



Erweiterte SwissDRG-PAM nach Version 9.0

Stand: 24.07.2019

Inhaltsverzeichnis

A: Überleitung und Erweiterungen der SwissDRG-PAM nach Version 9.0	3
Überleitung von Version 8.0 auf Version 9.0	3
DRG-Zuordnung nach Version 9.0	3
B: Methodische Anpassungen Daten 2017	5
Fallabgrenzung	5
Kostenabgrenzung	7
Kalkulation	8
C: Bewertungsrelationen SwissDRG-PAM nach V9.0	9

A: Überleitung und Erweiterungen der SwissDRG-PAM nach Version 9.0

Überleitung von Version 8.0 auf Version 9.0

Damit eine Neu-Bewertung der ambulanten Pauschalen auf Version 9.0 und Daten 2017 stattfinden kann, wurde die in der «Machbarkeitsstudie Ambulante Pauschalen» vorgenommene DRG-Zuordnung (vgl. Kapitel 2.2) angepasst. Die vorgenommenen Änderungen für die Version 9.0, im Vergleich zur verwendeten Version 8.0 in der Machbarkeitsstudie, werden nachfolgend erläutert.

- Für die Kalkulation der Leistenhernien wird neu die DRG G09H herangezogen. Aufgrund der Weiterentwicklung innerhalb der Basis DRG G09 «Eingriffe bei Hernien» in der Version 9.0 zur Aufwertung von Narbenhernien und damit drei zusätzlichen DRGs gab es eine Verschiebung der Fälle von der G09E in die G09H. Die Bedingung «ein Belegungstag» für die neue DRG G09H entspricht der Bedingung für die DRG G09E Version 8.0.
- Für die Kalkulation der Eingriffe am Gebärmutterhals sowie die Hysteroskopien wird neu die DRG N09Z herangezogen. Die DRGs N09Z und N10Z wurden aufgrund von ähnlichen Fallkosten und ähnlicher Fallkonstellationen kondensiert, also Eingriffe an Gebärmutterhals sowie Hysterektomien in einer gemeinsamen DRG, der N09Z, zusammengefasst. Aus diesem Grund gelangen alle Fälle dieser beiden Fallgruppen neu in die DRG N09Z.
- Die für die Kalkulation relevanten Fälle gelangen mit der Version 9.0 neu in die DRG I18C. In der Basis DRG I18 wurde ein neuer Split für Ein-Belegungstagsfälle eingeführt.
- Zur Kalkulation der Eingriffe an Tonsillen und Adenoiden wird nur noch die Basis DRG D13 verwendet. Die Tonsillektomien und Adenoidektomien werden in der V9.0 in der Basis DRG D13 zusammengefasst.
- Neu wird die DRG B86Z für die Kalkulation der Angiographien genutzt, da diese in der medizinischen Partition der MDC 05 als Ein-Belegungstag-DRG implementiert wurde. Die relevanten Fälle der Angiokardiographie sind nun nicht mehr in der F75D abgebildet, sondern gelangen direkt in die DRG B86Z
- In der DRG N25Z ist der CHOP-Kode 68.16 «Geschlossene Biopsie am Uterus» nicht mehr gruppierungsrelevant. Aus diesem Grund wird bei der Kalkulation die Gruppierung nach Version 8.0 mit den Daten 2017 verwendet. Es werden lediglich Fälle zur Kalkulation verwendet, die ausschliesslich einmal den genannten Code aufweisen.

DRG-Zuordnung nach Version 9.0

Zusätzlich wurde die Liste der auf der Homepage publizierten SwissDRG-PAM (KLV des EDI) um mögliche ambulante Pauschalen ergänzt. Grundlage dafür waren Listen der ambulant durchzuführenden Untersuchungen und Behandlungen einzelner Kantone sowie weitere Verfahren, die nach Einschätzung der SwissDRG AG ein ambulantes Potential bilden.

Es ergibt sich, analog zur Tabelle in Kapitel 2.2 im Bericht, eine DRG-Zuordnung für die Version 9.0:

Gruppe	Bezeichnung	DRG V9.0
A1	Einseitige Krampfaderoperationen der unteren Extremität	Varizen F39C
B1	Eingriffe an Hämorrhoiden	Hämorrhoiden G26A (<16J)
B2		G26B (>15J)
C1	Einseitige Leistenhernienoperationen	Leistenhernien G09H
D1	Untersuchungen/Eingriffe am Gebärmutterhals u.	Hysteroskopie N09Z
D2	Gebärmutterhals oder an der	Curettage O40Z
D3	Gebärmutter	Biopsie am Uterus N25Z *
E1	Kniearthroskopien inkl. Eingriffe am Meniskus	Kniearthroskopien I18C
F1	Eingriffe an Tonsillen und Adenoiden	Tonsillen und Adenoiden D13A (<16J)
F2		D13B (>15J)
G1	Katarakt	Intra- od. extrakapsuläre Exzision C08A (beidseitig)
G2		C08B (einseitig)
G3		Sonstige Exzision C20Z
H1	Herzkatheter/ Angiokardiographie	Herzkatheter/ Angiokardiographie ohne Vv. cavae F49F
H2		Angiokardiographie der Vv. cavae F86Z
I1	Fuss- und Handchirurgie	Dekompression bei Karpal- oder Tarsaltunnelsyndrom B05Z
I2		Handchirurgie I32D
I3		Fusschirurgie I20H
J1	Extrakorporelle Stosswellen-Lithotripsie (ESWL)	Extrakorporelle Stosswellen-Lithotripsie L70A (<16J)
J2		L70B (>15J)
K1	Herzschrittmacher	Herzschrittmacher mit einer Einkammer-Stimulation/Ereignisrekorder F12F
K2		Herzschrittmacher mit einer Zweikammer-Stimulation F12E
K3		Resynchronisationsherzschrittmacher (CRT-P) F12C
K4		Entfernung Ereignisrekorder F18B
L1	Osteosynthesematerialentfernungen	Osteosynthesematerialentfernungen I23A (<12J)
L2		I23C (>11J)
M1	Schlafapnoesyndrom oder kardiopulmonale Polysomnographie	Schlafapnoesyndrom oder kardiopulmonale Polysomnographie E63A (<16J)
M2		E63B (>15J)
N1	Photopherese und Apherese	Photopherese und Apherese A91Z
O1	Strahlentherapie	Strahlentherapie D20Z/H16Z/N16Z
P1	Angioplastik oder Atherektomie	Angioplastik oder Atherektomie an sonstigen Nicht-Herzkranzgefäss(en) F59G
Q1	Offene Biopsie an der Mamma	Offene Biopsie an der Mamma J25Z
R1	Zirkumzision	Zirkumzision M05Z

B: Methodische Anpassungen Daten 2017

Die Methodik für die Kalkulation der SwissDRG-PAM nach Version 9.0 orientiert sich an derjenigen Methodik, welche in der Machbarkeitsstudie¹ verwendet wurde. Aufgrund des stärker ausdifferenzierten Kostenformats ab Daten 2017 wurde diese Methodik überarbeitet und ergänzt.

Fallabgrenzung

Zur Kalkulation werden Daten des Jahres 2017 herangezogen. Als Grundlage dienen diejenigen Fälle des Jahres 2017, welche auch zur Systementwicklung der SwissDRG-Version 9.0 verwendet wurden. Für diese Menge konnte die SwissDRG AG die nötigen Bereinigungs-schritte durchführen (Bereinigung Kosten für Lehre und Forschung, zusätzliche Kosten für private oder halbprivate Fälle, Kosten für Zusatzentgelte). Auch überstehen diese Fälle die Plausibilisierungsprüfung und können so gesamthaft als plausible Fälle bezeichnet werden.

Die Menge der plausiblen Fälle, gruppiert nach Version 9.0, dient als Grundlage. Aufgrund von Änderungen in der Grouper-Logik, wird für die Selektion der Fallmenge der DRG N25Z die Gruppierung nach Version 8.0 verwendet. Wie schon in der Machbarkeitsstudie werden folgende Abgrenzungen vorgenommen:

- Nur Fälle von zu kalkulierenden DRG
- Nur Fälle mit Aufenthaltsdauern von einem Tag
- Ohne Verlegte oder verstorbene Fälle
- Ohne Fälle mit Kosten für Intensiv- und Intermediate Care-Station (Die Kostenkomponente v21 „IPS und Intermediate Care (IC)“ wird im neuen Kostenformat gesplittet in v230 „Intensivpflege (IPS), Gemeinkosten exkl. ANK“ und v240 „Anerkannte Intermediate Care Stellen (IMCU), Gemeinkosten exkl. ANK“)
- Ohne Fälle mit Kosten für Zusatzentgelte

Zusätzlich zu diesen Abgrenzungen werden für die Version der SwissDRG-PAM 9.0 folgende Fallabgrenzungen durchgeführt:

- Ohne Fälle mit erfassten Gebärsaalkosten (v270 „Gebärsaal, Gemeinkosten exkl. ANK“)
- Ohne Fälle, welche als Notfall aufgenommen wurden

Es verbleiben somit zur Kalkulation 35'948 Fälle, welche sich wie folgt auf die DRG verteilen:

¹ http://www.swissdrg.org/download_file/view/2147, abgerufen am 24.07.2019

	DRG	Kalkulationsfälle SwissDRG-PAM
A1	F39C	1311
B1	G26A	112
B2	G26B	1185
C1	G09H	4743
D1	N09Z	2896
D2	O40Z	820
D3	N25Z	68
E1	I18C	6752
F1	D13A	1436
F2	D13B	320
G1	C08A	42
G2	C08B	493
G3	C20Z	202
H1	F49F	3690
H2	F86Z	558
I1	B05Z	192
I2	I32D	2235
I3	I20H	1309
J1	L70A	87
J2	L70B	1823
K1	F12F	95
K2	F12E	300
K3	F12C	32
K4	F18B	39
L1	I23A	32
L2	I23C	3597
M1	E63A	22
M2	E63B	374
N1	A91Z	459
O1	D20Z/H16Z/N16Z	30
P1	F59G	308
Q1	J25Z	145
R1	M05Z	241
	Total	35'948

Kostenabgrenzung

In der Erhebung 2018 der Kostendaten 2017 wurde nur noch das neuere und ausdifferenziertere Kostenformat zugelassen. Die Kostenkomponenten und die dazugehörigen H+-Kontenrahmen können in der Erhebungsdokumentation 2018 eingesehen werden².

Im stationären Setting ergeben sich die Gesamtkosten pro Fall durch Summation der einzelnen Kostenkomponenten. Falls Kosten für universitäre Lehre und Forschung in diesen Fallkosten enthalten sind, werden diese in Abzug gebracht. Auch zusätzliche Kosten für private oder halbprivate Fälle werden in der Datenbereinigung herausgerechnet. Schlussendlich werden Kosten für allfällige Zusatzentgelte von den Gesamtkosten abgezogen und Anlagenutzungskosten aufsummiert. So ergeben sich bereinigte Gesamtkosten.

Die Leistungen im stationären Bereich generieren jedoch Kosten, welche im ambulanten Bereich nicht anfallen. Die Kosten der folgenden Kostenkomponenten wurden für die Berechnung der ambulanten Tarife verwendet:

Einzelkosten		H+ Kontenrahmen
v101	Arzneimittel	400
v103	Medizinisches Material	401
v104	Implantate	401
v105	Medizinische, diagnostische und therapeutische Fremdleistungen (exkl. Arzthonorare)	405
v106	Arzthonoraraufwand, (nicht sozialversicherungspflichtig)	405
v107	Arzthonoraraufwand, Spitalärzte (sozialversicherungspflichtig)	380
v108	Arzthonoraraufwand, Belegärzte (sozialversicherungspflichtig)	381

Gemeinkosten		Muss-Kostenstelle REKOLE®
v210	OP Saal, Gemeinkosten exkl. ANK	(20)
v211	OP Saal, ANK	(20)
v212	Ärztschaften des OP-Saals - Aktivitäten 6a, Gemeinkosten exkl. ANK	(31)
v213	Ärztschaften des OP-Saals - Aktivitäten 6a, ANK	(31)
v220	Anästhesie, Gemeinkosten exkl. ANK	(23)
v221	Anästhesie, ANK	(23)
v260	Bildgebende Verfahren, Gemeinkosten exkl. ANK	(26)
v261	Bildgebende Verfahren, ANK	(26)
v280	Nuklearmedizin und Radioonkologie, Gemeinkosten exkl. ANK	(28)
v281	Nuklearmedizin und Radioonkologie, ANK	(28)
v290	Labor, Gemeinkosten exkl. ANK	(29)
v291	Labor, ANK	(29)

² https://www.swissdr.org/download_file/view/1768, abgerufen am 24.07.2019

v360	Medizinische und therapeutische Diagnostik, Gemeinkosten exkl. ANK	(36)
v361	Medizinische und therapeutische Diagnostik, ANK	(36)
v362	Ärztschaften der medizinischen und therapeutischen Diagnostik - Aktivitäten 6bs, Gemeinkosten exkl. ANK	(31)
v363	Ärztschaften der medizinischen und therapeutischen Diagnostik - Aktivitäten 6bs, ANK	(31)
v420	Pathologie, Gemeinkosten exkl. ANK	(45)
v421	Pathologie, ANK	(45)

Die ambulanten Gesamtkosten pro Fall i lassen sich durch Summation obenstehender Kostenkomponenten und mittels Abzug für den zusätzlichen geschätzten Arzthonoraraufwand der privaten und halbprivaten Liegeklasse-Patienten (\widehat{hon}_i) und der Kosten für Lehre und Forschung (LuF_i) folgendermassen berechnen (Abzug gemäss Berechnungsmethode SwissDRG):

$$Kosten_i = v101_i + \dots + v421_i - \widehat{hon}_i - LuF_i$$

Die geschätzten Kosten für den zusätzlichen Arzthonoraraufwand werden in gleicher Weise ermittelt, wie in der Bereinigung der Daten für die Tarifstruktur SwissDRG.

Die Anlagenutzungskosten werden in den Daten 2017 differenziert ausgewiesen. Im Vergleich zur vorgestellten Methodik in der Machbarkeitsstudie (Daten 2016) muss deshalb keine Schätzung der Anlagenutzungskosten mehr vorgenommen werden.

Kalkulation

Nach vorgängiger Fall- und Kostenabgrenzung, sowie Gruppierung der Fälle nach SwissDRG Version 9.0, kann die effektive Kalkulation durchgeführt werden. Die Kostengewichte der ambulanten Pauschalen werden in vergleichbarer Weise berechnet, wie dies auch für explizite Ein-Belegungstag-DRG der Fall ist:

$$CW_j = \frac{mGK_j}{BG_{9.0}}$$

Wobei mGK_j den durchschnittlichen Fallkosten (inklusive ANK) der DRG j entspricht und $BG_{9.0}$ die Bezugsgrösse angibt, welche für die Version 9.0 10'428 CHF beträgt.

C: Bewertungsrelationen SwissDRG-PAM nach V9.0

Die ambulanten Pauschalen werden in Spalte 4 dargestellt (Kostengewicht SwissDRG-PAM nach Version 9.0).

		DRG	Kostengewicht
A1	Varizen	F39C	0.387
B1	Hämorrhoiden (<16 Jahre)	G26A	0.3
B2	Hämorrhoiden (>15 Jahre)	G26B	0.24
C1	Leistenhernien	G09H	0.37
D1	Gebärmutterhals u. Hysteroskopie	N09Z	0.247
D2	Gebärmutter: Curettage	O40Z	0.169
D3	Biopsie am Uterus	N25Z	0.298
E1	Kniearthroskopien	I18C	0.279
F1	Tonsillen und Adenoiden (<16 Jahre)	D13A	0.24
F2	Tonsillen und Adenoiden (>15 Jahre)	D13B	0.211
G1	Katarakt: Intra- od. extrakapsuläre Exzision (beidseitig)	C08A	0.432
G2	Katarakt: Intra- od. extrakapsuläre Exzision (einseitig)	C08B	0.254
G3	Katarakt: Sonstige Exzision	C20Z	0.41
H1	Herzkatheter/ Angiokardiographie ohne Vv. cavae	F49F	0.291
H2	Angiokardiographie der Vv. cavae	F86Z	0.144
I1	Dekompression bei Karpal- oder Tarsaltunnelsyndrom	B05Z	0.19
I2	Handchirurgie	I32D	0.394
I3	Fusschirurgie	I20H	0.314
J1	Extrakorporelle Stosswellen-Lithotripsie (<16 Jahre)	L70A	0.212
J2	Extrakorporelle Stosswellen-Lithotripsie (>15 Jahre)	L70B	0.166
K1	Herzschrittmacher mit einer Ein-Kammer-Stimulation/Ereignisrekorder	F12F	0.972
K2	Herzschrittmacher mit einer Zwei-Kammer-Stimulation	F12E	1.212
K3	Resynchronisationsherzschrittmacher (CRT-P)	F12C	1.888
K4	Herzschrittmacher: Entfernung Ereignisrekorder	F18B	0.457
L1	Osteosynthesematerialentfernungen (<12 Jahre)	I23A	0.392
L2	Osteosynthesematerialentfernungen (>11 Jahre)	I23C	0.279
M1	Schlafapnoesyndrom oder kardiorespiratorische Polysomnographie (<16 Jahre)	E63A	0.079
M2	Schlafapnoesyndrom oder kardiorespiratorische Polysomnographie (>15 Jahre)	E63B	0.065
N1	Photopherese und Apherese	A91Z	0.318
O1	Strahlentherapie	D20Z/H16Z/N16Z	0.162
P1	Angioplastik oder Atherektomie an sonstigen Nicht-Herzkranzgefäss(en)	F59G	0.444
Q1	Offene Biopsie an der Mamma	J25Z	0.343
R1	Zirkumzision	M05Z	0.243