

DRG und Auswirkung schlechter Kodierung

BBV+

DRG und Auswirkung schlechter Kodierung

... sie kostet Geld !

Wer bin ich

- Philipp Richter
- Sozialversicherungsfachangestellter (D)
- Rettungsassistent

- 1995 – 2008: Spitalzentrum Biel
- IT-Betreuer „invasive Kliniken“
- Projektleiter „medizinische Informatikprojekte“
- 1998: Verantwortlich ICD-Kodierung
- 2000: Einführung der zentralen Kodierung

Wer bin ich

- Leiter der ICD-Kodierung
- Einführung „Medizincontrolling“
- Gründungsmitglied und Vorstandsmitglied der
SGMC (*Schweizerische Gesellschaft für Medizinische Codierung*)
- Einsitz in Prüfungskommission „med. Kodierer“

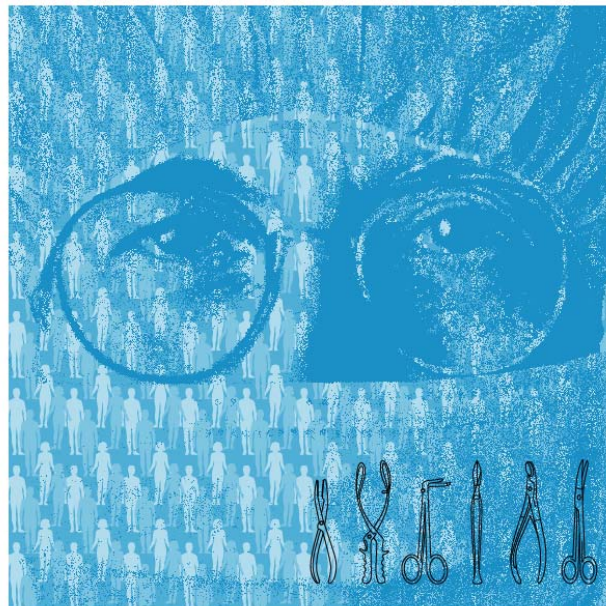
Kodierung-Grundlagen und BFS

- Kodierungshandbuch (Version 2 seit 1.1.08 gültig, seit 29.4.08 auf der Webpage des BFS)

Kodierungshandbuch

Der offizielle Leitfaden der Kodierregeln

Version 2.0, 2008



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Bundesverwaltung admin
Statistik Schweiz

Startseite | Suche | Sitemap | Index | Glossar | Kontakt | Hilfe

Aktuell | Themen | Regional | International | **Infothek** | Dienstleistungen | Institutionen

Statistisches Lexikon
Publikationskatalog Statistik der Schweiz
Statweb
Superweb
Thematische Datenbanken
Erhebungen, Quellen
Definitionen
Index
Nomenklaturen
ClassWEB
Inventare, Register

Bundesamt für Statistik > Infothek > Nomenklaturen >> Kodierungssekretariat > Richtlinien >
Kodierungshandbuch

Seite drucken

Nomenklaturen - Kodierungssekretariat
Kodierungshandbuch

Das Kodierungshandbuch enthält alle verwendeten Kodierrichtlinien.

Dok.	Titel	Periode	Nummer
1722 KB	Kodierungshandbuch. Der offizielle Leitfaden der Kodierungsrichtlinien. Version 2.0, 2008. Bundesamt für Statistik BFS	2008	do-d-14.01-cod-03
29 KB	BFS Gesundheit - Formular für Kodierungsfragen Bundesamt für Statistik BFS	2007	do-d-14.01-cod-01
148 KB	Weisung betreffend die forcierte Zuordnung einer Hospitalisation in eine APDRG-Gruppe Bundesamt für Statistik BFS	2007	do-d-14.01-cod-04
79 KB	BFS Gesundheit - Pflichtenheft der Revisoren/Revisorinnen. 2007 Empfehlungen zur Revision der Kodierung von stationären akutsomatischen Spitalaufenthalten Bundesamt für Statistik BFS	2007	do-d-14.01-cod-02
50 KB	Internationales Treffen "Welche künftige Prozedurenklassifikation? Entwicklung und Perspektiven", 24.-25. August 2006. Synthese Bundesamt für Statistik BFS	2006	be-d-14.02-proz-01

© Bundesamt für Statistik, Neuchâtel 2008
[Rechtliches](#)

Schnellsuche im Portal
Erweiterte Suche
Nichts gefunden?

Steckbrief
+ Richtlinien
Rote Liste
Kodierungshandbuch
Hotline
Bildung
CodeInfo
Klassifikationen

Hilfe
FAQ
Verwendete Zeichen

Daten, Karten
Statistisches Lexikon
Superweb
Thematische Karten

Ausschreibungen
Stellenangebote
Öffentliche Ausschreibung

Kontakt
E-Mail
News/Mails abonnieren

Kodierung-Grundlagen und BFS

- Rote Liste

[Regional](#) | [International](#) | **[Infothek](#)** | [Dienstleistungen](#) | [Institutionen](#)

[Bundesamt für Statistik > Infothek > Nomenklaturen > > Kodierungssekretariat > Richtlinien > Rote Liste](#)

[Seite drucken](#)

Nomenklaturen - Kodierungssekretariat

Rote Liste

Rote Liste

Die "Rote Liste" beinhaltet eine Auflistung jener nicht-operativen Prozeduren, deren Kodierung (nach der CHOP) obligatorisch ist. Sie ist hervorgegangen aus den "Roten Listen" der Kantone Genf und Zürich.

Dok.	Titel	Periode	Nummer
123 KB	Medizinische Statistik - «Rote Liste» der zu kodierenden Prozeduren und Kodierungshandbuch Bundesamt für Statistik BFS	2003	do-d-14.02-ms-2003.09

© Bundesamt für Statistik, Neuchâtel 2008
[Rechtliches](#)

Schnellsuche im Portal

[Erweiterte Suche](#)
[Nichts gefunden?](#)

[Steckbrief](#)
[+ Richtlinien](#)
[Rote Liste](#)
[Kodierungshandbuch](#)
[Hotline](#)
[Bildung](#)
[CodeInfo](#)
[Klassifikationen](#)

Hilfe
[FAQ](#)
[Verwendete Zeichen](#)

Daten, Karten
[Statistisches Lexikon](#)
[Superweb](#)
[Thematische Karten](#)

Ausschreibungen
[Stellenangebote](#)
[Öffentliche Ausschreibungen](#)

Kontakt
[E-Mail](#)
[NewsMails abonnieren](#)

Rote Liste

Einige nicht-chirurgische Massnahmen müssen, falls sie durchgeführt wurden, obligatorisch kodiert werden. Es handelt sich um Massnahmen, die:

- invasiv sind,
- ein potentielles Risiko für den Patienten mit sich bringen,
- nicht routinemässig durchgeführt werden,
- eine spezielle technische Ausrüstung erfordern.

Ausführlich:

Kode	
00.10	Implantation chemotherapeutischer Substanz
00.11	Infusion von Drotrecogin alpha (aktiviert)
00.13	Injektion oder Infusion von Nesiritide
00.14	Injektion oder Infusion von Antibiotika der Klasse der Oxazolidinone
00.50	Implantation von Resynchronisations-Herzschrittmacher ohne Angabe von Defibrillation, komplettes System [CRT-P]
00.51	Implantation von Resynchronisationdefibrillator komplettes System [CRT-D]
00.52	Implantation oder Ersetzen von transvenösen Elektroden im linken Ventrikel durch den Koronarsinus
00.53	Implantation oder Ersetzen nur des Pulsgenerators eines Resynchronisations-Herzschrittmachers [CRT-P]
00.54	Implantation oder Ersetzen nur des Pulsgenerators eines Resynchronisationdefibrillators [CRT-D]
33.99	Grosse Lungenspülung (therapeutische Lavage)
95.04	Augenuntersuchung in Narkose
21.21	Rhinoskopie
29.11	Pharyngoskopie
31.41	Tracheoskopie durch ein künstliches Stoma
31.42	Laryngoskopie und andere Tracheoskopie
31.43	Geschlossene [endoskopische] Biopsie am Larynx
31.44	Geschlossene [endoskopische] Biopsie an der Trachea
32.01	Endoskopische Exzision oder Destruktion von Läsion oder Gewebe an einem Bronchus
32.28	Endoskopische Exzision oder Destruktion von Läsion oder Gewebe an der Lunge
33.21	Bronchoskopie durch ein künstliches Stoma
33.22	Fiberoptische Bronchoskopie
33.23	Sonstige Bronchoskopie

Kodierung-Grundlagen und BFS

- Kodierungssekretariat
 - Hotline
 - Rundschreiben
 - Errata



[Statistisches Lexikon](#)

[Publikationskatalog Statistik der Schweiz](#)

[Statweb](#)

[Superweb](#)

[Thematische Datenbanken](#)

[Erhebungen, Quellen](#)

[Definitionen](#)

[Index](#)

[Nomenklaturen](#)

[ClassWEB](#)

[Inventare, Register](#)

Bundesamt für Statistik > Infothek > Nomenklaturen > > Kodierungssekretariat > Hotline

[Seite drucken](#)

Nomenklaturen - Kodierungssekretariat

Hotline

Schlagwort

Spezialisierung

Klassifikation

◀ Seite 14 von 20 ▶

Port a cath Implantation z.B. bei Cyst. Fibrose CF E84._ in HD oder Z45.2 oder Z51.8 mit CHOP-Code 86.07?

Da der Patient nicht zur eigentlichen Behandlung der Mukoviszidose hospitalisiert wird, sondern zur Implantation eines Port-a-Cath soll als HD der Kode Z45.2 "Anpassung und Handhabung eines vaskulären Zugangs" und als ND E84.-. Der passende Behandlungskode ist der 86.07.

Pouce du skieur.

Ski Daumen: selon mes indications, il n'y avait pas toujours rupture, le pourquoi du S63.6. Mais d'accord avec les cliniciens, donc S63.4 correct.

Pour des varices du membre inférieur sur insuffisance veineuse, le code I83.2 "varices des membres inférieurs, avec ulcère et inflammation" seul suffit-il? Cette façon de faire est-elle juste? Ne serait-il pas mieux de coder le I83.9 "varices des membres inférieurs, sans ulcère ou inflammation" avec le I87.2 "insuffisance veineuse chronique"?

Les varices se codent I83.2 uniquement si il y a ulcération et inflammation. Si il n'y a ni l'un ni l'autre on indique le I83.9. Les varices pouvant avoir différentes étiologies, elles ne se rencontrent pas forcément que dans le cadre d'une insuffisance veineuse, cette dernière est donc également à coder (I87.2).

Schnellsuche im Portal

[Erweiterte Suche](#)

[Nichts gefunden?](#)

[Steckbrief](#)

+ [Richtlinien](#)

[Hotline](#)

[Bildung](#)

[CodeInfo](#)

[Klassifikationen](#)

[Hilfe](#)

■ [FAQ](#)

■ [Verwendete Zeichen](#)

[Daten, Karten](#)

■ [Statistisches Lexikon](#)

■ [Superweb](#)

■ [Thematische Karten](#)

[Ausschreibungen](#)

■ [Stellenangebote](#)

■ [Öffentliche Ausschreibungen](#)

[Kontakt](#)

■ [E-Mail](#)

■ [NewsMails abonnieren](#)



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidegnössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Statistik BFS
Gesundheit, Bildung und Wissenschaft

Rundschreiben für Kodiererinnen und Kodierer

14 Gesundheit

Nr. 2, April 2008

Neuchâtel, April 2008

Dieses Rundschreiben informiert über die Kodierung der Stadien der HIV-Krankheit, der Akromioplastik und der Notchplastik. Die Definition der Nebendiagnosen wird präzisiert und die Kodierung der Alkoholvergiftungen aufgegriffen.

Die im Januar zur Verfügung gestellte CHOP10.0 beinhaltete Fehler. Die korrigierte Version und ein Erratum sind jetzt auf unserer Web-Seite herunterladbar.

Wir freuen uns, Sie darüber zu informieren, dass die Anstrengungen für die Einführung einer offiziellen Berufsprüfung für medizinische Kodierer und Kodiererinnen Früchte getragen haben und dass die erste eidgenössische Berufsprüfung im September dieses Jahres stattfinden wird.

Die definitive Version des Kodierungshandbuches kann an dieser Adresse heruntergeladen werden:

[http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index.html?id=610105&cid=1181](#)

CHOP 10.0: Liste der Errata (Stand 03.03.2008)

Bundesamt für Statistik > Infothek > Nomenklaturen > > Schweizerische Operationsklassifikation (CHOP) > Klassifikation

[Seite drucken](#)

Nomenklaturen - Schweizerische Operationsklassifikation (CHOP)

Klassifikation

CHOP

Die Schweizerische Operationsklassifikation (CHOP) ist eine Übersetzung und Anpassung der US-amerikanischen Klassifikation ICD-9-CM, Volume 3.

Die Ausgaben des BFS sind in zwei unterschiedlichen Versionen gratis erhältlich, mit einem systematischen oder einem alphabetischen Verzeichnis.

Version 10.0

Die Version 10.0 darf zum Kodieren der Medizinischen Statistik versuchsweise ab dem 1. Juli 2007 benutzt werden und ist ab 1. Januar 2008 obligatorisch.

Dok.	Titel	Periode	Nummer
 30 KB	Liste der Errata (CHOP 10.0) Bundesamt für Statistik BFS	03.2008	do-t-14.02-chop10-errata



[Schweizerische Operationsklassifikation \(CHOP\)](#)

ICD-9-CM, Volume 3, Version 10.0, 2008

BFS

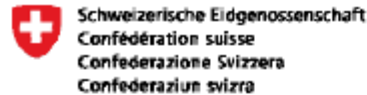
Neuchâtel 2007, 289 Seiten, Fr. (exkl. MWST) 35.00

Bestellnummer: 659-0700 / ISBN: 978-3-303-14124-3

Erschienen am 19.12.2007

Kodierung-Grundlagen und BFS

- Kodierungssekretariat
 - Richtlinien für Kodierrevisionen
 - Änderungen 2009



Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Statistik BFS
Gesundheit, Bildung und Wissenschaft

Pflichtenheft der Revisoren/Revisorinnen

Empfehlungen zur Revision der Kodierung von stationären akutsomatischen Spitalaufenthalten

Version 1.0

Das vorliegende Pflichtenheft definiert die Qualifikationen und Aufgaben des Revisors/der Revisorin. Ebenfalls dargelegt sind die Richtlinien, welche die Revisionsmodalitäten definieren. Es wurde unter der Leitung des BFS von Vertretern der Versicherer, Kantone und Spitäler verfasst. Das Pflichtenheft hat zum Zweck, die Art und Weise, wie Revisionen in der Schweiz durchgeführt werden, zu vereinheitlichen und ist als die Gesamtheit der Forderungen zu betrachten, welche die einzelnen involvierten Parteien (Versicherer, Spitäler und kantonale Behörde) in die Tarifverträge einfügen können. Damit die Resultate der Revisionen von verschiedenen Regionen oder Kantonen vergleichbar sind, empfehlen wir den Vertragspartnern nachdrücklich, dieses Pflichtenheft als solches zu übernehmen und nur ausnahmsweise besondere Bestimmungen hinzuzuführen.

Anpassungen dieses Pflichtenheftes werden je nach zukünftigen Bedürfnissen durchgeführt, insbesondere bei der Einführung der Swiss-DRG. Wenden Sie sich

„Medizinische Statistik“

Änderung 2009

- 2008
 - CHOP 10
 - ICD-10 „WHO“ Vers. 1.3
- Änderungen 2009
 - CHOP 11 (*neu 6-stellig*)
 - ICD-10 GM
 - Neues Format der Medizinischen Statistik
 - Zusatzangaben notwendig
 - Seitigkeit / Tumoraktivität
 - Behandlungsdatum bei jeder Prozedur

Kodierungsrevision

Inhalt der Revision

6° Jeder Fall wird auf Basis der von den Kodierern verwendeten medizinischen Dokumenten (d.h. Protokoll der Eingriffe – z.B. Endoskopiebericht, Operationsprotokoll, Pathologiebericht und Austrittsbericht) anhand eines Evaluationsblattes (Anhang 2, Vorschlag BFS) kontrolliert. Die Form des Evaluationsblattes wird im Mandatsvertrag festgelegt.

²Für jedes zu kontrollierende Patientendossier werden die folgenden Daten des Minimaldatensatzes und des Zusatzdatensatzes für Neugeborene überprüft:

- Geburtsdatum,
- Geschlecht,
- Diagnosekodes,
- Behandlungskodes.

³ Die Kodierung wird beurteilt als:

- **"richtig"**, wenn die zwei Kodes identisch sind (d.h., wenn **alle** Stellen der Kodes identisch sind).
- **"unpräzise"** wenn bei der 4. Stelle der ICD-10-Kodes und bei der 3. oder 4. Stelle der CHOP-Kodes Divergenzen erscheinen.
- **"falsch"** wenn Divergenzen bei der 2. oder 3. Stelle der ICD-10-Kodes oder bei der 2. Stelle der CHOP-Kodes erscheinen.
- **"absolut falsch"** wenn die 1. Stelle anders ist.

Ein Kode kann ausserdem als „fehlend“ oder „missbräuchlich angegeben“ bzw. „unnötig angegeben“ betrachtet werden. Die vorgeschlagene Typologie der Fehler wird in der folgenden Tabelle rekapituliert:

Kodierung	Diagnosekode (ICD-10)	Behandlungskode (CHOP)
richtig	⊙⊙⊙⊙⊙	⊙⊙⊙⊙⊙
unpräzise	⊙⊙⊙⊙⊙	⊙⊙⊙⊙⊙ oder ⊙⊙⊙⊙⊙
falsch	⊙⊙⊙⊙⊙ oder ⊙⊙⊙⊙⊙	⊙⊙⊙⊙⊙

absolut falsch	⊙⊙⊙⊙⊙	⊙⊙⊙⊙⊙
nicht vorhanden	Der Kode wird nicht angezeigt, obwohl diese Diagnose für die aktuelle Hospitalisation von Belang ist und im Patientendossier erwähnt wird	Der Kode wird nicht angezeigt, obwohl die Behandlung im Patientendossier erwähnt wird
missbräuchlicher Kode	Der Kode wird angezeigt, während er in den für die Kodierung wichtigsten Unterlagen nicht erwähnt wird oder keine Verbindung auf die gegenwärtige Hospitalisierung zeigt	Der Kode wird angezeigt, während er in den für die Kodierung wichtigsten Unterlagen nicht erwähnt wird und keine Verbindung auf die gegenwärtige Hospitalisierung zeigt
unnötiger Kode	Der Kode wird angegeben, obwohl die Information bereits in einem gegebenen Kode enthalten ist	Der Kode wird angegeben, obwohl die Information bereits in einem gegebenen Kode enthalten ist

Definition „missbräuchlicher/unnötiger Kode“.

Als **unnötiger** Kode wird betrachtet:

- Jegliche Angabe von Codes, die eine Informationsredundanz bedeuten. Beispiel: hämorrhagisches gastrojejunales Ulkus (K28.4 „blutendes Magen-Darmgeschwür, chronisch oder ohne Präzisierung“) in der Hauptdiagnose mit einer Nebendiagnose, die die Blutung angibt (K92.2 „Gastro-intestinale Blutung“, ohne Präzisierung). Dasselbe gilt in der Regel für die Kodierung von Symptomen, welche Bestandteile einer gestellten Diagnose.

Als **missbräuchlicher** Kode wird betrachtet:

- Jegliche Angabe von Codes, die aus einer Interpretation des Patientendossiers herrühren – anders ausgedrückt: eine Kodierung von Pathologien bzw. Massnahmen, welche vom Arzt im Austrittsbericht oder in den für die Revision benutzten Dokumenten nicht beschrieben wurden.
- Jegliche Angabe von Pathologien bzw. Massnahmen, die keinen informativen Wert für die Fallbeschreibung haben. Beispiel: bei einem verunfallten Patienten mit einer Commotio cerebri, der 24 Stunden zur Überwachung im Spital behalten wird und bei dem eine aktuell nicht behandlungsbedürftige COPD bekannt ist, wird letztere nicht kodiert, weil sie für die aktuelle Hospitalisation nicht von Bedeutung ist.

Kodierungsrevision

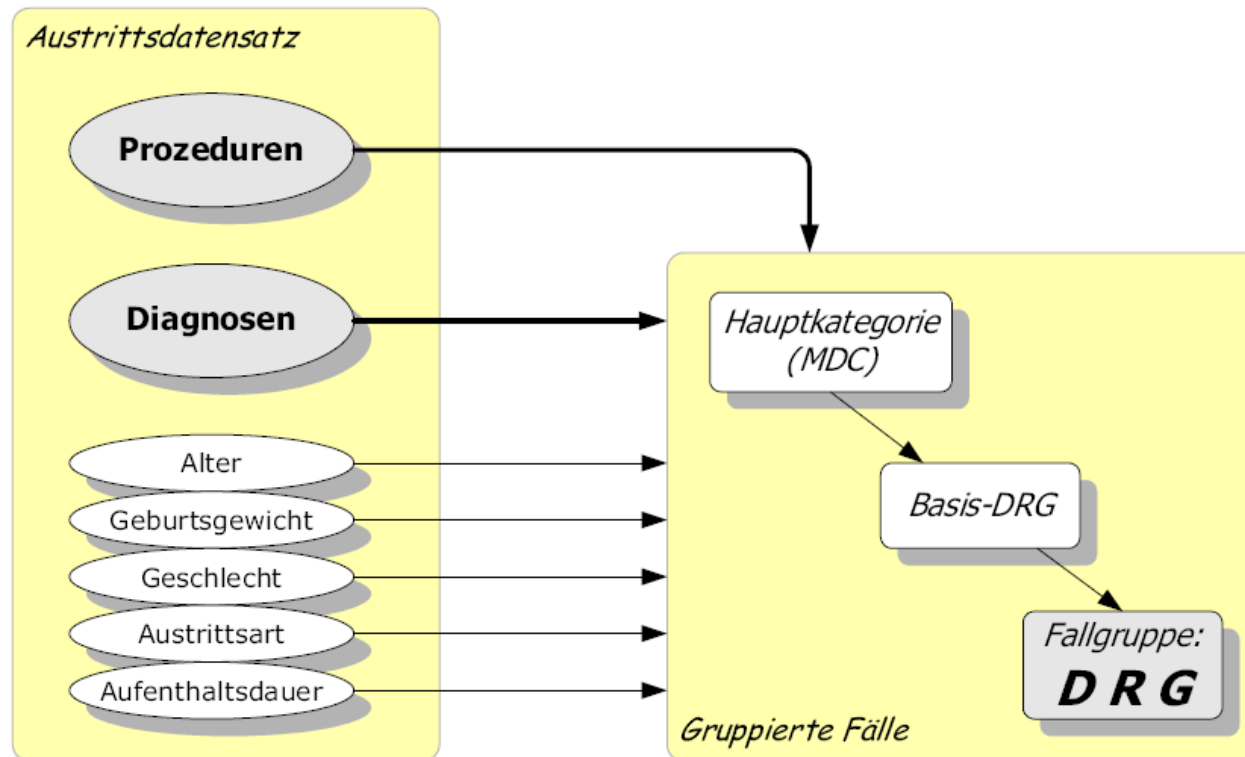
- Patientendossier (des Spital)
 - Behandlungsberichte
 - OP-Bericht
 - Untersuchungsbericht
 - „Austrittsbericht“
 - „auswärtige“ Befunde
 - Labor
 - Histologie
 - Therapien

DRG

- Kodierung Grundlage für DRG
- Nebendiagnosen / Begleiterkrankungen
- Kodierregeln
- Leistungsverträge
- Steuerungsinstrument

DRG

Z/I/M



Lebende DRG-Systeme

Jahr	G-DRGs	Unterschied zum Vorjahr	AP-DRG
2008	1'137	+55	641+27 (+210)
2007	1'082	+128	641+27
2006	954	+76	641+27
2005	878	+54	641+7
2004	824	+160	641+7
2003	664	0	641+7
1995	--	--	641

Komplikation/Begleiterkrankung

- AP-DRG
 - Unterscheidet nur „ist oder ist nicht“
- G-DRG
 - Unterscheidet „mehrstufig“ CC

Berücksichtigung von Begleiterkrankungen /Komplikationen (CC)

- 325 DRG haben keine Unterscheidung
- Ca. 130 DRGs unterscheiden mit/ohne
- 60 DRGs berücksichtigen „schwere“

Denken Sie an solche Diagnosen?

TOP 100 Nebendiagnosen (BRD 2003, nur AP-DRG-relevante)

Rang	ICD-10	Diagnose
13	N180	Terminale Niereninsuffizienz
14	C780	Sekundäre bösartige Neubildung der Lunge (=Lungenmetastasen)
15	C795	Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes (=Knochenmetastasen)
16	B24	Nicht näher bezeichnete HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]
17	I110	Hypertensive Herzkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz
18	I652	Verschluss und Stenose der A. carotis (ebenso: I653)
19	C20	Bösartige Neubildung des Rektums
20	K922	Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet
21	I64	Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet
22	T814	Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert
23	J448	Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenkrankheit
24	O990	Anämie, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett kompliziert
25	J960	Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert
26	L89	Dekubitalgeschwür
27	K703	Alkoholische Leberzirrhose
28	T840	Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese
29	J90	Pleuraerguss, anderenorts nicht klassifiziert
30	C786	Sekundäre bösartige Neubildung des Retroperitoneums und des Peritoneums
31	R18	Aszites
32	K85	Akute Pankreatitis

Diagnosen					Prozedur				
K81.0					51.23				
	Diag	G...	DRG	Beschreibung		Proc	G...	DRG	Beschreibung
Pdx	K81.0	✓	✓	Akute Cholezystitis	Pr 1	51.23	✓	✓	Laparoskopische Cholezystektomie
Neu					Neu				

AP

MDC: **07** Erkrankungen des hepatobiliären Systems und des Pankreas cw=0.696
 DRG: **494** Laparoskopische Cholezystektomie ohne Gallengangsrevision, ohne CC

Diagnosen					Prozedur				
K81.0;N39.0					51.23				
	Diag	G...	DRG	Beschreibung		Proc	G...	DRG	Beschreibung
Pdx	K81.0	✓	✓	Akute Cholezystitis	Pr 1	51.23	✓	✓	Laparoskopische Cholezystektomie
Dx 2	N39.0	✓	✓	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeich...	Neu				
Neu									

AP

MDC: **07** Erkrankungen des hepatobiliären Systems und des Pankreas cw=1.075
 DRG: **493** Laparoskopische Cholezystektomie ohne Gallengangsrevision, mit CC

Diagnosen					Prozedur				
K81.0;L89					51.23				
	Diag	G...	DRG	Beschreibung		Proc	G...	DRG	Beschreibung
Pdx	K81.0	✓	✓	Akute Cholezystitis	Pr 1	51.23	✓	✓	Laparoskopische Cholezystektomie
Dx 2	L89	✓	✓	Dekubitalgeschwür	Neu				
Neu									

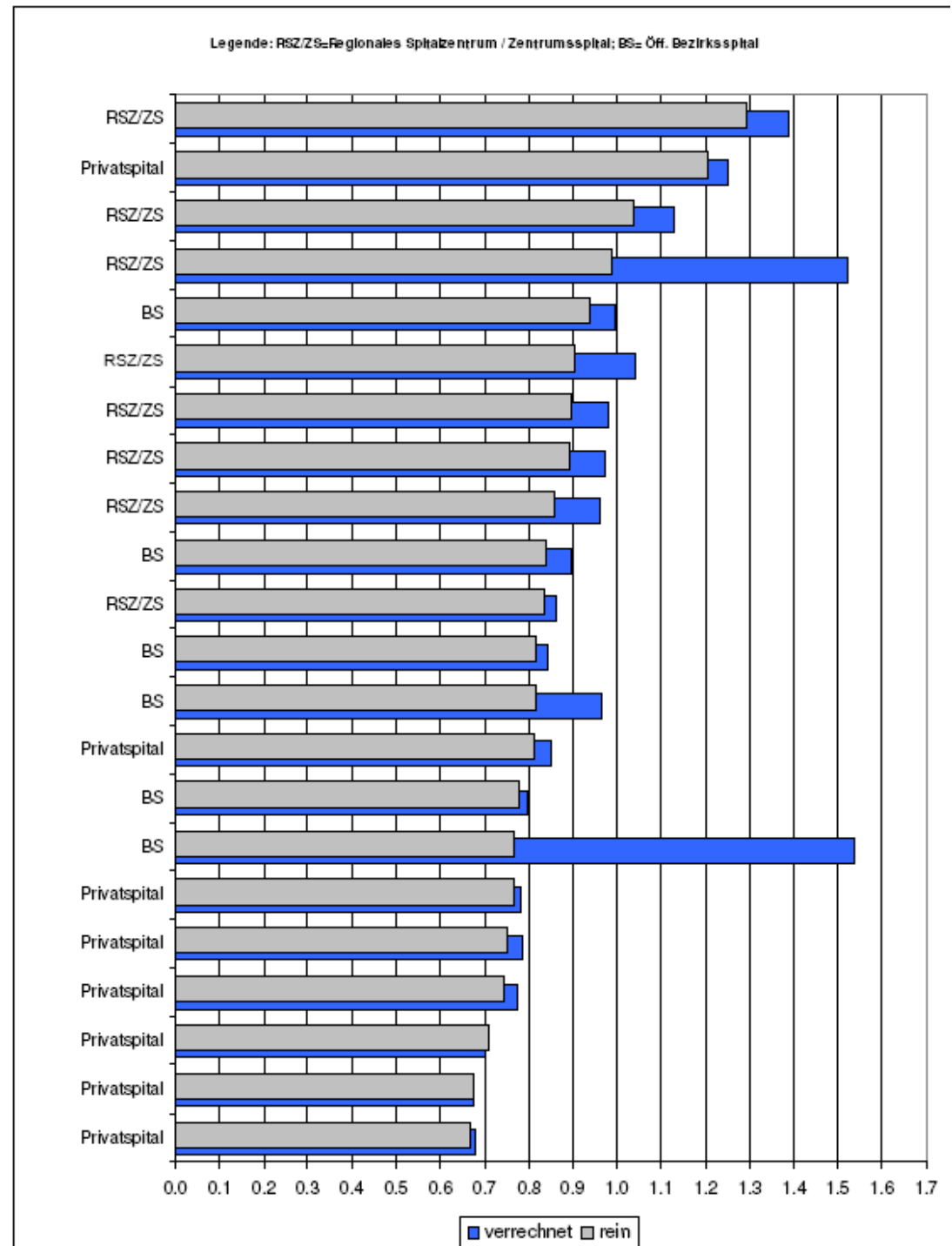
AP

MDC: **07** Erkrankungen des hepatobiliären Systems und des Pankreas cw=2.283
 DRG: **556** Cholezystektomie und andere Operationen an Leber und Gallenwegen mit schweren CC

Case Mix Index

- Der Case Mix Index (kurz CMI) beschreibt die durchschnittliche Schwere der Patientenfälle
- Dadurch wird auch der rein medizinische Schweregrad, unter der Annahme, je aufwändiger und teurer, desto schwerer krank, dargestellt.

GEF Kt. Bern, 2006



Kodierung und GEF

„Versorgungsplanung 2010“

- Mindestfallzahlen
- „hoch spezialisierte“ Leistungen
 - definiert über Kodierung und DRG
 - Grundlage Kodierung 2004 !
- Anhang II und III

*Versorgungsplanung 2007–2010 gemäss Spitalversorgungsgesetz
Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern, 27. Juni 2007*

„schlechte“ Kodierung

- Vergleich mit „öffentlichen“ Spitälern
- Verhandlungen mit Versicherungen
- „Kosten“-Verteilung
- Verteilung der Fälle in den DRGs

Budget-“Planung“

Tabelle 29: AP-DRG-Budget 2002, Caseloads³⁸ 2002 und 2010 und prognostiziertes AP-DRG-Budget 2010³⁹ für nicht-subventionierte Leistungserbringer

Leistungserbringer	AP-DRG-Budget 2002 (CHF)	Caseload 2002	Caseload 2010	AP-DRG-Budget 2010 (CHF)
Lindenhofspital	88'831'390	9'870	8'190–8'618	73'713'025–78'210'187
Hirslanden Beau-Site AG	56'086'720	6'232	5'113–5'310	46'017'681–47'472'413
Hirslanden Salem-Spital AG	46'046'873	5'116	3'929–6'014	35'360'191–58'857'537
Hirslanden Permanence West	19'272'928	2'142	1'507–1'562	13'566'382–14'497'834
Klinik Siloah	19'738'149	2'193	1'493–1'740	13'435'909–15'002'517
Klinik Hohmad AG	9'444'708	1'049	885–891	7'969'581–8'018'172
Klinik Linde AG	24'532'117	2'726	2'149–2'377	19'341'152–21'390'290
Sonnenhof AG	67'525'701	7'503	6'252–6'659	56'270'095–59'933'895
Total	331'478'586	36'831	29'519–33'709	265'674'016–303'382'845

Bemerkungen: Übernahme der Relativgewichte von AP-DRG Version 1.4 (AP-DRG Schweiz: Grouper, Version 1.4; Quelle: 3M (Schweiz) AG; Kostengewichte Version 4.1; Quelle: AP-DRG Schweiz)

Auswirkung von Mindest- Fallzahlen

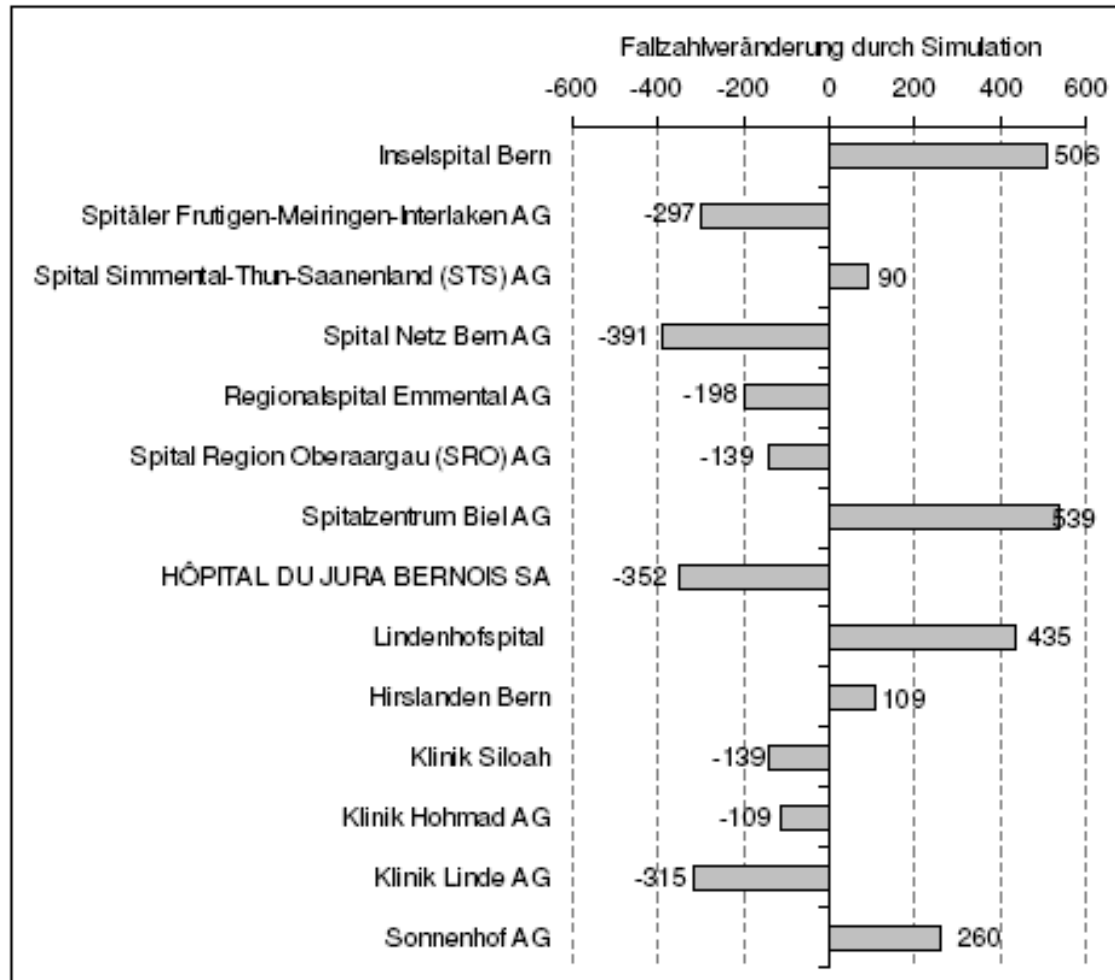


Abbildung 13: Fallzahlveränderungen durch Anwendung von Kriterien der Mindestfallzahl⁶⁶

Kodierung ist einfach

- Ein eindeutiger Fall ...
- Alle Kodierer erhielten die gleiche Information
- Kodierungssekretariat ebenfalls
- Ergebnisse:

Kodierung ist einfach

Fall 1: TBC

22-jähriger Mann

Hospitalisation vom 21.03. bis 29.03.07 / 8 Tage

Diagnosen

Abdominale TBC mit/bei

Abszess Bursa omentalis

Verdacht auf Miliartuberkulose

HIV-Infektion ED 12/06

CDC Stadium A3

Soorösophagitis

Helicobacter pylori positive Gastritis

Hypochrome mikrozytäre Anämie

Hb aktuell 85 g/l

Operationen

Magenmanschettenresektion am 22.03.07

Lymphknotenbiopsie am 22.03.07

Rektoskopie

Kodierung ist einfach

- Ein eindeutiger Fall ...
- Alle Kodierer erhielten die gleiche Information
- Kodierungssekretariat ebenfalls
- Ergebnisse:

Fall 1

TBC

Bfs

A

B

C

D

E

F

G

H

I

HDX	K65.0	A18.3	A18.3	B20.0	B20.0	A18.8	A18.3	A18.3	A18.3	K65.0
ZHDX			K67.3*	K93.8	K67.3				k67.3*	
NDX 1	A19.1	K65.0	J96.0	B20.4	B20.4	B20.4	K93.0	B20.0	A16.0	B20.4
NDX 2	B20.0	B20.7	B20.4	K29.6	K29.6	B37.0	B22.7	J95.2	B20.7	B37.8
NDX 3	B37.8	B37.8	B23.2	D50.9	D50.8	K25.9	D50.8	D50.9	K29.5	A19.9
NDX 4	B20.4	R91	K29.5	Z86.1		B96.8	Z86.1		D50.9	D50.8
NDX 5	D50.8	K29.5				D50.9	J95.2		J95.2	
NDX 6	R11	A48.8					J90			
NDX 7		K20								
NDX 8		D50.0								

HPX	54.19	43.42	54.21	43.89	54.19	54.19	54.19	54.19	54.19	43.49
NPX 1	44.99	33.24	54.19	43.49	40.11	40.11	43.89	43.89	43.42	54.40
NPX 2	40.11	40.11	43.89	40.11	44.99	43.42	40.11	40.11	40.29	40.11
NPX 3	99.04	48.23	40.29	48.23	44.13	48.23	48.23	48.23	93.90	48.23
NPX 4		99.04	40.11	99.04			33.24	96.59	33.24	99.04
NPX 5			99.04				99.04		99.04	
NPX 6			45.19						88.01	

Fall 1 **TBC**

BfS

HDX	K65.0	A18.3	A18.3	B20.0	B20.0	A18.8	A18.3	A18.3	A18.3	K65.0
------------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

HPX	54.19	43.42	54.21	43.89	54.19	54.19	54.19	54.19	54.19	43.49
------------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

DRG	585	585		702	702	585	585	585	585	553
SPG			936					936		

553	Eingriffe am Verdauungstrakt, ausgenommen Hernien-, grosse Magen- oder Darmeingriffe, mit schweren KK (cw=2.774)								
585	Grössere gastro-intestinale Eingriffe, mit schweren KK (cw=3.972)								
702	HIV mit Eingriff (Operationsraum) mit mehreren schweren assoziierten Infektionen (cw=5.380)								
936	S – Grössere gastro-intestinale Eingriffe, mit schweren KK (cw=5.460)								

Kodierung ist einfach

- Ein eindeutiger Fall ?
- Viele Kodierlösungen ...

Austrittsbericht – Wichtige Informationen für die Kodierung

Der Feldbezeichner muss nicht im Bericht erscheinen, diese sollen nur klarstellen welche Information notwendig ist.

Feldbezeichner	Inhalt
Titel Dokument	Titel, z. B. „Austrittsbericht“
Patientenangaben	Name, Geburtsdatum, Adresse, Telefonnummer
Anrede mit Angabe von -Hospitalisationsdauer -Aufenthalt IPS/ÜW -Beatmungsstunden	<i>Sehr geehrter Empfänger / Empfängerin</i> <i>Wir berichten Ihnen über oben genannte(n) Patientin / Patienten, welche(r) vom tt.mm.jj bis am tt.mm.jj bei uns in der Klinik hospitalisiert war. Vom x bis y Aufenthalt auf der Intensivstation</i> Falls es einen gesonderten Bericht von der IPS (Verlegungsbericht/Entlassungsbericht) gibt in der die Anzahl der Beatmungsstunden erwähnt sind, müssen diese nicht mehr erwähnt werden. Der IPS-Bericht gehört dann aber auch in die KG!
Entlassung	wohin: z.B. nach Hause (Med. Statistik)
Eintrittsart	Notfall, geplant (Med. Statistik)
Einweisungsgrund	Hauptursache (Symptom, Krankheit), welche zur Hospitalisation führten; bitte jeweils ausformulieren und nicht auf andere Berichte verweisen oder schreiben "wie Ihnen bestens bekannt". Auch wenn Patient aus (Privat-) Sprechstunde bekannt! Bei Neugeborenen bzw. Aufnahme innert 28 Tage nach Geburt auch Geburtsgewicht/Grösse angeben.
Diagnoseliste	Die wichtigste Diagnose entspricht gemäss Definition des BfS demjenigen Zustand, welcher am Ende des Spitalaufenthaltes als Diagnose feststeht und für die Behandlung und Untersuchung des Patienten der Hauptanlass war. Sie muss in der Diagnoseliste des Austrittsberichtes an erster Stelle stehen. Liegen mehrere Zustände vor, ist derjenige an die erste Stelle zu setzen, welcher medizinisch gesehen den grössten Aufwand erforderte. Die Begleiterkrankungen (gemäss BfS Nebendiagnosen) sind in der Diagnoseliste nach der Wichtigkeit aufzuführen wenn sie einen Einfluss auf die Behandlung/Hospitalisation haben. Komplikationen einer während der Hospitalisation durchgeführten Behandlung gelten auch als Begleiterkrankungen. Sie sind unabhängig vom Schweregrad immer anzugeben. Alle früheren Krankheiten und Eingriffe, welche für diese Hospitalisation nicht relevant sind und keinen Einfluss auf die aktuelle Behandlung (Therapieumstellung, Untersuchung, Betreuung, invasive Massnahme erfordern) haben, können und sollten an anderer Stelle erfasst werden.

Interventionen/Behandlungen/ Operationen	<p>Chirurgische oder medizinische Behandlung respektive Eingriff, Operation, diagnostische oder therapeutische Massnahme.</p> <p>Die für den Behandlungsprozess entscheidende medizinische Behandlung sollte unter diesem Abschnitt im Austrittsbericht und Operationsbericht zuoberst angegeben werden. Alle anderen Massnahmen sind in der Reihenfolge ihrer Bedeutung aufzuführen.</p> <p>IPS-Aufenthalte inkl. allfälliger Behandlungen (z. B. Tracheostomien, Thoraxdrainagen, ...) auf der IPS sind zwingend zu erwähnen!</p>
Histologie	Wenn bereits vorliegt, sonst Hinweis das Ergebnis noch fehlt. Endgültiger Histo-Befund gehört auch in die Spital-KG!
Beurteilung und Verlauf	<p>Beurteilung und Verlauf</p> <p>Falls sinnvoll: inkl. Jetziges Leiden</p>
Prozedere	geplante oder empfohlene Nachbehandlung
Befunde bei Austritt	Umfasst die Befunde, welche bei der zuletzt durchgeführten Untersuchung erhoben wurden (klinische und übrige Befunde).
Befunde ausstehend	Befunde, welche zur Zeit der Berichtsschreibung noch nicht vorliegen.
Noxen und Allergien	z.B. Nikotinabusus
Medikamente bei Austritt/Verlegung	Von Patient/Patientin benötigte Medikamente zum Zeitpunkt der Verlegung / Entlassung

Zusammenfassung

- Kodierung ist wichtig
 - Budget, Leistungszahlen
- Kodierung braucht Profis
 - Kodierungsrichtlinien
- Jekami fahrlässig ?
- Kodierung wird kontrolliert – von Profis

