DRG und Hebammenarbeit : ein WIderspruch?

Autor(en): **Stadler, Markus**

Objekttyp: **Article**

Zeitschrift: **Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch**

Band (Jahr): **111 (2013)**

Heft 9

PDF erstellt am: **31.05.2024**

Persistenter Link: https://doi.org/10.5169/seals-949165

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.
Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.
Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Ein Dienst der *ETH-Bibliothek*
ETH Zürich, Rämistrasse 101, 8092 Zürich, Schweiz, www.library.ethz.ch

http://www.e-periodica.ch

DRG und Hebammenarbeit: ein Widerspruch?

Während der Beruf der Hebamme per se ein lebensbejahender Beruf ist und gesunde Mütter und Kinder gemäss WHO der «wahre gesellschaftliche Reichtum» sind, gehen die Ursprünge der ICD-Klassifikation (International Classification of Diseases ICD) auf ein Todesursachen-Verzeichnis zurück – die so genannte Jacques-Bertillon-Klassifikation. Die ICD-Klassifikation wiederum bildet die Basis zu den DRG.

Markus Stadler, Bern

Ökonomische Überlegungen zur Arbeit der Hebammen und den DRG

Bei den DRG (Diagnosis Related Groups/Diagnosebezogene Fallgruppen) handelt es sich um ein gesamtschweizerisches Abrechnungssystem. Bis Ende 2011 wurde der (Spital)aufwand mit einer Tagespauschale abgegolten. Seit 2012 bekommen Spitäler und Geburtshäuser nun aufgrund einer Diagnosekategorie einen fixen Pauschalbetrag, mit dem sie wirtschaften müssen.[2]

Bereits heute ist klar: Kosten lassen sich mit dieser gesamtschweizerischen Tarifstruktur kaum einsparen, wie auch von Wolfram Fischer, Zentrum für Informatik und wirtschaftliche Medizin in Wolfertswil (SG) betont wird.[1] Es entsteht Zusatzaufwand in der Administration, im vor- und nachstationären ambulanten Bereich, wie etwa der Wochenbettbetreuung zuhause, in den Bereichen Rehabilitation, Spitex und Heim. Das tragende Argument für DRG ist eine erhöhte Kostentransparenz. Zudem soll – auch über Kantonsgrenzen hinweg – die Versorgungsqualität in Spitälern standardisiert gemessen werden können. Transparenz und Vergleichbarkeit der Dienstleistungen sollen den Wettbewerb fördern [2] und so erhöhte Effektivität und bessere Qualität der klinischen Versorgung nach sich ziehen.

Markus Stadler ist Lehrbeauftragter an der Berner Fachhochschule BFH, Bachelor of Science Hebamme

Durch die neuen Regeln der finanziellen Abgeltung ergeben sich aber auch veränderte Arbeitsvoraussetzungen für das Gesundheitspersonal – nicht nur für das im Spital tätige. Der Handlungsspielraum wird durch ökonomische Kriterien stärker definiert und begrenzt. Die Folgen für die Betreuung der Klientinnen müssen sorgfältig analysiert und begleitet werden – gerade auch aus ethischer Sicht.

Wenn in der Schweiz nach wie vor gewisse relevante Grundangebote – etwa ein erweitertes Wochenbett im Rahmen der postpartalen Depression – fehlen, dann hat das aber nur indirekt mit dem DRG-Abrechnungssystem zu tun. In diesen Fällen geht es darum, kantonale Gesundheitsdirektionen zu sensibilisieren, die Spitallisten entsprechend anzupassen. Auf einer Spitalliste definiert der Kanton das bedarfsnotwendige Angebot für die Versorgung seiner Wohnbevölkerung. Nur so ist gesichert, dass Krankenkassen und Kantone die anfallenden Kosten auch decken und das Spital als Leistungserbringer «motiviert» wird, neue Angebote – wie das «erweiterte Wochenbett» – überhaupt in seinen Leistungskatalog aufzunehmen.

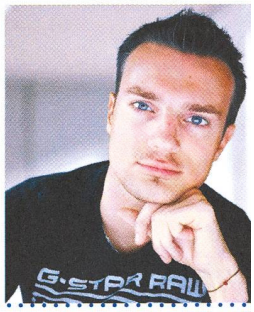
Nun aber zurück zu den DRG: In erster Linie soll verhindert werden, dass Hebammen, Ärzte und Pflegende in ihrem Handeln für die Ressourcenökonomie der Klinik instrumentalisiert werden. Der Autor dieses Beitrags hat auf mehreren Wochenbettabteilungen in Erfahrung gebracht, dass die immer frühere Entlassung von Mutter

[1] siehe dazu: www.who.int/classifications/icd/en/

[2] Im DRG-System werden Patienten und Patientinnen anhand medizinischer (Diagnosen, durchgeführte Behandlungen) und demographischer Daten (Alter, Geschlecht sowie das Aufnahmegewicht bei Kindern, die jünger sind als 1 Jahr) für Zwecke der Abrechnung in Fallgruppen klassifiziert. Die Fallgruppen dienen jedoch nicht der Bestimmung der medizinischen Behandlung, sondern die Differenzierung erfolgt aufgrund des in der Vorperiode ermittelten typischen Aufwandes (Behandlungskosten). Diese Fallgruppen werden mit einer sogenannten Bewertungsrelation (BR) (engl. Cost Weight) bewertet, in der sich die unterschiedlichen Behandlungskosten der jeweiligen Fallgruppe widerspiegeln.

und Kind zu psychischem Stress beim Personal führt: Es sieht sich vor ethische Dilemmata gestellt. In der Abbildung auf Seite 6 wird der «Verweildauer-Mechanismus» verdeutlicht.
Es ist wichtig festzuhalten, dass die DRG nicht etwa der Bestimmung der medizinischen Behandlung dienen. Diagnosen, Prozeduren und die entsprechende Dokumentation bestimmen aber die DRG. Die Differenzierung erfolgt aufgrund des in der Vorperiode ermittelten typischen Aufwandes, der wiederum in der so genannten Kostenrelation (Cost Weight) abgebildet ist. Das «Cost Weight» widerspiegelt die unterschiedlichen Behandlungskosten (siehe Glossar).
In der Schweiz werden medizinische Leistungen grundsätzlich in zwei verschiedenen Systemen abgerechnet. *Ambulante Leistungen,* für die die Klientin kein Bett benötigt, werden nach dem Ärztetarif «TarMed Suisse» abgerechnet. *Stationäre Leistungen* werden über DRG abgedeckt.
Bei der *Spitalgeburt* ist die Gebärsaalbenützung, die Betreuung vor- und während der Geburt, die Nachbetreuung im Gebärsaal und das Wochenbett mit eingeschlossen. Der eigentliche Leistungserbringer gegenüber dem Krankenversicherungsgesetz KVG ist das Spital. Anders verhält es sich im (nicht ärztlich geleiteten) Geburtshaus: Dort rechnet die Hebamme alleine mit der Krankenkasse ab – aber ebenfalls nach dem DRG-Modell.
Wird das Neugeborene ausserhalb des Gebärsaals versorgt (etwa auf der Neonatologie nach einem Kaiserschnitt), kann das Kind in einer eigenen DRG abgerechnet werden. Es wird zu einem zusätzlichen «Fall». Wird das Baby bis zur Entlassung nur im Gebärsaal versorgt, so ist der Aufwand mit der DRG für die Mutter abgegolten.
Alle erwähnten «Aufwand-Aspekte» (Gebärsaalbenützung, Betreuung während der Geburt durch Hebammen/Ärzte, Nachbetreuung) sind Teil des «Cost Weight» oder der «Bewertungsrelation». «Bewertungsrelation» ist der deutsche Begriff für «Cost Weight».

Auswirkungen der DRG auf die Hebammenarbeit
Werden die DRG der Hebammenarbeit überhaupt gerecht? Um dieser Frage auf den Grund zu gehen, ist hier aufgezeigt, welche Prozeduren respektive Diagnosen aus dem ICD-Katalog eigentlich mit Hebammenarbeit im Zusammenhang stehen. Es sind dies in der Kategorie «Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett» [3]:
- Sectio Caesearea mit unterschiedlicher Diagnoseschwere
- Vaginale Entbindung mit unterschiedlicher Diagnoseschwere
- Extrauteringravidität
- Cerclage und Muttermundverschluss
- Intrauterine Therapie des Feten
- Abort mit Dilatation und Kürettage
- Frustrane Wehen mit unterschiedlicher Anzahl Belegungstage
- Vorgeburtliche stationäre Aufnahme mit unterschiedlicher Diagnoseschwere



Sébastien Riquet
Leitende Hebamme an der Geburtenabteilung des Spitals EHC in Morges, Beirat Hebamme.ch

Liebe Leserin, lieber Leser

Eigentlich planten wir, die Nachbereitung des Kongresses in Thun zum Thema «Geburtshilfliche Versorgung neu gestalten: Das Potenzial von Hebammen nutzen!», mit der letzten Nummer abzuschliessen. Doch noch sind wir nicht so weit. Sie werden nämlich in dieser Ausgabe lesen können, dass uns die neuen Tarife, die seit der Einführung der Fallkostenpauschalen DRG vor zwei Jahren gelten, mehr denn je dazu zwingen, die Organisation der perinatalen Betreuung angesichts der verkürzten Spitalaufenthaltsdauer neu zu überdenken.

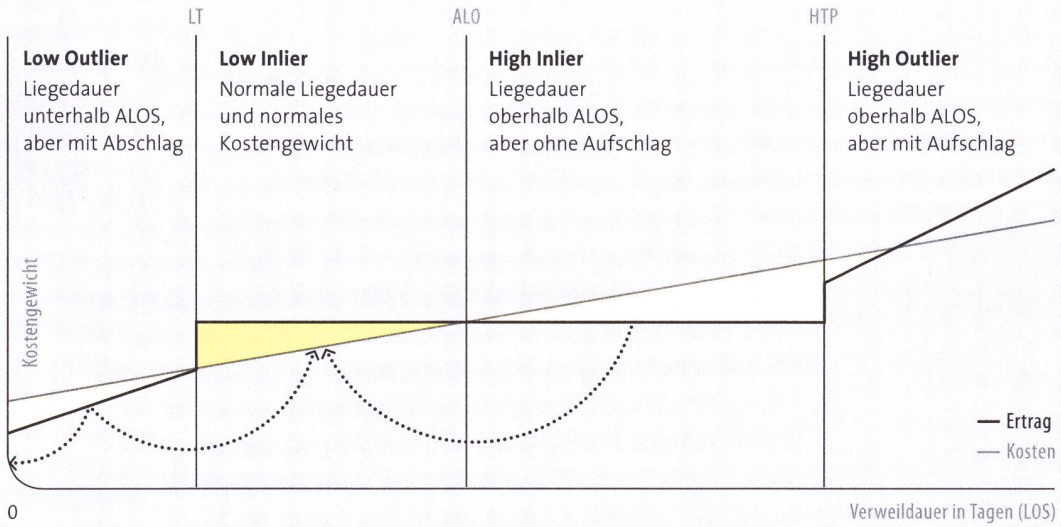
In der vorliegenden Ausgabe werden Sie verschiedene externe – und interne – Projekte kennenlernen, die mit der Hebammentätigkeit und dem Spitalumfeld zusammenhängen. In mehreren Landesteilen haben Hebammen ein Leistungsangebot für Familien vorbereitet. In der Region Basel bietet das Projekt «FamilyStart» in Zusammenarbeit mit der ZHAW Winterthur eine Helpline und sichere Nachsorge an, da die Mütter immer rascher nach Hause entlassen werden. Im CHUV in Lausanne wurde ein Programm bei vorzeitigem Spitalaustritt entwickelt. Es trägt der Neuorganisation der Pflege und des Unterrichts Rechnung, die sich wegen der verkürzten Spitalaufenthalte aufdrängte.

Doch es wartet noch mehr Arbeit auf uns, wenn wir unsere Fachkompetenz anerkennen lassen möchten. Sie beschränkt sich nämlich nicht auf die in den DRG festgelegten Leistungen. Ich wünschte mir eine DRG-Kategorie «Anwesenheit der Hebamme». Denn unsere Fähigkeit, der Zeit Zeit zu geben, wird bei der physiologischen Geburt zu wenig anerkannt, obwohl deren Bedeutung bekannt ist und sie medizinische Eingriffe bei einer hebammenbegleiteten Geburt vermeiden hilft.

Nun wünsche ich Ihnen eine gute Lektüre.

Sébastien Riquet

DRG-System



Dreh- und Angelpunkt des DRG-Systems ist die *Verweildauer.* Es wird eine mittlere Liegedauer, die *Average Lenth of Stay (ALOS)* festgelegt (siehe Glossar). Die mittlere Aufenthaltsdauer beträgt bei einer spontanen Vaginalgeburt ohne Komplikationen 5,6 Tage, bei einer instrumentellen Entbindung (Zange, Vakuum, Kombination) 6,3 Tage [4]. Wird eine Klientin im «Low-Outlier-Bereich» entlassen, also zu früh, bekommt das Spital einen «Abschlag». Für eine Klientin, die als «High Inlier» länger als die mittlere Liegedauer im Spital liegt, fallen für das Spital Mehrkosten an. Diese Mehrkosten können aber ausgeglichen werden durch Klientinnen, die früher entlassen werden.

Originäre Hebammenarbeit ist, wenn überhaupt, im aktuellen Fallpauschalen-Katalog kaum zu finden.
Die Trägerin des Abrechnungssystems, die SwissDRG AG, wurde am 18. Januar 2008 in Bern gegründet. Die Kantone und die Krankenversicherungs-Tarifpartner haben diese gemeinnützige Aktiengesellschaft ins Leben gerufen. Ziel ist eine transparentere Tarifstruktur in Spitälern und Geburtshäusern. Die Klientinnen sollen eine bessere Übersicht zu den Tarifen erhalten.

Aktionäre der SwissDRG AG sind:
- die GDK, die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
- H+, die Spitäler der Schweiz
- Santésuisse, der Branchenverband der schweizerischen Krankenversicherer
- die Medizinaltarifkommission UVG, MV/IV (MTK) [5]
- die FMH, der Berufsverband der Schweizer Ärztinnen und Ärzte

Das Verwaltungsratspräsidium der SwissDRG AG wird durch den Basler Regierungsrat Dr. Carlo Conti wahrgenommen.

Welches sind die konkreten Auswirkungen der DRG auf die Hebammenarbeit?
Frei praktizierende Hebammen werden möglicherweise stärker belastet sein, weil die Verweildauer im stationären Wochenbett tendenziell sinkt. Besteht ein Mangel an frei praktizierenden Hebammen, kommt es zu einem Betreuungsdefizit für die Frauen zu Hause. Sehr wohl sind in einigen Kantonen entsprechende Projekte am Entstehen. Grundsätzlich wird aber die Wochenbettbetreuung vermehrt ins häusliche Umfeld verlagert.
Spitalhebammen wie auch frei praktizierende Hebammen werden Frau, Kind, Familie und deren Entwicklung in kürzerer Zeit beurteilen müssen hinsichtlich (Naht)-wundheilung, Bonding, Stillproblematik, Baby Blues/Depression/Psychose, Säuglingsentwicklung etc. In diesem Kontext sollte ein noch stärkeres Augenmerk auf die Versorgungssicherheit gelegt werden als dies bis anhin der Fall war.
Eine erfreuliche Entwicklung in dieser Richtung ist etwa «FamilyStart» [6] – ein Hebammen-Netzwerk beider Basel. Es handelt sich um ein schweizweit erstmaliges Projekt und wird vom Universitätsspital Basel sowie vom Bethesda Spital (mit-)finanziert. Eine kostenlose Helpline und die Vermittlung von Fachleuten sollen hilfesuchende Eltern in der ersten Zeit nach der Geburt unterstützen. Das Universitätsspital Basel schätzt den Gesamtunterstützungsbetrag für ein Jahr auf 115 000 Franken. Nach Ansicht des Autors ein bescheidener Betrag. Auf diese Weise werden Fachleute im Spital entlastet und der administrative Aufwand (telefonische Suche nach Hebammen für die Nachbetreuung zu Hause) sinkt beträchtlich.

Ausblick

Verbesserte Dokumentation der Hebammenarbeit unter DRG

Es sei an dieser Stelle nochmals betont: DRG sind kein Hilfsmittel zur Leistungserbringung durch Hebammen, sondern ein Instrument zur Leistungsverrechnung. Das Kernproblem liegt darin, dass die eigentliche (originäre) Hebammenarbeit im DRG-System, im TarMed-Katalog und in den Pflegeleistungserfassungssystemen bloss marginal abgebildet ist.

Beispiel TarMed Suisse: TarMed bestimmt den einheitlichen Tarif, nach dem Ärzte ihren Patienten Rechnung stellen, und umfasst mehr als 4600 Positionen im ambulanten Spitalbereich. Hebammen sind unter «arztnahe Positionen» subsumiert. Unter dem Stichwort «Geburt» findet man vorwiegend instrumentell ausgerichtete Positionen wie «Abortbehandlung», «Naht von Cervixrissen» oder «Periduralanästhesie PDA» [7].

Beispiel LEP®: Wie im Glossar aufgezeigt, besteht im Katalog «Leistungserfassung Pflege» LEP® seit 2012 ein hebammenspezifischer Tätigkeitskatalog. Damit wurde theoretisch die Möglichkeit geschaffen, dass die Arbeit im gesamten Hebammenkontinuum (präkonzeptionelle Phase/Schwangerschaft/Geburt/Wochenbett) wesentlich umfassender dokumentiert werden kann als bisher. Aus verschiedenen Gründen fehlt bisher die Möglichkeit, den Katalog in einem elektronischen System – oder zumindest Teile davon im Rahmen des Partogramms – umzusetzen.

Beispiel DRG-Katalog: Unter der DRG O60D wird die «vaginale Entbindung ohne komplizierende Diagnose» mit dem Cost-Weight-Faktor 0.584 abgebildet. Zum Vergleich: Unter der DRG O01F figuriert die «Sectio casarea ohne komplizierende Diagnose» mit dem höheren Cost-Weight-Faktor 0.841. Es darf aber durchaus bezweifelt werden, dass ein Kaiserschnitt per se und in jedem Fall zu einer höhere Abgeltung berechtigt als die physiologische Spontangeburt in ihrem gesamten Begleit- und Betreuungskontext.

«Bewertungsrelation» oder «Cost Weight»

Die «Base Rate», die Grundlage für die Vergütung von Spitaldienstleistungen, wird von den Tarifpartnern (Krankenkassen- und Spitalvertreter sowie Kantone) festgesetzt. Sie variiert von Kanton zu Kanton und von Spitaltyp zu Spitaltyp. Sind sich die Tarifpartner nicht einig, ist der Kanton befugt, eine provisorische «Base Rate» festzulegen.

Wesentlich interessanter ist, was Hebammenarbeit angeht, der Cost-Weight-Faktor, der je nach Fallschwere höher oder tiefer ausfällt. Das entstehende Problem wurde bereits erwähnt: Eine Bewertungsrelation für die «vaginale Entbindung ohne komplizierende Diagnose» von 0.584 ist eher tief angesetzt, weil davon ausgegangen wird, dass die Gebärende gesund ist und ihr Kind auf natürliche Weise zur Welt bringt. Komplexe Nebendiagnosen können hier nicht abgerechnet werden. Die eigentliche Hebammenarbeit – etwa während der Plazentarperiode – wird nur spärlich dokumentiert und betriebswirtschaftlich gesehen als «Präsenzzeit» wahrgenommen. Darum fällt die «vaginale Entbindung ohne komplizierende Diagnose» zu Ungunsten der Hebamme aus. In der Bewertungsrelation schlägt sich nicht oder kaum nieder, welche Arbeiten die Hebamme etwa im Rahmen von Geburten, bei denen es zu keinem Dammriss kommt, erbringt. Dies vor dem Hintergrund der Studien, die zeigen, dass bei Geburten, die von Hebammen geleitet werden, die Rate von Frauen, deren Damm bei der Geburt intakt bleibt signifikant höher ist als bei konventionellen ärztlich geleiteten Geburten.

Fazit

DRG sind ein Work in Progress. Im Rahmen künftiger Diskussionen zu Hebammen und DRG ist die eigentliche Arbeit der Hebamme in eine dokumentierbare Sprache zu fassen und muss miteinbezogen werden. Die Abgrenzung von «Geburtsmedizin» und «Geburtshilfe» tut not. Zurzeit ist die Frage, ob DRG die Tätigkeit der Hebammen richtig und gerecht wiedergeben, mit einem klaren «Nein» zu beantworten.

Es ist wichtig, sich zur originären Hebammenarbeit laufend Gedanken zu machen. Heute geht es wohl – es sei mir diese Bemerkung erlaubt – um den Balanceakt zwischen originärer Hebammenarbeit, Sprachentwicklung, EBM (Evidence Based Midwifery) und einem Mass an Ökonomie und vor allem Politik, der auch der gesunden schwangeren «No-Risk-Frau» gerecht wird.

Das Thema Geburtshilfe ist nicht nur supraökonomisch, sondern auch überparteilich anzugehen. Supraökonomisch: Geburtshilfe darf nicht auf Rendite reduziert werden. Überparteilich: Geburtshilfe ist versorgungsnotwendig und deren Existenz in unseren Spitälern und Geburtshäusern, deren Belebung durch frei schaffende Hebammen soll in erster Linie durch ihre Notwendigkeit bestimmt werden. Dazu gehören Abrechnungssysteme, in denen die Hebammenarbeit in genügendem Mass berücksichtigt ist. Weder beim TarMed noch im DRG-System ist das zurzeit gegeben.

SwissDRG et travail des sages-femmes: en opposition?

Alors que la profession de sage-femme repose sur une affirmation de la vie et sur la bonne santé de la mère et de l'enfant, la classification ICD (International Classification of Diseases) ou classification de Jacques Bertillon fait référence à un répertoire de causes mortelles. Et c'est sur elle que se basent les SwissDRG. Mais ce système est en pleine évolution: c'est un «Work in Progress». Dans les discussions à venir, le travail effectif des sages-femmes devra être encore mieux pris en compte et mieux intégré. Pour l'instant, les DRG ne reflètent pas les activités des sages-femmes de manière juste et équitable et leurs prestations sont insuffisamment «documentées». Le catalogue actuel des DRG ne tient pas encore compte du travail réel des sages-femmes qui ne se réduit pas à des actes mais aussi à une présence conduisant à une prévention des dommages possibles (par exemple, plus fréquemment à éviter une déchirure périnéale quand l'accouchement est géré par les sages-femmes).

Die eingangs gestellte Frage zur Auswirkung von DRG lässt sich mit «Jein» beantworten: DRG an sich sind lediglich ein Abrechnungssystem. Die Inhalte hingegen sind eine Verhandlungsgrösse – und gerade bei den Kostengewichten, welche die Leistungen einer Berufsgruppe mitbeinhalten, besteht, was Hebammen angeht, noch Aufholbedarf. DRG sind nur ein Zeitzeichen, das nun mit richtigen und gerechten Hebammeninhalten modifiziert werden muss.

Kontakt
Markus Stadler
stadler.pflegeentwicklung@gmail.com
Burgfeld 20, 3123 Belp
T +41 (0)78 842 94 14

SwissDRG

Was sind die DRG?
SwissDRG (Swiss Diagnosis Related Groups) ist das neue Tarifsystem für stationäre akutsomatische Spitalleistungen, das gemäss der letzten Revision des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) die Vergütung der stationären Spitalleistungen nach Fallpauschalen schweizweit einheitlich regelt. Beim Fallpauschalensystem SwissDRG wird jeder Spitalaufenthalt anhand von bestimmten Kriterien, wie Hauptdiagnose, Nebendiagnosen, Behandlungen und weiteren Faktoren, einer Fallgruppe zugeordnet und pauschal vergütet. Die schweizweite, tarifwirksame Einführung von SwissDRG ist seit dem 1. Januar 2012 in Kraft.

Wie funktioniert das SwissDRG-System?
DRG-Systeme sind Patientenklassifikationssysteme, welche die stationär behandelten Patienten von Akutspitälern in medizinisch und ökonomisch homogene Fallgruppen einteilen. Das wichtigste Kriterium für die Zuordnung eines Patienten zu einer Fallgruppe ist die Hauptdiagnose bei Spitalaustritt. Weitere Klassifikationsmerkmal sind Nebendiagnosen, Prozeduren, Alter, Geschlecht, Art des Spitalaustritts, Schweregrad, bei Neugeborenen das Geburtsgewicht und weitere Faktoren. Die Zuweisung einer Hospitalisierung zu einer bestimmten DRG erfolgt über eine Gruppierungssoftware (Grouper). Die Höhe jeder SwissDRG-Fallpauschale wird anhand der tatsächlich anfallenden Kosten der Schweizer Spitäler berechnet.

Entwicklungsprozess der neuen Tarifstruktur
Die SwissDRG AG als Organisation der Leistungserbringer, der Versicherer und der Kantone setzt ihren gesetzlichen Auftrag zur Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie zur Anpassung und Pflege des Schweizer Fallpauschalensystems SwissDRG um. Grundlage für diese Arbeiten sind die fallbezogenen Kosten- und Leistungsdaten der Schweizer Spitäler. Die Tarifstruktur, inklusive der vom Gesetzgeber vorgegebenen Begleitmassnahmen, muss zunächst vom Bundesrat genehmigt werden. Die Tarifpartner, Spitäler und Versicherer, handeln die kantonalen Tarifverträge aus und definieren darin die Höhe des Basispreises. Die kantonalen Tarifverträge bedürfen der Genehmigung durch die Kantone. Mehr Informationen unter: **www.swissdrg.ch**

Glossar

ALOS Average Length of Stay (mittlere Aufenthaltsdauer) **Base Rate** Der Basisfallwert (aus dem Englischen: Base Rate) bezeichnet den Betrag, der bei der Berechnung der DRG-Preise für die Spitalbehandlung zugrunde gelegt wird. Die Base Rate bildet die Grundlage für die Vergütung der Spitalleistungen. Beispiel: Die Base Rate sei CHF 10 000.– und das Cost Weight 0.584 (DRG 060D; vaginale Entbindung ohne komplizierende Diagnose). Die Leistung wird mit CHF 5840.– abgegolten – Geburtsbegleitung, Geburtsverlauf und Nachbetreuung inklusive. **Cost Weight** Bewertungsrelation: Sie wird aufgrund von Daten aus bestimmten Schweizer Referenzspitälern ermittelt und benennt den durchschnittlichen Aufwand für eine bestimmte Behandlung als Faktor. Beispiel: DRG 060D «vaginale Entbindung ohne komplizierende Diagnose»: 0.584. **DRG** Diagnosis Related Group; diagnosebezogene (Fall)gruppe. Eine medizinische und eine demographische Diagnose (z.B. Alter, Geschlecht) sowie die Operationsklassifikation (CHOP) führt letztlich zu einer DRG, die wiederum die Basis zur Rechnungsstellung ist. **DRG-Grouper** Als DRG-Grouper bezeichnet man ein ökonomisch-medizinisches EDV-Programm zur Berechnung der jeweiligen Fallpauschale anhand der diagnosebezogene Fallgruppen DRG. Als «Rohdaten» für seine Berechnungen benötigt ein Grouper vor allem: Aufnahmegewicht (bei Kindern, die jünger sind als 1 Jahr), Hauptdiagnose, Nebendiagnose(n), CHOP-Daten, (maschinelle) Beatmungsdauer, Geschlecht, Alter, Verweildauer, Entlassungsart. **HTP** High Trim Point; maximale Aufenthaltsdauer. Ab diesem Zeitpunkt übernimmt das Spital die Kosten selber. Deutsch: OGV; obere Grenzverweildauer **ICD** International Classification of Diseases. Diese Klassifikation geht auf ein Todesursachen-Verzeichnis zurück. Es wurde von Jacques Bertillon (1851–1922), dem Leiter des Statistischen Amtes der Stadt Paris 1891 im Auftrag des Internationalen Statistischen Instituts (ISI) erarbeitet. **LEP®** Leistungserfassung und Prozessdokumentation im Gesundheitswesen. Entsprechende Kataloge sind in über 150 Schweizer Spitälern im Einsatz. Die Kataloge werden laufend ergänzt und aktualisiert. Ein Beispiel ist der LEP®-Hebammen-Katalog, der vom Autor dieses Beitrags initiiert und von den Hebammen Barbara Stocker Kalberer sowie von Kathrin Krähenbühl mitentwickelt wurde. Barbara Stocker Kalberer ist seit Mai 2013 Präsidentin des Schweizerischen Hebammenverbands, Katrin Krähenbühl ist Dozentin an der Berner Fachhochschule BFH, Studiengang Hebammen. **LTP** Low Trim Point; minimale Aufenthaltsdauer. Wird dieser Zeitpunkt unterschritten, muss das Spital einen Tarifabschlag in Kauf nehmen. Deutsch: UGV; untere Grenzverweildauer **TarMed** Der Tarmed (tarif médical, Ärztetarif) ist der Tarif für ambulante ärztliche, respektive nichtärztliche Leistungen in der Schweiz. Unter die nichtärztlichen Leistungen fällt somit auch die Hebammenarbeit. Es handelt sich beim TarMed um ein Vertragswerk zwischen der ärztlichen und der Krankenkassen-Dachorganisation (FMH bzw. Santésuisse).

Literatur

1 Wolfram Fischer. Zentrum für Informatik und wirtschaftliche Medizin, CH-9116 Wolfertswil (SG) **www.fischer-zim.ch**

2 **www.spitalinformation.de**

3 SwissDRG, Regeln und Definitionen zur Fallberechnung, Version 5/2012, genehmigt vom Verwaltungsrat SwissDRG AG, 11. Mai 2012

4 Gebären in der Schweiz, Eidgenössisches Departement des Innern EDI, Bundesamt für Statistik BFS, 2007

5 Zentralstelle für Medizinaltarife (letztmals zugegriffen am 2. Juli 2013): **www.zmt.ch**

6 FamilyStart (letztmals zugegriffen am 26. Juni 2013): **www.zhaw.ch › Die ZHAW › Medien › Medienmitteilung › FamilyStart**

7 TarMed Katalog, Version Juni 2012

Links

Hebammengeschichte: **www.geburtskanal.de**
TarMed Suisse Browse: **onb.tarmedsuisse.ch**
Spitalliste des Kantons Bern: **www.gef.be.ch › Gesundheit › Spitalversorgung › Spitäler › Spitalliste**