



Änderungen in SwissDRG Version 13.0 gegenüber Version 12.0

- Datenerhebung
- Datenbearbeitung
- Grouperentwicklung
- Berechnungsmethode

Inhaltsverzeichnis

EINLEITUNG.....	3
1. DATENERHEBUNG	3
1.1. ANPASSUNG DER MEDIZINISCHEN KODIERUNG	3
1.2. ERFASSUNG TEURER MEDIKAMENTE UND SUBSTANZEN	3
1.3. DETAILERHEBUNG	3
2. DATENBEARBEITUNG	4
2.1. FALLKOSTENDATEI	4
2.2. BEREINIGUNG AUF BASIS DER KOSTENKOMPONENTEN	4
2.3. PLAUSIBILITÄTSPRÜFUNG DER FÄLLE	4
2.4. DATENQUALITÄT DETAILERHEBUNG	4
3. GROUPEMENTWICKLUNG	6
3.1. ÜBERSICHT ÜBER DIE ENTWICKLUNGSSCHWERPUNKTE DER VERSION 13.0	6
3.1.1. Weiterentwicklung der Abbildung der Intensivmedizin.....	6
3.1.2. Paraplegiologie	12
3.1.3. CC-Matrix	14
3.1.4. Anpassungen der Kalkulationsmethodik.....	15
3.2. ÜBERARBEITUNG DER DRG-KLASSIFIKATION	15
3.2.1. Hochaufwendige Fälle.....	15
3.2.2. MDC-übergreifende Umbauten Prä-MDC	16
3.2.3. Weitere MDC übergreifende Umbauten	17
3.2.4. Nervenerkrankungen MDC 01.....	21
3.2.5. Krankheiten HNO MDC 03.....	23
3.2.6. Krankheiten der Atmungsorgane MDC 04	23
3.2.7. Krankheiten des Kreislaufsystems MDC 05	24
3.2.8. Krankheiten der Verdauungsorgane MDC 06.....	26
3.2.9. Krankheiten an hepatobiliärem System und Pankreas MDC 07.....	28
3.2.10. Krankheiten an Muskel-Skelett-System MDC 08	29
3.2.11. Krankheiten an Haut und Mamma MDC 09	32
3.2.12. Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten MDC 10.....	33
3.2.13. Krankheiten der Harnorgane MDC 11	33
3.2.14. Männliche Geschlechtsorgane MDC 12	34
3.2.15. Weibliche Geschlechtsorgane MDC 13	34
3.2.16. Neugeborene MDC 15	35
3.2.17. Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe u. des Immunsystems MDC 16.....	36
3.2.18. Hämatologische und solide Neubildungen MDC 17	36
3.2.19. HIV MDC 18A	37
3.2.20. Infektiöse und parasitäre Krankheiten MDC 18B	37
3.2.21. Psychische Krankheiten MDC 19.....	37
3.2.22. Polytrauma MDC 21A	37
3.2.23. Verletzungen, Vergiftungen u. toxische Wirkung v. Drogen u. Medikamenten MDC 21B.....	38
3.2.24. Zusatzentgelte – Kostenbereinigung	38
3.2.25. Zusatzentgelte – Änderungen.....	38
3.3. ÜBERSICHT ZUM ANTRAGSVERFAHREN	40
3.4. FAZIT.....	40
4. BERECHNUNGSMETHODE	41
4.1. ERMITTLUNG DER KOSTENGEWICHTE	41
4.2. BERECHNUNG DER BEZUGSGRÖSSE	41
4.3. BERECHNUNG DER ZU- UND ABSCHLÄGE	41



ANHANG A: KENNZAHLEN DER SYSTEMENTWICKLUNG.....	43
EINLEITUNG.....	43
DATENGRUNDLAGE.....	43
ANZAHL DRG.....	44
SYSTEMGÜTE.....	44

Einleitung

Das folgende Dokument zeigt die Änderungen im Bearbeitungsprozess zur Erstellung der Tarifstruktur, die zwischen der Version 13.0 (Daten 2021) und der Version 12.0 (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 13.0 eingereicht wurden. Die detaillierten Angaben zu den verschiedenen Punkten können den entsprechenden Dokumenten entnommen werden.

1. Datenerhebung

Im Gegensatz zum Vorjahr konnten die Kosten- und Leistungsdaten des Jahres 2021 zur Systemweiterentwicklung verwendet werden. Dabei wurde die Datenerhebung hinsichtlich der im Jahr 2021 gültigen Kodierinstrumente angepasst. Zudem wird die Detailerhebung der Kosten für teure Medikamente, Implantate, Verfahren, Blutprodukte und andere Prozeduren laufend weiterentwickelt.

1.1. Anpassung der medizinischen Kodierung

Für das Datenjahr 2021 waren folgende Klassifikationen gültig:

- ICD10 GM 2021
- CHOP 2021

1.2. Erfassung teurer Medikamente und Substanzen

Die Liste der in der Medizinischen Statistik erfassbaren Medikamente/Substanzen wurde für die Daten 2021 überarbeitet und Wirkstoffe hinzugefügt sowie entfernt.

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 Codes an die neue Version nötig. Es wurden für den akutstationären Bereich keine Registerblätter hinzugefügt oder gelöscht. Die Zusatzentgelte wurden mit Hilfe der Kostendaten des Jahres 2021 weiterentwickelt. Zudem wurden die Medikamenten-Preisdaten unter anderem mit Hilfe der Spezialitätenlisten 2022 und 2023 plausibilisiert.

2. Datenbearbeitung

Der Prozess der Datenbearbeitung wird im Dokument Vorgaben Daten 2021 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 2021 analog zum Vorjahr 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 13.0 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 zur Systementwicklung verwendeten 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 2021 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.

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 immer eindeutig den CHOP Codes zugewiesen werden können. Weiter ist zu bemerken, dass einige Leistungen nur von ganz wenigen Spitalern

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. Auf die Verwendung der SL-Preise wird im Dokument zu den Detailangaben der Zusatzentgelte hingewiesen. Zudem enthält das Dokument zu den Detailangaben weitere 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. In Einzelfällen wurden die Preise der Vorversion (Version 12.0) bei der Kalkulation berücksichtigt, falls nur wenige Datensätze vorhanden waren.

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 Spitalern, dass die Datenqualität in der nächsten Detailerhebung weiter steigt.

Insgesamt kann festgehalten werden, dass sich die Datenqualität aufgrund der beschriebenen Massnahmen stetig verbessert. Um diese Entwicklung hin zu einer besseren Datenqualität weiter voranzutreiben, stehen wir in ständigem Austausch mit den Spitalern. Zudem werden die jährlich an die SwissDRG AG gelieferten Daten einer strengen Prüfung unterzogen. Die Aufbereitung des finalen, verwendeten Datensatzes wird stets kritisch hinterfragt und jährlich weiterentwickelt.

3. Grouperentwicklung

3.1. Übersicht über die Entwicklungsschwerpunkte der Version 13.0

Hauptschwerpunkt der Weiterentwicklung war eine umfassende Überarbeitung der Abbildung intensivmedizinischer Behandlungsfälle. Besonders im Fokus stand dabei die Ablösung der Beatmungstunden als gruppierungsrelevantes Merkmal. Damit wurde ebenfalls die Abbildung hochaufwendiger Fälle verbessert.

Aufgrund intensiver Analysen der Fall- und Kostendaten sowie zahlreicher Anwenderhinweise konnte die Abbildungsgüte der paraplegiologischen Behandlungsfälle verbessert werden.

Wiederum wurde die Weiterentwicklung für den Bereich der Kindermedizin vorangetrieben und ebenfalls die CC-Matrix umfangreich überarbeitet.

Die Defizitfälle wurden wiederholt einer ausgedehnten Analyse unterzogen. Zusätzlich konnten aufgrund einer DRG individuellen Betrachtung der Abweichung von Kosten und hypothetischer Vergütung im Verhältnis der Kostenstreuung Fälle identifiziert werden, die Abbildungsschwächen aufwiesen. Daraus folgend wurden insbesondere für Patienten mit mehrzeitigen Operationen oder Vakuumtherapien verbesserte Abbildungsmöglichkeiten geschaffen.

Die Kalkulationsmethodik wurde einer intensiven Überprüfung unterzogen und angepasst.

3.1.1. Weiterentwicklung der Abbildung der Intensivmedizin

Bereits auf Daten des Jahres 2019 wurden in enger Abstimmung mit der Fachgesellschaft für Intensivmedizin tiefgreifende Analysen mit dem Ziel durchgeführt, zukünftig auf die Beatmungstunden als gruppierungsrelevantes Merkmal zu verzichten. Gründe für diese Simulationen lagen zum einen in der Weiterentwicklung der intensivmedizinischen Behandlungsmethoden, zum anderen wurde es zunehmend schwieriger, die Kodierrichtlinien zur Erfassung der Beatmungstunden ohne Interpretationsspielraum zu formulieren. Es resultierten viele Nachfragen der Kostenträger. Ebenfalls werden die Beatmungstunden über die Erfassung der Aufwandspunkte für die intensivmedizinische Komplexbehandlung abgebildet.

Es zeigte sich, dass die Behandlungsfälle über die Aufwandspunkte der intensivmedizinischen Komplexbehandlung sachgerecht abgebildet werden können, ein Verzicht auf die Beatmungstunden in den DRG-Logiken erwies sich als sinnvoll. Nachdem sich dieses Ergebnis auch auf Basis der Daten des Jahres 2021 bestätigte, wurden die DRGs zur Abbildung der Intensivmedizin MDC übergreifend umfassend überarbeitet. Dazu waren insgesamt mehr als 1000 Simulationen notwendig. Die Logiken für die Beatmungstunden in den DRGs wurden schrittweise entfernt und bei Bedarf neue Logikelemente etabliert.

Die beschriebene Problematik der zu wenig ausdifferenzierten Aufwandspunkte der ICU- und IMCU-Komplexbehandlung für Neugeborene und Kinder zeichnete sich vor allem bei tieferen Aufwandspunkten ab. Mit der Aufnahme von drei neuen Intervallen in den CHOP Gruppen 99.B7.4* und 5* «*Intensivmedizinische Komplexbehandlung...*» und 99.B8.4* und *5 «*Komplexbehandlung... in einer Intermediate-Care Unit [IMCU]...nach Aufwandspunkten*» für Neugeborene und Kinder ab CHOP Katalog 2022, können auch Fälle mit geringeren Aufwandspunkten besser abgebildet werden. Für die Katalogversion V13.0 wurden in der MDC 04 in der Basis DRG E90, sowie in der MDC 15 in der Basis DRG P60 vorerst Platzhalter mit «*HMV > 24 Std.*» oder «*HMV > 12 Std.*» belassen. Mit der Planungsversion 1 werden diese Platzhalter mit «*IntK NG/Ki > 130 Pkt.*» ersetzt.

Prä-MDC

Vor allem in der Prä-MDC enthielten viele Splitbedingungen «*Beatmung > ... Std.*». Sie wurden wie folgt ersetzt:

- DRG A01A: Die Bedingung «*HMV > 59 Stunden*» wurde ersetzt durch «*IntK > 360 Pkt.*».
- Basis DRG A06: «*HMV > 999 Stunden oder HMV > 499 Stunden mit hochkomplexen bestimmten Konstellationen*» wurde ersetzt mit «*IntK > 2940/3320 Pkt. mit hochkomplexen bestimmten Konstellationen*»
- Die Bedingung «*HMV > 499 Stunden mit hochaufwendigen oder bestimmten Konstellationen*» wurde ersetzt mit «*IntK > 2352/2484 Pkt. mit hochaufwendigen oder bestimmten Konstellationen*».
- Des Weiteren wurden die IMCU-Aufwandspunkte auf «*IMCK > 4900/5520 Pkt.*» erhöht und Anpassungen bei der step down/step up-Logik vorgenommen. In diesen Logiken wurden die ICU-Aufwandspunkte jeweils um einen CHOP Kode herabgesetzt.
- DRG A06A-B: «*HMV > 1499 Stunden*» und «*oder Alter < 16 Jahre*» konnten aufgrund der bereits bestehenden Splitbedingungen ersatzlos gestrichen werden. Die IMCU-Aufwandspunkte konnten ebenfalls ersatzlos gestrichen werden und hatten keine Fallverschiebungen zur Folge.
- Basis DRG A07: «*HMV > 499 Stunden*» wurde gelöscht und dafür die ICU-Aufwandspunkte auf «*IntK > 1470/2208 Pkt.*» herabgesetzt. Neu hinzugefügt wurde die Bedingung «*oder IMCK > 3430/3680 Pkt.*».
- DRG A07A: «*HMV > 499 Stunden mit komplexer Vakuumbehandlung*» wurde ersetzt mit «*IntK > 2058/2484 Pkt. mit komplexer Vakuumbehandlung*». Eine Aufwertung in die DRG A07A erhielten zusätzlich:
 - weitere hochkomplexe Eingriffe, wie z.B. Transplantationen,
 - die Funktion «*Vierzeitige Komplexe OR-Prozeduren*»,
 - «*IMCK > 3430/4600 Pkt.*» und
 - Fälle mit Aufenthalt auf der ICU und IMCU durch die step down/step up-Logik mit «*IntK > 1764/2208 Pkt. mit IMCK > 1470/1932 Pkt.*».
- DRG A07B: Fälle mit «*Hochkomplexer Vakuumbehandlung*» gruppieren neu in die A07B. Aufgrund weiterer intensiver Analysen gruppiert die Splitbedingung «*IntK > 1764/2484 Pkt. od. Alter < 16 Jahre mit schwersten CC*» ebenfalls in die DRG A07B.
- DRG A07C: Intensive Analysen zeigten, dass die nun bestehende DRG A07C und die bisherige DRG A07D kein kostentrennendes Merkmal mehr aufweisen. So wurden diese beiden DRGs zur DRG A07C kondensiert.
- DRG A05A: Die Bedingung «*HMV > 179 Stunden*» wurde mit «*Intk > 1176/1380 Pkt.*» und der step down/step up-Logik «*oder Intk > 980/1140 Pkt. mit IMCK > 392/552 Pkt.*» ersetzt. Des Weiteren wurde die bisherige Bedingung «*od. ECMO mit HMV > 95 bzw. < 500 Stunden oder Intk > 196/552 Pkt.*» ersetzt mit der Bedingung «*od. ECMO mit Intk > 392/552 Pkt.*».
- Basis DRG A11: In der äusserst komplexen Logik dieser Basis DRG wurden alle Logikteile mit HMV-Bedingungen überarbeitet und insgesamt vereinfacht. Die Bedingung «*HMV > 249 Stunden*» wurde gelöscht. Mehrere HMV-Bedingungen, welche in Kombination mit anderen Konstellationen verknüpft waren, wurden ebenfalls gelöscht, bzw. angepasst. So lautet eine der Bedingungen nun «*IntK > 980/1380 Pkt. mit Implantation Herzpumpe oder Komplexe OR-Prozeduren oder Hauptdiagnose Sepsis*». Die Bedingung «*...oder Hauptdiagnose Sepsis*» in Kombination mit den ICU-Aufwandspunkten wurde neu hinzugefügt, da diese Fälle bisher untervergütet waren. Die Bedingung «*HMV < 95 Stunden mit Alter < 16 Jahre oder Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren*» wurde ersetzt mit «*Intk > 784/828 Pkt.*» mit:
 - «*Alter < 16 Jahre*» oder

- «*Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren*» oder
- «*Eingriff an mehreren Lokalisationen*» oder
- «*Vierzeitige bestimmte OR-Prozeduren*».

Bei der Bedingung «*HMV > 95 Stunden mit Intk > 980/1140 Pkt. und Hämatologischen Neubildungen oder Bestimmte OR-Prozeduren mit Komplizierenden Prozeduren Prä-MDC*» wurde die HMV gestrichen. Hinzugefügt wurde die Funktion «*oder Mehrzeitige bestimmte OR-Prozeduren*».

Des Weiteren wurden bestimmte Wirbelsäulen-Eingriffe in Kombination mit ICU-Aufwandspunkten «*Intk > 980/1104 Pkt.*» innerhalb der Basis DRG A11 aufgewertet.

- DRG A11A-B: Hier konnten aufgrund bereits bestehender Splitbedingungen mehrere HMV-Bedingungen ersatzlos gestrichen werden. Aufgrund intensiver Analysen wurden ICU-Aufwandspunkte «*Intk > 784/828 Pkt.*» mit den CHOP Codes 37.69.6* «*Dauer der Behandlung mit einem herzkreislaufunterstützenden System, mit Pumpe, ohne Gasaustauschfunktion, intrakorporal, uni- und biventrikulär, von mehr als 480 Stunden*» neu hinzugefügt und somit aufgewertet.
- DRG A11C: Aufgrund der umfangreichen Umbauten in der Basis DRG A11 und intensiven Analysen zeigte sich, dass der Alterssplit < 6 Jahre für die DRG A11C nicht mehr kostentrennend war und wurde entfernt.

MDC 01

- Basis DRG B90: Die HMV-Bedingung konnte ersatzlos gestrichen werden.
- Aufgrund der Umbauten in der Prä-MDC und den dadurch resultierenden Fallverschiebungen in die Basis DRG B36 waren weitere Umbauten in der MDC 01 nötig.
- DRG B36A: Die ICU-Aufwandspunkte für die B36A wurden auf «*Intk > 1176/1380 Pkt.*» herabgesetzt.
- DRG B36B: Die ICU-Aufwandspunkte für die Neugeborenen und Kindern wurde auf «*Intk NG/Ki > 588 Pkt.*» herabgesetzt.
- Ebenfalls wurde die Rangfolge geändert, so dass die DRG A11B vor der MDC Zuweisung in die DRG B36A abgefragt wird.
- DRG B36C: Die IMCU-Aufwandspunkte für die DRG B36C erwiesen sich nicht mehr als sachgerecht und wurden entfernt.

MDC 04

- Basis DRG E01: Die Bedingung «*Strahlentherapie mit Beatmung > 24 Std.*» wurde ersatzlos gestrichen. Aufgrund der Umbauten in der Prä-MDC und den daraus resultierenden Fallverschiebungen in die MDC 04 waren weitere Analysen und Umbauten in der MDC 04 nötig.
- Basis DRG E36: Die Logik für die Basis DRG E36 wurde mit der Funktion «*Vierzeitige bestimmte OR-Prozeduren*» erweitert.
- DRG E36A: Die Bedingung «*Beatmung > 95 Stunden*» wurde ersetzt mit:
 - oder «*Schwerste CC*»
 - oder «*Vierzeitige bestimmte OR-Prozeduren*»
 - oder «*VAC I*»
 - oder «*KBH bei MRE mehr als 21 BHT*»
 - oder «*Intk > 588/552 Pkt. mit IMCK > 392/552 Pkt.*»
- DRG E36A-B: Für die DRGs E36A und B wurde die Splitbedingung mit den Funktionen «*Mehrzeitige bestimmte OR-Prozeduren*» und «*Komplexe OR-Prozeduren*» erweitert.
- DRG E36C: Aufgrund der Aufwertungen der «*Komplexe OR-Prozeduren*» in die DRG E36B und des PCCL > 5 in die DRG E36A wurden diese Bedingungen für die DRG E36C entfernt. Dafür

gruppieren neu «IntK > 360 Pkt.» oder «IntK > 196/184 Pkt. mit IMCK > 196/184 Pkt.» in die DRG E36C.

- DRG E86A: Im Rahmen der Analysen aufgrund des Umbaus HMV fielen Fälle in der bisherigen Ein-Belegungstag DRG E86A auf, welche untervergütet waren. Die DRG E86A wurde daraufhin gesplittet und nun gruppieren Fälle mit «IntK/IMCK 60-119 Pkt. und verlegt» in die neue DRG E86A.
- Basis DRG E87: Fälle mit «IntK/IMCK 60-119 Pkt.» und mehr als 1 BT gruppieren neu nun in die Basis DRG E87. Aufgrund dessen entstand eine inhomogene Fallgruppe in der DRG E87Z. Diese DRG wurde daraufhin gesplittet. Mit den Splitbedingungen «IntK/IMCK > 119 Pkt. und mehr als 1BT» oder «PCCL > 2» werden die aufwendigen Fälle der DRG E87A zugeordnet und sind dort sachgerecht abgebildet.
- Basis DRG E90: Da erst mit dem CHOP Katalog 2022 eine Abbildung von tieferen ICU- oder IMCU-Aufwandspunkten möglich ist, wurde in der Basis DRG E90 die «Beatmung > 24 Std.» vorerst als Platzhalter für «IntK NG/Ki > 130 Pkt.» in Kombination mit «Alter < 16 Jahre und mehr als 1 BT» belassen.
- DRG E90B: Die Bedingung «Beatmung > 95 Stunden» für die DRG E90B konnte ersatzlos gestrichen werden.

MDC 05

- DRG F36A: Die Bedingung «HMV > 95 Std. mit Intk > 392/552 Pkt. mit komplexer OR-Prozedur oder Intk > 980/1104 Pkt.» wurde ersetzt mit der Bedingung «Komplexe Gefässeingriffe mit ECC».
- In den Analysen zeigte sich, dass Fälle mit hohen ICU-Aufwandspunkten oder mehrzeitigen Prozeduren eine Untervergütung aufweisen. Daraufhin wurde die bisherige DRG F36A gesplittet und neu gruppieren die Bedingungen «Intk > 1176/1380 Pkt.» oder «Intk > 784/828 Pkt. mit mehrzeitige bestimmte OR-Prozeduren» in die neue DRG F36A.

MDC 08

- DRG I12A: Die ICU/IMCU-Aufwandspunkte in der Splitbedingung für die DRG I12A «Knochen- und Gelenkinfektion/-entzündung mit verschiedenen Eingriffen...» wurde von «IntK/IMCK 120-184 Pkt.» auf «IntK/IMCK 120-552 Pkt.» erhöht.
- DRG I87A: Die Bedingung «Beatmung > 24 Std.» wurde ersetzt durch «IntK Erw. 361-552 Pkt.» für die DRG I87A.

MDC 15

- Basis DRG P03: Die Bedingung «Beatmung > 95 Std.» wurde mit der Bedingung «IMCK > 980 Pkt.» aufwandsgerecht ersetzt.
- DRG P03A: Durch das Herabsetzen der ICU-Aufwandspunkte auf «Intk > 1764 Pkt.» konnte die Bedingung «Beatmung > 479 Std.» für die DRG P03A entfernt werden. Zusätzlich wurde die Splitbedingung für die DRG P03A mit «IMCK > 2352 Pkt.» und «oder Intk > 980 Pkt. mit IMCK > 1176 Pkt.» und «oder Intk > 1176 Pkt. mit IMCK > 588 Pkt.» erweitert.
- DRG P03B-C: Aufgrund der Änderung der Splitbedingungen in der Basis DRG P03 und DRG P03A war in den DRGs P03B und P03C kein Kostentrenner mehr ersichtlich. So wurden diese beiden DRGs zur DRG P03B «Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1000-1499g mit signifikanter OR-Prozedur oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 Pkt. oder IMCK > 980 Aufwandspunkte» kondensiert.
- Basis DRG P04: Die Bedingung «Beatmung > 95 Std. oder Intk > 392 Pkt.» wurde ersetzt mit «Intk > 588 Pkt. oder IMCK > 784 Pkt. oder Gestationsalter < 33 Wochen».
- DRG P04A-B: Aufgrund des Umbaus in der Basis DRG P04 wurden die ICU-Aufwandspunkte > 588 Pkt. in die DRG P04B aufgewertet.

- DRG P04A: Die «*Beatmung > 240 Std.*» wurde mit folgenden Bedingungen ersetzt:
 - «*IntK > 980 Pkt.*» oder
 - «*IMCK > 1470 Pkt.*» oder
 - «*IntK < 784 Pkt. mit IMCK > 588 Pkt.*»

- Basis DRG P05: Aufgrund der bereits bestehenden Bedingungen konnten die gruppierungsrelevanten Beatmungsstunden ersatzlos gestrichen werden.
- DRG P05A-C: Mit den Bedingungen «*IntK > 1470 Pkt.*» und «*oder IntK > 196 Pkt. mit IMCK > 392 Pkt.*» konnte die Bedingung «*Beatmung > 95 Std.*» für die DRGs P05A-C ersetzt werden. Zusätzlich wurde die Tabelle «*Signifikante OR-Prozedur*» überarbeitet und angepasst. Bestimmte wenig aufwendige Eingriffe wurden abgewertet.
- DRG P05A: Die «*Beatmung > 240 Std.*» wurde mit folgenden Bedingungen ersetzt:
 - «*IntK > 980 Pkt.*» oder
 - «*IMCK > 1176 Pkt.*»

- Basis DRG P37: Um eine sachgerechte Abbildung von aufwendigen Fällen in der MDC 15 zu erreichen, wurden die ICU-Aufwandspunkte von «*IntK > 4900 Pkt.*» auf «*IntK > 4410 Pkt.*» herabgesetzt. Die IMCU-Aufwandspunkte wurden bei «*IMCK > 4900 Pkt.*» belassen.
- Basis DRG P60: Da erst mit dem CHOP Katalog 2022 eine Abbildung von tieferen ICU- oder IMCU-Aufwandspunkten möglich ist, wurde in der Basis DRG P60 die «*Beatmung > 24 Std.*» auf «*Beatmung > 12 Std.*» herabgesetzt und vorerst als Platzhalter für «*IntK NG/Ki > 130 Pkt.*» belassen.
- DRG P60A-B: Aufgrund von Analysen wurde die Splitbedingung für die DRGs P60A und P60B mit «*Schwere Probleme bei Neugeborenen und aufnahmeverlegt*» erweitert.
- DRG P60C: Aufgrund der oben genannten Umbauten war eine inhomogene Fallgruppe in der P60C erkennbar. Nach zahlreichen Analysen konnte der Kostentrenner identifiziert werden. So wurde die bisherige DRG P60C gesplittet. In die neue DRG P60C gruppieren die Splitbedingungen:
 - «*Eintrittsart Verlegung innerhalb 24 Std.*» oder
 - «*Zuverlegt (aus anderem Spital)*» oder
 - «*Mehrere schwere Probleme beim Neugeborenen*».
 Aufgrund des Splits der DRG P60C wird nun die bisherige P60C zur DRG P60D, welche auch die neue «*Geburtshaus-DRG*» ist.

- Basis DRG P61: Aufgrund der Umbauten in der MDC 15 wurde in der Basis DRG P61 die Splitbedingung mit «*IntK > 2940 Pkt. mit Gestationsalter < 30 Wochen*» erweitert.
- DRG P61A: Für die DRG P61A wurde zusätzlich die step down/step up-Logik «*IntK > 2940 Pkt. mit IMCK > 196 Pkt.*» eingefügt.
- Basis DRG P65: Die «*Beatmung > 24 Std.*» wurde mit der Bedingung «*IMCK > 588 Pkt.*» ersetzt.
- Basis DRG P66: Die gruppierungsrelevanten Beatmungsstunden > 24 Stunden für die DRGs P66A und P66B konnten aufgrund der bereits bestehenden Splitbedingungen ersatzlos entfernt werden.
- Basis DRG P67: Auch in der Basis DRG P67 konnte die Bedingung «*Beatmung > 24 Std.*» aufgrund der bereits bestehenden Bedingungen für die DRG P67A ersatzlos entfernt werden.
- Im Rahmen der zahlreichen und intensiven Analysen und aufgrund eines Antrages wurde die Aufnahme der CHOP Codes 93.9F.12 und 93.9F.22 «*Atmungsunterstützung durch Anwendung von High-flow-Nasenkanülen (HFNC-System) bei...*» in die Funktionen «*Schweres Problem bei Neugeborenen*» und «*Mehrere schwere Probleme bei Neugeborenen*» geprüft. Die

Analysen bestätigten den Mehraufwand und so wurden diese CHOP Codes in die Funktionen aufgenommen.

- In den Analysen war ebenfalls ersichtlich, dass bestimmte Diagnosen keinen Mehraufwand in der MDC 15 generieren und so wurden die ICD Codes:
 - I27.28 «*Sonstige n. bez sekundäre pulmonale Hypertonie*»
 - I27.8 «*Sonstige n. bez. pulmonale Herzkrankheiten*»
 - I27.9 «*Pulmonale Herzkrankheit, n. n. bez.*»
 aus den Funktionen «*Schwere Probleme bei Neugeborenen*» und «*Mehrere Probleme bei Neugeborenen*» entfernt.

MDC 18B

- Basis DRG T36: Die «*Beatmung > 95 Std.*» wurde mit der Bedingung «*IntK > 196/360 Pkt. mit kontinuierlichen Dialysen > 24 Std.*» ersetzt. Mit der Funktion «*Dialyse*» konnten keine sachgerechten Fallverschiebungen erreicht werden. So wurden, wie in den Daten ersichtlich, nur die kontinuierlichen Dialysen in Kombination mit den ICU-Aufwandspunkten für die Basis DRG T36 aufgenommen.
- DRG T36A-B: Hier wurde die Splitbedingung mit «*IntK > 392/828 Pkt. und Dialyse oder Vakuumbehandlung*» ergänzt.
- DRG T36A: In den Analysen zeigten sich Fälle mit mehrzeitigen Eingriffen untervergütet. So wurden diese Fälle mit der Splitbedingung «*IntK > 784/828 Pkt. mit Mehrzeitige bestimmte OR-Prozeduren*» in die DRG T36A aufgewertet.

MDC 21A

- Basis DRG W01: Die Splitbedingung «*Beatmung > 72 Std.*» wurden mit der Bedingung «*IntK > 196/360 Pkt. und OR-Prozedur*» ersetzt. Mit diesem Umbau konnten auch kostenintensive Fälle aus der Basis DRG W61 «*Polytrauma*» in die Basis DRG W01 aufgewertet werden.
- DRG W01A: Die gruppierungsrelevanten Beatmungsstunden > 120 Std. konnten aufgrund der bereits bestehenden Splitbedingungen ersatzlos entfernt werden.
Die Bedingung «*Beatmung > 72 Std. mit IntK > 392/552 Pkt.*» wurde wie folgt ersetzt:
 - «*neurochirurgische Eingriffe*» oder
 - «*Wirbelsäuleneingriffe*» oder
 - «*Mehrzeitige komplexe OR-Prozedur*» oder
 - «*Vierzeitige bestimmte OR-Prozedur*»
- Basis DRG W02: Im Rahmen des Umbaus H MV fielen kostenintensive Fälle in der Basis DRG W02 auf, welche untervergütet waren.
In den Analysen erwiesen sich vor allem Fälle mit mehreren Eingriffen innerhalb einer Hospitalisation als nicht aufwandsgerecht abgebildet.
Die bisherige DRG W02A wurde gesplittet und nun gruppieren diese hochintensiven Fälle mit
 - «*Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren*» oder
 - «*Vierzeitige bestimmte OR-Prozeduren*»
 in die neue DRG W02A «*Polytrauma mit komplizierender Prozedur oder Eingriff an mehreren Lokalisationen oder IMCK > 392/552 Aufwandspunkte und mehrzeitige komplexe oder vierzeitige bestimmte OR-Prozeduren*».
- Basis DRG W60: In der Basis DRG W60 «*Polytrauma, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme*» zeigten sich ebenfalls kostenintensive Fälle.
Mit einem Split der bisherigen DRG W60A mit der Funktion «*Komplexe OR-Prozeduren*» konnten diese Fälle aufgewertet werden.

Ebenfalls aufgewertet wurden «*entlassverlegte*» Fälle in der Basis DRG W60 «*Polytrauma, verstorben oder verlegt < 5 Tage nach Aufnahme*».

- DRG W60B: Für die DRG W60B wurde die Logik «*Intk > 196/119 Pkt.*» mit folgenden Bedingungen erweitert:
 - «*IMCK > 196/119 Pkt.*» oder
 - «*OR-Prozedur*»

- DRG W61A: Aufgrund der Umbauten in der Basis DRG W01 waren weitere Umbauten nötig. So wurden die ICU-Aufwandspunkte für die DRG W61A von «*Intk > 360 Pkt.*» auf «*Intk > 184 Pkt.*» herabgesetzt und «*IMCK > 392/552 Pkt.*» neu hinzugefügt.

MDC 22

- Aufgrund des ersatzlosen Löschens der Beatmungsstunden aus der Funktion «*Schwere Verbrennungen*» waren weitere Umbauten nötig.
- Basis DRG Y02: Für die Basis DRG wurde die Logik «*Intk > 196/184 Pkt.*» neu aufgenommen. Dafür wurde die Bedingung mit ICU-Aufwandspunkten für die DRG Y62B entfernt.
- DRG Y02A: Die Bedingung «*Beatmung > 24 Std.*» wurde entfernt, dafür wurden die ICU-Aufwandspunkte für Erwachsene auf «*Intk > 196/119 Pkt.*» herabgesetzt.
- Aufgrund dieser Umbauten war der Kindersplit «*Alter < 6 Jahre*» für die DRG Y62A nicht mehr kostentrennend und so wurden die DRGs Y62A und Y62B zur DRG Y62A «*Andere Verbrennungen und mehr als ein Belegungstag, Alter < 6 Jahre oder mit grossflächigem Débridement oder schwerer Verbrennung*» kondensiert.

3.1.2. Paraplegiologie

Die Herausforderung der Abbildung von Fällen mit einer paraplegiologischen Komplexbehandlung besteht in der ausgesprochenen Heterogenität dieser Fallmenge. In Abhängigkeit von Höhe und Ausmass der Schädigung des Rückenmarks resultiert ein Funktionsverlust bis hin zu einer vollständigen Bewegungsunfähigkeit der Arme und Beine, der Rumpf- und Atemhilfsmuskulatur sowie ein Ausfall vegetativer Funktionen. Zum einen sind dabei Fälle mit akuter Querschnittslähmung betroffen, die nach der Akutphase eine meist sehr aufwendige und lang andauernde Erstrehabilitation erhalten. Häufig erfolgt diese Rehabilitation im Wechsel mit akutmedizinischen Massnahmen (z.B. Lappenplastiken, Implantation von Neurostimulatoren, Behandlungen von Infektionen).

Zum anderen erfordert eine Querschnittslähmung auch nach der ersten Phase immer wieder Spitalaufenthalte: So können orthopädische Operationen, Eingriffe bzw. Behandlungen aufgrund von Wundliegegeschwüren (sog. Dekubiti) oder auch akuter Erkrankungen zu einem erneuten Klinikaufenthalt mit nachfolgender Rehabilitation führen. Gemein haben diese Fälle, dass durch die Querschnittslähmung und ihre Begleiterkrankungen, unabhängig von allfälligen Eingriffen, ein erhöhter Pflegeaufwand besteht. Zusätzlich muss häufig erneut eine rehabilitative Behandlung der querschnittgelähmten Patienten mit einem interdisziplinären Ansatz (Physiotherapie, Ergotherapie, physikalischer Therapie, Psychologischer Betreuung, Logopädie, Sozialarbeit, etc.) durchgeführt werden, um wieder die individuell höchstmögliche Selbständigkeit und Lebensqualität der Patienten zu erreichen.

Der Aufwand unterscheidet sich insbesondere im Rahmen der Pflege und der erforderlichen rehabilitativen Massnahmen von Fall zu Fall stark.

Der intensive Austausch mit den Paraplegiker-Zentren und gezielte Fallanalysen lieferten neue Hinweise auf problematische Konstellationen. Deshalb wurde die in Version 11.0 geschaffene Basis DRG A46 «*Paraplegiologische Komplexbehandlung*» weiter differenziert. Als kostentrennende Splitkriterien wurden u.a. neu Schädigungen am Halsmark sowie aufwendige operative Eingriffe etabliert.

- Ebenfalls wurden operative und konservative Behandlungsfälle ohne eine paraplegiologische Komplexbehandlung aufgewertet. Infolge von intensiven Analysen und vielfältigen Umbauten und Aufwertungen wurde unter anderem die Basis DRG B61 überarbeitet und weiter differenziert. In den Organ MDCs wurden in vielen DRGs neue und differenzierte Splits mit einer Nebendiagnose «*Querschnittslähmung*» zur sachgerechten Abbildung dieser aufwendigen Behandlungsfälle geschaffen.

Paraplegiologische Komplexbehandlung

Für die DRG A46 wurden die bestehenden Splitkriterien geprüft. Dabei kam es zu Kondensationen und zur Implementierung von neuen kostentrennenden Splitbedingungen.

- Aufgrund fehlender Kostentrennung und ähnlicher Kostenstruktur wurden zwei Kondensationen vorgenommen. Die DRGs A46C und D werden zu A46C und die DRGs A46G und H werden (infolge der vorhergehenden Kondensation) zu A46F zusammengeführt.
- Neue aufgenommene Splitkriterien in der A46:
 - A46A «*IntK > 1470/1380 Pkt.*»
 - A46B «*Funktionale Höhe der Schädigung des Rückenmarks*» (*Halsmarkschädigungen*), «*Pflege-KBH > 100 Pkt.*»
 - A46C «*Pflege-KBH > 50 Pkt.*», «*Bestimmte OR-Prozeduren*»
 - A46E «*Bestimmte OR-Prozedur mit Parapl. KBH < 7 Tage und Dekubitus*», «*KBH an der Hand ab 7 BHT*», «*Stabilisierung oder Stellungskorrektur an der Wirbelsäule*»
 - A46F «*Bestimmte OR-Prozedur mit Parapl. KBH 7-55 BHT*»

Weitere Umbauten, welche die A46 betreffen, wurden umgesetzt:

Fälle mit einer Rückenmarksverletzung, welche gleichzeitig die Bedingung für ein Polytrauma erfüllten, gruppierten bisher in die MDC 21A «*Polytrauma*». Es hatte sich jedoch gezeigt, dass diese Fälle dort nicht aufwandsgerecht vergütet werden.

- Die DRG A46 wurde aus der Polytrauma-Umleitung ausgeschlossen, Fälle gelangen somit in die A46.

Bei Implantation einer Baclofen-Pumpe gruppierten Fälle mit einer paraplegiologischen Komplexbehandlung in die A46, wo sie jedoch schlechter abgebildet waren als in der DRG B22Z «*Implantation einer Medikamentenpumpe*».

- Der CHOP Kode 03.9B.1* «*Implantation oder Wechsel einer vollständig implantierbaren Infusionspumpe*» wurde in die globale Funktion «*Komplexe OR*» aufgenommen und erhält damit eine Aufwertung in die DRG A46B und die A46F.

Weitere Kodes wurden in der globalen Funktion Komplexe OR aufgenommen:

- 58.93.11 «*Implantation eines künstlichen Harnblasensphinkters*» und 86.7A.4* «*Verschiebe-Rotationsplastik, grossflächig*»

Kleinflächige Débridements sind in der Paraplegiologie eine relevante und aufwendige Behandlungsform und gruppieren mehrheitlich in die A46.

- Die Aufnahme der Kodes 86.2A.1* - 3* «*Chirurgisches Débridement, kleinflächig, mittlerer und grosser Ausdehnung*» in die globalen Funktionen Vakuumbehandlung (Komplexe/Hochkomplexe) und in Bestimmte OR-Prozeduren führt zu einer Aufwertung der Fälle in A46C und A46E.

Operative Partition

In die DRG B61 gruppierten bisher Fälle mit bestimmten akuten Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks, ohne Paraplegiologische Komplexbehandlung.

- Neu wurden auch die chronischen Querschnittslähmungen aufgenommen.
- Als Zusatzbedingung wurde das Kriterium «operativer Eingriff» eingeführt.
- Neue und differenziertere Splits ermöglichen eine sachgerechte Abbildung
 - B61A: «...mehrzeitige komplexe OR-Prozedur od. IntK > 392/552 Pkt. od. schwerste CC»
 - B61B: «...vierzeitig bestimmte OR-Prozedur od. mehrfache Eingriffe zur Stabilisierung od. Stellungskorrektur an der Wirbelsäule od. KBH an der Hand» od. IntK/IMCK > 196/119 Pkt. od. schwerste CC»
 - B61C: «...komplexe OR-Prozedur od. Vakuumbehandlung od. mehrzeitig bestimmte OR-Prozedur od. Eingriffe zur Stabilisierung od. Stellungskorrektur an der Wirbelsäule (1-2 Segm.) od. Pflege-KBH ab 51 Pkt.»
 - B61D: «...bestimmte od. komplizierende Prozedur»

Medizinische Partition

Neben operativen Fällen gibt es auch zahlreiche Fälle in der medizinischen Partition. Die DRG B60Z wurde im Hinblick auf eine mögliche Differenzierung aufwändiger Fälle ebenfalls untersucht.

- Als Resultat wurde die DRG B60Z gesplittet.
- Neu gruppieren Fälle mit einer medizinischen Prozedur und mehr als einem Belegungstag in die DRG B60A.

Es zeigte sich, dass auch eine Nebendiagnose aus der Tabelle «Para-/Tetraplegie» auch in den medizinischen DRGs einen höheren Behandlungsaufwand darstellen.

- In sämtlichen MDCs wird in der medizinischen Partition die Diagnosetabelle «Para-/Tetraplegie» als neues Splitkriterium angewendet und damit eine Aufwertung der Fälle herbeigeführt.
 - MDC 01: B66A, B70A, B85A
 - MDC 04: E36C, E71B
 - MDC 05: F73A, F75C
 - MDC 06: G86A
 - MDC 08: I61A, I65A
 - MDC 09: J61A
 - MDC 10: K60C, K64A
 - MDC 11: L18A, L60B, L62A, L63A
 - MDC 16: Q60B
 - MDC 17: R62A
 - MDC 19: U64A
 - MDC 23: Z86A

3.1.3. CC-Matrix

Auch für die Version 13.0 wurden die Arbeiten in Bezug auf die CCL-Matrix, Exklusions-Tabellen und PCCL-Splits weitergeführt und haben zu einer erneut differenzierteren Abbildung von aufwendigen Fällen geführt. Im Rahmen des Antragsverfahren wurden insgesamt 9 Anträge zur Anpassung in der CC-Matrix eingereicht, wovon 8 Anträge weitgehendst umgesetzt und nur 1 Antrag abgelehnt wurde. Insgesamt wurden 17 ICD-Diagnosen neu in die CC-Matrix aufgenommen. 6 ICD-Diagnosen wurden ganz aus der CC-Matrix entfernt und bei 67 ICD-Diagnosen kam es zu einer Auf- bzw. Abwertung je nach Basis DRG. Eine Abwertung von Diagnosen in der CC-Matrix erfuhren 23 Diagnosen in mehr als 3

Basis DRGs und 15 Diagnosen wurden in der CC-Matrix in mehr als 3 Basis DRGs aufgewertet. Die näheren Details sind der Liste der Änderungen in der CC-Matrix zu entnehmen.

Insgesamt wurden 13 neue PCCL-Splits etabliert, vor allem Fälle mit einem PCCL > 2 und PCCL > 4 erhielten eine Aufwertung. Die neu etablierten PCCL-Splits werden unter Punkt 3.2 Überarbeitung der DRG-Klassifikation in den entsprechenden MDCs einzeln aufgeführt.

3.1.4. Anpassungen der Kalkulationsmethodik

Die Haupt-/Differenz-/Mixkosten wurden neu zugeordnet. Bisher wurden alle Anlagenutzungskostenkomponenten als Mixkosten und alle Arztkosten als Differenzkosten behandelt. Das lag insbesondere daran, dass bei der ursprünglichen Zuordnung nur eine Kostenkomponente für die Anlagenutzungskosten (ANK) bzw. weniger stark differenzierte Kostenkomponenten für die Arztkosten existierten. Neu werden die Arzt- und ANK- Kostenkomponenten gleich wie ihre Überkategorie behandelt.

Die Kostenkomponente v103 (Medizinisches Material) wird neu dynamisch pro DRG entweder den Mix- bzw. den Hauptkosten zu geordnet. Hintergrund: In bestimmten DRGs werden Behandlungen durchgeführt, die beispielsweise einen sehr hohen Verbrauch an Kathetern und damit verbunden hohe Materialkosten aufweisen. Diese Leistungen repräsentieren die Hauptleistung der DRG. Werden die Materialkosten als Mixkostenkomponente abgebildet, fließen sie indirekt in die Zuschlags- und Abschlagsberechnung mit ein. Dies führt zu überproportional hohen Zu- und Abschlägen für diese DRGs.

Neu wird eine angepasste Formel für die Berechnung des Tagesverlegungsabschlages berücksichtigt. Dabei wird nicht mehr die mittlere Verweildauer zur Berechnung verwendet, sondern die mittlere Verweildauer – 1 Tag. Somit wird der Tagesverlegungsabschlag um einen Tag nach vorne verschoben. Hintergrund: In den letzten Jahren ist uns aufgefallen, dass der Tagesverlegungsabschlag oft zu einem zu hohen, nicht sachgerechten Abschlag für verlegte Fälle führt. Bisher war die einzige Möglichkeit zur Korrektur, die DRG als Verlegungspauschale zu kennzeichnen. Dies wurde der Problematik jedoch oft nicht gerecht, da es dazu führte, dass die betroffenen Fälle von einer klaren Unterdeckung in eine deutliche Überdeckung gelangten.

3.2. Überarbeitung der DRG-Klassifikation

3.2.1. Hochaufwendige Fälle

Einzel Fall Analysen ergaben, dass besonders aufwendige Fälle in den Basis DRG A07 «Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1470/2208 Aufwandspunkte oder IMCK > 3430/3680 Aufwandspunkte oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 784/828 Aufwandspunkte mit anderen aufwendigen Konstellationen» und Basis DRG A43 «Frührehabilitation bei Wachkoma und Locked-in-Syndrom oder neurologische Frührehabilitation ab 70 BHT oder hochkomplexe Vakuumbehandlung oder IMC Komplexbehandlung > 1764/1932 Aufwandspunkte oder komplexe Vakuumbehandlung mit Alter < 16 Jahre» nicht sachgerecht abgebildet waren.

- Fälle mit einer «hochkomplexen Vakuumbehandlung» konnten in die DRG A07B aufgewertet werden.
- In die Basis der A43 wurden mit der Bedingung «Komplexe Vakuumbehandlung und Alter < 16 Jahre» ebenfalls kostenintensive Fälle besser abgebildet.

Eine intensive Datenbetrachtung zeigte, dass Fälle mit hohen Kosten und langer Verweildauer in den Nebendiagnosen häufig die ICD Codes G20.1- und G20.2- «Primäres Parkinson-Syndrom» aufwiesen.

- Im Ergebnis konnten die ICD Codes in der CC-Matrix aufgewertet werden.
- Zusätzlich wurde eine neue Tabelle mit den ICD Codes erstellt und in die Basis DRGs A95 «Geriatrische Akutrehabilitation», E77 «Infektionen der Atemwege» und L63 «Infektionen der Harnorgane» als weiteres Splitkriterium ergänzt.

3.2.2. MDC-übergreifende Umbauten Prä-MDC

Einzelne MDC-übergreifende Umbauten innerhalb der Prä-MDC sind bereits unter 3.1 Übersicht über die Entwicklungsschwerpunkte aufgeführt.

Palliativmedizinische Komplexbehandlung

Im CHOP Katalog 2020 wurde ein neuer Kode zur Abbildung der *«Basisleistung spezialisierte Palliative Care, nach Anzahl Behandlungstage»*, aufgenommen. Diese Leistung wird erfasst, wenn die Vorgaben für die *«spezialisierte Palliative Care»* erfüllt sind, jedoch die Mindestmerkmale an Therapiezeiten aufgrund der Patientensituation nicht erfüllt werden können. Mit den Daten 2021 wurde es für die Version 13.0 erstmals möglich, den Ressourcenverbrauch für diese Basisleistung zu prüfen.

- Bei Fällen mit einer bösartigen Neubildung in den DRGs B66A, D60A, E71A, E71B, E87A, G60A, H61A, J62A und N60A konnten die CHOP Codes *«Basisleistung spezialisierte Palliative Care ab 7 BHT»* als Splitkriterium aufgenommen werden.
- Eine Abbildung innerhalb der Basis DRG A97 *«Palliativmedizinische Komplexbehandlung ab 7 Behandlungstage»* erwies sich auf Grund der Kosten als nicht angezeigt.

Anhand eines Antrages wurde die Aufnahme der ICD Kode-Gruppe G80.- *«Infantile Zerebralparese»* innerhalb der Basis DRG A97 geprüft.

- Im Ergebnis wurden diese Diagnosekodes in die DRG A97E aufgenommen. Zusätzlich wurde diese Logik um die Bedingung *«äusserst schwere CC»* erweitert.

Bei den Analysen fielen weitere Fallkonstellationen auf, welche einen hohen Ressourcenverbrauch aufwiesen.

- Die Bedingung *«Pflege-Komplexbehandlung ab 31 Aufwandspunkte»* konnte in die DRG A97C aufgewertet werden.
- Durch die Aufnahme komplexer Eingriffe aus den Organbereichen MDC 03 und MDC 06 in die Funktion *«komplexe OR-Prozedur»* konnten diese Fälle innerhalb der Basis DRG A97 aufgewertet werden.

Transplantation solider Organe und hämatopoetischer Stammzellen

Allgemeine Analysen der DRGs zur Kostenhomogenität haben ergeben, dass die Splitkriterien für die DRG A15A *«Knochenmarktransplantation oder Stammzelltransfusion, autolog,»* nicht mehr gut funktionieren.

- In der Version 13.0 gruppieren ausschliesslich Fälle mit *«Alter < 18 Jahre»* in die DRG A15A *«Knochenmarktransplantation oder Stammzelltransfusion, autolog und Alter < 18 Jahre»*.

Fälle mit einer Lebertransplantation oder Sepsis und Aufenthalt auf der IMCU mit entsprechenden Aufwandspunkten sind laut einem Antragsteller in der DRG A90A *«IMC-Komplexbehandlung > 1176/1104 Aufwandspunkte oder...»* untervergütet.

- Analysen bestätigten eine Untervergütung der Lebertransplantationen in der DRG A90A.
- Mit der Änderung der Rangfolge und somit der Abfrage der DRG A01A *«Lebertransplantation mit...»* vor der DRG A90A, konnten die Lebertransplantationen mit IMCU-Aufwandspunkten aufgewertet werden.
- Eine Untervergütung von Fällen mit Hauptdiagnose *«Sepsis»* in der DRG A90A war in den Daten nicht ersichtlich.

Die Splitbedingungen in der Basis DRG A17 *«Nierentransplantation»* waren nicht mehr kostentrennend. Eine Überarbeitung der Splitbedingungen wurde durchgeführt und geprüft.

- Neu gruppieren Fälle mit ICU-Aufwandspunkten > 196/184 Pkt. oder Fälle mit einem PCCL > 4 in die DRG A17A und sind dort sachgerecht abgebildet.

Multimodale Schmerztherapie (MMST)

Fälle aus der MDC 19 «*Psychische Krankheiten und Störungen*» gruppieren in Verbindung mit einer multimodalen Schmerztherapie in die Basis DRG A92 «*Multimodale Schmerztherapie bei bestimmten Krankheiten oder..., ab 7 Behandlungstage ohne OR-Prozedur*», dabei werden Kinder in der MDC 19 ohne eine MMST in der Basis DRG U64 besser gestellt.

Aufnahme des Splitkriteriums «*Alter < 16 Jahre*» in die DRG A92B. Die Kinder konnten somit in den beiden Basis DRGs U64 und A92 gleichgestellt werden.

Geriatrische Akutrehabilitation

Zwei Antragsteller wiesen auf die Untervergütung bestimmter Fälle in der Basis DRG A95 «*Geriatrische Akutrehabilitation*» hin und baten um Prüfung dieser Fälle. Die Datenanalysen ergaben mehrere Umbauten.

- Die Basis DRG I95 «*Implantation einer Tumorendoprothese oder...*» aus der MDC 08 wurde von der Basis DRG A95 ausgeschlossen. Damit gruppieren diese Fälle mit einer geriatrischen Akutrehabilitation weiter in die MDC 08.
- Fälle mit einer «*komplexen Vakuumbehandlung*» werden in die DRG A95A aufgewertet.
- Eine einfache «*Vakuumbehandlung*» konnte in die Logik für die A95B etabliert werden.
- Die «*neurologische Komplexbehandlung ab 24 Std.*» erwies sich als ein guter Kostentrenner für die DRG A95C. Hingegen waren die Fälle mit einer «*schweren motorischen Funktionsstörung*» in der DRG übervergütet und wurden aus dem Split entfernt.
- Das Splitkriterium für die A95D wurde von «*PCCL > 4*» auf «*PCCL > 3*» erweitert.
- Anhand der Kostendaten konnten in der Version 13.0 zweimal die DRG A95D in der Logik abgebildet werden. Die DRG A95G wurde entfernt.

Komplexe Eingriffe

Es zeigte sich, dass Fälle mit mehreren komplexen Eingriffen in der Basis DRG A11 nicht sachgerecht abgebildet sind.

- In den Analysen stellte sich heraus, dass diese Fälle die Mindestpunktzahl an ICU-Aufwandspunkten nicht immer für die DRG A11A erreichen, wo sie aber sachgerecht abgebildet wären.
- So wurden die Splitbedingungen für die DRG A11A mit der Funktion «*Vierzeitige komplexe OR-Prozeduren*» erweitert und somit eine sachgerechte Abbildung dieser Fälle erreicht.

3.2.3. Weitere MDC übergreifende Umbauten

HIV

Über Jahre hinweg zeigte die MDC 18A «*HIV-Infektionen*» immer weiter sinkende Fallzahlen, so dass die Kalkulation für ein pauschalisiertes Tarifsysteem zunehmend erschwert wurde.

- In der Version 13.0 wurde schlussendlich die MDC 18A aus dem Flussdiagramm entfernt.
- Die Hauptdiagnosen für ein «*akutes HIV-Infektionssyndrom*» konnten der Hauptdiagnosen Tabelle der MDC 18B «*Infektiöse und parasitäre Krankheiten*» und der Basis DRG T63 «*Virale Erkrankungen*» zugeordnet werden.
- MDC übergreifend wurde eine neue Tabelle mit den Diagnosen Codes als Splitkriterium in die DRGs B85A; Q60A sowie T01B etabliert. Innerhalb der CC-Matrix wurden die Diagnosen bei bestimmten Basis DRGs aufgewertet.

Neonatologie und Säuglinge

Aufgrund der Grouperlogik, gruppieren «*Kinder > 27 Tage und < 366 Tage, ab einem Gewicht von 2500g*» nicht in die MDC 15 «*Neugeborene*». In den Daten 2021 wurde geprüft, wie sich die

Abbildung dieser frühgeborenen Kinder, welche meist eine Fehlbildung oder Organdysfunktion aufweisen, in den organbezogenen MDCs darstellt.

- Diese Fallgruppe weist ausser in den MDC 07 und MDC 17 keine Untervergütung auf.
- Die Splitbedingung «Alter < 1 Jahr» konnte im Ergebnis in die DRGs H01A, R63C und R65B etabliert werden und wertet diese Fälle damit auf.

Radioliganden-Therapie

Bisher war die Radioliganden-Therapie in den Strahlen-DRGs der einzelnen MDCs abgebildet. Aus Strahlenschutzgründen ist ein kurzer stationärer Aufenthalt für diese Therapien notwendig. Dies führte allerdings zu einer Verzerrung der Mittleren Verweildauer im Vergleich zu anderen Strahlentherapien.

- Analysen zeigten, dass der Ressourcenverbrauch vom Verfahren und nicht von der Hauptdiagnose bestimmt wird.
- Zahlreiche und intensive Analysen bewiesen, dass kostenhomogene Fallgruppen nach CHOP Codes identifiziert und sachgerecht abbildbar wären.
- Eine Hauptdiagnosen unabhängige Abbildung in der Prä-MDC erschien am sinnvollsten.
- Bau einer neuen Basis DRG A50 «Radioliganden-Therapie» mit den CHOP Codes 92.28.2* «Intravaskuläre Therapie mit offenen Radionukliden» und den CHOP Codes 92.28.6* «Radiotherapie mit kleinen Molekülen»
- Neu gruppieren folgende CHOP Codes in folgende DRGs
 - 92.28.25/*26 «SIRT» → DRG A50A
 - 92.28.65 «DOTA» → DRG A50B
 - 92.28.67 «PSMA-Liganden» → DRG A50C
 - 92.28.24, 92.28.64/*66/*69 → DRG A50D

Eingriffe an lymphatischen Strukturen

Ein Antragsteller wies darauf hin, dass Eingriffe an lymphatischen Strukturen mit der CHOP Code Gruppe 40.71 «Plastische Rekonstruktion und Transplantation an lymphatischen Strukturen mittels mikrochirurgischer Anastomosierung» einen Mehraufwand bedeuten und nicht sachgerecht in der Tarifstruktur abgebildet sind.

- Analysen bestätigten eine Untervergütung dieser Fälle über mehrere MDCs verteilt. Eine Aufwertung dieser Eingriffe wurde wie folgt umgesetzt:
- Aufnahme der CHOP Code Gruppe 40.71 «Plastische Rekonstruktion und Transplantation an lymphatischen Strukturen mittels mikrochirurgischer Anastomosierung» in die Funktion «Komplexe OR-Prozeduren» und in die Tabellen mit den Abbildungen der «Gewebetransplantation mit mikrovaskulärer Anastomosierung» und «Eingriffe mit mikrovaskulärer Anastomosierung».
- Im Rahmen der Analysen fiel eine nicht sachgerechte Abbildung von Fällen mit Hauptdiagnosen aus der ICD Gruppe I97.8* «Lymphödeme nach medizinischen Massnahmen» in der MDC 05 «Kreislaufsystem» auf.
- Neu gruppieren diese Hauptdiagnosen in die MDC 09 «Haut und Mamma» und sind dort sachgerecht abgebildet.

Weichteildeckung

Im Rahmen des Antragswesens zeigten Analysen, dass «Temporäre Weichteildeckungen» mit den CHOP Codes 86.88* und 86.A2* nicht gleich abgebildet sind.

- Durch Tabellenbereinigungen konnten die CHOP Codes entsprechend ihrer Grösse und Lokalisation entsprechend zugeordnet werden und erhalten dadurch eine sachgerechte Abbildung.

Vakuumbehandlung und Débridement

Aufgrund einer Anfrage eines Anwenders und im Rahmen des Umbaus HMV zeigte sich, dass auch die CHOP Codes für «Chirurgische Débridements...» 85.2C.1* und 86.2A* nicht gleich abgebildet sind.

- Nach intensiven Analysen wurden Tabellenbereinigungen durchgeführt und eine aufwandsgerechte Abbildung dieser Prozeduren erreicht.

Ein Antragsteller bat um die Aufwertung der CHOP Codes 86.88.I* «Operative Anlage od. Wechsel eines Systems zur Vakuumbehandlung» und 86.88J* «Anlage od. Wechsel eines Systems zur Vakuumbehandlung», vor allem bei mehrfacher Durchführung.

- Analysen zeigten, dass die mehrfache Durchführung von operativen Anlagen oder Wechsel von Systemen zur Vakuumbehandlung in Kombination mit dem CHOP Code 93.57.16ff «Kontinuierliche Sogbehandlung bei einer Vakuumbehandlung, mind. 14 BHT» Mehraufwand generieren.
- So wurde die Logik «Vierfache operative Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumbehandlung... mit kontinuierlicher Sogbehandlung..., mind. 14 BHT» in die Funktion «Vierzeitige bestimmte OR-Prozeduren» aufgenommen.

Globale Funktion «Bestimmte OR-Prozeduren» und «Komplexe OR-Prozeduren»

Analysen, welche aufgrund eines Antrages für die MDC 01 durchgeführt wurden, zeigten dass ein Teil von Stimulatoren in den allgemeinen Funktionen «Bestimmte OR-Prozeduren» und «Komplexe OR-Prozeduren» nicht aufwandsgerecht abgebildet sind.

- So wurden die CHOP Codes 03.93.10-99 «Implantation oder Wechsel der Elektrode(n) eines spinalen Neurostimulators» und 02.96 «Einsetzen einer sphenoidalen Elektrode» aus der Funktion «Komplexe OR-Prozeduren» entfernt.
- Aus der Funktion «Bestimmte OR-Prozeduren» wurden folgende CHOP Codes entfernt:
 - 02.93.4* «Revision ohne Ersatz der Elektroden zur intrakraniellen Neurostimulation»
 - 03.99.3* «Revision ohne Ersatz der Elektrode(n) eines spinalen Neurostimulators»
 - 04.92.10-99 «Implant. od. Wechsel der Elektroden eines peripheren Neurostimulators...»
 - 39.8X.21-32 «Revision/Entfernen/Implant.... eines Impulsgenerator/Elektroden zur Aktivierung eines Baroreflexes...»
 - 39.8X.99 «Operationen am Glomerus caroticum...»
- Der CHOP Code 39.8X.20 «Implant. od. Ersetzen eines Impulsgenerators zur Aktivierung des Baroreflexes» wurde in die Funktion «Komplexe OR-Prozeduren» aufgenommen.
- Durch diese Umbauten wurde eine aufwands- und sachgerechte Abbildung von Stimulatoren in der Tarifstruktur erreicht.

Im Rahmen des Antragsverfahrens 2021 wurde um die MDC-übergreifende Prüfung der Abbildung von folgenden CHOP Codes gebeten, welche eine Erhöhung des Kostengewichts verursachen zu scheinen:

- 39.A1.12 «Einsatz eines Cutting sheat»
- 40.3X.2- «Regionale Lymphadenektomie im Rahmen eines anderen Eingriffs»
- 46.79.10 «Naht einer sonstigen Darmverletzung»
- 54.4X.10 «Exzision von Appendices epiploicae»
- 57.0X.99 «Transurethrale Drainage der Harnblase, sonstige»
- 76.2X.12 «Abtragung (modellierende Osteotomie) an Gesichtsschädelknochen [L]»
- 83.14.1- «Fasziotomie oder Aponeurotomie, Leisten- und Genitalregion und Gesäss»
- 83.65.14 «Sonstige Naht an Muskel oder Faszie, Brustwand, Bauch und Rücken»
- 93.57.15 «Kontinuierliche Sogbehandlung bei Vakuumversiegelung»

Nach gründlichen Analysen der betreffenden Codes im Tarifsysteem, wurden folgende Umbauten umgesetzt:

- Die CHOP Codes 40.3X.2- «Regionale Lymphadenektomie im Rahmen eines anderen Eingriffs», 46.79.10 «Naht einer sonstigen Darmverletzung», 54.4X.10 «Exzision von Appendices epiploicae», 76.2X.12 «Abtragung (modellierende Osteotomie) an Gesichtsschädelknochen [L]», 83.14.1- «Fasziotomie oder Aponeurotomie, Leisten- und Genitalregion und Gesäss» und 83.65.14 «Sonstige Naht an Muskel oder Faszie, Brustwand, Bauch und Rücken» wurden aus der Funktion «Bestimmte OR-Prozeduren» entfernt und dementsprechend abgewertet.
- Der CHOP Code 39.A1.12 wurde innerhalb der DRG F01 abgewertet.
- Die CHOP Codes 93.57.15 «Kontinuierliche Sogbehandlung bei Vakuumversiegelung» und 57.0X.99 «Transurethrale Drainage der Harnblase, sonstige» wiesen eine sachgerechte Abbildung auf und bedurften keiner Änderung.

Globale Funktion «Komplizierende Prozeduren»

Es wurden neue CHOP Codes in die Funktion aufgenommen:

- 99.22.1B «Injektion einer antiinfektiösen Substanz, 28 und mehr Behandlungstage» –
- 99.B6.26 «Komplexbehandlung der Hand, mindestens 7 bis 13 Behandlungstage» –
- 99.B6.27 «Komplexbehandlung der Hand, mindestens 14 bis 20 Behandlungstage» –
- 99.B6.28 «Komplexbehandlung der Hand, 21 und mehr Behandlungstage»

Mangelernährung

Im Rahmen des Antragswesens 2022 wurde von einem Antragsteller um Aufwertung der ICD Gruppe E40-46 «Mangelernährung» gebeten.

- Unsere Analysen zeigten, dass eine Aufwertung in der CC-Matrix nicht sachgerecht wäre. In einzelnen DRGs fielen aber Fälle auf, welche in Kombination mit dem CHOP Code 89.0A.42-44 «Multimodale Ernährungstherapie, mehr als 7 BHT» untervergütet sind.
- So wurden für die DRGs A95F und E77C die Splitbedingungen mit dieser Kombination von ICDs und der oben genannten CHOP Codes erweitert und eine sachgerechte Abbildung der untervergüteten Fälle erreicht.

Barotrauma

Aufgrund von bestimmten Fallkonstellationen in den DRGs 901 «Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose» und 902 «Nicht ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose» wurden die Hauptdiagnosecodes T70.0 «Barotrauma des Ohres» und T70.1 «Barotrauma der Nasennebenhöhlen» aus der MCD 03 in die MDC 21B verschoben.

Prophylaktische Operationen

Wir erhielten einen Hinweis, dass je nach Diagnose bei gleicher Prozedur unterschiedliche DRGs erreicht werden. Die Diagnose Z40.01 «Prophylaktische Operation am Ovar wegen Risikofaktoren in Verbindung mit bösartigen Neubildungen» gelangte in Kombination mit den Eingriffen Hysterektomie und Salpingovarektomie in die DRG N04B der MDC 13, während die Diagnose Z40.08 «Prophylaktische Operation an sonstigen Organen wegen Risikofaktoren in Verbindung mit bösartigen Neubildungen» in der gleichen Konstellation in die DRG Z01Z der MDC 23 gruppierte. Hier galt es zu prüfen, ob eine Verschiebung im medizinischen und ökonomischen Sinne zielführend ist.

- Im Rahmen unserer Analysen wurden Fälle mit der Diagnose Z40.08 geprüft und festgestellt, dass diese Fälle Eingriffe an den weiblichen oder männlichen Geschlechtsorganen aufweisen.
- Die Diagnose wurde infolgedessen in MDC 12 und MDC 13 aufgenommen. Die damit verschobenen Fälle werden medizinisch und auch aufgrund ihrer Kosten sachgerecht abgebildet. Die Diagnose wurde daraufhin aus der MDC 23 gelöscht.
- Dieser Umbau hatte weitere Anpassungen zur Folge: Die Diagnose Codes Z80.3 «Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma] in der Familienanamnese» und N60.1 «Diffuse zystische

Mastopathie» wurden neu der Tabelle BNB Mamma (verwendet in DRG J06, J08, J14, J23, J25, J62) zugeordnet und damit dem Code Z40.00 «*Prophylaktische OP an der Mamma*» gleichgestellt, da sie diesem Code medizinisch nahestehen. Z42.1 «*Nachbehandlung unter Anwendung plastischer Chirurgie der Mamma [Brustdrüse]*» zählt nicht mehr zu den BNB-Diagnosen und wurde aus dieser Tabelle entfernt.

PCCL-Splits

Im Rahmen des Antragsverfahren führte ein Antragsteller mehrere Basis DRGs und DRGs auf, in denen Fälle mit einem PCCL-Wert von 3 untervergütet sind und bat um Aufwertung dieser Fälle.

- Alle Basis DRGs und DRGs, welche im Antrag aufgeführt waren, wurden von uns geprüft.
- Nur in den Basis DRGs B76 und R61 erwiesen sich neue PCCL-Splits als sachgerecht.
- Die Splitbedingung für die DRG B76F wurde mit einem PCCL-Split > 2 erweitert.
- In der Basis DRG R61 wurden folgende Anpassungen vorgenommen:
 - Der PCCL-Split > 3 für die DRGs R61A und R61B, welcher mit bestimmten Diagnosen verknüpft war, wurde auf PCCL > 2 mit bestimmten Diagnosen gesetzt.
 - Zusätzlich wurde die Splitbedingung für die DRGs R61A und R61B mit einem PCCL-Split > 3 ohne weitere Bedingungen erweitert.
 - Neu gruppiert ein PCCL-Wert von > 2 in die DRG R61C.

3.2.4. Nervenerkrankungen MDC 01

Es zeigte sich, dass die Abbildung bestimmter Eingriffe in der Basis DRG B21 «*Implantation eines Neurostimulators oder Elektroden*» nicht sachgerecht sind.

- Analysen bestätigten die Abbildung der CHOP Codes 04.95.14 «*Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur Vagusnervstimulation*» und 34.85 «*Implantation eines Zwerchfellschrittmachers*» als nicht aufwandsgerecht.
- Diese CHOP Codes wurden nun in die DRG B21B «*Implantation eines Neurostimulators mit Mehrelektrodensystem oder bestimmter Eingriff*» aufgewertet.

Im Rahmen des Antragswesens wurde um die Überprüfung eines PCCL-Splits > 2 innerhalb der Basis DRG B76 «*Anfälle oder Video-EEG oder Komplexbehandlung Epilepsie ab 7 Behandlungstage, mehr als ein Belegungstag*» gebeten.

- In den Analysen war ersichtlich, dass Fälle mit einem PCCL > 2 in der DRG B76F aufwandsgerecht abgebildet wären.
- Die Splitbedingung für die DRG B76F wurde mit einem PCCL-Split > 2 erweitert.

Ein Antragsteller bat um die Aufwertung von «*Intelligenzminderungen/Entwicklungsstörungen*» und «*Zerebralpareesen*» in der Basis DRG B76, da sie einen Mehraufwand generieren.

- Ein Mehraufwand, bei den vom Antragsteller genannten Diagnosen, war in den Daten des Jahres 2021 nicht klar ersichtlich und auch eine Aufwertung in der CC-Matrix stellte sich nur vereinzelt als sachgerecht dar.
- So konnte nur die ICD Gruppe F72* «*Schwere Intelligenzminderung*» in der CC-Matrix aufgewertet werden.
- Mit der Erweiterung der Splitbedingung für die Basis DRG B87 und DRG B87A mit einem PCCL > 4 wurden aber aufwendige Fälle in der MDC 01 aufgewertet.

In einem Antrag wurde um die Prüfung einer aufwandsgerechten Vergütung der CHOP Codes 03.9A* «*Implantation eines spinalen Neurostimulator*», 03.93* «*Implantation spinaler Elektroden*» und 02.97* «*Implantation eines intrakraniellen Neurostimulator*» gebeten, sowie die Aufwertung gleichzeitiger Implantationen von Elektroden und Neurostimulatoren. Zusätzlich stellte der Antragsteller

die Frage, ob es eventuell gerechtfertigt sei, Fälle mit der Implantation von permanenten Elektroden in eine andere DRG zu gruppieren, als die Fälle mit Implantation von temporären Elektroden.

- Zahlreiche Analysen zeigten eine nicht sachgerechte Abbildung von mehrzeitigen Eingriffen und Fällen mit der Implantation oder Wechsel von Elektroden eines permanenten epiduralen Neurostimulators.
- So wurde als erstes die Splitbedingung für die DRG B21A mit der Funktion «*Mehrzeitige bestimmte OR-Prozeduren*» erweitert.
- Danach wurde die bisherige B21D gesplittet und nun gruppiert die CHOP Kode Gruppe 03.93.2* «*Implantation oder Wechsel der Elektroden eines permanenten epiduralen Neurostimulators...*» in die neue DRG B21D «*Implantation von Elektroden eines permanenten epiduralen Neurostimulators*» und sind dort sachgerecht abgebildet.

Analysen zeigten, dass sich bestimmte Splitkriterien nicht mehr als kostentrennend erwiesen. So wurden folgende DRGs kondensiert:

- DRG B68B und DRG B68C → DRG B68B «*Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie, mehr als ein BT*».
- DRG B70B und DRG B70C → DRG B70B «*Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls > 72 Std. oder neurologische Komplexdiagnostik, oder mit komplizierender Diagnose oder Thrombolyse oder schwere motorische Funktionsstörung, mehr als ein BT*».
- DRG B70E und B70F → DRG B70D «*Apoplexie mit anderer neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls < 73 Std. oder neurologische Komplexdiagnostik, oder mit komplizierender Diagnose oder Thrombolyse oder schwere motorische Funktionsstörung, mehr als ein BT*».

In der DRG B36C sind uns im Rahmen unserer Analysen aufwendige Fälle aufgefallen.

- Es konnten infolgedessen die CHOP Codes 7A.73.1 «*Nicht-dynamische Stabilisierung der Wirbelsäule durch Osteosynthese ohne Fusion der Wirbel ab 3 Segmenten*» in die Funktion Komplexe OR-Prozeduren aufgenommen werden.
- Dadurch gruppieren die Fälle in die B36B und es wird eine Gleichstellung zu den CHOP Codes für die «*Dynamische Stabilisierung der Wirbelsäule*» erreicht.

Bei Homogenitätsprüfungen in der MDC 01 fielen ICD Codes auf welche nicht sachgerecht im Tarifsysteem abgebildet waren. Mit folgenden Umbauten konnten diese Abbildungsschwächen behoben werden:

- ICD Codes P11.59 «*Geburtsverletzung der Wirbelsäule und des Rückenmarks: Nicht näher bezeichnet*» und T09.3 «*Verletzungen des Rückenmarks, Höhe nicht näher bezeichnet*» wurden in die Basis DRG B60 «*Paraplegie / Tetraplegie*» aufgenommen.
- ICD Codes P11.50 «*Geburtsverletzung der Wirbelsäule und des Rückenmarkes: Mit akuter Querschnittslähmung*», S34.18 «*Sonstige Verletzung des lumbalen Rückenmarks*» und S34.38 «*Sonstige und nicht näher bezeichnete Verletzungen der Cauda equina*» wurden der MDC-übergreifenden Tabelle «*Para- / Tetraplegie*» hinzugefügt.

Des Weiteren fielen CHOP Codes auf, welche ebenfalls nicht sachgerecht abgebildet waren. Dazu wurden folgende Umbauten vorgenommen:

- CHOP Kode 03.05.21 «*Inzision des Spinalkanals zur Entleerung eines epiduralen Hämatoms oder Empyems*» war bereit in den Funktionen «*Bestimmte OR-Prozeduren*» und «*Bestimmte OR-Prozeduren ohne Bestrahlung*» vertreten und wurde zusätzlich in die Funktion «*Bestimmte OR-Prozeduren ohne mässig komplexe Eingriffe*» aufgenommen.

- CHOP Codes 03.03.2- «*Hemilaminektomie 1... bis 10 und mehr Segmente*» sowie 03.03.3- «*Laminektomie 1... bis 10 und mehr Segmente*» wurden der Funktion «*Bestimmte OR-Prozeduren*» hinzugefügt.

Fallkonstellationen mit den CHOP Codes 16.98.20 «*Knöcherner Dekompression der Orbita*» und 39.52.11 «*Sonstige Korrekturen eines Aneurysmas von intrakraniellen Blutgefässen*» fielen im Rahmen von Fall-Prüfungen der Basis-DRGs 901 «*Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose*» und 902 «*Nicht ausgedehnte OR-Prozeduren ohne Bezug*» auf. Mit folgenden Umbauten konnten betroffene Fälle sachgerecht abgebildet werden:

- Aufnahme des CHOP Codes 16.98.20 «*Knöcherner Dekompression der Orbita*» in die Tabelle «*Verschiedene intra- und extrakranielle Eingriffe*» in der DRG B09.
- Aufnahme des CHOP Codes 39.52.11 «*Sonstige Korrekturen eines Aneurysmas von intrakraniellen Blutgefässen*» in die Tabelle «*Komplexe intrakranielle Eingriffe*» in den DRGs B02 und B20.

3.2.5. Krankheiten HNO MDC 03

Analysen zeigten, dass Fälle mit dem CHOP Code 76.5X.6* und 76.5X.7* «*Prothese Kiefergelenk*» in der MDC 03 nicht sachgerecht abgebildet sind.

- Diese CHOP Codes wurden in die Splitbedingung für die DRG D01A «*Kochleaimplantation bilateral oder Implantation einer Prothese am Kiefergelenk*» aufgenommen und somit aufgewertet.

3.2.6. Krankheiten der Atmungsorgane MDC 04

Aufgrund eines Hinweises eines Anwenders und den daraus resultierenden Analysen zeigte sich, dass aufwendige Fälle in der DRG E36C teilweise untervergütet sind.

- Die Analysen ergaben, dass diese Fälle vor allem tiefere ICU-Aufwandspunkte und OR-Prozeduren aufweisen.
- Eine Aufwertung reiner ICU-Aufwandspunkte > 196/380 Pkt. erwies sich nicht als sachgerecht.
- So wurde die Splitbedingung für die DRG E36B mit der Bedingung «*Intensivmedizinische Komplexbehandlung >196/380 Pkt. mit OR-Prozeduren*» erweitert.

Im Rahmen von Analysen und der Aufwertung der CHOP Codes 93.9E und 93.9F in der MDC 04 zeigte sich, dass die bisherigen PCCL-Splits in der Basis DRG E65 «*Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankungen, mehr als ein BT*» nicht aufwandsgerecht abgebildet sind.

- So wurde der PCCL-Split > 3 für die DRG E65A aufgenommen und die bisherige E65B mit der E65A kondensiert.
- Neu gruppiert ein Fall mit einem PCCL > 2 in die E65B.
- Die DRGs E65E und E65F wurden aufgelöst.

Ein Antragsteller wies darauf hin, dass Fälle mit der Hauptdiagnose J86.0 «*Pyothorax mit Fistel*» und operativen (Mehrfach-)Eingriffen systematisch unterdeckt sind. Er bat um eine Prüfung und Aufwertung dieser Fälle.

- Unsere Analysen bestätigten eine Untervergütung von Fällen mit der HD J86.0 und mehrfachen Eingriffen.
- Durch die Aufnahme der Funktion «*Mehrzeitige bestimmte OR-Prozeduren*» in die Basis DRG E01 konnten diese Fälle aufgewertet werden.

Analysen zeigten eine unsachgerechte Abbildung von Fällen mit Bestrahlungsplanungen und/oder Bestrahlungssimulationen in der Basis DRG E71.

- Mit Aufnahme der CHOP Codes 92.29.6*-8* in die Splitbedingung für die DRG E71A «*Neubildungen der Atmungsorgane mit äusserst schweren CC oder ... mehr als ein BT*» sind diese Fälle nun aufwandsgerecht abgebildet.

Im Rahmen des Antragsverfahren wurde um die Aufnahme der CHOP Codes 93.9E* «*Nicht invasive Beatmung ausserhalb der Intensivstation*» und 93.9F.12/22/32 «*Atemunterstützung durch Anwendung von High-flow-Nasenkanülen [HFNC-System] bei...*» in mehrere allgemeine Funktionen gebeten.

- Analysen zeigten, dass eine Aufnahme dieser CHOP Codes in allgemeine Funktionen ausserhalb der MDC 15 nicht sachgerecht wäre.
- Die Aufwertung der CHOP Codes in der MDC 15 ist bereits unter dem Umbau HMV beschrieben.
- In der MDC 04 konnten aber Fälle identifiziert werden, welche in einzelnen DRGs aufgrund dieser Prozeduren einen Mehraufwand generierten.
- So wurden die CHOP Codes 93.9E12/13 und 93.9F.12/22/32 in den folgenden DRGs aufgewertet:
 - Basis DRG E77 «*Andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane, mehr als ein BT*»
 - DRG E65A «*Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankungen mit Zustand nach Transplantation oder bestimmtem Eingriff oder komplizierender Prozedur oder äusserst schweren CC oder bestimmte Prozedur, mehr als ein BT*»
 - DRG E70A «*Keuchhusten und akute Bronchitis, Alter < 1 Jahr oder RSV Infektionen mit bestimmter Prozedur, mehr als ein BT*»

3.2.7. Krankheiten des Kreislaufsystems MDC 05

In einem Antrag wurde um die Prüfung einer Aufnahme der step down/step up-Logik mit tiefen ICU- und IMCU-Aufwandspunkten in die Basis DRGs F36 und F37 gebeten.

- Eine Aufwertung in die Basis DRG F36 erwies sich nicht als sachgerecht.
- In den Analysen konnten jedoch einzelne DRGs in der MDC 05 identifiziert werden, in denen eine Aufwertung von «*Intk 185-552 Pkt. mit IMCK 185-552 Pkt.*» aufwandsgerecht wäre.
- So wurde diese Logik für die DRGs F03B und F03C und für die DRG F06A aufgenommen.
- In der DRG F31B erwies sich diese Logik nur in Kombination mit einem PCCL > 3 als sachgerecht und wurde entsprechend so in den Grouper implementiert.

Mehrere Antragssteller wiesen auf einen neuen Therapieansatz zur Behandlung von verkalkten Koronarien hin. Dieser kann mit dem im CHOP Katalog 2021 aufgenommenen CHOP Code 00.66.37 «*Perkutan-transluminale Gefässintervention an den Koronarien mittels Lithotripsie*» erstmals spezifisch kodiert werden und ist deshalb noch nicht ausreichend im Tarifsysteem abgebildet.

Da die meisten Patienten, die eine Stosswellen-Therapie erhalten, in die DRG F24D-F gruppieren, aber einen hohen Materialaufwand aufweisen, sollen sie innerhalb der F24 aufgewertet werden.

- Aufnahme des CHOP Codes 00.66.37 «*Perkutan-transluminale Gefässintervention an den Koronarien mittels Lithotripsie*» in Tabelle F24-9 «*Komplexe Interventionen*».
- Fälle gelangen abhängig von ihrer Kodierung in die F24B, F24C oder F24D.

Fälle mit 39.61.00 – 39.61.99 «*Extrakorporale Zirkulation (ECC)*» waren laut Antragsteller in der F31 nicht sachgerecht abgebildet. Es wurde um eine Aufwertung innerhalb der F31 gebeten.

- Fälle gruppierten ursprünglich in die F31F «*Andere kardiothorakale Eingriffe*».

- In F31E «*Andere kardiothorakale Eingriffe mit Exzision von Herzgewebe oder Herz-Lungen-Maschine*» wurde eine zusätzliche Splitbedingung mit «*Extrakorporale Zirkulation*» hinzugefügt.
- Fälle gruppieren neu in die F31E, wo sie sachgerecht abgebildet sind.

In einem Antrag wurde darauf hingewiesen, dass Patienten mit Mitralklappeninsuffizienz oft auch an Trikuspidalklappeninsuffizienz leiden. Laut Antragsteller wird empfohlen, beide Herzklappen während eines Eingriffs zu reparieren, was höhere Implantatkosten verursacht. Dadurch entsteht bei der Vergütung mit DRG F98C eine Unterdeckung. Es wurde gebeten Fälle mit beidseitiger Klappeninsuffizienz, die gleichzeitig mit Clipping repariert werden, in die DRG F98B aufzuwerten.

- Analysen zeigten, dass eine Aufwertung in die F98B «*Endovaskulärer Herzklappeneingriff mit Implantation eines Herzschrittmachers / Graft oder Verschluss eines ASD oder des linken Vorhofohrs oder Alter < 16 Jahre*» zu keiner sachgerechten Abbildung führt.
- Nach weiteren Überprüfungen wurde die Splitbedingung der gleichzeitigen Behandlung von mehreren Herzklappen in die F98A aufgenommen.
- Dies führte zu einer sachgerechten Abbildung der betroffenen Fälle.

Eine offene chirurgische Thrombektomie bei peripheren Gefässthrombosen streut über diverse DRGs und ist oft nicht kostendeckend. Die Codes 38.03.- «*Inzision von Gefässen der oberen Extremitäten*», 38.08.- «*Inzision von Arterien der unteren Extremität*» und 38.09.- «*Inzision von Venen der unteren Extremität*» waren bisher nicht gruppierrelevant. Dadurch wurden Fälle mit dieser Prozedur in der medizinischen Partition mit Fällen ohne chirurgische Massnahmen gleichgesetzt. Eine Kombination aus offener chirurgischer Thrombektomie und perkutanem transluminalen Verfahren wird allein nach dem perkutanen Verfahren kodiert, während eine zusätzliche operative Thrombektomie die Kodierung nicht beeinflusst. Ein Antragsteller schlug deshalb vor, die Codes 38.03.-, 38.08.- und 38.09.- in die Logik F01, F28, F59 und F63 aufzunehmen.

- Analysen zeigten, dass die Fälle mit den betroffenen Codes aufgrund ihrer Kostenstruktur nicht in die F01, F28 oder F63 passen.
- Die CHOP Codes wurden in die F59E «*Komplexe oder mässig komplexe Gefässeingriffe mit bestimmten Verfahren oder Alter < 16 Jahre*» aufgenommen.
- Eine sachgerechte Abbildung konnte so erzielt werden.

Kurzstationäre Aufenthalte für die minimalinvasive Implantation eines CardioMEMS-HF-Systems zur Überwachung des Pulmonalarteriendrucks bei schwerer Herzinsuffizienz, werden nicht kostendeckend in der DRG F12E abgerechnet. Die Implantatkosten für den spezifischen CHOP 37.7A.51 «*Implantation eines Drucksensors*» liegen im Vergleich über den durchschnittlichen Implantatskosten der DRG F12E. Ein Antrag auf erneute Prüfung aufwandsgerechter Neuordnung des CHOP 37.7A.51 des Implantationsverfahrens in Basis DRG F01 wurde deshalb gestellt.

- Die Neuordnung in DRG F01 oder in andere DRGs erwies sich aufgrund der Kostenstruktur als nicht zufriedenstellend.
- Eine Aufwertung innerhalb der DRG F12, aus der F12E in die F12D erzielte positive Ergebnisse und führte somit zu einer besseren Abbildung von 37.7A.51 «*Implantation eines Drucksensors*» im Tarifsystem.

Im Rahmen einer Homogenitätsanalyse fiel auf, dass 00.4C.13 «*Einsetzen von 3 medikamentenfreisetzungsfähigen Ballons*» und 00.4C.14 «*Einsetzen von 4 und mehr medikamentenfreisetzungsfähigen Ballons*» in F24D zu niedrig bewertet sind.

- Die beiden CHOP Codes wurden aus der F24D in die F24C aufgewertet.

In Folge von Fallprüfungen in der Basis DRG 901 «*Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose*» und 902 «*Nicht ausgedehnte OR-Prozeduren ohne Bezug*» fielen Fälle mit Hauptdiagnosen im Bereich Herzinsuffizienz auf. Durch die Aufnahme von 34.20 «*Thorakoskopische Pleurabiopsie*» in eine MDC-übergreifende Tabelle in der MDC 05, konnten diese korrekt abgebildet werden.

3.2.8. Krankheiten der Verdauungsorgane MDC 06

Laut einem Antragsteller weisen Fälle in der Basis DRG G21 mit einem Aufenthalt auf der ICU und/oder IMCU höhere Kosten auf, als Fälle mit einem PCCL > 3 ohne Aufenthalt auf einer ICU oder IMCU. Der Antragsteller bat um ein Split der DRG G21A mit ICU- oder IMCU-Aufwandspunkten.

- Unsere Analysen bestätigten eine Untervergütung von Fällen mit «*Intk Erw. >119 Pkt.*» oder «*IMCK Erw. > 184 Pkt.*» in der DRG G21C.
- Die mittleren Kosten dieser Fälle stimmten mit dem Kostengewicht der G21B überein.
- So wurde die Splitbedingung für die DRG G21B mit den CHOP Codes 99.B7.12ff «*Intensivmedizinische Komplexbehandlung, mehr als 119 Aufwandspunkte*» und 99.B8.13ff «*IMC-Komplexbehandlung des Erwachsenen, mehr als 184 Aufwandspunkte*» erweitert.
- So sind die Fälle sachgerecht abgebildet.

Es ging ein Antrag mit der Bitte ein, eine Homogenitätsanalyse der G09 durchzuführen. Infolgedessen wurden einige Umbauten vorgenommen.

- Es wurde eine neue G09A geschaffen mit «*IntK oder IMCK > 119 Aufwandspunkte*» oder «*Vakuumbehandlung*».
- In die G09D (vorher G09C) wurden die Bedingungen «*Mehrzeitige Eingriffe*» oder «*Bestimmte abdominelle Eingriffe*» aufgenommen und aufgewertet.
- G09E und G09G wurden kondensiert, da der Split anhand der Bedingung «*Hernieneingriffe (ausser Narbenhernien) mit Transplantat*» keine kostentrennende Wirkung mehr zeigte.

In einem weiteren Antrag wurden wir aufgefordert, eine Homogenitätsanalyse innerhalb der G12 vorzunehmen.

- Es konnten daraufhin teure Fälle identifiziert werden. Als neues und zusätzliches Splitkriterium konnte die Kombination der CHOP Codes 93.57.16 -.1E «*Kontinuierliche Sogbehandlung ab 14 Tage*» und 86.88.11-.18 «*Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumversiegelung*» in die G12A eingebaut und aufgewertet werden.

Im Rahmen von Analysen wurde in der DRG G16Z eine inhomogene Fallmenge identifiziert.

- Ein Split der G16Z anhand der Kriterien «*PCCL > 2 und IntK > 184*» oder «*Mehrzeitig bestimmte OR*» sorgt für eine sachgerechte Abbildung dieser Fälle.

In einem Antrag wurde das Fistelmanagement als aufwendig und untervergütet beschrieben.

- Der ICD Kode K91.83 «*Insuffizienzen von Anastomosen und Nähten nach Operationen am sonstigen Verdauungstrakt*» wurde wie bereits K63.2 «*Darmfistel*» in die Basis G35 und G02 aufgenommen.
- Beide Diagnosen wurden in die CC-Matrix aufgenommen und erfahren dadurch eine Aufwertung.
- Die G35Z wurde gesplittet mit PCCL > 4, so dass dieser Split den sehr aufwendigen Fällen zu einer besseren Vergütung verhilft.

In einem Antrag wurde darum gebeten, einen Split in der G38 zu prüfen.

- Im Zuge dessen konnte eine neue G38A mit der Bedingung «*IntK > 196/184 und Vakuumbehandlung*» eingeführt werden.

Ein Antrag befasste sich mit den CHOP Codes 46.99.20 «Schlingenligatur und Endoskopisches Clipping am Duodenum», 44.99.30 «Injektion an Magen, endoskopisch» und 46.99.30 «Injektion am Duodenum, endoskopisch» und dass diese Eingriffe nicht ausreichend vergütet seien.

- Diese Codes sind nun erstmals als medizinische Prozeduren gruppierrelevant und in die Basis der G46 aufgenommen worden.

Weiter erteilten uns zwei Anträge, welche zu überschneidenden Umbauten geführt haben. In einem Antrag wurde beschrieben, dass in der G64C Fälle mit entzündlichen Darmerkrankungen mit aufwendigen diagnostischen Verfahren wie beispielsweise Biopsieentnahmen, infektiologische Abklärungen oder bildgebende Verfahren einhergehen. Als nicht aufwandsgerecht abgebildet wurden vor allem junge Patienten ohne CC-relevante Nebendiagnosen aufgeführt.

Der zweite Antrag handelte von Fällen mit bösartiger Neubildung in der G60B mit diagnostisch-therapeutischen Verfahren zur Abtragung von Gewebe, welche eine ungenügende Kostendeckung aufwiesen. Dazu zählen z.B. Schlingenresektion und mukosale Dissektion.

- Infolgedessen wurde die Basis der G48 insofern entschärft, dass die Koloskopie und therapeutische und diagnostische Eingriffe am Darm ohne weitere Bedingung in diese DRG gruppieren.
- Zusätzlich wurden Exzisionen und Inzisionen perianal und rektal neu aufgenommen.
- Zugleich wurden die Bedingungen für die G48A insofern geschärft, dass neu «Entzündliche Darmerkrankungen» anstelle von «Chronischen Darmerkrankungen» hinein gruppieren.
- Als neue Splitbedingungen in die G48A wurden «PCCL > 2» und «Dialyse» aufgenommen.
- Für sehr aufwendige Fälle wurde in der G87 die Bedingung PCCL > 4 aufgenommen.

Ein weiterer Antrag ging ein mit dem Hinweis, dass Fälle welche meist aufgrund einer akuten Blutung (K55.32 und K92.2) für die Diagnostik eine Kapselendoskopie (45.13.20/45.28.10) durchlaufen müssen, im Tarifsystem untervergütet sind. Diese Gruppierung musste neu überprüft werden.

- Der CHOP Code 45.28.10 «Telemetrische Kapselendoskopie des Dickdarm» wurde in die G48A aufgenommen.
- Der CHOP Code 45.13.20 «Telemetrische Kapselendoskopie des Dünndarms» wurde in die DRG G46B aufgenommen.
- Diese Codes werden damit aufgewertet und die Fälle erreichen damit eine aufwandsgerechte Vergütung.

In zwei Anträgen haben wir den Hinweis erhalten, dass Fälle mit 48.35.11 «Lokale Schlingenresektion, submuköse Exzision oder Vollwandexzision (lokal) von rektaler Läsion oder Gewebe, sonstiger Zugang», 49.01 «Inzision eines Perianalabszesses», 49.04 «Sonstige Exzision am Perianalgewebe» oder 49.31 «Endoskopische Exzision oder Destruktion von Läsion oder Gewebe am Anus» bisher nicht ausreichend abgebildet sind.

- Die Codes konnten im Rahmen der Ein-Belegungstags-DRG G86 anhand eines Splits aufgewertet werden. Die CHOP Codes 48.35.1* «Lokale Schlingenresektion, submuköse Exzision oder Vollwandexzision...» konnten dabei zusammen mit Eingriffen am Perianalgewebe in die Basis DRG G48 sowie in die DRG G86A aufgenommen werden.
- In der G48B erfahren Inlier aus G60B kommend eine Abwertung, welche sich als sachgerecht erweist.
- Langlieger erzielen hingegen eine Aufwertung aufgrund der tieferen oberen Grenzverweildauer und den damit früher generierten Zuschlägen.
- Fälle aus der G71C, welche die grösste Anzahl an Fallverschiebungen ausmachen, erfahren in der G48 eine sachgerechte Aufwertung. Die neuen Splitbedingungen der G86A führen auch bei den 1-Belegungstags-Fällen zu einer adäquaten Vergütung. Gesamthaft führt dieser Umbau zu einer Verbesserung der Abbildungsgüte über alle Fälle hinweg.

Wir wurden im Antragsverfahren gebeten, Fälle mit dem CHOP Kode 44.95.31 «*Endoskopische Schlauchmagen-Gastroplastik*» anhand der Daten 2021 zu prüfen. Es handelt sich hierbei um einen im CHOP Katalog 2020 neuen Interventionskode, welcher zur operativen Behandlung von Adipositas angewandt wird und gemäss Antragssteller hohe Defizite aufweist. Ein weiteres Anliegen bestand darin, die Logik für den betreffenden Kode 44.95.31 zu ändern, damit er in die MDC 06 «*Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane*» gruppiert, anstatt in die MDC 10 «*Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten*»

- Fallanalysen konnten diesen Sachverhalt bestätigen.
- In einem ersten Schritt wurde der CHOP Kode 44.95.31 innerhalb der MDC 10 in die bestehende Umleitung zur MDC 06 «*Viszeralchirurgische Eingriffe bei Adipositas*» aufgenommen.
- Die endoskopische Schlauchmagen-Gastroplastik war bereits in der DRG G46 vorhanden, triggerte hier jedoch nur in Kombination mit schweren Krankheiten der Verdauungsorgane.
- 44.95.31 wurde deshalb zusätzlich als alleinige Splitbedingung in die G46B aufgenommen, was zu einer sachgerechten Abbildung der Fälle führte.

Im Zuge von weiteren Homogenitätsanalysen in der MDC 06 fielen CHOP Kodes 56.0X.99 «*Transurethrales Entfernen einer Obstruktion von Ureter und Nierenbecken, sonstige*» sowie 57.49.12 «*Sonstige transurethrale Resektion von Läsion oder Gewebe der Harnblase*» auf, welche im Vergleich zu beispielsweise 56.0X.10 «*Transurethrales Entfernen einer Obstruktion von Ureter und Nierenbecken, Entfernung eines Hansteins*» und 57.49.11 «*Sonstige transurethrale Destruktion von Läsion oder Gewebe der Harnblase*» eine unterschiedliche Gruppierungsrelevanz aufwiesen.

- Sowohl 56.0X.99 «*Transurethrales Entfernen einer Obstruktion von Ureter und Nierenbecken, sonstige*» als auch 57.49.12 «*Sonstige transurethrale Resektion von Läsion oder Gewebe der Harnblase*» wurden in «*Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen*» in Basis DRG G12 aufgenommen.
- Dies führte zu einer homogenen sowie sachgerechten Abbildung der betroffenen Kodes.

3.2.9. Krankheiten an hepatobiliärem System und Pankreas MDC 07

In Analysen zeigte sich, dass die Splitbedingungen in der Basis DRG H33 nicht mehr kostentrennend sind.

- Die DRGs H33A und H33B wurden zur H33Z kondensiert.

Ein Antrag ging ein, mit der Bitte um Prüfung eines Splits der H61B «*Bösartige Neubildung an hepatobiliärem System und Pankreas*». Insbesondere seien Fälle mit Transfusionsbedarf, IMC-Aufenthalt und therapeutischer Koloskopie (45.41.*) untervergütet.

- Diese Konstellationen wurden geprüft, jedoch wurden in diesem Rahmen keine systematischen Mehrkosten identifiziert, welche einen Split begründet hätten. Somit konnte der Antrag in dieser Form nicht umgesetzt werden. Dennoch kamen andere Splitkriterien zur Anwendung.
- Es konnte die Funktion «*Komplizierende Prozeduren*» im Split für die H61A aufgenommen werden.
- Ebenfalls wurde die Bedingung «*Alter < 16 Jahren*» in die H61A aufgenommen, so dass Kinder-Fälle aufgewertet werden.
- Auch die Basisleistung «*Spezialisierte Palliative Care*», ab 7 BHT gruppiert neu in die H61A.

Ein anderer Antrag befasste sich mit der H62B «*Erkrankungen am Pankreas ausser Bösartige Neubildung*». Fälle mit IMC-Aufenthalt, parenteraler Ernährung und bildgebenden Verfahren seien nicht ausreichend vergütet.

- Die Prüfung dieser Konstellation führte zu keinem zufriedenstellenden Ergebnis.

- Ein PCCL-Split mit $PCCL > 2$ konnte zu einer besseren Abbildung und Vergütung bei sämtlichen Fällen verhelfen.

Aufgrund eines weiteren Antrages wurden die Fälle in der Basis DRG H60 «*Leberzirrhose*» intensiv geprüft und es zeigte sich eine breite Kostenstreuung. Weiter war ersichtlich, dass bestimmte Fälle zwischen der Basis DRG H60 und H41«*ERCP und photodynamische Therapie*» pendelten. Daraus ergaben sich mehrere Umbauten.

- Aus der Basis DRG H60 wurde die Bedingung «*endoskopische Eingriffe am Ösophagus*» entfernt, da diese dort untervergütet waren. Die Fallmenge wurde der Basis DRG H41 und dort als Splitkriterium der DRG H41A zugewiesen.
- In die DRG H60A konnte die Bedingung «*Alter < 16 Jahre*» ergänzt werden.
- Die «*Ein-Belegungstag*» DRG H60C wurde entfernt und stattdessen eine neue Basis DRG H86 «*Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, ein Belegungstag*», wie bereits in anderen MDCs, etabliert.
- Zu dem erfolgte eine Aufwertung der Kinder in der DRG H41A, die bestehende Splitbedingung «*Alter < 3 Jahre*» konnte auf «*Alter < 16 Jahre*» angehoben werden.

In einigen DRGs zeigten sich bei den Analysen, dass die Fallzahl der Kinder in der MDC 07 zugenommen hat und diese nicht gut abgebildet waren.

- Erweiterung der Splitbedingung für die DRG H61A «*Bösartige Neubildung an hepatobiliärem System und Pankreas,....*» um die Logik «*Alter < 16 Jahre*».
- Schärfung der Logik für die DRG H63C «*Erkrankungen der Leber ausser bösartige Neubildung, ...*» auf «*Alter < 6 Jahre*».

Eine erneute Prüfung der Fälle mit einer «*Leberkomplexbehandlung*» ergab, dass die Fallmenge zugenommen hat und es zu Untervergütungen gekommen war.

- In der Basis DRG H37 «*Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung/IMCK > 196/184 Aufwandspunkten oder Komplexbehandlung bei Leberzirrhose...*» konnte die Bedingung von «*ab 14 und mehr Behandlungstagen*» auf «*ab 7 und mehr Behandlungstage*» gesenkt werden.
- Ebenfalls angepasst werden konnte die Splitbedingung für die DRG H37A. Hier wurde neu die Logik «*Leberkomplexbehandlung ab 21 und mehr Behandlungstage*» etabliert.

3.2.10. Krankheiten an Muskel-Skelett-System MDC 08

Im CHOP Katalog 2019 kam es zu einer umfangreichen Überarbeitung der CHOP Codes für Wirbelsäuleneingriffe. Die SwissDRG AG hatte mit Daten 2019 in den Versionen 11.0 und 12.0 auf eine Überarbeitung der Wirbelsäuleneingriffe verzichtet, da die Kostenerfassung und Kodierung noch zu unsicher schienen. Die Analysen der Daten 2021 zeigten nun, dass die Kosten- und Leistungsangaben sich verbessert haben. Es wurden anhand der gesamtschweizerischen Daten umfangreiche Umbauten in den Basis DRGs I06, I09 und I10 in der Tarifversion 13.0 durchgeführt.

- **Basis DRG I06** «*Komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule...*» weist insgesamt eine eher geringe Fallzahl auf, jedoch sind diese Fälle sehr teuer. Die Logik in der Basis erwies sich als sachgerecht und wurde nicht angepasst.
- Fälle mit einer «*Fusion von Wirbeln zur Stellungskorrektur ab 7-10 Segmente*» gruppieren neu in Verbindung mit einem «*PCCL > 4*» in die DRG I06A.
- Weiter ergab eine Überprüfung der Splitkriterien innerhalb der Basis DRG I06, dass das Kriterium «*Geriatrische Akutrehabilitation 14 Behandlungstage und mehr*» in der DRG I06A nicht mehr sachgerecht war und die Logik wurde in die DRG I06B abgewertet.

- In der Logik für die DRG I06B wurden die Bedingungen «*Fusion von Wirbeln zur Stellungskorrektur 7 Segmente*» und «*Fusion von Wirbeln mit Stabilisierung 7 Segmente*» entfernt. Diese Fälle gruppieren neu in die DRG I06C.
- **Basis DRG I09** «*Wirbelkörperfusion...*» wurde komplett überarbeitet. Neu gruppieren alle Wirbelsäuleneingriffe zur «*Stellungskorrektur*» oder «*Stabilisierungen*» ab dem 1. Segment ohne weitere Bedingungen in die Basis DRG I09 sowie ein operativer Eingriff mittels eines «*Zugang zur Schädelbasis, transoral*».
- Die Logik für die DRG I09A konnte um die Leistungen «*Eingriffe mehrere Lokalisation*» sowie «*Zugang zur Schädelbasis, transoral*» erweitert werden.
- Fälle mit «*mehrzeitig bestimmten OR-Prozeduren*» oder «*bestimmten dorsalen und ventralen Eingriffen*» wurden in die DRG I09C aufgewertet.
- Die bestehende DRG I09D konnte gesplittet werden mit der Logik «*Fusion von Wirbeln zur Stellungskorrektur 1-2 Segmente*» oder «*Fusion von Wirbeln mit Stabilisierung ventral 3-5, dorsal 1-2 Segmente*» oder «*Dynamische Stabilisierung 2 Segmente*».
- **Basis DRG I10** «*Andere Eingriffe an der Wirbelsäule...*» hier wurden die Tabellen und Logiken überarbeitet. In der Tarifversion 13.0 gruppieren u.a. die Eingriffe «*Nicht-dynamische Stabilisierung der Wirbelsäule durch Osteosynthese ohne Fusion der Wirbel, ab 1 Segment*» in die Basis DRG.
- In den Split für die DRG I10B konnte die Bedingung «*Implantation von Wirbelkörperersatz bei einem Prothesenwechsel*» aufgewertet werden.

In einem Antrag wurde darum gebeten die Abbildung der «*Implantation von Handgelenkprothesen*» in der Basis DRG I32 «*Eingriffe an Handgelenk und Hand*» zu prüfen. Die Analysen zur Bearbeitung des Antrages zeigten verschiedene Fallmengen, welche nicht sachgerecht abgebildet waren.

- Die bestehende DRG I32A wurde gesplittet in eine neue DRG I32A und I32B. Fälle mit einer «*Komplexbehandlung der Hand ab 7 Behandlungstage*» oder einem «*Eingriff mehrere Lokalisationen*» gruppieren in die DRG I32A und wurden damit aufgewertet.
- In die neue DRG I32B gruppieren Fälle mit einem «*mehrzeitigen Eingriff*» oder ein «*totaler Handgelenkersatz*».
- Die Tabellen in den Splits für die DRG I32B und I32C wurden um CHOP Codes wie 04.43.00 «*Entlastung am Karpaltunnel, n.n.bez*» und weiteren bereinigt und neue Codes wie z.B. 81.97.16 «*Revision und Wechsel einer Daumensattelgelenkendoprothese*» konnten anhand der Daten aufgewertet werden.

Fälle mit niedrigen IntK/IMCK Aufwandspunkten sind in der operativen Partition der MDC 08 nicht sachgerecht abgebildet und es zeigte sich, dass diese Fälle häufig einen mehrfachen Eingriff aufweisen.

- Aufnahme der Splitbedingung «*IntK/IMCK > 196/184 Punkte und mehrzeitige bestimmte OR-Prozeduren*» in die Basis DRG I95 «*Implantation einer Tumorendoprothese oder mehrzeitig komplexe Prozedur oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung/IMCK > 196/184 Aufwandspunkte mit komplexer OR-Prozedur oder mehrzeitig bestimmter OR-Prozedur*».
- Analysen zeigten zudem, dass die Splitbedingungen der DRGs I95A und I95B nicht mehr als kostentrennend betrachtet werden konnten. Die beiden DRGs wurden zur DRG I95Z kondensiert.

Aufgrund eines Antrages wurden die Abbildung von Fällen mit einem «*Weichteilschaden II. Grades*» innerhalb der Basis DRG I02 «*Hochaufwendige Gewebe- /Hauttransplantation, ausser an der Hand oder vierzeitige bestimmte OR-Prozeduren oder mikrovaskulärer Eingriff*», geprüft.

- Fälle mit einem Weichteilschaden II. Grades zeigten sich in der Datenanalyse als zu hoch bewertet und wurden im Ergebnis in die DRG I02B abgewertet.

- In der Version 13.0 gruppieren nur noch Fälle mit einem Weichteilschaden III. Grades in die DRG I02A.

Ein Antragsteller bat um Prüfung der Abbildung von Fällen mit einem Hüft- oder Knieprothesenwechsel bei einem kurzzeitigen zweizeitigen Prothesenwechsel in einem Spitalaufenthalt. Dabei handelt es sich um ein neues innovatives Versorgungskonzept. Laut seinen Angaben, ist die Tarifstruktur auf die Wechselstrategie mit einem Unterbruch (z.B. Reha-Aufenthalt) zwischen den Operationen ausgelegt. Der SwissDRG AG war es leider in den Daten nicht möglich diese beiden Aufenthalte zu identifizieren, da zwischen den beiden Aufenthalten mehrheitlich mehr als 18 Tage lagen. Mit Hilfe des Antragstellers und seiner Unterstützung mit Fallkombinationen, konnte eine entsprechende Prüfung in den Daten trotzdem vorgenommen und Simulationen durchgeführt werden.

- Es zeigte sich im Ergebnis, dass diese Fälle – mit einer Entfernung einer Prothese und einer erneuten Implantation im gleichen Aufenthalt – einen hohen Ressourcenverbrauch haben und in der Tarifstruktur Version 12.0 nicht adäquat abgebildet waren.
- Die Basis DRG I03 «Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes mit komplizierender Diagnose oder Arthrodesen oder Alter < 16 Jahre oder beidseitige Eingriffe oder mehrere grosse Eingriffe an Gelenken der unteren Extremität mit komplexem Eingriff» konnte mit der Bedingung ICD Kode T84.5 «Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese» und an zwei verschiedenen Tagen eine «Entfernen einer Totalendoprothese des Hüftgelenks» und «Implantation einer Totalendoprothese des Hüftgelenks bei einem Prothesenwechsel», gesplittet werden. Hinzu kam, dass Fälle mit einer hohen Komorbidität von den Kosten- und Leistungsdaten her, sehr gut in die neue DRG I03A passten und die Bedingung «PCCL > 4» im Split ergänzt werden konnte. Aufwendige Fälle werden damit sachgerecht abgebildet.
- Die bestehende DRG I04A wurde abermals in eine neue DRG I04A «Revision oder Ersatz des Kniegelenkes mit komplizierender Diagnose und zweizeitigem Eingriff oder schwerste CC» gesplittet. Die Bedingung lautet auch hier, ICD Kode T84.5 «Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese» und an zwei verschiedenen Tagen ein «Entfernen einer Standard-Totalendoprothese des Kniegelenks» und «Implantation einer Standard-Totalendoprothese des Kniegelenks bei einem Prothesenwechsel». Ebenfalls konnte hier die Logik «PCCL > 4» aufgenommen werden.
- Mit diesen Umbauten kann in der Tarifstruktur Version 13.0 gewährleistet werden, dass Fälle in einen Spitalaufenthalt bei einem kurzzeitigen zweizeitigen Prothesenwechsel sachgerecht vergütet und Fehlanreize behoben werden.

Ein Antragsteller wies auf Unterdeckung von Fällen mit bestimmten Eingriffen bei bösartiger Neubildung der Weichteile innerhalb der Basis DRG I27 «Eingriffe am Weichteilgewebe» hin und bat um Prüfung der Abbildung dieser Fälle.

- Im Ergebnis wurden die ICD Codes C49.- «Bösartige Neubildung sonstigen Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe» in Verbindung mit einem «PCCL > 2» oder «bestimmten Transplantationen von Muskel- oder Fasziennappen» in die DRG I27A aufgewertet, da sie einen hohen Ressourcenverbrauch aufwiesen.

Eine Analyse in der MDC 08 zeigte auf, dass innerhalb der Basis DRG I08 «Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur» die DRGs I08A und I08B kaum Kostenunterschiede aufwiesen.

- Die DRGs I08A und I08B wurden zur DRG I08A «Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit äusserst schweren CC und Mehrfacheingriff oder komplexer Prozedur oder komplexe Diagnose, oder bestimmte Zerebralparese» kondensiert.

Einzelfallanalysen in den Daten 2021 ergaben den Hinweis, dass in der DRG I23B «Bestimmte Eingriffe ausser an Hüftgelenk und Femur, Alter > 11 Jahre und bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule

oder am Becken» aufwendige Fälle nicht gut abgebildet waren. Eine vertiefte Prüfung wies dabei auf Fälle mit vermehrten «Komorbiditäten und Komplikationen» hin.

- In den Split für die DRG I23A führte die Aufnahme der Bedingung «PCCL > 3» zu einer sachgerechten Aufwertung dieser Fälle.

3.2.11. Krankheiten an Haut und Mamma MDC 09

In zwei Anträgen wurde um eine Aufwertung von Mammarekonstruktionen mit Implantat und Verstärkungsnetz gebeten. Die Antragsteller wiesen darauf hin, dass bei Mastektomien mit gleichzeitiger Rekonstruktion der Mamma mit Implantaten, oft zur Stabilisierung ein Gewebeersatz/-verstärkung (CHOP Kode 00.9A.2* «Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung») eingesetzt wird. Dadurch werden unter anderem auch zweizeitige Rekonstruktionsoperationen vermieden. Diese Fallkonstellationen sind aber aufgrund der hohen (Material-) Kosten stark untervergütet.

- In unseren Analysen prüften wir alle Materialien für Gewebeersatz/-verstärkung mit den CHOP Codes 00.9A.2* in der MDC 09.
- Nur Fälle mit dem CHOP Kode 00.9A.2A «Verwendung einer azellulären Matrix aus Tier- oder Menschengewebe» wiesen eine Untervergütung auf. Bei allen anderen Gewebearten war keine generelle Untervergütung erkennbar.
- Der CHOP Kode 00.9A.2A wurde in die Tabelle der «Medizinischen Prozeduren» aufgenommen und zusätzlich in den DRGs J06A und J23A aufgewertet.
- Mit diesem Umbau konnte eine sachgerechte Abbildung erreicht werden.

Ein Anwender wies uns darauf hin, dass Fälle mit einer Hauptdiagnose «Sarkoidose an anderen Lokalisationen», welche nicht in Zusammenhang mit einer «Sarkoidose an der Lunge» stehen, in der MDC 04 nicht korrekt abgebildet sind.

- Von dieser Konstellation waren nur wenige Fälle betroffen, vor allem aber Fälle mit dem ICD Kode D86.3 «Sarkoidose an der Haut».
- Zur Förderung der medizinischen Homogenität wurde der ICD Kode D86.3 in die Hauptdiagnosen-Tabelle der MDC 09 und in die Basis DRG J64 «Infektion/Entzündung der Haut und Unterhaut» verschoben.
- Dort sind diese Fälle sachgerecht abgebildet.

Im Rahmen von weiteren Analysen fiel auf, dass Fälle mit den ICD Codes Q81.1 «Epidermolysis bullosa atrophicans gravis» oder Q81.2 «Epidermolysis bullosa dystrophica» als Hauptdiagnose nicht sachgerecht abgebildet sind.

- Mit der Aufwertung dieser Diagnosen in die Basis DRG J61 «Schwere oder mässig schwere Erkrankungen der Haut oder Hautulkus bei Para-/Tetraplegie, mehr als ein Belegungstag» konnte eine aufwandsgerechte Abbildung erreicht werden.

In der J24A war infolge eines anderen MDC-übergreifenden Umbaus aufgefallen, dass der Split anhand «Entfernung u. Implantation Prothese oder Mammoplastik» keine kostentrennende Wirkung mehr erzielte.

- Die ähnliche Kostenstruktur in der J24A und B führte zur Auflösung des Splits und zu einer Kondensation der beiden DRGs. Dabei bleibt eine sachgerechte Vergütung der Fälle erhalten.

Im Rahmen eines anderen Umbaus war der ICD Kode C79.2 «Sekundäre bösartige Neubildung der Haut» in Tabellen für Bösartige Neubildungen an der Mamma aufgefallen. Dieser Zustand wurde als nicht mehr sachgerecht eingestuft.

- Daraufhin wurde der Code verschoben in die Basis DRG J61 «*Mässig schwere Erkrankungen an der Haut ...*» und aus den DRGs für Eingriffe bei BNB an der Mamma (J06, J14, J23, J25, J62) entfernt.

3.2.12. Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten MDC 10

Ein Antragsteller wies darauf hin, dass Fälle mit einer vollständigen Thyreoidektomie 06.4-06.5 im Gegensatz zu Fällen mit einer Hemithyreoidektomie 06.2-06.3 länger hospitalisiert werden und entsprechend höhere Kosten aufweisen. Es wurde ein DRG-Split der DRG K06B in K06C mit «*Hemithyreoidektomie*» und K06B mit «*vollständige Thyreoidektomie*» vorgeschlagen.

- Analysen konnten einen Kostentrenner zwischen Fällen mit vollständiger Thyreoidektomie und Hemithyreoidektomie bestätigen.
- Ein Split der K06B in K06B und K06C erwies sich mit den CHOP Codes 06.4X.10 «*Vollständige (totale) Thyreoidektomie ohne Parathyreoidektomie*» und 06.4X.11 «*Vollständige (totale) Thyreoidektomie mit Parathyreoidektomie*» als sachgerecht und wurde dementsprechend umgesetzt.

3.2.13. Krankheiten der Harnorgane MDC 11

Es zeigte sich, dass Fälle in der Ein-Belegungstag DRG L70B aufwändiger waren als in der DRG L70A. Der bisherige Kindersplit erwies sich als nicht mehr sachgerecht.

- Neu gruppieren Fälle mit dem CHOP Code 59.8X* «*Ureter-Katheterisierung*» in die DRG L70A «*Krankheiten und Störungen der Harnorgane mit Ureterkatheterisierung, ein BT*»
- Kinder < 16 Jahre ohne Prozedur gruppieren nun in die DRG L70B.

Im Rahmen von zahlreichen Analysen zeigte sich auch, dass Fälle mit den ICD Codes D59.3 «*Hämolytisch-urämisches Syndrom*» oder M31.1 «*Thrombotische Mikroangiopathie*» in Verbindung mit Plasmapheresen oder Dialysen im System nicht aufwandsgerecht abgebildet sind.

- Neu gruppieren diese Fälle in die DRG L37B «*Krankheiten und Störungen der Harnorgane mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung/IMCK > 196/184 Aufwandspunkten oder komplexe Diagnose und bestimmter Prozedur*», wodurch eine korrekte Abbildung dieser Fälle erreicht werden konnte.

Fälle mit einer Hauptdiagnose im Bereich Niere (N00*-N28*, Q60*, Q61* und Z94.0) weisen in der DRG L68B höhere Kosten und längere Verweildauern auf als Fälle mit einer Hauptdiagnose im Bereich Blase (N29-N39, N99.5, N99.8, S37.2*, S37.3*, T19.0, T19.1, T85.71, Z43.5, Z43.6). Dies liegt laut Antragsteller daran, dass bei Behandlungen im Rahmen der Niere der ganze Organismus betroffen ist, während die Blase oft isoliert behandelt werden kann. Es wird deshalb vorgeschlagen Fälle mit Nieren-Diagnosen in die L68A aufzuwerten. Zudem wurde gebeten, die Splitbedingung von «*Alter <16 Jahre*» für L68A auf «*Alter <12 Jahre*» herunterzusetzen.

- Eine Unterscheidung zwischen einer Hauptdiagnose im Bereich Niere und im Bereich Blase konnte als kostentrennend identifiziert werden.
- Verschiedene Analysen mit Aufwertungen der vorgeschlagenen ICD Codes in die L68A sowie die Anpassung des Alters würden zu einer erheblichen Übervergütung der Fälle führen.
- Es bot sich deshalb ein Split der L68B in L68B und L68C an.
- Die neue L68B enthält die Bedingung «*Hauptdiagnose Nephropathie*» mit den vom Antragsteller vorgeschlagenen Codes N00*-N28*, Q60*, Q61*, Z94.0 und den zusätzlich aufgenommenen N29* «*Sonstige Krankheiten der Niere und des Ureters...*».

- Die Splitbedingungen für L68A und die neue L68C bleiben gleich.

3.2.14. Männliche Geschlechtsorgane MDC 12

In einem Antrag wurde gebeten, dass (multiple) Eingriffe bei Patienten mit N49.80 «*Fournier-Gangrän beim Mann*» aufgewertet werden sollen.

- Im Zuge der Analysen hat sich gezeigt, dass Fälle mit N49.80 «*Fournier-Gangrän beim Mann*» in Kombination mit «*Operative Eingriffe am Hoden, Skrotum und Tunica vaginalis testis*» (61.*ff) noch nicht sachgerecht in der MDC 12 abgebildet sind. Infolgedessen wurde die Diagnose N49.80 in Kombination mit operativen Eingriffen am Hoden, Skrotum und Tunica vaginalis testis in die Basis der M09 und in den Split der DRG M09A aufgenommen.
- Darüber hinaus wurden die CHOP Codes für «*Operative Prozeduren an Haut und Subkutanege-webe*» (86.ff) und «*Chirurgische Débridements grosser Ausdehnung*» in die DRG M09B aufgenommen. Die Fälle werden damit aufgewertet und erhalten eine aufwandsgerechte Vergütung.
- Eine Aufwertung von mehrfachen Eingriffen (wie beantragt) führte zu einer Ergebnis-Verschlechterung, da die betroffenen Fälle einerseits niedrige Tageskosten aufweisen und andererseits die Langlieger mithilfe der Zuschläge besser vergütet werden.

Ein anderer Antrag ist eingegangen mit dem Hinweis, dass die Diagnose N41.0 «*Akute Prostatitis*» in M62Z schlechter vergütet ist als die Diagnose N30.0 «*Akute Zystitis*» in L63D, trotz aufwendiger Behandlung mit längerer Antibiotikatherapie und längerem Aufenthalt. Es wurde beantragt, die Gruppierung so zu gestalten, dass der höhere Aufwand kostengerecht abgebildet wird.

- Diese Beobachtung konnten wir infolge unserer Analysen nicht bestätigen, sondern das Gegenteil war der Fall. In unseren Daten erwiesen sich Fälle mit einer akuten Zystitis als kostenintensiver.
- Die DRG M62Z «*Infektion oder Entzündung der männlichen Geschlechtsorgane*» konnte allerdings mit der Bedingung «*PCCL > 2*» gesplittet werden, und damit den Fällen mit relevanten Nebendiagnosen zu einer Aufwertung verhelfen.

3.2.15. Weibliche Geschlechtsorgane MDC 13

Wir haben von einer Anwenderin einen wertvollen Hinweis erhalten, dass eine Mindervergütung vorliegt bei der Gruppierung einer radikalen Hysterektomie. Eine «*Totale Hysterektomie*» (68.41) gruppiert in Kombination mit weiteren Prozeduren in die DRG N01C und ist damit höher vergütet als die «*Radikale Hysterektomie*» (68.61) in der gleichen Konstellation, welche in die N11A gruppiert.

Intensive Analysen haben dazu geführt, die DRGs N01 und N04 in einem grösseren Umbau neu aufzustellen und differenzierter zu splitten.

- Es hat sich gezeigt, dass es zielführend ist, die Abbildung der verschiedenen Arten von Hysterektomien in eigenen DRGs zu bündeln. Die Basis DRG N01 wurde zu einer DRG zur Abbildung von Hysterektomie bei bösartiger Neubildung umgebaut, während die neue N04 Hysterektomien ohne bösartige Neubildung abbildet.
- Konkret beinhaltet die Basis N01 die Codes für radikale, totale oder subtotale HE, Debulking, grosse abdominelle Eingriffe oder Beckeneviszierung bei BNB. In die DRG N01A gelangen Fälle mit «*Hysterektomie mit äusserst schwerer CC oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 119 Aufwandspunkte oder grossem abdominalen Eingriff mit Lymphknotenexzision, oder Debulking oder Beckeneviszierung bei der Frau oder grossem abdominalen Eingriff oder Lymphknotenexzision mit schweren CC, bei bösartiger Neubildung*». In der N01B sind Fälle mit «*Hysterektomie oder Debulking oder Beckeneviszierung bei der Frau oder grossem abdominalen*

Eingriff oder radikaler Lymphknotenexzision, bei bösartiger Neubildung» abgebildet. Die N01C beinhaltet die «*Radikale Hysterektomie oder regionale Lymphknotenexzision bei bösartiger Neubildung*» und die N01D jede bis dahin nicht gruppierte «*Hysterektomie bei bösartiger Neubildung*».

- Ohne bösartige Neubildung gruppiert eine Hysterektomie in die DRG N04, wie bisher. Neue Splits führen zu einer aufwandsgerechten Abbildung. In die DRG N04A gelangen Fälle mit «*Hysterektomie ausser bei bösartiger Neubildung mit äusserst schweren CC oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 119 Aufwandspunkte, oder Lymphknotenexzision oder bestimmte Diagnose mit schwerer CC*». Die N04B bildet Fälle mit «*Hysterektomie ausser bei bösartiger Neubildung mit äusserst schweren CC oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 119 Aufwandspunkte, oder Lymphknotenexzision oder bestimmter Diagnose*» ab. Insbesondere N80.5 «*Endometriose des Darmes*» hat sich als kostenintensive Diagnose herausgestellt. In die N04C gelangen alle weiteren Hysterektomien ohne bösartige Neubildung.
- Lymphknotenexzisionen sind nicht mehr in der Basis N04 abgebildet, sondern gruppieren stattdessen in die N06 und sind dort sachgerecht abgebildet.
- Diese Umbauten hatten auch in der N33Z Anpassungen zur Folge. Die «*Vierzeitige bestimmte OR-Prozedur*» wurde durch die «*Mehrzeitige bestimmte OR-Prozedur*» ersetzt. Ausserdem wurde als Bedingung ein PCCL-Wert > 4 mit bestimmten Eingriffen aufgenommen. Da die N33Z in der Abfragehierarchie weit oben steht, bildet Sie zahlreiche hochaufwendige Fälle ab.

In einem weiteren Antrag wurden wir gebeten, die laparoskopische Suspension und Fixation aus der DRG N06C aufzuwerten (CHOP Codes 70.77, 70.78 und 69.22 in Kombination mit 54.21.20). Im Antrag war auch von der Kolpektomie (70.4X.20 und -30) die Rede, welche bereits in die DRG N06A aufgewertet wurde, obwohl diese gemäss Antragsteller sogar tiefere Durchschnittskosten aufweisen.

- Unsere Analysen haben dazu geführt, dass zum einen der CHOP Code 70.77 «*Suspension und Fixation der Vagina*» in die bestehende Tabelle der DRG N06B aufgenommen werden konnte (worin die Codes 70.78 und 69.22 bereits enthalten waren). Zudem wurde mit dem CHOP Code 54.21.20 «*Laparoskopie, Zugangsweg für chirurgische (therapeutische) Interventionen*» eine Zusatzbedingung eingeführt. Fälle ohne Laparoskopie gruppieren damit in die N06C. Die Kostengewichte der N06B und der N06C erhöhen sich beide, die Kostenhomogenität erhöht sich in diesen DRGs.
- Darüber hinaus haben sich Fälle mit einer Kolpektomie in der N06A als günstig erwiesen. Die Kolpektomie wurde infolgedessen wieder in die N06B abgewertet. Dies verstärkt nochmals das Ergebnis und führt letztlich zu einer Verbesserung und zu einer sachgerechten Vergütung aller Fälle.
- Im Rahmen umfangreicher Umbauten wurde auch die DRG N04 überarbeitet. Dort sind neu primär die Hysterektomien abgebildet. Die bestehenden Splitkriterien wie beispielsweise die aufwendigen Prozeduren bei Hysterektomie waren dabei nicht mehr funktional. Die Hysterektomie mit den Zusatzeingriffen 70.77/70.78/69.22 konnte somit in der Version 13.0 nicht aufgewertet werden.

3.2.16. Neugeborene MDC 15

Im CHOP Katalog 2021 wurde ein neuer Code 99.A8.1- «*Neonatologische Diagnostik und Überwachung auf einer Neonatal (Special, Intermediate, Intensive) Care Unit,*» aufgenommen. Die SwissDRG AG konnte mit der Datenlieferung 2021 anhand der Kostendaten diese neue Abbildung überprüfen.

- Die CHOP Codes 99.A8.12; -.13; -.14 «*Neonatologische Diagnostik ..., von mehr als 24 Stunden*» wurden in die MDC 15 aufgenommen und als Ergänzung zu den bestehenden Logiken

mit «*IMCK > 196 Aufwandspunkte*» in den DRGs P60B, P67A und P66B als Splitkriterium abgebildet.

Die Isolation eines Covid negativen Neugeborenen gelangt in die P67C während eine Komplexbehandlung bis 6 Behandlungstage eines Neugeborenen in die niedriger bewertete DRG P67D gelangt. Ein Antragsteller bat daher darum zu prüfen, ob die Gleichstellung der CHOP Codes 93.59.50 «*Komplexbehandlung bei Besiedlung oder Infektion mit multiresistenten Erregern, bis 6 Behandlungstage*» und 99.84.25 «*Tröpfchenisolation, bis 6 Behandlungstage*» eine angemessere Abbildung ermöglichen.

- Die CHOP Codes 93.59.50 – 53 «*Komplexbehandlung bei Besiedlung oder Infektion mit multiresistenten Erregern, bis 6 Behandlungstage – 21 und mehr Behandlungstage*» wurden in die P67C aufgenommen und mit den CHOP-Codes 99.84.25 – 2F «*Tröpfchenisolation, bis 6 Behandlungstage – 84 und mehr Behandlungstage*» gleichgestellt.
- Eine sachgerechtere Abbildung wurde erzielt.

Im Rahmen von weiteren Prüfungen der MDC 15 fielen die ICD Codes Z38.3-Z38.5 «*Lebendgeborene nach dem Geburtsort, Zwilling...*» und Z38.6-Z38.8 «*Lebendgeborene nach dem Geburtsort, anderer Mehrling...*» in DRG P67 auf, welche zu hoch bewertet waren.

- Die Splitbedingung «*Neugeborener Mehrling...*» wurde aus der DRG P67B entfernt.

Des Weiteren wurden zu niedrig bewertete ICD Codes P21.0 «*Schwere Asphyxie unter der Geburt*» und P07.2 «*Neugeborenes mit extremer Unreife*» von «*Andere Probleme beim Neugeborenen*» zur Funktion «*Schweres Problem beim Neugeborenen*» verschoben, um diese aufzuwerten.

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

Die DRGs Q03A und Q03B erwiesen sich in den Daten als fallzahlschwach und die Splitbedingungen nicht mehr als kostentrennend.

- So wurden die DRGs Q03A und Q03B zur DRG Q03Z «*Kleine Eingriffe bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems*» kondensiert.

3.2.18. Hämatologische und solide Neubildungen MDC 17

Die Splitbedingungen der DRGs R50B und R50C erwiesen sich nicht mehr als kostentrennend.

- So wurden die DRGs R50B und R50C zur DRG R50B «*Hochkomplexe Chemotherapie zwei Therapieblöcke oder hochkomplexe Chemotherapie mit protektiver Isolierung ab 14 Behandlungstage oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung/IMCK > 196/360 Aufwandspunkte*» kondensiert.

Ebenfalls kondensiert wurden die DRGs R63D und R63E zur R63D «*Andere akute Leukämie, mehr als ein Belegungstag, Alter < 18 Jahre mit komplexer Chemotherapie*» aufgrund zu geringer Fallzahlen.

Patienten mit einer autologen Stammzellentnahme, welche im gleichen Aufenthalt im Anschluss eine Chemotherapie erhalten, gruppieren aufgrund der Umleitung in der Basis DRG A42 «*Knochenmark- oder Stammzellentnahme, autolog*» in die Basis DRG R60 «*Akute myeloische Leukämie...*» der MDC. Hier zeigten die Datenanalysen eine Untervergütung.

- Die Logik «*Chemotherapie und hämatopoetische Stammzellentnahme, autolog*» konnte als Splitkriterium für die DRG R60B aufgenommen werden. Diese Fälle werden jetzt sachgerecht abgebildet.

3.2.19. HIV MDC 18A

In den letzten Jahren gruppierten wenige Fälle mit einer HIV-Krankheit als Hauptanlass des stationären Aufenthaltes in die MDC 18A. Spezielle Manifestationen einer HIV-Krankheit wurden entsprechend ihrer Hauptdiagnose (z.B. ICD B37.0 Candida-Stomatitis) den übrigen Organ-MDCs zugeordnet. Deshalb war es nicht sinnvoll eine eigene MDC für die Abbildung der HIV-Erkrankungen aufrecht zu erhalten und die MDC 18A wurde aufgelöst. Die Hauptdiagnosen «HIV-Krankheiten» B20-B24 werden neu der MDC 18B und der Basis DRG T63 «Virale Erkrankungen» zugeordnet.

3.2.20. Infektiöse und parasitäre Krankheiten MDC 18B

In der DRG T60G «Sepsis, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme» fielen aufwendige Fälle auf, die untervergütet waren.

- Die Prüfung dieser Fälle ergab, dass alle diese Fälle mindestens eine OR-Prozedur aufweisen, dadurch teurer sind und in der DRG T60F aufwandsgerecht abgebildet wären.
- So wurde die Splitbedingung für die DRG T60F mit «oder OR-Prozedur» erweitert.

3.2.21. Psychische Krankheiten MDC 19

Ein Antragsteller wies uns darauf hin, dass Operationen zur Gesichtsfeminisierung bei Genderdysphorie Mann-zu-Frau sehr lange dauern und in den meisten Fällen von zwei chirurgischen Teams durchgeführt werden. Dadurch sind diese Fälle sehr kostenintensiv und in der DRG U01B untervergütet.

- Unsere Analysen bestätigten eine Untervergütung von Fällen mit dem CHOP Kode 76.2X.12 «Abtragung (modellierende Osteotomie) an Gesichtsschädelknochen» in der DRG U01B.
- So wurde dieser CHOP Kode in die Splitbedingung für die U01A «Geschlechtsumwandelnde Operation mit komplexem oder aufwendigem Eingriff» aufgenommen und somit aufgewertet.

Ebenfalls die Basis DRG U01 betreffend, ging ein weiterer Antrag ein, in dem um eine Homogenitätsanalyse der DRG U01A auf potentielle Kostentrenner, insbesondere im Hinblick auf ICU/IMCU-Komplexbehandlung < 553 Aufwandspunkte und Folgeoperationen gebeten wurde.

- Die ICU- oder IMCU-Aufwandspunkte erwiesen sich in unseren Analysen nicht als Kostentrenner.
- Aber Fälle mit mehreren Eingriffen an unterschiedlichen Tagen waren in der DRG U01B untervergütet.
- Mit der Erweiterung der Splitbedingungen für die DRG U01A mit der Funktion «Mehrzeitige bestimmte OR-Prozeduren» wurden diese Fälle aufgewertet und sind in der DRG U01A aufwandsgerecht abgebildet.

Die Splitbedingungen «Alter < 18 Jahre oder äusserst schwere CC» für die DRG U63A erwiesen sich nicht mehr als kostentrennendes Merkmal.

- So wurden die DRGs U63A und U63B zur U63Z «Schwere affektive oder wahnhaftige Störungen, mehr als ein Belegungstag» kondensiert.

3.2.22. Polytrauma MDC 21A

In der DRG W01A «Polytrauma mit komplexer Vakuumbehandlung oder mikrovaskulärer Eingriff oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392/552 Aufwandspunkte...» sind hochaufwändige Fälle aufgefallen, welche untervergütet sind.

- Analysen zeigten, dass dies vor allem Fälle mit einem PCCL > 3 sind oder bei denen Eingriffe an mehreren Lokalisationen vorgenommen wurden.
- Durch die Erweiterung der Splitbedingung für die Basis DRG W36 mit PCCL > 3 und der Funktion «Eingriffe an mehreren Lokalisationen» in Kombination mit anderen bestimmten

Konstellationen, wurden diese aufwendigen Fälle in die Basis DRG W36 aufgewertet und sind dort sachgerecht abgebildet.

3.2.23. Verletzungen, Vergiftungen u. toxische Wirkung v. Drogen u. Medikamenten MDC 21B

In Folge von Fallprüfungen in der Basis DRG 901 «Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose» und 902 «Nicht ausgedehnte OR-Prozeduren ohne Bezug» fielen verschiedene Fälle mit Eingriffen am Hoden auf. Eine Zuteilung der folgenden CHOP Codes in die DRG X06 in der MDC 21B führte dazu, Eingriffe am Hoden nach Trauma im Genitalbereich sachgerecht abbilden zu können.

- 62.0 «Inzision am Hoden»
- 62.2 «Exzision oder Destruktion einer Läsion am Hoden»
- 62.3X.10 «Einseitige Orchidektomie, skrotal, ohne Epididymektomie»
- 62.3X.11 «Einseitige Orchidektomie, skrotal, mit Epididymektomie»
- 62.3X.20 «Einseitige Orchidektomie, Inguinalhoden, ohne Epididymektomie»
- 62.3X.21 «Einseitige Orchidektomie, Inguinalhoden, mit Epididymektomie»
- 62.3X.30 «Einseitige Orchidektomie, Abdominalhoden, offen chirurgisch»
- 62.3X.31 «Einseitige Orchidektomie, Abdominalhoden, laparoskopisch»
- 62.3X.40 «Einseitige Orchidektomie, radikal»
- 62.3X.99 «Einseitige Orchidektomie, sonstige»
- 62.41 «Entfernen beider Hoden im gleichen Eingriff»
- 62.42 «Entfernen eines belassenen Hodens»
- 62.5 «Orchidopexie»
- 62.61 «Naht einer Hodenverletzung»
- 62.69 «Sonstige plastische Rekonstruktion am Hoden»

3.2.24. Zusatzentgelte – Kostenbereinigung

Zur Identifikation der zu bereinigenden Fälle, welche zusatzentgeltfähige Leistungen erhielten, 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 27'887 Fällen aus den Kalkulationsdaten eine Kostenbereinigung in den Kostenkomponenten in Höhe von total 129'918'939.31 CHF vorgenommen.

3.2.25. Zusatzentgelte – Änderungen

Folgende CHOP Zusatzentgelte wurden neu etabliert:

- Umfassende genomische Diagnostik solider Tumore, Tumorprofiling von mehr als 100 Genen
- Resektion der thorakalen Aorta und Ersatz mit Hybridprothese

Folgende CHOP Zusatzentgelte wurden gelöscht:

- Selektive intravaskuläre Radionuklidtherapie [SIRT]
- Radiorezeptortherapie mit dem DOTA-konjugierten Somatostatin-Analogon TATE [Octreotate]

Folgende CHOP Codes wurden in die bestehenden Zusatzentgelte integriert:

- CHOP Kode für Parallelgraft-Technik (39.73.36, 39.73.37) in ZE-122 integriert

- CHOP Kode für Parallelgraft-Technik (39.71.31, 39.71.32) in ZE-123 integriert
- CHOP Kode für Parallelgraft-Technik (39.7A.22) in ZE-152 integriert

Folgende Medikamente wurden als Zusatzentgelt neu etabliert:

- Argatroban, intravenös
- Canakinumab, subkutan
- Caplacizumab, intravenös
- Cemiplimab, intravenös
- Dinutuximab beta, intravenös
- Eltrombopag, oral
- Hemin, intravenös
- Letemovir, intravenös
- Osimertinib, oral
- Ravulizumab, intravenös
- Treosulfan, intravenös

Folgende Medikamente wurden als Zusatzentgelt gelöscht:

- Erlotinib, oral
- Trastuzumab, subkutan

Bei folgendem Zusatzentgelt wurde eine neue Verabreichungsart etabliert:

- Trastuzumab (neben intravenös und intrathekal neu auch subkutan)

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

- Adalimumab, subkutan/intravenös
- Amphotericin B, intravenös
- Antithrombin III, intravenös
- Atezolizumab, intravenös
- Bevacizumab, intravenös
- Blinatumomab, intravenös
- Blutgerinnungsfaktor VIII, rekombinant, intravenös
- Crizotinib, oral
- Cytomegalievirus-Immunglobulin, intravenös
- Dabrafenib, oral
- Daratumumab, subkutan
- Fibrinogen, human, intravenös
- Glecaprevir und Pibrentasvir, oral
- Infliximab, intravenös/subkutan
- Isavuconazol, oral
- Macitentan, oral
- Obinutuzumab, intravenös
- Palbociclib, oral
- Posaconazol, intravenös
- Rituximab, subkutan
- Romiplostim, subkutan
- Sofosbuvir und Velpatasvir, oral

- Sofosbuvir, Velpatasvir und Voxilaprevir, oral
- Tocilizumab, intravenös
- Tocilizumab, subkutan
- Ustekinumab, intravenös

Bei folgenden Zusatzentgelten wurden untere Dosisklassen gelöscht:

- Abirateron, oral
- Azacitidin, subkutan/intravenös
- Lenalidomid, oral
- Romiplostim, subkutan

Bei folgenden Zusatzentgelten wurden Dosisklassen optimiert und dabei vereinzelt erweitert mit angepassten Dosisklassen nach unten.

- Cytomegalievirus-Immunglobulin, intravenös
- Rituximab, subkutan
- Blutgerinnungsfaktor XIII, intravenös
- Crizotinib, oral
- Romiplostim, subkutan
- Nivolumab, intravenös
- Ruxolitinib, oral

Bei folgenden Zusatzentgelten wurden Kinderdosisklassen gelöscht:

- Caspofungin, intravenös
- Pegfilgrastim, subkutan

Bei folgendem Zusatzentgelt wurde die Altersgrenzen der Kinderdosisklassen angepasst und gleichzeitig eine Kinder-Dosisklasse als Erwachsenen-Dosisklasse definiert:

- Immunglobuline, normal human, zur intravasalen Anwendung, intravenös

3.3. Übersicht zum Antragsverfahren

Im Rahmen des Antragsverfahrens wurden im Jahr 2022 insgesamt 175 Anträge zur Weiterentwicklung des SwissDRG-Fallpauschalensystems gestellt. Davon wurden 118 Anträge umgesetzt. Das entspricht einer Umsetzungsquote von 67%.

3.4. Fazit

Mit der Weiterentwicklung der Tarifstruktur in den Bereichen Intensivmedizin und Paraplegiologie wurde eine zukunftsweisende Ausrichtung der Tarifstruktur geschaffen.

Damit ist die SwissDRG Version 13.0 eine sehr differenzierte Tarifstruktur, deren Anwendung eine sachgerechte leistungsbezogene Vergütung entsprechend der Fallschwere über alle Spitalkategorien hinweg erlaubt und zu einer deutlichen Erhöhung der Gesamtsystemgüte geführt hat.

4. Berechnungsmethode

Die detaillierte Berechnungsmethode ist dem Dokument „Berechnungsmethode“ zu entnehmen. Im Vergleich zur Version 12.0 wird in der Version 13.0 der Tagesverlegungsabschlag neu nur bei jenen verlegten Fällen angewendet, deren Verweildauer mehr als ein Tag unterhalb der mittleren Verweildauer der Fälle in der jeweiligen DRG liegt. Zu diesem Zweck wurde die Formel zur Berechnung des Tagesverlegungsabschlages angepasst. Dies führt im Allgemeinen zu nominell höheren Tagesverlegungsabschlägen, welche jedoch einen Tag weniger lang angewendet werden als bisher.

Zudem wurde die Zuteilung der einzelnen Kostenkomponenten auf die Haupt-, Differenz- und Mischkosten überarbeitet.

4.1. Ermittlung der Kostengewichte

Für die SwissDRG Version 13.0 wurden im Ergebnis 1082 DRGs auf der Grundlage von Schweizer Daten kalkuliert.

Für 21 DRGs wurde aufgrund geringer Fallzahlen zusätzlich auf die Daten aus dem Datenjahr 2019 zurückgegriffen. Für 9 weitere DRGs wurden Fälle aus drei Datenjahren berücksichtigt (2021/2019/2018). 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 DRGs vorgenommen wurde.

4.2. Berechnung der Bezugsgrösse

Die Erhebung 2022 der Daten 2021 umfasst 95.3% der gesamtschweizerischen im Anwendungsbereich SwissDRG liegenden Fälle. Die Fallzahl dieser SwissDRG-Datenerhebung 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 13.0 und die Summe der effektiven Kostengewichte dieser Fälle gruppiert mit der Version 12.0 identisch sind:

$$\text{Casemix}_{\text{Version 13.0}}^{\text{Daten 2021}} = \text{Casemix}_{\text{Version 12.0}}^{\text{Daten 2021}}$$

Die Bezugsgrösse für die SwissDRG Version 13.0 beträgt 10'617 CHF. Für die Version 12.0 wurde eine Bezugsgrösse von 10'314 CHF ermittelt.

4.3. Berechnung der Zu- und Abschläge

Die Berechnung der normalen, nicht im Zusammenhang mit Verlegungen stehenden Zu- und Abschläge für die Version 13.0 erfolgt nach derselben Methode wie für die Version 12.0. Durch die Umverteilung der Kostenkomponenten bezüglich der Haupt-, Differenz- und Mischkostenkomponenten fließen jedoch andere Inputwerte in die Zu- und Abschlagsberechnung.

Bei 631 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 (der Grenzkostenfaktor wird von 0.7 auf 1.0 erhöht).

Für Version 13.0 ergeben sich 184 implizite Einbelegungstag-DRGs, gegenüber 190 impliziten Einbelegungstag-DRGs für die Version 12.0.

Anhang A: Kennzahlen der Systementwicklung

Einleitung

Im folgenden Anhang werden die wichtigsten Kennzahlen, wie z.B. die Datenerosion zur Systementwicklung der SwissDRG-Tarifstruktur Version 13.0 dargelegt.

Datengrundlage

Für die Version 13.0 wurden die Daten 2021 verwendet. Die Gesamtdaten der medizinischen Statistik des Bundesamtes für Statistik enthielten die Daten von 189 akutsomatischen Spitälern. Die Stichprobe der SwissDRG-Netzwerkspitäler beträgt 149.

Tabelle 1: Anzahl der Spitäler

	Version 13.0 Daten 2021	Version 12.0 Daten 2019
Netzwerkspitaler	149	141
Gesamtdaten	189	182

Insgesamt wurden mit der Datenlieferung der Netzwerkspitaler 1'197'531 SwissDRG-relevante Fälle übermittelt, das entspricht 95.3% der Schweizer akutsomatischen Fälle.

Tabelle 2: Anzahl gelieferter Fälle

		Version 13.0 Daten 2021	Version 12.0 Daten 2019
Netzwerkspitaler	<i>Deliefert</i>	1'201'565	1'190'448
	<i>SwissDRG-Anwendungsbereich</i>	1'197'531	1'182'252
Gesamtdaten	<i>Deliefert</i>	1'258'124	1'279'234
	<i>SwissDRG-Anwendungsbereich</i>	1'257'147	1'278'953

Von den gelieferten Fällen wurden für die Version 13.0 23'264 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 12.0 wurden 24'830 private und halbprivate Fälle ausgeschlossen.

Während der Plausibilisierungsphase wurden 115'384 Fälle (9.8% des Datensatzes vor Plausibilisierung) als unplausibel identifiziert. Unter anderem wurden 12 Spitäler/Kliniken komplett ausgeschlossen. Zudem wurde bei einem Spital ein klar abgrenzbarer Teilausschluss vorgenommen. Die plausibilisierten Daten entsprechen der Datengrundlage für die Entwicklung der SwissDRG Tarifstruktur 13.0. Damit konnten 88.1% der an die SwissDRG AG gelieferten Fälle für die Weiterentwicklung der Tarifstruktur verwendet werden.

Die Berechnung der Kostengewichte für die Version 13.0 basierte auf 1'058'822 Fällen aus dem Jahr 2021 zuzüglich 846 Fällen aus dem Jahr 2019 und 126 Fällen aus dem Jahr 2018.

Tabelle 3: Datenerosion

Gesamtdaten	SwissDRG Erhebung	
1'258'124	1'201'565	gelieferte Fälle
↓	↓	- Psychiatrie / Rehabilitation - Ambulante Fälle - Austritt ausserhalb der Erhebungsperiode
1'257'147	1'197'531	Fälle im Anwendungsbereich (inkl. Geburtshäuser)
	↓	- nicht verwendbare, private Fälle - Fälle ohne Vollkosten
	1'174'206	Datensatz vor Plausibilisierung
	↓	- Plausibilisierung der Fälle (inkl. Gesamtlöschung von 12 Spitälern)
	1'058'822	Plausible Fälle 2021 (Kalkulationsdaten)
		+ 846 Fälle aus Daten 2019 + 126 Fälle aus Daten 2018

} Systementwicklung

Anzahl DRG

Tabelle 4: Anzahl DRG und Zusatzentgelte

	Version 13.0 Daten 2021	Version 12.0 Daten 2019*
DRG gesamt	1082	1077
Abrechenbare DRG	1078	1073
DRG für Geburtshäuser	8	8
DRG unbewertet, Anlage 1	0	0
Zusatzentgelte bewertet, Anlage 2	165	156
Zusatzentgelte unbewertet, Anlage 3	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 DRGs erklärt. Ein R^2 gleich 0 bedeutet, dass der Mittelwert der Kosten aller DRGs 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 11.0, 12.0 und 13.0, basierend jeweils auf den Daten 2021. 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 V13.0)
V13.0	2021	0.781	0.867
V12.0	2021	0.766	0.847
V11.0	2021	0.762	0.845

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.