



Abbildung der Kindermedizin

In der Tarifstruktur SwissDRG

Inhaltsverzeichnis

1	Allgemein.....	3
2	Version 10.0.....	3
2.1	Gestationsalter	3
2.2	Intensivmedizin	3
2.3	Weitere Umbauten.....	4
3	Version 11.0.....	4
3.1	Beatmungsstunden (HMV).....	4
3.2	Gestationsalter	4
3.3	Weitere Umbauten.....	4
4	Version 12.0.....	5
4.1	Vorbemerkung.....	5
4.2	Intensivmedizin	5
4.3	Transplantationen bei Kindern.....	5
4.4	Weitere Umbauten.....	5
5	Version 13.0.....	7
5.1	Gestationsalter	7
5.2	Intensivmedizin	7
5.3	Transplantationen bei Kindern.....	7
5.4	Weitere Umbauten.....	7
6	Analysen zur Abbildungsgüte	9
6.1	Auswertung pro SwissDRG Version	9
6.2	Auswertung pro Altersgruppe.....	10
6.3	Auswertung pro Spalkategorie.....	11
6.4	Fazit	11

1 Allgemein

Seit Jahren wird bei jeder Weiterentwicklung der SwissDRG Tarifstruktur ein besonderes Augenmerk auf die Kindermedizin gelegt.

Neben diesem Schwerpunkt erfolgt auch bei allen weiteren Entwicklungsschritten jeweils eine Prüfung der Kinderfälle. So werden beispielsweise bei den Analysen und Umbauten mit einem intensivmedizinischen (ICU) bzw. Intermediate Care (IMCU) Aufenthalt oder im Bereich der Verbrennungsmedizin kinderspezifische Simulationen und ggf. Anpassungen vorgenommen.

Zusätzlich werden auch bei den Umbauten zu den Weiterentwicklungen der Tarifstruktur - ausserhalb der MDC 15 «Neugeborene» - z.B. durch Auf- und Abwertung von Diagnosen oder Prozeduren Anpassungen für die Kinder durchgeführt. PCCL-Splits zur sachgerechten Abbildung der Fälle mit schweren Begleiterkrankungen berücksichtigen ebenfalls die Kinderfälle, diese werden jedoch nicht einzeln aufgeführt.

In der Beurteilung und Entwicklung der Zusatzentgelte wird jährlich geprüft, ob kinderspezifische Zusatzentgelte etabliert werden können, um die Leistungen sachgerecht zu vergüten.

Der vorliegende Bericht informiert über wesentliche Weiterentwicklungen im Bereich der Kindermedizin seit der SwissDRG Version 10.0 bis zur Version 13.0 und die daraus verbesserte Abbildungsgüte dieses Fachbereiches.

2 Version 10.0

2.1 Gestationsalter

Mit Daten des Jahres 2016 wurde erstmals das Gestationsalter bei Kindern unter einem Jahr erfasst. Die Datenerhebung ergab jedoch, dass die Datenlage noch unzureichend war, um diese Variable als Splitkriterium zu etablieren. Bei der Übermittlung der Daten 2017 an die SwissDRG AG wurden hingegen deutlich mehr Fälle mit einem Gestationsalter geliefert und es konnte bereits für die Version 9.0 das Gestationsalter als Splitkriterium in fünf DRGs innerhalb der MDC 15 «Neugeborene» etabliert werden. Für die Version 10.0 führte die SwissDRG AG erneut umfangreiche Analysen zum Gestationsalter auf den Daten 2018 durch.

Ungefähr 85% aller Daten konnten bei den Simulationen berücksichtigt werden. Die verbleibenden 15% der Daten waren aufgrund der fehlenden oder verschlüsselten Erfassung der Variable «Gestationsalter» für die Simulationen nicht verwendbar. Insgesamt liess sich im Vergleich zu den Vorjahren eine weitere Zunahme der für die Simulation verwendbaren Fälle feststellen.

Aufgrund dieser Daten konnte die Etablierung einer weiteren Splitbedingung «Gestationsalter < 30 Wochen» in der DRG P03A «Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1000 - 1499 g mit Beatmung > 479 Stunden oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung...» vorgenommen werden.

2.2 Intensivmedizin

Die Analysen der Daten 2018 zeigten weiterhin, dass nicht alle Spitäler die CHOP Codes für die intensivmedizinische oder IMCU-Komplexbehandlung kodiert haben, obschon eine entsprechende Leistung erbracht wurde.

Trotzdem konnten in bestimmten DRGs Fälle mit einem erhöhten Ressourcenverbrauch in Verbindung mit einem Kurzaufenthalt auf einer ICU oder IMCU identifiziert werden. Gezielte Anpassungen der Aufwandspunkte für eine intensivmedizinische- oder IMCU-Komplexbehandlung erfolgten deshalb in 10 DRGs.

2.3 Weitere Umbauten

In insgesamt 8 DRGs wurden Kinderfälle aufgewertet bzw. vorhandene Kindersplits angepasst.

Zur verbesserten Abbildung der Kinderfälle bei Behandlung eines Retinoblastoms wurde eine neue DRG C63A «*Bösartige Neubildungen der Retina und Alter < 16 Jahre*» etabliert.

Bestimmte Behandlungen, wie z.B. Kontaktisolation wurde in der DRG P67C «*Neugeborenes, Aufnahmegegewicht > 2499 g mit anderem Problem...*» aufgewertet.

3 Version 11.0

3.1 Beatmungsstunden (HMV)

Die SwissDRG AG verfolgte den Ansatz, zukünftig auf die Beatmungsstunden als gruppierungsrelevantes Merkmal in der Tarifstruktur zu verzichten.

In aufwendigen Analysen wurden die Beatmungsstunden aus allen Logiken der Tarifstruktur entfernt und durch neue Splitkriterien ersetzt. Die datenbasierten Auswertungen zeigten, dass damit nicht nur die Fälle mit Beatmungsstunden anhand der ICU- Aufwandspunkte sachgerecht abgebildet werden können, sondern auch die Fälle auf einer ICU ohne Beatmungsstunden von einer verbesserten Abbildungsgüte profitieren würden.

Dementsprechend entschloss sich die SwissDRG AG, diesen Ansatz weiterzuverfolgen. Die Ergebnisse wurden ausführlich mit den Partnern der SwissDRG AG sowie den Intensivmedizinern und Pädiatern / Neonatologen diskutiert. Die Analysen sollten auf den Daten 2021 erneut geprüft werden.

3.2 Gestationsalter

Die Datengrundlage (Datenjahr 2019) zur Erfassung des Gestationsalters wurde erneut geprüft und analysiert. Im Vergleich zu den Vorjahren konnte eine weitere Zunahme der für die Simulation verwendbaren Fälle festgestellt werden.

Im Rahmen von Einzelfallprüfungen fielen bestimmte Fälle mit hohem Ressourcenverbrauch bei Kindern jünger als 1 Jahr auf. Diese Kinder wurden häufig aufgrund von Fehlbildungen oder Organdysfunktionen behandelt. Aufgrund der Logik in der Tarifstruktur werden Kinder mit «*Alter > 27 Tage bzw. < 366 Tage und mehr als 2500 g Gewicht*» nicht mehr der MDC 15 «*Neugeborene*», zugeordnet sondern gruppieren über alle MDCs. Daher wurde geprüft, ob die Abbildungsgüte dieser Fälle ausserhalb der MDC 15 bei Berücksichtigung des Gestationsalters verbessert werden kann. Die Aufnahme des Gestationsalters in den organbezogenen MDCs als Splitkriterium führte zu keiner verbesserten Abbildung dieser sehr kleinen Fallmenge.

Für die DRG P66B in der MDC 15 «*Neugeborene*» konnte jedoch die Logik mit «*Gestationsalter < 35 Wochen*» ergänzt werden.

3.3 Weitere Umbauten

In insgesamt 10 DRGs wurden Kinderfälle aufgewertet bzw. vorhandene Kindersplits angepasst.

4 Version 12.0

4.1 Vorbemerkung

Der Verwaltungsrat der SwissDRG AG hatte beschlossen, die Kosten- und Leistungsdaten des Jahres 2020 nicht zur Systemweiterentwicklung der Version 12.0 zu verwenden. Aufgrund der COVID Pandemie wiesen die Daten des Jahres 2020 Veränderungen in Bezug auf Fallzahlen, Leistungsspektrum und fallbezogene Kosten aus, die sich ausserhalb der üblichen Schwankungen bewegten. Die fehlende Abgrenzung zwischen COVID-bedingten und davon unabhängigen Ausprägungen hätte zu Verzerrungen in der Tarifstruktur geführt.

So wurde die Version 12.0 auf Grundlage der Daten 2019 weiterentwickelt. Zur Bewertung der Zusatzentgelte wurden jedoch die Daten aus dem Jahr 2020 herangezogen.

4.2 Intensivmedizin

Aufgrund der Identifikation von Fällen mit tiefen Aufwandspunkten bei einem Aufenthalt sowohl auf einer ICU als auch auf einer IMCU, konnte diese Logik in 4 weiteren MDCs etabliert und damit verbessert abgebildet werden.

4.3 Transplantationen bei Kindern

Die Splitbedingungen innerhalb der Basis DRG A04 «Knochenmarktransplantation oder Stammzelltransfusion, allogene» und in der Basis DRG A15 «Knochenmarktransplantation oder Stammzelltransfusion, autolog» wurden überarbeitet. Es zeigte sich, dass die Fallgruppe «Alter < 16 Jahre» nicht sachgerecht abgebildet war. Für die Basis DRG A15 wurden die Splitbedingungen mit «Alter < 16 Jahre» erweitert und in der Basis DRG A04 wurde eine neue DRG A04A etabliert, ebenfalls mit «Alter < 16 Jahre».

4.4 Weitere Umbauten

In insgesamt 4 DRGs wurden Kinderfälle aufgewertet bzw. vorhandene Kindersplits angepasst.

Im Rahmen der Weiterentwicklung fielen aufwendige Fälle mit einer kostenintensiven Diagnostik innerhalb der MDC 15 «Neugeborene», auf. Es zeigte sich, dass bestimmte Leistungen wie z.B. die CHOP Codes 99.A3.11-13 «Komplexe neuropädiatrische Diagnostik ...» und 99.A2.11 «Basisdiagnostik bei unklarem Symptomkomplex bei Kindern, mit genetischer Diagnostik» sowie 99.A5.31 «Komplexe Abklärung bei Verdacht oder Nachweis auf Kindsmisshandlung bzw....» aufgrund des stationären und interdisziplinären Settings und der verschiedenen Interdisziplinarität einen hohen Ressourcenverbrauch aufwiesen. So konnten diese Leistungen in die Basis DRGs P05 «Neugeborenes, Aufnahmegegewicht > 1999 g mit signifikanter OR-Prozedur oder ...» und P66 «Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 2000 - 2499 g oder Aufnahmegegewicht > 2499 g mit bestimmten Konstellationen ...» aufgewertet werden.

In der MDC 15 «Neugeborene» fielen weitere Fälle auf, welche aufgrund von mehreren Eingriffen einen eindeutigen Mehraufwand generierten. Diese Fälle wurden mit der Funktion «Mehrzeitige Eingriffe» in die DRG P02 aufgenommen. Eine sachgerechte Abbildung kostenintensiver Fälle wurde über Aufwandspunkte der ICU- und/oder IMCU-Komplexbehandlung ebenfalls erreicht.

Bestimmte Fälle mit den CHOP Codes für «Operationen einer Zwerchfellhernie,» waren in der MDC 15 unterschiedlich abgebildet. So erfolgte eine Gleichstellung dieser Codes in der Basis DRG P02 «Kardiothorakale oder Gefässeingriffe oder mehrzeitiger Eingriff bei Neugeborenen».

In der DRG R63D «Andere akute Leukämie, mehr als ein Belegungstag, ...» zeigten sich Fälle mit einer Unterdeckung aufgrund intensiver Chemotherapie. Mit einem neuen Split der DRG R63D mit dem

CHOP Kode 99.25.53 «*Hochgradig komplexe und intensive Chemotherapie*» wurde vor allem die Vergütung der Kinderfälle verbessert.

Es wurde ein Zusatzentgelt für die orale Gabe von Risdiplam etabliert, das besonders bei der Behandlung der spinalen Muskelatrophie (SMA) zur Anwendung kommt. Zudem wurden Kinderdosisklassen bei den Zusatzentgelten Hepatitis-B-Immunglobulin, Tocilizumab und Ruxolitinib geschaffen oder erweitert.

5 Version 13.0

5.1 Gestationsalter

Zur Entwicklung der Version 13.0 wurden erneut umfangreiche Analysen auf den Daten 2021 für Fälle mit einem «Alter > 27 Tage bzw. < 366 Tage und mehr als 2500 g Gewicht» verbunden mit einem tiefen Gestationsalter durchgeführt. Diese Fälle gruppieren aufgrund des Aufnahmegewichts bzw. des Alters nicht in die MDC 15 «Neugeborene», sondern entsprechend der Hauptdiagnose innerhalb der Organ-MDCs. Bei dieser sehr kleinen Fallgruppe handelte es sich um Frühgeborene mit wiederholten Spitalaufenthalten. Es erwies sich wiederum nicht als sachgerecht, das Gestationsalter ausserhalb der MDC 15 als gruppierungsrelevantes Merkmal zu etablieren. Zur besseren Abbildung dieser Fälle wurden neue Kindersplits «Alter < 1 Jahr» eingefügt.

5.2 Intensivmedizin

Hauptschwerpunkt der Weiterentwicklung für die Version 13.0 auf den Daten aus dem Jahr 2021 war eine umfassende Überarbeitung der Abbildung intensivmedizinischer Behandlungsfälle. Besonders im Fokus stand dabei die Ablösung der Beatmungsstunden als gruppierungsrelevantes Merkmal. Bereits auf Daten 2019 zeigte sich, dass die Behandlungsfälle über die Aufwandspunkte der intensivmedizinischen Komplexbehandlung sachgerecht abgebildet werden können. Nachdem sich dieses Ergebnis auch auf Basis der Daten des Jahres 2021 bestätigte, wurde die Tarifstruktur für den Bereich Intensivmedizin MDC übergreifend überarbeitet. Dazu waren insgesamt mehr als 1000 Simulationen notwendig. Die Logiken für die Beatmungsstunden in den DRGs wurden schrittweise entfernt und bei Bedarf neue Logikelemente etabliert. Damit wurde ebenfalls die Abbildung hochaufwendiger Fälle verbessert.

Wie bereits in den Vorjahren gestaltete sich die Abbildung der Kinderfälle aufgrund der zu wenig ausdifferenzierten Aufwandspunkte der ICU- und IMCU-Komplexbehandlung für Neugeborene und Kinder bei tieferen Aufwandspunkten schwierig. Zusätzliche CHOP Codes für niedrige Aufwandspunkte waren jedoch erst mit dem CHOP Katalog 2022 verfügbar. Auf Grund dieser Situation wurden für die Katalogversion V13.0 (CHOP Katalog 2021) in der MDC 04 «Krankheiten der Atmungsorgane» in der Basis DRG E90 sowie in der MDC 15 «Neugeborene» in der Basis DRG P60 Platzhalter mit «HMV > 24 Std.» bzw. «HMV > 12 Std.» aufgenommen. Mit der Version 13.0 Planungsversion 1 (CHOP Katalog 2022) wurden diese Platzhalter mit der Bedingung «Intensivmedizinische Komplexbehandlung Neugeborene/Kinder > 130 Pkt.» ersetzt.

5.3 Transplantationen bei Kindern

Allgemeine Analysen der DRGs zur Kostenhomogenität haben ergeben, dass die Splitbedingungen für die DRG A15A «Knochenmarktransplantation oder Stammzelltransfusion, autolog,...» nicht mehr kostentrennend waren. Die Logik wurde auf Basis der Daten aus dem Jahr 2021 überarbeitet. In der Version 13.0 gruppieren ausschliesslich Fälle mit «Alter < 18 Jahre» in die DRG A15A.

5.4 Weitere Umbauten

In insgesamt 10 DRGs wurden Kinderfälle aufgewertet bzw. vorhandene Kindersplits angepasst.

In die Basis DRG A43 wurden mit der Bedingung «Komplexe Vakuumbehandlung und Alter < 16 Jahre» kostenintensive Fälle besser abgebildet.

Kinder gruppieren mit einer Zerebralparese ICD Codes G80.- in die DRG A97G und waren dort untervergütet. So wurde eine neue Tabelle mit «infantile Zerebralparesen» in die Splitbedingung für DRG A97E aufgenommen.

Fälle aus der MDC 19 «*Psychische Krankheiten und Störungen*» gruppierten in Verbindung mit einer multimodalen Schmerztherapie in die Basis DRG A92 «*Multimodale Schmerztherapie bei bestimmten Krankheiten oder... ohne OR-Prozedur*», dabei waren Kinder in der MDC 19 ohne eine multimodale Schmerztherapie in der Basis DRG U64 bessergestellt. Mit der Aufnahme des Splitkriteriums «*Alter < 16 Jahre*» in die DRG A92B konnten Kinder in den beiden Basis DRGs U64 und A92 gleichgestellt werden.

Im Rahmen von Homogenitätsprüfungen in der MDC 01 «*Nervenerkrankungen*» fielen ICD Codes auf, welche nicht sachgerecht abgebildet waren. Mit der Aufnahme der ICD Codes P11.59 «*Geburtsverletzung der Wirbelsäule ...*» und T09.3 «*Verletzungen des Rückenmarks...*» in die Basis DRG B60 «*Paraplegie / Tetraplegie*» und die Aufnahme der ICD Codes P11.50 «*Geburtsverletzung der Wirbelsäule ...*», S34.18 «*Sonstige Verletzung des lumbalen RM*» und S34.38 «*Sonstige und n. n bez. Verletzungen der Cauda equina*» in die MDC-übergreifenden Tabelle «*Para- / Tetraplegie*» konnten diese Fälle aufgewertet werden.

Im Rahmen der Überarbeitung des Fachbereiches Intensivmedizin wurde eine Gruppierungsrelevanz für die 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 und umgesetzt. Ebenso wurden die CHOP Codes 93.9E* «*Nicht invasive Beatmung ausserhalb der Intensivstation*» als Splitkriterium für die DRGs E77C, E65A und E70A etabliert.

Innerhalb der MDC 15 wurden die neuen CHOP Codes 99.A8.- «*Neonatologische Diagnostik und Überwachung auf einer Neonatal (Special, Intermediate, Intensive) Care Unit, nach Dauer*» dem CHOP Code 99.B8.31 «*IMC-Komplexbehandlung im Neugeborenenalter, 197 bis 392 Aufwandspunkte*» gleichgestellt.

Mit der Aufnahme der CHOP Codes 93.59.50 – 53 «*Komplexbehandlung bei Besiedlung oder Infektion mit multiresistenten Erregern, bis 6 Behandlungstage – 21 und mehr Behandlungstage*» in die DRG P67C und der Gleichstellung zum CHOP-Kodes 99.84.25 – 2F «*Tröpfchenisolation, bis 6 Behandlungstage – 84 und mehr Behandlungstage*» konnte eine sachgerechte Abbildung dieser Prozeduren erreicht werden.

Im Rahmen von Prüfungen fielen die ICD Codes Z38.3-Z38.5 «*Lebendgeborene nach dem Geburtsort, Zwillings...*» und Z38.6-Z38.8 «*Lebendgeborene nach dem Geburtsort, anderer Mehrling...*» in der Basis DRG P67 auf, welche zu hoch bewertet waren. Aus diesem Grund wurde die Splitbedingung «*Neugeborener Mehrling...*» aus der DRG P67B entfernt.

Hingegen wurden zu niedrig bewertete ICD Codes wie P21.0 «*Schwere Asphyxie unter der Geburt*» und P07.2 «*Neugeborenes mit extremer Unreife*» von der Funktion «*Andere Probleme beim Neugeborenen*» zur Funktion «*Schweres Problem beim Neugeborenen*» verschoben und dadurch aufgewertet.

Die bestehende DRG P60C wurde zur besseren Abbildung aufwendiger Fälle mit den Bedingungen «*Mehrere schwere Probleme NG*» oder «*aufnahmeverlegt*» gesplittet. Daraus ergab sich für die Version 13.0 eine neue DRG P60D, welche ebenfalls für die Abrechnung der Säuglinge in einem Geburtshaus verwendet wird.

Es wurde ein Zusatzentgelt für die intravenöse Gabe von Dinutuximab beta etabliert, das besonders bei der Behandlung von Neuroblastomen im Kindesalter zur Anwendung kommt.

6 Analysen zur Abbildungsgüte

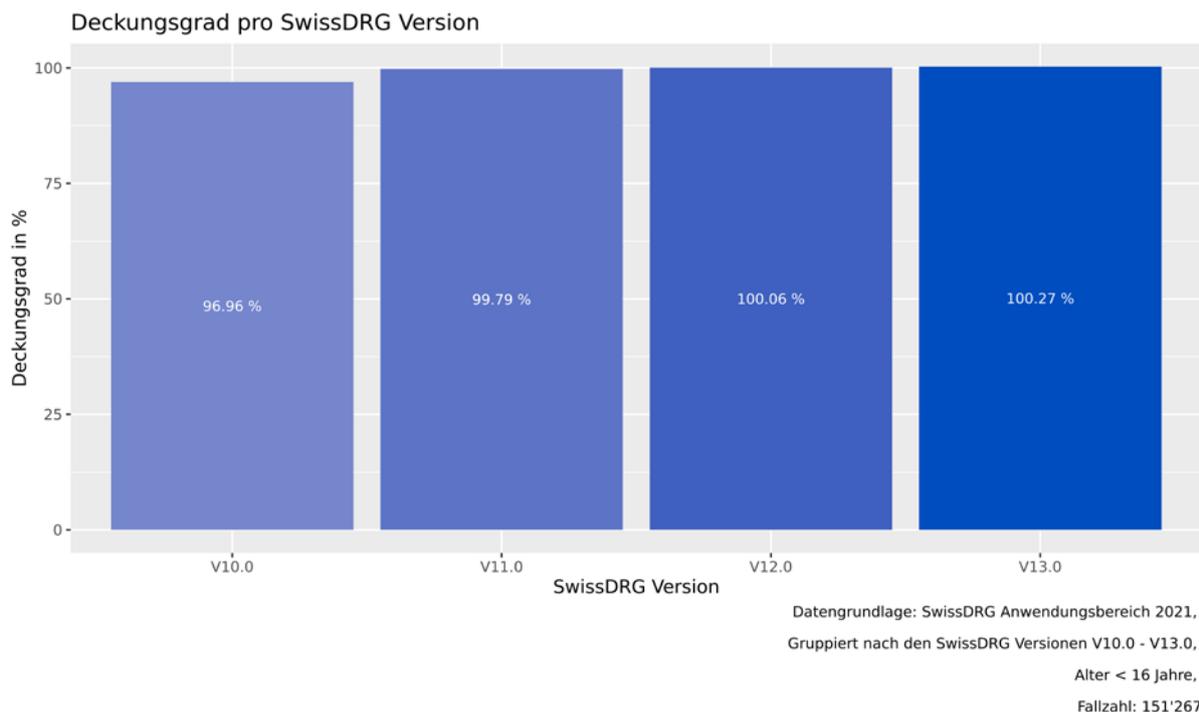
Um eine sinnvolle Betrachtung der Abbildungsgüte nach Version vorzunehmen, erfolgte zunächst eine Gruppierung der Fälle anhand der Daten des Jahres 2021 nach den SwissDRG Versionen 10.0, 11.0, V12.0 und 13.0.

Um eine Deckungsgradanalyse durchführen zu können, wurde pro Version ein hypothetischer Basispreis errechnet. Der hypothetische Basispreis wird so bestimmt, dass die gesamtschweizerischen, akutsomatischen Daten des Jahres 2021 (Kalkulationsdatensatz) im Schnitt ausfinanziert sind und somit kumulativ keinen Gewinn und keinen Verlust aufweisen. Die folgende Tabelle zeigt den hypothetischen Basispreis für die Daten 2021 pro SwissDRG Version. Dieser bewegt sich je nach Version zwischen etwa 10'950 CHF und knapp 11'000 CHF.

Datenjahr	SwissDRG Version	Hypothetischer Basispreis
2021	V10.0	10'955 CHF
2021	V11.0	10'984 CHF
2021	V12.0	10'981 CHF
2021	V13.0	10'995 CHF

6.1 Auswertung pro SwissDRG Version

Im Anwendungsbereich der SwissDRG Tarifstruktur haben im Datenjahr 2021 insgesamt 151'267 unter 16-jährige Personen eine stationäre Behandlung erfahren, 17'067 davon wurden in einem der drei Schweizer Kinderspitäler behandelt. Die folgende Grafik zeigt die Entwicklung des Deckungsgrades dieser Fallgruppe über die verschiedenen SwissDRG Versionen. Dabei wird klar gezeigt, dass die Fälle der Kindermedizin mit der Version 13.0 bei gleichbleibender Datenbasis deutlich besser abgebildet werden können als mit den vorangehenden Versionen.

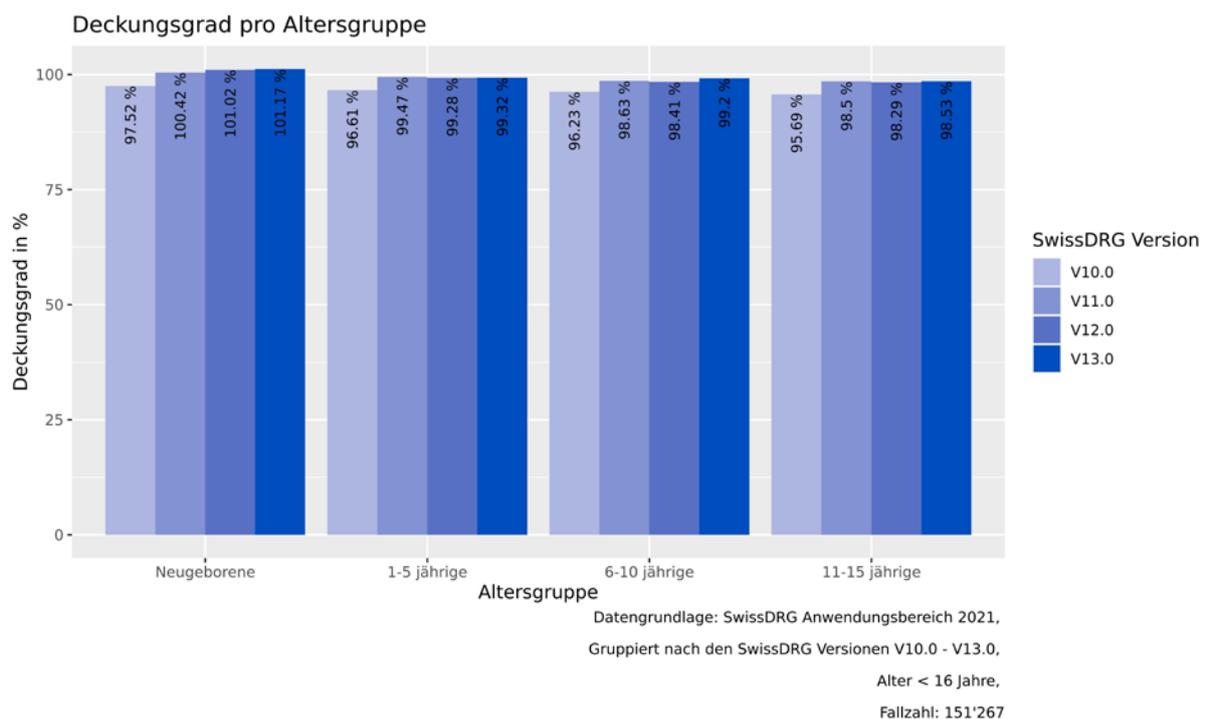


Während der aggregierte Deckungsgrad dieser Fälle nach Version 10.0 noch klar unter 100% zu liegen kommt, können mit der Version 13.0 alle Ausgaben durch die Vergütung über die Tarifstruktur gedeckt werden (unter Verwendung eines hypothetischen Basispreises von 10'995 CHF).

Beschränkt man sich in der Analyse des Deckungsgrades auf die 17'067 Fälle der drei Schweizer Kinderspitäler, so zeigt sich derselbe Trend. Der Deckungsgrad dieser Fälle liegt für die Version 10.0 bei 92.60%, steigt mit jeder Version an und kommt schliesslich für die Version 13.0 bei 97.95% zu liegen.

6.2 Auswertung pro Altersgruppe

Um den Effekt über alle Fälle der Kindermedizin genauer zu untersuchen, wurden in der Folge vier Altersgruppen gebildet (Neugeborene Kinder, 1-5 jährige Kinder, 6-10 jährige Kinder und 11-15 jährige Kinder). Die grösste prozentuale Steigerung des Deckungsgrades ist für die Gruppe der Neugeborenen zu beobachten. Hier steigt der Deckungsgrad von 97.52% (V10.0) auf 101.17% (V13.0) an. In jeder der vier Altersgruppen zeigt sich über die vier untersuchten SwissDRG Versionen ein positiver Trend in Richtung eines Deckungsgrades von 100%. Die detaillierten Ergebnisse pro Altersgruppe sind in der folgenden Grafik abgebildet.

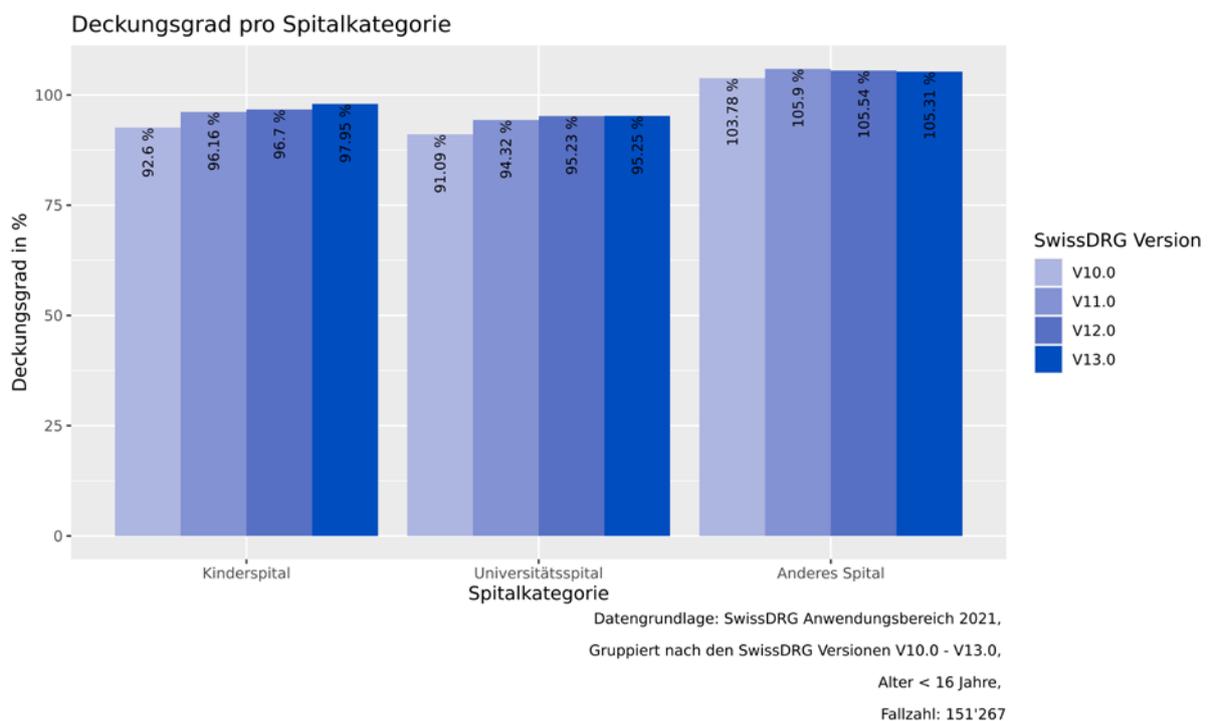


Bei einer Verkleinerung der Stichprobe auf jene Fälle, die in einem der drei Schweizer Kinderspitäler behandelt wurden, fällt die Steigerung des Deckungsgrades bei den Neugeborenen noch deutlicher aus. Einem Deckungsgrad von 89.15% nach Version 10.0 steht ein Deckungsgrad von 97.58% nach Version 13.0 gegenüber. Auch für die restlichen Altersgruppen kommt der Deckungsgrad nach Version 13.0 jeweils höher zu liegen als der Deckungsgrad nach Version 10.0.

6.3 Auswertung pro Spitalkategorie

Eine nach Spitalkategorien differenzierte Analyse bekräftigt die beobachteten Effekte. Hierzu wurde die Stichprobe in drei Kategorien unterteilt: Fälle aus einem Kinderspital, Fälle aus einem Universitätsspital, Fälle aus einem anderen Spital.

Wie in dieser Abbildung dargestellt, konnte der Deckungsgrad in jeder der genannten Spitalkategorien im Vergleich zur Version 10.0 klar gesteigert werden und liegt nach Version 13.0 für die Kinderspitäler bei 97.95%, für die Universitätsspitäler bei 95.25% und für die Fälle aus anderen Spitälern bei 105.31%. Die Unterschiede zwischen den Kategorien sind auf eine abweichende Fallschwere zurückzuführen, die jeweils in die individuellen Verhandlungen der effektiven Basispreise miteinfliesst und dadurch für die Vergütung der Spitäler berücksichtigt wird.



6.4 Fazit

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass der Deckungsgrad dieser Fälle bei gleichbleibender Datenbasis über mehrere Versionen hinweg deutlich gesteigert werden konnte. Es handelt sich dabei nicht um einen Effekt, welcher durch einzelne Spitäler oder Fallgruppen hervorgerufen wird, sondern um eine allgemeine, breit abgestützte Verbesserung in der Abbildung der stationären kindermedizinischen Behandlungsfälle. Die Abbildungsgüte für den Bereich der Kindermedizin konnte stetig verbessert werden und ist derzeit als sachgerecht zu bewerten.