



Falldefinitionen und Abrechnungsregeln

Teilprojekt 1

Vom Steuerungsausschuss (StA) verabschiedete Version
vom 19. August 2005
Arbeitspapier

Inhalt

1	GRUNDLAGEN UND DEFINITIONEN	3
1.1	Benötigte Informationen	3
1.2	Regeln für die Kodierung von Diagnosen und Eingriffen	3
1.3	Praktische Umsetzung der Definitionen für stationäre, teilstationäre und ambulante Behandlungen	3
1.4	Urlaubstage	5
1.5	Definition des administrativen Falles vs. tarifarische Definition des Falls nach REKOLE	6
2	ANWENDUNGSBEREICH UND ABGRENZUNGEN	7
2.1	Grundsätzliches	7
2.2	Psychriefälle und Fälle von Alkohol- und Drogenmissbrauch	7
2.3	Rehabilitation	7
2.4	Palliativbehandlung	8
2.5	Pflegefälle und Wartepatienten	8
3	SPEZIELLE ABRECHNUNGSREGELN	9
3.1	Übersicht	9
3.2	Änderung des Hospitalisierungsgrundes während eines Spitalaufenthaltes	9
3.3	Wiedereintritte (Rehospitalisierungen)	10
3.4	Aufenthalte über zwei Rechnungsperioden	10
3.5	Vor- und nachstationäre Untersuchungen im Spital	10
3.6	Verlegungen in ein anderes Spital	11
3.7	Notfälle	12
3.8	Gesunde Neugeborene	12
3.9	Todesfall am Eintrittstag und am Folgetag	12
4	AUFTRÄGE AN DIE ANDEREN TEILPROJEKTE	13

1 Grundlagen und Definitionen

1.1 Benötigte Informationen

Für eine Vergütung mit SwissDRG-Fallpauschalen werden die Daten der medizinischen Statistik des Bundesamtes für Statistik (BFS) benötigt. Diese Daten werden auf der Grundlage des Bundesstatistikgesetz (BstatG) vom 9. Oktober 1992 und der dazugehörigen Verordnung sowie auf der Grundlage der Richtlinien und Empfehlungen des Bundesamtes für Statistik für jeden in einem Spital behandelten Fall routinemässig erhoben.

Details sind in TP3 respektive TP4 zu regeln.

1.2 Regeln für die Kodierung von Diagnosen und Eingriffen

Die Kodierung der Diagnosen und Eingriffe richtet sich nach den Richtlinien der Weltgesundheitsorganisation (WHO) bzw. des Bundesamtes für Statistik (BFS). Die in der Schweiz verwendeten Nomenklaturen sind der ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, tenth revision) und der CHOP (Schweizerische Operationsklassifikation). Das BFS veröffentlicht seine Richtlinien zur Kodierung im Kodierungshandbuch und im Informationsbulletin "Codeinfo"¹.

1.3 Praktische Umsetzung der Definitionen für stationäre, teilstationäre und ambulante Behandlungen

In der am 1.1.2003 in Kraft gesetzten Verordnung über die Kostenermittlung und Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL)² sind die stationären, teilstationären und ambulanten Behandlungen wie folgt definiert.

Stationär

Als stationäre Behandlung nach Art. 49 Absatz 1 des Gesetzes gelten Aufenthalte im Spital von mindestens 24 Stunden zur Untersuchung, Behandlung und Pflege. Aufenthalte im Spital von weniger als 24 Stunden, bei denen während einer Nacht ein Bett belegt wird, sowie Aufenthalte im Spital bei Überweisung in ein anderes Spital und bei Todesfällen gelten ebenfalls als stationäre Behandlung.

Teilstationär

Als teilstationäre Behandlung nach Artikel 49 Absatz 5 des Gesetzes gelten geplante Aufenthalte zur Untersuchung, Behandlung und Pflege, die an die Behandlung anschliessende Überwachung oder Pflege sowie die Benutzung eines Bettes erfordern. Wiederholte Aufenthalte in Tages- oder Nachtkliniken gelten ebenfalls als teilstationäre Aufenthalte.

¹ Beide Dokumente können auf der Internetseite des Bundesamtes für Statistik (www.bfs.admin.ch), Fachstelle 14 (Gesundheit), Kodierungssekretariat bezogen werden.

² SR 832.104

Ambulant

Als ambulante Behandlung nach Artikel 49 Absatz 5 des Gesetzes gelten alle Behandlungen, die weder als stationäre noch als teilstationäre angesehen werden.

Um eine einheitliche Umsetzung dieser Definitionen sicher zu stellen, haben sich die Partner im Gesundheitswesen auf die folgende Interpretation dieser Definitionen geeinigt.

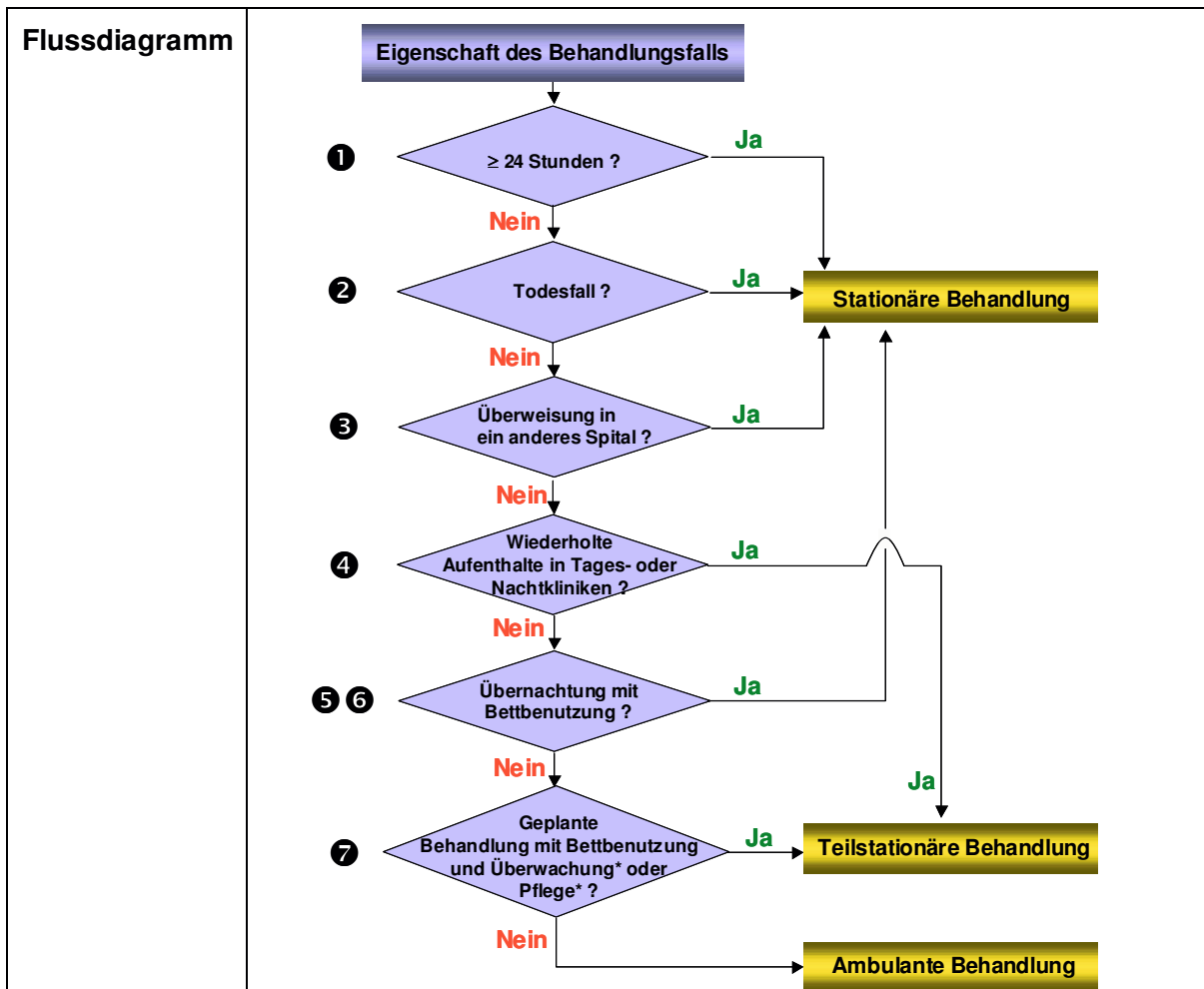


Abbildung 1: Flussdiagramm für die Zuordnung der stationären, teilstationären und ambulanten Behandlungen (Umsetzung der VKL).³

³ H+ Die Spitäler der Schweiz / Bundesamt für Statistik (BFS): Flash 10/03 vom 30.10.2003 von H+ : [http://www.hplus.ch/main/Show\\$Id=1182.html](http://www.hplus.ch/main/Show$Id=1182.html) und dem Infoblatt 14-MS-2003 des Bundesamtes für Statistik, November 2003.

Kriterien Das Flussdiagramm muss mit Hilfe der folgenden Kriterien interpretiert werden:

- ❶ Kriterium erfüllt wenn der Patient mindestens 24 Stunden im Spital bleibt.
- ❷ Kriterium erfüllt wenn der Patient verstorben ist.
- ❸ Kriterium erfüllt wenn der Patient in ein anderes Spital überwiesen worden ist.
- ❹ Es handelt sich um einen medizinischen Entscheid und ist Bestandteil des Therapieplans eines Patienten. Wiederholte Aufenthalte in Tages- oder Nachtkliniken im Bereich der Psychiatrie gelten als teilstationäre Behandlungen. Wiederholte Aufenthalte im Rahmen von anderen medizinischen und therapeutischen Leistungsbereichen wie zum Beispiel Chemo- oder Radiotherapien, Dialysen, spitalbasierten Schmerzbehandlungen oder Physiotherapie gelten weiterhin als ambulante Behandlung.
- ❺ Das Kriterium wird erfüllt, wenn ein Patient um Mitternacht (00:00) im Spital ist.
- ❻ Ein Patient belegt ein Bett, sobald es sich um ein Pflegestationsbett handelt. Die Behandlung von Patienten, welche ausschließlich die Notfallstation beanspruchen (sowohl tags als auch nachts), gelten als ambulant.
- ❼ und ❽ Diese Kriterien sind nicht trennbar. Die Behandlung von weniger als 24 Std. muss die Kriterien „Nacht“ und „Bettbelegung“ erfüllen, damit sie als stationäre Behandlung erfasst und verrechnet werden kann.
- ❼ Man spricht von geplantem Aufenthalt, wenn die Untersuchung, Behandlung und Pflege eine an die Behandlung anschließende Überwachung oder Pflege sowie die Benutzung eines Pflegestationsbettes erfordern geplant ist. Ist ein Aufenthalt aus Sicht des Spitals nicht geplant, dann spricht man von „Notfall“. Alle anderen Aufenthalte sind geplante Aufenthalte. Geplante Aufenthalte, welche keine Bettbelegung erfordern oder keine Überwachung/Pflege anschließend der Untersuchung, Behandlung oder Pflege benötigen, gelten weiterhin als ambulant.⁴

1.4 Urlaubstage

Wenn eine Patientin oder ein Patient während einem Aufenthalt das Spital für mehr als 24 Stunden verlässt, **ohne** in dieser Zeit **externe Leistungen** durch andere Leistungserbringer in Anspruch zu nehmen, dabei aber für sie/ihn ein Bett im Spital reserviert bleibt, handelt es sich um einen administrativen Urlaub.⁵ Diese Regelung gilt es bei wiederholten Urlauben während eines Aufenthalts zu präzisieren. Ziel ist die Berücksichtigung sämtlicher Urlaube von wesentlicher Dauer, deren Mindestdauer auf 24 Stunden festgesetzt ist. Erfasst, und ggf. miteinander addiert, werden deshalb lediglich nur jene Urlaube, die einzeln länger als einen Tag gedauert haben. Die so ermittelte Zahl wird für die fragliche Hospitalisierung notiert. Wenn ein Patient zum Beispiel zwei Urlaube nimmt, von denen einer 8

⁴ Dieser Text entspricht dem Flash 10/03 vom 30.10.2003 von H+: [http://www.hplus.ch/main/Show\\$Id=1182.html](http://www.hplus.ch/main/Show$Id=1182.html) und dem Infoblatt 14-MS-2003 des Bundesamtes für Statistik, November 2003.

⁵ Verlässt ein Patient das Spital dagegen für eine externe stationäre oder ambulante Behandlung (vgl. Kap. 3.6), handelt es sich nicht um einen administrativen Urlaub, da das Spital die ihm in Rechnung gestellte externe Behandlung vollständig in sein stationäres Patientendossier integriert (inklusive Behandlungstage). Bezieht der Patient während des Urlaubs trotzdem kassenpflichtige ambulante Leistungen, wird die Rechnung vom Spital übernommen, das den Urlaub gewährt hat.

und der andere 36 Stunden dauert, müssen daher 36 Stunden administrativer Urlaub kodiert werden.⁶

Urlaubstage werden für die Bestimmung von SwissDRG-Fallpauschalen nicht berücksichtigt und müssen daher von der gesamten Aufenthaltsdauer eines Patienten subtrahiert werden. Die Nichtberücksichtigung der Urlaubstage (d.h. die Urlaubstage werden von der Aufenthaltsdauer subtrahiert) ist vor allem im Zusammenhang mit der Ermittlung der Kostengewichte für Ausreisser wichtig.

1.5 Definition des administrativen Falles vs. tarifarisches Definition des Falls nach REKOLE

Die REKOLE definiert als administrativen Fall die kleinste bebuchbare Einheit. Die Abgrenzung erfolgt durch das Kriterium Eintritt/Austritt. Die tarifarische Definition kann kleinste bebuchbare Einheiten zu einem tarifarischen Fall zusammenfassen. In jedem Fall besteht aber eine n zu 1 Beziehung zwischen dem administrativen Fall bzw. den administrativen Fällen gemäss REKOLE und tarifarischem Fall. Das heisst, die in REKOLE enthaltenen Falldefinitionen lassen einen grossen Handlungsspielraum offen und sind somit für die in SwissDRG vorzunehmenden Abgrenzungen nicht einschränkend.

⁶ Bundesamt für Statistik : Definition des Urlaubs im Rahmen der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser, Infoblatt OMS-2004, Januar 2004.

2 Anwendungsbereich und Abgrenzungen

2.1 Grundsätzliches

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

Davon ausgenommen sind folgende Bereiche:

- auf die Rehabilitation spezialisierte Spitäler oder Abteilungen
- Spitäler oder Abteilungen, die sich auf Psychiatrie oder Suchtmittelbehandlung (Alkoholismus und Drogenabhängigkeit) spezialisiert haben
- Spitäler oder Abteilungen, die sich auf die Behandlung von Epilepsiepatienten spezialisiert haben
- Spitäler oder Abteilungen, die sich auf Palliativbehandlungen spezialisiert haben
- Pflegeheime und Pflegeabteilungen der somatischen Akutspitäler
- Pflegefälle und Wartepatienten, die am Ende eines Spitalaufenthaltes auf eine Verlegung in ein Pflegeheim oder auf eine Betreuung durch einen Spitex-Dienst warten
- Tagesklinische Leistungen in der Rehabilitation und Psychiatrie

2.2 Psychiatriefälle und Fälle von Alkohol- und Drogenmissbrauch

Patienten in Spitälern oder Abteilungen, die sich auf Psychiatrie oder Suchtmittelbehandlung (Alkoholismus und Drogenabhängigkeit) spezialisiert haben, werden nicht mit SwissDRG-Fallpauschalen vergütet.

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

2.3 Rehabilitation

Muss ein Patient nach Abschluss der Behandlung in einem Akutspital oder einer Akutabteilung auf eine Verlegung zur Weiterbehandlung in einer Rehabilitationsklinik warten (z.B. kein Rehabilitationsplatz steht zur Verfügung oder die Kostengutsprache des Versicherers steht noch aus), nimmt das Spital einen administrativen Austritt und einen Eintritt als „Wartepatient Rehabilitation“ vor. Diese Patienten werden gemäss einer Tagespauschale bzw. einem Tagessatz abgerechnet.

Um zu vermeiden, dass für Spitäler ein Anreiz besteht, den akutstationären Aufenthalt der Patienten, die anschliessend in die Rehabilitation gehen, zu stark zu verkürzen und anschliessend zusätzlich über mehrere Tage eine Tagespauschale für „Wartepatienten Rehabilitation“ zu verrechnen, wird eine Karenzfrist von zwei Tagen zwischen dem administ-

rativen Austritt nach der Akutbehandlung und dem Wiedereintritt als „Wartepatient Rehabilitation“ festgelegt. Ferner kann einadministrativer Austritt (und Neueintritt als „Wartepatient Rehabilitation“) frühestens nach Erreichen der DRG-spezifischen durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von Normalfällen stattfinden, bzw. frühestens zwei Tage nachdem das Kostengutsprachege such beim Versicherer eingetroffen ist.

2.4 Palliativbehandlung

In Kliniken oder organisatorisch klar definierten und anerkannten Abteilungen für Palliativbehandlungen gemäss kantonaler Spitalliste können SwissDRG-Fallpauschalen nicht angewendet werden.

In Akutspitälern und -abteilungen, die keine Unterscheidung zwischen der Therapiephase und der palliativen Phase vornehmen können, ist nur eine einzige SwissDRG-Fallpauschale verrechenbar (diejenige, in die der Fall unter Berücksichtigung aller Diagnosen- und Eingriffscodes gemäss Patientendossier gruppiert wurde). Überdurchschnittlich aufwändige und kostenintensive Fälle werden im Rahmen der Ausreisser-Regelung entsprechend berücksichtigt.

2.5 Pflegefälle und Wartepatienten

Pflegefälle in einem Akutspital

Spitalabteilungen, die Pflegefälle beherbergen, sind klar von den Akutabteilungen zu trennen. Zudem müssen diese Abteilungen auch von der kantonalen Planung anerkannt werden⁷.

Wartepatient in einem Akutspital oder einer Akutabteilung

Muss ein Patient nach Abschluss der Behandlung in einem Akutspital oder einer Akutabteilung auf eine Verlegung in ein Pflegeheim oder auf die Betreuung durch einen Spitex-Dienst warten, nimmt das Spital einen administrativen Austritt und einen Eintritt als Wartepatient vor. Wartepatienten („patient en attente de placement“) werden gemäss dem in der Institution geltenden Tarif für Pflegepatienten abgerechnet.

Eine Verlängerung der Hospitalisierungsdauer aufgrund von Wartetagen darf für die Berechnung von Ausreisser-Kostengewichten keine Rolle spielen.

⁷ Vgl. hierzu den Artikel 39 KVG (Spitäler und andere Einrichtungen).

3 Spezielle Abrechnungsregeln

3.1 Übersicht

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

- Änderungen des Hospitalisierungsgrundes während eines Spitalaufenthalts
- Wiedereintritte
- Aufenthalte über zwei Rechnungsperioden
- Vor- und nachstationäre Untersuchungen im Spital
- Verlegungen in ein anderes Spital
- Externe Leistungen während einer Hospitalisierung
- Notfälle
- Gesunde Neugeborene
- Todesfall am Eintrittstag und am Folgetag

3.2 Änderung des Hospitalisierungsgrundes während eines Spitalaufenthaltes

Unabhängig von der Art der Änderung des Hospitalisierungsgrundes stellt das Spital lediglich eine Rechnung mit nur einer SwissDRG-Fallpauschale aus⁸.

Die in Rechnung zu stellende SwissDRG-Fallpauschale wird wie für einen normalen Aufenthalt nach den Kodierungsregeln der WHO und des Bundesamtes für Statistik⁹ ermittelt.

Verunfallt ein wegen einer Erkrankung hospitalisierter Patient oder erkrankt ein wegen eines Unfalls hospitalisierter Patient so gilt Art. 64 des Bundesgesetzes über den Allgemein Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG)¹⁰. Die Frage wer was bezahlt ist zwischen den Versicherern zu regeln.

⁸ Nur eine Rechnung wird ebenfalls gestellt, falls zuerst geplant war, dass die Unfallversicherung die Vergütung des Falls übernimmt und es schliesslich die Militärversicherung ist (oder umgekehrt). Eine Änderung der Versicherungs-kategorie während dem Spitalaufenthalt führt ebenfalls zu keinem neuen Fall.

⁹ Siehe StatSanté 2/2001, Seite 7 (http://www.statistik.admin.ch/stat_ch/ber14/dber14.htm, Rubrik "StatSanté")

¹⁰ Artikel 64 ATSG (SR 830.1): Heilbehandlung

1 Die Heilbehandlung wird, soweit die Leistungen gesetzlich vorgeschrieben sind, ausschliesslich von einer einzigen Sozialversicherung übernommen.

2 Sind die Voraussetzungen des jeweiligen Einzelgesetzes erfüllt, so geht die Heilbehandlung im gesetzlichen Umfang und in nachstehender Reihenfolge zu Lasten: a. der Militärversicherung; b. der Unfallversicherung; c. der Invalidenversicherung; d. der Krankenversicherung.

3 Der leistungspflichtige Sozialversicherungsträger übernimmt auch dann allein und uneingeschränkt die Heilungskosten bei stationärer Behandlung, wenn der Gesundheitsschaden nur zum Teil auf einen von ihm zu deckenden Versicherungsfall zurückzuführen ist.

3.3 Wiedereintritte (Rehospitalisierungen)

Grundsatz: jeder Wiedereintritt wird als neuer Fall betrachtet.

Ausnahme: Bei einem Wiedereintritt innerhalb von 7 Tagen bei gleicher Hauptdiagnose in das gleiche Spital wird kein neuer Fall eröffnet.

Bei einem Wiedereintritt innerhalb von 7 Tagen in anderes Spital wird jedoch ein neuer Fall eröffnet.

Die Zeit zwischen Austritt und Wiedereintritt muss statistisch ausgewiesen werden. Sie kann aber selbstverständlich für die Rechnungsstellung nicht als Behandlungszeit angerechnet werden.

Für Fälle der IV die aus sozialen/therapeutischen Gründen austreten und geplant wieder eintreten wird festgelegt, dass auch nach 7 Tagen kein neuer Fall eröffnet wird und die Zeit zwischen Austritt und Wiedereintritt als Urlaub gilt.

Diese Regelung wird dazu führen, dass Behandlungen die heute in einem Aufenthalt durchgeführt, auf mehrere Aufenthalte aufgeteilt werden. Um diesem Fehlanreiz zu begegnen, müssen adäquate Controlling-Instrumente entwickelt und eng mit dem Finanzierungssystem SwissDRG verknüpft werden. Folgende Indikatoren könnten als Controlling-Instrument eingesetzt werden:

- Betriebsbezogene Wiedereintrittsrate: Anteil der in Spital A stationär behandelten Fälle / Personen treten im Spital A wieder ein
- Gesamte Wiedereintrittsrate: Anteil der in Spital A stationär behandelten Fälle / Personen treten im Spital A oder in einem anderen Spital der Schweiz wieder ein

3.4 Aufenthalte über zwei Rechnungsperioden

Die Fakturierung der SwissDRG-Fallpauschalen erfolgt nach Austritt des Patienten. Patienten die im Jahr T eingetreten und erst im Jahr T+1 austreten, werden im Jahr T+1 und zu dem im Jahr T+1 gültigen Tarif in Rechnung gestellt. Jede Form von Zwischenrechnung ist ausgeschlossen (es gibt nur eine SwissDRG-Rechnung pro Spitalaufenthalt).

Bei einem Versicherungswechsel des Patienten wird die Rechnung bei Austritt an den Erstversicherer gestellt. Eine allfällige Aufteilung ist unter den Versicherern zu regeln.

3.5 Vor- und nachstationäre Untersuchungen im Spital

Vor- und nachstationäre Untersuchungen und Behandlungen die nicht im Rahmen einer Hospitalisation durchgeführt werden sind als gesonderte Fälle zu führen und zu verrechnen. Demzufolge werden ambulant erbrachte vor- und nachstationäre Untersuchungen und Behandlungen nach dem geltenden Tarif separat verrechnet.

4 Der leistungspflichtige Sozialversicherungsträger kommt ferner für ausserhalb seines Leistungsbereichs liegende Gesundheitsschäden auf, die während einer stationären Heilbehandlung auftreten und nicht getrennt behandelt werden können.

3.6 Verlegungen in ein anderes Spital

3.6.1 Verlegungen am Eintrittstag in ein anderes Spital (ohne Rückverlegung)

Eine Verlegung in anderes Spital am ersten Tag (< 24h) gilt gemäss VKL als stationäre Behandlung. Bei der Verlegung am ersten Tag in ein anderes Spital ohne Rückverlegung können je nach Behandlungsaufwand zwei verschiedene SwissDRG-Fallpauschalen in Rechnung gestellt werden:

- SwissDRG XXY: Verlegung innerhalb von 24 Stunden, ohne aufwändige Behandlung. Angabe der Austrittsart „Verlegung“. Auftrag an TP2 diese SwissDRG zu definieren.
- SwissDRG XXZ: Verlegung innerhalb von 24 Stunden, mit aufwändiger Behandlung. Angabe der Austrittsart „Verlegung“. Auftrag an TP2 diese SwissDRG zu definieren.

3.6.2 Verlegung in ein anderes Spital (mit Rückverlegung innerhalb 48 Stunden)

Wenn die Aufenthaltsdauer im Spital B (nach Verlegung von Spital A nach Spital B) kleiner als 48 Stunden ist und der Patient wieder ins Spital A zurückverlegt wird, so wird im Spital A für diesen Patienten nur ein Fall geführt und die von Spital B erbrachten Leistungen werden dem Spital A in Rechnung gestellt (= externe Leistungserbringung bei einem anderen Leistungserbringer während einer Hospitalisierung). Das Spital A integriert die ihm in Rechnung gestellte externe Behandlung in sein stationäres Patientendossier. Die Behandlung in Spital B fliesst in die Diagnose- und Prozedurenkodierung des Spitals A ein. Spital A stellt anschliessend die entsprechend SwissDRG-Fallpauschale den Kostenträgern in Rechnung.

3.6.3 Verlegung in ein anderes Spital (mit Rückverlegung nach mehr als 48 Stunden)

Bei einer Rückverlegung in das Erstsipital nach mehr als 48 Stunden entstehen zwei Fälle mit zwei DRG-Fallpauschalen. Jedes Spital kodiert lediglich diejenigen Diagnosen und Eingriffs-codes, die seine Behandlung betrifft.

3.6.4 Verlegung ab dem zweiten Tag in ein anderes Spital (ohne Rückverlegung)

Bei einer Verlegung ab dem zweiten Tag in ein anderes Spital ohne Rückverlegung entstehen zwei Fälle mit zwei DRG-Fallpauschalen. Jedes Spital kodiert lediglich diejenigen Diagnosen und Eingriffs-codes, die seine Behandlung betrifft.

Diese Regel gilt analog auch bei Verlegung in weitere Drittspitäler.

3.6.5 Sekundärtransporte

Sekundärtransporte werden vom verlegenden Spital übernommen und im Rahmen der SwissDRG- Fallpauschale abgegolten (vgl. Kap. 5.1. Des Dokuments „Regeln für die Berechnung der Relativgewichte und Empfehlungen für die Berechnung des Basispreises“).

Diese Regelung gilt nicht für Transporte, die von Dritten in Auftrag gegeben werden.

3.7 Notfälle

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

3.8 Gesunde Neugeborene

Jedes Neugeborene (ob krank oder gesund) wird als separater Fall betrachtet und verrechnet.

3.9 Todesfall am Eintrittstag und am Folgetag

3.9.1 Todesfall am Eintrittstag

Ein Todesfall innerhalb von weniger als 24 Stunden nach der Aufnahme gilt als stationärer Fall. Je nach Behandlungsaufwand können zwei verschiedene SwissDRG-Fallpauschalen in Rechnung gestellt werden:

- SwissDRG XYY: Todesfall innerhalb von 24 Stunden, ohne aufwändige Behandlung. Angabe der Austrittsart „gestorben“
- SwissDRG XYZ: Todesfall innerhalb von 24 Stunden, mit aufwändiger Behandlung. Angabe der Austrittsart „gestorben“

3.9.2 Todesfall am Folgetag

Aufgrund der Diagnose- und Prozedurenkodierung wird die entsprechende SwissDRG-Fallpauschale in Rechnung gestellt. Angabe der Austrittsart „gestorben“.

4 Aufträge an die anderen Teilprojekte

Aufträge an TP2

Ad 1.2: Das TP2 wird beauftragt sicherzustellen, dass nur Nebendiagnosen zu einer Eingruppierung in eine DRG-Fallgruppe mit höherem Kostengewicht führen, durch die auch der effektive Ressourcenaufwand der Behandlung entsprechend erhöht wird.

Ad 3.6.1: TP 2 wird beauftragt, in den Algorithmen für die beiden Ergänzungen (Verlegung innerhalb 24 Std. mit und ohne aufwändige Behandlung) eine Anpassung des Grouper-Katalogs vorzunehmen.

Ad 3.8: TP2 prüft, in Zusammenarbeit mit TP3, inwiefern für die Verlegung von neonatologischen Fällen eine spezielle DRG-Fallpauschale verrechnet werden sollte.

Ad 3.9.1: TP2 wird beauftragt, in den Algorithmen für die beiden Ergänzungen (Todesfall innerhalb 24 Std. mit und ohne aufwändige Behandlung) eine Anpassung des Grouper-Katalogs vorzunehmen.

Ad 3.9.2: TP2 wird beauftragt, in den Algorithmen für die Ergänzung (Todesfall am Folgetag) eine Anpassung des Grouper-Katalogs vorzunehmen.

Aufträge an TP3

Ad 3.8: TP2 prüft, in Zusammenarbeit mit TP3, inwiefern für die Verlegung von neonatologischen Fällen eine spezielle DRG-Fallpauschale verrechnet werden sollte.

Aufträge an TP4

Ad 2.2: Die Frage, wie Kriseninterventionszentren abgegrenzt und vergütet werden, muss in TP4 beantwortet werden.

Ad 3.5: Im Prinzip müssten vor- und nachstationäre Untersuchungen im Spital in der DRG-Fallpauschale enthalten sein. Ferner müssten Untersuchungen im Spital und bei Niedergelassenen Ärzten gleich behandelt werden. Aus Praktikabilitätsgründen wird diesem Prinzip momentan nicht Rechnung getragen. In einer Weiterentwicklung von SwissDRG muss diese Problematik aber angegangen werden. Sie wird in diesem Sinne an TP4 weitergeleitet.