

Weisung betreffend die forcierte Zuordnung einer Hospitalisierung in eine DRG-Gruppe

Diese Weisung ersetzt jene vom 01.07.2009 (V05).
Sie ist aufgestellt worden, um einige geringfügige Änderungen zu berücksichtigen und ist an alle Hospitalisierungen anwendbar, deren Ausgangsdatum gleich oder später als 01.01.2010 ist.
Die Unterschiede zwischen dieser und der vorgehenden Version werden durch rote Charaktere gekennzeichnet.

Der Grouper der für die Abrechnung der Hospitalisierungen (AP-DRG Grouper mit MedGroup verkuppelt) benutzt wird, klassiert manchmal korrekt kodierte Hospitalisierungen in eine DRG, die für die Abrechnung unanwendbar ist, oder in eine DRG, deren Kostengewicht nicht dem erwarteten entspricht oder in eine absurde DRG.

In diesen Fällen ist es zulässig, die Hospitalisierung einer anderen DRG-Gruppe zuzuordnen, als vom Grouper ursprünglich vorgesehen. Diese DRG wird als „forcierte DRG“ bezeichnet, da sie nicht jener Gruppe entspricht, in der sie sich eigentlich befinden sollte, wenn man die für die Gruppierung verwendeten Daten berücksichtigt.

Werden die Hospitalisierungen in Funktion der DRGs fakturiert, in denen sie klassiert sind, wird die vom Grouper gewählte DRG durch eine forcierte DRG ersetzt. Bei der „fakturierten DRG“ handelt es sich somit in der Regel um die vom Grouper ausgewählte Gruppe und in seltenen Fällen um eine forcierte DRG¹.

Um zu verhindern, dass die DRG einer Hospitalisierung von betroffenen Personen oder Institutionen zu ihrem Vorteil geändert wird (DRG-cripping), unterliegt die Forcierung von DRGs strengen Bedingungen. Diese Bedingungen sind nachstehend beschrieben.

1. Klassierung in der DRG 468, 476 oder 477

Die DRGs 468, 469, 470, 476 oder 477, in der Regel als „Müll-DRGs“ bezeichnet, dürfen nicht fakturiert werden. Das heisst, dass eine korrekt kodierte und in eine dieser DRGs klassierte Hospitalisierung unter bestmöglicher Berücksichtigung der Regeln und Algorithmen des Groupers in eine andere DRG gruppiert werden muss.

Nachstehend das allgemeine Verfahren zur Bestimmung einer fakturierbaren DRG für Hospitalisierungen, die vom Grouper der DRG 468, 469, 470, 476 oder 477 zugeordnet wurden. Damit können die meisten unter ihnen einer fakturierbaren und sinnvollen DRG zugeteilt werden. Im nachstehenden Kasten findet sich ein Anwendungsbeispiel.

1. Bestimmung des wichtigsten Behandlungskodes².
2. Suche im Anhang C des „Definitions Manual“ (Seiten 1191 bis 1237) nach den diesem Kode zugeordneten Major Diagnostic Categories (MDCs).
3. Unter diesen MDCs, Bestimmung jener MDC, der die Hospitalisierung aller Wahrscheinlichkeit nach zugeordnet werden sollte.
4. Erfassung des Hauptdiagnosekodes als Nebendiagnosekode, und Ersatz durch einen Kode der ausgewählten MDC.
5. Erneute Klassierung der Hospitalisierung mittels Grouper³.

In einem eigens dafür vorgesehenen Feld ist eine Begründung für die gewählte forcierte DRG anzugeben⁴.

¹ Die forcierten DRGs werden von den Kodierungsverantwortlichen bestimmt.

² Grundsätzlich handelt es sich hierbei um den in der Medizinischen Statistik als Hauptbehandlung registrierten Eingriff.

³ Eine Klassierung in der DRG 468, 469 oder 477 trotz korrekter Kodierung erfolgt z.B. in folgenden Situationen:

- wenn der Hauptdiagnosekode D18.0 ist und kein Behandlungskode der MDC 5 zugeordnet ist;
- wenn der Hauptdiagnosekode G47.3 ist und kein Behandlungskode der MDC 1 zugeordnet ist;
- wenn der Hauptdiagnosekode R61,0 ist und kein Behandlungskode der MDC 9 zugeordnet ist;
- wenn der Hauptdiagnosekode S02.7 ist und kein Behandlungskode der MDC 1 zugeordnet ist;
- wenn es sich beim Hauptdiagnosekode um einen Kreuzkode handelt und der durchgeführte Eingriff mit der Erkrankung gemäss Sternkode in Zusammenhang steht.

⁴ In den Spitälern, in denen die DRGs für die Fakturierung eingesetzt werden, können in der Regel für jede forcierte DRG folgende Informationen mittels zweier Felder im System gespeichert werden: einerseits der Kode der forcierten DRG, und andererseits eine Begründung für die Wahl der forcierten DRG. Lassen sich diese Informationen nicht

Das oben beschriebene Vorgehen kann in den meisten Situationen verwendet werden, in denen die Hospitalisierung in die DRG 468, 469, 470, 476 oder 477 klassiert wird. Das Vorgehen muss jedoch nicht zwingend verwendet werden, falls die Hospitalisierung nach anderen, klinisch zutreffenden Kriterien klassiert werden kann⁵.

Beispiel für die Suche nach einer forcierten DRG, in der sich eine in der DRG 468 klassierte Hospitalisierung befinden sollte

Angenommen, für eine in der DRG 468 klassierte Hospitalisierung seien nachstehende Codes registriert worden:

Hauptdiagnosekode

S36.0 [Verletzung der Milz]

Nebendiagnosekodes

C78.0 [Sekundäre bösartige Neubildung der Lunge]

T82.7 [Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige Geräte, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen]

Y83.8 [Chirurgischer Eingriff und sonstige Massnahmen als Ursache einer abnormen Reaktion eines Patienten oder einer späteren Komplikation, ohne Angabe eines Zwischenfalles zum Zeitpunkt der Durchführung der Massnahme, sonstige chirurgische Massnahme]

Z85.0 [Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane in der Eigenanamnese]

Behandlungskode

38.86 [Sonstiger chirurgischer Verschluss von abdominalen Gefässen]

Der Behandlungskode S36.0 wird der MDC 16 zugeordnet (siehe Seite 1181 des DRG-Definitions Manuals), während der Behandlungskode 38.86 mit den MDCs 5, 6, 11, 21, 25 verbunden ist (siehe Seite 1211 des Definitions Manuals). Diese Hospitalisierung wird in der DRG 468 klassiert, denn keine MDC des Kodes 38.86 entspricht der MDC des Kodes S36.0.

Die Klassierung einer derartigen Hospitalisierung in die MDC 21 (Traumata, Vergiftungen und toxische Wirkungen von Drogen) erscheint sinnvoll und lässt sich wie folgt realisieren:

1. Umwandlung des Kodes S36.0 in einen Nebendiagnosekode;
2. Bestimmung eines Kodes der MDC 21 als Hauptdiagnosekode.

Angesichts der Tatsache, dass der Hauptdiagnosekode S36.8 (Verletzung sonstiger intraabdominaler Organe) oder S36.9 ist (Verletzung eines nicht näher bezeichneten intraabdominalen Organs) und dass die sekundären Diagnosekodes C78.0, T82.7, Y83.8, Z85.0 und S36.0 lauten, wird die Hospitalisierung in der DRG 583 klassiert, die damit zur forcierten DRG der ursprünglich in der DRG 468 klassierten Hospitalisierung wird.

2. Widersprüche zwischen Kostengewichten bei mehreren Eingriffen

Bei der Zuteilung einer DRG zu einer Hospitalisierung mit mehreren Eingriffen kann es vorkommen, dass deren Kostengewicht paradoxerweise tiefer ist als jenes einer identischen Hospitalisierung mit nur einem dieser Eingriffe⁶. In diesem Fall liegt eine Kostengewicht-Inkohärenz vor. Nachstehend ein Beispiel dazu. Bei einer solchen Inkohärenz kann die Hospitalisierung in die vom Grouper bestimmten DRG klassiert werden, wenn der Eingriff, der für die Verringerung des Kostengewichts verantwortlich ist, ausgeklammert wird⁷. **Die obenbeschriebene Methode ist nur anwenbar, wenn es zu einer Inkohärenz der Norm-Kostengewichte (d.h. Kostengewichte für Inlier der betroffenen DRGs) entsprechenden DRGs kommt. Es ist nicht erlaubt, durch das Weglassen einer relevanten Nebendiagnose in eine DRG mit einem niedrigeren Komplexitätsgrad zu gelangen, um durch Outlier-Zuschläge höhere Vergütungspunkte zu erhalten.**

Die nachfolgenden Regeln kommen im Falle von Kostengewicht-Inkohärenzen zur Anwendung; sie dienen der bestmöglichen Annäherung zwischen fakturiertem Betrag und Hospitalisierungskosten. Sie

speichern, sind sie so im Patientendossier oder in einem anderen geeigneten Dokument anzugeben, dass sie leicht aufzufinden sind und bei Bedarf der zahlenden Stelle mitgeteilt werden können.

⁵ Gehört zum Beispiel der Hauptdiagnosekode zur Kategorie E66 (Adipositas) und der Behandlungskode 44.31 (Hoher Magenbypass) wird angegeben, wird die Hospitalisierung in die DRG 288 (Eingriffe (Operationsraum) wegen Adipositas) klassiert. Gehört hingegen der Hauptdiagnosekode zur Kategorie E66 (Adipositas) und der Behandlungskode 44.95 (laparoskopische restriktive Magenoperation) oder 44.96 (Laparoskopische Revision von restriktiven Magenoperationen) wird angegeben, wird die Hospitalisierung in die DRG 477 (Nicht ausgedehnter Eingriff (Operationsraum), nicht in Verbindung mit Hauptdiagnose) klassiert, denn die Kodes der Kategorie E66 sind mit der MDC 10 verbunden, während die Kodes 44.95 und 44.96 zur MDC 6 gehören. In diesem Fall darf die Hospitalisierung zur DRG 288 umgeteilt werden, obschon sich diese DRG nicht in der MDC der Kodes 44.95 und 44.96 findet. (DRG 288 gehört zur MDC 10, die Kodes 44.95 und 44.96 gehören zur MDC 6).

⁶ Diese auf den ersten Blick erstaunliche Situation ist insbesondere darauf zurückzuführen, dass der DRG-Grouper nach einer im System hinterlegten Logik einen Eingriff als Wichtigsten kennzeichnet. Dabei wählt er nicht unbedingt den teuersten Eingriff aus. Würde während der fraglichen Hospitalisierung nur der teuerste Eingriff realisiert, könnte sich ein höheres DRG-Kostengewicht ergeben als bei der Realisierung sämtlicher Eingriffe.

⁷ Tragen mehrere Eingriffe zur Senkung des Kostengewichts bei, können sie alle ausgeklammert werden.

stellen keineswegs eine Anleitung zur systematischen Suche nach allen Fällen dar, in denen sich eine solche Inkohärenz ergeben könnte.

Dabei gilt es, folgende Regeln zu beachten:

- Die aus Fakturierungsgründen ausgeklammerten Behandlungskodes müssen unbedingt im Datensatz der Medizinischen Statistik des BFS enthalten sein;
- Bei den vorgenommenen Eingriffen darf es sich nicht um eine Leber-, Lungen-, Herz-, Nieren-, Nieren-Pankreas- oder Knochenmarktransplantation handeln;
- Der oder die Behandlungskodes, die ausgeklammert wurden, um die Hospitalisierung in der fakturierten DRG zu klassieren, müssen in einem eigens dafür vorgesehenen Feld erwähnt werden;
- Die klinische Situation, die von den für die forcierte DRG berücksichtigten Behandlungskodes beschrieben wird, muss plausibel sein⁸.

Beispiel einer Inkohärenz zwischen Kostengewichten bei mehreren Eingriffen

Angenommen, für eine in der DRG 55 klassierte Hospitalisierung seien nachstehende Codes registriert worden:

Hauptdiagnosekode

J37.1 [Chronische Laryngotracheitis]

Sekundäre Diagnosekodes

J38.3 [Sonstige Krankheiten der Stimmbänder]

J38.7 [Sonstige Krankheiten des Kehlkopfes]

E11.9 [Nicht insulinabhängiger Diabetes mellitus, ohne Komplikationen]

Behandlungskodes

31.99 [Sonstige Operationen an der Trachea]

30.09 [Sonstige Exzision oder Destruktion von Läsion oder Gewebe am Larynx]

31.0 [Injektion am Larynx]

Wird der Eingriff des Kodes 30.09 nicht durchgeführt, so wird die Hospitalisierung in der DRG 63 klassiert. Das Kostengewicht der DRG 63 ist jedoch höher als jenes der DRG 55. Die DRG 63 wird somit zur forcierten DRG und entspricht der ursprünglich in der DRG 55 klassierten Hospitalisierung.

3. Widersprüche zwischen Kostengewichten bei Mehrfacherkrankungen oder Komplikationen (CC)

Es kann vorkommen, dass eine Hospitalisierung bei Vorliegen einer schweren CC in eine DRG klassiert wird, deren Kostengewicht geringer ist als jenes der DRG, in der dieselbe Hospitalisierung ohne die schwere CC klassiert worden wäre. In diesem Fall kann die Hospitalisierung in die vom Grouper bestimmte DRG klassiert werden, nachdem der für die Kostengewichtsverringerung verantwortliche Diagnosekode⁹ der schweren CC ausgeklammert wurde (siehe nachstehendes Beispiel). Der aus Fakturierungsgründen ausgeklammerte Diagnosenkode muss unbedingt im Datensatz der Medizinischen Statistik des BFS enthalten sein, und die Wahl der forcierten DRG ist in einem eigens dafür vorgesehenen Feld zu begründen. **Die Bedingungen, unter denen ein DRG Wechsel hier gerechtfertigt ist, sind identisch mit jenen, die im Fall einer Inkohärenz der Kostengewichte berücksichtigt werden müssen, wenn mehrere Interventionen durchgeführt werden (siehe Punkt 2). Nicht die Werte, die für die Abrechnung kalkuliert wurden, dürfen berücksichtigt werden (besonders wenn die Hospitalisierung ein Ausreisser ist), sondern die Werte der Kostengewichte der DRGs.**

⁸ Wenn zum Beispiel die Kodes 51.23 (Laparoskopische Cholezystektomie) und 87.53 (Interoperative Cholangiographie) erfasst wurden, kann der Kode 51.23 nicht ausgeklammert werden, denn ein Datensatz nur mit dem Kode 87.53 würde klinisch keinen Sinn machen.

⁹ Oder, falls mehrere Kodes für schwere CC vorliegen, nach Ausklammerung dieser Kodes.

Beispiel einer Inkohärenz zwischen Kostengewichten bei einer Mehrfacherkrankung oder Komplikation (CC)

Angenommen, für eine in der DRG 558 klassierte Hospitalisierung seien nachstehende Codes registriert worden:

Hauptdiagnosekode

S22.0 [Fraktur eines Brustwirbels]

Sekundäre Diagnosekodes

I26.9 [Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale]

I50.0 [Kongestive Herzinsuffizienz]

Behandlungskodes

81.05 [Dorsale und dorsolumbale Spondylodese]

81.62 [Spondylodese oder Reoperation einer Spondylodese von 2-3 Wirbeln]

84.51 [Einsetzen von interkorporellen Spondylodesekäfigen]

Liegt die Erkrankung des Kodes I26.9 nicht vor, so wird die Hospitalisierung in die DRG 806 klassiert. Das Kostengewicht der DRG 806 ist jedoch höher als jenes der DRG 558. Die DRG 806 wird somit zur forcierten DRG und entspricht der ursprünglich in der DRG 558 klassierten Hospitalisierung.

4. Klassierung in der DRG 415, 424, 461, 581, 849, 855, 1415 et 1849

Die AP-DRGs 415, 424, 461, 581, 849, 855, 1415 und 1849 gehören zur MDC 18 (Parasitäre, systemische oder nicht näher bezeichnete Infektionen und Krankheiten), 19 (geistige und psychische Krankheiten) oder 23 (Gesundheitsrelevante Faktoren und andere Kontakte mit dem Gesundheitswesen). Bei den in diesen DRGs klassierten Hospitalisierungen findet mindestens eine als „Operating Room Procedure“ betrachtete Massnahme statt (siehe Anhang C des Definitions Manuals). Um welche Art des Eingriffes es sich handelt, spielt keine Rolle. Aus chirurgischer Sicht handelt es sich somit um unspezifische und heterogene DRGs; es ist deshalb zulässig, die fraglichen Hospitalisierungen in eine chirurgische DRG einer anderen MDC zu klassieren, die dem einzelnen Eingriff oder der Serie von Eingriffen entspricht. Zur Bestimmung der forcierten DRG wird der ursprünglich erfasste Hauptdiagnosekode durch den Kode jener MDC ersetzt, die dem einzelnen Eingriff oder der Serie von Eingriffen entspricht. Die für die Medizinische Statistik übermittelten Daten dürfen jedoch nicht geändert werden.

Beispiel einer Umteilung einer ursprünglich in der DRG 461 klassierten Hospitalisierung

Angenommen, für eine in der DRG 461 klassierte Hospitalisierung seien nachstehende Codes registriert worden:

Hauptdiagnosekode

Z04.8 [Untersuchung und Beobachtung aus sonstigen näher bezeichneten Gründen]

Nebendiagnosekodes

E11.9 [Nicht insulinabhängiger Diabetes mellitus, ohne Komplikationen]

E66.9 [Adipositas, nicht näher bezeichnet]

E78.0 [Reine Hypercholesterinämie]

I08.0 [Krankheiten der Mitralklappe und Aortenklappe, kombiniert]

I11.0 [Hypertensive Herzkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz]

I24.0 [Koronarthrombose ohne nachfolgenden Myokardinfarkt]

I25.1 [Atherosklerotische Herzkrankheit]

I25.8 [Sonstige Formen der chronischen ischämischen Herzkrankheit]

I42.0 [Dilatative Kardiomyopathie]

K05.3 [Chronische Parodontitis]

Z95.0 [Vorhandensein eines künstlichen Herzschrittmachers]

Bedandlungskodes

23.09 [Extraktion eines anderen Zahns]

36.01 [Perkutane transluminale Koronarangioplastik [PTCA] oder koronare Atherektomie an einem einzelnen Gefäß ohne Erwähnung einer thrombolytischen Substanz]

36.06 [Einsetzen von Herzkranzarterien-Stent(s) ohne Medikamenten-Freisetzung]

37.23 [Kombinierter Rechts- und Linksherzkatheter]

88.56 [Koronare Arteriographie mit zwei Kathetern]

88.72 [Diagnostischer Ultraschall des Herzens]

Die Hauptdiagnose dieser Hospitalisierung ist der MDC 23 zugeordnet, während das klinische Bild zweifelsohne zur MDC 5 gehört. Indem der Kode Z04.8 durch einen Kode der MDC 5 ersetzt wird (zum Beispiel den Kode I24.0

oder I25.1 oder I25.8), gelangt die Hospitalisierung in die DRG 112. Die DRG 112 wird somit zur forcierten DRG und entspricht der ursprünglich in der DRG 461 klassierten Hospitalisierung.

5. Geburt während der Hospitalisierung

Findet eine Geburt (Normalgeburt oder Kaiserschnitt) während einer Hospitalisierung statt und wird diese trotz einer korrekten Kodierung einer DRG ante partum oder post partum zugeordnet, muss diese Hospitalisierung einer neuen DRG zugeordnet werden, die einer Hospitalisierung mit Geburt entspricht. Zur Festlegung der forcierten DRG wird der anfänglich erfasste Hauptdiagnosekode durch einen Kode der Gruppen 080-084 ersetzt. Die für die Medizinische Statistik übermittelten Daten dürfen jedoch nicht geändert werden.

In einem eigens dafür vorgesehenen Feld ist eine Begründung für die gewählte forcierte DRG anzugeben.

6. Fälle, bei denen der Hauptdiagnosekode mit P beginnt

Bei Kindern über 28 Tagen mit einer Erkrankung, deren Ursprung in der perinatalen Phase liegt, kann es vorkommen, dass der Grouper die Hospitalisierung der DRG 469 zuordnet. Eine forcierte DRG lässt sich finden, indem der mit P beginnende Kode vorübergehend durch den Kode für dieselbe Erkrankung beim Erwachsenen ersetzt wird, oder indem das Alter des Kindes provisorisch angepasst wird, damit es unter 29 Tagen liegt. Die für die Medizinische Statistik übermittelten Daten dürfen jedoch nicht geändert werden.

In einem eigens dafür vorgesehenen Feld ist eine Begründung für die gewählte forcierte DRG anzugeben.

7. Fälle mit dem Hauptdiagnosekode Q21.1

Ist der Hauptdiagnosekode Q21.1 und wird ein Behandlungskode angegeben, der zur DRG 809 gehört, dann klassiert der Grouper die Hospitalisierung in die DRG 108 **oder 812**, obwohl er sie eigentlich in die DRG 809 klassieren sollte. Die DRG kann sodann forciert werden, indem der Kode Q21.1 durch den Kode Q21.2 ersetzt wird. Die für die Medizinische Statistik übermittelten Daten dürfen jedoch nicht geändert werden¹⁰.

8. Unilateraler Eingriff am Knie (CHOP-Kodes 00.81 und 00.82)

Wenn Kodes 00.81 bis 00.82 für die Beschreibung einer unilateralen Operation verwendet werden und die Hospitalisierung in die DRG 471 klassiert wird, muss in Abwesenheit von Komplikationen oder Nebendiagnosen diese Hospitalisierung in die DRG 789 neu klassiert werden, falls die Hauptdiagnose der Kode T84.X ist. Wäre die Hauptdiagnose nicht mit dem Kode T84.X versehen, muss die Hospitalisierung in die DRG 209 neu klassiert werden. In Anwesenheit eines Komplikationskodes oder einer „major CC“ (deren Liste im Anhang F des Definitions Manual sich befindet) soll diese Hospitalisierung in die DRG 558 neu klassiert werden. Um herauszufinden in welche DRG eine solche Hospitalisierung neu klassiert werden soll, muss dem Grouper einzig der Kode 00.81 angegeben werden (d.h. der Kode 00.82 wird vorübergehend weggelassen).

9. Fälle, bei denen der Hauptdiagnosekode G90.0 ist (Karotissinus-Syndrom)

Wenn die Kodierung eines Falls den Hauptdiagnosekode G90.0, einen Nebendiagnosekode für kardiale Arrhythmien (I.49.8 oder ähnliche) und einen Prozedurenkode für die Implantation eines Schrittmachers enthält, darf die durch den Grouper gewählte DRG **7, 8 oder 1008** manuell in die DRG 116 forciert werden.

10. Verlegung von Neugeborenen zur Überwachung oder Gewichtzunahme

In Übereinstimmung mit gültigen Tarifübereinkommen, können zuverlegte Neugeborene zwecks Überwachung oder Gewichtzunahme entsprechend ihres Alters in die DRG 635 oder 636 forciert werden.

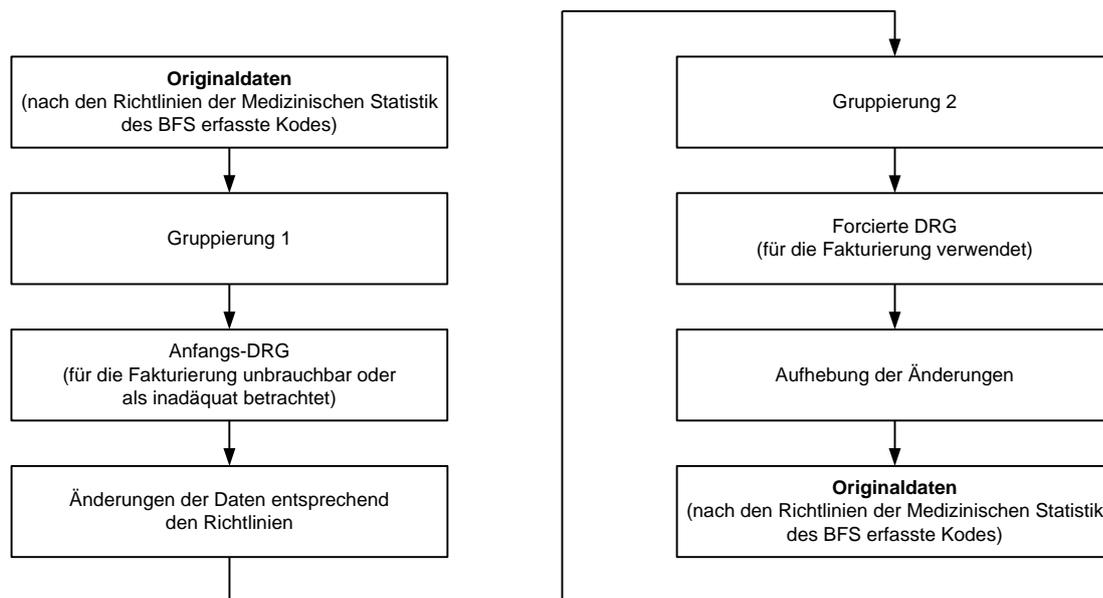
¹⁰ Die Liste der Behandlungskode, die zur DRG 809 gehören, befindet sich auf Seite 264 des DRG-Definitions Manual.

Schlussbemerkungen

Eine DRG kann nur in den oben genannten Fällen forciert werden. Für die Bestimmung einer forcierten DRG bringen die Kodierungsverantwortlichen in der Regel Erfahrung, die nötigen Kenntnisse und Realitätssinn mit. Treten dennoch Zweifel auf, ob eine DRG geändert werden darf oder welche DRG bei der Neuordnung einer Hospitalisierung gewählt werden soll, bitten wir Sie, sich an das **Sekretariat von APDRG Suisse** (info@apdrgsuisse.ch).

In jedem Fall dürfen die für eine forcierte DRG vorgenommenen Änderungen die Medizinische Statistik nicht beeinflussen. Wird beispielsweise ein Behandlungskode aufgrund von Inkohärenzen zwischen Kostengewichten ausgeklammert, oder wird ein Diagnosekode durch einen anderen ersetzt, damit die Hospitalisierung in eine fakturierbaren DRG klassiert werden kann, darf dies die Informationen für die Medizinische Statistik des BFS nicht beeinflussen.

Das folgende Schema veranschaulicht die verschiedenen Etappen bei einer Neuordnung einer Hospitalisierung in eine forcierte DRG.



Die Weisung ist auf der Webseite von APDRG Suisse verfügbar:

<http://www.apdrgsuisse.ch/public/fr/outils-de-base.htm>
(französische Version)

<http://www.apdrgsuisse.ch/public/de/instrumente.htm>
(deutsche Version)