



# **Systempräsentation**

## **Verwaltungsrat der SwissDRG AG**

**SwissDRG - Version 12.0 / 2023**

**28. April 2022**

---

# Zeitachse Tarifstruktur



# SwissDRG – Version 12.0 / 2023

1. **Datengrundlagen**
2. Grupperweiterentwicklung
3. Kalkulationsmethodik
4. Ergebnisse

# Anzahl Spitäler

Datenjahr	2019	2018	2017
Netzwerkspitäler	141	131	117
Gesamtspitäler	182	176	177

- Gesamtlöschung von 6 Spitälern, 3 ohne Lieferung 2018
- Daten von 135 Spitälern zur Systementwicklung verwendet (127 im Vorjahr)

# Gelieferte Fälle

Datenjahr	2019	2018	2017
<b>Tarifstruktur</b>	<b>SwissDRG V11.0/V12.0</b>	<b>SwissDRG V10.0</b>	<b>SwissDRG V9.0</b>
Daten NWS	<b>1'182'252</b>	1'172'590	1'139'777
Gesamtdaten	<b>1'278'953</b>	1'278'241	1'275'168
Stichprobe	<b>92.44 %</b>	91.73 %	89.38 %

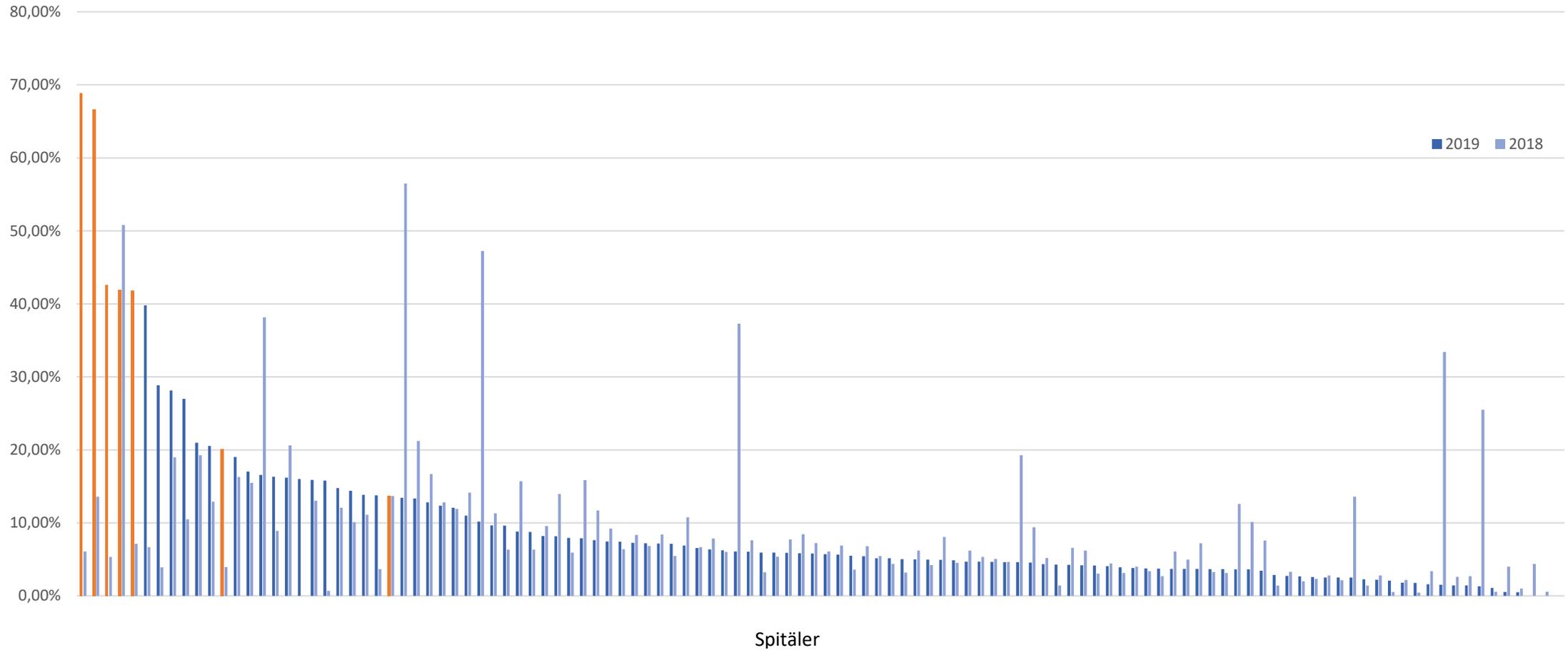
# Übersicht Datenerosion

Gesamtdaten	SwissDRG Erhebung	
1'279'234	1'190'448	gelieferte Fälle
↓	↓	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Psychiatrie / Rehabilitation</li> <li>- Ambulante Fälle</li> <li>- Austritt ausserhalb der Erhebungsperiode</li> </ul>
1'278'953	1'182'252	Fälle im Anwendungsbereich (inkl. Geburtshäuser)
	↓	<ul style="list-style-type: none"> <li>- nicht verwendbare, private Fälle</li> <li>- Fälle ohne Vollkosten</li> </ul>
	1'156'681	Datensatz vor Plausibilisierung
	↓	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Plausibilisierung der Fälle (inkl. Gesamtlöschung von 6 Spitälern)</li> </ul>
	1'070'953	Plausible Fälle 2019 (Kalkulationsdaten)
		<ul style="list-style-type: none"> <li>+ 940 Fälle aus Daten 2018</li> <li>+ 122 Fälle aus Daten 2017</li> </ul>

} Systementwicklung

# Anteil der unplausiblen Fälle pro Jahr

Anteil unplausible Fälle pro Spital



*Datenbasis: 2018/2019, SwissDRG Daten Anwendungsbereich*

# Lieferumfang (Anzahl Spitäler)

## Medikamente / Implantate / teure Verfahren

	V12.0			V11.0	V10.0
Datenjahr	2020	2020 Uni- spitäler	2020 Kinder- spitäler	2019	2018
<b>Teure Medikamente in der medizinischen Statistik</b>					
	<b>105</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	94	99
Detailerhebung, Angabe von Kosten...					
... teurer Medikamente	<b>65</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	61	62
... teurer Implantate	<b>47</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	48	51
- davon inkl. Kunstherzen	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	5	5
... teurer Verfahren / Blutprodukte	<b>40</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	40	37

# Anlagenutzungskosten

- Daten von 135 Spitälern zur Systementwicklung verwendet
- Grundlage zur Ermittlung der Anlagenutzungskosten:

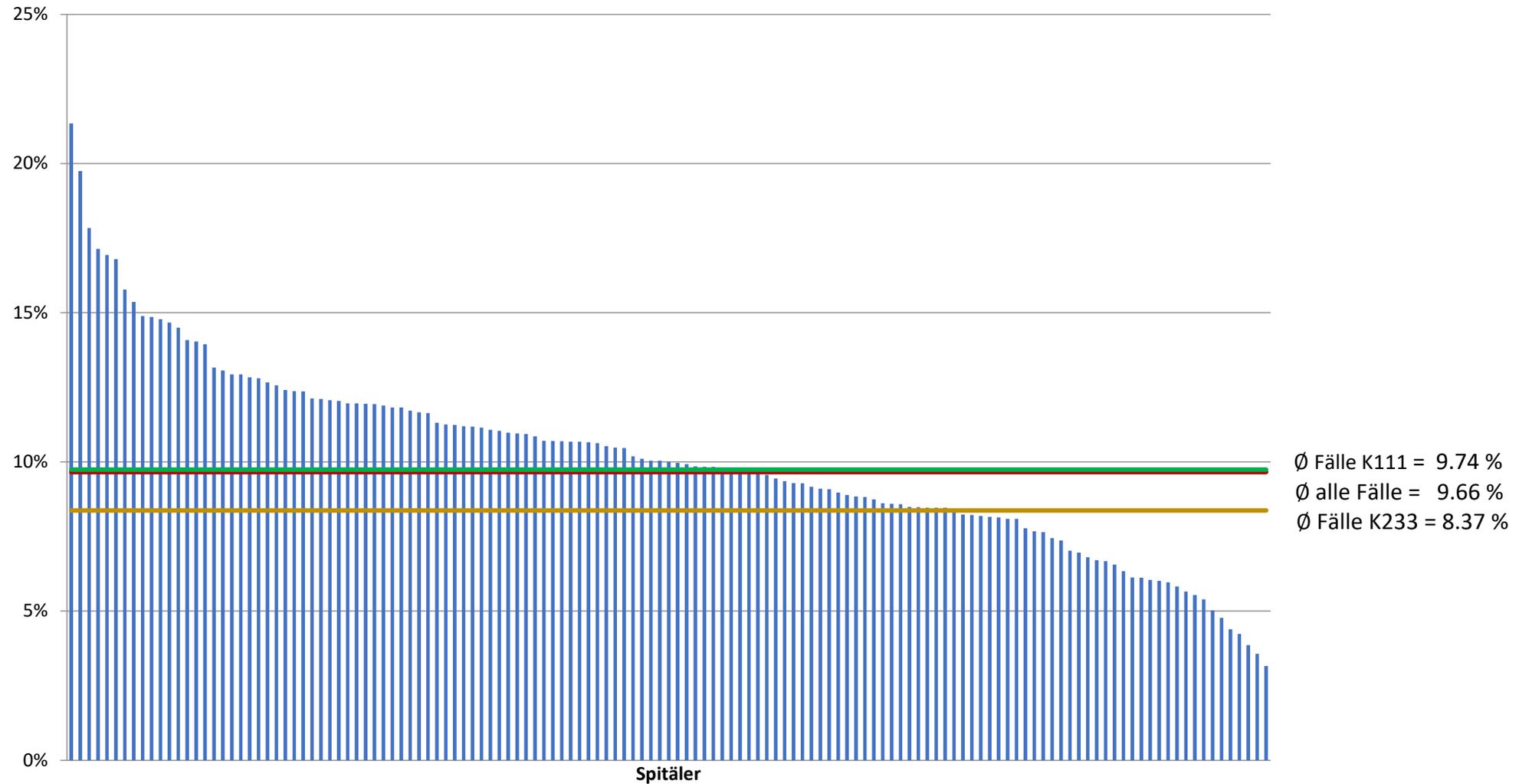
Kostenträgerrechnung REKOLE®	133
andere betriebswirtschaftliche Kostenträgermethode	2

# Anteil der Anlagenutzungskosten

	Mittlerer ANK-Anteil an den Gesamtkosten
Alle Fälle	9.66 %
Unispitäler (K111)	9.74 %
Selbstständige Kinderspitäler (K233)	8.37 %

*Datenbasis: 2019, Kalkulationsdaten*

# Anteil der Anlagenutzungskosten



*Datenbasis: 2019, Kalkulationsdaten*

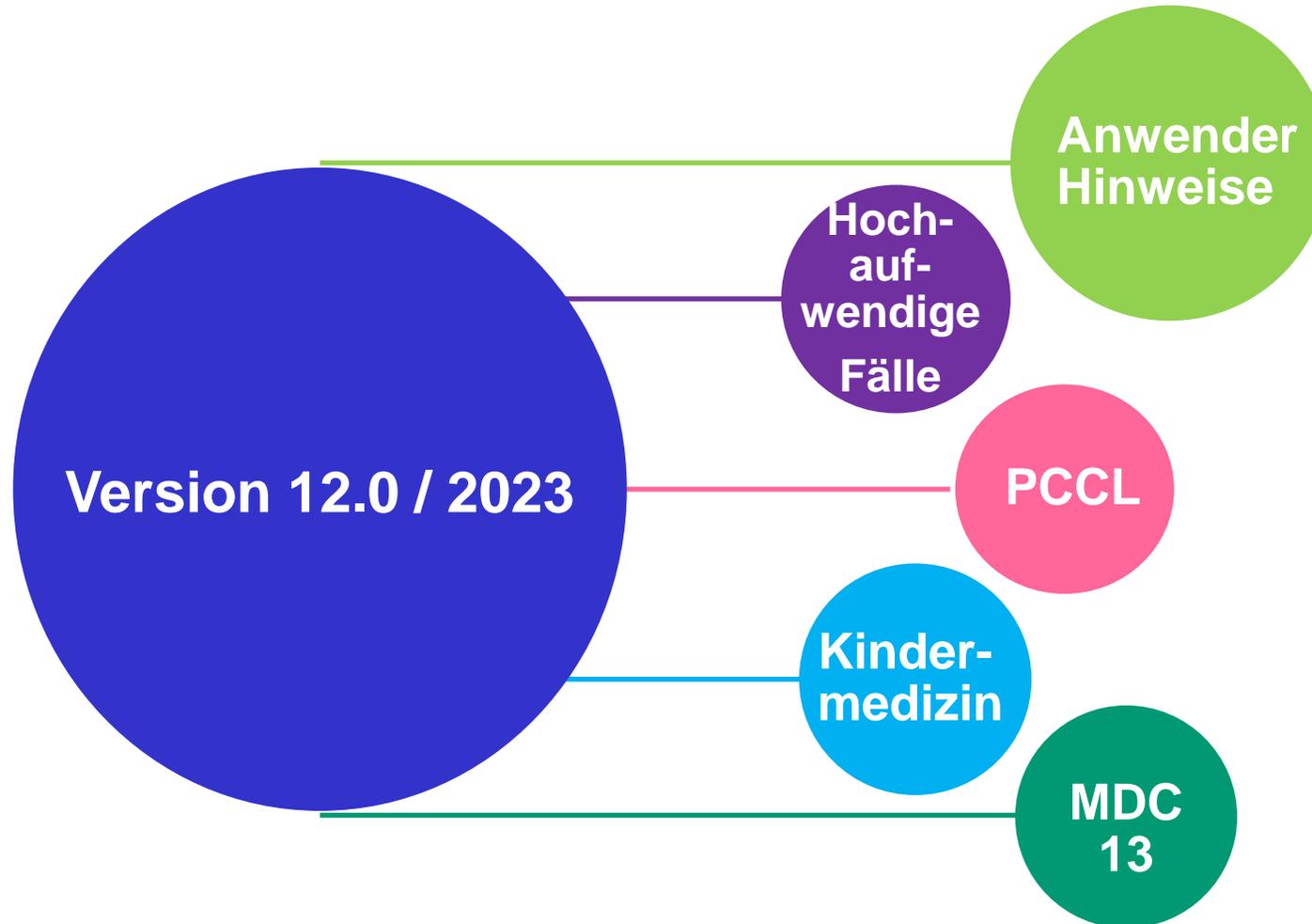
# SwissDRG Tarifstruktur 12.0 / 2023

- Entwicklung der SwissDRG Version 12.0 auf Daten 2019
- Verwendung der Detailerhebung 2020 für ZE Entwicklung
- keine erneute Prüfung von Anträgen, die bereits für SwissDRG Version 11.0 eingereicht wurden
- keine Bearbeitung von Anträgen mit Bezug auf erstmals mit Daten 2020 erfassbare Leistungen

# SwissDRG – Version 12.0 / 2023

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

# Entwicklungsschwerpunkte



# MDC übergreifende Umbauten

## Intensivmedizin und Intermediate Care

### Antrag:

- Ausbau der «*step down*» / «*step up*» Logik für IntK und IMCK Aufwandspunkte in Kombination für MDCs 01, 04, 06 und 21A

### Vorgehen:

- MDC übergreifende Analyse
- Identifizierung von Fällen mit niedrigen Aufwandspunkten sowohl für IntK als auch IMCK
- 4 MDCs betroffen

# MDC übergreifende Umbauten

## Intensivmedizin und Intermediate Care

### Umbau:

- DRG B36B: IntK >196/360 Pkt. und IMCK NG/Ki/Erw. >196/828 Pkt.
- Basis DRG E90: IntK >196/119 Pkt. und IMCK NG/Ki/Erw. >196/119 Pkt.
- Basis DRG G37: IntK > 184 Pkt. und IMCK Erw. >184 Pkt.
- DRG P02A: IntK NG/Ki >392 Pkt. und IMCK NG/Ki >588 Pkt.

# MDC übergreifende Umbauten

## Isolation / MRE

### Antrag:

- MDC übergreifende Prüfung aller Isolationsarten mit CHOP Kode 99.84.- «*Isolierung*»
- Aufnahme weiterer Isolationsarten CHOP Kodegruppe 99.84.- «*Isolierung*» in Basis DRG E77 «*Andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane*»

### Analysen:

- weitere Isolationsarten als Kostentrenner nicht geeignet
- bestimmte Fälle mit multiresistenten Keimen zum Teil untervergütet

# MDC übergreifende Umbauten

## Isolation / MRE

### Umbau I:

- Aufnahme CHOP Codes 93.59.51 «*Komplexbehandlung bei Besiedlung oder Infektion mit multiresistenten Erregern, mindestens 7 bis 13 BHT*» in DRG T60C «*Sepsis mit komplizierender Prozedur oder Zustand nach Organtransplantation oder....* »
- Aufnahme CHOP Codes 93.59.52 - 53 «*Komplexbehandlung bei Besiedlung oder Infektion mit multiresistenten Erregern, ab 14 BHT*» in DRG T60A
- ICD Codes U80 - U85 «*Infektionserreger mit Resistenzen gegen bestimmte Antibiotika oder Chemotherapeutika*» in CC- Matrix aufgewertet

# MDC übergreifende Umbauten

## Isolation / MRE

### Umbau II:

- neue DRG A07B «*Beatmung > 499 Stunden mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma oder komplexer Vakuumbehandlung, mit schwersten CC*» mit PCCL > 5
- neue DRG T36A «*Infektiöse und parasitäre Krankheiten mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 980/1104 Aufwandspunkte oder komplexe OR-Prozedur, und schwersten CC*» mit PCCL > 5
- neue DRG T64A «*Andere infektiöse und parasitäre Krankheiten mit äusserst schweren CC, mehr als ein Belegungstag*» mit PCCL > 3
- Logikerweiterung für DRGs A15A; E36C; F36A und W36Z mit PCCL > 5

# MDC übergreifende Umbauten

## Globale Funktion

### Analyse:

- Tabelle mit OR Codes «*Débridement, nach Lokalisation*» in globaler Funktion  
«*Vakuumbehandlung*» unvollständig

### Umbau:

- Aufnahme weiterer CHOP Codes 77.67.20 «*Débridement an Tibia*»; 77.67.21  
«*Débridement an Fibula*»
  - aber, Fälle mit CHOP Kode 77.66.20 «*Débridement an der Patella*» mit deutlich  
geringerem Ressourcenverbrauch
- keine Aufnahme

# MDC übergreifende Umbauten

## Globale Funktion

### Analyse:

- in Tabelle «komplexe OR Prozeduren» best. viszeralchir. Eingriffe nicht enthalten  
Prüfung auf Relevanz

### Umbau:

- Aufnahme weiterer CHOP Codes
  - 44.31.1- «Proximaler Magenbypass,...»
  - 44.31.4- «Roux-en-Y-Magenbypass,...»
  - 45.97.1- «Neuanlage einer Fusspunktanastomose am Dünndarm,....»

→ sachgerechte Abbildung

# MDC übergreifende Umbauten

## Ein-Belegungstag

### Antrag:

- Ein-Belegungstag DRGs über alle MDCs teilweise kosteninhomogen
- Anpassung der DRG Logik, Etablierung weiterer Splits

### Analysen:

- kein Anhalt auf systematische Untervergütung
- teilweise zu geringe Fallzahlen für einen Split
- Kosten in Spitälern sehr heterogen
- lediglich punktuelle Abbildungsschwächen erkennbar

# MDC übergreifende Umbauten

## Ein-Belegungstag

### Umbau:

- Split Basis DRG G86 mit HD «*Perianalabszess*» in DRG G86A «*Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane und komplizierende Diagnose, ein Belegungstag*»
- Split Basis DRG N86 mit HD «*Entzündliche Krankheit der Vagina und Vulva*» in DRG N86A «*Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane und komplizierende Diagnose, ein Belegungstag*»
- Split Basis DRG T86 mit HD «*Sepsis*» in DRG T86A «*Infektiöse und parasitäre Krankheiten mit Sepsis und verlegt, ein Belegungstag*»
- Split Basis DRG Z86 mit ND «*Zustand nach Organtransplantation*» in DRG Z86A «*Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und andere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens und Zustand nach Organtransplantation, ein Belegungstag*»

# Prä-MDC

## Lebertransplantation

### Anträge:

- Differenzierung der Spenderorgane nach DCD (donation after circulatory death) oder DBD (donation after brain death) innerhalb Basis DRG A01
- DCD Spenden gelten per se als marginale Organe, deshalb aufwendiger

### Analyse:

- Fälle nicht identifizierbar – kein ICD / CHOP Kode zur Differenzierung

### Umbau:

- aber Fälle mit Notwendigkeit einer Dialyse mit höherem Ressourcenverbrauch  
→ Erweiterung der Splitbedingung in DRG A01A «or Dialyse»

# Prä-MDC

## Nierentransplantation

### Anträge:

- Prüfung der Basis DRG A17 - Aufwertung von Fällen mit einer «*verzögerten Funktionsaufnahme des Transplantats*»

### Umbau:

- neue Tabelle in Split für DRG A17A mit ICD Codes
  - T86.10 «*Akute Funktionsverschlechterung eines Nierentransplantates*»
  - T86.11 «*Chronische Funktionsverschlechterung eines Nierentransplantates*»
  - T86.12 «*Verzögerte Aufnahme der Transplantatfunktion*»

→ aufwandsgerechte Vergütung dieser Fälle

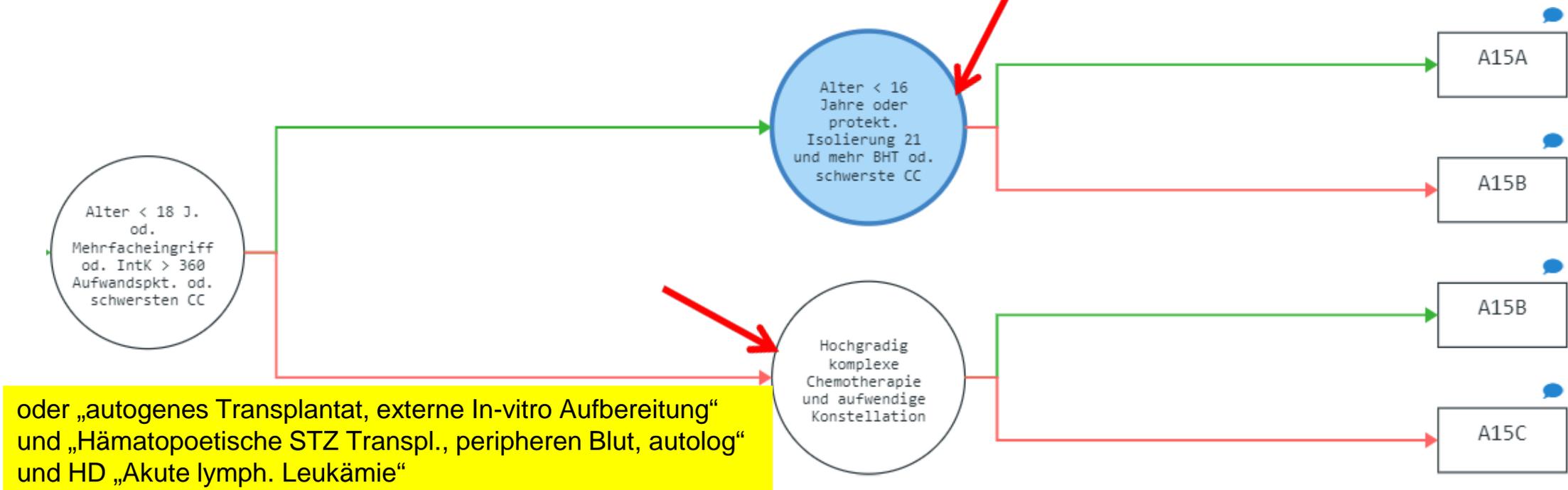
# Prä-MDC

## KM / STZ Transplantation autolog

### Hinweis:

- neuer Split in Basis DRG A15
- Erweiterung Splitbedingung für DRG A15B

Alter < 16 Jahre,  
PCCL > 5,  
protektive Isolierung speziellen Zimmer, ab 21 BHT

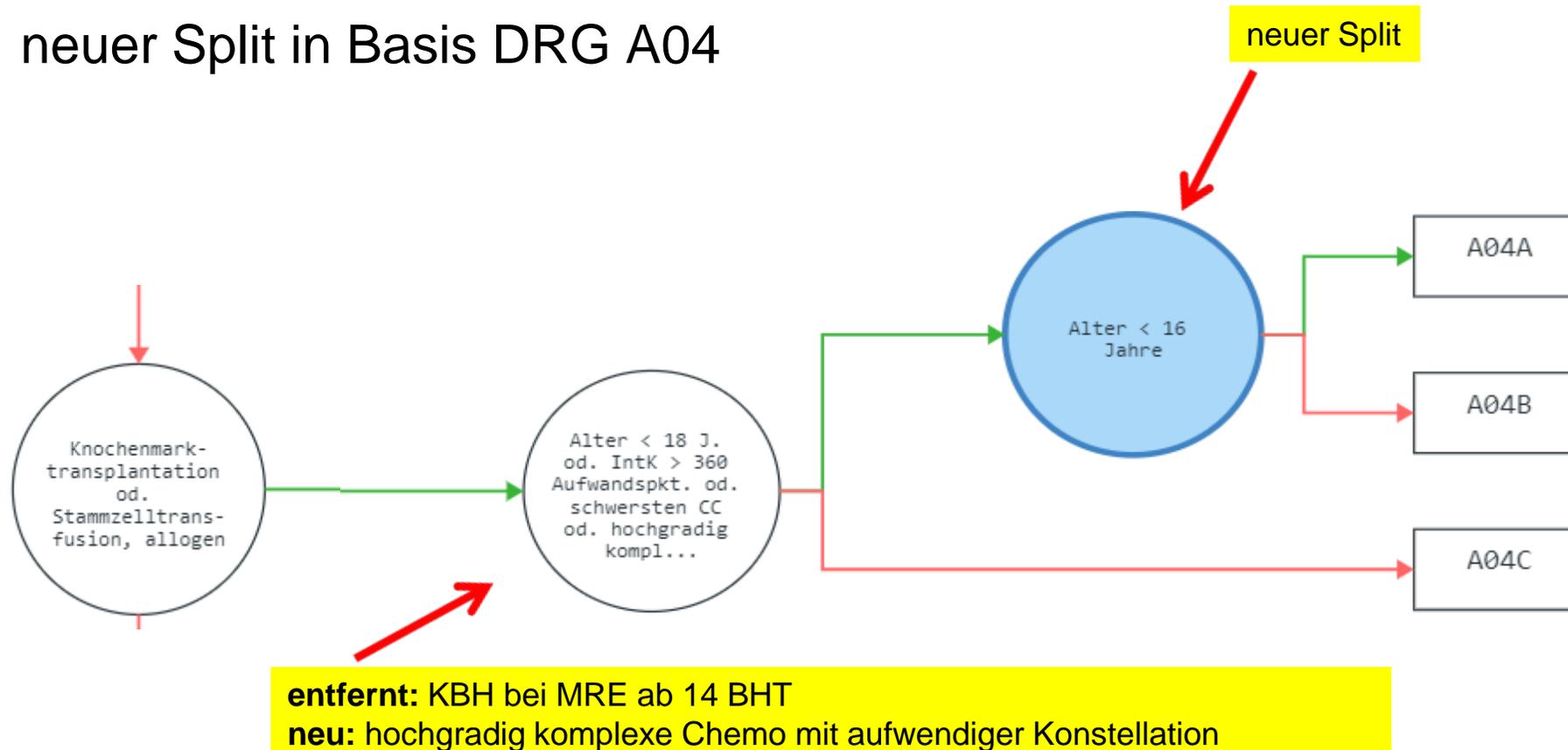


# Prä-MDC

## KM / STZ Transplantation allogene

### Hinweis:

- Überprüfung Splitbedingung für DRG A04B
- neuer Split in Basis DRG A04



# Prä-MDC

## Strahlentherapie

### Problem:

- DRG Splitbedingung nach ZE Bereinigung nicht mehr kostentrennend

### Umbau:

- DRG A93C und B kondensiert → A93B «*Strahlentherapie, mehr als 19 Bestrahlungen oder äusserst schweren CC*»
- Aufnahme Splitkriterium «*PCCL > 3*» in A93B
- DRG A93D entfernt

# Prä-MDC

## Palliativmedizinische Komplexbehandlung

### Antrag:

- Fälle mit palliativmed. KBH ab 7 BHT in Basis DRG A97 nicht sachgerecht abgebildet

### Umbau:

- Logik «KORP / kompliz. Proz.» in Verbindung mit palliativmed. KBH reduziert auf «ab 7 BHT» oder «ADRG A93» für DRG A97B

→ sachgerechte Abbildung

→ gleichzeitig Aufwertung der Fälle mit mehr als 8 Bestrahlungen

# Prä-MDC

## Palliativmedizinische Komplexbehandlung

### Antrag:

- Fälle mit «*palliativmedizinischer Komplexbehandlung*» und «*Schmerztherapie*» in Basis DRG A97 untervergütet

### Analyse:

- Fälle mit «*multimodaler Schmerztherapie*» zeigen keine Untervergütung
- Fälle mit «*komplexen Akutschmerzbehandlung ab 14 und mehr Behandlungstage*» sind nicht sachgerecht abgebildet

### Umbau:

- Aufwertung dieser Fälle in DRG A97A

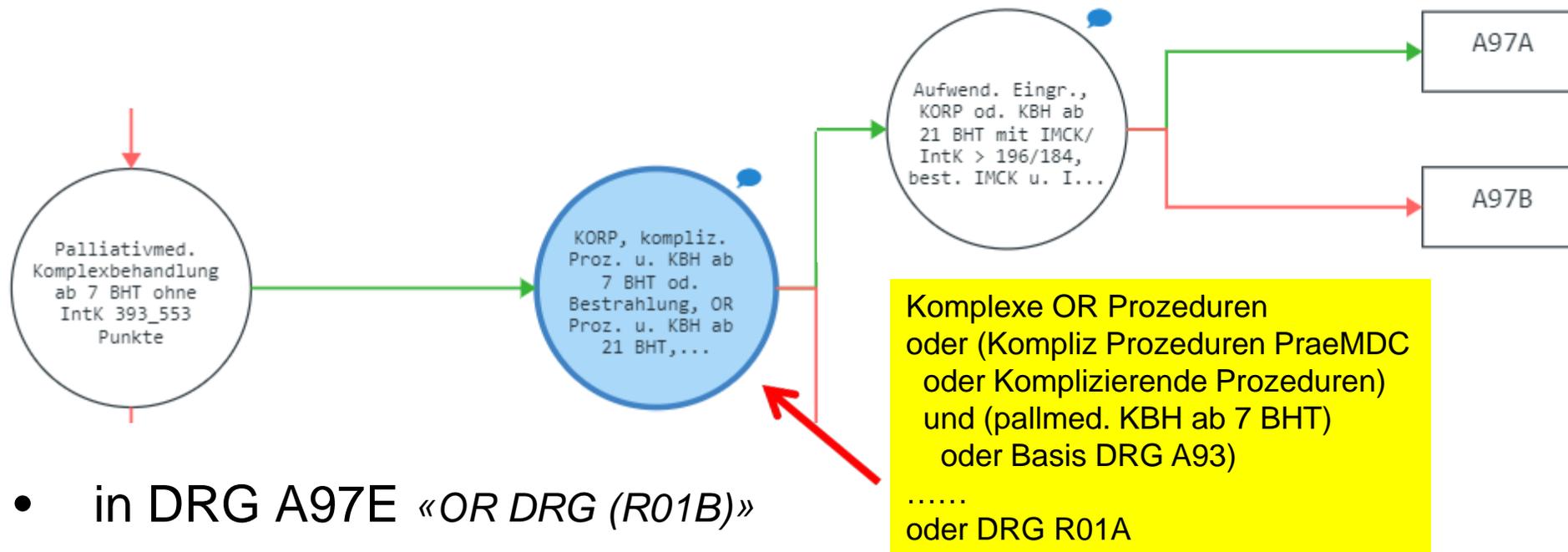
# Prä-MDC

## Palliativmedizinische Komplexbehandlung

### Antrag:

- Fälle mit operativem Eingriff aus der MDC 17 nicht sachgerecht abgebildet

### Umbau:



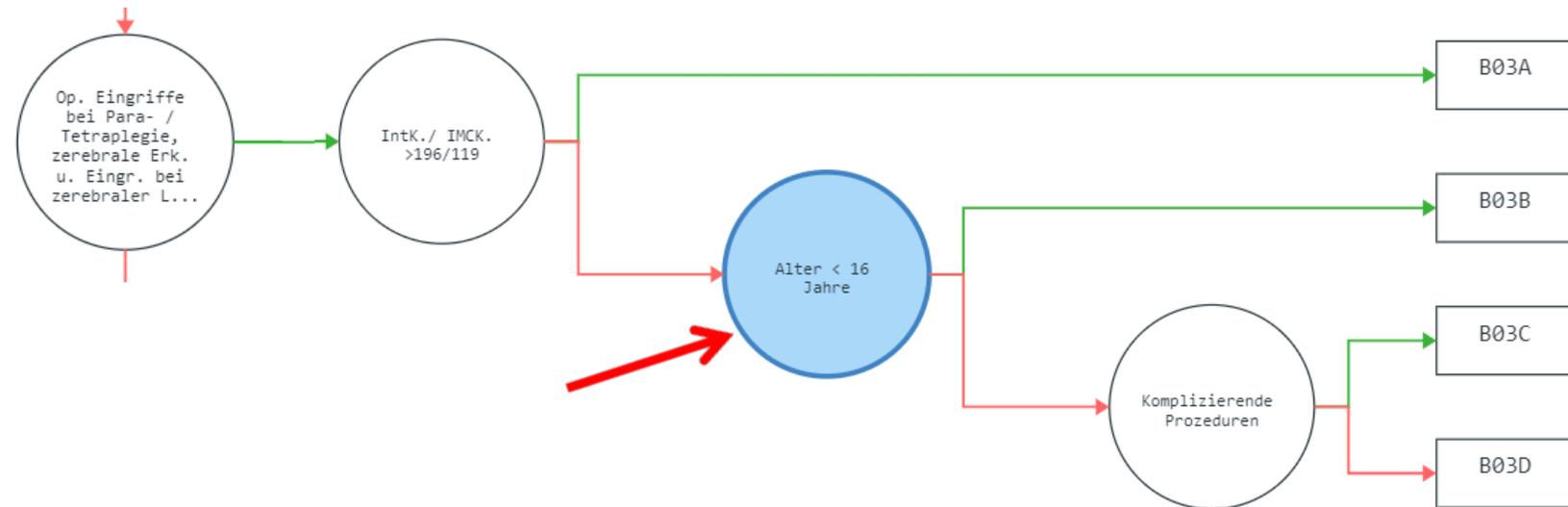
# Nervensystem MDC 01

## Kindersplit

### Problem:

- Splitbedingung in DRG B03A «Operative Eingriffe bei Para- / Tetraplegie, zerebrale Erkrankung u. Eingriffe bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie, Neuropathie oder Eingriffe an WS und RM, und IntK/IMCK > 196/119 Pkt., o. Alter < 16 Jahre» nicht mehr sachgerecht

### Umbau:



# Nervensystem MDC 01

## Intra- und extrakranielle Eingriffe

### Antrag:

- Untervergütung von Fällen mit endovaskulären Interventionen an intra- und extrakraniellen Gefässen

### Umbau:

- Aufnahme der Bedingung «*Intrakranielle Gefässeingriffe*» und «*Extrakranielle Gefässeingriffe*» in Basis DRG B01 «*Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems ...* » und DRG B01A
- Ergänzung der Tabelle «*Intrakranielle Gefässeingriffe*» mit CHOP Codes 39.72.1- «*Selektive Embolisation von intrakraniellen Gefässen*»
- Kondensation DRGs B20D und B20E → DRG B20D «*Bestimmte oder komplexe intrakranielle Eingriffe ....* »

# Nervensystem MDC 01

## Rückenmarks-Chirurgie

### Antrag:

- Untervergütung von Fällen mit ICD Kode G95.0 «*Syringomyelie und Syringobulbie*» und CHOP Kode 03.6 «*Lösung von Adhäsionen an Rückenmark und Nervenwurzeln*» in Basis DRG B03 «*Operative Eingriffe bei Para- / Tetraplegie, zerebrale Erkrankung und Eingriffe bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie, Neuropathie, oder Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark*»

### Umbau:

- Aufnahme CHOP Kode 03.6 «*Lösung von Adhäsionen an Rückenmark und Nervenwurzeln*» in Tabelle für DRG B03C

→ sachgerechte Abbildung dieser Fälle

# Nervensystem MDC 01

## Apoplexie

### Problem:

- Fälle mit «*Thrombolyse und 1 Belegungstag*» in DRG B70F «*Apoplexie, mehr als ein Belegungstag oder Thrombolyse ....*» deutlich übervergütet

### Umbau:

- Fälle CHOP Kode 99.10.16 «*Tägliche Infusion mit thrombolytischer Substanz, bis 2 Behandlungstage*» und «*Ein-Belegungstag*» gruppieren neu in DRG B70J «*Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls > 23 Std. bis < 48 Std. oder Thrombolyse, ein Belegungstag*»



# Nervensystem MDC 01

## Apoplexie

### Antrag:

- Aufnahme CHOP Kode 93.89.1J «*Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation, bis 6 Behandlungstage*» in DRG B70A «*Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls > 72 Std.,.....*»

### Analysen:

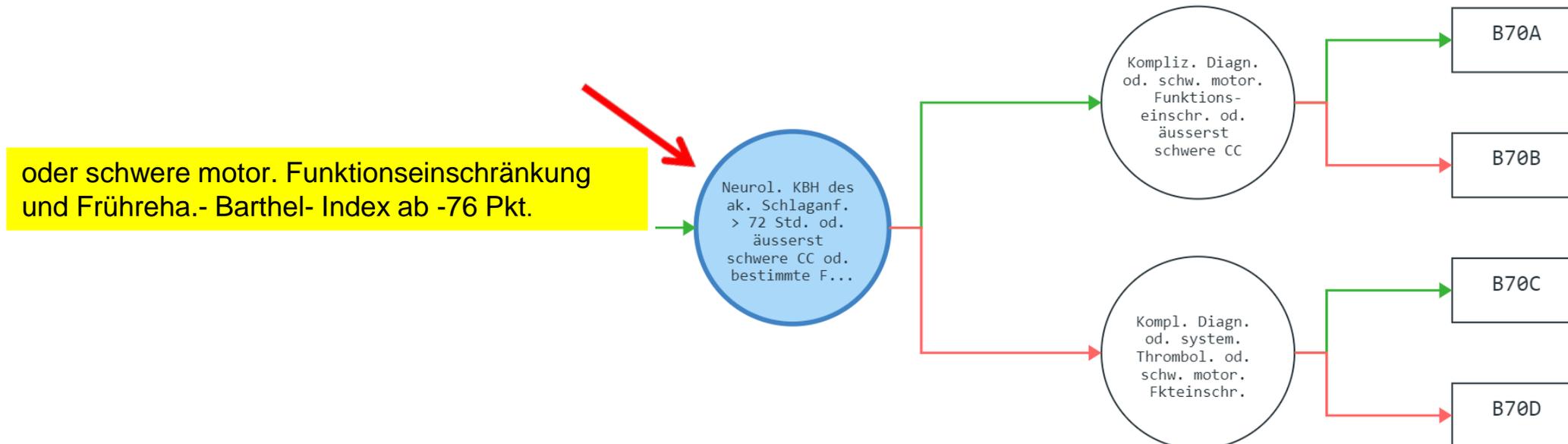
- CHOP Kode kein Kostentrenner
- jedoch Fälle mit ICD Kode U50.4- / U50.5- «*schwere oder sehr schwere motorische Funktionseinschränkungen*» in Kombination mit ICD Codes U52.2 / U52.3 «*Frührehabilitations- Barthel- Index ab -76 Pkt.*» in DRG B70C untervergütet

# Nervensystem MDC 01

## Apoplexie

### Umbau:

- Aufnahme ICD Codes U50.4- / U50.5- «*schwere oder sehr schwere motorische Funktionseinschränkungen*» als ND und ICD Codes U52.2 / U52.3 «*Frührehabilitations- Barthel- Index ab -76 Pkt.*» in Splitbedingung für DRG B70A «*Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung...*»



# Nervensystem MDC 01

## Epilepsie

### Antrag:

- Unspezifische ICD Codes zur «*Epilepsie*» in Basis DRG B81 «*Vaskuläre Myelopathien oder andere Erkrankungen des Nervensystems, mehr als ein Belegungstag*» nicht korrekt abgebildet

### Umbau:

- ICD Codes:
  - G40.09 «*Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) idiopathische Epilepsie... »*
  - G40.9 «*Epilepsie, nicht näher bezeichnet*»
  - G41.9 «*Status epilepticus, nicht näher bezeichnet*»in Basis DRG B76 «*Anfälle oder Video-EEG oder KBH Epilepsie...*» aufgenommen
- Codes aus Basis DRG B81 entfernt

# Nervensystem MDC 01

## Periphere Nerven

### Antrag:

- Handspastiken z.B. nach Schädigung des oberen Motoneurons oder zervikalen RM-Verletzungen und Kode 99.B6.2- «Komplexbehandlung der Hand, nach Anzahl Behandlungstage» generell untervergütet
- eigene DRGs mit Splitbedingung nach Behandlungstagen

### Umbau:

- keine systematische Untervergütung erkennbar
- geringe Fallzahl
- Fälle in Basis DRG B71 «Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven,...» mit hohem Ressourcenverbrauch
- Aufnahme der Bedingung «KBH an der Hand ab 7 Behandlungstagen» in DRG B71B

# Nervensystem MDC 01

## Demenz

### Antrag:

- Untervergütung von Fällen mit ICD Kode F03 «*Nicht näher bezeichnete Demenz*» und F01.9 «*Vaskuläre Demenz, nicht näher bezeichnet*»
- Prüfung auf Split innerhalb der Basis DRG B81 «*Vaskuläre Myelopathien oder andere Erkrankungen des Nervensystems, mehr als ein Belegungstag*»

### Umbau:

- PCCL Split > 3 in DRG B81B «*Vaskuläre Myelopathien oder andere Erkrankungen des Nervensystems mit komplexer Diagnose oder neurologische Komplexdiagnostik oder äusserst schwere CC, mehr als ein Belegungstag, Alter > 15 Jahre*»
- für Fälle mit ICD Kode F03 und F01.9 kein Mehraufwand erkennbar

# Nervensystem MDC 01

## Tuberkulose

### Hinweis:

- Tuberkulose-Erkrankungen des Nervensystems in HD Tabelle der MDC 04 «*Atmungsorgane*» abgebildet

### Umbau:

- Verschiebung der Diagnosen
  - A17.0 «*Tuberkulöse Meningitis*»
  - A17.1 «*Meningeales Tuberkulom*»
  - A17.8 «*Sonstige Tuberkulose des Nervensystems*»
  - A17.9 «*Tuberkulose des Nervensystems, nicht näher bezeichnet*»
- Aufnahme in MDC 01 in Basis DRG B72 «*Infektion des Nervensystems ausser Virusmeningitis*»

# HNO MDC 03

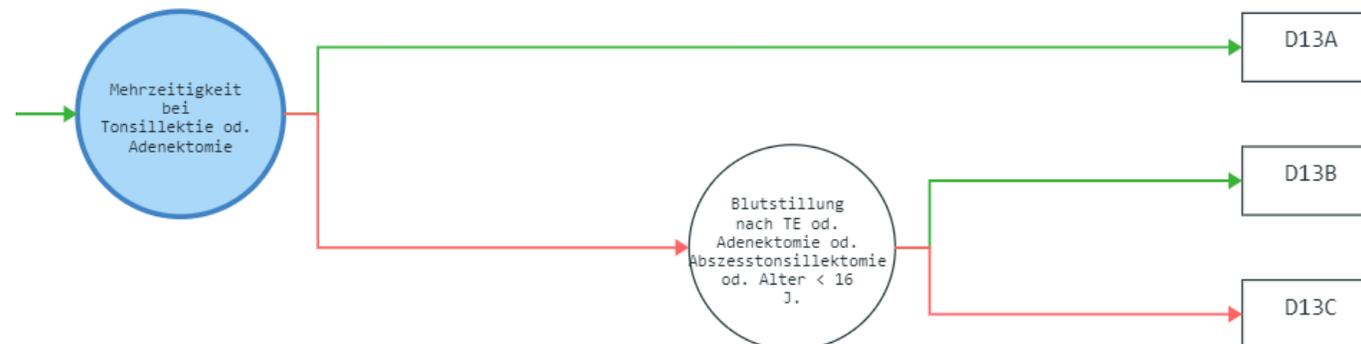
## Tonsillektomie u. Adenektomie

### Antrag:

- Prüfung der Mehrzeitigkeit in Basis DRG D13 «*Tonsillektomie oder Adenektomie ausser bei bösartiger Neubildung*»

### Ergebnis:

- Fälle weisen deutliche Mehrkosten auf
- Etablierung einer neuen DRG D13A «*Tonsillektomie oder Adenektomie ausser bei bösartiger Neubildung mit mehrzeitigem Eingriff*»



# Atmungsorgane MDC 04

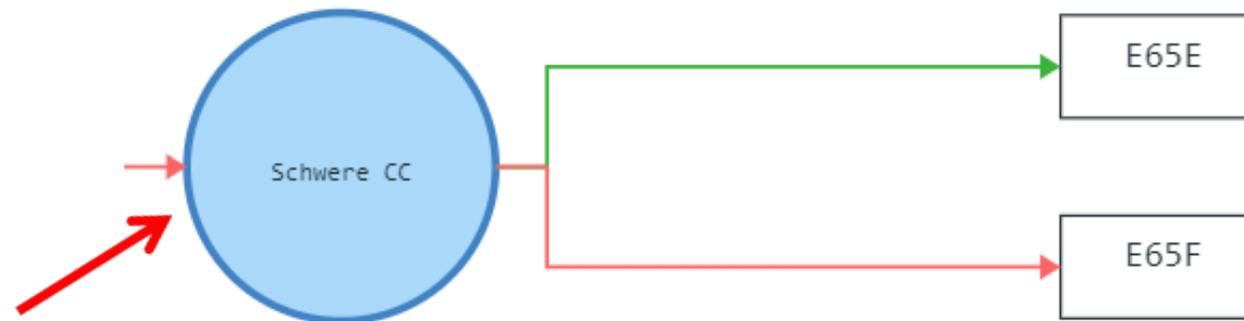
## Chronisch- obstruktive Atemwegserkrankungen

### Antrag:

- Aufwertung von Fällen in DRG E65C «*Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankungen mit starrer Bronchoskopie, mehr als ein Belegungstag*» mit PCCL Split in DRG E65B

### Umbau:

- Kostentrenner in DRG E65C nicht erkennbar
- jedoch aufwendige Fälle in DRG E65E – neuer Split



# Atmungsorgane MDC 04

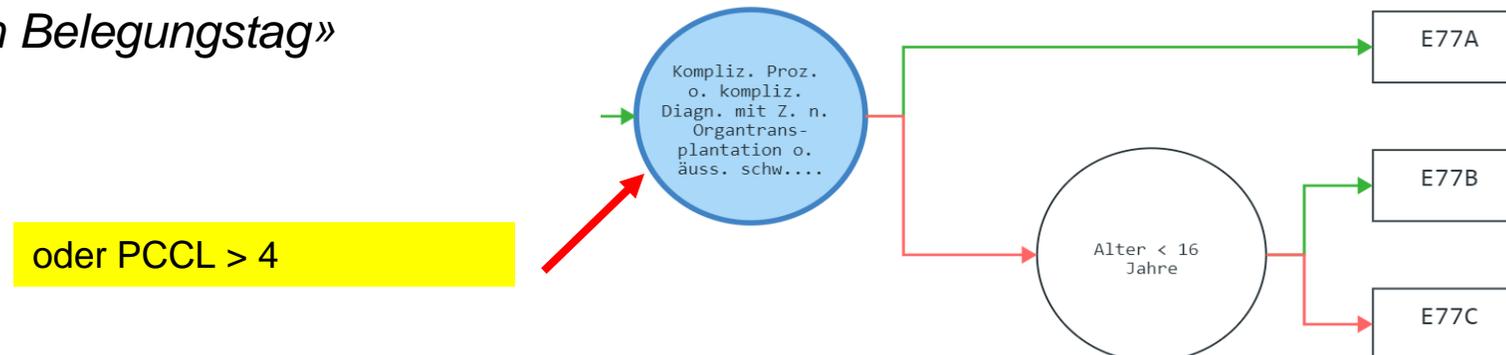
## Pneumonien

### Antrag:

- Prüfung Basis DRG E77 «*Andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane ...*» auf sachgerechtere Abbildung und Aufwertung einzelner Pneumonien

### Umbau:

- Untervergütung von Fällen mit erhöhtem Schweregrad
- Fälle mit «*PCCL > 4*» neu in E77A «*Andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit komplizierender Diagnose... oder schwerste CC, mehr als ein Belegungstag*»



# Kreislaufsystem MDC 05

## Pulmonale Endarteriektomie

### Antrag:

- Entfernung des inneren Teils der Arterienwand erfolgt unter intraoperativem Kreislaufstillstand
- Fälle sind in DRGs F37A und F36C nicht aufwandsgerecht abgebildet

### Umbau:

- Aufwertung CHOP Codes 39.61.13/14 «*Konventionelle extrakorporelle Zirkulation (ECC) unter tiefer Hypothermie...*» in Kombination mit 38.15.30 «*Endarteriektomie der A. pulmonalis*» in Basis DRG F36 sowie DRG F36B «*Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems mit IntK > 392/552 Aufwandspunkte ....oder komplexer Gefässeingriff mit Herz-Lungen-Maschine oder pulmonale Endarteriektomie*»

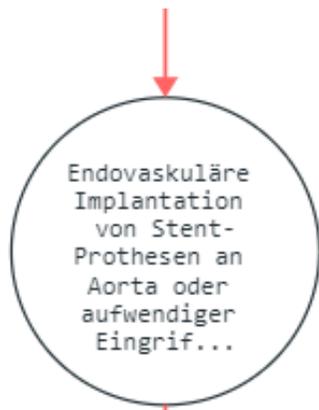
# Kreislaufsystem MDC 05

## Endovaskuläre Stent-Prothesen an Aorta

### Hinweis:

- bestimmte Fälle der Basis DRGs F98 «*Endovaskulärer Herzklappeneingriff*» und F51 «*Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta...* » erfüllen Logiken beider Basis DRGs
- Ressourcenverbrauch deutlich unterschiedlich

### Umbau:



Zuordnung dieser Fallmenge in Basis DRG F98

Fälle der Basis DRG F51 dürfen keinen Code aus DRG F98 aufweisen

# Kreislaufsystem MDC 05

## Endovaskuläre Herzklappeneingriffe

### Hinweis:

- Fälle mit «*Entfernen einer Klappenprothese **sowie Implantation** eines Klappenprothese*» mit endovaskulärem / transapikalem Zugang nicht gleich abgebildet wie «*Implantation eines Klappenprothese*»

### Umbau:

- Aufwertung CHOP Codes 35.H2.23/24; 35.H2.33/34; 35.H4.23 und 35.H4.33 in Tabelle der Basis DRG F98 «*Endovaskulärer Herzklappeneingriff*»

→ Abbildung sachgerecht

# Kreislaufsystem MDC 05

## PTCA

### Antrag:

- intravaskuläre Bildgebung der Koronargefässe «*IVUS*» und «*OCT*» in DRG F24C sachgerecht abgebildet
- jedoch Verfahren durch «*Rotablation*» bisher nicht berücksichtigt
- ebenfalls höherer Ressourcenverbrauch

### Umbau:

- Gleichstellung der Verfahren 37.2A.11 «*IVUS*»; 37.A2.12 «*OCT*» und 00.66.30 «*Koronarangioplastik [PTCA] durch Rotablation*» in Basis DRG F24

# Kreislaufsystem MDC 05

## Hauptdiagnosen-Tabelle

### Hinweis:

- Untervergütung von Fällen mit Hauptdiagnose ICD Codes S35.- «*Verletzung von Blutgefäßen...*» in MDC 21B «*Verletzungen, Vergiftungen....* »
- in MDC 17 Hauptdiagnose ICD Kode C79.84 «*Sonstige sekundäre bösartige Neubildung des Herzens*» nicht sachgerecht abgebildet

### Umbau:

- Verschiebung der Hauptdiagnosen in MDC 05 in Basis DRG F75 «*Andere Krankheiten des Kreislaufsystems, mehr als ein Belegungstag*» der medizinischen Partition

→ sachgerechte Abbildung dieser Fälle

# Verdauungsorgane MDC 06

## Mehrzeitige Eingriffe

### Antrag:

- Homogenitätsprüfung in DRG G12B «*Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen*»
- Fälle mit längerer Verweildauer, bestimmten Diagnosen, Komplikationen oder aufwendiger Behandlung unzureichend vergütet

### Umbau:

- Aufnahme als Splitkriterium «*Mehrzeitige bestimmte OR-Prozedur*» in DRG G12A «*Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen .... oder mehrzeitige Eingriffe*»
- weitere Kostentrenner nicht erkennbar

# Hepatobiliäres System MDC 07

## Bösartige Neubildungen und Pankreatitis

### Problem:

- Beatmungsstunden in Verbindung mit IntK Punkten in Basis DRG H33  
*«Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren oder komplexe Vakuumbehandlung oder VAC mit bestimmtem Eingriff oder Beatmung > 95 Std. mit IntK > 196/360 Aufwandspunkte» kein Kostentrenner mehr*

### Analyse:

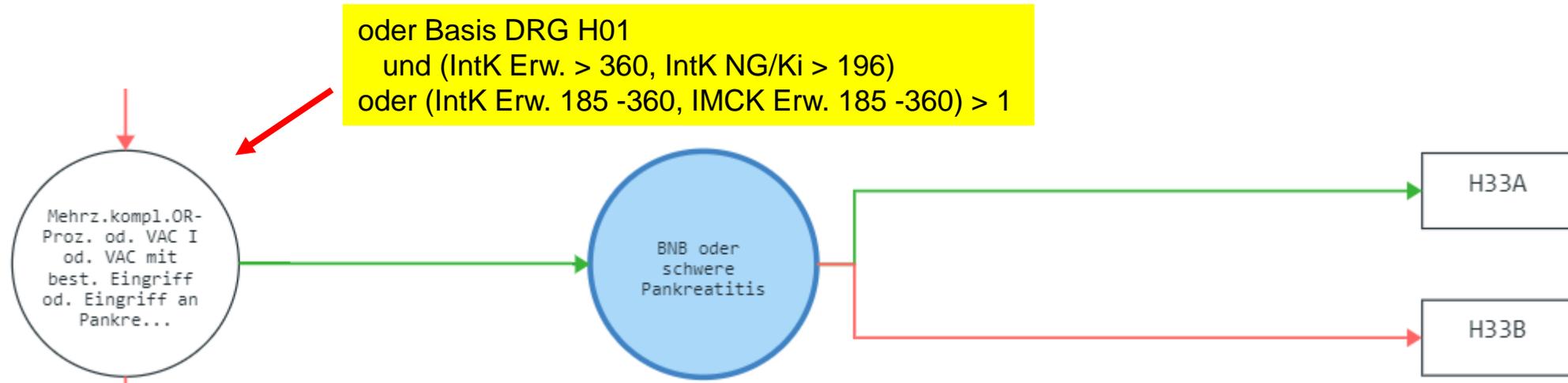
- inhomogene Fallmenge in DRG H33Z
- teure Fälle in Basis DRG H01 untervergütet

# Hepatobiliäres System MDC 07

## Bösartige Neubildungen und Pankreatitis

### Umbau:

- Entfernung der Bedingung «*Beatmung > 95 Std.*» aus Basis DRG H33
- und Logikergänzung «*ADRG (H01)*» in Kombination mit IntK Pkt.
- Aufnahme der Bedingung «*IntK 180-360 Pkt. und IMCK 180-360 Pkt.*» in Basis DRG
- Split der H33Z in DRGs H33A und H33B mit Splitkriterium «*BNB oder schwere Pankreatitis*»



# Hepatobiliäres System MDC 07

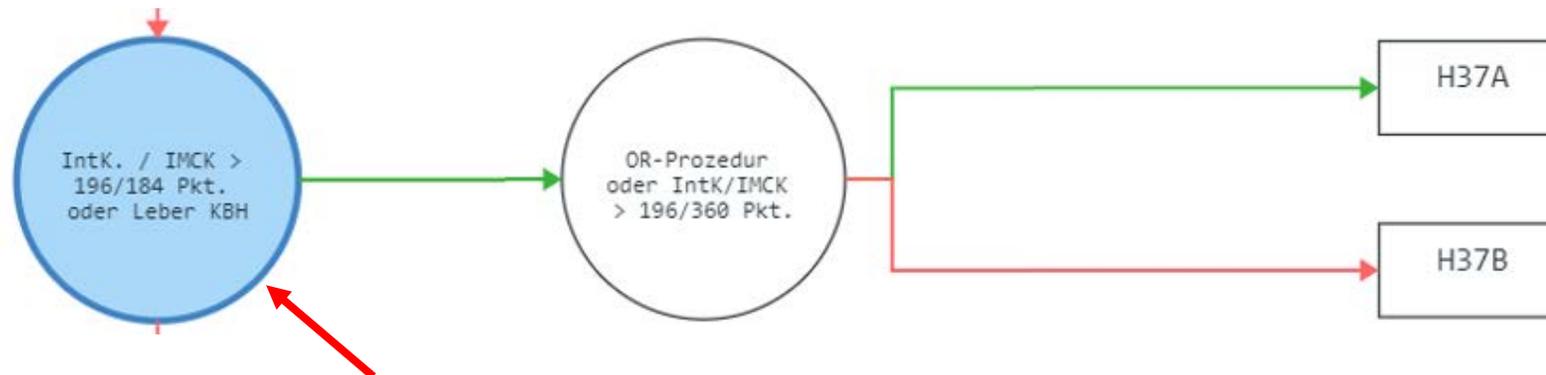
## Komplexbehandlung bei Leberzirrhose

### Antrag:

- Prüfung der Abbildung von Fällen mit Kode 99.B1.1- «Leberkomplexbehandlung, nach Anzahl Behandlungstage»

### Umbau

- Analysen weisen auf eine Untervergütung der Fälle hin
- Entfernung aus Basis DRGs H60 und H87



# Bewegungssystem MDC 08

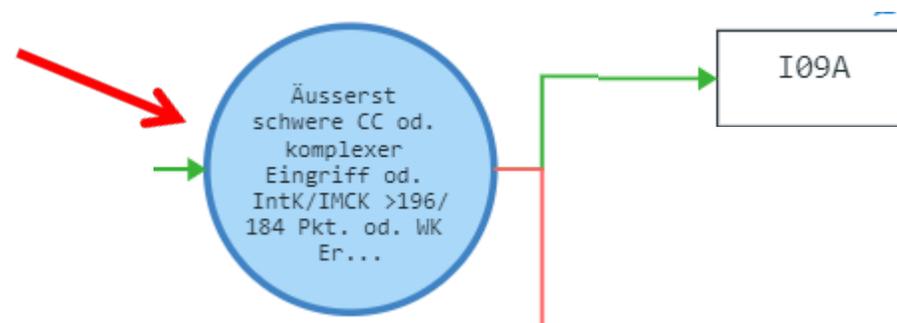
## VEPTR / Growing rod

### Problem:

- Fälle mit «*Implantation von vertikalen expandierbaren prothetischen Titanrippen*» oder «*.. von mitwachsenden oder expandierenden Systemen, Wirbelsäule*» in DRG I09B untervergütet

### Umbau:

- Aufwertung dieser Fälle aus DRG I09B in I09A «*Wirbelkörperperfusion mit äusserst schweren CC oder komplexem Eingriff ....*»



# Bewegungssystem MDC 08

## Modular- oder Langschaftprothese

### Antrag:

- Sonderprothesen bei nicht onkologischen Erkrankungen deutlich untervergütet
- insbesondere betroffen Basis DRGs I04 «*Revision oder Ersatz des Kniegelenkes ...*» und I12 «*Knochen- und Gelenkinfektion / -entzündung ...*»

### Umbau:

- Aufnahme CHOP Codes 81.A1.12 «*Modulare Prothese*» und 81.A1.13 «*Langschaftprothese*» in neue Tabelle
  - Tabelle in Split für DRG I04A; I43B und in Verbindung mit einer HD in I46B
  - in Basis DRG I12 Fälle sachgerecht abgebildet
- Überarbeitung CHOP «*metallische Einzelbauteile*» vorgeschlagen

# Bewegungssystem MDC 08

## Vakuumbehandlung

### Antrag:

- Fälle mit mehrzeitigen Eingriffen in Basis DRG I12 «*Knochen- und Gelenkinfektion / -entzündung mit verschiedenen Eingriffen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe*» defizitär

### Umbau:

- kein Anhalt auf Untervergütung bei mehrzeitigem Eingriff
- jedoch für Fälle mit «*Vakuumbehandlung*» in DRG I12C Mehrkosten erkennbar
- Aufnahme der Splitbedingung für DRG I12B «*Knochen- und Gelenkinfektion / -entzündung ..... oder Vakuumbehandlung*»

# Bewegungssystem MDC 08

## Idiopathische Gicht

### Antrag:

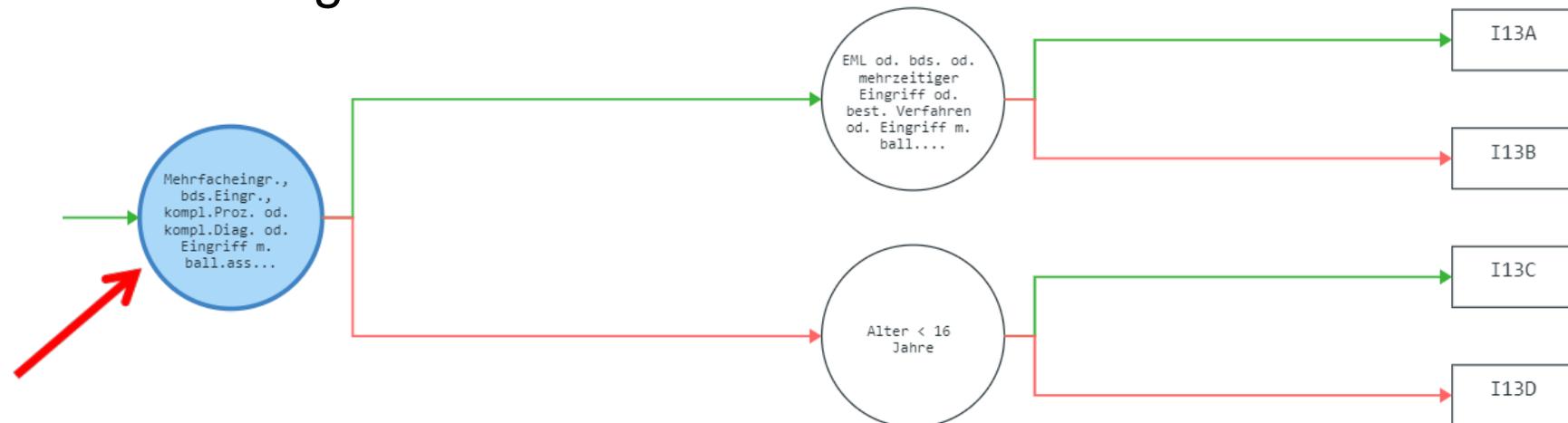
- Überarbeitung der Tabellen in Basis DRG I13 «*Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk*»
- Tabelle enthält nur unspezifischen Gicht Kode M10.09 «*Idiopathische Gicht n.n.bez. Lokalisation*»
- Aufnahme von Codes für primäre / sekundäre Neubildung des Knochens
- insbesondere ICD Kode C79.5 «*Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes*» unterdeckt

# Bewegungssystem MDC 08

## Idiopathische Gicht

### Umbau:

- Aufnahme ICD Kode Gruppe M10.- «Gicht» in Basis DRG I13 nicht sachgerecht
- Entfernung Kode M10.09 «Idiopathische Gicht n.n.bez. Lokalisation» aus Tab. für DRG I13B
- neue Tab. in DRG I13B mit ICD Codes «bösartige Neubildung des Bindegewebes» incl. Kode C79.5 sachgerecht



# Bewegungssystem MDC 08

## CAD –Implantate Gesicht / Schädel

### Antrag:

- Fälle mit *«präoperativ patientenindividuell mittels 3D-Bildgebung gefertigten Implantaten»* gruppieren in DRG I15A *«Operationen am Hirn- und Gesichtsschädel mit bestimmtem Verfahren, Alter < 16 Jahre»*
- jedoch CHOP Codes *«Einsetzen eines CAD-Implantats an Hirnschädel / Gesichtsschädel.. »* gruppieren in DRG I15B

### Umbau:

- Aufnahme CHOP Codes 02.05.11/20/30 *«Einsetzen eines CAD-Implantats an Hirnschädel... »* und 76.92.21/31 *«Einsetzen von CAD-Implantat an Gesichtsschädel... »* für DRG I15A *«Operationen am Hirn- und Gesichtsschädel mit bestimmtem Verfahren, Alter < 16 Jahre»*

# Bewegungssystem MDC 08

## Hohl- oder Plattfuss

### Antrag:

- sämtliche DRGs der Basis DRG I20 seien defizitär
- generelle Überprüfung und Aufwertung der Basis DRG I20 «*Eingriffe am Fuss*»
- Korrekturingriffe bei Diagnosen wie Plattfuss / Hohlfuss sehr aufwändig
- einzeitige Mehrfacheingriffe untervergütet
- Überprüfung von über 40 CHOP Codes beantragt

### Analysen:

- gesamtschweizerische Daten zeigen ein sehr heterogenes Bild
- keine systematische Unterdeckung erkennbar
- CHOP Kode 84.A1.2- «*Einzeitige Mehrfacheingriffe.....* » erst ab 2019 kodierbar

# Bewegungssystem MDC 08

## Hohl- oder Plattfuss

### Umbau:

- Aufwertung ICD Codes M21.4 / M21.61 / Q66.5 «*Plattfuss*» und M21.60 «*Hohlfuss*»
  - in Verbindung mit bestimmten CHOP Codes
  - und CHOP Kode 84.A1.22/23/24 «*Einzeitige Mehrfacheingriffe an 3 und mehr Mittelfuss- und Zehenstrahlen*»
  - für DRG I20A «*Eingriffe am Fuss mit mehreren hochkomplexen Eingriffen...* »

→ sachgerechte Abbildung dieser Fälle

→ kein weiterer Anhalt auf Untervergütung

# Bewegungssystem MDC 08

## Tabellenbereinigung

### Hinweis:

- in DRG I20A CHOP Kode 79.37.40 «*Offene Reposition einer einfachen Fraktur an sonstigen Tarsalia und Metatarsalia mit innerer Knochenfixation*» zu hoch bewertet

### Umbau:

- Entfernung des CHOP Codes aus Tabelle für DRG I20A «*Eingriffe am Fuss mit mehreren hochkomplexen Eingriffen oder ....*»

→ sachgerechte Abbildung

# Bewegungssystem MDC 08

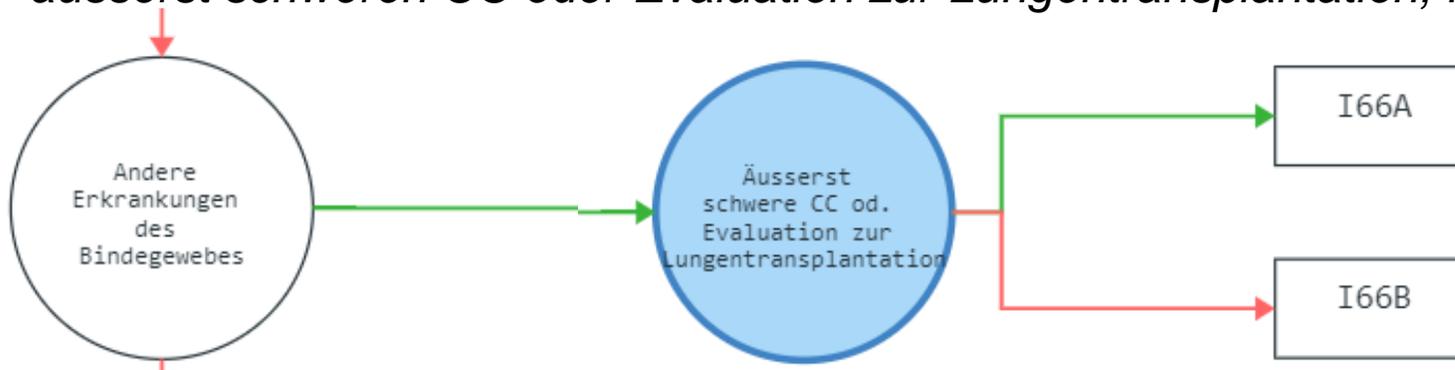
## Evaluation Lungentransplantation

### Antrag:

- Mindervergütung von Fällen mit Evaluation zur Lungentransplantation und Hauptdiagnose ausserhalb der MDC 04

### Umbau:

- Aufnahme CHOP Codes für vollständige oder Re-Evaluationen  
Lungentransplantation in DRG I66A «Andere Erkrankungen des Bindegewebes mit äusserst schweren CC oder Evaluation zur Lungentransplantation, mehr als ein Belegungstag»



# Harnorgane MDC 11

## Zystotomie (Sectio alta)

### Antrag:

- CHOP Codes 57.19.2- «*Sonstige Zystotomie (Sectio alta)*» in DRG L64A untervergütet
- Fälle gruppieren in Medizinische Partition

### Ergebnis:

- Analysen bestätigten signifikante OP Saal- und Anästhesiekosten
- CHOP Codes analog zu vergleichbaren Eingriffen in Basis DRG L06 «*Kleine Eingriffe an der Harnblase*» der Operativen Partition zugewiesen

# Weibl. Geschlechtsorgane MDC 13

## Rekonstruktive Eingriffe

### Antrag:

- Rekonstruktion des Beckenbodens äusserst komplexer Eingriff mit hohem Rezidivrisiko
- Aufwertung CHOP Kode 54.21.20 «*Laparoskopie, Zugangsweg für chirurgische (therapeutische) Interventionen*»

### Analyse:

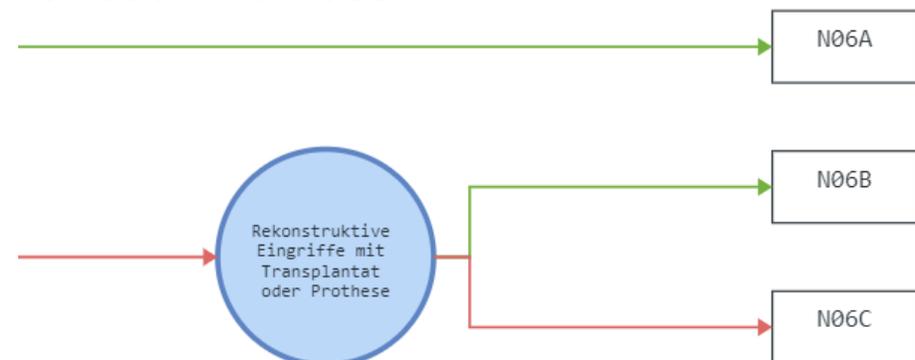
- rekonstruktive Eingriffe mit Transplantat oder Prothese kostenintensiv
- unterschiedliche Zugangswege ohne Kostenunterschied

# Weibl. Geschlechtsorgane MDC 13

## Rekonstruktive Eingriffe

### Umbau:

- Split der DRG N06B mit CHOP Codes:
  - 69.22 «Sonstige uterine Suspensionsoperation»
  - 70.53 «Raffung einer Zystozele und Rektozele mit Transplantat oder Prothese»
  - 70.54 «Korrektur einer Zystozele mit Transplantat oder Prothese»
  - 70.55 «Korrektur einer Rektozele mit Transplantat oder Prothese»
  - 70.63 «Konstruktion einer Vagina mit Transplantat oder Prothese»
  - 70.64 «Rekonstruktion der Vagina mit Transplantat oder Prothese»
  - 70.78 «Suspension und Fixation der Vagina mit Transplantat oder Prothese»



# Weibl. Geschlechtsorgane MDC 13

## Adhäsiolysen

### Hinweis:

- Adhäsiolyse-Kodes in verschiedenen DRGs mit unterschiedlichen Zusatzbedingungen abgebildet

### Umbau:

- Kodes 54.51/-.52 «*Lösung von peritonealen Adhäsionen,...*» und 65.89.10/-.11 «*Sonstige Lösung von Adhäsionen...*» sind gebündelt in Basis DRGs
  - N02 «*Eingriffe an Uterus und Adnexen oder Lymphadenektomie **bei bösartiger Neubildung** der weiblichen Geschlechtsorgane und*
  - N05 «*Ovariectomien und komplexe Eingriffe an den Tubae uterinae **ausser bei bösartiger Neubildung***»

# Weibl. Geschlechtsorgane MDC 13

## Lymphknotenentfernungen

### Hinweis:

- Lymphknotenentfernungen mit ähnlicher Kostenstruktur in mehreren DRGs und unterschiedlichen Zusatzbedingungen abgebildet

### Umbau

- Lymphknotenentfernungen CHOP Kode 40.3X.– «*Regionale Lymphadenektomie ...*», 40.5- «*Radikale Exzision ...*» und 40.2- «*Einfache Exzision...*» in Basis DRGs
  - DRG N02B «*Eingriffe an Uterus und Adnexen oder Lymphknotenentfernung **bei bösartiger Neubildung** an Uterus, Zervix oder Vulva*»
  - DRG N04B «*Hysterektomie oder andere bestimmte Eingriffe **ausser bei bösartiger Neubildung***»

# Weibl. Geschlechtsorgane MDC 13

## Kolpektomie

### Antrag:

- Fälle mit «*Kolpektomie*» bei BNB in DRG N06B untervergütet

### Umbau:

- CHOP Kode 70.4X.20 «*Kolpektomie, total*» und 70.4X.30 «*Kolpektomie, erweitert (radikal)*» aufwendig
- Aufwertung in DRG N06A «*Komplexe rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen, mit schweren CC oder komplizierender Prozedur*»

# Weibl. Geschlechtsorgane MDC 13

## Exzision / Destruktion einer Uterusläsion

### Hinweis:

- CHOP Kode 68.29.12 «*Exzision oder Destruktion einer Uterusläsion, vaginal*» und 68.29.15 «*Exzision oder Destruktion einer Uterusläsion, hysteroskopisch*» bilden den gleichen Eingriff ab
- Codes gruppieren in unterschiedliche DRGs

### Umbau:

- Gleichstellung der Eingriffe in Basis DRG N23 «*Andere rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen*»

# Schwangerschaft, Geburt MDC 14

## Stationäre Behandlung vor Entbindung

### Antrag:

- ungenügende Vergütung von Fällen mit lang andauernder Behandlung **vor** Entbindung in Basis DRG O50 «*Stationäre Behandlung vor Entbindung ab 7 Behandlungstage*»
- Split nach Behandlungstagen CHOP Kode 73.7X.- «*Stationäre Behandlung vor Entbindung im gleichen Aufenthalt, .... Behandlungstage*» in Basis DRG O50

### Umbau:

- neue DRG O50A mit CHOP Kode 73.7X.15 «*Stationäre Behandlung vor Entbindung im gleichen Aufenthalt, 56 und mehr Behandlungstage*» und bestimmtem Eingriff

→ teure Fälle nun sachgerecht abgebildet

# Schwangerschaft, Geburt MDC 14

## Plastische Rekonstruktion Vagina nach Geburt

### Analyse:

- best. Prozeduren in Zusammenhang mit Entbindung nicht in Basis DRG O02 «*Vaginale Entbindung mit aufwendigem Eingriff oder bestimmte Prozedur mit bestimmter Diagnose*» abgebildet

### Umbau:

- Aufnahme CHOP Codes aus Gruppe 70.7- «*Sonstige plastische Rekonstruktion an der Vagina*» und 85.2- «*Exzision oder Destruktion von Mammagewebe* » in Basis DRG O02

→ Beseitigung von Fehlanreizen

# Neugeborene MDC 15

## Zwerchfellhernie

### Hinweis:

- CHOP Codes 53.85.11 und 53.85.21 «*Operation einer Zwerchfellhernie, thorakoabdominaler Zugang, offen chirurgisch, ohne / mit Implantation von Membranen und Netzen*» mit unterschiedlicher Gruppierungsrelevanz im Vergleich zu CHOP 53.71.21 «*Operation einer Zwerchfellhernie, abdominaler Zugang, offen chirurgisch, mit Implantation von Membranen und Netzen*» in MDC 15

### Umbau:

- Aufnahme der Codes in Basis DRG P02 «*Kardiothorakale oder Gefässeingriffe oder mehrzeitiger Eingriff bei Neugeborenen*»

# Neugeborene MDC 15

## Mehrzeitige Eingriffe

### Antrag:

- Prüfung komplexer Fälle in MDC 15 auf verbesserte Abbildung bei
  - Fehlbildungen
  - Nekrosen am Verdauungstrakt / Bauchwand
  - mehrzeitige Eingriffe

### Analysen:

- mehrzeitige Eingriffe mit hohen Kosten
- aufwendige Fälle mit höheren IntK- und / oder IMCK Aufwandspunkten

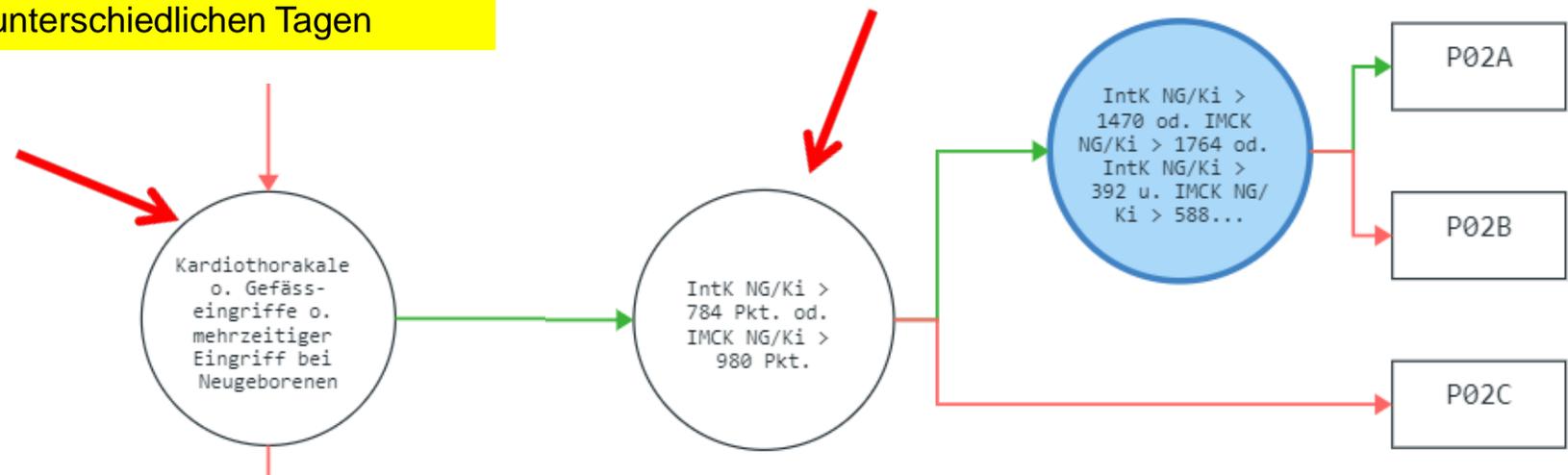
# Neugeborene MDC 15

## Mehrzeitige Eingriffe

### Umbau:

- neue Splitbedingung «*Mehrzeitige Eingriffe*» für Basis DRG P02 «*Kardiothorakale oder Gefässeingriffe oder mehrzeitiger Eingriff bei Neugeborenen*»
- neue Splitbedingungen für DRGs P02A und P02B mit «*IntK- und / oder IMCK Aufwandspunkten*» besser kostentrennend als Beatmungsstunden

oder mind. 2 Eingriffe an unterschiedlichen Tagen



# Neugeborene MDC 15

## Kostenintensive Diagnostik

### Antrag:

- Prüfung der Fälle mit CHOP Kode
  - 00.95.2- «*Patientenschulungen Diabetes*»
  - 99.A2.1- «*Basisdiagnostik bei unklarem Symptomkomplex bei Kindern*»
  - 99.A5.2-/3- «*Komplexe Abklärung bei Verdacht Kindsmisshandlung*»

### Umbau:

- Aufwertung der CHOP Codes 99.A3.11-13 «*Komplexe neuropädiatrische Diagnostik ...*» und 99.A2.11 «*Basisdiagnostik bei unklarem Symptomkomplex bei Kindern, mit genetischer Diagnostik*» sowie 99.A5.31 «*Komplexe Abklärung bei Verdacht oder Nachweis auf Kindsmisshandlung bzw. Vernachlässigung im Neugeborenen-, Säuglings-, Kindes- und Jugendlichenalter*»
- Fälle gruppieren neu in Basis DRG P05 / P66

# Blut und Immunsystem MDC 16

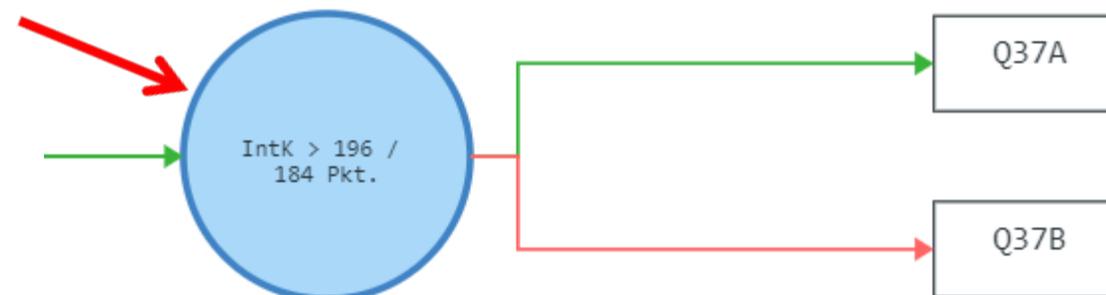
## IMCK

### Hinweis:

- Fälle mit IMCK Punkten in DRG Q37A «*Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems ...*» zu hoch bewertet

### Umbau:

- Entfernung der Splitbedingung «*IMCK > 196/119 Pkt.*»
- Fälle gruppieren sachgerecht in DRG Q37B «*Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems mit ..... IMCK > 196/119 Aufwandspunkte*»



# Blut und Immunsystem MDC 16

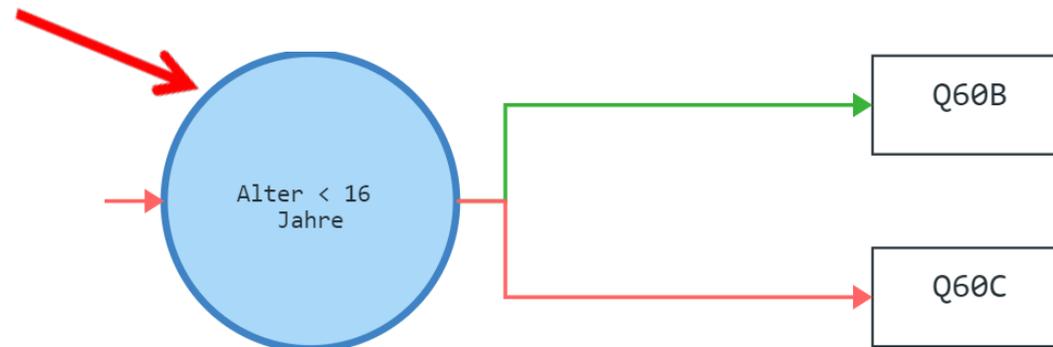
## Kindersplit

### Antrag:

- Prüfung DRG Q60B «*Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen,...* » anhand bestimmter Nebendiagnosen oder PCCL Split

### Umbau:

- Split der Q60B «*Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen, Alter < 16 Jahre, mehr als ein Belegungstag*»



# Neubildungen MDC 17

## Aufwendige Diagnostik

### Analyse:

- komplexe Diagnostikmassnahmen mit höherem Aufwand
  - CHOP Codes 99.A1.11 bis 99.A1.13 «Komplexdiagnostik bei ...»
  - CHOP Codes 99.A0.11 und -.12 «Komplexdiagnostik bei malignen hämatologischen Erkrankungen...»

### Umbau:

- Aufnahme in Funktion «Komplizierende Prozeduren»
- in Split für DRG R65A «Hämatologische und solide Neubildungen, ein Belegungstag, mit bestimmter Prozedur, Alter < 18 Jahre»

→ sachgerechte Abbildung kostenintensiver Diagnostik

# Neubildungen MDC 17

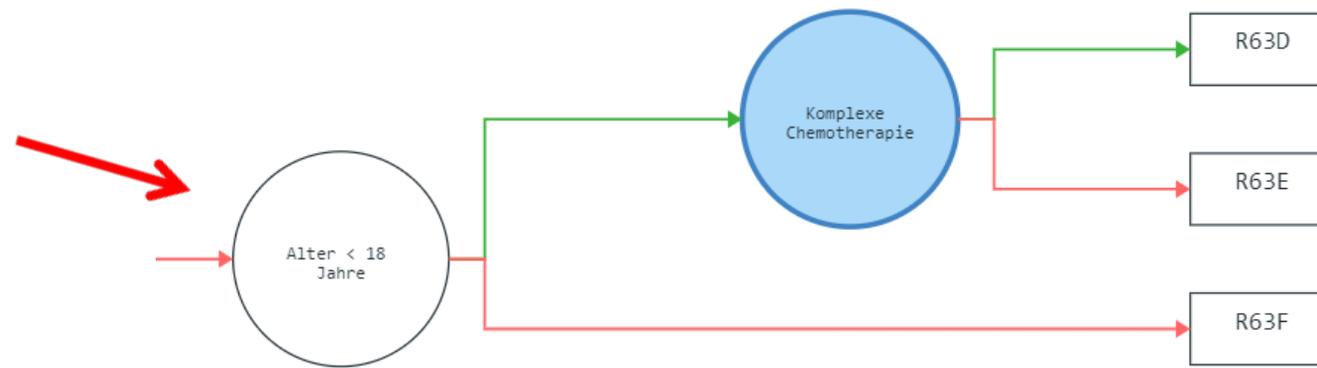
## Akute Leukämien

### Antrag:

- Prüfung der Fälle in DRGs R63A bzw. R63D auf Kostenhomogenität

### Umbau:

- neuer Split der R63D mit der Bedingung «Komplexe Chemotherapie»
- dadurch auch verbesserte Abbildung der Kinderfälle



# Neubildungen MDC 17

## Broviac Katheter

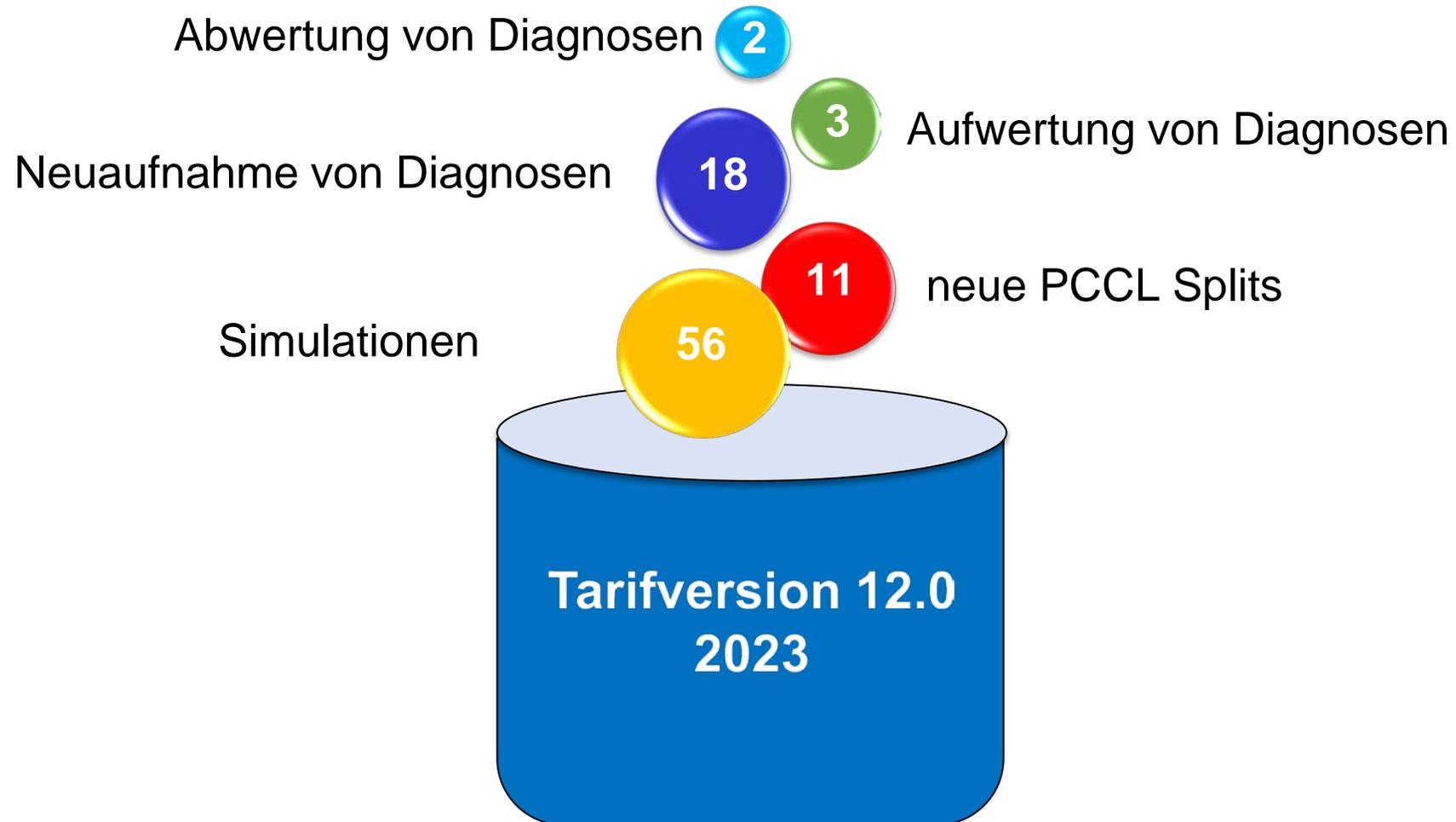
### Antrag:

- Anlage eines Port-a-Cath 39.9A.11 «*Implantation oder Wechsel eines vollständig implantierbaren Katheterverweilsystems*» oder Broviac-Katheters 38.93.11 «*Implantation und Wechsel eines venösen Katheterverweilsystems für Langzeitanwendung*» ZUR Behandlung bei Leukämie gleichstellen

### Umbau:

- Aufwertung CHOP Kode 38.93.11 in
  - Funktion «*Komplizierende Prozeduren*» (→ R63A)
  - Basis DRG J11 (MDC 09)
  - DRGs R62A und R65B (MDC 17)

# CC-Matrix



# Zusatzentgelte - CHOP

## Anpassung Zusatzentgelte (CHOP)

- neue Abbildung ZE-2022-72.01 «*Implantation eines herzkreislaufunterstützenden Systems, mit Pumpe, ohne Gasaustauschfunktion, intravasal (inkl. Intrakardial)*»
  - ZE-2023-72.02: «*..... linksventrikulär, perkutan*» CHOP 37.6A.41
  - ZE-2023-72.03: «*..... rechtsventrikulär, perkutan*» CHOP 37.6A.42

# Zusatzentgelte - CHOP

## Vorbereitung Zusatzentgelte (CHOP)

- Ausdifferenzierung von Codes nach oben im CHOP Katalog 2020:
  - Extrakorporale Membranoxygenation (ECMO)
  - Dauer der Behandlung mit einer intraaortalen Ballonpumpe (IABP)
  - Dauer der Behandlung mit einem herzkreislaufunterstützenden System, mit Pumpe, ohne Gasaustauschfunktion, intravasal (inkl. intrakardial)
    - .... extrakorporal, univentrikulär
    - .... extrakorporal, biventrikulär
    - .... intrakorporal, uni- und biventrikulär
- Bereinigung der Daten entsprechend erfolgt
- Abbildung ab PV1.1 im FPK

# Zusatzentgelte - ATC

## Etablierung neuer Zusatzentgelte

- Daratumumab (subkutan)
- Trastuzumab und Pertuzumab
- Risdiplam
- Voretigen neparvovec (Luxturna)

## Löschen der Zusatzentgelte

- Ambrisentan
- Sofosbuvir
- Sofosbuvir und Ledipasvir
- Elbasvir und Grazoprevir

# Zusatzentgelte - ATC

## Anpassungen der Dosisklassen

- Erweiterung der Dosisklassen bei 13 ZE gegen oben
- Erweiterung der Dosisklassen bei 10 ZE gegen unten

## Hinzufügen neuer Verabreichungsart

- Abatacept (intrathekal)
- Trastuzumab (intrathekal)
- Plerixafor (intravenös)
- Asparaginase (intramuskulär)

# Zusatzentgelte - ATC

## Überprüfung der Kinderdosisklassen

- neue Kinderdosisklasse bei Ruxolitinib und Tocilizumab
- Posaconazol, oral
  - erste Dosisklasse neu bis 6 Jahre
  - zweite Dosisklasse weiter für Personen bis 16 Jahre
- Caspofungin
  - eine Kinderdosisklasse gelöscht und
  - eine für alle in eine Kinderdosisklasse umgewandelt

## Zusatzentgelte - ATC

### Abbildung der autologen CAR-T Zelltherapie bei

- B-Zell-Lymphom
- akuter lymphatischer Leukämie
- multiplem Myelom
- follikulärem Lymphom
- Mantelzell-Lymphom

### Abbildung weiterer Medikamente mit spez. Verträgen

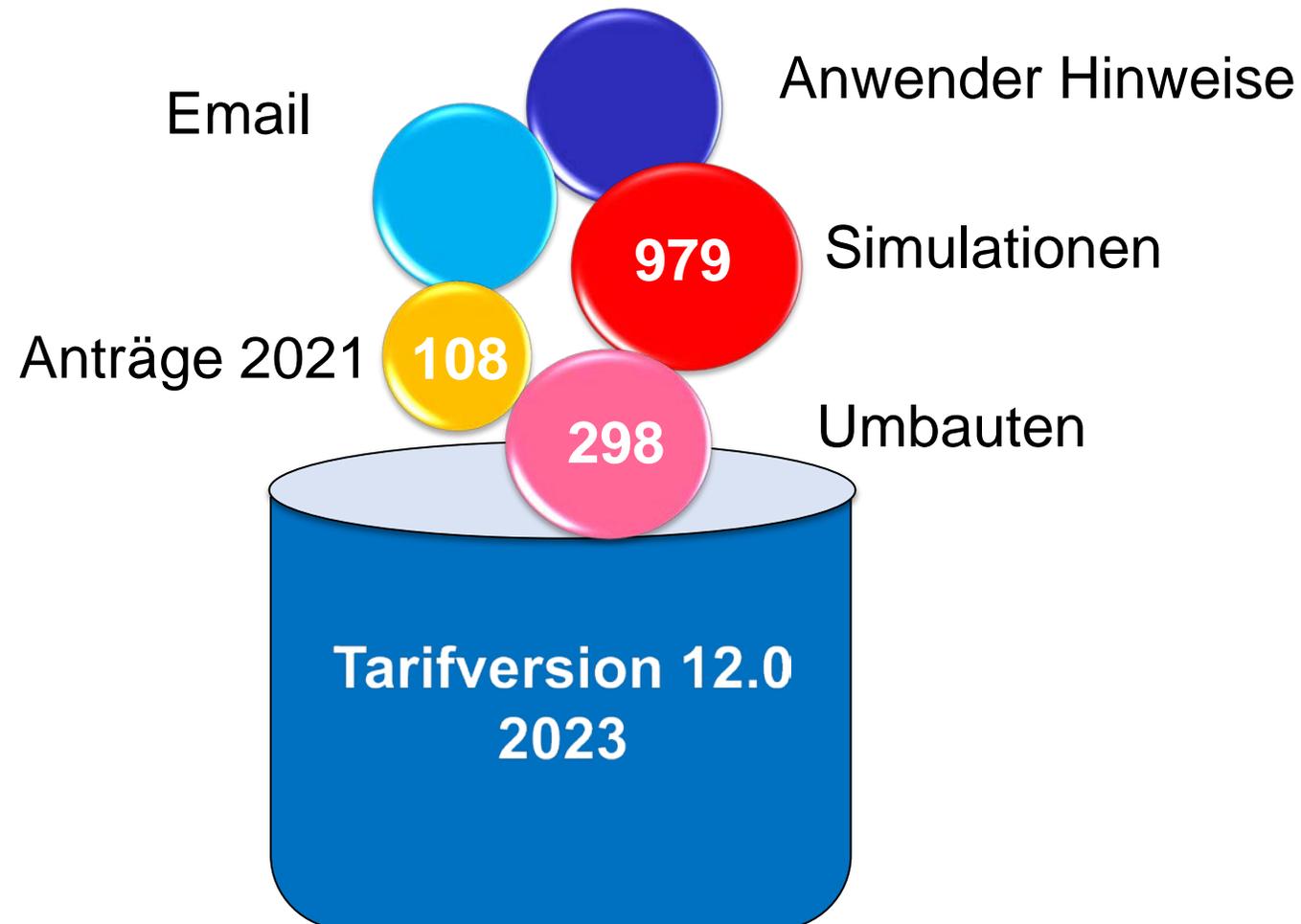
- Onasemnogen abeparvovec  
(Zolgensma)

# Überarbeitung der DRG - Klassifikation

## Antragsverfahren

	2021	2020	2019	2018
Anträge	<b>108</b>	188	180	222
umgesetzt	<b>47</b>	111	93	144
Quote	<b>43%</b>	59%	52%	65%

# Überarbeitung der DRG - Klassifikation Simulationen



# SwissDRG – Version 12.0 / 2023

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

# Analysen zur Berechnung der UGV / OGV

## Ausgangslage

- bestimmte DRGs mit hoher Verweildauer weisen sehr hohe Spannweite zwischen UGV und OGV auf
- der Langliegerzuschlag setzt vergleichsweise spät ein
- grosser Inlierbereich

# Analysen zur Berechnung der UGV / OGV Ziel

- sachgerechte Vergütung der Kurz- und Langlieger
- Prüfung der Abbildungsgüte von Fällen oberhalb der mittleren Verweildauer
- Verwendung stabiler statistischer Methoden (Quartile, Median) zur Bestimmung der UGV und OGV
- Verbesserung der Gesamtsystemgüte

## Ermittlung der oberen Grenzverweildauer

obere Grenzverweildauer der DRG i:

$$OGV_i = \lfloor \min(mVD_i + 2 * sdVD_i; mVD_i + 17) \rfloor$$

→ **Summe von mittlerer Verweildauer und zweifacher Standardabweichung, es sei denn diese übersteigt festgesetzten Maximalabstand von 17 Tagen**

→ im FP-Katalog „erster Tag mit Zuschlag“ =  $OGV + 1$  ausgewiesen

$mVD_i$ : Arithmetischer Mittelwert der Verweildauer der Fälle in der DRG i

$sdVD_i$ : Standardabweichung der Verweildauer der Fälle in der DRG i

## Ermittlung der unteren Grenzverweildauer

untere Grenzverweildauer der DRG i:

$$UGV_i = \left\lfloor \max\left(2; \frac{mVD_i}{3}\right) \right\rfloor$$

→ ein Drittel der mittleren Verweildauer, mindestens aber zwei Tage

→ im FP-Katalog „erster Tag mit Abschlag“ =  $UGV - 1$  ausgewiesen

$mVD_i$ : Arithmetischer Mittelwert der Verweildauer der Fälle in der DRG i

$sdVD_i$ : Standardabweichung der Verweildauer der Fälle in der DRG i

## Idee für alternative Berechnung der UGV / OGV

- Quartilbasierte Berechnung der UGV und der OGV einer DRG  $i$

$$UGV_i = q_{1,i} - IQR_i * \frac{a_u}{1 + b_u * c_u^{-IQR_i}}$$

$$OGV_i = med_i + IQR_i * \frac{a_o}{1 + b_o * c_o^{-IQR_i}}$$

Wobei  $b_u, b_o, c_u, c_o \in (0,1)$

$IQR_i$ : Interquartilsabstand der Verweildauer der Fälle in der DRG  $i$

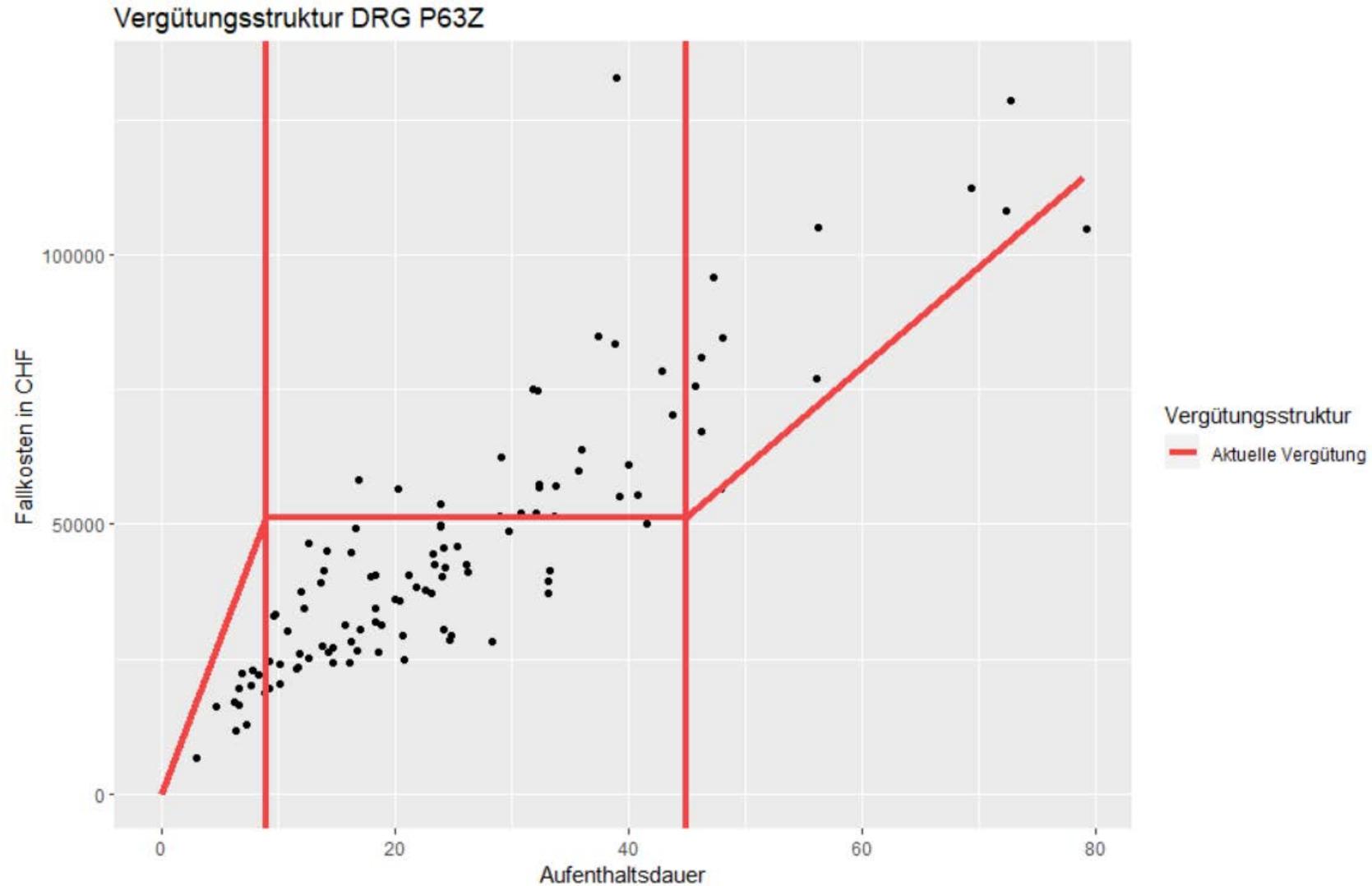
$q_{1,i}$ : erstes Quartil der Verweildauer der Fälle in der DRG  $i$

$med_i$ : Median der Verweildauer der Fälle in der DRG  $i$

# Simulation

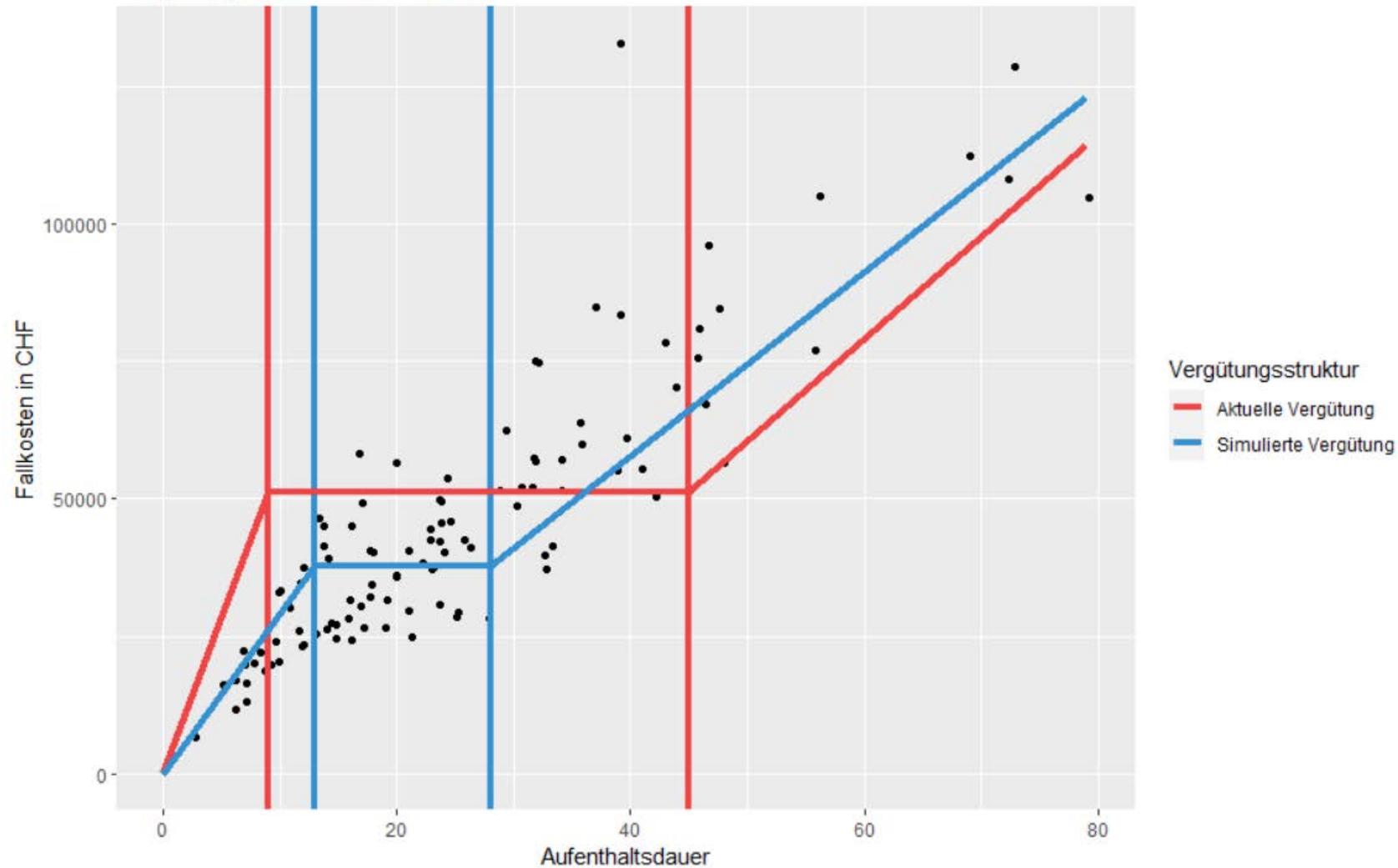
- im iterativen Verfahren wurden die optimalen Parameter  $a_u, a_o, b_u, b_o, c_u, c_o$  ermittelt
- im Anschluss Integration der neuen Formel in Kalkulationsprozess
- zur Evaluierung Prüfung der Simulationsergebnisse mit Kennzahlen der SwissDRG Version 11.0

# Auswirkungen auf die Vergütungsstruktur



# Auswirkungen auf die Vergütungsstruktur

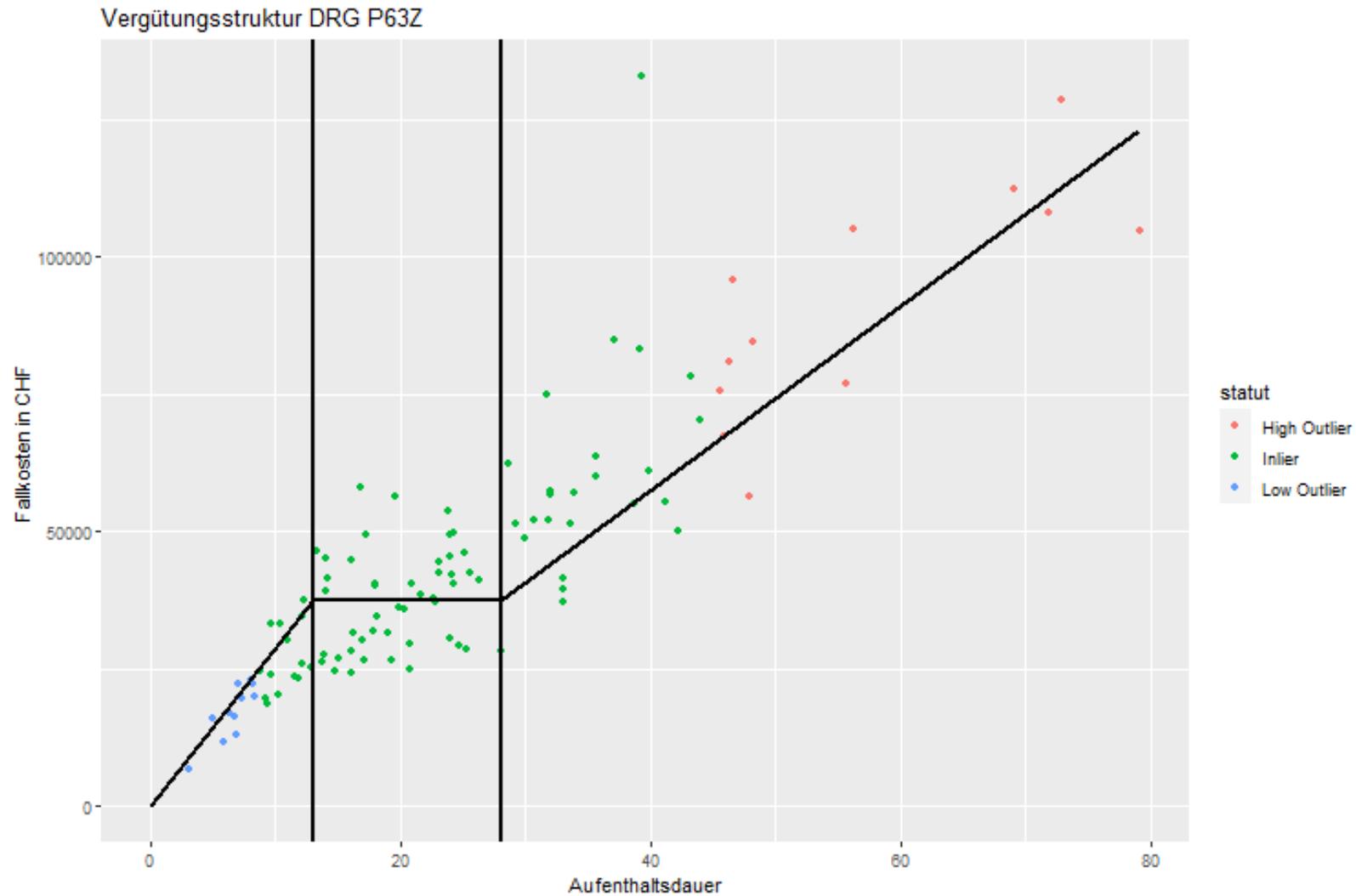
Vergütungsstruktur DRG P63Z



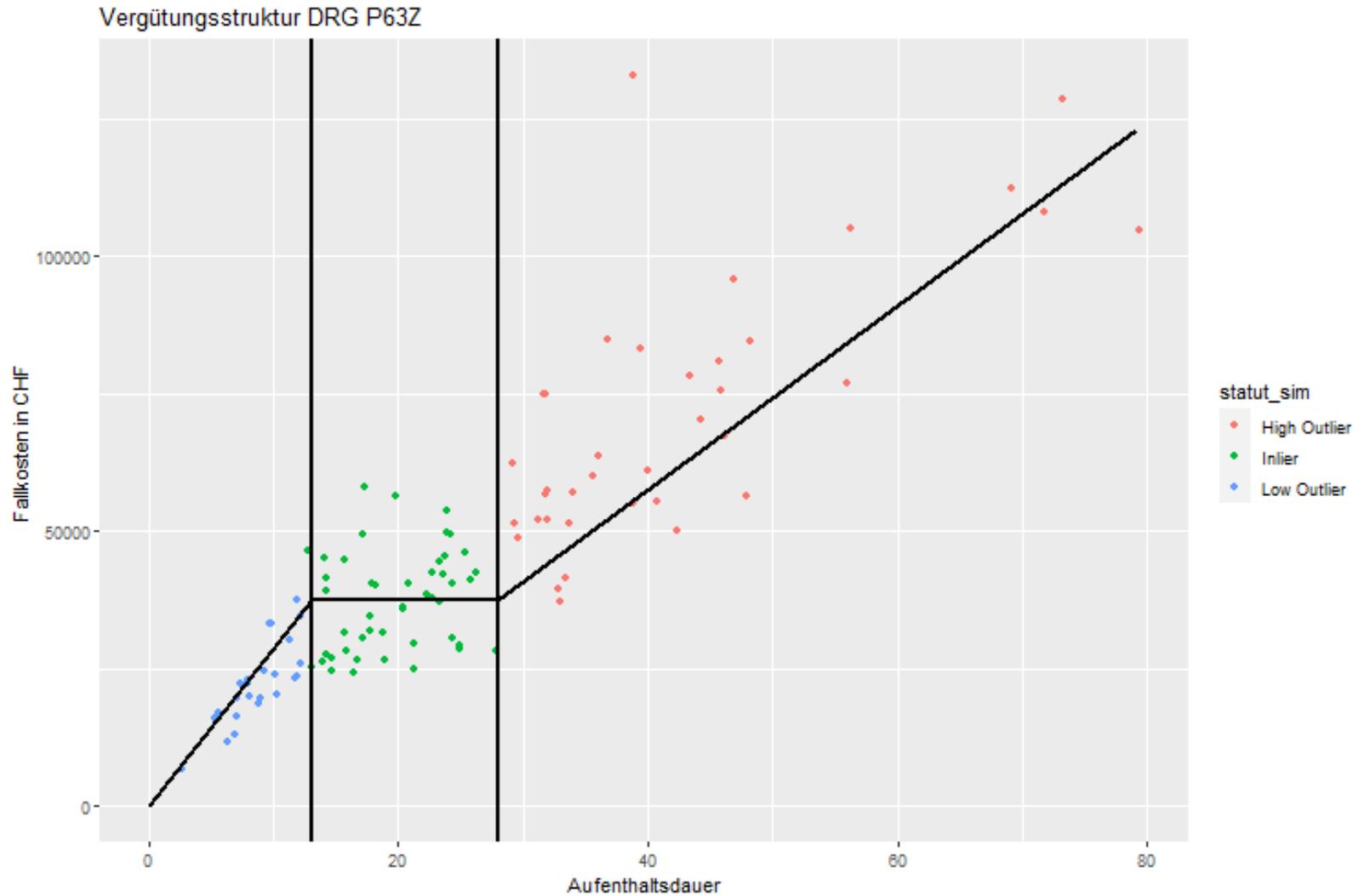
# Verschiebung der Fallmengen



# Verschiebung der Fallmengen



# Verschiebung der Fallmengen



# Deckungsgradvergleich Simulation (Sim) / V11.0

	Anzahl Fälle	Anteil der Kalkulationsdaten (in %)	Deckungsgrad Sim (in %)	Deckungsgrad V11.0 (in %)	Veränderung Sim / V11.0
Unispitäler K111	204'436	19.14	92.57	92.60	-0.03
Übrige Spitäler	863'894	80.86	102.79	102.78	0.01
Kinderspitäler	17'670	1.65	95.45	95.37	0.08
Inlier	858'837	80.39	103.26	104.88	-1.55
Low	93'421	8.74	106.22	122.78	-13.49
High	116'072	10.86	89.29	80.03	11.56
Aufnahmeverlegt	43'093	4.03	97.43	96.30	1.17
Aufnahmeverlegte Inlier	31'302	2.93	99.50	100.50	-1.00
Kinder	68'756	6.44	98.88	100.16	-1.28

Deckungsgradvergleiche basieren auf Fallmenge der Simulation

# Deckungsgrad pro ausgewählte Gruppe (V11.0)

	Anzahl Fälle	Anteil Gesamtfälle	Deckungsgrad V11.0	Deckungsgrad V10.0	Veränderung V11.0/V10.0
Unispitäler K111	205'196	19.16 %	92.57 %	92.17 %	+ 0.4 %
selbständige Kinderspitäler	17'675	1.65 %	95.33 %	92.84 %	+ 2.7 %
nicht Unispitäler	865'542	80.84 %	102.82 %	102.97 %	- 0.1 %
Inlier	916'415	85.59 %	104.14 %	104.37 %	- 0.2 %
Low Outlier	73'402	6.86 %	102.95 %	102.53 %	+ 0.4 %
High Outlier	80'921	7.56 %	81.95 %	81.07 %	+ 1.1 %
Aufnahmeverlegte Patienten	43'078	4.02 %	96.39 %	95.11 %	+ 1.3 %
Aufnahmeverlegte Inlier-Patienten	35'551	3.32 %	99.95 %	98.62 %	+ 1.3 %
Kinder <16 Jahre ohne DRG P66D, P67D	68'832	6.43 %	100.11 %	97.54 %	+ 2.6 %

Hypothetische Baserate für Nullgewinne inkl. ANK V11.0: CHF 10'693

Hypothetische Baserate für Nullgewinne inkl. ANK V10.0: CHF 10'690

*Datenbasis: 2019, Kalkulationsdaten, bewertet über V10.0 und V11.0*

## Fazit

- Anpassungen der UGV / OGV Berechnungen so nicht umsetzbar
- Verbesserungen der Abbildungsgüte bestimmter Fallgruppen führen nicht zur Erhöhung der Gesamtsystemgüte
- SwissDRG Tarifstruktur bereits sehr ausgewogen
- weiter jährliche Entwicklung der Gruppierungslogik und ggf. der Kalkulationsmethodik
- **grundsätzlich Auswirkungen auf Gesamtsystemgüte entscheidend für weitere Anpassungen**

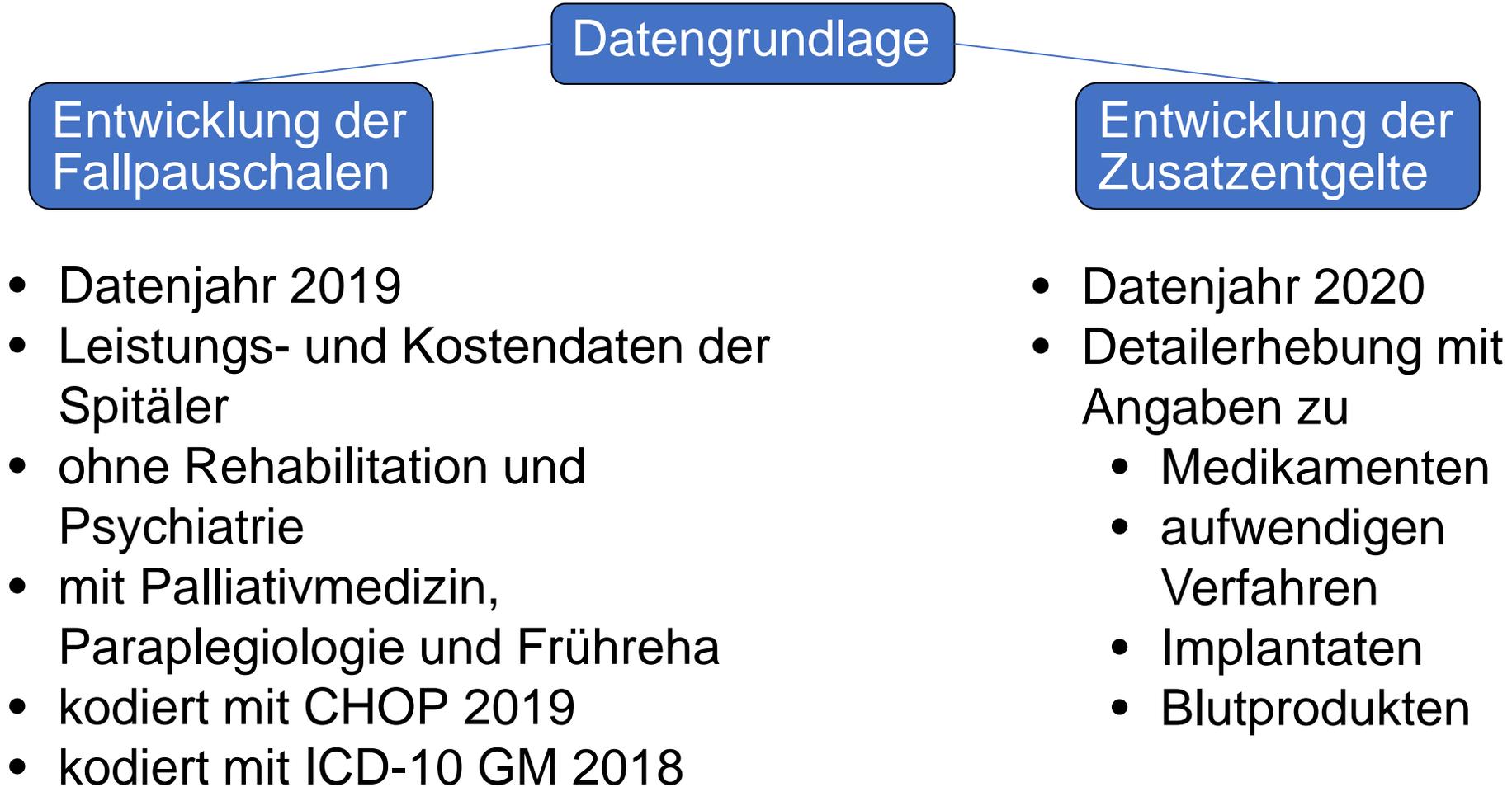
# SwissDRG – Version 12.0 / 2023

**Die Kalkulationsmethodik für die Version 12.0  
bleibt unverändert im Vergleich zur Version 11.0**

# SwissDRG – Version 12.0 / 2023

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

# Datengrundlage zur Systementwicklung



# Datengrundlage zur Systementwicklung

## Kalkulationsdatensatz

- trotz gleichem Datenjahr unterscheidet sich der Kalkulationsdatensatz der Version 12.0 von jenem der Version 11.0
- Grund dafür sind zusätzliche Analysen im Rahmen der Einzelfallprüfung und ein aktualisierter Bereinigungsprozess

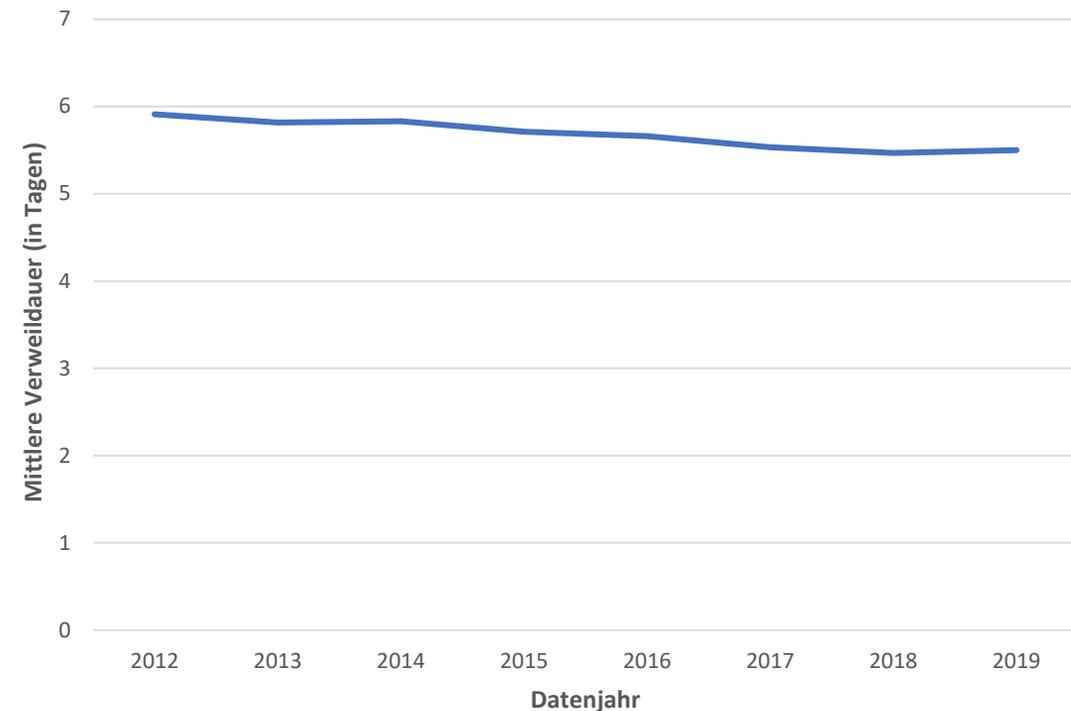
Beschreibung	Anzahl Fälle
Kalkulationsdaten V11.0	1'071'040
Gelöschte Fälle Bereinigung V12.0	- 2'183
Gerettete Fälle Bereinigung V12.0	+ 2'096
Kalkulationsdaten V12.0	1'070'953

# Zusammenfassung der Änderungen

	V12.0	V11.0	V10.0
<b>Anzahl DRGs</b>	<b>1'077</b>	1'063	1'068
Nicht bewertete DRGs	<b>0</b>	0	0
Nicht abrechenbare DRGs	<b>4</b>	4	4
<b>Einbelegungstag-DRGs</b>	<b>244</b>	239	243
Explizit	<b>54</b>	50	47
Implizit	<b>190</b>	189	197
<b>Zusatzentgelte</b>	<b>157</b>	157	136
Bewertet	<b>156</b>	156	135
Unbewertet	<b>1</b>	1	1

# Entwicklung der Verweildauer

Datenjahr	Verweildauer
2012	5.91 Tage
2013	5.82 Tage (-1.52%)
2014	5.83 Tage (+ 0.17%)
2015	5.71 Tage (- 2.06%)
2016	5.66 Tage (- 0.88%)
2017	5.53 Tage (-2.30%)
2018	5.47 Tage (-1.08%)
2019	5.50 Tage (+0.55%)



*Datenbasis: 2012-2019, SwissDRG Daten Anwendungsbereich*

# Anteil Outlier

	V12.0		V11.0	
	Fallzahl	Anteil	Fallzahl	Anteil
Inlier	850'667	79.4%	850'450	79.4%
High Outlier	74'752	7.0%	74'951	7.0%
Low Outlier	67'804	6.3%	67'824	6.3%
Verlegte Fälle	77'647	7.3%	77'647	7.3%
Unbewertete DRG	0	0.0%	0	0.0%
Nicht abrechenbare DRG	83	0.0%	81	0.0%
Alle	1'070'953	100%	1'070'953	100%

*Datenbasis: 2019, Kalkulationsdaten*

# Kostenhomogenität R<sup>2</sup>

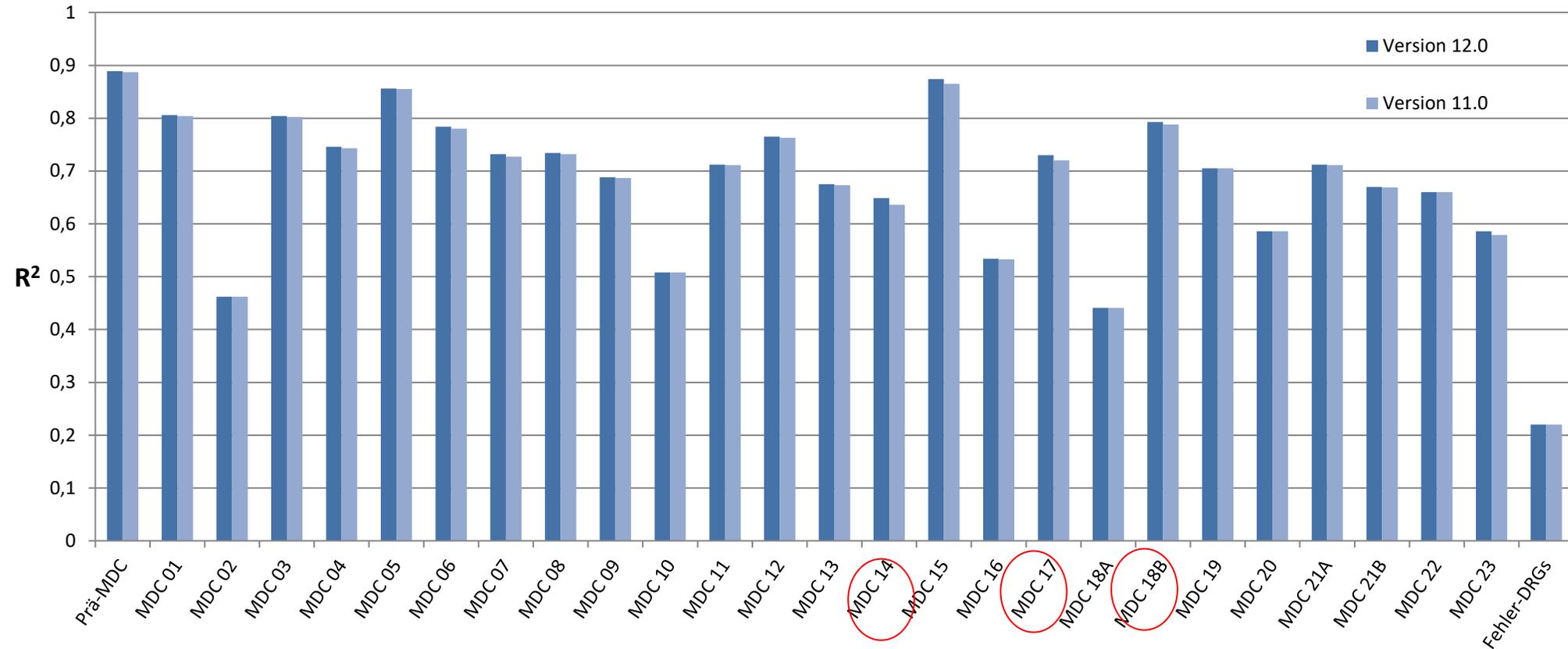
## Version V12.0 im Vergleich zu den Vorversionen

Grouperversion	Datenjahr	Alle Fälle	Inlier (gemäss V12.0)
V12.0	2019	0.757	0.854
V11.0		0.755	0.851
V10.0		0.716	0.812

*Datenbasis: 2019, Kalkulationsdaten*

# Kostenhomogenität $R^2$ nach MDC

## Version V12.0 im Vergleich zur Vorversion



Datenbasis: 2019, Kalkulationsdaten, Inlier gemäss V12.0

# Ermittlung der Kostengewichte

	Anzahl DRG kalkuliert	<i>davon auf 2 oder 3 Datenjahren</i>
<b>V12.0</b>	<b>1'077</b>	<b>23/6</b>
V11.0	1'059	19/7
V10.0	1'064	15/6
V9.0	1'052	16/6
V8.0	1'033	27/3



## Kriterien:

- geringe Fallzahl
- kein Grupperumbau oder klare Abgrenzung in Vorjahres-Daten möglich

# Berechnung der Bezugsgrösse

Bezugsgrösse wird so berechnet, dass bei identischer Datengrundlage 2019

Summe der effektiven Kostengewichte gruppiert mit V12.0

=

Summe der effektiven Kostengewichte gruppiert mit V11.0

SwissDRG V12.0	SwissDRG V11.0	SwissDRG V10.0
10'314 CHF	10'275 CHF	10'320 CHF

*Datenbasis: 2019, SwissDRG Daten Anwendungsbereich, bewertet über V11.0 und V12.0*

# Casemix Index nach Typologie

Versorgungsstufe	Anzahl Fälle	CMI V12.0	CMI V11.0	Delta V11.0/V12.0
K111 Zentrumsversorgung 1	216'624	<b>1.454</b>	1.451	+ 0.2 %
K112 Zentrumsversorgung 2	652'084	<b>1.019</b>	1.020	- 0.1 %
K121 Grundversorgung 3	117'055	<b>0.889</b>	0.890	- 0.2 %
K122 Grundversorgung 4	85'949	<b>0.921</b>	0.923	- 0.2 %
K123 Grundversorgung 5	25'886	<b>0.911</b>	0.907	+ 0.3 %
K221 Rehabilitationskliniken	1'048	<b>6.360</b>	6.325	+ 0.6 %
K231 Chirurgie	47'455	<b>1.109</b>	1.113	- 0.3 %
K232 Gyn / Neonatologie	4'575	<b>0.390</b>	0.391	- 0.4 %
K233 Pädiatrie	18'545	<b>1.326</b>	1.313	+ 1.0 %
K234 Geriatrie	5'487	<b>1.403</b>	1.391	+ 0.9 %
K235 Spezialkliniken	6'870	<b>1.937</b>	1.922	+ 0.8 %
<b>Alle</b>	<b>1'181'578</b>	<b>1.094</b>	<b>1.094</b>	<b>0.0 %</b>

*Datenbasis: 2019, SwissDRG Daten Anwendungsbereich, bewertet über V11.0 und V12.0*

## Casemix Index nach Partition

Partition	Anzahl Fälle	CMI V12.0	CMI V11.0	Delta V11.0/V12.0
Andere	24'919	<b>0.926</b>	0.928	- 0.3 %
Medizinische	621'665	<b>0.696</b>	0.696	0.0 %
Operative	534'994	<b>1.565</b>	1.565	0.0 %

*Datenbasis: 2019, SwissDRG Daten Anwendungsbereich, bewertet über V11.0 und V12.0*

## Casemix Index nach Alter

Altersklasse	Anzahl Fälle	CMI V12.0	CMI V11.0	Delta V11.0/V12.0
0-16 Jahre	151'097	<b>0.666</b>	0.664	+ 0.4 %
Ab 17 Jahren	1'030'481	<b>1.157</b>	1.157	0.0 %

*Datenbasis: 2019, SwissDRG Daten Anwendungsbereich, bewertet über V11.0 und V12.0*

## Deckungsgrad pro ausgewählte Gruppe mit hypothetischen Einheitsbasispreisen

	Anzahl Fälle	Anteil Gesamtfälle	Deckungsgrad V12.0	Deckungsgrad V11.0	Veränderung V12.0/V11.0
Unispitäler K111	205'078	19.15 %	<b>92.78 %</b>	92.60 %	+ 0.2 %
selbständige Kinderspitäler	17'675	1.65 %	<b>96.29 %</b>	95.37 %	+ 1.0 %
nicht Unispitäler	865'792	80.85 %	<b>102.71 %</b>	102.78 %	- 0.1 %
Inlier	916'491	85.58 %	<b>103.96 %</b>	104.11 %	- 0.1 %
Low Outlier	73'285	6.84 %	<b>103.21 %</b>	103.04 %	+ 0.2 %
High Outlier	81'094	7.57 %	<b>82.71 %</b>	82.11 %	+ 0.7 %
Aufnahmeverlegte Patienten	43'100	4.02 %	<b>97.75 %</b>	96.30 %	+ 1.5 %
Aufnahmeverlegte Inlier-Patienten	35'555	3.32 %	<b>101.30 %</b>	99.90 %	+ 1.4 %
Kinder <16 Jahre ohne DRG P66D, P67D	68'832	6.43 %	<b>100.78 %</b>	100.17 %	+ 0.6 %

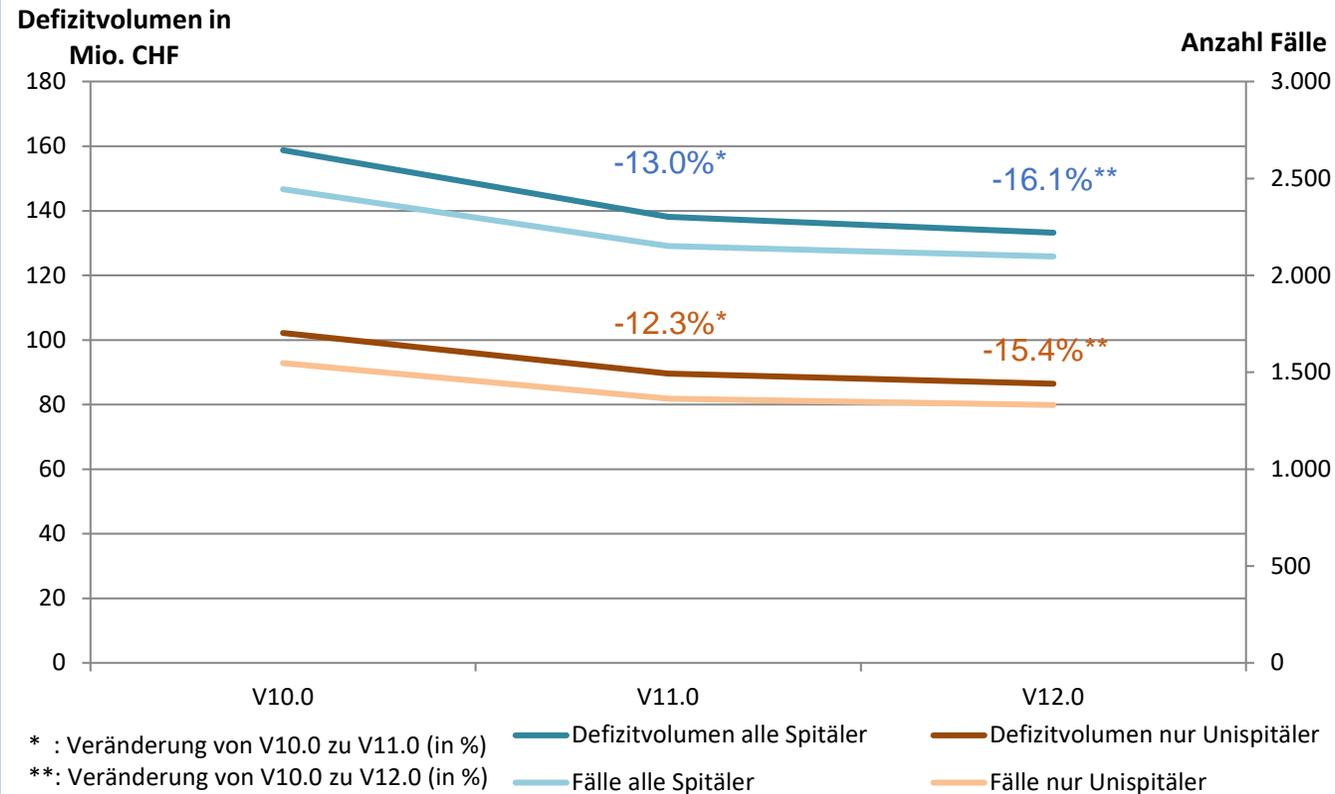
Hypothetische Baserate für Nullgewinne inkl. ANK V12.0: CHF 10'700

Hypothetische Baserate für Nullgewinne inkl. ANK V11.0: CHF 10'698

*Datenbasis: 2019, Kalkulationsdaten, bewertet über V11.0 und V12.0*

# Defizitfälle

## Fälle mit Defizit > CHF 40'000.-



## Definition VR:

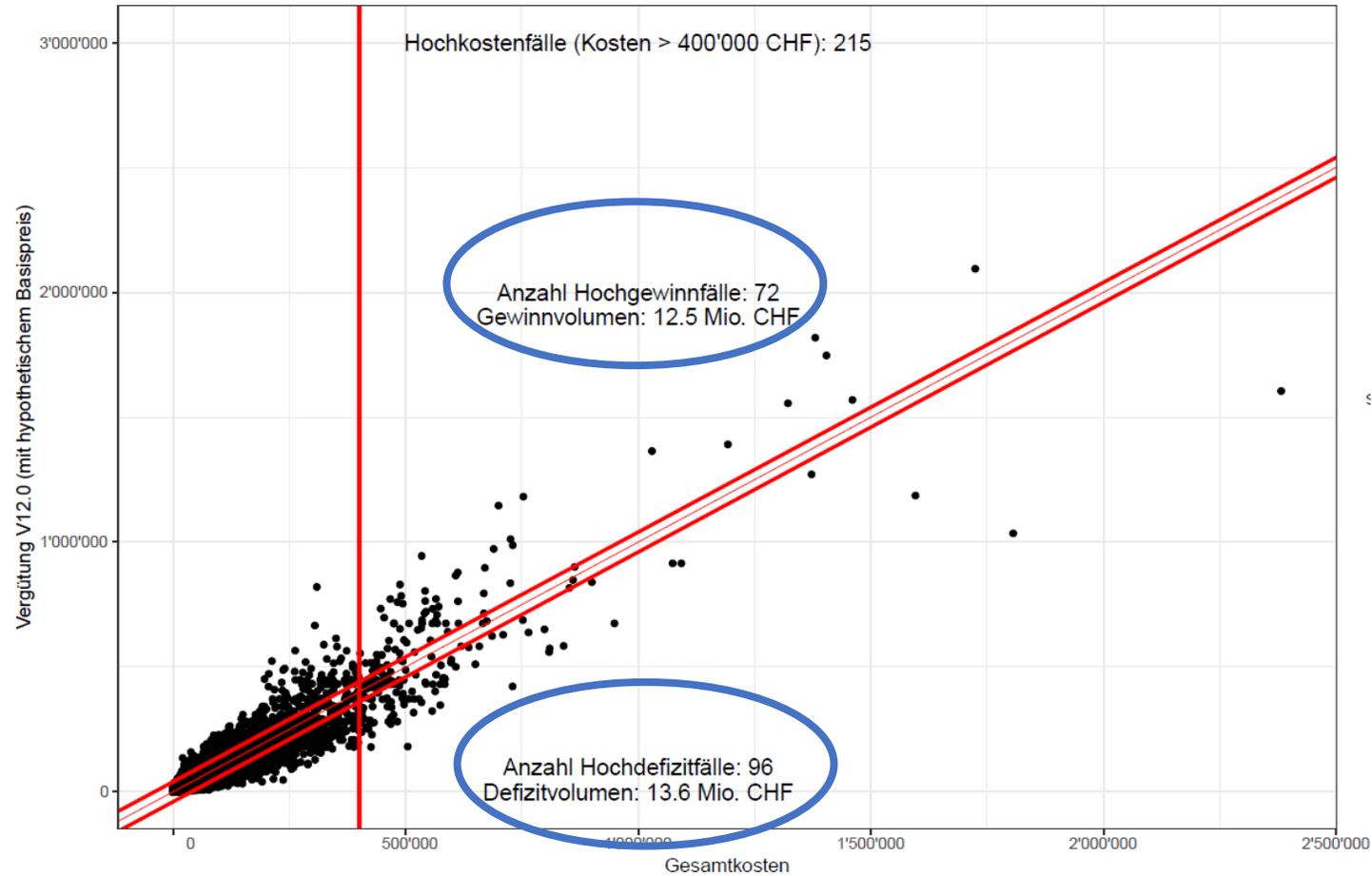
- Defizit > CHF 40'000
- Kosten > CHF 400'000



- 96 Fälle
- 15 betroffene Spitäler
- Defizitvolumen CHF 13.6 Mio.

*Datenbasis: 2019, Kalkulationsdaten, bewertet über V10.0, V11.0 und V12.0*

# Hochkostenfälle Verteilung



*Datenbasis: 2019, Kalkulationsdaten*

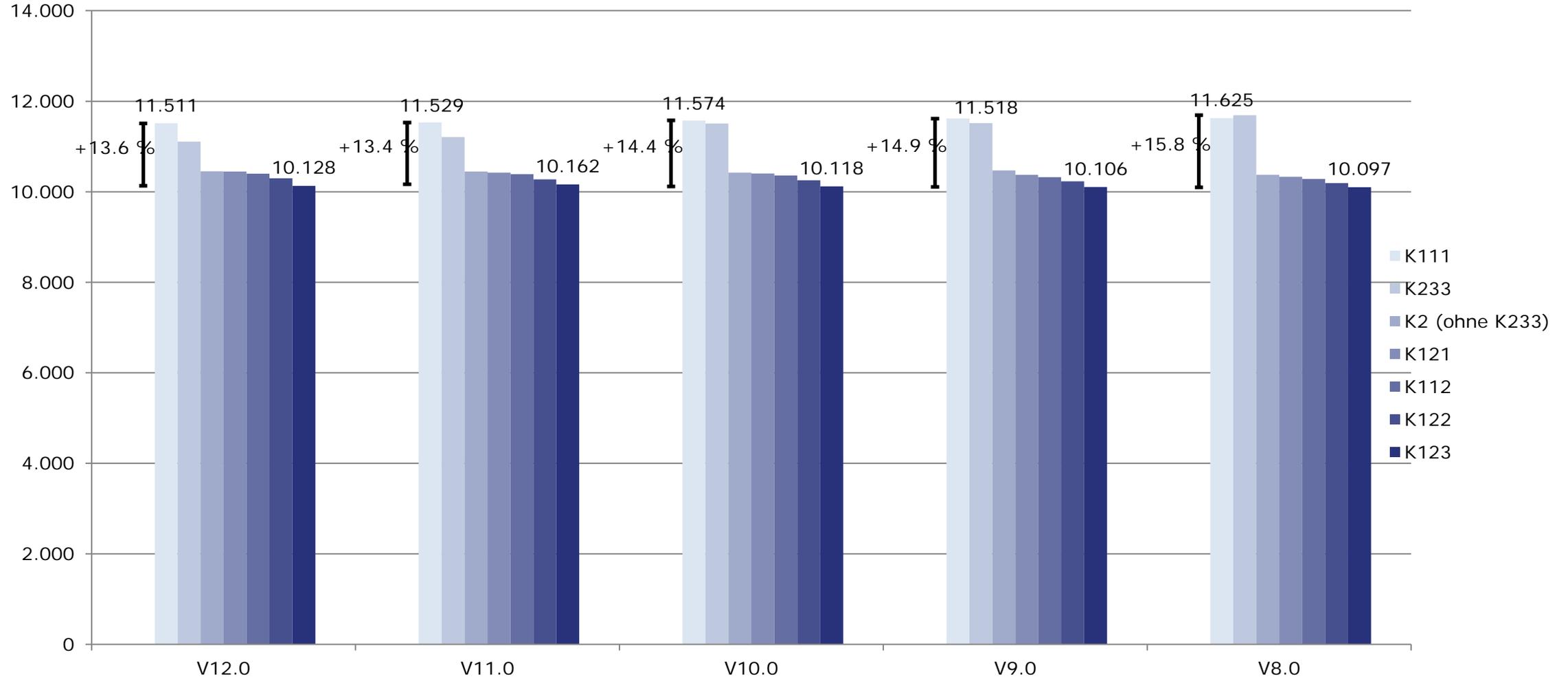
# Hochkostenfälle

## Verteilung

- 215 Hochkostenfälle
  - 0.02% der Gesamt-Fälle
  - ein Fall auf 4980 Fälle
- 78% der Hochkostenfälle weisen Gewinn / Defizit von über 40'000 CHF auf
- 3 von 4 Hochkostenfällen sind High Outlier
- 4 von 5 Hochkostenfällen stammen aus der Prä-MDC
- Kosten in höher bewerteten DRG streuen in der Regel stärker als in tiefer bewerteten DRG
- Wahrscheinlichkeit (absolut) zu tief oder zu hoch vergütet zu werden steigt mit den Gesamtkosten an

# Fallnormkosten pro Typologie

## Versionseffekt

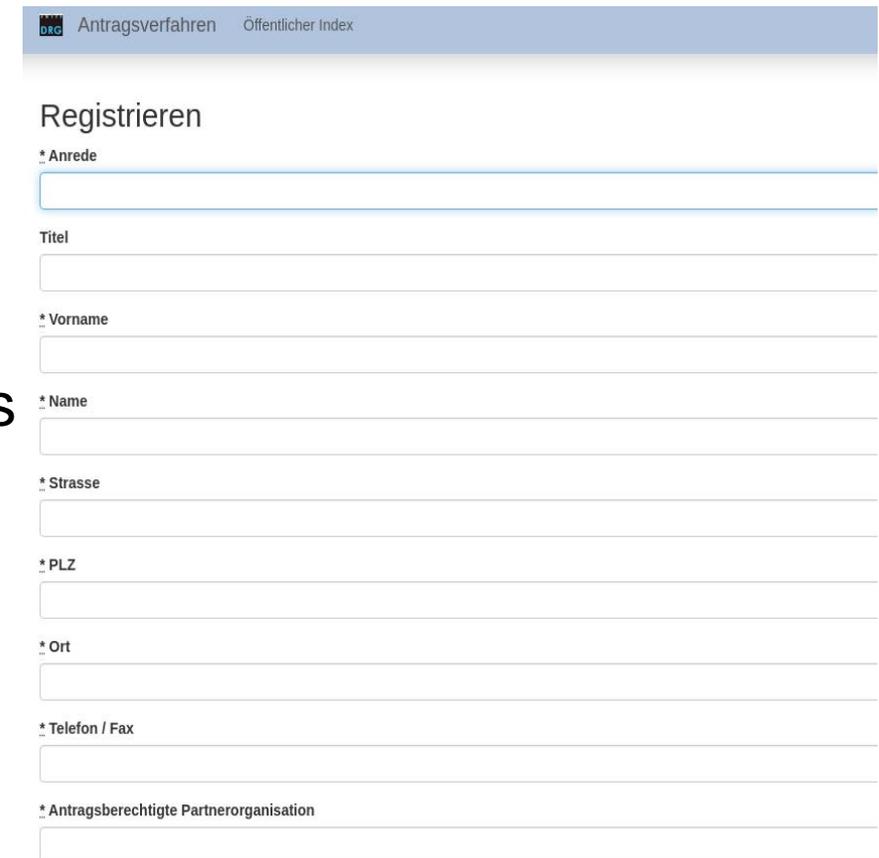


*Datenbasis: 2019, Kalkulationsdaten, bewertet über V8.0 bis V12.0*

# Hinweis zum Antragsverfahren

## Neu:

- Registrierung erforderlich
- nicht mehr bei jedem Antrag Eintrag der Personendaten erforderlich (für Tarpsy / ST Reha ab 2023)
- Übersicht über alle eigenen Anträge, Link muss nicht mehr benutzt werden
- weitere Informationen über Newsletter und Homepage

A screenshot of the SwissDRG registration form. The form is titled 'Registrieren' and is located on the 'Antragsverfahren' page of the 'Öffentlicher Index'. The form contains several input fields, each with a red asterisk indicating it is required. The fields are: 'Anrede', 'Titel', 'Vorname', 'Name', 'Strasse', 'PLZ', 'Ort', 'Telefon / Fax', and 'Antragsberechtigte Partnerorganisation'. Each field is represented by a horizontal line with a small red asterisk at the beginning.

**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!**

**SwissDRG AG**

Länggassstrasse 31

CH-3012 Bern

 +41 (0) 31 310 05 50

e-mail: [info@swissdrg.org](mailto:info@swissdrg.org)