

08. April 2023

## **Übersicht über die Entwicklungsschwerpunkte Version 13.0**

Hauptschwerpunkt der Weiterentwicklung war eine umfassende Überarbeitung der Abbildung intensivmedizinischer Behandlungsfälle. Besonders im Fokus stand dabei die Ablösung der Beatmungsstunden als gruppierungsrelevantes Merkmal. Damit wurde ebenfalls die Abbildung hochaufwendiger Fälle verbessert.

Aufgrund intensiver Analysen der Fall- und Kostendaten sowie zahlreicher Anwenderhinweise konnte die Abbildungsgüte der paraplegiologischen Behandlungsfälle verbessert werden.

Wiederum wurde die Weiterentwicklung für den Bereich der Kindermedizin vorangetrieben und ebenfalls die CC-Matrix umfangreich überarbeitet.

Die Defizitfälle wurden wiederholt einer ausgedehnten Analyse unterzogen. Zusätzlich konnten aufgrund einer DRG individuellen Betrachtung der Abweichung von Kosten und hypothetischer Vergütung im Verhältnis der Kostenstreuung Fälle identifiziert werden, die Abbildungsschwächen aufwiesen. Daraus folgend wurden insbesondere für Patienten mit mehrzeitigen Operationen oder Vakuumtherapien verbesserte Abbildungsmöglichkeiten geschaffen.

Die Kalkulationsmethodik wurde einer intensiven Überprüfung unterzogen und angepasst.

### **Intensivmedizin**

Bereits auf Daten des Jahres 2019 wurden in enger Abstimmung mit der Fachgesellschaft für Intensivmedizin tiefgreifende Analysen mit dem Ziel durchgeführt, zukünftig auf die Beatmungsstunden als gruppierungsrelevantes Merkmal zu verzichten. Gründe für diese Simulationen lagen zum einen in der Weiterentwicklung der intensivmedizinischen Behandlungsmethoden, zum anderen wurde es zunehmend schwieriger, die Kodierrichtlinien zur Erfassung der Beatmungsstunden ohne Interpretationsspielraum zu formulieren. Es resultieren viele Nachfragen der Kostenträger. Ebenfalls werden die Beatmungsstunden über die Erfassung der Aufwandspunkte für die intensivmedizinische Komplexbehandlung abgebildet.

Es zeigte sich, dass die Behandlungsfälle über die Aufwandspunkte der intensivmedizinischen Komplexbehandlung sachgerecht abgebildet werden können, ein Verzicht auf die Beatmungsstunden in den DRG-Logiken erwies sich als sinnvoll. Nachdem sich dieses Ergebnis auch auf Basis der Daten des Jahres 2021 bestätigte, wurden die DRGs zur Abbildung der Intensivmedizin MDC übergreifend umfassend überarbeitet. Dazu waren insgesamt mehr als 1000 Simulationen notwendig. Die Logiken für die Beatmungsstunden in den DRGs wurden schrittweise entfernt und bei Bedarf neue Logikelemente etabliert.

### **Paraplegiologie**

Die Herausforderung der Abbildung von Fällen mit einer paraplegiologischen Komplexbehandlung besteht in der ausgesprochenen Heterogenität dieser Fallmenge. In Abhängigkeit von Höhe und Ausmass der Schädigung des Rückenmarks resultiert ein Funktionsverlust bis hin zu einer vollständigen Bewegungsunfähigkeit der Arme und Beine, der Rumpf- und

Atemhilfsmuskulatur sowie ein Ausfall vegetativer Funktionen. Zum einen sind dabei Fälle mit akuter Querschnittslähmung betroffen, die nach der Akutphase eine meist sehr aufwendige und lang andauernde Erstrehabilitation erhalten. Häufig erfolgt diese Rehabilitation im Wechsel mit akutmedizinischen Massnahmen (z.B. Lappenplastiken, Implantation von Neurostimulatoren, Behandlungen von Infektionen).

Zum anderen erfordert eine Querschnittslähmung auch nach der ersten Phase immer wieder Spitalaufenthalte: So können orthopädische Operationen, Eingriffe bzw. Behandlungen aufgrund von Wundliegeneschwüren (sog. Dekubiti) oder auch akuter Erkrankungen zu einem erneuten Klinikaufenthalt mit nachfolgender Rehabilitation führen. Gemein haben diese Fälle, dass durch die Querschnittslähmung und ihre Begleiterkrankungen, unabhängig von allfälligen Eingriffen, ein erhöhter Pflegeaufwand besteht. Zusätzlich muss häufig erneut eine rehabilitative Behandlung der querschnittgelähmten Patienten mit einem interdisziplinären Ansatz (Physiotherapie, Ergotherapie, physikalischer Therapie, Psychologischer Betreuung, Logopädie, Sozialarbeit, etc.) durchgeführt werden, um wieder die individuell höchstmögliche Selbständigkeit und Lebensqualität der Patienten zu erreichen.

Der Aufwand unterscheidet sich insbesondere im Rahmen der Pflege und der erforderlichen rehabilitativen Massnahmen von Fall zu Fall stark.

Der intensive Austausch mit den Paraplegiker-Zentren und gezielte Fallanalysen lieferten neue Hinweise auf problematische Konstellationen. Deshalb wurde die in Version 11.0 geschaffene Basis DRG A46 «*Paraplegiologische Komplexbehandlung*» weiter differenziert. Als kostentrennende Splitkriterien wurden u.a. neu Schädigungen am Halsmark sowie aufwendige operative Eingriffe etabliert.

Ebenfalls wurden operative und konservative Behandlungsfälle ohne eine paraplegiologische Komplexbehandlung aufgewertet. Die Basis DRG B61 wurde überarbeitet und weiter differenziert. In den Organ MDCs wurden in vielen DRGs neue und differenzierte Splits mit einer Nebendiagnose «*Querschnittslähmung*» zur sachgerechten Abbildung dieser aufwendigen Behandlungsfälle geschaffen.

## **CC-Matrix**

Die Weiterführung der Arbeiten aus Version 12.0 für die Weiterentwicklung der CC-Matrix hat zur verbesserten Abbildung von aufwendigen Fällen geführt. Im Ergebnis konnten 17 ICD-Diagnosen neu in die CC-Matrix aufgenommen werden, 6 Diagnosen wurden aus der CC-Matrix entfernt. 15 Diagnose-Kodes wurden aufgewertet und 23 Kodes abgewertet. 67 Kodes wurden DRG spezifisch auf- bzw. abgewertet. Des Weiteren konnten 13 zusätzliche PCCL-Splits etabliert werden. Insgesamt gewährleisten diese Anpassungen eine weiterhin zunehmende Differenzierung der Schweregradlogik.

## **Anpassungen der Kalkulationsmethodik**

Die Haupt- / Differenz- / Mixkosten wurden neu zugeordnet. Bisher wurden alle Anlagenutzungskostenkomponenten als Mixkosten und alle Arztkosten als Differenzkosten behandelt. Das war historisch gewachsen, da es früher nur eine Kostenkomponente für die Anlagenutzungskosten (ANK) bzw. wenig differenzierte Kostenkomponenten für die Arztkosten gab. Neu werden die Arzt- und ANK- Kostenkomponenten gleich wie ihre Überkategorie behandelt.

Die Kostenkomponente v103 (Medizinisches Material) wird neu dynamisch pro DRG entweder den Mix- bzw. den Hauptkosten zu geordnet. Hintergrund: In bestimmten DRGs werden Behandlungen durchgeführt, die beispielsweise einen sehr hohen Verbrauch an Kathetern und damit verbunden hohe Materialkosten aufweisen. Diese Leistungen repräsentieren die

Hauptleistung der DRG. Werden die Materialkosten als Mixkostenkomponente abgebildet, fliessen sie indirekt in die Zuschlags- und Abschlagsberechnung mit ein. Dies führt zu überproportional hohen Zu- und Abschlägen für diese DRGs.

Neu wird eine angepasste Formel für die Berechnung des Tagesverlegungsabschlages berücksichtigt. Dabei wird nicht mehr die mittlere Verweildauer zur Berechnung verwendet, sondern die mittlere Verweildauer – 1 Tag. Somit wird der Tagesverlegungsabschlag um einen Tag nach vorne verschoben. Hintergrund: In den letzten Jahren ist uns aufgefallen, dass der Tagesverlegungsabschlag oft zu einem zu hohen, nicht sachgerechten Abschlag für verlegte Fälle führt. Bisher war die einzige Möglichkeit zur Korrektur, die DRG als Verlegungspauschale zu kennzeichnen. Dies wurde der Problematik jedoch oft nicht gerecht, da es dazu führte, dass die betroffenen Fälle von einer klaren Unterdeckung in eine deutliche Überdeckung gelangten.

## Abbildung von speziellen Leistungsbereichen in der SwissDRG-Version 13.0 / 2024

Die Tarifstruktur SwissDRG in der Version 13.0 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 13.0 gut abgebildet 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 übermittelt.

Aktuelle Abbildung:

Zur Entwicklung der Version 13.0 wurden umfangreiche Analysen für Fälle mit einem «Alter > 27 Tage bzw. < 366 Tage und mehr als 2500 g Gewicht» verbunden mit einem tiefen Gestationsalter durchgeführt. Diese Fälle gruppieren aufgrund des Aufnahmegewichts bzw. des Alters nicht in die MDC 15 «Neugeborene», sondern entsprechend der Hauptdiagnose innerhalb der Organ-MDCs. Bei dieser sehr kleinen Fallgruppe handelt es sich um Frühgeborene mit wiederholten Spitalaufenthalten. Es erwies sich wiederum nicht als sachgerecht, das Gestationsalter ausserhalb der MDC 15 als gruppierungsrelevantes Merkmal zu etablieren. Zur besseren Abbildung dieser Fälle wurden einige neue Kindersplits realisiert.

Es konnte in der MDC 07 in den DRGs H60A sowie H61A ein neuer Split «Alter < 16 Jahre» und für die DRG H01A «Alter < 1 Jahr» etabliert werden. Innerhalb der MDC 17 wurde das Splitkriterium «Alter < 1 Jahr» für die DRGs R63C und R65B aufgenommen.

Zudem wurden neue Kindersplits in der DRG A92B «Alter < 16 Jahre» und in der Basis DRG A43 «Alter < 16 Jahre mit komplexer Vakuumbehandlung» etabliert.

Innerhalb der MDC 15 wurden die neuen CHOP-Kodes 99.A8.- «Neonatologische Diagnostik und Überwachung auf einer Neonatal (Special, Intermediate, Intensive) Care Unit, nach Dauer» dem Code 99.B8.31 «IMC-Komplexbehandlung im Neugeborenenalter, 197 bis 392 Aufwandspunkte» gleichgestellt.

Die bestehende DRG P60C wurde zur besseren Abbildung aufwendiger Fälle mit den Bedingungen «*Mehrere schwere Probleme NG*» oder «*aufnahmeverlegt*» gesplittet. Daraus ergibt sich für die Version 13.0 eine neue DRG P60D, welche ebenfalls für die Abrechnung der Säuglinge in einem Geburtshaus verwendet wird.

**Bewertung:**

Aus Sicht der SwissDRG AG können Fälle aus dem Fachbereich der Pädiatrie und Neonatologie sachgerecht mit der SwissDRG-Tarifstruktur Version 13.0 abgebildet werden.

## **2. Palliative Care**

**Definition:**

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

**Datenlage:**

Die Daten werden an die SwissDRG AG übermittelt.

**Aktuelle Abbildung:**

Im CHOP-Katalog 2020 wurde ein neuer Kode zur Abbildung der «*Basisleistung spezialisierte Palliative Care, nach Anzahl Behandlungstage*», aufgenommen. Diese Leistung wird erfasst, wenn die Vorgaben für die «*spezialisierte Palliative Care*» erfüllt sind, jedoch die Mindestmerkmale an Therapiezeiten aufgrund der Patientensituation nicht erfüllt werden können. Mit den Daten 2021 wurde es für die Version 13.0 erstmals möglich, den Ressourcenverbrauch für diese Leistung zu prüfen.

Insbesondere für Fälle in Kombination mit einer bösartigen Neubildung wurde die Basisleistung spezialisierte Palliative Care erfasst, diese Fälle waren in bestimmten DRGs nicht sachgerecht abgebildet. Im Ergebnis wurde der CHOP-Kode 93.8B.12 bzw. 93.8B.13 in die DRGs B66A, D60A, E71A, E71B, E87A, G60A, H61A, J62A und N60A als Splitkriterium aufgenommen, damit wurden diese Fälle aufgewertet.

Aufgrund eines Antrages wurde die Aufnahme der ICD Kode Gruppe G80.- «*Infantile Zerebralparese*» innerhalb der Basis DRG A97 geprüft. Im Ergebnis wurden diese Diagnosekodes den ICD Codes G82.- «*chron. Para-/Tetraplegie*» in der DRG A97E gleichgestellt. Weiter wurde die Logik um die Bedingung «*äusserst schwere CC*» erweitert.

Zusätzlich konnte die Bedingung «*Pflege-Komplexbehandlung ab 31 Aufwandspunkte*» in die DRG A97C aufgewertet werden.

Bestimmte aufwendige Fälle aus der MDC 03 «*Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses*» und aus der MDC 06 «*Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane*» werden in der Basis DRG A97 laut zweier Anträge untervergütet. Durch die Aufnahme komplexer Eingriffe aus diesen Organbereichen in die Funktion «*komplexe OR-Prozedur*» konnte erreicht werden, dass diese Fälle auch innerhalb der Basis DRG A97 aufgewertet werden.

**Bewertung:**

Fälle mit einer palliativmedizinischen oder spez. palliativmedizinischen Komplexbehandlung sind in der SwissDRG-Tarifstruktur Version 13.0 sachgerecht abgebildet.

## **3. Intensivmedizin auf einer ICU / 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:**

Um die Intensivmedizin auch zukünftig sachgerecht im Einklang mit der medizinischen Weiterentwicklung in der Tarifstruktur abbilden zu können, wurden alle DRGs mit intensivmedizinischen Behandlungsfällen umfangreich überarbeitet. Beatmungstunden werden ab der Version 13.0 nicht mehr als gruppierungsrelevantes Merkmal berücksichtigt.

**Bewertung:**

Aus Sicht der SwissDRG AG sind Fälle aus dem Fachbereich Intensivmedizin (ICU und IMCU) aufwandsgerecht mit der SwissDRG-Tarifstruktur Version 13.0 abgebildet.

#### **4. 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:**

Allgemeine Analysen der DRGs zur Kostenhomogenität haben ergeben, dass die Splitkriterien für die DRG A15A «*Knochenmarktransplantation oder Stammzelltransfusion, autolog, ...*» nicht mehr gut funktionieren. Die Logik wurde auf Basis der Daten aus dem Jahr 2021 überarbeitet. In der Version 13.0 gruppieren ausschliesslich Fälle mit «*Alter < 18 Jahre*» in die DRG A15A.

**Bewertung:**

Transplantationen solider Organe sowie hämatopoetischer Stammzellen werden mit der SwissDRG Version 13.0 sachgerecht abgebildet.

#### **5. Paraplegiologie**

**Definition:**

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

**Datenlage:**

Die SwissDRG AG erhielt erneut Daten von Fällen mit einer paraplegiologischen Komplexbehandlung aus den Anwendungsbereichen Akutsomatik und ST Reha sowie akutsomatische Behandlungsfälle in Verbindung mit einer Querschnittslähmung.

**Aktuelle Abbildung:**

Für konservativ oder operativ behandelte Fälle bei Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks ohne eine paraplegiologische Komplexbehandlung wurden im Vergleich zur Vorversion 12.0 umfangreiche Umbauten zur verbesserten Abbildung durchgeführt. Für Fälle mit einer paraplegiologischen Komplexbehandlung konnte eine erhöhte Abbildungsgüte innerhalb der Basis DRG A46 erreicht werden.

**Bewertung:**

Fälle aus dem Fachbereich der Paraplegiologie sind sachgerecht mit der SwissDRG-Tarifstruktur Version 13.0 abgebildet.

#### **6. Frührehabilitation**

**Definition:**

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

Es gibt keine Veränderungen in der Datenlage und der Abbildbarkeit der Fälle im Vergleich zur SwissDRG Version 12.0.

Bewertung:

Fälle aus dem Leistungsbereich der frührehabilitativen Komplexbehandlungen sind sachgerecht mit der SwissDRG-Tarifstruktur Version 13.0 abgebildet.