

23. April 2024

Übersicht über die Entwicklungsschwerpunkte Version 14.0

Im Hinblick auf die Entwicklungsschwerpunkte ist die Prüfung besonders aufwendiger Fälle zu erwähnen. Dabei konnten für bestimmte Fälle mit einer CAR-T Zell Therapie ebenfalls die Produktkosten einer Fallpauschale zugeordnet werden. Mit der Etablierung der neuen Funktion «*Aufwendige Konstellationen mit bösartigen Neubildungen*» als Splittkriterium hat sich die Abbildung kostenintensiver Fälle bei der Behandlung bösartiger Neubildungen verbessert. Während der Entwicklung zur Version 14.0 erfolgte eine intensive Analyse von Fällen mit einer «*Frührehabilitation*».

Wiederum wurde die Weiterentwicklung für den Bereich der Kindermedizin vorangetrieben und ebenfalls die CC-Matrix überarbeitet. Die MDC 13 «*Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane*» konnte mit Unterstützung der Fachgesellschaft umfassend angepasst werden.

Zusätzlich wurde wiederholt die Abbildung der Patienten mit einer «*Paraplegiologie*» oder «*palliativmedizinischer Komplexbehandlung*» anhand der Daten aus dem Jahr 2022 analysiert und weiter differenziert.

Die Kalkulationsmethodik wurde einer intensiven Überprüfung unterzogen und weiterentwickelt.

CAR-T Zell Therapie

Für die Wirkstoffe zur CAR-T Zell Therapie bestehen seit Jahren spezielle Tarif- und Lieferverträge. Die SwissDRG AG wurde vom Bundesrat / Bundesamt für Gesundheit (BAG) aufgefordert, so bald wie möglich die Produkte für die CAR-T Zell Therapie in die Tarifstruktur aufzunehmen und die Sonderregelungen damit aufzuheben. Dazu wurde die ATC-Liste für die Substanzen und Wirkstoffe in die Entwicklungssoftware implementiert. In einem ersten Schritt wurden nur Fälle mit der Diagnose «*Diffuses großzelliges B-Zell-Lymphomen (DLBCL)*» in Kombination mit den Wirkstoffen «*CH00102 Lisocabtagene Maraleucel; L01XX70 Axicabtagen Ciloleucel; L01XX71 Tisagenlecleucel*» und dem CHOP-Kode 41.0F.13 «*Transplantation von CAR [chimeric antigen receptor] T-Zellen*» inklusive der Produktkosten in die Tarifstruktur integriert. Im Ergebnis wurde eine neue Basis DRG A20 «*CAR-T Zelltherapie bei DLBCL*» in der PrämDC gebildet. Alle weiteren Wirkstoffe für CAR-T Zell Therapien werden in der Version 14.0 weiterhin als Zusatzentgelt und mit der DRG A15A «*Knochenmarktransplantation oder Stammzelltransfusion, autolog mit Mehrfacheingriff oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 360 Aufwandspunkte oder schwerste CC oder hochgradig komplexe Chemotherapie und aufwendige Konstellation, Alter < 18 Jahre oder bestimmte Zelltherapie*», vergütet.

Tumorboard

Interdisziplinäre Tumorfallbesprechungen sind aufwendig, eine differenzierte Abbildung in der Tarifstruktur wurde bereits mit Daten 2021 geprüft. Es zeigte sich auch in den aktuellen Daten, dass eine alleinige Aufnahme des CHOP-Kodes 89.93 «*Interdisziplinäre (Tumor-)fallbesprechung (Tumorboard)*» kein guter Kostentrenner ist. Nach zahlreichen Simulationen,

Datenanalysen und Bereinigungen von Tabellen mit offenen oder endoskopischen Biopsien wurde eine neue Funktion «*Aufwendige Konstellationen mit BNB*» mit nachfolgenden Bedingungen etabliert:

«*Interdisziplinäre Tumorfallbesprechung (Tumorboard)*» in Verbindung mit einer Diagnose für «*bösartige Neubildungen*» mit «*komplexer Chemotherapie*» oder «*diagnostischem Verfahren*», und «*bestimmter Prozedur*»

Die neue Funktion wurde in der Version 14.0 in 15 verschiedene Basis DRGs implementiert und führt zu einer verbesserten Abbildung aufwendiger Fälle.

Kindermedizin

In den Daten 2022 wurden erstmals Kosten für die neuen CHOP-Kodes mit tiefen Aufwandspunkten für Neugeborene und Kinder mit einem Aufenthalt auf einer Intensiv- und / oder Intermediate-Care Station übermittelt. Bestehende Splitkriterien mit tiefen Erwachsenen Aufwandspunkte wurden systematisch geprüft, ob dort auch eine Aufnahme der neuen CHOP-Kodes für Neugeborene / Kinder mit vergleichbarer Aufwandspunktzahl angezeigt ist. Die Ergebnisse werden unter «*1. Pädiatrie und Neonatologie*» erläutert.

Palliativ Care

In der Version 14.0 wurde die Abbildung der Kinder mit einer «*Palliativmedizinische Komplexbehandlung,...*» intensiv geprüft. Auch wurde wiederholt die Abbildung / Vergütung der Palliativ-Fälle anhand der Daten aus den verschiedenen Spitalkategorien analysiert. Die Änderungen werden unter «*2. Palliativ Care*» ausführlich beschrieben.

Paraplegiologie

In der Version 14.0 bestand die Herausforderung der Abbildung von Fällen mit einer paraplegiologischen Komplexbehandlung wie bereits in den Versionen 12.0 und 13.0 in der ausgesprochenen Heterogenität dieser Fallmenge.

Aufgrund von Anwenderhinweisen sowie umfangreichen eigenen Analysen wurde die Weiterentwicklung vorangetrieben. Die Anpassungen werden unter «*5. Paraplegiologie*» ausführlich beschrieben.

Frührehabilitation

Die Abbildung der Fälle mit einer «*Neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation*» oder «*Fachübergreifenden Frührehabilitation*» wurde auch für die Version 14.0 intensiv anhand der Daten aus dem Jahr 2022 geprüft. Das Resultat wird unter «*6. Frührehabilitation*» dargestellt.

MDC 13 «Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane»

In Zusammenarbeit mit der Fachgesellschaft konnten Anträge und Hinweise, die die Abbildung von Fällen mit einem gynäkologischen «*Deszensuseingriff mit oder ohne Hysterektomie*» betreffen, umfangreich überprüft und angepasst werden. Im Ergebnis kam es zu einem komplexen Umbau innerhalb der Basis DRG N04 «*Hysterektomie oder Ovarektomie oder komplexe Eingriffe an den Tuba uterina, ausser bei bösartiger Neubildung*». Eine weitere Herausforderung bestand darin, dass mit CHOP-Katalog 2024 die Struktur für die CHOP-Kodes «*Deszensuschirurgie*» komplett überarbeitet wurde. Diese Situation musste bei den Umbauten bereits berücksichtigt werden.

CC-Matrix

Für die Version 14.0 wurden die Arbeiten in Bezug auf die CCL-Matrix, Exklusions-Tabellen und PCCL-Splits weitergeführt und haben zu einer erneut differenzierteren Abbildung von aufwendigen Fällen geführt. Im Ergebnis konnten 11 ICD-Diagnosen neu in die CC-Matrix aufgenommen werden und 5 Diagnosen wurden ganz aus der CC-Matrix entfernt. 3 ICD-Diagnosen wurden DRG spezifisch auf- bzw. abgewertet. Bei insgesamt 51 Diagnosen kam es zu DRG spezifischen Abwertungen.

Des Weiteren konnten 5 zusätzliche PCCL-Splits etabliert werden und bei 6 PCCL-Splits kam es zu Anpassungen. Insgesamt gewährleisteten diese Anpassungen eine weiterhin zunehmende Differenzierung der Schwergaralogik.

Anpassungen der Kalkulationsmethodik

Die bisherige Kalkulationsmethodik der oberen und unteren Grenzverweildauer kann bei einer DRG mit tiefer mittlerer Verweildauer und sehr tiefer Standardabweichung der Verweildauer dazu führen, dass die OGV und die UGV rechnerisch beide bei genau zwei Tagen zu liegen kommen. Diese Situation wird dem pauschalierenden Charakter des SwissDRG Tarifsystems nicht gerecht, da die betroffene DRG de facto keinen Inlierbereich aufweist. Fälle mit einer Aufenthaltsdauer von einem Tag erhalten einen Abschlag, ab einer Verweildauer von drei Tagen wird ein Zuschlag pro Tag verrechnet. Obwohl für die Fälle mit einer Verweildauer von zwei Tagen ein Inlierkostengewicht berechnet wird, entspricht diese Vergütungsstruktur faktisch einer Tagespauschale.

Für die Version 14.0 wurde die Kalkulationsmethodik dahingehend angepasst, dass in solchen Fällen die berechnete OGV um einen Tag hochgesetzt wird. Der Inlierbereich liegt neu zwischen zwei und drei Tagen, ein Zuschlag wird erst ab dem vierten Tag verrechnet. Damit wird auch in solchen Fällen eine pauschale Vergütung über den Zeitraum eines mehrtägigen Inlierbereichs sichergestellt.

Abbildung von speziellen Leistungsbereichen in der SwissDRG-Version 14.0 / 2025

Die Tarifstruktur SwissDRG in der Version 14.0 beinhaltet medizinisch relevante Entwicklungsschritte für neue Leistungen, Leistungs differenzierungen sowie weitere Zusatzentgelte.

Generell sind die Fälle der unten genannten Spezialbereiche in akutstationären Spitälern und Kliniken über die SwissDRG Version 14.0 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:

Mit den Daten aus dem Jahr 2022 wurden erstmals niedrige Aufwandspunktzahlen für Neugeborene und Kinder übermittelt «IntK/IMCK NG/Kinder 1 bis 65 Aufwandspunkte», «IntK/IMCK NG/Kinder 66 bis 130 Aufwandspunkte» und «IntK/IMCK NG/Kinder 131 bis 196 Aufwandspunkte» und konnten dahingehend geprüft werden.

Als Ergebnis wurden die Aufwandspunkte für Intensiv- und Intermediate-Care Aufenthalte in folgenden DRGs angepasst:

- MDC 01: B02A / B03A → «*IntK/IMCK > 130 Pkt.*»
- MDC 04: Basis DRG E87 und DRG E87A → «*IntK/IMCK > 65 Pkt.*»
- MDC 05: F73A → «*IntK/IMCK > 65 Pkt.*»
- MDC 06: G67A → «*IntK > 130 Pkt.*»
- MDC 09: J87Z → «*IntK > 130 Pkt.*»
- MDC 11: L87Z → «*IntK > 130 Pkt.*»
- MDC 14: Basis DRG O38 → «*IntK/IMCK > 130 Pkt.*»
- MDC 15: P66B / P67B → «*IntK/IMCK > 130 Pkt.*»
- MDC 21: X62B / X86A → «*IntK/IMCK > 65 Pkt.*»

Analysen von untervergüteten Fällen in der DRG P05C «*Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 1999 g mit signifikanter OR-Prozedur oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 Aufwandspunkte oder IMCK > 1470 Aufwandspunkte oder bestimmte IntK mit IMCK Aufwandspunkten*», die nicht die Splitbedingung «*Mehrere schwere Probleme*» für die DRG P05B erfüllten, zeigten einen erhöhten Ressourcenverbrauch aufgrund intensivmedizinischer Behandlungen in Zusammenhang mit einem «*schweren Problemen beim Neugeborenen*». Daraufhin wurde die Splitbedingung für P05B um die Funktion «*schwere Probleme beim Neugeborenen*» in Verbindung mit «*IntK > 588 Aufwandspunkte*» oder «*IMCK > 980 Aufwandspunkte*» erweitert.

Eine Überprüfung der DRG 963Z «*Neonatale Diagnose unvereinbar mit Alter oder Gewicht*» hat ergeben, dass Fälle mit einer Hauptdiagnose P78.0 «*Darmperforation in der Perinatalperiode*» und einem «*Aufnahmegewicht > 2500g*» in diese DRG gruppieren. Gemäss Vorgaben des Kodierungshandbuchs müssen Erkrankungen, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben auch nach Ende der Perinatal-Phase mit diesem ICD-Kode kodiert werden. Um dieser Vorgabe gerecht zu werden, wurde der ICD-Kode P78.0 in die Hauptdiagnosetabelle der MDC 06 «*Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane*» aufgenommen und der Basis DRG G70 «*Andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane oder kutaneoperitonealer Katheter*» zugeordnet. Neugeborene mit der Hauptdiagnose P78.0 und einem Aufnahmegewicht < 2500 g gruppieren weiterhin sachgerecht in die MDC 15.

Bestehende Alterssplits wurden analysiert und auf Basis der Daten angepasst, zusätzlich konnten neue Alterssplits in der Version 14.0 etabliert oder angepasst werden:

- DRG G71A: Aufnahme «*Alter < 16 Jahre*»
- DRG H63C: Änderung von «*Alter < 6 Jahre*» zu «*Alter < 16 Jahre*»
- DRG I66B: Aufnahme «*Alter < 16 Jahre*»
- DRG I76A: Aufnahme «*Alter < 16 Jahre*»
- DRG I30B: Änderung von «*Alter < 16 Jahre*» zu «*Alter < 18 Jahre*»
- DRG K62A: Änderung von «*Alter < 6 Jahre*» zu «*Alter < 16 Jahre*»
- DRG K64A: Aufnahme «*Alter < 16 Jahre*» und bestimmte Diagnosen
- DRG L18A: Aufnahme «*Alter < 18 Jahre*»
- DRG L70A: Aufnahme «*Alter < 16 Jahre*»
- DRG R63C: Aufnahme «*Alter < 18 Jahre*» und komplexe Chemotherapie
- DRG F31C: Aufnahme «*Alter < 16 Jahre*» und bestimmten Prozeduren

Bewertung:

Aus Sicht der SwissDRG AG können Fälle aus dem Fachbereich der Pädiatrie und Neonatologie sachgerecht mit der SwissDRG-Tarifstruktur Version 14.0 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:

Aufgrund eines Antrages wurde die Abbildung der Kinder mit palliativmedizinischer Komplexbehandlung intensiv überarbeitet. Kinder mit «*Basisleistung spezialisierte Palliative Care, nach Anzahl Behandlungstage*» oder «*spezialisierte Palliative Care*» finden sich nicht in den Daten. Laut Angaben des Antragstellers kodieren nicht alle Kliniken bei Kindern den Code «*palliativmedizinische Komplexbehandlung*». Dies führt zu insgesamt weniger als 100 Fällen in den Daten. In der Basis DRG A97 wurde die «*Palliativmedizinische Komplexbehandlung ab 7 Behandlungstagen*» für die Kinder eine Stufe unter den Erwachsenen Behandlungstagen oder als zusätzliche Bedingung zu bestehenden Logiken aufgenommen. Weitere Prüfungen zeigten in der Basis DRG A97, dass die Fallzahlen für zusätzliche Umbauten nicht ausreichen.

- DRG A97A: «*palliativmedizinische KBH ab 28 BHT und Alter < 16 Jahre...*»
- DRG A97B: «*palliativmedizinische KBH ab 21 BHT und Alter < 16 Jahre...*»
- DRG A97C: «*palliativmedizinische KBH ab 14 BHT und Alter < 16 Jahre...*»
- DRG A97D: «*palliativmedizinische KBH ab 7 BHT und Alter < 16 Jahre...*»

Aufwendige Konstellationen wurden durch Aufnahme der CHOP-Kodes 01.24.2-/99 «*Zugang zur Kalotte, ...*», 01.24.3- «*Zugang zur Schädelbasis,....*» in die Funktion «*Komplexe OR-Prozedur (KORP)*» in die DRG A97A aufgewertet.

Mit Aufnahme der Bedingung «*palliativmedizinische KBH ab 28 BHT und ADRG (A93)*» für die DRG A97A sowie dem Splitkriterium «*DRG (R60A)*» für die DRG A97B und «*DRG (R60B)*» für die DRG A97D, konnten weitere aufwendige Fälle sachgerecht abgebildet werden. Im Rahmen der Analysen und Aufwertungen wurde die DRG A97G entfernt.

Bewertung:

Fälle mit einer palliativmedizinischen oder spez. palliativmedizinischen Komplexbehandlung sind in der SwissDRG-Tarifstruktur Version 14.0 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:

Die Abbildung der Intensivmedizinischen Komplexbehandlung (IntK) und IMC-Komplexbehandlung (IMCK) wurde innerhalb der Tarifstruktur erneut geprüft. Im Ergebnis konnten Anpassungen in den Logiken verschiedener DRGs in der Prä-MDC, MDC 01, MDC 06, MDC 07, MDC 08, MDC 15, MDC 18B und MDC 22 vorgenommen werden.

Bewertung:

Aus Sicht der SwissDRG AG sind Fälle aus dem Fachbereich Intensivmedizin (ICU und IMCU) aufwandsgerecht mit der SwissDRG-Tarifstruktur Version 14.0 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:

Aufgrund der neuen Basis DRG A20 für Fälle mit einer bestimmten CAR-T Zell Therapie wurden die verbleibenden Fälle in der Basis DRG A15 auf ihre Kostenhomogenität überprüft. Gleichzeitig beantragte ein Anwender die Prüfung des CHOP-Kodes 41.0F.14 «*Transplantation von TILs [tumor infiltrating lymphocytes]*». Im Ergebnis gruppieren alle übrigen Fälle mit einer CAR-T Zell oder TILs Therapie in die DRG A15A «*Knochenmarktransplantation oder Stammzelltransfusion, autolog mit Mehrfacheingriff oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 360 Aufwandspunkte oder schwerste CC oder hochgradig komplexe Chemotherapie und aufwendige Konstellation, Alter < 18 Jahre oder bestimmte Zelltherapie*».

Ebenfalls wurden alle Basis DRGs für Transplantationen solider Organe überprüft. Dabei wiesen die Basis DRGs A01 «*Lebertransplantation*», A02 «*Transplantation von Niere und Pankreas oder Darm*», A16 «*Transplantation von Langerhans-Zellen*» und A17 «*Nierentransplantation*» eine Kosteninhomogenität auf. Für die Version 14.0 wurde die Basis DRG A16 aufgelöst und Fälle mit einer gleichzeitigen Niere – und Langerhans-Zellen Transplantation wurden aus der Basis DRG A02 entfernt. Neu gruppieren Langerhans-Zellen Transplantationen in die Basis DRG A01 «*Transplantation von Leber- oder Langerhans Zellen*». Mehrfache Nieren Transplantationen wurden in die DRG A17A aufgewertet.

Weiterhin erfolgte eine Aufwertung von Fällen mit einer «*Lebertransplantation*» mit «*bestimmten IntK u. IMCK-Aufwandspunkten*» in die DRG A01A.

Fälle mit einer «*Evaluation vor Lebertransplantation*» waren in der Basis DRG H63 «*Erkrankungen der Leber ausser bösartiger Neubildung, Leberzirrhose und bestimmte nichtinfektiöse Hepatitiden oder Evaluationsaufenthalt vor Lebertransplantation*» nicht mehr sachgerecht abgebildet. Für diese Fallmenge konnte in die DRG H63A eine verbesserte Abbildung erreicht werden.

Bewertung:

Transplantationen solider Organe sowie hämatopoetischer Stammzellen werden mit der SwissDRG Version 14.0 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:

In der Version 14.0 betreffen die Umbauten in der Basis DRG A46 «*Paraplegiologische Komplexbehandlung*» vor allem Fallkonstellationen mit intensivmedizinischem Aufenthalt, mit Pflegekomplexbehandlung oder mit der Paraplegiologischen Komplexbehandlung nach Dauer.

Ebenfalls waren operative und konservative Behandlungsfälle ohne eine paraplegiologische Komplexbehandlung Inhalt der Arbeiten. Es wurden Aufwertungen in der Basis DRG B61 vorgenommen, und es wurden in verschiedenen Organ-MDCs DRG-Splits mit einer Nebendiagnosen-Tabelle «*Para-/Tetraplegie*» zur sachgerechten Abbildung dieser aufwendigen Behandlungsfälle ergänzt.

Bewertung:

Fälle aus dem Fachbereich der Paraplegiologie sind sachgerecht mit der SwissDRG-Tarifstruktur Version 14.0 abgebildet.

6. Frührehabilitation

Definition:

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

Datenlage:

Die Daten werden an die SwissDRG AG übermittelt.

Aktuelle Abbildung:

Zur Entwicklung der Version 14.0 wurden umfangreiche Analysen für Fälle mit einer «*Neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation*» und «*Fachübergreifenden Frührehabilitation*» durchgeführt. Vor allem Fälle mit einer hohen Anzahl an Behandlungstagen oder aufwendigen Behandlungen wurden intensiv geprüft. Es zeigte sich jedoch, dass die Fallzahlen für eigene DRGs mit höheren Behandlungstagen jeweils zu gering sind. Zusätzlich bestätigte sich eine sachgerechte Abbildung dieser Fälle mit der bisher bestehenden Logik. Mit der Aufwertung der «*Frührehabilitation ab 7 Behandlungstagen*» in der Basis DRG A90, anstatt wie bisher ab 14 Behandlungstagen, wurden ebenfalls kurze Behandlungsepisoden gut abgebildet.

Bewertung:

Aus Sicht der SwissDRG AG sind Fälle aus dem Leistungsbereich der frührehabilitativen Komplexbehandlung sachgerecht mit der SwissDRG-Tarifstruktur Version 14.0 abgebildet.