



Was lernen wir aus APDRG für die SwissDRG's?

Aus der Sicht Kodierung

Schweizerische Gesellschaft für Medizincontrolling
10. Fortbildungsveranstaltung, 10. Februar 2010



Alfred K. Bollinger



UniversitätsSpital
Zürich

Themenübersicht

1. Kodierung: was, warum, wie?

2. Was lernen wir aus APDRG?

- Einigkeit der Partner
- Zeitliche Realisierbarkeit
- Verhältnismässigkeit
- Verständlichkeit
- Kodierrichtlinien
- Transparenz
- Kooperation
- Gut Ding will Weile haben



Kodierung: was ist die Hauptaufgabe?

Erstellen der medizinischen Statistik der stationären Patienten

Patient	
Name	Muster
Geschlecht	2 Frau
Wohnot	9000
Vorname	Hans
Geburtsdatum	04.07.1942
Nationalität	DEU
Eintritt	
Aufenthalt vor	1 Zuhause
Eintrittsort	2 angemeldet, geplant
Eintrittszeit	05.01.2009 11:00
Aufnahmewicht	
Behandlung F4	
Beh.-Art	3 stationär
HKST	M990 Andere Tätigkeitsbereiche
Urlaub	0
Klasse	1 allgemein
Kostenträger	7 KK anderer Kt. mit Beiträgen

IPS	
IPS-Stunden	20
Künstl. Beatmung	14
Schichttotal NEMS	91
Schweregrad	18
Score-Art	S SAPS
Austritt	
Entscheid	1 auf Initiative des Behandelnden
Beh. nach	5 Rehabilitation
Aufenthalt n.	5 Rehabilitationsklinik
Austrittszeit	18.01.2009 10:00

AP-DRG			
107 Koronarer Bypass, ohne Herzkatheter			
LOS: 11.8 LTP: 4 HTP1: 24 HTP2: 33			
Aufenthaltsdauer: 14 Tage /311 Stunden			
CW: 2.947 (Version CW=6.0 DRG=1.9 CHOP=11) Inlier			
CW berechnet: <u>2.947</u>			

Behandlung F4				
HB	36.11	06.01.2009 12:30	(Aorto)koronarer Bypass an einer einzelnen Koronararterie	
1.NB	36.15	06.01.2009 12:30	Einfacher Bypass zwischen A. mammaria interna und Koronararterien	
2.NB	39.61	06.01.2009 12:30	Extrakorporelle Zirkulation (ECC) zur Unterstützung der offenen Herzchirurgie	
3.NB	39.64	06.01.2009 12:30	Intraoperativer kardialer Schrittmacher	
4.NB	89.13.21	06.01.2009 15:00	Intensivmedizinische Komplexbehandlung, 60 bis 119 Aufwandpunkte	

Diagnose F3					
HD	107	I	2.947	I25.12	Atherosklerotische Herzkrankheit: Zwei-Gefäßerkrankung
1.ND	107	I	2.947	I25.22	Alter Myokardinfarkt: 1 Jahr und länger zurückliegend
2.ND	107	I	2.947	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
3.ND	107	I	2.947	E11.40 G63.2	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes] mit neurologischen Komplikationen: Nicht als entgleist bDiabetische Polyneuropathie
4.ND	107	I	2.947	E66.01	Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr: Body-Mass-Index [BMI] von 35 bis unter 40



Kodierung: warum muss kodiert werden?

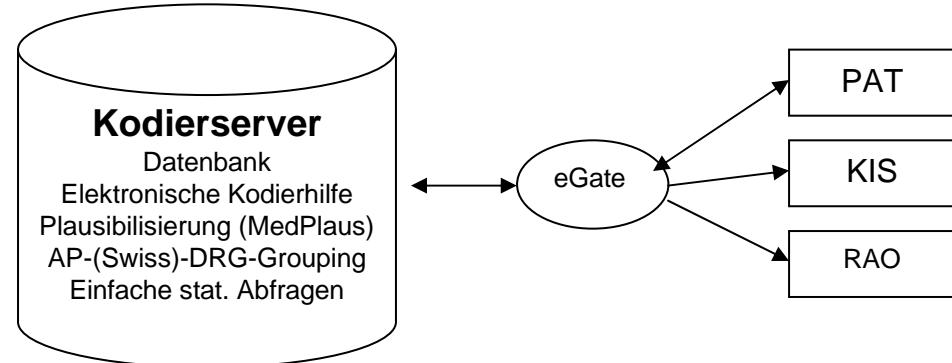
- Offizielle medizinische Statistik des BFS
 - Bundesstatistikgesetz, entsprechende Verordnung, KVG Art. 49
- Kanton
 - Globalbudget (CMI-bereinigte Fallkosten der allg. versicherten Patienten als Berechnungsbasis für Kantonsanteil)
 - kantonale Leistungsplanung
 - Daten für kantonales Krebsregister
- APDRG-Fallpauschalen → **SwissDRG Fallpauschalen**
- BAG
 - „Qualitäts“? - Kennzahlen aus Routinedaten (HELIOS)



Kodierung; wie macht man das, oder

was sind die Quellen / Hilfsmittel?

- Klinikinformationssysteme (KIS)
➤ Arztberichte, Operationsberichte, e-Kardex, Labor, Pathologie, bildgebende Befunde, IPS-Datensatz, Leistungserfassung, etc.
- Patientenadministrationssystem (PAT)
➤ Überprüfung der Korrektheit von administrativen Daten (Ein- / Austritt, Versicherungsklasse, etc.)
- Zentrale Kodierdatenbank
➤ eigenständig
➤ Integriert in KIS
➤ Integriert in PAT



Was lernen wir aus APDRG?

Einigkeit der Partner

Neue klinische und ökonomische Erkenntnisse verzögerungslos einführen



santésuisse

APDRG Suisse

CW-Version 6.0

- beruhte auf Kennzahlen 2004/2005 und somit auf besseren klinischen und ökonomischen Daten
- wurde bereits 2006 publiziert
- leider „erfolgreich“ bis 2009 verhindert

SwissDRG kann es besser machen bei

- Akzeptanz für Notwendigkeit von Innovations-Entgelte und rasche Einigung betreffend Verfahren
- zeitlich unverzögerte DRG-Anpassungen (Gruppen, CW-Versionen)
- etc.



santésuisse



GDK
CDS
CDS



ZMT SCTM



UniversitätsSpital
Zürich

Was lernen wir aus APDRG?

Zeitliche Realisierbarkeit oder frühzeitige Information

Zum Beispiel: fakultative Erfassung von Medikamenten ab 1.1.2010

Information in Flash 1/10

Neu: Nutzung der Reservefelder festgelegt

Neu sind einige Reservefelder aktiv und für eine bestimmte Nutzung definiert. Sie können diese Reservefelder auf freiwilliger Basis zur Angabe folgender Daten benutzen:

1 Reservefeld für den DRG-Status,

14 Reservefelder für die Angabe von sehr teuren Medikamenten.

<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/nomenklaturen/blank/blank/codage/04.Document.128154.xls>



Was lernen wir aus APDRG?

Zeitliche Realisierbarkeit

1 Zu erhebende Angaben

Vierzehn Felder werden angeboten für die Eingabe von Medikamenten: unverschlüsselt, maximale Länge 50, alphanumerisch.

Va. Nr	Bezeichnung	Beschreibung	Bemerkungen	Quelle	Definition	Max. Län-	Typ
4.8.V02	Medikament 1	Gemäss Beschreibung unten ¹⁾				50	AN
4.8.V03	Medikament 2	dito				50	AN
4.8.V04	Medikament 3	dito.				50	AN

L1 Liste der in der Medizinischen Statistik erfassbaren Medikamente/Substanzen		
Stand am 1.1.2010		
Medikament / Substanz ¹⁾	betroffene Verabreichungsart oder Indikation ²⁾	ATC Code
Antithrombin III		B01AB02
Epoprostenol		B01AC09
Iloprost		B01AC11
Abciximab		B01AC13
Eptifibatid		B01AC16
Tirofiban		B01AC17
Treprostinil		B01AC21
Alteplase		B01AD02
Urokinase		B01AD04
Reteplase		B01AD07
Tenecteplase		B01AD11
Recombinantes aktiviertes Protein C		B01AD12
Lepirudin		B01AE02
Alpha-1 Antitrypsin		B02AB02
C1-Esterase-Inhibitor		B02AB03
Fibrinogen		B02BB01

Platzhalter pro Bereich	Max. Stellen	Variable	Wertebereich
aaaaaaaa	7	ATC-Code (7-stellig)	Gemäss Liste der zu erfassenden Medikamente auf der folgenden Internetseite ³⁾ : http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/nomenkaturen/blank/blank/codage/04.html
bbbbbbbbbbbbbb	18	Zusatzangaben	Gemäss Angaben, die in der Liste der zu erfassenden Medikamente/Substanzen stehen. Leer lassen, wenn keine Angabe gemacht wird (...aa;cc...)
cccccc	5	Verabreichungsart	IMPL - Knochenimplantat Inhal - Inhalation IOC - Intraokular IT - Intrathekal IMTR - Intravitreal N - nasal O - oral P - parenteral R - rektal SL - sublingual/bukkal T - topisch TD - transdermal VAG - vaginal U - urethral
ddddddddd	15	Kumulierte Dosis (dem Patienten verabreicht, pro Spaltzeitraum)	Ganzzahliger Wert zwischen 1 und 999999999999999999 (10^{15} -1)
eeeee	5	Einheit	FIPU - International Pharmaceutical Federation Unit g - Gramm gBq - Gigabequerel IU - International Unit mcg - Microgramm mm - Micrometer mg - Milligramm MIU - Million International Unit ml - Milliliter mmol - Millimol MU - Million Units U - Unit UD - Unit Dose TU - Thousand Units



Was lernen wir aus APDRG?

Zeitliche Realisierbarkeit

Probleme:

- Eine manuelle Medikamentenerfassung würde pro Fall mehr Zeit benötigen als die gesamte Kodierung → Stellenetats verdoppeln?
- Eine automatisierte Erfassung setzt folgendes voraus:
 - Elektronische Medikamentenabgabe
 - E-Kardex mit Mappingtabellen
 - Schnittstellen zwischen KIS oder und Kodierdatenbank
 - direkte Kostenzuweisung auf Fallebene statt auf Abteilungsebene und Kostenumlageverfahren

Medizinische
Information

KTR

→ Grösseres interdisziplinäres Projekt (Ärzte, Pflege, IT intern und extern) von mehreren Monaten



Was lernen wir aus APDRG?

Verhältnismässigkeit

Manuelle Kodierung der Medikamente ab Kardex oder e-Kardex??

Medikamente enteral		
Bactrim Forte (Filmtabl) / Sulfametho... (Mo: 1, Mi: 1, Fr: 1 Stk um 07:00) p.o.		
Citalopram Ecosol (Filmtabl 20 mg) / ... 1 - 0 - 0 - 0 Stk p.o.	1	1
Co Dafalgan (Filmtabl) / Codein, Para... 2 - 2 - 2 - 2 Stk p.o.	1	1
Dafalgan (Filmtabl 1 g) / Paracetamol... 1 - 1 - 1 - 1 Stk p.o.	1	1
Dipiperon (Tabl) / Pipamperon 40mg 0 - 0 - 0.5 - 0 Stk p.o.	0.5	0.5
Nexium Mups 40 (Tabl 40 mg) / Esom... 1 - 0 - 0 - 0 Stk p.o.	1	1
Novalgin (Filmtabl 500 mg) / Metamizol... 2 - 2 - 2 - 0 Stk p.o.	1	1
Novalgin (Supp 1 g) Ad / Metamizol 1 ... 1 - 1 - 1 - 0 Stk p.o.	1	2
Supradyn neue Formel (Brausetabls) ... 1 - 0 - 0 - 0 Stk p.o.	1	1
Medikamente syst. parenteral		
Fragmin (Inj Lös 5000 E/0.2ml) Fertig... 5000 5000 5000 2500 2500 2500	5000	5000
Hänseler Morphini guttae (Lös 1 %) ...		
Meronem (Trockensub 1 g) i.v. Stec... Alle 12 Std. 1 g (08:30, 20:30) i.v.	1	1
Neupogen Amgen (Inj Lös 30 Mio E/0... einmalig 30 Mio U.I. s.c.	1	30
Paspertin (Inj Lös 10 mg/2ml) Amp / ...		
Paspertin (Inj Lös 10 mg/2ml) Amp / ... 10 mg als Bolus gem. Zeitplan (08:00, 14:00,...		
Infusionen		
NaCl 0.9% 1000ml		
- Dormicum (Inj Lös 50 mg/10ml) i.v.... Alle 24 Std. 10 mg über 24 h (14:00) Inlnfusion		
- Paspertin (Inj Lös 10 mg/2ml) Amp.... Alle 24 Std. 30 mg über 24 h (17:00) Inlnfusion		
- Paspertin (Inj Lös 10 mg/2ml) Amp.... Alle 12 Std. 15 mg über 12 h (02:00, 14:00) I...		
NaCl 0.9% 1000ml		
NaCl 0.9%		
- Meronem (Trockensub 1 g) i.v. St... Alle 8 Std. 1 g über 30 Min. (06:00, 14:00, 22:...	100	100
NaCl 0.9%		
- Invanz (Trockensub 1 g) Vial / Ert... 100 100 100	1	1
- Meronem (Trockensub 1 g) i.v. St... 1	1	1
NaCl 0.9%		
Alle 24 Std. 1000 ml über 16 h (22:00) Infusion	1000	1000
Medikamente andere		
Flectot EP Tissugel (Pfl) / Diclofenac ... Alle 12 Std. 1 Stk über 12 h (07:00, 19:00) c...	1	1
Ortho Gynest (Ovula) / Estriol 0.5mg (Di: 1, Fr: 1 Stk um 07:00) vaginal	1	1
Medikamente (kumulativ)		
Blutprodukte		
Erythrozytenkonzentrat		
Medikamente in Reserve		
Perfalgan (Inj Lös 1 g) Stechamp / P... 1. Res. Fieber: max. 1 g max. 4x/24h Infusion		
Dormicum (Inj Lös 5 mg/ml) i.m./i.v. A... 1. Res. Krampfanfall: max. 2 mg max. 24x/24...		
Navoban (Inj Lös 2 mg) Amp / Tropis... 1. Res. Nausea: max. 2 mg max. 2x/24h i.v.	1	2

Was lernen wir aus APDRG?

Verhältnismässigkeit

Prozedurenkodierung in der Radio-Onkologie nach Vorgaben SwissDRG

Behandlung F4			
HB	92.24.14	19.11.2009 15:30	Teleradiotherapie mit Photonen, Linearbeschleuniger, intensitätsmodulierte Radiotherapie: Mit bildgestützter Einstellung
1.NB	92.24.14	19.11.2009 15:30	Teleradiotherapie mit Photonen, Linearbeschleuniger, intensitätsmodulierte Radiotherapie: Mit bildgestützter Einstellung
2.NB	92.24.14	20.11.2009 15:30	Teleradiotherapie mit Photonen, Linearbeschleuniger, intensitätsmodulierte Radiotherapie: Mit bildgestützter Einstellung
3.NB	92.24.14	23.11.2009 15:30	Teleradiotherapie mit Photonen, Linearbeschleuniger, intensitätsmodulierte Radiotherapie: Mit bildgestützter Einstellung
4.NB	99.28.11	24.11.2009 15:30	Andere Immuntherapie, mit nicht modifizierten Antikörpern
5.NB	92.24.14	24.11.2009 15:30	Teleradiotherapie mit Photonen, Linearbeschleuniger, intensitätsmodulierte Radiotherapie: Mit bildgestützter Einstellung
6.NB	92.24.14	25.11.2009 15:30	Teleradiotherapie mit Photonen, Linearbeschleuniger, intensitätsmodulierte Radiotherapie: Mit bildgestützter Einstellung
7.NB	92.24.14	26.11.2009 15:30	Teleradiotherapie mit Photonen, Linearbeschleuniger, intensitätsmodulierte Radiotherapie: Mit bildgestützter Einstellung
8.NB	92.24.14	27.11.2009 15:30	Teleradiotherapie mit Photonen, Linearbeschleuniger, intensitätsmodulierte Radiotherapie: Mit bildgestützter Einstellung
9.NB	92.24.14	30.11.2009 15:30	Teleradiotherapie mit Photonen, Linearbeschleuniger, intensitätsmodulierte Radiotherapie: Mit bildgestützter Einstellung
10.NB	92.24.14	01.12.2009 15:30	Teleradiotherapie mit Photonen, Linearbeschleuniger, intensitätsmodulierte Radiotherapie: Mit bildgestützter Einstellung
11.NB	99.28.11	02.12.2009 15:30	Andere Immuntherapie, mit nicht modifizierten Antikörpern
12.NB	92.24.14	02.12.2009 15:30	Teleradiotherapie mit Photonen, Linearbeschleuniger, intensitätsmodulierte Radiotherapie: Mit bildgestützter Einstellung
13.NB	92.24.14	03.12.2009 15:30	Teleradiotherapie mit Photonen, Linearbeschleuniger, intensitätsmodulierte Radiotherapie: Mit bildgestützter Einstellung
14.NB	92.24.14	04.12.2009 15:30	Teleradiotherapie mit Photonen, Linearbeschleuniger, intensitätsmodulierte Radiotherapie: Mit bildgestützter Einstellung
15.NB	92.24.14	07.12.2009 15:30	Teleradiotherapie mit Photonen, Linearbeschleuniger, intensitätsmodulierte Radiotherapie: Mit bildgestützter Einstellung
16.NB	92.24.14	08.12.2009 15:30	Teleradiotherapie mit Photonen, Linearbeschleuniger, intensitätsmodulierte Radiotherapie: Mit bildgestützter Einstellung
17.NB	99.28.11	09.12.2009 15:30	Andere Immuntherapie, mit nicht modifizierten Antikörpern
18.NB	92.24.14	09.12.2009 15:30	Teleradiotherapie mit Photonen, Linearbeschleuniger, intensitätsmodulierte Radiotherapie: Mit bildgestützter Einstellung
19.NB	92.24.14	10.12.2009 15:30	Teleradiotherapie mit Photonen, Linearbeschleuniger, intensitätsmodulierte Radiotherapie: Mit bildgestützter Einstellung
20.NB	92.24.14	11.12.2009 15:30	Teleradiotherapie mit Photonen, Linearbeschleuniger, intensitätsmodulierte Radiotherapie: Mit bildgestützter Einstellung
21.NB	92.24.14	12.12.2009 15:30	Teleradiotherapie mit Photonen, Linearbeschleuniger, intensitätsmodulierte Radiotherapie: Mit bildgestützter Einstellung



Was lernen wir aus APDRG?

Verständlichkeit

134	P	6	Rektumresektion, mit KK
135	P	6	Rektumresektion, ohne KK
136	P	6	Grosse Dünnd- und Dickdarmeingriffe, mit KK
137	P	6	Grosse Dünnd- und Dickdarmeingriffe, ohne KK
138	P	6	Peritoneale Adhäsiolyse, mit KK
139	P	6	Peritoneale Adhäsiolyse, ohne KK
140	P	6	Kleine Dünnd- und Dickdarmeingriffe, mit KK
141	P	6	Kleine Dünnd- und Dickdarmeingriffe, ohne KK
142	P	6	Eingriffe an Ösophagus, Magen und Duodenum, Alter > 17, mit KK
143	P	6	Eingriffe an Ösophagus, Magen und Duodenum, Alter > 17, ohne KK
144	P	6	Eingriffe an Ösophagus, Magen und Duodenum, Alter < 18

147	P	6	Hernieneingriffe, ausgenommen inguinal und femoral, Alter > 17, mit KK
148	P	6	Hernieneingriffe, ausgenommen inguinal und femoral, Alter > 17, ohne KK
149	P	6	Inguinal- und Femoralhernieneingriffe, Alter > 17, mit KK
150	P	6	Inguinal- und Femoralhernieneingriffe, Alter > 17, ohne KK
151	P	6	Hernieneingriffe, Alter < 18
152	P	6	Appendektomie mit komplizierter Hauptdiagnose, mit KK
153	P	6	Appendektomie mit komplizierter Hauptdiagnose, ohne KK
154	P	6	Appendektomie ohne komplizierte Hauptdiagnose, mit KK
155	P	6	Appendektomie ohne komplizierte Hauptdiagnose, ohne KK

G02Z	<input type="radio"/>	Eingriffe an Dünnd- und Dickdarm mit kompl. Eingriff od. kompliz. Diagn. oder Eingr. an Dünnd- u. Dickdarm od. andere Eingr. an Magen, Ösophagus und Duodenum ohne kompliz. Proz., außer bei bösart. Neubild., mit Eingr. bei angebor. Fehlbildung, Alter < 2 J.
G03A	<input type="radio"/>	Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum mit hochkomplexem Eingriff oder komplizierenden Prozeduren oder bei bestimmter bösartiger Neubildung
G03B	<input type="radio"/>	Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum ohne hochkomplexe Eingriff, ohne komplizierende Prozeduren, außer bei bestimmter bösartiger Neubildung
G04A	<input type="radio"/>	Adhäsiolyse am Peritoneum, Alter < 4 Jahre oder mit äußerst schweren oder schweren CC oder kleine Eingriffe an Dünnd- und Dickdarm mit äußerst schweren CC, Alter < 6 Jahre
G04B	<input type="radio"/>	Adhäsiolyse am Peritoneum, Alter < 4 Jahre oder mit äußerst schweren oder schweren CC oder kleine Eingriffe an Dünnd- und Dickdarm mit äußerst schweren CC, Alter > 5 Jahre
G07A	<input type="radio"/>	Appendektomie bei Peritonitis mit äußerst schweren oder schweren CC oder kleine Eingriffe an Dünnd- und Dickdarm ohne äußerst schwere CC, Alter < 3 Jahre

G07A	<input type="radio"/>	Appendektomie bei Peritonitis mit äußerst schweren oder schweren CC oder kleine Eingriffe an Dünnd- und Dickdarm ohne äußerst schwere CC, Alter < 3 Jahre
G07B	<input type="radio"/>	Appendektomie bei Peritonitis mit äußerst schweren oder schweren CC oder kleine Eingriffe an Dünnd- und Dickdarm ohne äußerst schwere CC, Alter > 2 Jahre und Alter < 10 Jahre
G07C	<input type="radio"/>	Appendektomie bei Peritonitis mit äußerst schweren oder schweren CC oder kleine Eingriffe an Dünnd- und Dickdarm ohne äußerst schwere CC, Alter > 9 Jahre

Erkläre mal als Medizincontroller einem Mediziner in seiner Sprache, was für Fälle da gemeint sind

Oder selektiere Fälle nach klinischen Diagnosen/Behandlungen für eine Kosten- Ertragsanalyse



Was lernen wir aus APDRG?

Kodierhandbuch

Unpräzise oder lückenhafte Kodierrichtlinien

- enthalten ein hohes Mass an Interpretierbarkeit
- ermöglichen erwiesenermassen das Ausreizung von Lücken, Ungeschriebenen
- führen zu unterschiedlichen Kodierpraxen zwischen einzelnen Spitätern oder Landesregionen
- Verunmöglichen vergleichbare Revisionsergebnisse
- Ermöglichen unterschiedliche Vergütungen für klinisch gleiche Fälle



Hier haben wir im Vorfeld der Einführung von SwissDRG systembedingt die Lehren gezogen und mit dem Kodier-Handbuch Version 3.0 einen ersten Schritt umgesetzt.

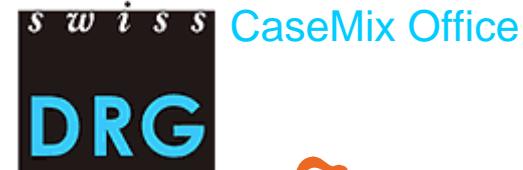
Was lernen wir aus APDRG?

Transparenz

Frühzeitige Veröffentlichung von wichtigen Informationen

- Die Spitäler müssen sich auf SwissDRG einstellen
 - Prozesse und Strukturen anpassen
 - Das Behandlungsspektrum spitalweit/auf Klinikebene analysieren
 - Auftrag, zukünftiges Marktumfeld, voraussichtliches Kosten- Ertragsverhältnis
 - Behandlungspfade anpassen, Kooperationen eingehen, Verhandlungen führen
- Hierfür benötigen wir zwingend gezielte Informationen**

APDRG Suisse		Version 6.0		
	Nicht universitär	Universitär	Total	
Aufenthalte	305'825	130'028	435'853	
Tage	2'316'382	1'046'430	3'362'812	
Punkte	275'100	157'573	432'673	
Kosten	2'269'948'963	1'480'371'244	3'750'320'208	
ALOS	7.57	8.05	7.72	
CMI	0.900	1.212	0.993	
Kosten/Punkt	8'251	9'395	8'668	



Was lernen wir aus APDRG?

Kooperation

Spitalspezifische Kenndaten sollten in beide Richtungen laufen



Was wir wirklich benötigen:

- unser SwissDRG-Datensatz gruppiert zurück, alternativ
- ein in unsere Systeme integrierbarer SwissDRG-Grouper



Was lernen wir aus APDRG?

Gut Ding will Weile haben

- 2004 startete das Projekt SwissDRG
- Am 18.1.2008 wurde die SwissDRG AG gegründet
 - ein Jahr nach initialer Planung
- 2009 erfolgte die Datenerfassung mit den ersten Anpassungen für das SwissDRG System
 - Neuer Datensatz, ICD-10-GM 2008, CHOP 11.0 6-stellig
 - Vereinzelt angepasste Kodierrichtlinien (Nebendiagnose, Onkologie, ME)
 - Aber mit einem Kodierhandbuch Version 2 (ausgerichtet auf ICD-10 WHO, CHOP 10)
 - ➔ Und die Spitäler hatten Mühe in der Umsetzung (Prozesse, IT, Personal ➔ Kodierverzug)
- 2010 wird CHOP 12.0 nicht publiziert
 - Das BFS konnte mit externer Hilfe die über 4000 Anträge nicht zeitgerecht verarbeiten
 - Man behilft sich mit einer fakultativen Medikamentenliste (Zusatzentgelt)
 - Und man glaubt, dass die Spitäler das rasch und rückwirkend umsetzen können



Was lernen wir aus APDRG?

Gut Ding will Weile haben

- Die SwissDRG-Partner halten am Terminkalender 1.1.2012 fest
 - ungeachtet der fehlenden Entwicklung der Prozedurenklassifikation
 - ungeachtet der Kapazitäten und Zeitbedürfnisse der Spitäler
 - ➔ unter Inkaufnahme qualitativ fragwürdiger Daten (Kodierung, KTR) als Basis für einen unausgereiften Fallpauschalenkatalog (Verweildauer, CW, etc.)
 - Sachliche Realität vor politischem Ehrgeiz
 - zeitlich realistisch abgestimmte Prozesse und Schritte planen
 - Die Kapazitäten des BFS und der Spitäler berücksichtigen
 - Die Spitäler als Partner ernst nehmen
 - Qualität statt Mängel unter Zeitdruck
- ➔ Würden nicht alle von einer Einführung per 1.1.2013 profitieren?





**Herzlichen Dank
*für Ihre Aufmerksamkeit!***



UniversitätsSpital
Zürich