

25.04.2016

## **Abbildung von speziellen Leistungsbereichen der SwissDRG-Version 6.0 / 2017**

### **1. Abbildung spezieller Leistungsbereiche in der Version 6.0**

Die Tarifstruktur SwissDRG in der Version 6.0 beinhaltet medizinisch relevante Entwicklungsschritte für neue Leistungen, Leistungsdifferenzierungen sowie weitere Zusatzentgelte. Im Hinblick auf medizinische Entwicklungsschwerpunkte sind insbesondere die Abbildung hochaufwendiger Fälle, die Überarbeitung der Polytraumadefinition, die Integration der Komplexbehandlung auf einer Intermediate-Care Unit für Kinder und Erwachsene sowie die intensivmedizinische Komplexbehandlung IPS für Säuglinge in den Grouper zu erwähnen.

Generell sind die Fälle der unten genannten Spezialbereiche in akutstationären Spitälern und Kliniken über die SwissDRG Version 6.0 abgedeckt und können mit den dazu konformen Abrechnungsregeln tarifiert werden.

#### **1.1 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.

Aktuelle Abbildung:

Die Kodierung der Intensivmedizinischen Komplexbehandlung IPS bei Neugeborenen ist erst im CHOP Katalog 2015 möglich. Im Rahmen der Lieferung der Daten des Jahres 2014 erfolgte eine ergänzende Lieferung einiger Spitäler zu den intensivmedizinisch behandelten Neugeborenen. Mit Verwendung des Neugeborenen-NEMS als Splitkriterium kann eine gute Differenzierung aufwendiger Fälle in den Basis-DRGs P66 und P67 mit IPS-Aufwandspunkten erreicht werden. Weitere Analysen haben gezeigt, dass in den Basis-DRGs P02, P03, P04 und P05 Beatmungsstunden als Kostentrenner gut geeignet sind. Jedoch blieben bisher die langzeitbeatmeten Fälle untervergütet. Eine verbesserte Vergütungssituation dieser Fälle kann durch zusätzliche Splits in den DRGs P02A und P05A mit der Bedingung > 240 Beatmungsstunden erreicht werden.

In den DRGs P66B, C und P67C, D zeigt sich weiterhin eine uneinheitliche Datenlage in Bezug auf die Verweildauer und die Fallkosten. Um aufwändige Fälle besser von weniger aufwändigen Fällen differenzieren zu können, wurden durch die Neuaufnahme von Diagnosen bzw. das Löschen von Diagnosen die Funktionen „Schweres Problem und anderes Problem beim Neugeborenen“ geschärft.

Massnahmen:

Verbesserung der Datenqualität mit Erfassung der Codes für die Komplexbehandlung auf Intensivstationen und Intermediate Care Units notwendig.

**Bewertung:**

Aus Sicht der SwissDRG AG können Fälle aus dem Fachbereich der Pädiatrie und Neonatologie (inklusive intensivmedizinische Behandlungsfälle) sachgerecht mit der SwissDRG-Tarifstruktur Version 6.0 abgebildet werden, siehe auch die Ausführungen zur Intensivmedizin.

## **1.2 Palliative Care**

**Definition:**

Der Leistungsbereich ist über CHOP-Kodes eindeutig abbildbar. Daten zur spezialisierten palliativmedizinischen Komplexbehandlung können erst im Jahr 2015 differenziert erfasst werden.

**Datenlage:**

Die Daten werden an die SwissDRG AG bereits zum zweiten Mal inklusiv einzelner Hospize mit Spitalstatus, übermittelt. Bisher übermitteln jedoch nicht alle Leistungserbringer die Kosten- und Leistungsdaten.

**Aktuelle Abbildung:**

Die Abbildung der palliativmedizinischen Fälle in der Prä-MDC hat sich auch in den Daten des Jahres 2014 als sachgerecht erwiesen. Einzelne Anpassungen innerhalb der Basis-DRG A97 führen zu einer differenzierten Abbildung von palliativmedizinischen Fällen mit einem Aufenthalt auf einer Intensivstation / Intermediate Care Einheit mit entsprechenden Aufwandspunkten.

**Bewertung:**

Fälle mit einer palliativmedizinischen Komplexbehandlung sind in der SwissDRG-Tarifstruktur Version 6.0 leistungsgerecht abgebildet. Die spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung wird mit den Daten aus dem Jahr 2015 zu bewerten sein.

## **1.3 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:**

Die DRG B61B wurde gesplittet, um Fälle mit aufwendigen operativen Eingriffen differenziert abbilden zu können. Eine weitere Verbesserung der Abbildungsgüte könnte 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.

**Massnahmen:** Verbesserung der Datenqualität.

**Bewertung:**

Fälle aus dem Fachbereich der Paraplegiologie sind sachgerecht mit der SwissDRG-Tarifstruktur Version 6.0 abgebildet.

## 1.4 Frührehabilitation

Definition:

Der Leistungsbereich ist über CHOP- und ICD-Kodes eindeutig und differenziert abbildbar. Die geriatrisch-frührehabilitativen Komplexbehandlungen werden unverändert zu den Vorversionen sachgerecht in der Basis-DRG A95 abgebildet.

Datenlage:

Für die Fälle mit weiteren frührehabilitativen Komplexbehandlungen wurden der SwissDRG AG in den Daten des Jahres 2014 mehr Informationen über die erbrachten Leistungen und Kosten übermittelt.

Aktuelle Abbildung:

Wesentlich für die Höhe des Ressourcenverbrauchs ist die Durchführung der Frührehabilitation mit dem definierten Leistungsumfang. Deshalb wurden die Frührehabilitations-DRGs innerhalb der MDCs weitgehend aufgelöst. Die Fälle werden mit einer Hauptdiagnose der MDC 01 „Krankheiten und Störungen des Nervensystems“ der Basis-DRG B90 zugeordnet. Alle anderen Fälle werden Hauptdiagnosen-unabhängig in der Prä-MDC Basis-DRG A90 sachgerecht vergütet. In Verbindung mit bestimmten Hauptdiagnosen erfolgt die Abbildung in der DRG A43Z.

Bewertung:

Aus Sicht der SwissDRG AG können alle Fälle mit frührehabitativer Komplexbehandlungen sachgerecht mit der SwissDRG-Tarifstruktur Version 6.0 anhand von Schweizer Daten abgebildet werden. Mit der Zuordnung der Fälle in die Basis DRGs B90 und A90 gibt es keine unbewerteten DRGs mehr.

Massnahmen:

Mit einer schweizweit einheitlichen Definition der Frührehabilitation ist es sinnvoll den Anwendungsbereich der Tarifstruktur zu definieren.

## 1.5 Intensivmedizin auf einer IPS / IMCU

Definition:

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

Datenlage:

Erstmals wurden der SwissDRG AG auf Grund der im CHOP 2014 neu eingeführten Kodes „Komplexbehandlung des Erwachsenen in einer Intermediate-Care Unit“ und „Komplexbehandlung im Kindesalter in einer Intermediate-Care Unit“ Daten übermittelt. Jedoch haben bisher nicht alle Spitäler diese Leistungen kodiert.

Aktuelle Abbildung:

Anhand der Daten 2014 erfolgte die systematische Prüfung aller MDCs auf Etablierung einer eigenen DRG für die Intermediate-Care Fälle. So wurden die neuen IMC-DRGs sowohl für Erwachsene als auch für Kinder in den MDCs 01, 04 etabliert, in der MDC 05 standen nicht genügend Fälle zur Abbildung der Kinder-IMC-Fälle zur Verfügung. Alle anderen IMC-Fälle (ebenfalls für Erwachsene und für Kinder) werden Hauptdiagnosen-unabhängig der Basis-DRG A90 zugeordnet. Das führt zu einer deutlichen Aufwertung der Intermediate-Care Fälle.

Massnahmen:

Verbesserung der Datenqualität notwendig

Bewertung:

Aus Sicht der SwissDRG AG können Fälle aus dem Fachbereich der Intermediate-Care sachgerecht mit der SwissDRG-Tarifstruktur Version 6.0 abgebildet werden. Fälle mit deutlich höherem Ressourcenverbrauch im Vergleich zu einer Normalstation können differenziert und leistungsgerecht abgebildet werden. Der Anreiz, alle überwachungspflichtigen Fälle auf einer Intensivstation zu behandeln, wird vermindert. Dieser Umbau hat zu einer Reduktion der Defizit-Fälle geführt.

Behandlungsfälle auf einer IPS können über die Erfassung der Beatmungstunden und der Aufwandspunkte differenziert abgebildet werden.

## **1.6 Transplantation / SVK-Leistungen**

Datenlage:

Die SwissDRG AG wurde vom Verwaltungsrat mit der Prüfung beauftragt, ob der künstliche Fallsplit (Fall A Zeitraum bis zur Transplantation, Fall B Zeitraum ab Transplantation, Fall C Zeitraum ab neu aufgetretener erschwerender Erkrankung) gemäss Transplantationsverträgen sinnvoll ist.

Anhand der durchgeführten Analysen zeigte sich deutlich, dass künstliche Fallsplits die Vergütungssituation der Transplantationsaufenthalte deutlich verschlechtern. Die hochspezialisierten Leistungen bleiben unterfinanziert. Einerseits bildet der künstliche Split inhaltlich den aufwendigen Transplantationsfall nicht ab. Zum anderen entstehen den Spitälern durch den künstlichen Split bei korrekter Kodierung erhebliche Verluste. Für die Spitäler ist es ebenso problematisch, Kosten und Leistungen sachgerecht auf mehrere Fälle zu verteilen. Die SVK Vorgabe zum künstlichen Split beeinflusst die Definition der Transplantations-DRGs. So weisen die Transplantations-DRGs falsch zu tiefe obere und untere Grenzverweildauern auf, da die gelieferten Fälle nicht den gesamten Aufenthalt abbilden.

Aktuelle Abbildung:

Keine verbesserte Abbildung ist derzeit im Bereich der Transplantationen möglich, obwohl diesem Thema besondere Beachtung geschenkt wurde. Die hierfür nötigen Daten stehen weiterhin nicht in ausreichender Qualität zur Verfügung.

Massnahmen: Die SwissDRG AG empfiehlt dringlich die SVK-Verträge anzupassen.

## **2. Abgrenzung von Psychiatrie- und Refafällen**

Psychiatrie- und Refafälle werden im Kalkulationsdatensatz auf Basis der fallbezogenen Leistungen und Diagnosen und – falls anwendbar – der Hauptkostenstellen in Zusammenhang mit der Kategorie des datenliefernden Spitals bestmöglich abgegrenzt. Die Anwendungsbereiche der einzelnen Tarifstrukturen werden in den Abrechnungsregeln oder tarifarisch definiert.