

Abbildung von speziellen Leistungsbereichen und Entwicklungsschwerpunkten der SwissDRG-Version 5.0 / 2016

1. Abbildung spezieller Leistungsbereiche in der Version 5.0

Die Tarifstruktur SwissDRG in der Version 5.0 beinhaltet medizinisch relevante Entwicklungsschritte für neue Leistungen, Leistungsdifferenzierungen, Zusatzentgelte und deren relative bzw. absolute Preise. Im Hinblick auf medizinische Entwicklungsschwerpunkte sind insbesondere die Pädiatrie, aufwändige und komplexe Fälle sowie die Palliativmedizin zu erwähnen.

Generell sind die Fälle der unten genannten Spezialbereiche in akutstationären Spitälern und Kliniken über die SwissDRG Version 5.0 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: Anhand der Daten 2013 hat die SwissDRG AG eine systematische Prüfung aller DRGs auf mögliche Kindersplits durchgeführt. Insgesamt wurden 47 neue Kindersplits in die Tarifversion 5.0 aufgenommen. Dadurch konnten die Fälle im Kindesalter aufgewertet bzw. verbessert abgebildet werden.

In der Prä-MDC und den MDCs 05 (Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems) und MDC 21A (Polytrauma) wurden die Schwelle der „Kinder SAPS“ Aufwandspunkte in einigen DRGs gesenkt, damit wurden insbesondere Kinderfälle mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung aufgewertet.

In den DRGs P66B, C und P67C, D zeigt sich teils eine sehr uneinheitliche Datenlage in Bezug auf die Verweildauer und die Fallkosten. Um besser aufwändige Fälle 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.

Neu konnte für Neugeborene mit einem Aufnahmegewicht < 750 g in Verbindung mit einem operativen Eingriff oder Beatmung eine eigene DRG P61A etabliert werden, dies führte zu einer deutlichen Aufwertung der Fälle.

Massnahmen: Verbesserung der Datenqualität notwendig.

Bewertung: Aus Sicht der SwissDRG AG können Fälle aus dem Fachbereich der Pädiatrie (inklusive intensivmedizinische Behandlungsfälle im Kindesalter) und Neonatologie sachgerecht mit der SwissDRG-Tarifstruktur Version 5.0 abgebildet werden.

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: In den Daten des Jahres 2013 wurden der SwissDRG AG Informationen über erbrachte Leistungen und deren Kosten für Fälle mit einer palliativmedizinischen Komplexbehandlung in den Akutspitälern und Hospizen mit Spitalstatus übermittelt.

Aktuelle Abbildung: Umfangreiche Analysen haben ergeben, dass die palliativmedizinischen Fälle über alle MDCs streuen und teilweise deutliche Abweichungen der Verweildauer in den jeweiligen DRGs, im Vergleich zu Fällen ohne palliativmed. Komplexbehandlung bestehen. Anhand der Daten zeigte es sich, dass eine Hauptdiagnosen-unabhängige Abbildung dieser Fälle in der Prä-MDC die Abbildungsgüte verbessert.

Bewertung: Die Fälle sind sachgerecht über die Tarifstruktur abbildbar; das Zusatzentgelt entfällt in der Tarifversion 5.0 / 2016. Die Abrechnung von Palliativpatienten in Akutspitälern läuft gemäss den Abrechnungsregeln über die Tarifstruktur SwissDRG, falls nicht anderweitig tarifarisch geregelt. Hospize mit kantonalem Leistungsauftrag / Spitalstatus können über Tagespauschalen oder die SwissDRG-Tarifstruktur abrechnen.

Massnahmen: Es haben nicht alle Spitäler die Daten zur Behandlung von Palliativfällen der SwissDRG AG übermittelt. Der Lieferumfang muss erhöht werden.

1.3 Komplementärmedizin

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

Datenlage: Mit der Lieferung der Daten des Jahres 2013 wurden der SwissDRG AG Leistungs- und Kostendaten komplementärmedizinischer Behandlungsfälle übermittelt. Es bleibt problematisch, dass die SwissDRG AG keine Kenntnis darüber hat, bei welchen Spitälern die Komplementärmedizin ausserhalb der SwissDRG-Tarifstruktur vergütet wird und diese Daten nicht erhält.

Aktuelle Abbildung: Unverändert zur Vorversion; die Fälle werden weiterhin Hauptdiagnosen-unabhängig in der DRG A96Z abgebildet. Die Abrechnung von komplementärmedizinischen Behandlungen in Akutspitälern läuft gemäss den Abrechnungsregeln über die Tarifstruktur SwissDRG, falls nicht anderweitig tarifarisch geregelt.

Massnahmen: Mit der Entwicklung der CHOP-Version 2015 wurde dieser Code modifiziert und in komplementärmedizinische Komplexbehandlung umbenannt. Weiterhin erfolgte eine Differenzierung in Bezug auf den Umfang der Komplexbehandlung.

Bewertung: Aus Sicht der SwissDRG AG können Fälle aus dem Fachbereich der Komplementärmedizin sachgerecht mit der SwissDRG-Tarifstruktur abgebildet werden.

1.4 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: Unverändert zur Vorversion. Die Abrechnung von paraplegiologischen Behandlungen in Akutspitälern läuft gemäss den Abrechnungsregeln über die Tarifstruktur SwissDRG, falls nicht anderweitig tarifarisch geregelt.

Massnahmen: Verbesserung der Datenqualität.

Bewertung: Fälle aus dem Fachbereich der Paraplegiologie sind sachgerecht mit der SwissDRG-Tarifstruktur Version 5.0 abgebildet.

1.5 Epilepsie

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

Datenlage: Die Daten werden an die SwissDRG AG seit Jahren übermittelt.

Aktuelle Abbildung: In der SwissDRG-Tarifstruktur existieren spezifische DRGs zur Abbildung dieser Fälle (z.B. Basis-DRG B76, B01Z). Die Definition des CHOP-Kodes 89.19.10; Nichtinvasive Video-EEG-Intensivdiagnostik wurde mit Entwicklung der CHOP-Version 2013 erweitert, damit erreichen mehr Fälle die DRGs B76A und B. Weiterhin wurde zu Erhöhung der Abbildungsgüte von Kinderfällen die DRG B76 A „Anfälle und komplexer Diagnostik und Therapie“ ein Kindersplit etabliert.

Massnahmen: Keine ausserhalb der Systementwicklung notwendig.

Bewertung: Fälle aus diesem Fachbereich sind sachgerecht mit der SwissDRG-Tarifstruktur Version 5.0 abgebildet. Die Abrechnung von diesen Patienten in Akutspitälern läuft gemäss den Abrechnungsregeln über die Tarifstruktur SwissDRG, falls nicht anderweitig tarifarisch geregelt.

1.6 Frührehabilitation

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

Datenlage: Die Daten zur geriatrischen, frührehabilitativen Komplexbehandlung werden zahlreich der SwissDRG AG zur Verfügung gestellt. Die Daten für Fälle weiterer frührehabilitativer Komplexbehandlungen werden an die SwissDRG AG nur eingeschränkt übermittelt. Zusätzlich sind die Schnittstellen zur Rehabilitation nicht definiert.

Aktuelle Abbildung: Alle Fälle mit einer geriatrisch, frührehabilitativen Komplexbehandlung werden unverändert zur Vorversion Hauptdiagnosen unabhängig in der Prä-MDC abgebildet. Die DRG A43Z konnte erneut anhand Schweizer Daten bewertet werden. 13 DRGs mit frührehabilitativen Komplexbehandlungen (B11Z, B43Z, E41Z, F29Z, F45Z, G51Z, I40Z, I96Z, K01Z, K43Z, W01Z, W05Z, W40Z) sind unbewertet, da keine Kosten- und Leistungsdaten vorhanden waren.

Massnahmen: Fortführung der Arbeiten in der Arbeitsgruppe neurologische Frührehabilitation zur Definition der Schnittstellen der vor- und nachgelagerten Bereiche. Entscheid des Verwaltungsrates notwendig, in welcher Tarifstruktur die Frührehabilitation zukünftig abgebildet sein soll.

Bewertung: Alle Fälle mit einer geriatrisch frührehabilitativen Komplexbehandlung sowie die Fälle der DRG A43Z sind sachgerecht abgebildet.

1.7 Intensivmedizin

Definition: Der Leistungsbereich ist über CHOP- und ICD-Kodes sowie über die Registrierung der Beatmungstunden eindeutig und differenziert abbildbar.

Datenlage: Die Daten werden an die SwissDRG AG seit Jahren übermittelt. Die SwissDRG AG hatte Hinweise darauf, dass im Rahmen der Datenlieferung des Jahres 2013 Fälle mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung und / oder maschineller Beatmung nicht sachgerecht kodiert waren.

Aktuelle Abbildung: In diesem Fachbereich gab es umfangreiche Weiterentwicklungen, die zu einer Aufwertung spezifischer Fälle führen. So wurde die DRG A18Z zur Aufwertung von Kinderfällen in Verbindung mit Beatmung > 499 Stunden und hochkomplexer Prozedur bzw. Beatmung > 499 Stunden und intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 4410 / 4600 Aufwandspunkte gesplittet. In der DRG A13A «Beatmung > 95 und < 250 Stunden mit hochkomplexen Konstellationen» wurde die Splitbedingung um mehrzeitig komplexe Eingriffe erweitert, um hochaufwändige Fälle besser abbilden zu können.

Massnahmen: Keine ausserhalb der Systementwicklung notwendig. Die Schärfung der Kodierrichtlinie zur Erfassung der Beatmungsstunden ab dem Jahr 2015 wird die Datenlage in diesem Fachgebiet weiter verbessern.

Bewertung: Die Mehrzahl der intensivmedizinischen Behandlungsfälle ist sachgerecht abgebildet. Mit der Weiterentwicklung der SwissDRG-Tarifstruktur wird versucht werden, insbesondere noch nicht sachgerecht vergütete Hochkostenfälle aufwandsgerecht zu bewerten. Zudem arbeitet die AG Hochdefizitfälle an Lösungen, um die Vergütung in diesem Bereich zu verbessern.

1.8 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) gemäss Transplantationsverträgen sinnvoll ist. Die Spitäler erhielten eine Aufforderung zur Sonderdatenlieferung im Juni 2014, trotz mehrfacher Mahnungen erhielt die SwissDRG AG bisher nur die Datenlieferung eines Unispitals.

Anhand dieser Daten zeigt sich jedoch, dass der künstliche Fallsplit häufig für beide Fälle unplausible Daten generiert. Es besteht insbesondere ein Problem bei fallzahlschwachen Transplantations-DRGs.

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: Es ist dringend eine Verbesserung der Datenqualität notwendig. Seit Jahren bestehen erhebliche Schwierigkeiten, die Kosten für spezialisierte Behandlungen sachgerecht zu erfassen; z.B. Stammzelltransplantationen, Pankreastransplantation usw..

2. Erweiterung der Prüfung der Kodierqualität

Die von den Spitälern gelieferten Daten werden in unterschiedlichen Schritten auf Ihre Plausibilität überprüft. Die erste Überprüfung findet bereits beim Datenupload statt. Hier werden die Datensätze auf Format und Vollständigkeit überprüft. Weiter werden beim Import der Daten in die Datenbank Fälle, welche nicht im Anwendungsbereich der SwissDRG liegen oder keine Vollkosten aufweisen, gefiltert. Zusätzlich werden die einzelnen Fälle anhand von Plausibilitätstests auf verschiedene Merkmale untersucht, wobei bestimmte Tests zum Ausschluss eines Falles führen. Die Resultate dieser Tests werden den Spitälern zur Korrektur der Daten und Verbesserung der Datenqualität zurückgemeldet und im Webfeedback zugänglich gemacht. Die Spitäler werden dabei aufgefordert, fehlerhafte Fälle zu korrigieren und die gesamten Daten neu zu liefern oder zu begründen, weshalb Fälle nicht korrigiert, respektive Daten nicht neu geliefert werden. Nach der Gruppierung der Fälle werden die privaten und halbprivaten Fälle, welche nicht für die Kalkulation verwendet werden können als unplausibel gekennzeichnet. Zu einem späteren Zeitpunkt erfolgt eine detaillierte Einzelfallprüfung.

Die Prüfung beim Datenupload und das Filtern nicht zu verwendender Fälle werden in der Regel nicht angepasst, da hier die Anforderungen an die Daten nur selten ändern. Die Plausibilitätstests dagegen werden laufend bearbeitet und erweitert, um die Qualität der Daten

kontinuierlich zu verbessern. Die Prüfung der privaten/halbprivaten Fälle sowie die Einzelfallprüfung wurden vertieft und ausgebaut.

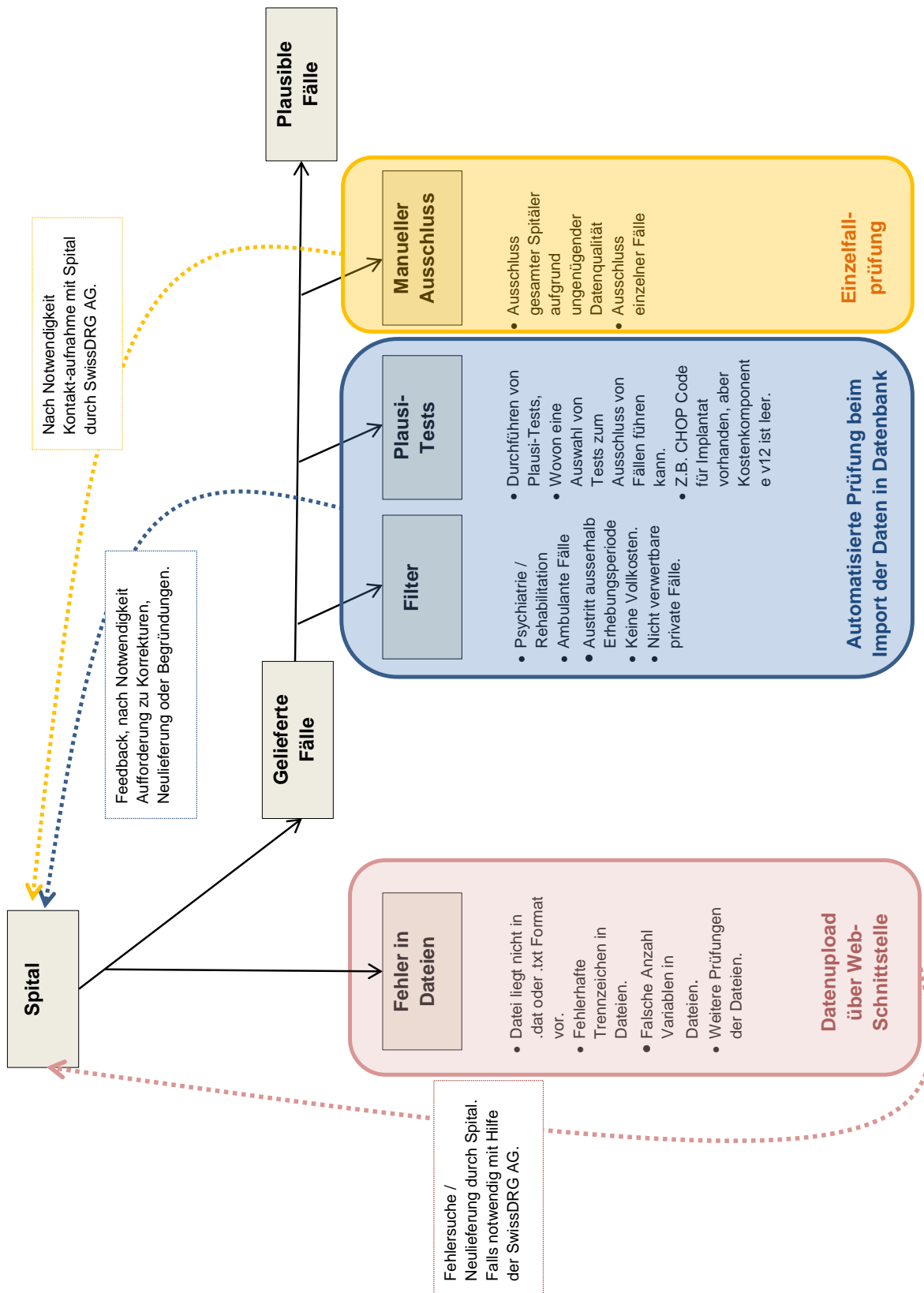


Abbildung 1: Plausibilisierung der gelieferten Fälle

3. Kalkulation der Zusatzentgelte

Die Methode zur Kalkulation der Preise der in der Anlage aufgeführten Zusatzentgelte ist im Dokument „Vorgaben Berechnungsmethode“ dokumentiert.

4. Hochdefizitfälle

Die Arbeiten der AG Hochdefizitfälle haben sich auf drei Szenarien zur separaten Finanzierung konkretisiert. Es bleiben Fragen zur Praktikabilität und Gesetzeskonformität, welche derzeit abgeklärt werden. Danach erhalten die Partner der SwissDRG AG eine Beschreibung der Varianten mit Informationen zu Vorteilen, Nachteilen und Praktikabilität zur Stellungnahme.

Aus den Arbeiten der AG konnten weitere Erkenntnisse gewonnen werden, welche in die Systementwicklung einfließen. Hierzu zählt insbesondere die Identifikation von Leistungsbereichen bzw. spezifischen DRGs, in denen Hochdefizitfälle gehäuft auftreten. Diese DRGs können gezielt nach weiteren medizinischen Variablen untersucht werden.

5. Lösungsansätze für Erlössprünge

Gemäss Auftrag des Verwaltungsrates sollte geprüft werden, ob Erlössprünge, wie sie bei der Verwendung von Geburts- bzw. Aufnahmegewichte oder von intensivmedizinischen Aufwandspunkten zwischen einzelnen DRGs entstehen, abgemildert werden können.

Im Rahmen der Systementwicklung zeigt sich, dass die Parameter Aufnahmegewicht, Beatmungsstunden und intensivmedizinische Aufwandspunkte ausgezeichnete Kostentrenner sind. Mögliche Ansätze wie die Verwendung stetiger Funktionen zur Definition einzelner DRGs wurden nicht weiter verfolgt, da damit vom Grundsatz der datengetriebenen Weiterentwicklung abgewichen würde.

Vielmehr verfolgt die SwissDRG AG das Ziel, die Definition einzelner DRGs so zu erweitern, dass mehrere Bedingungen das Erreichen einer DRG ermöglichen und wenn möglich weitere Fallgruppen zu bilden. Zum Beispiel wurde die DRG A18Z neu aufgrund von Kinderfällen in Verbindung mit Beatmung > 499 Stunden und hochkomplexer Prozedur bzw. Beatmung > 499 Stunden und intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 4410 / 4600 Aufwandspunkte gesplittet.

Im Bereich der MDC 15 wurden bestimmte DRGs so umgebaut, dass in die Basis-DRG P05 «Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 1999 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden» und die Basis-DRG P66 «Neugeborenes, Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur...» neu auch Fälle mit höherem Aufnahmegewicht in Verbindung mit einer aufwändigen Behandlung gruppiert werden. Damit verliert das Aufnahmegewicht als alleiniger Parameter zur Definition der DRGs weiter an Einfluss.

Wie oben aufgeführt konnte zudem für Neugeborene mit einem Aufnahmegewicht < 750 g in Verbindung mit einem operativen Eingriff oder Beatmung eine eigene DRG P61A etabliert werden, dies führte zu einer deutlichen Aufwertung der Fälle.

Eine weitere Systemverbesserung wird angestrebt, wenn zusätzlich zum Aufnahmegewicht das Gestationsalter systematisch in den Daten erfasst wird und damit möglicherweise die Definition der DRGs im Bereich der MDC 15 angepasst werden kann.

6. Modellrechnungen ANK

Weitere Modellrechnungen zur bestmöglichen Verteilung bzw. Integration der Anlagenutzungskosten wurden durchgeführt (siehe Anlage: Analyse Anlagenutzungskosten).

7. Prüfung der Vergütungssituation der Langlieger

Gemäss Auftrag des Verwaltungsrates und des Bundesrates sollte die Vergütungssituation der Langlieger geprüft werden. Im Verlauf der Systementwicklung wurde untersucht, ob methodische Anpassungen bei der Ermittlung der Langliegerzuschläge bzw. der oberen Grenzverweildauer sinnvoll sind.

Ermittlung der oberen Grenzverweildauer (OGV)

Die obere Grenzverweildauer berechnet sich aus der Summe der mittleren Verweildauer und zweifacher Standardabweichung, es sei denn diese übersteigt einen festgesetzten Maximalabstand von 17 Tagen. Unter der Annahme, wenn die OGV sehr weit von der mittleren VWD entfernt ist, führt dies zu einer schlechteren Vergütungssituation der Langlieger. Es wurde geprüft, ob eine Verkürzung des Maximalabstands zu einer Verbesserung der Abbildungsgenauigkeit führt. In den Daten zeigte sich entgegen der Annahme nur ein sehr schwacher systematischer Zusammenhang zwischen maximaler VWD der Inlier und Deckungsgrad der Langlieger. Trotzdem wurde eine Verkürzung des Maximalabstandes alternativ auf 13, 14, 15 oder 16 Tage untersucht, im Ergebnis führt dies zu keiner signifikanten Verbesserung der Vergütungssituation der Langlieger. Eine Änderung der Methodik zur Berechnung der OGV erscheint nicht sinnvoll.

Ermittlung der Zu- und Abschläge

Die Zu- und Abschlagsermittlung erfolgt nach einem einheitlichen Verfahren unter Berücksichtigung einer formal definierten Hauptleistung. Dabei werden die Zuschläge aus den Differenzkosten (verweildauerabhängige Leistungen) ermittelt. Die Langlieger weisen erhöhte Kosten für Ärzte, Pflege, Medikamente, Diagnostik, Hotellerie usw. auf, aber nicht typischerweise Kosten für eine erneute Operation oder Verbrauch eines zweiten Implantats. Deshalb geht die Hauptleistung nicht anteilig in die Zuschlagsermittlung ein.

Der Detaillierungsgrad der Fallkostendaten erlaubt nicht immer eine klare Zuweisung der Kostenkomponenten zu den Haupt- oder Differenzkosten. Z.B. sind Kosten für «Ärztchaften Hauptleistung» (z.B. OP) von Kosten für «Ärztchaften Differenzkosten» (z.B. Normalstation) nicht unterscheidbar, diese Kostenkomponente wurde deshalb bisher den Mischkosten zugeordnet. Es wurde geprüft, ob eine alternative Zuweisung der Kostenkomponenten zu einer besseren Vergütungssituation der Langlieger führt.

Neu wurden die Arztkosten, Kosten für Medikamente und medizinisches Material den Differenzkosten zugeordnet. Damit konnte einerseits eine Verbesserung der Vergütungssituation der Langlieger erreicht werden, auch die Vergütungssituation der Kurzlieger erscheint leistungsgerechter.

Änderungen im Deckungsgrad auf Basis der SwissDRG-Version 4.0

	Anzahl Fälle	Zuordnung der Kostenkomponenten	
		Bisher	Neu
Normallieger	604'852	105%	105%
Langlieger	48'331	78%	82%
Kurzlieger	130'836	119%	110%

Die Berechnung des FPK 5.0 erfolgte deshalb nach der Methodenanpassung. Für die kommende Systementwicklung wird die SwissDRG AG auffällige Vergütungssituationen in einzelnen DRGs vertieft überprüfen.

Beurteilung der Verwendung des Differenzkostenfaktors

Die Zuweisung der Kostenkomponenten zu Hauptkosten bzw. VWD abhängigen Kosten ist nicht eindeutig möglich. Bestimmte Leistungen aus dem Bereich der Differenzkostenermittlung

lung werden bereits mit den Hauptkosten vergütet, deshalb ist die Beibehaltung des Differenzkostenfaktors grundsätzlich sinnvoll.

Um der Abbildungssituation bestimmter Leistungen Rechnung zu tragen, ist es sinnvoll eine DRG individuelle Beurteilung zur differenzierten Berechnung der Langliegerzuschläge bei einzelnen DRGs vorzunehmen. Wenn DRGs mit einem höherem Anteil Langlieger eine auffällige Kostensituation bei Langliegern (Analyse der Kostenverteilung zwischen Normal- und Langliegern) aufweisen und bisher kein Anhalt für die Anpassung der DRG-Klassifikation besteht sowie die Leistungen ungleichmässig über Spitäler verteilt sind, wird eine individuelle Prüfung vorgenommen.

Im Ergebnis wurde die Berechnung der Langliegerzuschläge bei 259 DRGs angepasst. Der Langliegerzuschlag wurde hier einerseits über das Aussetzen des Differenzkostenfaktors 0,7 und andererseits unter Verwendung des Medians der Langliegertageskosten erhöht. Damit kann DRG bezogen eine Verbesserung der Langliegervergütung sichergestellt werden.

8. Prüfung der angepassten Berechnung des PCCL gemäss G-DRG

Schwerpunkte der Überarbeitung der CCL-Matrix waren in den bisherigen SwissDRG-Versionen die Abwertung bzw. Aufwertung von Diagnosen über das gesamte CC-System.

Mit der Entwicklung der G-DRG-Version 2014 wurde eine grundsätzliche Veränderung der Methodik der PCCL-Ermittlung durchgeführt, indem die Formel zur Berechnung des PCCL in Richtung eines flacheren Einstiegs angepasst wurde. Die SwissDRG AG wurde beauftragt, eine Übernahme der Berechnungsmethode zu prüfen.

Die Daten des Jahres 2011 und 2012 wurde mit angepasster Formel zur Berechnung des PCCL gruppiert. Die Anpassung der Formel führte zu keiner Verbesserung der Abbildungsgüte, so dass die Formel nicht angepasst wurde.

9. Abgrenzung von Psychiatrie- und Refahfällen

Psychiatrie- und Refahfällen 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.

10. Ermittlung der Fallkosten im OP-Saal

In den Analysen der Daten zeigte sich, dass die Erfassung der Kosten im OP-Saal nicht den tatsächlichen Aufwand berücksichtigt. Die Ursache dafür liegt insbesondere bei komplexen Eingriffen in der Erfassung der OP-Kosten über einen Tarmed-Faktor in Verbindung mit einer normativen Schnitt-Naht-Zeit. Es ging deshalb die Empfehlung an REKOLE, die Vorgaben dahingehend zu präzisieren, dass nur noch effektive Schnitt-Naht-Zeiten in Verbindung mit dem Gleichzeitigkeitsfaktor zur Kalkulation der Fallkosten im OP-Saal verwendet werden. Gemäss Vertretern von REKOLE wird derzeit eine Präzisierung erarbeitet.

11. Güte der Tarifstruktur

Die Tarifstruktur berechnet sich auf Basis der Vollkosten, das bedeutet anrechenbare Kosten plus ANK. Es ist derzeit nicht gewährleistet, dass alle Spitäler diese Vollkosten auf gleiche Art und Weise ermitteln und fallbezogen übermitteln.

Folgende Themen müssen adressiert werden:

Generell besteht bei der Ermittlung der fallbezogenen Kosten ein grosser Verbesserungsbedarf über alle Spitaltypologien hinweg. Das betrifft einerseits die fallbezogene Kostenkalkulation aufgrund der Leistungserfassung als auch die Kodierung dieser Leistungen.

Kosten für die universitäre Lehre und Forschung sollten einheitlich abgegrenzt werden. Wir gehen davon aus, dass einheitliche Vorgaben mit einer zeitlichen Verzögerung umgesetzt werden.

Die einheitliche Abgrenzung gemeinwirtschaftlicher Leistungen ist nicht gegeben und hat direkten Einfluss auf die absolute Höhe der Betriebskosten.

Die Qualität der fallbezogenen ANK kann derzeit nicht eingeschätzt werden. In Zusammenarbeit mit Vertretern von REKOLE werden Prüfkriterien erarbeitet.

Die Vorgaben des BAG zum Thema Zusatzentgelte widersprechen dem Ziel, die universitäre Medizin differenziert abbilden zu können. Werden teure Medikamente als bewertetes Zusatzentgelt verbannt, weil ein Produkt nicht auf der SL steht bzw. nicht in der Schweiz zugelassen ist, führt dies zu Schieflagen in der Vergütung. Ungeklärt ist ebenfalls, ob bestimmte Einschränkungen zur Gabe bestimmter Medikamente gemäss SL berücksichtigt werden müssen. Es wäre mit Hinblick auf die Verbesserung der Güte der Tarifstruktur wünschenswert, nur Limitationen zur Anwendung aufgrund der Fachinformationen zu verwenden.

Fazit: Um im Rahmen der Weiterentwicklung der Tarifstruktur noch substantielle Verbesserungen erreichen zu können, gilt es weiterhin, die Güte der Kosten- und Leistungsdaten zu verbessern.

Status

Dem Verwaltungsrat der SwissDRG AG vorgelegt am 21. Mai 2015.