

28.03.2018

Entwicklungsschwerpunkte und Abbildung von speziellen Leistungsbereichen in der SwissDRG-Version 8.0 / 2019

Übersicht über Verbesserungen und Entwicklungsschwerpunkte Version 8.0 im Vergleich zu Version 7.0

Im Hinblick auf die Entwicklungsschwerpunkte sind insbesondere die Abbildung hochaufwendiger Fälle, die umfassende Überarbeitung der MDCs 05, 08, 16, 20 und 22, die Weiterentwicklung im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin sowie die verbesserte Abbildung intensivmedizinischer Fälle auf einer Intermediate-Care Unit (IMCU) und Intensivpflegestation (IPS) für Säuglinge, Kinder und Erwachsene zu erwähnen.

1. Abbildung hochaufwendiger Fälle

Mit dem Beginn jeder Systementwicklung werden zunächst die Defizitfälle analysiert. Dabei wiesen plausible Fälle häufig sehr hohe Aufwandspunkte für Int- / IMC-Komplexbehandlung oder Mehrfacheingriffe teils in Verbindung mit komplexer Vakuumtherapie sowie bestimmte hochaufwendige Konstellationen auf.

Entsprechend wurden systemübergreifend umfangreiche Umbauten zur differenzierten Abbildung dieser Fälle durchgeführt:

Sehr hohe Aufwandspunkte Int- / IMC-Komplexbehandlung

Sehr teure Fälle mit hoher Anzahl IntK Aufwandspunkte streuen über mehrere Basis DRGs in der MDC 15. Eine sachgerechte Abbildung innerhalb dieser DRGs ist nicht möglich. Deshalb wurde eine neue DRG P37Z unabhängig vom Aufnahme- oder Geburtsgewicht etabliert.

Bei Säuglingen mit einem Aufnahmegewicht kleiner 1500g zeigte sich, dass Fälle mit aufwendiger Intensivtherapie ähnlich teuer sind wie langzeitbeatmete Fälle. Innerhalb der Basis DRG P03 wurden Fälle mit hoher Anzahl IntK Aufwandspunkte unabhängig von der Beatmungsdauer aufgewertet.

Ebenfalls wurden Fälle mit hochaufwendiger Intensivtherapie IntK / IMCK >5520 Aufwandspunkte in die DRG A06Z aufgewertet.

Mehrzeitige Eingriffe

Zusätzlich zur bestehenden Funktion „Komplexe Vakuumbehandlung I und II“ wurde eine neue Funktion etabliert „Vakuumbehandlung“ unter Verwendung der Tabelle „Bestimmte OR-Prozeduren ohne mässig komplexe Eingriffe“ und der Bedingung „mehrzeitige bestimmte Operationen an zwei Tagen“. Es erfolgte eine Aufwertung dieser Fälle in Verbindung mit grossen Eingriffen in den DRGs F04Z, G38Z, H33Z, M37Z, N33Z, X33Z.

Vierzeitige bestimmte OR-Prozeduren mit IntK >1470 / 1380 Aufwandspunkte werden neu der DRG A11A zugeordnet. Vierzeitig komplexe OR-Prozeduren in Verbindung mit

bestimmten Konstellationen wurden in die DRG A06Z aufgewertet, ebenso gelang eine verbesserte Abbildung der Fälle mit vierzeitig komplexe OR-Prozeduren in der MDC 01 (DRG B36B).

Hochaufwendige Konstellationen

Häufig sind Fälle nicht mit einem Merkmal als Hochkostenfall abbildbar. In Anlehnung an die Funktion «komplizierende Prozeduren» konnte die Funktion «hochaufwendige Konstellationen» etabliert werden. Die Kombination mehrerer Bedingungen z.B. Transfusionen in sehr hoher Zahl und langandauernde Dialysen oder die Notwendigkeit zur Organtransplantation mit Hochdringlichkeitsstufe, High Urgency führt zu einer Aufwertung der Fälle Hauptdiagnose unabhängig in die DRG A11A.

Diese und weitere Umbauten (siehe Abschnitte zur Intensivmedizin) führen zu einer deutlich differenzierten und leistungsgerechten Abbildung von aufwendigen Fällen in der Tarifstruktur Version 8.0 im Vergleich zur Version 7.0.

2. Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Intensivpflegestation - IPS; Intermediate-Care Unit - IMCU für Säuglinge, Kinder und Erwachsene)

Systematisch wurde Hauptdiagnosen unabhängig in der PräMDC sowie in den Organ-MDCs geprüft, inwieweit Aufwandspunkte IPS oder IMCU als gruppierungsrelevantes Merkmal aufgewertet werden können. So konnten sowohl Langzeitaufenthalte auf IPS / IMCU als auch Kurzzeittherapien differenziert abgebildet werden.

In mehreren DRGs gelang eine bessere Kostendifferenzierung anhand der Aufwandspunkte IPS, unabhängig von der Beatmungsdauer (z.B. Aufwertung hochaufwendiger Intensivtherapie auf Intensivmedizinische Komplexbehandlung (IntK) / Komplexbehandlung in einer Intermediate-Care Unit (IMCK) >5520 Aufwandspunkte in DRG A06Z, unabhängig von Beatmungsdauer).

Fälle mit mehr als 95 Stunden Beatmungsstunden sind der Basis DRG A13 zugeordnet, diese können jedoch auch die Logik der Basis DRGs A36, B36, F36, T36 erfüllen (abhängig von IntK Aufwandspunkten). Auch nach Weiterentwicklungen über die letzten SwissDRG Versionen, ist in bestimmten Konstellationen eine Mindervergütung bei Mehrleistung möglich. Es erfolgte deshalb eine komplexe Überarbeitung der Prä-MDC und Intensiv DRGs in den weiteren MDCs. Die Basis DRG A13 wurde gelöscht, eine Fallmenge mit Beatmung >95 Stunden und bestimmten aufwendigen Konstellation wurde der Basis DRG A11 zugeordnet. In den organbezogenen Intensiv DRGs wurden Fälle mit Beatmungsstunden >95 Stunden aufgewertet.

Komplexe, aufwendige Fälle werden damit im DRG-System der Version 8.0 besser abgebildet.

3. Umfassende Überarbeitung der MDCs 05, 08, 16, 20, 22

MDC 05 „Herz-, Kreislaufkrankungen“

Die Differenzierung der Basis DRG F98 in F98A und F98B erfolgte bisher anhand Alter, komplexen Diagnosen oder bestimmten Eingriffen (TAVI). Kombinationseingriffe waren nicht aufwandsgerecht vergütet. Deshalb wurde diese DRG überarbeitet und neue Splitkriterien identifiziert:

F98A: Klappenersatz mit Bypass oder IntK >196 / 360 Aufwandspunkte

F98B: Klappenersatz mit Pacer oder aortalem Graft oder Alter <16 Jahre

F98C: Klappenersatz

Die im letzten Jahr begonnene Überarbeitung der verschiedenen DRGs mit inhaltsähnlichen Fällen wurde fortgesetzt. Vergleichbare Fälle wurden der gleichen Basis DRG zugeordnet, die Splitbedingungen wurden geprüft und bei Bedarf angepasst (Basis DRGs F08, F34, F51 und F38, F59). Mit der Etablierung fallzahlstarker DRGs konnten ressourcenintensive Fallkonstellationen aufgewertet werden.

MDC 08 „Erkrankungen des Bewegungssystems“

In der operativen Partition fanden umfangreiche Anpassungen statt. Einerseits wurden die Splitkriterien geschärft und komplexe Fallkonstellationen aufgewertet z.B. innerhalb der Basis DRG I32 (Etablierung einer reinen «Ein-Belegungstag DRG», Aufnahme der Codes 99.b6.22 bis -.24 «Komplexbehandlung der Hand, von 8 und mehr Tagen...»), Aufwertung der Fälle mit komplexen Diagnosen «Arthritis, Polyarthritis od. Osteomyelitis, Weichteilschaden II. bis III. Grad»). Innerhalb der DRGs zur Abbildung der Revisionen von Prothesenimplantaten bei Knie und Hüfte wurden komplette Prothesenwechsel aufgewertet. In die Basis DRG I18 «Arthroskopie einschliesslich Biopsie oder andere Eingriffe an Knochen oder Gelenken» gruppierten bisher Fälle mit Biopsien oder Arthroskopien unterschiedlichster Lokalisationen. Zur Erhöhung der Systemgüte wurden die Eingriffe entsprechend ihrer Lokalisation verschoben, es fanden umfangreiche Tabellenbereinigung statt.

Weitreichende Umbauten wurden in der medizinischen Partition durchgeführt. Zur Abbildung aufwendiger Intensivfälle ohne operativen Eingriff wurde eine neue DRG I87Z «Krankheiten und Störungen an Muskel-, Skelett- und Bindegewebe mit IntK/IMCK >196 / 184 Aufwandspunkte» etabliert.

Viele aufwandsgleiche und inhaltsähnliche Fälle sind bisher in verschiedenen DRGs abgebildet. So wurde die Fallmenge Femurfrakturen aus der Basis DRG I66 «Andere Erkrankungen des Bindegewebes, mehr als ein Belegungstag» in die Basis DRG I60 «Frakturen am Becken, Schenkelhals und Femur, mehr als ein Belegungstag» verschoben und die Splitkriterien überarbeitet.

Die Fallmenge in der Basis DRG I69 «Knochenkrankheiten und Arthropathien, mehr als ein Belegungstag» wurde erweitert um unspezifische Arthropathien. Aufgrund vieler Ein-Belegungstagfälle wurde eine neue Basis DRG I61 für diese Fälle geschaffen.

MDC 16 „Erkrankungen des Blutes und des Immunsystems“

Die sachgerechte Abbildung der Fälle gestaltet sich schwierig in dieser MDC. Eine gute Kostendifferenzierung anhand der Diagnosen konnte bisher nicht erreicht werden.

Mit der Schaffung einer neuen DRG Q37Z (Kurzaufenthalte auf IMC / IPS) können aufwendige Fälle gut abgebildet werden.

Ebenso waren die Splitkriterien in der Basis DRG Q61 nicht ausreichend kostendifferenzierend. Es erwies sich neu eine Differenzierung anhand äusserst schwerer Begleiterkrankungen in dieser Basis DRG als zielführend.

Diese Umbauten verbesserten die Abbildungsgüte der Fälle deutlich.

MDC 20 „Suchterkrankungen“

Die Fälle in dieser MDC erwiesen sich als sehr kosten- und verweildauerinhomogen. Bei wenigen kodierte Prozeduren war eine Unterscheidung der Fälle nach Art des Substanzmissbrauchs primär nicht kostentrennend. Es erfolgte deshalb umfassende Überarbeitung der gesamten MDC. So wurde eine neue DRG V01Z «Alkohol- und Drogengebrauch und alkohol- und drogeninduzierte psychische Störungen, IntK/IMCK >196 / 184 Aufwandspunkte» zur Abbildung aufwendiger Fälle mit Aufenthalt Intensiv bzw. IMC etabliert. Die übrigen Fälle werden der neuen Basis DRG V02 «Abhängigkeit, Intoxikation, multiple Verhaltensstörungen», mit den Splitkriterien «Demenz oder Delir und psychische Störungen aufgrund von

Hirnfunktionsstörungen», «Mehrfachabhängigkeit oder komplizierende Diagnose» zugeordnet. Mit dieser Überarbeitung verbesserte sich die Abbildungsgüte deutlich.

MDC 22 „Verbrennungen“

In der Vorversion wurde eine weitreichende Überarbeitung der Verbrennungs-MDC durchgeführt. Systematisch wurden die Splitbedingungen geschärft und Prozedurentabellen angepasst. Besonders aufwendige Konstellationen z. B. Mehrfacheingriffe, Aufenthalte auf Intensivstation sowie aufwendige Hauttransplantationen konnten aufgewertet werden.

Schwerste Verbrennungen gruppieren in Abhängigkeit von der Beatmungsdauer in die Basis DRGs Y01, A11, A18. Bestimmte Konstellationen waren bisher nicht kostendeckend abgebildet. In Zusammenarbeit mit den Verbrennungszentren wurden Einzelfallprüfungen mit Korrekturen der fallbezogenen Kostenzuordnung und Leistungserfassung durchgeführt. Dabei wurden besonders aufwendige Fälle bei schwersten Verbrennungen (ab 40% KOF oder ab 20% 3. Grades) im Zusammenhang mit einer Sepsis oder Verbrennungen an mehreren Körperregionen und IntK >2058 / 1932 Aufwandspunkte oder Kinder < 18 Jahre identifiziert. Diese Fälle werden neu der DRG A06Z zugeordnet.

Diese deutliche Aufwertung der Fälle führte jedoch dazu, dass nur noch eine sehr kleine Fallmenge mit schweren Verbrennungen in der DRG Y01Z verbleibt. Deshalb wurde die DRG Y01Z aufgelöst, die restliche Fallmenge gruppiert in Abhängigkeit vom Alter in die DRGs A11A (Alter < 16 Jahre) oder A11B.

Diese Umbauten führten zu einer markanten Verbesserung der Abbildungsgüte, gleichzeitig wurden Fehlanreize in Bezug auf die Fallkodierung und –gruppierung minimiert.

Abbildung von speziellen Leistungsbereichen in der SwissDRG-Version 8.0 / 2019

Die Tarifstruktur SwissDRG in der Version 8.0 beinhaltet medizinisch relevante Entwicklungsschritte für neue Leistungen, Leistungsdifferenzierungen sowie weitere Zusatzentgelte.

Generell sind die Fälle der unten genannten Spezialbereiche in akutstationären Spitälern und Kliniken über die SwissDRG Version 8.0 abgedeckt und können mit den dazu konformen Abrechnungsregeln tarifiert werden.

1. Pädiatrie und Neonatologie

Definition:

Der Leistungsbereich ist über CHOP-Kodes eindeutig und differenziert abbildbar.

Datenlage:

Die Daten werden an die SwissDRG AG seit Jahren übermittelt. Es kodieren jedoch nicht alle Spitäler die Aufwandspunkte für die intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Neugeborenen auf der Intensivpflegestation / Intermediate Care Station.

Aktuelle Abbildung:

Neben den bereits oben aufgeführten Umbauten im Bereich Intensivmedizin, schwerste Verbrennungen und hochaufwendige Fälle wurde erneut eine systemübergreifende Prüfung aller Fälle mit einem bestehenden Kindersplit sowie die Betrachtung der Fälle auf ggf. weitere Kindersplits vorgenommen. Es konnten 14 Kindersplits neu geschaffen werden, 10 Splits

wurden angepasst, 8 Kindersplits wurden aufgrund unzureichender Kostendifferenzierung entfernt.

Bewertung:

Aus Sicht der SwissDRG AG können Fälle aus dem Fachbereich der Pädiatrie und Neonatologie (inklusive intensivmedizinische Behandlungsfälle) sachgerecht mit der SwissDRG-Tarifstruktur Version 8.0 abgebildet werden.

2. Palliative Care

Definition:

Der palliativmedizinische und spezialisierte palliativmedizinische Leistungsbereich ist über CHOP-Kodes eindeutig abbildbar.

Datenlage:

Mit den Daten 2015 erfolgte eine erstmalige Übermittlung der Kostendaten für die spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung. Mittels zahlreichen Analyserechnungen wurde eine systematische Prüfung hinsichtlich der spezialisierten Palliativmedizin und den Kostendaten im Vergleich zur Palliativmedizin und deren Ressourcenverbrauch, durchgeführt.

Aktuelle Abbildung:

Die Gleichstellung der palliativmedizinischen bzw. die speziellen palliativmedizinischen Fälle, Hauptdiagnosen unabhängig in der Prä-MDC, hat sich nach Simulationen mit den Daten des Jahres 2016 erneut als sachgerecht erwiesen. Die Analysen ergaben keinen Anhalt auf einen signifikanten Kostenunterschied zwischen den beiden Komplexbehandlungen.

Fälle mit bestimmten palliativmedizinischen Komplexbehandlungen in Verbindung mit intensivmedizinischen Therapien sind über verschiedene DRGs verteilt und nicht aufwandsgerecht abgebildet. Diese Fälle mit palliativmedizinischer Komplexbehandlungen und «>95 Beatmungsstunden» und «IntK >392 / 552 Aufwandspunkten» wurden in die Basis DRG A11 aufgewertet.

Weitere Prüfungen der Fälle mit palliativmedizinischer Komplexbehandlung ergaben Hinweise auf eine Mindervergütung bei Mehrleistung bei gleichzeitigem endoskopischen Eingriff. Folgerichtig wurden diese Fallkonstellationen in die DRGs A97C und A97F aufgewertet.

Zusätzlich wurden weitere aufwendige Konstellationen z.B. «komplizierende Prozeduren», «mehrzeitige Eingriffe» sowie komplexe Nebendiagnosen innerhalb der Basis DRG A97 besser abgebildet.

Bewertung:

Fälle mit einer palliativmedizinischen oder spez. palliativmedizinischen Komplexbehandlung sind in der SwissDRG-Tarifstruktur Version 8.0 leistungsgerecht abgebildet.

3. Paraplegiologie

Definition:

Der Leistungsbereich ist über CHOP- und ICD-Kodes eindeutig und differenziert abbildbar.

Datenlage:

Es bleibt problematisch, dass die SwissDRG AG keine Kenntnis darüber hat, bei welchen Spitälern die Paraplegiologie ausserhalb der SwissDRG-Tarifstruktur vergütet wird und diese Daten nur mit Einschränkung erhält. Zudem ist die Schnittstelle zur Rehabilitation nicht eindeutig definiert.

Aktuelle Abbildung:

Es könnte eine weitere Verbesserung der Abbildungsgüte erreicht werden, wenn die zur Verfügung stehenden Codes zur differenzierten Leistungsabbildung z.B. Codes für die neurologische-neurochirurgische Frührehabilitation, Aufwandspunkte für die Betreuung auf einer IMCU erfasst würden. Die Tarifstruktur wurde weiterdifferenziert zur besseren Abbildung von Fällen mit Frührehabilitation und intensivmedizinischer Behandlung auf IPS und IMCU.

Massnahmen:

Verbesserung der Datenqualität.

Bewertung:

Fälle aus dem Fachbereich der Paraplegiologie sind sachgerecht mit der SwissDRG-Tarifstruktur Version 8.0 abgebildet.

4. Frührehabilitation

Definition:

Der Leistungsbereich ist über CHOP- und ICD-Kodes eindeutig und differenziert abbildbar.

Datenlage:

Die SwissDRG AG erhält bisher überwiegend Daten aus akutsomatischen Kliniken. Mit dem Entscheid des Verwaltungsrates zur zukünftig schweizweit einheitlichen Tarifierung sollten der SwissDRG AG weitere Leistungs- und Kostendaten zur Verfügung gestellt werden.

Aktuelle Abbildung:

Fälle mit bestimmten frührehabilitativen Komplexbehandlungen in Verbindung mit intensivmedizinischen Therapien sind über verschiedene DRGs verteilt und nicht aufwandsgerecht abgebildet. Diese Fälle mit frührehabilitativen Komplexbehandlungen und «>95 Beatmungsstunden» und «IntK >392 / 552 Aufwandspunkten» wurden in die Basis DRG A11 aufgewertet.

Ebenfalls waren Fälle mit neurologischer Frührehabilitation Kode 93.89.10 «Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation, mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage» bisher nicht Erlös relevant in der Basis DRG B90. Diese Codes konnten in die Basis DRG B90 aufgenommen werden, damit werden auch Frührehabfälle mit kurzer Behandlungsdauer sachgerecht vergütet.

Bewertung:

Aus Sicht der SwissDRG AG können alle Fälle aus dem Leistungsbereich der frührehabilitativen Komplexbehandlungen sachgerecht mit der SwissDRG-Tarifstruktur Version 8.0 abgebildet werden.

Mit weiteren Datenübermittlungen an die SwissDRG AG aus Rehabilitationskliniken wird es möglich sein, bei künftigen Systementwicklungen die Abbildungsgüte zu verbessern.

5. Intensivmedizin auf einer IPS / IMCU

Definition:

Der Leistungsbereich ist über CHOP- und ICD-Kodes eindeutig und differenziert abbildbar.

Datenlage:

Die Daten werden an die SwissDRG AG übermittelt.

Aktuelle Abbildung:

Ein Schwerpunkt der diesjährigen Systemweiterentwicklung war die sachgerechte Abbildung der intensivmedizinischen Behandlungen unter Beachtung unterschiedlicher Fallkonstellationen z.B. Betreuung hauptsächlich auf IPS oder IMCU, Betreuung auf IMCU und IPS sowie Kurzaufenthalte auf IPS oder IMCU. In Abhängigkeit von den Fallzahlen wurden teils neue DRGs etabliert z.B. DRG P37Z „IntK / IMCK > 4900 Aufwandspunkte“

Bewertung:

Aus Sicht der SwissDRG AG können Fälle aus dem Fachbereich Intensivmedizin (IPS und IMCU) aufwandsgerecht mit der SwissDRG-Tarifstruktur Version 8.0 abgebildet werden. Diese Umbauten haben zu einer deutlichen Reduktion der Defizit-Fälle geführt, siehe auch obenstehende Erläuterungen.

6. Transplantationen solider Organe und hämatopoetischer Stammzellen

Definition:

Der Leistungsbereich ist über CHOP- und ICD-Kodes eindeutig und differenziert abbildbar.

Datenlage:

Die Daten werden an die SwissDRG AG übermittelt.

Aktuelle Abbildung:

Es konnten Fälle mit Transplantationen und bestimmten Beatmungsstunden oder IntK Aufwandspunkten identifiziert werden, die bisher nicht aufwandsgerecht abgebildet waren. Diese Fälle mit Transplantationen sind den jeweiligen organbezogenen Transplantations-DRGs der Prä-MDC zugeordnet. Transplantationen mit «> 95 Beatmungsstunden» oder «IntK >196 / 552 Aufwandspunkte» werden neu in die DRG A11A aufgewertet.

Fälle mit Versagen und Abstossung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen wurden bisher der DRG A61Z zugeordnet. Die Fallmenge ist jedoch sehr heterogen in Bezug auf den Ressourcenverbrauch (VWD; Behandlungen), Diagnosen erlauben nur eine geringe Kostendifferenzierung. Deshalb wurde die Basis DRG A61 gelöscht, eine Teilmenge von Fällen der ehemaligen Basis DRG A61 wird neu in die Basis DRG A91 «Photopherese und Apherese, ein Belegungstag» gruppiert. Die übrigen Fälle werden in die MDC 17 mit Zuordnung zur Basis DRG R60 «Akute myeloische Leukämie, mehr als ein Belegungstag oder autologe STZ-Entnahme oder Graft versus Host Disease» umgeleitet. Damit konnten Fälle mit akuter Graft versus Host Disease Grad 3 oder 4 als Hauptdiagnose oder mit mindestens zwei Organbeteiligungen in die DRGs R60A bzw. R60B aufgewertet werden.

Kinder mit Versagen und Abstossung eines Organtransplantates waren in der Basis DRG A60 nicht sachgerecht vergütet. Deshalb wurde die Splitbedingung in der DRG A60A, um «Alter < 16 Jahre» erweitert.

Bewertung:

Transplantationen solider Organe sowie hämatopoetischer Stammzellen werden mit der SwissDRG Version 8.0 sachgerecht abgebildet.

7. Fälle mit Demenz / Delir

Die SwissDRG AG wurde beauftragt, die aufwandsgerechte Abbildung von Demenz / Delir Patienten zu prüfen.

Definition:

Der Leistungsbereich ist über CHOP- und ICD-Kodes eindeutig und differenziert abbildbar.

Datenlage:

Die Daten werden an die SwissDRG AG übermittelt.

Aktuelle Abbildung:

Es wurden umfangreiche Analyserechnungen von Fällen mit Demenz oder Delir als Haupt- oder Nebendiagnose in allen MDCs, sowohl in medizinischen als auch operativen DRGs durchgeführt. Geprüft wurden spezifische z.B. ICD-Kode F02.3 «Demenz bei prim. Parkinson-Syndrom» als auch weniger spezifische Diagnosen z.B. ICD-Kode F03 «Nicht näher bezeichnete Demenz» sowie die kodierbaren kognitiven Funktionseinschränkungen (U51.0-, U51.1-, U51.2-).

Es zeigte sich, dass sehr häufig unspezifische Diagnosen (ca. 70%) kodiert werden. Zusätzliche Erhebungen «Barthel-Index, kognitiver FIM, MMSE» zur Beschreibung der kognitiven

Funktionseinschränkung werden bei nur 22% der Fälle mit Demenz-/Delir Diagnosen kodiert. Die Kostenunterschiede bei Fällen mit Demenz od. Delir als Nebendiagnose waren innerhalb der DRGs eher gering, die Kostendifferenzen dabei sowohl positiv als auch negativ.

Die Nebendiagnosen Demenz, Delir oder Schwere der kognitiven Funktionseinschränkung sind bisher kein geeigneter Kostentrenner. Nur in der komplett überarbeiteten MDC 20 «Alkohol- und Drogengebrauch und alkohol- und drogeninduzierte psychische Störungen» in Basis DRG V02 «Abhängigkeit, Intoxikation, multiple Verhaltensstörungen» erwiesen sich diese Diagnosen als ein sachgerechtes Splitkriterium zur Aufwertung dieser Fälle in die DRG V02A.

Im Bereich der CCL Matrix konnten folgende Demenz- und weitere Zusatzcodes neu aufgenommen werden:

F02.8 «Demenz bei anderenorts klassifizierten Krankheitsbildern»

U51.20 «Schwere kognitive Funktionseinschränkung: Erweiterter Barthel-Index: 0-15 Punkte»

U51.21 «Schwere kognitive Funktionseinschränkung: Kognitiver FIM: 5-10 Punkte»

U51.22 «Schwere kognitive Funktionseinschränkung: MMSE: 0-16 Punkte»

Es erfolgte eine Aufwertung der Codes in CCL-Matrix:

F11.4-F19.4 «Suchterkrankungen mit Delir»

F11.6-F19.6 «Suchterkrankungen mit amnestischem Syndrom»

Entfernt wurde die Diagnose F05.9 «Delir, nicht näher bezeichnet».

Zusätzlich geprüft wurden Fälle mit Demenz und Delir Hauptdiagnosen. Dabei konnte eine Differenzierung innerhalb der Basis DRG B64 «Delirium» für Kurzaufenthalte auf IMC / Intensiv mit tiefen Aufwandspunkten umgesetzt werden.

Bewertung:

Fälle mit Demenz oder Delir Diagnosen (Haupt- und Nebendiagnose) werden mit der SwissDRG Version 8.0 sachgerecht abgebildet.