



Änderungen in SwissDRG Version 12.0 gegenüber Version 11.0

- Datenerhebung
- Datenbearbeitung
- Grouperentwicklung
- Berechnungsmethode

Inhaltsverzeichnis

EINLEITUNG.....	2
1. DATENERHEBUNG	2
1.1. MEDIZINISCHEN KODIERUNG.....	2
1.2. ERFASSUNG TEURER MEDIKAMENTE UND SUBSTANZEN	2
1.3. DETAILERHEBUNG	2
2. DATENBEARBEITUNG	3
2.1. FALLKOSTENDATEI	3
2.2. BEREINIGUNG AUF BASIS DER KOSTENKOMPONENTEN.....	3
2.3. PLAUSIBILITÄTSPRÜFUNG DER FÄLLE	3
2.4. DATENQUALITÄT DETAILERHEBUNG	4
3. GROUPERENTWICKLUNG	5
3.1. ÜBERSICHT ÜBER DIE ENTWICKLUNGSSCHWERPUNKTE DER VERSION 12.0	5
3.1.1 <i>Intensivmedizin auf einer ICU und IMCU</i>	5
3.1.2 <i>CCL-Matrix</i>	5
3.1.3 <i>Transplantationen solider Organe und hämatopoetischer Stammzellen</i>	5
3.1.4 <i>Neugeborene und Pädiatrie</i>	6
3.1.5 <i>Palliative Care</i>	7
3.2. ÜBERARBEITUNG DER DRG-KLASSIFIKATION	8
3.2.1 <i>MDC-übergreifende Umbauten Prä-MDC</i>	8
3.2.2 <i>Weitere MDC-übergreifende Umbauten</i>	8
3.2.3 <i>Nervenerkrankungen MDC 01</i>	10
3.2.4 <i>Krankheiten HNO MDC 03</i>	12
3.2.5 <i>Krankheiten der Atmungsorgane MDC 04</i>	12
3.2.6 <i>Krankheiten des Kreislaufsystems MDC 05</i>	12
3.2.7 <i>Krankheiten der Verdauungsorgane MDC 06</i>	14
3.2.8 <i>Krankheiten an hepatobiliärem System und Pankreas MDC 07</i>	14
3.2.9 <i>Krankheiten an Muskel-Skelett-System MDC 08</i>	14
3.2.10. <i>Krankheiten der Harnorgane MDC 11</i>	16
3.2.11. <i>Weibliche Geschlechtsorgane MDC 13</i>	16
3.2.12. <i>Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett MDC 14</i>	18
3.2.13. <i>Neugeborene MDC 15</i>	18
3.2.14. <i>Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe u. des Immunsystems MDC 16</i>	18
3.2.15. <i>Hämatologische und solide Neubildungen MDC 17</i>	19
3.2.16. <i>Zusatzentgelte – Kostenbereinigung</i>	19
3.2.17. <i>Neue Zusatzentgelte</i>	19
3.2. ÜBERSICHT ZUM ANTRAGSVERFAHREN.....	21
3.3. FAZIT.....	22
4. BERECHNUNGSMETHODE	23
4.1. ERMITTLUNG DER KOSTENGEWICHTE	23
4.2. BERECHNUNG DER BEZUGSGRÖSSE	23
4.3. BERECHNUNG DER ZU- UND ABSCHLÄGE	23
ANHANG A: KENNZAHLEN DER SYSTEMENTWICKLUNG.....	24
EINLEITUNG.....	24
DATENGRUNDLAGE.....	24
ANZAHL DRG.....	25
SYSTEMGÜTE.....	25

Einleitung

Das folgende Dokument zeigt die Änderungen im Bearbeitungsprozess zur Erstellung der Tarifstruktur, die zwischen der Version 12.0 (Daten 2019) und der Version 11.0 (Daten 2019) 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 12.0 eingereicht wurden. Die detaillierten Angaben zu den verschiedenen Punkten können den entsprechenden Dokumenten entnommen werden.

Grundlage für die Entwicklung der SwissDRG-Version 12.0 / 2023 waren die Spitaldaten des Jahres 2019 und die gelieferten Detailerhebungen des Jahres 2020.

1. Datenerhebung

Der Verwaltungsrat der SwissDRG AG hat beschlossen, die Kosten- und Leistungsdaten des Jahres 2020 nicht zur Systemweiterentwicklung zu verwenden. Die Daten des Jahres 2020 weisen Veränderungen in Bezug auf Fallzahlen, Leistungsspektrum und fallbezogene Kosten auf, die sich ausserhalb der üblichen Schwankungen bewegen. Die fehlende Abgrenzung zwischen COVID-bedingten und davon unabhängigen Ausprägungen würde zu Verzerrungen in der Tarifstruktur führen.

Mit den Daten 2019 wird die Weiterentwicklung fortgesetzt und eine Version 12.0 kalkuliert inklusive einer Zusatzentgelt Bewertung basierend auf den gelieferten Detailerhebungen der Daten 2020.

Folglich gab es keine grundsätzlichen Anpassungen an der Datenerhebung.

1.1. Medizinischen Kodierung

Für das Datenjahr 2019 waren folgende Klassifikationen gültig:

- ICD10 GM 2018
- CHOP 2019

1.2. Erfassung teurer Medikamente und Substanzen

Die Liste der in der Medizinischen Statistik erfassbaren Medikamente/Substanzen wurde für die Daten 2020 überarbeitet und Wirkstoffe hinzugefügt sowie entfernt. Für die Tarifentwicklung wurden jedoch die Substanzen der Liste des Jahres 2019 verwendet. Die von den Spitälern gelieferten Substanzen und Mengenangaben des Jahres 2019 wurden bei der Entwicklung und Bereinigung der Zusatzentgelte mit den Kosten aus der Detailerhebung 2020 bewertet.

1.3. Detailerhebung

Die Liste der teuren Medikamente, Implantate und Verfahren der Detailerhebung wurde angepasst. Es waren nur kleinere Anpassungen wie beispielsweise die Angleichung der abgefragten CHOP-Kodes an die neue Version nötig. Es wurden keine neuen Registerblätter hinzugefügt. Die Zusatzentgelte wurden mit Hilfe der Kostendaten des Jahres 2020 weiterentwickelt. Zudem wurden die Medikamenten-Preisdaten unter anderem mit Hilfe der Spezialitätenlisten 2021 und 2022 plausibilisiert.

2. Datenbearbeitung

Der Prozess der Datenbearbeitung wird im Dokument Vorgaben Daten 2019 in Teil B dargestellt. Der Prozess wurde im Vergleich zur Vorversion leicht überarbeitet. Wie auch schon in den Vorjahren wurde die Plausibilitätsprüfung der Fälle an die neuen Klassifikationen angepasst und weiterentwickelt.

2.1. Fallkostendatei

Die Spitäler mussten die Kostendaten 2019 im Format mit 80 Spalten liefern (siehe Anhang D von Teil A).

2.2. Bereinigung auf Basis der Kostenkomponenten

Analog zur Vorversion wurden die Kosten in der Version 12.0 ausschliesslich auf Basis der einzelnen Kostenkomponenten bereinigt. Konkret bedeutet dies, dass der zu bereinigende Betrag nicht von den Gesamtkosten abgezogen wird, sondern die Kosten dort bereinigt werden, wo sie tatsächlich angefallen sind. Da die Gesamtkosten aus der Summe der einzelnen Kostenkomponenten gebildet werden, hat auch diese Bereinigung einen Einfluss auf die Gesamtkosten. Damit wird eine bessere Vergleichbarkeit der Kostenkomponenten gewährleistet, da beispielsweise Kosten für Zusatzentgelte direkt auf den betroffenen Kostenkomponenten selbst bereinigt werden (z.B. Medikamente, Implantate).

Nach der Identifizierung zusatzentgeltberechtigter Fälle wird der zu bereinigende Betrag pro Fall ermittelt. Dieser Betrag beruht auf der Bewertung der Zusatzentgelte und der im Leistungsdatensatz angegebenen Informationen (z.B. Dosis bei Medikamenten, Dauer der kontinuierlichen Dialyse). Der ermittelte Betrag wird im Anschluss auf der jeweils betroffenen Kostenkomponente abgezogen. Hierzu werden auch Informationen der Spitäler aus dem Fragebogen der Datenlieferung verwendet. Dies sind Angaben über die Verbuchung von zusatzentgeltrelevanten Kosten für verschiedene Verfahren.

Alle Spitäler weisen entweder keine Kosten für Forschung und universitäre Lehre (FuL) auf oder bereinigen die angefallenen Kosten intern vor der Lieferung der Daten an die SwissDRG AG. Es musste keine Bereinigung seitens SwissDRG AG durchgeführt werden.

2.3. Plausibilitätsprüfung der Fälle

Im Rahmen der Datenlieferung der Daten 2019 wurden die Daten eines jeden Spitals einer Plausibilitätsprüfung unterzogen, um systematische Fehler bei der Datenerfassung zu erkennen und mutmasslich fehlerhafte Fälle zu identifizieren. Die Ergebnisse der Tests wurden den Spitalern über eine gesicherte, spitalindividuelle Schnittstelle zur Verfügung gestellt. Die frühzeitige Rückmeldung an die Spitäler ermöglicht allfällige Fallkorrekturen sowie eine Neulieferung im Rahmen der regulären Lieferfrist und trägt so zu einer Verbesserung der Datenqualität bei. Zudem wird den Spitalern via Kommentarfunktion ermöglicht, Erklärungen zu den aufgefallenen Fällen abzugeben. Die SwissDRG AG sucht regelmässig mit einzelnen Spitalern das vertiefte Gespräch, um systematische Probleme zu erläutern und für die Qualität der gelieferten Daten zu sensibilisieren.

Aufgrund der Verwendung der Daten 2019, wurden die Daten 2019 nicht nochmals beim Datenupload plausibilisiert. Es wurden jedoch die bestehende Plausibilitätsprüfungen verfeinert und neue Plausibilitätsprüfungen eingeführt, die für zukünftige Datenlieferungen genutzt werden.

Verbesserte Plausibilitätsprüfungen wurden zudem im weiteren Bereinigungsprozess auf die Daten 2019 angewandt. Für die SwissDRG Version 12.0 konnten darüber hinaus umfangreichere Plausibilitätsprüfungen auf Einzelfallbasis umgesetzt werden. Dadurch kam es zum Einschluss von Fällen, die in der SwissDRG Version 11.0 nicht verwendet wurden sowie zum Ausschluss unplausibler Fälle, die noch

in der Kalkulationsbasis der Vorversion enthalten waren. Die Weiterentwicklung erhöhte somit die Datenqualität, wenngleich sich das Mengengerüst aller verwendeten Fälle kaum verändert hat.

2.4. Datenqualität Detailerhebung

Grundsätzlich muss zur Verwendung einer gelieferten Detailerhebung mindestens 1 Fall dieses Spitals vorliegen, um diesen Preis bei der Kalkulation zu berücksichtigen. Seitens der SwissDRG AG werden die Detailerhebungen hinsichtlich der Medikamente darauf hin geprüft, dass zu allen gelieferten Fällen mit Medikamenten auch entsprechende Detailangaben vorhanden sind und umgekehrt. Bei den Implantaten ist dies leider nicht möglich, da diese nicht eindeutig den CHOP-Codes zugewiesen werden können. Weiter ist zu bemerken, dass einige Leistungen nur von ganz wenigen Spitälern angeboten werden. Bei den Verfahren ist eine komplexe Kostenkalkulation im Spital nötig, diesen Aufwand in der gewünschten Qualität zu leisten, ist für viele Spitäler schwierig.

Bei den Medikamenten ist zusätzlich zu erwähnen, dass viele der Zusatzentgelte dem SL-Preis entsprechen und dort auch viele Spitäler diesen Preis ausweisen. Diese werden im Dokument zu den Detailangaben der Zusatzentgelte gekennzeichnet. Zudem enthält das Dokument zu den Detailangaben neu die gewünschten statistischen Verteilungsmasse (Quantile, Mittelwert, Standardabweichung) der gelieferten Preisdaten. Durch die regelmässige Anpassung der SL-Liste sind die bei der Erhebung gültigen Preise nicht mehr zwingend aktuell. Die gelieferten Preise werden deshalb mehrmals mit der SL-Liste verglichen.

Einzelne Spitäler liefern Preise, die offensichtlich dem SL-Preis ohne MwSt. entsprechen. Die SwissDRG AG weist die Spitäler darauf hin, doch können im Anschluss diese Preise nicht verwendet werden. Gleiches gilt auch, wenn anstatt des Preises der Packung derjenige der einzelnen Tablette oder Phiole erfasst wird. Im Rahmen der unmittelbaren Rückmeldungen zur Detailerhebung werden Spitäler auf zu hohe, zu geringe oder stark veränderte Preise (verglichen mit der SL-Liste oder dem Vorjahr) aufmerksam gemacht. Dies ermöglicht es den Spitälern, dass die Datenqualität in der nächsten Detailerhebung weiter steigt.

3. Grouperentwicklung

3.1. Übersicht über die Entwicklungsschwerpunkte der Version 12.0

Im Hinblick auf die Entwicklungsschwerpunkte ist die Abbildung aufwendiger Fälle die sowohl auf einer Intensiv- als auch Intermediate Care Station behandelt werden, zu nennen. Aufgrund erneuter intensiver Analysen der Daten und zahlreicher Anwender Hinweise konnte die Abbildung für bestimmte Fälle mit einer aufwendigen Diagnostik, für Fälle der Neugeborenen und Kindermedizin sowie für Transplantationen verbessert werden. Weitere Analysen aufwendiger Fälle mit bestimmten Nebendiagnosen mündeten in einer Weiterentwicklung der CC-Matrix verbunden mit zusätzlichen PCCL Splits. Erneut stand auch die palliativmedizinische Komplexbehandlung im Fokus der Weiterentwicklung.

3.1.1 Intensivmedizin auf einer ICU und IMCU

Analysen zeigten eine Abbildungsschwäche für wenige Fälle mit einem Kurzaufenthalt (tiefen Aufwandspunkten) sowohl auf der Intensivstation als auch Intermediate Care. Diese Fallkonstellationen konnten in Verbindung mit dem «step down / step up» Verfahren systemübergreifend in 4 weiteren MDCs verbessert abgebildet werden:

- MDC 01: Aufnahme in den Split für die DRG B36B mit «*Intensivmedizinischer Komplexbehandlung >196/360 Aufwandspunkte und IMC Komplexbehandlung >196/828 Aufwandspunkte*»
- MDC 04: In Basis DRG E90 «*Intensivmedizinischer Komplexbehandlung >196/119 Aufwandspunkte und IMC Komplexbehandlung >196/119 Aufwandspunkte*»
- MDC 06: In Basis DRG G37 «*Intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 184 Aufwandspunkte und IMC Komplexbehandlung >184 Aufwandspunkte*»
- MDC 15: Aufnahme in den Split für die DRG P02A «*Intensivmedizinischer Komplexbehandlung >392 Aufwandspunkte und IMC Komplexbehandlung >588 Aufwandspunkte*»

3.1.2 CCL-Matrix

Eine Weiterführung der Arbeiten aus Version 11.0 in Bezug auf die CCL-Matrix, Exclusions-Tabellen und PCCL-Splits hat zu erneuter differenzierter Abbildung von aufwendigen Fällen geführt. Im Ergebnis konnten 18 ICD Diagnosen neu in die CCL-Matrix aufgenommen werden, 3 Diagnosen-Kodes wurden aufgewertet und 2 Kodes abgewertet. Des Weiteren konnten 11 zusätzliche PCCL Splits etabliert werden, insbesondere auch Aufwertungen für Fälle mit einem PCCL > 5. Insgesamt gewährleisteten diese Anpassungen eine weiterhin zunehmende Differenzierung der Schweregradlogik. Die neu etablierten PCCL-Splits werden unter 3.2 Überarbeitung der DRG-Klassifikation in den entsprechenden MDCs einzeln aufgeführt.

3.1.3 Transplantationen solider Organe und hämatopoetischer Stammzellen

Laut Antragsteller unterscheidet sich die Qualität der Spenderorgane darin, ob eine Spende aufgrund eines primären (DBD) oder sekundärem Hirntod (DCD) erfolgt ist, wodurch die Kosten einer Transplantation massgeblich beeinflusst würden. Es wurde um Prüfung gebeten.

- Fälle sind in den Daten nicht identifizierbar, da kein ICD / CHOP Kode zur Kennzeichnung vorliegt.
- Die Prüfung der Fälle auf Komplikationen hat ergeben, dass Fälle mit einer Lebertransplantation und Dialyse in die DRG A01A «*Lebertransplantation mit Beatmung > 59 Stunden oder mit Transplantatabstossung oder mit bestimmter anderer Organtransplantation oder Dialyse oder Alter < 16 Jahre*» aufgewertet werden konnten.

Es wurden die Splitbedingungen innerhalb der Basis DRG A04 «Knochenmarktransplantation oder Stammzelltransfusion, allogene» und in der Basis DRG A15 «Knochenmarktransplantation oder Stammzelltransfusion, autolog» überarbeitet. Es zeigte sich, dass die Fallgruppe «Alter <16 Jahre» nicht sachgerecht abgebildet war.

- Ergänzung des Splitkriteriums «Alter < 16 Jahre» für die DRG A15A erwies sich als sachgerecht.
- Zur gleichwertigen Abbildung dieser Fälle, wurde in der Basis DRG A04 eine neue A04A etabliert mit dem Splitkriterium «Alter < 16 Jahre».
- Die Bedingung «Komplexbehandlung bei Besiedlung oder Infektion mit multiresistenten Erregern, mindestens 14 und mehr Behandlungstage» in der A04B wurde durch die «Hochgradig komplexe und intensive Chemotherapie» in Verbindung mit einer «Protektiven Isolierung in einem speziellen Zimmer, mindestens 42 und mehr Behandlungstage», ersetzt
- Ebenfalls konnten Fälle innerhalb der Basis DRG A15 mit der Bedingung «PCCL > 5» bzw. einer «Protektiven Isolierung in einem speziellen Zimmer, mindestens 21 und mehr Behandlungstage», aufgewertet werden.
- Für die DRG A15C zeigten sich Fälle mit einer akuten lymphatischen Leukämie in Verbindung mit einer CAR-T-Zell Therapie als ein sachgerechtes Splitkriterium.
- Damit konnten diese Fälle sachgerecht abgebildet werden.

Es wurde die Prüfung der Abbildung von Fällen mit einer «verzögerten Funktionsaufnahme des Transplantats» in der Basis DRG A17 «Nierentransplantation» beantragt.

- Es erfolgte eine Aufwertung der Fälle mit einer Nierentransplantation und verzögerter Funktionsaufnahme des Transplantates
- Dafür wurden die ICD Codes T86.10 «Akute Funktionsverschlechterung eines Nierentransplantates»; T86.11 «Chronische Funktionsverschlechterung eines Nierentransplantates» und T86.12 «Verzögerte Aufnahme der Transplantatfunktion» in die Splitbedingung der DRG A17A «Nierentransplantation mit postoperativem Versagen des Nierentransplantates oder Alter < 18 Jahre oder ABO-inkompatible Transplantation oder mit schwersten CC oder bestimmte Diagnose» aufgenommen.

Aufgrund eines Hinweises aus dem Antragsverfahren wurden Fälle mit einer Evaluation zur Transplantation in der MDC 08 in der Basis DRG I66 «Andere Erkrankungen des Bindegewebes, mehr als ein Belegungstag» geprüft.

- Es zeigte sich anhand der Daten, dass die Fälle mit einer Evaluation zur Lungentransplantation untervergütet sind. Im Ergebnis wurden diese Fälle in die DRG I66A aufgewertet.

3.1.4 Neugeborene und Pädiatrie

Im Rahmen einer differenzierten Prüfung der Fälle mit einer kostenintensiven Diagnostik fielen auch aufwendige Fälle innerhalb der MDC 15 auf. Es zeigte sich, dass bestimmte Leistungen wie z.B. CHOP Codes 99.A3.11-13 «Komplexe neuropädiatrische Diagnostik ...» und 99.A2.11 «Basisdiagnostik bei unklarem Symptomkomplex bei Kindern, mit genetischer Diagnostik» sowie 99.A5.31 «Komplexe Abklärung bei Verdacht oder Nachweis auf Kindsmisshandlung bzw. Vernachlässigung im Neugeborenen-, Säuglings-, Kindes- und Jugendlichen-Alter» aufgrund des stationären und interdisziplinären Settings und der hohe Interdisziplinarität einen hohen Ressourcenverbrauch aufweisen.

- Im Ergebnis konnten diese Leistungen in die Basis DRGs P05 «Neugeborenes, Aufnahmegegewicht > 1999 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 Aufwandspunkte» und P66 «Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 2000 - 2499 g oder Aufnahmegegewicht > 2499 g mit bestimmten Konstellationen oder bestimmte pädiatrische Diagnostik» aufgewertet werden.

Im Rahmen des Antragsverfahrens wurde um eine Prüfung aller Fälle in der MDC 15 mit Fehlbildungen oder Nekrosen am Verdauungstrakt/ Bauchwand, sowie mehrzeitigen Eingriffen gebeten.

- In einer Analyse DRG innerhalb der MDC 15 bestätigten sich die Angaben des Antragsstellers, dass vor allem Langlieger / Outlierfälle mit mehreren Eingriffen eindeutigen Mehraufwand generieren, der sich auch in den Kosten widerspiegelt
- Neu gruppieren diese Fälle in die Basis DRG P02 mit der Bedingung «*Mehrzeitige Eingriffe*»
- Eine sachgerechte Abbildung kostenintensiver Fälle wird über Aufwandspunkte der Intensiv- und/ oder IMCK- Komplexbehandlung erreicht
- Die alleinige Gruppierungsrelevanz der Beatmungsstunden erwies sich nicht mehr als sachgerecht
- Durch diese Umbauten konnten im Bereich der Outlier aber auch über alle DRGs der MDC 15 eine bessere Homogenität und eine sach- und kostengerechte Abbildung der Fälle erreicht werden

CHOP Codes mit «*Operationen einer Zwerchfellhernie, ...*» waren in der MDC 15 unterschiedlich abgebildet.

- Analysen ergaben, dass dies nicht sachgerecht ist und es erfolgte eine Gleichstellung dieser Codes in der Basis DRG P02 «*Kardiothorakale oder Gefässeingriffe oder mehrzeitiger Eingriff bei Neugeborenen*».

3.1.5 Palliative Care

Wir wurden gebeten in der Basis DRG A97 mit dem Fokus auf Fälle mit einer «*komplexen Prozedur*» oder «*komplizierenden Prozedur*» die Kostenhomogenität zu prüfen. Ebenfalls geprüft werden sollte die Abbildung von Fällen mit einem CHOP Kode aus «*Operative Eingriffe bei hämatologischen und soliden Neubildungen...*» der MDC 17.

- Es konnten Fälle mit einer «*komplexen oder komplizierender Prozedur*» in Verbindung mit einer «*palliativmedizinischen Komplexbehandlung ab 7 Behandlungstage*» in die DRG A97B aufgewertet werden.
- Zusätzlich zeigte sich, dass Fälle in der Basis DRG A93 «*Strahlentherapie, mehr als 8 Bestrahlungen*» häufig auch palliativmedizinische Komplexbehandlungen aufweisen und einen hohen Ressourcenverbrauch haben. Im Ergebnis wurde die Basis DRG A93 in den Split für die DRG A97B, ebenfalls in Verbindung mit einer «*komplexen oder komplizierender Prozedur*», aufgenommen.

Im Rahmen der Prüfung fiel auch auf, dass sich innerhalb der Basis DRG A97 Fälle befanden, welche die Bedingung der DRG R01A «*Operative Eingriffe bei hämatologischen und soliden Neubildungen und mehr als ein Belegungstag mit komplexer oder komplizierender Prozedur und äusserst schwere CC, oder bestimmter Eingriff ...*» erfüllten, jedoch aufgrund der palliativmedizinischen Leistungen nicht in die MDC 17 gruppieren.

- Mit der Aufnahme der DRG R01A als Splitkriterium für die DRG A97B konnte eine verbesserte Abbildung dieser Fälle erzielt werden.
- Zusätzlich wurden auch Fälle mit der Bedingung aus der DRG R01B «*Operative Eingriffe bei hämatologischen und soliden Neubildungen und mehr als ein Belegungstag mit komplexer oder komplizierender Prozedur oder äusserst schwere CC, mit bestimmter Prozedur oder Alter < 18 Jahre*» in die DRG A97E aufgewertet werden.

Ein Antragssteller verweist auf eine Untervergütung von Fällen mit einer palliativmedizinischen Komplexbehandlung und einer gleichzeitigen Komplexbehandlung zur Schmerztherapie.

- Fälle mit einer multimodalen Schmerztherapie in Kombination mit einer palliativmedizinischen Behandlung zeigten sich in der Basis DRG A97 «*Palliativmedizinische Komplexbehandlung ab 7 Behandlungstage*» als sachgerecht abgebildet.
- Jedoch Fälle mit einer gleichzeitigen «*Komplexen Akutschmerzbehandlung ab 14 und mehr Behandlungstage*» wiesen eine Untervergütung auf und werden neu in die DRG A97A aufgewertet.

3.2. Überarbeitung der DRG-Klassifikation

3.2.1. MDC-übergreifende Umbauten Prä-MDC

Eine Vielzahl an MDC-übergreifenden Umbauten innerhalb der Prä-MDC sind bereits unter 3.1 Übersicht über die Entwicklungsschwerpunkte aufgeführt. Dazu zählen Umbauten im Bereich der Transplantationsmedizin sowie die Palliativmedizin.

Strahlentherapie

Nach Bereinigung der Kosten aufgrund der neuen Zusatzentgelte, konnte in den DRGs A93B «*Strahlentherapie, mehr als 19 Bestrahlungen oder äusserst schweren CC*» und A93C «*Strahlentherapie, mehr als 8 Bestrahlungen*» kein Kostenunterschied mehr identifiziert werden.

- Kondensation der DRGs A93C und A93B zu A93B
- Aufnahme der Bedingung «*äusserst schwere CC*» in die neue DRG A93B
- Entfernung der DRG A93D

3.2.2. Weitere MDC-übergreifende Umbauten

Isolierung

Im Rahmen des Antragsverfahrens 2021 wurde um die MDC-übergreifende Prüfung aller Isolationsarten der CHOP Gruppe 99.84 «*Isolierung*» und im Speziellen in der MDC 04 gebeten. Des Weiteren um die konkrete Prüfung auf Aufnahme der CHOP Gruppen 99.84.2 «*Tröpfchenisolation, nach Anzahl BHT*» bis 99.84.5 «*Protektive Isolierung in einem speziellen Zimmer, nach Anzahl BHT*» in der Basis DRG E77 «*Andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane*». Analysen zeigten aber auch, dass Isolationsarten an vielen Stellen keine kostentrennenden Eigenschaften aufweisen. Mittels MDC-übergreifender Analyse-DRG mit multiresistenten Keimen konnten hochteure Fälle in einzelnen DRGs identifiziert werden. Infolge dieser Analysen boten sich ausserdem neue PCCL-Splits an. Mit folgenden Umbauten konnte die Abbildung dieser hochteuren Fälle deutlich verbessert werden:

- CHOP Codes 93.59.51-*53 «*Komplexbehandlung bei Besiedlung oder Infektion mit multiresistenten Erregern,...*» ab 7 BHT gruppieren in die DRGs T60A bis T60C
- CHOP Codes 93.59.52-*53 «*Komplexbehandlung bei Besiedlung oder Infektion mit multiresistenten Erregern,...*» ab 14 BHT gruppieren in die DRG T60A
- Anpassung der Splitbedingungen in der Basis DRG A15 mit einem Kindersplit < 16 Jahre, protektiver Isolation oder einem PCCL Split > 5 für die neue DRG A15A «*Knochenmarktransplantation oder Stammzelltransfusion, autolog, mit schwersten CC oder Alter < 16 Jahre oder bestimmte Isolation*»
- PCCL Split > 5 für die neue DRG A07B «*Beatmung > 499 Stunden mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma oder komplexer Vakuumbehandlung, mit schwersten CC*»
- PCCL Split > 5 für die DRG E36C «*Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196/184 Aufwandspunkte mit komplexer OR-Prozedur oder schwerste CC*»

- PCCL Split > 5 für die DRG F36A «*Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems mit intensivmedizinische Komplexbehandlung > 784/1380 Aufwandspunkte oder hochkomplexem Eingriff und Beatmung > 95 Std. mit bestimmter Konstellation, oder IntK > 392/552 Aufwandspunkte mit komplexer OR-Prozedur oder IntK > 980/1104 Aufwandspunkte oder komplexer Gefässeingriff mit Herz-Lungen-Maschine oder pulmonale Endarteriektomie, und schwerste CC*»
- PCCL Split > 5 für die neue DRG T36A «*Infektiöse und parasitäre Krankheiten mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 980/1104 Aufwandspunkte oder komplexe OR-Prozedur, und schwersten CC*»
- PCCL Split > 3 für die neue DRG T64A «*Andere infektiöse und parasitäre Krankheiten mit äusserst schweren CC, mehr als ein Belegungstag*»
- Hochaufwendige Fälle aus der Basis DRG W01 mit einem PCCL > 5 gruppieren neu in die DRG W36Z «*Polytrauma, intensivmedizinische Komplexbehandlung > 980/1104 Aufwandspunkte oder neurologische Frührehabilitation ab 14 BT oder bestimmte Konstellation mit schwersten CC*»

Ein-Belegungstag-DRGs

Ein Antragsteller wies auf eine zwingende Überprüfung der Ein- Belegungstage-Fälle unter Berücksichtigung bestimmter Prozeduren MDC übergreifend hin.

- Analysen bestätigten Untervergütungen in einzelnen DRGs. Durch folgende Umbauten konnte eine sachgerechte Abbildung hochaufwendiger Fälle mit einem Belegungstag erreicht werden:
- Neue Splitbedingung in der Basis DRG G86, dadurch Aufwertung von Fällen, welche als Hauptdiagnose einen «*Abszess in der Anal- und Rektalregion*» aufweisen. Diese gehen nun in die DRG G86A «*Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane und komplizierende Diagnose, ein Belegungstag*»
- Neue Splitbedingung in der Basis DRG N86. Fälle mit einer «*Entzündlichen Krankheit an Vulva und Vagina*» gruppieren in die neue N86A «*Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane und komplizierende Diagnose, ein Belegungstag*»
- Neue Splitbedingung in der Basis DRG T86. Fälle mit einer «*Sepsis*» und Verlegung nach 1 BT gehen in die neue T86A «*Infektiöse und parasitäre Krankheiten mit Sepsis und verlegt, ein Belegungstag*»
- Neue Splitbedingung in der Basis DRG Z86, Fälle mit der ND «*Zustand nach Organtransplantation*» gruppieren in die neue DRG Z86A «*Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und andere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens und Zustand nach Organtransplantation, ein Belegungstag*»

Vakuumbehandlung und Débridement

Analysen haben ergeben, dass die OR Tabelle in der Globalen Funktion «*Vakuumbehandlung*» mit der Auflistung der «*Débridement, nach Lokalisation*» nicht vollständig ist.

- Anhand der Daten konnten die beiden CHOP Codes 77.67.20 «*Débridement an Tibia*» und 77.67.21 «*Débridement an Fibula*» in der Tabelle ergänzt werden.
- Der CHOP Code 77.66.20 «*Débridement an der Patella*» hingegen konnten nicht aufgenommen werden.
- Sachgerechte Abbildung dieser Fälle.

Gastrointestinale Eingriffe

In der OR Tabelle der Globalen Funktion «*komplexe OR Prozeduren*» sind bestimmten GIT-Eingriffe nicht aufgeführt.

- Es erfolgte die Aufnahme fehlender CHOP Codes 44.31.1- «*Proximaler Magenbypass,...*»; 44.31.4- «*Roux-en-Y-Magenbypass,...*»; 45.97.1- «*Neuanlage einer Fusspunktanastomose am Dünndarm,...*»
- Damit sind die Fälle sachgerecht abgebildet

3.2.3. Nervenerkrankungen MDC 01

Fälle mit einer Spastik an der Hand z.B. nach einer Hirnverletzung bei Trauma, Schädigung des oberen Motoneurons oder zervikalen RM-Verletzungen und einer «*Komplexbehandlung an der Hand*» sind laut Antragsteller generell in der Tarifstruktur untervergütet. Es wurde um Prüfung zur Etablierung einer eigenen Basis DRG mit Split anhand der Behandlungstage gebeten.

- Die Analysen zeigten keine generelle Untervergütung dieser Fälle.
- Fälle in der Basis DRG B71 «*Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven, ...*» weisen jedoch einen hohen Ressourcenverbrauch auf
- Aufnahme der Splitbedingung «*Komplexbehandlung an der Hand, ab 7 Behandlungstage*» in die DRG B71B und damit sachgerechte Abbildung dieser Fälle in der MDC 01
- Für die Etablierung einer eigenen Basis DRG ist die Fallzahl zu gering und die Abbildung in der Tarifstruktur zurzeit sachgerecht

In einem Antrag wurde darauf hingewiesen, dass der ICD Kode G40.9 «*Epilepsie ohne nähere Angaben*» höher bewertet wird, als die genau definierten und besonderen Hauptdiagnosen und es wurde um eine Prüfung der Grouperlogik gebeten.

- Die Analysen bestätigten eine Übervergütung dieser Fälle
- Es erfolgte die Aufnahme des ICD Kode G40.9 «*Epilepsie ohne nähere Angaben*» in die Basis DRG B76 «*Anfälle oder Video-EEG oder Komplexbehandlung Epilepsie ab 7 Behandlungstage, mehr als ein Belegungstag*»
- Durch die Aufnahme weiterer ICD Codes G40 «*Epilepsie*» wie G40.09, G40.6, G40.7 und G41.9 in die Basis DRG B76 konnte die medizinische Homogenität in der Basis DRG B76 gesteigert und eine sachgerechte Abbildung der Fälle erreicht werden
- Die CHOP Codes 99.A6.1* «*neurologische Komplexdiagnostik...*» gruppieren neu als Einzelbedingung in die B76E oder B76F
- Aufwandsgerechte Abbildung dieser Fälle in der B76

Ein Antragsteller bat um die Aufnahme des CHOP Codes 93.89.1J «*Neurologisch- neurochirurgische Frührehabilitation, bis 6 BHT*» für die DRG B70A.

- Dieser CHOP Code eignet sich nicht als kostentrennende Variable, da keine Mindestangabe von BHT besteht und somit kein Kostenunterschied erkennbar ist
- Analysen zeigten aber, dass Fälle mit schweren bis sehr schweren motorischen Funktionseinschränkungen (ICD Codes U50.4 und U60.5) und einem Frührehabilitations- Barthel- Index ab 76 Punkten (ICD Codes U52.2 und U52.3) in der DRG B70C nicht sachgerecht abgebildet sind
- Fälle gehen nun in die DRG B70A «*Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls > 72 Std., mit komplizierender Diagnose oder schwere motorische Funktionsstörung oder äussert schwere CC, mehr als ein Belegungstag*»

Analysen zeigten, dass die Splitbedingungen in der DRG B03A nicht mehr sachgerecht sind.

- Neue Zuordnung der Fälle mit Kindern < 16 Jahre in eine neue DRG B03B «*Operative Eingriffe bei Para-/ Tetraplegie, zerebrale Erkrankung und Eingriffe bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie, Neuropathie oder Eingriffe an WS und RM, Alter < 16 Jahre*»

- Die sachgerechte Abbildung aller Fälle in der Basis DRG B03 «Operative Eingriffe bei Para- / Tetraplegie, zerebrale Erkrankung und Eingriffe bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie, Neuropathie, oder Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark» konnte damit verbessert werden

In einem Antrag wurde um die Überprüfung des CHOP Codes 03.6 «Lösung von Adhäsionen an Rückenmark und Nervenwurzeln» in Kombination mit ICD Kode G95.0 «Syringomyelie und Syringobulbie» als Haupt- oder Nebendiagnose gebeten.

- Analysen bestätigten eine Untervergütung dieser Fallkonstellation in der DRG B03C
- Aufnahme des CHOP Kode 03.6 «Lösung von Adhäsionen an Rückenmark und Nervenwurzeln» in Tabelle B03-5 für die DRG B03C «Operative Eingriffe bei Para- / Tetraplegie, zerebrale Erkrankung und Eingriffe bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie, Neuropathie oder Eingriffe an WS und RM, und komplizierende Prozedur, Alter > 15 Jahre»
- Kostengerechte Abbildung dieser Fälle in der neuen DRG B03C

Ein Antragsteller bat um Prüfung einer weiteren DRG innerhalb der Basis DRG B81 «Vaskuläre Myelopathien oder andere Erkrankungen des Nervensystems, mehr als ein Belegungstag» mit Fällen, welche als Hauptdiagnose F03 «Nicht näher bezeichnete Demenz» oder F01.9 «Vaskuläre Demenz, nicht näher bezeichnet» aufweisen, da sie in der DRG B81C untervergütet sind.

- Anhand des Antrages wurden verschiedene Konstellationen geprüft und simuliert
- Es waren keine Mehrkosten im Zusammenhang mit denen vom Antragsteller genannten Diagnosen erkennbar und somit erfolgte auch keine Aufwertung
- Im Rahmen der Analysen fielen aber Mehrkosten bei Fällen mit einem PCCL > 3 auf
- Neu gehen Fälle mit einem PCCL > 3 in die DRG B81B «Vaskuläre Myelopathien oder andere Erkrankungen des Nervensystems mit komplexer Diagnose oder neurologische Komplexdiagnostik oder äusserst schwere CC, mehr als ein Belegungstag, Alter > 15 Jahre»
- Verbesserung der Abbildungen in der Basis DRG B81

Ein Antragsteller beschrieb, dass es zur Abwertung von endovaskulären intrakraniellen Eingriffen bei gleichzeitig durchgeführten extrakraniellen Eingriffen kommt.

- Analysen bestätigten eine nicht sachgerechte Abbildung von Fällen mit gleichzeitig durchgeführten endovaskulären Eingriffen an intra- und extrakraniellen Gefässen
- Gleichzeitig fielen Prozeduren auf, welche in der Tabelle für endovaskuläre intrakranielle Eingriffe nicht abgebildet sind
- Aufnahme aller CHOP Codes aus der CHOP Gruppe 39.72.1 «Selektive Embolisation von intrakraniellen Gefässen» in die Tabelle für endovaskuläre intrakranielle Eingriffe
- Zusätzliches Splitkriterium mit endovaskulären Eingriffen an intra- und extrakraniellen Gefässen für die Basis DRG B01 «Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems oder Epilepsiechirurgie mit invasivem präoperativem Video-EEG oder extra- und intrakranielle Eingriffe»
- Fälle mit endovaskulären Eingriffen an intra- und extrakraniellen Gefässen und einer intensivmedizinischen Komplexbehandlung gruppieren in die DRG B01A «Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren oder extra- und intrakranielle Eingriffe bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196/184 Aufwandspunkte»
- Der Split für die DRG B20D konnte aufgrund der geringen Fallzahlen nicht mehr aufrechterhalten werden, weshalb die ehemaligen DRGs B20D und B20E kondensiert wurden und eine neue DRG B20D «Bestimmte oder komplexe intrakranielle Eingriffe oder grosse Wirbelsäulen-Operation» gebildet wurde

Im Rahmen des Antragsverfahrens wurde um die Überprüfung der Grupperlogik in der Basis DRG B70 «Apoplexie» gebeten. Laut Antragsteller reduziert die neurologische Komplexbehandlung das

Kostengewicht. Fälle mit Apoplexie, mit komplizierender Diagnose oder schweren motorischen Funktionseinschränkungen und einer neurologischen Komplexbehandlung sind untervergütet.

- Analysen zeigten keine Untervergütung dieser Fallkonstellationen
- Im Rahmen der Analysen zeigte sich aber eine Übervergütung von Fällen mit Thrombolyse und einem Belegungstag in der DRG B70I
- Neu gruppieren diese Fälle in die DRG B70J «*Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls > 23 Std. bis < 48 Std. oder Thrombolyse, ein Belegungstag*»

Bisher waren Tuberkuloseerkrankungen, welche das Nervensystem betreffen, wie alle anderen Tbc-Erkrankungen in der MDC 04 «*Atmungsorgane*» abgebildet.

- Aufgrund der medizinischen Homogenität wurden die vier ICD Codes in die MDC 01 «*Nervensystem*» und in die Basis DRG B72 «*Infektion des Nervensystems ausser Virusmeningitis*» aufgenommen
 - A17.0 «*Tuberkulöse Meningitis*»
 - A17.1 «*Meningeales Tuberkulom*»
 - A17.8 «*Sonstige Tuberkulose des Nervensystems*»
 - A17.9 «*Tuberkulose des Nervensystems, nicht näher bezeichnet*»
- Diese Diagnosen sind in der MDC 01 damit sach- und aufwandsgerecht abgebildet

3.2.4. Krankheiten HNO MDC 03

Aufgrund eines Antrags wurde in der DRG D13 «*Tonsillektomie oder Adenektomie ausser bei bösartiger Neubildung*» das Splitkriterium der Mehrzeitigkeit geprüft.

- Es hat sich gezeigt, dass Fälle mit mehrzeitigen Eingriffen deutliche Mehrkosten aufweisen. Aus diesem Grund wurde eine neue D13A mit dem Splitkriterium der mehrzeitigen Eingriffe eingeführt; die Fälle sind dort nun sachgerecht abgebildet

3.2.5. Krankheiten der Atmungsorgane MDC 04

Ein Antragsteller wies auf die Untervergütung von Fällen in der DRG E65C «*Chronisch- obstruktive Atemwegserkrankung mit starrer Bronchoskopie, mehr als ein BT*» hin und bat um eine Aufwertung mittels PCCL-Splits oder Umgruppierung in die E64B.

- In den Analysen konnte kein Kostentrenner in der E65C eruiert werden
- Jedoch waren Mehrkosten in der DRG E65E mit einem PCCL > 2 erkennbar
- Die DRG E65E wurde gesplittet und Fälle mit einem PCCL > 2 gruppieren in die neue DRG E65E «*Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankungen mit schweren CC und Alter > 15 Jahre, mehr als ein BT*»
- Sachgerechte Abbildung dieser Fälle

Im Rahmen des Antragsverfahrens wurde um die Überprüfung von untervergüteten Fällen in den DRGs E77C, E77D und E77E oder die Aufwertung einzelner ICD Codes «*Pneumonien*» gebeten.

- Analysen zeigten eine Untervergütung von Fällen mit einem PCCL > 4
- Ein PCCL Split > 4 wurde für die E77A «*Andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit komplizierender Diagnose ... oder schwerste CC, mehr als ein BT*» eingefügt

3.2.6. Krankheiten des Kreislaufsystems MDC 05

Der CHOP Kode 38.15.30 «*Endarteriektomie der A. pulmonalis*» wurde von einem Antragsteller als hochaufwendig beschrieben, da dieser Eingriff unter totalem Kreislaufstillstand (CHOP Codes für

extrakorporelle Zirkulation < 26 °C siehe unten) zu erfolgen hat. Bis anhin war der Eingriff in der DRG F37 «*Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems mit IntK > 184 Aufwandspunkte oder IMC Komplexbehandlung > 196 / 360 Aufwandspunkte*» abgebildet, wo er gemäss Antragsteller nicht aufwandsgerecht vergütet wird.

- Analysen konnten Mehrkosten bei dieser Konstellation bestätigen
- Aufnahme des Kodes 38.15.30 «*Endarteriektomie der A. pulmonalis*» in Kombination mit den untenstehenden CHOP Kodes für extrakorporelle Zirkulation < 26 °C in die Basis DRG F36
 - 39.61.13 «*Konventionelle extrakorporelle Zirkulation (ECC) unter tiefer Hypothermie (20 bis unter 26 °C)*»
 - 39.61.14 «*Konventionelle extrakorporelle Zirkulation (ECC) unter profunder Hypothermie (unter 20 °C)*»
- Aufnahme des CHOP Kodes 38.15.30 «*Endarteriektomie der A. pulmonalis*» alleinstehend in die F36B «*Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems mit IntK > 392/552 Aufwandspunkte mit komplexer OR-Prozedur oder IntK > 980/1104 Aufwandspunkte oder komplexer Gefässeingriff mit Herz-Lungen-Maschine oder pulmonale Endarteriektomie*»
- Aufwandsgerechte Abbildung dieser Fälle in der F36B.

Fälle mit einem Kode «*Entfernen einer Klappenprothese sowie Implantation einer Klappenprothese*» mit endovaskulärem oder apikalen Zugang werden nicht gleichwertig abgebildet wie eine «*Implantation eines Klappenprothese*».

- Aufwertung der fehlenden CHOP Kodes 35.H2.2-; 35.H2.3-; 35.H4.2- und 35.H4.3- in die Tabelle der Basis DRG F98 «*Endovaskulärer Herzklappeneingriff*»
- Keine Fallverschiebung, jedoch medizinisch und ökonomisch korrekt, diese Fälle gleich abzubilden wie eine reine «*Implantation einer Klappenprothese*»

Bestimmte Fälle der Basis DRG F98 «*Endovaskulärer Herzklappeneingriff*» und der F51 «*Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta...* » erfüllen trotz deutlicher Kostenunterschiede die Logiken beider Basis DRGs.

- In Version 12.0 sind die CHOP Kodes der Basis DRG F98 in der Logik der Basis DRG F51 aufgenommen. Fälle gruppieren damit dem Ressourcenverbrauch entsprechend in die korrekte Basis DRG

In der MDC 17 «*Hämatologische und solide Neubildungen*» sind Fälle mit einer Hauptdiagnose der ICD Gruppe S35.- «*Verletzung von Blutgefässen...*» nicht sachgerecht abgebildet. Auch in der MDC 21B «*Verletzung, Vergiftung und toxische Wirkungen von Drogen und Medikamenten*» ist die Hauptdiagnose ICD Kode C79.84 «*Sonstige sekundäre bösartige Neubildung des Herzens*» nicht adäquat eingruppiert.

- Entfernung der Hauptdiagnosen aus den MDC 17 und MDC 21B
- Aufnahme der Kodes in die Hauptdiagnosen-Tabelle der MDC 05 und in die Basis DRG F75 «*Andere Krankheiten des Kreislaufsystems, mehr als ein Belegungstag*» in der medizinischen Partition

Eine perkutane transluminale Koronarplastik (PTCA) in Verbindung mit einer intravaskulären Bildgebung 37.2A.11 «*Intravaskuläre Bildgebung der Koronargefässe mittels Ultraschall (IVUS)*» bzw. 37.2A.12 «*Intravaskuläre Bildgebung der Koronargefässe mittels optischer Kohärenztomographie (OCT)*» gruppieren in DRG F24C und sind dort sachgerecht vergütet. Laut Antragsteller soll das Verfahren mittels der «*Rotablation*» noch kostenaufwendiger sein und wurde bei der Aufwertung der Verfahren nicht berücksichtigt.

- Analysen ergaben, dass der CHOP Kode 00.66.30 «Koronarangioplastik [PTCA] durch Rotablation» den anderen Verfahren in der Basis DRG F24 «Perkutane Koronarangioplastie (PTCA)» gleichgestellt werden kann und damit sachgerecht vergütet ist

3.2.7. Krankheiten der Verdauungsorgane MDC 06

Es wurde eine Homogenitätsanalyse in der G12B und G12C beantragt, aufgrund von unzureichend vergüteten Fällen mit aufwendiger Behandlung in eben diesen DRGs. Konkrete Behandlungen wurden nicht benannt.

- Im Rahmen der Analysen konnte eine Fallgruppe identifiziert werden, welche systematisch höhere Kosten und eine längere Verweildauer aufweist. Dabei handelt es sich um Fälle mit bestimmten mehrzeitigen Eingriffen
- Die Bedingungen für die G12A wurden damit erweitert. Die G12A lautet nun «Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen mit komplexer OR-Prozedur und schwere CC, oder geriatrische Akutrehabilitation ab 21 Behandlungstage oder äusserst schwerer CC oder bestimmte mehrzeitige Eingriffe»

3.2.8. Krankheiten an hepatobiliärem System und Pankreas MDC 07

In einem Antrag wurde darauf hingewiesen, dass in der DRG H33Z Fälle mit einer bösartigen Neubildung oder mit schwerer Pankreatitis einen höheren Ressourcenverbrauch aufweisen, als der Durchschnitt aller Fälle in dieser DRG.

- Die Fallanalysen konnten diesen Sachverhalt bestätigen
- Durch einen Split der H33Z kann diesen Fällen zukünftig zu einer aufwandsgerechten Vergütung verholfen werden
- Die neue H33A lautet damit «Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren oder komplexe Vakuumbehandlung oder VAC mit bestimmtem Eingriff oder Eingriff an Pankreas od. Leber mit IntK > 196/360 Aufwandspunkte oder bestimmte IntK mit IMCK Aufwandspunkten, mit BNB od. schwere Pankreatitis»
- Im Zuge dessen zeigte sich auch, dass die Beatmung HMV > 95 Stunden nicht mehr als Aufnahmekriterium in die H33 geeignet ist. Sie konnte ersetzt werden mit den Bedingungen der Basis DRG H01 («Eingriffe an Pankreas und Leber ...») in Verbindung mit den bestehenden IntK > 196/360 Aufwandspunkten
- Die Aufnahmekriterien der Basis DRG H33 wurden zudem erweitert mit einer step-up Logik von bestimmten IntK (>185) und IMCK (<185) Aufwandspunkten

Wir wurden im Antragsverfahren gebeten die Abbildung der Fälle mit dem CHOP Kode 99.B1.1- «Leberkomplexbehandlung, nach Anzahl Behandlungstage» anhand der Daten zu prüfen und gegebenenfalls abzuwerten.

- Die Analysen ergaben ein anderes Bild. Die Fälle wiesen einen hohen Ressourcenverbrauch auf und sind in der Version 11.0 nicht sachgerecht abgebildet
- Die CHOP Codes wurden aus der Basis der DRGs H60 und H87 entfernt. Die Bedingung konnte in die Basis DRG H37 aufgenommen werden. Diese Fälle werden damit sachgerecht abgebildet

3.2.9. Krankheiten an Muskel-Skelett-System MDC 08

Fälle mit einem mehrzeitigen Eingriff sind in den Daten des Antragsstellers aufwendiger als Fälle mit nur einem Eingriff. Es wurde um Prüfung der Abbildung dieser Fälle in der Basis DRG I12 «Knochen-

und Gelenkinfektion / -entzündung mit verschiedenen Eingriffen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe» gebeten.

- Anhand der gesamtschweizerischen Daten gibt es kein Anhalt für eine Untervergütung erkennbar
- Jedoch weisen Fälle mit einer «Vakuumbehandlung» höhere Kosten aus
- Aufnahme der Splitbedingung für die DRG I12B «Knochen- und Gelenkinfektion / -entzündung mit verschiedenen Eingriffen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit schweren CC oder Revision des Kniegelenkes oder Vakuumbehandlung» und damit sachgerechte Abbildung

Ein Antragsteller machte darauf aufmerksam, dass in der Tabelle für die DRG I13B nur der ICD Kode M10.09 «idiopathische Gicht n.n.bz. Lokalisation» abgebildet ist. Gleichzeitig sollte auch die Aufnahme nicht-traumatischer Diagnosen wie primäre oder sekundäre Neubildungen des Knochens, geprüft werden.

- Die Aufnahme von weiteren Codes aus der ICD Gruppe M10.- ergab kein positives Ergebnis für die Fälle in der Basis DRG I13 «Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk»
- Die Entfernung des ICD Codes M10.09 «idiopathische Gicht n.n.bz. Lokalisation» aus der Basis DRG I13 hingegen erwies sich als sachgerecht
- Zusätzlich konnte eine neue Tabelle für die DRG I13B etabliert werden mit den ICD Codes für «bösartige Neubildungen des Bindegewebes»

Fälle mit «präoperativ patientenindividuelle mittels 3D-Bildgebung gefertigte Implantate» CHOP Codes 00.9A.61-64 gruppieren in DRG I15A «Operationen am Hirn- und Gesichtsschädel mit bestimmtem Verfahren, Alter < 16 Jahre». Jedoch Fälle mit einem CHOP Code «Einsetzen eines CAD-Implantats an Hirnschädel / Gesichtsschädel ... » gruppieren in DRG I15B. Laut Kodierungsangaben, ist der CHOP Code 00.9a.6- ein Zusatzkode und darf nicht verwendet werden, wenn die Information bereits im Code enthalten ist.

- Aufnahme der CHOP Codes 02.05.11/20/30 «Einsetzen eines CAD-Implantats an Hirnschädel... » und 76.92.21/31 «Einsetzen von CAD-Implantat an Gesichtsschädel... » in die DRG I15A «Operationen am Hirn- und Gesichtsschädel mit bestimmtem Verfahren, Alter < 16 Jahre»

Im unterjährigen Austausch mit den Anwendern haben wir den Hinweis erhalten, dass der CHOP Kode 79.37.40 «Offene Reposition einer einfachen Fraktur an sonstigen Tarsalia und Metatarsalia mit innerer Knochenfixation» zu hoch bewertet sei.

- Analysen zeigten, dass der Hinweis korrekt ist. Der CHOP Kode wurde aus der Tabelle für die DRG I20A «Eingriffe am Fuss mit mehreren hochkomplexen Eingriffen oder mit hochkomplexem Eingriff mit komplexer Diagnose oder einzeitiger Mehrfacheingriff oder äusserst schwere CC, mehr als ein Belegungstag» entfernt

In einem weiteren Antrag wurde um Überprüfung der Basis DRG I20 «Eingriffe am Fuss» gebeten, da der Antragsteller eine generelle Untervergütung dieser Fälle in seinen Daten sieht. Insbesondere Fälle mit einem Platt-/Hohlfuss und bestimmten aufwendigen Eingriffen wären davon betroffen. Beantragt wurde auch die Prüfung von über 40 CHOP Codes.

- Analysen ergaben keine generelle Untervergütung dieser Fälle
- Die Daten zeigen aus unterschiedlichen Institutionen ein sehr heterogenes Bild sowohl in den Leistungs- als auch Kostendaten
- Jedoch Fälle mit einer ICD Diagnose M21.4 / M21.61 / Q66.5 «Plattfuss» und M21.60 «Hohlfuss» weisen einen hohen Ressourcenverbrauch auf

- Aufwertung des Eingriffs mit einem ICD Kode für «*Plattfuss*» oder «*Hohlfuss*» in Kombination mit bestimmten CHOP Kodes und einem Kode für die Mehrzeitigkeit 84.A1.22/23/24 «*Einzeitige Mehrfacheingriffe an 3 und mehr Mittelfuss- und Zehenstrahlen*» in die DRG I20

Fälle mit einer «*Implantation von vertikalen expandierbaren prothetischen Titanrippen (VEPTR)*» bzw. «*Implantation von mitwachsenden oder expandierenden Systemen, Wirbelsäule (Growing rod)*» sind in der DRG I09B nicht sachgerecht abgebildet.

- Diese CHOP Kodes wurden für die Version 12.0 in die DRG I09A «*Wirbelkörperfusion mit äusserst schweren CC oder komplexem Eingriff oder WK-Ersatz ab 4 Implantaten mit bestimmtem Eingriff oder IntK/IMCK > 196/184 Aufwandspunkte*» aufgewertet

Sondergelenkendoprothesen werden bei ausgedehnten knöchernen Defekten im Gegensatz zu malignen Knochentumoren deutlich untervergütet. Es wurde um Prüfung der Abbildung von «*modularen Prothesen*» gebeten, insbesondere in den Basis DRGs I04 und I12.

- Die beiden CHOP Kodes 81.A1.12 «*Modulare Prothese*» und 81.A1.13 «*Langschaftprothese*» konnten in eine eigene Tabelle aufgenommen werden und in die Splits für die DRGs I04; I43B und I46B aufgewertet werden
- In der Basis DRG I12 zeigte sich in den Daten keinen Anhalt für eine Untervergütung dieser Fälle

Ein Antragsteller wies daraufhin, dass Patienten, welche eine Abklärung zur Lungentransplantation benötigen, aber keine Hauptdiagnose bezüglich der Lunge aufweisen, nicht in die Basis DRG E60 «*Zystische Fibrose (Mukoviszidose) oder andere Lungenerkrankungen mit Evaluation zur Transplantation oder ARDS*» gruppiert werden und untervergütet sind. Es wurden diverse Hauptdiagnosen seitens des Antragstellers aufgeführt.

- Analysen zeigten lediglich eine Untervergütung mit den vom Antragsteller ausgewiesenen Fallkonstellationen in der DRG I66B
- Neu gruppieren diese Fälle in die DRG I66A «*Andere Erkrankungen des Bindegewebes mit äusserst schweren CC oder Evaluation zur Lungentransplantation, mehr als ein Belegungstag*», wo eine kostengerechte Vergütung sichergestellt ist
- Alle anderen, vom Antragsteller genannten Hauptdiagnosen in Kombination mit einer Abklärung zur Lungentransplantation wiesen eine zu geringe Fallzahl auf und konnten nicht berücksichtigt werden

3.2.10. Krankheiten der Harnorgane MDC 11

Es wurde die Homogenitätsprüfung in der L64A im Hinblick auf die CHOP Kodes 57.19.2* «*Sonstige Zystotomie (Sectio alta)*» als Kostentrenner beantragt. Fälle mit diesem Kode gelangen in DRGs ohne operative Partition, z.B. in die Basis DRG L64.

- Die Analysen zeigten, dass diese Fälle hohe OP Saal- und Anästhesiekosten aufweisen. Aus diesem Grund war es angebracht, diese CHOP Kodes analog anderer vergleichbarer Eingriffe in eine operative DRG aufzunehmen
- Die Basis DRG L06 «*Kleine Eingriffe an der Harnblase*» erwies sich als geeignet und die Fälle werden zukünftig dort aufwandsgerecht vergütet

3.2.11. Weibliche Geschlechtsorgane MDC 13

Bisher sind Adhäsio lysen mit unterschiedlichen Zusatzbedingungen aber mit ähnlicher Kostenstruktur über mehrere DRGs verteilt zu finden.

- Sämtliche Peritoneale Adhäsiolysen (offen chirurgisch oder laparoskopisch) werden gebündelt in den beiden Basis DRGs
 - N02 «Eingriffe an Uterus und Adnexen oder Lymphadenektomie bei bösartiger Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane und
 - N05 «Ovariectomien und komplexe Eingriffe an den Tubae uterinae ausser bei bösartiger Neubildung»
- Dort sind die Fälle sachgerecht abgebildet

Ebenso sind bisher die verschiedenen Arten von Lymphknotenentfernungen mit unterschiedlichen Zusatzbedingungen aber ähnlicher Kostenstruktur über mehrere DRGs verteilt zu finden.

- Sämtliche Lymphknotenentfernungen (40.3X.– «Regionale Lymphadenektomie ...», 40.5.– «Radikale Exzision ...» und 40.2.– «Einfache Exzisionen...») werden gebündelt in den (Basis) DRGs und werden dort sachgerecht abgebildet
 - N02B «Eingriffe an Uterus und Adnexen oder Lymphadenektomie bei bösartiger Neubildung an Uterus, Zervix oder Vulva»
 - N04 «Hysterektomie oder andere bestimmte Eingriffe ausser bei bösartiger Neubildung»

Es wurde beantragt, die CHOP Codes 70.4X.20 «Kolpektomie, total» und 70.4X.30 «Kolpektomie, erweitert (radikal)» aufzuwerten, da diese bisher in der DRG N06B nicht ausreichend abgebildet sind.

- Die Codes konnten aus der N06B in die N06A «Komplexe rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen, mit schweren CC oder komplizierender Prozedur» aufgewertet werden
- Sie werden dort sachgerecht vergütet

In einem Antrag wurde die Rekonstruktion des Beckenbodens mit laparoskopischem Zugang als äusserst komplexer und aufwendiger Eingriff beschrieben.

- Es konnten CHOP-Kodes identifiziert werden, welche sich als Kostentrenner eignen, dazu zählen insbesondere rekonstruktive Eingriffe mit Transplantat oder Prothese:
 - 69.22 «Sonstige uterine Suspensionsoperation»
 - 70.53 «Raffung einer Zystozele und Rektozele mit Transplantat oder Prothese»
 - 70.54 «Korrektur einer Zystozele mit Transplantat oder Prothese»
 - 70.55 «Korrektur einer Rektozele mit Transplantat oder Prothese»
 - 70.63 «Konstruktion einer Vagina mit Transplantat oder Prothese»
 - 70.64 «Rekonstruktion der Vagina mit Transplantat oder Prothese»
 - 70.78 «Suspension und Fixation der Vagina mit Transplantat oder Prothese»
- Die Simulationen haben ergeben, dass jedoch die Art des Zugangs, laparoskopisch oder offen chirurgisch zu keinem systematischen Kostenunterschied führt
- Es wurde eine neue DRG N06B «Komplexe rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen mit bestimmtem Eingriff» geschaffen, in der diese Fälle aufwandsgerecht abgebildet werden

Die beiden CHOP Codes 68.29.12 «Exzision oder Destruktion einer Uterusläsion, vaginal» und 68.29.15 «Exzision oder Destruktion einer Uterusläsion, hysteroskopisch» sind in verschiedenen DRGs gruppierrelevant, jedoch medizinisch und kostenmässig gleichwertig.

- Sie wurden in einem Umbau aufgrund medizinischer Homogenität gleichgestellt und beide in die DRG N23Z «Andere rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen» integriert

3.2.12. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett MDC 14

Im Rahmen des Antragswesens 2021 wurde um die Überprüfung der Basis DRG O50 «Stationäre Behandlung vor Entbindung ab 7 Behandlungstage» in Hinblick auf die Kostenunterschiede bei lang andauernder Behandlung vor Entbindung gebeten.

- Die Analyse der Daten 2019 zeigte eine deutliche Untervergütung von Fällen mit stationärer Behandlung vor Entbindung > 56 BHT in der DRG O50A
- Die DRG O50A wurde gesplittet, dadurch ergibt sich eine neue DRG O50A «Stationäre Behandlung vor Entbindung ab 56 Behandlungstage mit bestimmter Konstellation»
- Sachgerechte Abbildung dieser teuren Fälle

Analysen zeigten, dass Prozeduren in Zusammenhang mit einer vaginalen Entbindung unvollständig in der Basis DRG O02 «Vaginale Entbindung mit aufwendigem Eingriff oder bestimmte Prozedur mit bestimmter Diagnose» abgebildet sind.

- Folgende CHOP Codes wurden in die Basis DRG O02, Tabelle O02-5 eingefügt:
 - 70.71 «Naht einer Vaginalverletzung»
 - 70.76 «Hymenalplastik»
 - 70.77 «Suspension und Fixation der Vagina»
 - 70.78 «Suspension und Fixation der Vagina mit Transplantat oder Prothese»
 - 70.79.10 «Sonstige vaginale Kolporrhaphie mit Beckenbodenplastik»
 - 71.71 «Naht einer Verletzung von Vulva oder Perineum»
 - 85.20 «Exzision oder Destruktion von Mammagewebe, n.n.bez.» und
 - 85.21 «Lokale Exzision einer Läsion an der Mamma»
- Dadurch kann eine sachgerechte Abbildung der Fälle und eine Verbesserung der medizinischen Homogenität erreicht werden

3.2.13. Neugeborene MDC 15

Sämtliche Umbauten sind unter dem Entwicklungsschwerpunkt 3.1.4 «Neugeborene und Pädiatrie» aufgeführt.

3.2.14. Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe u. des Immunsystems MDC 16

Ein Antragssteller wies auf eine Untervergütung von Fällen in der Basis DRG Q60 «Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen, mehr als ein Belegungstag» hin und bat um Prüfung, insbesondere auf bestimmte ICDs als ND oder mögliche PCCL Splits.

- In den Analysen konnten den vom Antragsteller aufgeführten ICDs keine kostentrennenden Eigenschaften zugewiesen werden und auch mögliche PCCL Splits führten keine sachgerechte Abbildung hochaufwendiger Fälle herbei
- Stattdessen zeigten die Analysen, dass Fälle mit Alter < 16 Jahre bei kürzerer Liegedauer höhere Tageskosten aufweisen
- Durch ein Split der DRG Q60B und die Aufwertung der Fälle mit «Alter < 16 Jahre» konnte eine bessere Differenzierung und Homogenität innerhalb der DRG Q60 erreicht werden
- Neu gruppieren diese Fälle in die neue DRG Q60B «Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen, Alter < 16 Jahre, mehr als ein Belegungstag»

Fälle mit IMCK Punkten sind in der DRG Q37A «Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems... » zu hoch vergütet.

- Es erfolgte eine Entfernung der Splitbedingung «*IMCK > 196/119 Aufwandspunkte*» aus dem Split für die DRG Q37A
- Die Fälle gruppieren aufwandsgerecht in die DRG Q37B

3.2.15. Hämatologische und solide Neubildungen MDC 17

In der DRG R63D «*Andere akute Leukämie, mehr als ein Belegungstag, Alter < 18 Jahre*» wurde die Unterdeckung von Fällen mit intensiver Chemotherapie beschrieben.

- Infolge der Analysen konnte ein neuer Split der DRG R63D mit dem CHOP Kode 99.25.53 «*Hochgradig komplexen und intensiven Chemotherapie*» umgesetzt werden. Dadurch wird die Homogenität der Kinderfälle verbessert.

Für die Therapie bei Leukämie gibt es verschiedene Gründe für die Wahl eines Port-a-Cath oder Broviac-Katheters. Die Anlage eines Port-a-Cath Katheters 39.9A.11 «*Implantation oder Wechsel eines vollständig implantierbaren Katheterverweilsystems*» und eines Broviac-Katheters 38.93.11 «*Implantation und Wechsel eines venösen Katheterverweilsystems für Langzeitanwendung*» sollten deswegen gleichgestellt werden und gleichermaßen in die DRG R63A führen.

- Es sind keine Unterschiede im Behandlungsaufwand und bei den Kosten erkennbar
- Der Kode 38.93.11 wurde in alle Tabellen aufgenommen, in denen auch der Port-a-Cath-Katheter als Splitbedingung zu Anwendung kommt:
 - Funktion «*Komplizierende Prozeduren*» (→ damit u.a. in die R63A)
 - MDC 09 J11
 - MDC 17 R62A und R65B

Analysen zeigten eine nicht sachgerechte Abbildung bestimmter spezifischer, beziehungsweise komplexer Diagnostikmassnahmen in der MDC 17.

- Betroffen sind vor allem die CHOP Codes 99.A1.11 bis 99.A1.13 «*Komplexdiagnostik bei nicht malignen hämatologischen Erkrankungen...*» und CHOP Codes 99.A0.11 und 99.A0.12 «*Komplexdiagnostik bei malignen hämatologischen Erkrankungen...*»
- Aufnahme und Aufwertung dieser Codes in Funktion «*Komplizierende Prozeduren*»
- Aufwertung dieser Codes durch Gruppierung in die DRG R65A «*Hämatologische und solide Neubildungen mit Komplexdiagnostik bei maligner Erkrankung oder Alter < 18 Jahre, ein Belegungstag*»
- Sachgerechte Abbildung kostenintensiver Diagnostikmassnahmen

3.2.16. Zusatzentgelte – Kostenbereinigung

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

Insgesamt wurde bei 22695 Fällen aus den Kalkulationsdaten eine Kostenbereinigung in den Kostenkomponenten in Höhe von total 104'930'039.90 CHF vorgenommen.

3.2.17. Neue Zusatzentgelte

Folgende Medikamente wurden als Zusatzentgelt neu etabliert:

- Daratumumab (subkutan)

- Trastuzumab und Pertuzumab
- Risdiplam
- Voretigen neparvovec (Luxturna)

Folgende Medikamente wurden als Zusatzentgelt gelöscht:

- Ambrisentan
- Sofosbuvir
- Sofosbuvir und Ledipasvir
- Elbasvir und Grazoprevir

Beim folgenden Zusatzentgelt konnte eine neue Verabreichungsart etabliert werden:

- Abatacept (intrathekal)
- Trastuzumab (intrathekal)
- Plerixafor (intravenös)
- Asparaginase (intravenös)

Eine Erweiterung der Dosisklassen gegen oben wurde bei folgenden Zusatzentgelten vorgenommen:

- Amphotericin B
- Tocilizumab
- Rituximab
- Antithymocytäres Immunglobulin (Kaninchen)
- Blinatumomab
- Asparaginase
- Ibrutinib
- Enzalutamid
- C1-Inhibitor, aus Plasma gewonnen
- Iloprost
- Treprostinil
- Foscarnet
- Venetoclax

Eine Erweiterung der Dosisklassen gegen unten wurde bei folgenden Zusatzentgelten vorgenommen:

- Posaconazol
- Antilymphozytäres Immunglobulin (Pferd)
- Ustekinumab
- Macitentan
- Isavuconazol
- Pazopanib
- Iloprost
- Treprostinil
- Palbociclib
- Venetoclax

Bei folgenden Zusatzentgelten wurden die Dosisklassen verschoben:

- Fibrinogen, human
- Abatacept
- Bosentan
- Tocilizumab

- Ustekinumab
- Posaconazol
- Glucarpidase

Bei folgenden Zusatzentgelten wurden Kinderdosisklassen gegen unten geschaffen oder erweitert:

- Hepatitis-B-Immunglobulin
- Tocilizumab
- Ruxolitinib

Bei folgendem Zusatzentgelt wurde eine Dosisklasse gegen unten gelöscht und gleichzeitig eine Erwachsenen- zu Kinderdosisklasse angepasst:

- Caspofungin

Das Zusatzentgelt «*Implantation einer intravasalen, axialen Pumpe zur Kreislaufunterstützung*» wurde differenziert und wird neu für linksventrikuläre (CHOP 37.6A.41) und rechtsventrikuläre (CHOP 37.6A.42) Pumpen separat berechnet und ausgegeben.

Da die Codes für die folgenden Verfahren im CHOP-Katalog 2020 nach oben ausdifferenziert werden, wurde für die betroffenen Fälle die genaue Stundenanzahl bei den Spitälern nachgefragt. Somit konnten die Daten 2019 für diese Zusatzentgelte bereits korrekt nach CHOP 2020 bereinigt werden. Damit ist die Grundlage gelegt, um eine ausdifferenzierte Abbildung der Zusatzentgelte in der Planungsversion 1.1 zu gewährleisten. Die folgenden Zusatzentgelte sind von dieser Ausdifferenzierung betroffen:

- Extrakorporale Membranoxygenation (ECMO)
- Dauer der Behandlung mit einer intraaortalen Ballonpumpe (IABP)
- Dauer der Behandlung mit einem herzkreislaufunterstützenden System, mit Pumpe, ohne Gasaustauschfunktion, intravasal (inkl. intrakardial)
- Dauer der Behandlung mit einem herzkreislaufunterstützenden System, mit Pumpe, ohne Gasaustauschfunktion, extrakorporal, univentrikulär
- Dauer der Behandlung mit einem herzkreislaufunterstützenden System, mit Pumpe, ohne Gasaustauschfunktion, extrakorporal, biventrikulär
- Dauer der Behandlung mit einem herzkreislaufunterstützenden System, mit Pumpe, ohne Gasaustauschfunktion, intrakorporal, uni- und biventrikulär

Daneben wurden keine Zusatzentgelte bei den Verfahren, Blutprodukten, Implantaten oder Herzen gestrichen oder neu definiert.

3.2 Übersicht zum Antragsverfahren

Im Rahmen des Antragsverfahrens wurden im Jahr 2021 insgesamt 108 Anträge zur Weiterentwicklung des SwissDRG - Fallpauschalensystems gestellt. Davon wurden 48 Anträge umgesetzt. Das entspricht einer Umsetzungsquote von 47%. Diese vergleichsweise niedrige Quote lässt sich erklären, da ein Teil der Anträge auf Basis des CHOP Katalogs 2020 gestellt wurde, welche aufgrund der verwendeten Daten 2019 nicht rechenbar sind oder Anträge für Zusatzentgelte gestellt wurden, welche mit den Daten 2019 nicht bearbeitet werden konnten. Zudem wurden Anträge aus dem Jahr 2020 erneut gestellt, welche aufgrund der unveränderten Datenlage nicht umgesetzt werden konnten.

3.3 Fazit

Mit Entwicklung der SwissDRG Version 12.0 wurde eine differenzierte Tarifstruktur erarbeitet, deren Anwendung eine sachgerechte leistungsbezogene Vergütung entsprechend der Fallschwere über alle Spitalkategorien hinweg erlaubt. Obwohl die Version 12.0 ebenfalls auf der Datengrundlage des Jahres 2019 entwickelt wurde, konnten mit den Umbauten Verbesserungen in der Abbildung in einzelnen MDCs sowie eine Erhöhung der Gesamtsystemgüte erreicht werden.

Grundlage dafür waren wiederum Umbauten zur verbesserten Abbildung aufwendiger Fälle im Bereich der Intensivmedizin sowie der Transplantation solider Organe und hämatopoetischer Stammzellen. Intensiv wurde die Zuordnung der Fälle mit einer Behandlung multiresistenter Erreger geprüft. Diese Simulationen mündeten in einer Weiterentwicklung der CC-Matrix für die ICD Codes U80 - U85 «Infektionserreger mit Resistenzen gegen bestimmte Antibiotika oder Chemotherapeutika» verbunden mit zusätzlichen PCCL Splits für hochaufwendige Fälle mit schwersten Komorbiditäten. Innerhalb der MDC 18B «Infektiöse und parasitäre Erkrankungen» wurden Fälle mit einer Komplexbehandlung bei Besiedlung oder Infektion mit multiresistenten Erregern aufgewertet (DRGs T60A und T60C).

4. Berechnungsmethode

Die detaillierte Berechnungsmethode ist dem Dokument „Berechnungsmethode“ zu entnehmen. Die Berechnungsmethodik der Version 12.0, verglichen mit der Berechnungsmethodik der Version 11.0, bleibt unverändert.

4.1. Ermittlung der Kostengewichte

Für die SwissDRG Version 12.0 wurden im Ergebnis 1077 DRG auf der Grundlage von Schweizer Daten kalkuliert.

Für 23 DRG wurde aufgrund geringer Fallzahlen zusätzlich auf die Daten aus dem Vorjahr zurückgegriffen. Für 6 weitere DRG wurden Fälle aus drei Datenjahren berücksichtigt (2019/2018/2017). Die Fälle aus den Vorjahren konnten nur dann herangezogen werden, falls eine klare Abgrenzung in den Vorjahres-Daten möglich war. Diese Bedingung wird insbesondere dann erfüllt, falls kein Umbau in den betroffenen DRG vorgenommen wurde.

4.2. Berechnung der Bezugsgrösse

Die Fallzahl der SwissDRG-Datenerhebung (die Erhebung 2020 der Daten 2019 umfasst 92.4% 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 12.0 der Summe der effektiven Kostengewichte dieser Fälle gruppiert mit der Version 11.0 entspricht:

$$\text{Casemix}_{\text{Version 12.0}}^{\text{Daten 2019}} = \text{Casemix}_{\text{Version 11.0}}^{\text{Daten 2019}}$$

Die Bezugsgrösse für die SwissDRG Version 12.0 beträgt 10'314 CHF. Für die Version 11.0 wurde eine Bezugsgrösse von 10'275 CHF ermittelt.

4.3. Berechnung der Zu- und Abschläge

Die Berechnung der Zu- und Abschläge für die Version 12.0 erfolgt nach derselben Methode wie für die Version 11.0.

Bei 556 DRG wurde von der üblichen Methode zur Berechnung der Zuschläge für High Outlier abgewichen. Bei diesen DRG 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 (der Grenzkostenfaktor wird von 0.7 auf 1.0 erhöht).

Für Version 12.0 ergeben sich 190 implizite Einbelegungstag-DRG, gegenüber 189 impliziten Einbelegungstag-DRG für die Version 11.0.

Anhang A: Kennzahlen der Systementwicklung

Einleitung

Im folgenden Anhang werden die wichtigsten Kennzahlen, wie z.B. die Datenerosion zur Systementwicklung der SwissDRG-Tarifstruktur Version 12.0 dargelegt.

Datengrundlage

Für die Version 12.0 wurden wie bereits für die Version 11.0 die Daten 2019 verwendet. Die Gesamtdaten der medizinischen Statistik des Bundesamtes für Statistik enthielten die Daten von 182 akutsomatischen Spitälern. Die Stichprobe der SwissDRG-Netzwerkspitäler beträgt 141.

Tabelle 1: Anzahl der Spitäler

	Version 12.0 Daten 2019	Version 11.0 Daten 2019	Version 10.0 Daten 2018
Netzwerkspitaler	141	141	131
Gesamtdaten	182	182	176

Insgesamt wurden mit der Datenlieferung der Netzwerkspitaler 1'182'252 SwissDRG-relevante Fälle übermittelt, das entspricht 92.4% der Schweizer akutsomatischen Fälle.

Tabelle 2: Anzahl gelieferter Fälle

		Version 12.0 Daten 2019	Version 11.0 Daten 2019	Version 10.0 Daten 2018
Netzwerkspitaler	<i>Geliefert</i>	1'190'448	1'190'448	1'176'405
	<i>SwissDRG-Anwendungsbereich</i>	1'182'252	1'182'252	1'172'590
Gesamtdaten	<i>Geliefert</i>	1'279'234	1'279'234	1'339'647
	<i>SwissDRG-Anwendungsbereich</i>	1'278'953	1'278'953	1'278'241

Von den gelieferten Fällen wurden für die Version 12.0 24'830 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 können. Für die Version 11.0 wurden 24'933 private und halbprivate Fälle ausgeschlossen.

Während der Plausibilisierungsphase wurden 85'728 Fälle (7.4% des Datensatzes vor Plausibilisierung) als unplausibel identifiziert. Unter anderem wurden 6 Spitäler/Kliniken komplett ausgeschlossen. Zudem wurden bei diversen Spitälern klar abgrenzbare Teilausschlusse vorgenommen. Die plausibilisierten Daten entsprechen der Datengrundlage für die Entwicklung der SwissDRG Tarifstruktur 12.0. Damit konnten 90.0% der an die SwissDRG AG gelieferten Fälle für die Weiterentwicklung der Tarifstruktur verwendet werden.

Die Berechnung der Kostengewichte für die Version 12.0 basierte auf 1'070'953 Fällen aus dem Jahr 2019 zuzüglich 940 Fällen aus dem Jahr 2018 und 122 Fällen aus dem Jahr 2017.

Tabelle 3: Datenerosion

Gesamtdaten	SwissDRG Erhebung	
1'279'234	1'190'448	gelieferte Fälle
↓	↓	- Psychiatrie / Rehabilitation - Ambulante Fälle - Austritt ausserhalb der Erhebungsperiode
1'278'953	1'182'252	Fälle im Anwendungsbereich (inkl. Geburtshäuser)
	↓	- nicht verwendbare, private Fälle - Fälle ohne Vollkosten
	1'156'681	Datensatz vor Plausibilisierung
	↓	- Plausibilisierung der Fälle (inkl. Gesamtlöschung von 6 Spitälern)
	1'070'953	Plausible Fälle 2019 (Kalkulationsdaten)
		+ 940 Fälle aus Daten 2018 + 122 Fälle aus Daten 2017

} Systementwicklung

Anzahl DRG

Tabelle 4: Anzahl DRG und Zusatzentgelte

	Version 12.0 Daten 2019*	Version 11.0 Daten 2019	Version 10.0 Daten 2018
DRG gesamt	1077	1063	1068
Abrechenbare DRG	1073	1059	1064
DRG für Geburtshäuser	8	8	8
DRG unbewertet, Anlage 1	0	0	0
Zusatzentgelte bewertet, Anlage 2	156	156	135
Zusatzentgelte unbewertet, Anlage 3	1	1	1

*Für die Weiterentwicklung der Zusatzentgelte wurden die Daten 2020 verwendet.

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 DRG.
- 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:

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

p : Anzahl DRG

Der R^2 -Koeffizient ergibt sich durch die Division der erklärten Streuung durch die gesamte Streuung:

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

Der R^2 -Koeffizient bewegt sich zwischen 0 und 1. Ein R^2 gleich 1 bedeutet, dass alle Fälle innerhalb einer DRG dieselben Kosten aufweisen. Die Gesamtabweichung wird alleine durch die Kostenunterschiede zwischen den DRG erklärt. Ein R^2 gleich 0 bedeutet, dass der Mittelwert der Kosten aller DRG gleich ist und die Varianz alleine von Kostenunterschieden innerhalb der DRG kommt.

Tabelle 5 zeigt das R^2 der Kalkulationsdaten und der Inlier für SwissDRG Version 10.0, 11.0 und 12.0, basierend jeweils auf den Daten 2019. Demnach zeigt Tabelle 5 den reinen Effekt der Grupper-Weiterentwicklung auf das R^2 .

Tabelle 5: R^2 -Koeffizient der Kalkulationsdaten 2019

Grouperversion	Datenjahr	Alle Fälle	Inlier (gemäss V12.0)
V12.0	2019	0.757	0.854
V11.0	2019	0.755	0.851
V10.0	2019	0.716	0.812

Bemerkung:

Das R^2 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.