

Klarstellung zur Abrechnung der Zusatzentgelte nach SwissDRG Abrechnungsversion 13.0 sowie zur Kodierung der Medikamente/Substanzen¹

Stand: 21. November 2023

1. Abrechnung der Zusatzentgelte nach SwissDRG Abrechnungsversion 13.0 - Medikamente

Gemäss Technischem Begleitblatt sind bei gleicher Verabreichungsart und Zusatzangabe die Dosen eines Medikamentes pro Fall pro ATC-Code aufzusummieren.²

Seit Version 5.0 gibt es jedoch auch Zusatzentgelte, deren Dosen aufsummiert werden müssen, obwohl die Verabreichungsart nicht übereinstimmt. Dazu gehört beispielsweise das Zusatzentgelt ZE-2024-51 *Bortezomib, intravenös/subkutan* (siehe Beispiel A).

Weiter wird seit dem 1.1.2016 bei ausgewählten ATC-Codes als Zusatzangabe das entsprechende Präparat oder ein Zusatz («Suspension/Tablette» oder «rekombinant/plasmatisch») gefordert. Hier müssen für die Abrechnung der Zusatzentgelte die Dosen der ATC-Codes mit Zusatzangabe bei gleicher Verabreichungsart nur dann aufsummiert werden, wenn auch die gleiche Zusatzangabe vorhanden ist (siehe Beispiel B).

Generell gilt: Für Medikamente kann das gleiche Zusatzentgelt (z.B. ZE-2024-51) pro Fall nie mehrfach abgerechnet werden.

2. Erfassung der Medikamente/Substanzen für die Medizinische Statistik

Seit 2016 wird bei ausgewählten ATC-Codes als Zusatzangabe das Präparat erhoben. Dabei muss zur eindeutigen Identifizierung das entsprechende dreistellige Kürzel (seit 2017) gemäss technischen Begleitblatt erfasst werden, sofern genau dieses Präparat oder ein anderes mit gleicher Zusammensetzung verwendet wurde. Weitere mögliche Zusatzangaben sind «Suspension» (Susp) oder «Tablette» (Tab) bei gewissen oral verabreichten Medikamenten oder aber «rekombinant» (Rec) oder «plasmatisch» (Plas) bei gewissen Gerinnungsfaktoren.

Anmerkung: Für alle anderen ATC-Codes müssen weiterhin keine Angaben zum Präparat bzw. «Suspension/Tablette» oder «rekombinant/plasmatisch» erfasst werden.

Gemäss Technischem Begleitblatt sind bei gleicher Verabreichungsart und Zusatzangabe die Dosen eines Medikamentes pro Fall pro ATC-Code aufzusummieren. Werden verschiedene Präparate pro Fall pro ATC-Code eingesetzt, so müssen diese separat geliefert werden (siehe Beispiele A und B).

Bei einem Zusatzentgelt mit mehreren kombinierten Substanzen ist die massgebende Dosis als Fussnote in der Liste der in der Medizinischen Statistik erfassbaren Medikamente/Substanzen vermerkt. Beispielsweise ist für ATC B02BD06 (Von Willebrand-Faktor und Blutgerinnungsfaktor VIII in Kombination) die verabreichte Menge an Faktor VIII massgebend.

¹ Gemäss der Liste der in der medizinischen Statistik erfassbaren Medikamente/Substanzen 2024

² Technisches Begleitblatt 2024, Seite 3, Segment d: Dosis

3. Abrechnung der Zusatzentgelte nach SwissDRG Abrechnungsversion 13.0 - CHOP

Bei den Zusatzentgelten ZE-2024-175 bis ZE-2024-182 darf die jeweilige Anzahl der verwendeten (überlangen) Coils, Plugs oder Schirme nicht zusammengezählt werden. Das heisst, es muss je Art ein Zusatzentgelt abgerechnet werden (siehe Beispiele C und D).

4. Gruppierung der Fälle durch den ZE-Grouper bei Medikamenten

Seit der Abrechnungsversion 9.0 werden im Gruppierungsprozess auch die Zusatzentgelte ausgegeben. Dieser Teil des Groupers führt bei Medikamenten, bei denen mehrere Verabreichungsarten das gleiche Zusatzentgelt auslösen, Additionen durch. Dies gilt beispielsweise für ZE-2024-51, bei denen aber eine getrennte Erfassung in der medizinischen Statistik bezüglich der Verabreichungsart vorgegeben ist (siehe Beispiel A).

5. Kodierung der CAR-T-Zelltherapie

Zur Kodierung einer CAR-T-Zelltherapie werden folgende Codes verwendet:

Der Entnahmefall wird mit dem Code 41.0E.12 «Entnahme von T-Zellen, autolog, zur In-vitro-Kultur und tumorspezifischen In-vitro-Aufbereitung von CAR-T-Zellen» kodiert. Dieser Fall wird kein Zusatzentgelt auslösen.

Die Transfusion der aufbereiteten Zellen wird mit folgender CHOP-Code-Kombination kodiert: 41.0G.11 «In-vitro-Transduktion mit einem spezifischen T-Zell-aktivierenden chimären Antigenrezeptor» und 41.0F.13 «Transplantation von CAR [chimeric antigen receptor] T-Zellen», wobei der erste Code zusammen mit einer entsprechenden Diagnose (B-Zell-Lymphom, akute lymphatische Leukämie, multiples Myelom, Mantelzell-Lymphom oder follikulärem Lymphom) und dem entsprechenden ATC-Code für den Wirkstoff das Zusatzentgelt ergibt. Für die Kodierung des Wirkstoffes gilt folgende Kodierung:

|L01XL03;;IV;1;AN| oder |L01XL04;;IV;1;AN| oder |L01XL05;;IV;1;AN| oder |L01XL06;;IV;1;AN| oder |L01XL07;;IV;1;AN| oder |L01XL08;;IV;1;AN|

Die entsprechenden Zusatzentgelte ZE-2024-192, ZE-2024-193, ZE-2024-194, ZE-2024-195 und ZE-2024-202 werden aktuell nicht durch den ZE-Grouper berechnet.

6. Beispiele

Beispiel A:

Ein Patient erhält 2.6 mg *Bortezomib, intravenös* und 2.6 mg *Bortezomib, subkutan*.

Zu 1./4.: Folgendes Zusatzentgelt ist für den Patienten aus Beispiel A zu verrechnen und wird entsprechend vom ZE-Grouper so ausgegeben:

Zusatzentgelt	ATC-Code	Bezeichnung	Einschränkungen zur Abrechenbarkeit	Betrag [CHF]
ZE-2024-51		Bortezomib, intravenös/subkutan		
ZE-2024-51.29	L01XG01	Bortezomib	4.5 mg bis unter 5.5 mg	343.89

Erklärung:

Die Dosen müssen für die Abrechnung des *ZE-2024-51 Bortezomib, intravenös/subkutan* über die Verabreichungsarten intravenös (2.6 mg) und subkutan (2.6 mg) aufsummiert werden, da beide Verabreichungsarten in der Bezeichnung des gleichen Zusatzentgelts (ZE-2024-51) vorhanden sind. Dies ergibt eine Gesamtmenge von 5.2 mg und somit das Zusatzentgelt ZE-2024-51.29.

Zu 2.: Folgende Kodierung ist für den Patienten aus Beispiel A vorzunehmen (4.8.V02 - 4.8.V15):

|L01XG01;;IV;2.6;mg|L01XG01;;SC;2.6;mg|

Erklärung:

Die Dosen müssen für die Medizinische Statistik nur bei gleicher Verabreichungsart und Zusatzangabe eines Medikamentes pro Fall pro ATC-Code aufsummiert werden.

Beispiel B:

Ein Patient erhält 4000 U Blutgerinnungsfaktor IX intravenös mit dem Präparat *ALPROLIX Trockensub 2000 IE cum Solv* (Kürzel: CAI), 1500 U des Präparates *IDELVION Trockensub 500 IE cum Solv + Set* (Kürzel: CAI) und 3000 U des Präparates *BENEFIX Trockensub 3000 IE c Solv* (Kürzel: CBB). Weiter hat er eine der Diagnosen aus der Liste der Hämophilieerkrankungen aus der Tabelle am Ende der Anlage 2 kodiert.

Zu 1./4.: Folgende Zusatzentgelte sind für den Patienten aus Beispiel B zu verrechnen und werden entsprechend vom ZE-Grouper so ausgegeben:

Zusatzentgelt	ATC-Code	Bezeichnung	Einschränkungen zur Abrechenbarkeit	Betrag [CHF]
ZE-2024-35		Blutgerinnungsfaktor IX, CBB, intravenös	Diagnose muss in Tabelle 'Hämophilieerkrankungen' enthalten sein. [9] Dieses Zusatzentgelt darf nur bei der intravenösen Verwendung von Präparaten mit mittlerer Halbwertszeit < 70 Stunden (z.B. Benefix®, Berinin P®, Immuline STIM Plus®, Rixubis®) abgerechnet werden.	
ZE-2024-35.30	B02BD04	Blutgerinnungsfaktor IX, CBB	1500 U bis unter 5000 U	2'047.37

Zusatzentgelt	ATC-Code	Bezeichnung	Einschränkungen zur Abrechenbarkeit	Betrag [CHF]
ZE-2024-120		Blutgerinnungsfaktor IX, CAI, intravenös	Diagnose muss in Tabelle 'Hämophilieerkrankungen' enthalten sein. [9] Das Zusatzentgelt darf nur bei der intravenösen Verwendung von Präparaten mit mittlerer Halbwertszeit >= 70 Stunden (z.B. Alprolix®, Idelvion®, Refixia®) abgerechnet werden.	
ZE-2024-120.02	B02BD04	Blutgerinnungsfaktor IX, CAI	5000 U bis unter 10000 U	10'505.93

Erklärung:

Die Dosen für die Abrechnung des Zusatzentgeltes werden teilweise aufsummiert, da es sich zwar um die gleiche Substanz und die gleiche Verabreichungsart handelt, jedoch die Zusatzangabe nicht bei allen 3 Präparaten übereinstimmt.

Zu 2. Folgende Kodierung ist für den Patienten aus Beispiel B vorzunehmen (4.8.V02 - 4.8.V15):

| B02BD04;CAI;IV;5500;U | B02BD04;CBB;IV;3000;U |

Beispiel C:

Ein Patient erhält ein endovaskuläres Coil in ein spinale Gefäss und ein endovaskuläres Coil in ein intrakranielles Gefäss. In diesem Fall wird einmal der Kode 00.4A.61 «Eingesetzte endovaskuläre Coils in spinale Gefässe, 1 Coil» und einmal der Kode 00.4A.81 «Eingesetzte endovaskuläre Coils in intrakranielle Gefässe, 1 Coil» kodiert.

Dazu hat er folgende Prozeduren kodiert: aus der Liste 'Coils, intrakraniell' 39.79.28 «Coil-Embolisation oder -Verschluss von spinalen Gefässen» und aus der Liste 'Coils, spinal' 39.72.16 «Selektive Embolisation von intrakraniellen Gefässen mit Coils».

Somit werden zwei gleich teure, aber unterschiedlich kodierte Zusatzentgelte ZE-2024-175.01 sowie ZE-2024-175.03 abgerechnet.

Zusatzentgelt	CHOP-Code	Bezeichnung	Einschränkungen zur Abrechnungbarkeit	Betrag [CHF]
ZE-2024-175		Einsetzen von Coils, intrakraniell und extrakraniell (Kopf, Hals), spinal		
ZE-2024-175.01	Z00.4A.81	Eingesetzte endovaskuläre Coils in intrakranielle Gefässe, 1 Coil	Prozedur muss in Tabelle 'Coils, intrakraniell' enthalten sein.	654.72
ZE-2024-175.03	Z00.4A.61	Eingesetzte vaskuläre Plugs in extrakranielle Gefässe an Kopf und Hals, 1 Plug	Prozedur muss in Tabelle 'Coils, spinal' enthalten sein.	654.72

Beispiel D:

Ein Patient erhält 12 endovaskuläre Coils in thorakale Gefässe und 12 vaskuläre Schirme in thorakale Gefässe. In diesem Fall wird einmal der Kode 00.4A.5D «Eingesetzte endovaskuläre Coils in thorakale, abdominale und periphere Gefässe, 12 Coils» und einmal der Kode 00.4G.2B «Eingesetzte vaskuläre Schirme in thorakale, abdominale und periphere Gefässe, 10 und mehr Schirme» kodiert.

Dazu hat er folgende Prozeduren kodiert: aus der Liste 'Coils, thorakal, abdominal, peripher' 39.79.24 «Coil-Embolisation oder -Verschluss von thorakalen Gefässen» und aus der Liste 'Schirme, thorakal, abdominal, peripher' 39.79.54 «Selektive Embolisation mit Schirmen von thorakalen Gefässen».

Somit kann einmal das Zusatzentgelt ZE-2024-179.12 und einmal ZE-2024-182.10 abgerechnet werden.

Zusatzentgelt	CHOP-Code	Bezeichnung	Einschränkungen zur Abrechenbarkeit	Betrag [CHF]
ZE-2024-179		Einsetzen von Coils, thorakal, abdominal und peripher	Prozedur muss in Tabelle 'Coils, thorakal, abdominal, peripher' enthalten sein.	
ZE-2024-179.12	Z00.4A.5D	Eingesetzte endovaskuläre Coils in thorakale, abdominale und periphere Gefässe, 12 Coils		1'954.23
ZE-2024-182		Einsetzen von Coils, thorakal, abdominal und peripher	Prozedur muss in Tabelle 'Schirme, thorakal, abdominal, peripher' enthalten sein.	
ZE-2024-182.10	Z00.4G.2B	Eingesetzte vaskuläre Schirme in thorakale, abdominale und periphere Gefässe, 10 und mehr Schirme		1'628.53