

# SwissDRG-Glossar

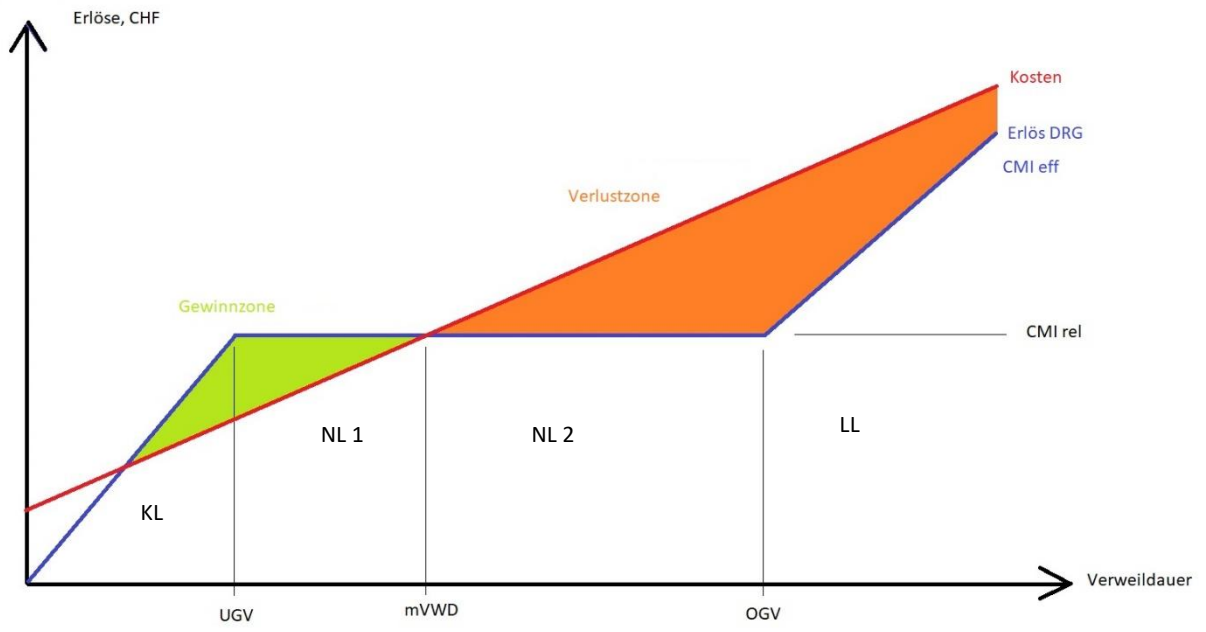
## Grundbegriffe

<b>SwissDRG</b>	<p>Swiss Diagnosis Related Groups. Patientenklassifikationssystem bzw. Tarifsysteem für stationäre akutsomatische Spitalleistungen seit 2012, Fallpauschalensystem, Einteilung von Patientengut anhand von Kriterien wie Diagnosen, Behandlungen und Alter in möglichst homogene Gruppen. Bei DRG wird von einer bestimmten Fallpauschalen-Gruppe gesprochen. Die DRGs sind aufgebaut nach Organgruppen und gekennzeichnet mit Buchstabe-Zahl-Zahl-Buchstabe.</p> <p>Beispiel: <b>E77E:</b> Andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane, Alter &gt; 15 Jahre und mehr als ein Belegungstag</p>
<b>Schwestern-DRGs</b>	<p>In einer Basis-DRG (erste drei Stellen) gibt es verschiedene Abstufungen, meist nach Schweregrad und Kostenintensität, die mit dem letzten Buchstaben sichtbar sind. Je näher eine DRG mit der 4. Position im Alphabet bei A liegt, desto komplexer ist der Fall.</p> <p>Beispiele:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>E77A:</b> Andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit komplizierender Diagnose bei Zustand nach Organtransplantation oder mit äusserst schweren CC* oder komplizierender Prozedur oder MRE** oder schwerste CC* oder Para-/Tetraplegie mit Alter &lt; 16 Jahre, mehr als ein Belegungstag</li><li>• <b>E77B:</b> Andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit komplexer Diagnose oder äusserst schwere CC* oder bestimmte Prozedur, Alter &lt; 16 Jahre, mehr als ein Belegungstag</li><li>• <b>E77C:</b> Andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit komplexer Diagnose oder äusserst schwere CC* oder bestimmte Prozedur, Alter &gt; 15 Jahre, mehr als ein Belegungstag</li><li>• <b>E77D:</b> Andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit schweren CC*, Alter &gt; 15 Jahre und mehr als ein Belegungstag</li><li>• <b>E77E:</b> Andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane, Alter &gt; 15 Jahre und mehr als ein Belegungstag</li></ul> <p>* Abkürzungen in SwissDRG-Texten werden bei «Multimorbidität» erklärt ** MRE = Multiresistente Erreger</p>
<b>Fallpauschalenkatalog</b>	<p>Die im Rahmen der Tarifstruktur SwissDRG berechneten Kostengewichte pro DRG sowie weitere DRG-bezogene, abrechnungsrelevante Daten sind dem Fallpauschalenkatalog zu entnehmen.</p> <p><a href="#">Fallpauschalenkatalog SwissDRG</a></p>
<b>ICD-10</b>	<p>Die Abkürzung ICD steht für «International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems», welche der amtlichen Diagnosenklassifikation in der Schweiz entspricht (ICD-10-GM). Ein ICD-Code ist aufgebaut mit Buchstabe und zweistelliger Zahl bis max. vierstellig (Axx.xx).</p>

	<p>Beispiel:  <b>J95.3:</b> Chronische pulmonale Insuffizienz nach Operation</p>
<b>CHOP</b>	<p>Schweizerische Operationsklassifikation, Katalog für die Erfassung von Prozeduren im stationären Bereich.  Ein CHOP-Kode ist mit Ziffern drei – bis max. sechsstellig (xx.xx.xx).</p> <p>Beispiel:  <b>96.6:</b> Enterale Infusion konzentrierter Nährstoffe</p>
<b>VWD</b>	<p>Verweildauer. Die Aufenthaltsdauer im SwissDRG-System wird anhand der Nächte, respektive Kalendertage minus 1 berechnet. Früher auch LOS (length of stay).</p> <p>Beispiel:  Der Patient bleibt von Montag bis Sonntag, 1. – 7. Januar. Dies entspricht einer Verweildauer von 6 Tagen.</p>
<b>MDC</b>	<p>Major Diagnostic Categories. Übergeordnete Unterteilung des DRG-Katalogs in Hauptdiagnosegruppen nach Organgebieten.</p>
<b>MCD</b>	<p>Minimal Clinical Dataset. Definierter Datensatz (Teil des BfS Datensatzes), der den Versicherungen mit den Rechnungen geschützt verschickt werden (inkl. Med. Kodierung von Haupt- und Nebendiagnosen und Prozeduren).</p>

## DRG-Aufbau

Eine DRG (Diagnosis Related Group) ist eine diagnosebezogene Fallgruppierung, die Patientenfälle mit ähnlichen Kosten zusammenfasst. Somit erhält man für sehr ähnliche oder gleiche Fälle das gleiche Entgelt in einem bestimmten Zeitraum (Inlier). In der folgenden Grafik ist die Grundlage des Fallpauschalensystems optisch dargestellt. Die Erklärungen zu den Abkürzungen und wichtigen Punkten in der Grafik finden Sie in der unten folgenden Tabelle.



<b>mVWD</b>	Mittlere Verweildauer (früher auch ALOS, average length of stay)
<b>UGV</b>	Untere Grenzverweildauer*
<b>OGV</b>	Obere Grenzverweildauer*
<b>CM rel</b>	Casemix lt. Katalog; Kostengewicht einer oder mehrerer DRG ohne Zu- und Abschläge; auch Relativgewicht genannt
<b>CM eff</b>	Casemix effektiv; effektives oder verrechnetes Kostengewicht einer oder mehrerer DRG mit Zu- bzw. Abschlägen wegen UGV, OGV oder Verlegung, auch Effektivgewicht genannt
<b>CMI rel / rel. Kostengewicht</b>	Case Mix Index lt. Katalog; durchschnittliches Kostengewicht mehrerer DRG ohne Zu- und Abschläge (entspricht CM rel / Fallzahl)
<b>CMI eff / eff. Kostengewicht</b>	effektiver Case Mix Index; durchschnittliches Kostengewicht mehrerer DRG mit Zu- bzw. Abschlägen wegen UGV, OGV oder Verlegung
<b>Baserate</b>	dt. Basisrate; Betrag, der für einen Behandlungsfall mit einem Kostengewicht von 1.0 bezahlt wird. Der Basispreis wird durch die Tarifpartner (Versicherer und Leistungserbringer) festgelegt. Die ausgehandelte Baserate wird durch die Gesundheitsbehörde des jeweiligen Kantons genehmigt. Beträgt normalerweise zwischen ca. 9000 – 11 000 Fr.
<b>Gewinnzone</b>	Gewinn wird definiert als Bereich mit höheren Einnahmen als Kosten. Bei linearer Kostenverteilung wäre dies somit in Bezug auf die Verweildauer der Bereich zwischen UVG und mVWD, oft auch noch im Abschlags-Bereich.
<b>Verlustzone</b>	Ein Verlust wird definiert mit höheren Ausgaben als Einnahmen. Dies zeigt sich oft bei verlängerter Verweildauer, statistisch angefangen bei der mVWD.
<b>Kosten</b>	Die Kosten, die im Spital entstehen, werden auf jeden einzelnen Fall geschlüsselt. Somit findet man bei einer Kostenträgerrechnung eines Falles entstandene Kosten wie direkte Material- und Aufwandskosten, aber auch z. B. aufgeschlüsselte Personal- und Gebäudekosten. <i>(mehr dazu in einem Folge-Blog)</i>
<b>Erlöse</b>	Der Erlös beim DRG wird gerechnet mittels Kostengewicht x Baserate. Das Kostengewicht wird durch den DRG ermittelt (siehe CMI), und die Basisrate wird mit den Versicherern für eine Abrechnungsperiode verhandelt. Ein durchschnittlicher Fall (über alle Fälle schweizweit) hat ein Kostengewicht von 1 und eine Basisrate von ca. 10 000 Fr.
<b>NL</b>	Normallieger / Inlier; $UGV < VWD < OGV \rightarrow$ keine Zu- oder Abschläge
<b>NL1</b>	$UGV < VWD < mVWD$
<b>NL2</b>	$mVWD < VWD < OGV$
<b>KL</b>	Kurzlieger / Low Outlier; $VWD < UGV \rightarrow$ Kurzliegerabschlag
<b>LL</b>	Langlieger / High Oulier; $VWD > OGV \rightarrow$ Langliegerzuschlag
<b>Verl</b>	Verlegungsfall; Verlegung in anderes Spital, Abschlag bei $VWD < mVWD$

\* Hinweis zu UVG/OGV: bei der Unteren, resp. Oberen Grenzverweildauer entspricht das effektive Kostengewicht dem relativen Kostengewicht (d. h., man erhält den normalen Betrag des DRGs). Die Angaben im Fallpauschalenkatalog (Spalte 6-9, siehe unten) weichen jedoch von dieser Definition ab:

Untere Grenzverweildauer		Obere Grenzverweildauer	
Erster Tag mit Abschlag <sup>2) 5)</sup>	Kostengewicht/Tag	Erster Tag zus. Entgelt <sup>3) 5)</sup>	Kostengewicht/Tag
6	7	8	9

Untere Grenzverweildauer → erster Tag mit Abschlag = Erster Belegungstag, an dem ein Abschlag von der Fallpauschale vorzunehmen ist. D. h., die Untere Grenzverweildauer im Fallpauschalenkatalog entspricht der UGV – 1.

Obere Grenzverweildauer → erster Tag zus. Entgelt = Erster Belegungstag, an dem ein tagesbezogenes Entgelt zusätzlich zur Fallpauschale gezahlt wird. D. h., die Obere Grenzverweildauer im Fallpauschalenkatalog entspricht der OGV + 1.

## Multimorbidität

Medizinische Fälle werden am häufigsten durch die Hauptdiagnose und die Konstellation der DRG-relevanten Nebendiagnosen in die jeweilige DRG eingeteilt. In diesem Zusammenhang ist es wichtig, folgende Abkürzungen zu kennen:

<b>CC</b>	Komplikationen und Komorbiditäten (Complications and Comorbidities): CC-Kodes sind Nebendiagnosen, die in der Regel zu einem signifikant höheren Ressourcenverbrauch führen.
<b>CCL</b>	Komplikations- und Komorbiditätslevel (Complication and Comorbidity Level): Schweregrad-Stufen, die für alle Nebendiagnosen vergeben werden. Wert kann zwischen 0 und 4 (operativ, neonatologisch) oder zwischen 0 und 3 (medizinisch) variieren. Welcher CCL-Wert einer Diagnose tatsächlich zugewiesen wird, hängt davon ab, ob es sich beim Kode um eine gültige CC handelt und ob diese bezogen auf die Basis-DRG dieses Datensatzes wie folgt eingestuft wird: <ul style="list-style-type: none"> <li>• CCL = 0 (keine Komplikationen oder Komorbiditäten)</li> <li>• CCL = 1 (leichte CC)</li> <li>• CCL = 2 (mässig schwere CC)</li> <li>• CCL = 3 (schwere CC)</li> <li>• CCL = 4 (äusserst schwere CC)</li> </ul>
<b>PCCL</b>	Patientenbezogener Gesamtschweregrad (Patient Clinical Complexity Level): Ist die Masszahl für den kumulativen Effekt der CCs je Behandlungsperiode (pro kodierter Fall) <ul style="list-style-type: none"> <li>• 0 = keine CC</li> <li>• 1 = leichte CC</li> <li>• 2 = mässig schwere CC</li> <li>• 3 = schwere CC</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 4 = äusserst schwere CC</li> <li>• 5 oder 6 = schwerste CC</li> </ul>
--	--

Eine Vertiefung dieses Themas finden Sie in einem späteren Blog-Eintrag.

## Weitere wichtige Begriffe

<b>Zusatzentgelte (ZE)</b>	ZEs dienen dazu, teure Medikamente, aber auch Prozeduren, die in einer Vielzahl von klinischen Situationen eingesetzt werden und daher nicht nur spezifisch auf Diagnosen oder Prozeduren verschlüsselt werden können, zusätzlich zum DRG zum Einstandspreis zu vergüten. Z. B. Gerinnungsfaktoren, Blutprodukte, Kreislaufersatzgeräte. Die Liste der ZEs befindet sich im Fallpauschalenkatalog im Anhang.
<b>Fallzusammenführungen</b>	Fälle, die innerhalb von 18 Tagen in das gleiche Spital zurückkehren, werden in der Abrechnung zusammengeführt (ein administrativer Fall), wenn <ul style="list-style-type: none"> <li>• beide Fälle die gleiche Organgruppe betreffen (gleiche MDC).</li> <li>• wenn es sich um eine Komplikation der vorgängigen Behandlung handelt.</li> <li>• es sich um eine Rückverlegung handelt.</li> </ul> Es gibt Ausnahmen, die im Fallpauschalenkatalog vermerkt sind, z. B. onkologische Fälle.
<b>ATC-Kode</b>	Anatomisch-Therapeutisch-Chemisches Klassifikationssystem, offizielles Codierungssystem für Arzneimittel. Im DRG-System werden hochteure Medikamente mit dem ATC-Kode im BFS-Datensatz erfasst. Einige der hochteuren Medikamente generieren ein ZE (siehe oben).
<b>Medizinische Kodierung</b>	Erfasst regelkonform stationäre Fälle mit ICD- und CHOP-Codes, ZEs, anhand der Vorgaben des Bundesamts für Statistik (BFS) und SwissDRG AG (Abrechnungsregeln) anhand der vorhandenen medizinischen Dokumentation
<b>Medizincontrolling (operativ / strategisch)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schnittstelle zwischen allen Beteiligten im Spital, insbesondere zwischen Klinik und Administration</li> <li>• Sprachrohr zwischen Finanzen und Klinik</li> <li>• Liefert Grundlagen zur Steuerung des Leistungsgeschehens nach ökonomischen und medizinischen Gesichtspunkten</li> <li>• Interner Dienstleister</li> <li>• Systematische Analyse und Verbesserung medizinischer organisatorischer Prozesse, die medizinökonomische Unternehmensentwicklung und –beratung, die Qualitätssicherung der Leistungsdokumentation sowie das Erlösmanagement in der Zusammenarbeit mit Kostenträgern</li> </ul>
<b>SPLG</b>	Spitalplanungsleistungsgruppe

<b>MedStat</b>	Geografische Regionen, die genügend gross sind, damit man anonym für jede in der Schweiz hospitalisierte Person einen Wohnort angeben kann (BfS).
<b>MFZ</b>	Mindestfallzahl. Minimale Anzahl von stationären Fällen pro Jahr, welche für einen Leistungsauftrag vorgewiesen werden müssen (pro Spital / pro Operateur).
<b>DB I, II</b>	Deckungsbeitrag 1 (DB I) ist die Differenz zwischen produktspezifischen Umsätzen und variablen Kosten. Deckungsbeitrag 2 (DB II) ist die Differenz zwischen Deckungsbeitrag 1 und produktspezifischen Fixkosten.
<b>EBITDA</b>	Earnings Before Interest, Taxes, Depreciation and Amortization. Übersetzt beschreibt das EBITDA also einen «Gewinn vor Zinsen, Steuern, Abschreibungen auf Sachanlagen und Abschreibungen auf immaterielle Vermögensgegenstände».
<b>EBITDAR</b>	Earnings Before Interest, Taxes, Depreciation, Amortization, and Restructuring or Rent costs. Weiterentwicklung der EBITDA, welche Vermögensgegenstände und Miete bereinigt, d. h. ist für die Vergleiche der Spitäler wichtig, um einen Vergleich unabhängig von Trägerschaft und Mietverhältnissen zu machen.

Detailliertere Beschriebe zu einigen erwähnten Themen wie auch weitere spannende Artikel finden Sie im [Leitfaden «Die oberärztliche Tätigkeit - eine neue Herausforderung»](#).

[Wichtige Begriffe von SwissDRG](#)