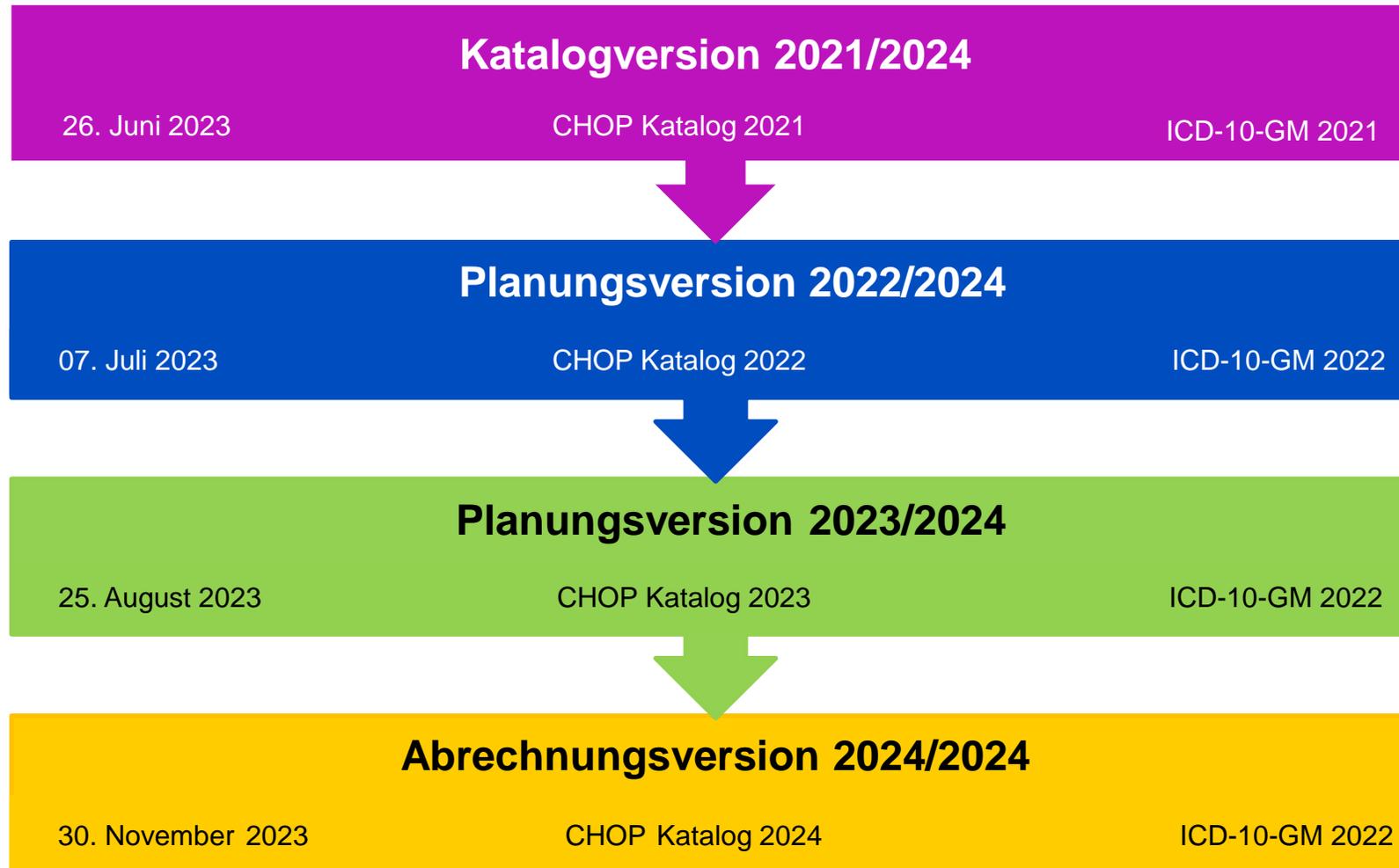


Informationsveranstaltung SwissDRG – Version 13.0 / 2024

28. Juni 2023

Inselspital Bern, Ettore Rossi

Zeitachse - Tarifstruktur



SwissDRG – Version 13.0 / 2024

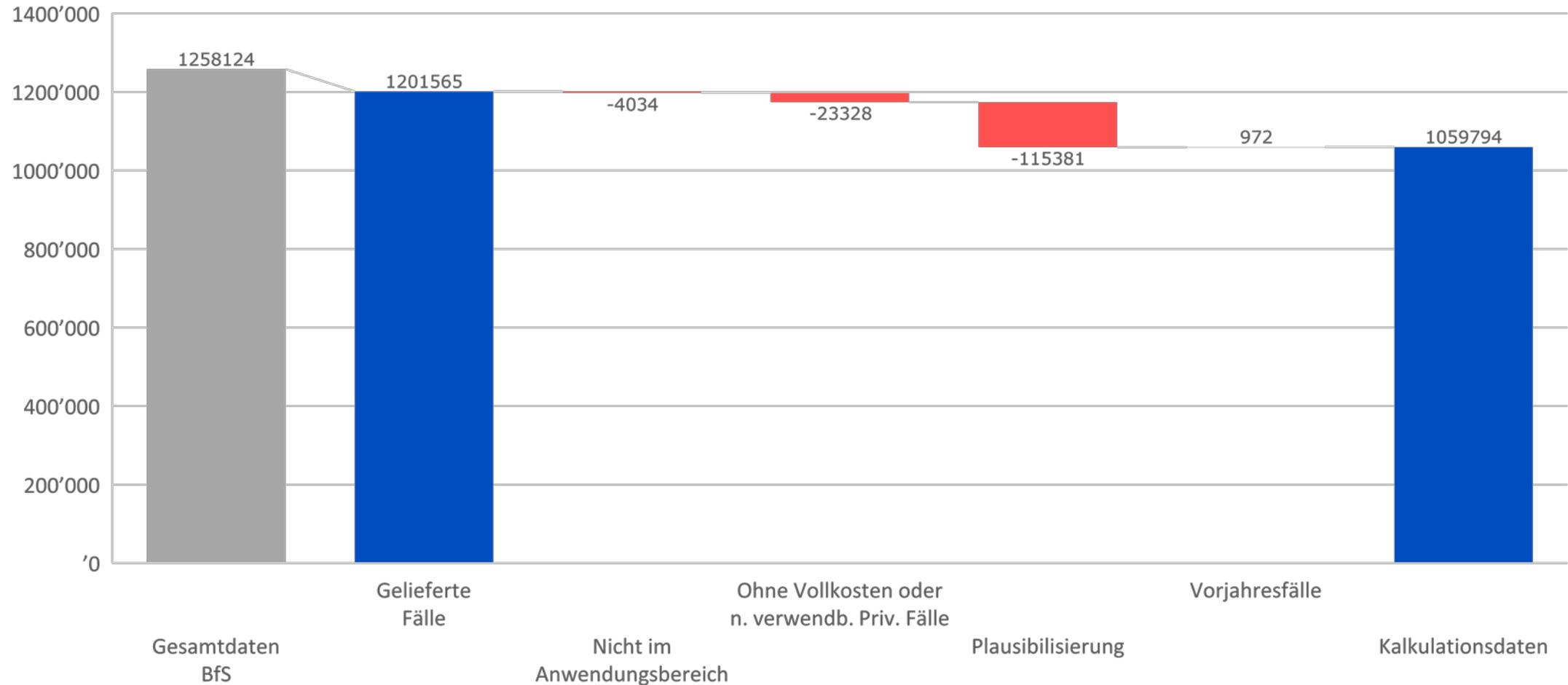
1. **Datengrundlagen**
2. Grupperweiterentwicklung
3. Kalkulationsmethodik
4. Ergebnisse

Anzahl Spitäler

Datenjahr	2021	2019	2018
Netzwerkspitäler	149	141	131
Gesamtspitäler	189	182	176

- Gesamtlöschung von 12 Spitälern
- Daten von 137 Spitälern zur Systementwicklung verwendet (135 im Vorjahr bzw. 2019)

Übersicht Datenerosion

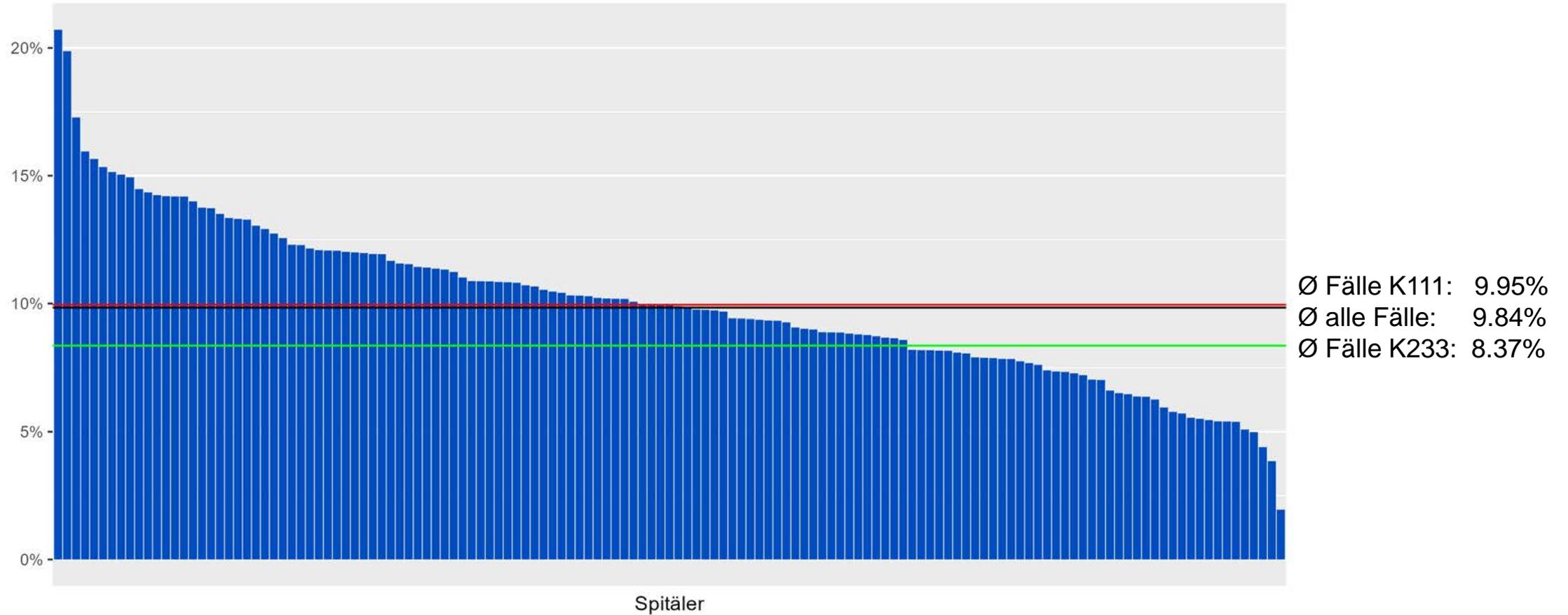


Lieferumfang (Anzahl Spitäler)

Medikamente / Implantate / teure Verfahren

	V13.0			V12.0	V11.0
Datenjahr	2021	2021 Uni- spitäler	2021 Kinder- spitäler	2020	2019
Teure Medikamente in der medizinischen Statistik					
	109	5	3	105	94
Detailerhebung, Angabe von Kosten....					
... teurer Medikamente	62	5	2	65	61
teurer Implantate	41	5	2	47	48
-davon Kunstherzen	3	3	0	4	5
... teurer Verfahren/Blutprodukte	37	5	2	40	40

Anteil der Anlagenutzungskosten



Datenbasis: 2021, Kalkulationsdaten

Doppelerhebung Anlagenutzungskosten

- Aufforderung des Bundesrates, Anlagenutzungskosten nach VKL zu erheben
- In Abstimmung mit H+ sind Auswirkung dieser Methodenänderung nur mittels Doppelerhebung beurteilbar
- Gleichzeitige Erhebung der ANK (Daten 2023)
 - nach betriebswirtschaftlichen Grundsätzen sowie
 - nach VKL
- Vollerhebung aller 3 Tarifstrukturen mit möglichst vielen REKOLE-zertifizierten Spitälern/Kliniken/Institutionen
- Zusätzlich zu Fallkosten nach betriebswirtschaftlicher Sicht kann separate Datei mit Fallkosten (mit ANK-Variablen nach VKL) geliefert werden

Artikelliste für die verbindliche Einzelkostenverrechnung

- Bitte die Kostenzuordnung gemäss Artikelliste einhalten.

Home Über uns Akutsonatik Psychiatrie Rehabilitation Grouper DE FR IT Q

Erhebung 2023 (Daten 2022)

Stand: 30.11.2021
Es gibt keine Änderungen im Vergleich zur Vorversion (Daten 2021).

Artikelliste für die verbindliche Einzelkostenverrechnung

Artikelgruppe	Einsatzgebiet	Artikel (allgemeine Bezeichnung) ⁶	Mengeinheit	Einzelkostenverrechnung ¹	Kostenausweis Kostenarten- gruppe ^{4,5}	Kostenartenuntergruppe (SwissDRG, Spezifikationen)	
Implantate	Gastrointestinaltrakt	Magenband	Stück	X	401	v104	
		Stents	Stück	X	401	v104	
	Schädel	Implantate Schädel- und Gesichtsschädelknochen		Stück	X	401	v104
			Unterkieferrekonstruktionsplatten	Stück	X	401	v104
		Ramus-Distraktoren	Stück	X	401	v104	
	Nervensystem	Neurostimulator mit Zubehör	Stück	X	401	v104	
		Cochleaimplantate	Stück	X	401	v104	
	Auge	Linse	Stück	X	401	v104	
	Haut	Mammaprothesen	Stück	X	401	v104	
		Hautersatzmaterialien	Stück	X	401	v104	
	Urogenitaltrakt	Blasenstimulator mit Zubehör		Stück	X	401	v104
			Künstlicher Blasenverschlussmuskel	Stück	X	401	v104
		Penisprothese	Stück	X	401	v104	
	Nuklearmedizin	Sonde	Stück	X	401	v104	
		Mikrosphären (SIRT)	ml	X	401	v104	
	Andere implantierbare Aggregate	Zwerchmenschrittmacher mit Zubehör	Stück	X	401	v104	
		Implantierbare Medikamentenpumpen mit Zubehör	Stück	X	401	v104	
	Sonstige	Endobronchialventile	Stück	X	401	v104	
Netze zur Defektreparatur (z.B. Herniennetze)		Stück	X	401	v104		
	Tracheobronchialstents	Stück	X	401	v104		

Die Artikelliste für die verbindliche Einzelkostenverrechnung (Datenjahr 2022) Kostenkomponente Kosten für einzelne Produkte verrechnet werden müssen. Die Artikelliste ist verbindlich und mit den Kodierungsrichtlinien von REKOLE® abgestimmt.
Excel: Artikelliste für die verbindliche Einzelkostenverrechnung Daten 2022
Stand: 30. November 2021

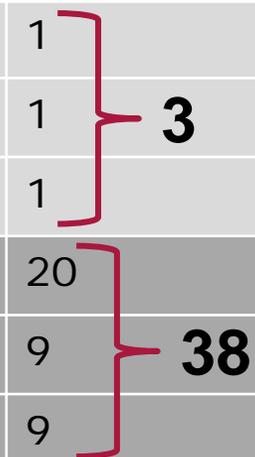
Medikamente Dosis-Summen

«Bei gleicher Verabreichungsart und Zusatzangabe müssen die verabreichten Dosen eines Medikamentes pro Fall pro ATC-Kode aufsummiert werden.»

(Dokumentation zur SwissDRG Erhebung, Kapitel 3.2.10)

Fall	ATC	Dosis
1	B02BB01	35
2	L01FG01	400
3	C02KX01	1250

Fall	ATC	Dosis
1	J05AP55	1
1	J05AP55	1
1	J05AP55	1
2	B01AC11	20
2	B01AC11	9
2	B01AC11	9


 The table shows two groups of rows. The first group (rows 1-3) has a red bracket on the right side grouping the 'Dosis' values (1, 1, 1) and a bold black number '3' next to it. The second group (rows 4-6) has a red bracket on the right side grouping the 'Dosis' values (20, 9, 9) and a bold black number '38' next to it.

Dateiablage

Lieferung Datenfehler Spitaldaten Downloads Dateiablage Demo Spital ▾

Tarifsystem **SwissDRG**

Dateiablage

25 ▾ Einträge anzeigen Suchen

Dateiname	↑↓ Hochgeladen am	↓↑ Dateigrösse	↑↓
Prüfliste.xlsx	Montag, 22. Mai 2023, 11:13 Uhr	8,46 KB	

1 bis 1 von 1 Einträgen Zurück **1** Nächste

Neue Datei hochladen

Bitte hier weder die MS noch die FK-Datei hochladen. Die Datenlieferung wird nicht über die Dateiablage akzeptiert.

Durchsuchen... Keine Datei ausgewählt. Datei hochladen

SwissDRG – Version 13.0 / 2024

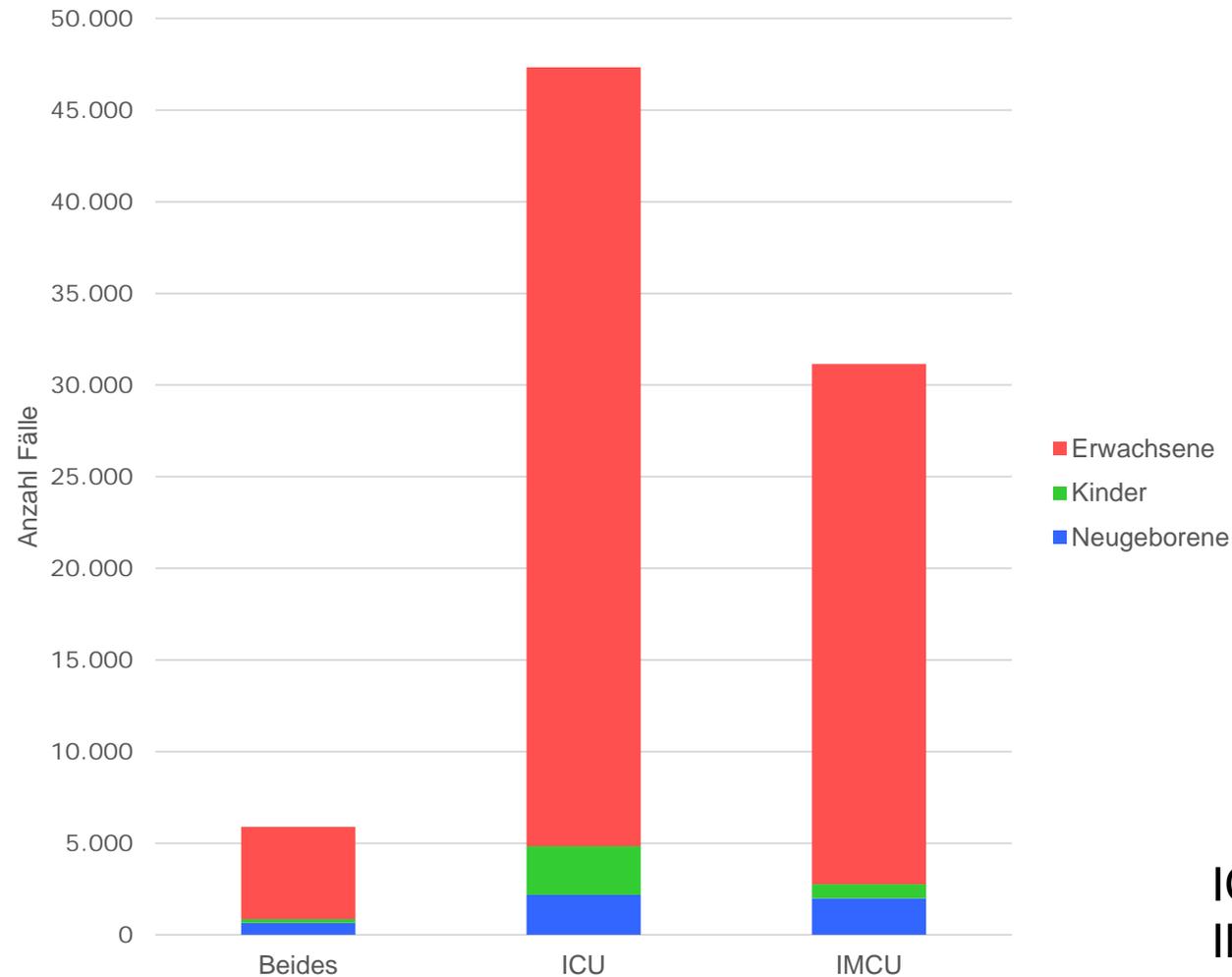
1. Datengrundlagen
- 2. Grouperweiterentwicklung**
 - Teil I
 - Pause 20 min
 - Teil II
3. Kalkulationsmethodik
4. Ergebnisse

Überblick Intensivmedizin

Wesentliche Elemente der Abbildung im Grouper

- Beatmungsstunden (HMV)
- intensivmedizinische Komplexbehandlung
- Komplexbehandlung in einer Intermediate-Care Unit

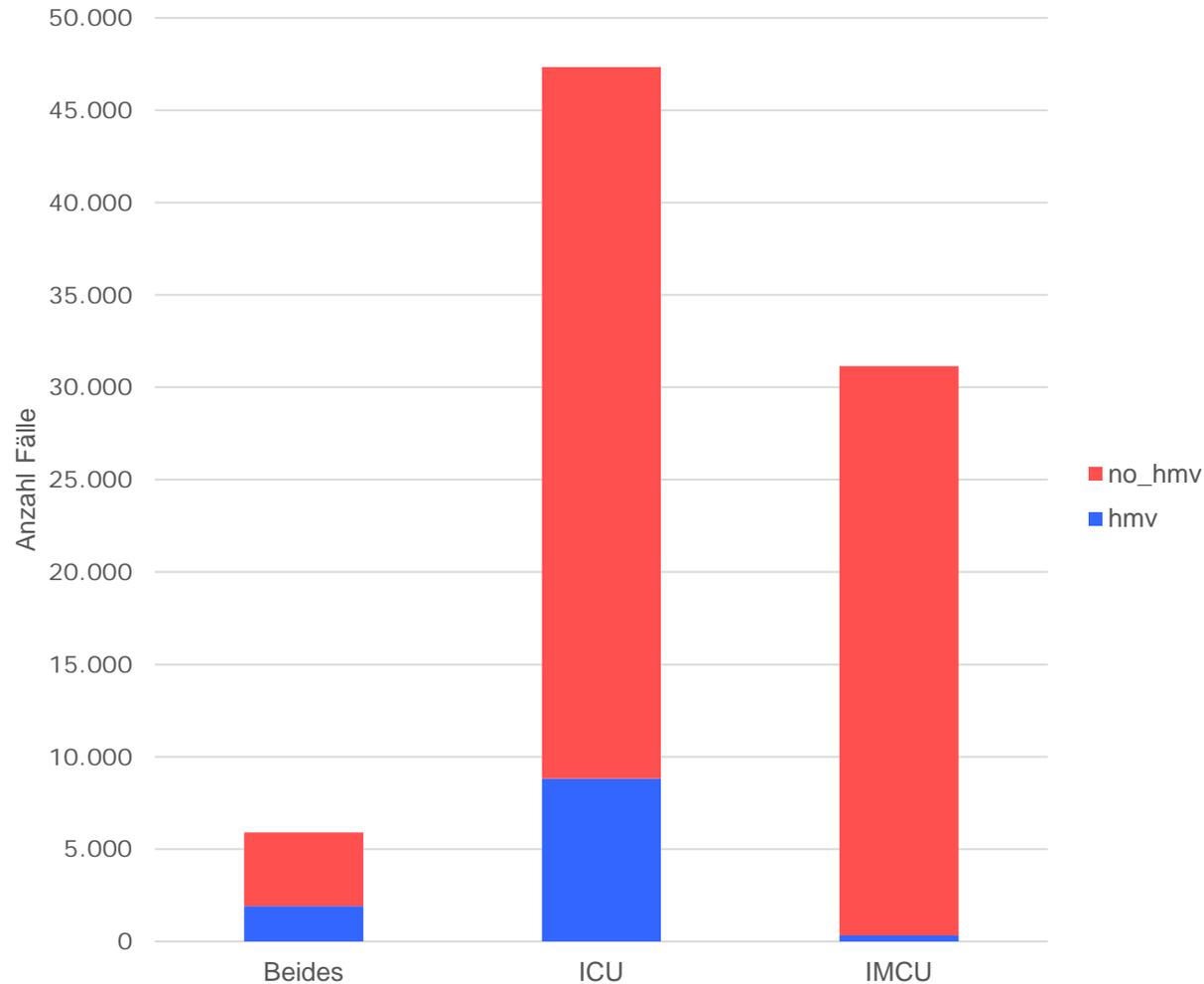
Anzahl ICU / IMCU Fälle



ICU-Kodes: 99.B7.1-/99.B7.2-/99.B7.3-
IMCU-Kodes: 99.B8.1-/99.B8.2-/99.B8.3-

Kalkulationsdatensatz 2021

Anzahl ICU / IMCU Fälle mit HMV



ICU-Kodes: 99.B7.1-/99.B7.2-/99.B7.3-
IMCU-Kodes: 99.B8.1-/99.B8.2-/99.B8.3-
HMV: 4.4.V01 > 24 Stunden

Kalkulationsdatensatz 2021

Abbildung der Beatmungsstunden

Ausgangslage:

- relevant in 34 DRGs
- Bedingungen von >24 bis >1499 Stunden
- DRG A06C «**Beatmung > 999 Stunden** oder > 499 Stunden mit hochaufwendigem Eingriff
und Alter < 16 Jahre oder bestimmte komplexe Konstellationen oder IntK/IMCK > 4410/4600
Aufwandspunkte oder bestimmte IntK mit IMCK Aufwandspunkten»

Abbildung der Intensivmedizin

Herausforderungen in Abbildung der Beatmungsstunden:

- eindeutige Kodierrichtlinien
- viele Rückfragen der Versicherer
- HMV auch in ICU Aufwandspunkten relevant
- Differenzierung der Grupperlogik (HMV versus Aufwandspunkte)
- Weiterentwicklung der Intensivmedizin

Ziel:

→ Verzicht auf Beatmungsstunden in DRG Logiken

Weiterentwicklung der Abbildung Intensivmedizin

Vorgehen:

- schrittweise Entfernen der HMV Logik
- bei Bedarf Ersatz mit neuer Logik ohne HMV
- Beachte: komplexe MDC übergreifende Abbildung der Intensivmedizin

→ viele Fallverschiebungen zwischen Basis-DRGs und MDCs

→ **umfassende Überarbeitung notwendig**

Weiterentwicklung der Abbildung Intensivmedizin

- erste Überprüfung mit Daten 2019, Version 11.0
- zweite Überprüfung und Umbau mit Daten 2021 für Version 13.0
- insgesamt ca. 1000 Simulationen

→ intensiver Austausch mit Fachgesellschaften und Spitalern

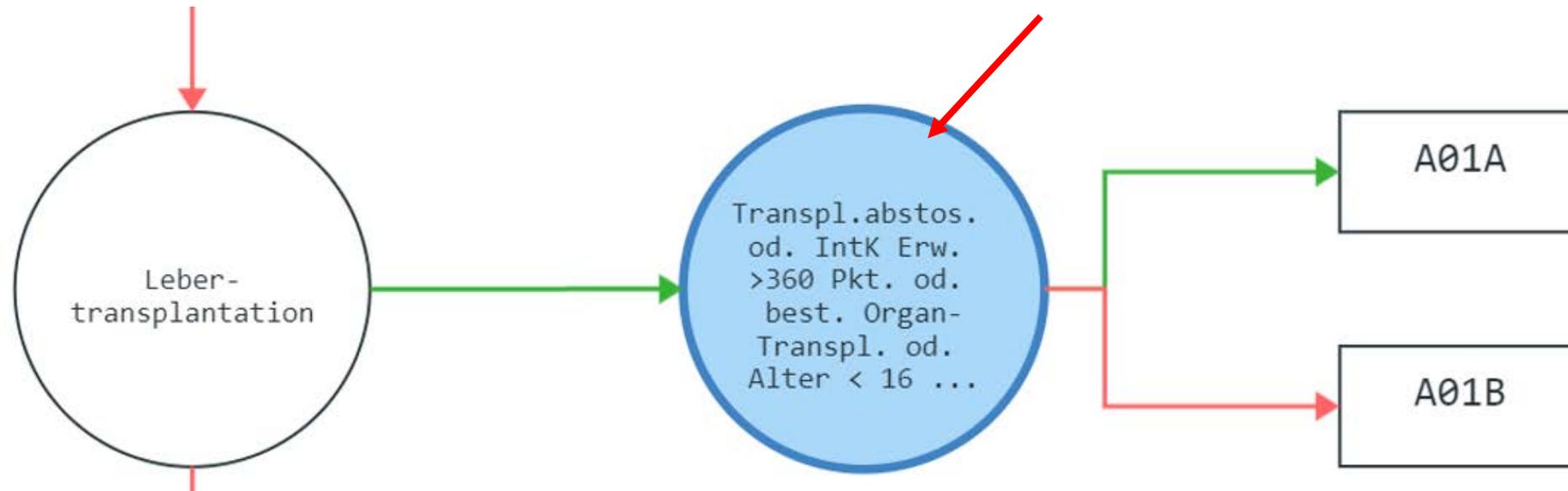
Aufwandspunkte ICU / IMCU für Kinder

- CHOP 2021 gruppierungsrelevante ICU- und IMCU-Aufwandspunkte für Neugeborene und Kinder erst >196 Pkt. möglich
 - ab CHOP 2022 Abbildung von tieferen ICU- und IMCU-Aufwandspunkten
- in wenigen DRGs vorerst Beatmungsstunden als Platzhalter belassen

Umbau H MV / Intensivmedizin Prä-MDC

Umbau DRG A01A:

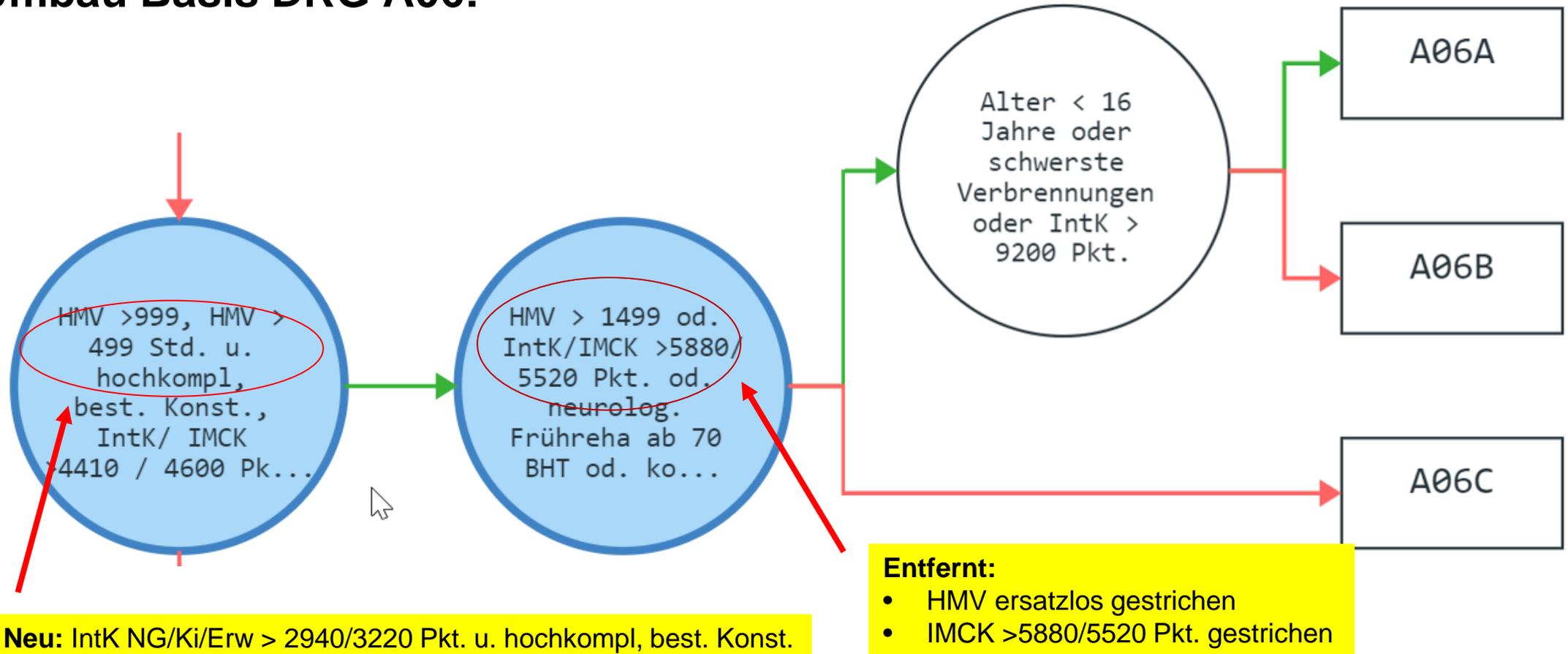
- Beatmung > 59 Std. mit IntK Erw. > 360 Pkt. für DRG A01A ersetzt



Umbau H MV / Intensivmedizin

Prä-MDC

Umbau Basis DRG A06:



Umbau H MV / Intensivmedizin

Prä-MDC

Weiterer Umbau Basis DRG A06:

- step down/ step up-Logik mit tieferen Intk. Pkt. angepasst

Entfernt: IntK > 3920/3680 Pkt. mit IMCK > 3430/3220 Pkt.

Neu: IntK > 3430/3220 Pkt. mit IMCK > 3430/3220 Pkt.

Entfernt: IntK > 3430/3220 Pkt. mit IMCK > 3920/3680 Pkt.

Neu: IntK > 2940/2760 Pkt. mit IMCK > 3920/3680 Pkt.

Umbau H MV / Intensivmedizin Prä-MDC

Umbau DRG A07A:

- Einfügen von IMCK Pkt. > 3430/4600 Pkt.

Einfügen einer step down / step up-Logik:

- IntK NG/ Ki >1764 Pkt. und IMCK NG/Ki >1470 Pkt.
- IntK Erw. > 2208 Pkt. und IMCK Erw. > 1932 Pkt.

Umbau H MV / Intensivmedizin

Prä-MDC

Umbau Basis DRG A11:

- Löschen H MV-Bedingungen > 249 Std.
- Überarbeitung aller Logikteile mit H MV Bedingung
- insgesamt Vereinfachung der komplexen Logik
- aufwendige Konstellation in Verbindung mit IntK Pkt. aufgewertet:
 - «*Mehrzeitige Eingriffe*»
 - «*Eingriff mehrere Lokalisationen*»
 - «*hochkomplexe Operationen*»
 - «*aufwendige Diagnosen*»

Umbau H MV / Intensivmedizin

CC-Matrix

Umbau:

- Aufwertung von ICDs der Gruppe J12.- «*Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert*» in CC Matrix
- Aufwertung ICD Kode B96.2 «*Escherichia coli [E. coli] und andere Enterobacterales als Ursache von Krankheiten,...*» in CC Matrix

→ im Rahmen der Analysen aufgefallen

Umbau H MV / Intensivmedizin

Nervensystem MDC 01

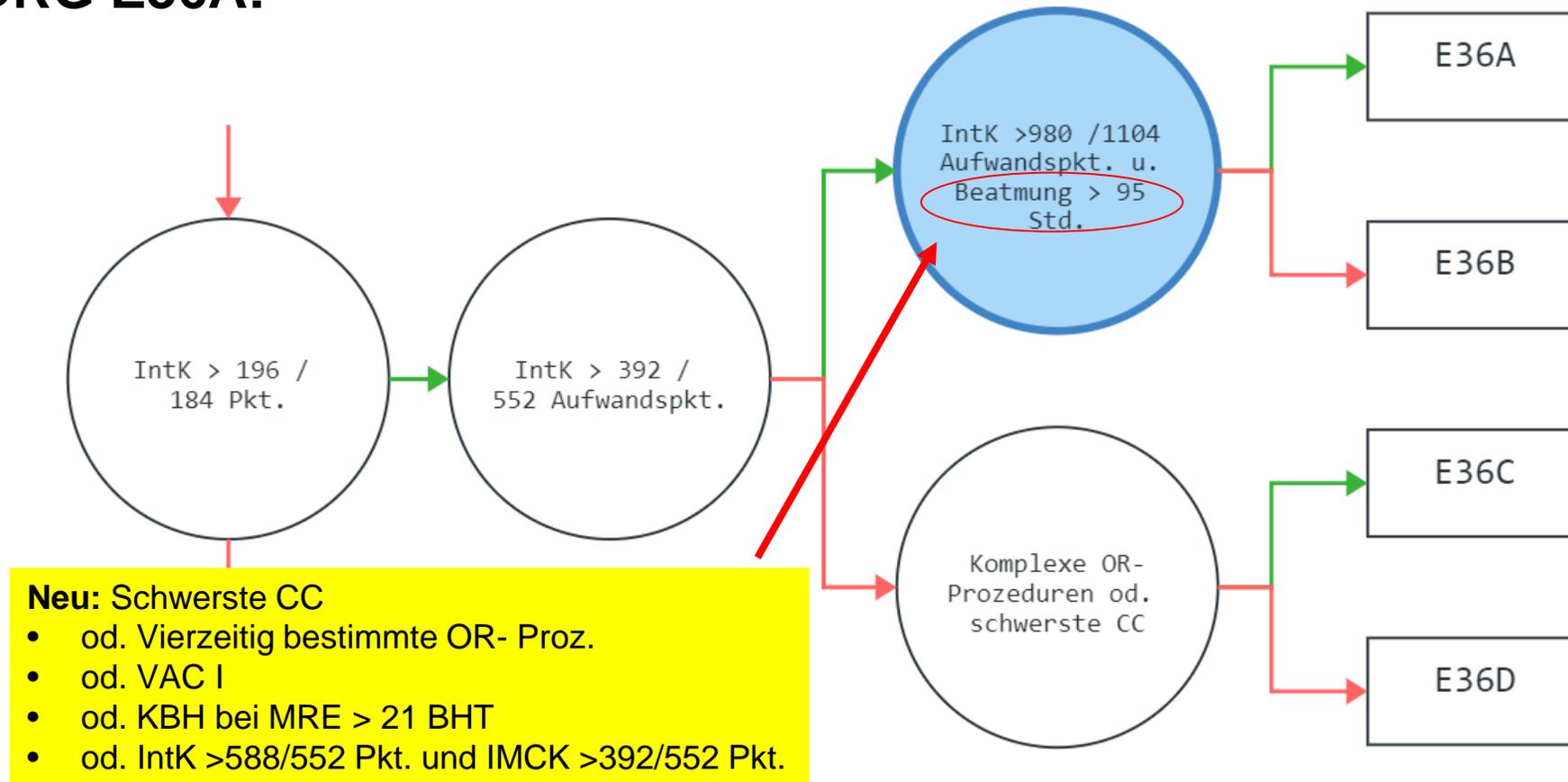
Umbau Basis DRG B36:

- Herabsetzen der IntK auf > 1176/ 1380 Pkt. für DRG **B36A** «*Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1176/1380 Aufwandspunkten*»
- Herabsetzen der IntK auf > 588 Pkt. NG und Kinder für DRG **B36B** «*Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit ... oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588/1104 Aufwandspunkte oder...*»
- Löschen der IMCK >196/ 360 Pkt. für DRG **B36C** «*Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392/552 Aufwandspunkten*»

Umbau H MV / Intensivmedizin

Atmungsorgane MDC 04

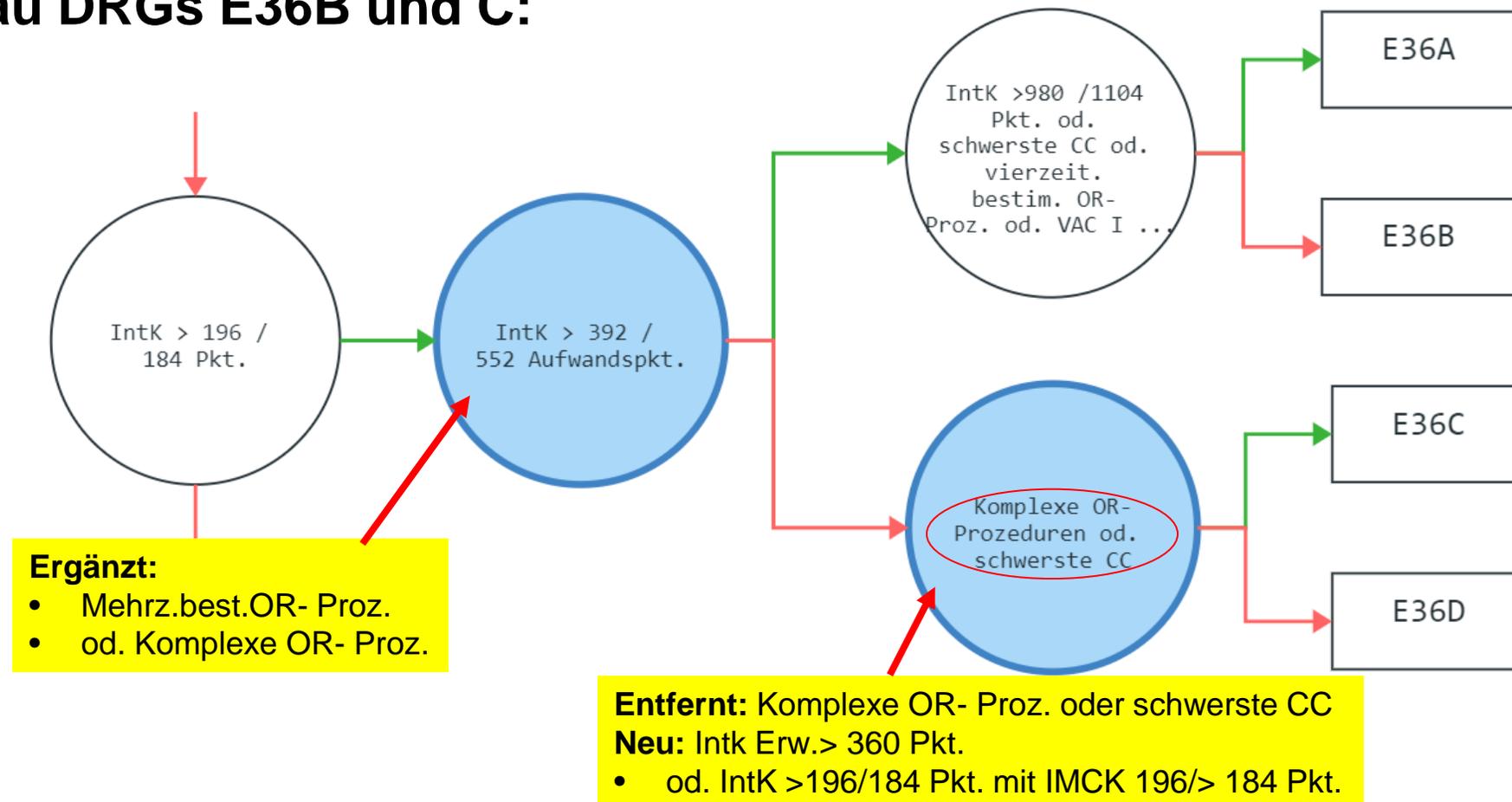
Umbau DRG E36A:



Umbau H MV / Intensivmedizin

Atmungsorgane MDC 04

Umbau DRGs E36B und C:

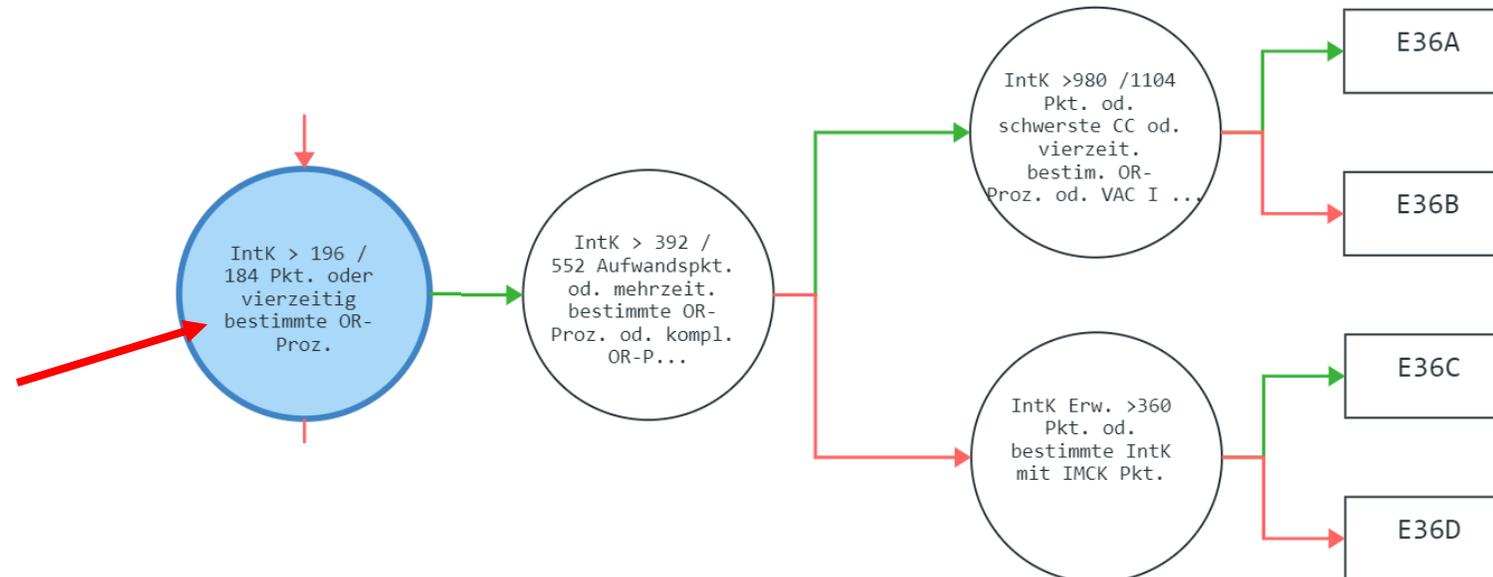


Umbau H MV / Intensivmedizin

Atmungsorgane MDC 04

Umbau Basis DRG E36:

- aufgrund H MV Umbau innerhalb Basis DRG E36
- weiterer Umbau notwendig
- Logikergänzung für Basis DRG E36 mit Funktion «*Vierzeitig bestimmte OR- Proz.*»

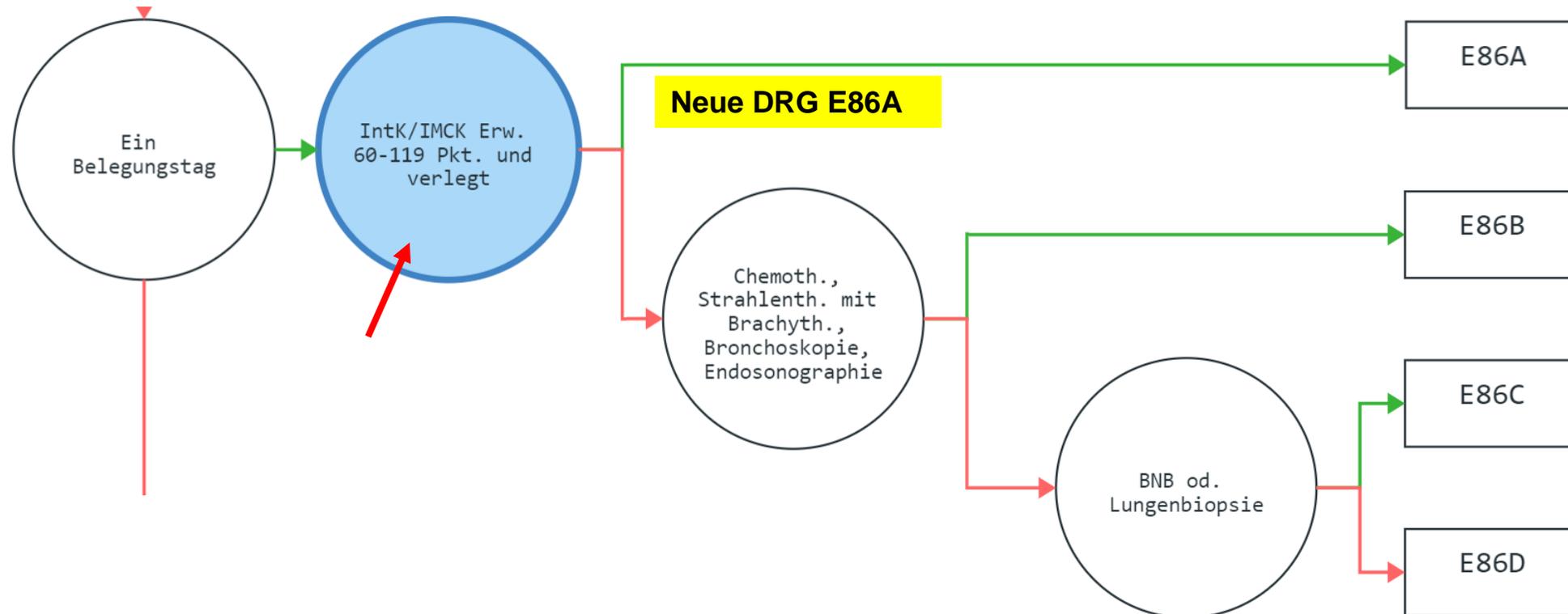


Umbau H MV / Intensivmedizin

Atmungsorgane MDC 04

Umbau Basis DRG E86:

- Split der DRG E86A «*Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane, ein Belegungstag*»

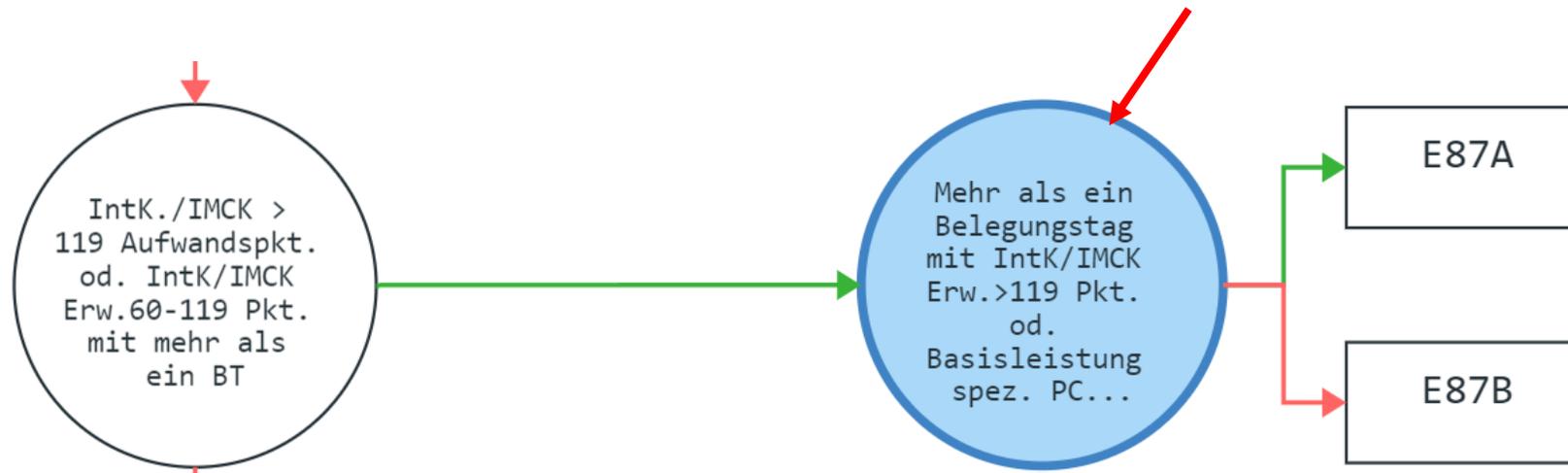


Umbau H MV / Intensivmedizin

Atmungsorgane MDC 04

Umbau Basis DRG E87:

- Split der DRG E87Z «*IntK/ IMCK Erw. >119 Pkt. und mehr als 1 BT*» oder «*PCCL > 2*»

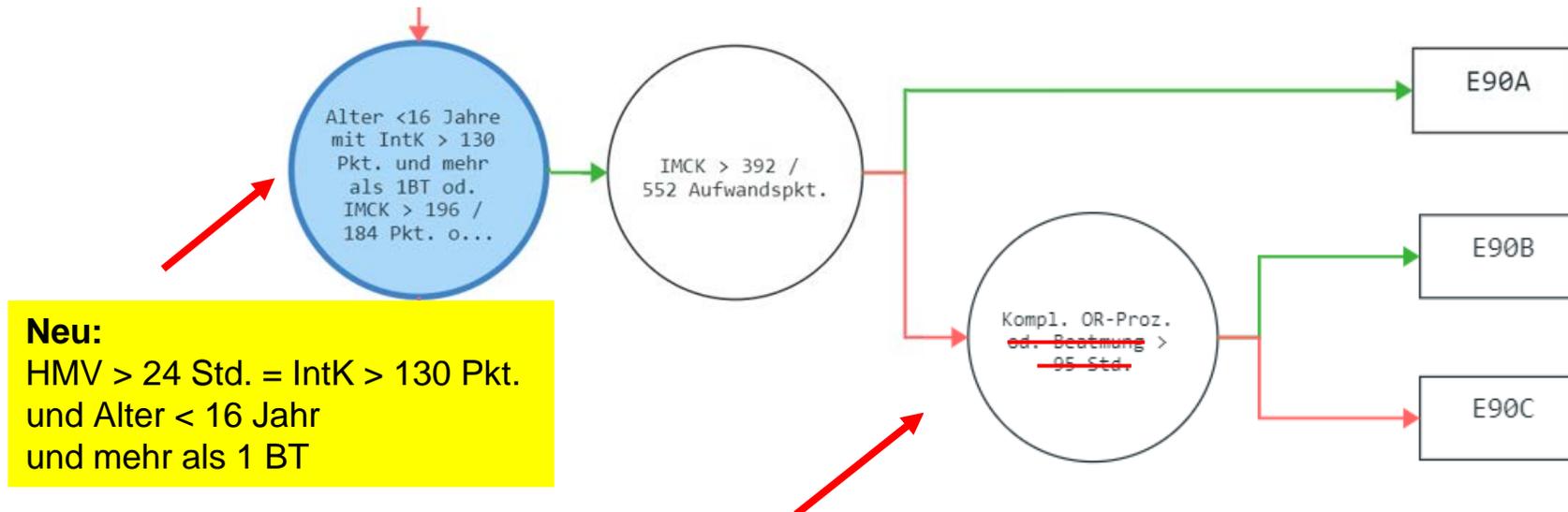


Umbau H MV / Intensivmedizin

Atmungsorgane MDC 04

Umbau Basis DRG E90:

- Platzhalter für tiefere IntK Kinder «*H MV >24 Std.*» in Basis DRG E90 belassen
- Splitbedingung «*Beatmung > 95 Std.*» für DRG E90B gelöscht



Umbau HMV / Intensivmedizin

Kreislaufsystem MDC 05

Umbau DRG F36A:

- **mit HMV:** IntK > 784/1380 Ptk.
oder Implantation Herzpumpe
oder HMV > 95h - mit IntK > 392/552 Pkt. mit kompl. OR Proz.
- oder IntK > 980/1104 Pkt.
- **Neu:** IntK > 784/1380 Pkt.
oder Implantation Herzpumpe
oder komplexe Gefässeingriffe mit ECC → **DRG F36B**

Umbau H MV / Intensivmedizin

Kreislaufsystem MDC 05

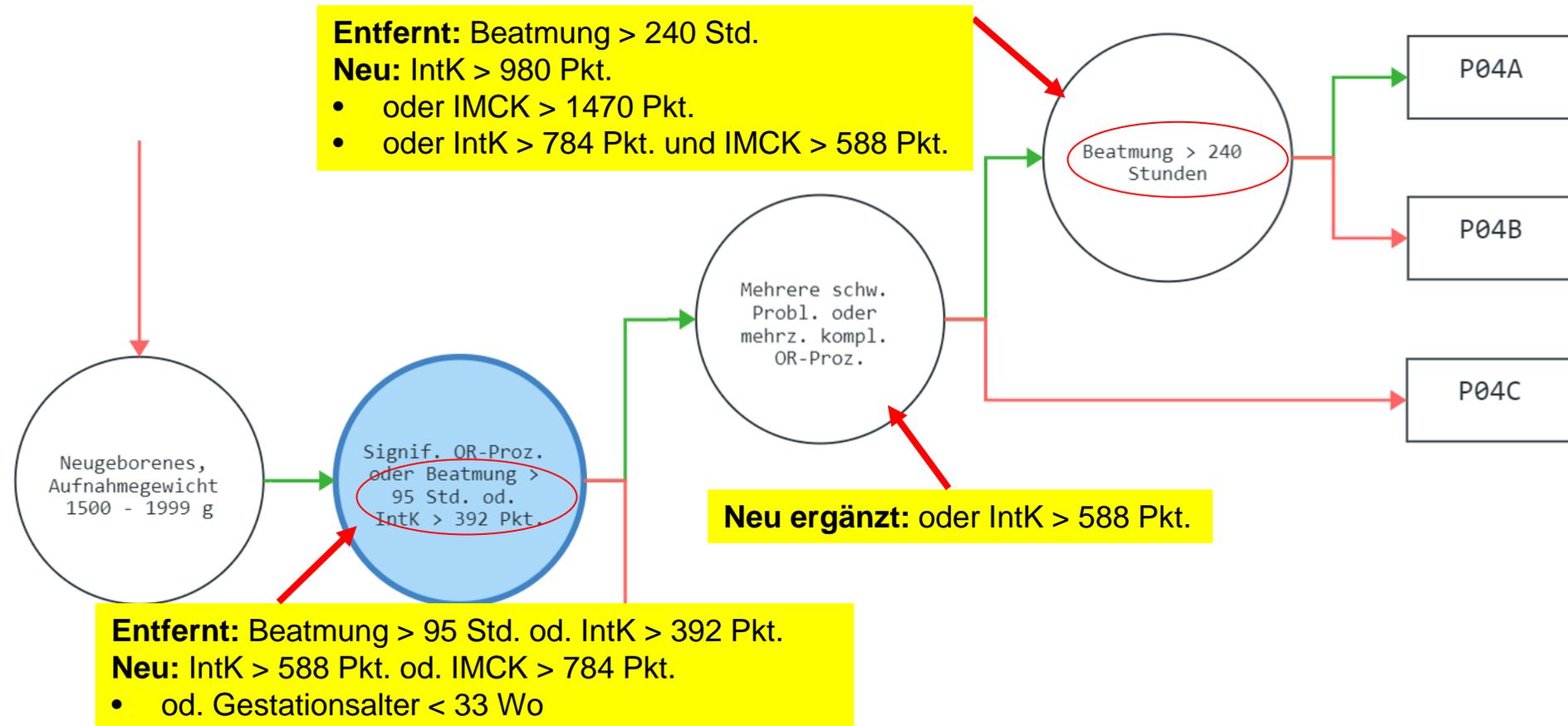
Weiterer Umbau Basis DRG F36A:

- Fälle mit «*hohen Intensiv-Aufwandspunkten*» oder «*mehrzeitigen Prozeduren*» wiesen eine Untervergütung auf
- neue DRG F36A: IntK > 1176/1380 Pkt.
oder IntK > 784/828 Pkt. mit Funktion «*Mehrzeitige bestimmte OR- Prozeduren*»

Umbau H MV / Intensivmedizin

Neugeborene MDC 15

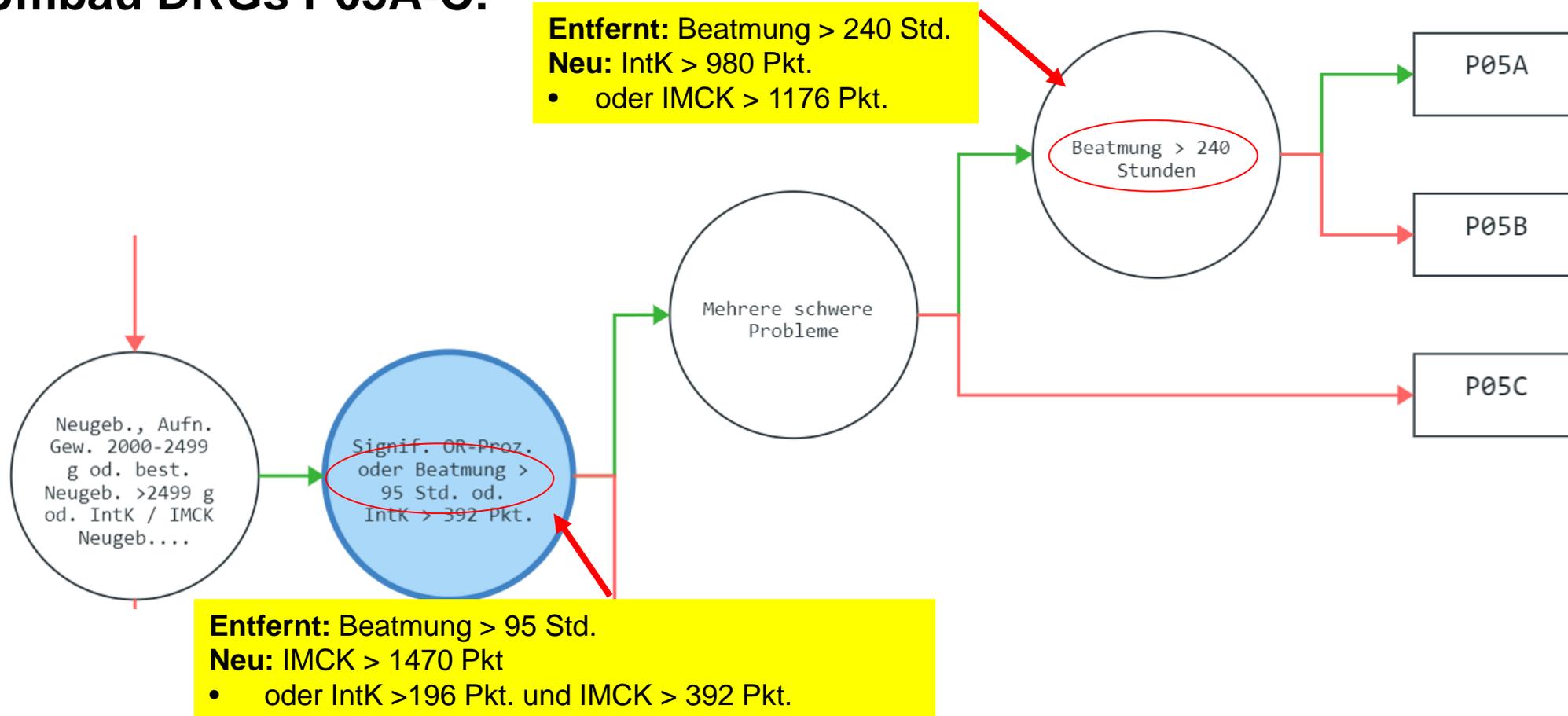
Umbau Basis DRG P04:



Umbau H MV / Intensivmedizin

Neugeborene MDC 15

Umbau DRGs P05A-C:



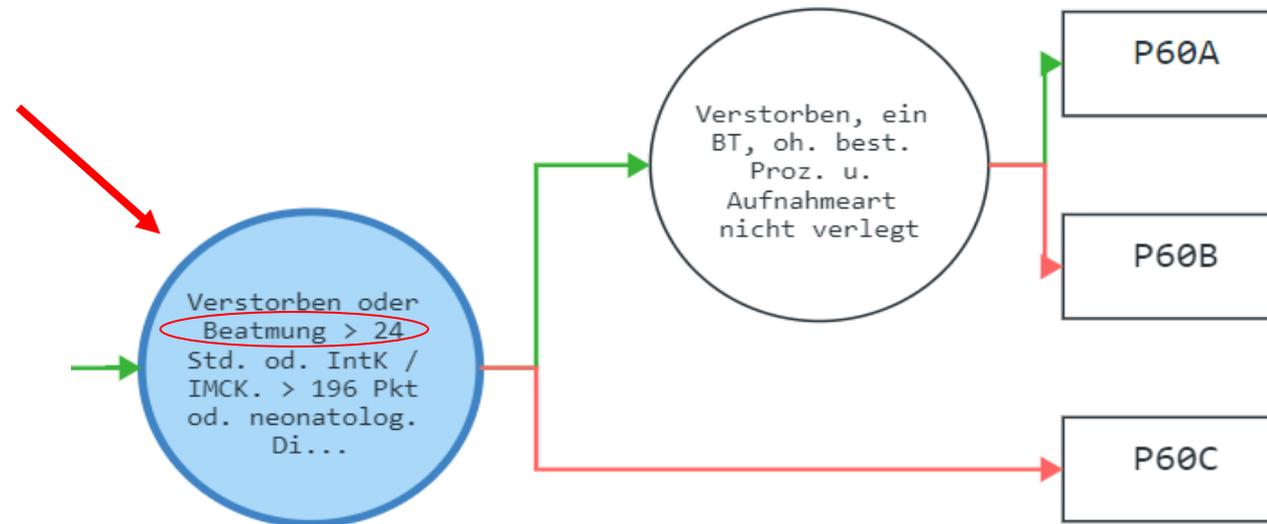
Umbau HMV / Intensivmedizin

Neugeborene MDC 15

Umbau Basis DRG P60:

- Platzhalter «*HMV >12 Std.*» für IntK > 130 Pkt. bei Kindern
- oder «*aufnahmeverlegt*» mit Funktion «*Schwere Problemen bei Neugeborenen*»

Entfernt: Beatmung > 24 Std.
Neu: IntK > 130 Pkt.

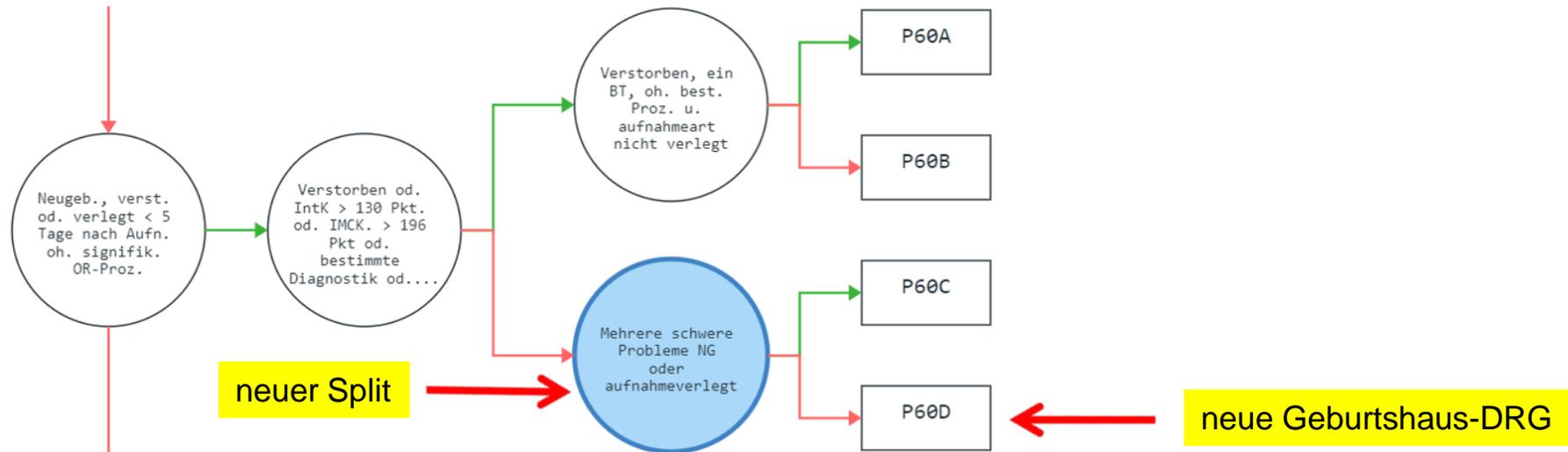


Umbau H MV / Intensivmedizin

Neugeborene MDC 15

Weiterer Umbau Basis DRG P60:

- Split der DRG P60C in P60D nach Aufnahmegrund
- neue DRG P60C enthält Splitbedingung «*Eintrittsart Verlegung innerhalb 24 Std.*» oder «*Zuverlegt (aus anderem Spital)*» oder «*Mehrere schwere Probleme beim Neugeborenen*»



Umbau H MV / Intensivmedizin

Neugeborene MDC 15

Antrag:

- Aufwertung der CHOP Codes
 - 93.9F.12 «*Atmungsunterstützung durch Anwendung von High-flow-Nasenkanülen (HFNC-System) bei Neugeborenen und Säuglingen*»
 - 93.9F.22 «*Atmungsunterstützung durch Anwendung von High-flow-Nasenkanülen (HFNC-System) bei Kindern und Jugendlichen* »

Umbau:

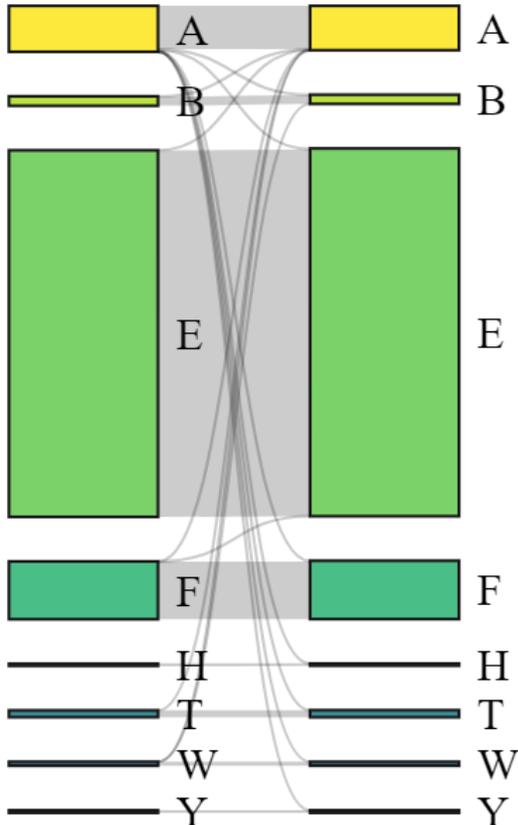
- Aufnahme in Funktionen der MDC 15 «*Schweres Problem bei Neugeborenen*» und «*Mehrere schwere Probleme bei Neugeborenen*»

Umbau H MV

Analyse:

- Vorher-Nachher Vergleich zu H MV-Umbauten
- ohne Einbezug zusätzlicher Umbauten (ceteris paribus)
- Analyse basiert auf Fällen betroffener DRGs
- DRG betroffen, wenn mindestens 1 Fall durch Umbau in die DRG oder von der DRG weg verschoben wurde

Fallverschiebungen zwischen DRG und MDC



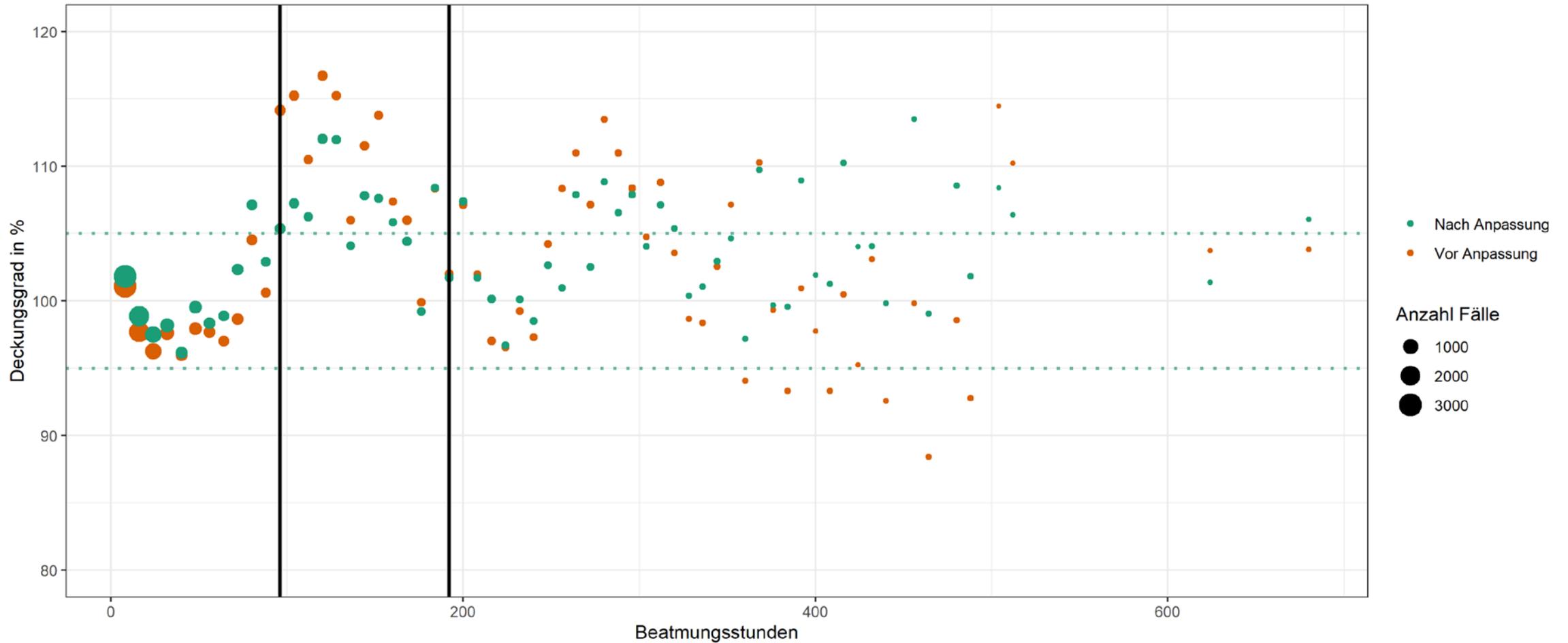
betroffene Fälle: 162'293
(16'072 davon mit Beatmungstunden)

Anzahl Fälle mit MDC-Wechsel: 588

davon 422 Fälle aus Prä-MDC

davon 163 Fälle in Prä-MDC

Deckungsgradänderung für Beatmungsfälle



Hypothetische Baserate: 10'981 CHF

Prä-MDC

Paraplegiologie

Ausgangslage:

- in Version 11.0 Abbildung der paraplegiologischen Komplexbehandlung (KBH) in Basis DRG A46 mit 9 DRGs: A46A bis A46I
- Antrag und Austausch mit Paraplegie-Zentren lieferte neue Hinweise
- Fälle mit kurzer oder ohne KBH in Prä-MDC (A46 / B61) und in Organ-MDCs nicht sachgerecht abgebildet
- Komplexbehandlung nicht immer angebracht

Paraplegiologische
KBH (A46)

Querschnitts-
lähmung mit
operativer Prozedur

Querschnitts-
lähmung mit
konservativer
Behandlung

Prä-MDC

Paraplegiologie

Hinweise:

- Polytrauma bei gleichzeitiger Rückenmarksverletzung in MDC 21A
- Implantation einer Medikamentenpumpe in DRG A46 (in B22Z gut abgebildet)
- kleinflächiges Débridement (ohne Lappenplastik) in DRG A46
- neurogene Blasenfunktionsstörung ist typisches Krankheitsbild in der Paraplegiologie, Abbildung in MDC 11

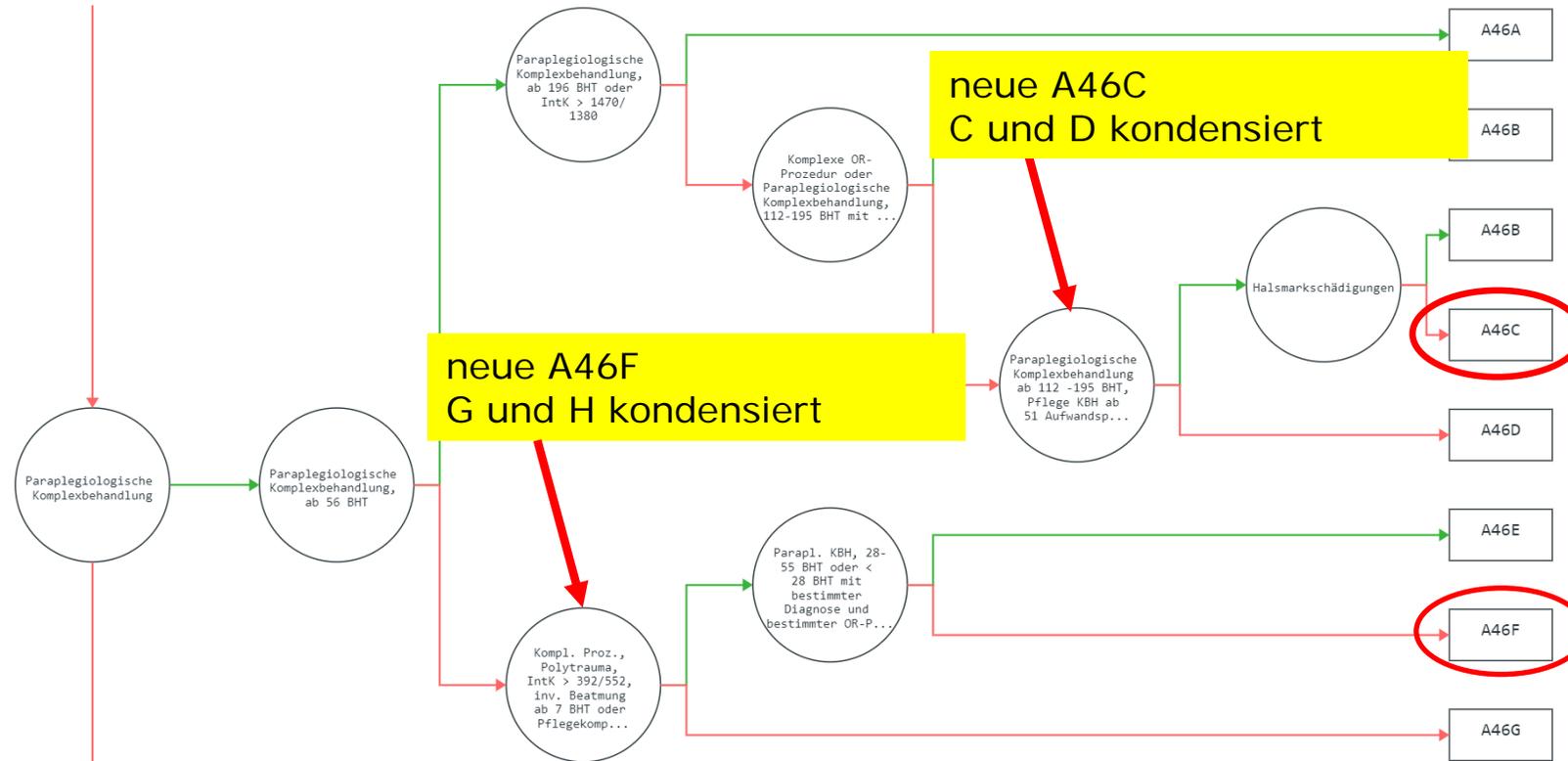
→ nicht aufwandsgerecht abgebildet

Prä-MDC

Paraplegiologische Komplexbehandlung

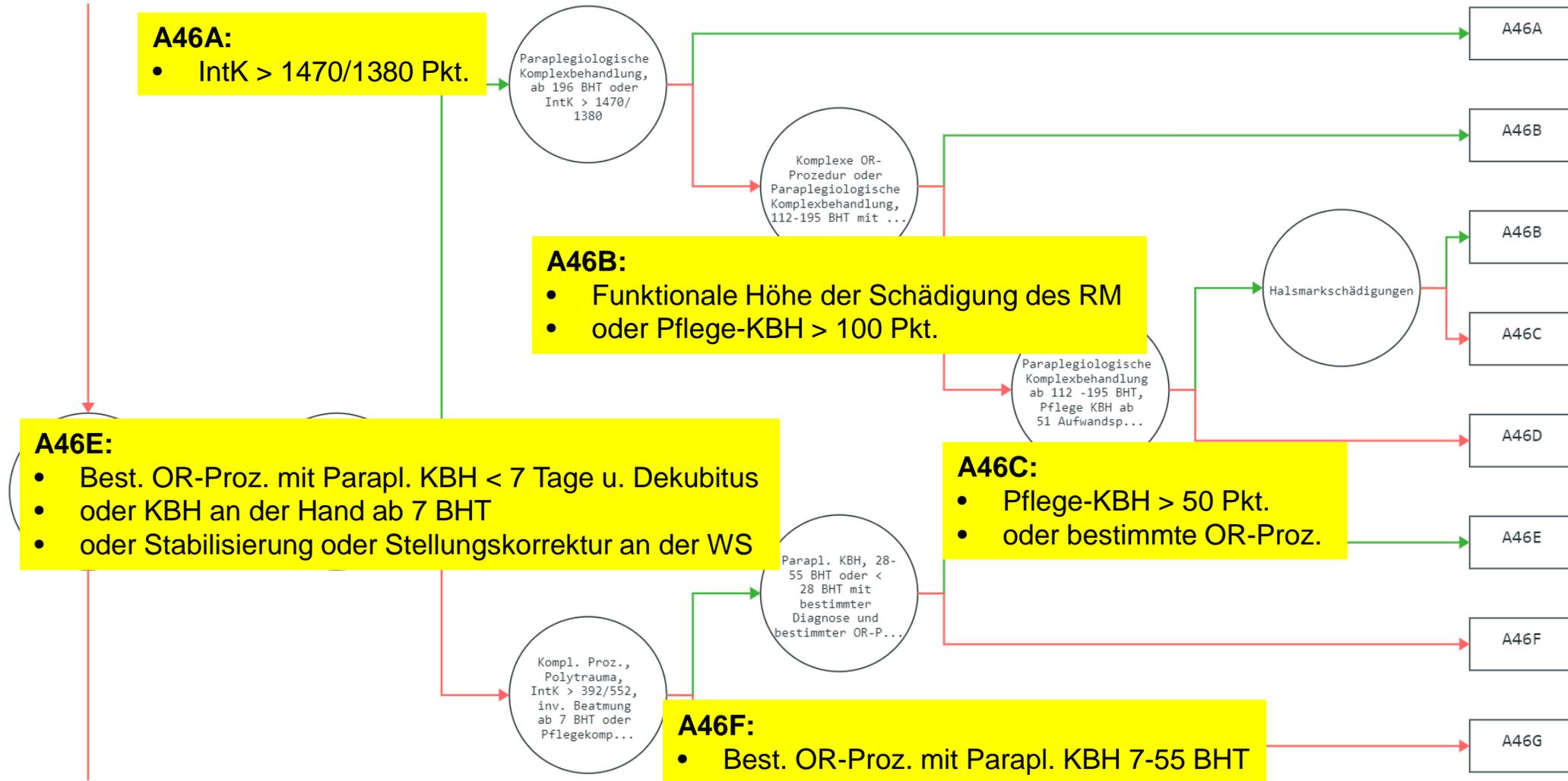
Komplexer Umbau Basis DRG A46:

- Kondensation von A46C und A46D sowie A46G und A46H



Prä-MDC

Paraplegiologische Komplexbehandlung



Prä-MDC

Paraplegiologische Komplexbehandlung

Weiterer Umbau:

- Basis DRG A46 aus Polytrauma-Umleitung ausgeschlossen
- Aufnahme der CHOP Codes 03.9B.1- «*Implantation oder Wechsel einer vollständig implantierbaren Infusionspumpe*», 58.93.11 «*Implantation eines künstlichen Harnblasensphinkters*», 86.7A.4- «*Verschiebe-Rotationsplastik, grossflächig*»
→ in Funktion «*Komplexe OR-Prozeduren*», steht in DRGs A46B, A46E/F
- Aufnahme CHOP Kode 86.2A.1- bis .3- «*Chirurgisches Débridement, kleinflächig, mittlerer und grosser Ausdehnung*»
→ in Funktionen «*Vakuumbehandlung I / II*» und «*Bestimmte OR-Prozeduren*» in DRGs A46C, A46E/F

Paraplegiologie

Operative Partition

Bisher:

- Basis DRG B61 für «*Bestimmte akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks*»

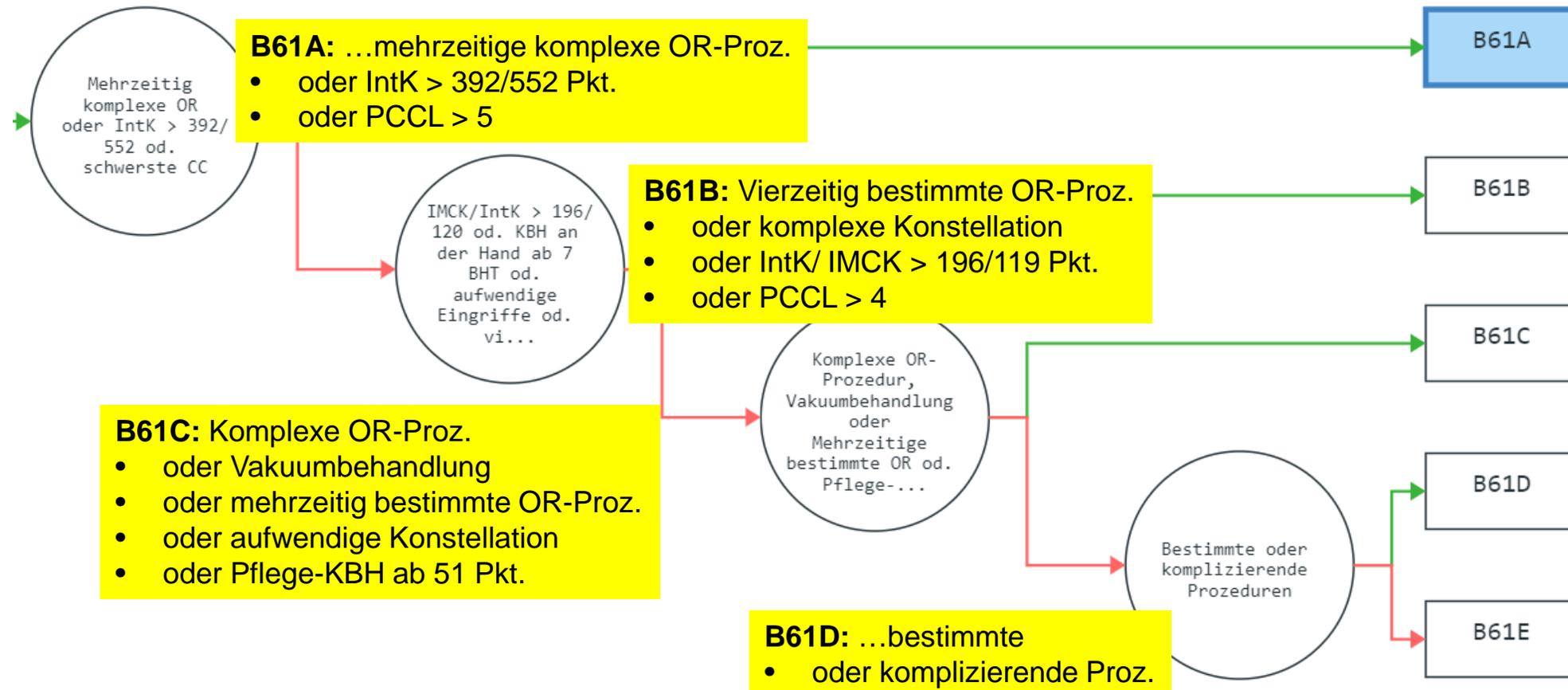
Umbau:

- Aufnahme in Basis DRG B61:
 - chronische Querschnittslähmungen
 - und Zusatzbedingung OR-Prozedur (gültig für alle Rückenmarksverletzungen)
- neue und differenziertere Splits ermöglichen sachgerechte Abbildung

Paraplegiologie

Operative Partition

Umbau Basis DRG B61:

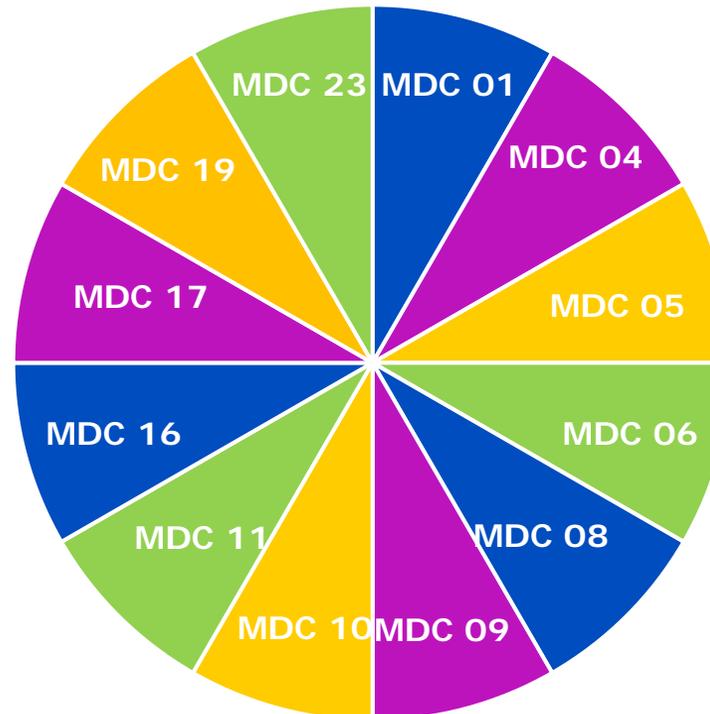


Paraplegiologie

Medizinische Partition

Aufwertung Para-/Tetraplegie in MDCs:

- K60C
- K64A
- L18A
- L60B
- L62A
- L63A
- Q60B
- R62A
- U64A
- Z86A



- B66A
- B70A
- B85A
- E36B/C
- E71B
- F73A
- F75C
- G86A
- I61A
- I65A
- J61A

Prä-MDC

Radioliganden-Therapie

Problem:

- Radioliganden-Therapie bisher in Strahlentherapie-DRGs in den MDCs abgebildet
- aus Strahlenschutzgründen kurzer stationärer Aufenthalt notwendig
- deutliche Abweichung der mittleren Verweildauer dieser Fälle im Vergleich zu anderen Strahlentherapien

Analyse:

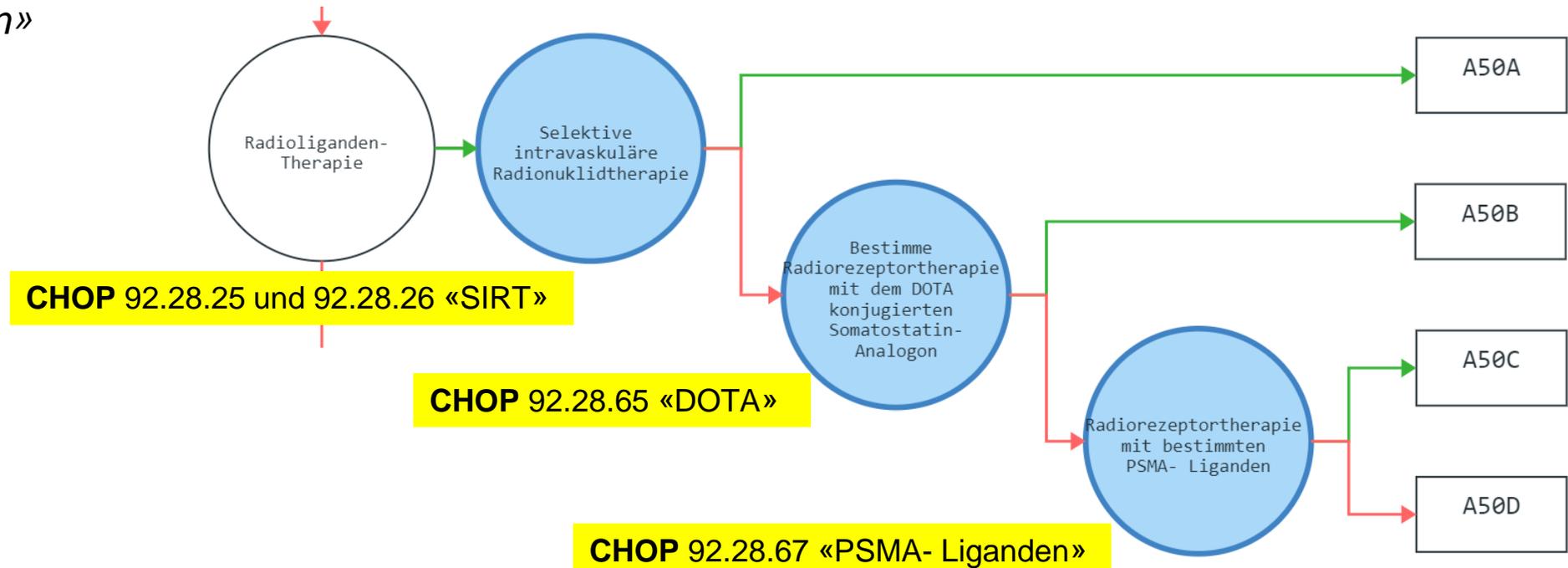
- kostenhomogene Fallgruppen mit einzelnen CHOP Codes identifizierbar
- Ressourcenverbrauch vom Verfahren bestimmt und nicht von HD
- Hauptdiagnosen unabhängige Abbildung in der Prä-MDC sinnvoll

Prä-MDC

Radioliganden-Therapie

Umbau:

- neue Basis DRG A50 «Radioliganden- Therapie» mit CHOP Gruppen 92.28.2- «Intravaskuläre Therapie mit offenen Radionukliden» und 92.28.6- «Radiotherapie mit kleinen Molekülen»



Prä-MDC

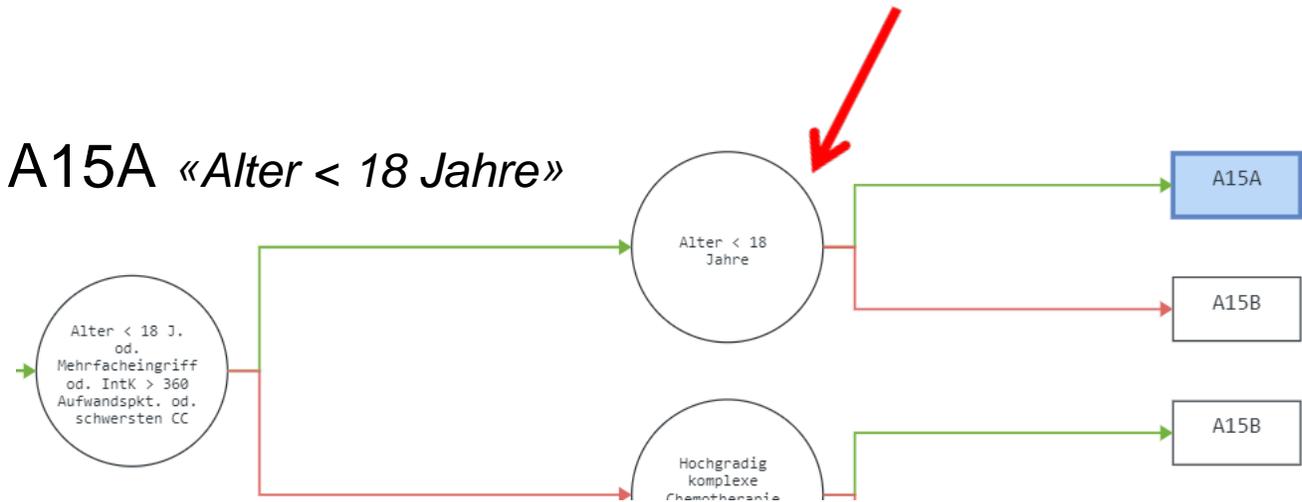
Stammzelltransfusion

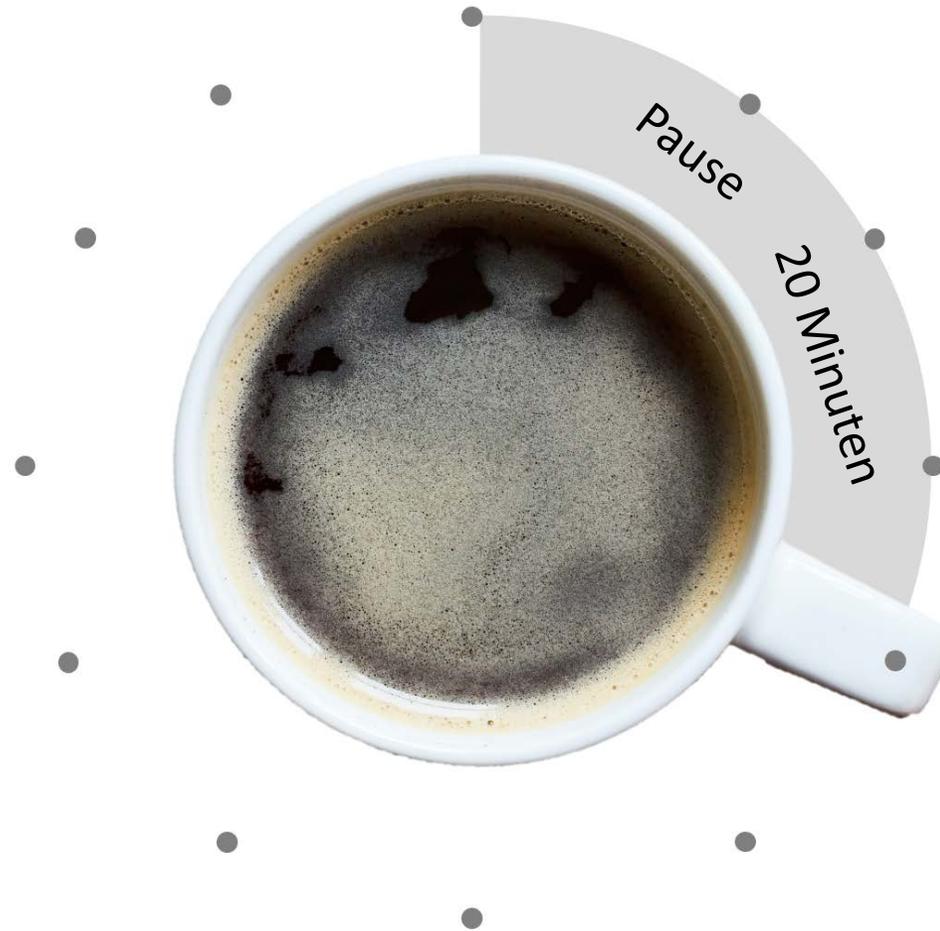
Problem:

- Splitbedingung für DRG A15A «*Knochenmarktransplantation oder Stammzelltransfusion, autolog,...*» kein Kostentrenner mehr
- sehr geringe Fallzahl

Umbau:

- neues Splitkriterium für DRG A15A «*Alter < 18 Jahre*»





MDC übergreifende Umbauten

HIV

Problem:

- seit mehreren Versionen sehr geringe Fallzahl in MDC 18A
- Fallzahl auch mit Daten 2021 weiter rückläufig
- MDC besteht nur aus 4 DRGs

Umbau:

- MDC 18A «*HIV*» aus dem Flussdiagramm entfernt
- Fälle werden in MDC 18B «*Infektiöse und parasitäre Krankheiten*» geleitet
- Hauptdiagnose HIV gruppiert in Basis DRG T63 «*Virale Erkrankungen*»
- als «*erschwerende (ND) Diagnose*» in DRGs B85A, Q60A, T01B

MDC übergreifende Umbauten

Gestationsalter

Ausgangslage:

- Kinder > 27 Tage und < 366 Tage, ab 2500g gruppieren nicht in MDC 15
- Gruppierung der Fälle in Abhängigkeit vom Gestationsalter in organbezogenen MDCs mit Daten 2019 nicht befriedigend
- erneute Prüfung mit Daten 2021

Ergebnis:

- Kriterium «*Gestationsalter*» ausserhalb MDC 15 weiterhin nicht sinnvoll
- Fälle < 1 Jahr in MDC 07 und MDC 17 untervergütet
- Splitkriterium «*Alter < 1 Jahr*» in DRG H01A, R63C, R65B

MDC übergreifende Umbauten Parkinson

Prüfung:

- Fälle mit Parkinson-Erkrankung als Nebendiagnose weisen höhere Liegezeiten sowie Kosten auf

Umbau:

- Aufwertung ICD Codes G20.1- und G20.2- «*Primäres Parkinson-Syndrom*» in der CC-Matrix
- neue Tabelle mit ICD Codes als Splitbedingung in Basis DRG A95; E77; L63

MDC übergreifende Umbauten

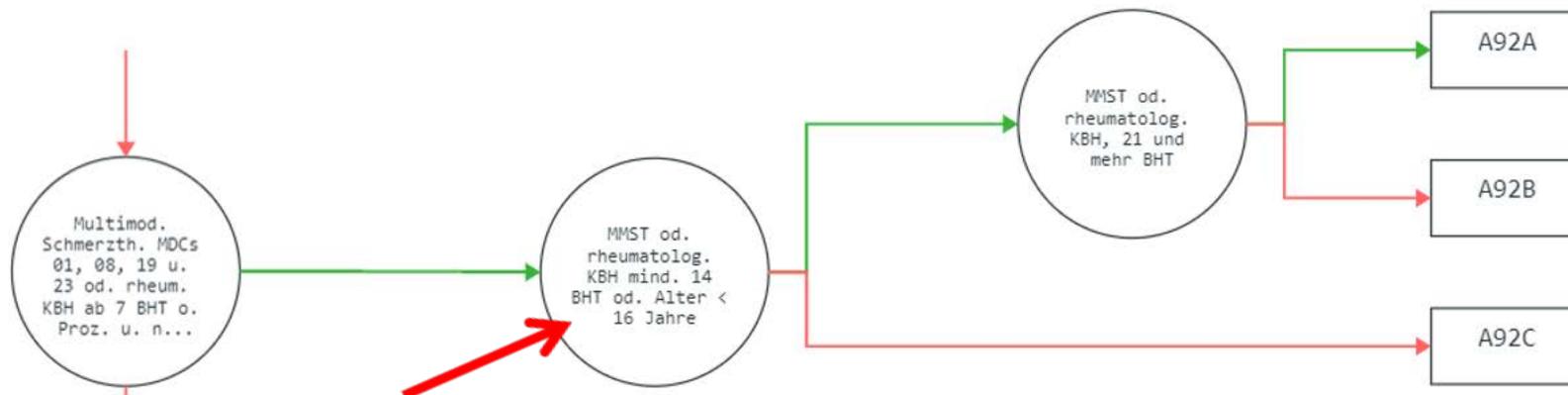
Multimodale Schmerztherapie

Hinweis:

- Kinder Alter < 16 Jahre in Basis DRG A92 «MMST... oder rheumatologische KBH... ohne OR-Prozedur» untervergütet

Umbau:

- Aufnahme der Bedingung «Alter < 16 Jahre» in DRG A92B



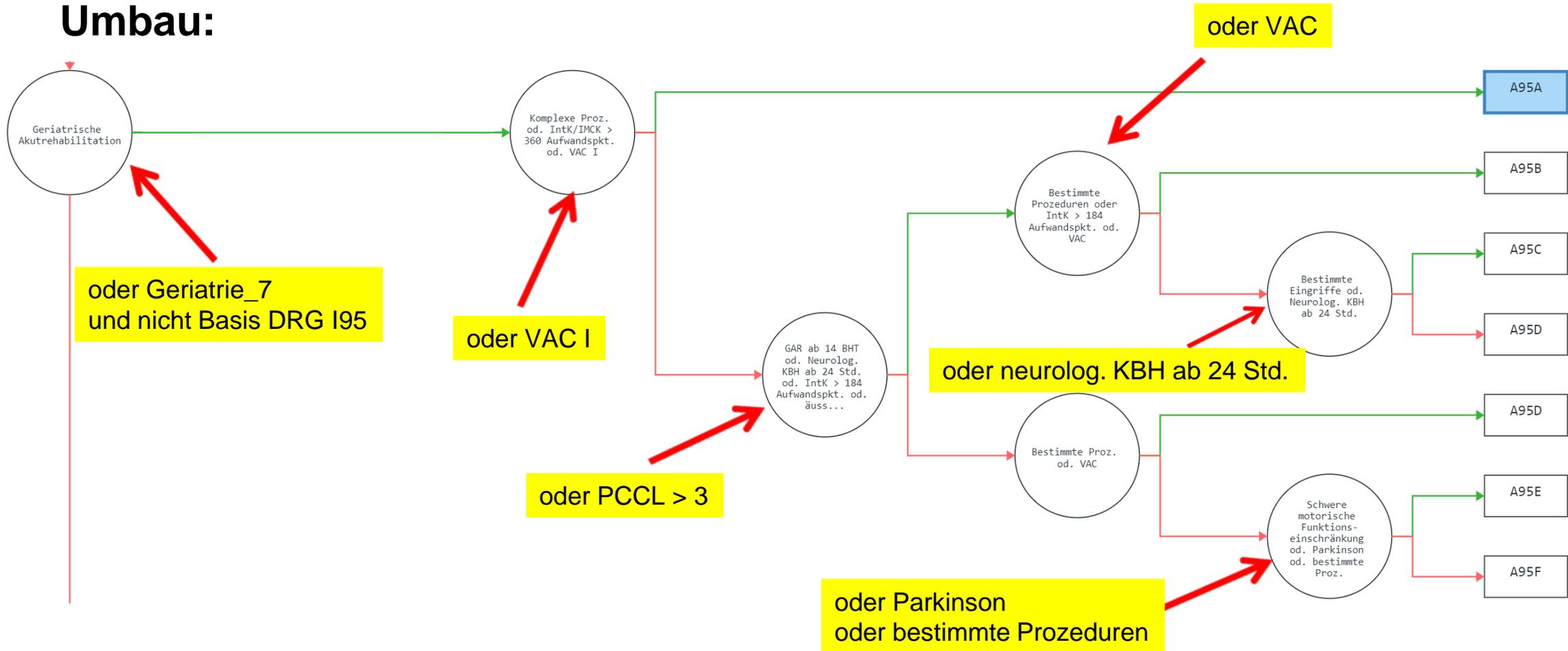
MDC übergreifende Umbauten Geriatrische Akutrehabilitation (GAR)

Anträge:

- Abbildung von Fällen mit «*Neurologischer KBH*» in Basis DRG A95 nicht sachgerecht
- Mindervergütung bei Mehrleistung bei Fällen aus MDCs 08 oder 11
- Einzelfallanalysen weisen bestimmte unterdeckte Fälle in MDC 08 auf
- Fälle in MDC 11 im Rahmen der Streuung sachgerecht abgebildet

MDC übergreifende Umbauten Geriatrische Akutrehabilitation (GAR)

Umbau:



MDC übergreifende Umbauten

Basisleistung spezialisierte Palliativ Care

Antrag:

- Abbildung von Fällen mit «*Basisleistung spez. Palliativ Care*» in Basis DRG A97

Analyse:

- Ressourcenverbrauch nicht vergleichbar mit Fällen in Basis DRG A97

Umbau:

- Aufnahme Kode 93.8B.1- «*Basisleistung spez. Palliativ Care, mind. 7 BHT u. mehr*» in medizinische Partition der MDC 01; 03; 04; 06; 07; 09; 13
- als Splitkriterium in Basis DRGs «*bösartiger Neubildung*»

MDC übergreifende Umbauten

Palliativmedizinische Komplexbehandlung

Antrag:

- Erwachsene mit chron. Para- / Tetraplegie ICD Codes G82.- gruppieren in DRG A97F
- Kinder gruppieren mit Zerebralparese ICD Codes G80.- in DRG A97G und sind dort untervergütet

Umbau:

- neue Tabelle mit «*infantilen Zerebralparesen*» in Splitbedingung für DRG A97E

Weitere Analysen:

- Aufnahme der Bedingung «*Pflege KBH ab 31 Aufwandspunkte*» in DRG A97C
- Erweiterung der Logik um «*PCCL Split > 3*» in DRG A97F

Nervensystem MDC 01

Neurostimulatoren

Antrag:

- bestimmte CHOP Codes in Basis DRG B21 «*Implantation eines Neurostimulators oder Elektroden*» nicht sachgerecht abgebildet

Umbau Basis DRG B21:

- Erweiterung der Splitbedingung für DRG B21A mit «*Mehrzeitige bestimmte OR Prozeduren*»
- Aufwertung der CHOP Codes 04.95.14 «*Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur Vagusnervstimulation*» und 34.85 «*Implantation eines Zwerchfellschrittmachers*» in DRG B21B
- neue DRG B21D mit CHOP Codes 03.93.2.- «*Implantation oder Wechsel der Elektroden eines permanenten epiduralen Neurostimulators...*»

Nervensystem MDC 01

Neurostimulatoren

Weiterer Umbau:

- Aufnahme CHOP Kode 39.8X.20 «*Implantation oder Ersetzen eines Impulsgenerators zur Aktivierung des Baroreflexes*» in Funktion «*Komplexe OR- Prozeduren*»
- Entfernen der CHOP Codes 03.93.10 bis -.99 «*Implantation oder Wechsel der Elektrode(n) eines spinalen Neurostimulators*» und 02.96 «*Einsetzen einer sphenoidalen Elektrode*» aus Funktion «*Komplexe OR- Prozeduren*»
- Entfernen der CHOP Codes 02.93.4- «*Revision ohne Ersatz der Elektroden zur intrakraniellen Neurostimulation*»; 03.99.3- «*Revision ohne Ersatz der Elektrode(n) eines spinalen Neurostimulators*»; 04.92.10 - .99 «*Implantation oder Wechsel der Elektroden eines peripheren Neurostimulator...*»; 39.8X.21 - .32 «*Revision/Entfernen/Implantation... eines Impulsgenerators / Elektroden zur Aktivierung eines Baroreflexes...*»; 39.8X.99 «*Operationen am Glomerus caroticum...*» aus Funktion «*Bestimmte OR- Prozeduren*»

Atmungsorgane MDC 04

Atemunterstützende Massnahmen

Antrag:

- Aufnahme der CHOP Codes 93.9E.1- «*Nicht invasive Beatmung ausserhalb Intensivstation,...*» und 93.9F.12/22/32 «*Atmungsunterstützung durch Anwendung von High- flow- Nasenkanülen [HFNC- System] bei...*» in Funktionen «*Komplizierende Prozeduren*», «*Mehrzeitige Prozeduren*» und «*Bestimmte Prozeduren*»

Analyse:

- Aufnahme der CHOP Codes in Funktionen nicht sachgerecht
- jedoch in vereinzelt DRGs in MDC 04 Fälle untervergütet

Atmungsorgane MDC 04

Atemunterstützende Massnahmen

Umbau:

- Aufwertung der CHOP Codes 93.9E.12; -.13 «*Nicht invasive Beatmung ausserhalb der Intensivstation mehr als 3 Tage*» und 93.9F.12; -.22; -.32 «*Atemunterstützung durch Anwendung von High- flow- Nasenkanülen [HFNC- System]...*»
- in Basis DRG E77 «*Andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane, mehr als ein Belegungstag*»
- in DRG E65A «*Chronisch- obstruktive Atemwegserkrankung mit Z.n. Transplantation oder bestimmten Eingriff oder...*»
- in DRG E70A «*Keuchhusten und akute Bronchitis, Alter < 1 Jahr oder RSV Infektionen...*»

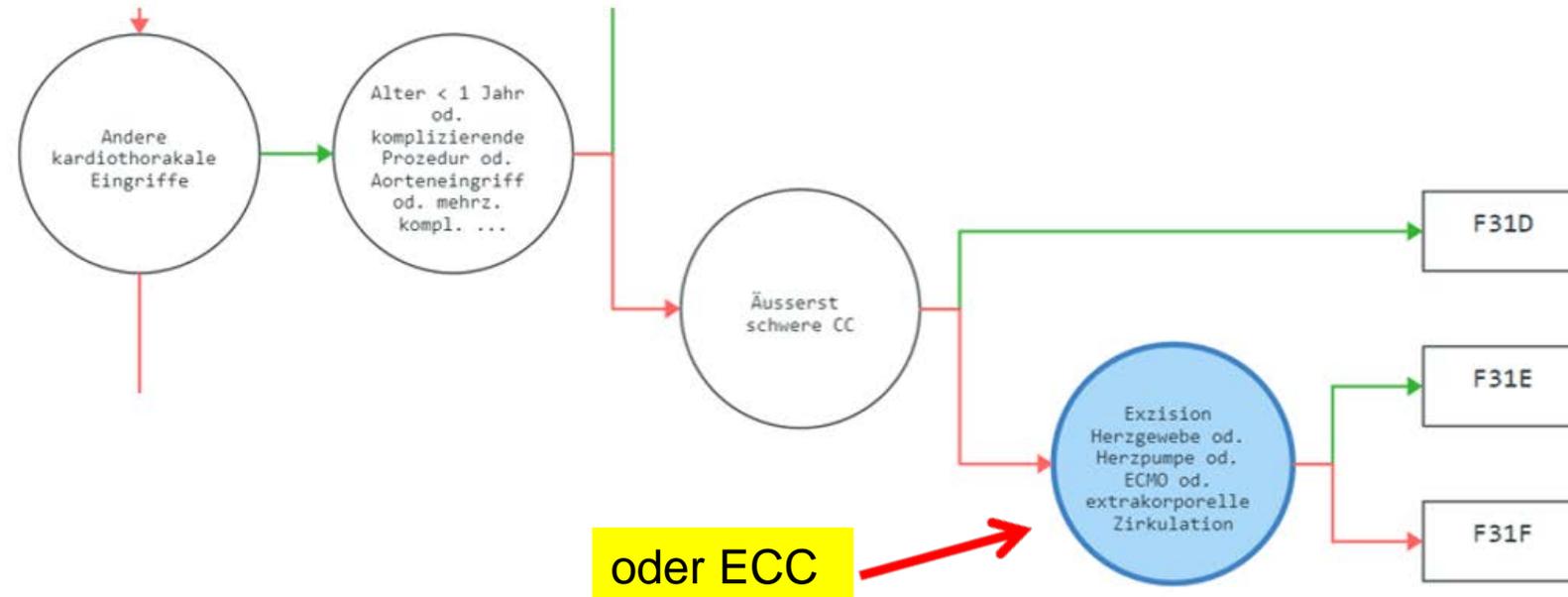
Kreislaufsystem MDC 05

Extrakorporelle Zirkulation [ECC]

Antrag:

- Abbildungsschwäche von Fällen mit «*Extrakorporeller Zirkulation*» in Basis DRG F31 «*Andere kardiotorakale Eingriffe*»

Umbau:



Kreislaufsystem MDC 05

Mitral- und Trikuspidalklappeninsuffizienz

Antrag:

- Insuffizienzen treten häufig an mehreren Herzklappen auf
- aktuelle Richtlinien empfehlen die gleichzeitige Korrektur mittels «Clipping»
- Eingriff in Basis DRG F98 «*Endovaskulärer Herzklappeneingriff*» untervergütet

Umbau:

- Aufwertung in DRG F98A mit Bedingung:
→ zwei verschiedene CHOP Codes aus Tabelle «*Minimalinvasive OP an Herzklappen, endovaskulär*»

Kreislaufsystem MDC 05

Chirurgische Thrombektomie

Antrag:

- offene chirurgische Thrombektomie in peripheren Gefässen streuen über verschiedene DRGs und sind nicht kostendeckend abgebildet
- CHOP Codes 38.03.-, 38.08.- und 38.09.- sind nicht gruppierungsrelevant

Umbau:

- Aufnahme der CHOP Codes 38.03.- «*Inzision von Gefässen der oberen Extremität*», 38.08.- «*Inzision von Arterien der unteren Extremität*» und 38.09.- «*Inzision von Venen der unteren Extremität*» in DRG F59E

→ sachgerechte Abbildung der Fälle

Verdauungsorgane MDC 06

Darmfistel

Antrag:

- viszerale Eingriffe führen häufig zu Nahtinsuffizienzen / Fisteln und weisen oft weitere Komplikationen auf
- Fälle fordern einen hohen personellen und materiellen Aufwand und sind untervergütet

Umbau:

- Aufwertung ICD K91.8- «*Insuffizienzen von Anastomosen und Nähten nach Operationen..*» und K63.2 «*Darmfistel*» in CC Matrix und Split der DRG G35Z mit «*PCCL > 4*»
- Aufnahme ICD K91.83 in Basis DRGs G35 und G02
- Stomaberatung stellt kein Kostentrenner dar

Verdauungsorgane MDC 06

Intensivmedizin

Antrag:

- Aufwertung von Fällen mit IntK und / oder IMCK Pkt. in Basis DRG G21
«Eingriff bei Adhäsionen» in eigene DRG

Analysen:

- Fällen in DRG G21C nicht sachgerecht abgebildet

Umbau:

- Erweiterung der Splitbedingung für DRG G21B «Eingriff bei Adhäsionen.... oder bestimmter Eingriff mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 119 Aufwandspunkten oder IMCK > 184 Aufwandspunkte»

Verdauungsorgane MDC 06

Endoskopische Schlauchmagen-Gastroplastik

Hinweis:

- Fälle mit CHOP Kode 44.95.31 «*Schlauchmagen-Gastroplastik, endoskopisch*» sind untervergütet
- Gruppierung erfolgt bei HD Adipositas in MDC 10 «*Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten*»
- übrige Codes für bariatrische Eingriffe bereits mit Hilfe einer Umleitung in MDC 06 «*Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane*» abgebildet

Umbau:

- Umleitung des CHOP-Kodes aus MDC 10 in MDC 06
- Aufwertung innerhalb der Basis DRG G46

Verdauungsorgane MDC 06

Endoskopische Eingriffe im Gastrointestinaltrakt

Anträge:

- Fälle mit Schlingenresektionen, endosk. mukosalen Dissektionen, Biopsieentnahmen sowie Exzisionen weisen eine ungenügende Kostendeckung auf
- junge Patienten ohne ND mit z.B. akuter schwerer Colitis und schlechtem Ernährungszustand mit sehr vielen aufwändigen Leistungen in Basis DRG G64 untervergütet

Verdauungsorgane MDC 06

Endoskopische Eingriffe im Gastrointestinaltrakt

Umbau:

- Basis DRG G48 «*Koloskopie oder anderer Eingriff, mehr als ein Belegungstag*» komplett überarbeitet und Logik vereinfacht
- neue Tabelle mit «*kleinen Eingriffen*» in Basis DRG G48 und DRG G86A aufgenommen
- DRG G48A Tabelle mit «*chron. Darmerkrankungen*» entfernt
- Aufnahme der Splitbedingung «*PCCL > 2*» oder «*Dialyse*» in DRG G48A
- Erweiterung der Splitbedingung in Basis DRG G87 oder «*PCCL > 4*»

→ Aufwertung der Fälle aus den Basis DRGs G60; G64 und G87

Verdauungsorgane MDC 06

Kapselendoskopie

Antrag:

- Fälle mit einer Kapselendoskopie untervergütet

Umbau:

- Aufwertung des CHOP Codes 45.28.10 «*Telemetrische Kapselendoskopie des Dickdarm*» in DRG G48A und 45.13.20 «*Telemetrische Kapselendoskopie des Dünndarms*» in DRG G46B

Hepatobiliäres System MDC 07

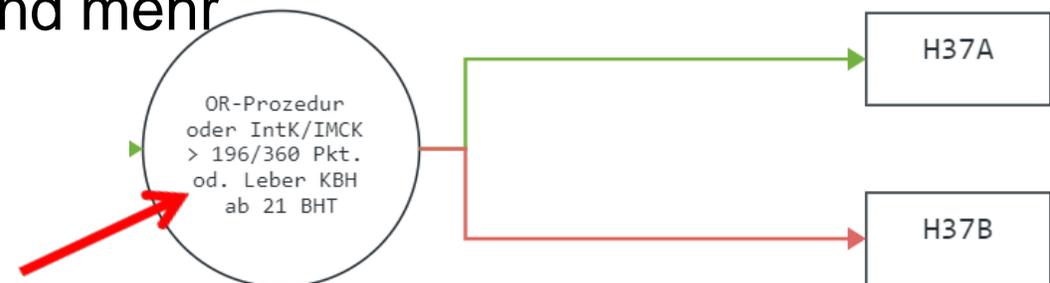
Leberkomplexbehandlung

Antrag:

- DRG H87Z weist eine inhomogene Fallmenge auf
- Fälle mit IntK/IMCK in Kombination mit Leberkomplexbehandlung werden nicht kostendeckend eingruppiert

Umbau:

- Fälle mit «*Leberkomplexbehandlung..*» jetzt ab 7 BHT in Basis DRG H37 abgebildet
- in DRG H37A Aufnahme ab 21 BHT und mehr



Hepatobiliäres System MDC 07

Leberzirrhose

Antrag:

- Fälle in DRGs H60A und H60B weisen sehr breite Kostenstreuung auf
- oft kommt während der Hospitalisation ein Delir (F10.4) oder hepatische Encephalopathie (K72.7f) oder bakterielle Peritonitis (K65.00) hinzu
- dadurch erhöht sich die Verweildauer

Analyse:

- Fallmenge in Basis DRG H60 «*Leberzirrhose*» inhomogen
- Fälle pendeln zwischen Basis DRG H60 und H41 «*ERCP und photodynamische Therapie*»

Hepatobiliäres System MDC 07

Leberzirrhose

Umbau I:

- aus Basis DRG H60 «*endoskopische Eingriffe am Ösophagus*» entfernt
- in Split für DRG H60A «*Alter < 16 Jahre*» ergänzt
- DRG H60C «*..., ein Belegungstag*» entfernt
- neue Basis DRG H86 «*Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, ein Belegungstag*» etabliert

Umbau II:

- Aufnahme der Bedingung «*endoskopische Eingriffe am Ösophagus*» in Basis DRG H41 und DRG H41A
- Splitbedingung DRG H41B von «*Alter < 3 Jahre*» auf «*Alter < 16 Jahre*» erhöht

Hepatobiliäres System MDC 07

Kindersplit

Hinweis:

- Kinder in verschiedenen Basis DRGs der MDC 07 nicht sachgerecht abgebildet

Umbau:

- Erweiterung der Splitbedingung DRG H61A «*Bösartige Neubildung an hepatobiliärem System...* » um «*Alter < 16 Jahre*»
- und DRG H63C «*Erkrankungen der Leber ausser bösartige Neubildung..* » Alter auf «*Alter < 6 Jahre*» herabgesetzt

Hepatobiliäres System MDC 07

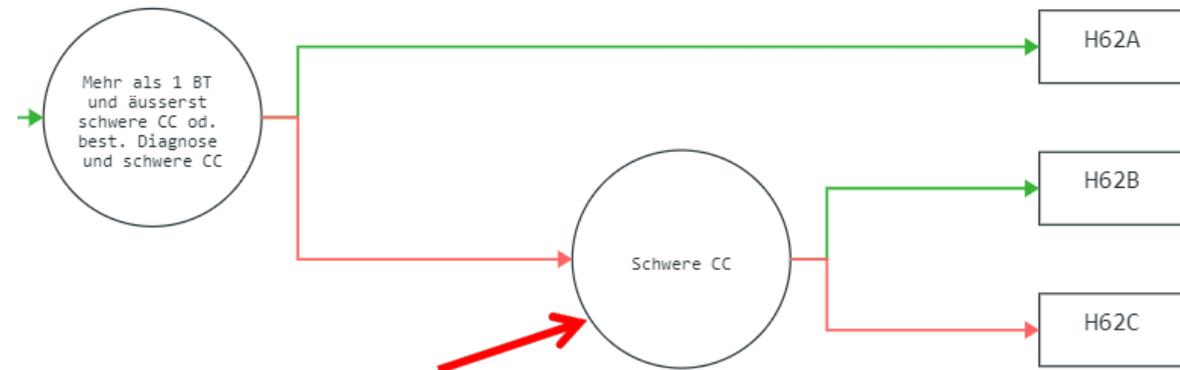
Erkrankungen am Pankreas

Antrag:

- Kostenhomogenität in Basis DRG H62 «Erkrankungen des Pankreas ausser bösartige Neubildung» prüfen
- Etablierung einer neuen DRG für Fälle mit IMCU Aufenthalt und parenteraler Ernährung und mehreren bildgebenden Verfahren

Umbau:

- Split DRG H62B mit «PCCL > 2»



Bewegungssystem MDC 08

Zweizeitiger Prothesenwechsel

Antrag:

- kurzzeitiger zweizeitiger (septischer) Prothesenwechsel in einem Aufenthalt wesentlich günstiger als in zwei Aufenthalten
- neues innovatives Versorgungskonzept
- zur Zeit in Tarifstruktur Eingriffe in zwei Aufenthalten besser finanziert
- dazwischen erfolgt ein Reha-Aufenthalt

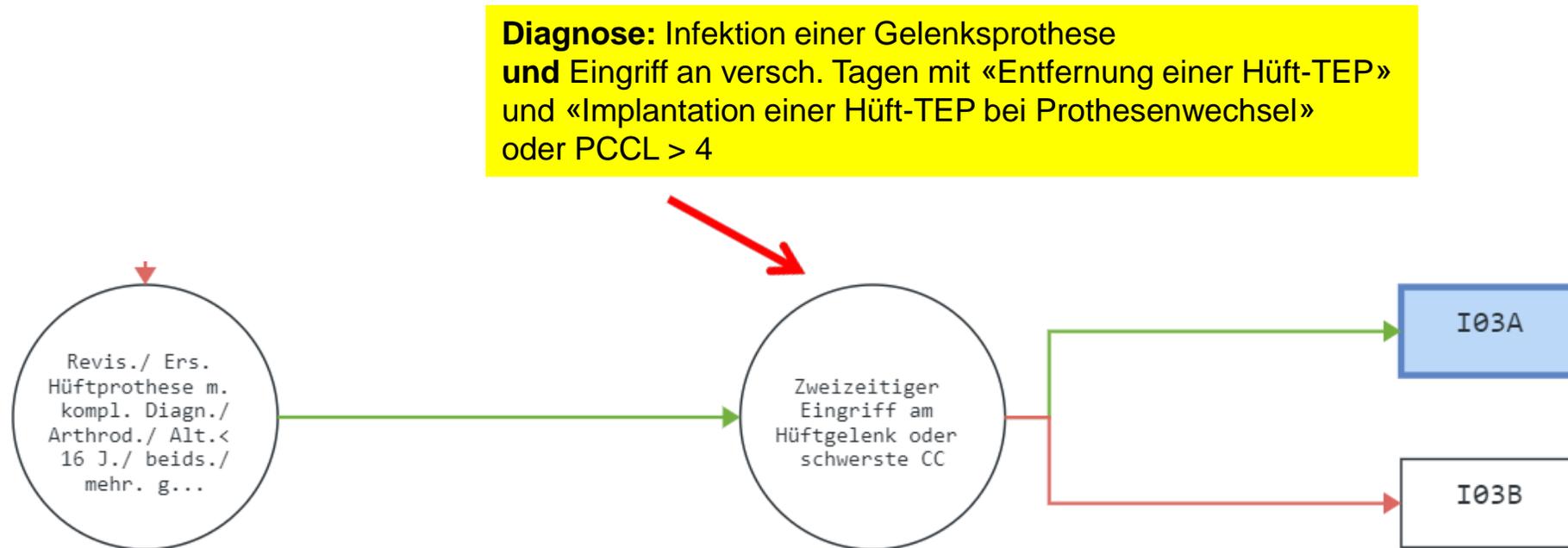
Analyse:

- Fälle in den Daten schwer identifizierbar
- intensiver Austausch mit Antragsteller

Bewegungssystem MDC 08

Zweizeitiger Prothesenwechsel

Ergebnis Hüfte:



Bewegungssystem MDC 08

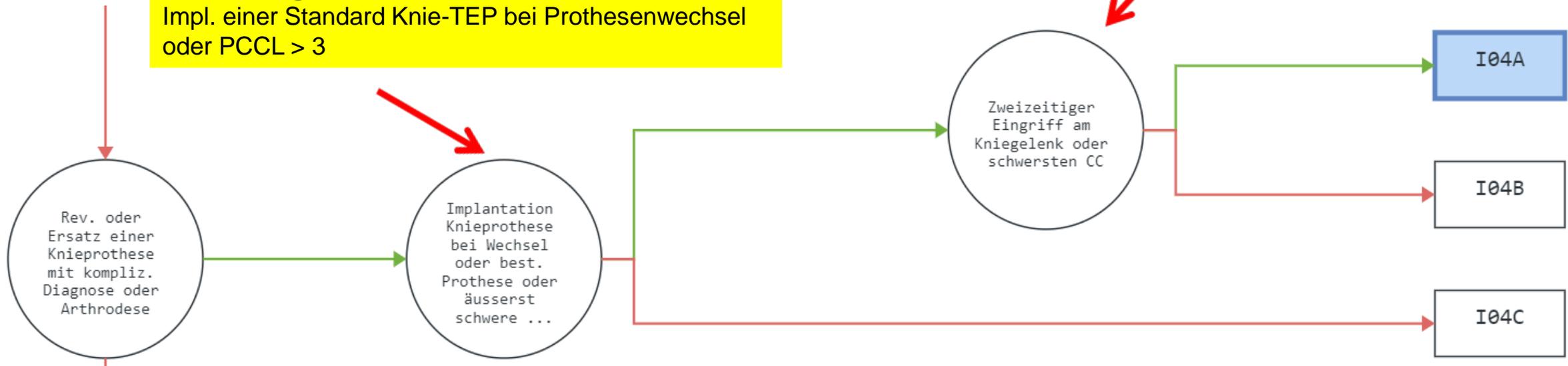
Zweizeitiger Prothesenwechsel

Ergebnis Knie:

Diagnose: Infektion einer Gelenkprothese und Eingriff an versch. Tagen mit «Entfernung einer Knie-TEP» und «Implantation einer Knie-TEP bei Prothesenwechsel» oder PCCL > 4

Erweiterung:

Impl. einer Standard Knie-TEP bei Prothesenwechsel oder PCCL > 3



Bewegungssystem MDC 08

Implantation von Handgelenkprothesen

Antrag:

- Implantation von Handgelenkprothesen im DRG-System nicht korrekt abgebildet
- eigene DRG oder Zusatzentgelt gewünscht

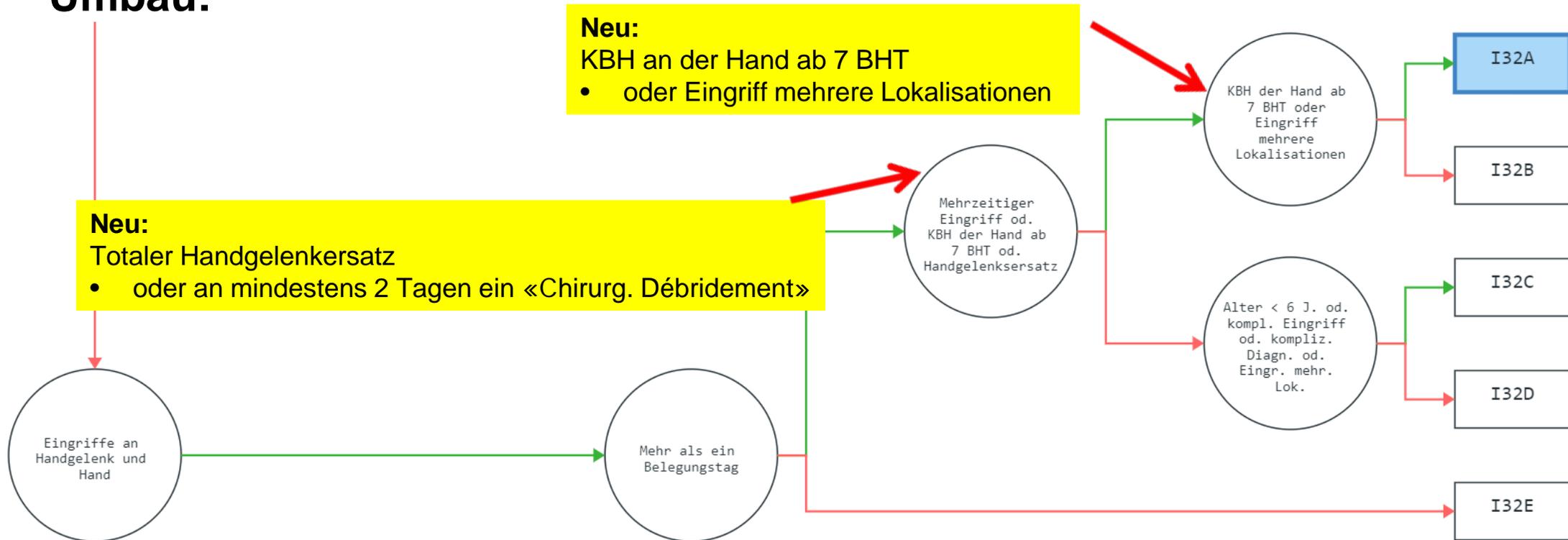
Analyse:

- CHOP Kode 81.73 «*Totaler Handgelenkersatz*» in Basis DRG I32 nicht aufwandgerecht abgebildet
- Fälle mit «*KBH an der Hand, ab 7 BHT*» zeigen hohen Ressourcenverbrauch
- mehrfache Eingriffe bei Débridements nicht sachgerecht vergütet

Bewegungssystem MDC 08

Implantation von Handgelenkprothesen

Umbau:



- Aufnahme von CHOP Codes sowie Tabellenbereinigung in DRGs I32B und I32C

Bewegungssystem MDC 08

Wirbelsäule

Situation:

- CHOP Katalog 2019 Überarbeitung der Codes für WS-Eingriffe
- aufgrund unsicherer Kodierung Überarbeitung der WS-DRGs nicht sinnvoll für Version 11.0 und 12.0
- auf Daten 2021 erneut umfangreiche Analysen
- Kosten- und Leistungserfassung hat sich verbessert

→ Überarbeitung der Basis DRGs I06, I09 und I10 in Version 13.0

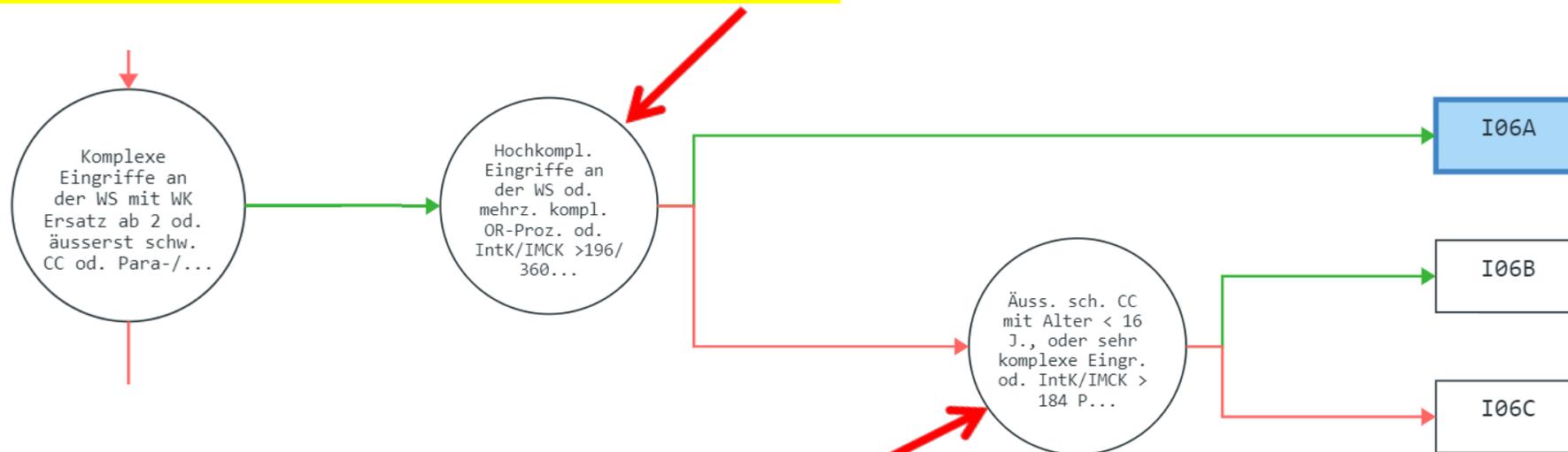
Bewegungssystem MDC 08

Wirbelsäule

Umbau Basis DRG I06 «Komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule....»:

Entf.: Geriatrie_14

Neu: Stellungskorrektur 7-10 Segm. mit PCCL > 4



Entf.: WK-Ersatz ab 2 mit PCCL > 3

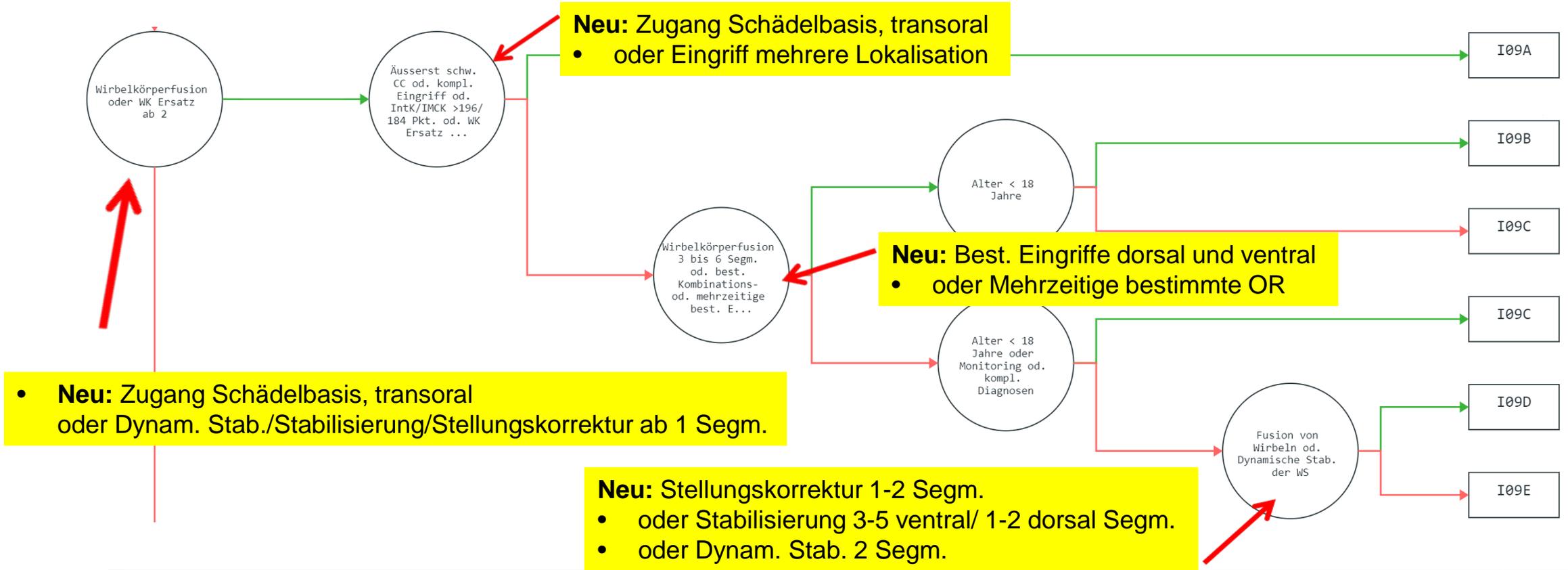
- oder Stabilisierung 7 Segm.
- oder Stellungskorrektur 7 Segm.

Neu: Geriatrie_14

Bewegungssystem MDC 08

Wirbelsäule

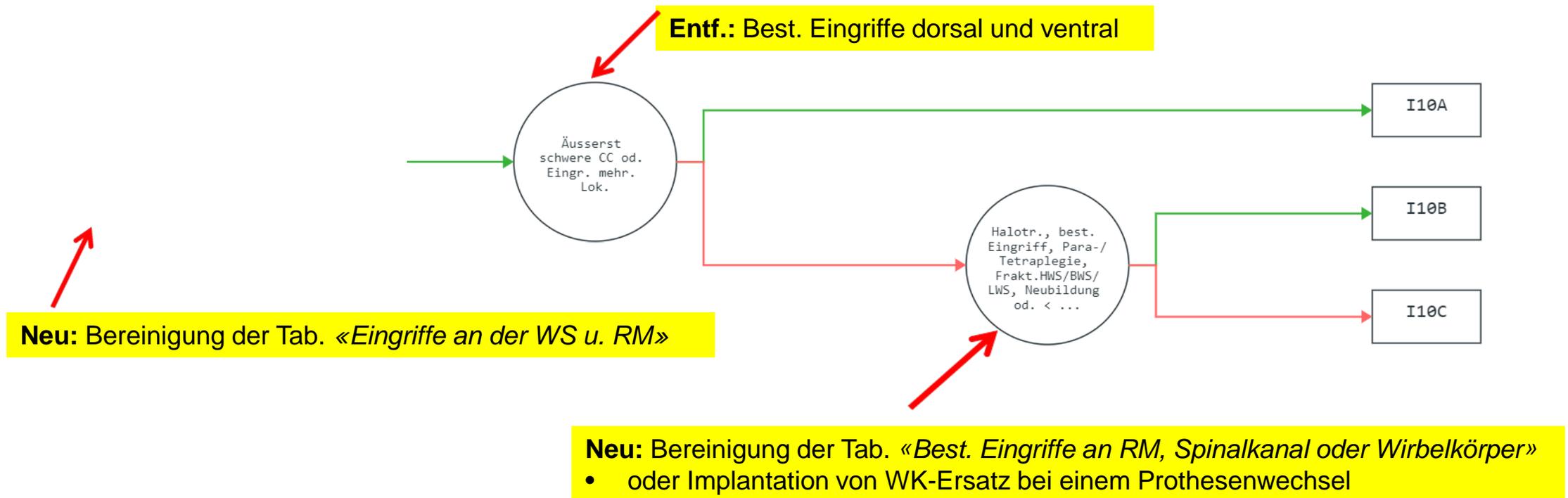
Umbau Basis DRG I09 «Wirbelkörperperfusion oder....»:



Bewegungssystem MDC 08

Wirbelsäule

Umbau Basis DRG I10 «Andere Eingriffe an der Wirbelsäule oder...»:



Haut und Mamma MDC 09

Gewebeverstärkung

Antrag:

- Operationen an der Mamma mit Implantation einer Gewebeverstärkung weisen höhere Materialkosten auf
- Fälle sind in der MDC 09 untervergütet

Umbau:

- Aufwertung des CHOP Codes 00.9A.2A «*Verwendung einer azellulären Matrix aus Tier oder Menschengewebe (quervernetzt oder nicht quervernetzt)*» in DRG J06A «*Beidseitige Mastektomie mit Prothesenimplantation oder plastischer Operation...*» und DRG J23A «*Grosse beidseitige Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung mit plastischer Rekonstruktion oder Implantat...*»

Haut und Mamma MDC 09

Sarkoidose

Hinweis:

- Fälle mit ICD D86.3 «*Sarkoidose der Haut*» in MDC 04 «*Atmungsorgane*» nicht sachgerecht abgebildet

Umbau:

- Verschieben des ICD Codes D86.3 «*Sarkoidose an der Haut*» in HD-Tabelle der MDC 09 und in Basis DRG J64 «*Infektion / Entzündung der Haut und Unterhaut..*»

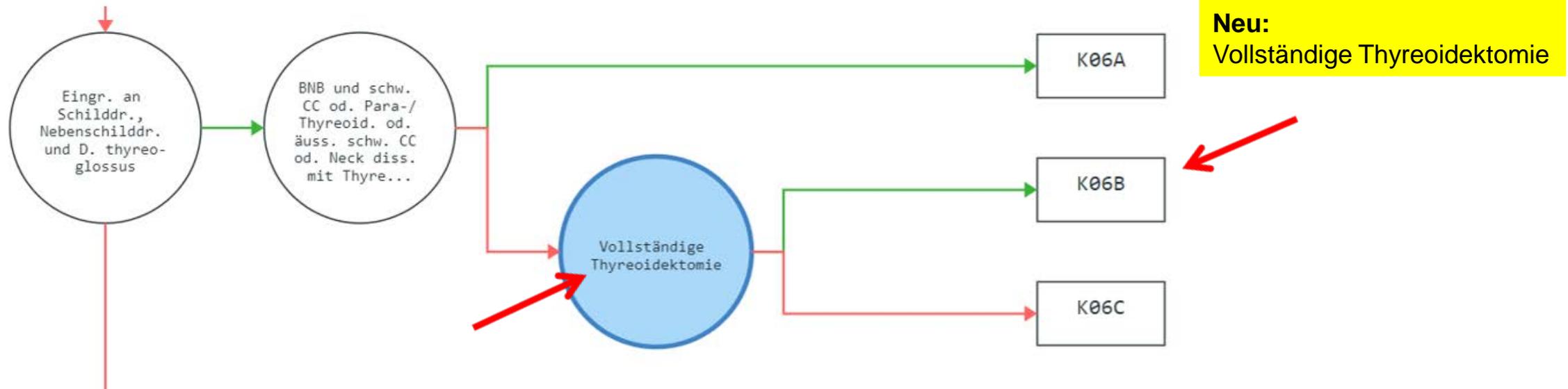
Stoffwechselkrankheiten MDC 10

Thyreoidektomie

Antrag:

- sachgerechte Abbildung von «Hemithyreoidektomien» und «vollständige Thyreoidektomien» prüfen

Umbau:



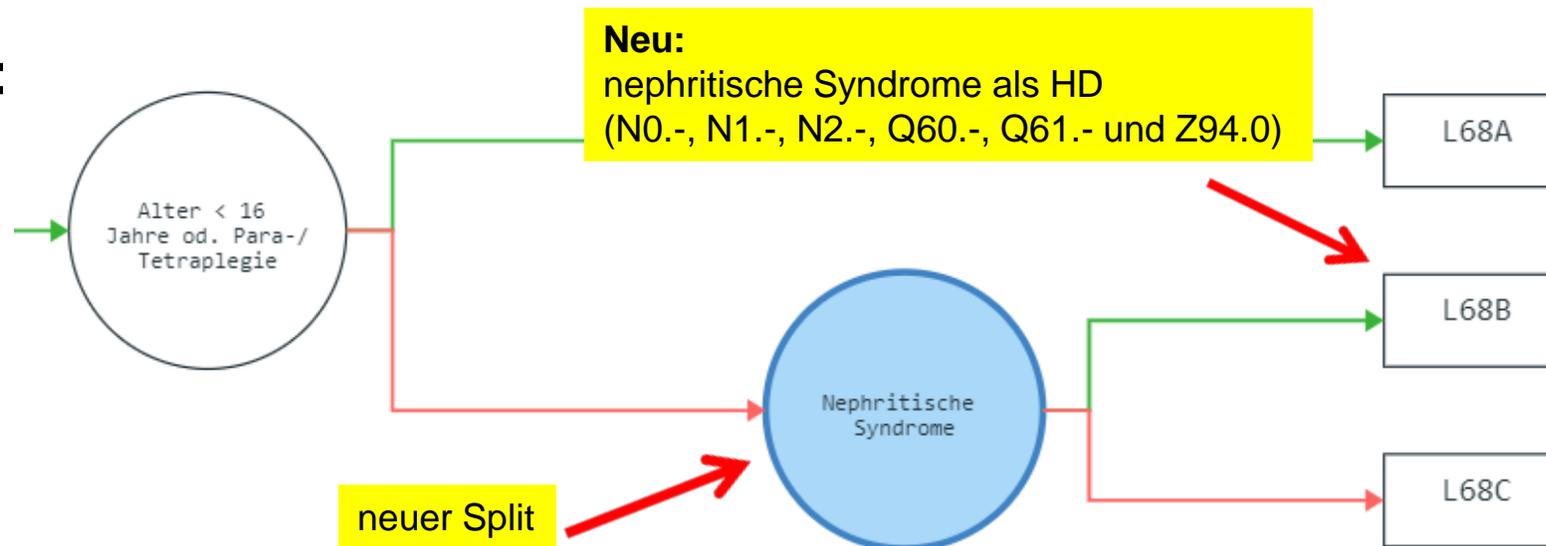
Harnorgane MDC 11

Hauptdiagnose Niere

Antrag:

- Fälle mit einer HD Niere weisen höhere Kosten auf als mit HD Blase
- und sind in DRG L68B «*Andere mässig schwere Erkrankungen der Harnorgane oder Harnblasenlähmung,..*» untervergütet

Umbau:



Weibl. Geschlechtsorgane MDC 13

Hysterektomie (HE)

Hinweis:

- Mindervergütung der radikalen Hysterektomie trotz Mehraufwand bei bestimmten aufwendigen Konstellationen
- aufgrund weiterer Prozeduren
 - Fall mit CHOP 68.61 «*Radikale Hysterektomie*» in DRG N04B
 - Fall mit CHOP 68.41 «*Totale Hysterektomie*» in DRG N01C

Umbau:

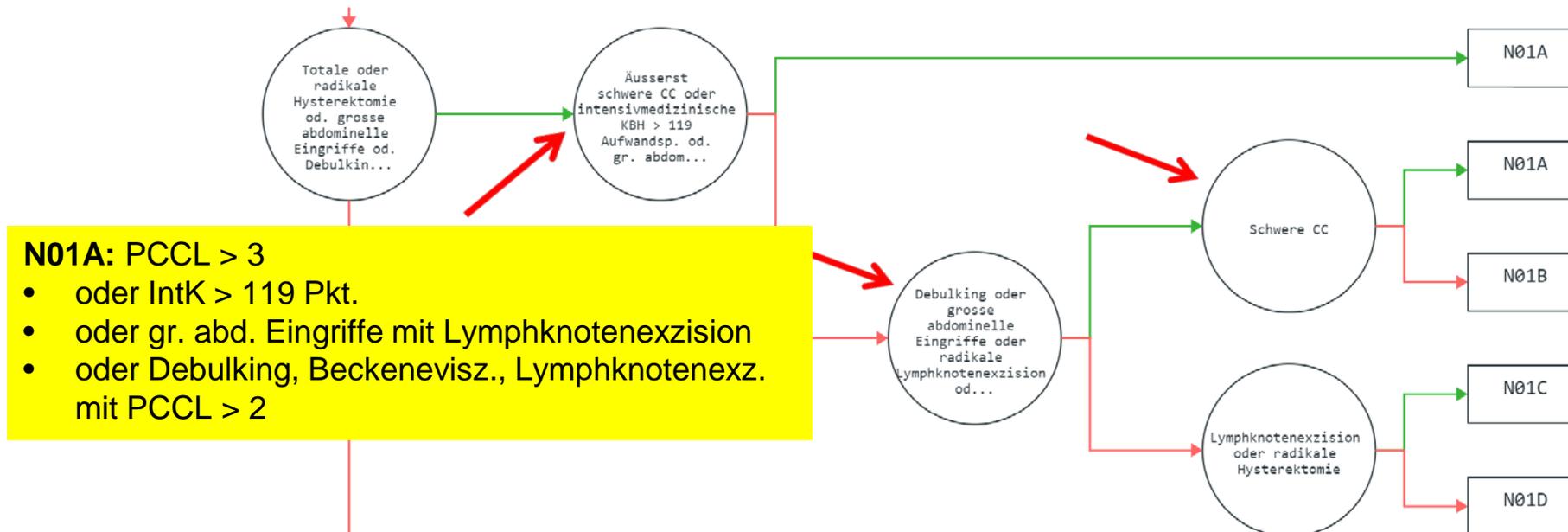
- umfangreiche Änderungen in Basis DRGs N01 und N04
- neue Splitkriterien mit verständlicherer Logik

Weibl. Geschlechtsorgane MDC 13

Hysterektomie (HE)

Umbau:

- Basis DRG N01: radikale, totale oder subtotale HE, Debulking, grosse abdominelle Eingriffe oder Beckeneviszeration, **bei BNB**
- HE aus Basis DRG N02 entfernt

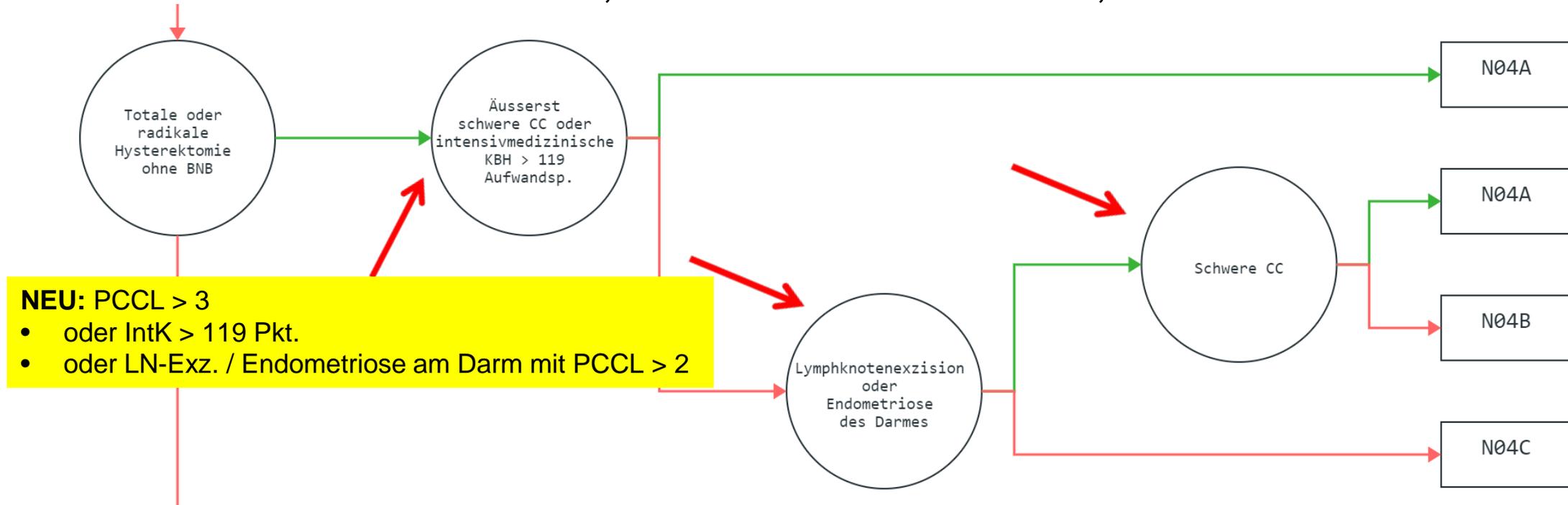


Weibl. Geschlechtsorgane MDC 13

Hysterektomie (HE)

Umbau:

- Basis DRG N04: radikale, totale oder subtotale HE, **ohne BNB**



- Lymphknotenexzisionen neu in Basis DRG N06 abgebildet

Neugeborene MDC 15

Neonatologische Diagnostik

Problem:

- 2021 neuer CHOP Codes 99.A8.1- «*Neonatologische Diagnostik und Überwachung auf einer Neonatal (Special, Intermediate, Intensive) Care Unit,*»
- kein Antrag erhalten

Umbau:

- Aufnahme Codes 99.A8.12/13/14 «*Neonatologische Diagnostik ..., von mehr als 24 Stunden*» in MDC 15
- Ergänzung zu bestehenden Logiken mit «*IMCK > 196 Aufwandspunkte*» in DRGs P60B, P67A und P66B

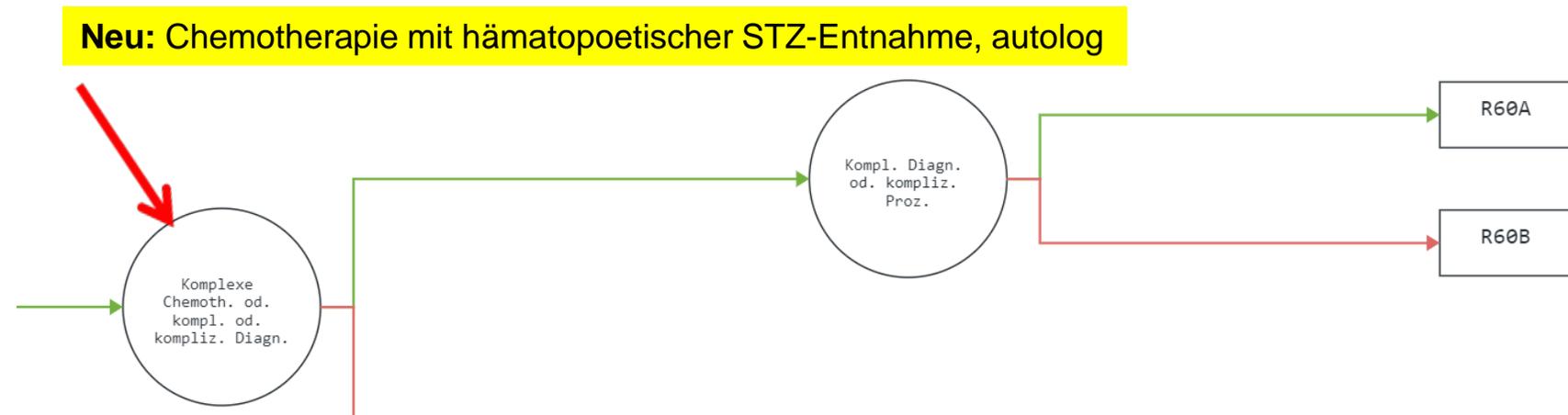
Neubildungen MDC 17

Hämatopoetische Stammzellentnahme

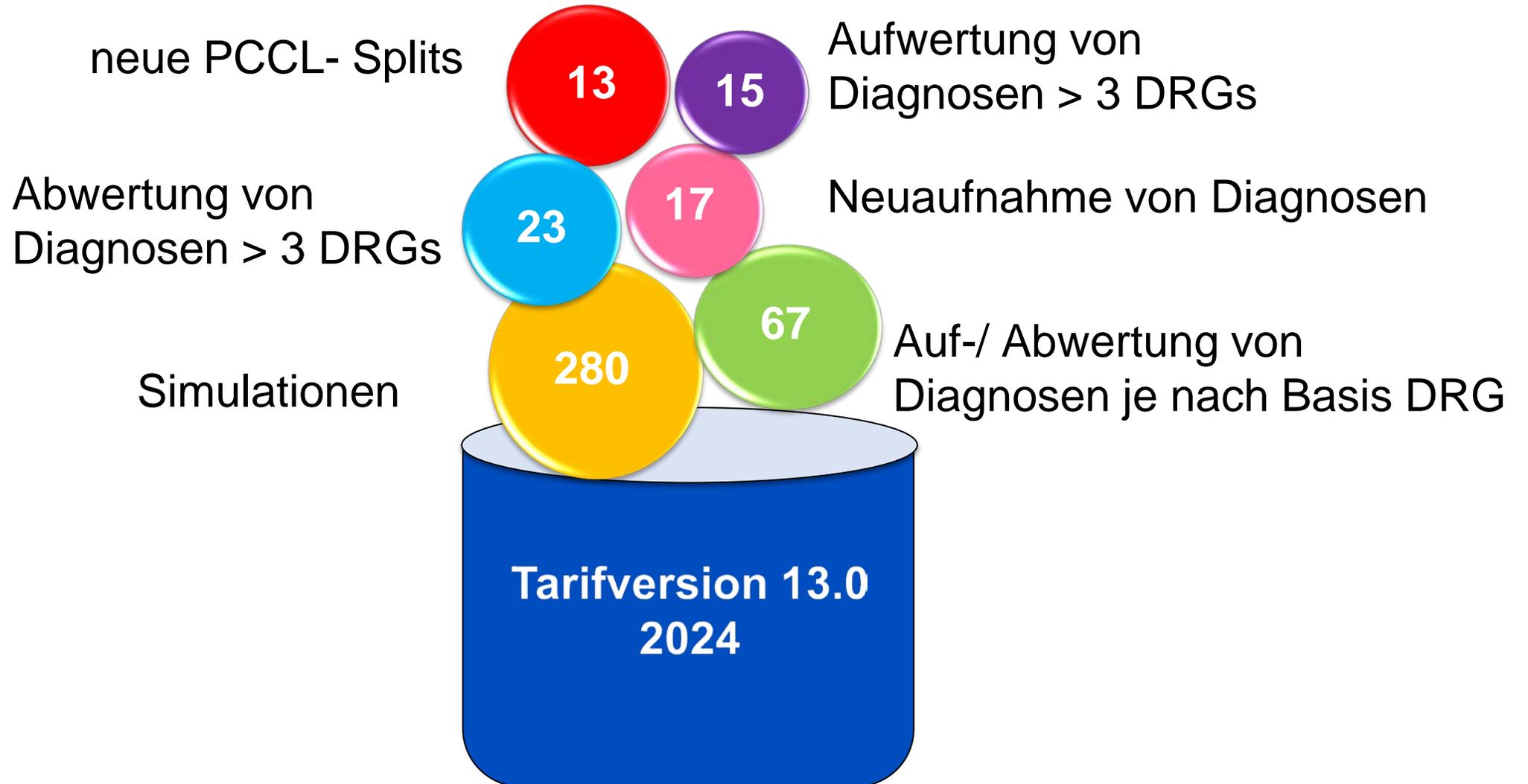
Hinweis:

- Fälle mit autologer, hämatopoetischer STZ-Entnahme und Chemotherapie gruppieren aufgrund der Umleitung in Basis DRG A42 «Knochenmark- oder Stammzellentnahme, autolog» in die MDC 17
- Abbildung teilweise dort nicht sachgerecht

Umbau:



CC-Matrix



Fach- und MDC übergreifende Analysen

Hinweis von Fachgesellschaft für Innere Medizin

- Symptome als HD
- viele Untersuchungen
- keine klare Diagnosestellung möglich
- Prüfung einer Komplexdiagnostik bei folgenden ICDs:

Fach- und MDC übergreifende Analysen

R55	Synkope und Kollaps	R11	Übelkeit und Erbrechen
R42	Schwindel und Taumel	R29.6	Sturzneigung, anderenorts nicht klassifiziert
R40.0	Somnolenz	R10.1	Schmerzen im Bereich Oberbauch
R50.80	Fieber unbekannter Ursache	R07.3	Sonstige Brustschmerzen
R10.4	Sonstige und n.n.bez. Bauchschmerzen	R41.0	Orientierungsstörung n.n.bez.
R53	Unwohlsein und Ermüdung	R10.3	Schmerzen mit Lok. in anderen Teilen des Unterbauchs
R04.0	Epistaxis	R07.4	Brustschmerzen n.n. bez.
R26.8	Sonstige und n.n.bez. Störungen des Ganges und der Mobilität	R06.0	Dyspnoe
R51	Kopfschmerz	R50.88	Sonstiges näher bezeichnetes Fieber

Fach- und MDC übergreifende Analysen

Analyse

- Fokus auf untervergütete Fälle mit Symptom als HD
- Aussage bzgl. Komplexdiagnostik nicht bestätigt
- Streuung der Kosten und VD sehr hoch ohne ersichtliche Kostentrenner
- Prozeduren nicht der HD oder zur Abklärung zuordbar

Fach- und MDC übergreifende Analysen

Beispiele

- HD: R40.0 «*Somnolenz*»
- HD: R10.4 «*Sonstige n.n.bez. Bauchschmerzen*»

Fach- und MDC übergreifende Analysen

- **G52h Die Hauptdiagnose**

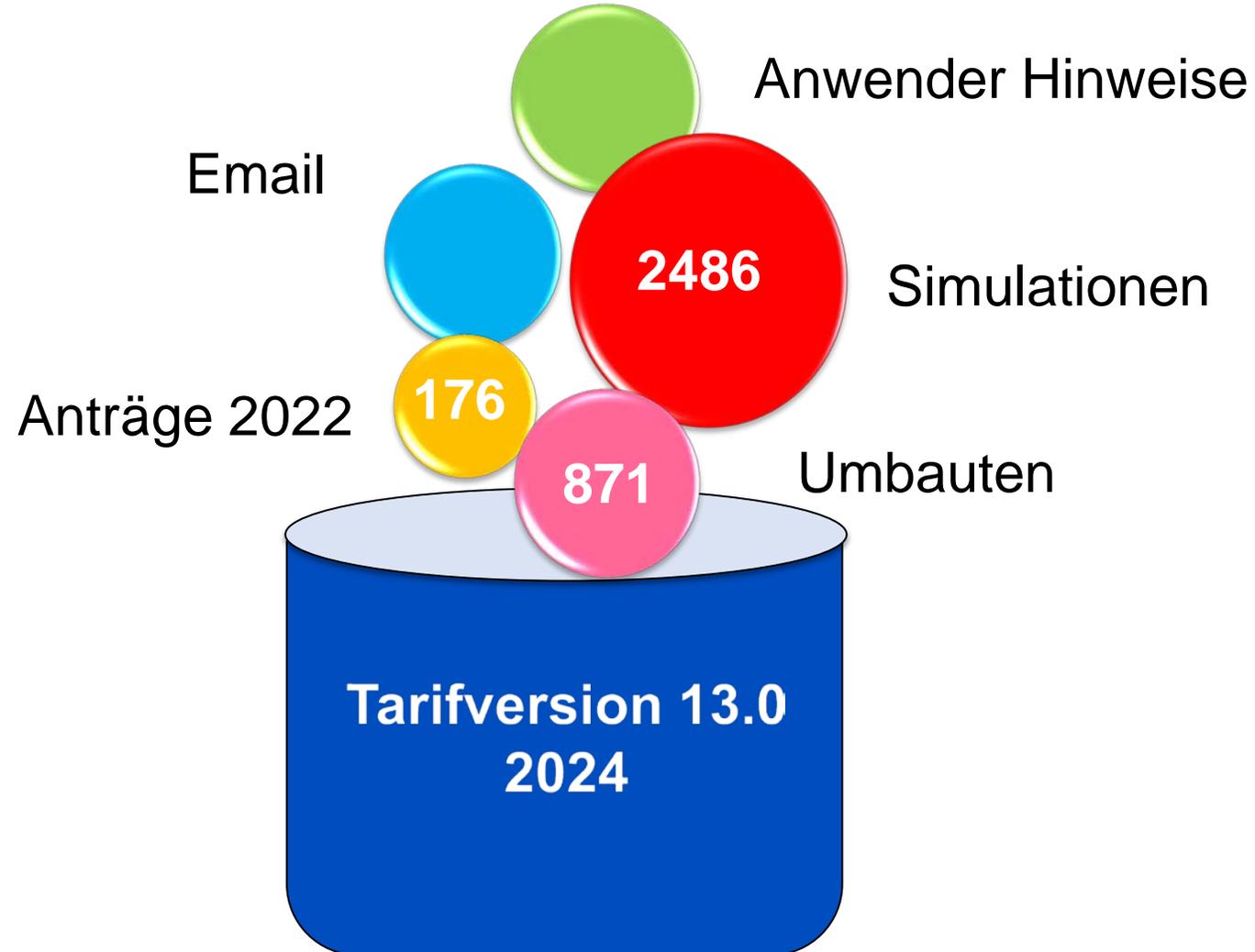
...Dies bedeutet, dass erst am Ende des stationären Aufenthaltes die Erkrankung oder Beeinträchtigung festgestellt wird, **die den grössten medizinischen Aufwand während der stationären Behandlung verursacht hat**. Die Eintrittsdiagnose (der Eintrittsgrund) stimmt nicht zwingend mit der Hauptdiagnose überein.

Überarbeitung der DRG - Klassifikation Antragsverfahren

	2022	2021	2020	2019
Anträge	176	108	188	180
umgesetzt	119	47	111	93
Quote	67%	43%	59%	52%

Überarbeitung der DRG - Klassifikation

Simulationen



Zusatzentgelte - CHOP

Etablierung neuer Zusatzentgelte:

ZE-2024-213

- Umfassende genomische Diagnostik solider Tumore, Tumorprofiling von mehr als 100 Genen (CHOP-Kode 99.AA.11)

ZE-2024-215

- Resektion der thorakalen Aorta und Ersatz mit Hybridprothese (CHOP-Kode 38.45.14)

Zusatzentgelte - CHOP

Löschen von Zusatzentgelten:

ZE-2024-74

- Selektive intravaskuläre Radionuklidtherapie [SIRT]

ZE-2024-174

- Radiorezeptortherapie mit dem DOTA-konjugierten Somatostatin-Analogen TATE [Octreotate]

Zusatzentgelte - ATC

Etablierung neuer Zusatzentgelte:

- Argatroban
- Canakinumab
- Caplacizumab
- Cemiplimab
- Dinutuximab beta
- Eltrombopag
- Hemin
- Letermovir
- Osimertinib
- Ravulizumab
- Teclistamab
- Treosulfan

Löschen von Zusatzentgelten:

- Erlotinib
- Trastuzumab (subkutan)

Hinweis:

- Trastuzumab (intravenös / intrathekal) um Verabreichungsart subkutan ergänzt

Ausserplanmässige Zusatzentgelte (nicht im Fallpauschalenkatalog)

COVID-bedingt:

- Remdesivir (ZE 161) → Erweiterung der Dosisklassen nach oben
- Casirivimab und Imdevimab (ZE 196)
- Sotrovimab (ZE 201)
- Tixagevimab und Cilgavimab (ZE 216)

→ ausserplanmässige ZEs sind unabhängig von Version 13.0 gültig

SwissDRG – Version 13.0 / 2024

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

Übersicht Analysen Kalkulationsmethodik V13.0

- Änderung Zuteilung zu Haupt-, Differenz- und Mischkosten:
 - Zuteilung der Anlagenutzungskosten (ANK) und Arztkosten
 - Dynamische Zuteilung der Kosten für medizinisches Material
- neue Berechnung des Tagesverlegungsabschlages

Haupt- / Differenz- / Mischkosten

Ziel:

- Detailliertere Zuordnung der ANK- und Arztkosten zu der jeweiligen Kostenart

Bisher:

- ANK-Kostenkomponenten pauschal als Mischkosten
- Arzt-Kostenkomponenten pauschal als Differenzkosten

Neu:

- ANK- und Arztkostenkomponenten werden der jeweiligen Kategorie der übergeordneten Kostenkomponente zugeordnet

Haupt- / Differenz- / Mischkosten

Beispiel:

v210	OP-Saal, Gemeinkosten exkl. ANK	Hauptkosten
v211	OP-Saal, ANK ¹	Mischkosten
v212	Ärztschaften des OP-Saals - Aktivitäten 6a ₁ , Gemeinkosten exkl. ANK	Differenzkosten
v213	Ärztschaften des OP-Saals - Aktivitäten 6a ₁ , ANK ¹	Mischkosten
↓		
v210	OP-Saal, Gemeinkosten exkl. ANK	Hauptkosten
v211	OP-Saal, ANK ¹	Hauptkosten
v212	Ärztschaften des OP-Saals - Aktivitäten 6a ₁ , Gemeinkosten exkl. ANK	Hauptkosten
v213	Ärztschaften des OP-Saals - Aktivitäten 6a ₁ , ANK ¹	Hauptkosten

Dynamische Zuteilung medizinisches Material

Hintergrund:

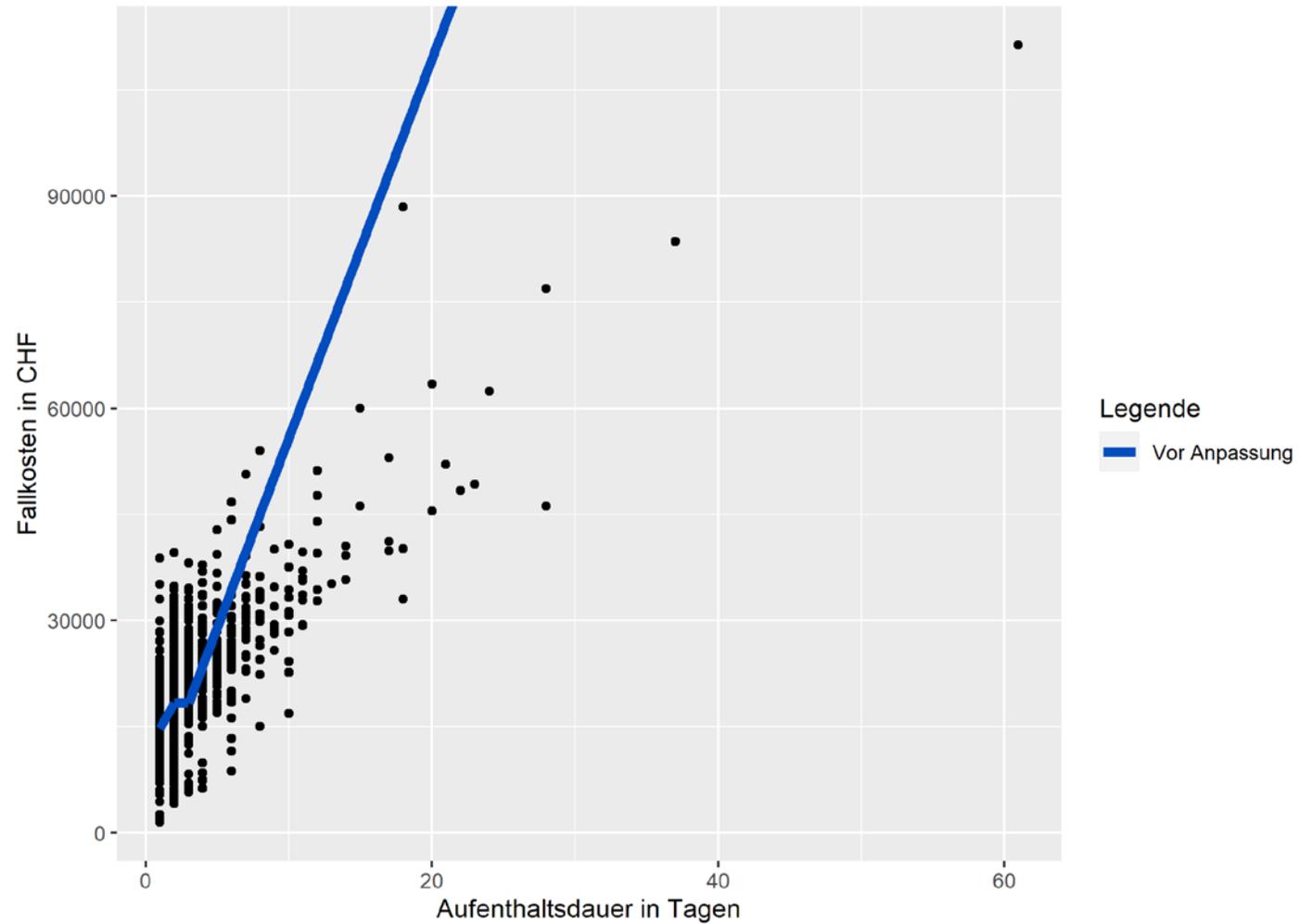
- Behandlungen mit hohem Anteil von Kosten für medizinisches Material (v103) im Zusammenhang mit der Hauptleistung (z.B. Katheter)
- v103 ist bisher als Mischkostenkomponente definiert
- starke Auswirkungen auf Zu- und Abschläge der betroffenen DRG
- potenzielle Schaffung von Fehlanreizen

Massnahme:

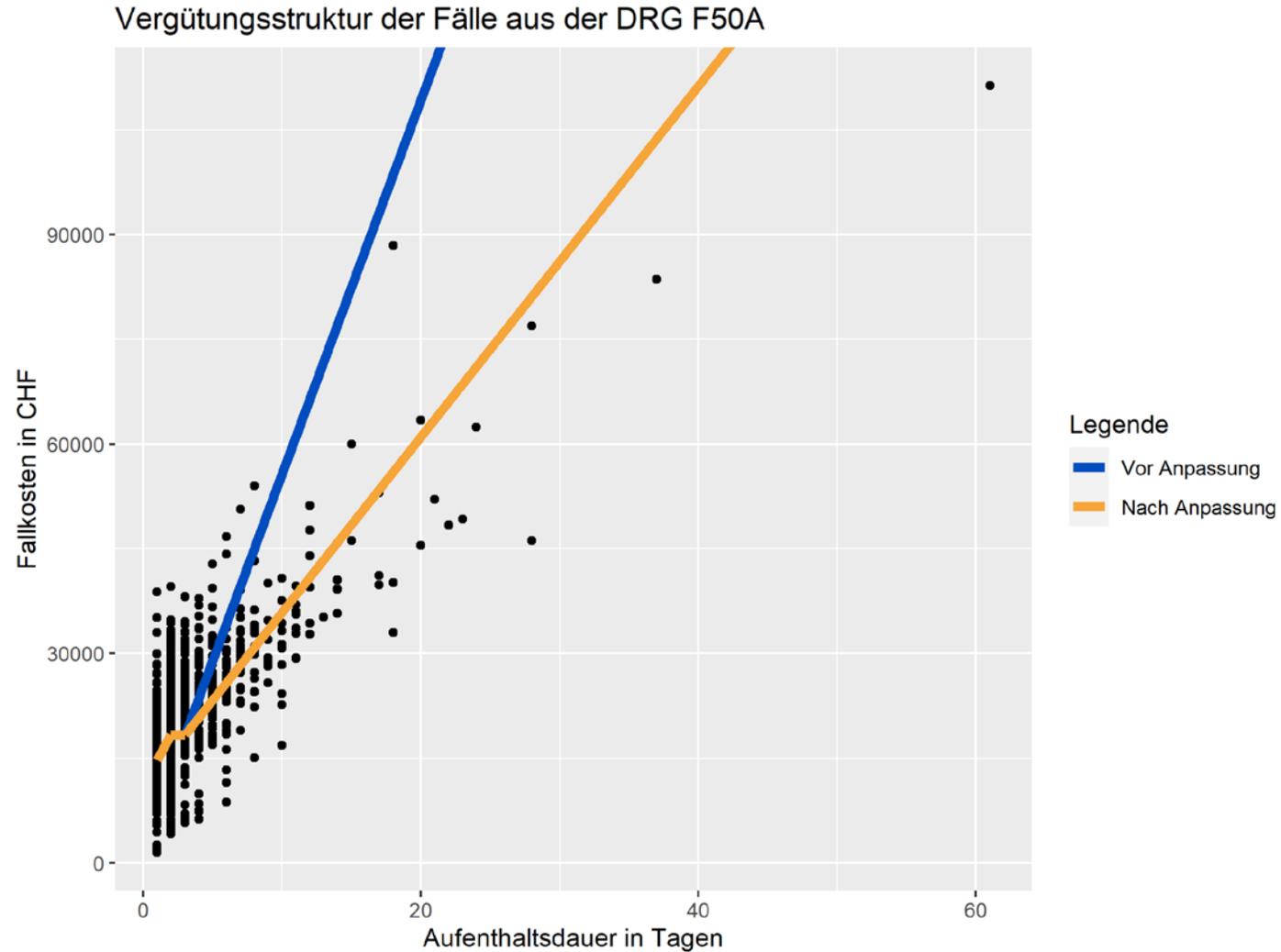
- v103 wird neu bei Bedarf für einzelne DRG zu Hauptkosten verschoben

Dynamische Zuteilung medizinisches Material

Vergütungsstruktur der Fälle aus der DRG F50A



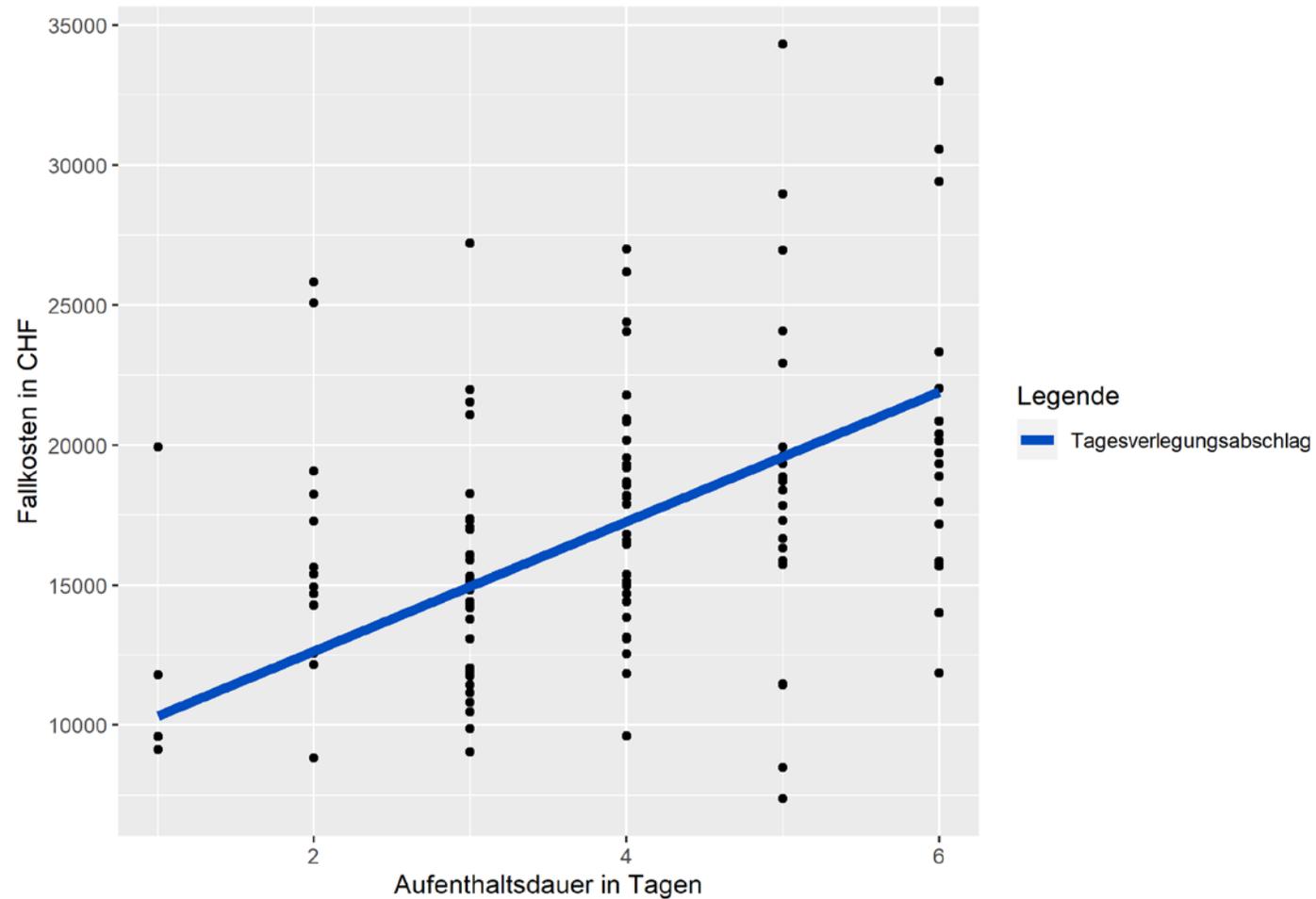
Dynamische Zuteilung medizinisches Material



Berechnung Tagesverlegungsabschlag

Vergütungsstruktur der DRG F24B

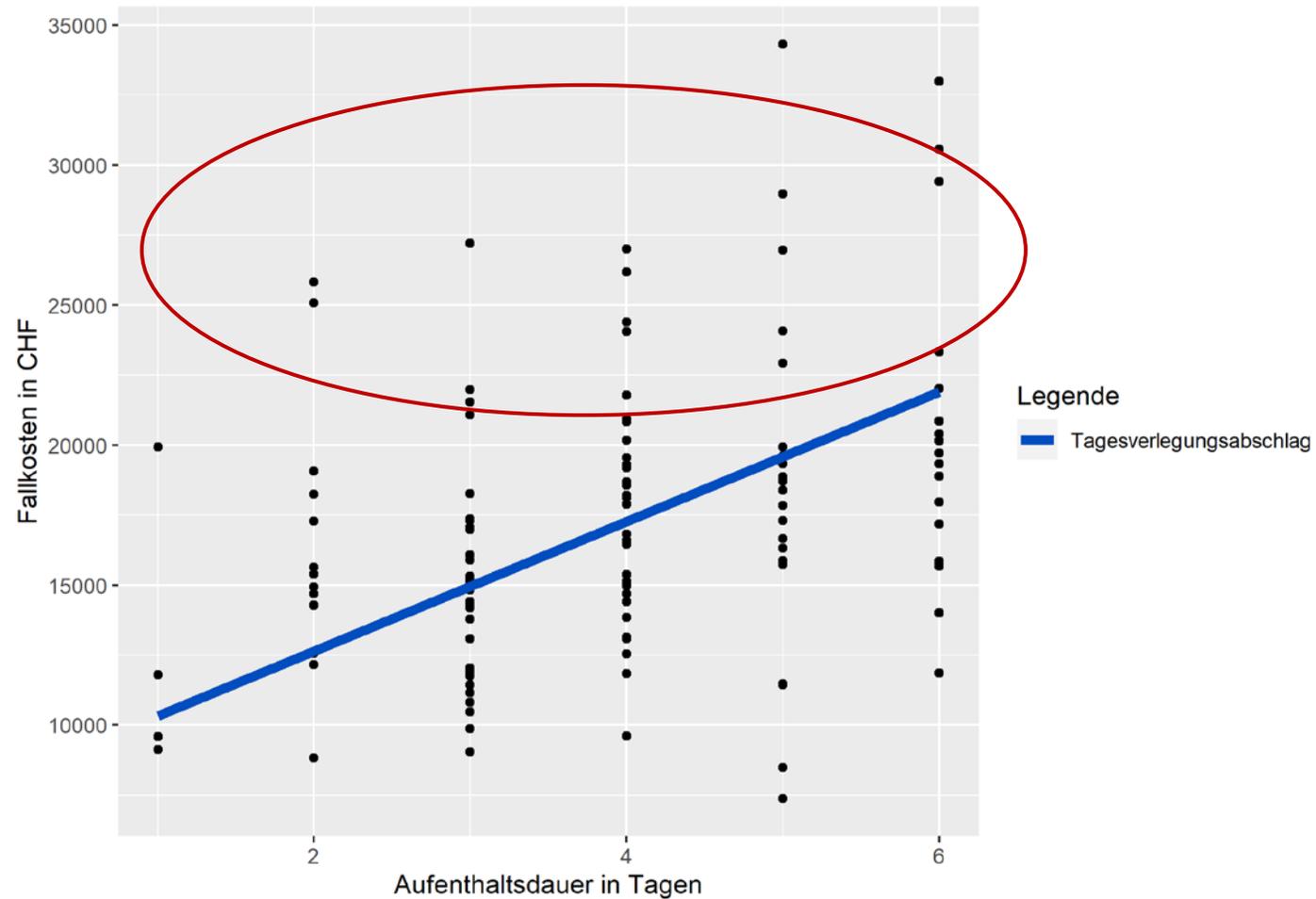
Nur verlegte Fälle unterhalb der mittleren Verweildauer angezeigt



Berechnung Tagesverlegungsabschlag

Vergütungsstruktur der DRG F24B

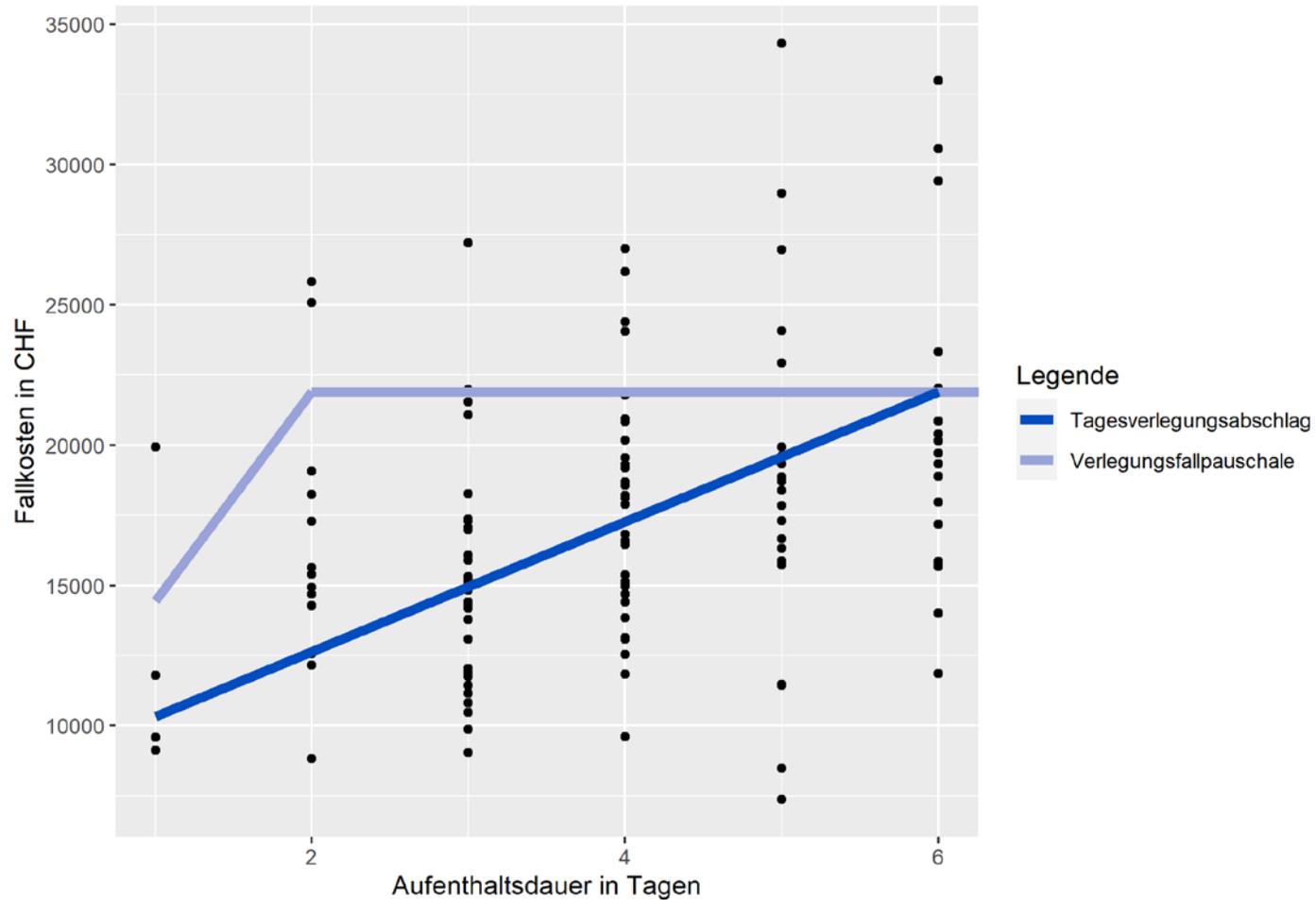
Nur verlegte Fälle unterhalb der mittleren Verweildauer angezeigt



Berechnung Tagesverlegungsabschlag

Vergütungsstruktur der DRG F24B

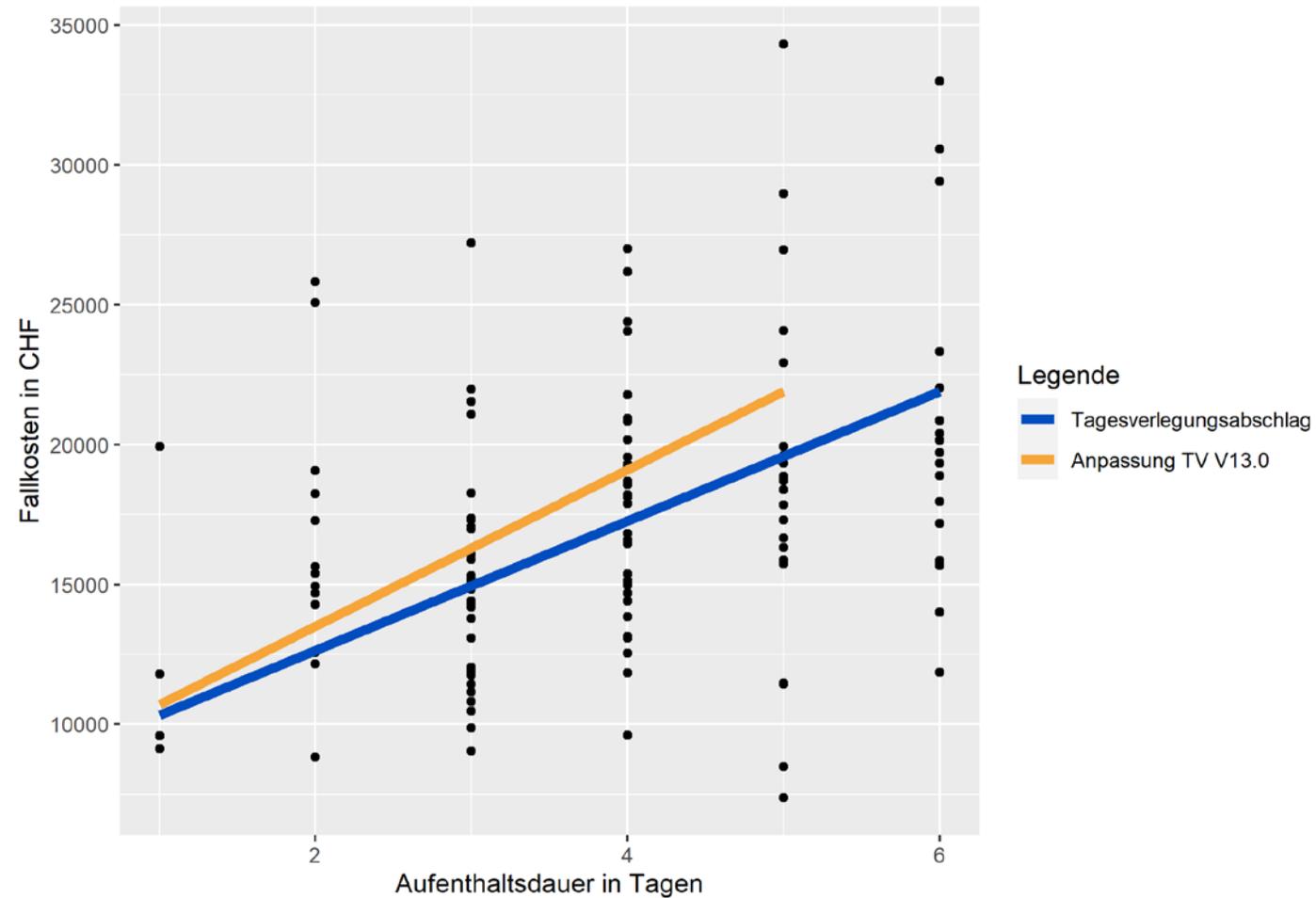
Nur verlegte Fälle unterhalb der mittleren Verweildauer angezeigt



Berechnung Tagesverlegungsabschlag

Vergütungsstruktur der DRG F24B

Nur verlegte Fälle unterhalb der mittleren Verweildauer angezeigt



Anwendung Tagesverlegungsabschlag

Abrechnungsregeln – Kapitel 4.3.1, Regel für Verlegungsabschläge

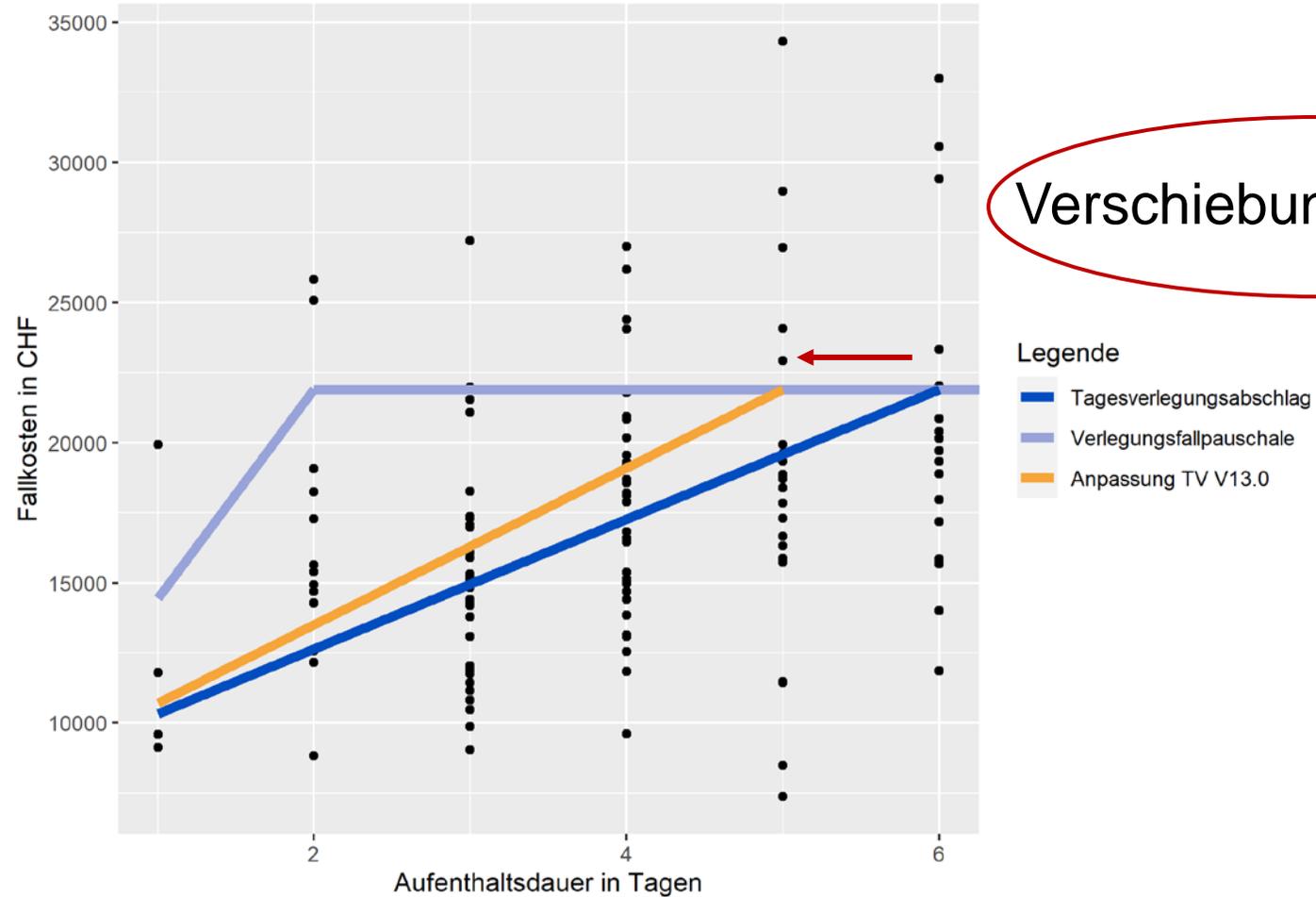
*Bei einer Verlegung rechnet jedes involvierte Spital diejenige Fallpauschale ab, welche sich aus seiner Behandlung ergibt. Sowohl das verlegende wie das aufnehmende Spital müssen jedoch einen Abschlag gewärtigen, wenn die Aufenthaltsdauer des Patienten im betreffenden Spital **mehr als ein Tag unterhalb der auf ganze Tage abgerundeten Mittleren Verweildauer MVD** der abgerechneten Fallgruppe gemäss Fallpauschalenkatalog liegt.*

Der Abschlag berechnet sich aus dem Abschlagssatz pro Tag (individuell pro Fallgruppe festgelegt und im Fallpauschalenkatalog ausgewiesen), multipliziert mit der Anzahl der Abschlagstage. (Siehe Grouperdokumentation)

Anwendung Tagesverlegungsabschlag

Vergütungsstruktur der DRG F24B

Nur verlegte Fälle unterhalb der mittleren Verweildauer angezeigt



SwissDRG – Version 13.0 / 2024

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

Zusammenfassung der Änderungen

	V13.0	V12.0	V11.0
Anzahl DRGs	1'082	1'077	1'063
nicht bewertete DRGs	0	0	0
nicht abrechenbare DRGs	4	4	4
Einbelegungstag-DRGs	241	244	239
explizit	57	54	50
implizit	184	190	189
Zusatzentgelte	166	157	157
bewertet	165	156	156
unbewertet	1	1	1

Anteil Outlier

	V13.0		V12.0	
	Fallzahl	Anteil	Fallzahl	Anteil
Inlier	833'597	78.7%	847'347	80%
High Outlier	75'032	7.1%	58'567	5.5%
Low Outlier	66'391	6.3%	69'106	6.5%
verlegte Fälle	83'711	7.9%	83'711	7.9%
unbewertete DRG	0	0%	0	0%
nicht abrechenbare DRG	91	0%	91	0%
Alle	1'058'822	100%	1'058'822	100%

Datenbasis: 2021, Kalkulationsdaten

Kostenhomogenität R²

Version V13.0 im Vergleich zu Vorversionen

Grouperversion	Datenjahr	alle Fälle	Inlier (gemäss V13.0)
V13.0	2021	0.781	0.867
V12.0		0.766	0.847
V11.0		0.762	0.845

Datenbasis: 2021, Kalkulationsdaten

Berechnung der Bezugsgrösse

Bezugsgrösse wird so berechnet, dass bei identischer Datengrundlage 2021

Summe der effektiven Kostengewichte gruppiert mit V13.0

=

Summe der effektiven Kostengewichte gruppiert mit V12.0

SwissDRG V13.0	SwissDRG V12.0	SwissDRG V11.0
10'617 CHF	10'314 CHF	10'275 CHF

Datenbasis: 2021, SwissDRG Daten Anwendungsbereich, bewertet über V12.0 und V13.0

Casemix Index nach Typologie

Versorgungsstufe	Anzahl	CMI V13.0	CMI V12.0	Delta V12.0/V13.0
K111 Zentrumsversorgung 1	215'151	1.480	1.473	+0.5%
K112 Zentrumsversorgung 2	657'581	1.059	1.060	-0.1%
K121 Grundversorgung 3	118'205	0.925	0.924	+0.0%
K122 Grundversorgung 4	90'380	0.885	0.889	-0.4%
K123 Grundversorgung 5	27'292	0.929	0.938	-0.9%
K221 Rehabilitationskliniken	1'276	5.298	5.223	+1.4%
K231 Chirurgie	45'177	1.135	1.152	-1.4%
K232 Gyn/ Neonatologie	6'421	0.368	0.375	-1.9%
K233 Pädiatrie	18'033	1.345	1.331	+1.1%
K234 Geriatrie	6'015	1.409	1.404	+0.4%
K235 Spezialkliniken	11'679	1.638	1.661	-1.4%
Alle	1'197'210	1.121	1.121	+0.0%

Datenbasis: 2021, SwissDRG Daten Anwendungsbereich, bewertet über V12.0 und V13.0

Deckungsgrad pro Gruppe mit hypothetischen Einheitsbasispreisen

	Anzahl Fälle	Anteil Gesamtfälle	Deckungsgrad V13.0	Deckungsgrad V12.0	Veränderung V12.0/V13.0
Unispitäler K111	203'721	19.24 %	90.75 %	90.21 %	+0.6 %
selbständige Kinderspitäler	17'162	1.62 %	97.63 %	96.40 %	+1.3 %
nicht Unispitäler	855'010	80.76 %	103.60 %	103.81 %	-0.2 %
Inlier	905'728	85.55 %	104.00 %	104.85 %	-0.8 %
Low Outlier	71'580	6.76 %	103.06 %	102.27 %	+0.8 %
High Outlier	81'423	7.69 %	81.67 %	78.08 %	+4.6 %
aufnahmeverlegte Patienten	45'171	4.27 %	99.70 %	98.36 %	+1.4 %
aufnahmeverlegte Inlier-Patienten	37'787	3.57 %	103.45 %	102.68 %	+0.7 %
Kinder <16 Jahre ohne DRG P66D, P67D	67'318	6.36 %	101.15 %	100.80 %	+0.3 %

hypothetische Baserate für Nullgewinne inkl. ANK V13.0: CHF 10'995

hypothetische Baserate für Nullgewinne inkl. ANK V12.0: CHF 10'981

Datenbasis: 2021, Kalkulationsdaten, bewertet über V12.0 und V13.0

Erläuterungen zum Daten- und Versionseffekt

Positiver Versionseffekt (Effekt bei konstantem Datenjahr) der Typologie K111

- Daten 2021, **Version 12.0**: Deckungsgrad 90.21 %
- Daten 2021, **Version 13.0**: Deckungsgrad 90.75 %
- Änderungen der **Tarifstruktur** für diesen Anstieg verantwortlich

Negativer Dateneffekt (Effekt bei konstanter Version) der Typologie K111

- **Daten 2019**, Version 12.0: Deckungsgrad 92.78 %
- **Daten 2021**, Version 12.0: Deckungsgrad 90.21 %
- veränderte **Datenbasis** ursächlich für diesen Rückgang

Deckungsgrad pro Gruppe mit hypothetischen Einheitsbasispreisen

	Anzahl Fälle	Anteil Gesamtfälle	Deckungsgrad V13.0	Deckungsgrad V12.0	Veränderung V12.0/V13.0
Unispitäler K111	203'721	19.24 %	90.75 %	90.21 %	+0.6 %
selbständige Kinderspitäler	17'162	1.62 %	97.63 %	96.40 %	+1.3 %
nicht Unispitäler	855'010	80.76 %	103.60 %	103.81 %	-0.2 %
Inlier	905'728	85.55 %	104.00 %	104.85 %	-0.8 %
Low Outlier	71'580	6.76 %	103.06 %	102.27 %	+0.8 %
High Outlier	81'423	7.69 %	81.67 %	78.08 %	+4.6 %
aufnahmeverlegte Patienten	45'171	4.27 %	99.70 %	98.36 %	+1.4 %
aufnahmeverlegte Inlier-Patienten	37'787	3.57 %	103.45 %	102.68 %	+0.7 %
Kinder <16 Jahre ohne DRG P66D, P67D	67'318	6.36 %	101.15 %	100.80 %	+0.3 %

hypothetische Baserate für Nullgewinne inkl. ANK V13.0: CHF 10'995

hypothetische Baserate für Nullgewinne inkl. ANK V12.0: CHF 10'981

Datenbasis: 2021, Kalkulationsdaten, bewertet über V12.0 und V13.0

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

SwissDRG AG

Länggassstrasse 31
3012 Bern

☎ +41 (0)31 310 05 50

e-mail: info@swissdrg.org