

## SwissDRG-Blog Spezial – Interview mit SwissDRG AG

Die SGAIM präsentiert im Rahmen einer Sonderreihe Stakeholder im Gesundheitswesen und stellt wichtige Player der stationären Leistungsabrechnung rund um die SwissDRG Tarifstruktur vor. Nun wurde ein Interview mit **Dr. med. Constanze Hergeth** und ihrem Team geführt. Sie ist stellvertretende Geschäftsführerin der SwissDRG AG und zuständig für den akutstationären Bereich. Die SwissDRG AG entwickelt und pflegt insgesamt drei Tarifstrukturen für die Vergütung von stationären Behandlungen in Schweizer Spitälern und Kliniken– SwissDRG für Akutsomatik, TARPSY für Psychiatrie und ST Reha für Rehabilitation.



### Welche Kernaufgaben übernimmt die SwissDRG AG im Schweizer Gesundheitswesen?

Die nationalen Tarifstrukturen, die seit 2012 einheitlich in der Schweiz zur Abrechnung von stationären Leistungen zur Anwendung kommen, werden von der SwissDRG AG jährlich datenbasiert weiterentwickelt. Die Vergütung der Leistungserbringer setzt sich aus zwei Komponenten zusammen:

- das effektive Kostengewicht, sowie allfällige Zusatzentgelte basierend auf der durchgeführten Behandlung
- der Basispreis (Baserate), welcher von Spital zu Spital variiert und von den Versicherern und Spitälern verhandelt wird.

Die SwissDRG AG ist ausschliesslich für die erste Komponente zuständig. Jährlich werden anhand der gelieferten Kosten- und Leistungsdaten der Spitäler die Gruppierungslogiken überarbeitet, Kostengewichte pro DRG berechnet und Zusatzentgelte kalkuliert.

### Welche Rolle spielen klinische Daten bei SwissDRG? Respektive welche Rolle hat die ärztliche Dokumentation für eine korrekte DRG-Gruppierung?

Die Datenqualität ist essenziell für das Tarifsystem. Nicht nur gelieferte Kosten- und Leistungsdaten, sondern auch detaillierte Rückmeldungen bei Nachfragen unsererseits sind sehr wertvoll und helfen der SwissDRG AG, die Kostenstrukturen im Einzelfall nachzuvollziehen und das System stetig zu verbessern. Nur aufbauend auf sauber kodierten Fällen und korrekter Erfassung der Kostendaten kann ein sachgerechtes Tarifsystem entwickelt werden. Die im Jahr 2025 im akutsomatischen Bereich erfassten Daten fliessen als Grundlage in die Entwicklung der Tarifversion 17.0 ein, welche im Jahr 2028 abrechnungsrelevant sein wird. Gehen nun beispielsweise Kosten für Leistungen wie Gastroskopie oder Medikamente bei der Kostenerfassung vergessen, so werden einzelne Fälle innerhalb einer DRG zu günstig dargestellt. Dies wiederum wirkt sich auf die, auf dem Mittelwert basierende, Berechnung des Inlier-Kostengewichtes dieser DRG aus. Es besteht also die Gefahr, dass bei einer schlechten Datenqualität im Jahr 2025 die Vergütung der Fälle innerhalb der betroffenen DRG im Jahr 2028 den wahren Kosten nicht gerecht werden kann. Durch Plausibilisierungstests, direkte Nachfragen und Falll schungen, wird dieses Risiko seitens der SwissDRG AG so gut wie möglich minimiert.

## **Wie werden SwissDRG-Versionen von der SwissDRG AG genau aktualisiert?**

Hauptinputs zu Änderungen in der Gruppierungslogik gelangen über das jährliche Antragsverfahren im Juni und Juli zu uns. So erhalten wir von den verschiedenen Anwendern Hinweise zu möglichen Anpassungen. Diese prüfen wir mit den von den Spitälern gelieferten Daten. Eine gute Kommunikation zwischen den Spitälern und SwissDRG AG ist dabei essenziell.

Beispielsweise wurde im Jahr 2024 ein Antrag gestellt, den Wirkstoff Trastuzumab deruxtecan (L01FD04) als Zusatzentgelt zu vergüten, da die Kosten dieses hochteuren Medikaments nicht adäquat in der Tarifstruktur abgebildet wären. Dieser Antrag wurde anhand der Daten 2023 geprüft und konnte mit dem Zusatzentgelt ZE-2026-253 umgesetzt werden, so dass Fälle mit kodiertem ATC-Kode L01FD04 künftig sachgerecht abgebildet werden.

Die SwissDRG AG beschränkt sich allerdings nicht nur auf die Prüfung der Anträge, sondern führt umfangreiche Simulationen durch, die weit über die im Antrag geschilderten Problematiken hinausgehen. Zusätzlich werden zahlreiche Analysen und daraus folgende Umbauten durchgeführt, die auf eigenen Ideen beruhen. Weiterhin werden weitreichende Einzelfallprüfungen durchgeführt, sowie jeweils zusammenhängende CHOP- bzw. ICD Codes geprüft.

## **Gibt es auch eine Aktualisierung zwischen den einzelnen Unterversionen?**

Um bei dem Beispiel der Kosten- und Leistungsdaten des Jahres 2025 zu bleiben: Anhand dieser Daten wird die Katalogversion der Version 17.0 entwickelt. Die Katalogversion wird vom Verwaltungsrat der SwissDRG genehmigt und dem Bundesrat zur Genehmigung vorgelegt. Damit für die Spitäler eine ad quate Planung auf den Daten 2026 und 2027 sowie im Jahr 2028 dann auch eine Abrechnung möglich ist, werden die Planungsversionen 1 und 2 sowie die Abrechnungsversion entwickelt. Diese Versionen unterscheiden sich verglichen mit der Katalogversion nur dahingehend, dass die im jeweiligen Jahr gültigen CHOP-, ICD- und ATC-Kodes übergeleitet werden. Anderweitige Aktualisierungen finden dort nicht statt.

## **Für die allgemeinen Internist:innen ist die Abbildung von multimorbidem Patientengut besonders wichtig. Wie funktioniert dies?**

Erschwerende oder einen höheren Ressourcenverbrauch generierende Nebendiagnosen sind mit einem bestimmten CC-Level (Schweregrad-Stufe) in der CC-Matrix abgebildet. Die Schwere der Diagnose wird anhand eines Wertes von 0 bis 4 zum Ausdruck gebracht. Für jeden einzelnen Fall wird aus den CCL-Werten der verschiedenen Nebendiagnosen der gesamte Schweregrad des Falls (PCCL) vom Grouper errechnet und kann bei Vorhandensein eines PCCL-Splits in eine höherwertige DRG gruppieren.

 ber das Antragsverfahren können medizinisch begründete Aufwertungen von ICD-Kodes in der CC-Matrix bestimmter Basis DRGs eingegeben werden. Zu beachten ist jedoch, dass Aufwertungen nicht nur rein datenbasiert erfolgen, sie müssen auch medizinisch nachvollziehbar sein. Fehlanreize sind unbedingt zu vermeiden.

Die CC-Matrix ist aber nur ein Element der Weiterentwicklung. Mit zahlreichen anderen Umbauten wird die Abbildung besonders ressourcenintensiver Fälle aufgrund einer Multimorbidität bei jeder Weiterentwicklung vorangetrieben.

### **Wie fallen Codes aus der CCL-Matrix raus?**

Grundsätzlich fallen keine ICD-Kodes aus der CC-Matrix. Auf- oder Abwertungen von ICD-Kodes werden immer datengestützt geprüft. Die Analysen erfolgen aufgrund eines Antrages sowohl von den Leistungserbringern als auch von den Kostenträgern. Eigene Beobachtungen, z.B. aus der Kodierung oder Betrachtung von Einzelfällen, fliessen ebenfalls mit ein.

Die Prüfung der Wiederaufnahme eines aus der CC-Matrix entfernten ICD-Kodes ist grundsätzlich möglich. Dies bedingt oft eine vorgängige Präzisierung der Kodierrichtlinie zur Erfassung der betroffenen Diagnose.

In der Arbeitsgruppe «Kodierungshandbuch» vom Bundesamt für Statistik (BFS) werden Kodierrichtlinien erstellt oder überarbeitet. In dieser Arbeitsgruppe sind die Partnerorganisationen, wie z.B. FMH oder H+ vertreten. Die SGAIM hat somit die Möglichkeit, sich via FMH bei verschiedenen Themen in die Arbeitsgruppe Kodierungshandbuch einzubringen.

### **Wo sehen Sie die grössten Missverständnisse über SwissDRG im klinischen Alltag?**

#### **«SwissDRG bestimmt, wie wir medizinisch arbeiten sollen.»**

Diese Aussage ist falsch. Die Tarifstruktur schreibt keine klinischen Entscheidungen vor, sondern soll die klinische Versorgungsrealität abbilden. Es handelt sich hier um ein Tarifsystem, welches Leistungen abbildet und nicht um ein medizinisches Regelwerk. Bestehen Komplexbehandlungen, die im CHOP beschrieben sind, werden diese von den Fachgesellschaften gestützt durch evidenzbasierte Studien vorgeschlagen und diskutiert. Die SwissDRG AG stellt nicht die Regeln auf, sondern bildet über die Tarifstruktur die Finanzierbarkeit der jeweiligen Fälle ab.

#### **«DRGs sind Ausdruck eines Sparsystems mit dem einzigen Ziel, die Kosten zu drücken.»**

Bei der SwissDRG-Tarifstruktur handelt es sich um ein relatives System. Die Fälle werden gruppiert und erhalten je nach ihrem Aufwand ein höheres oder ein tieferes Kostengewicht relativ zu den restlichen Fällen. Die Kostendeckung ist jedoch vom individuellen Basispreis abhängig, der von den Tarifpartnern verhandelt wird. Für die an der Systempräsentation vorgestellten Deckungsgradanalysen wird ein schweizweit hypothetischer Basispreis für Nullgewinne (inklusive Anlagenutzungskosten) verwendet. Damit wird sichergestellt, dass über alle Fälle im Durchschnitt kein Gewinn und kein Verlust resultiert. Die präsentierten Kennzahlen zeigen daher nur die Veränderungen des Deckungsgrades einer Fallgruppe im Vergleich zu der Vorversion (Katalogeffekt).

#### **«Der Grouper entscheidet willkürlich.»**

Diese Aussage ist falsch. Faktisch sind Abweichungen in der Gruppierung ähnlicher Fälle gut erklärbar. Faktoren wie die Hauptdiagnose, relevante Prozeduren oder der Schweregrad sind gruppierungsrelevant. In der Gruppierungslogik werden klare Regeln befolgt, die zu der endgültigen Gruppierung in eine DRG führen. Der Grouper jeder Tarifversion wird veröffentlicht. Zudem ist die jeweilige Gruppierungslogik im Definitionshandbuch auf unserer Website detailliert dokumentiert und öffentlich einsehbar. Bei der Entwicklung einer neuen Version wird zudem darauf geachtet, dass Fehlanreize in der Gruppierungslogik vermieden werden.