ Sehr spezialisierte Eingriffe werden nur in wenigen Spitätern durchgeführt
- ▶ Zu viele Umlagen
- ▶ Fehlende Kostendaten, ungenaue Erfassung der Kostendaten

Kodierrevision

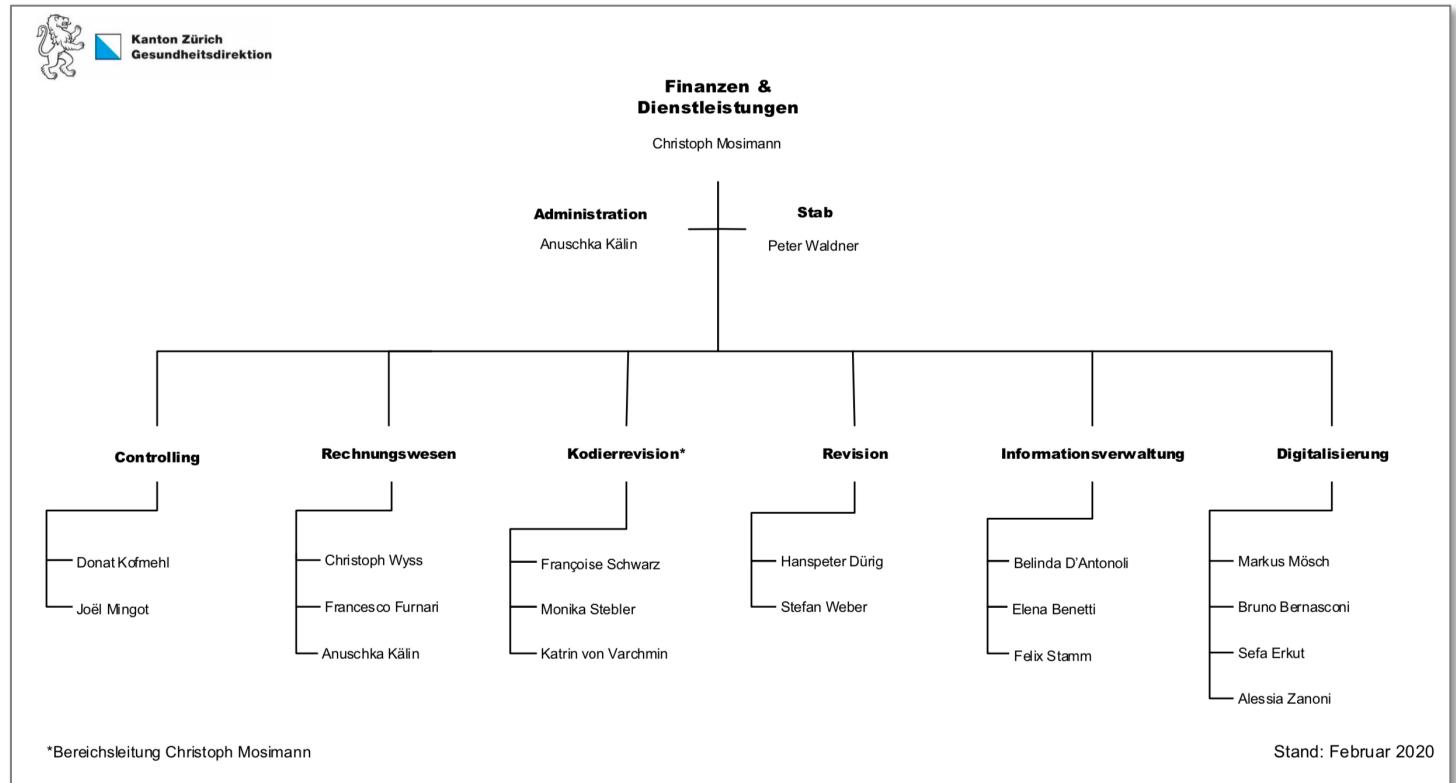
SwissDRG: Kodierrevision

- ▶ Jährliche Kontrolle
- ▶ Zufällige verdachtsunabhängige Stichprobe
- ▶ Stichprobengrösse typischerweise 100-300 Fälle, in Unispitälern auch mehr
- ▶ Qualität der Kodierung in den Spitälern beurteilen → Resultate in einem Bericht je Spital festzuhalten
- ▶ Medizinische Kodiererin / medizinischer Kodierer mit mind. 3 Jahre Berufserfahrung

Vgl. «Reglement für die Durchführung der Kodierrevision unter SwissDRG» in Moodle

SwissDRG: Kodierrevision

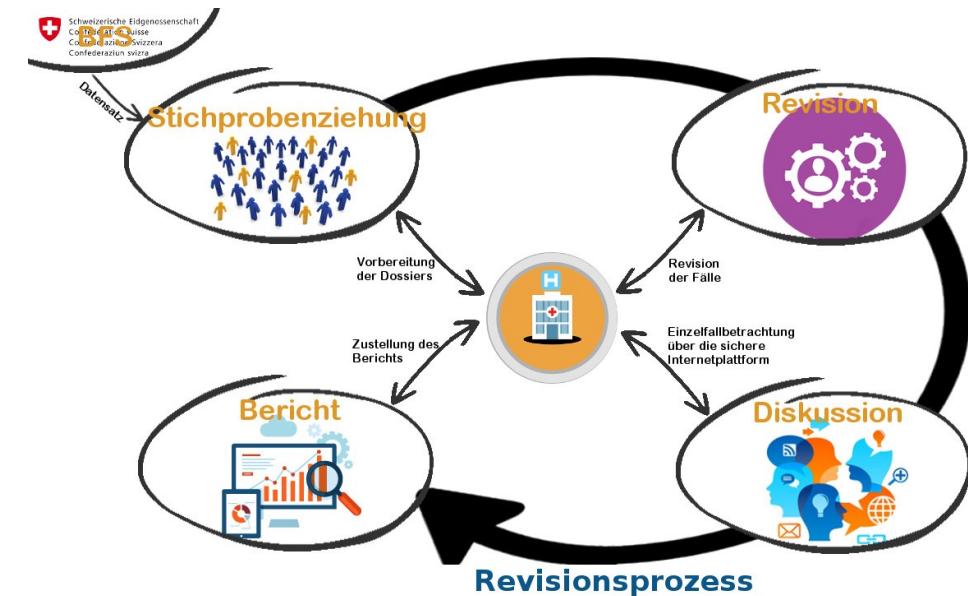
- Kantonale Revisoren
(z. B. Kanton Zürich)



- Externe Revisoren (z. B. Kantone Bern, Graubünden, ...)

SwissDRG: Kodierrevision, externe Revisoren

- Externe Revisoren (z. B. Kantone Bern, Graubünden, ...)
- Z. B. Nice Computing



Revisionsprozess: Quelle Nice Computing

SwissDRG: Revisionsbericht

- ▶ Qualität/Fehlerrate
- ▶ Administrative Angaben
- ▶ Haupt- und Nebendiagnosen
- ▶ Haupt- und Nebenbehandlungen
- ▶ Intensivbehandlung
- ▶ Zusatzentgelte
- ▶ Empfehlungen

- ▶ «Rangliste» der Spitäler pro Kanton

Zusammenfassung

Revisionsergebnisse im Überblick

Kapitel	Messgrösse	Ergebnis	
		Anzahl	%
2.3.8	Stichprobengrösse		
2.8.1	CMI des Spitals vor Revision (Grundgesamtheit)		
2.8.1	Geschätzter CMI des Spitals nach Revision (Stichprobe)		
2.8.1	Statistische Signifikanz der Abweichung des CMI vor und nach Revision	ja/nein	
2.8.1	Geschätzte Differenz des CMI des Spitals vor und nach Revision	abs. Wert	%
2.7.1	Revidierte Fälle mit Kostengewichtswechsel	Anzahl	%
2.3.2	Richtige Hauptdiagnosen ²	Anzahl	%
2.3.2	Richtiger Zusatz zur Hauptdiagnose ³	Anzahl	%
2.3.2	Richtige Nebendiagnosen	Anzahl	%
2.3.2	Richtige Hauptbehandlungen ³	Anzahl	%
2.3.2	Richtige Nebenbehandlungen	Anzahl	%

Prozentuale Angaben in der obenstehenden Tabelle sind unverzerrte Schätzungen von Parametern der Grundgesamtheit nach Revision [Hinweis angeben im Revisionsbericht].

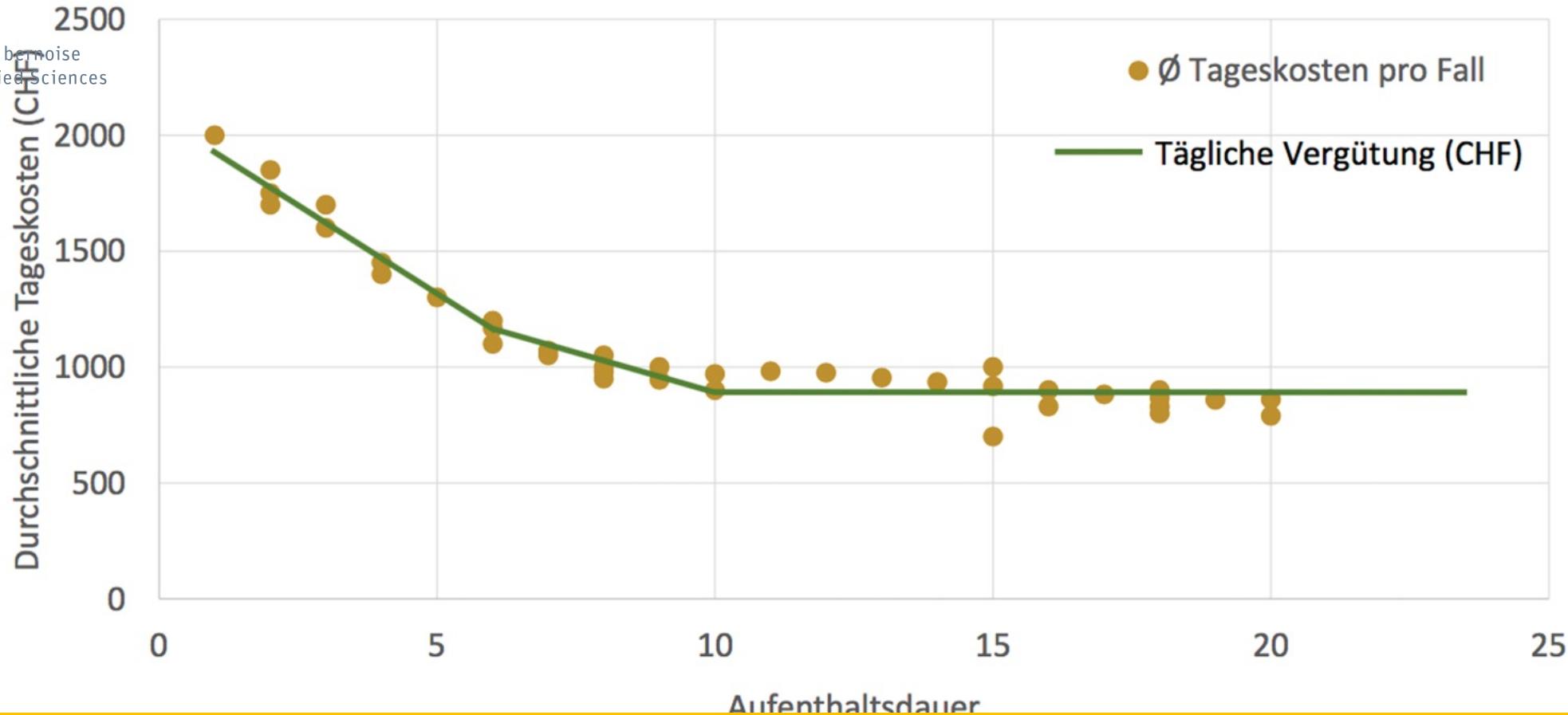
2.4.1	Revidierte Fälle mit richtigem Basisdatensatz IMCU	Anzahl	%
2.4.2	Revidierte Fälle mit richtigen Basisdaten IPS	Anzahl	%
2.5	Richtige Zusatzentgelte exkl. Medikamente (Substanzen)	Anzahl	%
2.6	Richtige Medikamente (Substanzen)	Anzahl	%
2.2.3	Beanstandete Fallkombinationen	Anzahl	%
2.2.1	Fehlende Patientenakten	Anzahl	%
2.3.7	Richtig erfasste externe ambulante Leistungen	Anzahl	%

Kennzahlenvergleich Grundgesamtheit und Stichprobe³,

Messgrösse	Grundgesamtheit	Stichprobe
	Anzahl	%
Fälle mit Zusatzentgelt	Anzahl	%
Fälle mit erfassten Beatmungen	Anzahl	%
Fälle mit IPS-Aufenthalt	Anzahl	%
Fälle mit IMCU-Aufenthalt	Anzahl	%
Fälle mit externen ambulanten Leistungen	Anzahl	%
CMI		
Zusatzentgelte	Anzahl	Anzahl

Take Home Messages

- ▶ Spitalplanungs-Leistungsgruppen (SPLG) dienen der **Spitalplanung** in den Kantonen. Komplexere Fälle/komplexere Eingriffe sollen nur in Zentrumsspitälern behandelt/durchgeführt werden. Es werden **Mindestfallzahlen** angewendet.
- ▶ Die Ausgangsdaten für die Kodierung und die DRG-Generierung entstehen sowohl in der **ärztlichen Krankengeschichte** wie auch in der **Pflegedokumentation (erhöhter Aufwand)** und weiteren Teilen des klinischen Dokumentation.
- ▶ Mittels geeigneter Prozesse muss das Spital sicherstellen, dass alle benötigten Daten **korrekt erfasst** und **kodiert** werden.
- ▶ Die Fallgruppen werden jährlich mittels statistischer Verfahren auf **Homogenität** und **Varianz** untersucht.
- ▶ Spitäler können **Anträge zur Weiterentwicklung** stellen.
- ▶ Es sind **Begleitmassnahmen** nötig, damit die Qualität der Behandlung überwacht werden kann.
- ▶ **Kodierrevisionen** sollen sicherstellen, dass Spitäler strikte gemäss Regeln abrechnen.



Abrechnungssysteme

06 – SwissDRG 05: TARPSY, ST Reha

michael.lehmann@bfh.ch

► Technik und Informatik / Medizininformatik

Ziele

- ▶ Sie können erklären, wie «TARPSY» funktioniert.
- ▶ Sie können erklären, wie «ST Reha» funktioniert.

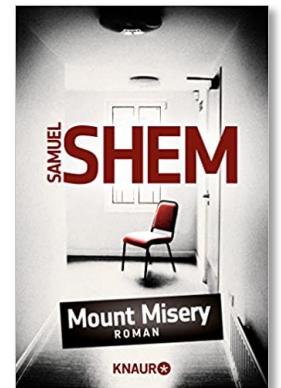
TARPSY

Sie sind dran

Gruppenarbeit

- ▶ Es ist das Jahr 2017 und Sie sind Medizininformatikerinnen/Medizininformatiker in einer psychiatrischen Klinik. Sie erhalten von der Klinikleitung den Auftrag, zu recherchieren, wie TARPSY eingeführt werden soll.
- ▶ Was ist die Grundidee von TARPSY? (Ihr Chefarzt ist der Meinung: «Fallpauschalen in der Psychiatrie – das geht doch gar nicht!»)
- ▶ Wie funktioniert TARPSY und welche Daten müssen in Zukunft zusätzlich erfasst werden?

Literaturhinweis:
Samuel Shem: Mount Misery
978-3426509197

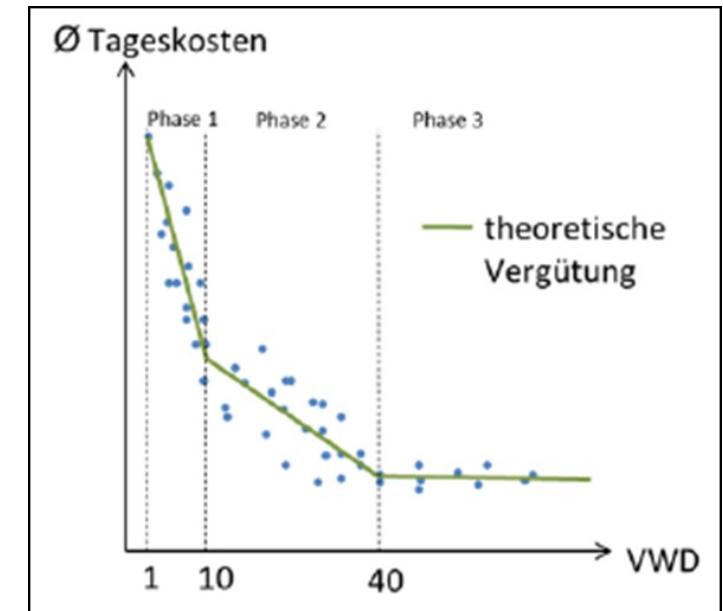


TARPSY

- ▶ TARPSY ist ein Tarifsystem, welches die Vergütung der Leistungen in der stationären Psychiatrie schweizweit einheitlich regelt und den Vorgaben des KVG entspricht.
- ▶ **Psychiatrische Kostengruppen (PCG)** stellen eine Methode dar, mit der sich die stationären Behandlungsepisoden von Patienten, welche von Leistungserbringern im Bereich Psychiatrie und Psychotherapie behandelt werden, in Kategorien einteilen und messen lassen.

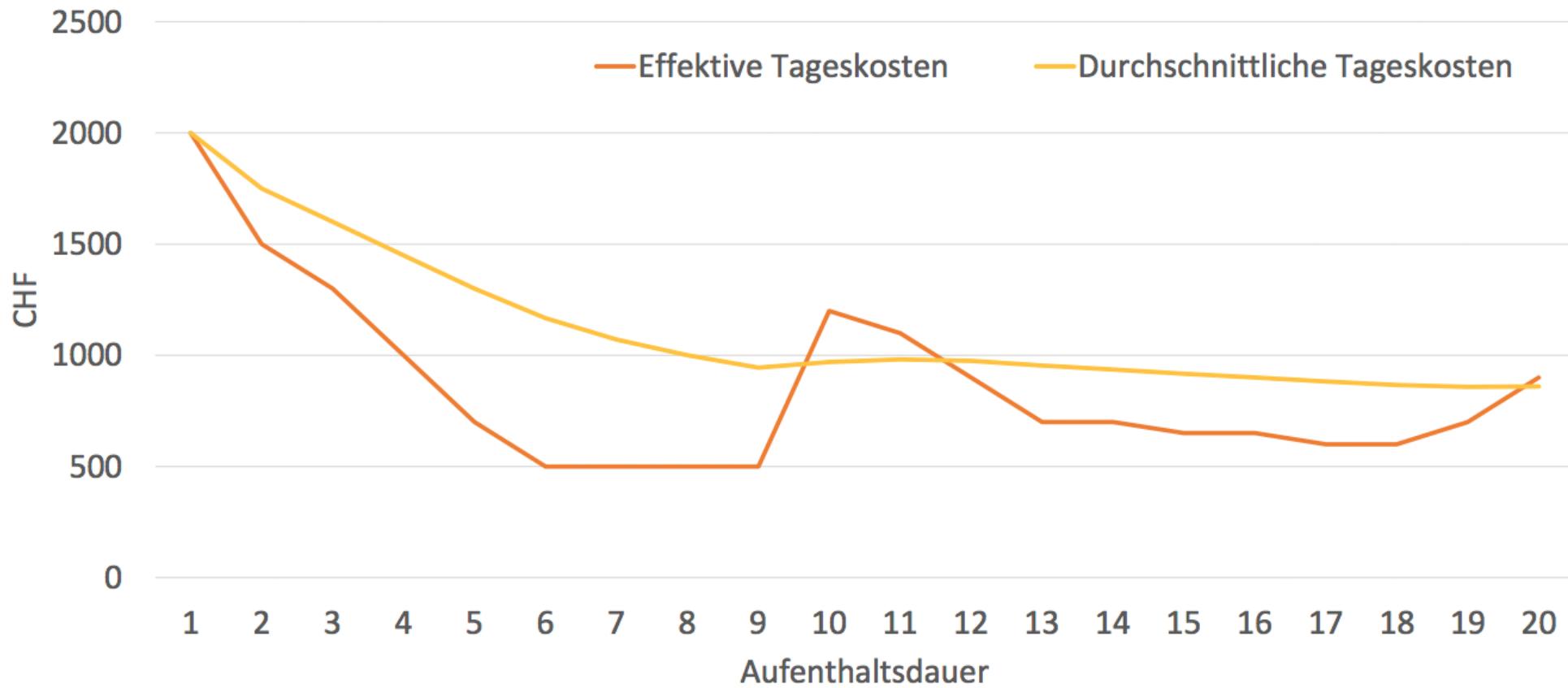
TARPSY: differenzierte Tagespauschalen

- ▶ Ein Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik wird in mehrere Phasen aufgeteilt (max. 3)
- ▶ Phase 1 (Eintritt und die Folgetage) ist am kostenintensivsten → für diese Tage werden die höchsten Tagespauschalen ausbezahlt.
- ▶ In den Folgephasen sinken die Tagespauschalen

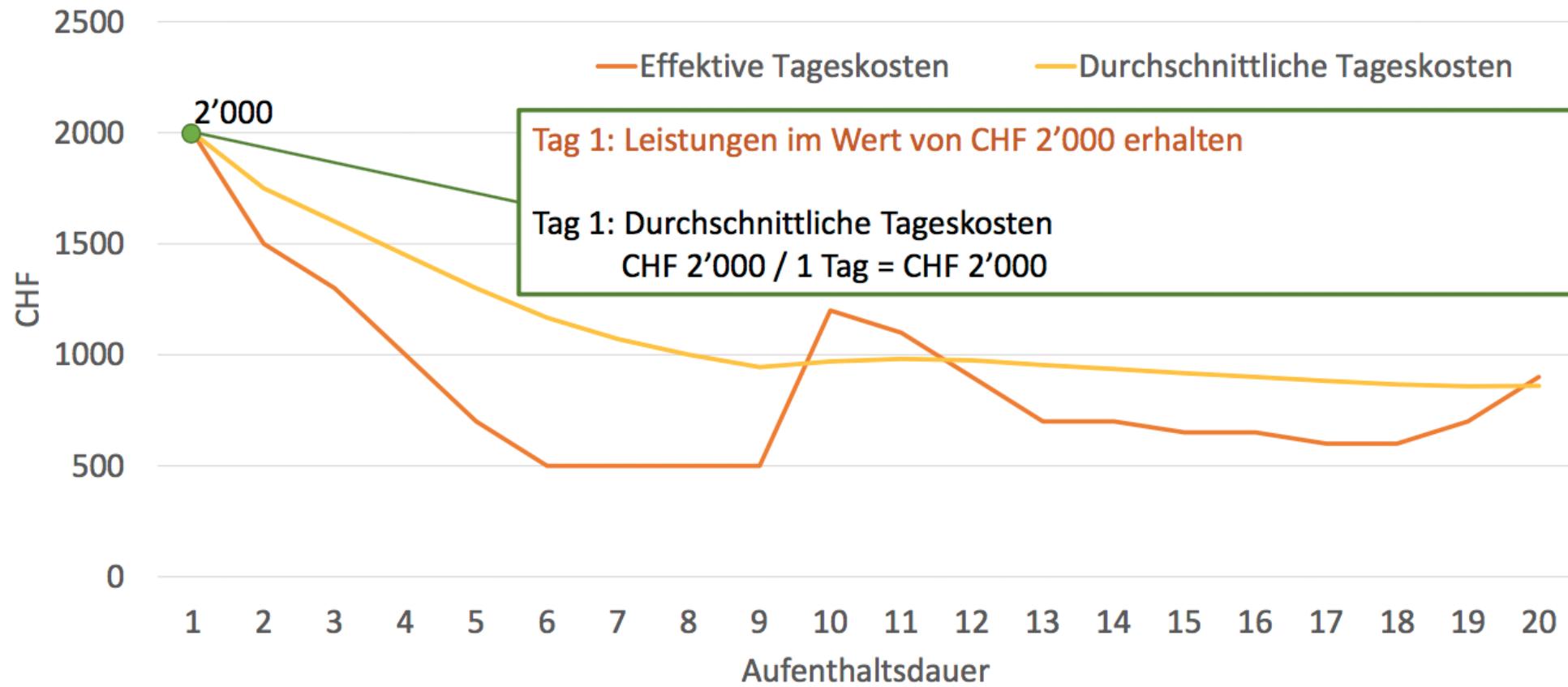


TARPSY: grundlegende Idee

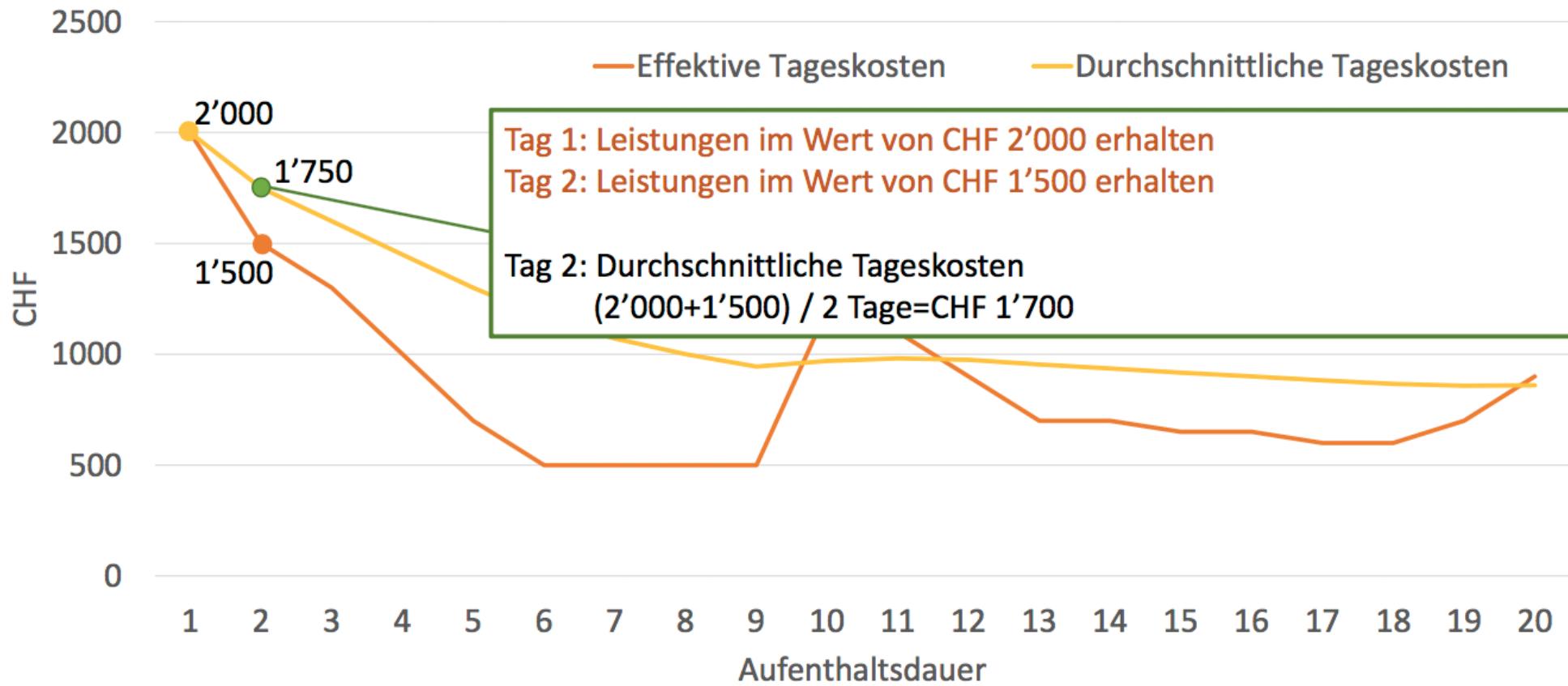
Fiktiver psychiatrischer Fall



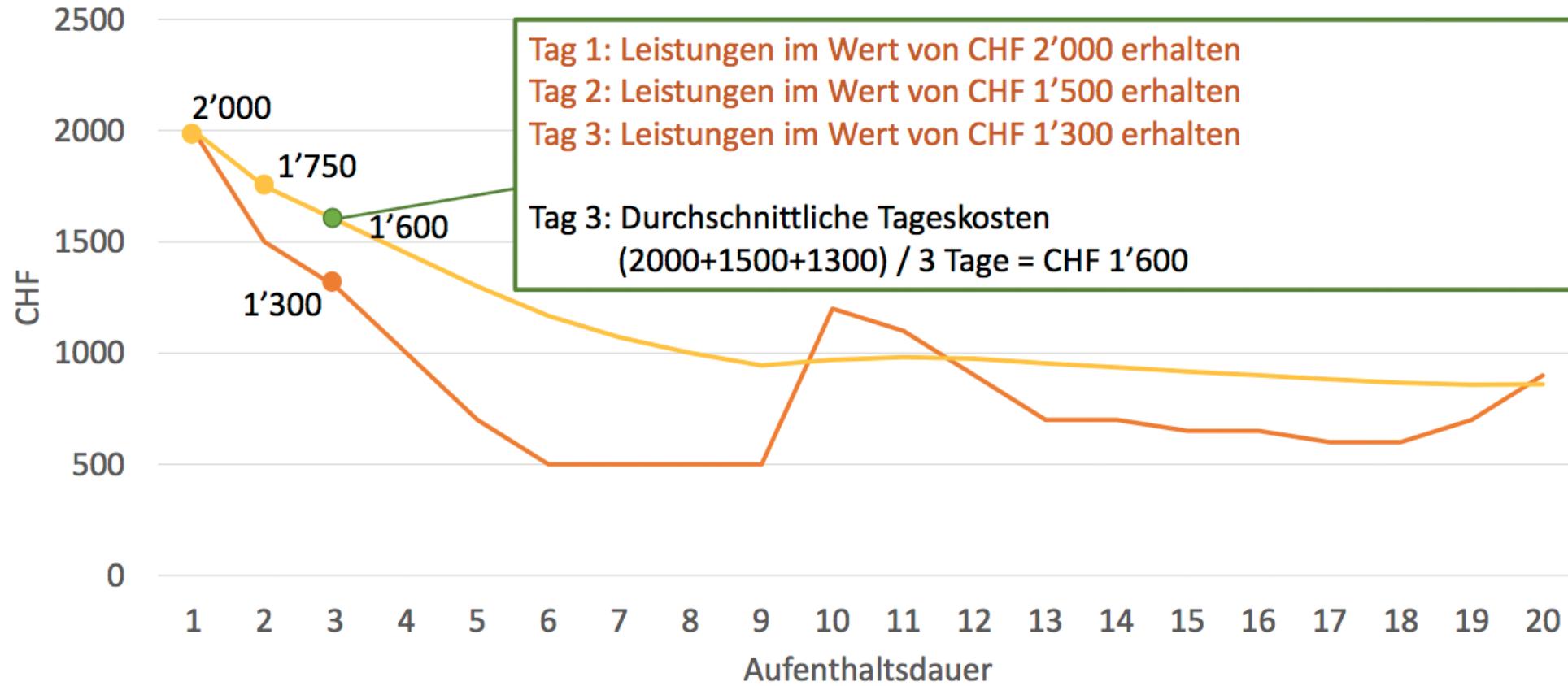
Fiktiver psychiatrischer Fall



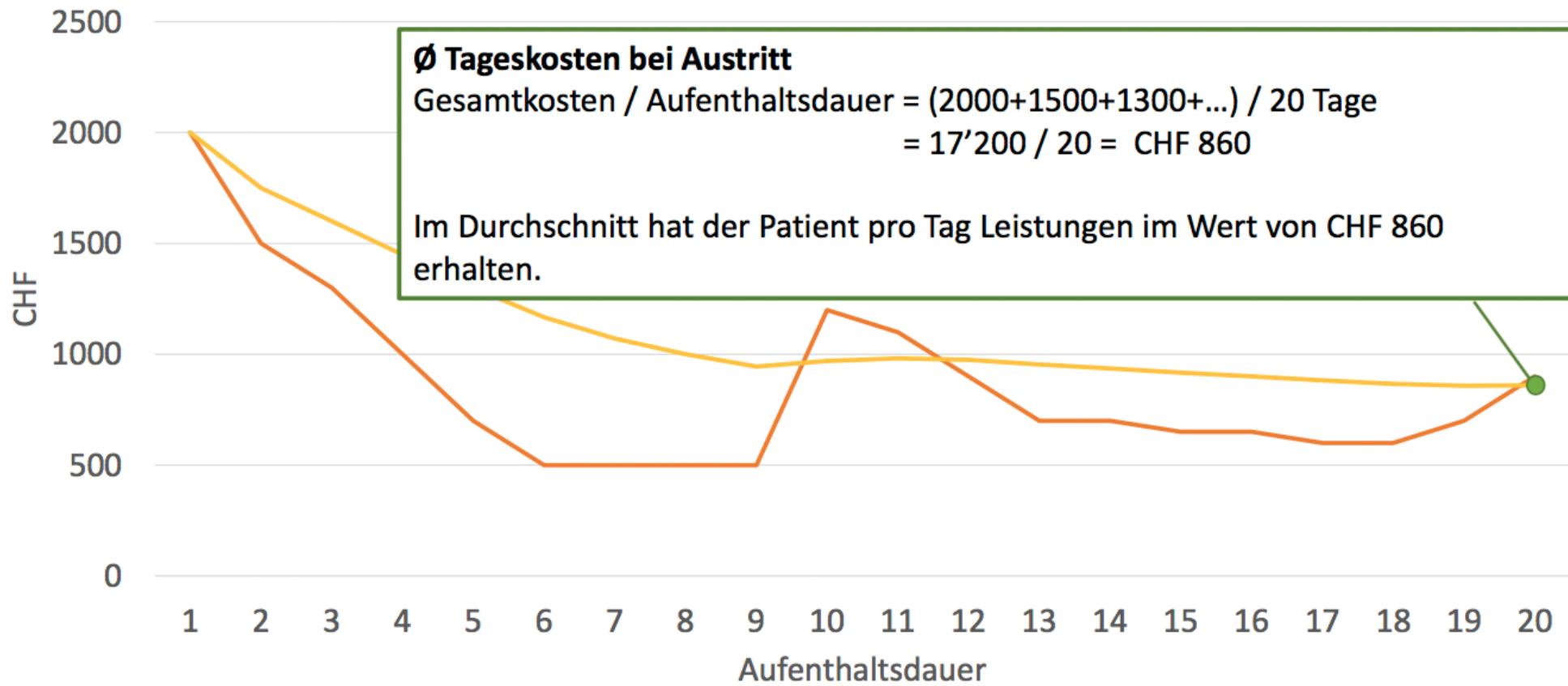
Fiktiver psychiatrischer Fall



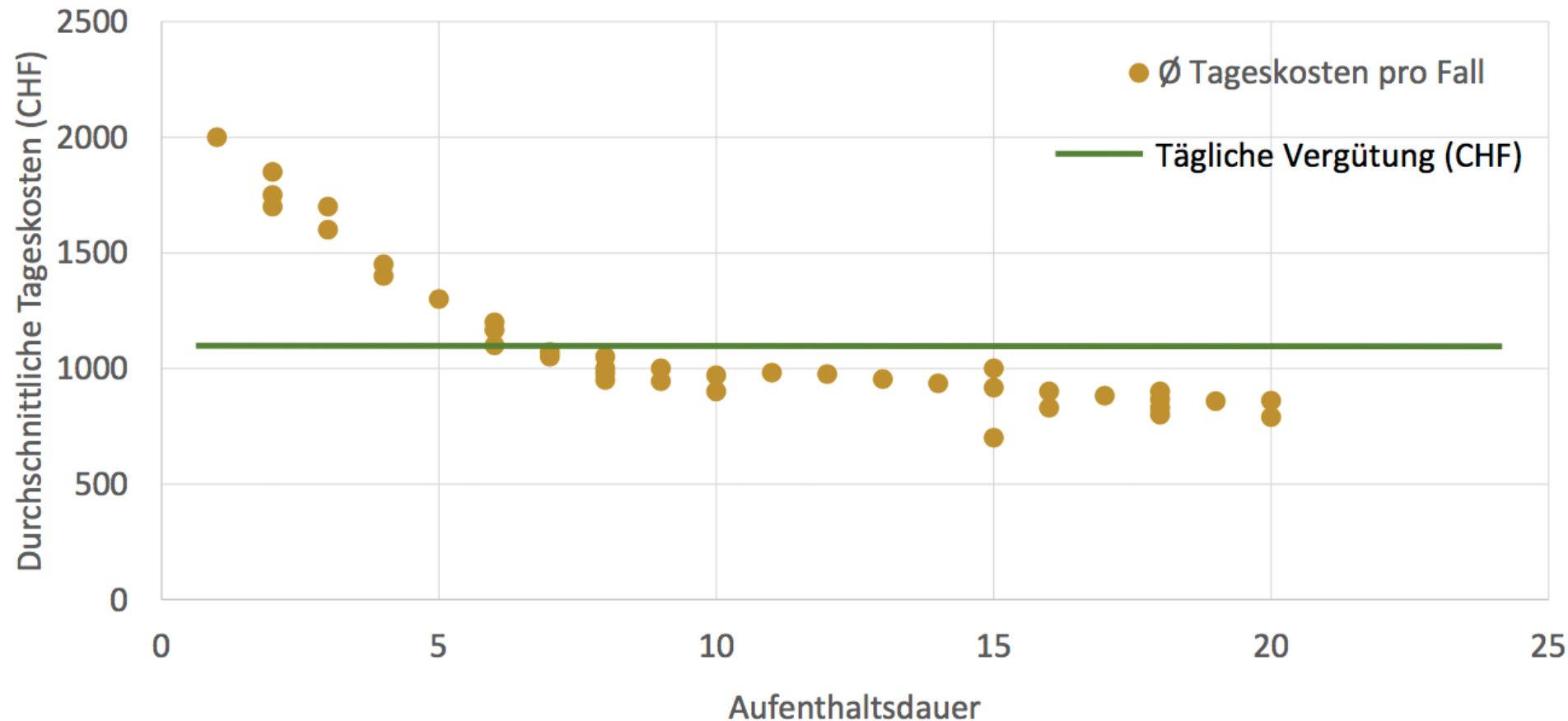
Fiktiver psychiatrischer Fall



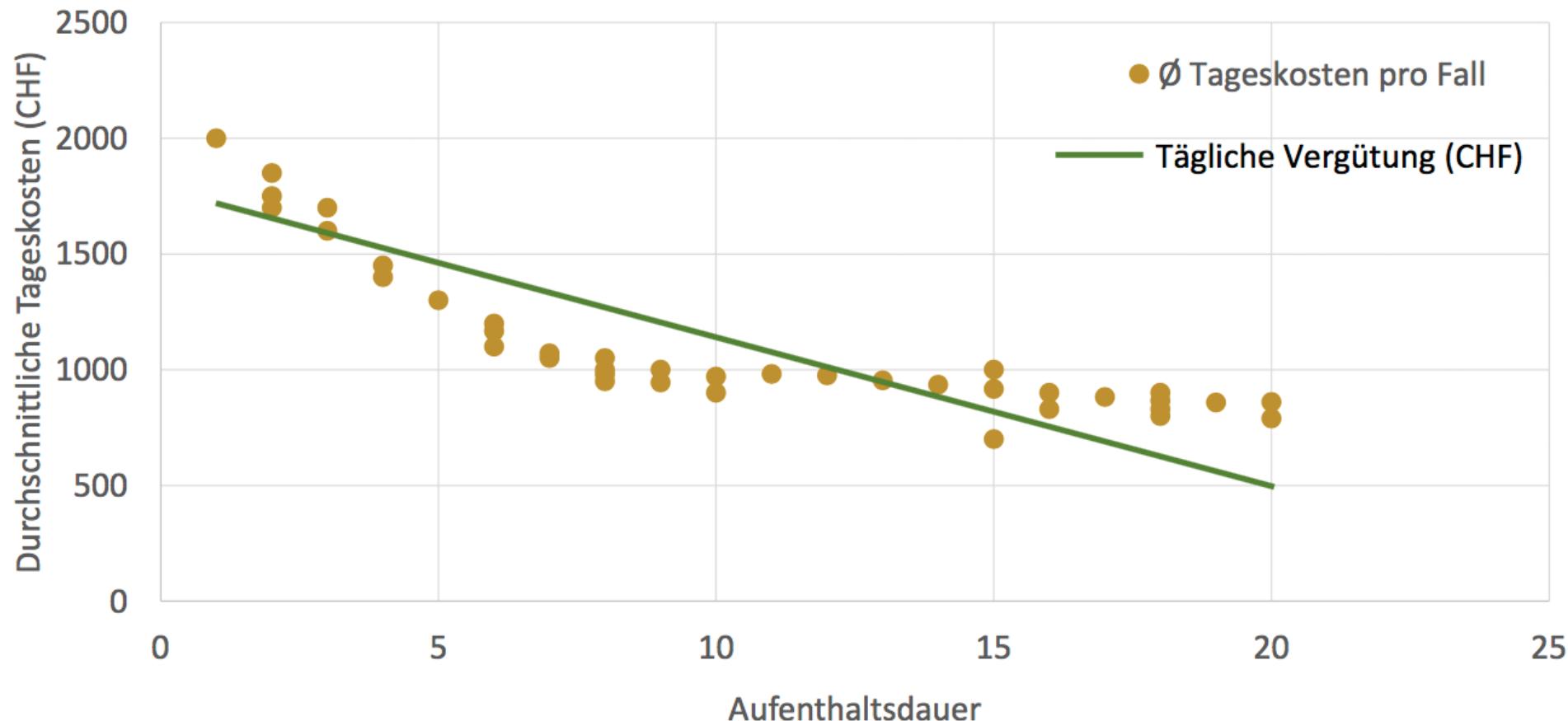
Fiktiver psychiatrischer Fall → Berechnung der Tagespauschale



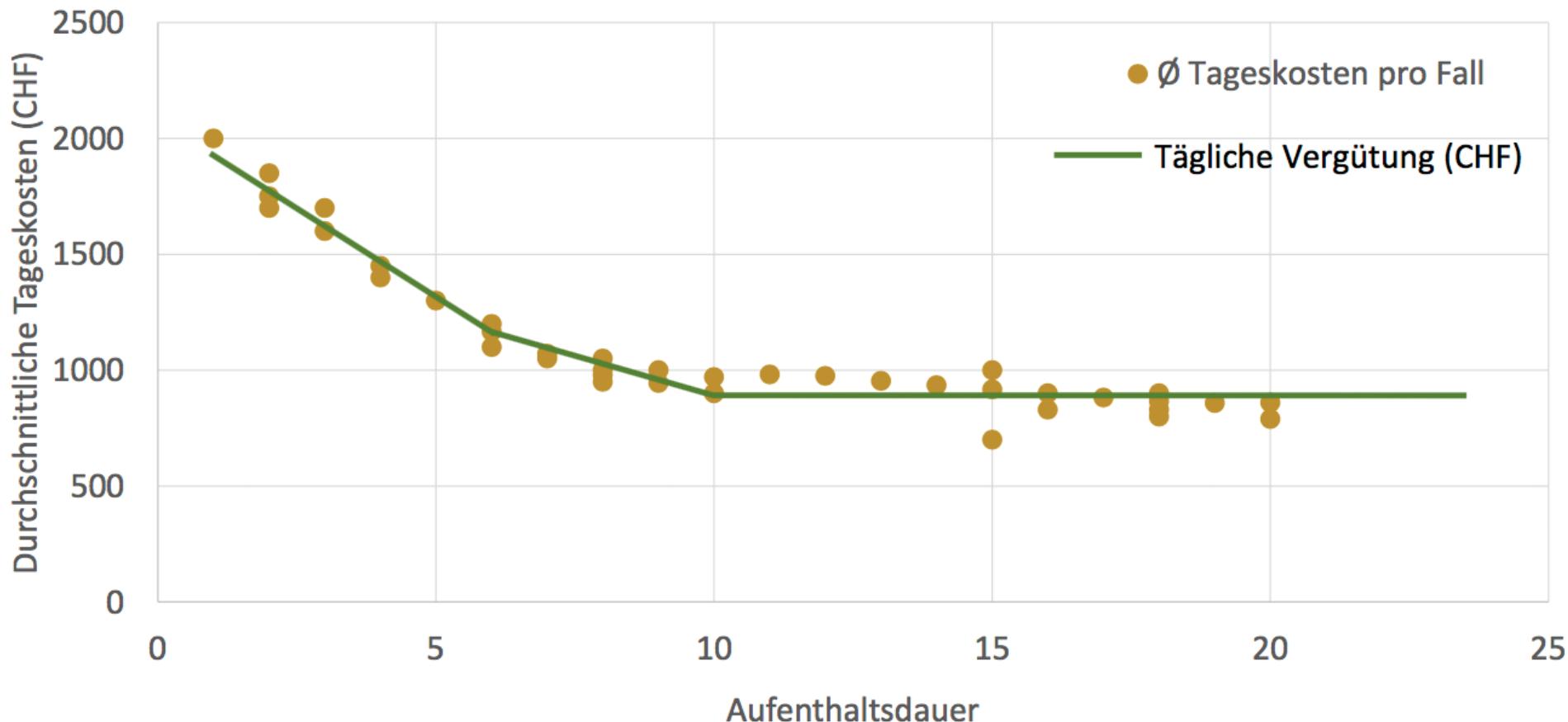
Fiktiver psychiatrischer Fall → fiktive Abrechnung mit fixen Tagespauschalen



Fiktiver psychiatrischer Fall → fiktive Abrechnung mit TARPSY, 1 Phase



Fiktiver psychiatrischer Fall → Abrechnung mit TARPSY 2.0 (3 Phasen)



TARPSY: Notation

Die Kürzel jeder PCG bestehen aus jeweils fünf alphanumerischen Zeichen (TPYYs), welche folgende Bedeutung haben:

- ▶ TP bezeichnet die **Hauptkategorie** → TP (Tarif Psychiatrie)
- ▶ YY definiert die **Basis-PCG** innerhalb der Hauptkategorie, sowie die gruppierungsrelevanten Leistungsgruppen (Bsp.: TP27A , TP27B, TP27C und TP27D).
- ▶ S kennzeichnet die Einteilung der PCG innerhalb der Basis-RCG anhand ihres **Ressourcenverbrauchs** (Bsp.: TP27A , TP27B, TP27C und TP27D).

ST Reha: 9 Basis-PCGs

9 Basis-PCGs

TP21 Psychische oder Verhaltensstörungen durch Alkohol, andere Drogen oder andere Substanzen

TP24 Störungen bei Demenz oder andere organische Störungen des ZNS

TP25 Schizophrenie, schizotype oder wahnhafte Störungen

TP26 Manische Störungen

TP27 Depressive oder bipolar depressive Störungen

TP28 Neurotische-, Belastungs- oder somatoforme Störungen

TP29 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

TP30 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen, Intelligenz- oder Entwicklungsstörungen

TP70 Psychiatrische oder psychosomatische Behandlung ohne psychiatrische oder psychosomatische Hauptdiagnose

TARPSY: Ablauf der Gruppierung

1. Überprüfung demografischer und klinischer Merkmale
 - ▶ Alter, Geschlecht, Verweildauer, Aufnahmeart und Entlassart
2. Zuordnung zur Basis-PCG (APCG)
3. PCG-Zuordnung

APCG TP25

Schizophrenie, schizotype oder wahnhafte Störungen

Hauptdiagnose in Tabelle TP25-1

PCG TP25A

Schizophrenie, schizotype oder wahnhafte Störungen, Alter < 18 Jahre

Alter < 18 Jahre

PCG TP25B

Schizophrenie, schizotype oder wahnhafte Störungen, Alter > 17 Jahre mit komplizierender Nebendiagnose oder bestimmter Behandlung

Nebendiagnose in Tabelle TP25-2 oder Nebendiagnose in Tabelle TP25-3 oder Prozedur in Tabelle TP25-4 oder Prozedur in Tabelle TP25-5

PCG TP25C

Schizophrenie, schizotype oder wahnhafte Störungen, Alter > 17 Jahre

TARPSY: Kostengewichte Erlös

Beispiel:

Ein erwachsener Patient mit Hauptdiagnose «Schizophrenie» und komplizierenden somatischen Nebendiagnosen wird 18 Tage stationär behandelt:

- Psychiatrische Basis-Kostengruppe (Basis-PCG): TP25
- Psychiatrische Kostengruppe (PCG): TP25B
- Kostengewicht pro Tag: 1.067
- Basispreis: Verhandelt zwischen Versicherer und Spitäler

$$\begin{array}{lclclcl} \text{Erlös} & = & \text{Kostengewicht pro Tag} & \times & \text{Aufenthaltsdauer in Tagen} & \times & \text{Basispreis in CHF} \\ & = & 1.067 & \times & 18 & & \times \text{Basispreis in CHF} \end{array}$$

TP25 Schizophrene oder akut psychotische Störungen

TP25A Schizophrene oder akut psychotische Störungen, Alter < 18

Verweildauer	ab 1							
Kostengewicht pro Tag	1.428							

TP25B Schizophrene oder akut psychotische Störungen, Alter > 17 Jahre mit komplizierender somatischer Nebendiagnose

Verweildauer	1	2	3	4	5	6	7
Kostengewicht pro Tag	1.361	1.325	1.289	1.253	1.216	1.180	1.144
Verweildauer	8	9	10	11	12	13	14
Kostengewicht pro Tag	1.137	1.130	1.123	1.116	1.109	1.102	1.095
Verweildauer	15	16	17	18	19	20	21
Kostengewicht pro Tag	1.088	1.081	1.074	1.067	1.060	1.053	1.046
Verweildauer	22	23	24	25	26	ab 27	
Kostengewicht pro Tag	1.039	1.032	1.025	1.018	1.011	1.005	

TP25C Schizophrene oder akut psychotische Störungen, Alter > 17, ohne komplizierende somatische Nebendiagnose

Details vgl. PCG-Katalog TARPSY 1.0

Quelle: SwissDRG AG, Auszug aus dem PCG-Katalog TARPSY Version 1.0

TARPSY: Beispiel Kostengewichte TARPSY 4.0

- ▶ Beispiel
- ▶ Ein erwachsener Patient mit Hauptdiagnose «Schizophrenie» und komplizierenden somatischen Nebendiagnosen wird 18 Tage stationär behandelt:
 - ▶ Psychiatrische Kostengruppe (PCG): TP25B
 - ▶ **Kostengewicht pro Tag** 1.067
 - ▶ Basispreis: Verhandelt zwischen Versicherer und Spitäler

Erlös = ~~Kostengewicht pro Tag~~ \times Aufenthaltsdauer in Tagen
 $= 1.077$

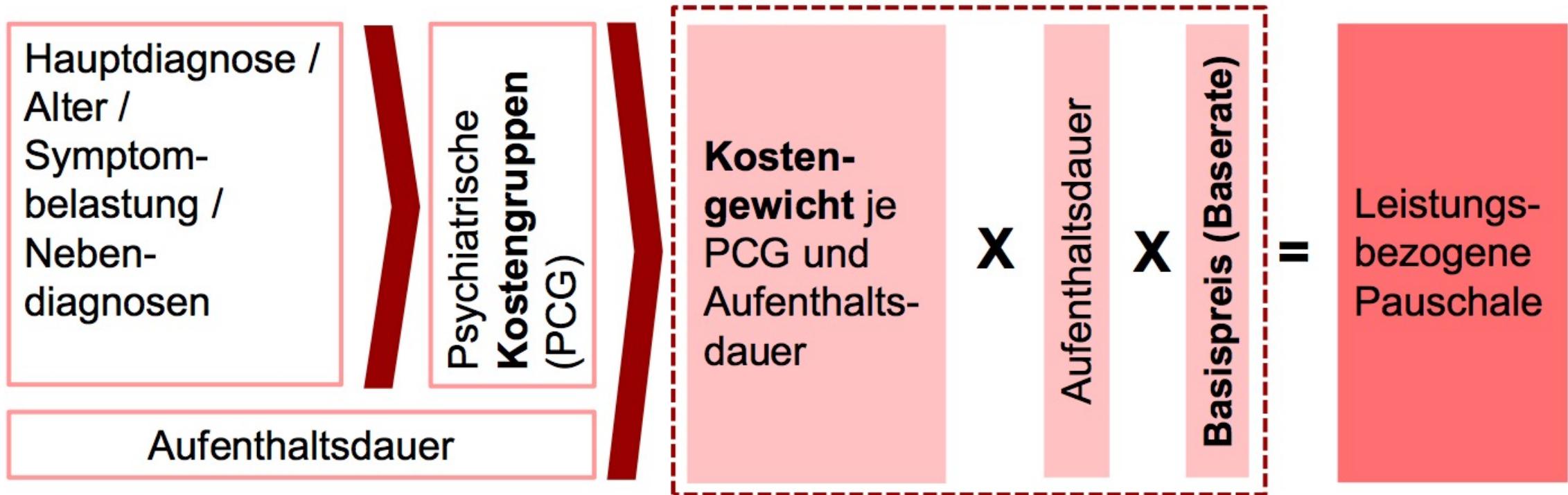
\times Basispreis
 \times Basispreis

TP25B Schizophrenie, schizotype oder wahnhaften Störungen, Alter > 17 Jahre mit komplizierender Nebendiagnose oder bestimmter Behandlung	
Verweildauer	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20
Kostengewicht pro Tag	1.402 1.377 1.353 1.329 1.304 1.280 1.256 1.231 1.207 1.183 1.158 1.134 1.110 1.085 1.083 1.081 1.079 1.077 1.075 1.073
Verweildauer	21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40
Kostengewicht pro Tag	1.071 1.069 1.067 1.065 1.063 1.061 1.059 1.057 1.055 1.053 1.051 1.049 1.047 1.045 1.043 1.041 1.039 1.037 1.035 1.033
Verweildauer	41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 ab 53
Kostengewicht pro Tag	1.031 1.029 1.027 1.025 1.023 1.021 1.019 1.017 1.015 1.013 1.011 1.009 1.006

TARPSY: Ablauf Berechnung

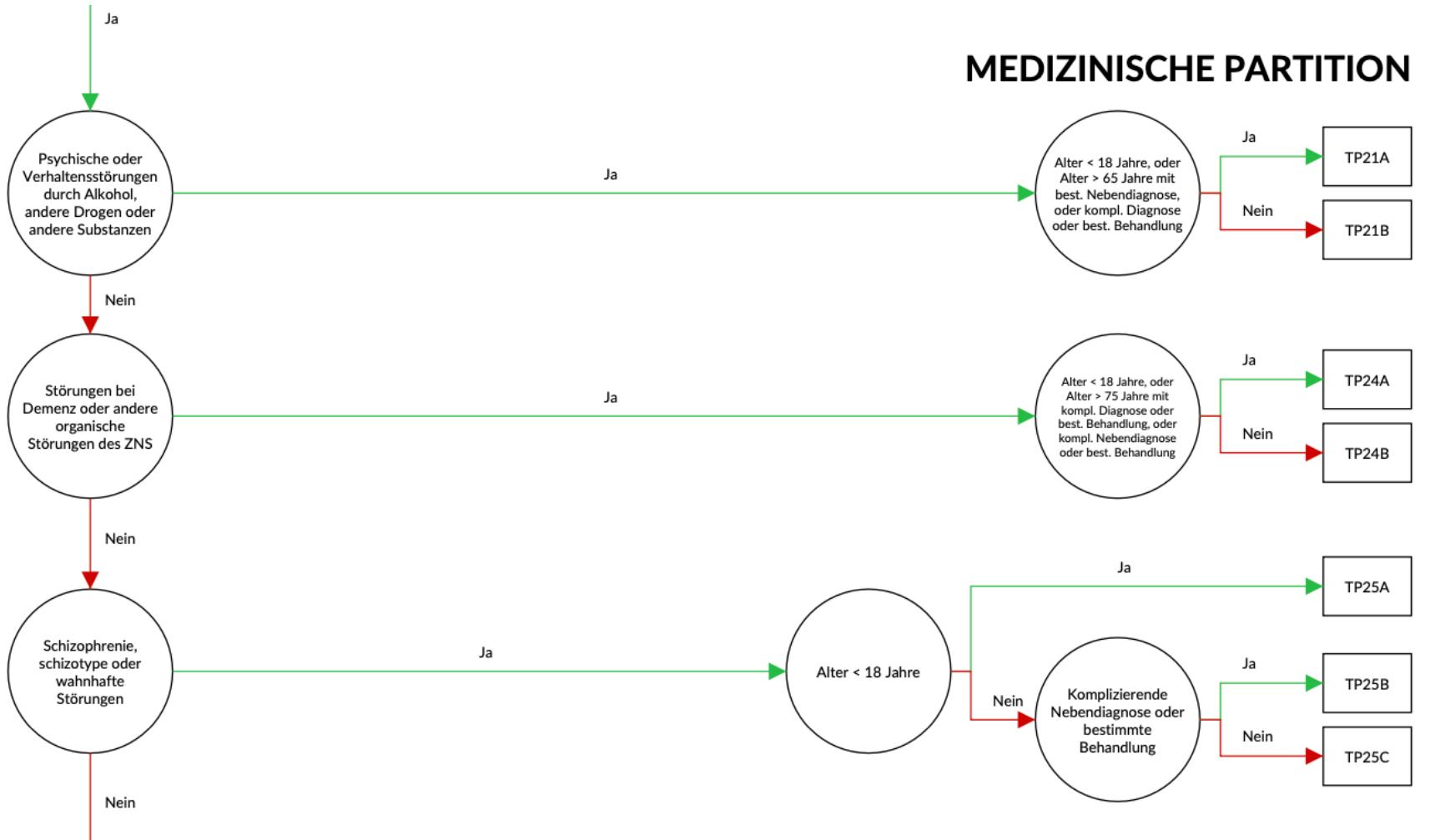
- ▶ Die Hauptkategorie umfasst den Fachbereich Psychiatrie und Psychotherapie.
- ▶ Einzelne Basis-PCGs (APCGs) werden grundsätzlich durch gleiche Diagnosegruppen definiert.
- ▶ Psychiatrische Kostengruppen (PCGs) sind eine kostenhomogenere Ausdifferenzierung der APCGs aufgrund von Kostentrennern (Bsp.: HoNOS/ HoNOSCA, Alter, erschwerende Nebendiagnosen, u.a.), welche mit einem erhöhten Ressourcenverbrauch assoziiert wurden.
- ▶ Symptombelastung gemäss folgenden HoNOS-Dimensionen
 - ▶ H1: Überaktives, aggressives, Unruhe stiftendes oder agitiertes Verhalten
 - ▶ H2: Absichtliche Selbstverletzung
 - ▶ H5: Probleme im Zusammenhang mit körperlicher Erkrankung oder Behinderung

TARPSY: schematische Darstellung



Quelle: Darstellung BASS

TARPSY: Flussdiagramm



Sie sind dran

Gehen Sie auf den Webgrouper und geben Sie folgenden Daten ein

<https://grouper.swissdrg.org/tarpsy/single>

- ▶ F20.0 Paranoide Schizophrenie
- ▶ Geben Sie weitere Diagnosen nach eigener Wahl ein

Sie sind dran

Gruppierung

PCG	TP25C	Schizophrenie, schizotype oder wahnhaftige Störungen, Alter > 17 Jahre
Grouperstatus	Normale Gruppierung	

Kostengewicht

Basiskostengewicht	0.973
Effektives Kostengewicht	34.055

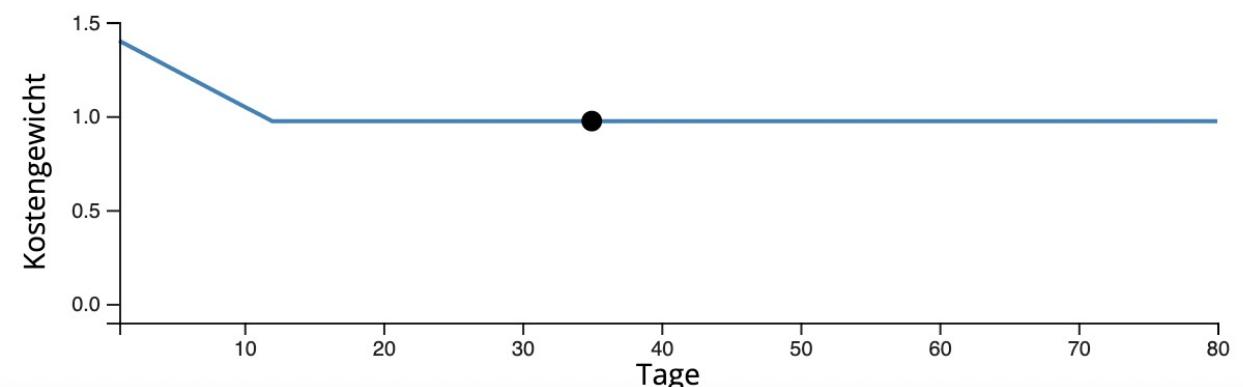
Diagnosen

Code	Beschreibung	Gültigkeit	Benutzt	CCL
F20.0	Paranoide Schizophrenie	Gültige Diagnose	Ja	2
E10.90	Diabetes mellitus, Typ 1: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Gültige Diagnose	Nein	2

Verweildauer

Pflegetage des Falls	35
Start Phase 1	1
Start Phase 2	12
Fall in Phase	2

Diagramm für TP25C



Sie sind dran

Unter welchen Bedingungen wird eine erwachsene Person in die Gruppe *TP25B Schizophrenie, schizotype oder wahnhafte Störungen, Alter > 17 Jahre mit komplizierender Nebendiagnose oder bestimmter Behandlung eingruppiert?*

Sie sind dran

Unter welchen Bedingungen wird eine erwachsene Person in die Gruppe *TP25B Schizophrenie, schizotype oder wahnhafte Störungen, Alter > 17 Jahre mit komplizierender Nebendiagnose oder bestimmter Behandlung* eingruppiert?

→ Siehe Definitionshandbuch

PCG TP25B

Schizophrenie, schizotype oder wahnhafte Störungen, Alter > 17 Jahre mit komplizierender Nebendiagnose oder bestimmter Behandlung

Nebendiagnose in Tabelle TP25-2 oder Nebendiagnose in Tabelle TP25-3 oder Prozedur in Tabelle TP25-4 oder Prozedur in Tabelle TP25-5

Prozedur TP25-5

94.A1.13	HoNOS 1, Stufe 3	94.A2.13	HoNOSCA 1, Stufe 3
94.A1.14	HoNOS 1, Stufe 4	94.A2.14	HoNOSCA 1, Stufe 4
94.A1.23	HoNOS 2, Stufe 3	94.A2.33	HoNOSCA 3, Stufe 3
94.A1.24	HoNOS 2, Stufe 4	94.A2.34	HoNOSCA 3, Stufe 4
94.A1.53	HoNOS 5, Stufe 3	94.A2.63	HoNOSCA 6, Stufe 3
94.A1.54	HoNOS 5, Stufe 4	94.A2.64	HoNOSCA 6, Stufe 4

Sie sind dran

Geben Sie im Webgrouper die folgenden Kodes ein

HD F20.0 Paranoide Schizophrenie

HB 94.A1.13 HoNOS 1, Stufe 3

(Sie müssen jetzt mit Aufnahme- und Entlassdatum arbeiten, 94.A1.13 HoNOS 1, Stufe 3 muss innerhalb der ersten drei Tage nach Eintritt erfasst werden)

Sie sind dran

Gruppierung

PCG	TP25B	Schizophrenie, schizotype oder wahnhaftige Störungen, Alter > 17 Jahre mit komplizierender Nebendiagnose oder bestimmter Behandlung
Grouperstatus Normale Gruppierung		

Kostengewicht

Basiskostengewicht	1.043
Effektives Kostengewicht	36.505

Diagnosen

Code	Beschreibung	Gültigkeit	Benutzt	CCL
F20.0	Paranoide Schizophrenie	Gültige Diagnose	Ja	2
E10.90	Diabetes mellitus, Typ 1: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Gültige Diagnose	Nein	2

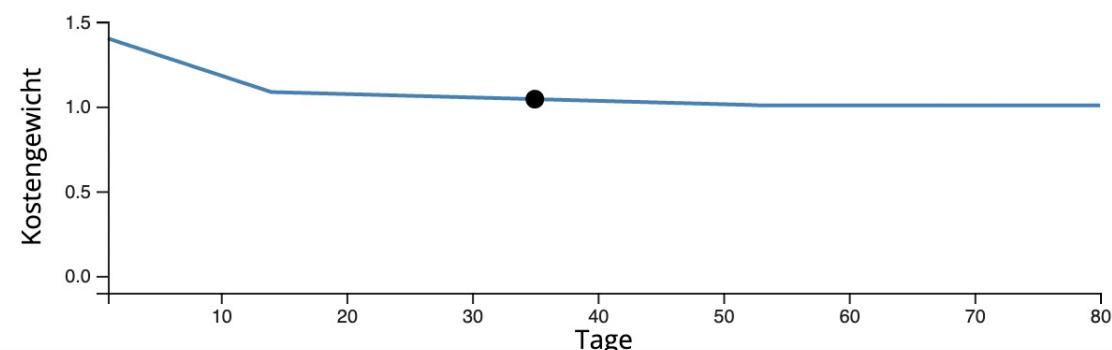
Prozeduren

Code	Beschreibung	Gültigkeit	Benutzt	OR/NOR/-
94.A1.13	HoNOS 1, Stufe 3	Gültige Prozedur	Ja	NOR

Verweildauer

Pflegetage des Falls	35
Start Phase 1	1
Start Phase 2	14
Start Phase 3	53
Fall in Phase	2

Diagramm für TP25B



HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales)

- ▶ HoNOS-Fragebogen dient der Messung von **Symptombelastung** in der Psychiatrie
- ▶ 12 Items, deren Ausprägung jeweils mit einer Zahl von 0 bis 4 gemessen wird.
- ▶ Den HoNOS sind Prozedurencodes zugeordnet, welche der jeweils gültigen Schweizer Prozedurenklassifikation (CHOP) zu entnehmen sind

Für Kinder und Adoleszente

- ▶ HoNOSCA (Health of the Nation Outcome Scales for Child and Adolescent) umfasst 13 Items

HoNOS

- ▶ Eintrittsmessung: Status der Patientin/des Patienten im Zeitraum der 7 Tage vor Eintritt
 - ▶ Beurteilung möglichst im Anschluss an das Erstgespräch
- ▶ Austrittsmessung: Status der Patientin/des Patienten im Zeitraum der 7 Tage vor Austritt
 - ▶ Beurteilung möglichst im Anschluss an das Austrittsgespräch
- ▶ Schwerste Ausprägung (kein Durchschnitt!) in dieser Zeit
 - ▶ Im Zweifelsfalle die starke Ausprägung zu markieren
- ▶ Keine Messung bei Verlegung innerhalb der Klinik

HoNOS: Items

- ▶ Item 1 Überaktives, aggressives, Unruhe stiftendes oder agitiertes Verhalten
- ▶ Item 2 Absichtliche Selbstverletzung
- ▶ Item 3 Problematischer Alkoholkonsum oder Drogenkonsum
- ▶ Item 4 Kognitive Probleme
- ▶ Item 5 Probleme in Zusammenhang mit körperlicher Erkrankung oder Behinderung
- ▶ Item 6 Probleme in Zusammenhang mit Halluzinationen und Wahnvorstellungen
- ▶ Item 7 Gedrückte Stimmung
- ▶ Item 8 Andere psychische und verhaltensbezogene Probleme
- ▶ Item 9 Probleme mit Beziehungen
- ▶ Item 10 Probleme mit alltäglichen Aktivitäten
- ▶ Item 11 Probleme durch die Wohnbedingungen
- ▶ Item 12 Probleme durch die Bedingungen im Beruf und im Alltag

HoNOS: Überleitung in CHOP-Codes

Beispiel Item 1

HoNOS	HoNOS: Beschreibung	CHOP-Code
0	Kein Problem dieser Art während des Bewertungszeitraums	94.A1.10 HoNOS 1, Stufe 0
1	Reizbarkeit, Streitigkeiten, Ruhelosigkeit usw., ohne Handlungsbedarf	94.A1.11 HoNOS 1, Stufe 1
2	Beinhaltet aggressive Gesten, Schubsen oder Belästigen von Anderen; Drohungen oder verbale Aggression; leichtere Sachbeschädigung (z.B. zerbrochene Tasse, zerbrochenes Fenster); ausgeprägte Hyperaktivität oder Agitiertheit	94.A1.12 HoNOS 1, Stufe 2
3	Körperlich aggressiv gegenüber anderen Personen oder Tieren (im Ausmaß Kodierung 4 unterschreitend); bedrohliches Auftreten; schwerere Überaktivität oder Zerstörung von Eigentum	94.A1.13 HoNOS 1, Stufe 3
4	Mindestens ein schwerer körperlicher Angriff gegen andere Personen oder Tiere; Zerstörung von Eigentum (z.B. Brandstiftung); schwere Einschüchterung oder obszönes Verhalten	94.A1.14 HoNOS 1, Stufe 4

Sie sind dran – Beispiel Komplexbehandlung

Unter welchen Bedingungen wird eine erwachsene Person in folgende Gruppe eingruppiert:

TP21A Psychische oder Verhaltensstörungen durch Alkohol, andere Drogen oder andere Substanzen, Alter < 18 Jahre, oder Alter > 65 Jahre mit bestimmter Nebendiagnose, oder komplizierende Diagnose oder bestimmte Behandlung

HD F10.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom
+ ??

Sie sind dran

Unter welchen Bedingungen wird eine erwachsene Person in folgende Gruppe eingruppiert:

TP21A Psychische oder Verhaltensstörungen durch Alkohol, andere Drogen oder andere Substanzen, Alter < 18 Jahre, oder Alter > 65 Jahre mit bestimmter Nebendiagnose, oder komplizierende Diagnose oder bestimmte Behandlung

HD F10.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom
→ Siehe Definitionshandbuch

Procedur TP21-10

94.6A.14	Qualifizierter Entzug Abhängigkeitskranker, bis 6 Behandlungstage	94.6A.1A	Qualifizierter Entzug Abhängigkeitskranker, mindestens 35 bis 41 Behandlungstage
94.6A.15	Qualifizierter Entzug Abhängigkeitskranker, mindestens 7 bis 13 Behandlungstage	94.6A.1B	Qualifizierter Entzug Abhängigkeitskranker, mindestens 42 bis 48 Behandlungstage
94.6A.16	Qualifizierter Entzug Abhängigkeitskranker, mindestens 14 bis 20 Behandlungstage	94.6A.1C	Qualifizierter Entzug Abhängigkeitskranker, mindestens 49 bis 55 Behandlungstage
94.6A.17	Qualifizierter Entzug Abhängigkeitskranker, mindestens 21 bis 27 Behandlungstage	94.6A.1D	Qualifizierter Entzug Abhängigkeitskranker, 56 und mehr Behandlungstage
94.6A.18	Qualifizierter Entzug Abhängigkeitskranker, mindestens 28 bis 34 Behandlungstage		

Procedur TP21-11

94.35.11	Psychiatrisch-psychotherapeutische Krisenintervention in der Erwachsenenpsychiatrie und -psychosomatik, mindestens 4 Stunden bis 6 Stunden pro Tag	94.35.21	Psychiatrisch-psychotherapeutische Krisenintervention in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, mindestens 4 Stunden bis 6 Stunden pro Tag
94.35.12	Psychiatrisch-psychotherapeutische	94.35.22	Psychiatrisch-psychotherapeutische

Sie sind dran

Gruppierung

PCG	TP21A	Psychische oder Verhaltensstörungen durch Alkohol, andere Drogen oder andere Substanzen, Alter < 18 Jahre, oder Alter > 65 Jahre mit bestimmter Nebendiagnose, oder komplizierende Diagnose oder bestimmte Behandlung
Grouperstatus Normale Gruppierung		

Kostengewicht

Basiskostengewicht	1.018
Effektives Kostengewicht	35.63

Diagnosen

Code	Beschreibung	Gültigkeit	Benutzt	CCL
F10.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	Gültige Diagnose	Ja	2

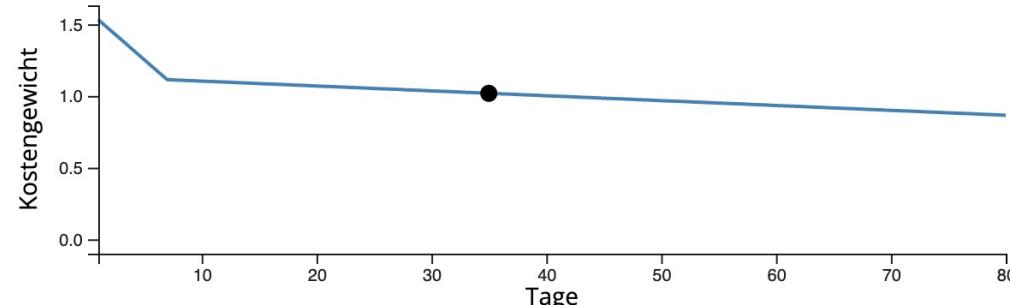
Prozeduren

Code	Beschreibung	Gültigkeit	Benutzt	OR/NOR/-
94.6A.14	Qualifizierter Entzug Abhängigkeitskranker, bis 6 Behandlungstage	Gültige Prozedur	Ja	NOR
94.35.11	Psychiatrisch-psychotherapeutische Krisenintervention in der Erwachsenenpsychiatrie und -psychosomatik, von mehr als 4 Stunden bis 6 Stunden pro Tag	Gültige Prozedur	Ja	NOR

Verweildauer

Pflegetage des Falls	35
Start Phase 1	1
Start Phase 2	7
Start Phase 3	80
Fall in Phase	2

Diagramm für TP21A



Komplexbehandlung: Beispiel 94.35.11 ff

→ Siehe systematisches Verzeichnis CHOP

94.35.1 Psychiatrisch-psychotherapeutische Krisenintervention in der Erwachsenenpsychiatrie und -psychosomatik

Beachte: Mindestmerkmal Punkt 1, Indikation:
Multiprofessionelle Behandlung von psychischen oder psychosozialen Krisen.
Die psychische Krise umschreibt eine akute vorübergehende psychische Störung, sodass dringliches diagnostisches und therapeutisches Handeln erforderlich wird.

Mindestmerkmal Punkt 2, Diagnostik und Therapie:

1. Umfassende psychiatrisch-psychotherapeutische Diagnostik mit dem Fokus der akuten Krise.
2. Mindestens 1 vordringlicher, ungeplanter (ausserhalb des Therapienplans). Orientierung abhender.

Komplexbehandlung: Beispiel 94.35.10 ff

94.35.10 Psychiatrisch-psychotherapeutische Krisenintervention in der Erwachsenenpsychiatrie und -psychosomatik, mindestens **2 Stunden bis 4 Stunden** pro Tag

- ▶ Mindestmerkmal Punkt 1, Indikation:
 - ▶ Multiprofessionelle Behandlung von psychischen oder psychosozialen Krisen. Die psychische Krise umschreibt eine akute vorübergehende psychische Störung, sodass dringliches diagnostisches und therapeutisches Handeln erforderlich wird.
- ▶ Mindestmerkmal Punkt 2, Diagnostik und Therapie:
 1. Umfassende psychiatrisch-psychotherapeutische Diagnostik mit dem Fokus der akuten Krise.
 2. Mindestens 1 vordringlicher, ungeplanter (ausserhalb des Therapieplans), Orientierung gebender, einzeltherapeutischer Kontakt (bei Bedarf durch 2 Therapeutinnen / Therapeuten oder Pflegefachfrauen / Pflegefachmänner) mit der Patientin / dem Patienten und/oder den Kontaktpersonen der Patientin / des Patienten.
 3. Patientenbezogene tägliche therapeutische Kriseninterventionseinheiten durch das therapeutische Team.
 4. Mehrfach tägliche ärztliche oder psychologische bzw. pflegerisch-sozialpädagogische Befunderhebung.
 5. Tägliche Arztkonsultationen durch Fachärztin / Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie oder durch Fachärztin / Facharzt mit interdisziplinärem Schwerpunkt Psychosomatische und Psychosoziale Medizin [SAPPMM]
- ▶ Mindestmerkmal Punkt 3, Behandlungsteam:
 - ▶ Interdisziplinäres Team unter der Leitung einer Fachärztin / eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie oder einer Fachärztin / eines Facharztes mit interdisziplinärem Schwerpunkt Psychosomatische und Psychosoziale Medizin (Schweizerische Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin [SAPPMM]).

Komplexbehandlung: Beispiel 94.35.10 ff

- ▶ Das Team besteht weiter aus:
 1. Ärztliche Psychotherapeutin / ärztlicher Psychotherapeut mit abgeschlossener Ausbildung in einem der 3 SIWF Verfahren (verhaltenstherapeutisch, systemisch und psychodynamisch) [SIWF: Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung - FMH] und/oder psychologische Psychotherapeutin / psychologischer Psychotherapeut mit abgeschlossener Ausbildung der Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen [FSP] und/oder Fachärztin / Facharzt mit interdisziplinärem Schwerpunkt Psychosomatische und Psychosoziale Medizin [SAPP].
 2. Pflegefachmann/-frau mit Spezialisierung in der Psychiatrie (HF mit Schwerpunkt Psychiatrie, HF/FH- Vertiefung Psychiatrie)
- ▶ Mindestmerkmal Punkt 4, Therapiekontrolle und Dokumentation:
 1. Für den Nachweis einer psychosozialen oder psychischen Krise ist die ärztliche Dokumentation in der Patientenakte ausreichend.
 2. Tägliche Teambesprechung mit Dokumentation der Ergebnisse und Ziele.
- ▶ Mindestmerkmal Punkt 5, Erfassung:
 - ▶ Dieser Kode ist für jeden Tag mit kriseninterventioneller Behandlung zu erfassen. Die **Behandlungsstunden werden über den Tag addiert**. Berücksichtigt werden die geleisteten Behandlungszeiten von Ärztinnen / Ärzten, Psychologinnen / Psychologen und Pflegefachfrauen / Pflegefachmänner mit Spezialisierung in der Psychiatrie. Bei Mehrfachpräsenz sind die **Zeiten für jede Person** aufzurechnen.
 - ▶ Die Befunderhebungen zählen zu den Behandlungsstunden.

ST Reha

Sie sind dran

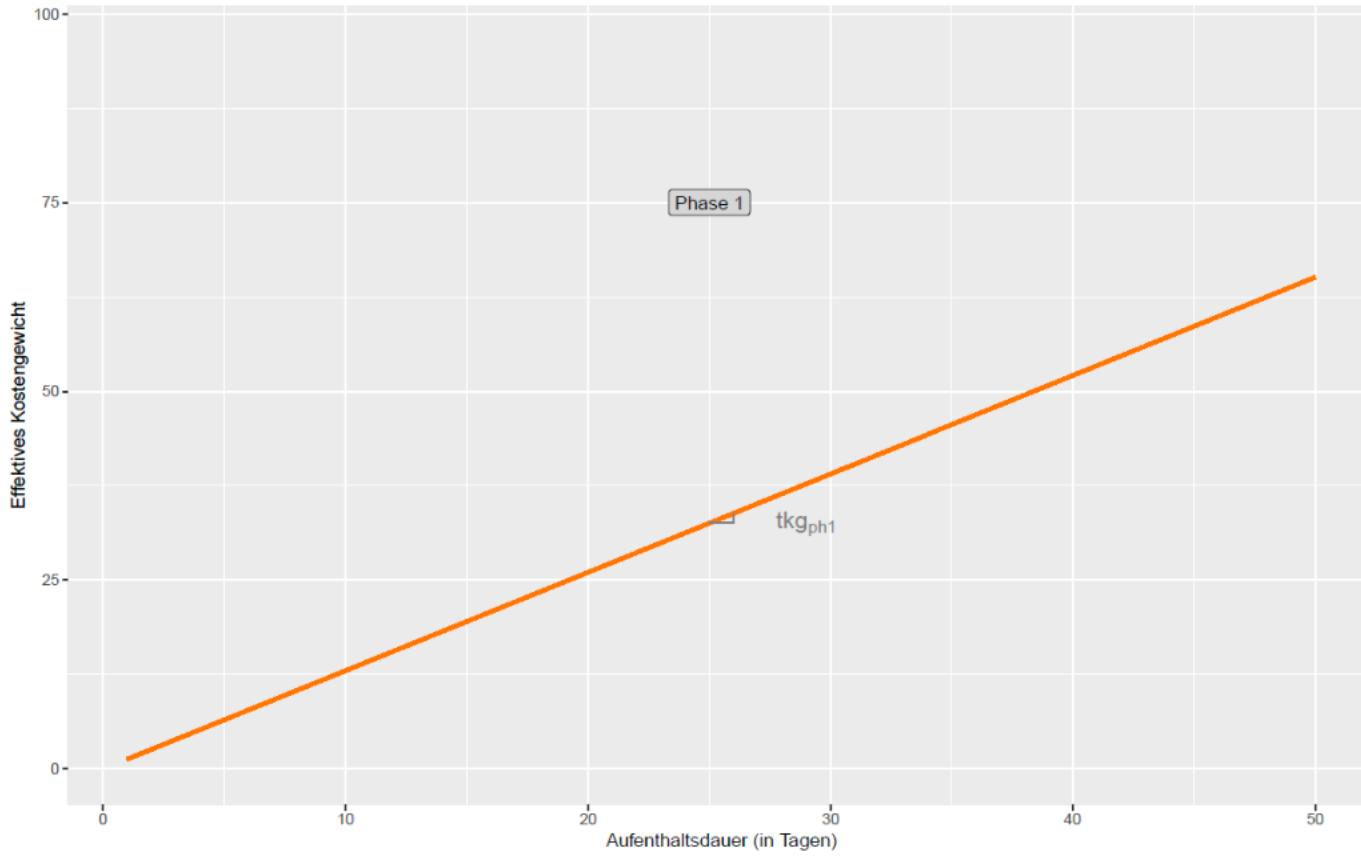
Gruppenarbeit

- ▶ Es ist März 2021 (kein Schreibfehler!) und Sie sind Medizininformatikerin/Medizininformatiker in einer Rehaklinik. Sie erhalten von der Klinikleitung den Auftrag, zu recherchieren, wie ST Reha eingeführt werden soll.
- ▶ Was ist die Grundidee von ST Reha? Wie sollen Fallpauschalen in der Rehabilitation bloss funktionieren?!
- ▶ Welche Daten müssen in Zukunft erfasst werden?

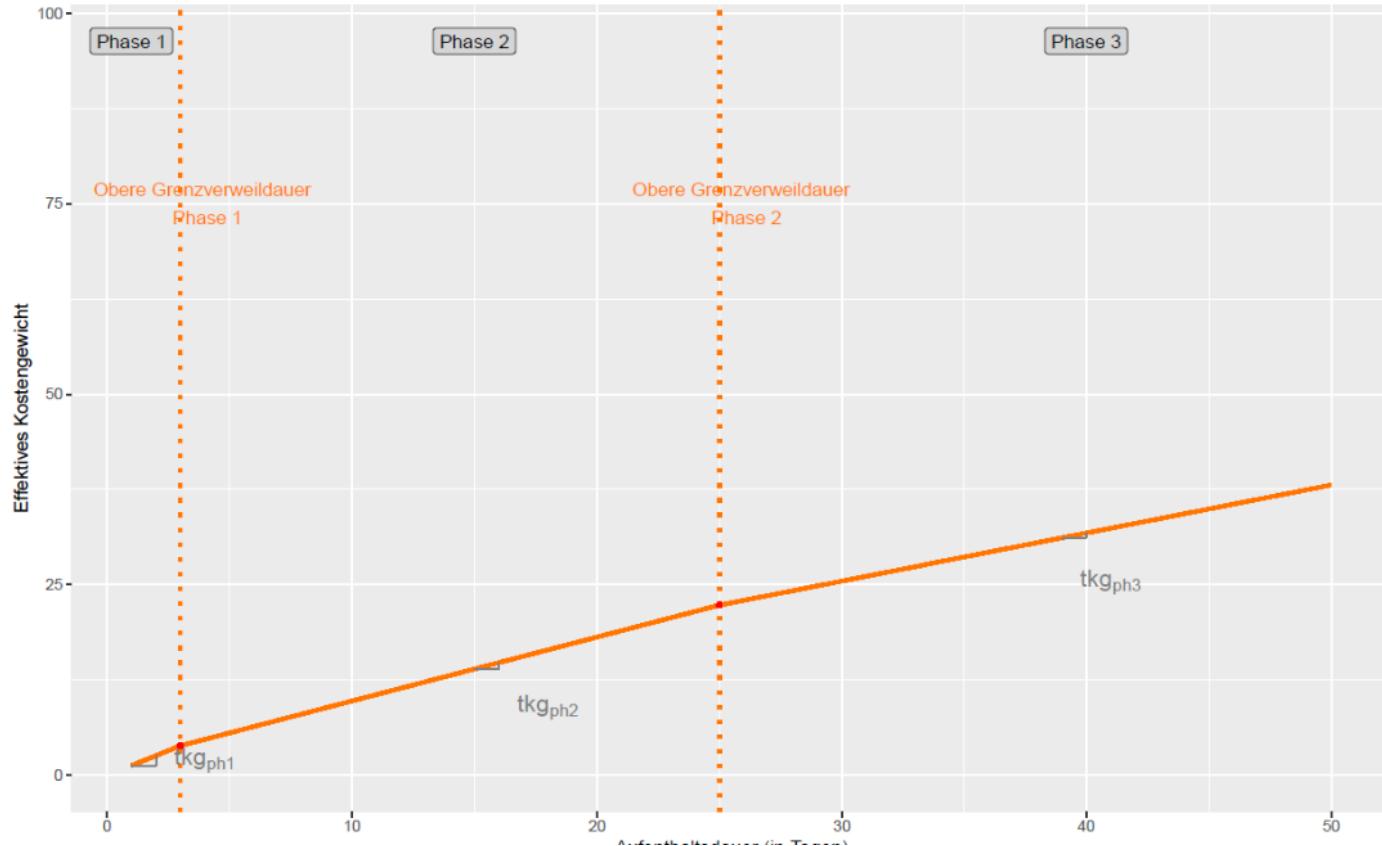
ST Reha

- ▶ ST Reha ist ein Tarifsystem, welches die Vergütung der Leistungen in der stationären Rehabilitation schweizweit einheitlich regelt und den Vorgaben des KVG entspricht.
- ▶ **Rehabilitative Kostengruppen (RCG)** stellen eine Methode dar, mit der sich die stationären Behandlungsepisoden von Patienten, welche von Leistungserbringern im Bereich der Rehabilitation behandelt werden, in Kategorien einteilen und messen lassen.
- ▶ Basiert auf **fallbezogenen Kosten- und Leistungsdaten**
 - ▶ Datei der medizinischen Statistik
 - ▶ Fallkostendatei (REKOLE)

ST Reha: Kalkulation mit 1 Phase



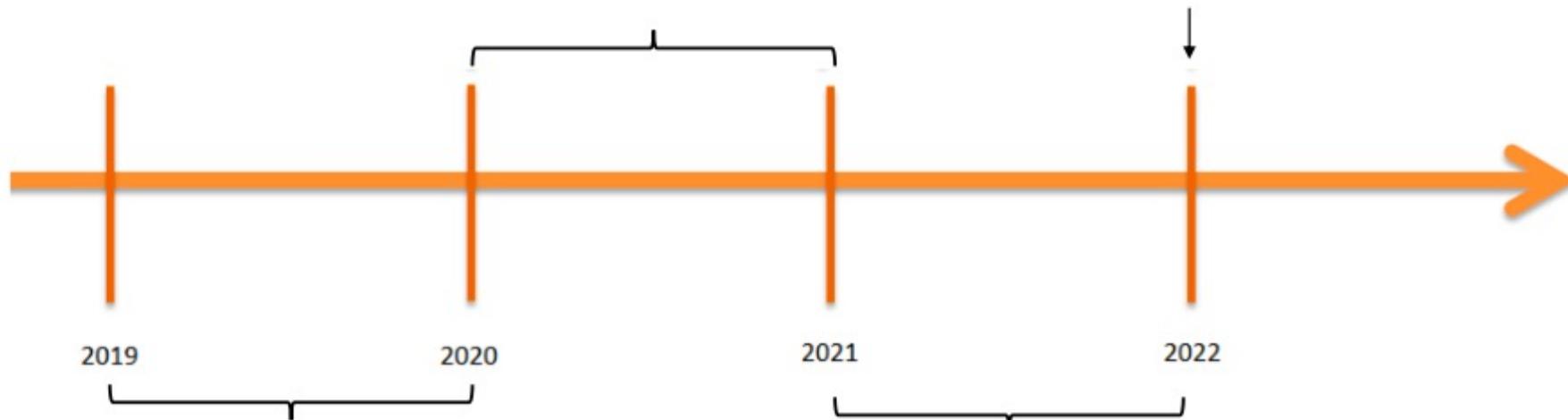
ST Reha: Kalkulation mit 3 Phasen



ST Reha: Zeitplan Einführung

- ST Reha Erhebung 2020 (Daten 2019)
- Entwicklung der Tarifstruktur ST Reha V1.0
- Systempräsentation ST Reha V1.0

Einführung ST Reha V1.0



Kosten- und Leistungserfassung Daten
2019

- Stellungnahme der Partner zu ST Reha V1.0
- Abrechnungs- und Kodierrevisionsregeln
- Genehmigung durch VR SwissDRG AG in März
- Tarifverhandlungen
- Genehmigung durch Bundesrat

ST Reha: Notation

Die Kürzel jeder RCG bestehen aus jeweils fünf alphanummerischen Zeichen (TRYYS), welche folgende Bedeutung haben:

- ▶ TR bezeichnet die **Hauptkategorie** → TR (Tarif Rehabilitation)
- ▶ YY definiert die **Basis-RCG** innerhalb der Hauptkategorie, sowie die gruppierungsrelevanten Leistungsgruppen (Bsp.: TR16A , TR16B und TR16C).
- ▶ S kennzeichnet die Einteilung der RCG innerhalb der Basis-RCG anhand ihres **Ressourcenverbrauchs** (Bsp.: TR16A , TR16B und TR16C).

ST Reha: 9 Basis-RCGs

9 Basis-RCGs

TR11 Rehabilitation für Kinder und Jugendliche

TR13 Neurologische Rehabilitation

TR14 Internistische oder onkologische Rehabilitation

TR15 Geriatrische Rehabilitation

TR16 Muskuloskelettale Rehabilitation

TR17 Pulmonale Rehabilitation

TR18 Psychosomatische Rehabilitation

TR19 Kardiale Rehabilitation

TR80 Rehabilitation ohne weitere Angabe

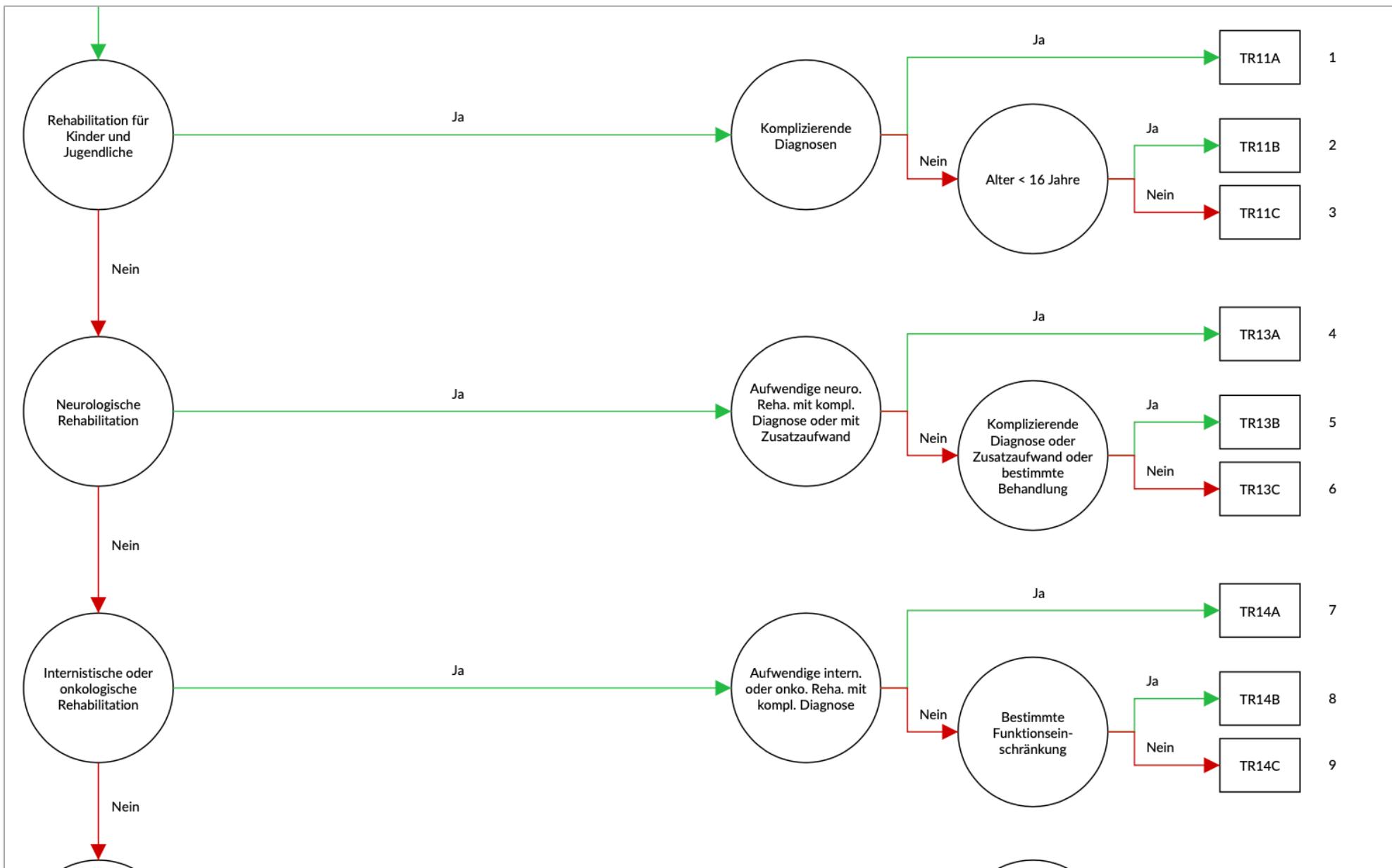
ST Reha: Ablauf

1. Überprüfung demografischer und klinischer Merkmale
 - ▶ Alter, Geschlecht, Verweildauer, Aufnahmeart und Entlassart
2. Zuordnung zur Basis-RCG (ARCG)
3. RCG-Zuordnung

TR16 Muskuloskelettale Rehabilitation

TR16A	Aufwendige muskuloskelettale Rehabilitation mit komplizierender Diagnose oder mit bestimmter Behandlung	1.077
TR16B	Muskuloskelettale Rehabilitation mit bestimmter Funktionseinschränkung	0.933
TR16C	Muskuloskelettale Rehabilitation	0.898

ST Reha: Flussdiagramm



Sie sind dran

Gehen Sie auf den Webgrouper und geben Sie folgenden Daten ein

<https://grouper.swissdrg.org/streha/single>

► Diagnose

M41.20: Sonstige idiopathische Skoliose: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule
(Sie können weitere natürlich weitere Diagnosen eingeben)

► Prozedur

BA.5: Muskuloskelettale Rehabilitation

Sie sind dran

Gruppierung

RCG	TR16C	Muskuloskelettale Rehabilitation
Grouperstatus	Normale Gruppierung	

Kostengewicht

Effektives Kostengewicht	9.878
---------------------------------	-------

Diagnosen

Code	Beschreibung	Gültigkeit	Benutzt
M41.20	Sonstige idiopathische Skoliose: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule	Gültige Diagnose	Nein

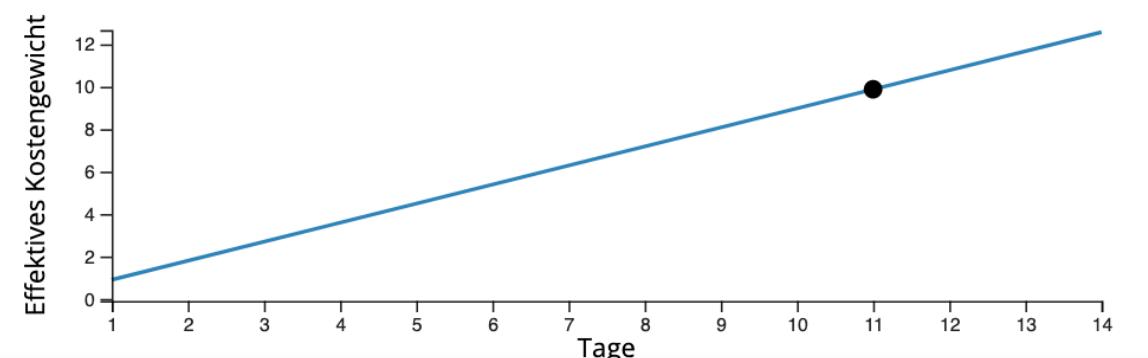
Prozeduren

Code	Beschreibung	Gültigkeit	Benutzt	OR/NOR/-
BA.5	Muskuloskelettale Rehabilitation	Gültige Prozedur	Ja	-

Verweildauer

Verweildauer	11
Fall in Phase	1

Diagramm für TR16C

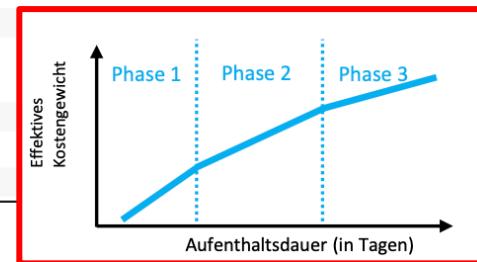


ST Reha: (fast) immer nur eine Phase

RCG	Bezeichnung RCG	Phase 1		Phase 2		Phase 3	
		TKG ¹	OGV ²	TKG ¹	OGV ²	TKG ¹	
TR11 Rehabilitation für Kinder und Jugendliche							
TR11A	Rehabilitation für Kinder und Jugendliche, Alter < 19 Jahre, mit komplizierender Diagnose		1.962				
TR11B	Rehabilitation für Kinder und Jugendliche, Alter < 16 Jahre		1.752				
TR11C	Rehabilitation für Kinder und Jugendliche		1.173				
TR13 Neurologische Rehabilitation							
TR13A	Aufwendige neurologische Rehabilitation mit komplizierender Diagnose oder mit hohem Zusatzaufwand		1.348				
TR13B	Neurologische Rehabilitation mit komplizierender Diagnose oder mit Zusatzaufwand oder mit bestimmter Behandlung		1.114				
TR13C	Neurologische Rehabilitation		1.007				
TR14 Internistische oder onkologische Rehabilitation							
TR14A	Aufwendige internistische oder onkologische Rehabilitation mit komplizierender Diagnose		1.191				
TR14B	Internistische oder onkologische Rehabilitation mit bestimmter Funktionseinschränkung		1.045				
TR14C	Internistische oder onkologische Rehabilitation		0.982				
TR15 Geriatrische Rehabilitation							
TR15A	Aufwendige geriatrische Rehabilitation mit komplizierender Diagnose oder mit bestimmter Behandlung		1.072				
TR15B	Geriatrische Rehabilitation		0.973				
TR16 Muskuloskelettale Rehabilitation							
TR16A	Aufwendige muskuloskelettale Rehabilitation mit komplizierender Diagnose oder mit bestimmter Behandlung		1.077				
TR16B	Muskuloskelettale Rehabilitation mit bestimmter Funktionseinschränkung		0.933				
TR16C	Muskuloskelettale Rehabilitation		0.898				
TR17 Pulmonale Rehabilitation							
TR17A	Aufwendige pulmonale Rehabilitation mit begrenzter Leistungsfähigkeit oder mit bestimmter Diagnose oder mit bestimmter Behandlung		1.091				
TR17B	Pulmonale Rehabilitation		0.979				
TR18 Psychosomatische Rehabilitation							
TR18Z	Psychosomatische Rehabilitation	1.302	3	0.838	25	0.63	
TR19 Kardiale Rehabilitation							
TR19A	Aufwendige kardiale Rehabilitation mit bestimmter Funktionseinschränkung		0.9				
TR19B	Kardiale Rehabilitation		0.782				
TR80 Rehabilitation ohne weitere Angabe							
TR80Z	Rehabilitation ohne weitere Angabe		0.782				
TR96 Nicht gruppierbar							
TR96Z	Nicht gruppierbar						

¹ TKG = Tageskostengewicht

² OGV = Obere Grenzverweildauer



ST Reha – Erweiterung CHOP

AA Messinstrumente und Messungen

AA.1 Messung der Activity of Daily Living (ADL)

AA.13 Items des ADL-Scores

EXKL. Kode weglassen - Spinal Cord Independence Measure (SCIM) (AA.33.-)

Beachte: Punkt 0, Referenzdokument:
Für die Erfassung aller ADL-Items ist das Dokument «ANQ, Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitäler und Kliniken, Bern, Charité, Universitätsmedizin Berlin, Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft (2020): Überleitungstabelle FIM® bzw. EBI im CHOP Code ADL Score, V.1.0» massgeblich.
Link: www.anq.ch/uebersetzung-ADL

Punkt 1, Anwendung:
Folgende Kodes werden nur erfasst bei stationären Patienten einer Abteilung für Rehabilitation.

Punkt 2, Kurzbeschreibung:
Die ADL-Items bilden den Grad der Unabhängigkeit des Patienten bei der Verrichtung von Alltagsfunktionen ab, strukturiert gemäss dem Katalog von ANQ (Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitäler und Kliniken).

Punkt 3, Erfassung:
Die Kodes sind bei Eintritt, d.h. innerhalb von 3 Tagen, sowie bei Austritt, d.h. frühestens 3 Tage vor Austritt, zu erfassen.
Die Scores sind nach den Erhebungsvorgaben des ANQ abzubilden.

AA.13.1 ADL-Item 1 (ADL 1), Essen und Trinken

AA.13.11 ADL 1, Score 0

AA.13.12 ADL 1, Score 2

AA.13.64 ADL 6, Score 3

AA.13.65 ADL 6, Score 4

AA.13.7 ADL-Item 7 (ADL 7), Treppensteigen

AA.13.71 ADL 7, Score 0

AA.13.72 ADL 7, Score 1

AA.13.73 ADL 7, Score 2

AA.13.74 ADL 7, Score 4

AA.13.8 ADL-Item 8 (ADL 8), Toilettenbenutzung

AA.13.81 ADL 8, Score 0

AA.13.82 ADL 8, Score 1

AA.13.83 ADL 8, Score 2

AA.13.84 ADL 8, Score 4

AA.13.9 ADL-Item 9 (ADL 9), Stuhlkontrolle

AA.13.91 ADL 9, Score 0

AA.13.92 ADL 9, Score 2

AA.13.93 ADL 9, Score 4

AA.13.A ADL-Item 10 (ADL 10), Harnkontrolle

AA.13.A1 ADL 10, Score 0

AA.13.A2 ADL 10, Score 1

AA.13.A3 ADL 10, Score 4

AA.13.B ADL-Item 11 (ADL 11), Verstehen

AA.13.B1 ADL 11, Score 0

AA.13.B2 ADL 11, Score 1

AA.13.B3 ADL 11, Score 3

AA.13.B4 ADL 11, Score 4

AA.13.C ADL-Item 12 (ADL 12), Verständlichkeit

AA.13.C1 ADL 12, Score 0

Erweiterter Barthel Index (EBI)

Nr.	Bezeichnung	Werte
1	Essen und Trinken	0, 2, 3, 4
2	Persönliche Pflege (Gesichtwaschen, Kämmen, Rasieren, Zahneputzen)	0, 1, 2, 3, 4
3	An-/Ausziehen (einschl. Schuhe binden, Knöpfe schliessen)	0, 1, 2, 4
4	Baden / Duschen / Körper waschen	0, 1, 2, 3, 4
5	Umsteigen aus Rollstuhl in Bett und umgekehrt	0, 1, 2, 4
6	Fortbewegung auf ebenem Untergrund	0, 1, 2, 3, 4
7	Treppen auf- / absteigen	0, 1, 2, 4
8	Benutzung der Toilette (Transfer, An- / Auskleiden, Körperreinigung, Wasserspülen)	0, 1, 2, 4
9	Stuhlkontrolle	0, 1, 3, 4
10	Harnkontrolle	0, 1, 3, 4
11	Verstehen	0, 1, 3, 4
12	Verständlichkeit	0, 1, 3, 4
13	Soziale Interaktion	0, 2, 4
14	Problemlösen	0, 2, 4
15	Gedächtnis / Lernfähigkeit / Orientierung	0, 1, 2, 3, 4
16	Sehen / Neglect	0, 1, 3, 4

Functional Independence Measure (FIM®)

1 = Völlige Unselbständigkeit

2 = Ausgeprägter Hilfebedarf

3 = Mäßige Hilfestellung

4 = Kontakthilfe/geringe Hilfestellung

5 = Beaufsichtigung/Vorbereitung

6 = Eingeschränkte Selbständigkeit

7 = Völlige Selbständigkeit

	Selbstversorgung
A	Essen/Trinken
B	Körperpflege
C	Baden/Duschen/Waschen
D	Ankleiden oben
E	Ankleiden unten
F	Intimhygiene
	Kontinenz
G	Blasenkontrolle
H	Darmkontrolle
	Transfers
I	Bett/Stuhl/Rollstuhl
J	Toilettensitz
K	Dusche Badewanne
	Fortbewegung
L	Gehen/Rollstuhl
M	Treppensteigen
	Kommunikation
N	Verstehen akustisch/visuell
O	Ausdruck verbal/nonverbal
	Kognitive Fähigkeiten
P	Soziales Verhalten
Q	Problemlösung
R	Gedächtnis

Überleitung von EBI und FIM zu CHOP

EBI- Item	FIM®-Item	CHOP-Code 2021: ADL	
1. Essen und Trinken (EBI 01)	A. Essen und Trinken (FIM 01)	AA.13.1	ADL 1, Essen und Trinken
0	1 - 2	AA.13.11	Score 0
2	3 - 5	AA.13.12	Score 2
3 - 4	6 - 7	AA.13.13	Score 4
2. Persönliche Pflege (EBI 02)	B. Körperpflege (FIM 02)	AA.13.2	ADL 2, Persönliche Pflege
0	1 - 2	AA.13.21	Score 0
1	3 - 4	AA.13.22	Score 1
2	5	AA.13.23	Score 2
3 - 4	6 - 7	AA.13.24	Score 4
3. An- und Ausziehen (EBI 03)	D. Ankleiden Oberkörper und E. Unterkörper* (FIM 04 + FIM 05)*	AA.13.3	ADL 3, An- und Ausziehen
0	1	AA.13.31	Score 0
1	2 - 3	AA.13.32	Score 1
2	4 - 5	AA.13.33	Score 2
4	6 - 7	AA.13.34	Score 4
<p>* Mittelwert aus FIM D. und FIM E. verwenden. <i>Wenn der Mittelwert nicht ganzzahlig ist, wird abgerundet.</i></p>			
4. Baden / Duschen / Körper waschen (EBI 04)	C. Baden / Duschen / Waschen und K. Transfer Badewanne / Dusche* (FIM 03 + FIM 11)*	AA.13.4	ADL 4, Baden / Duschen
0	1	AA.13.41	Score 0
1	2 - 4	AA.13.42	Score 1
2	5	AA.13.43	Score 2
3 - 4	6 - 7	AA.13.44	Score 4

Sie sind dran – Vorbereitung auf die Zwischenprüfung

Einzelarbeit

- ▶ Stellen Sie auf einer Folie zusammen, wie in den drei verschiedenen DRG-Systemen, welche in der Schweiz im Einsatz sind/sein werden, der Erlös berechnet wird aus den Elementen:
 - ▶ Kostengewicht
 - ▶ Baserate
 - ▶ Aufenthaltsdauer (in Tagen)

Take Home Messages

- ▶ Mittels **TARPSY** können stationäre Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken abgerechnet werden. Es kommen **degressive Kostengewichte** in (meistens) drei Phasen zum Einsatz. TARPSY wurde 2018 eingeführt. Aktuell im Einsatz ist Version 4.0.
- ▶ Mittels **ST Reha** können stationäre Aufenthalte in **Rehabilitationskliniken** abgerechnet werden. ST Reha wurde auf 2022 eingeführt. Aktuell im Einsatz ist Version 1.0.