

Herzlich willkommen Input Kodierung



Dr. Ulrich Raub
KIS-Koordinator Medizin

Zur Person

Disclaimer

Keine rechtlich relevanten Aussagen zur Abrechnung
Keine Vertreter der Meinung der Privatklinik Meiringen
Keinerlei finanzielle Interessen
Jegliche Art der Aufzeichnung ist untersagt

Teil 1

Grundlagen der Finanzierung im Allgemeinen und Speziell im Schweizerischen Gesundheitswesen

Break

Teil 2 Anwendung

- Aspekte der Kodierung

Break

- Umwandlung von Arbeit in Gehalt in der Psychiatrie

Ziel der Gesundheitsversorgung

Ziele

Die Bewohnerinnen und Bewohner der Schweiz sollen mit ihrer Gesundheit kompetent und verantwortungsbewusst umgehen können. Gleichzeitig soll unser bewährtes Gesundheitssystem qualitativ hochstehend, finanzierbar und zugänglich bleiben.

Wir stehen vor grossen Herausforderungen: Die Zahl der älteren und chronisch kranken Menschen sowie der nicht übertragbaren Krankheiten nimmt zu. Es fehlt an qualifiziertem Fachpersonal, die demographische Entwicklung und der medizinisch-technische Fortschritt erhöhen die Kosten und das Gesundheitswesen ist zu wenig transparent. Zudem besteht bei der Digitalisierung im Gesundheitswesen ein grosser Aufholbedarf.

Der Bundesrat will diese Herausforderungen nachhaltig bewältigen und hat dazu seit 2013 mit der Strategie Gesundheit2020 über 36 Massnahmen vorangetrieben. Dadurch will er die Lebensqualität der Menschen in unserem Land verbessern, die Chancengleichheit erhöhen und die Transparenz und Versorgungsqualität optimieren. [Gesundheit2030](#) baut auf diesen Massnahmen auf. Der Bundesrat will das Gesundheitssystem weiter verbessern und somit allen Menschen in der Schweiz eine gute und bezahlbare medizinische Versorgung ermöglichen.

Bei der Umsetzung dieser Strategie spielen wir eine Hauptrolle. Unser Ziel ist, das Schweizer Gesundheitssystem optimal auf die Herausforderungen der Zukunft auszurichten.

Quelle
BAG www.bag.admin.ch

Modelle der Finanzierung I

- **Bismarck-Modell (Sozialversicherung)**

Deutschland, Belgien, Frankreich Pflichtbeiträge von Arbeitnehmern und Arbeitgebern, einkommensabhängig, solidarisch in Sozialversicherungsfonds.

- **Beveridge-Modell (Öffentliches Gesundheitssystem)**

Großbritannien, Spanien, Schwede, USA (teilweise) Staatlich finanziert, staatliche Verantwortung, kostenlos für Patienten, universal und egalitär

- **Semashko Modell**

ehem. UDSSR, Ost-Block Staat als Leistungsanbieter, Verwalter, Finanzierer

- **Private Krankenversicherung**

USA (teilweise) privat finanziert, risikoabhängig, und können erheblich variieren, ungerecht (?)

Modelle der Finanzierung II

- **Out-of-Pocket-Zahlungen**

Direktzahlung, ungleich, ungerecht

- **Hybridmodelle**

Kanada, Australien um Wahlmöglichkeiten für Patienten zu gewährleisten.

- **Kapitation**

Gesundheitsdienstleister erhalten eine feste Zahlung pro Patient, unabhängig von der Anzahl der erbrachten Leistungen. Anreiz zur Prävention

- **Leistungsorientierte Abrechnung (Fee-for-Service)**

Vor allem in den USA, Japan (hier mit Kostendeckel). Die erbrachte Leistung wird bezahlt, wird relativ kritisch gesehen, da zu viele Anreize

Merkmale Schweiz

- Obligatorische Versicherung

Ca. 50 anerkannte Anbieter, nicht gewinnorientiert, Gleichbehandlung aller Versicherten bei Aufnahme, Wahl der Form, Vergütung

- Leistung

Gewährt Leistung bei Krankheit, Unfall, Mutterschaft, die wirksam, zweckmässig, und wirtschaftlich sind.

- Finanzierung

Beiträge der Versicherten (Prämien), Kostenbeteiligungen der Versicherten (Franchise, Selbstbehalt, Spitalbeitrag) und Gelder des Bundes und der Kantone (Prämienverbilligung). Prämien müssen kostendeckend sein und sind einkommensunabhängig

- Tarife

Durch Vertrag zwischen Versicherern und Leistungserbringern und/oder von gemäss Gesetz von der zuständigen Behörde.



Staat: 33%

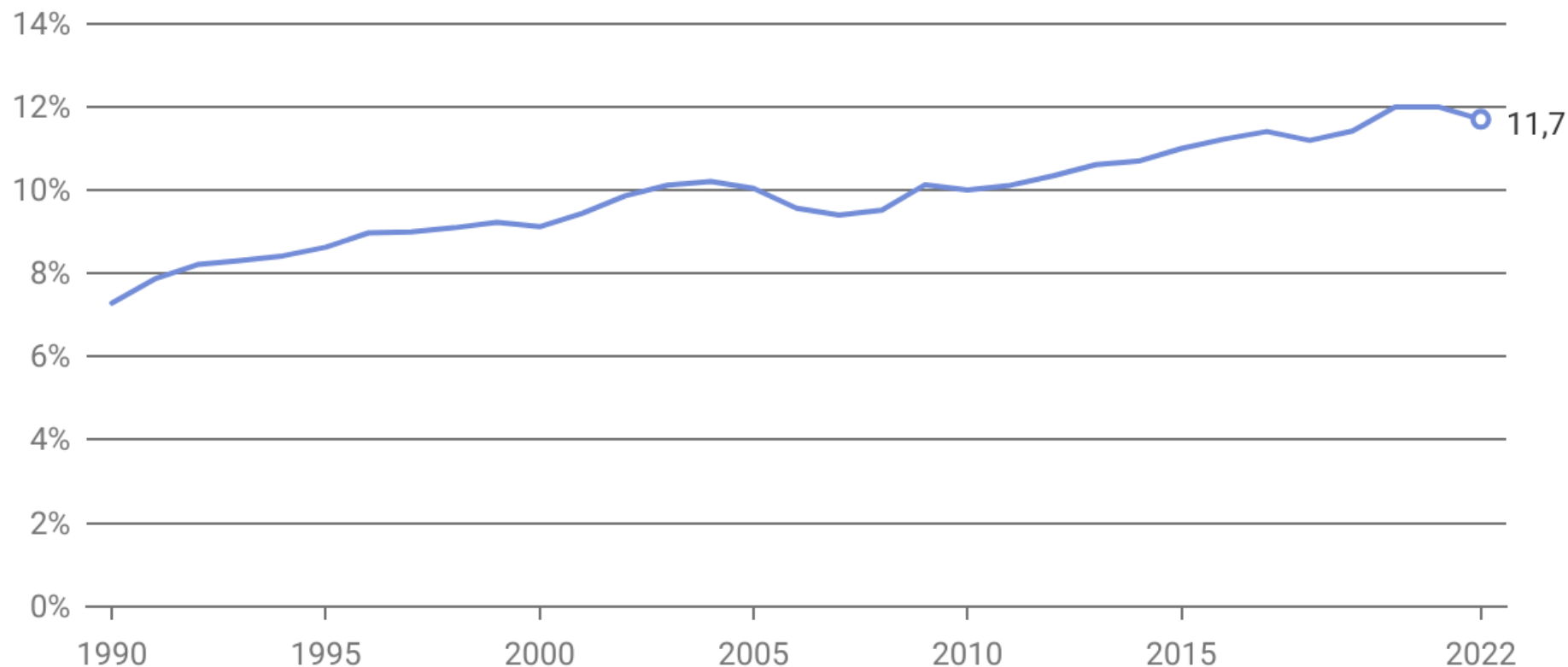
Haushalte: 67%
(WählerInnen!!!!)

Aber 92.9Mrd Einnahmen – 91.5Mrd Ausgaben
1.4Mrd SFr Überschuss

Anteil BIP

Kosten des Gesundheitswesens im Verhältnis zum BIP

In % des BIP



Retropolation 1990–2009

Datenstand: 31.03.2024

Quelle: BFS – Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens (COU)

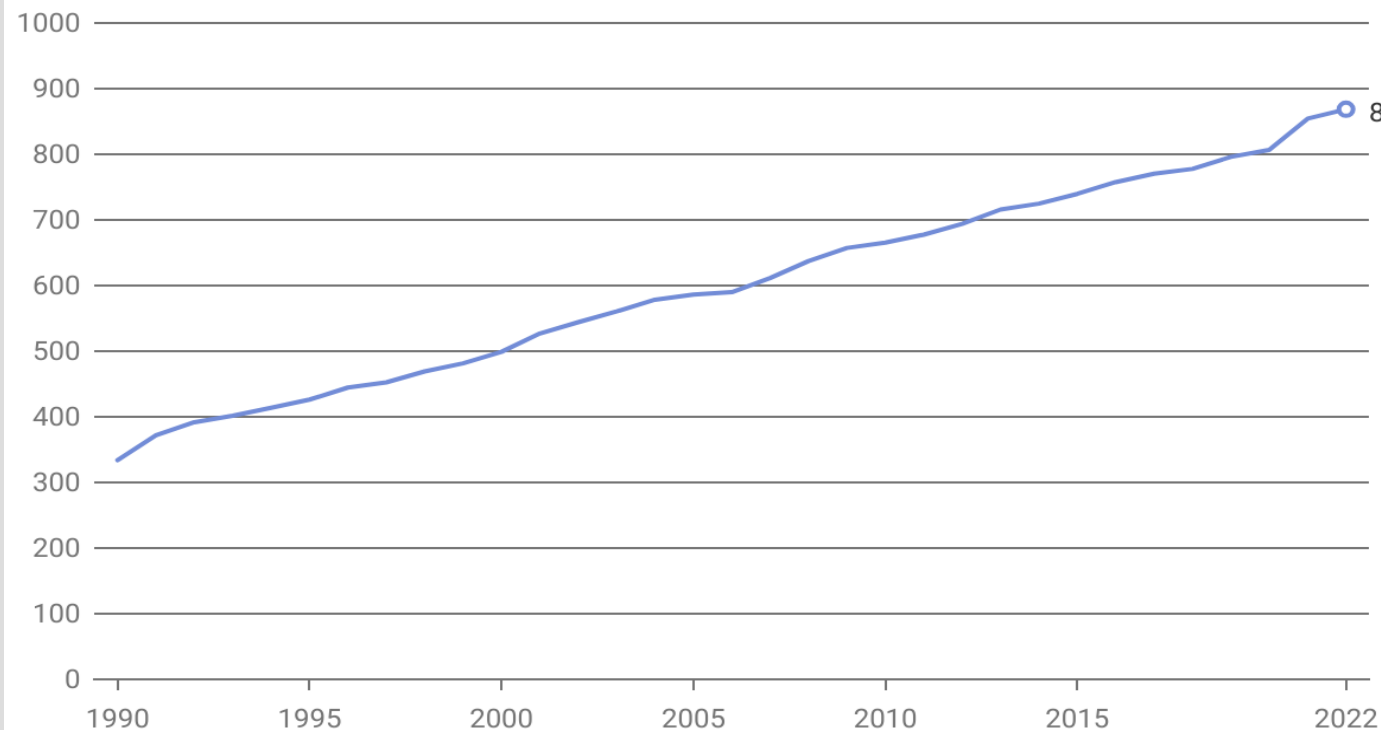
gr-d-14.05.01.06b

© BFS 2024

Kosten pro Einwohner

Kosten des Gesundheitswesens pro Einwohner

Franken pro Monat



Retropolation 1990–2009

Datenstand: 31.03.2024

Quelle: BFS – Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens (COU)

gr-d-14.05.01.06a

© BFS 2024

$$Y = 1.3x + 320$$

Herausforderungen I

- Demografischer Wandel - Veränderung der Qualität/Quantität von Erkrankungen
- Steigende Kosten Personal - Inflation - Konkurrenz
- Steigende Kosten Technologie - MRI von 5 auf 15 Tesla
- Steigende Erwartungen - Alt werden ist schön / Informationsüberflutung
- Fachkräftemangel
- Globalisierung – Migration
- Globalisierung – Gesundheitsbedrohungen

Herausforderungen II

- Demokratie als Nachteil
- Aktionismus ohne Nachhaltigkeit
- Mangelnde Bereitschaft zur Massnahmenüberprüfung
- Kein Rückkopplung Massnahmen – Ergebnis: Es hat noch nie funktioniert
- Krankheit als Geschäftsmodell – Es lohnt sich

Gründe der Herausforderungen

1. Demographische Entwicklung - FAKT

- Zunahme des Anteils ältere Menschen idR verknüpft mit Zunahme akute und chronischer Erkrankungen
- Bis 2050 dürfte sich die Zahl der Menschen über 80 in der Schweiz mehr als verdoppeln.

2. Medizinisch-technologischer Fortschritt - FAKT

Bessere Diagnostik und Intervention, die mehr kostet und häufiger genutzt wird.

3. Mangelhafte Funktionalität des Systems - FAKT

- Doppelspurigkeiten, Fehlanreize und ineffiziente Strukturen, Behandlungen die medizinisch nicht begründbar sind. (Einsparpotenzial von mehreren Mrd. SFr.)

Einsparungsbedarf

- Demokratie als Nachteil, Aktionismus Autosteuer
- Mangelnde Bereitschaft zur Massnahmenüberprüfung
- Kein Rückkopplung Massnahmen – Ergebnis
- Bewiesenermassen nicht funktionieren Massnahmen werden fortgesetzt

Sparvorschläge I

Präventivmedizin

Investitionen in präventive Maßnahmen um Krankheit zu vermeiden und früh zu behandeln

Telemedizin

Niederschwellig, keine Reisekosten, geringer Zeitaufwand

Effiziente Ressourcennutzung

Optimierung von Abläufen in Kliniken und Praxen

Digitalisierung

Elektronische Patientenakten/digitale Verwaltungsprozesse

Kostentransparenz

Bessere Informationen soll anregen kostengünstigere Alternativen zu wählen.

Kollaboration zwischen Anbietern

Ressourcen besser nutzen und Doppeluntersuchungen vermeiden.

Sparvorschläge II

Arzneimittelmanagement

Verhandlungen über Medikamentenpreise und die Förderung von Generika können erhebliche Einsparungen ermöglichen.

Patientenschulungen

Informierte Patienten, die ihre Krankheiten besser verstehen, können kostspielige Komplikationen vermeiden.

Anreizsysteme

Finanzielle Anreize für gesunde Lebensweisen und die Einhaltung von Behandlungsplänen können langfristige Einsparungen bringen.

Reduktion von Überversorgung

Evidenzbasierte Analyse und Anpassung von Behandlungsstandards

23.10.2024

Sparvorschläge III

Vierte Vorlage

Änderung des Bundesgesetzes
über die Krankenversicherung
(KVG) (Einheitliche Finanzierung
der Leistungen)

Volksabstimmung vom 24.11.2024

- aktuell: Ambulant bezahlt die Kasse 100%, stationär ca. 50% Kanton, was zu Fehlanreizen (mehr stationär) führt WIESO?

<https://www.admin.ch/gov/de/start/dokumentation/abstimmungen/20241124/finanzierung-gesundheitsleistungen.html>

- Neu : Alle Leistungen werden mit dem gleichen Schlüssel bezahlt
Kanton: 26.9% , KK max. 73.1%

Alternative Ansätze – Freie Gedanken?

Diskussion

Sozialdarwinistischer Ansatz ---ja-ja---Shitstorm unethisch Nazi-Ideologie

Naturvölker-Auslese

Freigabe der Kosten

Grundlegende Änderung der Vergütungsmodelle: Statt einer Gebühren-for-Service-Modelle könnte ein wertbasiertes Vergütungssystem eingeführt werden, das die Qualität der Versorgung in den Mittelpunkt stellt.

Diese Ansätze erfordern oft eine umfassende Reform der bestehenden Systeme und die Bereitschaft, bestehende Strukturen in Frage zu stellen.

Zitat: Chat GPT 3.5 Frage nach Radikalen Ansätzen

Teil II Kodierung Allgemein

Was ist Kodierung
Wo wird kodiert
Wie funktioniert es in der Psychiatrie

Kodierung?

Kodierung

Bijektive Zuordnung von Zeichen-sätzen zur Informationsübermittlung

- Zum Verschlüsseln
- Zum Verkürzen
- Zum Übersetzen

- Von Sprache
- Von Text
- Von Zeichen

Der Begriff Code ist vielfältig , unspezifisch und die Verwendung
muss zwischen
den CodebenutzerInnen abgestimmt werden

Kodierung in der Psychiatrie - 1 von 4

Kodierung 1 : Mehrwöchige
Behandlung wird zu Text
(Austrittsbericht)



Austrittsbericht



Sehr geehrter Herr Dr. med. Thiel

Wir berichten über den oben genannten Patienten, der sich vom 27.11.2023 bis 23.01.2024 in unserer stationären Behandlung befand. Vielen Dank für die freundliche Zuweisung.

Diagnose

F31.3 Bipolare affektive Störung, gegenwärtig leichte oder mittelgradige depressive Episode

E03.9 Hypothyreose, nicht näher bezeichnet

U07.1! COVID-19, Virus nachgewiesen

R50.88 Sonstiges näher bezeichnetes Fieber

Aktuelle Situation und Einweisungsumstände

Wiedervorstellung nach ca. 25 Jahren des 65-jährigen Patienten, zugewiesen von seinem ambulanten Psychiater, Herrn Dr. med. Ch. Thiel, zur Abklärung und Durchführung einer Ketamin-Therapie, der Patient verweilt freiwillig.

Herr Müller erhielt in seinem 18. Lebensjahr die Diagnose einer Bipolaren affektiven Störung. Er habe in seinen 20er Jahren häufige Episodenwechsel von Depressionen und teilweise auch schweren Manien gehabt und bereits diverse Medikationen durchgemacht, sowie auch EKT und TMS. Trotz adäquater Polypharmakotherapie mit Antidepressiva, Augmentation, Moodstabiliser, Neurolektika, Lithium, Betablockern, Stimulanzien und Transkranialer Magnetstimulation und verschiedenen psychotherapeutischen Verfahren, bleibe der Patient subdepressiv. Er würde schon seit 35 Jahren in einer chronifizierten

Kodierung in der Psychiatrie – 2 von 4

Kodierung 2 : Erkrankung gemäss Lehrbuch wird Buchstaben-Zahlen-Code gemäss *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*: Das ICD-10-System

F31.3

Hierbei handelt es sich um eine Störung, die durch wenigstens zwei Episoden charakterisiert ist, in denen Stimmung und Aktivitätsniveau des Betroffenen deutlich gestört sind. Diese Störung besteht einmal in gehobener Stimmung, vermehrtem Antrieb und Aktivität (Hypomanie oder Manie), dann wieder in einer Stimmungssenkung und vermindertem Antrieb und Aktivität (Depression). Wiederholte hypomanische oder manische Episoden sind ebenfalls als bipolar zu klassifizieren

23.10.2024

Austrittsbericht

Müller Hans, geb. 09.04.1958
Gwattstrasse 46 B, 3603 Thun

Sehr geehrter Herr Dr. med. Thiel

Wir berichten über den oben genannten Patienten, der sich vom 27.11.2023 bis 23.01.2024 in unserer stationären Behandlung befand. Vielen Dank für die freundliche Zuweisung.

Diagnose

F31.3 Bipolare affektive Störung, gegenwärtig leichte oder mittelgradige depressive Episode
E03.9 Hypothyreose, nicht näher bezeichnet
U07.1! COVID-19, Virus nachgewiesen
R50.88 Sonstiges näher bezeichnetes Fieber

Aktuelle Situation und Einweisungsumstände

Wiedervorstellung nach ca. 25 Jahren des 65-jährigen Patienten, zugewiesen von seinem ambulanten Psychiater, Herrn Dr. med. Ch. Thiel, zur Abklärung und Durchführung einer Ketamin-Therapie, der Patient verweilt freiwillig. Herr Müller erhielt in seinem 18. Lebensjahr die Diagnose einer Bipolaren affektiven Störung. Er habe in seinen 20er Jahren häufige Episodenwechsel von Depressionen und teilweise auch schweren Manien gehabt und bereits diverse Medikationen durchgemacht, sowie auch EKT und TMS. Trotz adäquater Polypharmakotherapie mit Antidepressiva, Augmentation, Moodstabiliser, Neurolektika, Lithium, Betablockern, Stimulanzien und Transkranialer Magnetstimulation und verschiedenen psychotherapeutischen Verfahren, bleibe der Patient subdepressiv. Er würde schon seit 35 Jahren in einer chronisierten

Kodierung in der Psychiatrie – 3 von 4

Kodierung 3 : Behandlungsabläufe/Leistungen werden in **CHOP**-Codes (Schweizerische (**CH**) **O**perationscodes gemäss Anforderungskatalog des Bundesamtes für Gesundheit (ca. 500 Seiten) abgebildet

Merkmale



Mindestmerkmal Punkt 1. Indikation: Psycho-dynamisch, systemisch oder kognitiv verhaltenstherapeutisch basierte Behandlung.

Mindestmerkmal Punkt 2. Therapie:
1. Psychotherapie : Pro Woche mindestens 6 TE ärztliche oder psychologische Psychotherapie im Einzel- und Gruppensetting. Dabei entspricht eine TE mind. 25 Min. Einzeltherapie oder mind. 50 Min. Gruppentherapie. TE, die ein mehrfaches der mind. Zeiteinheit entsprechen, dürfen als das mehrfache gezählt werden. (Bsp. 50 Min. Einzeltherapie = 2 TE; 100 Min. Gruppentherapie = 2 TE)



Code

94.3A.14 Psychotherapeutische und psychosomatische Komplexbehandlung, mindestens 21 bis 27 Behandlungstage

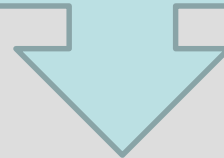
- 94.35.21 Psychiatrisch-psychotherapeutische Krisenintervention in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, von mehr als 4 Stunden bis 6 Stunden pro Tag
- 94.35.22 Psychiatrisch-psychotherapeutische Krisenintervention in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, von mehr als 6 Stunden bis 9 Stunden pro Tag
- 94.35.23 Psychiatrisch-psychotherapeutische Krisenintervention in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, von mehr als 9 Stunden bis 12 Stunden pro Tag
- 94.35.24 Psychiatrisch-psychotherapeutische Krisenintervention in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, von mehr als 12 Stunden pro Tag
- 94.39 Psychotherapie, sonstige
- 94.3A Psychotherapeutische und psychosomatische Komplexbehandlung
- 94.3A.1 Psychotherapeutische und psychosomatische Komplexbehandlung, nach Anzahl Behandlungstage
- Beachte: Mindestmerkmal Punkt 1, Indikation: Psycho-dynamisch, systemisch oder kognitiv verhaltenstherapeutisch basierte Behandlung.
- Mindestmerkmal Punkt 2, Therapie:
1. Psychotherapie: Pro Woche mindestens 6 TE ärztliche oder psychologische Psychotherapie im Einzel- und Gruppensetting. Dabei entspricht eine TE mind. 25 Minuten Einzeltherapie oder mind. 50 Minuten Gruppentherapie. Die Zeitdauer der einzelnen Therapieeinheiten pro Therapieart und Woche ist kumulativ wirksam. D.h., dass beispielsweise 2 Einzeltherapiesitzungen à je 40 Minuten als 3 Therapieeinheiten oder zwei Gruppenpsychotherapiesitzungen à je 75 Minuten als 3 Therapieeinheiten zählen. Eine Reduktion der Mindestanforderung auf 5 TE pro Woche ist nur in Ausnahmefällen aus patientenspezifischen Gründen (z. B. ein Infekt der Patientin / des Patienten; ein kurzfristig anberaumter Termin bei der Konsiliarärztin / beim Konsiliararzt, Case Manager oder Arbeitgeber) zulässig und muss dokumentiert sein.
 2. Spezialtherapie: Einsatz ergänzender spezialtherapeutischer Techniken aus den Bereichen Bewegungs- und Körpertherapien inklusive Physiotherapie, Kunsttherapie, Ergotherapie, edukative und Beratungsangebote durch entsprechend ausgebildete Fachpersonen. Mindestens 360 Minuten pro Woche.
 3. Pflege: Pflegerische Begleitung durch Pflegefachfrau / Pflegefachmann mit Psychiatrieerfahrung in Bezugspersonenpflegesystem
 4. Wöchentliche ärztliche Visite

- Mindestmerkmal Punkt 3, Behandlungsteam: Multidisziplinäres Team unter der Leitung einer Fachärztin / eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie. Des Weiteren im Team:
1. ärztliche und psychologische Psychotherapeuten/-innen,
 2. Pflegefachmann/-frau mit Spezialisierung in der Psychiatrie (HF mit Schwerpunkt Psychiatrie, HF/FH-Vertiefung Psychiatrie),
 3. Spezialtherapeuten/-innen, wie unter «Mindestmerkmal Punkt 2, Therapie» erwähnt.
- Mindestmerkmal Punkt 4, Therapieplanung, -kontrolle und Dokumentation: Schriftliche Behandlungsplanung zu Beginn der Behandlung sowie regelmässige dokumentierte Evaluation im Rahmen zumindest wöchentlicher Teambesprechungen unter Beteiligung aller am Behandlungsprozess beteiligten Berufsgruppen.
- 94.3A.11 Psychotherapeutische und psychosomatische Komplexbehandlung, bis 6 Behandlungstage
- 94.3A.12 Psychotherapeutische und psychosomatische Komplexbehandlung, mindestens 7 bis 13 Behandlungstage
- 94.3A.13 Psychotherapeutische und psychosomatische Komplexbehandlung, mindestens 14 bis 20 Behandlungstage
- 94.3A.14 Psychotherapeutische und psychosomatische Komplexbehandlung, mindestens 21 bis 27 Behandlungstage
- 94.3A.15 Psychotherapeutische und psychosomatische Komplexbehandlung, mindestens 28 bis 34 Behandlungstage
- 94.3A.16 Psychotherapeutische und psychosomatische Komplexbehandlung, mindestens 35 bis 41 Behandlungstage
- 94.3A.17 Psychotherapeutische und psychosomatische Komplexbehandlung, mindestens 42 bis 48 Behandlungstage
- 94.3A.18 Psychotherapeutische und psychosomatische Komplexbehandlung, mindestens 49 bis 55 Behandlungstage
- 94.3A.1A Psychotherapeutische und psychosomatische Komplexbehandlung, mindestens 56 bis 62 Behandlungstage
- 94.3A.1B Psychotherapeutische und psychosomatische Komplexbehandlung, mindestens 63 bis 69 Behandlungstage
- 94.3A.1C Psychotherapeutische und psychosomatische Komplexbehandlung, mindestens 70 bis 76 Behandlungstage
- 94.3A.1D Psychotherapeutische und psychosomatische Komplexbehandlung, mindestens 77 bis 83 Behandlungstage

Kodierung in der Psychiatrie – 4 von 4

Tarifsystem **Psy**chiatry TARPSY : Behandlung wird Lohn, Geld, neue MitarbeiterInnen

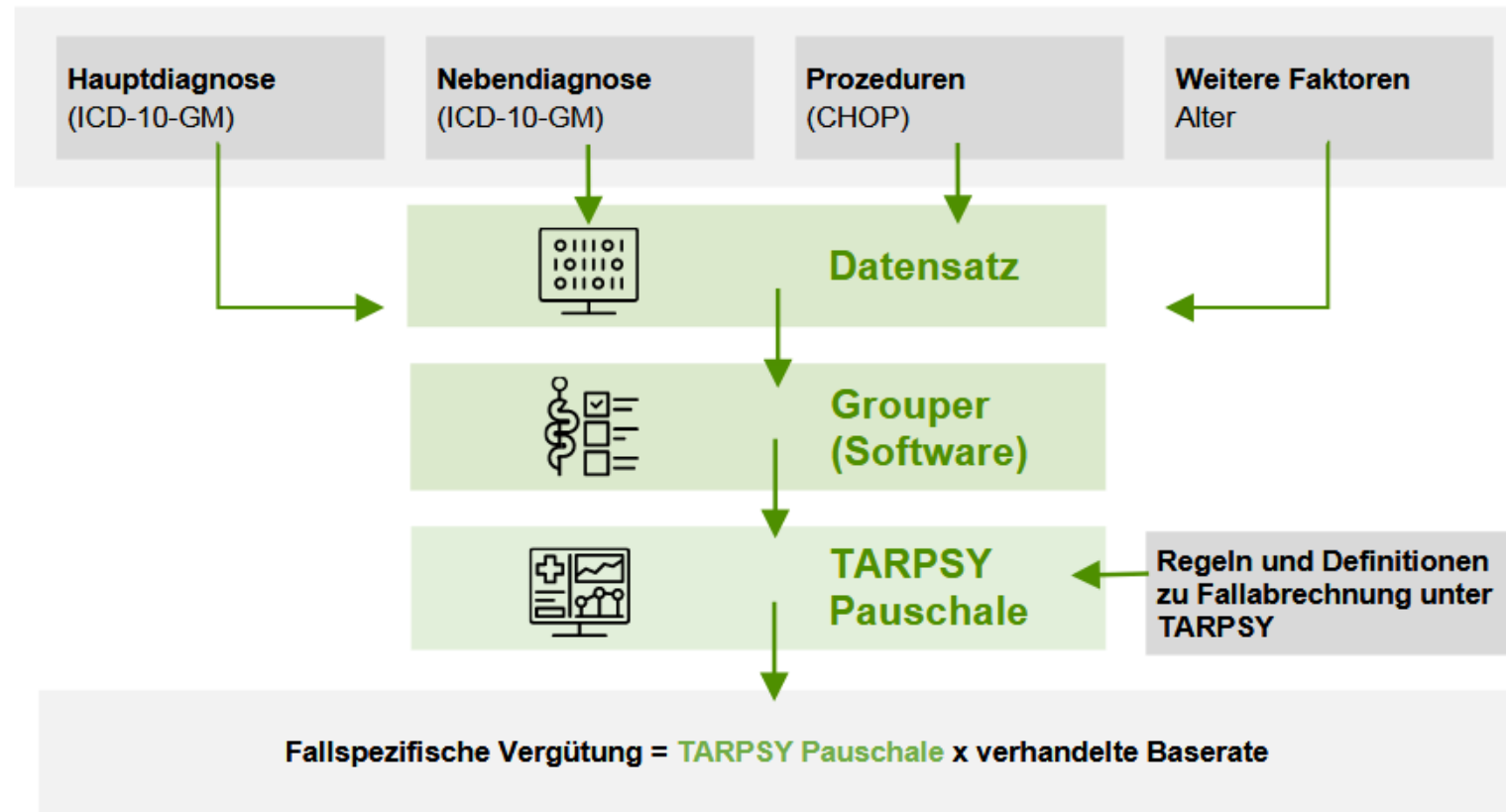
Code 1: Aufenthaltsbeschreibung = Text-Code
Code 2: Komplexe, definierte Erkrankungen = ICD10-Code
Code 3: Komplexe, definierte Behandlungsabläufe = CHOP-Code
+ Komplexe Zusatzinformationen (EKT, BEP, Alter)



Datum	Tarif	Tarifziffer	Bezugsziffer	Si	St	Anzahl	TP AL/Preis	f AL	TPW AL	TP TL	f TL	TPW TL	A	V	P	M	Betrag
12.09.23	030	TP21B			1	1	19.684	0.45	699.00				1	2	1	1	6'191.60
Psychische oder Verhaltensstörungen durch Alkohol, andere Drogen oder andere Substanzen, Alter > 17 Jahre																	
Code	Satz	Betrag	MWSt	MWSt.-Nr.: CHE-102.154.270				Anzahlung				Gesamtbetrag:				6'191.60	
1	0.00	6'191.60	0.00	Währung: CHF								davon PFL:				6'191.60	
												Rechnungsbetrag:				6'191.60	

Kodierung in der Psychiatrie

Die Anwendung von TARPSY



Quelle:
https://www.swissdrg.org/application/files/1216/9996/0851/231114_TARPSY.pdf

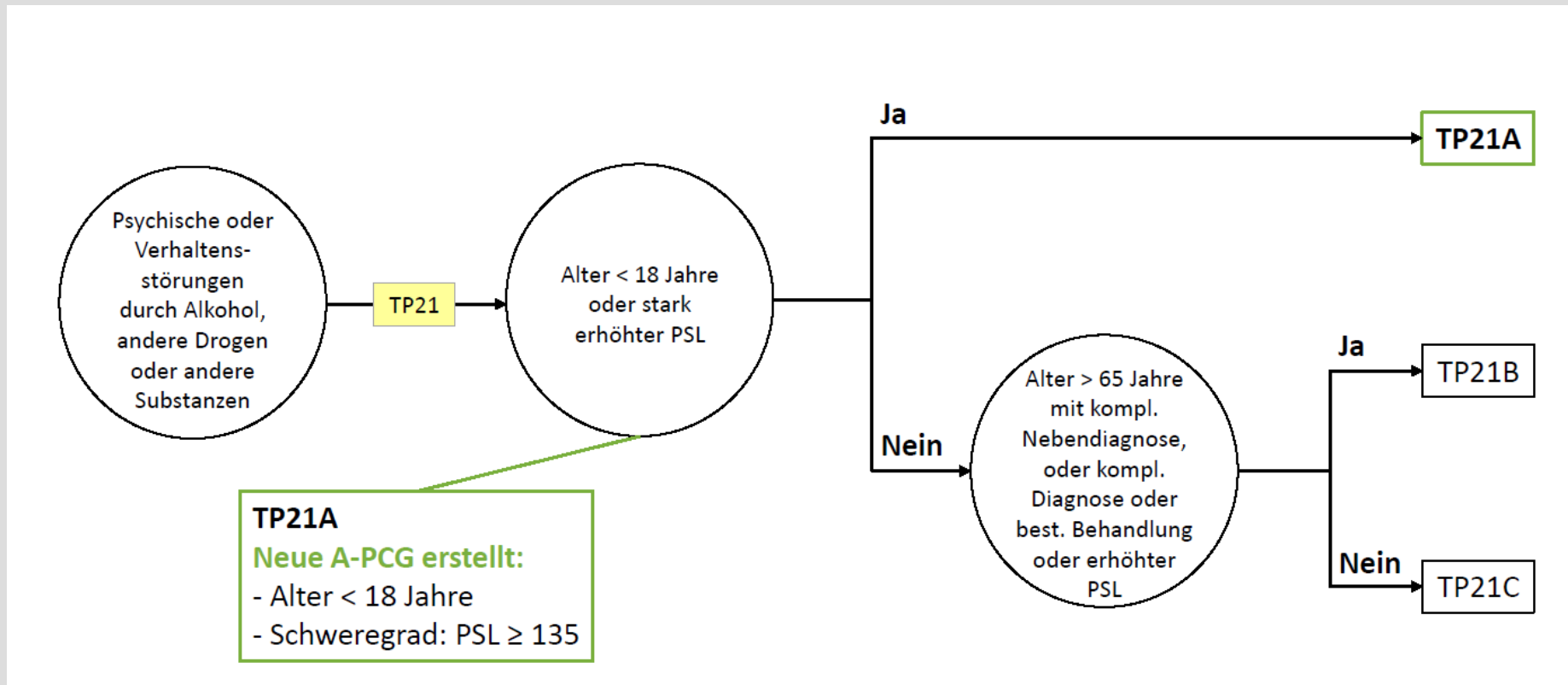
Kodierung in der Psychiatrie

Kodierung in einer Psychiatrischen Klinik

- Erfassung
- ***aller dokumentierten***
- ***Aufwand generierenden*** Tätigkeiten
(Pflege, TD, PD, MD, SD)
- während der Behandlung einer Patientin
- in digital verarbeitbarer Form

Ziel: Vollständige Erstattung/Abrechnung
unserer Arbeit

Grouping



Neu in TARPSY 5.0/2024

APCG TP27

Depressive oder bipolar depressive Störungen

Hauptdiagnose in Tabelle TP27-1

PCG TP27A

Depressive oder bipolar depressive Störungen, Alter < 16 Jahre oder Alter < 18 mit erhöhtem PSL

(Alter < 18 Jahre) und (Alter < 16 Jahre oder PSL >= 125)

PCG TP27B

Depressive oder bipolar depressive Störungen, Alter < 18 Jahre und Alter > 15 Jahre

Alter < 18 Jahre

PCG TP27C

Depressive oder bipolar depressive Störungen, Alter > 75 Jahre oder Alter > 17 Jahre mit komplizierender Diagnose oder bestimmter Behandlung oder erhöhtem PSL

Nebendiagnose in Tabelle TP27-2 oder Prozedur in Tabelle TP27-7 oder Nebendiagnose in Tabelle TP27-3 oder Nebendiagnose in Tabelle TP27-4 oder Nebendiagnose in Tabelle TP27-5 oder Prozedur in Tabelle TP27-8 oder Prozedur in Tabelle TP27-9 oder Hauptdiagnose in Tabelle TP27-6 oder Alter > 75 Jahre oder PSL >= 125

PCG TP27D

Depressive oder bipolar depressive Störungen, Alter > 17 Jahre

TP27	Depressive oder bipolar depressive Störungen	Stc
TP27A	Depressive oder bipolar depressive Störungen, Alter < 16 Jahre oder Alter < 18 mit erhöhtem PSL	Stc
Verweildauer	1	
Kostengewicht pro Tag	2.009	1.9
Verweildauer	21	
Kostengewicht pro Tag	1.611	1.6
Verweildauer	41	
Kostengewicht pro Tag	1.467	1.4
Verweildauer	ab 61	
Kostengewicht pro Tag	1.324	

TP27B	Depressive oder bipolar depressive Störungen, Alter < 18 Jahre und Alter > 15 Jahre	Stc
Verweildauer	1	
Kostengewicht pro Tag	1.919	1.8
Verweildauer	31	
Kostengewicht pro Tag	1.440	1.4
Verweildauer	41	
Kostengewicht pro Tag	1.334	1.3
Verweildauer	ab 61	
Kostengewicht pro Tag	1.229	

TP27C	Depressive oder bipolar depressive Störungen, Alter > 75 Jahre oder Alter > 17 Jahre mit komplizierender Diagnose oder bestimmter Behandlung oder erhöhtem PSL	Stc
Verweildauer	1	
Kostengewicht pro Tag	1.422	1.3
Verweildauer	21	
Kostengewicht pro Tag	1.052	1.0

TP27D	Depressive oder bipolar depressive Störungen, Alter > 17 Jahre	Stc
Verweildauer	1	
Kostengewicht pro Tag	1.405	1.3
Verweildauer	21	
Kostengewicht pro Tag	0.976	0.9

APCG TP27

Depressive oder bipolar depressive Störungen

Hauptdiagnose in Tabelle TP27-1

PCG TP27A

Depressive oder bipolar depressive Störungen, Alter < 16 Jahre oder Alter < 18 mit erhöhtem PSL

(Alter < 18 Jahre) und (Alter < 16 Jahre oder PSL >= 125)

PCG TP27B

Depressive oder bipolar depressive Störungen, Alter < 18 Jahre und Alter > 15 Jahre

Alter < 18 Jahre

PCG TP27C

Depressive oder bipolar depressive Störungen, Alter > 75 Jahre oder Alter > 17 Jahre mit komplizierender Diagnose oder bestimmter Behandlung oder erhöhtem PSL

Nebendiagnose in Tabelle TP27-2 oder Prozedur in Tabelle TP27-7 oder Nebendiagnose in Tabelle TP27-3 oder Nebendiagnose in Tabelle TP27-4 oder Nebendiagnose in Tabelle TP27-5 oder Prozedur in Tabelle TP27-8 oder Prozedur in Tabelle TP27-9 oder Hauptdiagnose in Tabelle TP27-6 oder Alter > 75 Jahre oder PSL >= 125

PCG TP27D

Depressive oder bipolar depressive Störungen, Alter > 17 Jahre

Diagnose TP27-1

F31.3	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig leichte oder mittelgradige depressive Episode	F33.3	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen
F31.4	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	F33.4	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert
F31.5	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen	F33.8	Sonstige rezidivierende depressive Störungen
F32.0	Leichte depressive Episode	F33.9	Rezidivierende depressive Störung, nicht näher bezeichnet
F32.1	Mittelgradige depressive Episode	F34.0	Zyklothymia
F32.2	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	F34.1	Dysthymia
F32.3	Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen	F34.8	Sonstige anhaltende affektive Störungen
F32.8	Sonstige depressive Episoden	F34.9	Anhaltende affektive Störung, nicht näher bezeichnet
F32.9	Depressive Episode, nicht näher bezeichnet	F38.0	Andere einzelne affektive Störungen
F33.0	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode	F38.1	Andere rezidivierende affektive Störungen
F33.1	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode	F38.8	Sonstige näher bezeichnete affektive Störungen
F33.2	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome	F39	Nicht näher bezeichnete affektive Störung
		R45.8	Sonstige Symptome, die die Stimmung betreffen
		Z73	Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung

Diagnose TP27-2

F53.1	Schwere psychische und Verhaltensstörungen im Wochenbett, anderenorts nicht klassifiziert	F74.1	Dissoziierte Intelligenz: Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert
F70.1	Leichte Intelligenzminderung: Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert	F78.1	Andere Intelligenzminderung: Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert
F71.1	Mittelgradige Intelligenzminderung: Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert	F79.1	Nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung: Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert
F72.1	Schwere Intelligenzminderung: Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert	X84.9	Absichtliche Selbstbeschädigung
F73.1	Schwerste Intelligenzminderung: Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert		

Diagnose TP27-3

F11.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opiode: Abhängigkeitssyndrom	F14.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain: Abhängigkeitssyndrom
F11.3	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opiode: Entzugssyndrom	F14.3	Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain: Entzugssyndrom
F11.4	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opiode: Entzugssyndrom mit Delir	F14.4	Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain: Entzugssyndrom mit Delir
F11.5	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opiode: Psychotische Störung	F14.5	Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain: Psychotische Störung

Diagnose TP27-4

A46	Erysipel [Wundrose]	E11.31	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit Augenkomplikationen: Als entgleist bezeichnet
B18.0	Chronische Virushepatitis B mit Delta-Virus	E11.41	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit neurologischen Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
B18.11	Chronische Virushepatitis B ohne Delta-Virus, Phase 1	E11.51	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
B18.12	Chronische Virushepatitis B ohne Delta-Virus, Phase 2	E11.61	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
B18.14	Chronische Virushepatitis B ohne Delta-Virus, Phase 4	E11.73	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet
B18.19	Chronische Virushepatitis B ohne Delta-Virus, Phase nicht näher bezeichnet	E11.75	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet
B18.2	Chronische Virushepatitis C	E11.81	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
B18.8	Sonstige chronische Virushepatitis	E11.91	Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
B20	Infektiöse und parasitäre Krankheiten infolge HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]	E12.01	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition]: Mit Koma: Als entgleist bezeichnet
B21	Bösartige Neubildungen infolge HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]	E12.11	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition]: Mit Ketoazidose: Als entgleist bezeichnet
B22	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten infolge HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]	E12.21	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition]: Mit Nierenkomplikationen: Als entgleist bezeichnet
B23.0	Akutes HIV-Infektionssyndrom	E12.31	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition]: Mit Augenkomplikationen: Als entgleist bezeichnet
B23.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheitszustände infolge HIV-Krankheit	E12.41	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition]: Mit neurologischen Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
B24	Nicht näher bezeichnete HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]	E12.51	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition]: Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
E10.01	Diabetes mellitus, Typ 1: Mit Koma: Als entgleist bezeichnet	E12.61	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition]: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
E10.11	Diabetes mellitus, Typ 1: Mit Ketoazidose: Als entgleist bezeichnet	E12.73	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition]: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet
E10.21	Diabetes mellitus, Typ 1: Mit Nierenkomplikationen: Als entgleist bezeichnet	E12.75	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition]: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet
E10.31	Diabetes mellitus, Typ 1: Mit Augenkomplikationen: Als entgleist bezeichnet	E12.81	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition]: Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
E10.41	Diabetes mellitus, Typ 1: Mit neurologischen Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	E12.91	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition]: Als entgleist bezeichnet
E10.51	Diabetes mellitus, Typ 1: Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Als entgleist bezeichnet		
E10.61	Diabetes mellitus, Typ 1: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet		
E10.73	Diabetes mellitus, Typ 1: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet		
E10.75	Diabetes mellitus, Typ 1: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet		
E10.81	Diabetes mellitus, Typ 1: Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet		
E10.91	Diabetes mellitus, Typ 1: Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet		
E11.01	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit Koma: Als entgleist bezeichnet		
E11.11	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit Ketoazidose: Als entgleist bezeichnet		
E11.21	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit Nierenkomplikationen: Als entgleist bezeichnet		

Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain: Abhängigkeitssyndrom
 Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain: Entzugssyndrom
 Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain: Entzugssyndrom mit Delir
 Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain: Psychotische Störung

Kodierungsqualität

Fehleranalyse – Revisionsbericht 2022



60	94.3A.11 gestrichen, Mindestmerkmale nicht ersichtlich 94.A1.23 statt 94.A1.20, hat in suizidaler Absicht Alkohol getrunken (4 Promille)= PCG- Wechsel S92.9 li, Z92.1 und R25.2 dazu
----	--

Zitat aus dem Bericht, S.22

tiefe Kodierungsqualität.....es fehlen Diagnosestellungen.....die somatischen Diagnosen sind allgemein zu unspezifisch und ungenau....die Kodierung durch eine Fachkraft (würde) die Qualität steigern.....bei allen (kontrollierten Komplexbehandlungen) waren die Mindestmerkmale nicht erreicht.....ist die Dokumentation ungenügend.....es ist ...dem medizinischen Kodierer erlaubt....eine ärztlich gestellte Diagnose anhand der gesamten Dokumentation zu spezifizieren.

Kodierung Tarpsy 5.0/2024

Anforderung:

- Gesetzlich bindend
- Wirtschaftliche Notwendigkeit
- Vorgabe seitens der Krankenkassen
- Jährliche Revision
- Wir haben nichts zu verschenken



Lösung:

- Prozessoptimierung im INES
- Schulungen
- Kontrollmechanismen
- **Neu 2024: Externe Fachkompetenz (H-Focus+)**

Problem:

- Zeitaufwand im Frontoffice
- Zeitaufwand im Backoffice
- Zusatzkompetenzen
- Konträre Interessen
- Kosten



Interventionsmöglichkeiten

HoNOS bei Eintritt

HoNOS – Health of Nation Outcome Scale

Fremdrating, 12 Variablen, Skala 0-4 (Pendant: BSCL-Selbstrating)

Wenn

(Frage 1: Fremdaggression) oder (Frage 2: Selbstgefährdung) oder (Frage 5: Somatik)

Ausprägung 3 oder 4

dann

PCG-Sprung!!!

Schweregrad: Manipulieren? Optimieren? Kaschieren?

Dokumentieren

Dokumentieren

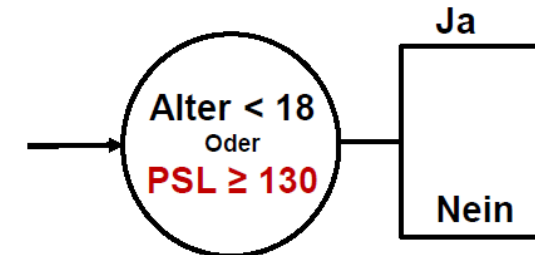
Dokumentieren

Neu in TARPSY 5.0 : Patient Severity Level

Eine Funktion, die auf Basis der medizinischen Komplexität (ICDs sowie APCG Gruppierung) pro Fall einen Schweregrad berechnet.

Der PSL Output ist eine Zahl zwischen 100 und 200 und wird kategorisiert in

Bezeichnung	PSL
Kein erhöhter PSL	$PSL < 110$
Leicht erhöhter PSL	$110 \leq PSL < 120$
Erhöhter PSL	$120 \leq PSL < 130$
Stark erhöhter PSL	$130 \leq PSL < 140$
Äusserst stark erhöhter PSL	$140 \leq PSL$



Mit diesem Wert können Fälle mit aufwändigen ICD Konstellationen aufgewertet werden

Interventionsmöglichkeiten

PSL 2

Schweregrad: Manipulieren? Optimieren? Kaschieren?

Behandlungsdauer: Manipulieren? Optimieren? Kaschieren?

Dokumentieren

Dokumentieren

Dokumentieren

Durch Dokumentation aller Leistungen (Pflege, Psychologie, Medizin, Therapeutischer Dienst) in Zusammenhang mit einer Erkrankung
z.B. Behandlung neu aufgetretener Dekubitus – neue ICD-Nummer –PSL-Wert ändert sich

Interventionsmöglichkeiten

Zusatzentgelte

Zusatzentgelte

Zusätzlich zur PCG-Pauschale dürfen Zusatzentgelte abgerechnet werden. Diese sind im TARPSY Zusatzentgeltkatalog des jeweiligen Abrechnungsjahres zu finden.

- Risperidon, CRC, intramuskulär
- Aripriprazol, CAM, intramuskulär
- Paliperidon, CXE, intramuskulär
- Behandlung mit einer Elektrokrampftherapie (EKT)
- Belastungserprobung
- 1:1-Betreuung

Folie von M. Schmocker (2024)

Interventionsmöglichkeiten

Fachkompetenz

Outsourcing der Kompetenz

- «Erfassung/Abrechnung aller Leistungen aller Teams an der Patientin» und
- Kontrolle und Korrekte Benutzung und Erkennung aller verschiedenen Kodes und deren Zusammenführung

Ab 2024 durch das Team von H-Focus

Bedingung:

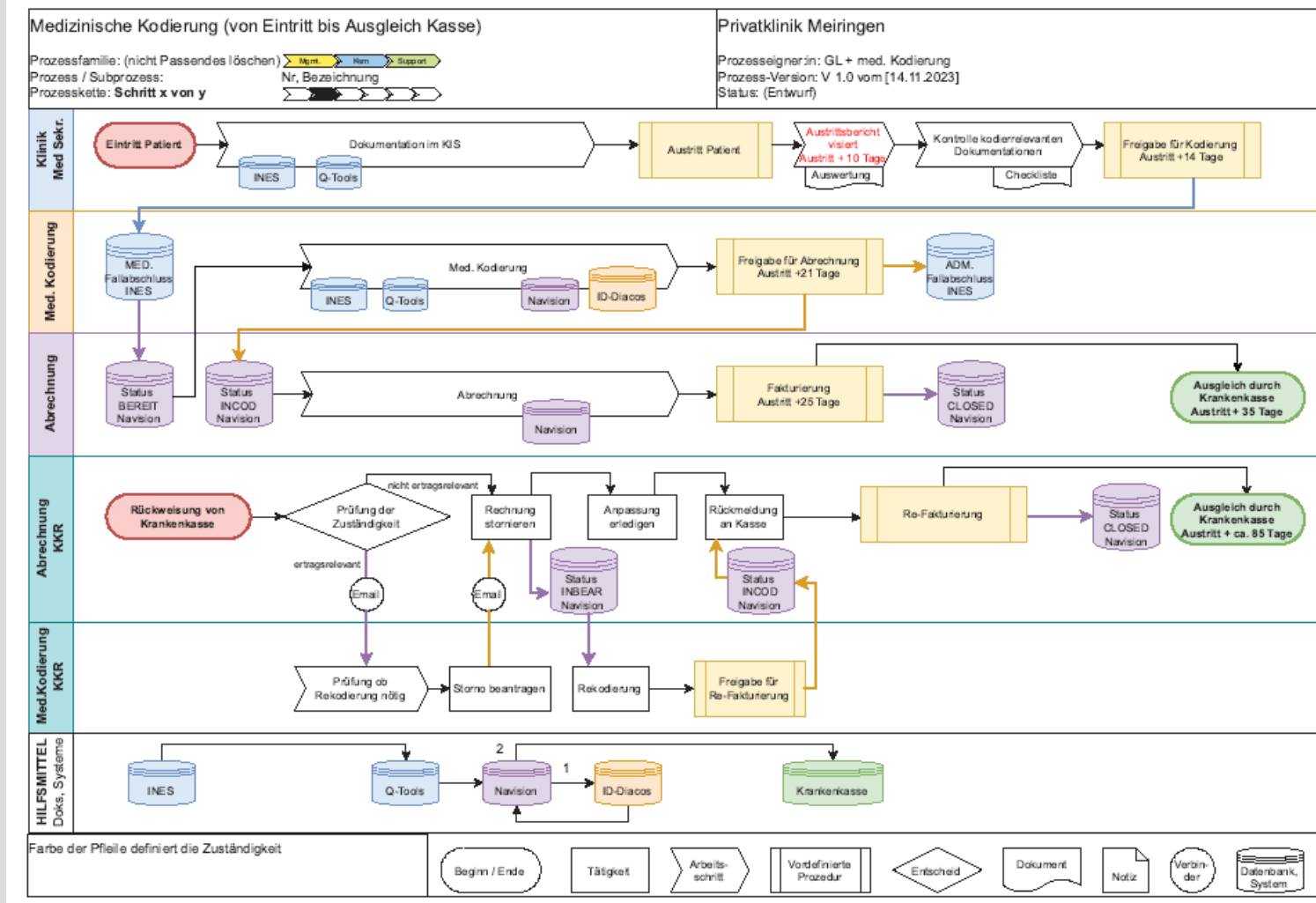
Dokumentieren

Dokumentieren

Dokumentieren

Codierung

Prozessanalyse- C. Charles/ H-FocusRevision



©=C. Charles
H-Focus

Weiterführende Information

- [Katalog CHOP-Codes 2024](#) über BfS-Admin
- [TARPSY 5.0 Allgemeine Einführung](#)
- [Medizinische Kodierungshandbuch](#) über BfS-Admin

Break II

Teil III Von der Behandlung zum Erlös



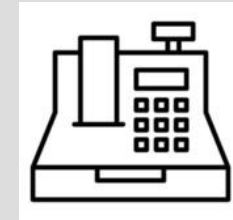
=



+



=



Erstattung =	Tageskostengewicht	Dauer	Basispreis
	Medizinische Dokumentation	Medizinische Prozesse	Individuelle Verhandlungen
	Diagnose gem. ICD-10		
	Behandlung (CHOP) (Assessments, Zusatzentgelte, Komplexbehandlungen)		
	Regeln (Kodierungshandbuch, SwissDRG, Fallpauschalen)		

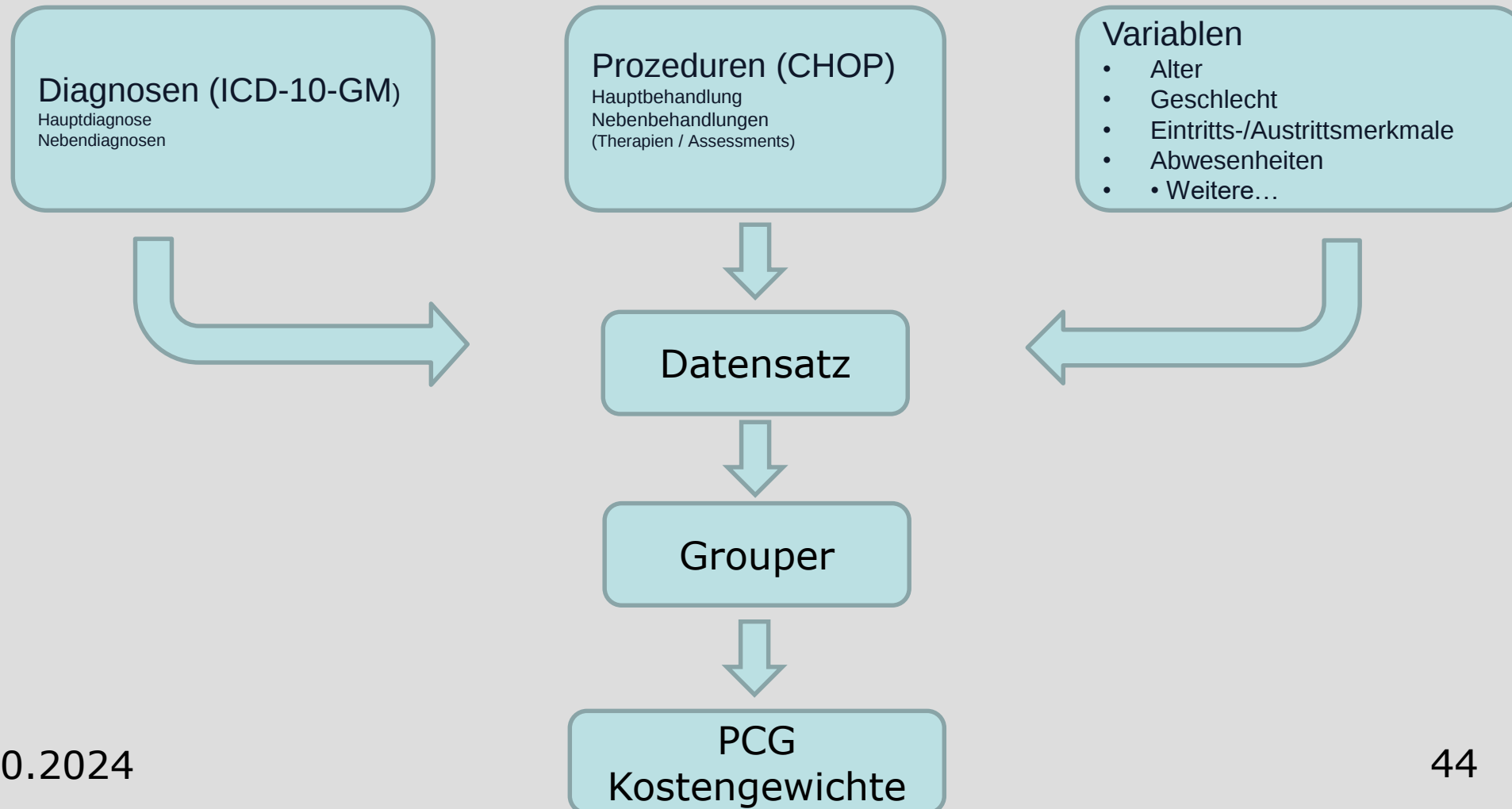
Zentrales Regelwerk TARPSY 5.0 I

- National einheitliche Tarifstruktur gemäss KVG
- Basis: Definitionshandbuch, Grouper-Software, PCG-Katalog, Zusatzentgeltkatalog.
- bessere Kosten- und Leistungstransparenz
- Basis für Betriebsvergleiche und Wettbewerb
- Kontinuierliche Weiterentwicklungsmöglichkeit
- Leistungsbezogenen Tagespauschalen berücksichtigen die Komplexität und die Besonderheiten der stationären psychiatrischen Versorgung in der Schweiz
- Zitiert nach https://www.swissdr.org/application/files/1216/9996/0851/231114_TARPSY.pdf

Zentrales Regelwerk TARPSY 5.0 II

- Anreize für eine medizinisch und ökonomisch sinnvolle Behandlung.
 - Das grundlegende Spannungsverhältnis zwischen medizinischen und ökonomischen Interessen wird durch die Tarifstruktur weder verstärkt noch aufgelöst.
 - TARPSY ist leistungsbezogen und lässt Raum für klinik-individuelle Behandlungskonzepte
- Zitiert nach https://www.swissdrg.org/application/files/1216/9996/0851/231114_TARPSY.pdf

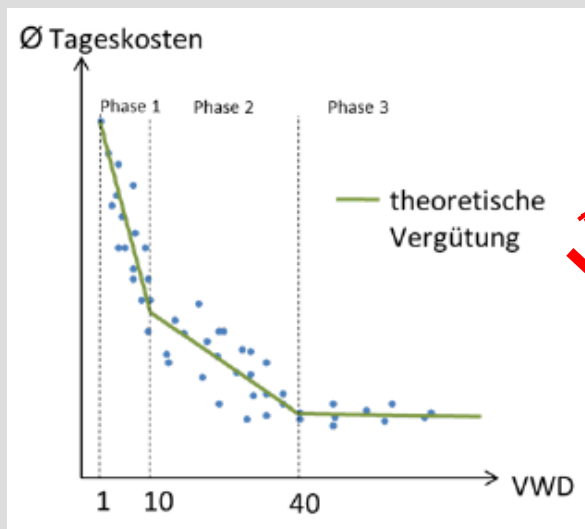
Ausgangsbasis: Die PCG (Psychiatric Cost Group)



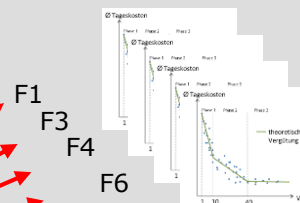
Genau berechenbar

Tarpsy - Prinzip

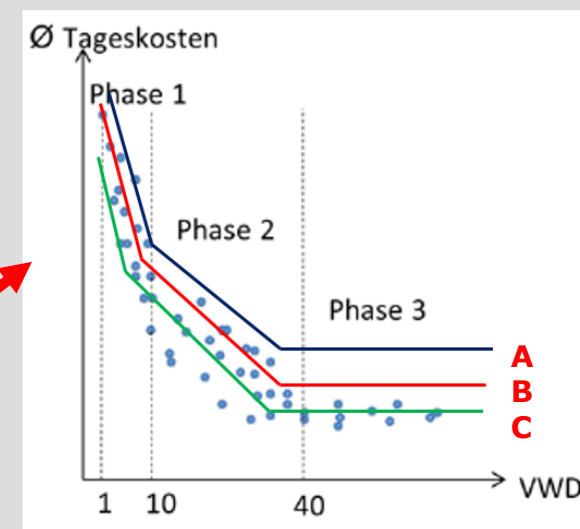
Vergütung allgemein



Vergütung Schritt 1 Diagnose (APCG) spezifisch



Vergütung Schritt 2 Kostentrenner (A,B,C) –spezifisch PCG



Von der Manifestation zum PCG

- Die Verantwortung der gesamten Dokumentation liegt bei der behandelnden Ärztin
- Die Dokumentation von Untersuchung/Ergebnis kann auch nach dem Austritt ergänzt werden
- Die Dokumentation muss kongruent sein z.B. AB und HoNOS
- Zitat S.28 *«Die Bedeutung einer kohärenten und vollständigen Dokumentation im Patientendossier kann nicht genug betont werden. Fehlt eine solche Dokumentation, ist es schwierig, ja unmöglich, die Kodierrichtlinien umzusetzen»*
- Verantwortlich für die abschliessende Kodierung ist das Spital

Quelle S. 28, bfs.admin.ch, Medizinisches Kodierhandbuch Version 2025

23.10.2024

Was nicht dokumentiert ist
= ist nicht vorhanden
= wird nicht fakturiert

**Qualität der Medizinische Dokumentation
ist zentrales Werkzeug**

Von der Manifestation zum PCG –Code I Diagnose

G 52h Die Hauptdiagnose

Die Definition der Hauptdiagnose entspricht der Definition der WHO. Die Hauptdiagnose ist definiert als:

«Derjenige Zustand, der am Ende des Spitalaufenthaltes als Diagnose feststeht und der der Hauptanlass für die Behandlung und Untersuchung der Patientin, bzw. des Patienten war».

Erweiterte Hinweise aus dem Kodierhandbuch

- Festlegung der HD erst am Ende der Behandlung
- Die Eintrittsdiagnose muss nicht mit der HD übereinstimmen
- Wahl der HD begründet und dokumentiert
- Letztes Wort durch die Medizin

Quelle S. 28, bfs.admin.ch, Medizinisches Kodierhandbuch Version 2025
23.10.2024

Von der Manifestation zum PCG –Code II

Diagnose

Ergänzungen:

1. Berücksichtigung der Spitalliste
2. Korrekte Verwendung der ICD-Codes (endständig)
3. Ausschliesslich Psychiatrische Codes
4. Ergänzungen durch Kreuz-Stern-Kombinationen (Die ursächliche Erkrankung (Kreuz) ist prioritär gegenüber der Manifestation (Stern)).

Beispiel 3 - Psychiatrie

61-jähriger Patient mit einer Demenz bei Alzheimer-Krankheit.

HD G30.0† Alzheimer-Krankheit mit frühem Beginn

ND F00.0* Demenz bei Alzheimer-Krankheit mit frühem Beginn

Bsp.: Zitat S. 38: Man lässt dem Kreuz †-Code den Stern-Code immer unmittelbar folgen. Stern*-Codes dürfen nie ohne einen Kreuz†-Code verschlüsselt werden. Kreuz †-Codes dürfen alleine verschlüsselt werden.* Quelle S. 28, bfs.admin.ch, Medizinisches Kodierhandbuch Version 2025

Von der Manifestation zum PCG –Code III Diagnose

G54n Die Nebendiagnosen

Die Nebendiagnose ist definiert als:

«Eine Krankheit oder Beschwerde, die entweder gleichzeitig mit der Hauptdiagnose besteht oder sich während des Spitalaufenthaltes entwickelt».

Merkmale

- Berücksichtigung derjenigen Diagnosen die einen der folgenden Faktoren erfordern:
 - Therapeutische Massnahmen
 - Diagnostische Massnahmen
 - Erhöhter Betreuungs-, Pflege- und/oder Überwachungsaufwand
- Dokumentation eines medizinischen Aufwands > 0
- Anamnestiche Diagnosen werden nicht kodiert

Quelle S. 28, bfs.admin.ch, Medizinisches Kodierhandbuch Version 2025

23.10.2024

Von der Manifestation zum PCG –Code IV

Privatklinik Meiringen

Proceduren (s. Folie 30) am Beispiel PT-Komplexbehandlung



Hier: 4 Merkmale für

- Indikation
- Therapie
- Behandlungsteam
- Planung

Code

Psychotherapeutische und psychosomatische Komplexbehandlung, nach Anzahl Behandlungstage

Beachte: Mindestmerkmal Punkt 1, Indikation:
Psycho-dynamisch, systemisch oder
kognitiv verhaltenstherapeutisch basierte
Behandlung.

Mindestmerkmal Punkt 2, Therapie:
1. Psychotherapie: Pro Woche
mindestens 6 TE ärztliche oder
psychologische Psychotherapie im Einzel-
und Gruppensetting. Dabei entspricht eine
TE mind. 25 Minuten Einzeltherapie oder
mind. 50 Minuten Gruppentherapie. Die
Zeitdauer der einzelnen Therapieeinheiten
pro Therapieart und Woche ist kumulativ
wirksam. D.h., dass beispielsweise 2
Einzeltherapiesitzungen à je 40 Minuten
als 3 Therapieeinheiten oder zwei
Gruppenpsychotherapiesitzungen à je 75
Minuten als 3 Therapieeinheiten zählen.
Eine Reduktion der Mindestanforderung
auf 5 TE pro Woche ist nur in
Ausnahmefällen aus
patientenspezifischen Gründen (z. B. ein
Infekt der Patientin / des Patienten; ein
kurzfristig anberaumter Termin bei der
Konsiliarärztin / beim Konsiliararzt, Case
Manager oder Arbeitgeber) zulässig und
muss dokumentiert sein.

94.3A.14

**Psychotherapeutische und psychosomatische
Komplexbehandlung, mindestens 21 bis 27
Behandlungstage**

23.10.2024

52

Von der Manifestation zum PCG –Code V Procedur



Beispiel 4 - Psychiatrie

Patientin wird wegen Suizidversuch mit Schnittverletzungen am Unterarm bei schwerer Depression mit psychotischen Symptomen im Akutspital behandelt. Verlegung in die Psychiatrie zur Behandlung der Depression nach Versorgung der Schnittwunde.

Akutspital kodiert:

HD	S55.7	Verletzung mehrerer Blutgefässe in Höhe des Unterarms
L		
ND	X84.9!	Absichtliche Selbstbeschädigung
ND	F32.3	Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen
B		Die Wundversorgung

Psychiatrische Klinik kodiert:

HD	F32.3	Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen
B	94.A1.24	HoNOS 2: Absichtliche Selbstverletzung: HoNOS 2, Stufe 4

Von der Manifestation zum PCG –Code VI

Diagnosis Cost Ratio DCR

- Der Durchschnitt der Abweichung der Tageskosten aller Fälle mit dieser Diagnose vom Gesamtdurchschnitt, Skalierung 0 -5
- PCG spezifisch: J96.00 (*respiratorische Insuffizienz*) kann bei PCG-TP27 (*Depression*) eine DCR von 3, bei PCG-TP26 (*manische Störung*) von 2 aufweisen.
- Zuweisung durch den Grouper :
- Überprüfung auf Dublette in HD und ND (z.B. bei PCG Definition), wenn ja =0
- Berechnung mit Basis-PCG und Diagnose wenn ja = Wert (Tabelle)

	Darminfektionen	
A08.0	Enteritis durch Rotaviren	1
A08.1	Akute Gastroenteritis durch Norovirus	1,3
A08.2	Enteritis durch Adenoviren	1
A16.9	Nicht näher bezeichnete Tuberkulose der1 Atmungsorgane ohne Angabe einer bakteriologischen, molekularbiologischen oder histologischen Sicherung	

Von der Manifestation zum PCG –Code VII

Diagnosis Cost Ratio DCR

Anzahl bewertete ICD Codes

DCR	Alle	TP21	TP24	TP25	TP26	TP27	TP28	TP29	TP30
0	21'353	2'747	2'906	2'610	2'252	3'264	2'676	2'493	2'405
1	3'068	606	313	473	250	556	412	293	165
2	684	129	39	119	53	125	91	92	36
3	180	30	5	27	9	35	33	28	13
4	62	10	1	10	3	12	13	8	5
5	21	2	1	2		7	3	4	2

	Darminfektionen	
A08.0	Enteritis durch Rotaviren	1
A08.1	Akute Gastroenteritis durch Norovirus	1,3
A08.2	Enteritis durch Adenoviren	1
A16.9	Nicht näher bezeichnete Tuberkulose der1	
	Atmungsorgane ohne Angabe einer	
	bakteriologischen, molekularbiologischen	
	oder histologischen Sicherung	

Von der Manifestation zum PCG –Code VIII Patient Severity Level PSL

- Index für die kumulativen Effekt der DCRs einer Behandlungsepisode
- Abgeleitet von dokumentierten Diagnosen und der PCG-Zuordnung
- Somit abhängig von der Kodierqualität der Klinik
- Nicht abhängig von den erbrachten Leistungen (CHOP-Codes)

$$PSL = \left\lceil 100 * \prod_{k=1}^n \left(1 + \frac{DCR_k}{10} \right)^{s^{k-1}} \right\rceil$$

Der Abschlagsfaktor s wurde mithilfe non-linearer Regression optimiert und erhält den Wert 0.6.

PSL < 110 Kein erhöhter PSL

110 ≤ PSL < 120 Leicht erhöhter PSL

120 ≤ PSL < 130 Erhöhter PSL

130 ≤ PSL < 140 Stark erhöhter PSL

140 ≤ PSL Äusserst stark erhöhter PSL

Von der Manifestation zum PCG –Code IX

Abrechnungsregeln

Stationäre Behandlung

- a. von mindestens 24 Stunden;
- b. von weniger als 24 Stunden, bei denen während einer Nacht ein Bett belegt wird*;
- c. im Spital bei Überweisung in ein anderes Spital;
- d. im Geburtshaus bei Überweisung in ein Spital;
- e. bei Todesfall

Berechnung Pflegetage

Mit/ohne Verlegung, Urlaubstage, Eintrittstag, Austrittstag

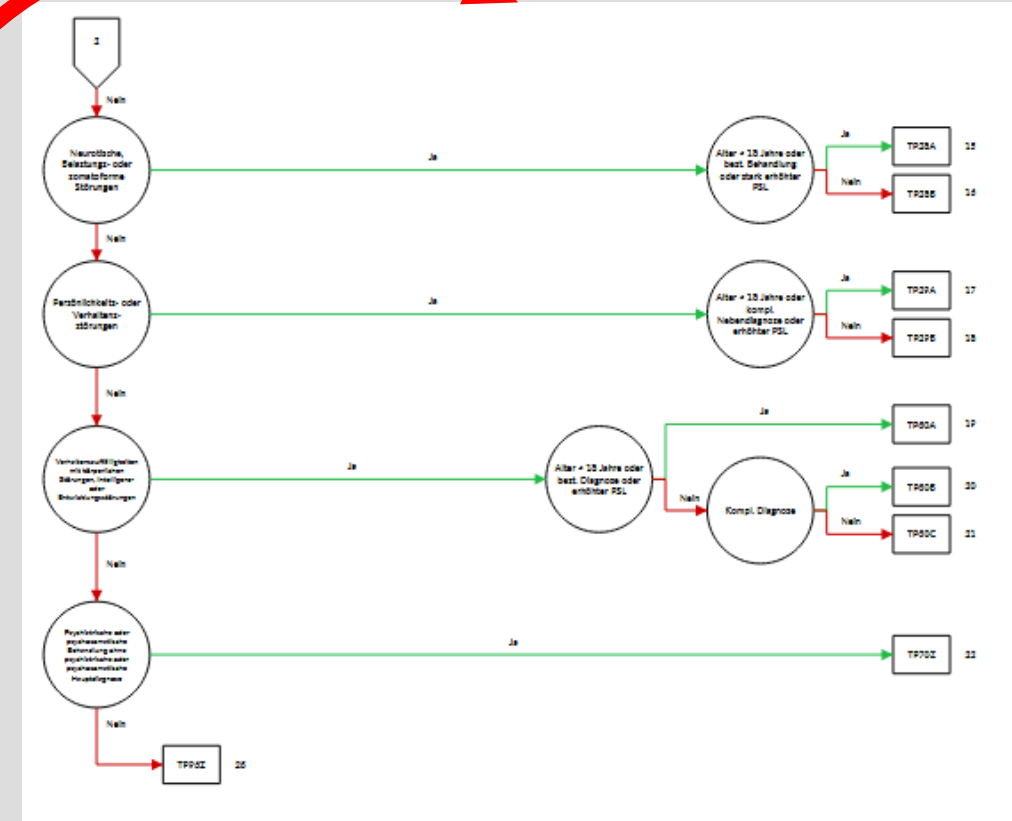
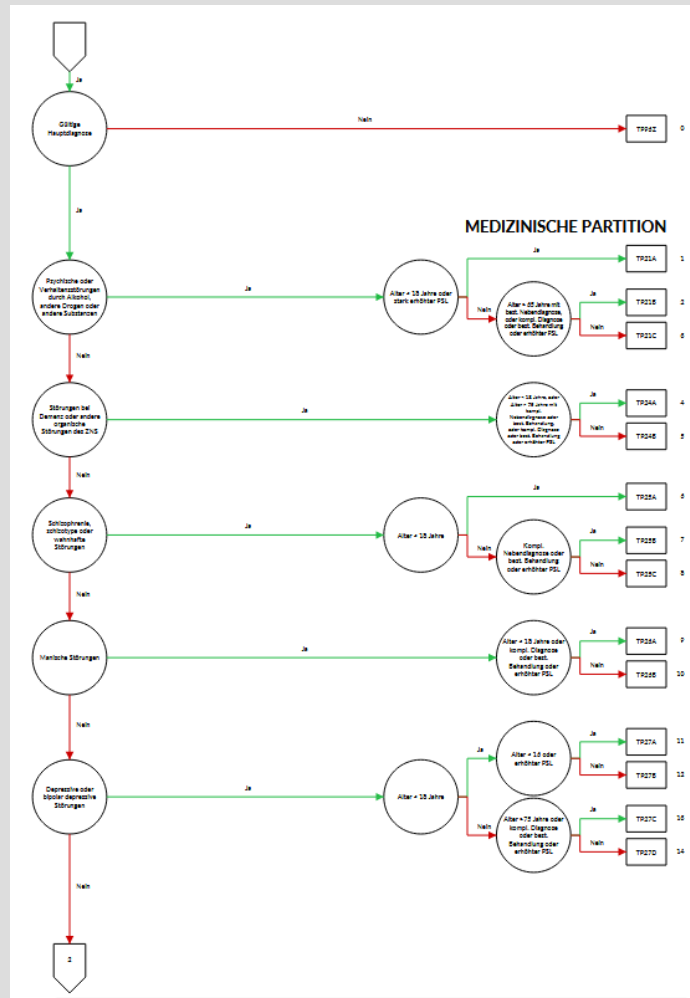
Berechnung Urlaubstage

Ferien, Belastungserprobung, Stunden und Minuten,

$$\text{Urlaubstage} = \frac{\text{gerundete Summe der Urlaubstunden}}{24}$$

Fallzusammenlegungen

3 Fälle innerhalb 18 Tage = 1 Fall



APCG TP27

Depressive oder bipolar depressive Störungen

Hauptdiagnose in Tabelle TP27-1

PCG TP27A

Depressive oder bipolar depressive Störungen, Alter < 16 Jahre oder Alter < 18 mit erhöhtem PSL

(Alter < 18 Jahre) und (Alter < 16 Jahre oder PSL $\geq$ 125)

PCG TP27B

Depressive oder bipolar depressive Störungen, Alter < 18 Jahre und Alter > 15 Jahre

Alter < 18 Jahre

PCG TP27C

Depressive oder bipolar depressive Störungen, Alter > 75 Jahre oder Alter > 17 Jahre mit komplizierender Diagnose oder bestimmter Behandlung oder erhöhtem PSL

Nebendiagnose in Tabelle TP27-2 oder Prozedur in Tabelle TP27-7 oder Nebendiagnose in Tabelle TP27-3 oder Nebendiagnose in Tabelle TP27-4 oder Nebendiagnose in Tabelle TP27-5 oder Prozedur in Tabelle TP27-8 oder Prozedur in Tabelle TP27-9 oder Hauptdiagnose in Tabelle TP27-6 oder Alter > 75 Jahre oder PSL $\geq$ 125

PCG TP27D

Depressive oder bipolar depressive Störungen, Alter > 17 Jahre

- Schweregrad: PSL $\geq$ 125

Von der Theorie zur Praxis

PCG 27 A bei 45 Tagen Verweildauer und Tagespauschale von 705 SFr

TP27

TP27A

Depressive oder bipolar depressive Störungen

Depressive oder bipolar depressive Störungen, Alter < 18 Jahre mit bestimmter Konstellation

Verweildauer	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Kostengewicht pro Tag	1.997	1.984	1.970	1.956	1.942	1.929	1.915	1.901	1.887	1.873	1.860	1.846	1.832	1.818	1.805	1.791	1.777	1.763	1.749	1.736
Verweildauer	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
Kostengewicht pro Tag	1.722	1.708	1.694	1.681	1.667	1.653	1.639	1.625	1.612	1.598	1.584	1.570	1.557	1.543	1.529	1.515	1.501	1.488	1.474	1.460
Verweildauer	41	42	43	44	45	ab 46														
Kostengewicht pro Tag	1.446	1.433	1.419	1.405	1.391	1.377														

TP27B

Depressive oder bipolar depressive Störungen, Alter < 18 Jahre

Verweildauer	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Kostengewicht pro Tag	1.909	1.897	1.885	1.874	1.862	1.850	1.838	1.826	1.814	1.802	1.790	1.779	1.767	1.755	1.743	1.731	1.719	1.707	1.695	1.684
Verweildauer	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
Kostengewicht pro Tag	1.672	1.660	1.648	1.636	1.624	1.612	1.600	1.588	1.577	1.565	1.553	1.541	1.529	1.517	1.505	1.493	1.482	1.470	1.458	1.446
Verweildauer	41	42	43	44	45	ab 46														
Kostengewicht pro Tag	1.434	1.422	1.410	1.398	1.387	1.375														

TP27C

Depressive oder bipolar depressive Störungen, Alter > 17 Jahre mit komplizierender Nebendiagnose oder bestimmter Behandlung

Verweildauer	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Kostengewicht pro Tag	1.530	1.484	1.438	1.392	1.346	1.300	1.254	1.208	1.162	1.116	1.070	1.065	1.060	1.054	1.049	1.044	1.038	1.033	1.028	1.023
Verweildauer	21	22	23	24	25	26	ab 27													
Kostengewicht pro Tag	1.017	1.012	1.007	1.001	0.996	0.991	0.986													

TP27D

Depressive oder bipolar depressive Störungen, Alter > 17 Jahre

Verweildauer	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Kostengewicht pro Tag	1.472	1.425	1.378	1.331	1.284	1.237	1.190	1.143	1.096	1.048	1.040	1.031	1.023	1.014	1.005	0.997	0.988	0.979	0.971	0.962
Verweildauer	21	ab 22																		
Kostengewicht pro Tag	0.953	0.945																		

$$1.391 \times 705 \times 40 = 39226.20 \text{ SFr}$$

KODIER-SIMULATION

Depression - MU-KI-BE - EKT Zusatzentgelt / VWD 70PT

Gruppierung

PCG	TP27C	Depressive oder bipolar depressive Störungen, Alter > 75 Jahre oder Alter > 17 Jahre mit komplizierender Diagnose oder bestimmter Behandlung oder erhöhtem PSL
PSL	100	
Grouperstatus	Normale Gruppierung	

Kostengewicht

Basiskostengewicht	1.003
Effektives Kostengewicht	70.21

Diagnosen

Code	Beschreibung	Gültigkeit	Benutzt	DCR
F33.2	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome	Gültige Diagnose	Ja	0

Prozeduren

Code	Beschreibung	Gültigkeit	Benutzt	OR/NOR/-
94.4A.1B	Mutter-Kind-Behandlung in der Erwachsenenpsychiatrie, mindestens 63 bis 69 Behandlungstage	Gültige Prozedur	Ja	NOR
94.28	Elektrokrampftherapie [EKT]	Gültige Prozedur	Nein	NOR
94.28	Elektrokrampftherapie [EKT]	Gültige Prozedur	Nein	NOR

Zusatzentgelte

ID	Code	Betrag
TZE-2024-04.01	9428	574.3
TZE-2024-04.01	9428	574.3
Total		1148.6

ERTRAGS DIFFERENZEN DEPRESSION

Voraussetzung: VWD 70PT

Erlös bei BP Ø 678,-CHF



TP27D

- Dokumentation ohne HoNOS Stufe 3

42'998.75 CHF

TP27C

- Dokumentation HoNOS Stufe 3
- Somatische ND vollständig
- Mit 2x EKT-Behandlung (je 574.30 CHF)

47'602.38 CHF

+ 4'603.63 CHF

+ 1'148.60 CHF ZE EKT

TP27B

- Alter < 18 Jahre

58'328.34 CHF

+ 10'725.96 CHF

TP27A

- Alter < 16 Jahre oder Alter < 18 Jahre mit erhöhtem PSL

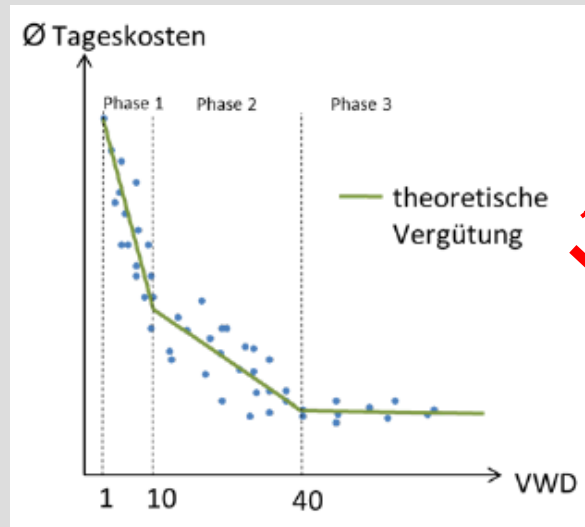
62'837.04 CHF

+ 4'508.70 CHF

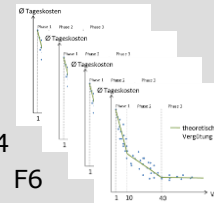
CAVE = Dokumentation somatische Diagnosen / HoNOS / Komplexbehandlung / EKT

Verweis Behandlungsdauer -Kippunkte

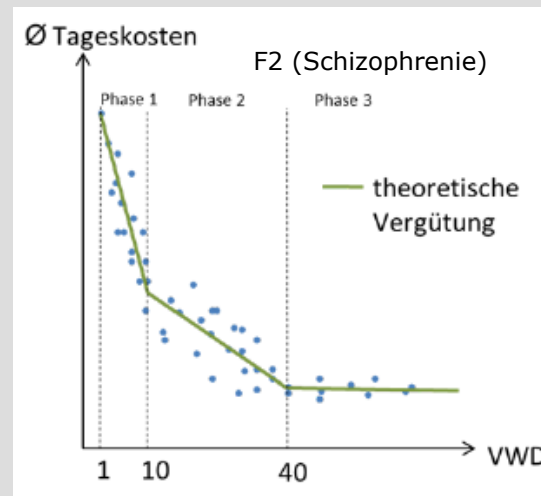
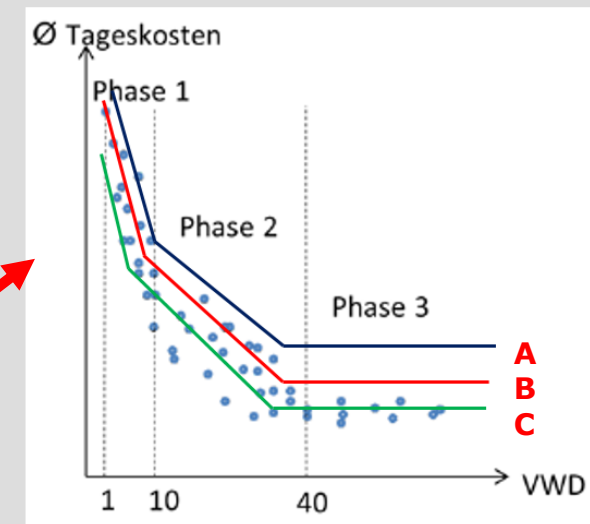
Vergütung allgemein



**Vergütung Schritt 1
Diagnose (APCG)
spezifisch**



**Vergütung Schritt 2
Kostentrenner (A,B,C) –spezifisch
PCG**



Nicht so schnell: Zusatzentgelte

TARPSY Zusatzentgeltkatalog

TARPSY 5.0

Abrechnungsversion (2024/2024)

Stand: 30.11.2023

- Medikamente
Paliperidon : CHOP-Code N05AX13 bei 3700mg und mehr =12750.08SFr
- EKT : CHOP-Code Z94.28 inkl. Anästhesie 574.30SFr
- Belastungserprobung
- 1:1 Betreuung Wenn dokumentiert

23.10.2024

Fallstricke Dokumentation

HoNOS – Fremdgefährdung – Selbstgefährdung – Körperliche Behinderung
(Kostentrenner)

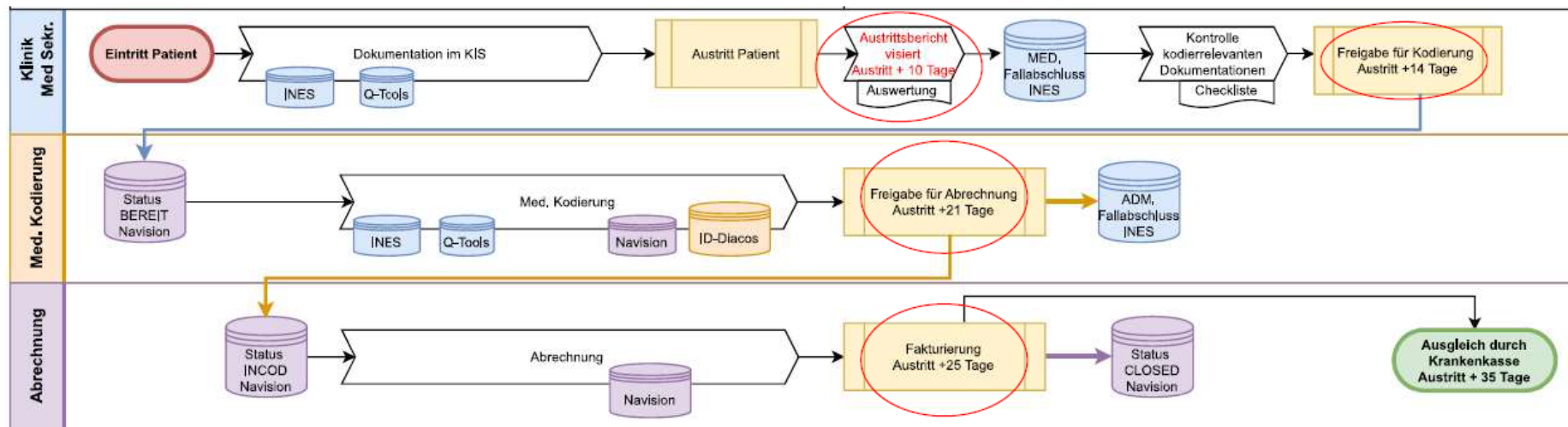
- Beschreibung der Art des Übergriffs,
- Benennung der daraus resultierenden Diagnose, wenn vorhanden
- Beschreibung der Behandlung

Mindestmerkmale gemäss CHOP-Codes

z.B. Tagesverordnung der 1:1 Betreuung, Besprechung Vor und Nach BEP

Zusammenfassung Prozess

PROZESSLANDSCHAFT – MEDIZINISCHE KODIERUNG



Einhaltung der Fristen ist notwendig für:

- die Liquiditätssicherung
- die Gewährleistung der gesetzlichen Datenlieferungsfristen
- die Reduktion von Mehrarbeiten für nachfolgende Prozessschritte

PM_Schulung TASPBY 5.0_231219_CHAC

Mit bestem Dank
Für Ihre Aufmerksamkeit