



Änderungen in SwissDRG Version 8.0 gegenüber Version 7.0

- Grouperentwicklung
- Berechnungsmethode
- Kennzahlen zur Systementwicklung

Einleitung

Das folgende Dokument zeigt die Änderungen im Bearbeitungsprozess zur Erstellung der Tarifstruktur, die zwischen der Version 8.0 (Daten 2016) und der Version 7.0 (Daten 2015) vorgenommen wurden. Die Änderungen betreffen die Datenerhebung und -bearbeitung sowie die Berechnung der Kostengewichte und die dazugehörigen Kennzahlen. Das Dokument versteht sich als ein Abgleich zu den Dokumenten, welche für die Tarifgenehmigung der SwissDRG Version 7.0 eingereicht wurden. Die detaillierten Angaben zu den verschiedenen Punkten können den entsprechenden Dokumenten entnommen werden.

1. Grouperentwicklung

1.1 Grundlagen zur Weiterentwicklung

Die Weiterentwicklung der SwissDRG-Tarifstruktur beruht im Wesentlichen auf folgenden Säulen:

- Prüfung und Simulation der Anträge zur Weiterentwicklung von SwissDRG
- Überprüfung der jährlich übermittelten Anwenderfragen hinsichtlich eines möglichen Anpassungsbedarfs des Groupers
- Untersuchung der Anfragen zu Kodierungsunsicherheiten in Bezug auf Relevanz für die DRG-Tarifstruktur
- Umfangreiche eigene Analysen und Simulationen
- Anregungen aus dem G-DRG-Umbau

Alle über das Antragsverfahren zur Weiterentwicklung von SwissDRG eingereichten Anträge wurden geprüft und in umfangreichen Simulationen auf ihre Umsetzbarkeit untersucht.

1.2 Übersicht über die Entwicklungsschwerpunkte der Version 8.0

Im Hinblick auf die Entwicklungsschwerpunkte sind insbesondere die Abbildung hochaufwendiger Fälle, die umfassende Überarbeitung der MDCs 05, 08, 16, 20 und 22, die Weiterentwicklung im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin sowie die verbesserte Abbildung intensivmedizinischer Fälle auf einer Intermediate-Care Unit (IMCU) und Intensivpflegestation (IPS) für Säuglinge, Kinder und Erwachsene zu erwähnen.

1. Abbildung hochaufwendiger Fälle

Mit dem Beginn jeder Systementwicklung werden zunächst die Defizitfälle analysiert. Dabei wiesen plausible Fälle häufig sehr hohe Aufwandspunkte für Int- / IMC-Komplexbehandlung oder Mehrfacheingriffe teils in Verbindung mit komplexer Vakuumtherapie sowie bestimmte hochaufwendige Konstellationen auf.

Entsprechend wurden systemübergreifend umfangreiche Umbauten zur differenzierten Abbildung dieser Fälle durchgeführt:

Sehr hohe Aufwandspunkte Int- / IMC-Komplexbehandlung

Sehr teure Fälle mit hoher Anzahl IntK Aufwandspunkte streuen über mehrere Basis DRGs in der MDC 15. Eine sachgerechte Abbildung innerhalb dieser DRGs ist nicht möglich. Deshalb wurde eine neue DRG P37Z unabhängig vom Aufnahme- oder Geburtsgewicht etabliert.

Bei Säuglingen mit einem Aufnahmegewicht kleiner 1500g zeigte sich, dass Fälle mit aufwendiger Intensivtherapie ähnlich teuer sind wie langzeitbeatmete Fälle. Innerhalb der Basis DRG P03 wurden Fälle mit hoher Anzahl IntK Aufwandspunkte unabhängig von der Beatmungsdauer aufgewertet.

Ebenfalls wurden Fälle mit hochaufwendiger Intensivtherapie IntK / IMCK >5520 Aufwandspunkte in die DRG A06Z aufgewertet.

Mehrzeitige Eingriffe

Zusätzlich zur bestehenden Funktion «Komplexe Vakuumbehandlung I und II» wurde eine neue Funktion «Vakuumbehandlung» etabliert unter Verwendung der Tabelle «Bestimmte OR-Prozeduren ohne mässig komplexe Eingriffe» und der Bedingung «Mehrzeitige bestimmte Operationen an zwei Tagen». Es erfolgte eine Aufwertung dieser Fälle in Verbindung mit grossen Eingriffen in den DRGs F04Z, G38Z, H33Z, M37Z, N33Z, X33Z.

Vierzeitige bestimmte OR-Prozeduren mit IntK >1470 / 1380 Aufwandspunkte werden neu der DRG A11A zugeordnet. Vierzeitig komplexe OR-Prozeduren in Verbindung mit bestimmten Konstellationen wurden in die DRG A06Z aufgewertet, ebenso gelang eine verbesserte Abbildung der Fälle mit vierzeitig komplexe OR-Prozeduren in der MDC 01 (DRG B36B).

Hochaufwendige Konstellationen

Häufig sind Fälle nicht mit einem Merkmal als Hochkostenfall abbildbar. In Anlehnung an die Funktion «komplizierende Prozeduren» konnte die Funktion «hochaufwendige Konstellationen» etabliert werden. Die Kombination mehrerer Bedingungen z.B. Transfusionen in sehr hoher Zahl und langandauernde Dialysen oder die Notwendigkeit zur Organtransplantation mit Hochdringlichkeitsstufe (High Urgency) führt zu einer Aufwertung der Fälle Hauptdiagnose- unabhängig in die DRG A11A.

Diese und weitere Umbauten (siehe Abschnitte zur Intensivmedizin) führen zu einer deutlich differenzierten und leistungsgerechten Abbildung von aufwendigen Fällen in der Tarifstruktur Version 8.0 im Vergleich zur Version 7.0.

2. Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Intensivpflegestation - IPS; Intermediate-Care Unit - IMCU für Säuglinge, Kinder und Erwachsene)

Systematisch wurde Hauptdiagnose-unabhängig in der PräMDC sowie in den Organ-MDCs geprüft, inwieweit Aufwandspunkte IPS oder IMCU als gruppierungsrelevantes Merkmal aufgewertet werden können. So konnten sowohl Langzeitaufenthalte auf IPS / IMCU als auch Kurzzeittherapien differenziert abgebildet werden.

In mehreren DRGs gelang eine bessere Kostendifferenzierung anhand der Aufwandspunkte IPS, unabhängig von der Beatmungsdauer (z.B. Aufwertung hochaufwendiger Intensivtherapie auf Intensivmedizinische Komplexbehandlung (IntK) / Komplexbehandlung in einer Intermediate-Care Unit (IMCK) >5520 Aufwandspunkte in DRG A06Z, unabhängig von Beatmungsdauer).

Fälle mit mehr als 95 Stunden Beatmungsstunden sind der Basis DRG A13 zugeordnet, diese können jedoch auch die Logik der Basis DRGs A36, B36, F36, T36 erfüllen (abhängig von IntK Aufwandspunkten). Auch nach Weiterentwicklungen über die letzten SwissDRG Versionen, ist in bestimmten Konstellationen eine Mindervergütung bei Mehrleistung möglich. Es erfolgte deshalb eine komplexe Überarbeitung der Prä-MDC und Intensiv DRGs in den weiteren MDCs. Die Basis DRG A13 wurde gelöscht, eine Fallmenge mit Beatmung >95 Stunden und bestimmten aufwendigen Konstellation wurde der Basis DRG A11 zugeordnet. In den organbezogenen Intensiv DRGs wurden Fälle mit Beatmungsstunden >95 Stunden aufgewertet.

Komplexe, aufwendige Fälle werden damit im DRG-System der Version 8.0 besser abgebildet.

3. Umfassende Überarbeitung der MDCs 05, 08, 16, 20, 22

MDC 05 «Herz-, Kreislauferkrankungen»

Die Differenzierung der Basis DRG F98 in F98A und F98B erfolgte bisher anhand Alter, komplexen Diagnosen oder bestimmten Eingriffen (TAVI). Kombinationseingriffe waren nicht aufwandsgerecht vergütet. Deshalb wurde diese DRG überarbeitet und neue Splitkriterien identifiziert:

F98A: Klappenersatz mit Bypass oder IntK >196 / 360 Aufwandspunkte

F98B: Klappenersatz mit Pacer oder aortalem Graft oder Alter <16 Jahre

F98C: Klappenersatz

Die im letzten Jahr begonnene Überarbeitung der verschiedenen DRGs mit inhaltsähnlichen Fällen wurde fortgesetzt. Vergleichbare Fälle wurden der gleichen Basis DRG zugeordnet, die Splitbedingungen wurden geprüft und bei Bedarf angepasst (Basis DRGs F08, F34, F51 und F38, F59). Mit der Etablierung fallzahlstarker DRGs konnten ressourcenintensive Fallkonstellationen aufgewertet werden.

MDC 08 «Erkrankungen des Bewegungssystems»

In der operativen Partition fanden umfangreiche Anpassungen statt. Einerseits wurden die Splitkriterien geschärft und komplexe Fallkonstellationen aufgewertet z.B. innerhalb der Basis DRG I32 (Etablierung einer reinen «Ein-Belegungstag DRG», Aufnahme der Codes 99.b6.22 bis -.24 «Komplexbehandlung der Hand, von 8 und mehr Tagen....»), Aufwertung der Fälle mit komplexen Diagnosen «Arthritis, Polyarthritis od. Osteomyelitis, Weichteilschaden II. bis III. Grad»). Innerhalb der DRGs zur Abbildung der Revisionen von Prothesenimplantaten bei Knie und Hüfte wurden komplette Prothesenwechsel aufgewertet. In die Basis DRG I18 «Arthroskopie einschliesslich Biopsie oder andere Eingriffe an Knochen oder Gelenken» gruppierten bisher Fälle mit Biopsien oder Arthroskopien unterschiedlichster Lokalisationen. Zur Erhöhung der Systemgüte wurden die Eingriffe entsprechend ihrer Lokalisation verschoben, es fanden umfangreiche Tabellenbereinigungen statt.

Weitreichende Umbauten wurden in der medizinischen Partition durchgeführt. Zur Abbildung aufwendiger Intensivfälle ohne operativen Eingriff wurde eine neue DRG I87Z «Krankheiten und Störungen an Muskel-, Skelett- und Bindegewebe mit IntK/IMCK >196 / 184 Aufwandspunkte» etabliert.

Viele aufwandsgleiche und inhaltsähnliche Fälle sind bisher in verschiedenen DRGs abgebildet. So wurde die Fallmenge Femurfrakturen aus der Basis DRG I66 «Andere Erkrankungen des Bindegewebes, mehr als ein Belegungstag» in die Basis DRG I60 «Frakturen am Becken, Schenkelhals und Femur, mehr als ein Belegungstag» verschoben und die Splitkriterien überarbeitet.

Die Fallmenge in der Basis DRG I69 «Knochenkrankheiten und Arthropathien, mehr als ein Belegungstag» wurde erweitert um unspezifische Arthropathien. Aufgrund vieler Ein-Belegungstagfälle wurde eine neue Basis DRG I61 für diese Fälle geschaffen.

MDC 16 «Erkrankungen des Blutes und des Immunsystems»

Die sachgerechte Abbildung der Fälle gestaltet sich schwierig in dieser MDC. Eine gute Kostendifferenzierung anhand der Diagnosen konnte bisher nicht erreicht werden.

Mit der Schaffung einer neuen DRG Q37Z (Kurzaufenthalte auf IMC / IPS) können aufwendige Fälle gut abgebildet werden.

Ebenso waren die Splitkriterien in der Basis DRG Q61 nicht ausreichend kostendifferenzierend. Es erwies sich neu eine Differenzierung anhand äusserst schwerer Begleiterkrankungen in dieser Basis DRG als zielführend.

Diese Umbauten verbesserten die Abbildungsgüte der Fälle deutlich.

MDC 20 «Suchterkrankungen»

Die Fälle in dieser MDC erwiesen sich als sehr kosten- und verweildauerinhomogen. Bei wenigen kodierten Prozeduren war eine Unterscheidung der Fälle nach Art des Substanzmissbrauchs primär nicht kostentrennend. Es erfolgte deshalb eine umfassende Überarbeitung der gesamten MDC. So wurde eine neue DRG V01Z «Alkohol- und Drogengebrauch und alkohol- und drogeninduzierte psychische Störungen, IntK/IMCK >196 / 184 Aufwandspunkte» zur Abbildung aufwendiger Fälle mit Aufenthalt Intensiv bzw. IMC etabliert. Die übrigen Fälle werden der neuen Basis DRG V02 «Abhängigkeit, Intoxikation, multiple Verhaltensstörungen», mit den Splitkriterien «Demenz oder Delir und psychische Störungen aufgrund von Hirnfunktionsstörungen», «Mehrfachabhängigkeit oder komplizierende Diagnose» zugeordnet. Mit dieser Überarbeitung verbesserte sich die Abbildungsgüte deutlich.

MDC 22 «Verbrennungen»

In der Vorversion wurde eine weitreichende Überarbeitung der Verbrennungs-MDC durchgeführt. Systematisch wurden die Splitbedingungen geschärft und Prozedurentabellen angepasst. Besonders aufwendige Konstellationen z. B. Mehrfacheingriffe, Aufenthalte auf Intensivstation sowie aufwendige Hauttransplantationen konnten aufgewertet werden.

Schwerste Verbrennungen gruppieren in Abhängigkeit von der Beatmungsdauer in die Basis DRGs Y01, A11, A18. Bestimmte Konstellationen waren bisher nicht kostendeckend abgebildet. In Zusammenarbeit mit den Verbrennungszentren wurden Einzelfallprüfungen mit Korrekturen der fallbezogenen Kostenzuordnung und Leistungserfassung durchgeführt. Dabei wurden besonders aufwendige Fälle bei schwersten Verbrennungen (ab 40% KOF oder ab 20% 3. Grades) im Zusammenhang mit einer Sepsis oder Verbrennungen an mehreren Körperregionen und IntK >2058 / 1932 Aufwandspunkte oder Kinder < 18 Jahre identifiziert. Diese Fälle werden neu der DRG A06Z zugeordnet.

Diese deutliche Aufwertung der Fälle führte jedoch dazu, dass nur noch eine sehr kleine Fallmenge mit schweren Verbrennungen in der DRG Y01Z verbleibt. Deshalb wurde die DRG Y01Z aufgelöst, die

restliche Fallmenge gruppiert in Abhängigkeit vom Alter in die DRGs A11A (Alter < 16 Jahre) oder A11B.

Diese Umbauten führten zu einer markanten Verbesserung der Abbildungsgüte, gleichzeitig wurden Fehlanreize in Bezug auf die Fallkodierung und –gruppierung minimiert.

1.3 Überarbeitung der DRG-Klassifikation

1.3.1 Abbildung hochaufwendiger Fälle

1.3.1.1 Komplexe Vakuumtherapie

- Zur besseren Abbildung lang andauernder Vakuumtherapien wurden in der Version 7.0 die Funktionen «Komplexe Vakuumtherapie (VAC I)» und «Hochkomplexe Vakuumtherapie (VAC II)» etabliert. Weiterhin gab es jedoch plausible aufwendige Fälle, die von beiden Funktionen nicht erfasst wurden. Daher erfolgte eine systematische Überprüfung der PräMDC und den Organ-MDCs am Anfang der Systementwicklung zur Ermittlung weiterer defizitärer aufwandsintensiver Fälle.
 - Um diese identifizierten Fälle sachgerecht abbilden zu können wurde neu die Funktion «Vakuumtherapie (VAC)» entwickelt.
 - Grundlage der Logik ist die bestehende MDC übergreifende Tabelle «Bestimmte OR-Prozeduren ohne Bestrahlungen». Die Funktion wird durch eine kontinuierliche Sogbehandlung bei Vakuumversiegelung an 2 Tagen und länger, mit der Anlage oder dem Wechsel eines Systems zur Vakuumversiegelung und mehrzeitige bestimmte Operationen an 2 unterschiedlichen Tagen definiert.
 - Eine Etablierung erfolgte in den DRGs: F04Z, G38Z, H33Z, M37Z, N33Z, X33Z

1.3.1.2 Stammzellen, autolog

- Gemäss Anwenderantrag ist die Entnahme der Stammzellen zur autologen Stammzell-Transplantation defizitär. Die DRG A42A zeigt eine inhomogene Fallmenge.
 - Es erfolgte ein Umbau der Basis DRG A42 «Knochenmark- oder Stammzellentnahme, autolog» mit Überarbeitung der Splitkriterien. Fälle mit einer autologen STZ-Transplantation und einer Chemotherapie werden in die MDC 17 mit Zuordnung zur Basis DRG R60 «Akute myeloische Leukämie, mehr als ein Belegungstag oder autologe STZ-Entnahme oder Graft versus Host Disease» umgeleitet.

1.3.1.3 Transplantation

- Fälle mit Organtransplantationen und einer bestimmten Anzahl Beatmungstunden oder intensivmedizinischen Aufwandspunkten waren nicht sachgerecht abgebildet. Die beschriebene Fallmenge war bisher den jeweiligen organbezogenen Transplantations-DRGs der Prä-MDC zugeordnet.
 - Fälle mit Organtransplantation und >95 Beatmungstunden oder IntK >196 / 552 Aufwandspunkten werden neu in die Basis DRG A11 gruppiert. Dies ermöglicht eine sachgerechte Vergütung und homogenere Abbildung dieser aufwendigen Fallmenge.

- Transplantationsfälle mit einer bestimmten Anzahl an Beatmungsstunden oder IntK Aufwandspunkten sind nicht aufwandsgerecht abgebildet.
 - Transplantationen mit «> 95 Beatmungsstunden» oder «IntK > 196/552 Aufwandspunkten» werden neu in die DRG A11A aufgewertet.
- Kinder mit Versagen und Abstossung eines Organtransplantates sind in der Basis DRG A60 nicht sachgerecht vergütet.
 - Die Splitbedingung in der DRG A60A konnte um die Logik «Alter < 16 Jahre» erweitert werden.

1.3.1.4 Frührehabilitation

- Im Zuge der Entwicklungsarbeit konnten bestimmte frührehabilitative Komplexbehandlungen identifiziert werden, die mit einem erhöhten Ressourcenverbrauch assoziiert waren. Dies betraf Fälle mit bestimmten Beatmungsstunden und IntK Aufwandspunkten, die über verschiedene Basis DRGs verteilt und nicht sachgerecht abgebildet waren.
 - Die genannte Fallkonstellation mit den Merkmalen >95 Beatmungsstunden und IntK >392 / 552 Aufwandspunkten konnte in der Basis DRG A11 abgebildet werden, womit eine sachgerechte Vergütung erreicht werden konnte.
- Die Neurologische Frührehabilitation Kode 93.89.10 «Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation, mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage» war bisher in der DRG B90 nicht Erlös relevant. Die Fallgruppe zeigte sich jetzt aber ebenfalls als kostenintensiv:
 - Aufnahme des Kodes in die Basis der DRG B90

1.3.1.5 Strahlentherapie

- Fälle in der Basis DRG A93 «Strahlentherapie, mehr als 8 Bestrahlungen» mit IMCK/IntK Aufwandspunkten stellen sich in den Analysen als untervergütet dar.
 - Die Splitbedingung für die DRG A93A wurde erweitert um die Logik «IMCK/IntK > 184 Aufwandspunkte». Damit erfolgte eine sachgerechte Abbildung dieser Fälle.
- Basis DRG A90 «IMC Komplexbehandlung > 392/552 Aufwandspunkte, oder bestimmte IntK mit IMCK Aufwandspunkten oder Frührehabilitation ab 14 Behandlungstage, bei bestimmten Krankheiten» weist zusätzlich Fälle aus die ebenfalls eine Strahlentherapie erhalten haben und nicht adäquat vergütet werden.
 - Erweiterung der Splitbedingung für die DRG A90A um «Strahlentherapie > 8 Bestrahlungen» zur differenzierteren Abbildung dieser Fallmenge.

1.3.1.6 Palliativmedizinische Komplexbehandlung

- Im Zuge der Entwicklungsarbeiten konnten bestimmte palliative Komplexbehandlungen identifiziert werden, die mit einem erhöhten Ressourcenverbrauch assoziiert waren. Dies betraf Fälle mit bestimmten Beatmungsstunden und IntK Aufwandspunkten, die über verschiedene DRGs verteilt und nicht sachgerecht abgebildet waren.
 - Die genannte Fallkonstellation mit den Merkmalen >95 Beatmungsstunden und IntK >392 / 552 Aufwandspunkten konnte in der Basis DRG A11 abgebildet werden, womit eine sachgerechte Vergütung erreicht werden konnte.

- Mit den Daten aus dem Jahr 2016 wurden der SwissDRG AG zum zweiten Mal die Kosten- und Leistungsdaten für die «spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung» übermittelt. Eine erneute Analyse der Daten ergab, wie bereits im Jahr 2015, keine Untervergütung dieser Fälle in der Hauptdiagnosen-unabhängigen Basis DRG A97 im Vergleich zu der «palliativmedizinischen Komplexbehandlung».
- Beide Codes sind in der Tarifversion 8.0 wie bisher gleichgestellt und damit sachgerecht abgebildet.

- Die Analysen zeigten jedoch bei bestimmten Eingriffskombinationen eine Untervergütung.
- Spezialisierte oder palliativmedizinische Komplexbehandlungen in Verbindung mit intensivmedizinischen Therapien «> 95 Beatmungsstunden» oder «IntK > 392/552 Aufwandspunkten» werden in die Basis DRG A11 aufgewertet.
- Fälle mit einer «spezialisierten / palliativmedizinischen Komplexbehandlung > 7 Behandlungstage» und einer komplizierenden Prozedur gruppieren jetzt in die DRG A97B.
- Fälle mit «spezialisierten / palliativmedizinischen Komplexbehandlung» und weiteren Bedingungen sowie einer schweren motorischen Funktionsstörung oder einen mehrzeitigen Eingriff gelangen in die DRG A97A.
- Fälle mit einem zusätzlichen endoskopischen Eingriff während des Aufenthaltes werden innerhalb der Basis DRG A97 aufgewertet.
- Die Fallgruppe «spezialisierte / palliativmedizinische Komplexbehandlung > 7 Behandlungstage» mit einer Para- oder Tetraplegie sind in Version 8.0 in der DRG A97F sachgerecht vergütet.

1.3.1.7 Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung

- Geriatrische akutrehabilitative Fälle mit einem gleichzeitigen endoskopischen Eingriff sind in der Basis DRG A95 untervergütet.
- Es erfolgte eine Aufwertung dieser Fälle innerhalb der Basis DRG A95 «Geriatrische Akutrehabilitation ohne bestimmte Prozedur»

1.3.1.8 Polytrauma

- Über die bestehende Funktion «Polytrauma» werden weniger aufwendige Fälle als Polytrauma eingestuft und offensichtliche Polytrauma jedoch nicht.
- Es erfolgte eine Überarbeitung der Funktion. Zur Erfüllung der Logik ist jetzt eine Haupt- **und** zwei Nebendiagnosen aus verschiedenen Tabellen notwendig. Zusätzlich wurde eine Bereinigung der lokalisationsbezogenen Tabellen durchgeführt und diese Tabellen sind in der Logik nur noch als Nebendiagnosen relevant. Die Einstufung als Polytrauma ist damit geschärft worden und führt zu einer sachgerechten Abbildung.

1.3.2 Weitere MDC übergreifende Umbauten

- Es hat sich gezeigt, dass Fallgruppen mit einer umfangreichen «Neurologischen Komplexdiagnostik» in verschiedenen MDCs höhere Kosten verursachen:
- Berücksichtigung der Neurologischen Komplexdiagnostik in den DRGs B68A, B69C, B70B, B70E, B72B, B76D, B77A, D61A, D68A

- Es ist eine deutliche Aufwertung der Fälle erfolgt, bei denen eine komplexe Diagnostik notwendig ist.
- Darüber hinaus wurde in der Basis DRG E63 die Fallgruppe mit einer neurologischen Komplexdiagnostik oder einer invasiven kardiologischen Diagnostik in die DRG E63A aufgewertet.
- Die Adhäsio lysen waren bisher in Abhängigkeit von der Lokalisation unterschiedlich bewertet. Mit dem Umbau in den entsprechenden MDCs wurde Folgendes erreicht:
 - Es ist eine Gleichstellung der Adhäsio lyse-Kodes über alle MDCs erfolgt.
 - Minimierung von Konfliktpotential bei der Kodierung
- Mit der jährlichen Datenlieferung gibt es auch immer Fallgruppen, die in die Basis DRGs 901, 902 «(Ausgedehnte) OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose» führen. Dies ist der Fall bei bestimmten Kombinationen von Hauptdiagnosen und Prozedur und sollte nur in Ausnahmefällen in die DRGs 901 und 902 führen. Aus diesem Grund erfolgte eine genaue Überprüfung und Anpassung:
 - Mehrere OR-Kodes werden in weitere MDCs aufgenommen.
 - Hauptdiagnosen werden in andere MDCs verschoben.
 - Zuordnung der OR-Kodes in Basis DRG 901 oder 902 wird angepasst
- Es wurden Analysen über alle MDCs durchgeführt, ob die bestehenden PCCL-Splits (vorwiegend PCCL > 2) noch immer als Kostentrenner geeignet sind.
 - In verschiedenen DRGs erfolgte eine Schärfung der Splitbedingungen durch das Heraufsetzen des PCCL von > 2 auf > 3.
 - In einigen DRGs fallen PCCLs als Splitkriterium weg.
- Fälle mit bestimmter aufwendiger Intensivtherapie (Logik Basis DRG A11) und Implantation einer Herzpumpe sind in der Basis DRG A07 «Beatmung >499 Stunden oder andere aufwendige Konstellationen» zu hoch bewertet.
 - Die Logik wurde aus der Basis DRG A07 entfernt, somit gehen diese Fälle neu in die Basis DRG A11 «Beatmung >249 Std., oder Beatmung > 95 Std. oder IntK >196/552 Pkt. mit best. Konstellationen, od. hochaufwendigen Konstellationen, od. schweren Verbrennungen» und sind dort sachgerecht abgebildet.
- Aufgrund der Änderung der Sepsisdefinition und den Diagnosekriterien bestand die Notwendigkeit einer Grouper-Anpassung.
 - Es erfolgte die Entfernung der CHOP Kodes «R65.-! Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom (SIRS)» aus der CC-Matrix und aus allen zur Definition von MDCs oder DRGs verwendeten Tabellen, als gruppierungsrelevante Diagnosekodes.
 - Die Kodes der Diagnosentabelle «Sepsis» der MDC 18b wurden durch die Aufnahme in die Funktion «Komplizierende Prozeduren» und die Funktion «Komplexe Prozeduren PräMDC» aufgewertet.

1.3.3 Nervenerkrankungen MDC 01

- Fälle mit einem Kombinationseingriff «Neurostimulator» und «Medikamentenpumpe» sind untervergütet.

- Aufnahme der Tab. «Medikamentenpumpe» in den Split für die DRG B21B «Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Einzelelektrodensystem oder Medikamentenpumpe». Damit erfolgt eine sachgerechte Vergütung dieser Kombinationseingriffe.
- Die DRG B22A «Implantation einer Medikamentenpumpe und komplexe OR-Prozedur oder Bestrahlung oder Chemotherapie» weist eine geringe Fallzahl auf.
- Kondensation der DRGs B22A/B zu DRG B22Z «Implantation einer Medikamentenpumpe».
- Fälle mit einem Kombinationseingriff Neurostimulator und Medikamentenpumpe zeigten sich im System als untervergütet. Allerdings wies die DRG B22A «Implantation einer Medikamentenpumpe und komplexe OR-Prozedur oder Bestrahlung oder Chemotherapie» zu geringe Fallzahlen für eine sinnvolle Kalkulation auf, so dass ein Umbau erfolgen musste:
 - Aufnahme der Tabelle «Medikamentenpumpe» in den Split für die DRG B21B «Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Einzelelektrodensystem oder Medikamentenpumpe».
 - Kondensation der DRGs B22A/B zu DRG B22Z «Implantation einer Medikamentenpumpe».
- Gleichzeitig zeigten sich auch Fälle mit Implantation eines Pulsgenerators (intrakranieller Neurostimulator) in DRG B21D nicht sachgerecht abgebildet.
 - Aufwertung der Fälle ohne Elektrodenanlage in die DRG B21C.
- Es zeigte sich eine Kosteninhomogenität in der Basis DRG B68 «Multiple Sklerose» mit einer Unterdeckung der Fälle in der DRG B68B.
 - Split der DRG B68B mit der Diagnose ICD G35.0 «Erstmanifestation einer Multiplen Sklerose».
- Als aufwendig zeigten sich Fälle in der Basis DRG B67 «Morbus Parkinson», bei denen eine «Multimodale Komplexbehandlung bei extrapyramidal-motorischen Krankheiten» (CHOP Kode 99.b4.10-12) durchgeführt wurde:
 - Aufnahme der «Multimodalen Komplexbehandlung bei extrapyramidal-motorischen Krankheiten, mindestens 7 Behandlungstagen» in die DRG B67A und damit deutliche Aufwertung der Fallgruppe.
- Die Erkrankungen des Rückenmarks verteilten sich bisher auf verschiedene DRGs mit geringen Fallzahlen. Um höhere Fallzahlen und eine übersichtliche Abbildung der Fälle zu erreichen, erfolgte hier eine Kondensation der verschiedenen DRGs:
 - Die Logik der DRG B86Z wurde in die DRG B60Z aufgenommen und die DRG B86Z aufgelöst.
- Das gleiche Problem bestand bei den DRGs für die Abbildung von Lähmungen und Muskeldystrophien:
 - Die Basis DRG B06 wurde in die Basis DRG B17 aufgenommen und die B06 aufgelöst.
- Bestimmte Eingriffe, die während der Durchführung einer Stroketherapie notwendig werden können, wurden bisher nicht in der MDC 01 abgebildet:
 - Es wurden bestimmte Prozeduren wie Herzschrittmacher / Defibrillator in die Basis DRG B39 «Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mit bestimmter Prozedur» aufgenommen.

1.3.4 Krankheiten der Atmungsorgane MDC 04

- In der Bariatrie bestand ein Problem der Mindervergütung bei Mehraufwand. Fälle mit bariatrischem Eingriff und Nebenprozedur nicht-bariatrisch wurden von der Umleitung «Eingriffe bei Adipositas mit alveolärer Hypoventilation» nicht erfasst und somit nicht der bariatrischen Chirurgie in der MDC 06 (Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane) zugeordnet. Es erfolgte eine Überprüfung aller Umleitungen zur Bariatrie.
 - Die Umleitung «Eingriffe bei Adipositas mit alveolärer Hypoventilation» wurde angepasst. Die Logik wird jetzt bei bariatrischen Eingriffen in Verbindung mit Begleiteingriffen erfüllt.
- In der Basis DRG E63 «Schlafapnoesyndrom oder kardiorespiratorische Polysomnographie bis 2 Belegungstage» waren Fälle mit neurologischer Komplexdiagnostik nicht sachgerecht abgebildet.
 - Es erfolgte eine Aufwertung dieser Fallgruppe sowie der Identifikation bestimmter invasiver kardiologischer Diagnostik als noch zusätzlichen Kostentrenner in die DRG E63A «Schlafapnoesyndrom oder kardiorespiratorische Polysomnographie bis 2 Belegungstage, neurologische Komplexdiagnostik oder bestimmte invasive kardiologische Diagnostik oder Alter < 16 Jahre».
- Die Basis DRG E75 «Andere Krankheiten der Atmungsorgane» wies eine Kosten-inhomogenität auf. Die Splitkriterien waren nicht mehr ausreichend trennend.
 - Zur Verbesserung der Homogenität erfolgte die Etablierung einer expliziten Ein-Belegungstag DRG E75D. Ausserdem, wurde der Kindersplit der DRG E75A angepasst, «Alter < 18 Jahre».
- Die Basis DRG E77 «Andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane» wies eine inhomogene Fallmenge auf. Es wurden alle bisherigen Splitkriterien geprüft.
 - Im Ergebnis konnten Fälle mit IntK Aufwandspunkte > 196/119 in die DRG E77A aufgewertet werden. Des Weiteren wurde das bisherige Splitkriterium der DRG E77E «Tetra/Paraplegie» entfernt. Diese Fälle wurden aufgewertet und gruppieren jetzt je nach Erfüllung weiterer Splitbedingungen in die DRGs E77A, E77B oder E77C.

1.3.5 Krankheiten des Kreislaufsystems MDC 05

- Bisher waren ähnliche Fallmengen in den Basis DRGs F08 «Grosse rekonstruktive Gefässeingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, mit komplizierenden Prozeduren oder thorakoabdominalem Aneurysma», F51 «Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta», F34 «Andere grosse rekonstruktive Gefässeingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine» abgebildet.
 - Um eine übersichtlichere und homogenere Abbildung dieser Fallmenge zu erreichen, wurde die Basis DRG F08 gelöscht und die entstandene Fallmenge in den Basis DRGs F51 und F34 gruppiert.
- Analysen zeigten eine inhomogene Verteilung von verschiedenen Fallmengen mit endovaskulärem Herzklappenersatz und nicht aufwandsgerechter Vergütung. Die bisherige Differenzierung, anhand Alter, komplexen Diagnosen und TAVI, ermöglichte nicht die Abbildung von Kombinationseingriffen.
 - Im Zuge der Weiterentwicklung wurden die Splitkriterien der Basis DRG F98 überarbeitet und neue Splitkriterien etabliert. In die DRG F98A werden neu Fälle mit zusätzlicher Bypass OP oder mit bestimmten aufwendigen intensivmedizinischen Behandlungen gruppiert. Der DRG

F98B werden neu Fälle mit zusätzlicher Pacer oder aortaler Graft Implantation sowie Kinder zugeordnet. Die DRG F98C enthält alle übrigen Fälle mit endovaskulärem Klappenersatz.

- Analysen ergaben die Abbildung einer ähnlichen Fallmenge in den Basis DRGs F38 «Mässig komplexe rekonstruktive Gefässeingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine» und F59 «Komplexe oder mässig komplexe Gefässeingriffe».
- Im Zuge der Systementwicklung konnten die genannten Basis DRGs zusammengelegt werden und eine homogenere Abbildung erreicht werden. Hierzu wurde die Basis DRG F38 gelöscht und die Fallmenge in der Basis DRG F59 aufgenommen. Zusätzlich wurden die Splitkriterien der Basis DRG F59 überarbeitet und diese zusätzlich in die DRGs F59A bis G differenziert. Die Splitkriterien der DRG F59A wurden durch den Einbau der Funktionen «Vakuumtherapie» und «mehrzeitig komplexe OR» geschärft. Die DRG F59C ermöglicht die Gruppierung von Fällen mit «mehrzeitiger Stenteinlage» oder «Angioplastie». Die DRG F59D ermöglicht die Gruppierung von «Endarterektomien an Gefässen der unteren Extremität». Die Splitkriterien der DRG F59E wurden um bestimmte Prozeduren (z.B. Radiofrequenzablation über A. renalis, selektive perkutan-transluminale Thrombolysen mit oder ohne Ultraschallunterstützung) erweitert. Zusätzlich wurden die Splitkriterien der DRG F59F um «mehrfache Stenteinlagen» sowie «Einlage von überlangen Stents» erweitert.
- Bisher war eine inhaltsähnliche Fallmenge zum Thema Aggregatswechsel bei Defibrillatoren in verschiedenen Basis DRGs abgebildet: Basis DRG F10 «Aggregatswechsel Kardioverter / Defibrillator (AICD), 1-Kammer-Stimulation» und F02 «Aggregatswechsel Kardioverter / Defibrillator (AICD), 2-Kammer oder 3-Kammer-Stimulation».
- Im Rahmen der Systementwicklung wurde die Basis DRG F10 gelöscht und die Fallmenge in der Basis DRG F02 abgebildet. Durch diese Massnahme konnte sich eine verbesserte Kostenhomogenität erreicht werden.
- Die Fallmenge der Basis DRG F21 «Andere OR Prozeduren bei Kreislaufkrankungen» präsentierte sich inhomogen, dies insbesondere in Bezug auf die Verweildauer.
- Im Zuge der Weiterentwicklung wurden die Splitkriterien geändert, so dass Fälle mit plastischen Eingriffen und PCCL > 3 der DRG F21A zugeordnet werden, Fälle mit PCCL > 3 ohne plastische Eingriffe der DRG F21B, während alle übrigen Fälle in der DRG F21C gruppiert werden.
- In Analysen konnte festgestellt werden, dass die Splitkriterien der Basis DRG F28 nicht mehr kostentrennend waren.
- Die Splitkriterien der DRG F28 konnten im Verlauf der Systementwicklung geschärft werden. Neu gruppiert ein PCCL > 3 in die DRG F28A, womit eine grössere Homogenität erreicht werden kann und eine sachgerechte Vergütung ermöglicht wird.
- Die Splitkriterien der Basis DRG F67 «Hypertonie» verhielten sich im Rahmen von Analysen nicht mehr kostentrennend.
- Im Zuge der Weiterentwicklung wurde die DRG F67C gelöscht. Neu werden Fälle mit mehr als ein Belegungstag und PCCL > 3 in die DRG F21B gruppiert.
- Die Splitkriterien der Basis DRG F72 «Instabile Angina Pectoris» erwiesen sich als nicht mehr kostentrennend, so dass keine homogene Verteilung der Fallgruppe erreicht wurde.

- Die Splitkriterien der DRG F72A konnten anhand einer Erhöhung des PCCL-Wertes auf > 3 geschärft werden und eine bessere Kostentrennung zwischen den DRGs F72A und B erreicht werden.
- Bisher war der «Aggregatwechsel Kardioverter / Defibrillator (AICD)» in den DRGs F10 und F02 abgebildet.
- Es erfolgte eine Zusammenführung der Defibrillator-Wechsel in Basis DRG F02 und eine Auflösung der Basis DRG F10.
- Es erfolgte ein A-Split mit 2 und 3-Kammer-Defibrillator.
- Es erfolgte ein B-Split mit 1-Kammer-Defibrillator.

1.3.6 Krankheiten der Verdauungsorgane MDC 06

- In der Basis DRG G67 «Verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane oder gastrointestinale Blutung oder Ulkuserkrankung» zeigen Analysen, dass die Splitkriterien keine Kostentrenner mehr sind.
- Die Prüfung und der Umbau der Splitkriterien innerhalb der Basis DRG G67 ergeben eine aufwandsgerechte Vergütung der Leistungen.
- In der MDC06 finden sich zahlreiche DRGs mit hohen Fallzahlen und somit war eine Überprüfung der bestehenden Splitbedingungen sinnvoll.
- Die G67C/D zeigten in den Kosten keine Unterschiede mehr – die DRGs wurden kondensiert.
- Es erfolgte eine Erweiterung der Splitbedingungen in der DRG G26A um «Komplexe Eingriffe».
- In der Basis DRG G48 «Coloskopie mit schweren CC oder komplizierendem Eingriff oder Alter < 15 Jahre oder mit komplizierender Diagnose» zeigten sich viele Kurzlieger-Fälle und die Fallgruppe mit Verschluss einer Dünndarmfistel war nicht sachgerecht abgebildet.
- Es erfolgte die Aufnahme der Prozedur «Verschluss Dünndarmfisteln» in die DRG G48A.
- Die Ein-Belegungstag DRG G48D wurde eingeführt.
- Bisher wurden beidseitige Hernien-Eingriffe mit und ohne Transplantat differenziert abgebildet in den DRGs G09B und G09C. Jetzt war kein Kostenunterschied zwischen den beiden DRGs mehr nachweisbar.
- Es erfolgte die Kondensation der beiden DRGs und die Abbildung der beidseitigen Hernien-Eingriffe in der DRG G09B.
- Fallzahlschwache DRGs wurden ebenfalls überprüft und zusammengelegt.
- Es erfolgte die Aufnahme der DRG G04Z in die DRG G16Z und der DRG G10Z in die DRG G02B.
- Dies führt zu einer besseren Kalkulation durch höhere Fallzahlen sowie eine übersichtliche Darstellung der Fallgruppen.
- Bei manchen Eingriffen werden gleichzeitig Prozeduren durchgeführt, die aber keine Erhöhung des Gesamtaufwandes bewirken. Die Kodierung der Codes 47.11 «Laparoskopische inzidente Appendektomie» oder 47.19 «Sonstige inzidente Appendektomie» wirkte Erlös steigend bei gleichzeitiger Durchführung anderer Eingriffe.

- Diese Codes werden bei gleichzeitiger Durchführung eines anderen Eingriffs nicht mehr berücksichtigt.

1.3.7 Krankheiten an hepatobiliärem System und Pankreas MDC 07

- In der DRG H41A konnte eine ressourcenintensive Fallmenge identifiziert werden.
 - Es erfolgte ein Split der DRG H41A mit der Bedingung «Intensiv-medizinische Komplexbehandlung >196/360 Aufwandspunkte» und dadurch eine bessere Abbildung aufwendiger Fälle im System.
- Zweizeitige Lebereingriffe haben sich als unterdeckt im System gezeigt. Deshalb erfolgte die Aufnahme der CHOP Codes.
 - Es erfolgte eine Übernahme von 50.2b.11 «Transsektion der Leber und Ligatur von Portalvenenästen, ALPPS, Schritt 1, offen chirurgisch» und 50.2b.12 «Transsektion der Leber und Ligatur von Portalvenenästen, ALPPS, Schritt 1, laparoskopisch» in die Funktion «komplexe OR Prozeduren».
 - Darüber hinaus erfolgte eine Aufwertung der Eingriffe durch die Aufnahme in die DRG H01A und jetzt eine sachgerechte Abbildung diese Fälle.
- In der Basis DRG H60 «Leberzirrhose ...» hatten wir eine aufwendige Fallmenge identifiziert.
 - Es erfolgte eine Aufwertung der Fälle mit «Komplexbehandlung der Leberzirrhose ab 14 Tage oder extrakorporeller Leberassistierung» in die DRG H60A
- Für die Abbildung der Lebererkrankungen (DRG H63) gab es einen Antrag auf Einführung eines PCCL-Splits > 5 oder > 6.
 - Ein PCCL-Split > 5 oder > 6 ist zurzeit technisch nicht möglich.
 - In der Basis DRG H63 hat sich der PCCL nicht als Kostentrenner erwiesen, aber es war ein Split mit «bestimmten Diagnosen» möglich (die Diagnosen der Hämophilietabelle).

1.3.8 Krankheiten an Muskel-Skelett-System MDC 08

- Fälle innerhalb der MDC 08 mit «IntK/IMCK < 196/184 und < 393/553 Aufwandspunkten» sind nicht sachgerecht vergütet.
 - Es erfolgte eine Split-Erweiterung in der DRG I02A um Fälle mit «IntK/IMCK > 196/184 Pkt.».
 - Zudem erfolgte eine Aufwertung von Fällen mit «IntK/IMCK <196/184 Pkt. und komplexer operativen Prozedur» in der Basis DRG I95 «Implantation einer Tumorendoprothese od. mehrzeitig komplexe Prozedur od. IntK/IMCK >196/184 Pkt. mit komplexer Prozedur».
- Die Vergütung von Fällen mit einer Diagnose «Osteomyelitis» und einer Knieprothesenentfernung / -Implantation ist innerhalb der Basis DRG I04 nicht sachgerecht.
 - Es erfolgte eine Aufnahme dieser Diagnosen in die Tabelle der «BNB/Infektionen» und Logikerweiterung und Anpassung der Logik in der Basis DRG I04 «Revision oder Ersatz des Kniegelenkes mit komplizierender Diagnose oder Arthrodesen».
- Verschiedene Tabellen in der Basis DRG I06 «Komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule mit komplexem Korrekturingriff» haben eine inhaltliche Überschneidung.

- Eingriffe an der Wirbelsäule in Kombination mit «Neck dissection» weisen über Jahre keine Fälle.
 - Es wurden umfangreiche Tabellenbereinigungen durchgeführt und die Tabelle für «Neck dissection» Eingriffe entfernt. Zusätzlich wurde in diesem Zuge auch die Logik für die Basis DRG I06 vereinfacht.
 - Die Splitkriterien für die DRGs I06A und I06B wurden erweitert.

- Patienten mit einer Zerebralparese sind in der Basis DRG I08 «Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur» nicht sachgerecht abgebildet.
 - Erweiterung der Splitbedingung für die DRG I08B «Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur, äusserst schwere CC mit Mehrfacheingriff oder komplexer Prozedur, **oder komplexe Diagnose**, Alter > 11 Jahre». Dies führt zu einer Aufwertung dieser Fälle.

- Wirbelkörperfusionen mit einem Aufenthalt auf der Intensivstation bzw. Intermediate Care sind in der Basis DRG I09 untervergütet.
 - Es erfolgte die Aufnahme der Bedingung «IntK/IMCK > 196/184 Aufwandspunkte» für die DRG I09A. Die Fälle werden damit sachgerecht vergütet.

- Fälle mit einem CHOP Kode 81.64.00 «Spondylodese oder Reoperation einer Spondylodese von 9 oder mehr Wirbeln, n.n.bez.» oder 84.51.11 «Einsetzen von interkorporellen Cages, 2 Segmente» sind nicht den Kosten entsprechend abgebildet.
 - Abwertung dieser Fälle innerhalb der Basis DRGs I06 und I09. Damit erfolgt eine sachgerechte Abbildung dieser Leistungen.

- Fälle mit einer «Osteosynthese/Implantation eines (nicht) motorisierten internen Verlängerungs- oder Knochentransportsystem» gruppieren mit Hilfe weiterer Codes in die Basis DRG I08 und sind dort übervergütet. Dieses Verfahren generiert gleichzeitig auch ein Zusatzentgelt.
 - Anpassung der Logik in der Basis DRG I08, damit bleiben die Fälle in der Basis DRG I11 «Rekonstruktion bei Fehlbildung oder Verlängerung von Extremitäten» und sind dort sachgerecht abgebildet.

- Es wurde ein Antrag gestellt zur Aufwertung der Fälle mit dem CHOP Kode 79.36.12 «Offene Reposition einer einfachen Fraktur der proximalen Tibia mit sonstiger innerer Knochenfixation» innerhalb der Basis DRG I13 «Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk».
 - Es erfolgte die Etablierung einer neuen Tabelle in der DRG I13B «Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk, mit Mehrfacheingriff, bestimmtem beidseitigen Eingriff oder **komplexer Prozedur/Diagnose**» mit den CHOP Codes 79.36.10 bis -.14 «Offene Reposition einer einfachen Fraktur / Mehrfragmentfraktur der proximalen Tibia, ...». Damit konnte eine sachgerechte Abbildung dieser Fälle erreicht werden.

- Die Basis DRG I18 «Arthroskopie einschliesslich Biopsie oder andere Eingriffe an Knochen oder Gelenken» zeigt sich bei den Analysen als nicht mehr sach- und fachgerecht als Sammel-DRG für alle arthroskopischen Eingriffe.
 - Es erfolgt die Zuweisung der CHOP Codes entsprechend der «anatomischen Bezeichnung» und «Kostendaten» in die entsprechenden Organ-DRGs innerhalb der MDC 08.
 - Dies ermöglicht eine medizinische – und kostenhomogene Abbildung dieser Fälle.

- Die DRG I20C «Eingriffe am Fuss mit komplexem Eingriff...» wies mit Daten 2016 eine inhomogene Fallmenge auf.
 - Aufgrund weiterer Analysen wurden innerhalb der Basis DRG I20 die Splitkriterien überarbeitet und entsprechend der Kosten und Verweildauern sachgerecht den DRGs zugewiesen.

- Inhaltsähnliche Codes «Knochenimplantatentfernung an anderen näher bezeichneten Knochen, ausser Gesichtsschädelknochen, Entfernung eines Knochen(teil)ersatzes an der Wirbelsäule» und «Entfernung von Osteosynthesematerial an Wirbelsäule» sind unterschiedlich abgebildet.
 - Die Codes wurden in der Basis DRG I23 «Bestimmte Eingriffe ausser an Hüftgelenk und Femur» sachgerecht gleichgestellt.
 - Diese Anpassung führt zu einer Minderung von Fehlanreizen.

- Fälle mit einer «Quadrizepssehnen-Ruptur» sind in der Basis DRG I27 «Eingriffe am Weichteilgewebe» nicht sachgerecht abgebildet.
 - Es wurden umfangreiche Tabellenbereinigung innerhalb der Basis DRG I27 durchgeführt und die CHOP Codes entsprechend der anatomischen Bezeichnung und den Fallkosten neu zugeordnet.
 - Die Splitkriterien innerhalb der Basis DRG sind überarbeitet worden.
 - Diese Anpassung führt zu einer sachgerechten Aufwertung der Fälle mit einer «Quadrizepssehnen-Ruptur» in die Basis DRG I30 «Komplexe Eingriffe am Kniegelenk».

- Es wurde ein Antrag auf Aufwertung der Fälle mit Einbringung eines azellulären Implantates im Knie oder Sprunggelenk aufgrund hoher Materialkosten gestellt.
 - Aufwertung der Fälle mit einem CHOP Code «Subchondrale Knocheneröffnung mit Einbringen eines azellulären Implantats, am Kniegelenk/ an der Schulter/ am Sprunggelenk» innerhalb folgender Basis DRGs I29/Schultereingriffe; I20/Eingriffe am Sprunggelenk; I30 und I18/Eingriffe am Knie.

- Aufgrund eines unterjährigen Hinweises erfolgt die Überprüfung der Abbildung von Schultereingriffen ohne rezidivierende Luxation in der Basis DRG I29 «Komplexe Eingriffe an Skapula, Klavikula, Rippen oder Schulter».
 - Im Ergebnis konnten die Eingriffe mit oder ohne rezidivierender Schulterluxation in der DRG I29B gleichgestellt werden.

- Es wurden inhomogene Kosten in der Basis DRG I30 «Komplexe Eingriffe am Kniegelenk» analysiert.
 - Es erfolgte eine umfangreiche Tabellenbereinigung innerhalb der Basis DRG und Überarbeitung der Splitkriterien für die DRG I30A «Komplexe Eingriffe am Kniegelenk mit bestimmtem Eingriff oder Alter < 16 Jahre».

- Für die Version 7.0 wurden bereits umfangreiche Umbauten in der Basis DRG I32 «Eingriffe an Handgelenk und Hand» durchgeführt. Aufgrund eines Antrages wurden bestimmte Fälle erneut auf Basis der neuen Datengrundlage geprüft.
 - Es konnte für die Version 8.0 eine «Ein-Belegungstag DRG» - I32D etabliert werden.
 - Fälle mit einer «Komplexbehandlung an der Hand von 8 und mehr Tagen» oder mit einer Diagnose z.B. «Arthritis, Polyarthritis od. Osteomyelitis» sowie Fälle mit einem «Weichteilschaden II. bis III. Grades...» konnten innerhalb der Basis DRG I32 aufgewertet werden.

- Zusätzlich wurden weitere Tabellenbereinigungen durchgeführt.
- Es wurde ein Anwender-Antrag auf Aufwertung der Fälle mit Hüftprothesen-Wechsel innerhalb der Basis DRGs I46 und I03 aufgrund der Komplexität und OP Dauer bei einem Wechselseingriff gestellt.
- Es erfolgte eine Aufwertung der Fälle mit einem Hüftprothesenwechsel und einem Eingriff an mehreren Lokalisationen oder einem PCCL > 3, in die DRG I46A. Innerhalb der Basis DRG I03 haben die Analysen keinen Anhalt auf eine Untervergütung dieser Fälle ergeben.
- Ein zweiter Antrag des gleichen Anwenders wurde auf Aufwertung der Fälle mit einem Knieprothesen-Wechsel Eingriff innerhalb der Basis DRGs I43 und I04 gestellt.
- Es erfolgte eine Aufwertung dieser Fälle in die DRG I43A «Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk mit bestimmtem Prothesenwechsel» und in die DRG I04A «Revision oder Ersatz des Kniegelenkes mit komplizierender Diagnose oder Arthrodesse und bestimmtem Prothesenwechsel».
- Mehrere Anträge betrafen die sachgerechte Abbildung von bestimmten Fällen in der medizinischen Partition in der MDC 08.
- Viele aufwandsgleiche und inhaltsähnliche Fälle sind in verschiedenen DRGs abgebildet.
- Es wurden in der medizinischen Partition umfangreiche Umbauten durchgeführt.
- Aufgrund vieler Ein-Belegungstagfälle wurde eine neue Basis DRG I61 «Krankheiten und Störungen an Muskel-, Skelett- und Bindegewebe, ein Belegungstag» geschaffen.
- Zur Abbildung aufwendiger Intensivfälle ohne operativen Eingriff wurde eine neue DRG I87Z «Krankheiten und Störungen an Muskel-, Skelett- und Bindegewebe mit IntK/IMCK >196/184 Aufwandspunkte» etabliert.
- Beide Erneuerungen führen zu einer kostenhomogenen Abbildung der aufwendigen Fälle innerhalb der medizinischen Partition der MDC 08.
- Die Fallmenge in der Basis DRG I60 «Frakturen am Becken, Schenkelhals und Femur, mehr als ein Belegungstag» wurde erweitert und zusätzlich ein Split für DRG I60A «...< 3 Jahre od. Para-/Tetraplegie» aufgenommen.
- In der Basis DRG I64 «Osteomyelitis, mehr als ein Belegungstag» konnten neue Splitkriterien etabliert werden.
- In der DRG I65A konnten die Kinderfälle aufgewertet werden «Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschliesslich pathologischer Fraktur, < 16 Jahre,».
- Die Fallmenge Femurfrakturen wurden aus der Basis DRG I66 «Andere Erkrankungen des Bindegewebes, mehr als ein Belegungstag» in die Basis DRG I60 verschoben und Splitkriterien überarbeitet
- Innerhalb der Basis DRG I68 «Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, mehr als ein Belegungstag» war eine Überarbeitung der Splitkriterien notwendig.
- Unspezifische Arthropathien wurden zu den spezifischen Arthropathien in die Basis DRG I69 «Knochenkrankheiten und Arthropathien, mehr als ein Belegungstag» aufgenommen.
- Die Splitkriterien in den Basis DRGs I74 «Verletzungen an Unterarm, Handgelenk, Hand oder Fuss, mehr als ein Belegungstag» und I75 «Schwere Verletzungen an oberen oder unteren Extremitäten oder Entzündungen von Sehnen, Muskeln und Schleimbeuteln, mehr als ein Belegungstag» sind überarbeitet worden.

1.3.9 Krankheiten an Haut und Mamma MDC 09

Das Fallkollektiv der DRG J18Z «Andere Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, mehr als ein Belegungstag» war klinisch wie ökonomisch heterogen. Bei Fällen mit operativem Eingriff konnten die höheren Kosten und die längere Liegedauer nicht sachgerecht abgebildet werden.

- Bestimmte Prozeduren konnten als neue Kostentrenner identifiziert werden, z. B.
 - «85.24 Exzision von ektopischem Mammagewebe [L]»,
 - «85.25 Exzision einer Brustwarze [L]»,
 - «85.26 Partielle Mastektomie [L]»,
 - «85.41 Einfache Mastektomie [L]»,
- Die Aufwertung dieser Fälle in die neu etablierte DRG J18A «Andere Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma mit bestimmter Prozedur, mehr als ein Belegungstag» führte zu einer besseren Differenzierung.
- Bestimmte plastische Rekonstruktionen waren in der Basis DRG J24 «Eingriffe an der Mamma ausser bei BNB» nicht sachgerecht abgebildet.
- Im Ergebnis erfolgte eine Aufwertung der Fälle mit bestimmter Mammaplastik oder Prothesenwechsel in die DRG J24A.

Ausserdem wurden fallzahlschwache DRGs kondensiert.

- DRGs J04A / B → J04Z «Eingriffe an der Haut der unteren Extremität ausser bei Ulkus oder Infektion / Entzündung» sowie
- DRGs J65A / B → J65Z «Verletzung der Haut, Unterhaut und Mamma».

1.3.10 Krankheiten der Harnorgane MDC 11

- Durch einen Antrag hatten wir den Hinweis bekommen, dass der ICD-Kode N11.0 «Nichtobstruktive, mit Reflux verbundene chronische Pyelonephritis» und die Eingruppierung in die DRG L68A zu einer zu hohen Bewertung der Fallgruppe führen.
- Wir haben den ICD-Kode N11.0 aus Basis DRG L68 in die Basis DRG L63 verschoben.
- Durch die Anpassung werden Fälle abgewertet und eine Gleichstellung mit vergleichbaren Diagnosen erreicht.

1.3.11 Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett MDC 14

- Im Rahmen von Analysen wurde festgestellt, dass bestimmte intrauterine Therapieverfahren in der Basis DRG O05 «Best. OR-Prozedur in der Schwangerschaft od. intrauterine Therapie des Fetus» nicht sachgerecht abgebildet waren.
- Im Zuge der Weiterentwicklung konnte die Basis DRG O05 gelöscht werden und die Fallmenge in der Basis DRG O02 bzw. in Verbindung mit einer «Sectio caesarea» in der DRG O01B abgebildet werden.
- Analysen zeigten, dass bestimmte Fälle mit Entbindung mit einem erhöhten Ressourcenverbrauch assoziiert sind.
- Fälle mit CHOP Kode 75.4 «Manuelle Lösung einer retinierten Plazenta» wurden in die DRG O60C «Vaginale Entbindung mit schwerer oder mässig schwerer komplizierender Diagnose oder bestimmter Prozedur» aufgewertet.

- Auswertungen konnten zeigen, dass Fälle mit langem Aufenthalt vor einer Entbindung, beschrieben mit den CHOP Codes 73.7x* «stationäre Behandlung vor Entbindung» über mehrere DRGs streuen und eine sachgerechte Vergütung erschweren.
 - Abbildung der Fallmenge mit sehr langem präpartalen Aufenthalt in eigener Basis DRG O50 mit Verbesserung der Homogenität.

- Analysen ergaben, dass die Splitkriterien der DRG O40A «Abort mit Dilatation, Aspirationskürettage oder Hysterotomie» nicht weiter kostentrennend sind.
 - Im Zuge einer sachgerechten Abbildung dieser Fallmenge wurden die DRGs O40A und O40B zur DRG O40Z «Abort oder Hysterotomie, Kürettage» kondensiert.

1.3.12 Neugeborene MDC 15

- Analysen zeigten, dass Fälle mit intensivmedizinischen Aufwandspunkten innerhalb der Basis DRGs P05 und P66 untervergütet sind.
 - Im Zuge der Systementwicklung konnte eine Aufwertung dieser Fallmenge erreicht werden. Neu werden alle Fälle mit > 392 intensivmedizinischen Aufwandspunkten in der Basis DRG P05 abgebildet.

1.3.13 Krankheiten des Blutes, blutbildender Organe und des Immunsystems MDC 16

- Die Abbildung von aufwendigen Fällen in der MDC 16 war schwierig. Bei der Überprüfung der Fälle führten Kurzaufenthalte auf IMC / Intensiv zu einer guten Differenzierung.
 - Im Ergebnis erfolgte die Etablierung der neuen DRG Q37Z «Intensivmedizinische Komplexbehandlung oder IMC Komplexbehandlung > 196/184 Aufwandspunkte».

- In der Basis DRG Q61 «Erkrankungen der Erythrozyten» waren die Splitkriterien nicht mehr ausreichend Kosten differenzierend.
 - Es erfolgte eine Neudefinierung der Splitkriterien. Die Aufwertung von Fällen mit «Äusserst schwere CC und mehr als 1 Belegungstag» führte zu einer Verbesserung der Homogenität.

1.3.14 Hämatologische und solide Neubildungen MDC 17

- Fälle mit Versagen und Abstossung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen waren bisher der DRG A61Z zugeordnet. Die Fallmenge zeigte sich jedoch sehr heterogen in Bezug auf Ressourcenverbrauch. Eine Gruppierung anhand von Diagnosen erlaubte nur eine geringe Kostendifferenzierung.
 - Im Zuge der Weiterentwicklung wurde die Basis DRG A61 gelöscht und eine Teilmenge von Fällen der ehemaligen A61 in der Basis DRG A91 «Photopherese und Apherese, ein Belegungstag» abgebildet. Die verbliebene Fallmenge der ehemaligen A61 wurde in die MDC 17 umgeleitet und der Basis DRG R60 «Akute myeloische Leukämie, mehr als ein Belegungstag oder autologe STZ-Entnahme oder Graft versus Host Disease» zugeordnet. Es konnte eine zusätzliche Aufwertung von Fällen mit akuter Graft versus Host Disease Grad 3 oder 4 als Hauptdiagnose oder mit mindestens zwei Organbeteiligungen in die DRGs R60A oder B erfolgen.

- Die Diagnosen «D76.1 Hämophagozytäre Lymphohistiozytose» und «D76.2 Hämophagozytäres Syndrom bei Infektionen» waren bisher der MDC 10 (Endokrine und Stoffwechselkrankheiten) zugeordnet. Der Behandlungsaufwand und das -konzept sind aber eher mit einer akuten Leukämie vergleichbar.
 - Die Hauptdiagnosen wurden in die MDC 17 verschoben und es erfolgte die Aufnahme in die DRG R63C „Andere akute Leukämie mit Dialyse oder äusserst schweren CC oder Portimplantation oder bestimmte Diagnose, mehr als ein Belegungstag“.
- Kinder und Jugendliche waren in der DRG R61D „Lymphom und nicht akute Leukämie, mehr als ein Belegungstag“ mit bestimmten komplizierenden Diagnosen nicht sachgerecht abgebildet.
 - Im Ergebnis der Prüfung erfolgte eine Aufwertung von Fällen bei Kindern mit „Alter < 8 Jahre“ und „Alter < 18 Jahre“ sowie von Fällen die die Funktion „Komplizierende Prozeduren“ erfüllen.

1.3.15 Infektiöse und parasitäre Krankheiten MDC 18B

- Bisher wurden Fälle mit der Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern ohne OP Hauptdiagnose unabhängig der Basis DRG A94 zugeordnet. Ausnahme waren die Fälle der MDC 17. Es erfolgte eine Überprüfung für die Fälle der MDC 18B.
 - Im Ergebnis wurde eine Erweiterung der Ausnahme für die Fälle der MDC 18B vollzogen. Fälle mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern ab 7 Behandlungstagen gruppieren jetzt neu in Basis DRG T60 «Sepsis oder Komplexbehandlung bei MRE ab 7 Behandlungstage».
 - Zusätzlich werden Fälle ab 14 Behandlungstagen in die neu definierte DRG T60A «Sepsis mit komplizierender Prozedur oder bei Zustand nach Organtransplantation, mit äusserst schweren CC, oder IntK > 196 / 184 Aufwandspunkten oder Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern ab 14 Behandlungstage» aufgewertet.
- Fälle von Sepsis mit Organkomplikation und der Durchführung einer ERCP wiesen eine Untervergütung auf. Eine Überprüfung hinsichtlich dieser Fallkonstellation wurde durchgeführt.
 - Es erfolgte die Aufwertung der Fälle mit ERCP in die DRG T60C «Sepsis mit komplizierender Prozedur oder Zustand nach Organtransplantation und Alter < 16 Jahre oder Para-/Tetraplegie oder bestimmter Prozedur, oder äusserst schwere CC und Alter < 16 Jahre oder Para-/Tetraplegie oder bestimmter Prozedur».
- Die Basis DRG T62 «Fieber unbekannter Ursache» wies eine in sich inhomogene Fallgruppe auf.
 - Es erfolgte eine Neudefinierung der Splitkriterien -> «Äusserst schwere CC» und «Alter < 18 Jahre». Ausserdem wurde eine expliziten Ein-Belegungstag DRG T62D etabliert.

1.3.16 Psychische Krankheiten und Störungen MDC 19

- In der DRG U01A «Geschlechtsumwandelnde Operation mit komplexem Eingriff» waren die CHOP Codes «64.5x.10/ -.20 Operationen zur Geschlechtsumwandlung, Geschlechtsumwandlung einer Frau zum Mann / einem Mann zur Frau» keine geeigneten Kostentrenner

- mehr. Es erfolgte eine Überarbeitung der Basis DRG U01 und die Identifikation neuer Kostentrenner.
- In die Basis Tabelle wurden weitere operative Codes in Verbindung mit der Hauptdiagnose «Transsexualismus» aufgenommen. Ausserdem wurde die Tabelle der DRG U01A um die CHOP Codes «64.5x.10/ -.20» bereinigt. Diese wurden zusammen mit anderen operativen CHOP Codes, z.B. bestimmten plastischen Rekonstruktionen sowie Kombinationseingriffe bei Hysterektomie und Mastektomie als neue Splitkriterien der neu definierten DRG U01B verwendet.
 - In der Basis DRG U41 «Sozial- und neuropädiatrische und pädiatrisch-psychosomatische Therapie bei psychischen Krankheiten und Störungen und bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems» konnten bestimmte aufwendige Fälle nicht differenziert abgebildet werden.
 - Fälle mit den CHOP Codes «94.7x.* Sozialpädiatrische, neuropädiatrische und pädiatrisch-psychosomatische Therapie» wurden in der neu etablierten DRG U41A aufgewertet. Und ein zusätzliches Split Kriterium dieser DRG «Alter < 12 Jahre» definiert.
 - Die Fallmenge multimodale Schmerztherapie 14 bis 20 Behandlungstage war in der Basis DRG U42 «Multimodale Schmerztherapie bei psychischen Krankheiten und Störungen» nicht kostendeckend abgebildet.
 - Es erfolgte eine weitere Ausdifferenzierung nach der Anzahl der Behandlungstage 14 bis 20 und Aufwertung der betroffenen Fälle in die neu definierte DRG U42B.
 - Die Fallmenge in der DRG U64A «Angststörungen oder andere affektive und somatoforme Störungen, Alter < 18 Jahre» war inhomogen.
 - Die Prüfung identifizierte einen geeigneteren neuen Kostentrenner «Alter < 16 Jahre oder äusserst schwere CC».
 - Die Basis DRG U66 «Ess-, Zwangs- und Persönlichkeitsstörungen in der Kindheit» kennzeichnet eine Kosten- und Verweildauer inhomogene Fallmenge. Geprüft wurde hinsichtlich einer Verbesserung der Homogenität.
 - Es erfolgte eine Erweiterung der Splitbedingung für die DRG U66A um
 - IntK / IMCK Aufwandspunkte > 184 oder
 - bestimmte Komplexbehandlung mit den CHOP Codes: «94.39.20 Psychosomatische und psychotherapeutische Komplexbehandlung», «94.39.21 Integrierte klinisch-psychosomatische Komplexbehandlung», «94.39.22 Psychosomatische und psycho-therapeutische Krisenintervention»

1.3.17 Alkohol- u. Drogengebrauch MDC 20

- Die MDC 20 war generell sehr kosten- und verweildauerinhomogen. Es wurden wenige Prozeduren kodiert und die Unterscheidung nach Art des Substanzmissbrauchs war primär nicht mehr kostentrennend. Eine umfassende Überarbeitung der gesamten MDC war notwendig.
 - Zwei neue DRGs wurden etabliert.
 - Die DRG V01Z «Alkohol- und Drogengebrauch und alkohol- und drogeninduzierte psychische Störungen, IntK / IMCK > 196/184 Aufwandspunkte» zur Abbildung aufwendiger Fälle mit Aufenthalt auf Intensiv bzw. IMC.

- sowie die Basis DRG V02 «Abhängigkeit, Intoxikation, multiple Verhaltensstörungen», mit den Splitkriterien
 - «Demenz oder Delir und psychische Störungen aufgrund von Hirnfunktionsstörungen»
 - «Mehrfachabhängigkeit oder komplizierende Diagnose»
 - «Mehr als ein Belegungstag»

1.3.18 Polytrauma MDC 21A

- Polytraumatisierte Patienten mit einer neurologischen-neurochirurgischen Frührehabilitation ab 14 Behandlungstage sind in der MDC übergreifenden PräMDC, Basis DRG A90 untervergütet.
- Fälle mit einem Polytrauma und einer neurologischen-neurochirurgischen Frührehabilitation ab 14 Behandlungstage gruppieren jetzt in Version 8.0 in die DRG W36Z «Polytrauma, Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 980/1104 Aufwandspunkte oder neurologische Frührehabilitation ab 14 BT bei Polytrauma».
- Polytrauma-Patienten mit einer Extensionsbehandlung (Halotraktion) der Wirbelsäule sind nicht sachgerecht abgebildet.
- Aufnahme der Prozeduren 02.94 «Einsetzen oder Ersetzen von Crutchfield-Klemme» und 93.41 «Wirbelsäulentraktion durch Vorrichtung am Schädel oder Halotraktion» in die Basis DRG W02 «Polytrauma mit OR-Prozedur oder Beatmung > 24 Stunden oder IMC Komplexbehandlung > 392/552 Aufwandspunkte», damit erfolgte eine Aufwertung dieser Fälle.

1.3.19 Verletzungen, Vergiftungen MDC 21B

- Die Basis DRG X60 «Verletzungen und allergische Reaktionen» wies eine inhomogene Fallmenge auf. Die vorhandenen Splitkriterien waren nicht mehr ausreichend kosten-trennend.
- Es erfolgte anhand der Überprüfung eine Neudefinierung der Splitkriterien zur sachgerechten und differenzierten Abbildung aller Fälle. Fälle mit «Äusserst schweren CC» oder «IntK Aufwandspunkte > 196/119» wurden aufgewertet. Ausserdem wurde eine explizite Ein-Belegungstag DRG X60D etabliert.

1.4 Übersicht CCL – Matrix

Aufgrund verschiedener unterjähriger Hinweise (E-Mail-Eingänge, laufende Vormerkungen) und 5 Anträgen aus dem Antragsverfahren wurden umfangreiche Analysen zur Bewertung der Diagnosen in der CCL-Matrix vorgenommen. Zahlreiche Simulationen (175) zu insgesamt 226 Nebendiagnosen und ihrer Zuordnung ergaben 73 Auf- bzw. Abwertungen in der CCL-Matrix.

Die Neubewertung der Schweregrade führt innerhalb der Tarifstruktur 8.0 / 2019 zu einer aufwandsgerechten Abbildung des patientenbezogenen Gesamtschweregrads (PCCL).

- Neuaufnahme von 10 Diagnosen
- Aufwertung von 17 Diagnosen
- Abwertung von 23 Diagnosen
- Streichung von 23 Diagnosen

1.5 Zusatzentgelte

1.5.1 Zusatzentgelte – Kostenbereinigung

Zur Identifikation der zu bereinigenden Fälle, welche zusatzentgeltfähige Leistungen beinhalten, wurden die CHOP- oder ATC-Codes der Zusatzentgeltdefinition verwendet. Die Fälle, bei welchen keine sachgerechte Bereinigung möglich war, wurden aus der Kalkulation ausgeschlossen.

Insgesamt wurde bei 17'283 Fällen aus den Kalkulationsdaten eine Kostenbereinigung in Höhe von total 91'626'228 CHF vorgenommen.

1.5.2 Neue Zusatzentgelte

Folgende Zusatzentgelte wurden neu etabliert.

- Endovaskulär implantierte Grafts an der Aorta thoracoabdominalis, ohne / mit Öffnungen
- Endovaskulär implantierte Grafts an der thorakalen Aorta, ohne / mit Öffnungen
- Endovaskulär implantierte Grafts an der Aorta abdominalis, aortal, mit Öffnungen
- Komplexe Rekonstruktion der Wirbelsäule (z.B. Skoliose) mittels Implantation von growing rods
- Von Willebrand-Faktor
- Palivizumab
- Decitabin
- Dabrafenib
- Sofosbuvir
- Sofosbuvir und Ledipasvir
- Ombitasvir, Paritaprevir und Ritonavir
- Vedolizumab
- Pomalidomid
- Carfilzomib

Folgende Zusatzentgelte wurden differenzierter bewertet:

- Blutgerinnungsfaktor IX, mittlere Halbwertszeit ≥ 80 h, (z.B. Alprolix[®], Idelvion[®])
- Blutgerinnungsfaktor IX, mittlere Halbwertszeit < 80 Stunden (z.B. Benefix[®], Berinin P[®], Immunine STIM Plus[®], Rixubis[®])
- Ustekinumab, intravenös und subkutan
- Implantation eines herzkreislaufunterstützenden Systems intrakorporal, links-, rechtsventrikulär, biventrikulär in Take Home Set und Hospital Set
- Hämodialyse, Hämofiltration, Hämodiafiltration, intermittierend für Kinder (Alter < 12 Jahre) und Erwachsene
- Peritonealdialyse, kontinuierlich, maschinell und nicht maschinell unterstützt

Folgende Zusatzentgelte sind ausgeschieden worden:

- Etanercept

Neue Kinderdosisklassen wurden bei 3 Zusatzentgelten etabliert.

- Amphotericin B,

- Voriconazol oral
- Voriconazol intravenös

Bei dem Zusatzentgelt Bosentan wurden die Kinderdosisklassen angepasst, bei Voriconazol oral wurden die Kinderdosisklassen entfernt.

1.6 Übersicht zum Antragsverfahren 2017

Im Rahmen des Antragsverfahrens wurden im Jahr 2017 insgesamt 216 Anträge zur Weiterentwicklung des SwissDRG - Fallpauschalensystems gestellt. Davon wurden 112 Anträge umgesetzt. Das entspricht einer Umsetzungsquote von 51 %.

1.7 Fazit

Mit Entwicklung der SwissDRG Version 8.0 wurde eine differenzierte Tarifstruktur erarbeitet, deren Anwendung erlaubt eine sachgerechte leistungsbezogene Vergütung entsprechend der Fallschwere. Um im Rahmen der Weiterentwicklung der Tarifstruktur weitere substantielle Verbesserungen erreichen zu können, gilt es weiterhin, die Güte der Kosten- und Leistungsdaten zu verbessern.

Folgende Themen müssen adressiert werden:

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

Die schweizweit 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. Die Vorgaben zur Kostenerfassung wurden deshalb geschärft, diese Daten werden erstmals 2018 erhoben.

2. Berechnungsmethode

Die Berechnungsmethodik der Version 8.0, verglichen mit der Berechnungsmethodik der Version 7.0, ändert sich einerseits bezüglich der Berechnung der unteren und oberen Grenzverweildauer und bezüglich der Berechnung der Abschläge bei Verlegungen.

2.1 Berechnung der Inlier

Das Verfahren zur Berechnung bleibt unverändert im Vergleich zur Version 7.0:

Geändert von Version 7.0 auf Version 8.0 haben aber die Formeln zur Bestimmung der unteren und oberen Grenzverweildauer, in welchen statt wie bisher arithmetisch gerundet nun auf die nächste ganze Zahl abrundet wird. Dies hat eine leichte Links-Verschiebung der Vergütungsstruktur zur Folge. 270 DRG weisen eine um eins tiefere UGV auf, während für 621 DRG eine Abnahme in der OGV verzeichnet wird.

Werden die Fälle gruppiert nach Version 8.0 aber nach Kalkulationsmethodik der Version 7.0 bezüglich Status (Low/Inlier/High) klassifiziert, so weisen die High Outlier (59'247 Fälle) ein Deckungsgrad auf von 79.3%. Dieselben Fälle weisen nach vorliegender Methodik ein Deckungsgrad von 81.9% auf.

Werden die Fälle weiterhin gruppiert nach Version 8.0 aber nach Kalkulationsmethodik der Version 8.0 klassifiziert (73'778 High Outlier-Fälle) so ergeben sich Deckungsgrade von 78.2% für die Methodik der Version 7.0 und 81.2% für die vorliegende Methodik.

Die Anzahl an High Outlier steigt mit vorliegender Methodik an und wie gezeigt werden über beide abgegrenzten High-Outlier-Mengen Verringerungen der bestehenden Unterdeckungen beobachtet. Auch Fälle, welche nach Methodik 7.0 als Inlier und nach aktueller Methodik als High-Outlier klassifiziert werden, weisen nun eine verringerte Unterdeckung auf.

2.2 Ermittlung der Kostengewichte

Für die SwissDRG Version 8.0 wurden im Ergebnis 1033 DRG auf Grundlage Schweizer Daten kalkuliert. Auch für die Version 8.0 wurden keine Kostengewichte aus dem deutschen Fallpauschalenkatalog importiert, respektive helvetisiert.

Für 27 DRG wurde aufgrund geringer Fallzahlen auf die Daten aus dem Vorjahr zurückgegriffen. Für drei weitere DRG wurden Fälle aus drei Datenjahren berücksichtigt (2016/2015/2014). Die Fälle aus den Vorjahren wurden unter der Bedingung herangezogen, dass kein Umbau in der betroffenen DRG vorgenommen wurde und für zwei oder drei Jahre auf genügend Fälle zurückgegriffen werden konnte.

Die Berechnung der Kostengewichte erfolgt grundsätzlich gemäss derselben Methode wie für Version 7.0. Analog zur vorjährigen Version wird ein Kostengewicht per Division der mittleren Kosten der Inlier einer DRG durch die Bezugsgrösse berechnet. Die Anlagenutzungskosten wurden, wie die anderen Kostenkomponenten, bereits in die Kalkulation der Kostengewichte miteinbezogen.

2.2.1 Berechnung der Bezugsgrösse

Die Fallzahl der SwissDRG-Datenerhebung (die Erhebung 2017 der Daten 2016 umfasst 82.8% der gesamtschweizerischen im Anwendungsbereich SwissDRG liegenden Fälle) ermöglicht die Berechnung der Bezugsgrösse mittels SwissDRG-Daten. Dabei werden die im Anwendungsbereich liegenden Fälle berücksichtigt.

Die Bezugsgrösse wurde so gewählt, dass bei identischem Datenjahr die Summe der effektiven Kostengewichte (Casemix) der Fälle gruppiert mit der Version 8.0 der Summe der effektiven Kostengewichte dieser Fälle gruppiert mit der Version 7.0 entspricht:

$$\text{Casemix}_{\text{Version 8.0}}^{\text{Daten 2016}} = \text{Casemix}_{\text{Version 7.0}}^{\text{Daten 2016}}$$

Die Bezugsgrösse für die SwissDRG Version 8.0 beträgt 10'277 CHF. Für die Version 7.0 wurde eine Bezugsgrösse von 10'501 CHF ermittelt.

2.2.2 Berechnung der Zu- und Abschläge

Die Berechnung der Ab- und Zuschläge erfolgt grundsätzlich nach derselben Methode wie für die Version 7.0. Die für die Berechnung relevante Unterteilung der Kostenkomponenten in Differenz- und Hauptkosten wurde für die Version 8.0 wiederum geprüft und bleibt unverändert. Es gilt zu beachten, dass der Detaillierungsgrad der Schweizer Fallkostendaten keine direkte Unterscheidung der Kosten der Hauptleistung von den Differenzkosten erlaubt, wie es die Matrixstruktur der Kosten im G-DRG-

System vorsieht¹. Die nicht zuteilbaren Kostenkomponenten (Mischkosten) werden demnach, basierend auf Inliern, geschätzt.

In DRGs mit einer spezifischen Low Outlier Konstellation wurde eine alternative Methode für die Festlegung der Abschläge angewendet. Die SwissDRG Version 8.0 enthält 244 implizite Ein-Tages DRGs gegenüber 252 in der Version 7.0.

Bei 436 DRGs wurde von der üblichen Methode zur Berechnung der Zuschläge für High Outlier abgewichen. Bei diesen DRGs wurde der High Outlier Zuschlag durch eine Anpassung des Grenzkostenfaktors angehoben oder auf Basis des Medians der mittleren Tageskosten der High Outlier berechnet. Bei der Anhebung des Grenzkostenfaktors werden die gesamten Differenzkosten für die Berechnung des Zuschlags berücksichtigt, d.h. dass der Grenzkostenfaktor von 0.7 auf 1.0 erhöht wird.

2.2.3 Abschläge bei Verlegungen

Das effektive Kostengewicht für verlegungsabschlagspflichtige Fälle wurde bis und mit Version 7.0 folgendermassen kalkuliert:

$$ECW_i(f) = CW_i - (mVD_i^{Inlier} - VWD_f) \cdot \text{Abschlag}_i^{\text{Verlegung}}$$

CW_i :	Kostengewicht der DRG i
mVD_i^{Inlier} :	Arithmetischer Mittelwert der Verweildauer der Inlier der DRG i
VWD_f :	Verweildauer des Falls f im Spital für das die Anpassung vorgenommen werden muss
$\text{Abschlag}_i^{\text{Verlegung}}$:	Tagesbezogener Abschlag für Verlegungen in der DRG i

Wobei die mittlere Verweildauer auf eine Nachkomma-Stelle gerundet wurde. Der Tagesabschlag selbst ergab sich durch folgende Formel:

$$\text{Abschlag}_i^{\text{Verlegung}} = \frac{mDK_i^{Inlier}}{(mVD_i^{Inlier} + 1) \cdot BG}$$

mDK_i^{Inlier} :	Arithmetischer Mittelwert der Differenzkosten der Inlier in der DRG i
--------------------	---

Die Kalkulation wurde insofern angepasst, dass keine Bruchteile von Verlegungsabschlägen vom Inlier-Kostengewicht abgezogen werden, sondern die Abschläge nur mit ganzen Zahlen multipliziert und abgezogen werden. Das effektive Kostengewicht für verlegungsabschlagspflichtige Fälle gestaltet sich somit leicht verändert:

¹ Die Matrixstruktur erlaubt eine Unterscheidung der Kosten gemäss zwei Achsen: Kostenstellen (z.B. OP-Saal, Normalstation) und Kostenarten (z.B. Sachkosten Implantat, Medikamente, Personalkosten Ärzte, Pflegedienst).

$$ECW_i(f) = CW_i - ([mVD_i^{Inlier}] - VWD_f) \cdot \text{Abschlag}_i^{\text{Verlegung}}$$

CW_i : Kostengewicht der DRG i
 VWD_f : Verweildauer des Falls f im Spital für das die Anpassung vorgenommen werden muss

Für den Abschlag selbst gibt es drei Möglichkeiten zur Berechnung. Falls es keine UGV gibt, so werden die mittleren Differenzkosten durch die mittlere abgerundete Verweildauer der Inlier-Fälle dividiert (1). Für implizite-DRG (UGV beträgt hier per Definition immer 2) werden bisherige Fehlanreize, die verlegten Fälle mit Aufenthaltsdauer=1 besser zu vergüten als Low-Outlier, was bei einigen DRG in der Vergangenheit zu beobachten war, eliminiert (2). Schliesslich erfolgt für den grössten Teil der DRG die Berechnung nach Möglichkeit (3): Für DRG, für welche die Differenz zwischen mittlerer Verweildauer und UGV sehr hoch ausfällt ($x \rightarrow 0$), kollabiert die Berechnungsweise zu (1). Falls die abgerundete mittlere Verweildauer der Inlier der UGV entspricht ($x = 1$), kollabiert die Formel und der Verlegungsabschlag entspricht dem Abschlag für Low-Outlier.

$$\text{Abschlag}_i^{\text{Verlegung}} = \begin{cases} \frac{mDK_i^{\text{Inlier}}}{[mVD_i^{\text{Inlier}}] \cdot BG}, & \text{falls es keine } UGV_i \text{ gibt} & (1) \\ \frac{mGK_i^{\text{Inlier}} - mGK_i^{\text{Low Outlier}}}{([mVD_i^{\text{Inlier}}] - 1) \cdot BG}, & \text{falls impl. DRG und } \frac{mGK_i^{\text{Low Outlier}}}{mGK_i^{\text{Inlier}}} < \frac{1}{2} & (2) \\ \frac{mDK_i^{\text{Inlier}} (UGV_i - x)}{UGV_i ([mVD_i^{\text{Inlier}}] - x) \cdot BG}, & \text{sonst; wobei } x = \frac{1}{[mVD_i^{\text{Inlier}}] - UGV_i + 1} & (3) \end{cases}$$

$\text{Abschlag}_i^{\text{Verlegung}}$: Tagesverlegungs-Abschlag der DRG i
 UGV_i : Untere Grenzverweildauer der DRG i
 mVD_i^{Inlier} : Arithmetischer Mittelwert der Verweildauer der Inlier der DRG i

Durch diese Änderungen können die verlegten Fälle besser im System abgebildet werden. Der Deckungsgrad für die aufnahme- oder entlassverlegten Fälle unterhalb der UGV beträgt 92% (88.3% beträgt der Deckungsgrad ohne durchgeführte Änderungen).

Anhang A: Kennzahlen zur Systementwicklung

Einleitung

Im folgenden Anhang werden die wichtigsten Kennzahlen, wie z.B. die Datenerosion zur Systementwicklung der SwissDRG-Tarifstruktur Version 8.0 dargelegt.

Datengrundlage

Die Gesamtdaten der medizinischen Statistik des Bundesamtes für Statistik enthielten die Daten von 176 akutsomatischen Spitälern gegen 184 im Vorjahr. Die Stichprobe der SwissDRG-Netzwerkspitäler entspricht somit 59.1% der Schweizer Akutspitäler.

Tabelle 1: Anzahl der Spitäler

	Version 8.0 Daten 2016	Version 7.0 Daten 2015
Netzwerkspitäler	104	118
Gesamtdaten	176	184

Insgesamt wurden mit der Datenlieferung der Netzwerkspitäler 1'056'577 SwissDRG-relevante Fälle übermittelt, was knapp 83% der Schweizer akutsomatischen Fälle entspricht.

Tabelle 2: Anzahl gelieferter Fälle

		Version 8.0 Daten 2016	Version 7.0 Daten 2015
Netzwerkspitäler	<i>geliefert</i>	1'060'732	1'087'483
	<i>SwissDRG-Anwendungsbereich</i>	1'056'577	1'079'730
Gesamtdaten	<i>Geliefert</i>	1'335'246	1'284'972
	<i>SwissDRG-Anwendungsbereich</i>	1'276'785	1'228'004

Von den gelieferten Fällen wurden für die Version 8.0 21'716 private oder halbprivate Fälle ausgeschlossen. Für diese Fälle war keine Anpassung der durch die Versicherungsklasse bedingten Zusatzkosten möglich oder die Fälle erfüllten die erwähnten Bedingungen nicht, welche einen Ausschluss verhindern könnten. Für die Version 7.0 wurden 29'069 private und halbprivate Fälle ausgeschlossen.

Während der Plausibilisierungsphase wurden 62'368 Fälle (6% des Kalkulationsdatensatzes) als unplausibel identifiziert. Zudem wurden 7 Spitäler/Kliniken komplett ausgeschlossen. Die plausibilisierten Daten entsprechen der Datengrundlage für die Entwicklung der SwissDRG Tarifstruktur 8.0.

Die Berechnung der Kostengewichte für die Version 8.0 erfolgte auf 971'335 Fällen aus dem Jahr 2016 zuzüglich 790 Fällen aus dem Jahr 2015 und 82 Fällen aus dem Jahr 2014.

Tabelle 3 liefert einen Überblick der gesamten Datenerosion.

Tabelle 3: Datenerosion

Gesamtdaten	SwissDRG Erhebung	
1'335'246	1'060'732	gelieferte Fälle
↓	↓	- Psychiatrie / Rehabilitation - Ambulante Fälle - Austritt ausserhalb der Erhebungsperiode
1'276'785	1'056'577	Fälle im Anwendungsbereich (inkl. Geburtshäuser)
	↓	- nicht verwertbare, private Fälle - Fälle ohne Vollkosten
	1'033'703	Datensatz vor Plausibilisierung
	↓	- Plausibilisierung der Fälle (inkl. Gesamtlöschung von 7 Spitälern)
	971'335	Plausible Fälle 2016 (Kalkulationsdaten)
		+ 790 Fälle aus Daten 2015 + 82 Fälle aus Daten 2014

} Systementwicklung

Anzahl DRGs

Tabelle 4: Anzahl DRGs und Zusatzentgelte

	Version 8.0 Daten 2016	Version 7.0 Daten 2015
Anzahl DRGs gesamt	1037	1041
Bewertet	1033	1037
Davon helvetisiert	0	0
DRGs für Geburtshäuser	8	8
DRGs unbewertet, Anlage 1	1	1
Zusatzentgelte bewertet, Anlage 2	107	92
Zusatzentgelte unbewertet, Anlage 3	1	1

Systemgüte

Die Güte der SwissDRG-Tarifstruktur wird durch die Varianzreduktion (R^2) gemessen. Das R^2 misst den Anteil der Streuung der Fallkosten, welche durch die Klassifikation erklärt wird. Je höher das R^2 desto besser die Systemgüte.

Die Gesamtstreuung der Kosten kann in zwei Komponenten geteilt werden:

- Die durch die DRG-Gruppierung erklärte Streuung, d.h. die Varianz zwischen den DRGs;

- Die nicht-erklärte Streuung, d.h. die Varianz der Kosten innerhalb einer DRG.

$$\frac{1}{n} \sum_{i=1}^p \sum_{j=1}^{n_i} (x_{ij} - \bar{x})^2 = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^p n_i (\bar{x}_i - \bar{x})^2 + \frac{1}{n} \sum_{i=1}^p \sum_{j=1}^{n_i} (x_{ij} - \bar{x}_i)^2$$

Streuung gesamt
Erklärte Streuung
Nicht erklärte Streuung

Mit:

\bar{x}_{ij} : Kosten des Falls j in der DRG i

\bar{x}_i : mittlere Kosten der DRG i

n_i : Anzahl Fälle in der DRG i

\bar{x} : mittlere Kosten über alle Fälle

n : Anzahl Fälle

Der R²-Koeffizient ergibt sich durch die Division der erklärten Streuung durch die gesamte Streuung:

$$R^2 = \frac{\text{erklärte Streuung}}{\text{Gesamte Streuung}}$$

Der R²-Koeffizient bewegt sich zwischen 0 und 1. Ein R² gleich 1 bedeutet, dass alle Fälle innerhalb einer DRG dieselben Kosten aufweisen. Die Gesamtabweichung wird alleine durch die Kostenunterschiede zwischen den DRGs erklärt. Ein R² gleich 0 bedeutet, dass der Mittelwert der Kosten aller DRGs gleich ist und die Varianz alleine von Kostenunterschieden innerhalb der DRGs kommt.

Tabelle 5 zeigt das R² der Kalkulationsdaten und der Inlier für SwissDRG Version 7.0 und 8.0, basierend jeweils auf den Daten, welche zur Entwicklung herangezogen wurden. Demnach entspricht die Änderung im R² sowohl dem Effekt der Grouper-Weiterentwicklung als auch dem Dateneffekt. Dies aus dem Grund, dass nicht dieselbe Datengrundlage verwendet wurde.

Tabelle 5: R²-Koeffizient der Kalkulationsdaten 2016 und 2015 (inkl. ANK)

	Version 8.0 Daten 2016	Version 7.0 Daten 2015	Delta
Alle Fälle	0.727	0.701	3.7%
Inlier	0.840	0.825	1.8%

Die Tabelle 6 zeigt dieselbe Analyse, basierend auf den Daten 2016, sowohl für Version 7.0, als auch Version 8.0. Demnach zeigt Tabelle 6 den reinen Effekt der Grouper-Weiterentwicklung auf das R². Die Inlier-Menge wird dabei nach Version 8.0 abgegrenzt und dieselbe Menge auch für die Auswertungen nach Version 7.0 verwendet. Dies wurde schon in vergangenen Auswertungen so gehandhabt um die Vergleichbarkeit zwischen den Versionen zu erhalten.

Tabelle 6: R²-Koeffizient - Effekt der Grouper-Weiterentwicklung (Kalkulationsdaten 2016, inkl. ANK)

	Version 8.0 Daten 2016	Version 7.0 Daten 2016	Delta
Alle Fälle	0.727	0.705	3.1%
Inlier (gemäss 8.0)	0.840	0.820	2.4%

Bemerkung:

Das R² ist ein technischer Parameter, der zur Verbesserung und Weiterentwicklung der Gruppierung herangezogen wird. Es handelt sich um eine statistische Angabe der Qualität der Gruppierung, nicht aber der Qualität einer darauf basierenden Vergütung. Es gibt keine direkte Beziehung zwischen diesem Wert und der Vergütungsgerechtigkeit.