

# SwissDRG - Version 8.0 / 2019

## Informationsveranstaltung

# SwissDRG – Version 8.0 / 2019



- 1. Datengrundlagen**
2. Grupperweiterentwicklung
3. Ergebnisse

# SwissDRG – Version 8.0 / 2019

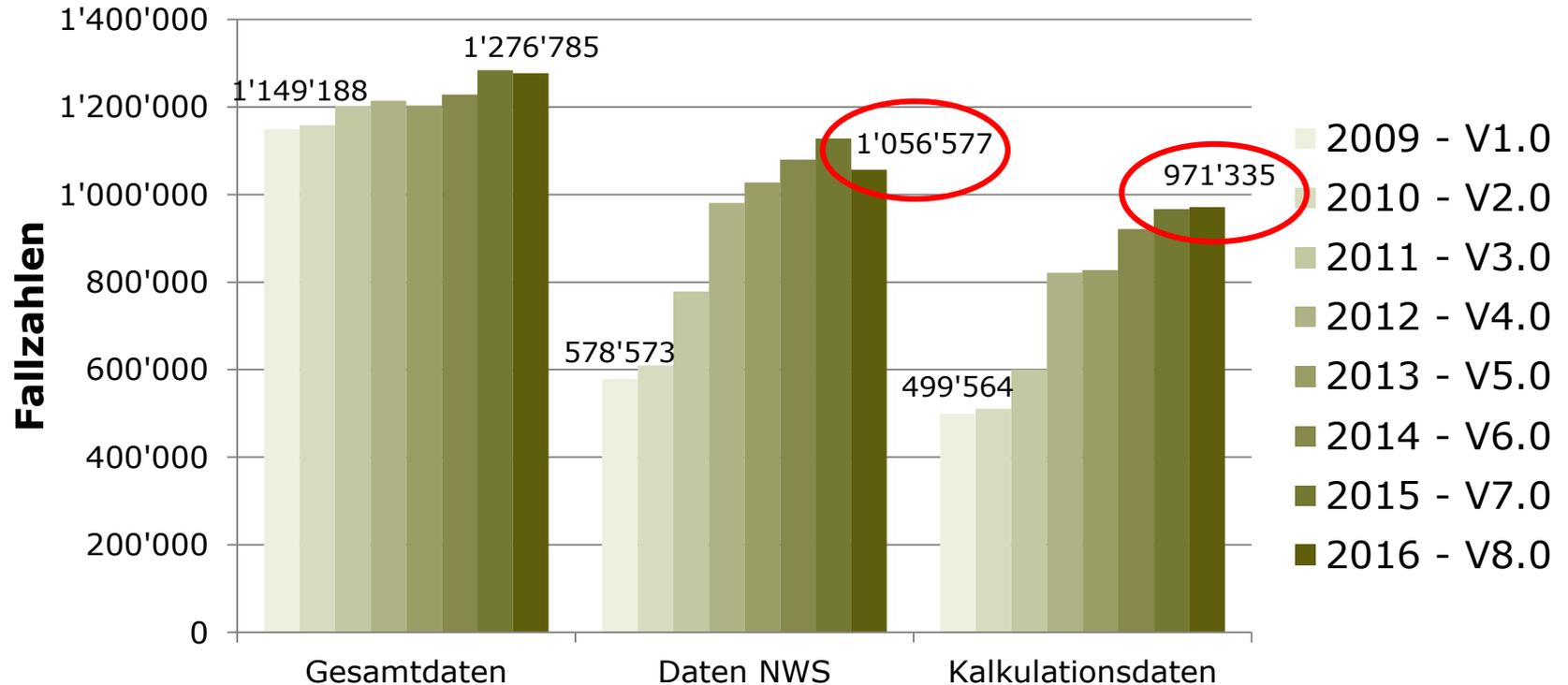
## Anzahl Spitäler

| Datenjahr        | 2016       | 2015       | 2014 | 2013 | 2012 |
|------------------|------------|------------|------|------|------|
| Netzwerkspitäler | <b>104</b> | <b>118</b> | 115  | 112  | 102  |
| Gesamtspitäler   | <b>176</b> | <b>184</b> | 187  | 190  | 197  |

- Gesamtlöschung von 7 Spitälern, 2 ohne Lieferung 2015
- Daten von 97 Spitälern zur Systementwicklung verwendet (105 im Vorjahr)

# SwissDRG – Version 8.0 / 2019

## Entwicklung Fallzahlen

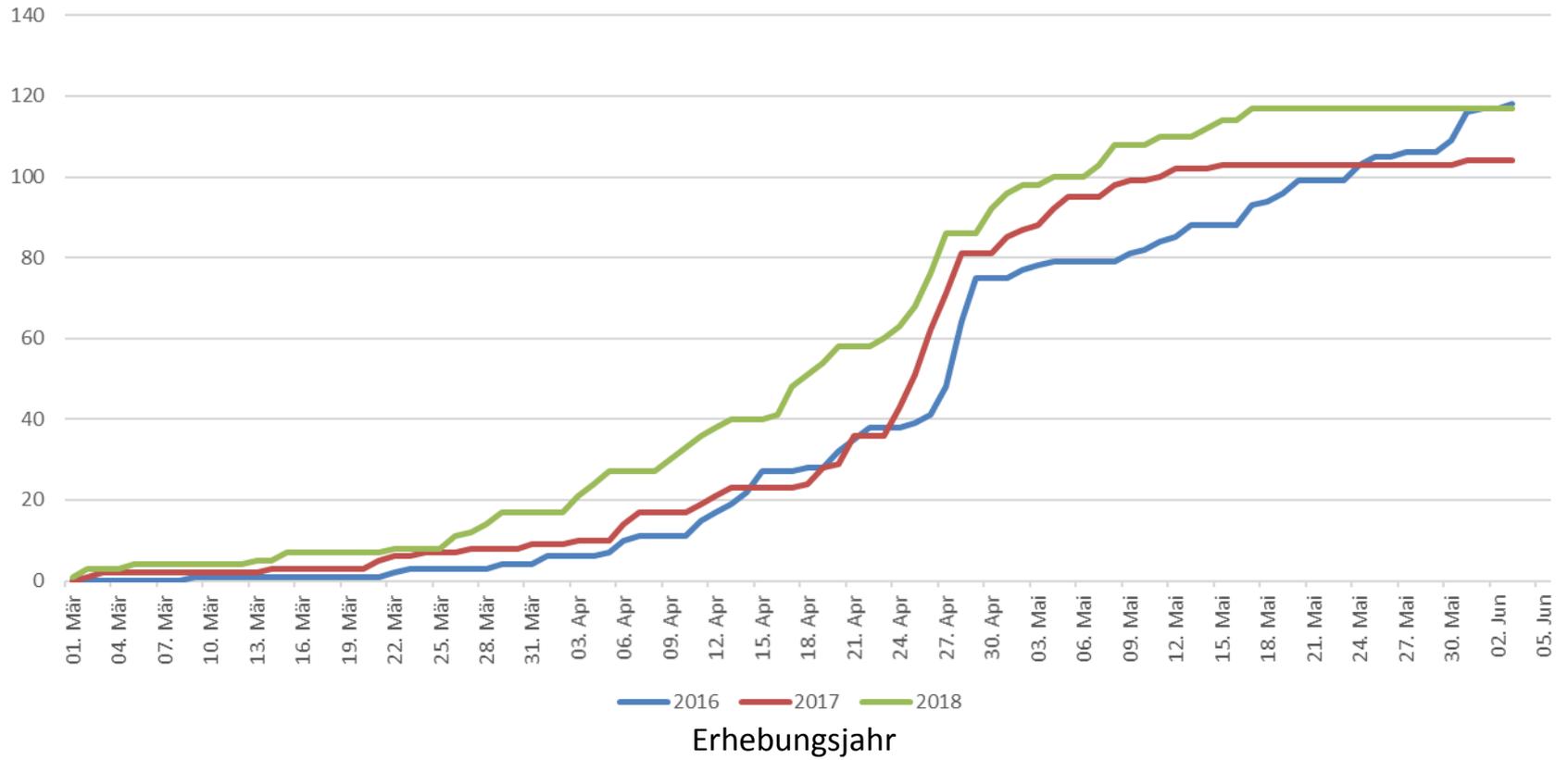


*Datenbasis: 2009-2016*

- *Gesamtdaten: BFS-Daten*
- *Daten NWS: Datenerhebung SwissDRG AG (Anwendungsbereich)*
- *Kalkulationsdaten: Verwendete Daten zur Kalkulation*

# Erhebungsverlauf

Anzahl datenliefernde Spitäler



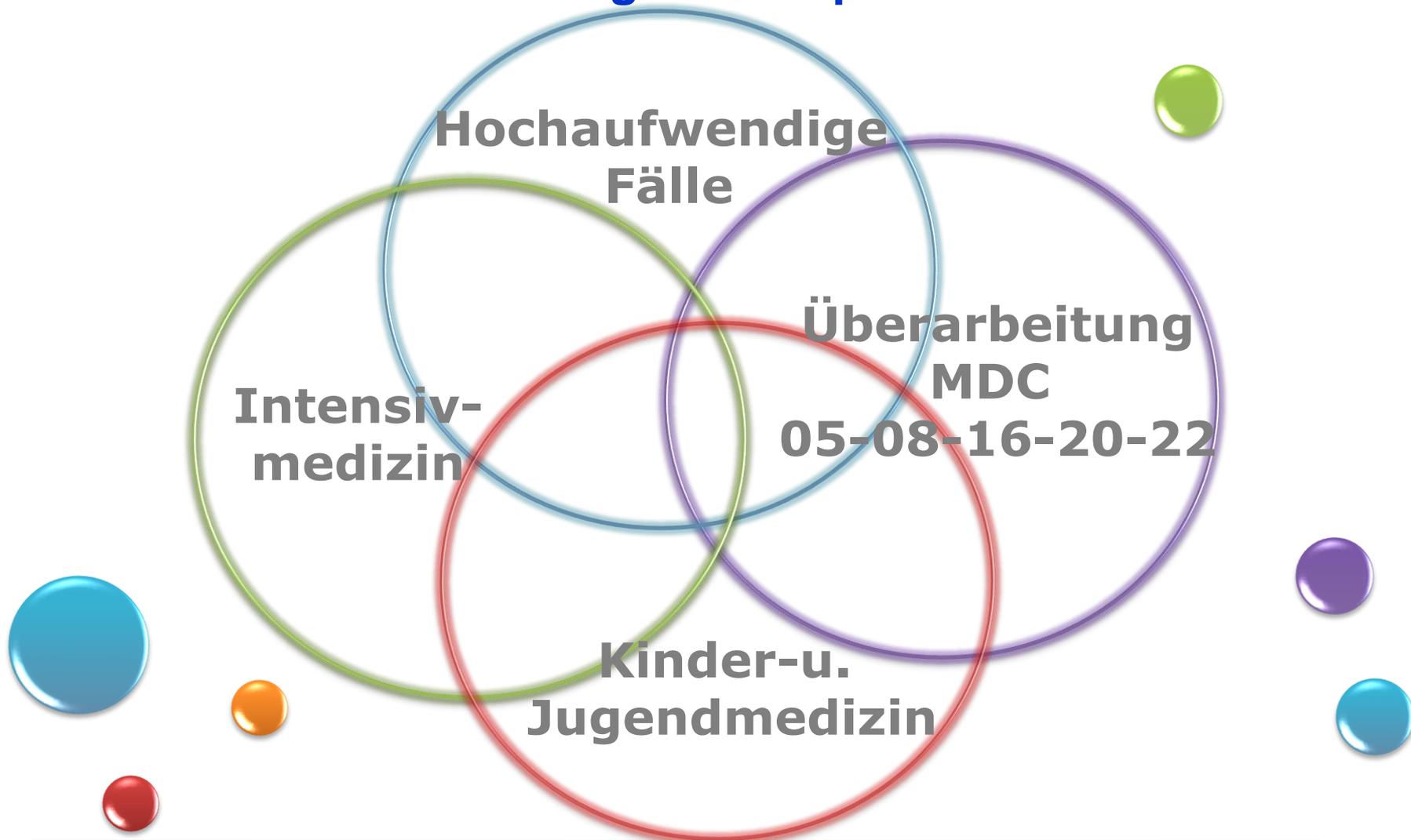
# SwissDRG – Version 8.0 / 2019



1. Datengrundlagen
- 2. Grupperweiterentwicklung**
3. Ergebnisse

# SwissDRG – Version 8.0 / 2019

## Entwicklungsschwerpunkte



# Abbildung hochaufwendiger Fälle



- Identifikation einer Fallmenge mit sehr hohem Ressourcenverbrauch aufgrund:
  - sehr hoher Aufwandspunkte Int- / IMC-Komplexbehandlung
  - mehrfacher Operationen teils in Verbindung mit komplexer Vakuumtherapie bzw. aufwendiger Intensiv-Behandlung
  - bestimmter hochaufwendiger Konstellationen

# Hochaufwendige Fälle

## Neugeborene MDC 15

### Problem:

- sehr teure Fälle mit hoher Anzahl IntK Aufwandspunkte streuen über mehrere Basis DRGs (P61, P02, P03)
- sachgerechte Abbildung innerhalb dieser DRGs nicht möglich

### Neu:

- Etablieren einer neuen DRG P37Z unabhängig vom Aufnahme- oder Geburtsgewicht



# Hochaufwendige Fälle

## Vakuumtherapie

### Bisher:

#### Etablierung der Funktionen

- «Komplexe Vakuumtherapie (VAC I)»
- «Komplexe Vakuumtherapie (VAC II)»

→ systematische Überprüfungen Prä-MDC und Organ-MDCs zur Ermittlung weiterer aufwandsintensiver Fälle

# Hochaufwendige Fälle

## Vakuumtherapie

**Neu:**

Funktion Vakuumtherapie:

- kontinuierliche Sogbehandlung bei Vakuumversiegelung, 8 Tage und länger **mit**
- Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumversiegelung **und**
- mehrzeitige bestimmte Operationen an **zwei** unterschiedlichen Tagen

→ Aufwertung dieser Fälle in Verbindung mit grossen OPs in DRGs F04Z, G38Z, H33Z, M37Z, N33Z, X33Z

# Hochaufwendige Fälle

## Prä-MDC

### Analyse:

Fälle häufig nicht mit einem Merkmal als Hochkostenfall abbildbar

- in Anlehnung an Funktion «komplizierende Prozeduren»  
Etablierung der Funktion «**hochaufwendige Konstellationen**»
- **Kombination mehrerer Bedingungen**
  - Transfusionen in sehr hoher Zahl mit langandauernden Dialysen
  - Notwendigkeit zur Organtransplantation mit Hochdringlichkeitsstufe, High Urgency

# Hochaufwendige Fälle

## Prä-MDC

### Umbau:

- Gruppierung von Fällen mit neuer Funktion «hochaufwendige Konstellationen» in DRG A11A «*Beatmung > 249 mit kompl. Konstellationen, od. Beatmung > 95 Std. mit bestimmten hochkompl. Konstellationen, od. Alter < 16 J., od. **hochaufwendigen Konstellationen**, od. aufwendigen OR Proz. mit Alter < 16 Jahre*»

→ Aufwertung der Fälle Hauptdiagnose unabhängig

# Hochaufwendige Fälle

## Intensivmedizin

### Analyse:

- bisher nur Beatmung >499 Stunden in Verbindung mit IntK >4410/4600 Aufwandspunkten relevant in DRG A18Z

### Umbau:

- Aufwertung **hochaufwendiger Intensivtherapie auf IntK / IMCK >5520 Aufwandspunkte** in DRG A06Z
- unabhängig von Beatmungsdauer

# Hochaufwendige Fälle

## Mehrzeitige Eingriffe

### Umbau:

- Etablierung einer neuen Funktion «*vierzeitig komplexe OR-Prozeduren*»
- Aufnahme der neuen Funktion in Basis DRG A06 «*Beatmung >499 Stunden und Transplantation, Trennung Siamesische Zwillinge oder Beatmung >1499 Stunden oder IntK/IMCK >5580/5520 Punkte oder bestimmte Konstellationen*» und in DRG B36B «*IntK >196/360 Punkte oder vierzeitig komplexe OR-Prozeduren*»

# Hochaufwendige Fälle

## Schwerste Verbrennungen

### Ausgangslage:

- schwerste Verbrennungen gruppieren in Abhängigkeit der Beatmungsdauer in Basis DRGs Y01, A11, A18
  - bestimmte Konstellationen bisher nicht kostendeckend
- Einzelfallprüfung mit Korrekturen der fallbezogenen Kostenzuordnung

# Hochaufwendige Fälle

## Schwerste Verbrennungen

### Neu:

Etablierung der Funktion «*Schwerste Verbrennungen*» mit Logik:

- schwerste Verbrennungen (ab 40% KOF oder ab 20% 3. Grades) **und**
- Sepsis oder Verbrennungen an mehreren Körperregionen **und**
- IntK >2058/1932 Aufwandspkt. od. Alter < 18 Jahre

# Hochaufwendige Fälle

## Schwerste Verbrennungen

### Umbau:

- Gruppierung von Fällen mittels Funktion «*schwerste Verbrennungen*» in DRG A06Z «*Beatmung >499 Std. u. Transpl. von Leber, Lunge, Herz u. Knochenmark, Stammzelltransf. od. Trennung von Siames. Zwillingen, od. Beatmung >1499 Std., od. vierzeitig. komplex. OR, od. schwerste Verbr., od. IntK/IMCK >5581/5521 Pkt.*»

→ sachgerechte Vergütung dieser Fallmenge möglich

# Hochaufwendige Fälle

## Schwere Verbrennungen

### Problem:

- nur noch sehr kleine Fallmenge mit schweren Verbrennungen in DRG Y01Z «*Operative Eingriffe bei schweren Verbrennungen oder Beatmung >95 Stunden oder Intensivmedizinische Komplexbehandlung >784/1380 Aufwandspunkte*» gruppiert

### Neu:

- Etablierung der Funktion «*Schwere Verbrennungen*» mit Logik der Basis DRG Y01

# Hochaufwendige Fälle

## Schwere Verbrennungen

### Umbau:

- Auflösen der Basis DRG Y01 und Abbildung der Fallmenge mittels neuer Funktion «*Schwere Verbrennungen*» in DRG:

*A11A «Beatmung > 249 mit kompl. Konstellationen, od. Beatmung > 95 Std. mit bestimmten hochkompl. Konstellationen, od. Alter < 16 J., od. hochaufwendigen Konstellationen, od. aufwendigen OR Proz. mit Alter < 16 Jahr»*

*A11B «Beatmung > 249 Std. mit kompl. Konstellationen, oder Beatmung > 95 Std. mit best. kompl. Konstellationen od. schweren Verbrennungen, Alter > 15 Jahre»*

→ sachgerechte Vergütung dieser Fallmenge möglich

# Hochaufwendige Fälle

## Abstossungsreaktion

- Fälle mit Abstossung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen bisher DRG A61Z zugeordnet
- Fallmenge heterogen mit geringer Kostendifferenzierung
- **Umbau:**
- Löschen der Basis DRG A61
- Abbildung einer Teilmenge von Fällen der ehemaligen A61 in Basis DRG A91 «*Photopherese und Apherese, ein Belegungstag*»
- Umleitung der Fälle in MDC 17, Zuordnung zur Basis DRG R60 «*Akute myeloische Leukämie, mehr als ein Belegungstag oder autologe STZ-Entnahme oder Graft versus Host Disease*»

Aufwertung der Fälle mit akuter Graft versus Host Disease Grad 3 oder 4

# Intensivmedizin

## Beatmung

### Problem:

- Fälle mit  $> 95$  Stunden und  $< 250$  Beatmungsstunden sind der Basis DRG A13 zugeordnet
- können jedoch auch Logik der Basis DRGs A36, B36, F36, T36 erfüllen
- abhängig von IntK Aufwandspunkten

→ Mindervergütung bei Mehrleistung möglich

→ nicht mit Sortierung der DRGs lösbar

# Intensivmedizin

## Beatmung

### Umbau:

- komplexe Überarbeitung der Prä-MDC und Intensiv DRGs in organbezogenen MDCs
- Löschen der Basis DRG A13
- Zuordnung einer Fallmenge der Basis DRG A11 «*Beatmung > 249 Std., oder Beatmung >95 Std. oder IntK > 196/552 Pkt. mit best. Konstellationen, od. hochaufwendigen Konstellationen, od. schweren Verbrennungen*»
- Erweiterung der Logik der Basis DRG B90 um «*.., > 95 Beatmungsstunden mit IntK >196/360 Aufwandspunkten*»
- neues Splitkriterium in DRG E36A «*Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 980/1104 Aufwandspunkte und Beatmung > 95 Stunden*»

# Intensivmedizin

## Beatmung

### Umbau:

- Erweiterung der Definition in DRG E90B um  
*«.., > 95 Beatmungsstunden»*
- Erweiterung der Definition in DRG F36A um  
*«.., > 95 Beatmungsstunden mit bestimmten IntK Aufwandspunkte und komplexen OR Prozeduren»*
- Erweiterung der Definition der Basis DRG H33 um  
*«.., >95 Beatmungsstunden und IntK >196/360 Aufwandspunkte»*
- Split der DRG T36Z anhand *«IntK >980/1104 Aufwandspunkte oder >95 Beatmungsstunden mit komplexen OR Prozeduren»*

# Intensivmedizin

## Komplexe operative Eingriffe

### Bisher:

- Split der DRGs A36A und A36B ausschliesslich über Intensivpunkte definiert
- bestimmte Fallmenge nicht aufwandsgerecht abgebildet

### Umbau:

- Splitkriterium der A36A um die Funktion «*komplexe OR Prozeduren*» erweitert
- Aufwertung und sachgerechte Vergütung von aufwendigen Fallkonstellationen

# MDC übergreifende Umbauten

## Demenz / Delir

### Antrag:

- mehrere Anträge auf Prüfung der aufwandsgerechten Abbildung von Demenz- / Delir Patienten
- Demenz- / Delir Patienten in Behandlung aufwendiger und deshalb untervergütet

### Analyse:

- umfangreiche Analyserechnungen in allen MDCs
- zusätzliche Prüfung der kodierbaren kognitiven Funktionseinschränkung (U51.0-, U51.1-, U51.2-) als Kostentrenner

# MDC übergreifende Umbauten

## Demenz / Delir

### Resultat:

- sehr häufig Kodierung unspezifischer Diagnosen (ca. 70%)
- zusätzliche Erhebungen «*Barthel-Index, kognitiver FIM, MMSE*» werden bei nur 22% der Fälle kodiert
- Kostenunterschiede bei Fällen mit Demenz oder Delir zur jeweiligen DRG eher gering
- Kostendifferenzen sowohl positiv als auch negativ
- Demenz, Delir oder Schwere der kognitiven Funktionseinschränkung bisher kein geeigneter Kostentrenner

# MDC übergreifende Umbauten

## Demenz / Delir

### Umbau:

- Neuaufnahme Demenz- und weitere Zusatzcodes in die CCL-Matrix:
  - F02.8 «*Demenz bei anderenorts klassifizierten Krankheitsbildern*»
  - U51.20 «*Schwere kognitive Funktionseinschränkung: Erweiterter Barthel-Index: 0-15 Punkte*»
  - U51.21 «*Schwere kognitive Funktionseinschränkung: Kognitiver FIM: 5-10 Punkte*»
  - U51.22 «*Schwere kognitive Funktionseinschränkung: MMSE: 0-16 Punkte*»

# MDC übergreifende Umbauten

## Demenz / Delir

### Umbau:

- Aufwertung der Codes in CCL-Matrix:
    - F11.4-F19.4 «*Suchterkrankungen mit Delir*»
    - F11.6-F19.6 «*Suchterkrankungen mit amnestischem Syndrom*»
  - Entfernen der Diagnose F05.9 «*Delir, nicht näher bezeichnet*» aus CCL-Matrix
- Aufwertung von Fällen mit Demenz/Delir mit bestimmten schweren Diagnosekonstellationen

# MDC übergreifende Umbauten Polytrauma

## Bisher:

- über Funktion «*Polytrauma*» werden weniger aufwendige Fälle als Polytrauma eingestuft und offensichtliche Polytrauma jedoch nicht

## Analyse:

- Funktion über HD Tabelle und weitere lokalisationsbezogene Tabellen definiert
- Logik erfüllt, wenn 1 Diagn. aus HD Tabelle und 2 Diagn. aus verschiedenen lokalisationsbez. Tabellen vorhanden
- lokalisationsbez. Tabellen können Haupt- oder Nebendiagnose sein

# MDC übergreifende Umbauten Polytrauma

## Neu:

- ICD T00.0 - T04.9 aus allen Tabellen entfernt
  - Neuaufnahme best. Codes in ND Tabellen (Fraktur BWS)
  - lokalisationsbezogene Diagnosetabellen dürfen nur noch Nebendiagnose sein
- es werden grundsätzlich eine Haupt- **und** zwei Nebendiagnosen aus verschiedenen Tabellen benötigt
- sachgerechte Vergütung

# MDC übergreifende Umbauten

## Frühreha, Palliativmedizin

### Problem:

- Fälle mit bestimmten frührehabilitativen oder palliativmedizinischen Komplexbehandlungen und Beatmungstunden mit IntK Aufwandspunkten über verschiedene DRGs verteilt und nicht aufwandsgerecht abgebildet

### Umbau:

- bestimmte frührehabilitative oder palliativmedizinische Komplexbehandlungen mit «>95 *Beatmungstunden*» und «*IntK >392 / 552 Aufwandspunkten*» in Basis DRG A11 gruppierungsrelevant

→ sachgerechte Vergütung dieser Fallgruppe

# MDC übergreifende Umbauten

## Frühreha, Palliativmedizin

### Antrag:

- Neurologische Frührehabilitation Kode 93.89.10  
 «*Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation, mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage*» bisher nicht Erlös relevant in der DRG B90

### Umbau:

- Aufnahme des Codes in Basis DRG B90 «*IMC Komplexbehandlung >392/552 Pkt. od. **neurologische Frühreha ab 7 BT** oder bestimmte IntK mit IMCK Aufwandspunkten od. Beatmung >95 Std. mit IntK >196/360 Pkt.*»

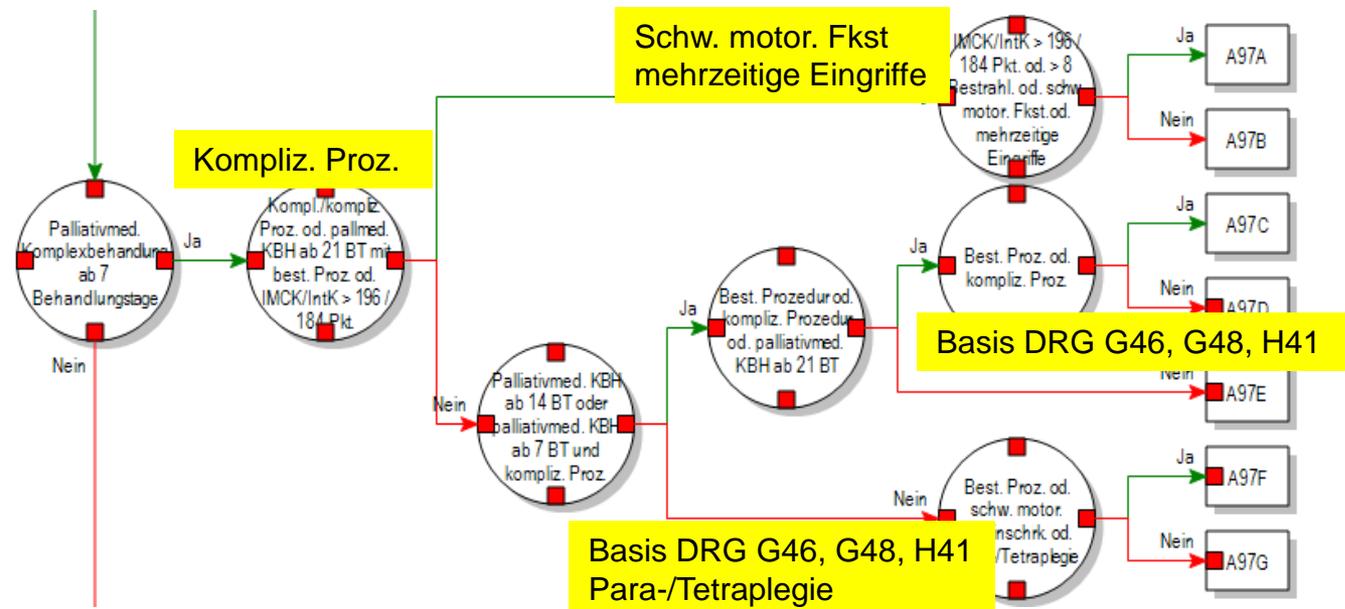
# MDC übergreifende Umbauten

## Palliativmedizinische Komplexbehandlung

### Problem:

- Mindervergütung bei Mehrleistung bei gleichzeitigem endoskopischen Eingriff
- aufwendige Konstellationen nicht sachgerecht abgebildet

### Umbau:



# MDC übergreifende Umbauten

## Neurologische Komplexdiagnostik

### Antrag:

- sachgerechte Abbildung der Fälle mit neurologischer Komplexdiagnostik in Basis DRG E63  
*«Schlafapnoesyndrom oder kardiorespiratorische Polysomnographie bis 2 Belegungstage»*

### Umbau:

- Aufwertung dieser Fallgruppe sowie Identifikation bestimmter invasiver kardiologischer Diagnostik als zusätzlichen Kostentrenner



# MDC übergreifende Umbauten

## Neurologische Komplexdiagnostik

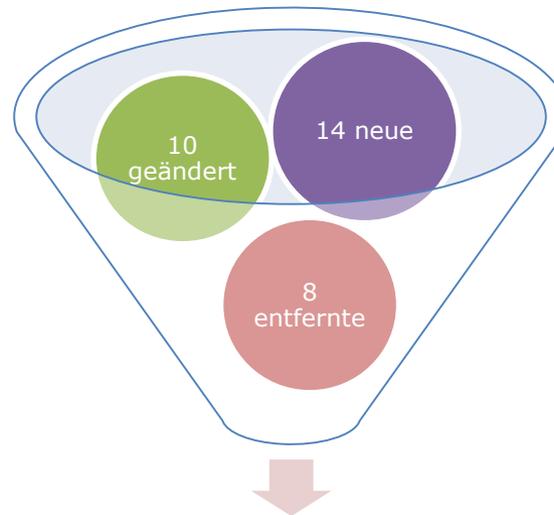
### Weiterhin:

- Aufwertung der neurologischen Komplexdiagnostik in folgenden DRGs:
- B68A, B69C, B70B, B70 E, B72B, B76D, B77A, D61A, D68A

# MDC übergreifende Umbauten Kinder- und Jugendliche

## Analyse:

- systemübergreifende Prüfung aller Fälle mit einem bestehenden Kindersplit
- Betrachtung der Fälle auf ggf. weitere Kindersplits



Kinder- und Jugendsplit

# MDC übergreifende Umbauten

## DRGs 901, 902

### Analyse:

- Überprüfung der Fälle in Basis DRGs 901, 902  
 «(Ausgedehnte) OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose»
- bestimmte Kombinationen von Hauptdiagnose und Prozedur führen in Basis DRGs 901, 902

### Umbaumöglichkeiten:

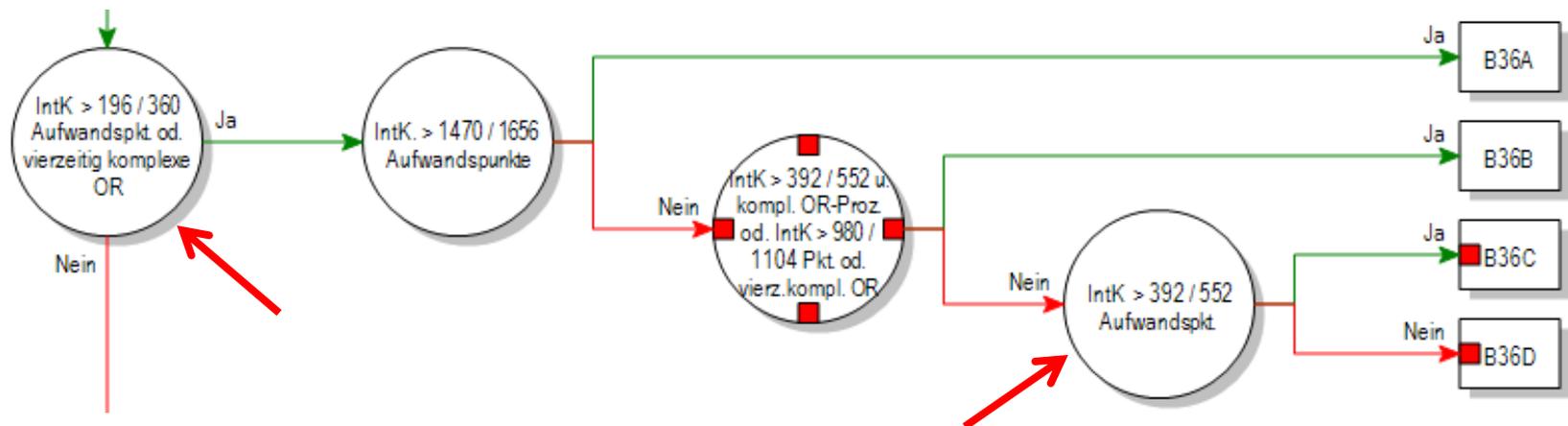
- Aufnahme mehrerer OR-Kodes in weitere MDCs
- Verschieben der Hauptdiagnosen in andere MDC
- Anpassen der Zuordnung der OR-Kodes in Basis DRG 901 oder 902

# Nervenerkrankungen MDC 01

## Intensivmedizin

### Umbauten in Basis DRG B36:

- Senkung der Eintrittsschwelle für Basis DRG B36 auf IntK > 196/360 Aufwandspunkte
- Etablierung einer neuen DRG B36C für Kurzaufenthalte auf Intensivstation



# Nervenerkrankungen MDC 01

## Multiple Sklerose

### Antrag:

- Kosteninhomogenität in Basis DRG B68 «*Multiple Sklerose*»  
Unterdeckung der Fälle in DRG B68B
- möglicher Kostentrenner, Diagnose G35.11 «*Multiple Sklerose mit vorherrschend schubförmigem Verlauf: Mit Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression*»

### Umbau:

- ICD G35.11 kein Kostentrenner
- Split der DRG B68B mit ICD G35.0 «*Erstmanifestation einer Multiplen Sklerose*»

# Nervenerkrankungen MDC 01

## Morbus Parkinson

### Antrag:

- Abbildung CHOP Kode 99.b4.10-12 «*Multimodale Komplexbehandlung bei extrapyramidal-motorischen Krankheiten*» in Basis DRG B67 «*Morbus Parkinson mit ....* »

### Umbau:

- Aufnahme der «*Multimodalen Komplexbehandlung bei extrapyramidal-motorischen Krankheiten, mindestens 7 Behandlungstagen*» in DRG B67A

# Krankheiten der Atmungsorgane MDC 04

## Intensivmedizin

### Antrag:

- inhomogene Fallmenge in Basis DRG E77 «*Andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane*»

### Umbau:

- Prüfung der bisherigen Splitkriterien
- Aufwertung von Fällen mit IntK >196/119 Aufwandspkt.
- Entfernung des Splitkriteriums in DRG E77E «*Para- / Tetraplegie*»

# Krankheiten der Atmungsorgane MDC 04

## Bariatrische Chirurgie

### Antrag:

- Problem der Mindervergütung bei Mehraufwand in der Bariatrie

### Analyse:

- Fälle mit bariatrischem Eingriff und Nebenprozedur nicht-bariatrisch werden von der Umleitung «*Gr. Eingriffe bei Adipositas mit alveolärer Hypoventilation*» nicht erfasst und somit nicht der MDC 06 zugeordnet

# Krankheiten der Atmungsorgane MDC 04

## Bariatrische Chirurgie

### Umbau:

- Überprüfung aller Umleitungen zur Bariatrie
- Anpassung der Logik «*Eingriffe bei Adipositas mit alveolärer Hypoventilation*»

→ Logik der Umleitung wird bei bariatrischen Eingriffen in Verbindung mit Begleiteingriffen erfüllt

# Krankheiten des Kreislaufsystems MDC 05 DRG

## Endovaskulärer Herzklappenersatz

### Problem:

- inhomogene Verteilung von verschiedenen Fallmengen mit endovaskulärem Herzklappenersatz und nicht aufwandsgerechte Vergütung

### Bisher:

- Differenzierung der Basis DRG F98 in F98A und F98B anhand Alter, komplexen Diagnosen, TAVI
- keine Abbildung von Kombinationseingriffen

# Krankheiten des Kreislaufsystems MDC 05 DRG

## Endovaskulärer Herzklappenersatz

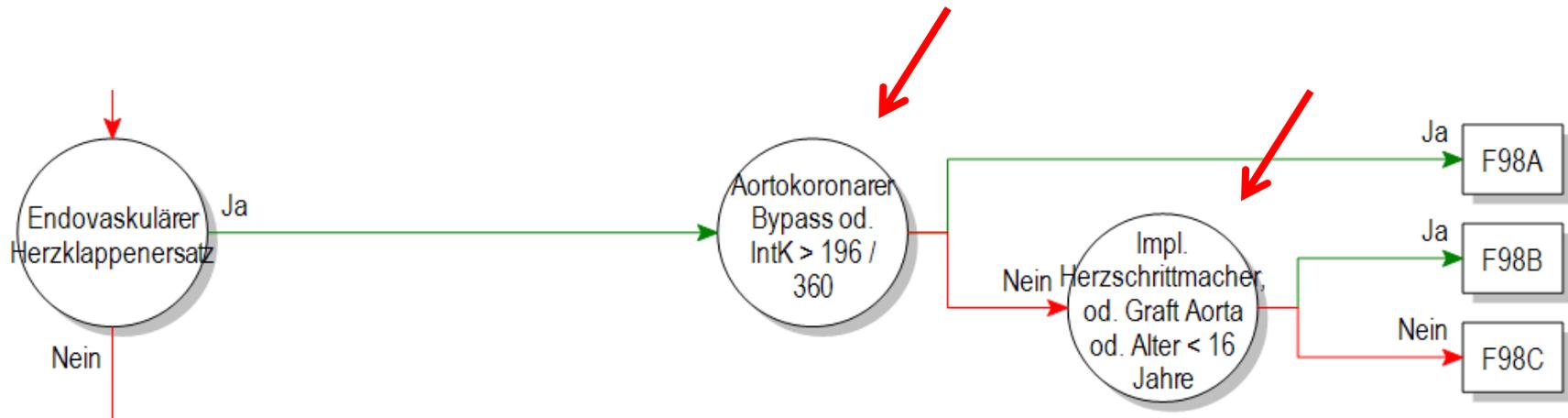
### Umbau:

- Überarbeitung der Basis DRG F98
- Etablieren neuer Splitkriterien:
  - F98A: Klappenersatz mit Bypass oder IntK >196 /360  
Aufwandspunkte
  - F98B: Klappenersatz mit Pacer oder aortalem Graft oder  
Alter <16 Jahre
  - F98C: Klappenersatz

# Krankheiten des Kreislaufsystems MDC 05 DRG

## Endovaskulärer Herzklappenersatz

**Neu:**



→ homogene Verteilung der Fallmengen und sachgerechte Vergütung von aufwendigen Fällen

# Krankheiten des Kreislaufsystems MDC 05 DRG

## Gefässeingriffe

### Bisher:

- Abbildung ähnlicher Fallmengen in Basis DRGs:
  - F08 «*Grosse rekonstruktive Gefässeingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, mit komplizierenden Prozeduren oder thorakoabdominalem Aneurysma*»
  - F51 «*Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta*»
  - F34 «*Andere grosse rekonstruktive Gefässeingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine*»

# Krankheiten des Kreislaufsystems MDC 05 DRG

## Gefässeingriffe

### **Umbau:**

- Löschen der Basis DRG F08 und Gruppierung der Fallmenge in Basis DRGs F51 und F34
- homogene und übersichtliche Abbildung dieser Fallgruppe

# Krankheiten des Kreislaufsystems MDC 05 DRG

## Gefässeingriffe

### Bisher:

- Abbildung von ähnlichen Fallmengen in Basis DRGs

F38 «*Mässig komplexe rekonstruktive Gefässeingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine*»

F59 «*Komplexe oder mässig komplexe Gefässeingriffe*»

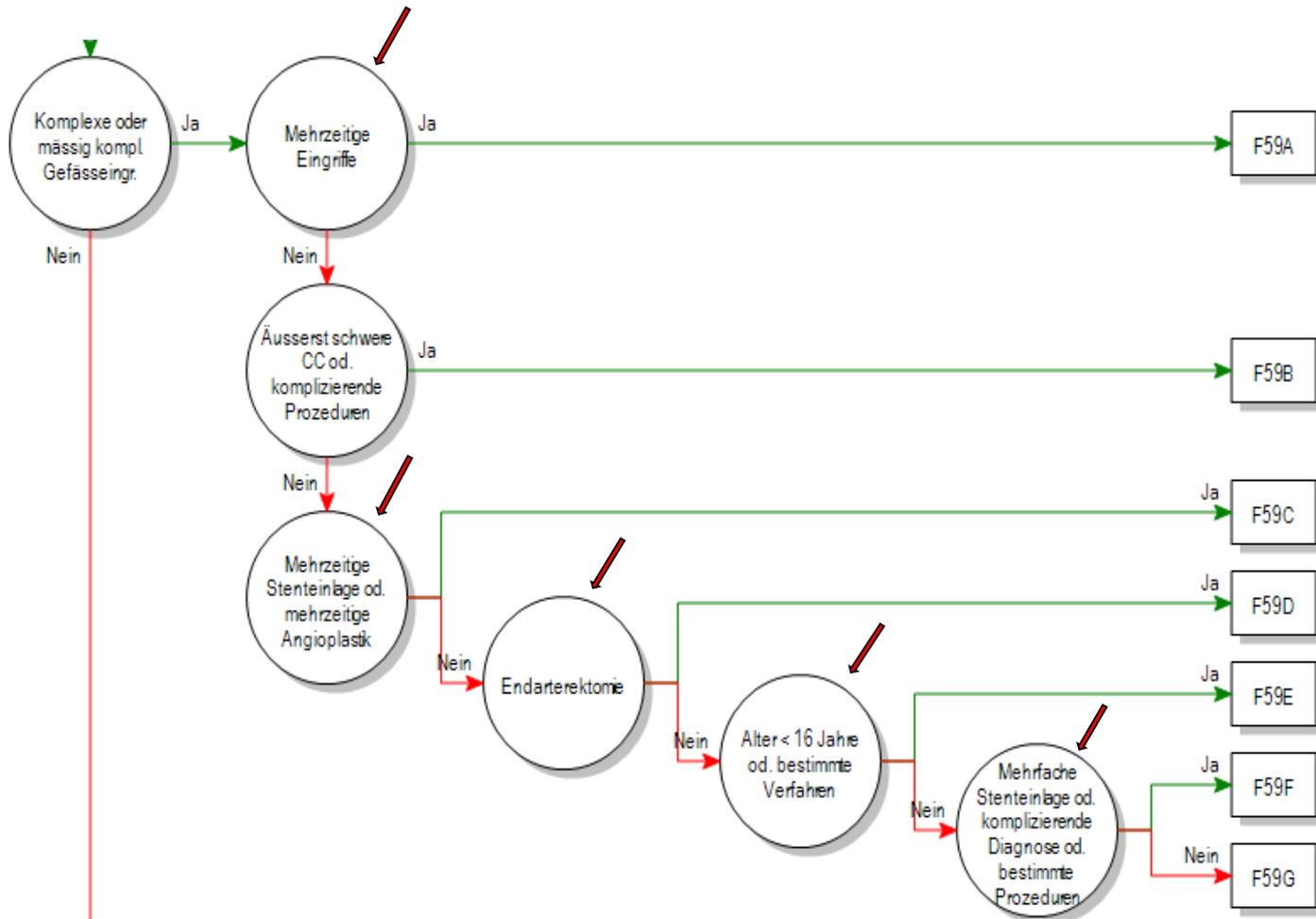
### Umbau:

- Löschen der Basis DRG F38
- Aufnahme der Fallmenge in Basis DRG F59
- Überarbeitung der Splitbedingungen mit zusätzlicher Differenzierung in DRGs F59A-G

# Krankheiten des Kreislaufsystems MDC 05 DRG

## Gefässeingriffe

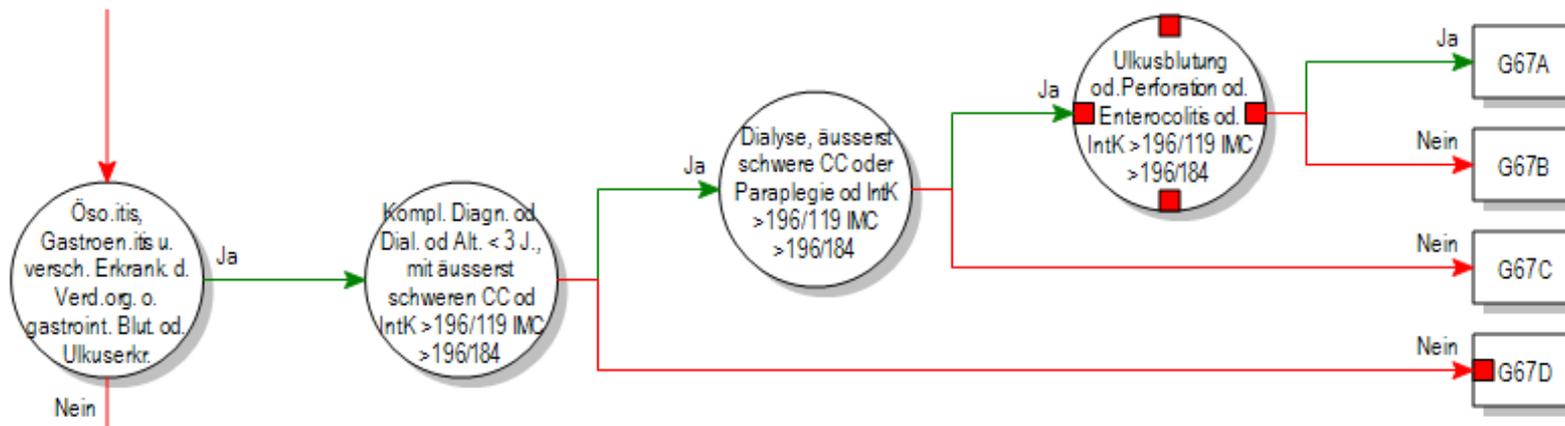
Neu:



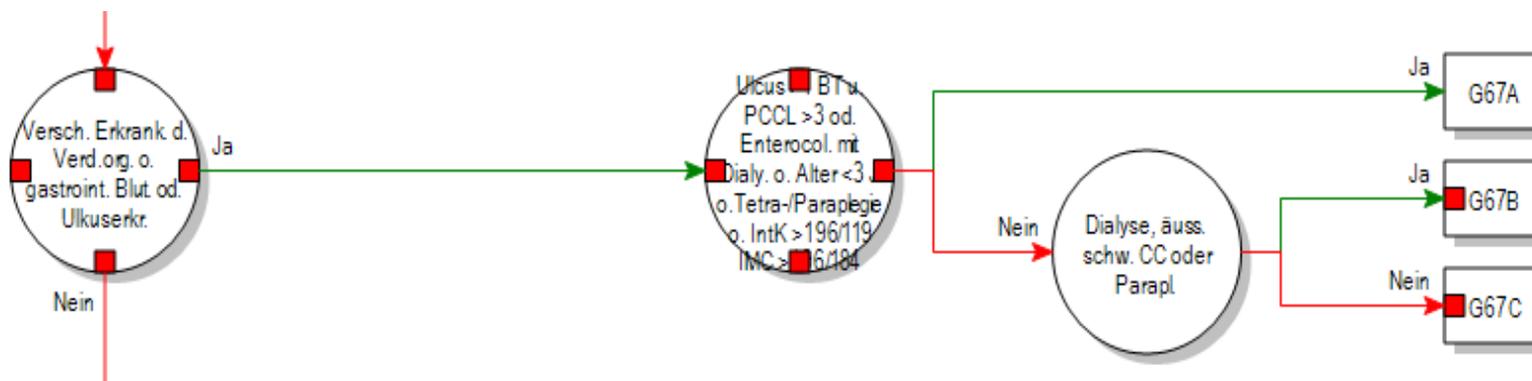
# Krankheiten der Verdauungsorgane MDC 06 DRG

## Ulkus

### Vorher:



### Nachher:



# Krankheiten der Verdauungsorgane MDC 06 DRG

## Coloskopie

### Problem:

- in Basis DRG G48 «*Coloskopie mit schweren CC oder komplizierenden Eingriffen oder Alter < 15 Jahre oder mit komplizierenden Diagnosen*» viele Kurzlieger-Fälle
- Fälle mit Verschluss einer Dünndarmfistel nicht sachgerecht abgebildet

### Umbau:

- Aufnahme «*Verschluss Dünndarmfisteln*» in DRG G48A
- Einführung einer Ein-Belegungstag DRG G48D

# Krankheiten am hepatobiliärem Syst. MDC 07 DRG

## Zweizeitige Lebereingriffe

### Antrag:

- Unterdeckung der zweizeitigen Lebereingriffe

### Umbau:

- Aufnahme der Codes

→ 50.2b.11 «*Transsektion der Leber und Ligatur von Portalvenenästen, ALPPS, Schritt 1, offen chirurgisch*»

→ 50.2b.12 «*Transsektion der Leber und Ligatur von Portalvenenästen, ALPPS, Schritt 1, laparoskopisch*»

in DRG H01A «*Eingriffe an Pankreas und Leber mit komplexem Eingriff oder Intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196/360 Aufwandspunkte oder äusserst schwere CC*»

→ sachgerechte Abbildung diese Fälle

# Krankheiten am hepatobiliärem Syst. MDC 07 DRG

## Leberzirrhose

### Analyse:

- Identifikation einer aufwendigen Fallmenge in Basis DRG H60 «*Leberzirrhose und bestimmte nichtinfektiöse Hepatiden oder endoskopische Eingriffe Ösophagus oder Komplexbehandlung Leberzirrhose*»

### Umbau:

- Aufwertung der Fälle mit «*Komplexbehandlung der Leberzirrhose ab 14 Tage oder extrakorporeller Leberassistierung*» in DRG H60A

# Krankheiten am hepatobiliärem Syst. MDC 07 DRG

## PCCL - Split

### Antrag:

- Prüfung der Fälle mit hohem PCCL in Basis DRG H63  
«*Erkrankungen der Leber ausser BNB, Leberzirrhose und bestimmte nichtinfektiöse Hepatiden oder Evaluation vor Lebertransplantation*»
- Erhöhung des PCCL auf 5 oder 6

### Umbau:

- Einführung eines PCCL > 5 oder > 6 derzeit technisch nicht möglich, aber
- Split der DRG H63A mit «*komplexe Diagnose*» ICD Codes mit bestimmten Hämophilieerkrankungen

# Krankheiten des Bewegungssystems MDC 08 DRG

## Schulter

### Problem:

- plastische Rekonstruktion ohne rezidivierende Schulterluxation in DRG I29C «Komplexe Eingriffe an Skapula, Klavikula, Rippen oder Schulter» nicht aufwandsgerecht vergütet

### Umbau:

- Gleichstellung dieser Eingriffe mit plastischen Rekonstruktionen bei rez. Schulterluxation in DRG I29B «Komplexe Eingriffe an Skapula, Klavikula, Rippen oder Schulter, plastische Rekonstruktion»

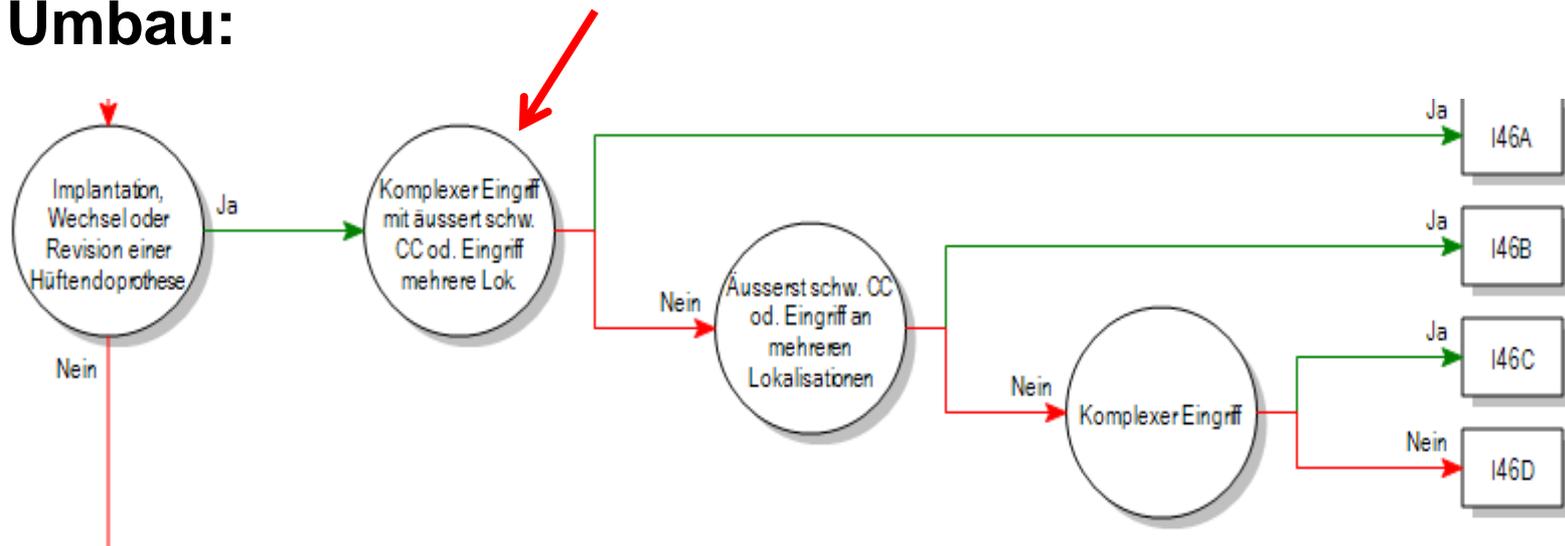
→ sachgerechte Abbildung

# Krankheiten des Bewegungssystems MDC 08 Hüfte

## Antrag:

- Aufwertung der Fälle mit Hüftprothesen-Wechsel innerhalb Basis DRGs I46 «*Implantation, Wechsel oder Revision einer Hüftendoprothese*» und I03 «*Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes mit...*»

## Umbau:



# Krankheiten des Bewegungssystems MDC 08 DRG

## Hüftgelenk u. Femur

### Problem:

- Fälle mit komplexen Diagnosen z.B. «Zerebralparese» in Basis DRG I08 «*Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur*» nicht sachgerecht abgebildet

### Umbau:

- Logik angepasst: Fälle gehen ohne weitere Bedingung in DRG I08B «*Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur, äusserst schwere CC mit Mehrfacheingriff oder komplexer Prozedur, **oder komplexe Diagnose**, Alter > 11 Jahre*»

→ Aufwertung der Fälle mit einer Zerebralparese

# Krankheiten des Bewegungssystems MDC 08

## Arthroskopie

### Antrag:

- Basis DRG I18 «*Arthroskopie einschliesslich Biopsie oder andere Eingriffe an Knochen oder Gelenken*» inhomogene Fallmenge
- Sammel-DRG für Knie, Hand u. Fuss mit Arthroskopie

### Umbau:

- umfangreiche Tabellenbereinigung
  - Zuweisung der CHOP Kode entsprechend der «anatomischen Bezeichnung» und «Kostendaten»
  - Bereinigung noch nicht abschliessend
- medizinisch- und kostenhomogene Abbildung der Fälle

# Krankheiten des Bewegungssystems MDC 08 DRG

## Hand

### Antrag:

- «In Version 7.0 wurden umfangreiche Tabellenbereinigungen in Basis DRG I32 «*Eingriffe an Handgelenk und Hand*» vorgenommen, welche unseres Erachtens jedoch nicht ausreichen...»
- Mehrfacheingriffe nicht kostendeckend
- 31% der Fälle Kurzlieger
- **Fehlende CHOP-Kodes zur Kodierung von Eingriffen an den verschiedenen Strahlen Hand/Fuss pro Seite**

# Krankheiten des Bewegungssystems MDC 08 DRG

## Hand

### Umbau:

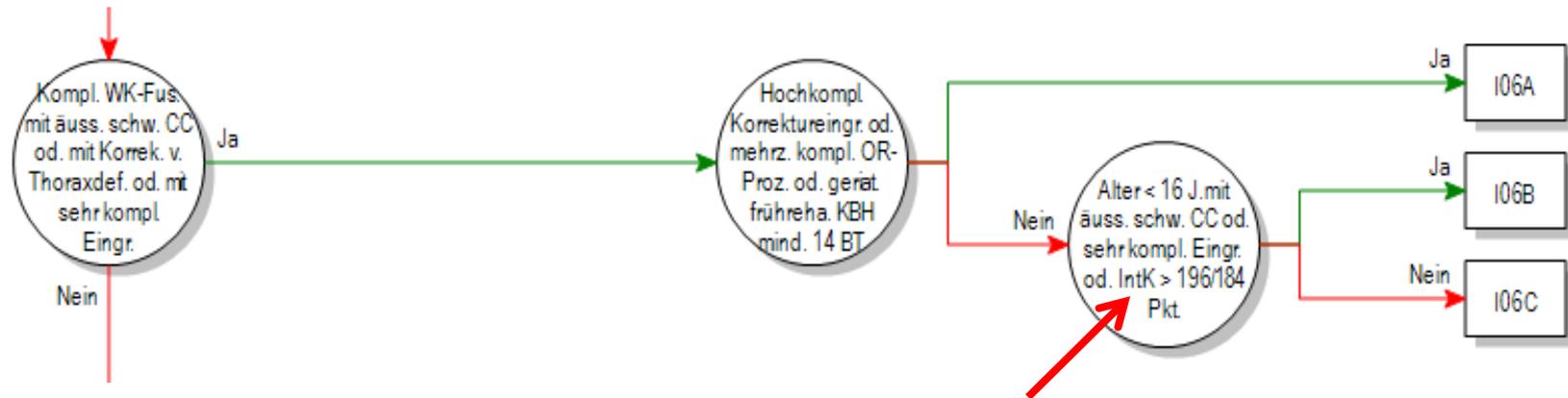
- weitere Tabellenbereinigung in Basis DRG I32
- Etablierung einer reinen «*Ein-Belegungstag DRG*»
- Aufnahme der Codes 99.b6.22 bis -.24 «*Komplexbehandlung der Hand, von 8 und mehr Tagen....*»
- Aufwertung der Fälle mit einer Diagnose «*Arthritis, Polyarthritis od. Osteomyelitis*»
- Aufwertung der Fälle mit «*Weichteilschaden II. bis III. Gr....*»
- Kode 83\* «*Operationen an Muskel, Sehne, Faszie und Bursa, ausgenommen der Hand*» aus I32 entfernt

→ sachgerechte Zuweisung der Fälle

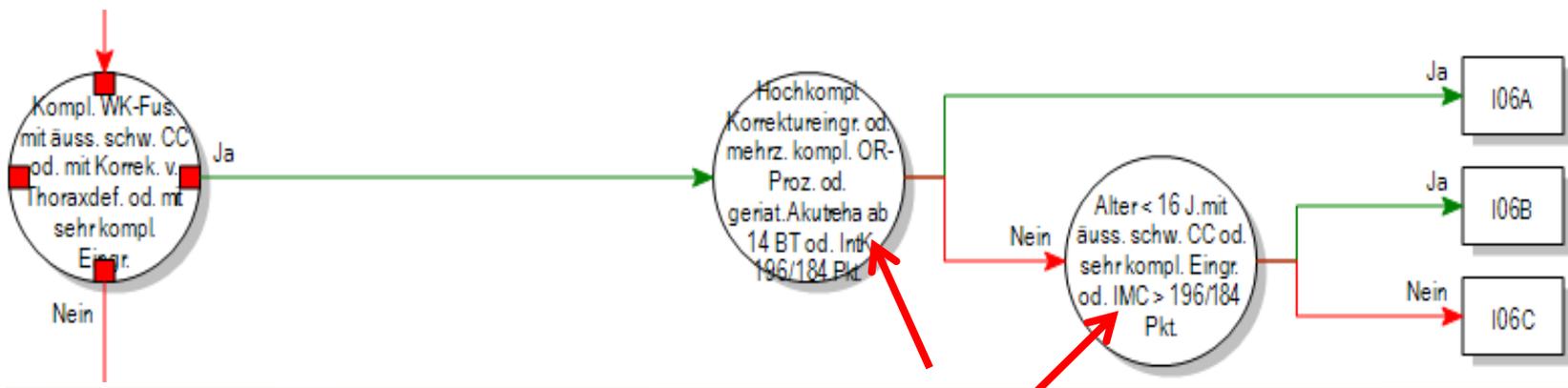
# Krankheiten des Bewegungssystems MDC 08 DRG

## Wirbelsäule

### Bisher:



### Nachher:



# Krankheiten des Bewegungssystems MDC 08 DRG

## Wirbelsäule

### Umbau:

- Aufnahme der Bedingung «*dorsal und ventral/lateraler Zugang*» für die DRG I10A «*Andere Eingriffe an der Wirbelsäule oder Halotraktion mit äusserst schweren CC oder bestimmtem Kombinationseingriff*»
- Überarbeitung der CHOP Codes für Wirbelsäuleneingriffe findet zurzeit statt
- gesamtschweizerische Verbesserung der Kodierung für Wirbelsäuleneingriffe – eindeutige Abgrenzung von aufwendigen und kleinen Eingriffen

# Krankheiten des Bewegungssystems MDC 08 DRG

## Medizinische Partition

### Problem:

- mehrere Anträge für DRGs innerhalb der medizinischen Partition
- aufwandsgleiche Fälle in verschiedenen DRGs abgebildet
- viele Ein-Belegungstagsfälle
- Intensivfälle ohne operativen Eingriff kostenaufwendig
- Splitkriterien funktionieren nicht mehr

# Krankheiten des Bewegungssystems MDC 08 DRG

## Medizinische Partition

### Umfangreicher Umbau I:

- neue Basis DRG I61 «*Krankheiten und Störungen an Muskel-, Skelett- und Bindegewebe, ein Belegungstag*»
- neue DRG I87Z «*Krankheiten und Störungen an Muskel-, Skelett- und Bindegewebe mit IntK/IMCK >196/184 Aufwandspkt.*»
- Erweiterung der Fallmenge in Basis DRG I60 «*Frakturen am Becken, Schenkelhals und Femur, mehr als ein Belegungstag*» und Split für DRG I60A «*...< 3 Jahre od. Para-/Tetraplegie*»
- Fallmenge in Basis DRG I69 «*Knochenkrankheiten und Arthropathien, mehr als ein Belegungstag*» erweitert um unspezifische Arthropathien

# Krankheiten des Bewegungssystems MDC 08

## Medizinische Partition

### Umfangreicher Umbau II:

- Anpassung Altersplit in DRG I65A «...< 17 Jahre» neu  
«*Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschliesslich pathologischer Fraktur, < 16 Jahre,.....*»
  - Splitkriterium für DRG I75A «*Schwere Verletzungen an oberen oder unteren Extremitäten mit äusserst schweren CC, mehr als ein Belegungstag*» geschärft
  - Splitkriterien überarbeitet in den Basis DRGs I64, I66, I68, I74
- sachgerechte Vergütung der medizinischen Fälle

# Krankheiten an Haut und Mamma MDC 09 DRG

## Strahlentherapie

### Antrag:

- Fälle mit Bestrahlung und OP in einem Aufenthalt in DRG J18Z «*Andere Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, mehr als ein Belegungstag*» untervergütet

### Umbau:

- Split der DRG J18Z mit Aufwertung best. kombinierter Behandlungen, z. B. Bestrahlung in Verbindung mit OP «85.26 *Partielle Mastektomie*», «85.41 *Einfache Mastektomie*»

# Krankheiten der Harnorgane MDC 11

## Chronische Pyelonephritis

### Antrag:

- ICD N11.0 «*Nichtobstruktive, mit Reflux verbundene chronische Pyelonephritis*» in DRG L68A zu hoch bewertet;  
Überprüfung der Bewertung

### Umbau:

- ICD N11.0 aus Basis DRG L68 «*Andere mässig schwere Erkrankungen der Harnorgane oder Harnblasenlähmung*» in Basis DRG L63 «*Infektionen der Harnorgane*»
- Gleichstellung mit vergleichbaren Diagnosen
- Abwertung der Fälle

# Krankheiten weibl. Geschlechtsorg. MDC 13 DRG

## Komplexe Endometriose

### Problem:

- Bestimmte aufwendige Fälle untervergütet in DRG N07Z

### Neu:

- Aufwertung der Fälle mit Lokalisation und OP der Endometriose an mehreren Lokalisationen in neue DRG N07A



# Schwangersch., Geburt, Wochenbett MDC 14 DRG

## Stationäre Behandlung präpartal

### Problem:

- Fälle mit langem Aufenthalt vor Entbindung CHOP Codes 73.7x\* «Stationäre Behandlung vor Entbindung» streuen über mehrere DRGs
- teils problematisch in der Vergütung

### Umbau:

- Abbildung der Fallmenge mit sehr langem präpartalen Aufenthalt in eigener Basis DRG O50



# Hämatolog. u. solide Neubildung MDC 17

## Lymphoretikuläre Erkrankungen

### Antrag:

- Diagnosen D76.1 «*Hämophagozytäre Lymphohistiozytose*» und D76.2 «*Hämophagozytäres Syndrom bei Infektionen*» bisher MDC 10 (Endokrine und Stoffwechselkrankheiten) zugeordnet
- Behandlungsaufwand und Konzept eher einer akuten Leukämie vergleichbar

### Umbau:

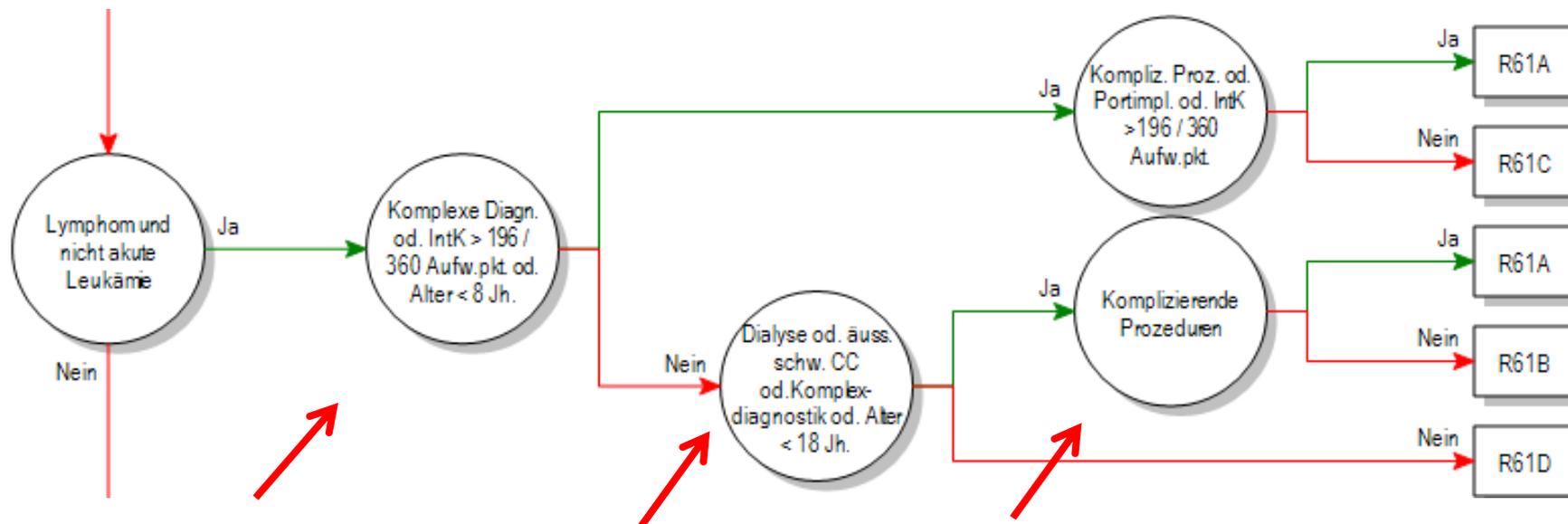
- Verschiebung der Hauptdiagnosen in MDC 17 und Aufnahme in DRG R63C «*Andere akute Leukämie mit Dialyse oder äusserst schweren CC oder Portimplantation oder bestimmte Diagnose, mehr als ein Belegungstag*»

# Hämatolog. u. solide Neubildung MDC 17 DRG

## Kinder und Jugendliche

DRG R61D «Lymphom und nicht akute Leukämie, mehr als ein Belegungstag»

Aufwertung von Fällen bei Kindern «Alter < 8 Jahre» und «Alter < 18 Jahre» sowie der Funktion «Komplizierende Prozeduren»



# Infektiöse Krankheiten MDC 18B

## Multiresistente Erreger

### Antrag:

- Fälle mit Komplexbehandlung bei multiresist. Erregern ohne OP Hauptdiagnose unabhängig der Basis DRG A94 zugeordnet (Ausnahme MDC 17)
- Überprüfung für Fälle der MDC 18B

### Umbau:

- Erweiterung der Ausnahme für Fälle der MDC 18B
- Fälle mit «*Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern ab 7 Behandlungstagen*» gruppieren neu in Basis DRG T60 «*Sepsis oder Komplexbehandlung bei MRE ab 7 Behandlungstage*»

# Infektiöse Krankheiten MDC 18B

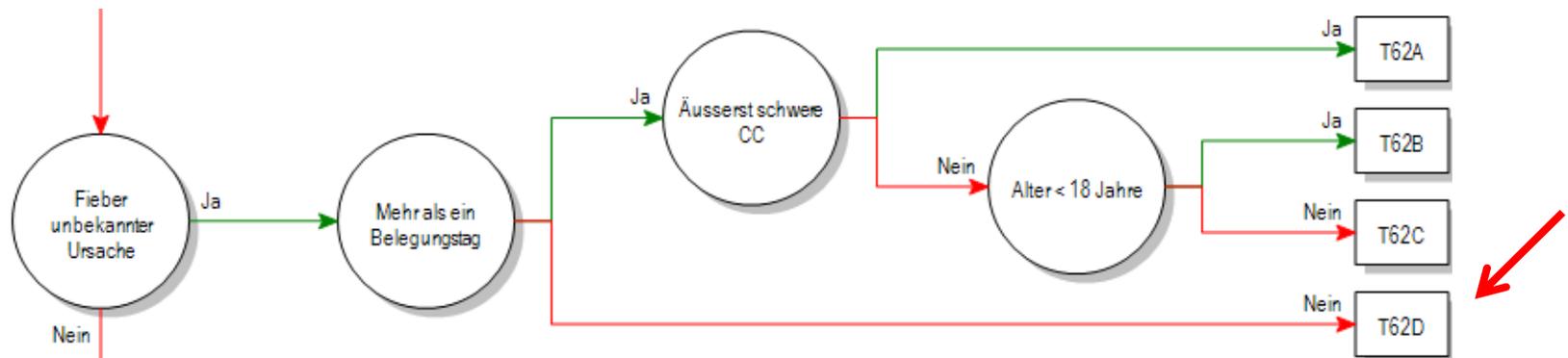
## Fieber

### Problem:

- inhomogene Fallgruppe innerhalb der Basis DRG T62  
«Fieber unbekannter Ursache»

### Umbau:

- Neudefinierung der Splitkriterien «Äusserst schwere CC» und «Alter < 18 Jahre»
- Etablierung einer expliziten Ein-Belegungstag DRG



# Psychische Krankheiten MDC 19

## Kinder und Jugendliche

### Problem:

- bestimmte aufwendige Fälle nicht differenziert abgebildet

### Umbau:

- Abbildung der Fälle mit den CHOP Kode 94.7x.\*  
«Sozialpädiatrische, neuropädiatrische und pädiatrisch-  
psychosomatische Therapie» in einer neuen DRG U41A
- zusätzliches Split Kriterium «Alter < 12 Jahre»



# Substanzmissbrauch MDC 20

## Suchterkrankungen

### Problem:

- MDC 20 generell sehr kosten- und verweildauerinhomogen
- wenige Prozeduren kodiert
- Unterscheidung nach Art des Substanzmissbrauchs primär nicht kostentrennend

### Umbau:

- umfassende Überarbeitung der gesamten MDC

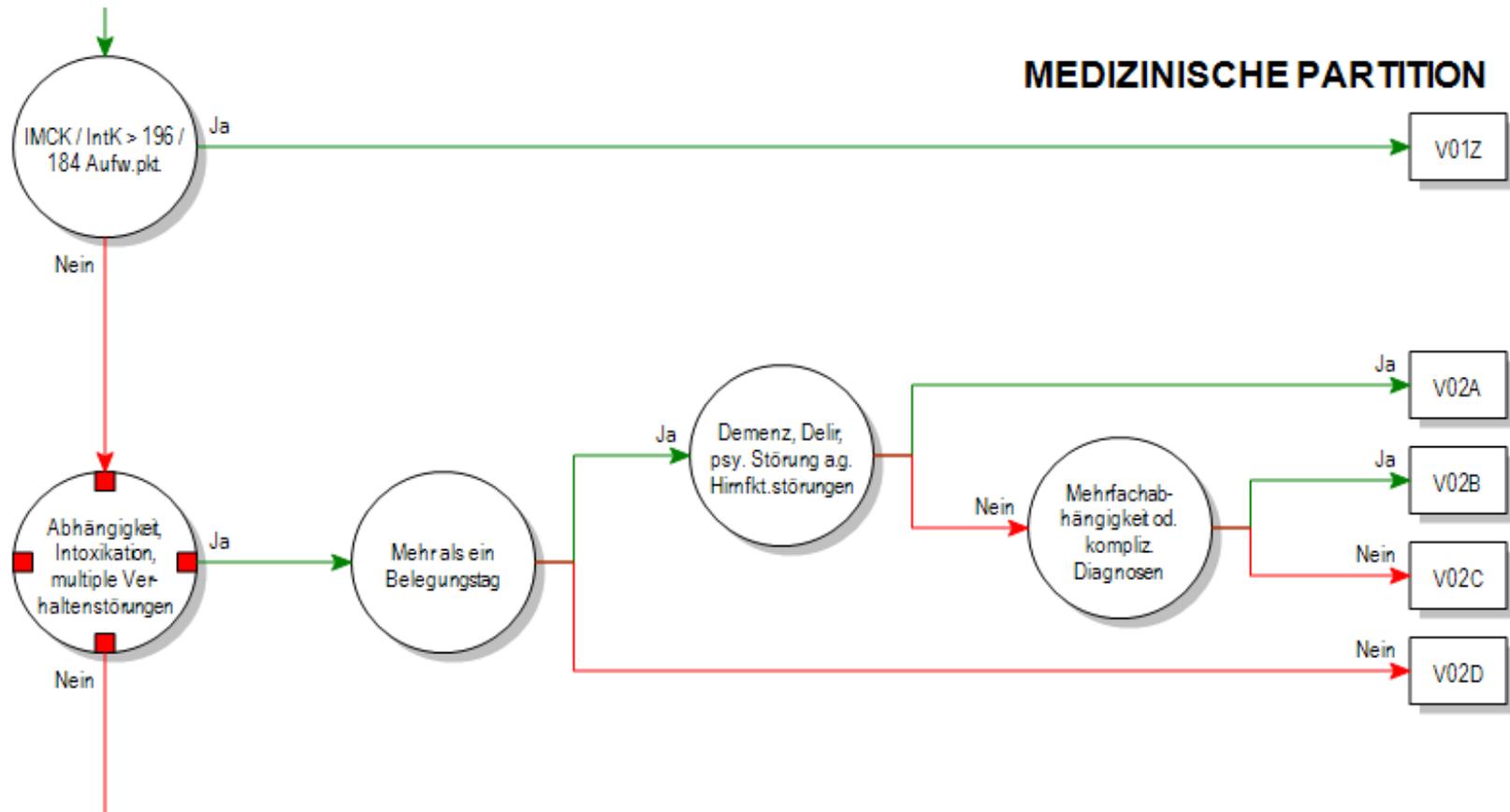
# Substanzmissbrauch MDC 20

## Suchterkrankungen

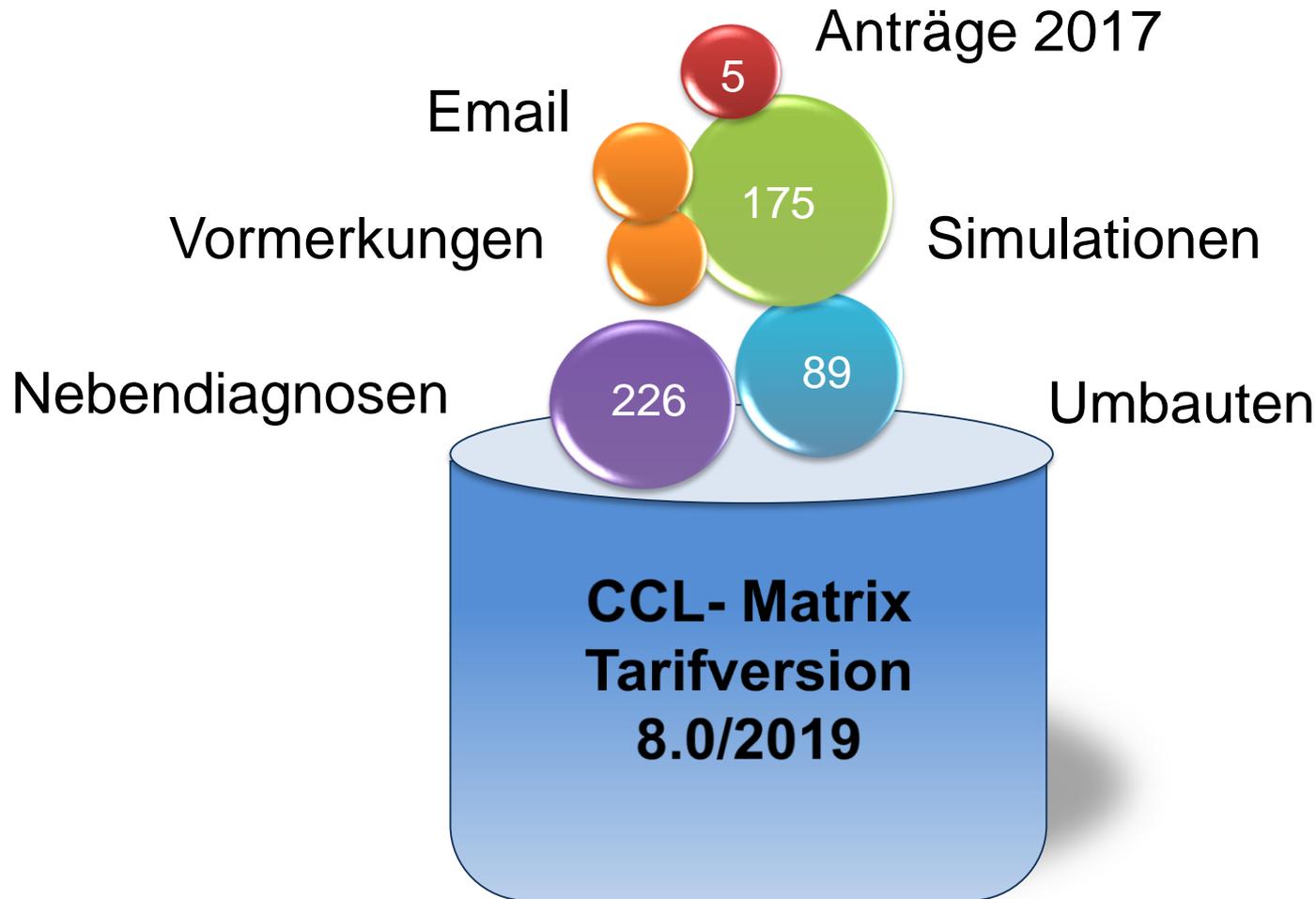
- Etablierung der neuen DRG V01Z «*Alkohol- und Drogengebrauch und alkohol- und drogeninduzierte psychische Störungen, IntK/IMCK >196/184 Aufwandspunkte*» zur Abbildung aufwendiger Fälle mit Aufenthalt Intensiv bzw. IMC
  
- Abbildung der neuen Basis DRG V02 «*Abhängigkeit, Intoxikation, multiple Verhaltensstörungen*», mit Splitkriterien
  - «*Demenz oder Delir und psychische Störungen aufgrund von Hirnfunktionsstörungen*»
  - «*Mehrfachabhängigkeit oder komplizierende Diagnose*»
  - «*Mehr als ein Belegungstag*»

# Substanzmissbrauch MDC 20

## Suchterkrankungen



# CCL – Matrix Simulationen



# CCL – Matrix Übersicht

- Neuaufnahme von 10 Diagnosen
  - Aufwertung von 17 Diagnosen
  - Abwertung von 23 Diagnosen
  - Streichung von 23 Diagnosen
- sachgerechte Abbildung von 73 Diagnosen**

# Überarbeitung der DRG – Klassifikation

## Zusatzentgelte

### 1. Etablierung neuer Zusatzentgelte (CHOP)

- Endovaskulär implantierte **Grafts an der Aorta thoracoabdominalis**, ohne / mit Öffnungen
- Endovaskulär implantierte **Grafts an der thorakalen Aorta**, ohne / mit Öffnungen
- Endovaskulär implantierte **Grafts an der Aorta abdominalis**, aortal, mit Öffnungen
- Komplexe Rekonstruktion der Wirbelsäule (z.B.Skoliose) mittels Implantation von **growing rods**

# Überarbeitung der DRG – Klassifikation

## Zusatzentgelte

## 2. Etablierung differenzierter Bewertung bei Zusatzentgelten (CHOP)

- Implantation eines herzkreislaufunterstützenden Systems intrakorporal, links-, rechtsventrikulär, biventrikulär in **Take Home Set und Hospital Set**
- Hämodialyse, Hämofiltration, Hämodiafiltration, intermittierend **für Kinder (Alter < 12 Jahre) und Erwachsene**
- Peritonealdialyse, **kontinuierlich, maschinell und nicht maschinell unterstützt**

# Überarbeitung der DRG – Klassifikation

## Zusatzentgelte

### 3. Überprüfung der Kinderdosisklassen

Neue Kinderdosisklassen bei 3 ZEs

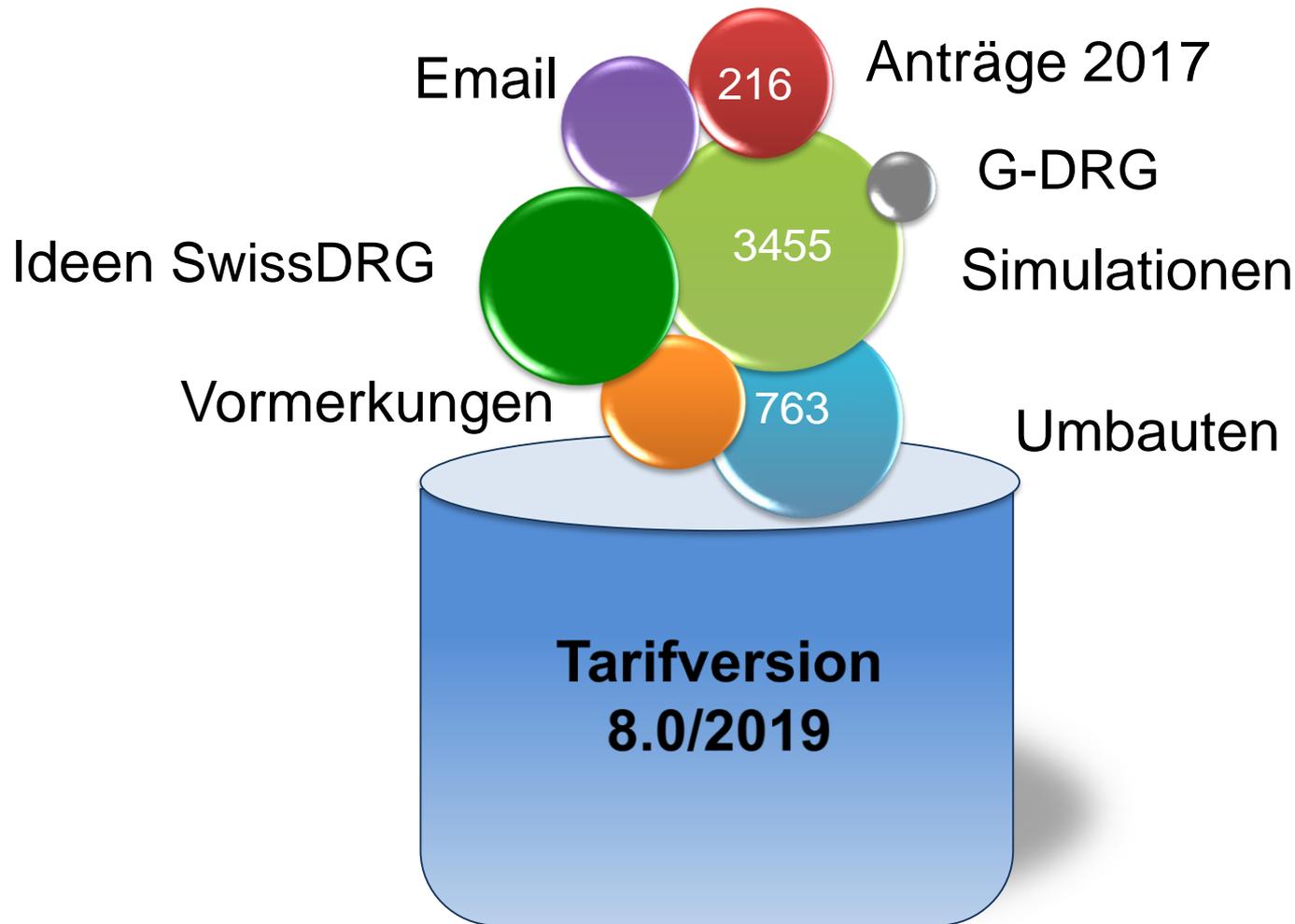
- Amphotericin B,
- Voriconazol oral
- Voricoanzol intravenös

Kinderdosisklassen angepasst bei 1 ZE (Bosentan)

Kinderdosisklassen entfernt bei 1 ZE (Voriconazol oral)

# Überarbeitung der DRG – Klassifikation

## Simulationen



# Antragsverfahren 2017

## Akutsomatik

|           | 2017 | 2016 | 2015 | 2014 | 2013 |
|-----------|------|------|------|------|------|
| Anträge   | 216  | 189  | 159  | 134  | 163  |
| umgesetzt | 112  | 115  | 80   | 40   | 72   |
| Quote     | 51%  | 60%  | 50%  | 30%  | 44%  |

# SwissDRG – Version 8.0 / 2019



1. Datengrundlagen
2. Grupperweiterentwicklung
- 3. Ergebnisse**

# Zusammenfassung der Änderungen

|                             | V8.0            | V7.0     | V6.0 |
|-----------------------------|-----------------|----------|------|
| <b>Anzahl DRGs</b>          | <b>1037</b>     | 1041     | 1038 |
| Nicht bewertete DRGs        | <b>1 (962Z)</b> | 1 (962Z) | 0    |
| Nicht abrechenbare DRGs     | <b>3</b>        | 3        | 3    |
| <b>Einbelegungstag-DRGs</b> | <b>287</b>      | 289      | 292  |
| Explizit                    | <b>43</b>       | 37       | 25   |
| Implizit                    | <b>244</b>      | 252      | 267  |
| <b>Zusatzentgelte</b>       | <b>108</b>      | 93       | 84   |
| Bewertet                    | <b>107</b>      | 92       | 83   |
| Unbewertet                  | <b>1</b>        | 1        | 1    |

# Ermittlung der Kostengewichte DRGs Kalkuliert / Helvetisiert

|             | Kalkuliert   | <i>davon kalkuliert auf<br/>2/3 Datenjahren</i> | Helvetisiert |
|-------------|--------------|---|--------------|
| <b>V8.0</b> | <b>1'033</b> | <b>27/3</b>                                     | <b>0</b>     |
| V7.0        | 1'037        | 19/7  | 0            |
| V6.0        | 1'035        | 21/3  | 0            |
| V5.0        | 1'020        | 24/0  | 3            |



# Anteil Outlier

|                        | Version 8.0 |              | Version 7.0 |        |
|------------------------|-------------|--------------|-------------|--------|
|                        | Fallzahl    | Anteil       | Fallzahl    | Anteil |
| Inlier                 | 738'405     | <b>76%</b>   | 736'667     | 75.8%  |
| High Outlier           | 67'799      | <b>7%</b>    | 49'436      | 5.1%   |
| Low Outlier            | 99'141      | <b>10.2%</b> | 119'242     | 12.3%  |
| Verlegte Fälle         | 65'871      | <b>6.8%</b>  | 65'871      | 6.8%   |
| Unbewertete DRG        | 0           | <b>0%</b>    | 0           | 0%     |
| Nicht abrechenbare DRG | 119         | <b>0%</b>    | 119         | 0%     |
| Alle                   | 971'335     | <b>100%</b>  | 971'335     | 100%   |

*Datenbasis: 2016, Kalkulationsdaten*

# Änderung Methodik

## Angepasste UGV/OGV-Berechnung

Änderungen: Abrundung in der Berechnung der unteren und oberen Grenzverweildauern (UGV/OGV)

Effekt:

- Links-Shift der Vergütungsstruktur
- Abnahme UGV für 270 DRG
- Abnahme OGV für 621 DRG

|    | Änderung UGV<br>Anzahl DRG | Änderung OGV<br>Anzahl DRG |
|----|----------------------------|----------------------------|
| -4 | 0                          | 2                          |
| -3 | 0                          | 10                         |
| -2 | 0                          | 51                         |
| -1 | 270                        | 558                        |
| 0  | 569                        | 353                        |
| +1 | 0                          | 2                          |

*Datenbasis: 2016, Kalkulationsdaten*

# Anteil Outlier

|                        | Version 8.0 |              | Version 7.0 |              |
|------------------------|-------------|--------------|-------------|--------------|
|                        | Fallzahl    | Anteil       | Fallzahl    | Anteil       |
| Inlier                 | 738'405     | <b>76%</b>   | 736'667     | 75.8%        |
| High Outlier           | 67'799      | <b>7%</b>    | 49'436      | <b>5.1%</b>  |
| Low Outlier            | 99'141      | <b>10.2%</b> | 119'242     | <b>12.3%</b> |
| Verlegte Fälle         | 65'871      | <b>6.8%</b>  | 65'871      | 6.8%         |
| Unbewertete DRG        | 0           | <b>0%</b>    | 0           | 0%           |
| Nicht abrechenbare DRG | 119         | <b>0%</b>    | 119         | 0%           |
| Alle                   | 971'335     | <b>100%</b>  | 971'335     | 100%         |

*Datenbasis: 2016, Kalkulationsdaten*

# Casemix Index pro Versorgungsstufe

| Versorgungsstufe          | Anzahl Fälle     | CMI 8.0      | CMI 7.0      | Delta 7.0/8.0  |
|---------------------------|------------------|--------------|--------------|----------------|
| K111 Zentrumsversorgung 1 | 207'174          | <b>1.411</b> | 1.407        | +0.2%          |
| K112 Zentrumsversorgung 2 | 592'347          | <b>1.001</b> | 1.003        | -0.2%          |
| K121 Grundversorgung 3    | 121'018          | <b>0.985</b> | 0.989        | -0.4%          |
| K122 Grundversorgung 4    | 57'869           | <b>0.874</b> | 0.877        | -0.3%          |
| K123 Grundversorgung 5    | 19'126           | <b>0.870</b> | 0.860        | +1.2%          |
| K231 Chirurgie            | 30'609           | <b>1.025</b> | 1.023        | +0.2%          |
| K232 Gyn / Neonatologie   | 2'252            | <b>0.380</b> | 0.382        | -0.6%          |
| K233 Pädiatrie            | 18'099           | <b>1.246</b> | 1.215        | +2.5%          |
| K234 Geriatrie            | 3'971            | <b>1.490</b> | 1.437        | +3.6%          |
| K235 Spezialkliniken      | 3'773            | <b>1.455</b> | 1.463        | -0.5%          |
| <b>Alle</b>               | <b>1'056'323</b> | <b>1.077</b> | <b>1.077</b> | <b>+/-0.0%</b> |

*Datenbasis: 2016, SwissDRG Daten Anwendungsbereich, bewertet über V7.0 und V8.0 - ohne Darstellung der Typologie K221 (85 Fälle)*

# Casemix Index nach Alter

| Alter        | Anzahl Fälle | CMI V8.0     | CMI V7.0 | Delta V7.0/V8.0 |
|--------------|--------------|--------------|----------|-----------------|
| 0-16 Jahre   | 139'433      | <b>0.665</b> | 0.658    | +1.0%           |
| Ab 17 Jahren | 916'890      | <b>1.140</b> | 1.141    | -0.1%           |

*Datenbasis: 2016, SwissDRG Daten Anwendungsbereich, bewertet über V7.0 und V8.0*

# Deckungsgrad pro ausgewählte Gruppe mit virtuellen Einheitsbasispreisen

|                                      | Anzahl Fälle | Anteil an Kalkulationsdaten | Deckungsgrad V8.0 | Deckungsgrad V7.0 | Veränderung V8.0/V7.0 |
|--------------------------------------|--------------|-----------------------------|-------------------|-------------------|-----------------------|
| Unispitäler K111                     | 197'182      | 20.30%                      | <b>94.09%</b>     | 93.81%            | +0.3%                 |
| selbständige Kinderspitäler          | 17'491       | 1.80%                       | <b>93.70%</b>     | 91.50%            | +2.4%                 |
| nicht Unispitäler                    | 774'031      | 79.70%                      | <b>102.33%</b>    | 102.45%           | -0.1%                 |
| Inlier                               | 785'431      | 80.87%                      | <b>104.06%</b>    | 105.36%           | -1.2%                 |
| Low Outlier                          | 112'004      | 11.53%                      | <b>107.25%</b>    | 105.07%           | +2.1%                 |
| High Outlier                         | 73'778       | 7.60%                       | <b>81.21%</b>     | 76.46%            | +6.2%                 |
| Aufnahmeverlegte Patienten           | 35'987       | 3.71%                       | <b>92.35%</b>     | 91.11%            | +1.4%                 |
| Aufnahmeverlegte Inlier-Patienten    | 28'285       | 2.91%                       | <b>96.59%</b>     | 96.47%            | +0.1%                 |
| Kinder <16 Jahre ohne DRG P66D, P67D | 67'565       | 6.96%                       | <b>100.12%</b>    | 98.17%            | +2.0%                 |

Hypothetische Baserate für Nullgewinne inkl. ANK V8.0: CHF 10'723

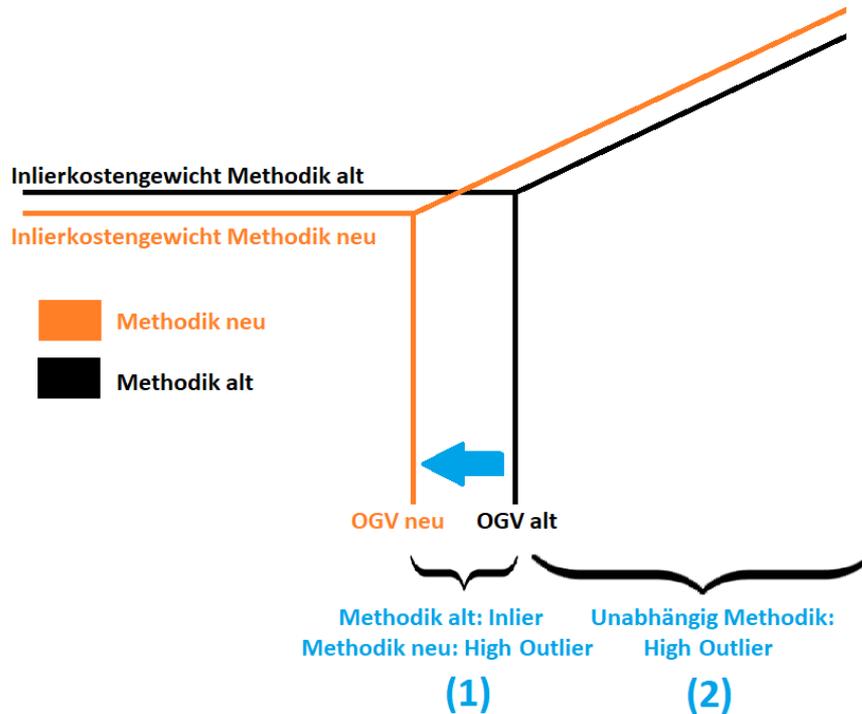
Hypothetische Baserate für Nullgewinne inkl. ANK V7.0: CHF 10'716

*Datenbasis: 2016, Kalkulationsdaten, bewertet über V7.0 und V8.0*

# Änderung Methodik

## Angepasste UGV/OGV-Berechnung

High Outlier:



|     | Anzahl Fälle | Deckungsgrad Methodik alt | Deckungsgrad Methodik neu |
|-----|--------------|---------------------------|---------------------------|
| (1) | 14'550       | 68.1%                     | 75.0%                     |
| (2) | 59'228       | 79.3%                     | 81.9%                     |

# Änderung Methodik

## Angepasste UGV/OGV-Berechnung

High Outlier:

- High Outlier erreichen früher Zuschläge und weisen eine geringere Unterdeckung auf
- Für Fälle, welche bisher als Inlier galten, nach neuer Methodik nun High Outlier sind, steigt der Deckungsgrad, bzw. sinkt die Unterdeckung

# Änderung Methodik

## Angepasste UGV/OGV-Berechnung

Low Outlier:

- Durch die Reduktion der UGV sind Fälle weniger lange von Tagesabschlägen betroffen
- Deckungsgrad der Low Outlier steigt von 105.1% in V7.0 auf 107.3% in V8.0, wobei
  - die Hälfte der Änderung im Deckungsgrad nicht durch die veränderte Methodik zustande kommt
  - das zusätzlich geschaffene Volumen der Überdeckung der Low Outlier ein Zehntel des Volumens der reduzierten Unterdeckung der High Outlier beträgt
  - ein Viertel des zusätzlich geschaffenen Volumens durch die verlegungsabschlagspflichtigen Fälle erklärt wird, welche eine geringere Unterdeckung aufweisen und in der genannten Low Outlier-Menge auch enthalten sind

# Änderung Methodik

## Angepasste UGV/OGV-Berechnung

Fazit:

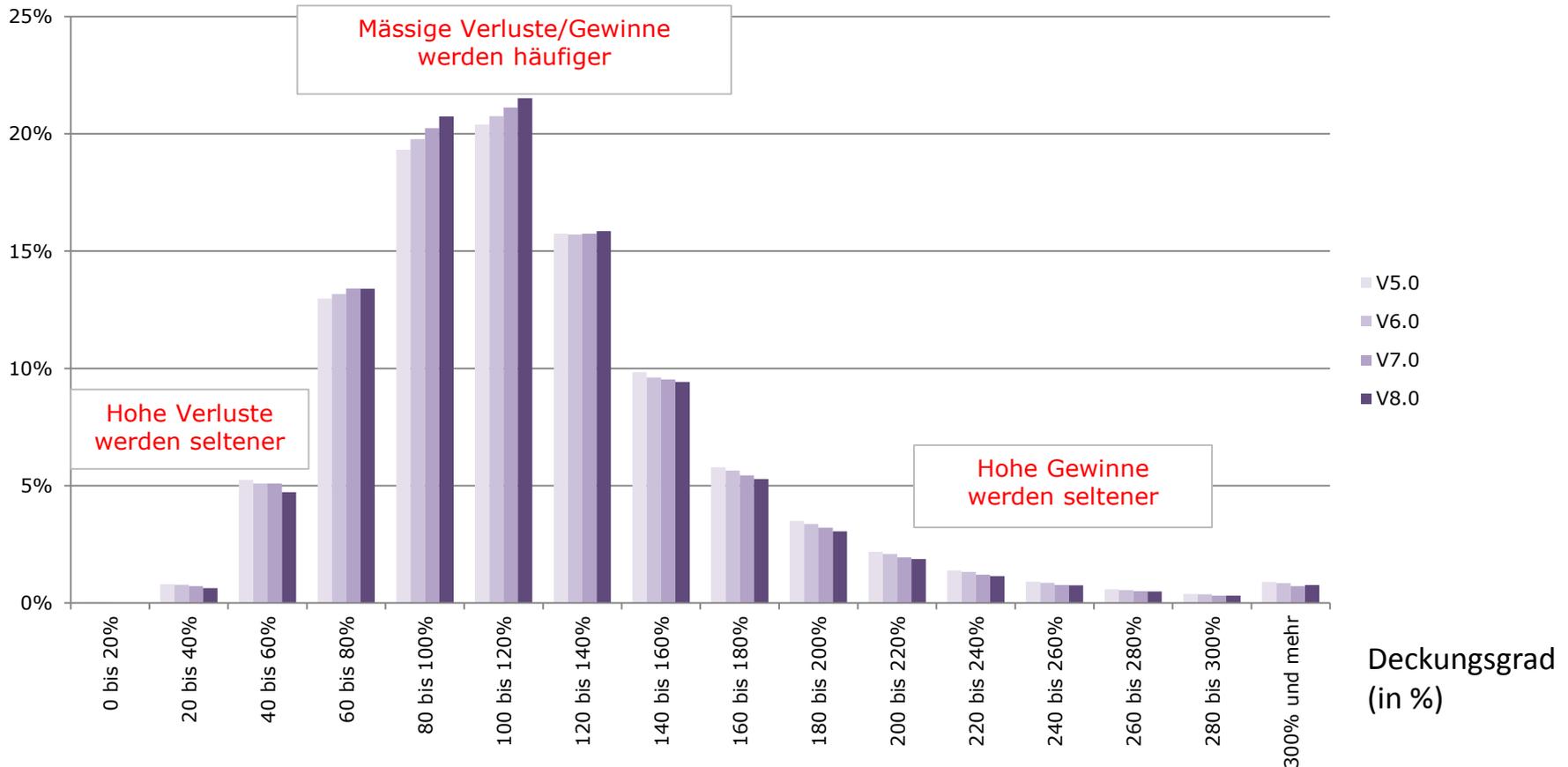
- Deckungsgrad der High Outlier wird erhöht, Unterdeckung wird reduziert
- Deckungsgrad der Low Outlier wird erhöht, das Volumen gemessen am zusätzlichen High Outlier-Volumen legitimiert diese Änderung jedoch
- Deckungsgrad der verlegungsabschlagspflichtigen Low Outlier-Fälle wird erhöht, Unterdeckung wird reduziert
- Gesamtabbildungsgüte wird verbessert

**Angepasste UGV/OGV-Berechnung wird angenommen**



# Häufigkeitsverteilung Deckungsgrad pro Fall, Versionseffekt Daten 2016

Prozentuale Häufigkeit



Datenbasis: 2016, Kalkulationsdaten, inkl. Kosten ZE

# Kostenhomogenität

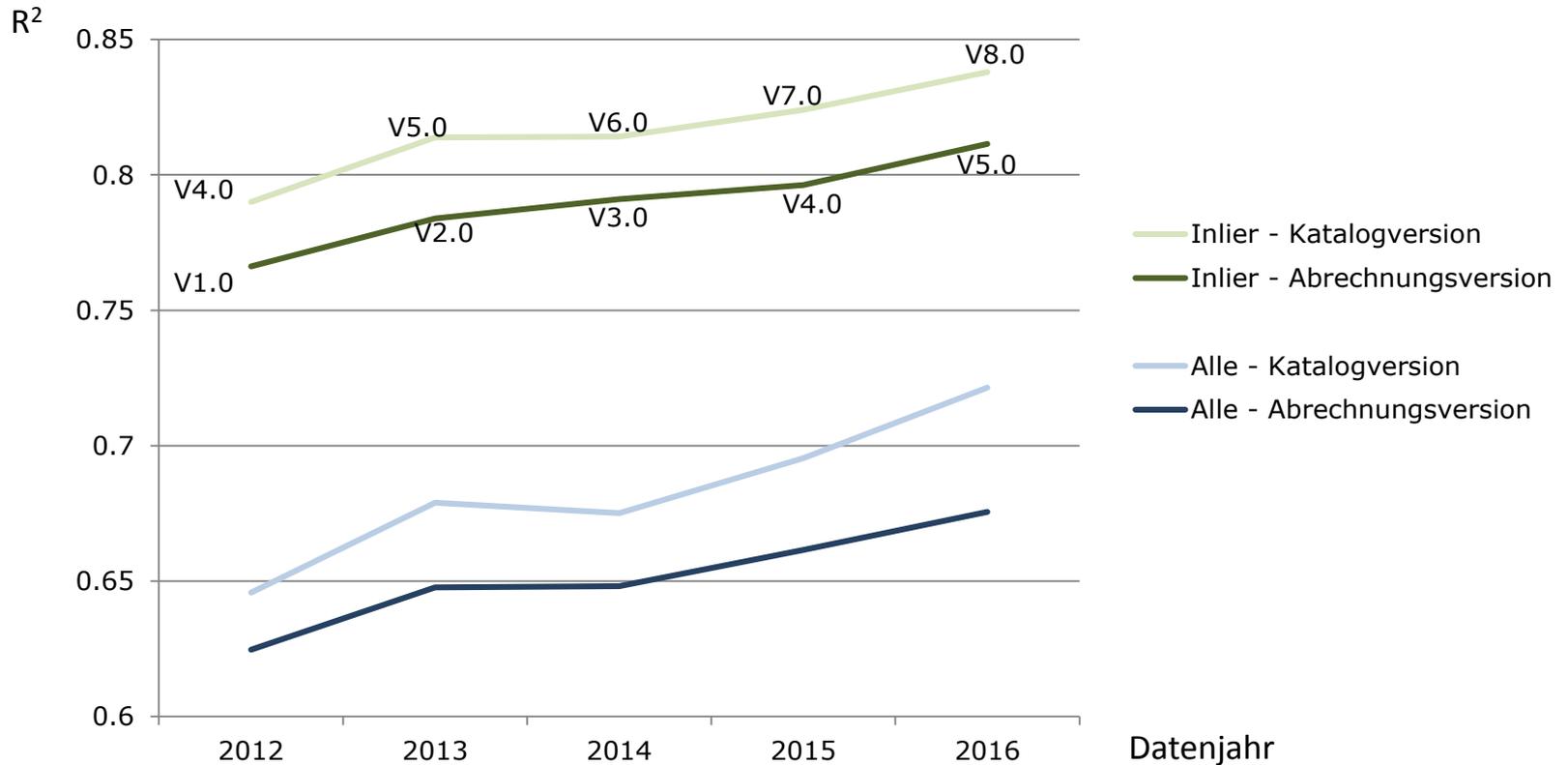
## Ergebnis der Varianzreduktion $R^2$ der SwissDRG-Version 8.0 im Vergleich zu den Vorversionen

| Grouperversion | Datenjahr | Alle Fälle | Inlier (gemäss 8.0) |
|----------------|-----------|------------|---------------------|
| V8.0           | 2016      | 0.727      | 0.840               |
| V7.0           |           | 0.705      | 0.820               |
| V6.0           |           | 0.696      | 0.805               |

*Datenbasis: 2016, Kalkulationsdaten*

# Kostenhomogenität

## Vergleich $R^2$ der Entwicklung (Katalogversion) und tatsächlich erreichtes $R^2$ (Abrechnungsversion)



*Datenbasis: 2012-2016, Kalkulationsdaten, inkl. Kosten ZE*

# Wo besteht noch Handlungsbedarf?

1. verbesserte Abbildung aufwendiger Fälle erfolgt kontinuierlich, ist kein Selbstläufer
2. Nachholbedarf bei Weiterentwicklung der CCL-Matrix
3. weitere Präzisierung der Vorgaben zur Kostenerfassung nach REKOLE
4. Verbesserung Datenqualität bleibt Herausforderung
5. Überarbeitung des CHOP Kataloges

**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!**

**SwissDRG AG**

Haslerstrasse 21  
CH-3008 Bern

 +41 (0) 31 3100550  
Fax: +41 (0) 31 3100557  
e-mail: [info@swissdrg.org](mailto:info@swissdrg.org)