



ST Reha Version 2.0

Bericht zur Entwicklung der Tarifstruktur

ST Reha Version 2.0 – Daten 2021	Version vom 05.06.2023
----------------------------------	------------------------

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	5
2	Datengrundlage.....	6
3	Medizinische Logik – Rehabilitative Kostengruppen.....	8
3.1	Differenzierung in Basis-RCGs	8
3.2	Ausblick zur Ablösung der Analogiekodierung.....	11
3.3	Kostentrenner.....	11
3.3.1	Diagnosen.....	11
3.3.2	Behandlungen, Prozeduren und Assessments	12
3.3.3	Alter	13
3.4	Detaillierte Weiterentwicklung der medizinischen Logik.....	13
4	Berechnungsmethode	15
4.1	Normierung	15
4.2	Normativer Eingriff: Absenkung des Tageskostengewichts der RCG TR80Z	16
4.3	Anwendungsbeispiel	17
5	Kennzahlen	19
6	Zusammenfassung und Ausblick	21

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Anteil Anlagenutzungskosten an Gesamtkosten pro Spital.....	7
Abbildung 2 Auszug aus dem Fallpauschalenkatalog RCG ST Reha Version 2.0	17
Abbildung 3 Darstellung des effektiven Kostengewichts nach Aufenthaltsdauer für RCG TR18Z Psychosomatische Rehabilitation.....	18

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Überblick über die Lieferung der Daten 2021	6
Tabelle 2 Übersicht über die Plausibilisierung der Daten 2021	6
Tabelle 3 Gründe für einen Ausschluss der Fälle, Daten 2021.....	6
Tabelle 4 Anzahl Fälle pro Altersgruppe.....	7
Tabelle 5 Anzahl neu aufgenommener Hauptdiagnosen	9
Tabelle 6 Übersicht Systementwicklung nach RCG	14
Tabelle 7 Deckungsgrad pro RCG	17
Tabelle 8 Zusammenfassung der Gütemasse der Tarifstruktur ST Reha, Versionen 1.0 und 2.0	19
Tabelle 9 Deckungsgrad pro BFS Spitaltypologie	20
Tabelle 10 Deckungsgrad pro Altersgruppe	20
Tabelle 11 DMI pro BFS Spitaltypologie	20
Tabelle 12 DMI pro Altersgruppe	20

Abkürzungsverzeichnis

ARCG	Basis-RCG
BFS	Bundesamt für Statistik
BG	Bezugsgrösse: ist ein von der SwissDRG AG ermittelter Wert, der die Umwandlung der theoretischen Vergütung in CHF in ein dimensionsloses Kostengewicht ermöglicht.
CHOP	Schweizerische Operationsklassifikation
DMI	Day Mix Index: wird berechnet, indem die Summe der effektiven Kostengewichte aller abgerechneten Behandlungsfälle eines Spitals durch die Summe der Verweildauer dieser Fälle dividiert wird. Er entspricht dem durchschnittlichen Kostengewicht pro Tag und kann einen Anhaltspunkt zum durchschnittlichen Schweregrad der Fälle in einem gegebenen Spital geben.
HBR	Hypothetische Baserate: die Baserate, welche für den Kalkulationsdatensatz, gruppiert nach der ST Reha Version 2.0, gerade die angefallenen Kosten deckt.
ICD-10-GM	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
RCG	Rehabilitative Kostengruppe
REKOLE®	Revision der Kostenrechnung und Leistungserfassung. Standards des «Betrieblichen Rechnungswesen im Spital»
SwissDRG AG	SwissDRG Aktiengesellschaft

1 Einleitung

Die im Jahr 2007 beschlossene Neuregelung zur Spitalfinanzierung sieht für sämtliche stationäre Behandlungen in der Schweiz die Einführung von leistungsbezogenen Pauschalen vor. Die SwissDRG AG wurde damit beauftragt, gemäss KVG Art. 49 eine solche Tarifstruktur für stationäre Behandlungen in der Rehabilitation zu entwickeln. Die stationäre Tarifstruktur für die Rehabilitation - ST Reha - soll leistungsorientiert, einfach umsetzbar, national einheitlich und manipulationsresistent sein. Zudem soll die Tarifstruktur als lernendes System konzipiert sein, so dass Entwicklungsvorschläge aus dem Antragsverfahren und den Erfahrungen der Anwender ohne Schwierigkeiten geprüft und gegebenenfalls umgesetzt werden können.

Der vorliegende Bericht beschreibt die Tarifstruktur ST Reha Version 2.0, die am 23.3.2023 vom Verwaltungsrat der SwissDRG AG genehmigt wurde und am 1. Januar 2024 eingeführt werden soll. Im Rahmen der Entwicklungsarbeiten wurden Erkenntnisse aus der Vorversion sowie die vielfältigen Rückmeldungen der Partnerorganisationen der SwissDRG AG berücksichtigt.

Im folgenden Kapitel wird die Datengrundlage beschrieben, auf welcher die Systementwicklung beruht. Das Kapitel 3 erläutert die Medizinische Logik der rehabilitativen Kostengruppen (RCG). Die Kalkulation der Kostengewichte wird in Kapitel 4 aufgezeigt. Kapitel 5 präsentiert Kennzahlen und die Güte des Modells. Das letzte Kapitel fasst den Bericht zusammen und gibt einen Ausblick über die Weiterentwicklung der Tarifstruktur ST Reha.

2 Datengrundlage

69 Kliniken, bzw. Spitäler mit Rehabilitationsabteilungen und einem entsprechenden Leistungsauftrag, haben der SwissDRG AG Daten aus dem Jahr 2021 geliefert. Es wurde ein Total von 83'130 Fällen im Anwendungsbereich verzeichnet. Von den 83'130 Fällen waren rund 78% plausibel, so dass für die Entwicklung von ST Reha Version 2.0 gesamthaft 64'995 Fälle zur Verfügung standen. Tabelle 1 liefert einen Überblick über die Lieferung der Daten 2021. Das Vorgehen bei der Plausibilisierung der Fälle wird in der «Dokumentation zur Bearbeitung der Daten 2021» beschrieben.

Tabelle 1 Überblick über die Lieferung der Daten 2021

Stationäre Rehabilitation	2021	
	Anzahl	Anteil
Liefernde Kliniken	69	100 %
Fälle in Anwendungsbereich	83'130	100 %
Plausible Fälle (Kalkulationsdaten 2021)	64'995	78.1 %

Tabelle 2 gibt einen Überblick über die Plausibilisierung der Daten 2021. Insgesamt mussten die Daten von drei Spitalern aufgrund von systematischen Fehlern von den Entwicklungsarbeiten ausgeschlossen werden. Hauptgründe dafür waren eine pauschale, verweildauerabhängige Verrechnung der Kosten auf die Fälle oder eine fehlende Leistungserfassung. Diese haben zu starken Verzerrungen in den Fallkosten geführt.

Tabelle 2 Übersicht über die Plausibilisierung der Daten 2021

Stationäre Rehabilitation	2021	
	Anzahl Fälle	Anteil
Fälle in Anwendungsbereich	83'130	100 %
- Überlieger ohne Vollkosten	-668	0.8%
Datensatz vor Plausibilisierung	82'462	99.2 %
- Spitalausschluss	-2'667	3.2%
- Plausibilisierung der Fälle	-14'790	17.8 %
Plausible Fälle (Kalkulationsdaten 2021)	64'995	78.2 %

Die wichtigsten Gründe, die während der Plausibilisierung zu einem Ausschluss von Fällen geführt haben, sind in Tabelle 3 aufgelistet. Dabei können sich mehrere Fehlermeldungen auf einzelne Fälle beziehen. Insbesondere mussten aufgrund einer fehlerhaften oder unvollständigen Erfassung der Leistungen über CHOP Codes viele Fälle gelöscht werden. Weiter führten aussergewöhnlich tiefe Kosten für Pflege und Ärzteschaften zu einem Ausschluss der Fälle.

Tabelle 3 Gründe für einen Ausschluss der Fälle, Daten 2021

Gründe für Ausschluss	Anzahl Fälle	Anzahl betroffene Spitäler
Mangelnde Codierung ADL Assessments	8'450	61
Fehlende Erfassung motorische/kognitive Funktionseinschränkung	3'608	55
CHOP-Code für akutmedizinische Behandlung	2'598	56
Tiefe Tageskosten für Pflege	2'205	41
fehlender Leistungsbereich	2'017	21
Fehlerhafte Hauptkostenstelle	1'550	5

Gemäss Tabelle 4 wurden insgesamt 556 Fälle mit einem Alter von kleiner als 19 Jahren geliefert. Davon waren rund 54% resp. 302 Fälle plausibel. Dies sind die Fälle, die für die Systementwicklung verwendet werden. Für die Kalkulation des Fallpauschalenkatalogs wurden zusätzlich die Kinder- und Jugendlichen-Fälle des Jahres 2019 hinzugezogen. Entsprechend sind diese Fälle in den Fallzahlen in diesem Kapitel hier nicht mitgerechnet, werden aber in den Tabellen von Kapitel 5 berücksichtigt.

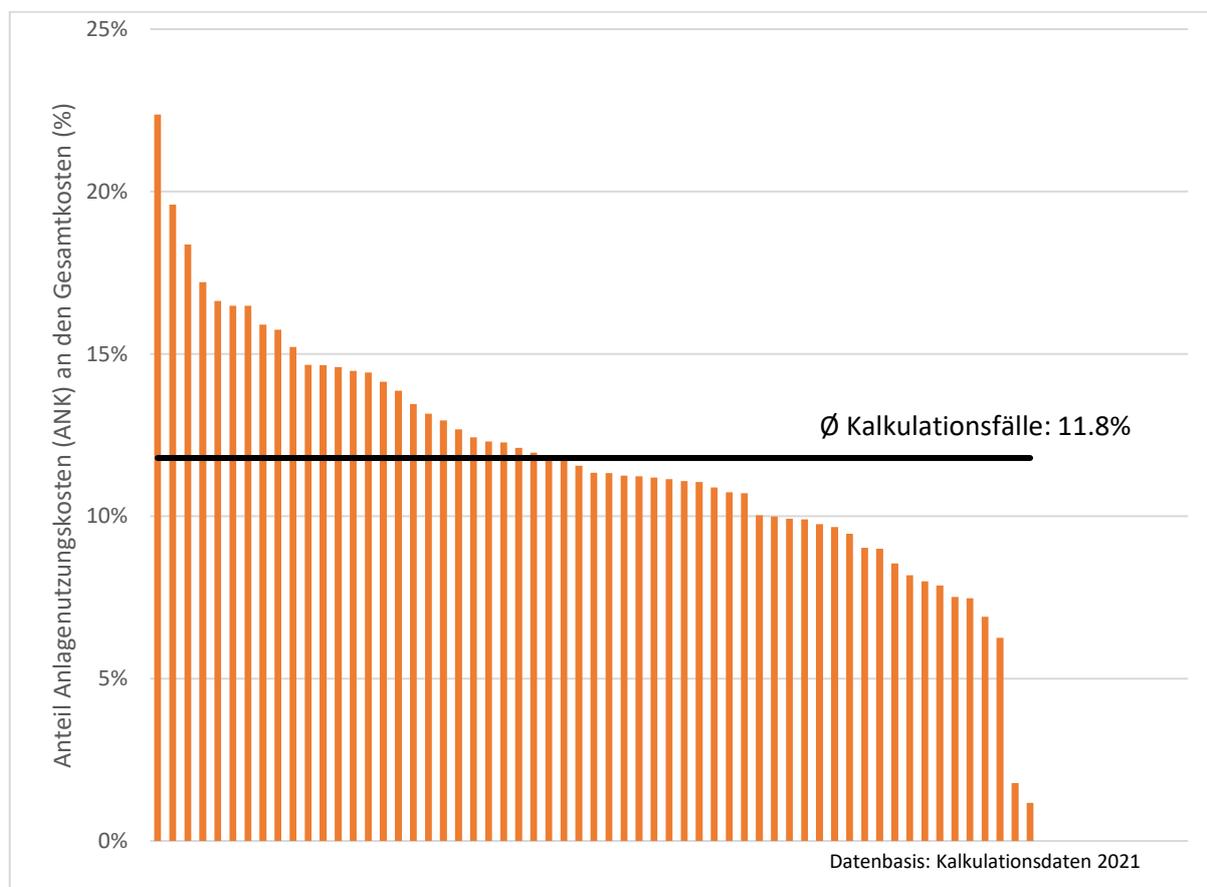
Zudem sind 46'705 Fälle mit einem Alter grösser oder gleich 65 Jahre in die Entwicklungsarbeiten eingeflossen.

Tabelle 4 Anzahl Fälle pro Altersgruppe

Altersgruppe	Anzahl Fälle in Anwendungsbereich	Anzahl plausible Fälle	Anteil plausible Fälle
Alle Altersgruppen	83'130	64'995	78.2%
Unter 19 Jahre	556	302	54.3%
19 bis 64 Jahre	22'160	17'988	81.2%
65 Jahre und älter	60'414	46'705	77.3%

Für die Berechnung der Kostengewichte wurden die Anlagenutzungskosten (ANK) hinzugezogen. Der mittlere ANK-Anteil an den Gesamtkosten lag für die plausiblen Fälle bei 11.95%. Abbildung 1 zeigt, dass der ANK-Anteil der Kliniken mit plausiblen Lieferungen zwischen 1.7% und 21.8% schwankt.

Abbildung 1 Anteil Anlagenutzungskosten an Gesamtkosten pro Spital



3 Medizinische Logik – Rehabilitative Kostengruppen

Zur Entwicklung der medizinischen Gruppierungslogik werden ausschliesslich Variablen in die Analysen einbezogen, die im Rahmen von jährlichen standardisierten Datenerhebungen bereits als Routinedaten vorliegen¹. Darunter befinden sich einige Variablen, die in den vorherigen ST Reha-Versionen als *Kostentrenner* identifiziert wurden: das Alter, Haupt- und Nebendiagnosen, Behandlungen und Prozeduren sowie motorische und kognitive Funktionseinschränkungen.

Aus den gesetzlichen Grundlagen sowie den Vorgaben der Partnerorganisationen der SwissDRG AG geht hervor, dass die Tarifstrukturen im stationären Bereich einen Leistungsbezug aufweisen müssen. Diagnose- und Prozeduren-Kodes eignen sich dafür in besonderer Weise, da sie indirekt oder direkt die tatsächlich am Patienten durchgeführten Leistungen beschreiben. Entsprechend konnten Diagnosen über die ICD-10-GM sowie Leistungen über die CHOP-Klassifikation als Kostentrenner identifiziert und etabliert werden. Als Kostentrenner wird eine Variable verstanden, die Unterschiede im Ressourcenverbrauch erklären kann.

In einem ersten Schritt werden die Fälle, die ungültige Informationen enthalten, einer Fehler-RCG zugewiesen. Die TR96Z wird verwendet, wenn die Hauptdiagnose unzulässig, respektive ungültig ist oder wichtige Informationen entweder fehlen oder falsch sind.

Ausgangsversion zur Weiterentwicklung der Tarifstruktur ST Reha 2.0 war ST Reha 1.0. Es wurde auf Grundlage der fallbezogenen Informationen zu Kosten und Leistungen des Jahres 2021 simuliert, wie Basis-RCGs weiter differenziert werden können, um die Tarifstruktur kostenhomogener zu gestalten. In diesem Kapitel werden diese Prüfungen beschrieben.

3.1 Differenzierung in Basis-RCGs

Die Einteilung der Fälle in die Basis-RCGs orientiert sich im Wesentlichen an den Rehabilitationsarten, welche in den Basisleistungen der Rehabilitation abgebildet sind («BA.*»-Kodes im CHOP-Katalog Version 2021).

Für die Entwicklung der Einführungsversion ST Reha 1.0, war im ersten Ansatz die Basisleistung der Rehabilitation gruppierungsrelevant. Aufgrund des Umstandes, dass ein grosser Teil der Fälle keinen CHOP-Kode BA.1 bis BA.8 erfasst hatte, war es notwendig, das Kriterium der Basisleistung mit weiteren Merkmalen zu kombinieren. Hierbei wurden, wo möglich, die spezifischen ST Reha-Leistungsbereiche über die Analogiekodierung verwendet. Um möglichst viele Fälle den Rehabilitationsarten zuzuordnen zu können, wurden ferner Fälle mit unspezifischem ST Reha-Leistungsbereich anhand der Hauptdiagnosen den Rehabilitationsarten zugeordnet. Hierfür wurden einzelne MDC-Tabellen aus der Akutsomatik übernommen, welche teilweise noch angepasst wurden, oder neue Tabellen generiert. Dieser Ansatz kam für den Grossteil der Basis-RCGs zur Anwendung.

Alternativ wurde ausgehend von der Datengrundlage im zweiten Ansatz für die Zuteilung in eine Basis-RCG ein reiner Alterssplit etabliert. Zudem wurden für die Fälle, welche keiner Rehabilitationsart zugeordnet werden können, eine separate Basis-RCG ohne zusätzliche Bedingungen vorgesehen (TR80Z).

Die für die Version ST Reha 1.0 etablierte Zuteilung der Fälle in eine Basis-RCGs anhand der Basisleistungs-Kodes, der Analogiekodierung, der Hauptdiagnosen oder dem Alter, konnte für die Tarifstruktur ST Reha 2.0 beibehalten werden. Ein Schwerpunkt der diesjährigen Systementwicklung lag jedoch

¹ Die Variablen stammen aus der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser sowie aus den Fallkostendaten nach REKOLE®.

auf der Erweiterung bestimmter bestehender Hauptdiagnose-Tabellen für die Zuteilung in eine Basis-RCG in Kombination mit der unspezifischen Analogiekodierung. Diese Erweiterungen basierten primär darauf, dass die internistischen Hauptdiagnosen für die Gruppierung in die Basis-RCG TR14 in der Einführungsversion ST Reha 1.0 unterrepräsentiert waren.

Für die Umsetzung dieser Erweiterungen wurden zwei Ansätze verfolgt. Einerseits wurden Fälle der RCG TR80Z auf ihre Hauptdiagnosen hin analysiert und geprüft, ob diese in eine bestehende Hauptdiagnosen-Tabelle einer Rehabilitationsart aufgenommen werden können. Andererseits wurde bei den Fällen in der TR14, welche den Basisleistungs-Kode BA.6 erfasst haben, untersucht, ob deren Hauptdiagnosen bereits in der Tabelle für die internistische oder onkologische Rehabilitation hinterlegt waren oder dortig ergänzt werden müssten. Zudem wurden zur Einhaltung der medizinischen Kohärenz jeweils auch nahe verwandte Codes in die entsprechenden Hauptdiagnose-Tabellen aufgenommen.

Schliesslich konnten datenbasiert und der medizinischen Logik folgend insgesamt 857 Hauptdiagnosen neu in eine der bestehenden Hauptdiagnosen-Tabellen aufgenommen werden. Eine Übersicht zur Anzahl neu aufgenommener Hauptdiagnosen in die entsprechenden Basis-RCGs sind in der untenstehenden Tabelle aufgeführt. Die internistischen und onkologischen Hauptdiagnosen werden ferner neu in je einer separaten Tabelle abgebildet. Die detaillierte Auflistung der einzelnen Hauptdiagnosen pro Basis-RCG können dem Definitionshandbuch ST Reha 2.0 entnommen werden.

Tabelle 5 Anzahl neu aufgenommener Hauptdiagnosen

Basis-RCG	Anzahl neu aufgenommener Hauptdiagnosen
TR13	17
TR14	709
TR16	107
TR17	24

Durch die Erweiterung der Hauptdiagnoselisten und die daraus resultierende Umgruppierung der betroffenen Fallmengen konnte die RCG TR80Z in ihrer Fallzahl um rund 87% reduziert werden. Hiervon wurden wiederum rund 87.5% der Fälle der TR14, 2.8% der Fälle der TR13, 8.8% der Fälle der TR16 und 0.9% der Fälle der TR17 zugeteilt. Ferner entsprang ein Teil der in die TR13 oder TR14 aufgenommenen Fälle aus der Basis-RCG TR15. Dies resultiert aus der hierarchischen Struktur der Gruppierungslogik, die dazu führt, dass gewisse Fälle, die sowohl die bestehenden Kriterien für die Gruppierung in die TR15, als auch die neuen Kriterien für die Gruppierung in die TR13 oder TR14 erfüllen. Somit werden die betroffenen Fälle nach den Umbauten in die TR13 oder TR14 eingeteilt, da diese in der Gruppierungslogik vor der TR15 abgefragt werden. In einem zweiten Schritt wurden verschiedene Sortierungsvarianten der Basis-RCGs geprüft, was jedoch nicht zu einer zusätzlich verbesserten Abbildung der betroffenen Fallmengen führte, sodass die in Version ST Reha 1.0 etablierte Sortierung der Basis-RCGs auch für die Folgeversion 2.0 beibehalten wurde.

Unverändert zur Einführungsversion sind 9 Basis-RCGs definiert. Diese wurden weiter in eine unbewertete und 21 bewertete RCGs differenziert.

Im Folgenden werden die Kriterien für die Zuteilung in eine spezifische Basis-RCG zusammengefasst:

Basis-RCG TR11, Rehabilitation für Kinder und Jugendliche:

- (1) Einteilung anhand eines reinen Alterssplits: Alter <19 Jahre

Basis-RCG TR13, neurologische Rehabilitation:

- (1) Der Basisleistungs-Kode BA.1 für die *neurologische Rehabilitation* wurde kodiert ODER
- (2) In Kombination wurde der ST Reha-Leistungsbereich I, *Funktionseinschränkung des Nervensystems*, gemäss Analogiekodierung (CHOP 93.19) erfasst UND keiner der acht «Basisleistung in der Rehabilitation» (CHOP BA.1 bis BA.8) kodiert ODER
- (3) In Kombination wurde der unspezifische ST Reha-Leistungsbereich IV, *Andere Funktionseinschränkung* (CHOP 93.89.09) UND keiner der acht «Basisleistung in der Rehabilitation» (CHOP BA.1 bis BA.8) erfasst UND eine Hauptdiagnose «der Krankheiten und Störungen des Nervensystems» kodiert (Tabelle MDC 01, ergänzt mit weiteren Diagnosen).

Basis-RCG TR14, internistische oder onkologische Rehabilitation:

- (1) Basisleistungs-Kode BA.6 für die *internistische oder onkologische Rehabilitation* wurde kodiert ODER
- (2) In Kombination wurde der unspezifische ST Reha-Leistungsbereich IV, *Andere Funktionseinschränkung* (CHOP 93.89.09) UND keiner der acht «Basisleistung in der Rehabilitation» (CHOP BA.1 bis BA.8) erfasst UND eine Hauptdiagnose der entsprechenden Kategorie wurde kodiert (in ST Reha 1.0 neue Tabelle generiert, für Version 2.0 ergänzt mit weiteren Diagnosen und separate Tabelle für internistische, resp. onkologische Rehabilitation erstellt).

Basis-RCG TR15, geriatrische Rehabilitation:

- (1) Basisleistungs-Kode BA.8 für die *geriatrische Rehabilitation* wurde kodiert ODER
- (2) In Kombination wurde der unspezifische ST Reha-Leistungsbereich IV, *Andere Funktionseinschränkung* (CHOP 93.89.09) UND keiner der acht «Basisleistung in der Rehabilitation» (CHOP BA.1 bis BA.8) erfasst UND das Alter betrug > 79 Jahre.

Basis-RCG TR16, muskuloskelettale Rehabilitation:

- (1) Basisleistung-Kode BA.5 für die *muskuloskelettale Rehabilitation* wurde kodiert ODER
- (2) In Kombination wurde der unspezifische ST Reha-Leistungsbereich IV, *Andere Funktionseinschränkung* (CHOP 93.89.09) UND keiner der acht «Basisleistung in der Rehabilitation» (CHOP BA.1 bis BA.8) erfasst UND eine Hauptdiagnose der «Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe» kodiert (Tabelle MDC 08 exkl. bösartige Neubildungen, ergänzt mit weiteren Diagnosen).

Basis-RCG TR17, pulmonale Rehabilitation:

- (1) Basisleistungs-Kode BA.3 für die *pulmonale Rehabilitation* wurde kodiert ODER
- (2) In Kombination wurde der ST Reha-Leistungsbereich III, *Funktionseinschränkung der Lunge* gemäss Analogiekodierung (CHOP 93.9A.00) erfasst UND keiner der acht «Basisleistung in der Rehabilitation» (CHOP BA.1 bis BA.8) kodiert ODER
- (3) In Kombination wurde der unspezifische ST Reha-Leistungsbereich IV, *Andere Funktionseinschränkung* (CHOP 93.89.09) UND keiner der acht «Basisleistung in der Rehabilitation» (CHOP BA.1 bis BA.8) erfasst UND eine Hauptdiagnose der «Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane» wurde kodiert (Tabelle MDC 04, ergänzt mit weiteren Diagnosen).

Basis-RCG TR18, psychosomatische Rehabilitation:

- (1) Basisleistungskode BA.2 für die *psychosomatische Rehabilitation* wurde kodiert ODER
- (2) In Kombination wurde der unspezifische ST Reha Leistungsbereich IV, *Andere Funktionseinschränkung* (CHOP 93.89.09) UND keiner der acht «Basisleistung in der Rehabilitation» (CHOP

BA.1 bis BA.8) erfasst UND eine Hauptdiagnose der «Psychische Krankheiten und Störungen» wurde kodiert (Tabelle MDC 19, ergänzt mit weiteren Diagnosen).

Basis-RCG TR19, kardiale Rehabilitation:

- (1) Basisleistungs-Kode BA.4 für die *kardiale Rehabilitation* wurde kodiert ODER
- (2) In Kombination wurde der ST Reha-Leistungsbereich II, *Funktionseinschränkung des Herzens* gemäss Analogiekodierung (CHOP 93.36.00) erfasst UND keiner der acht «Basisleistung in der Rehabilitation» (CHOP BA.1 bis BA.8) wurde kodiert ODER
- (3) In Kombination wurde der unspezifische ST Reha-Leistungsbereich IV, *Andere Funktionseinschränkung* (CHOP 93.89.09) UND keiner der acht «Basisleistung in der Rehabilitation» (CHOP BA.1 bis BA.8) erfasst UND eine Hauptdiagnose der «Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems» wurde kodiert (Tabelle MDC 05).

Basis-RCG TR80Z, Rehabilitation ohne weitere Angabe:

- (1) Erfüllt alle Anforderungen eines Falls der stationären Rehabilitation (siehe TR96Z) UND
- (2) Erfüllt keine Bedingung der vorangehenden Basis-RCGs.

3.2 Ausblick zur Ablösung der Analogiekodierung

Im Rahmen der Einführung von ST Reha 1.0 wurde bezüglich der Analogiekodierung vereinbart, dass eine Verwendung für die Zuteilung in eine Basis-RCG bis maximal ins Jahr 2023 zulässig ist (Datenerhebung 2024). Die Ablösung der Analogiekodierung und Einführung neuer Basisleistungskodes wird im Rahmen der technischen Expertengruppe für medizinische Klassifikationen (TEEX) unter Federführung des Bundesamtes für Statistik in der Sitzungsrunde 2023 behandelt. Da die Tarifstruktur für die ST Reha Version 2.0 ohne die in 2024 zur Anwendung kommenden neuen Basisleistungskodes entwickelt wurde, wird nach Publikation des CHOP-Katalogs 2024 eine Überleitung von den im Anwendungsjahr 2024 gültigen CHOP-Kodes auf die Codes aus dem CHOP-Katalog 2023 erfolgen. Solche Überleitungen von neuen CHOP- und ICD-Kodes auf die jeweils vorherig gültigen Behandlungs- resp. Diagnosekodes werden jährlich standardmässig durch die SwissDRG AG durchgeführt. Da zum jetzigen Zeitpunkt die finale Ausgestaltung der neuen BA-Kodes noch nicht bekannt ist, kann jedoch die Form dieser Überleitung jetzt noch nicht antizipiert werden.

3.3 Kostentrenner

Nach der Gruppierung der Fälle in einzelne Basis-RCGs wurde überprüft, ob die bestehenden Splitkriterien weiterhin kostentrennend wirken und ob bestimmte Codes auch in anderen RCGs einen unterschiedlichen Ressourcenverbrauch erklären können. Ferner wurden Analysen durchgeführt, um noch nicht verwendete ICD- oder CHOP-Kodes als mögliche kostentrennende Merkmale zu identifizieren.

3.3.1 Diagnosen

Sämtliche, in den Daten vorhandene Diagnosen wurden auf ihre Kostenrelevanz hin untersucht. Dabei wurde berücksichtigt, ob die Diagnose als Haupt- oder Nebendiagnose kodiert wurde. Bei den Analysen zeigte sich, dass Fälle mit bestimmten aufwendigen Diagnosen im Durchschnitt höhere Tageskosten aufweisen. Die Analysen bezogen sich einerseits auf bestehende Diagnosen als Kostentrenner, andererseits auf die Ergänzung von zusätzlichen Neben- oder Hauptdiagnosen als Splitkriterien zur weiteren Differenzierung der Tarifstruktur.

Die Prüfung der Variablen auf ihre Eignung als Kostentrenner hat ergeben, dass diese nicht in allen RCGs eine gleich grosse Erklärungskraft haben, sodass sich bestimmte Diagnosen in einzelnen RCGs

als Kostentrenner eignen und in anderen nicht. Dies leitet sich aus der medizinisch-inhaltlichen Beschaffenheit der Diagnose-Kodes, als auch aus der Differenzierung der Basis-RCGs ab.

Datengestützte Anpassungen der Diagnosen als bestehende Kostentrenner fanden beispielsweise innerhalb der Differenzierung der Basis-RCG TR16A statt, wo bestimmte Hauptdiagnosen aus dem Splitkriterium entfernt wurden und dadurch eine grössere Homogenität erreicht werden konnte.

Weiter wurde untersucht, ob das Vorhandensein spezifischer somatischer Diagnosen mit einem höheren Ressourcenverbrauch vergesellschaftet ist. Hierdurch konnten beispielsweise in der TR13B datengestützt bestimmte Hauptdiagnosen als kostentrennendes Merkmal aufgenommen und folglich eine sachgerechte Abbildung der betroffenen Fallmenge erzielt werden.

Die motorischen sowie kognitiven Funktionseinschränkungen der Fälle wurden in der Vorversion anhand der ICD-Kodes U50.* resp. U51.*, welche u.a. auf FIM®, EBI-, oder MMS-Punktwerte beruhen, in die Tarifstruktur integriert. Diese Codes wurden häufiger als die ADL-Messungen (über CHOP-Kodes) erfasst. Für die Weiterentwicklung der Tarifstruktur ST Reha wurde analysiert, in welchen RCGs sich bestehende U50.*-, respektive U51.*-Codes weiterhin als Kostentrenner eignen und ob zur weiteren Differenzierung der Tarifstruktur ebendiese Codes auch in anderen RCGs als Splitkriterium dienen können. Hierbei wurden beispielsweise in der TR13B bestimmte U50.*-Codes als kostentrennende Merkmale hinzugefügt, um eine ressourcengerechtere Abbildung der betroffenen Fallmengen zu erzielen und eine grössere Kostenhomogenität zu erreichen.

3.3.2 Behandlungen, Prozeduren und Assessments

Entscheidend für die Güte einer Tarifstruktur ist es, inwieweit ein Leistungsbezug des Behandlungsfalls hergestellt werden kann. Behandlungskodes eignen sich dafür in besonderer Weise, da sie die tatsächlich am Patienten durchgeführte Leistung beschreiben.

Mit den Daten 2021 wurden in rehabilitativen Kliniken Prozeduren anhand von CHOP-Kodes erfasst, welche für die Weiterentwicklung der ST Reha Version 2.0 zur Verfügung standen. Im Zuge dessen fanden umfangreiche Analysen statt, wobei geprüft wurde, ob sich die bereits in der Tarifstruktur integrierten (rehabilitationsspezifischen) CHOP-Kodes auch in anderen RCGs als kostentrennendes Merkmal eignen oder ob noch nicht verwendete Behandlungskodes neu als Splitkriterium eingeführt werden können. Diese Analysen zeigten, dass bestimmte CHOP-Kodes in gewissen RCGs mit einem erhöhten Ressourcenverbrauch vergesellschaftet sind.

Die Prüfung der Behandlungskodes auf ihre Eignung als Kostentrenner hat ergeben, dass diese nicht in allen RCGs eine gleich grosse Erklärungskraft haben, sodass sich bestimmte Behandlungen in einzelnen RCGs als Kostentrenner eignen und in anderen nicht. Dies leitet sich aus der medizinisch-inhaltlichen Beschaffenheit der Behandlungskodes, als auch aus der Differenzierung der Basis-RCGs ab. Hinzu kommen mögliche Unterschiede in der Kodierqualität sowie in der Überlieferung der Kostendaten.

Die datengestützten Analysen zeigten, dass bestimmte bestehende rehabilitationsspezifische Behandlungskodes auch in anderen RCGs eine Gruppierungsrelevanz erlangen konnten. Beispielsweise konnte durch die Aufwertung von Fällen mit einem bestimmten «Zusatzaufwand in der Rehabilitation» eine ressourcengerechtere Differenzierung der TR11 erzielt werden.

Der CIRS (Cumulative Illness Rating Scale) wurde ebenso auf seine Eignung als Kostentrenner untersucht. Die Analysen haben ergeben, dass dieser sich nicht als kostenerklärende Variable eignet, weshalb sich dieser in der Gruppierungslogik weiterhin nicht wiederfindet.

3.3.3 Alter

Für die Tarifstruktur ST Reha 2.0 erfolgten diverse Altersanalysen. Basierend auf einem Antrag aus dem Antragsverfahren 2022 konnte innerhalb der TR11 eine neue RCG erstellt werden, welche in der Version 2.0 ausschliesslich Fälle mit Alter < 8 Jahren oder einem bestimmten Zusatzaufwand enthält.

3.4 Detaillierte Weiterentwicklung der medizinischen Logik

In Tabelle 6 werden die einzelnen Weiterentwicklungen der medizinischen Logik innerhalb einer Basis-RCG unter ST Reha 2.0 detailliert aufgezeigt. Die beschriebenen Weiterentwicklungen stützen sich auf medizinisch-ökonomische Überlegungen und werden diesbezüglich kommentiert. Es gilt zu beachten, dass die einzelnen Splitkriterien nur unter Berücksichtigung der vorangehenden Bedingungen (z.B. für die Basis-RCGs) zur Anwendung kommen können. Die genauen Inhalte und Gruppierungslogiken der einzelnen RCGs können dem Definitionshandbuch ST Reha 2.0 entnommen werden.

Tabelle 6 Übersicht Systementwicklung nach RCG

RCG	Erweiterung der Splitkriterien	Kommentar	Schärfung der Splitkriterien	Kommentar
TR11A	Weitere Differenzierung der bestehenden Basis-RCG in insgesamt 4 RCGs. Die TR11A enthält neu ausschliesslich Fälle mit Alter < 8 Jahren oder mit einem bestimmten Zusatzaufwand (BB.1K+)	<i>Fälle mit hohem Ressourcenverbrauch konnten in der «neuen» RCG TR11A abgebildet werden.</i>	--	--
TR11A oder TR11B	Einbau bestimmter Zusatzaufwand (BB.1D+) als Splitkriterium Aufwertung von Fällen mit bestimmten angeborenen Fehlbildungen des Nervensystems (best. Q0*.*) als Neben- oder Hauptdiagnose	<i>Fälle mit hohem Ressourcenverbrauch konnten in die RCG TR11A, resp. TR11B aufgewertet werden.</i>	--	--
TR11C	Aufwertung von Fällen mit therapieintensiver pädiatrischer Rehabilitation (ab BB.27.13+)	<i>Fälle mit hohem Ressourcenverbrauch konnten in die RCG TR11C aufgewertet werden.</i>	--	--
TR16A	--	--	CHOP-Kodes «Berufsrhabilitation und Arbeitsrehabilitation, nach Anzahl Behandlungstage» (93.85.1*) als Splitkriterium entfernt Entfernung bestimmter Frakturen des Bewegungsapparates (S12.*, S22.*, S32.*) als Splitkriterium	<i>Die betroffenen CHOP- und ICD-Kodes eignen sich nicht mehr als Splitkriterien.</i>
TR17A	--	--	Entfernung ICD-Kode «Abhängigkeit vom Respiator» (Z99.1) als Splitkriterium	<i>Der betroffene ICD-Kode eignet sich nicht mehr als Splitkriterium.</i>

4 Berechnungsmethode

4.1 Normierung

Zur Ermittlung der Tageskostengewichte sind die theoretischen täglichen Vergütungen (in CHF) durch die Bezugsgrösse zu teilen. Die Bezugsgrösse ist ein von der SwissDRG AG ermittelter Wert, der die Umwandlung der theoretischen Vergütung in CHF in ein dimensionsloses Kostengewicht ermöglicht.

Zur Berechnung der Bezugsgrösse werden die Case Mixes (CM) von ST Reha 1.0 und ST Reha 2.0 gleichgesetzt:

$$CM_{R1.0} = \sum ecw_{R1.0,i} = \sum ecw_{R2.0,i} = CM_{R2.0}$$

Das Ziel ist, einen schweizweiten Katalogeffekt zu vermeiden, d.h. basierend auf allen gelieferten Fällen des Datenjahres 2021 werden die Summen der Case Mixes gleichwertig gesetzt.

Die Bezugsgrösse lässt sich wie folgt herleiten:

$$\sum ecw_{R2.0,i} = \sum eVG_{R2.0,i} * \frac{1}{BG}$$

Werden diese zwei Aussagen kombiniert und nach der BG aufgelöst, so ergibt sich

$$BG = \frac{\sum eVG_{R2.0,i}}{\sum ecw_{R2.0,i}} = \frac{\sum eVG_{R2.0,i}}{\sum ecw_{R1.0,i}}$$

die Bezugsgrösse entspricht der Summe der effektiven Vergütungen nach ST Reha 2.0, geteilt durch die Summe der effektiven Kostengewichte nach ST Reha 1.0.

Die ST Reha Version 2.0 wurde kostendeckend kalkuliert. Daraus folgt, dass die Gesamtvergütung gleich den Gesamtkosten jener Fälle ist, die aus den Kalkulationsdaten ermittelt wurden. Daher gilt wie folgt:

$$\sum_{i=1}^N eVG_i^{CHF,V2.0} = \sum_{i=1}^N gk_{i,CHF} \quad [12]$$

Dies impliziert wie folgt:

$$\begin{aligned} BG &= \frac{\sum_{i=1}^N gk_{i,CHF}}{\sum_{i=1}^N ecw_{R1.0,i}} \quad [13] \\ &= 786 \text{ CHF} \end{aligned}$$

Die Tageskostengewichte für die einzelnen RCGs werden ermittelt, indem die tägliche Vergütung (in CHF) durch die Bezugsgrösse dividiert und auf 3 Kommastellen gerundet wird:

$$tkg_{p,r} = \frac{tv_{CHF,p,r}}{BG} \quad [14]$$

Dabei gilt:

i	: Laufvariable zur Kennzeichnung von Fall i
N	: Gesamtzahl der plausiblen Fälle
$ecw_i^{R2.0}$: Effektives Kostengewicht mit ST Reha 2.0 aus Fall i
ahd_i	: Aufenthaltsdauer in Tagen nach Fall i
$eGV_i^{CHF,R2.0}$: Effektive Gesamtvergütung mit ST Reha 2.0 (in CHF) aus Fall i
BG	: Bezugsgrösse
$gk_{i,CHF}$: Gesamtkosten (in CHF) aus Fall i
$tkg_{p,r}$: Tägliches Kostengewicht aus Phase p der RCG r
$tv_{CHF,p,r}$: Tägliche Vergütung (in CHF) aus Phase p der RCG r

4.2 Normativer Eingriff: Absenkung des Tageskostengewichts der RCG TR80Z

Aufgrund der Vernehmlassung der ST Reha Version 1.0 und den Anforderungen der Partnerorganisationen der SwissDRG AG wurde ein normativer Eingriff in das Tageskostengewicht der RCG TR80Z vorgenommen, wodurch Fehlanreize im System verhindert werden können. Das Tageskostengewicht der RCG TR80Z wird dabei neu für jede mögliche Aufenthaltsdauer dem kleinsten Tageskostengewicht der übrigen RCGs zu dieser Aufenthaltsdauer gleichgesetzt. Dies bedeutet, dass die Kostengewichte der RCG TR80Z durch eine Kombination der Kostengewichten von diversen RCGs definiert wird. Da verschiedene Kostengewichte Phasenwechsel mit sich bringen, heisst das, dass somit die Phasengrenzen der RCG TR80Z ebenfalls durch die «Phasenwechsel» der anderen RCGs gegeben sind.

Da dieser Eingriff ganz zum Schluss der Kalkulation erfolgt, setzt er die zuvor aufgestellten Bedingungen ausser Kraft. Aufgrund der Fallmenge der TR80Z, die extrem überschaubar ist, sind diese Einschränkungen aber ebenfalls sehr klein.

Dieser Eingriff hat folgenden Einfluss auf die Kalkulation der Tarifstruktur ST Reha Version 2.0:

- Das Tageskostengewicht von TR80Z wird gebildet durch eine Kombination der RCGs TR19B und TR18Z.
- Die Summe aller effektiven Kostengewichte sinkt entsprechend, was einen Einfluss auf die Berechnung der hypothetischen Baserate hat. Diese wird wie folgt gesetzt:

$$HBR_{R2.0 \text{ nach Eingriff}} = \frac{\sum_{i=1}^N gk_i}{\sum_{i=1}^N ecw_i^{R2.0 \text{ nach Eingriff}}} \quad [22]$$

$$= 787 \text{ CHF}$$

Wobei:

N	: Gesamtzahl der plausiblen Fälle
gk_i	: Gesamtkosten in CHF aus Fall i
$ecw_i^{R2.0 \text{ nach Eingriff}}$: Effektives Kostengewicht aus Fall i gemäss R2.0 nach Eingriff in TR80Z

Die neue effektive Gesamtvergütung für einen Fall i wird folgenderweise geschätzt:

$$eVG_i^{R2.0 \text{ nach Eingriff}} = ecw_i^{R2.0 \text{ nach Eingriff}} \times HBR_{R2.0 \text{ nach Eingriff}}$$

- Die Hypothetische Baserate entspricht somit nicht der Bezugsgrösse
- Unter Anwendung der berechneten hypothetischen Baserate beträgt der Deckungsgrad der einzelnen RCGs nicht mehr 100%. Die RCG TR80Z weist einen Deckungsgrad von etwas über

63% auf, wobei die übrigen RCGs leicht überdeckt sind. Tabelle 7 zeigt den Deckungsgrad pro RCG für die Kalkulationsdaten. Damit ist im Endeffekt die Bedingung 8 nicht mehr erfüllt.

Tabelle 7 Deckungsgrad pro RCG

RCG	Deckungsgrad	RCG	Deckungsgrad
TR11A	100.04%	TR15B	100.04%
TR11B	100.04%	TR16A	100.04%
TR11C	100.04%	TR16B	100.04%
TR13A	100.04%	TR16C	100.04%
TR13B	100.04%	TR17A	100.04%
TR13C	100.04%	TR17B	100.04%
TR14A	100.04%	TR18Z	100.04%
TR14B	100.04%	TR19A	100.04%
TR14C	100.04%	TR19B	100.04%
TR15A	100.04%	TR80Z	63.71%

4.3 Anwendungsbeispiel

Bedingt durch seine klinischen Merkmale wird ein Fall i über den Grouper der RCG TR18Z zugewiesen. Zudem weist der Fall eine Aufenthaltsdauer von 35 Tagen auf. Die RCG TR18Z *Psychosomatische Rehabilitation* besteht aus zwei Phasen. Gemäss Fallpauschalenkatalog ST Reha Version 2.0 gilt wie folgt:

Abbildung 2 Auszug aus dem Fallpauschalenkatalog RCG ST Reha Version 2.0

RCG	Bezeichnung RCG	Phase 1		Phase 2		Phase 3
		TKG ¹	OGV ²	TKG ¹	OGV ²	TKG ¹
TR18 Psychosomatische Rehabilitation						
TR18Z	Psychosomatische Rehabilitation	1.024	14	0.652		

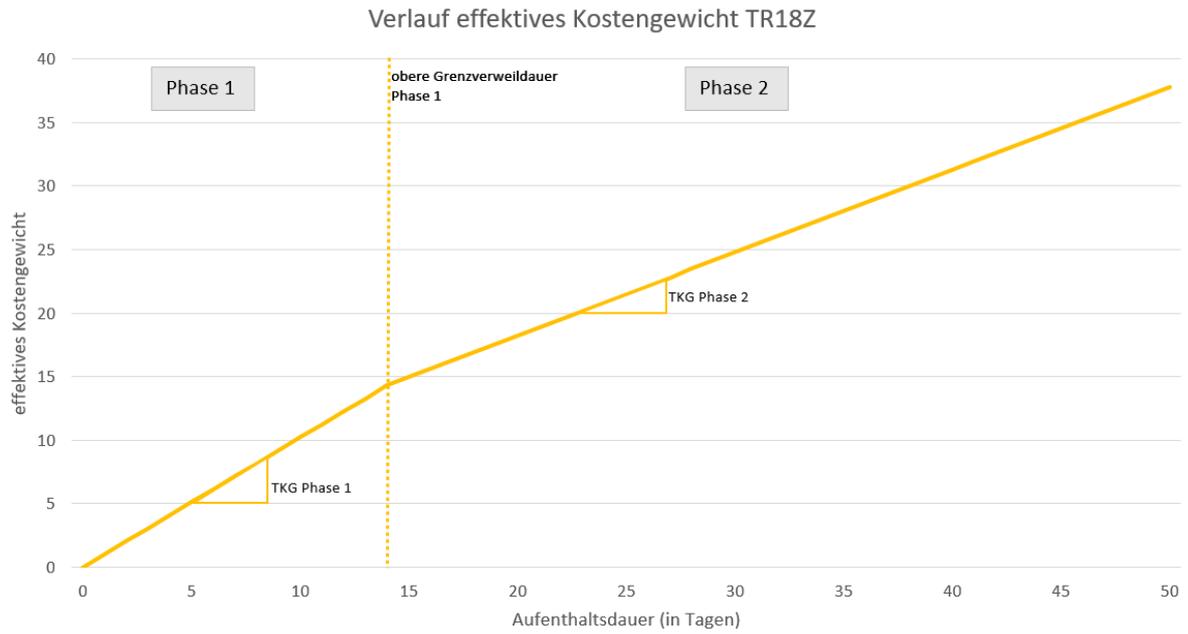
¹ TKG = Tageskostengewicht

² OGV = Obere Grenzverweildauer

Für Fall i gilt wie folgt:

- ein effektives Kostengewicht von:
 $ecw_i = 14 * 1.024 + (35 - 14) * 0.652 = 28.028$
- eine effektive Gesamtvergütung in CHF von:
 $egv_i = 28.028 * \text{Basispreis}$

Abbildung 3 Darstellung des effektiven Kostengewichts nach Aufenthaltsdauer für RCG TR18Z Psychosomatische Rehabilitation



5 Kennzahlen

Im folgenden Kapitel werden die Kennzahlen der Kalkulation unter Berücksichtigung des normativen Eingriffs in das Kostengewicht der RCG TR80Z aufgeführt.

Für ST Reha Version 2.0 wurde ein R^2 von 0.833 berechnet. Das ausgewiesene R^2 stammt aus einer einfachen Regression mit den Gesamtkosten inkl. Anlagenutzungskosten eines Falls i als abhängige Variable und dem effektivem Kostengewicht (ecw_i) als unabhängige Variable:

$$gk_i = \beta_1 + \beta_2 ecw_i + \varepsilon_i \quad [18]$$

Der Root Mean Squared Error (RMSE) erreicht einen Wert von 7'451 CHF. Der RMSE wird folgendermassen berechnet:

$$RMSE = \sqrt{\frac{1}{N} \sum_{i=1}^N (gk_i - eVG_i)^2} \quad [19]$$

wobei gk_i für die Gesamtkosten des Falls i steht und $eVG_i = ecw_i * hyp. Baserate_i$ für dessen effektive Vergütung in CHF.

Der Mean Absolute Error (MAE) erreicht einen Wert von 4'074 CHF. Der MAE wird folgendermassen berechnet:

$$MAE = \frac{1}{N} \sum_{i=1}^N |gk_i - eVG_i| \quad [20]$$

Der Mean Absolute Percentage Error (MAPE) erreicht einen Wert von 0.227. Der MAPE wird folgendermassen berechnet:

$$MAPE = \frac{1}{N} \sum_{i=1}^N \left| \frac{gk_i - eVG_i}{gk_i} \right| \quad [21]$$

Je tiefer der MAPE, desto besser entsprechen sich Kosten und Vergütung; die Güte des Modells nimmt zu.

In Tabelle 8 werden diese unterschiedlichen Gütemasse zusammengefasst.

Tabelle 8 Zusammenfassung der Gütemasse der Tarifstruktur ST Reha, Versionen 1.0 und 2.0

Version	Datenjahr	Ø AHD (Tage)	R^2	RMSE	RMSE / Ø AHD	MAE	MAE / Ø AHD	MAPE
ST Reha 1.0	2019	23.9	0.839	6'545	273.84	3'442	144	0.197
ST Reha 1.0	2021	23.6	0.815	7'864	333	4'185	177	0.234
ST Reha 2.0	2021	23.6	0.833	7'451	315.72	4'074	172	0.227

Tabelle 9 und Tabelle 10 zeigen die Deckungsgrade (DG) pro Spitaltypologien BFS und Altersgruppe. Der Deckungsgrad stellt die Kosten einer theoretischen Vergütung gegenüber. Es muss also berücksichtigt werden, dass diese unter Annahme der schweizweit einheitlichen hypothetischen Baserate von CHF 787.- berechnet wurden und somit nicht die exakte (finanzielle) Lage der Leistungserbringer repräsentiert. Weiter gilt es festzuhalten, dass zwischen den einzelnen Leistungserbringern innerhalb

der einzelnen ausgewiesenen Gruppen erhebliche Schwankungen vorliegen können, was mit Spital-individuellen Merkmalen zusammenhängen kann.

Tabelle 9 Deckungsgrad pro BFS Spitaltypologie

BFS Spitaltypologie	Anzahl plau-sible Fälle	Anteil an Kalkula-tions-daten	Deckungsgrad ST Reha 2.0
Universitätsspitäler (K111 und K233)	7'456	11.4%	76%
K1* Allgemeine Krankenhäuser (exkl. K111)	11'315	17.3%	103%
K221 Rehabilitationskliniken	43'113	66%	106%
K23* Andere Spezialkliniken (exkl. K233)	3'394	5.2%	91%

Tabelle 10 Deckungsgrad pro Altersgruppe

Alterskategorie	Anzahl plausible Fälle	Anteil an Kalkulati-onsdaten	Deckungsgrad ST Reha 2.0
Unter 19 Jahre ²	585	0.9%	100%
19 bis 64-Jahre	17'988	27.6%	99%
65 Jahre und älter	46'705	71.5%	100%

Pro Spitaltypologie und Altersgruppe wurde analog der DMI (siehe Formel [7]) berechnet. Tabelle 11 und Tabelle 12 zeigen die Resultate dieser Analysen.

Tabelle 11 DMI pro BFS Spitaltypologie

BFS Spitaltypologie	Ø AHD (Tage)	DMI ST Reha 2.0
Universitätsspitäler (K111 und K233)	20.4	1.113
K1* Allgemeine Krankenhäuser (exkl. K111)	24.4	0.993
K221 Rehabilitationskliniken	23.8	1.088
K23* Andere Spezialkliniken (exkl. K233)	24	1.113

Tabelle 12 DMI pro Altersgruppe

Alterskategorie	Ø AHD (Tage)	DMI ST Reha 2.0
Unter 19 Jahre ²	43.5	1.832
19 bis 64-Jahre	25.7	0.976
65 Jahre und älter	22.6	1.013

² Unter Berücksichtigung beider Datenjahre 2019 und 2021

6 Zusammenfassung und Ausblick

Nachfolgend werden die wesentlichen Resultate zur Systementwicklung von ST Reha Version 2.0 zusammengefasst:

- Die Tarifstruktur basiert auf aktuellen, plausibilisierten Daten von Leistungserbringern in der Schweiz. Die Datenbasis kann als qualitativ und quantitativ ausreichend gewertet werden.
- ST Reha Version 2.0 bildet die Kinder- und Jugendrehabilitation sachgerecht ab. Es standen ausreichend Fälle zur Bewertung zur Verfügung, durch die Ausweitung auf 2 Datenjahre konnte die Datenbasis noch gestärkt werden.
- Daten der paraplegiologischen Rehabilitation sowie der Frührehabilitation wurden aus der Kalkulation ausgeschlossen.
- Rehabilitations-spezifische Behandlungen und weitere Behandlungen wurden datenbasiert auf deren Eignung als Splittkriterien geprüft und sind in ST Reha Version 2.0 gruppierungsrelevant. Die Gruppierung der Fälle in die Basis-RCGs orientiert sich an den Rehabilitationsarten, respektive den Basisleistungen der Rehabilitation. Die Tarifstruktur weist somit einen direkten Leistungsbezug auf.
- Sowohl Hauptdiagnosen als auch Nebendiagnosen wurden datenbasiert auf deren Eignung als Splittkriterien geprüft und sind in ST Reha Version 2.0 gruppierungsrelevant. Insbesondere wurden die kognitiven sowie motorischen Funktionseinschränkungen über Diagnosecodes in die Gruppierungslogik aufgenommen.
- Durch Aufnahme gewisser Diagnose-Kodes in die Gruppierungskriterien anderer Basis-RCGs konnte der Umfang der RCG TR80Z deutlich reduziert werden.
- Die Kalkulationsmethodik wurde in einzelnen Punkten angepasst. So wurde die Normierung der Kostengewichte anhand der Vorversion vorgenommen. Auch gab es eine leichte Anpassung, was den normativen Eingriff in die TR80Z anbelangt.

ST Reha Version 2.0 besteht aus 9 Basis RCG, die in 22 RCG (21 bewertete, 1 unbewertet) differenziert werden. Die genauen Definitionen und Splittkriterien werden im Definitionshandbuch beschrieben. Für die RCG wurden tagesbezogene Kostengewichte berechnet, die im RCG-Katalog publiziert sind.

Zur weiteren Verbesserung der Leistungsorientierung und der Kostenhomogenität der Tarifstruktur sollen in Zukunft weitere CHOP-Kodes eine Gruppierungsrelevanz erlangen. Des Weiteren muss die Anwendung der CHOP-Klassifikation in den Kliniken verbessert werden, um eine grössere Datengrundlage zur Analyse des Ressourcenverbrauchs von Fällen mit CHOP-Kodes zu erhalten.

Ein erstes Zusatzentgelt in der Rehabilitation wurde in Ergänzung zu den Zusatzentgelten von SwissDRG entwickelt. Zusätzlich hat der Zusatzentgeltkatalog des im Abrechnungsjahr gültigen SwissDRG Fallpauschalenkatalogs Gültigkeit, so dass die Tarifierung von Rehabilitations-fremden Leistungen während eines Aufenthalts (z.B. Dialyse) durch Zusatzentgelte möglich ist.