

Informationsveranstaltung der SwissDRG AG

SwissDRG - Version 9.0 / 2020

17.Juni 2019

SwissDRG – Version 9.0 / 2020

- 1. Zusatzentgelt-Grupper**
2. Datengrundlagen
3. Grupperweiterentwicklung
4. Ergebnisse

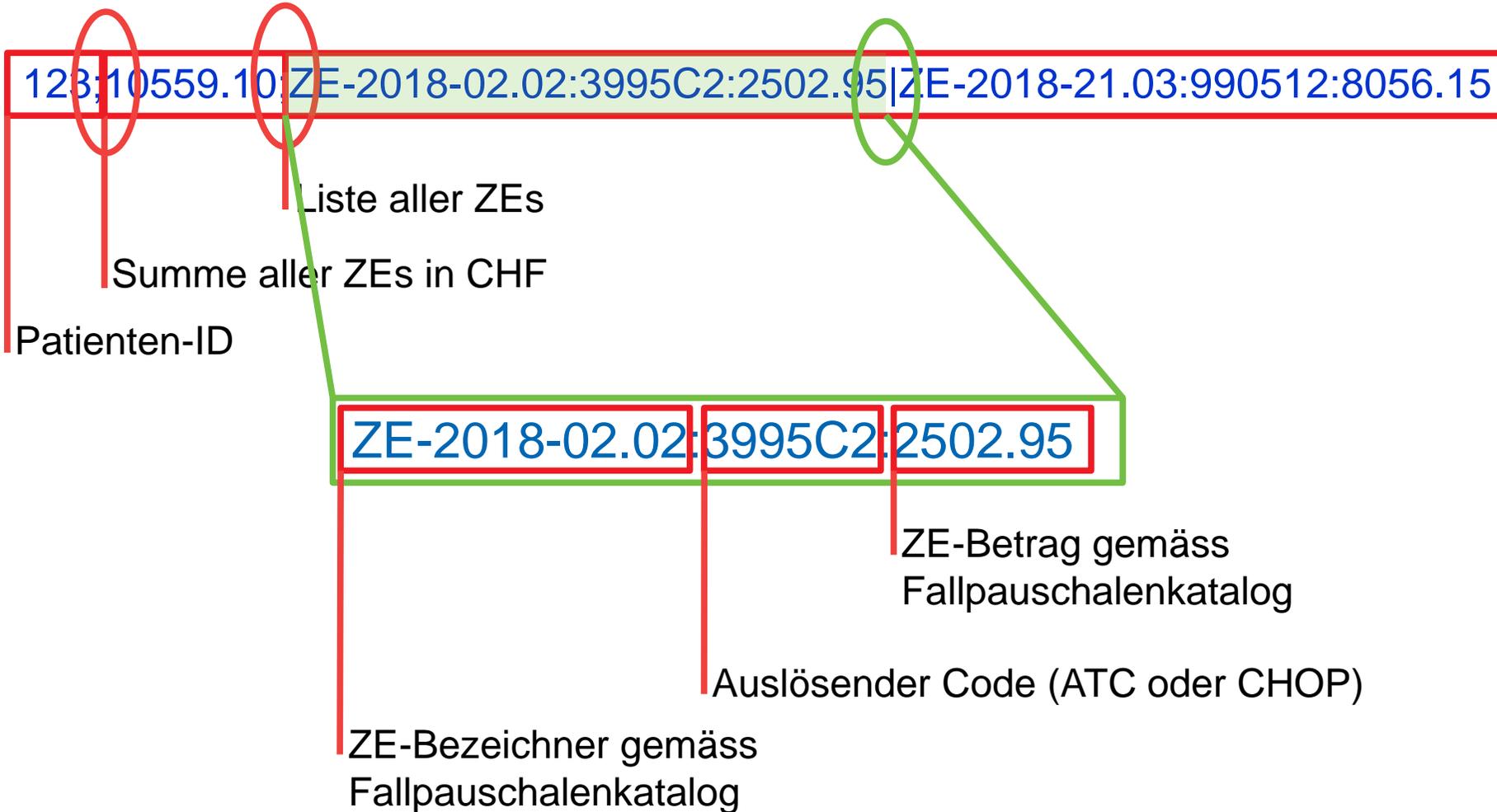
Der SwissDRG-Grouper kann Zusatzentgelte gruppieren

- Der Online-*Einzelfall*grouper zeigt neu die Zusatzentgelte an
- Der Online-*Batch*grouper gibt neu auch eine Ergebnisdatei mit den Zusatzentgelten aus
- Das Java-Programm ebenfalls

Datenquelle: die hochteuren Medikamente in der MedStat

- Variablen 4.8.V02 – v15 in der MedStat (BFS-Datei)
- Im neuen Batchgrouper-2017-Format: extra Liste für die hochteuren Medikamente
- Im Online-Grouper: als CHOP- oder ATC-Kodes

Wie liest man die Ergebnisdatei?



ZE-Gruppierung verfügbar ab Daten 2017

- **SwissDRG V6.0:** AV
 - **SwissDRG V7.0:** PV 2, AV
 - **SwissDRG V8.0:** PV1, PV2, AV
 - **SwissDRG V9.0:** alle Versionen
-
- **TARPSY 1.0:** PV2, AV
 - **TARPSY 2.0:** PV1, PV2, AV

SwissDRG – Version 9.0 / 2020

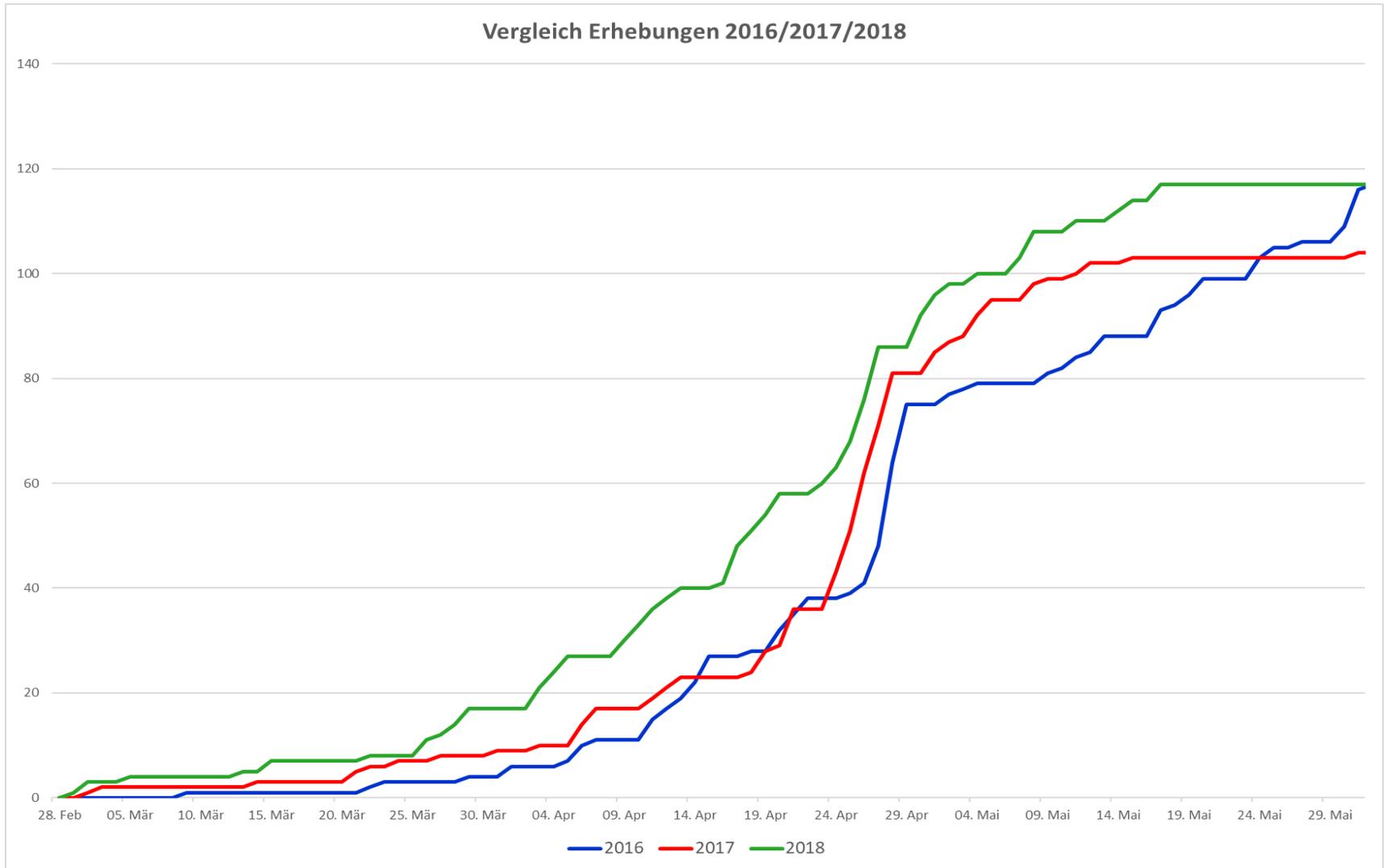
1. Zusatzentgelt-Groupen
- 2. Datengrundlagen**
3. Gruppenweiterentwicklung
4. Ergebnisse

Anzahl Spitäler

Datenjahr	2017	2016	2015
Netzwerkspitäler	117	103	118
Gesamtspitäler	177	176	184

- Gesamtlöschung von 11 Spitälern, 1 ohne Lieferung 2016
- Daten von 106 Spitälern zur Systementwicklung verwendet (97 im Vorjahr)

Erhebung - Entwicklung



Gelieferte Fälle

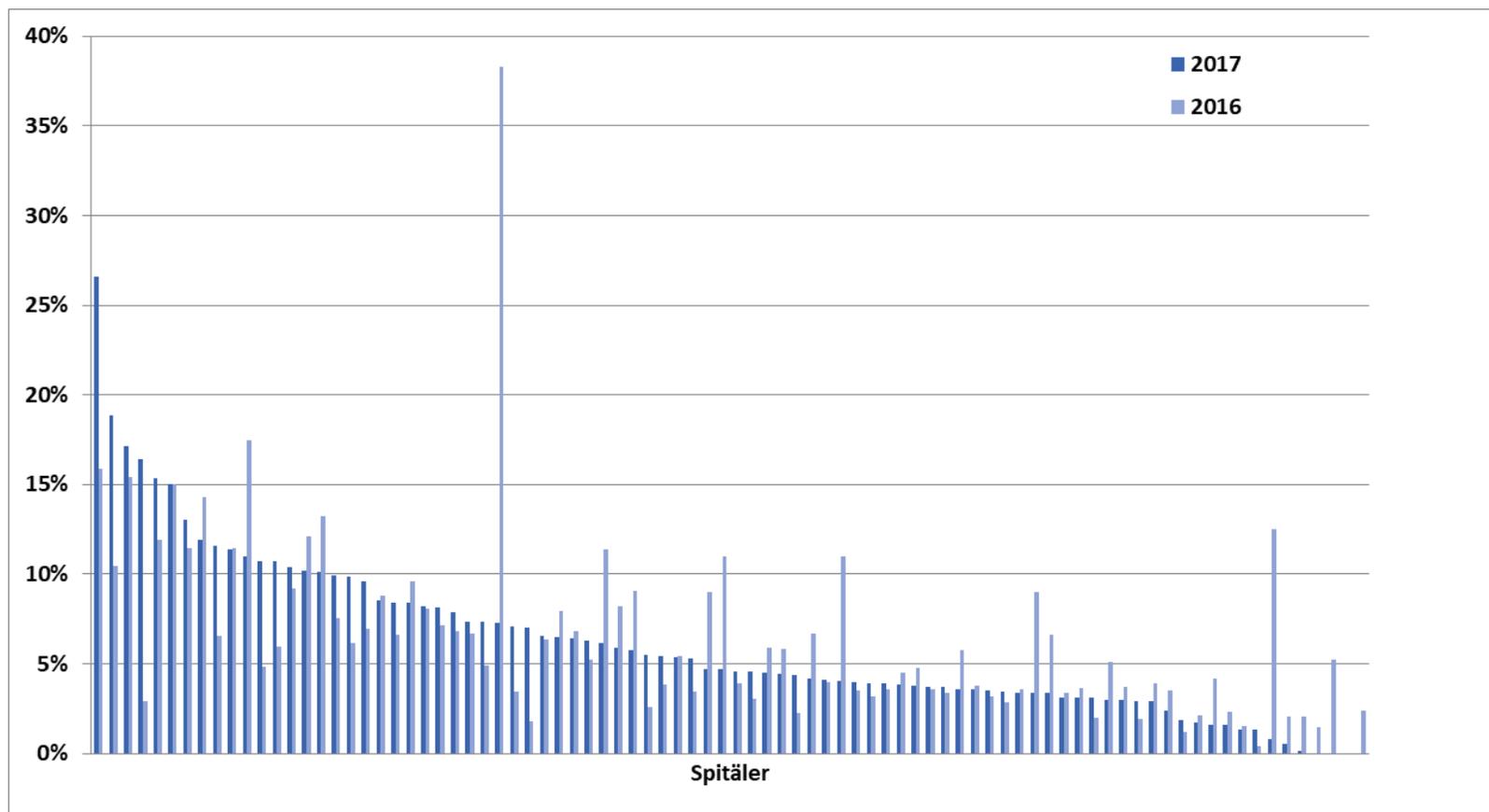
Datenjahr	2017	2016	2015
Tarifstruktur	SwissDRG 9.0	SwissDRG 8.0	SwissDRG 7.0
Daten NWS	1'139'777	1'056'577	1'127'611
Gesamtdaten	1'275'168	1'276'785	1'283'733
Stichprobe	89.38 %	82.75 %	87.84%

Übersicht Datenerosion

Gesamtdaten	SwissDRG Erhebung	
1'336'749	1'142'165	gelieferte Fälle
↓	↓	<ul style="list-style-type: none"> - Psychiatrie / Rehabilitation - Ambulante Fälle - Austritt ausserhalb der Erhebungsperiode
1'275'168	1'139'777	Fälle im Anwendungsbereich (inkl. Geburtshäuser)
	↓	<ul style="list-style-type: none"> - nicht verwendbare, private Fälle - Fälle ohne Vollkosten
	1'114'249	Datensatz vor Plausibilisierung
	↓	- Plausibilisierung der Fälle (inkl. Gesamtlöschung von 11 Spitälern)
	992'391	Plausible Fälle 2017 (Kalkulationsdaten)
		<ul style="list-style-type: none"> + 677 Fälle aus Daten 2016 + 81 Fälle aus Daten 2015

} Systementwicklung

Anteil der unplausiblen Fälle pro Spital



Datenerhebung – Fragebogen

- Falsche Angabe der **Krankenhaustypologie** gemäss BfS (z.B. Regionalspital als K111)
 - Webfeedback: Spital wird mit den Unispitäler verglichen
- «Fälle weisen **Vollkosten** auf»
 - Fälle ohne Vollkosten können nicht verwendet werden
- Angabe zu **Dialysen**
 - Beeinflusst Bereinigung der ZE
 - Wird laufend weiterentwickelt

Datenerhebung – Fragebogen- Verknüpfung 1

ACHTUNG: Plausi-Tests sind mit dem Fragebogen verknüpft

- Beispielsweise aB.4.6: *Anzahl Fälle mit CHOP-Code für Transfusionen (bei Erwachsenen) ohne oder mit zu tiefen Kosten in den betreffenden Komponenten (v101 oder v102)*
und

Fragen

Variablen v101 und v102: Arzneimittel und Blutprodukte

Die Kosten für Arzneimittel und Blutprodukte werden folgendermassen verbucht:

Antworten

Die Unterscheidung der Einzelkosten für Arzneimittel und Blutprodukte wurde durchgeführt. Die Kosten sind in den entsprechenden Kostenkomponenten v101 und v102 enthalten.

Datenerhebung – Fragebogen- Verknüpfung 2

Beispiel für Daten 2018:

- FK.5.23: *Anzahl Fälle mit fehlenden IPS-Arztkosten*

und

Arztkosten der IPS

In welcher Kostenkomponente sind die
Arztkosten der IPS enthalten?

In der Kostenkomponente "Ärztschaften der IPS": v232

Webschnittstelle – Datenfehler

- Fehlerhafte Fälle können nicht importiert werden

Lieferung Plausibilisierung **Datenfehler 1** Detailerhebung Spitaldaten Profil Demo Spital ▾

Tarifsystem **SwissDRG**

Lieferungen

Neue Lieferung ▾ Datenjahr 2018 ▾

[Fragebogen \(PDF\)](#)

Nummer	Datum	Status	Aktionen	Fälle mit Datenfehlern
3361	24.05.2019 - 08:50	plausibilisiert	     	1

Aktionen **Datenfehler**

- Die Anzahl Fälle mit Datenfehlern in **rot**.

Webschnittstelle – Plausibilisierung

Lieferung Plausibilisierung **Datenfehler 1** Detailerhebung Spitaldaten Profil

Demo Spital ▾

Tariffsystem **SwissDRG**

Plausi-Resultate für Lieferung 3361

Was bedeutet der Test-"Typ"?

Plausis herunterladen

Kommentare hochladen

50 ▾ Einträge anzeigen

Suchen

Nr	Kuerzel	Beschreibung	Typ	Kategorie	Ergebnis	Begründung
95	aB.3.1	Anzahl Fälle mit doppelter Kodierung von transfundierten (Blut-)Produkten:	Fehler	Codierung	6	Begründung
96	aB.3.2	Anzahl Fälle bei denen das angegebene Geschlecht (1.1.V01=2) nicht mit der Operation an den männlichen Geschlechtsorganen übereinstimmt:	Warnung	Codierung	0	
97	aB.3.3	Anzahl Fälle bei denen das angegebene Geschlecht (1.1.V01=1) nicht mit der Operation an den weiblichen Sexualorganen übereinstimmt:	Warnung	Codierung	1	Begründung
98	aB.4.1	Anzahl Fälle mit Dialyse-/Apheresekosten (v300) ohne entsprechende CHOP-Code(s):	Fehler	KuL	28	Begründung
107	aB.4.10	Anzahl Fälle mit kodierten Dialysen und/oder Apheresen mit Kosten (v300; bei extern erbrachten Behandlungen zusätzliche Berücksichtigung von v105) < 100 CHF:	Fehler	KuL	10	Begründung

Webschnittstelle – Plausibilisierung – Kommentare

- Kommentare können sowohl je Test als auch je Fall erfasst werden
- Werden nach der Datenlieferung einzeln betrachtet
- Insgesamt erfasste Kommentare 2018: ~ 26'000
 - Davon ~ 7'500 fallspezifisch
 - Inaktivierung von 45 % der Fehlermeldungen aufgrund zufriedenstellender Erläuterung seitens Spitäler

Webschnittstelle – Plausibilisierung – Kommentare

- Plausi-Test: aB.4.6: *Anzahl Fälle mit CHOP-Code für Transfusionen (bei Erwachsenen) ohne oder mit zu tiefen Kosten in den betreffenden Komponenten (v101 oder v102)*
- Spital 1: „keine weiteren Leistungen erfasst“ 
Plausibilisierung: Kommentar passt nicht zum Test
- Spital 2: „1 Beutel Blut kostet CHF 212.50“
Plausibilisierung: Hilft nicht weiter, da nicht klar ist, ob Kosten vorhanden sind oder nicht 

Webschnittstelle – Plausibilisierung – DRG Kommentare

- Plausi-Test: aB.4.6: *Anzahl Fälle mit CHOP-Code für Transfusionen (bei Erwachsenen) ohne oder mit zu tiefen Kosten in den betreffenden Komponenten (v101 oder v102)*
- Spital 3: „Kosten in v290 (Labor) enthalten“
Plausibilisierung: In der [Artikelliste](#) steht:

Artikelliste für die verbindliche Einzelkostenverrechnung						Stand	29.11.2018
Artikelgruppe	Einsatzgebiet	Artikel (allgemeine Bezeichnung) ⁷	Mengen- einheit	Kostenverrechnung ¹		Kostenausweis Kostenarten- gruppe ^{5,6}	Kostenartenuntergruppe (SwissDRG, Spezifikationen)
				Einzelkosten- verrechnung	Kostenverrech- nungsmethodik		
Blutprodukte ⁴		Erythrozytenkonzentrate	TE	X	--	400	v102
		Thrombozytenkonzentrate	TE	X	--	400	v102
		Apherese-Thrombozytenkonzentrate	Konz.	X	--	400	v102
		Patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate	Konz.	X	--	400	v102
		Lymphozyten	TE	X	--	400	v102
		Leukozyten	2	X	--	400	v102
		Granulozytenkonzentrate	Konz.	X	--	400	v102
		Fresh Frozen Plasma (FFP)	TE	X	X	400	v102

Webschnittstelle – Plausibilisierung – Kommentare

- Plausi-Test: FK.5.2: *Anzahl Fälle mit Tageskosten < 200 CHF (ohne P60A)*

- Spital 1: „Korrekt.“

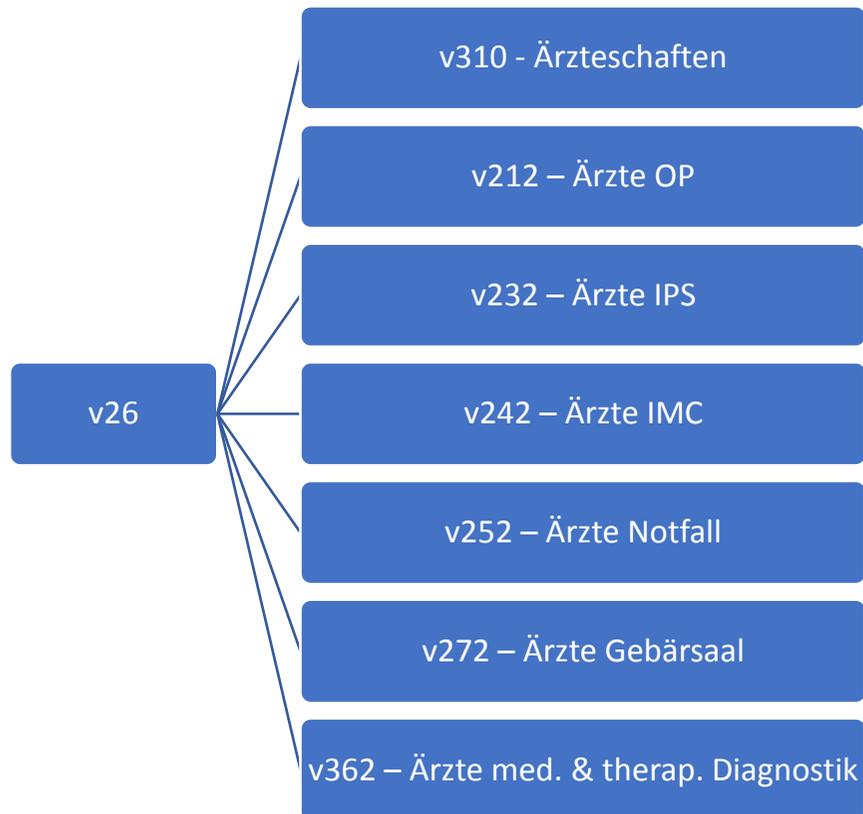
Plausibilisierung: Was heisst das?

- Fehlermeldung korrekt?
- Fall korrekt?



Webschnittstelle – Plausibilisierung – Arztkosten

Seit Daten 2017 werden die Arztkosten folgendermassen gesplittet:



Webschnittstelle – Plausibilisierung – Arztkosten

Auffälligkeiten:

- Spitäler, die alles unter v310 buchen
- Spitäler, die teilweise aufgeteilt buchen
- Spitäler, die alles differenziert ausweisen

- Und dann noch Einzelfälle, die bei v310 als auch bei bspw. v232 sehr hohe Kosten aufweisen
 - Allenfalls doppelt vorhanden?

Webschnittstelle – Plausibilisierung – weitere Auffälligkeiten

Ein Fall ist nur verwertbar, wenn es Kosten UND Codes gibt:

Fall lag x Stunden auf der *anerkannten* Intensivstation:

- Kode für Intensivmedizinische Komplexbehandlung
- Aufenthaltsdauer IPS (1.3.V03) kodiert
- Beatmungstunden, falls Beatmung notwendig war
- Score erfasst
 - Dieser muss zum Kode passen
- Kosten sind unter v230

Webschnittstelle – Plausibilisierung – weitere Auffälligkeiten

Ein Fall ist nur verwertbar, wenn die Kodierung der
Medikamente vollständig ist:

Fall erhielt Gerinnungsfaktor VIII (ATC-Kode B02BD02)

- ATC-Kode
- Verabreichte Dosis
- Einheit
- In diesem Fall Zusatzangabe
 - Rekombinant oder plasmatisch?
- Verabreichungsart

- Kosten sind unter v101

Webschnittstelle – Plausibilisierung

Was sich für künftige Datenerhebungen empfiehlt:

- Frühzeitige Lieferungen: Allfällige Probleme können so früher erkannt werden
- Je besser die Kommentare, desto mehr Fälle können wir verwenden
- Wer bis zum 30. April liefert, bekommt Zugang zum Webfeedback (bitte valide Erstlieferung in der Webschnittstelle sein lassen!)

Wir sind dankbar für Feedback – allfällige Auffälligkeiten bitte melden (Plausi, Fragebogen,...)

Datenerhebung – Datenprüfung

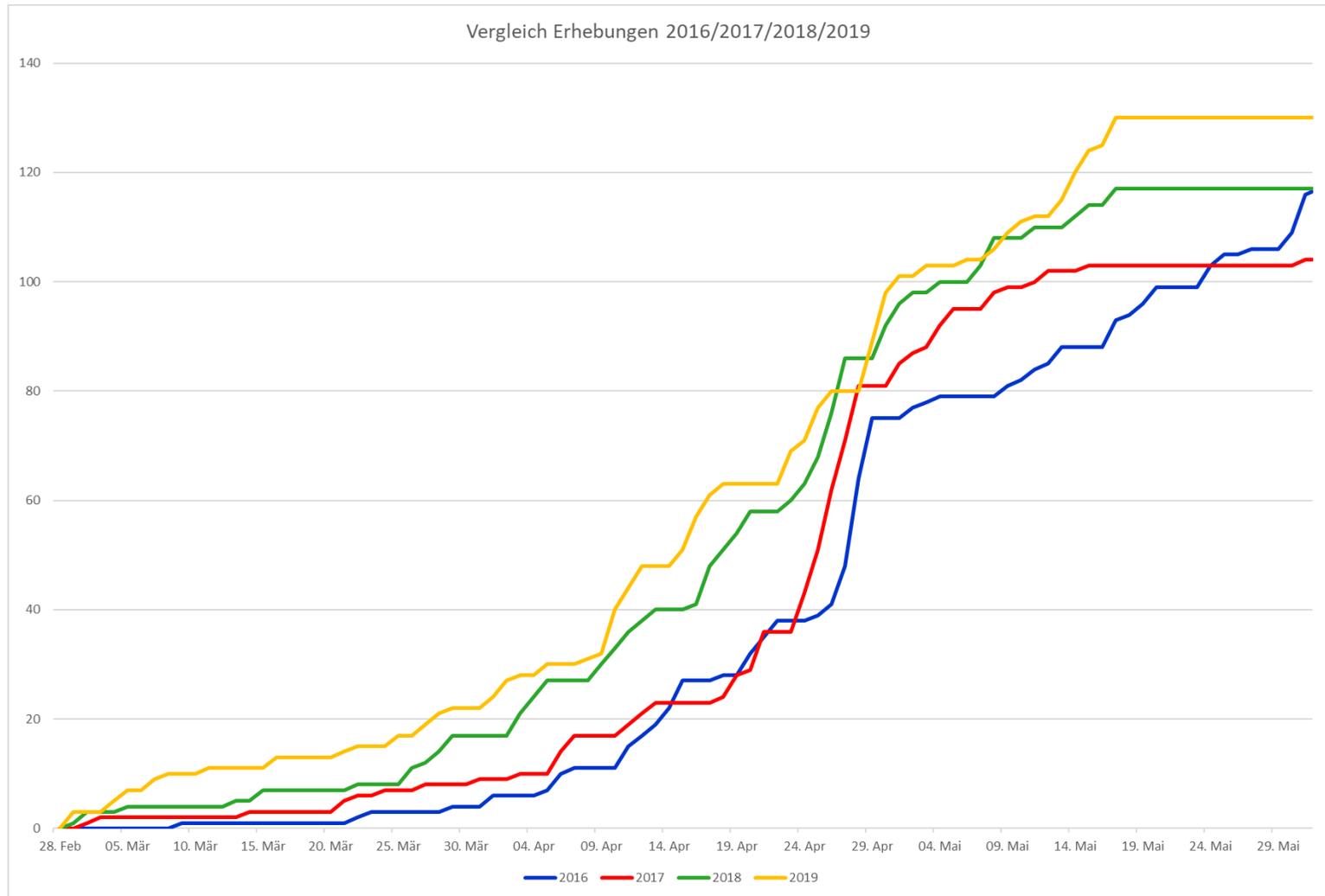
Unterjährige Datenprüfung:

- 2018 : 36 Spitäler mit valider Datenlieferung
- 2017 : 21 Spitäler mit valider Datenlieferung
- 2016 : 11 Spitäler mit valider Datenlieferung

- Auch im Herbst 2019 gibt es wieder eine Datenprüfung (im Oktober – genaue Wochen folgen)

Weiterhin gibt es bilaterale Workshops mit Spitälern

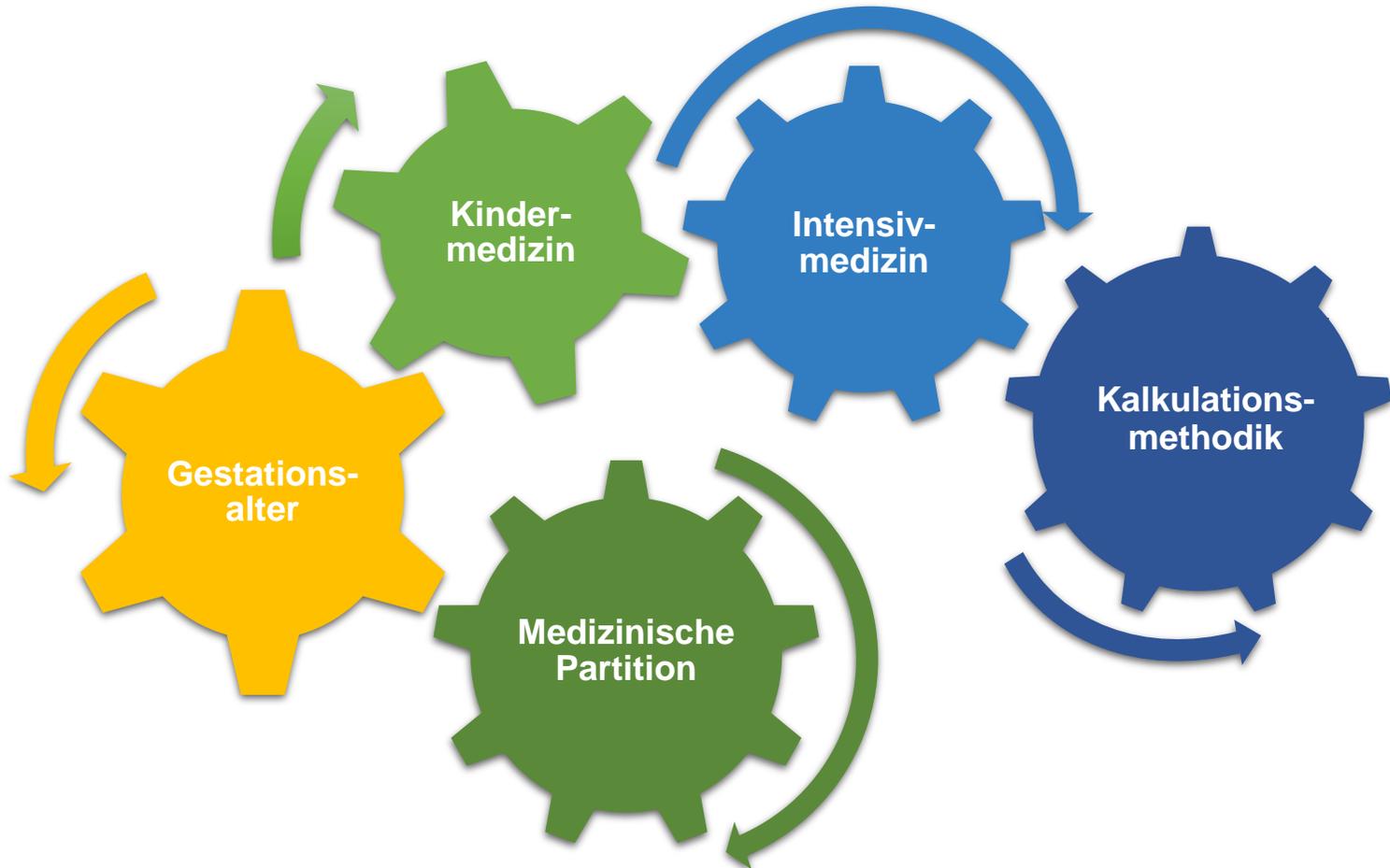
Erhebung – Entwicklung in Zukunft...



SwissDRG – Version 9.0 / 2020

1. Zusatzentgelt-Grupper
2. Datengrundlagen
- 3. Grupperweiterentwicklung**
4. Ergebnisse

Entwicklungsschwerpunkte



Intensivmedizin

Abbildbarkeit

Fallkonstellationen:

- Hauptbehandlung auf Intensivstation (ICU) oder Intermediate Care Station (IMCU)
- Betreuung auf ICU und IMCU
- Kurzaufenthalt auf ICU oder IMCU

Intensivmedizin

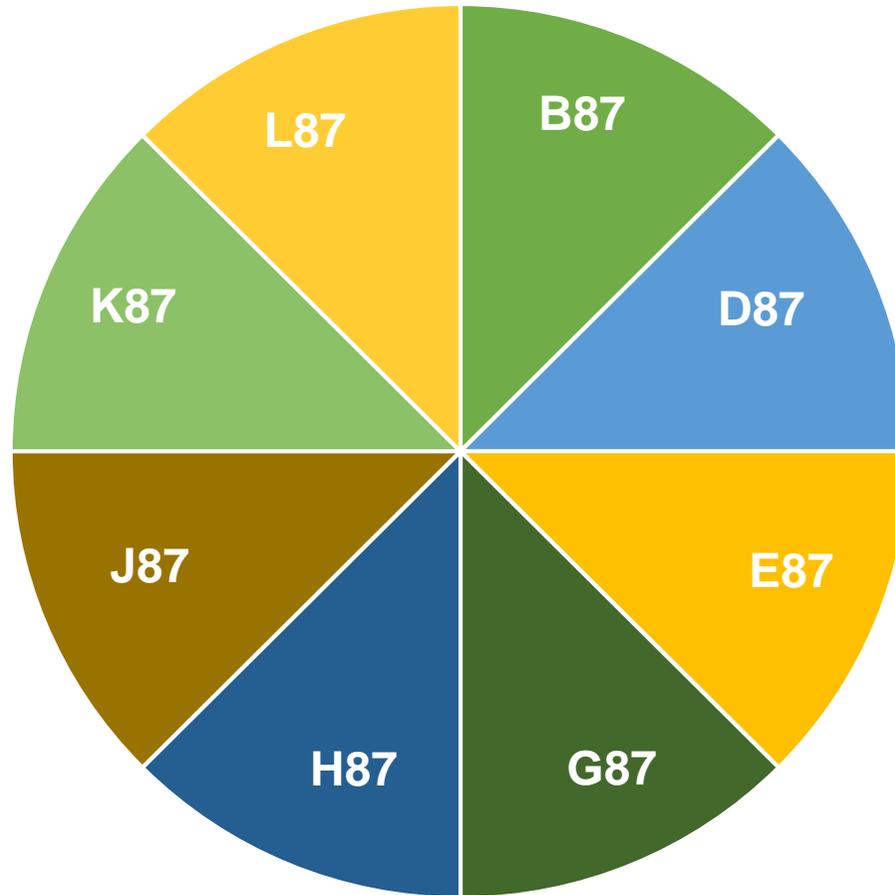
Abbildbarkeit

Vorgehen:

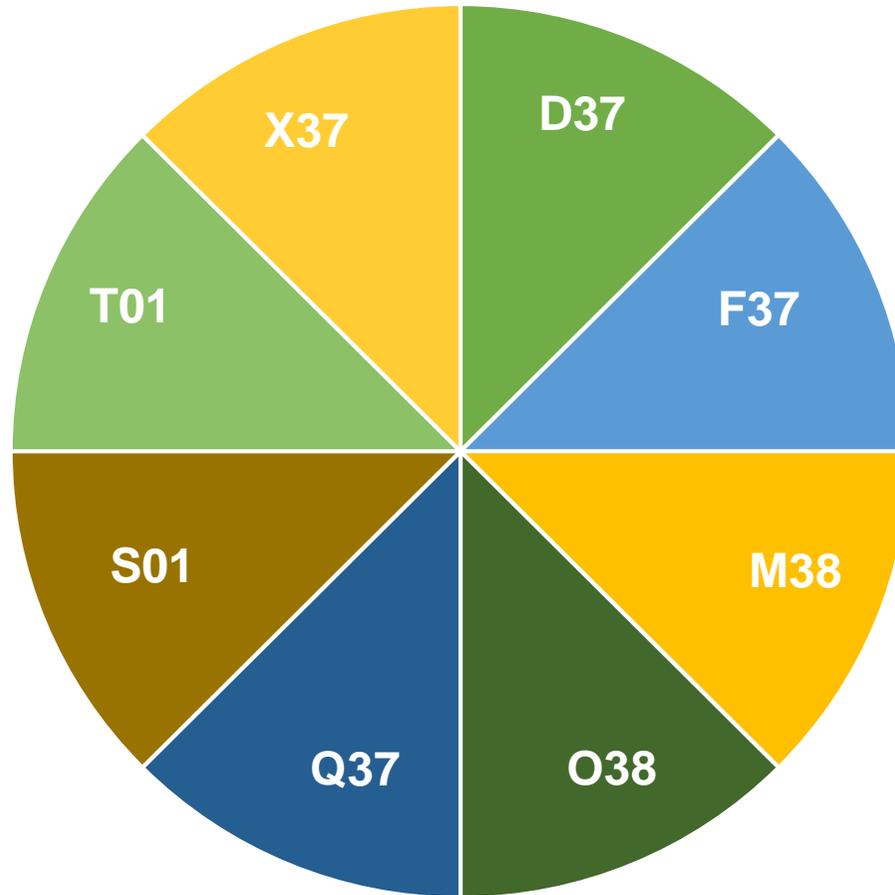
- systematische Prüfung der Fälle mit Kurzaufenthalt auf ICU oder IMCU in allen MDCs
- Etablierung neuer DRGs in Abhängigkeit der Fallkonstellationen partitionsübergreifend oder nur in der medizinischen Partition

Intensivmedizin

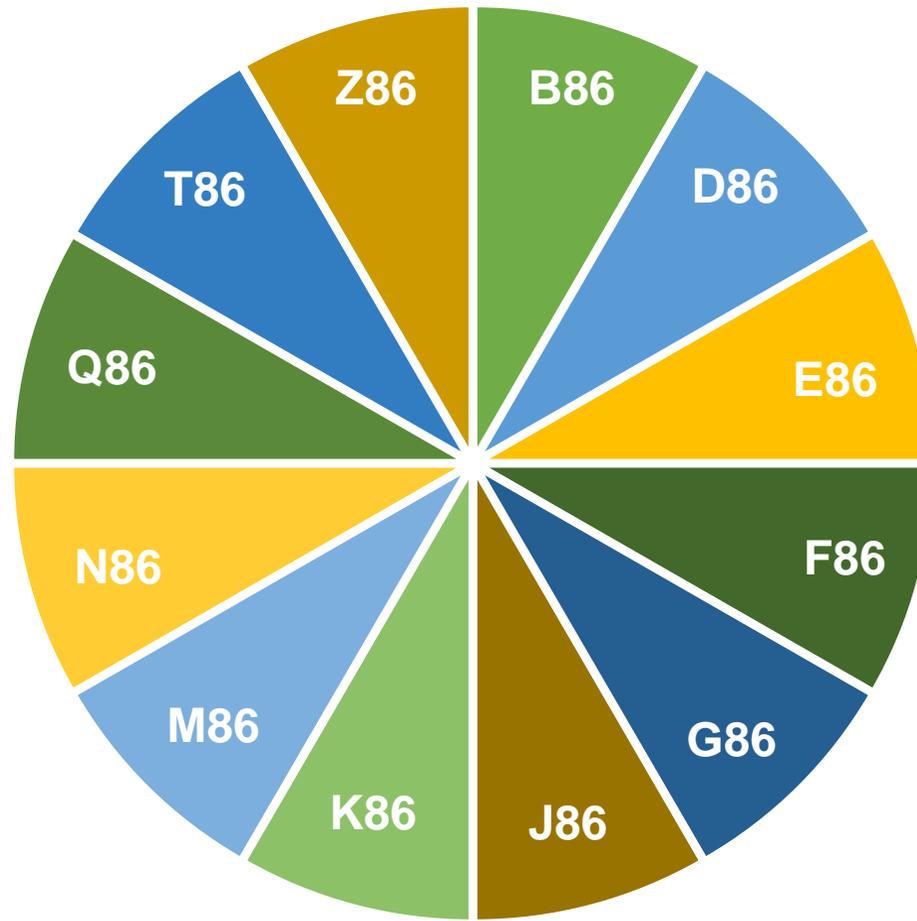
Medizinische Partition



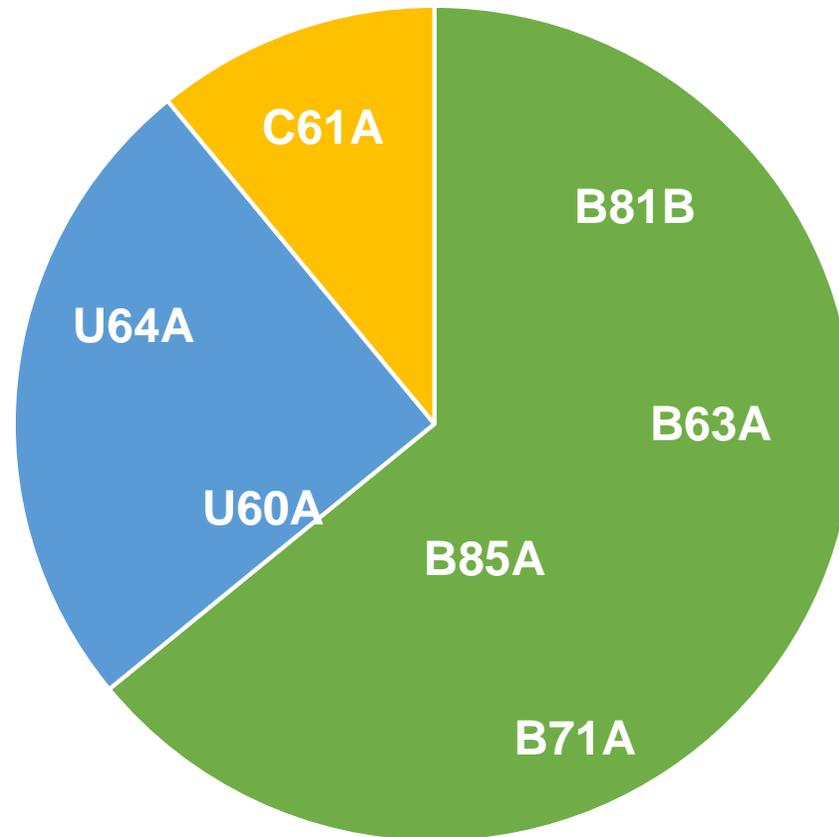
Intensivmedizin Partitionsübergreifend



Medizinische Partition Ein-Belegungstag-DRGs



Medizinische Partition Neurologische Komplexdiagnostik



Medizinische Partition

Komplexbehandlung Anorexie

Bisher:

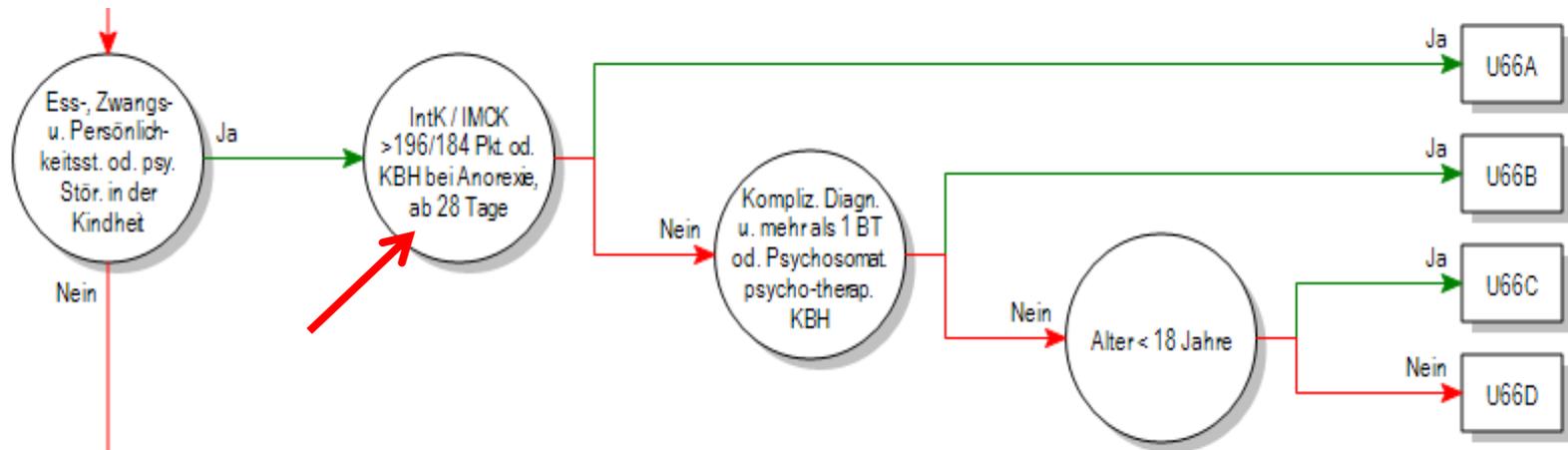
- in Basis DRG U66 «*Ess-, Zwangs- und Persönlichkeitsstörungen in der Kindheit*» Kosten- und Verweildauer inhomogene Fallmenge
- Langzeitbehandlung der Anorexie bisher nicht über Prozedurenkodes abbildbar
- ab CHOP 2017 Leistung mit Kode 99.bd.1- «Integrierte Komplexbehandlung bei Anorexie, » erfassbar

Medizinische Partition

Komplexbehandlung Anorexie

Umbau:

- Aufwertung der Fälle mit «Integrierter Komplexbehandlung bei Anorexie ab 28 BT» sowie «IntK / IMCK > 196 / 184 Pkt.» in die neu definierte DRG U66A



Gestationsalter

Neugeborene MDC 15

Gruppierung von Neugeborenen primär anhand:

- Geburts- oder Aufnahmegegewicht
- kardio-thorakaler Eingriffe
- intensivmedizinischer Aufwandspunkte

Differenzierung von bestimmten DRGs schwierig:

→ Suche nach neuen Möglichkeiten

Gestationsalter Neugeborene MDC 15

Gestationsalter:

- Alter des Neugeborenen ab Zeitpunkt der Konzeption
- entspricht der Schwangerschaftsdauer
- beschreibt Organreife des Neugeborenen
- normales Gestationsalter ca. 280 ± 10 Tag

Gestationsalter

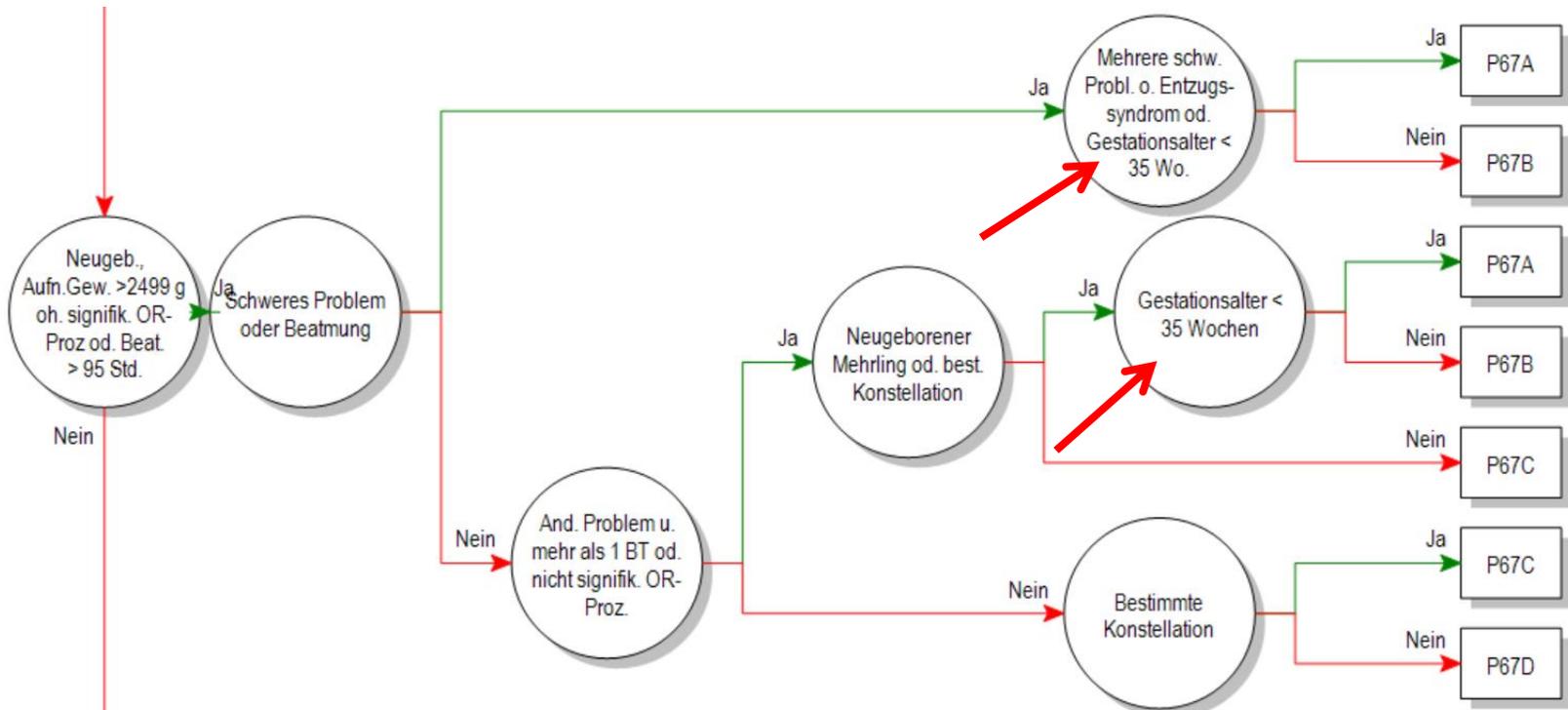
Neugeborene MDC 15

Ergebnis:

- zahlreiche Analyserechnungen mit verschiedenen Abstufungen des GA in allen DRGs der MDC 15
 - Etablierung des GA als Splitkriterium in einzelnen DRGs
 - primäre Gruppierung von Fällen anhand GA derzeit nicht sinnvoll
- sachgerechte Abbildung von aufwendigen Fällen möglich

Gestationsalter Neugeborene MDC 15

Umbau:



Gestationsalter Datensatz

Zu beachten ist:

- Gestationsalter gehört zum Datensatz des Kindes
- Gestationsalter muss in Variable 4.8.V16 der Medizinischen Statistik erfasst werden
- alleinige Erfassung des GA im Neugeborenenendatensatz ist für Gruppierung nicht ausreichend
- Variable 4.8.V16 muss unverschlüsselt erfasst werden

Hochkomplexe Chemotherapie

CHOP 2016:

- «Hochgradig komplexe u. intensive Blockchemotherapie: ein Chemotherapieblock während eines stationären Aufenthaltes» bzw. «„zwei Chemotherapieblöcke.....» Kode ist definiert über Beispiellisten «Medikamente/Anzahl Tage/Erkrankung»

CHOP 2017:

- 99.25.53 «Hochgradig komplexe und intensive Chemotherapie» bzw. 99.25.54 «„zwei Chemotherapien während eines stationären Aufenthalts» Kode neu definiert mit Mindestmerkmale z.B. «5-8 tägige Chemotherapie mit mind. 2 versch. Zytostatika»

Hochkomplexe Chemotherapie

Problem:

- deutlich mehr Fälle erfüllen jetzt die Bedingung
«Hochkomplexe Chemotherapie»
- Kostendaten nicht mehr homogen
- Abbildung nicht mehr sachgerecht in Prä-MDC sowie
in MDC 17

Neubildungen MDC 17

Problem:

- Abbildung der Kinderfälle
- Splitbedingungen nicht mehr kostentrennend

Analyse:

- systematische Überprüfung der Splitbedingungen mit «*Hochkomplexer Chemotherapie*»
- Identifikation aufwendiger Konstellationen

Neubildungen MDC 17

Aufwendige Konstellationen

Umbau I:

- Aufwertung der Fälle aus DRGs R60A «*Akute myeloische Leukämie, ...*» und R63A «*Andere akute Leukämie, ...*» mit Intensivtherapie in DRG R50A
- Überarbeitung der Basis DRG R50
 - Kinderfälle in DRG R50A
 - hochgradig komplexe u, intensive Chemotherapie (2 Zyklen) mit best. Konstellationen in DRG R50A
 - bestimmte Eingriffe in DRG R50B
 - Intensivtherapie HD unabhängig in DRG R50C

Neubildungen MDC 17

Andere akute Leukämieformen

Umbau II:

- Prüfung und Neudefinition der bisherigen Splitkriterien
- Aufwertung aller Kinderfälle in DRG R63D und mit PCCL>3 in DRG R63B
- Aufwertung der Fälle mit komplexen Konstellationen (Mykosen, kompl. Prozeduren) in DRG R63A
- Hochgradig komplexe und intensive Chemotherapie nicht mehr als Splitkriterium geeignet

Prä-MDC

Palliativmedizinische Komplexbehandlung

Analyse:

- Abbildung der komplexen Fälle in DRGs A97A und A97B bei geringen Fallzahlen gestaltet sich schwierig
 - Palliativfälle in DRGs A97D bis A97G mit hohen Fallzahlen sachgerecht abgebildet
- Rückmeldungen der Spitäler bestätigen die Ergebnisse!

MDC übergreifende Umbauten

VAC Behandlung

CHOP 2016:

- Codes für «*Débridement von Wunden, Infektionen od. Verbrennungen*» nicht differenziert nach Ausdehnung und Aufwand
- Problem der Abgrenzung aufwendiger Fälle

CHOP 2017:

- Definition chirurgisches Débridement «*...in Regional- od. Allgemeinanästhesie*»
- Unterteilung «*Chirurgisches Débridement, kleinflächig / mittlerer / grosser Ausdehnung*»; Fläche 4-20 cm² bzw. > 20 cm²

MDC übergreifende Umbauten VAC Behandlung

Bisher:

- aufwendige Debridements in Kombination mit Vakuumtherapie teils nicht verweildauer- und aufwandsgerecht abgebildet
- Kodes nicht in Funktion «*Vakuumbehandlung*» enthalten
- Fälle in Basis DRG I27 «*Eingriffe am Weichteilgewebe*» untervergütet

MDC übergreifende Umbauten

VAC Behandlung

Umbau:

- Aufnahme der CHOP Codes 86.2a.31 bis -.3e
«*Chirurgisches Débridement, grosser Ausdehnung,...*» in Funktion
«*Vakuumbehandlung*»
- Logik in DRG I27A erweitert um «*Vakuumbehandlung*»
- Abbildung in Logik für Basis DRGs; B17, C14, D12, E02, F21, G12, H06, I02, I28, J02, J11, K09, L09, M06, N11, X05 und DRG Y02A
- kein Anhalt für Aufnahme der Codes in Funktion VAC I / II

MDC übergreifende Umbauten Neubildungen

Antrag:

- Split der DRG D67Z «*Erkrankungen von Zähnen und Mundhöhle ohne Zahnextraktion und -wiederherstellung*» mit PCCL > 2

Analyse:

- Regel zur Kodierung der Tumorerkrankung als HD / ND wird sehr unterschiedlich gehandhabt
 - sehr aufwendige Fälle gruppieren in niedrig bewertete DRGs, da Tumor als ND kodiert
- Präzisierung der Kodierrichtlinien ggf. sinnvoll

MDC übergreifende Umbauten Neubildungen

Umbau:

- Aufwertung der Fälle mit «*Zustand nach Transplantation*» oder «*PCCL > 3*»



- Anpassung der «Leukämie-Umleitung»
 - HD B00.2 «*Gingivostomatitis u Pharyngotonsillitis herpetica*»
 - ND D47.1 «*Chronische myeloproliferative Krankheit*»

Nervensystem MDC 01

Zuordnung Hauptdiagnose

Antrag:

- Prüfung der Hauptdiagnosen Tabelle
- Kode E51.2 «*Wernicke-Enzephalopathie*» bisher in MDC 10
- Kode I67.4 «*Hypertensive Enzephalopathie*» bisher in MDC 05

Umbau:

- Verschieben der Codes in HD Tabelle der MDC 01
- Codes der Basis DRG B63 «*Demenz und andere chronische Störungen der Hirnfunktion*» zugeordnet

→ Antrag umgesetzt

Augenerkrankungen MDC 02

BNB, Diabetische und andere Erkrankungen

Problem:

- Splitbedingungen «*BNB des Auges*» und «*äusserst schwere cc*» für DRG C63A nicht mehr kostentrennend

Umbau:

- Überarbeitung der Splitbedingungen



→ sachgerechte Abbildung der Fälle

Krankheiten HNO MDC 03

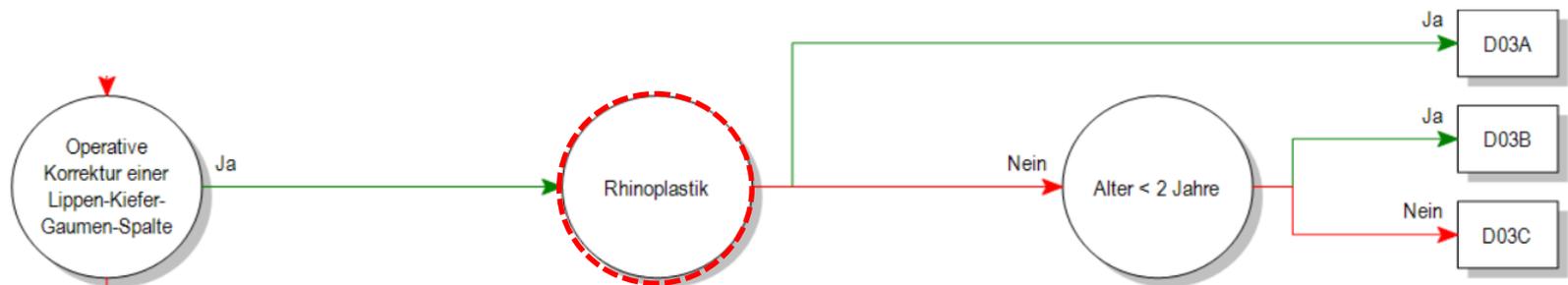
Korrektur einer Lippen-Kiefer-Gaumenspalte

Antrag:

- Aufwertung der Fälle mit Rhinoplastiken sowie Intensivmed. Nachbehandlung in Basis DRG D03 «Operative Korrektur einer Lippen-Kiefer-Gaumenspalte»

Umbau:

- Zuordnung der Rhinoplastiken in DRG D03A
- Intensivmed. Fälle gelangen neu in Basis DRG D37



Krankheiten HNO MDC 03

Tonsillektomie und Adenektomie

Bisher:

- Tonsillektomien und Adenektomien in Basis DRGs D13 und D30 abgebildet

Umbau:

- Zuordnung der Tonsillektomien und Adenektomien nur in Basis DRG D13 «*Tonsillektomie oder Adenektomie ausser bei bösartiger Neubildung*»
- Etablierung neuer Splitbedingungen «*Blutstillung*» und «*Alter < 16 Jahre*» für DRG D13A



Atmungsorgane MDC 04

Segmentresektion der Lunge

Problem:

- Kode «*Segmentresektion der Lunge*» mit Interpretationsspielraum
- Präzisierung des Codes 32.30 «*Thorakoskopische anatom. Segmentresektion der Lunge*» im CHOP Katalog, damit klare Abgrenzung gegenüber einfacher Keilresektion

Umbau:

- Abwertung des Codes 32.20 «*Thorakoskopische Exzision von Läsion oder Gewebe an der Lunge*»
- differenzierte Bewertung und damit sachgerechte Abbildung beider Codes

Kreislaufsystem MDC 05

Aortenprothesen

Antrag:

- Aufwertung von Fällen mit rupturierten Aortenaneurysmen in DRG F51A «*Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta mit Implantation von bestimmten Stent-Prothesen*»

Umbau:

- Aufnahme der Diagnosen für rupturierte Aortendissektionen und -aneurysmen in DRG F51A

Kreislaufsystem MDC 05

Gefässeingriffe

Antrag:

- Prüfung auf sachgerechte Vergütung in Basis DRG F59
«Komplexe oder mässig komplexe Gefässeingriffe»
 - perkutan-transluminaler selektiver Thrombolysen
 - medikamentenfreisetzender Ballons
 - bestimmter Stents

Kreislaufsystem MDC 05

Gefässeingriffe

Umbau:

Aufwertung

- mehrzeitiger selektiver Thrombolysen **mit** äusserst schweren CC neu in DRG F59A «Komplexe oder mässig komplexe Gefässeingriffe mit mehrzeitigen Eingriffen oder VAC»
- **ohne** äusserst schwere CC in F59C «Komplexe oder mässig komplexe Gefässeingriffe mit mehrzeitigem endovaskulärem Eingriff»
- von 3 oder mehr medikamentenfreisetzenden Ballons oder gecoverten Stents in DRG F59F «Komplexe oder mässig komplexe Gefässeingriffe mit mehrfacher Stenteinlage oder komplizierender Diagnose oder bestimmter Prozedur»

Kreislaufsystem MDC 05

Herzschrittmacher

Antrag:

- Prüfung auf sachgerechte Abbildung sondenloser Herzschrittmacher in Basis DRG F12 «*Implantation eines Herzschrittmachers*»

Umbau:

- Etablierung neuer DRG F12D «*Implantation eines sondenlosen Herzschrittmachers*»

→ sachgerechte Abbildung dieser Fallmenge möglich

Verdauungsorgane MDC 06

Tiefe Rektumresektion

Problem:

- Fälle mit tiefer Rektumresektion bisher untervergütet

Umbau:

- Aufnahme der CHOP Codes «*tiefe Rektumresektion*» in Basis DRG G16 «*Komplexe Eingriffe am kleinen Becken oder bösartige Neubildungen oder Strahlentherapie mit grossen abdominalen Eingriffen*»

→ deutliche Aufwertung der Fälle

Verdauungsorgane MDC 06

Narbenhernien

Problem:

- Eingriffe bei Narbenhernien können sehr aufwendig sein
- CHOP Kode anwendbar unabhängig von Grösse der Hernie und Komplexität des Eingriffes
- nicht sachgerechte Vergütung bestimmter komplexer Narbenhernieneingriffe

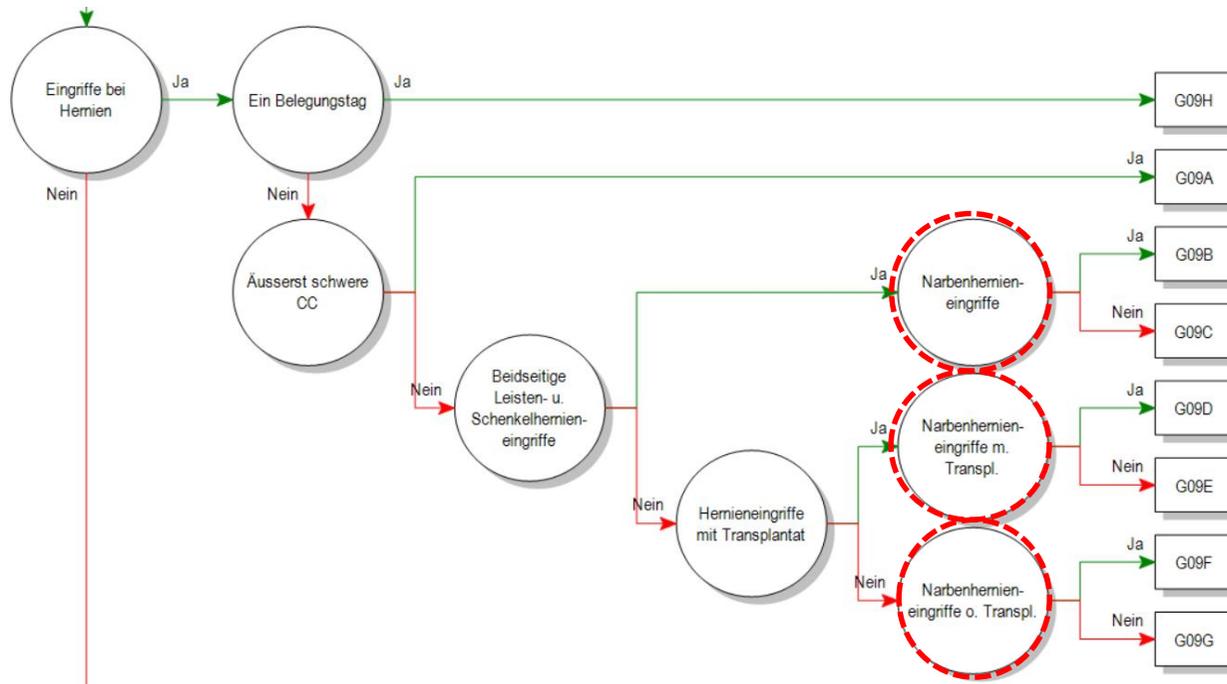
→ Präzisierungen für die Kodierung zu empfehlen

Verdauungsorgane MDC 06

Narbenhernien

Umbau

- Aufwertung bestimmter Narbenhernieneingriffe innerhalb Basis DRG G09 «Eingriffe bei Hernien»



Hepatobiliäres System MDC 07

Erkrankungen der Leber

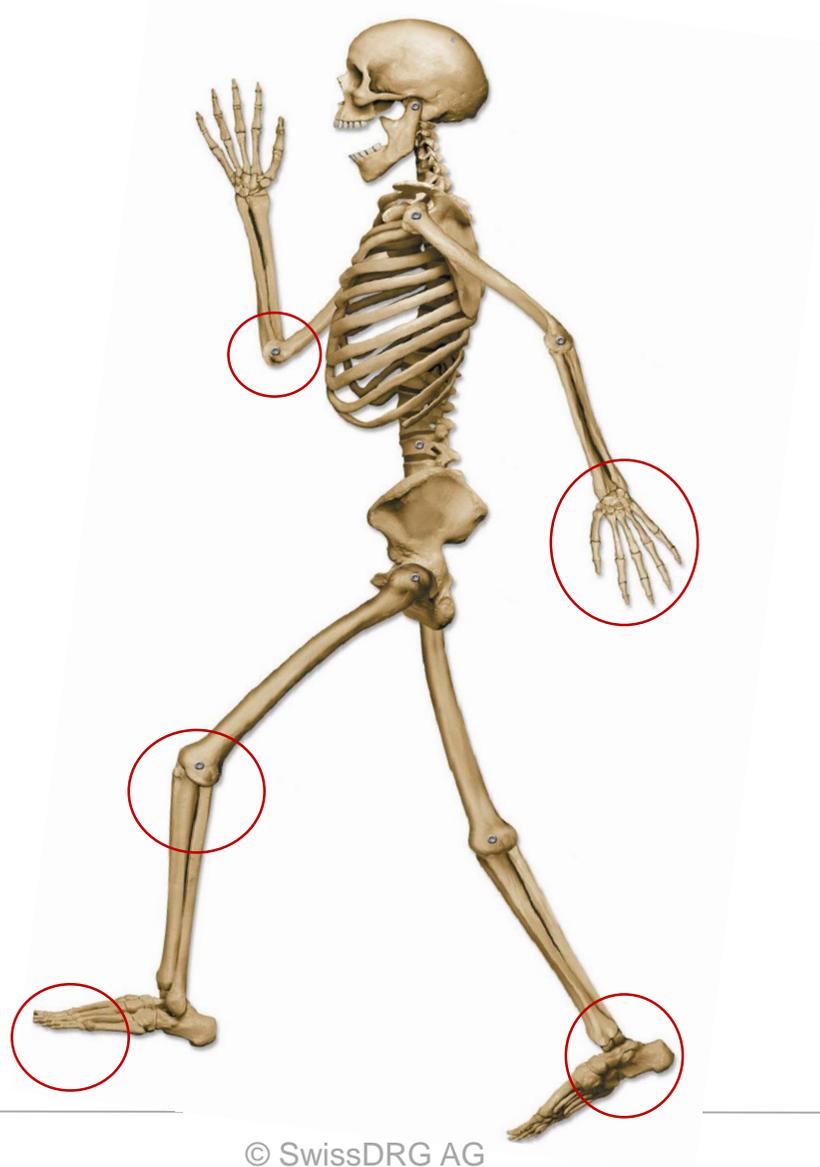
Antrag:

- Aufwertung der Fälle mit PCCL >5/6 innerhalb Basis DRG H63 «*Erkrankungen der Leber*»

Umbau:

- Aufwertung der Fälle mit Sepsis in DRG H63A «*Erkrankungen der Leber ausser BNB, Leberzirrhose u. bestimmte nichtinfektiöse Hepatitiden od. Evaluationsaufenthalt vor Lebertransplantation mit äuss. schw. CC od. kompliz. Prozedur, und komplexe Diagnose, mehr als ein Belegungstag*»

Bewegungssystem MDC 08



Bewegungssystem MDC 08

Hand

Antrag:

- Fälle mit Infektion, Abszess, Pseudoarthrose, Luxation, einzeitigen Mehrfacheingriffen usw. nicht sachgerecht in Basis DRG I32 «*Eingriffe an Handgelenk und Hand*» abgebildet

Umbau:

- Aufnahme weiterer HD Codes in Basis DRG I32 z.B. M84.14 «*Nichtvereinigung Fraktarenden [Pseudarthr] Hand*», S63.2 «*Multiple Luxationen Finger*» USW.
- Aufnahme der Funktion «*Eingriff an mehreren Lokalisationen*» in Logik der DRG I32B

Bewegungssystem MDC 08

Kniegelenk

Antrag:

- Meniskustransplantation in Basis DRG I30 «*Komplexe Eingriffe am Kniegelenk*» aufgrund hoher Implantatskosten nicht aufwandsgerecht vergütet
- Überprüfen auf mögliches Zusatzentgelt

Umbau:

- Etablierung eines Zusatzentgeltes nicht sachgerecht
- Umbau der Basis DRG I30 mit neuen Splitkriterien

Bewegungssystem MDC 08

Komplikationen / Revisionen

Antrag:

- Fälle mit Infektionen bei Prothese untervergütet
 - T84.5 «*Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese*»
 - T84.6 «*....eine interne Osteosynthesevorrichtung*»
 - T84.7 «*Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate*»

Analyse:

- Basis DRG I12 «*Knochen- und Gelenkinfektion / -entzündung mit verschiedenen Eingriffen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe*» Bedingung für Codes T84.5 – T84.7 nur als HD zu erfüllen

Bewegungssystem MDC 08

Komplikationen / Revisionen

Umbau:

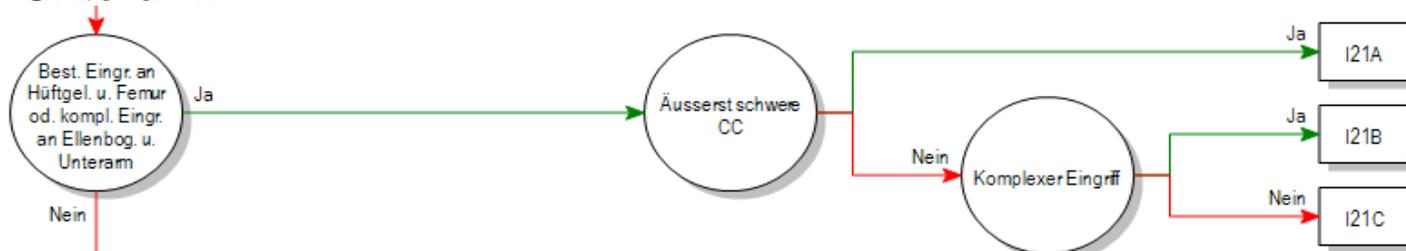
- ICD Codes erfüllen Bedingung für Basis DRG I12 auch als Nebendiagnose
- Bereinigung der Prozedurentabellen
- Aufnahme weiterer CHOP Codes mit «.. *Revision eines Gelenkes,...*» in bestehende Tabelle
- Beseitigung Fehlanreiz (Kodierung der Komplikation als HD / ND beeinflusst DRG Zuordnung)

Bewegungssystem MDC 08

Medizinische Homogenität

Problem:

- Kosteninhomogenität in Basis DRG I21 «Best. Eingriffe an Hüftgelenk u. Femur od. komplexe Eingr. an Ellenbogengelenk u. Unterarm»



- Fälle in Basis DRG I31 «Mehrere komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk u. Unterarm...» nicht mehr sachgerecht abgebildet



Bewegungssystem MDC 08

Medizinische Homogenität

Umbau I:

- Tabellenbereinigung Basis DRG I21 um alle Codes mit Eingriff an Ellenbogen od. Unterarm
- Überarbeitung der Splitkriterien auf Kostentrenner
- DRG I21C entfernt

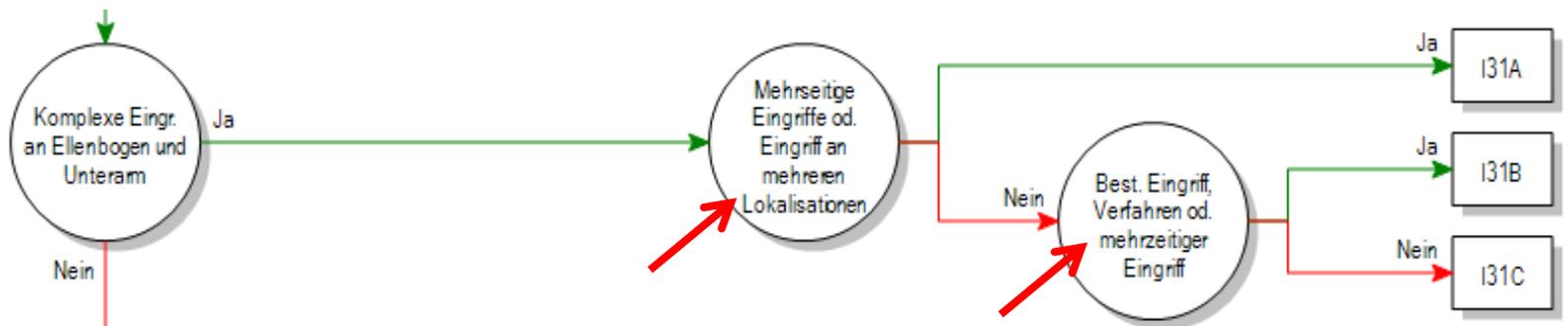


Bewegungssystem MDC 08

Medizinische Homogenität

Umbau II:

- Aufnahme der Codes mit Eingriffen an Ellenbogen od. Unterarm in Basis DRG I31
- Logik für Basis DRG überarbeitet
- neue Splitkriterien innerhalb DRG geprüft
- weitere Tabellenbereinigung in Basis DRGs I18 u. I59



Haut und Mamma MDC 09

Plastische Operationen

Antrag:

- Untervergütung von Gewebereduktionsplastiken in Basis DRG J10 «*Plastische Operationen an Haut, Unterhaut u. Mamma*»

Umbau:

- Split der Basis DRG und Aufwertung der Prozedurenkodes, z. B. «*86.83.12 Gewebereduktionsplastik an Schulter und Oberarm*», in DRG J10A



Harnorgane MDC 11

Dialyse - Gefässzugang

Antrag:

- neues innovatives Verfahren für Gefässzugang bei Dialysepflicht
- Kanüle im Mastoidbereich

Umbau:

- Verfahren über CHOP Kode 20.99.10 «*Implantation von Knochenverankerungen am Felsenbein, Mittel- oder Innenohr*» abbildbar
- Aufnahme des Kodes in Basis DRG L09 «*Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane*»

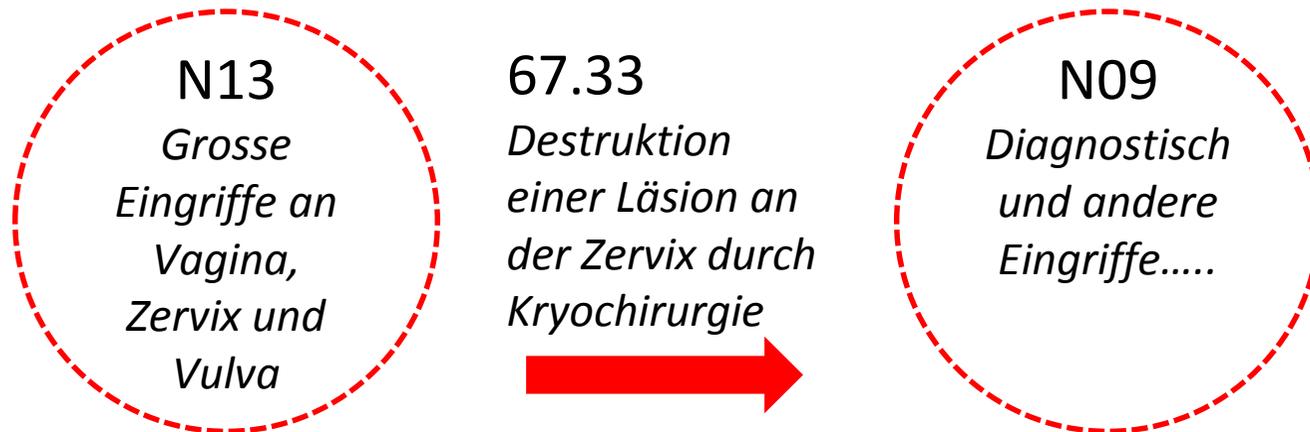
Weibl. Geschlechtsorgane MDC 13

Eingriffe an der Zervix

Problem:

- Fälle mit Kode 67.33 «*Destruktion einer Läsion an der Zervix durch Kryochirurgie*» in DRG N13 überbewertet

Umbau:



Schwangerschaft, Geburt MDC 14

Entbindung mit Eingriff

Problem:

- DRG O02A sehr fallzahlschwach



Umbau:

- Zuordnung der Fälle mit „komplexer OR Prozedur oder *komplizierender Prozedur*» in DRG O38B

Schwangerschaft, Geburt MDC 14

Zervixcerclage

Hinweis:

- Fälle mit Cerclage bei Zervixinsuffizienz in der Schwangerschaft gruppieren in DRG O02B «*Vaginale Entbindung mit aufwendigem Eingriff,*»

Umbau:

- Codes 67.59 «*Sonstige Rekonstruktion am inneren Muttermund*» und 67.69 «*Sonstige plastische Rekonstruktion an der Zervix*» der Basis DRG O65 «*Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme*» zugeordnet
- zusätzlich Abbildung in MDC 13, Basis DRG N62 «*...andere Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane, ...*»

Polytrauma MDC 21A

Bestimmte Eingriffe

Problem:

- DRGs W02B «*Polytrauma mit bestimmten Eingriffen oder geriatrische Akutrehabilitation ab 14 Behandlungstage*» und W02C «*Polytrauma mit OR-Prozedur oder Beatmung > 24 Stunden*» mit ähnlichen Kosten und VWD

Umbau:

- Basis DRG W02 Kriterium «*> 24 Std. Beatmung*» entfernt
- Kondensation der DRGs W02B und W02C

Minderung von Fehlanreizen DRGs 901, 902

Analyse:

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

Optionen:

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

Minderung von Fehlanreizen

DRGs 901, 902

Umbau:

- Aufnahme verschiedener OR-Kodes in weitere MDCs
z.B.:
- MDC 01 «*Plastische Rekonstruktionen an Lippe und Mund*»
- MDC 08 «*Laparoskopie*»
- MDC 11 «*Totale Splenektomie*»
- MDC 13 «*Gefässstents, Knocheninz., Spondylodesen, Mammaeingr.*»

Minderung von Fehlanreizen DRGs 901, 902

Bisher:

- Kode D13.7 «*Gutartige Neubildung Endokriner Drüsenanteil des Pankreas*» in Hauptdiagnosen Tabelle der MDC 10

Umbau:

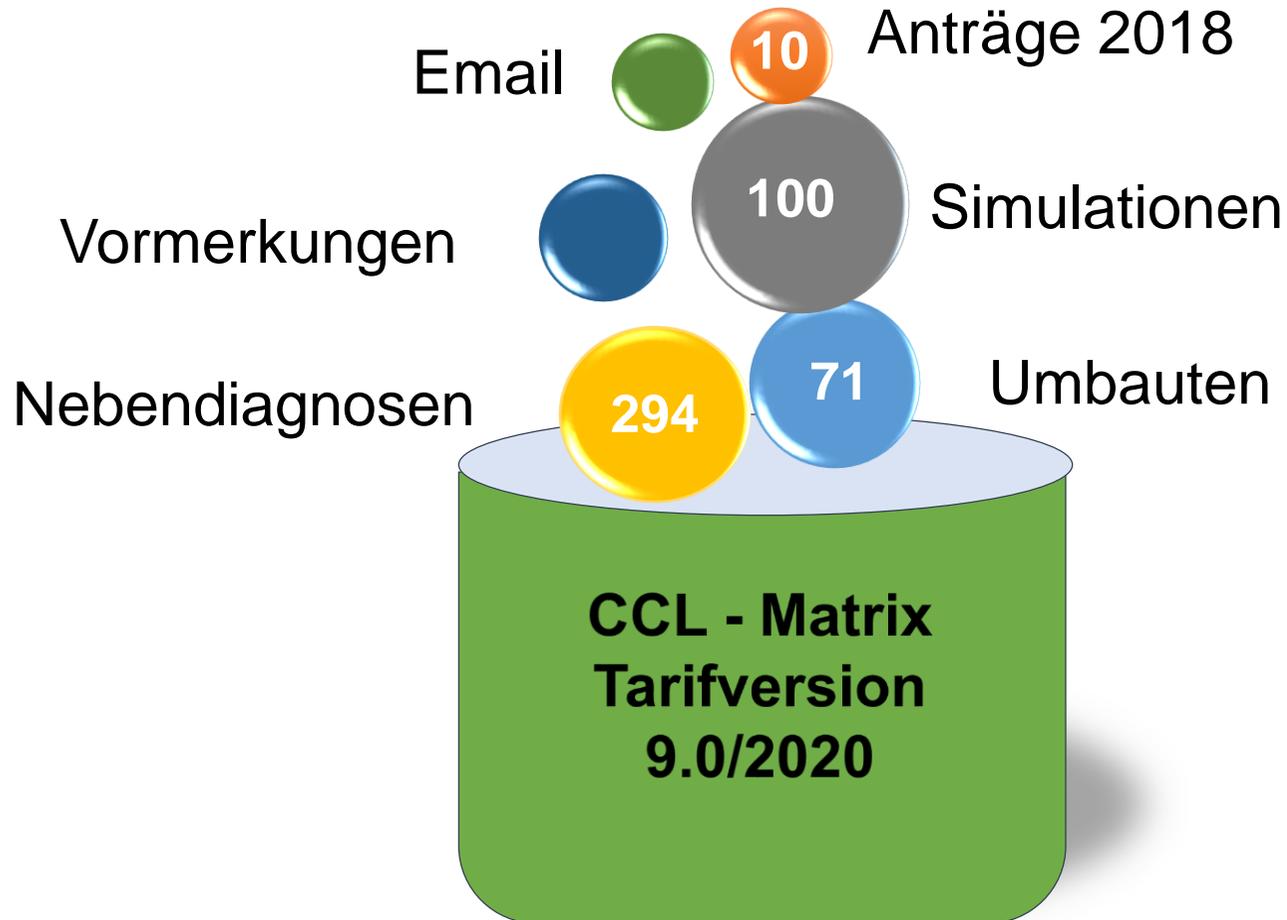
- Verschieben des Kodes in HD Tabelle der MDC 07
- Aufnahme in Basis DRG H62 «*Erkrankung des Pankreas ausser BNB*»

Minderung von Fehlanreizen DRGs 901, 902

Umbau:

- Aufnahme von Codes in Tab. der DRG 902Z *«Nicht ausgedehnte OR-Prozeduren ohne Bezug zur Hauptdiagnose» z.B.:*
- 61.0x.- *«Inzision und Drainage an Skrotum und Tunica vaginalis....»*
- 86.7a.3- *«Verschiebe-Rotationsplastik, kleinflächig»*
- 86.7a.5- *«Transpositionsplastik (VY), kleinflächig»*
- 86.7a.7- *«Insellappenplastik, kleinflächig»*
- 86.7a.9- *«Lokale Lappenplastik an Haut und Subkutangewebe,.. »*
- 86.82 *«Rhytidektomie am Gesicht»*

CCL - Matrix Simulationen

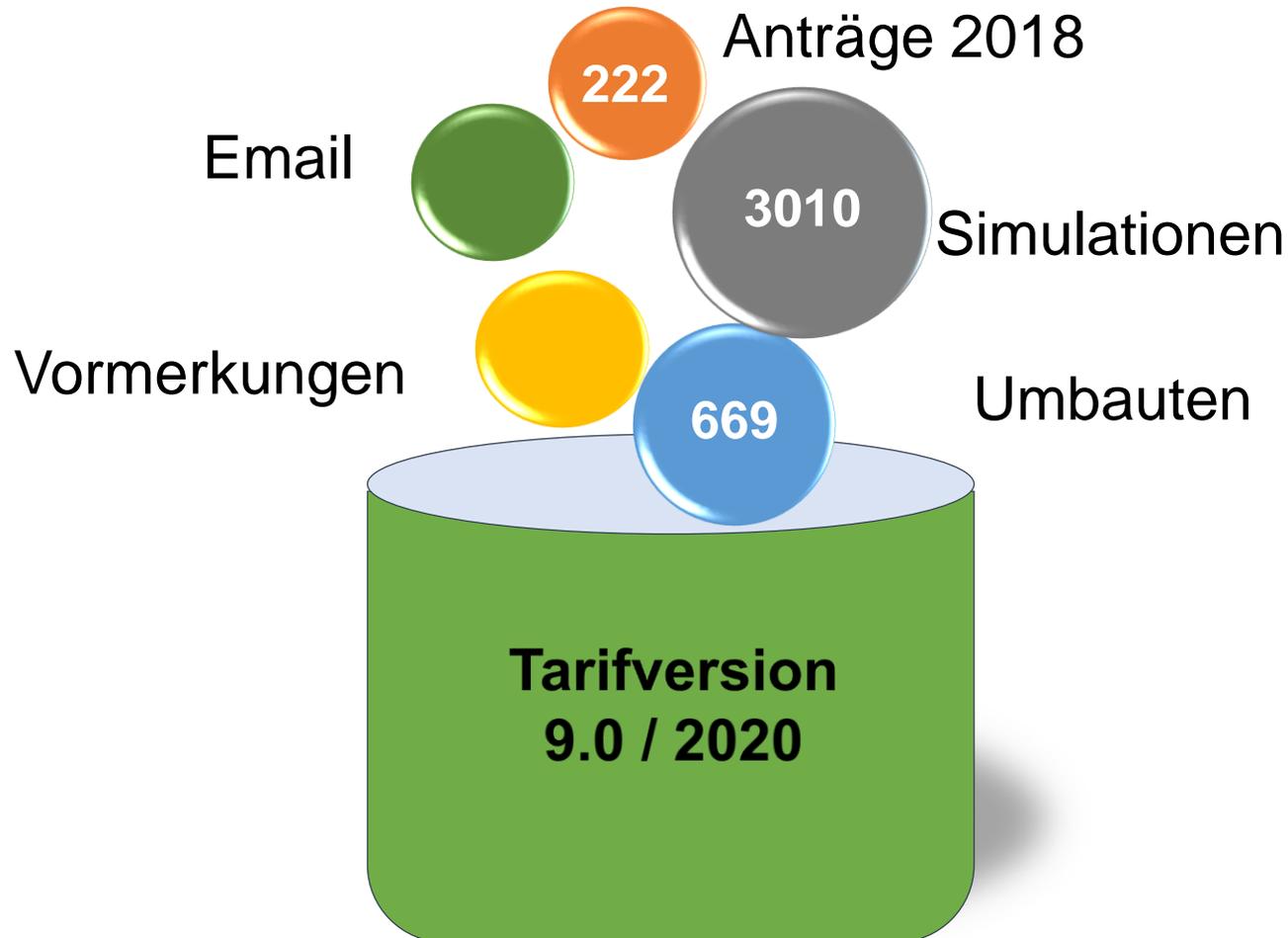


Antragsverfahren 2018

Akutsomatik

	2018	2017	2016
Anträge	222	216	189
umgesetzt	144	112	115
Quote	65%	52%	61%

Überarbeitung der DRG - Klassifikation Simulationen



Überarbeitung der DRG - Klassifikation

Zusatzentgelte

Etablierung neuer Zusatzentgelte

- Behandlung mit hyperbarer Oxygenation
- Behandlung in Dekompressionskammer
- Bifurkationsprothese aortal
- Dauer der Behandlung mit intraaortaler Ballonpumpe (IABP)
- Sonderisolierstation

Kodierrichtlinie Sepsis

- 2017/2018 Überarbeitung «Definition der Sepsis» Kodierregeln
→ Sofa Score
 - Publikation im Med. KHB Version 2019 nicht erfolgt
 - Ergänzung Sept. 2018 auf Homepage SwissDRG AG
 - Rundschreiben BfS 2019 Nr. 2 BfS Publikation der Regel
 - Aufnahme in Med. KHB Version 2020
- Ergänzung wird von Homepage SwissDRG AG entfernt

SwissDRG – Version 9.0 / 2020

1. Zusatzentgelt-Groupen
2. Datengrundlagen
3. Gruppenweiterentwicklung
- 4. Ergebnisse**

Zusammenfassung der Änderungen

	V9.0	V8.0	V7.0
Anzahl DRGs	1056	1037	1041
Nicht bewertete DRGs	0	1 (962Z)	1 (962Z)
Nicht abrechenbare DRGs	4	3	3
Einbelegungstag-DRGs	240	287	289
Explizit	44	43	37
Implizit	196	244	252
Zusatzentgelte	136	108	93
Bewertet	135	107	92
Unbewertet	1	1	1

Ermittlung der Kostengewichte

	Anzahl DRG kalkuliert	<i>davon auf 2 oder 3 Datenjahren</i>
V9.0	1'052	16/6
V8.0	1'033	27/3
V7.0	1'037	19/7
V6.0	1'035	21/3



Kriterien:

- Geringe Fallzahl
- Kein Grupperumbau

Anteil Outlier

	Version 9.0		Version 8.0	
	Fallzahl	Anteil	Fallzahl	Anteil
Inlier	789'178	79.5%	756'450	76.2%
High Outlier	67'619	6.8%	62'700	6.3%
Low Outlier	66'547	6.7%	104'194	10.5%
Verlegte Fälle	68'954	6.9%	68'954	6.9%
Unbewertete DRG	0	0%	1	0%
Nicht abrechenbare DRG	93	0%	92	0%
Alle	992'391	100%	992'391	100%

Datenbasis: 2017, Kalkulationsdaten

Casemix Index nach Typologie

Versorgungsstufe	Anzahl Fälle	CMI 9.0	CMI 8.0	Delta 8.0/9.0
K111 Zentrumsversorgung 1	210'022	1.401	1.398	+0.3%
K112 Zentrumsversorgung 2	629'194	0.994	0.995	-0.1%
K121 Grundversorgung 3	133'032	0.959	0.960	+0.0%
K122 Grundversorgung 4	72'080	0.912	0.913	-0.2%
K123 Grundversorgung 5	25'835	0.882	0.884	-0.2%
K231 Chirurgie	33'860	1.000	0.999	+0.2%
K232 Gyn / Neonatologie	2'892	0.379	0.383	-1.0%
K233 Pädiatrie	18'578	1.266	1.253	+1.0%
K234 Geriatrie	3'951	1.387	1.421	-2.4%
K235 Spezialkliniken	9'893	1.042	1.050	-0.8%
Alle	1'139'551	1.062	1.062	+/-0.0%

Datenbasis: 2017, SwissDRG Daten Anwendungsbereich, bewertet über V8.0 und V9.0 - ohne Darstellung der Typologie K221 (214 Fälle)

Casemix Index nach Alter

Altersklasse	Anzahl Fälle	CMI V9.0	CMI V8.0	Delta V8.0/V9.0
0-16 Jahre	150'307	0.648	0.639	1.3%
Ab 17 Jahren	989'244	1.125	1.127	-0.1%

Datenbasis: 2017, SwissDRG Daten Anwendungsbereich, bewertet über V8.0 und V9.0

Deckungsgrad pro ausgewählte Gruppe mit hypothetischen Einheitsbasispreisen

	Anzahl Fälle	Anteil an Kalkulationsdaten	Deckungsgrad V9.0	Deckungsgrad V8.0	Veränderung V9.0/V8.0
Unispitäler K111	199'890	20.14%	94.08%	93.88%	+0.2%
selbständige Kinderspitäler	17'670	1.78%	97.85%	96.74%	+1.1%
nicht Unispitäler	792'408	79.86%	102.35%	102.43%	-0.1%
Inlier	846'365	85.29%	104.23%	104.44%	-0.2%
Low Outlier	72'447	7.30%	103.41%	105.92%	-2.4%
High Outlier	73'486	7.41%	81.26%	79.82%	+1.8%
Aufnahmeverlegte Patienten	38'444	3.87%	94.55%	93.51%	+1.1%
Aufnahmeverlegte Inlier-Patienten	31'565	3.18%	98.88%	97.77%	+1.1%
Kinder <16 Jahre ohne DRG P66D, P67D	65'551	6.61%	100.60%	99.71%	+0.9%

Hypothetische Baserate für Nullgewinne inkl. ANK V9.0: CHF 10'867

Hypothetische Baserate für Nullgewinne inkl. ANK V8.0: CHF 10'857

Datenbasis: 2017, Kalkulationsdaten, bewertet über V8.0 und V9.0

Prüfung Berechnung implizite 1-BT-DRG

Ausgangslage: Überdeckung der Low Outlier verringern

- Menge an Low Outlier wurde bereits durch Systemumbauten für V9.0 gesenkt

Grouper- version	Datenjahr	Anzahl Low Outlier
V9.0	2017	66'547
V8.0	2016	99'141

- mehr als 90% der Low Outlier stammen von impliziten 1-BT-DRG

 soll die Überdeckung der Low Outlier reduziert werden, so muss die Abschlagssetzung für die impliziten 1-BT-DRG angegangen werden

Prüfung Berechnung implizite 1-BT-DRG

Simulation:

1. Änderung der Definition einer «impliziten» 1-BT-DRG:

- Forderung nach einer unteren Grenzverweildauer von zwei Tagen bleibt bestehen
- Schwelle für die Mindestanzahl an Low Outlier-Fällen wird reduziert

Datenjahr	Art der Kalkulation	Anzahl implizite Low Outlier	Anteil implizite Low Outlier
2017	Ohne Anpassung	60'947	91.6%
	Mit Anpassung	61'531	92.5%

+584 Fälle
+20 DRG



Prüfung Berechnung implizite 1-BT-DRG

2. Änderung der Methodik

Bisher:

$$\text{Tagesabschlag} = \text{Mittelwert}(\text{Kosten der Inlier}) - \text{Mittelwert}(\text{Kosten der Low Outlier})$$



Angepasst:

$$\text{Tagesabschlag} = \text{Mittelwert}(\text{Kosten der Inlier}) - \text{Median}(\text{Kosten der Low Outlier})$$

Prüfung Berechnung implizite 1-BT-DRG

Resultate:

- Deckungsgrad der Low Outlier sinkt von 105.9% (Version 8.0) auf 103.4% (Version 9.0)
- Abbildungsgenauigkeit der Low Outlier wird gesamthaft erhöht

Entscheid:

- **alternative Berechnung für implizite 1-BT-DRG
wird für die Version 9.0 angenommen**



Kostenhomogenität R²

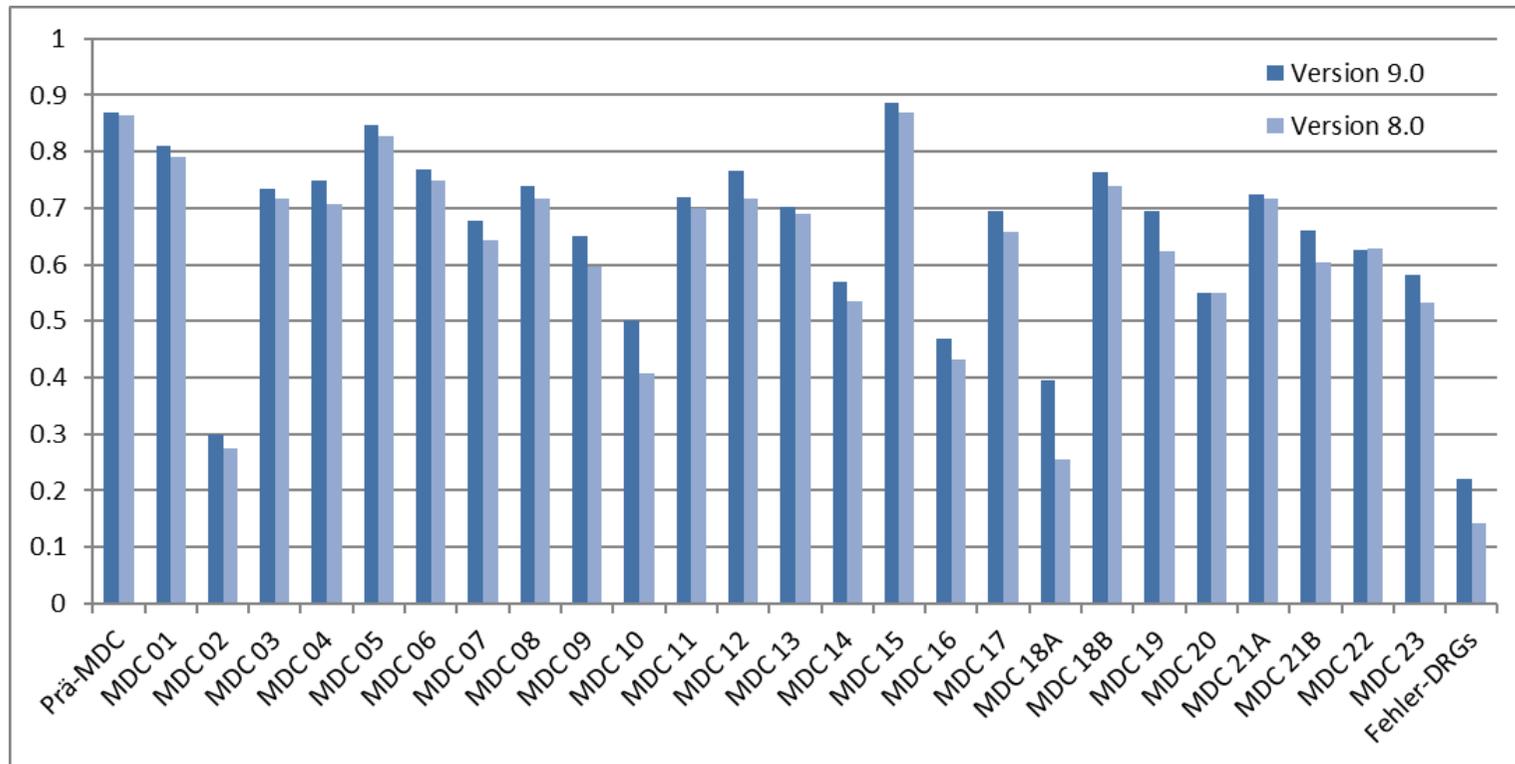
Version 9.0 im Vergleich zu den Vorversionen

Grouperversion	Datenjahr	Alle Fälle	Inlier (gemäss 9.0)
V9.0	2017	0.722	0.841
V8.0		0.714	0.828
V7.0		0.690	0.816

Datenbasis: 2017, Kalkulationsdaten

Kostenhomogenität R²

Version 9.0 im Vergleich zur Vorversion nach MDC



Datenbasis: 2017, Kalkulationsdaten, Inlier gemäss V9.0

Kostenhomogenität Interpretation R^2 pro MDC

Zusammenfassung:

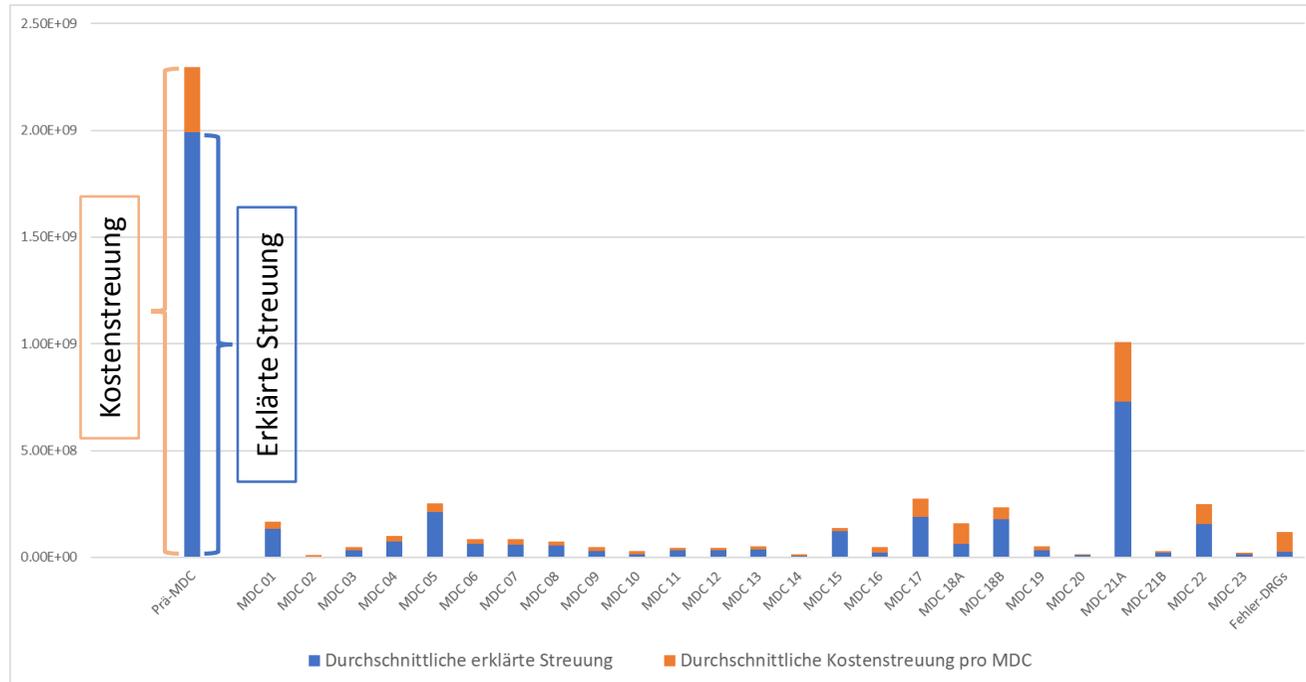
Kostenstreuung = $\underbrace{\text{Streuung zwischen den DRG}}_{\text{Erklärte Streuung (durch Gruppenbildung)}} + \underbrace{\text{Streuung innerhalb der DRG}}_{\text{Nicht erklärte Streuung}}$

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



Interpretation R^2 :
Anteil der Kostenstreuung, welche durch die zusätzliche
Gruppenbildung erklärt werden kann

Kostenhomogenität Interpretation R^2 pro MDC



- Teilweise bereits sehr geringe Streuung in der MDC vor Gruppenbildung
 ➔ Beschränktes Potential die Streuungen mittels zusätzlichen Gruppen erklären zu können

Datenbasis: 2017, Kalkulationsdaten, Inlier, V9.0

Kostenhomogenität Interpretation R^2 pro MDC

Fazit

- R^2 beschreibt die erklärte Streuung an der Gesamtstreuung
- R^2 -Werte pro MDC können nicht ohne weiteres verglichen werden
- Rückschlüsse auf die Systemgüte pro MDC aufgrund des R^2 pro MDC sind nicht zulässig
- Eine Betrachtung in Abhängigkeit der gesamten Streuung ist nötig

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