



Systempräsentation

Verwaltungsrat der SwissDRG AG

SwissDRG – Version 13.0 / 2024

26. April 2023

Zeitachse - Tarifstruktur



SwissDRG – Version 13.0 / 2024

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

Datengrundlage zur Systementwicklung

- Daten des Jahres 2021
- ohne Rehabilitation, ohne Psychiatrie, mit Palliativmedizin, mit Frührehabilitation und Paraplegiologie
- kodiert mit CHOP 2021 und ICD-10 GM 2021
- Leistungs- und Kostendaten der Spitäler
- Detailerhebung zu Medikamenten, aufwendigen Verfahren, Blutprodukten und Implantaten

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)

Gelieferte Fälle

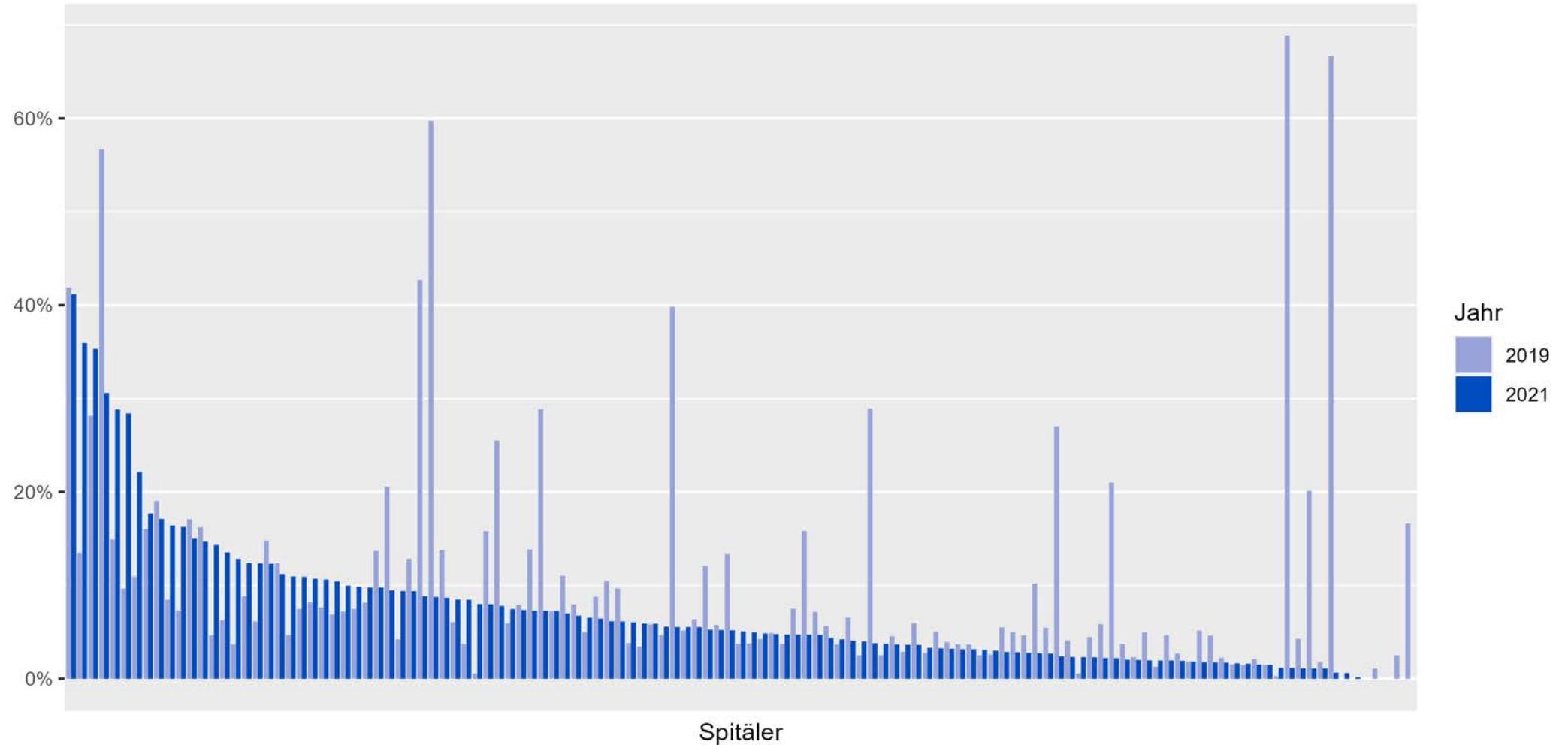
Datenjahr	2021	2019	2018
Tarifstruktur	SwissDRG 13.0	SwissDRG V11.0 / 12.0	SwissDRG 10.0
Daten NWS	1'197'531	1'182'252	1'172'590
Gesamtdaten	1'257'147	1'278'953	1'278'241
Stichprobe	95.26 %	92.44 %	91.73 %

Übersicht Datenerosion

Gesamtdaten	SwissDRG Erhebung	
1'258'124	1'201'565	gelieferte Fälle
↓	↓	<ul style="list-style-type: none"> - Psychiatrie / Rehabilitation - Ambulante Fälle - Austritt ausserhalb der Erhebungsperiode
1'257'147	1'197'531	Fälle im Anwendungsbereich (inkl. Geburtshäuser)
	↓	<ul style="list-style-type: none"> - nicht verwendbare, private Fälle - Fälle ohne Vollkosten
	1'174'206	Datensatz vor Plausibilisierung
	↓	- Plausibilisierung der Fälle (inkl. Gesamtlöschung von 12 Spitälern)
	1'058'822	Plausible Fälle 2021 (Kalkulationsdaten)
		<ul style="list-style-type: none"> + 846 Fälle aus Daten 2019 + 126 Fälle aus Daten 2018

} Systementwicklung

Anteil der unplausiblen Fälle pro Jahr



Datenbasis: 2019/2021, SwissDRG Anwendungsbereich

Lieferumfang (Anzahl Spitäler)

Medikamente / Implantate / teure Verfahren

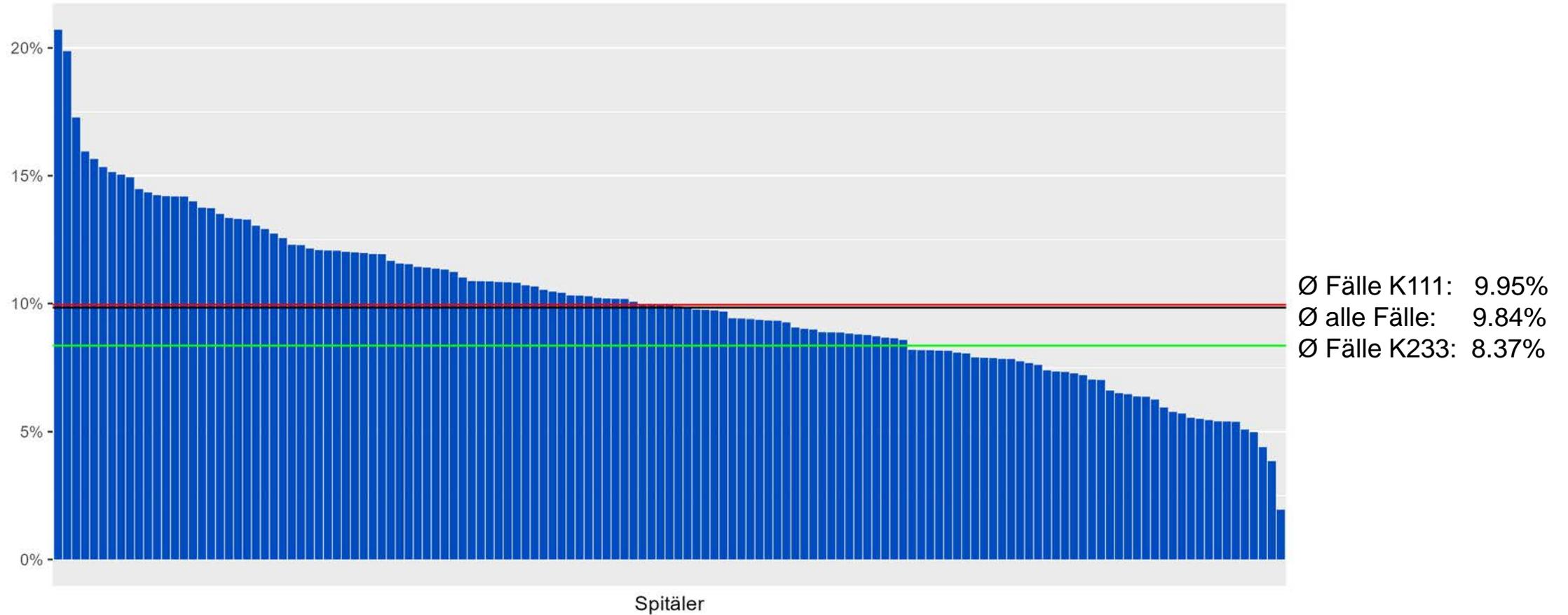
	V13.0			V12.0	V11.0
Datenjahr	2021	2021 Uni- spitäler	2021 Kinder- spitäler	2020	2019
Teure Medikamente in der medizinischen Statistik					
	109	5	3	105	94
Detailerhebung, Angabe von Kosten....					
... teurer Medikamente	62	5	2	65	61
teurer Implantate	41	5	2	47	48
-davon Kunstherzen	3	3	0	4	5
... teurer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

Anlagenutzungskosten

- Daten von 137 Spitälern zur Systementwicklung verwendet
- Grundlage zur Ermittlung der Anlagenutzungskosten:

Kostenträgerrechnung REKOLE®	137
andere betriebswirtschaftliche Kostenträgermethode	0

Anteil der Anlagenutzungskosten



Datenbasis: 2021, Kalkulationsdaten

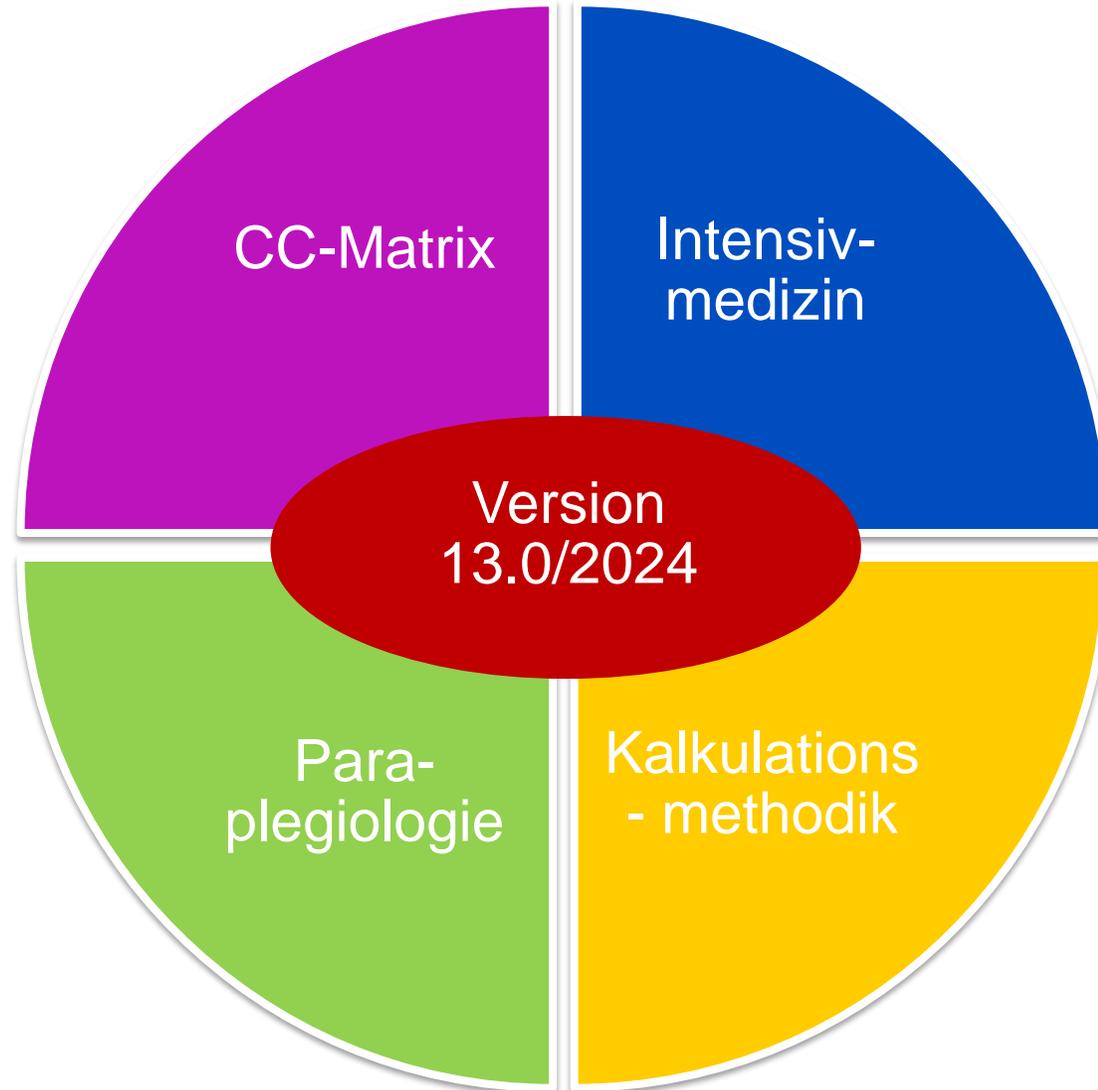
SwissDRG – Version 13.0 / 2024

- Vernehmlassung zur Tarifversion bis 10.05.2023
- Übermittlung der Entwicklungsschwerpunkte bis 24.05.2023

SwissDRG – Version 13.0 / 2024

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

Entwicklungsschwerpunkte Version 13.0 / 2024

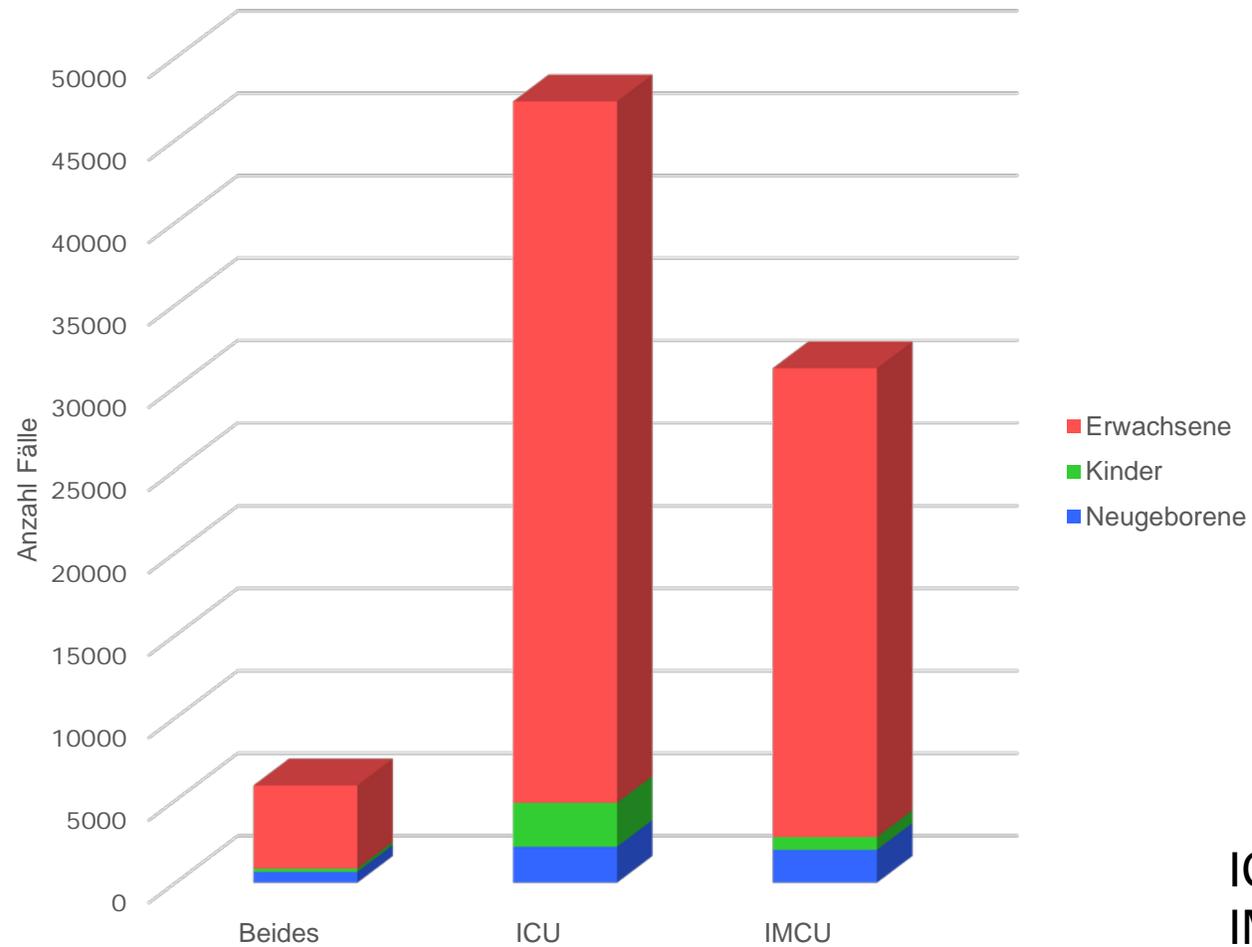


Überblick Intensivmedizin

Wesentliche Elemente der Abbildung im Grouper

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

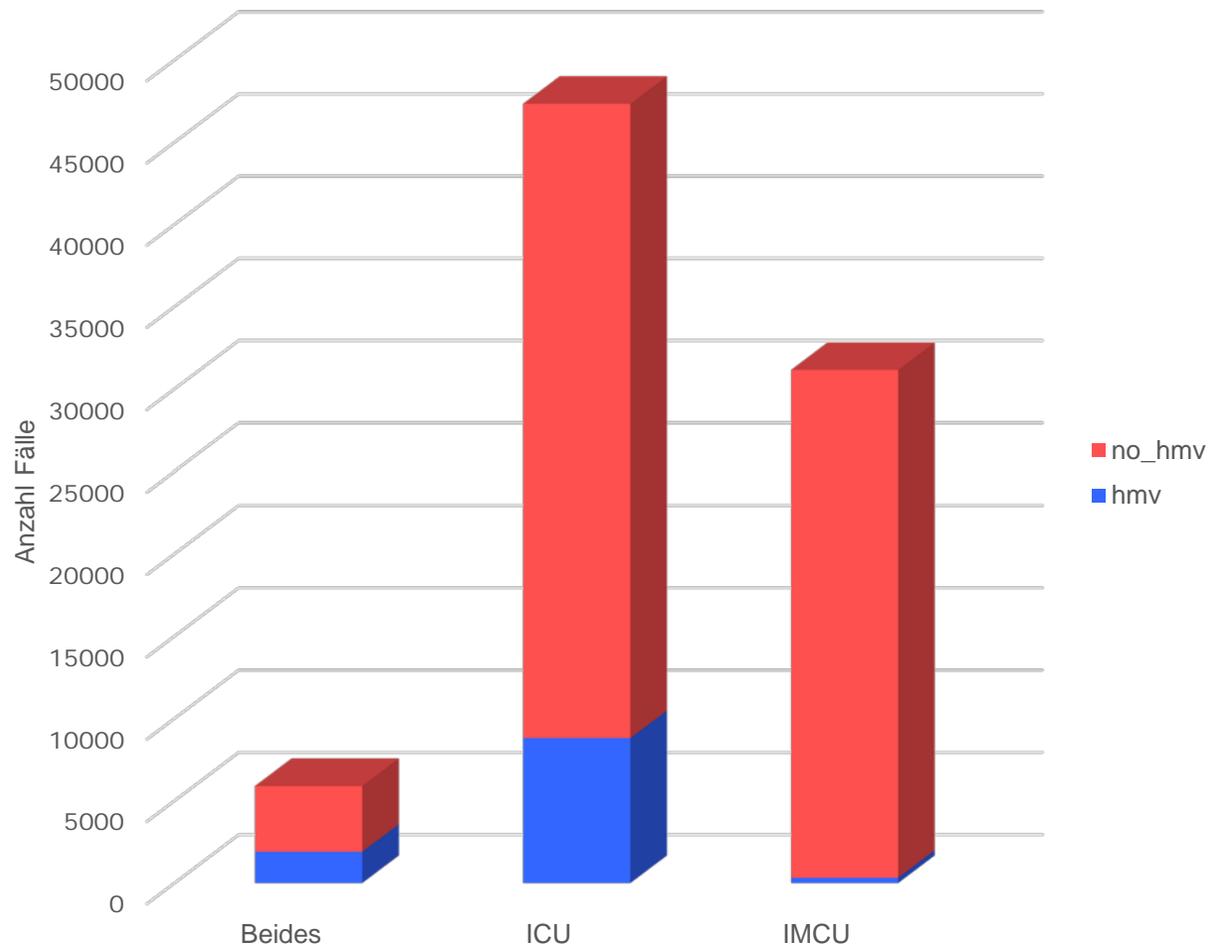
Anzahl ICU / IMCU Fälle



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

Kalkulationsdatensatz 2021

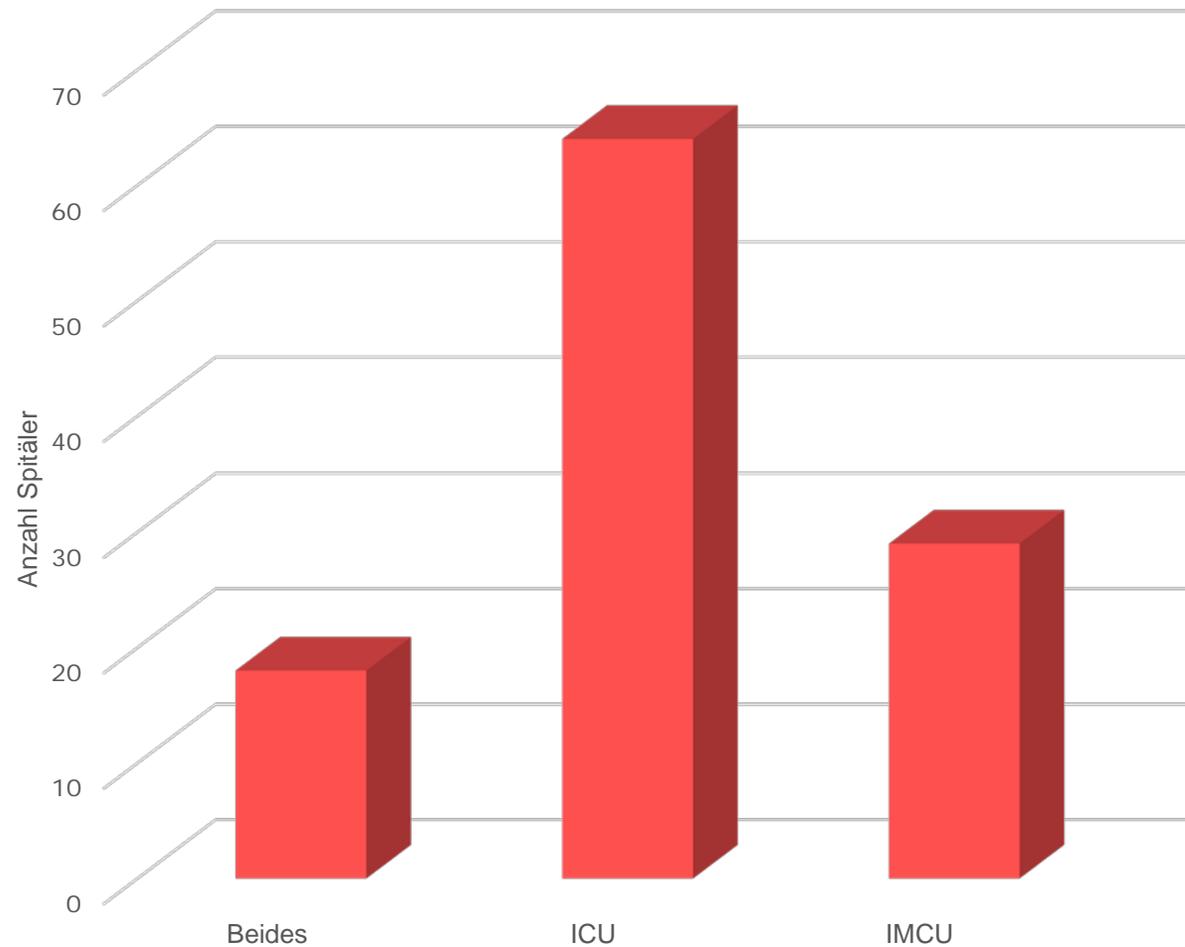
Anzahl ICU / IMCU Fälle mit HMV



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

Anzahl Spitäler mit ICU / IMCU Fällen



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

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

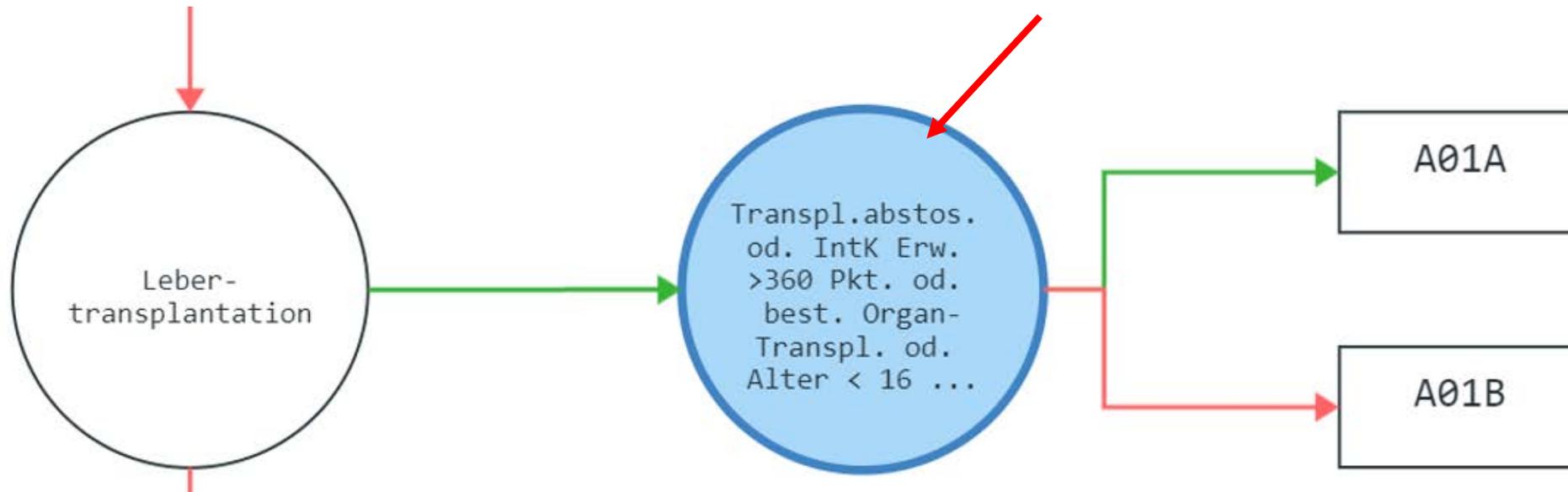
Aufwandspunkte ICU / IMCU für Kinder

- 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:

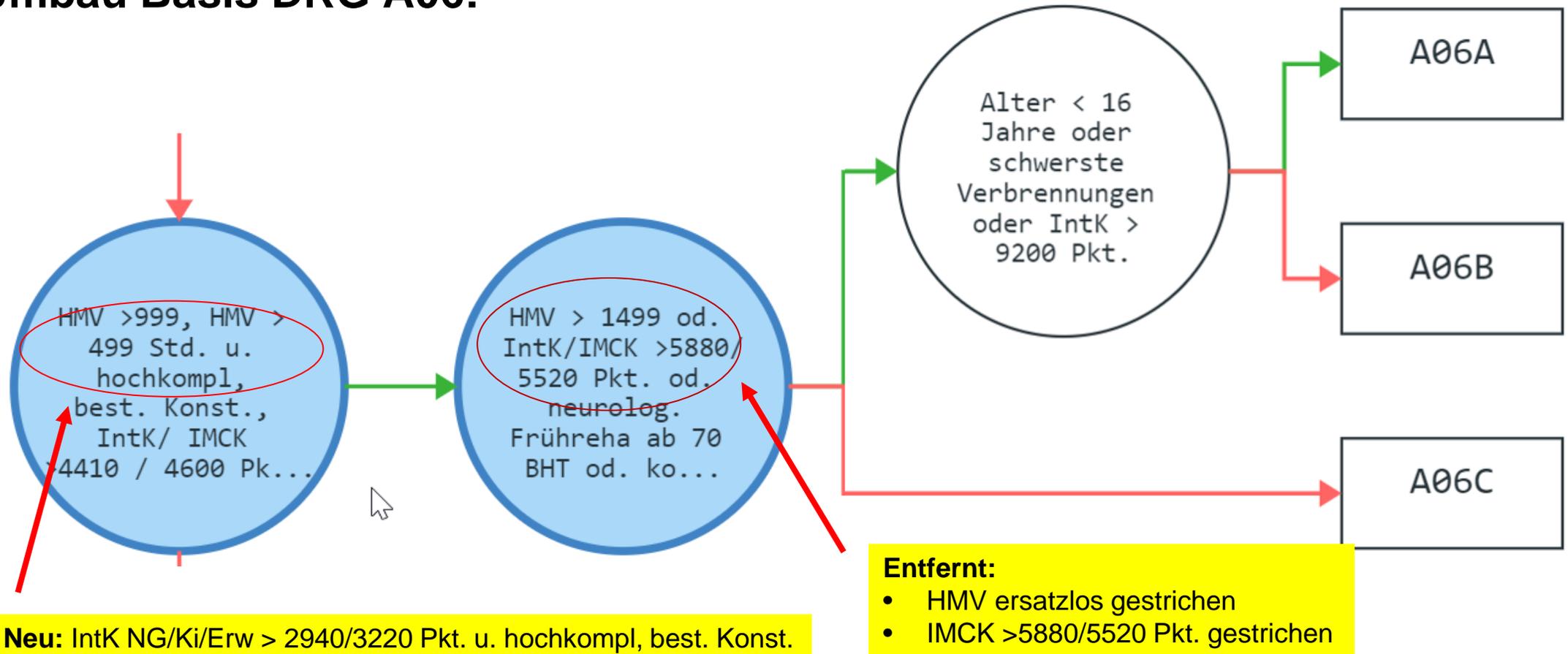
- Beatmung > 59 Std. mit IntK Erw. > 360 Pkt. für DRG A01A ersetzt



Umbau H MV / Intensivmedizin

Prä-MDC

Umbau Basis DRG A06:



Umbau H MV / Intensivmedizin Prä-MDC

Weiterer Umbau Basis DRG A06:

Entfernt:

- **HMV > 499 h** und hochaufwendige oder best. komplexe Konstellationen

Neu:

- **IntK > 2352/2484 Pkt.** und hochaufwendige oder best. komplexe Konstellationen

Umbau H MV / Intensivmedizin Prä-MDC

Weiterer Umbau Basis DRG A06:

- in der Basis Anpassung der IMCK Aufwandspunkte
- IMCK NG/Ki/ Erw. von > 4410/4600 Aufwandspunkte auf
- IMCK NG/Ki/ Erw. auf > 4900/5520 Aufwandspunkte erhöht

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.

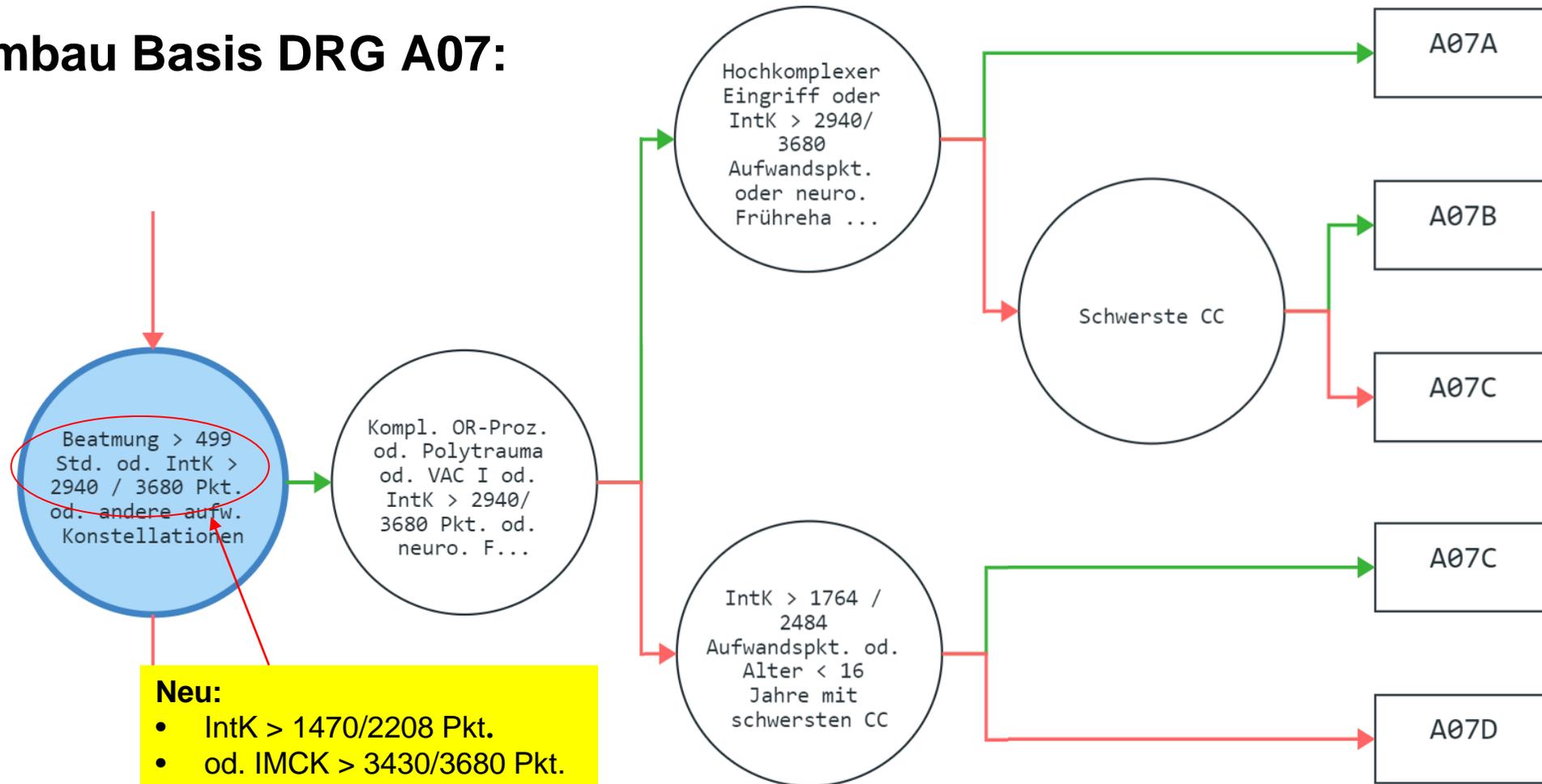
Neu: IntK > 3430/3220 Pkt. mit IMCK > 3430/3220 Pkt.

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

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

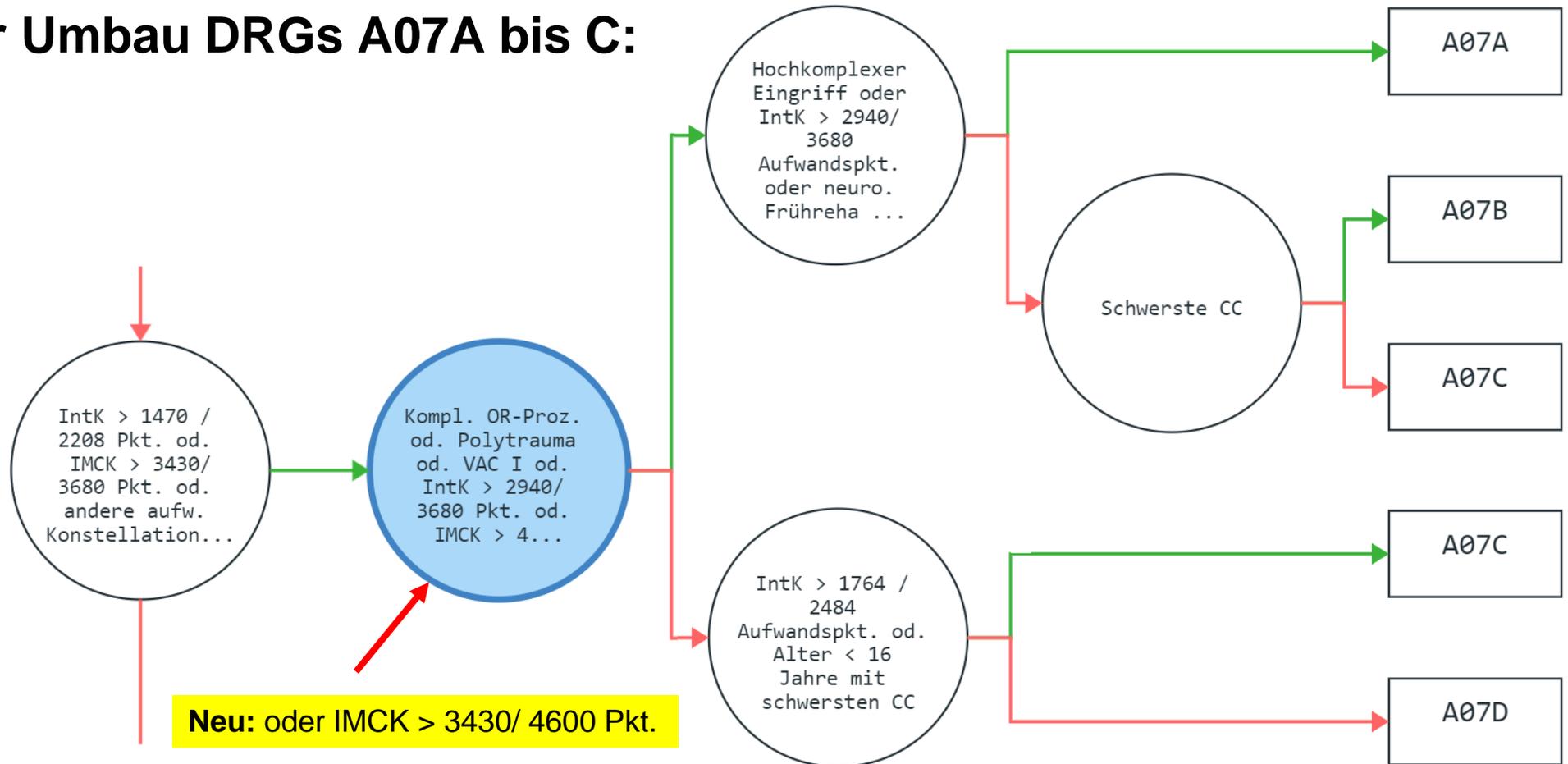
Umbau H MV / Intensivmedizin Prä-MDC

Umbau Basis DRG A07:



Umbau H MV / Intensivmedizin Prä-MDC

Weiterer Umbau DRGs A07A bis C:



Umbau HMV / Intensivmedizin Prä-MDC

Weiterer Umbau DRG A07A:

- Einfügen weiterer hochkomplexer Eingriffe, wie z.B. Transplantationen

Entfernt: HMV > 499 Std. mit komplexer Vakuumbehandlung

Neu: IntK > 2058/ 2484 Pkt. mit komplexer Vakuumbehandlung

- Aufnahme der Funktion «*Vierzeitige komplexe OR Prozeduren*»

Umbau H MV / Intensivmedizin Prä-MDC

Weiterer Umbau DRG A07A:

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

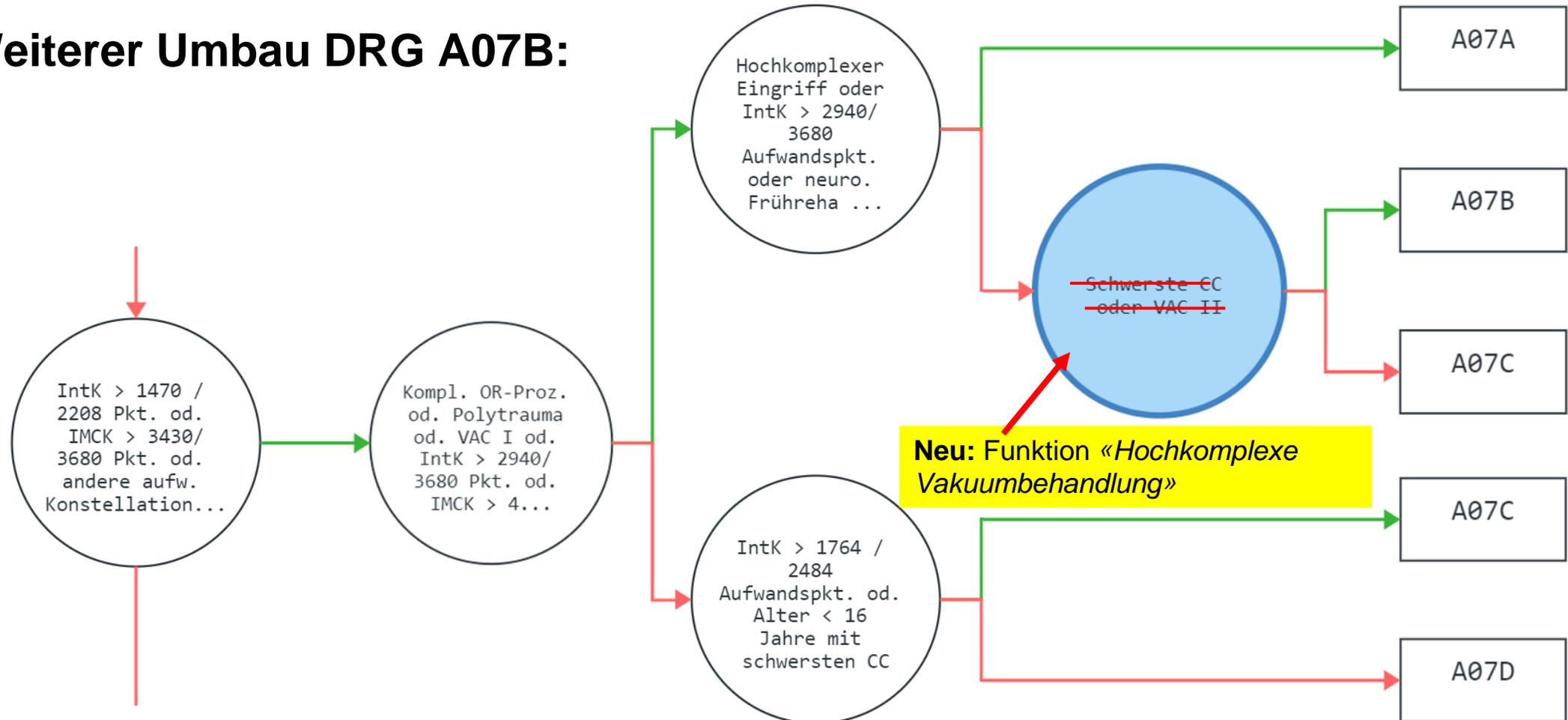
Einfügen einer step down / step up-Logik:

- 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

Weiterer Umbau DRG A07B:

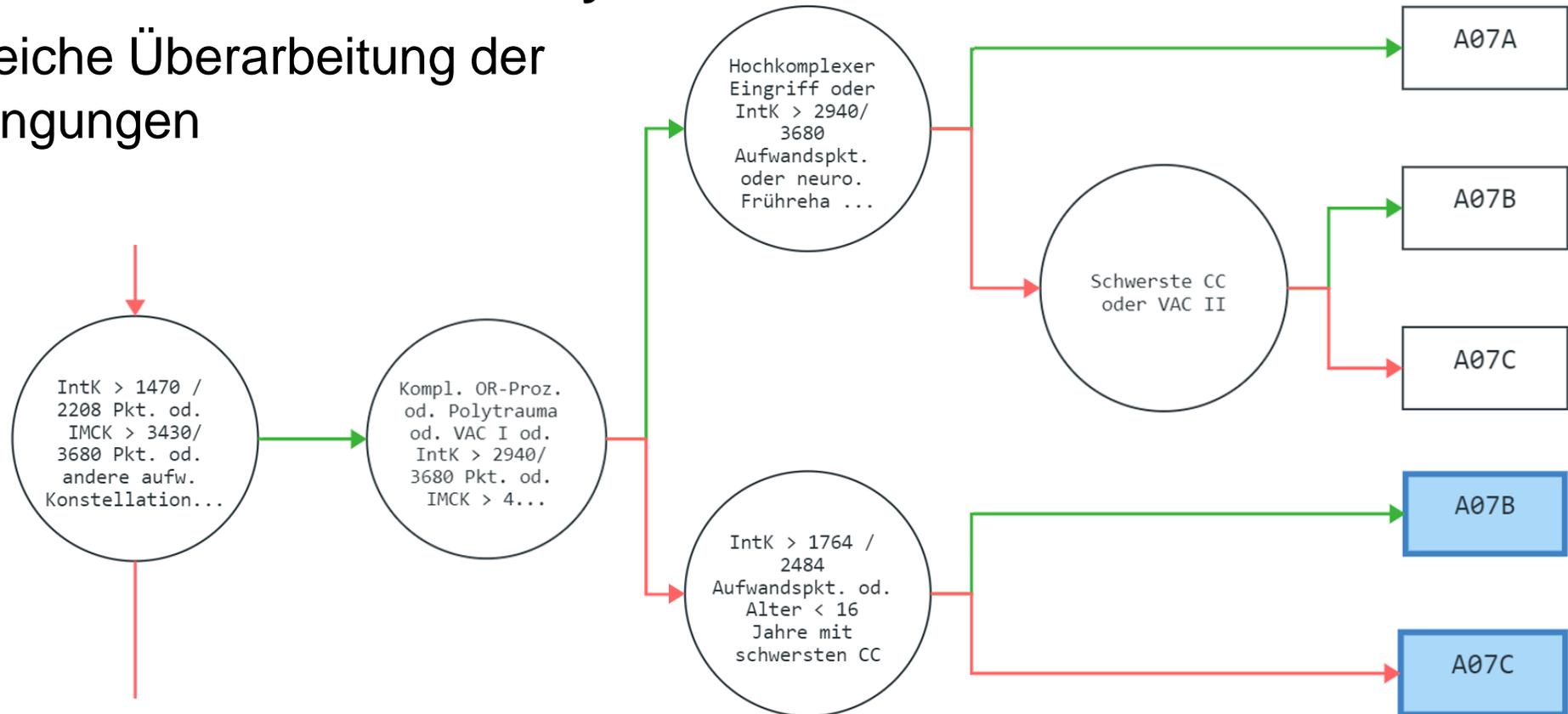


Umbau H MV / Intensivmedizin

Prä-MDC

Aufgrund weiterer intensiver Analysen:

- umfangreiche Überarbeitung der Splitbedingungen



Umbau HMV / Intensivmedizin Prä-MDC

Umbau DRG A05A:

mit HMV:

- HMV > 179 h
- od. Alter < 18 Jahre

Neu:

- IntK > 1176/1380 Pkt.
- od. IntK 980/1104 Pkt. und IMCK > 392/552 Pkt.
- od. Alter < 18 Jahre

Umbau HMV / Intensivmedizin Prä-MDC

Weiterer Umbau DRG A05A:

mit HMV:

- od. ECMO mit Beatmung > 95 bzw. < 500h oder IntK > 196/552 Pkt.

Neu:

- od. ECMO mit IntK > 392/552 Pkt.

Umbau HMV / Intensivmedizin

Prä-MDC

Umbau Basis DRG A11:

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

Umbau HMV / 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 B90:

- Splitbedingung in Basis DRG B90 «....oder Beatmung > 95 Std. mit IntK > 196/360 Aufwandspunkte» ersatzlos gestrichen
- aufgrund Umbau H MV in Prä-MDC und damit Fallverschiebungen in Basis DRG B36 «Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196/360 Aufwandspunkte oder vierzeitig komplexe OR-Prozedur»
- weitere Umbauten notwendig →

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

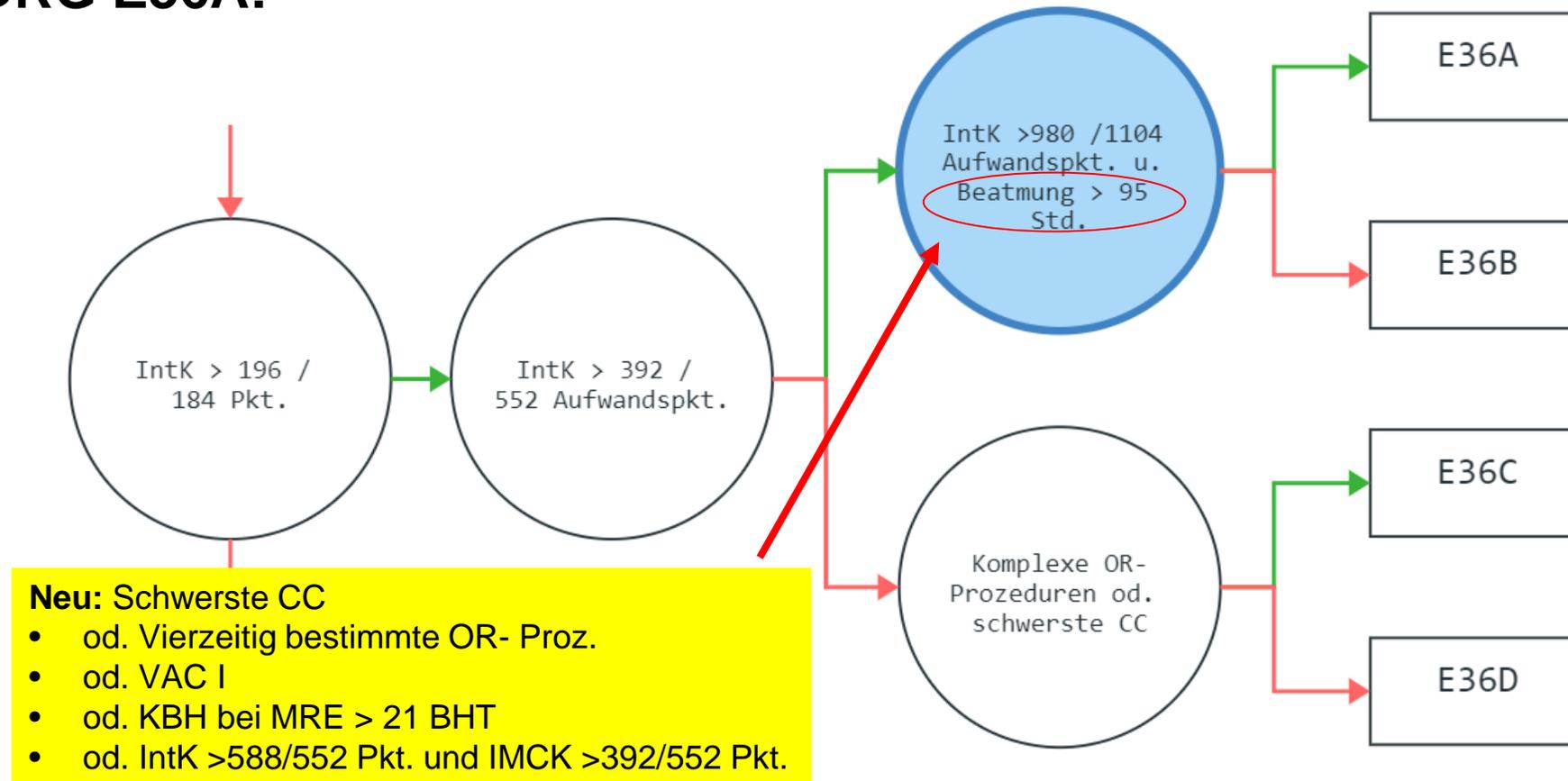
Umbau Basis DRG E01:

- Bedingung «*Strahlentherapie mit Beatmung > 24 Std.*» in Basis DRG E01
«*Revisionseingriffe, beidseitige Lobektomie, Strahlentherapie mit operativem Eingriff oder ASD Verschluss*» ersatzlos gestrichen
- aufgrund Fallverschiebungen und Analysen nach Umbau H MV in Prä-MDC und MDC 04
- weitere Umbauten notwendig →

Umbau H MV / Intensivmedizin

Atmungsorgane MDC 04

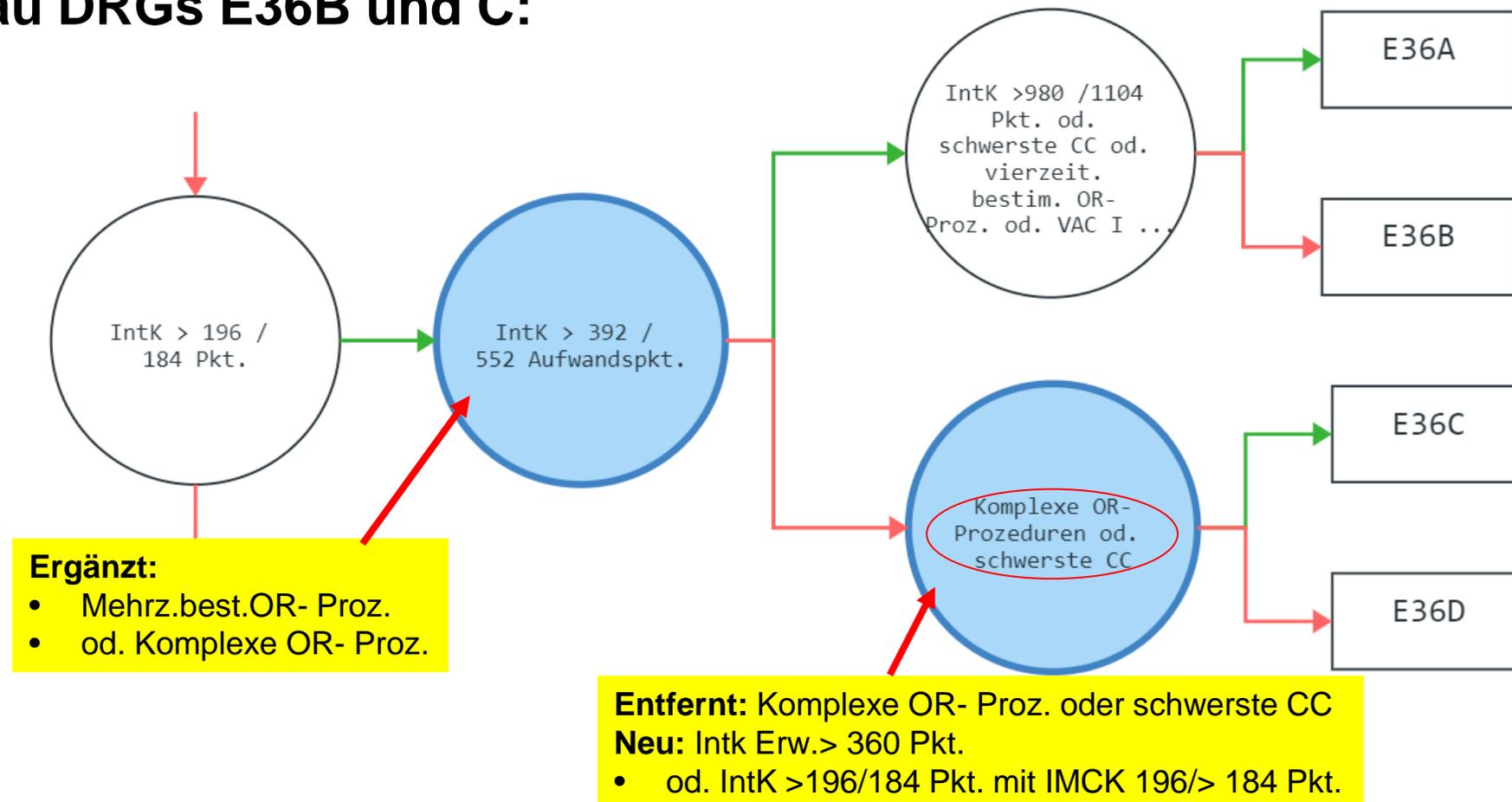
Umbau DRG E36A:



Umbau H MV / Intensivmedizin

Atmungsorgane MDC 04

Umbau DRGs E36B und C:

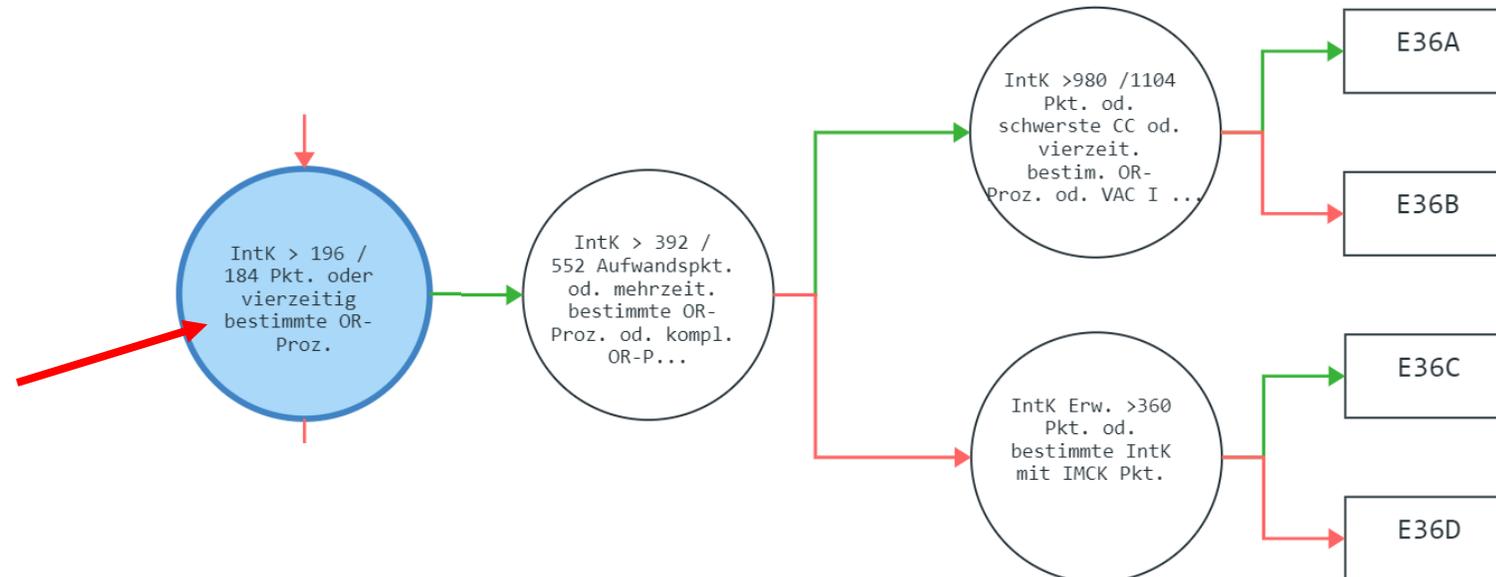


Umbau H MV / Intensivmedizin

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.*»

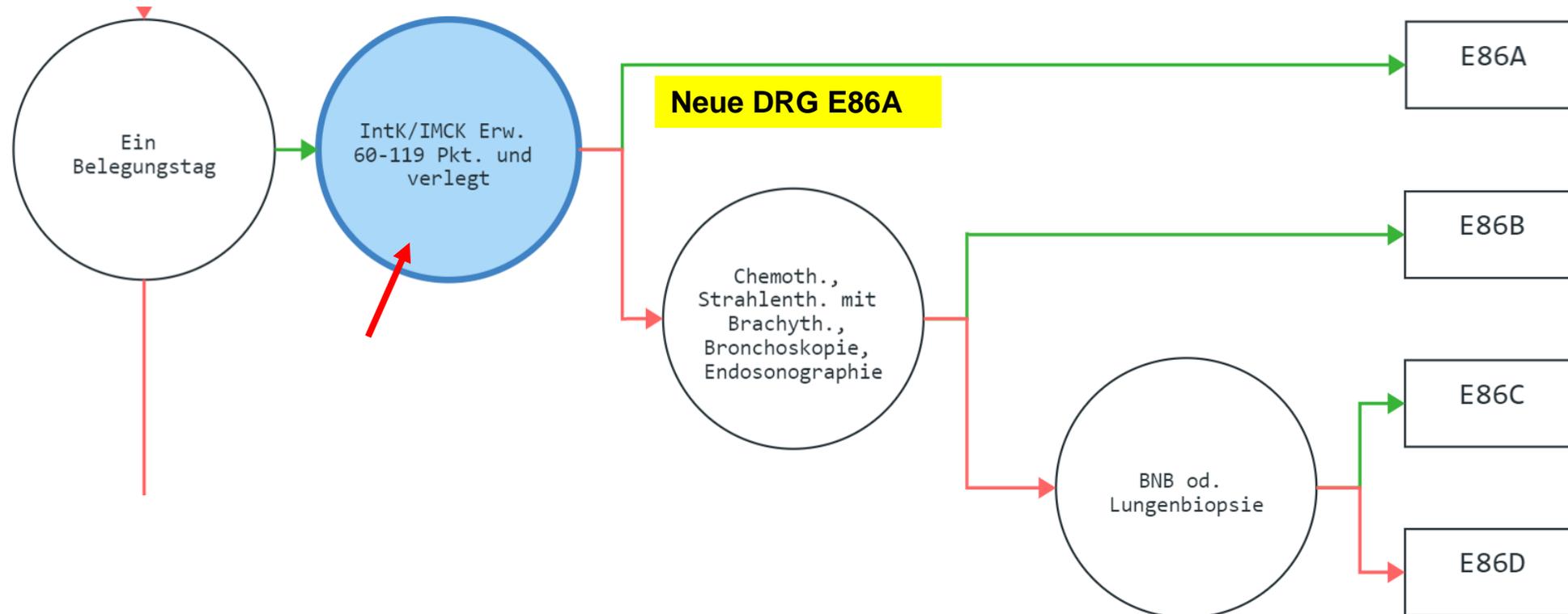


Umbau H MV / Intensivmedizin

Atmungsorgane MDC 04

Umbau Basis DRG E86:

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

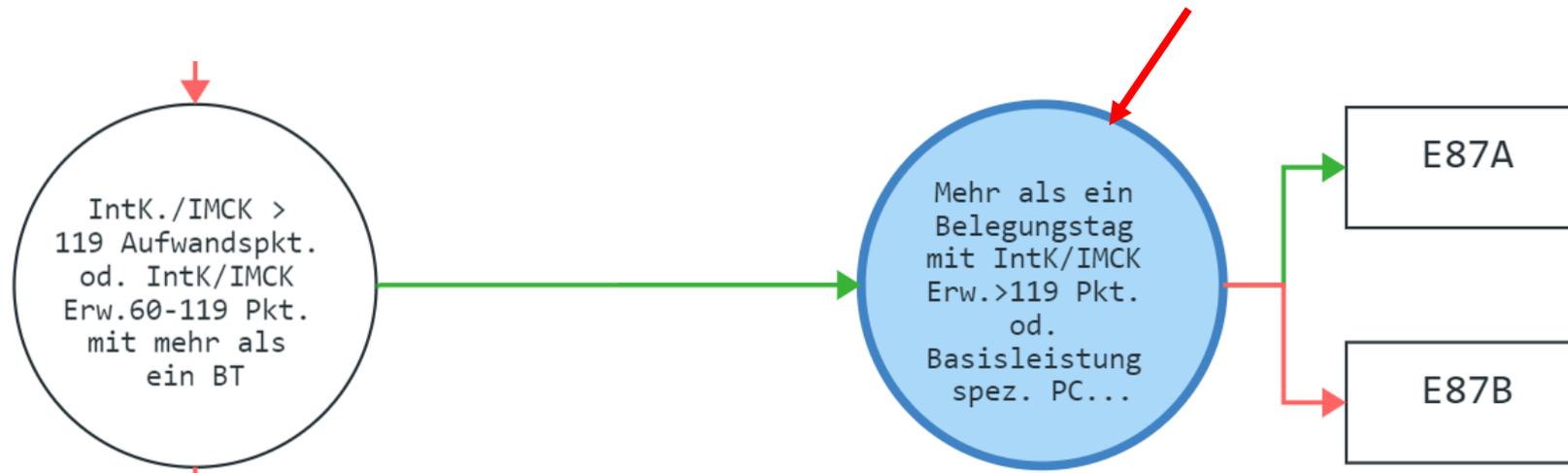


Umbau H MV / Intensivmedizin

Atmungsorgane MDC 04

Umbau Basis DRG E87:

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

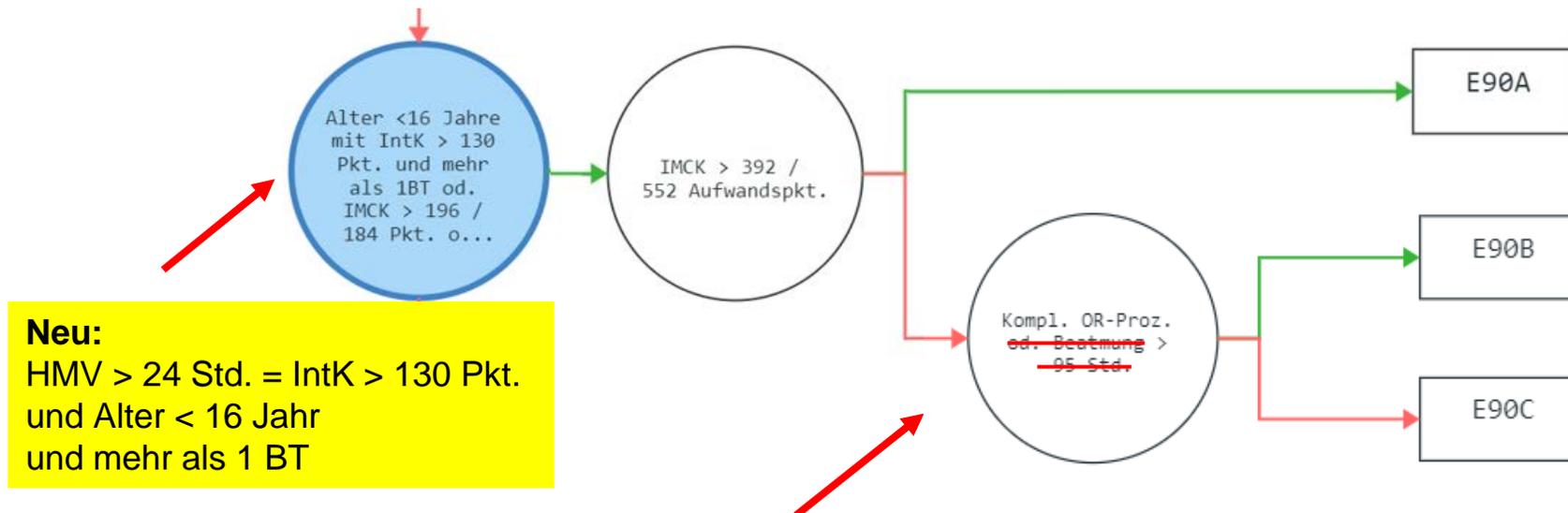


Umbau H MV / Intensivmedizin

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

Bewegungssystem MDC 08

Umbau:

- Splitbedingung «*Beatmung >24 Std.*» in DRG I87A «*Krankheiten und Störungen an Muskel-, Skelett- und Bindegewebe mit äusserst schweren CC...*» ersetzt durch «*IntK Erw. 361-552 Pkt.*»
- DRG I12A «*Knochen- und Gelenkinfektion /-entzündung mit verschiedenen Eingriffen...*» Splitbedingung «*IntK/IMCK 120-552 Pkt.*» erhöht auf «*IntK/IMCK 185-552 Pkt.*»

Umbau H MV / Intensivmedizin

Neugeborene MDC 15

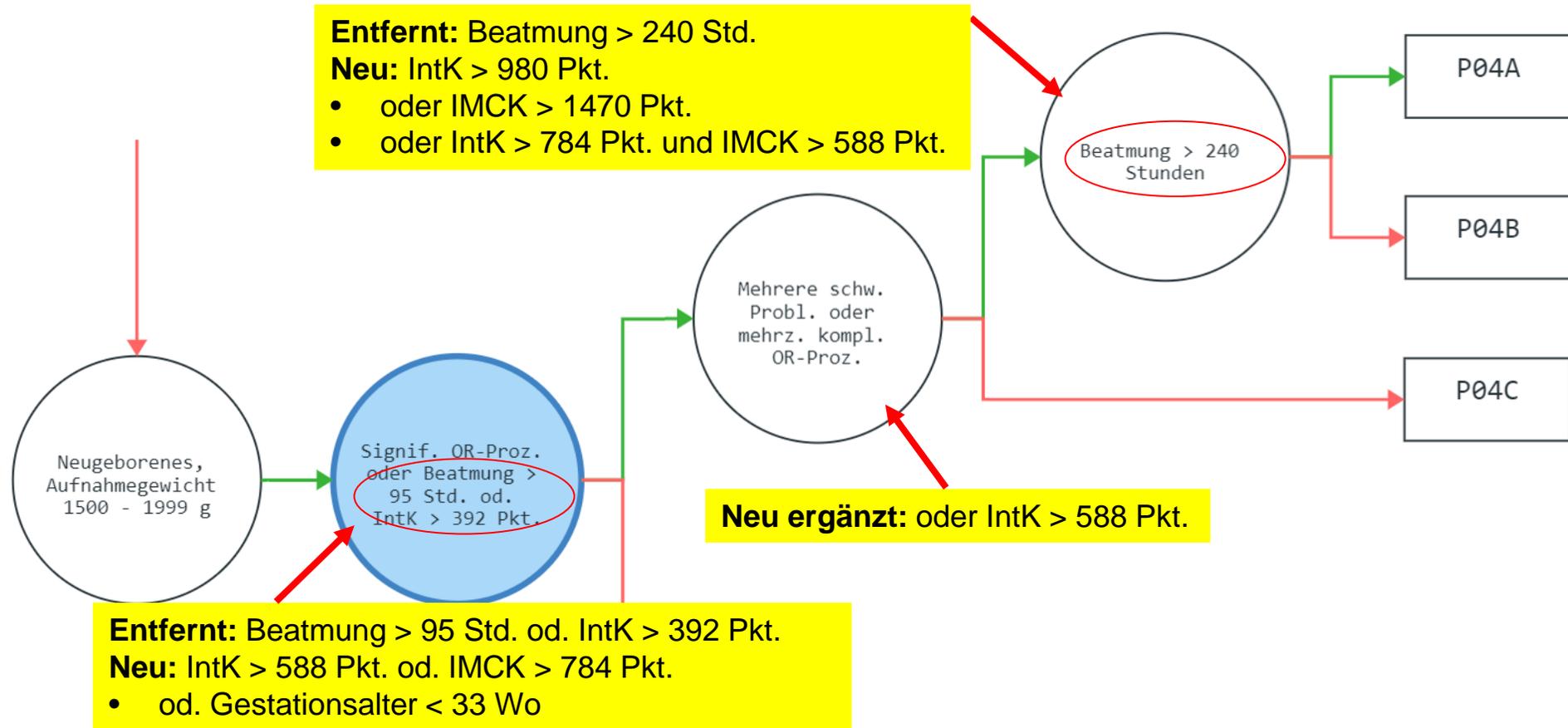
Umbau Basis DRG P03:

- Splitbedingung «*Beatmung > 95 Std.*» in Basis DRG P03 «*Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1000 - 1499 g*» ersetzt durch «*IMCK > 980 Pkt.*»
- Splitbedingung «*Beatmung > 479 Std.*» in DRG P03A ersetzt durch Herabsetzen von «*IntK > 2058 Pkt.*» auf «*IntK > 1764 Pkt.*»
- zusätzlich Erweiterung der Splitbedingung für DRG P03A um «*IMCK > 2352 Pkt.*» oder, «*IntK > 980 Pkt.*» und «*IMCK > 1176 Pkt.*»
- Kondensation der DRGs P03B und P03C → DRG P03B «*Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1000 - 1499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 oder IMCK > 980 Aufwandspunkte*»

Umbau H MV / Intensivmedizin

Neugeborene MDC 15

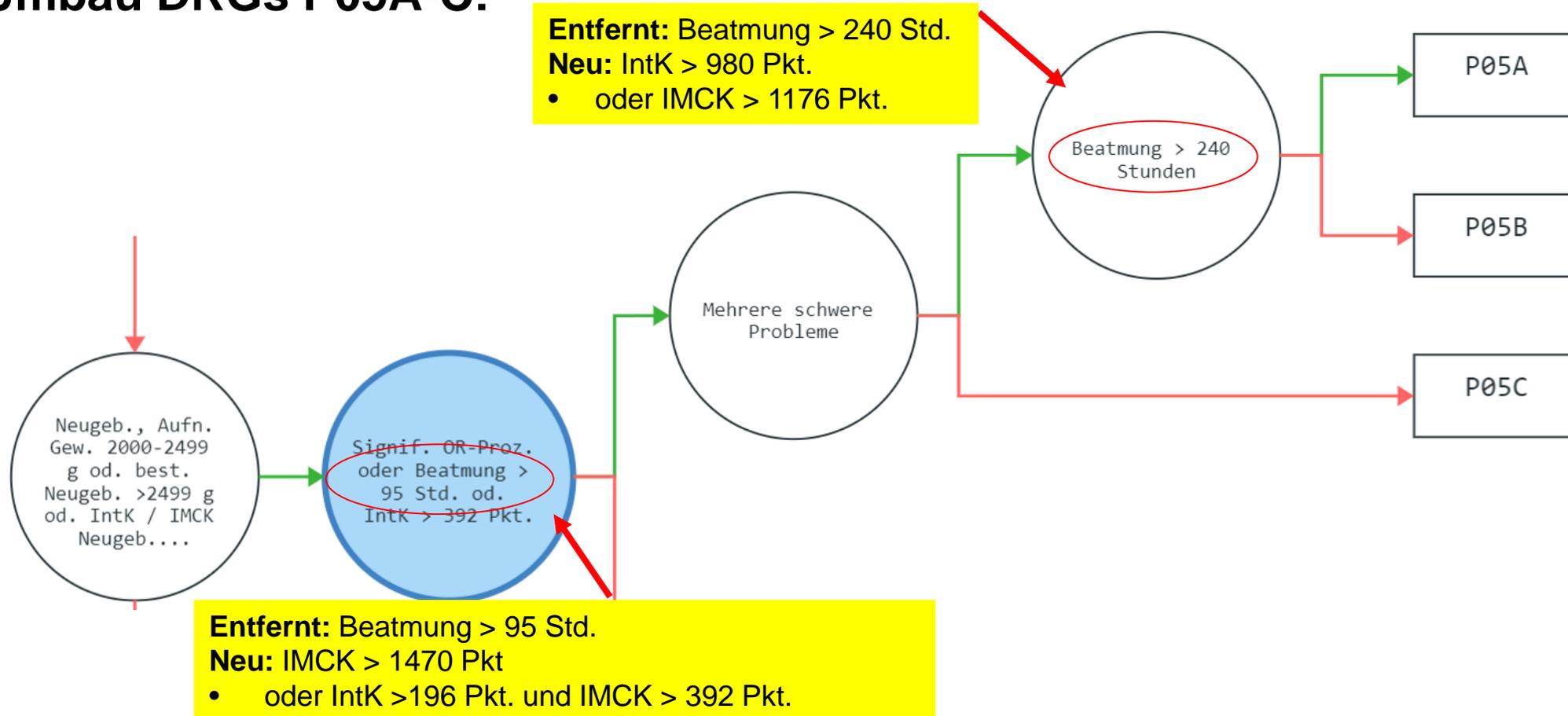
Umbau Basis DRG P04:



Umbau H MV / Intensivmedizin

Neugeborene MDC 15

Umbau DRGs P05A-C:



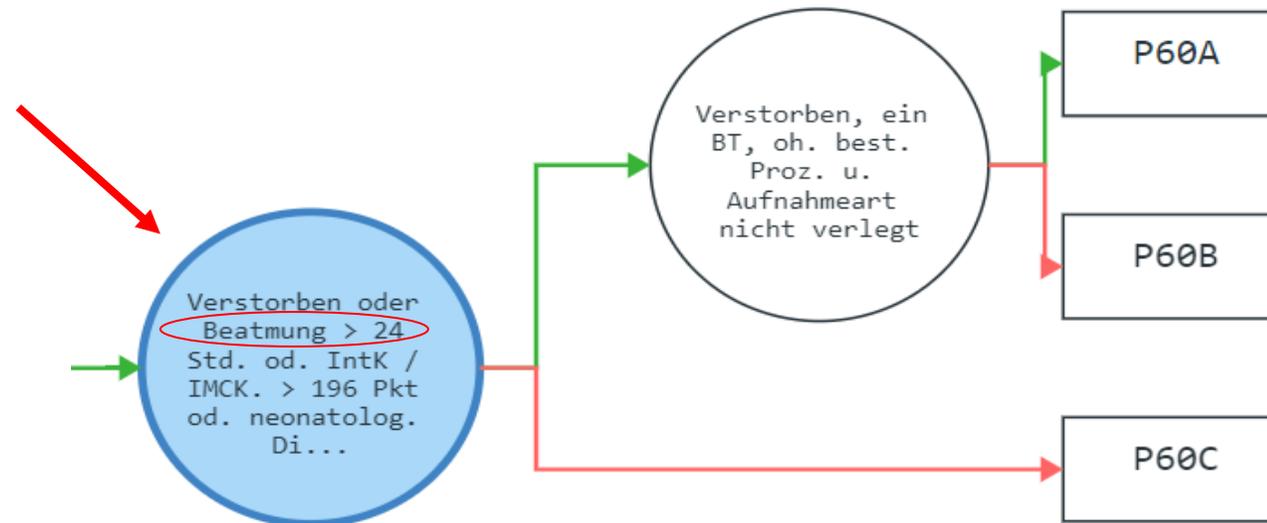
Umbau H MV / Intensivmedizin

Neugeborene MDC 15

Umbau Basis DRG P60:

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

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

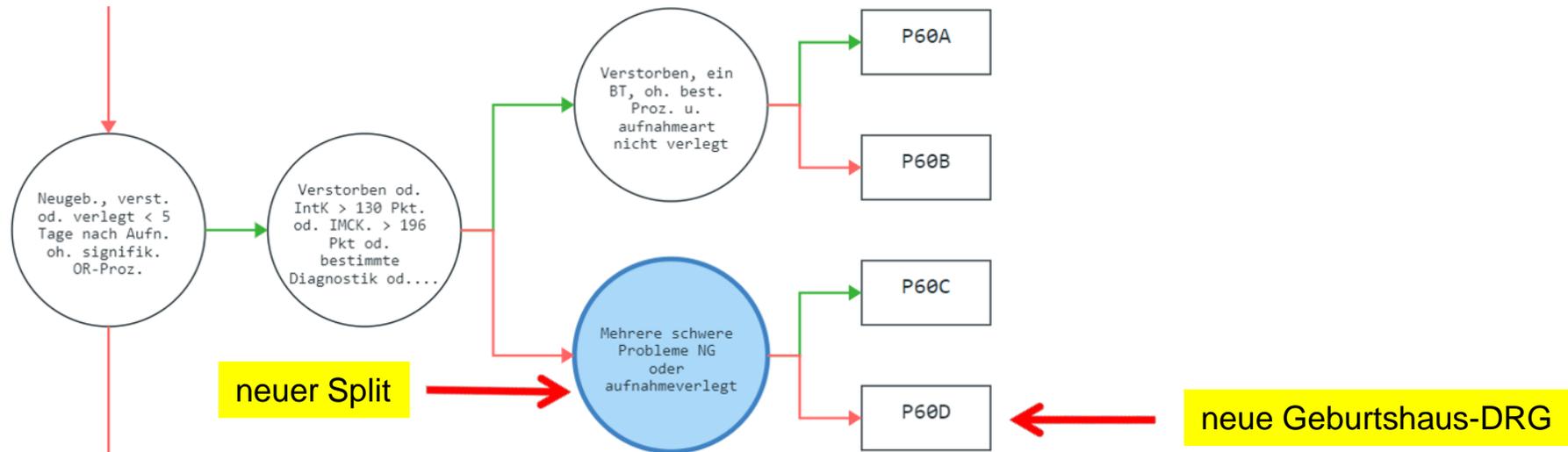


Umbau HMV / Intensivmedizin

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

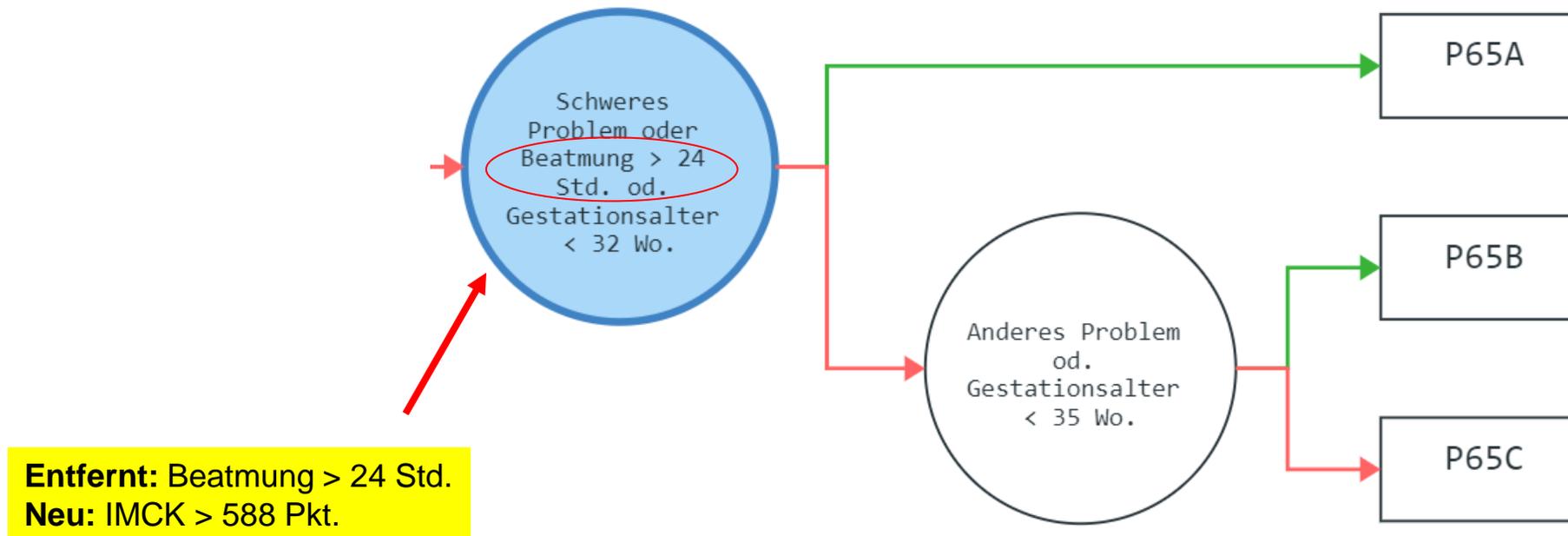
Umbau Basis DRG P61:

- neue Splitbedingung in Basis «*IntK > 2940 Pkt.*» und «*Gestationsalter < 30 Wochen*»
- Aufnahme step down/ step up-Logik für DRG P61A «*IntK > 2940 Pkt. und IMCK > 196 Pkt.*»

Umbau H MV / Intensivmedizin

Neugeborene MDC 15

Umbau Basis DRG P65:



Umbau HMV / Intensivmedizin

Neugeborene MDC 15

Umbau Basis DRG P66:

- gruppierungsrelevante Beatmungsstunden > 24 Std. für DRGs P66A und P66B aufgrund bereits bestehender Splitbedingungen ersatzlos gestrichen

Umbau Basis DRG P67:

- gruppierungsrelevante Beatmungsstunden > 24 Std. für DRG P67A aufgrund bereits bestehender Splitbedingungen ersatzlos gestrichen

Umbau H MV / Intensivmedizin

Neugeborene MDC 15

Umbau Basis DRG P37:

- Änderung der Bedingung für Basis DRG P37 «*Neugeborene mit intensivmedizinische Komplexbehandlung /IMC Komplexbehandlung...*»
- Herabsetzen der IntK Pkt. von > 4900 Pkt. auf > 4410 Pkt. in der Basis
- IMCK Pkt. bei > 4900 Pkt. belassen

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* »

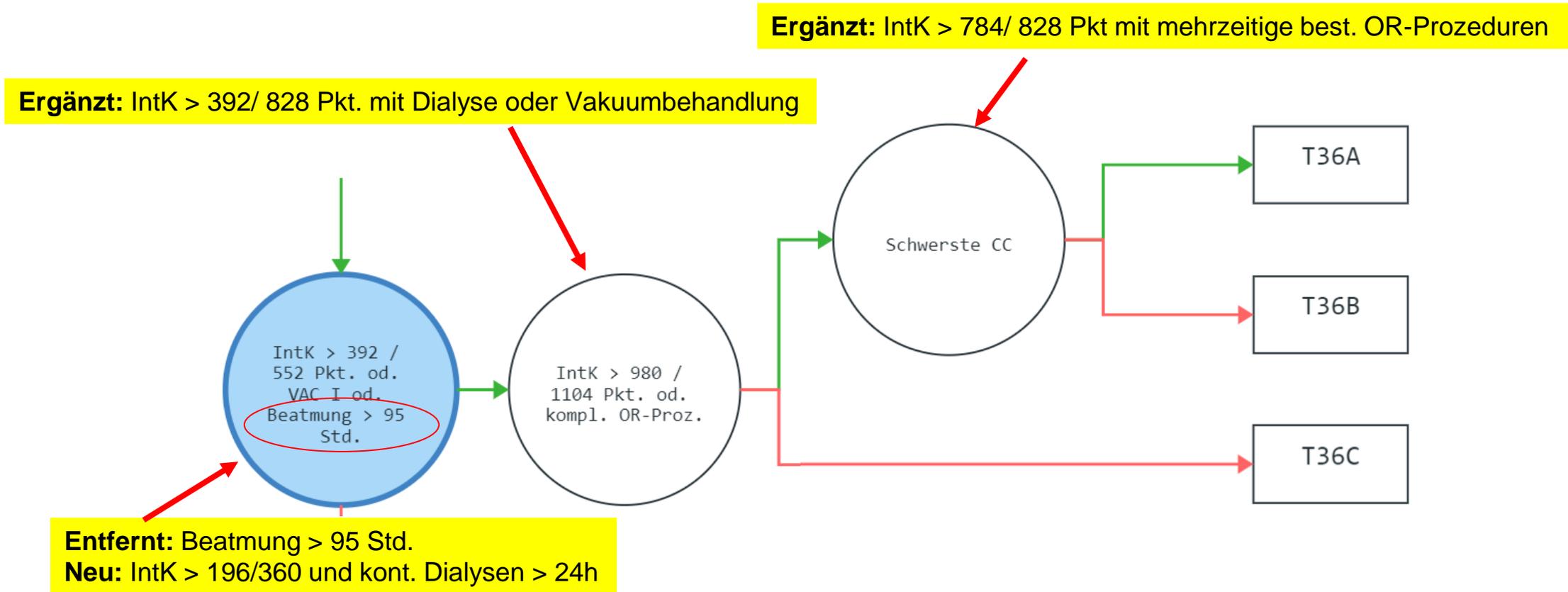
Umbau:

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

Umbau H MV / Intensivmedizin

Infektionen MDC 18B

Umbau Basis DRG T36:



Umbau H MV / Intensivmedizin

Polytrauma MDC 21A

Umbau Basis DRG W60 «Polytrauma, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme»:

- Abbildung von «entlassverlegten» Fällen in Basis DRG W60
- aufgrund kostenintensiver Fälle in Basis DRG W60 weitere Differenzierung
 - neue DRG W60A mit Bedingung «Komplexe OR- Prozedur»
 - Aufnahme der Logik «IMCK Pkt. > 196/119 Pkt.» oder «OR-Prozedur» für DRG W60B

Umbau H MV / Intensivmedizin

Polytrauma MDC 21A

Umbau Basis DRG W36:

- hochaufwendige Fälle in DRG W01A untervergütet
- Aufwertung von Fällen mit «*bestimmter Konstellation*» und «*PCCL > 3*» oder «*Eingriffe an mehreren Lokalisationen*» in Basis DRG W36 «*Polytrauma mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 980/1104 Aufwandspunkten oder...*»

→ Aufwertung von hochaufwendigen Fällen

Umbau H MV / Intensivmedizin

Polytrauma MDC 21A

Umbau Basis DRG W01:

- in Basis DRG W01 «*Polytrauma mit Kraniotomie oder komplexe Vakuumbehandlung oder mikrovaskulärer Eingriff oder...*» H MV > 72 Std. entfernt, ersetzt durch «*IntK > 196/360 Pkt. und OR-Prozedur*»
- DRG W01A «*H MV > 120 Std.*» ersatzlos gestrichen
- DRG W01A «*H MV > 72 Std. mit IntK > 392/552 Pkt.*» ersetzt durch «*IntK > 392/552 Pkt. mit neurochir. Eingriffen*» oder «*Wirbelsäuleneingriffen*» oder «*Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren*» oder «*Vierzeitige bestimmte OR-Prozeduren*»

Umbau H MV / Intensivmedizin

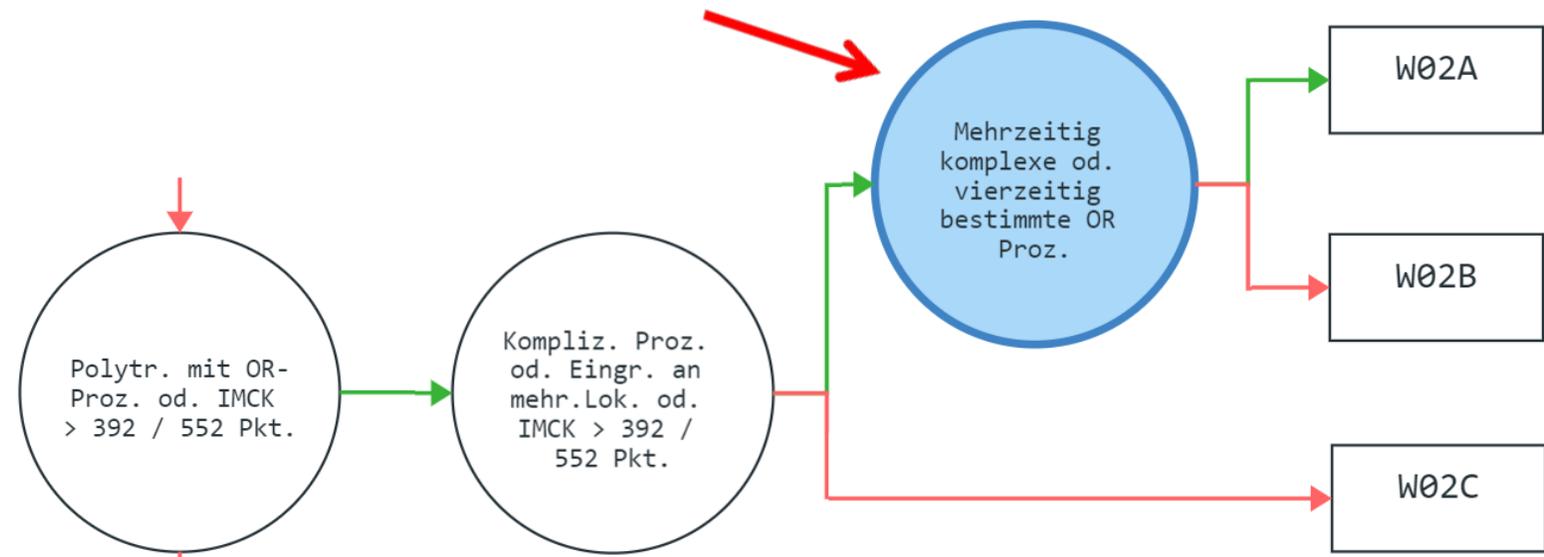
Polytrauma MDC 21A

Problem:

- kostenintensive Fälle in Basis DRG W02 «Polytrauma mit OR-Prozedur oder IMC
Komplexbehandlung > 392/552 Aufwandspunkte» untervergütet

Umbau:

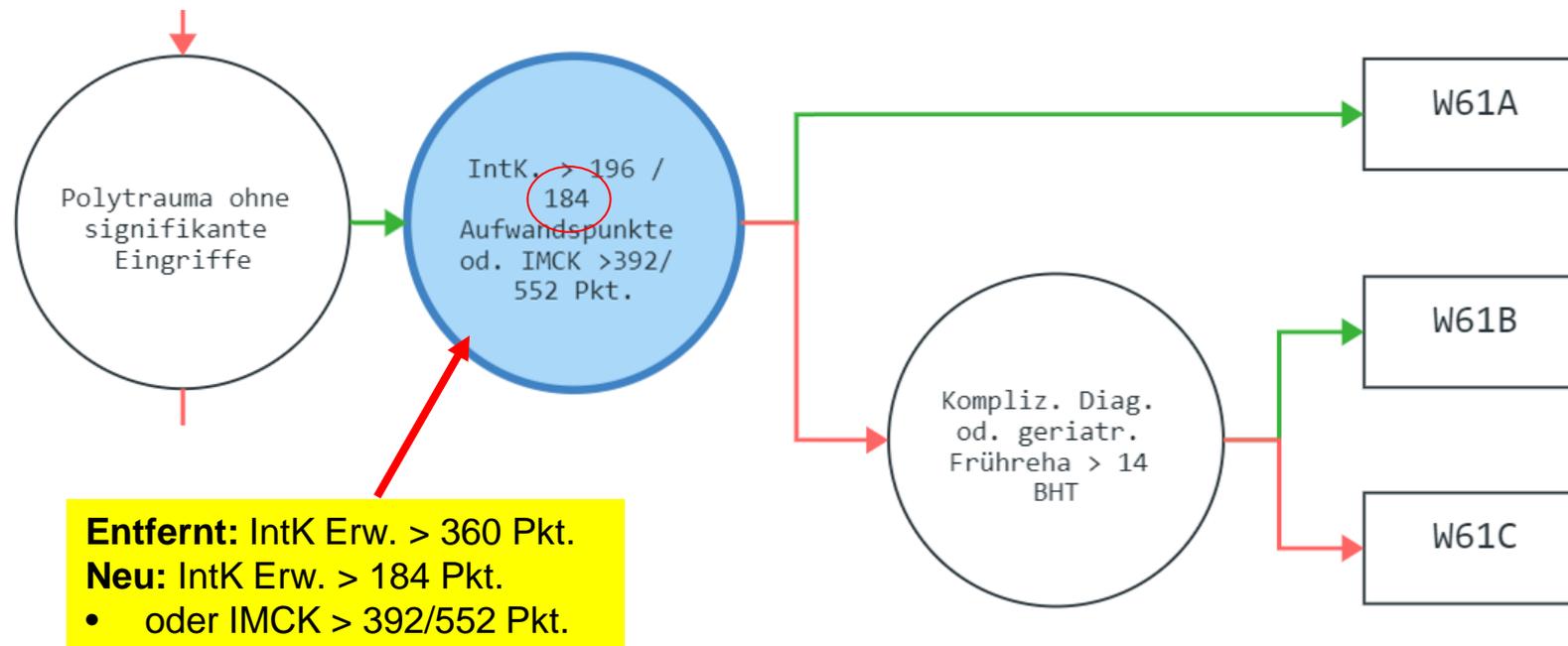
- Split DRG W02A



Umbau H MV / Intensivmedizin

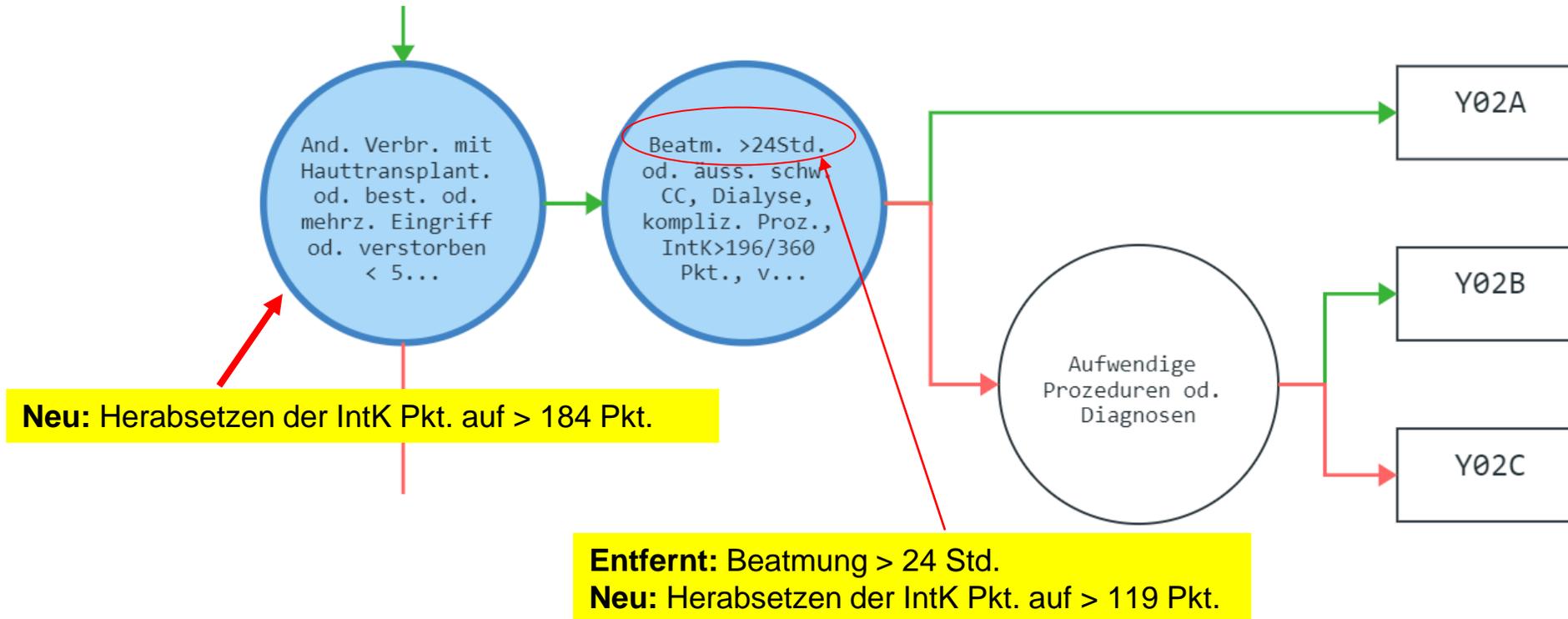
Polytrauma MDC 21A

Umbau Basis DRG W61:



Umbau H MV / Intensivmedizin Verbrennungen MDC 22

Umbau Basis DRG Y02:



Umbau H MV / Intensivmedizin

Verbrennungen MDC 22

Weiterer Umbau:

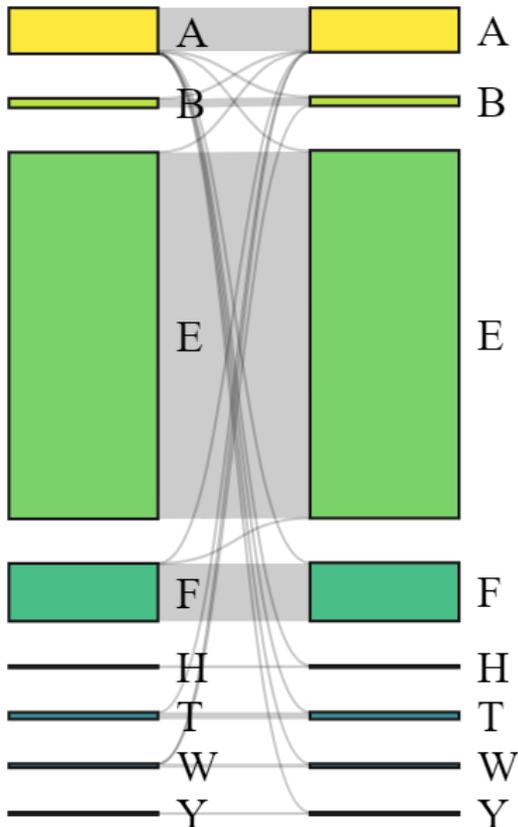
- Löschen der H MV-Bedingung in Funktion «*schwere Verbrennungen*»
- Kindersplit «*Alter < 6 Jahre*» für DRG Y62A nicht mehr kostentrennend
 - Kondensation der DRGs Y62A und Y62B → DRG Y62A
- Splitbedingung IntK > 196/360 Pkt. für DRG Y62B «*Andere Verbrennungen und mehr als 1 BT*» entfernt

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

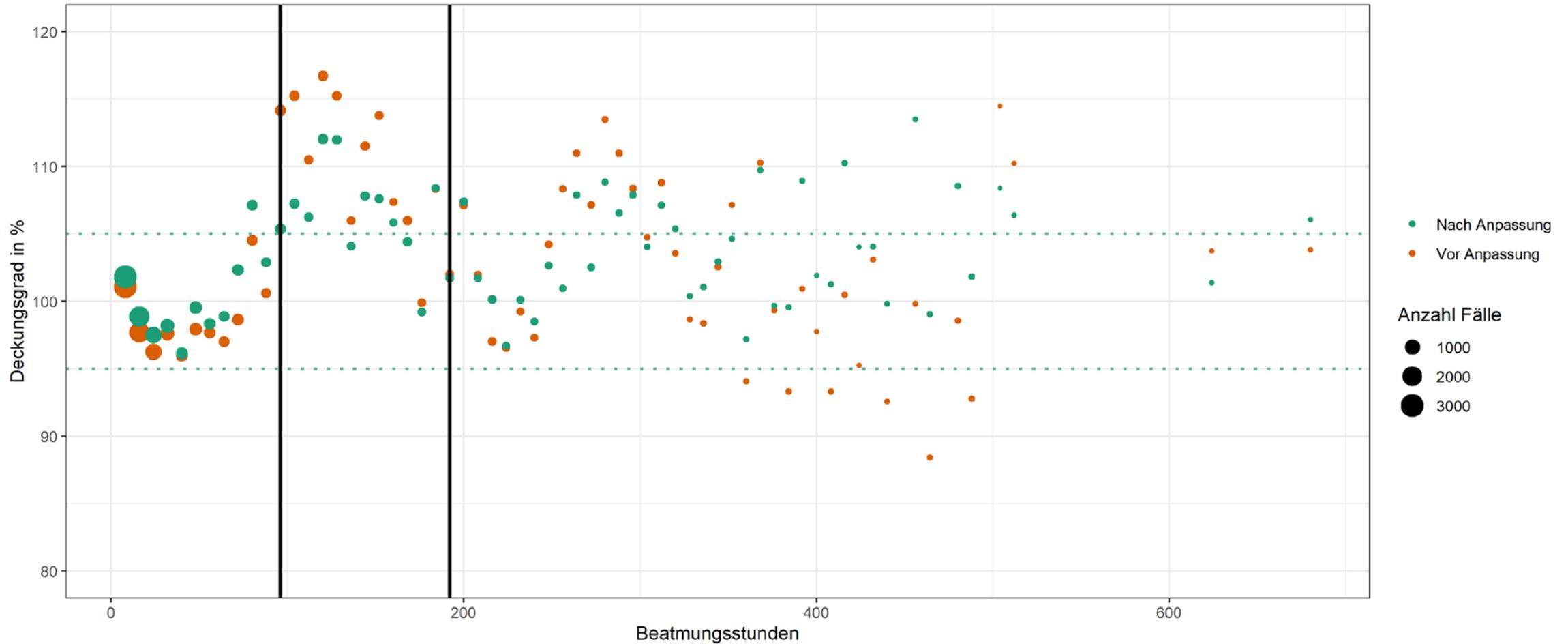


betroffene Fälle: 162'293
(16'072 davon mit Beatmungstunden)

Anzahl Fälle mit MDC-Wechsel: 588

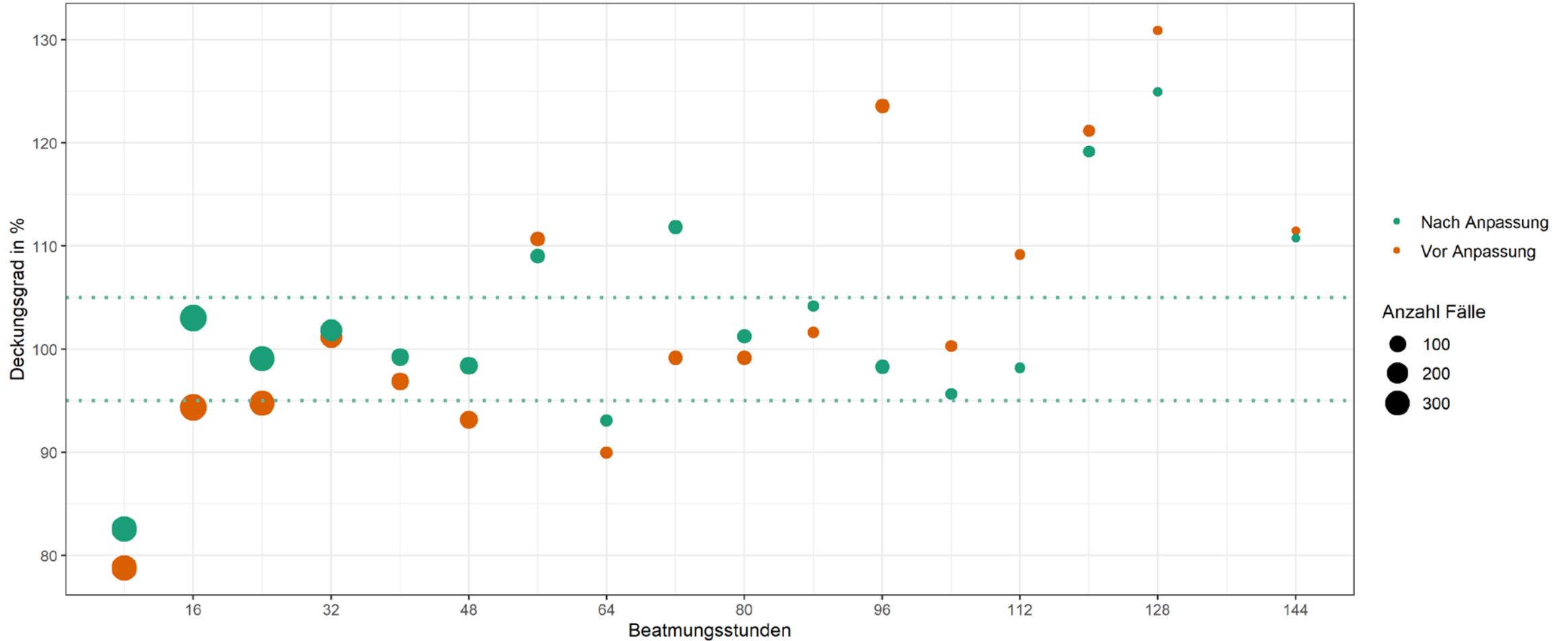
davon 422 Fälle aus Prä-MDC
davon 163 Fälle in Prä-MDC

Deckungsgradänderung für Beatmungsfälle



Hypothetische Baserate: 10'981 CHF

Deckungsgradänderung für Beatmungsfälle MDC 15



Hypothetische Baserate: 10'981 CHF

Deckungsgradänderung für Fälle mit ICU / IMCU-Kode

Fälle ohne Beatmungstunden

	Anzahl Fälle	Deckungsgrad V12.0 in %	Deckungsgrad n. Umbau in %
ICU / IMCU-Erwachsene	9'501	96.42	98.58
ICU / IMCU-Kinder	365	93.06	93.3
ICU / IMCU-Neugeborene	2'171	92.92	99.36

Fälle mit Beatmungstunden

	Anzahl Fälle	Deckungsgrad V12.0 in %	Deckungsgrad n. Umbau in %
ICU / IMCU-Erwachsene	12'657	101.67	102.26
ICU / IMCU-Kinder	746	105.62	101.36
ICU / IMCU-Neugeborene	2'550	101.06	100.98

Hypothetische Baserate: 10'981 CHF

Deckungsgradänderung für Fälle in MDC 15

Kategorie	Anzahl Fälle	Deckungsgrad V12.0 in %	Deckungsgrad n. Umbau in %
Fälle ohne Beatmungsstunden	79'659	102.85	103.64
Fälle mit Beatmungsstunden	2'548	100.72	100.52

Hypothetische Baserate: 10'981 CHF

Deckungsgradänderung pro Typologie

Kategorie	Anzahl Fälle	Deckungsgrad V12.0 in %	Deckungsgrad n. Umbau in %
K111 Zentrumsversorgung 1	36'767	94.07	94.55
K112 Zentrumsversorgung 2	88'587	106.04	106.19
K121 Grundversorgung 3	16'547	105.88	106.74
K122 Grundversorgung 4	13'092	113.89	114.35
K123 Grundversorgung 5	1'338	107.37	107.27
K221 Rehabilitationskliniken	590	112.93	112.46
K231 Chirurgie	882	109.20	109.99
K233 Pädiatrie	3'196	98.09	98.40
K234 Geriatrie	183	125.02	124.82
K235 Spezialkliniken	310	106.75	106.07

Hypothetische Baserate: 10'981 CHF

Prä-MDC

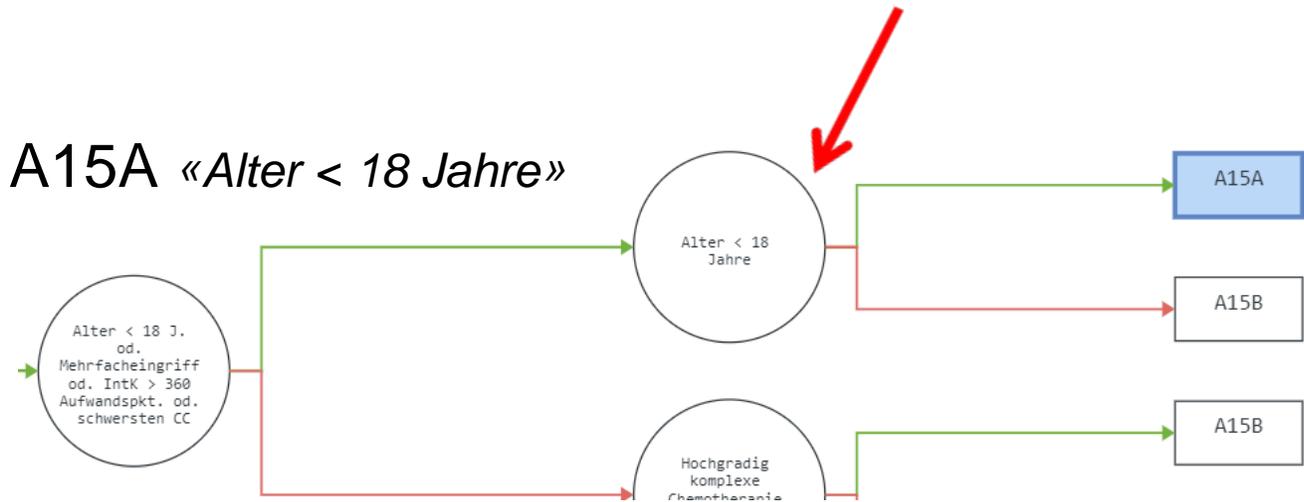
Stammzelltransfusion

Problem:

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

Umbau:

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



Prä-MDC

Nierentransplantation

Problem:

- Splitbedingungen in Basis DRG A17 «*Nierentransplantation*» nicht mehr kostentrennend

Umbau:

- Überarbeitung der Splitbedingungen
- Aufnahme von «*IntK > 196/184 Pkt.*» oder «*PCCL > 4*» in DRG A17A
- Kondensation der DRGs A17B und A17C -> DRG A17B

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:

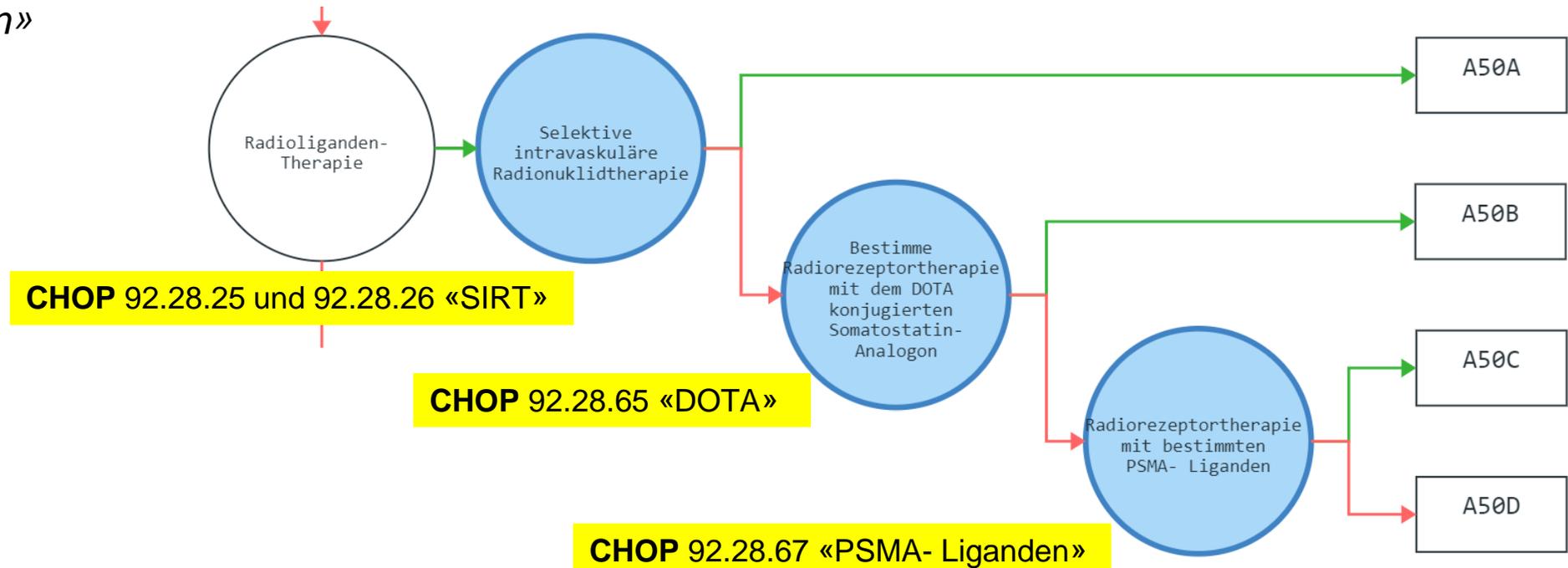
- kostenhomogene Fallgruppen mit einzelnen CHOP Codes identifizierbar
- Hauptdiagnosen unabhängige Abbildung in der Prä-MDC sinnvoll
- Ressourcenverbrauch vom Verfahren bestimmt und nicht von HD

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

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 sinnvoll
- – trotzdem hoher Behandlungsaufwand

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

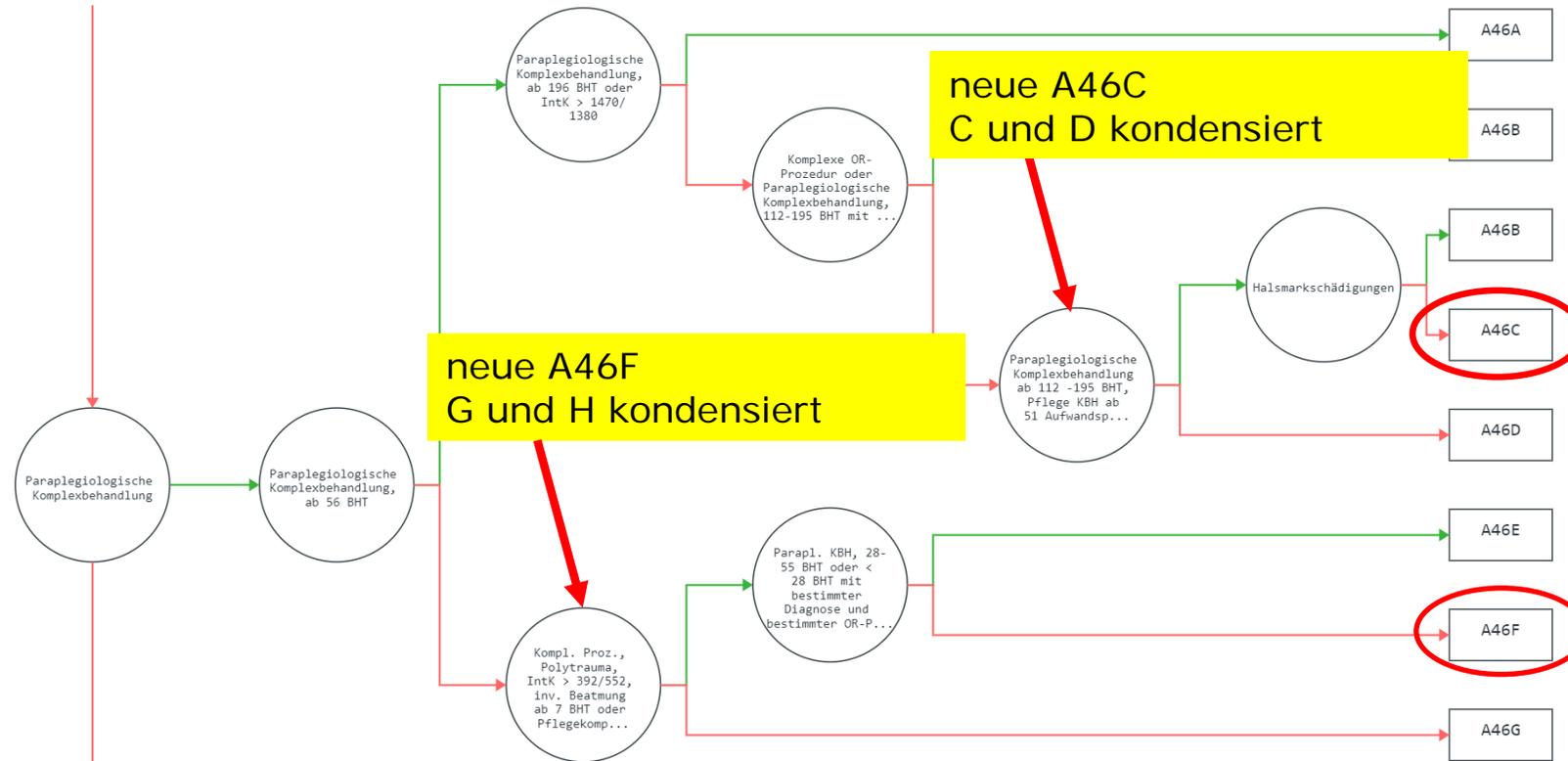
→ nicht aufwandsgerecht abgebildet

Prä-MDC

Paraplegiologische Komplexbehandlung

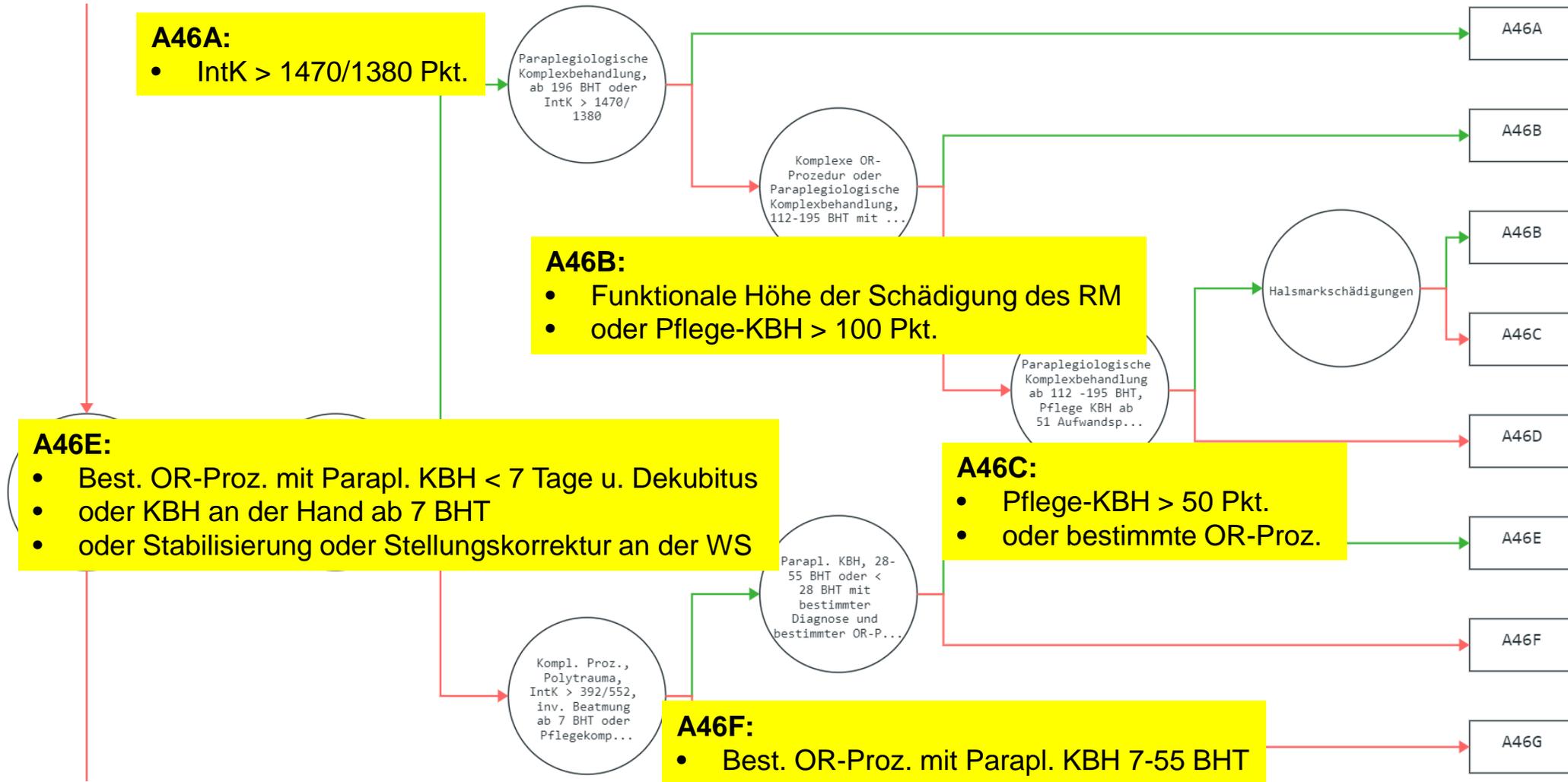
Komplexer Umbau Basis DRG A46:

- Kondensation von A46C und A46D sowie A46G und A46H



Prä-MDC

Paraplegiologische Komplexbehandlung



Prä-MDC

Paraplegiologische Komplexbehandlung

Weiterer Umbau:

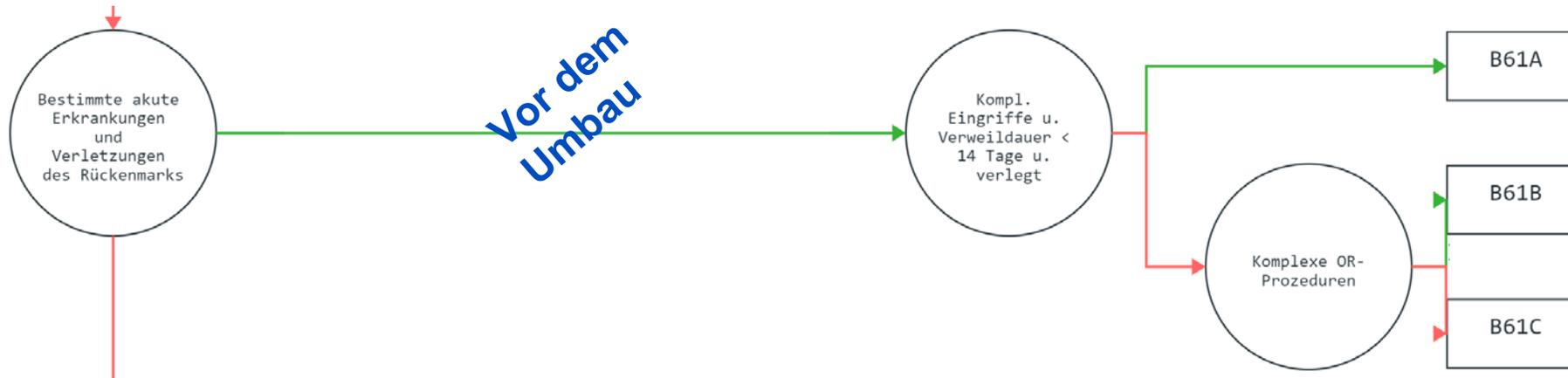
- Basis DRG A46 aus Polytrauma-Umleitung ausgeschlossen
- Aufnahme der CHOP Codes 03.9B.1- «*Implantation oder Wechsel einer vollständig implantierbaren Infusionspumpe*», 58.93.11 «*Implantation eines künstlichen Harnblasensphinkters*», 86.7A.4- «*Verschiebe-Rotationsplastik, grossflächig*»
→ in Funktion «*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»



Paraplegiologie

Operative Partition

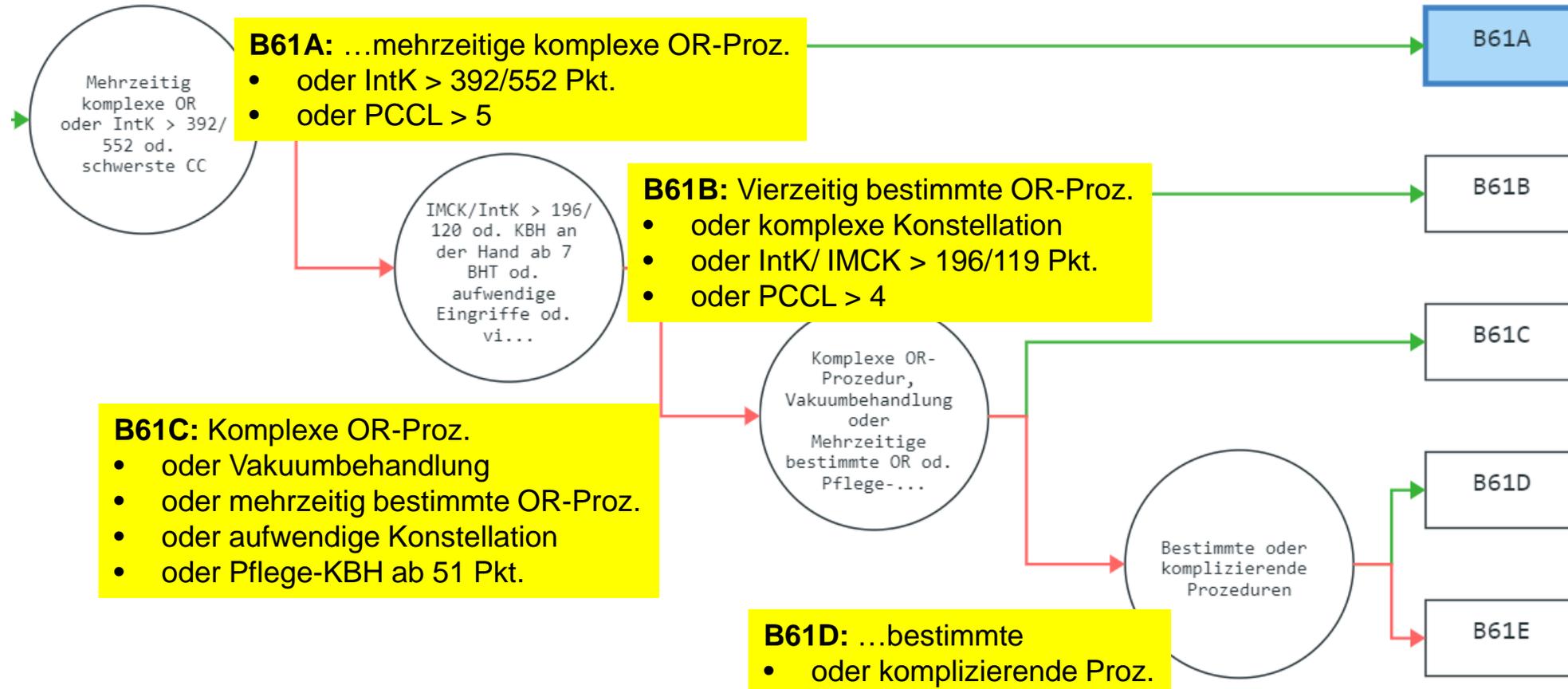
Umbau:

- 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

Komplexbehandlung an der Hand

Problem:

- 99.B6.2 - «Komplexbehandlung an der Hand» aufwendig und kostenintensiv

Umbau:

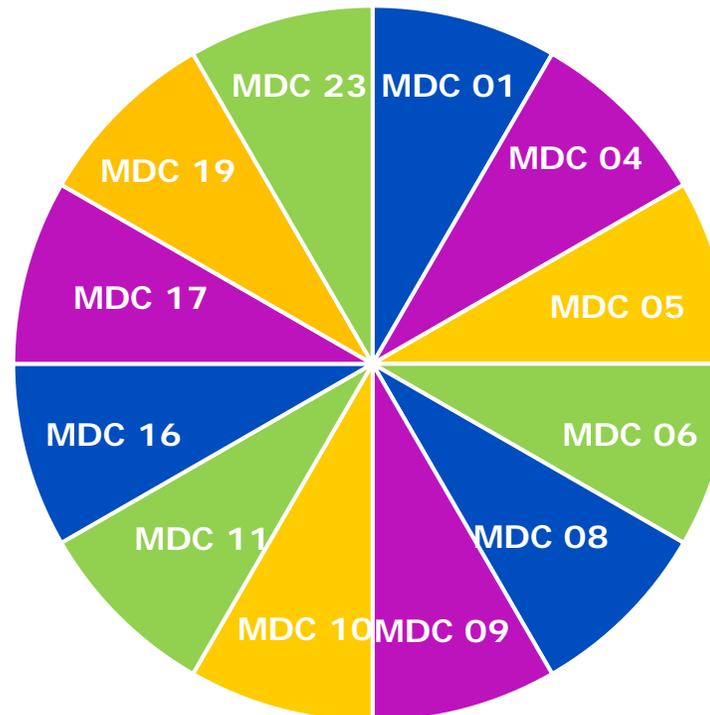
- Aufnahme in Funktion «Komplizierende Prozeduren»
 - 99.B6.26 «Komplexbehandlung der Hand, mindestens 7 bis 13 Behandlungstage»
 - 99.B6.27 «Komplexbehandlung der Hand, mindestens 14 bis 20 Behandlungstage»
 - 99.B6.28 «Komplexbehandlung der Hand, 21 und mehr Behandlungstage»

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

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

Vakuumbehandlung

Hinweis:

- Tabelleninhalt für globale Funktionen VAC; VAC I u. VAC II inkonsistent

Umbau:

- Abgleich der Tabellen und verschieben von CHOP Codes z.B. «*Chirurgisches Débridement,...*» oder «*Peritoneallavage*»
- weitere Aufnahme der globalen Funktionen
 - VAC in DRG A95B
 - VAC I in DRG A95A; in Verbindung mit «*Alter < 16 Jahre*» in DRG A43B
 - VAC II in DRG A07B

MDC übergreifende Umbauten

Vakuumbehandlung

Antrag:

- Aufwertung der CHOP Codes 86.88.I- «*Operative Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumversiegelung*» und 86.88.J- «*Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumversiegelung*»
- vor allem bei mehrfacher Durchführung

Umbau:

- Aufnahme der Logik: «*Vierfache operative Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumversiegelung...*» CHOP Codes 86.88.I- **mit** CHOP Codes 93.57.16ff «*Kontinuierliche Sogbehandlung bei einer Vakuumversiegelung, mind. 14 BHT*» in Funktion «*Vierzeitige bestimmte OR Prozeduren*»

MDC übergreifende Umbauten

Bestimmte OR-Prozeduren

Antrag:

- Prüfung der CHOP Codes 46.79.10 «*Naht einer sonstigen Darmverletzung*», 57.0X.99 «*Transurethrale Drainage der Harnblase, sonstige*», 83.14.1- «*Fasziotomie oder Aponeurotomie* –», 83.65.14 «*Sonstige Naht an Muskel oder Faszie, Brustwand, Bauch und Rücken*», u.a. in Funktion «*Bestimmte OR Prozeduren*»

Umbau:

- Entfernung der CHOP Codes 46.79.10 «*Naht einer sonstigen Darmverletzung*», 54.4X.10 «*Exzision von Appendices epiploicae*», 83.14.1- «*Fasziotomie oder Aponeurotomie...*», 83.65.- «*Sonstige Naht an Muskel oder Faszie...*», 76.2X.12 «*Abtragung (modellierende Osteotomie) an Gesichtsschädelknochen*», 40.3X.2- «*Regionale Lymphadenektomie im Rahmen eines anderen Eingriffs*», 39.A1.12 «*Einsatz eines Cutting Sheath*»

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

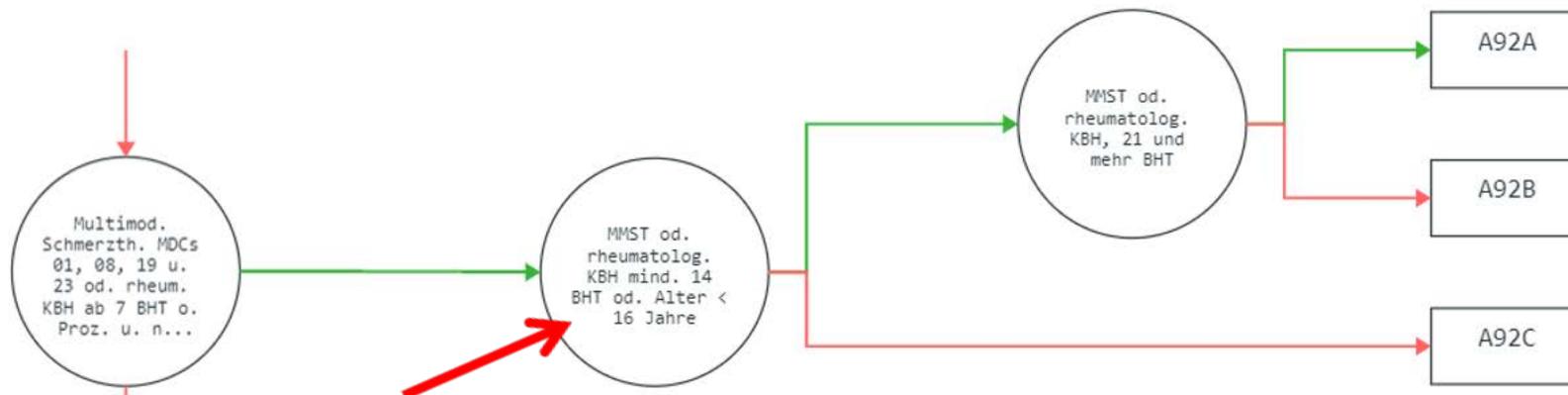
Multimodale Schmerztherapie

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



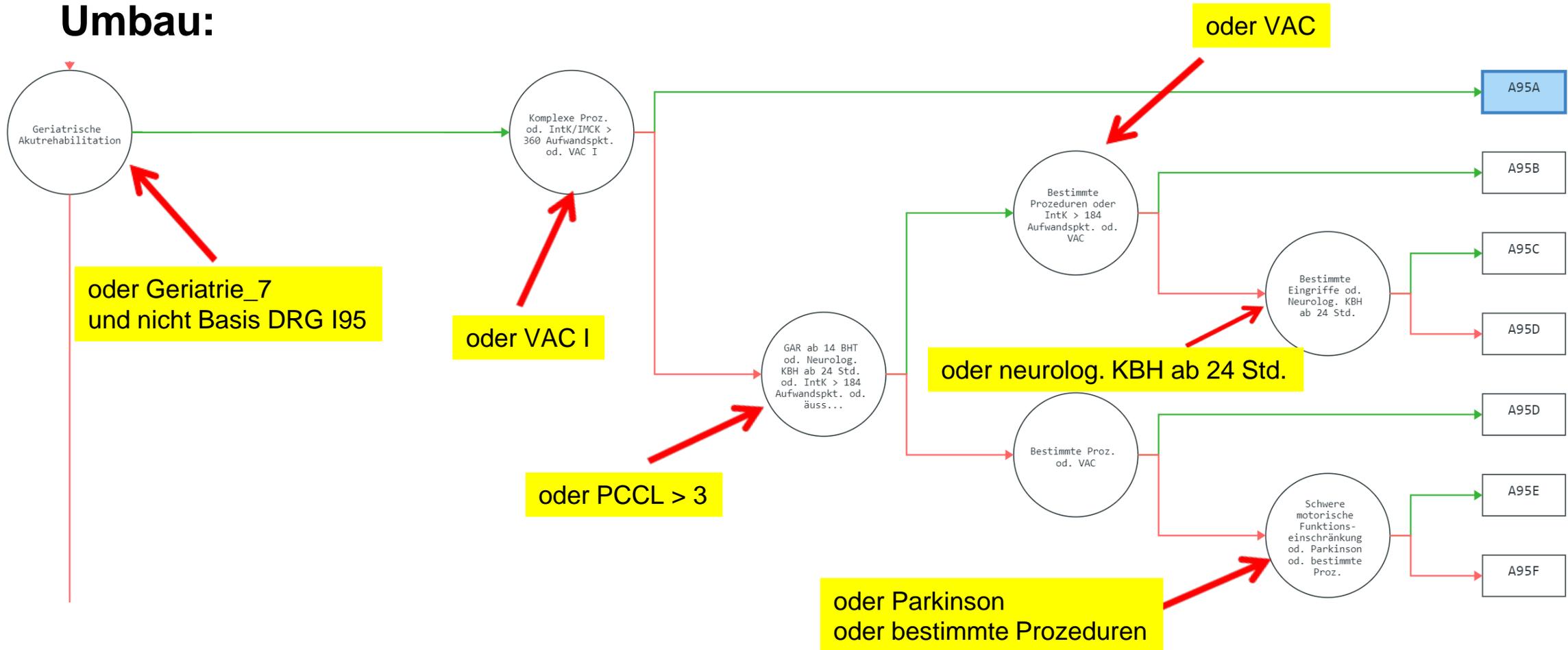
MDC übergreifende Umbauten Geriatrische Akutrehabilitation (GAR)

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

MDC übergreifende Umbauten

Palliativmedizinische Komplexbehandlung

Antrag:

- Fälle mit «*palliativmedizinischer KBH ab 7 BHT*» und hochaufwendigen Eingriffen aus der MDC 03 in Basis DRG A97 untervergütet

Umbau:

- Ergänzung der globalen Funktion «*komplexe OR-Prozedur (KORP)*» mit CHOP Codes:
 - 86.7D.11 «*Plastik mit freiem Lappen mit mikrovaskulärer Anastomosierung, am Kopf*»
 - 29.4X.1- «*Plastische Rekonstruktion am Pharynx, ...* »
 - 83.43.1- «*Entnahme eines Lappens zur Transplantation, ...* »
- Fälle mit einer «*KORP*» und «*palliativmedizinischer KBH ab 28 BHT*» oder «*bestimmte IntK/IMCK Aufwandspunkten*» gruppieren neu in DRG A97A

MDC übergreifende Umbauten

Palliativmedizinische Komplexbehandlung

Antrag:

- Fälle mit «*palliativmedizinischer KBH ab 7 BHT*» und hochaufwendigen Eingriffen aus der MDC 06 in Basis DRG A97 untervergütet

Umbau:

- Ergänzung der globalen Funktion «*komplexe OR-Prozedur (KORP)*» mit CHOP Codes:
 - 46.41.11 / 46.43.11 «*Neueinpflanzung eines Dünndarm-Stomas / Kolostomas*»
 - 46.12.1- / 46.15.1- «*Endständige/Doppelläufige Kolostomie, offen chir./laparoskopisch*»
 - 46.25.1- / 46.26.1- «*Endständige/Doppelläufige Jejunostomie, offen chir./laparoskopisch*»
- Fälle mit kompl. OR Prozedur und «*palliativmedizinischer KBH ab 28 BHT*» oder «*bestimmte IntK/IMCK Aufwandspunkten*» gruppieren neu in DRG A97A

MDC übergreifende Umbauten

Eingriffe an lymphatischen Strukturen

Antrag:

- Aufwertung CHOP Codes 40.71.- «*Plastische Rekonstruktion und Transplantation an lymphatischen Strukturen mittels mikrochirurgischer Anastomosierung*»
- nicht sachgerechte Abbildung von Fällen mit HD aus ICD Gruppe I97.8- «*Lymphödeme nach medizinischen Massnahmen*»

Umbau:

- Aufnahme CHOP Codes in Funktion «*Komplexe OR-Prozeduren*» und in MDC übergreifende Tabellen «*Gewebetransplantation mit mikrovaskulärer Anastomosierung*» und «*Eingriffe mit mikrovaskulärer Anastomosierung*»
- Verschieben ICD Codes als Hauptdiagnose aus MDC 05 «*Kreislaufsystem*» in MDC 09 «*Haut und Mamma*»

MDC übergreifende Umbauten

Mangelernährung

Antrag:

- Aufwertung der ICD Codes E40-E46 «Mangelernährung», R64 «Kachexie», M62.5 «Muskelschwund und –atrophie,...» in der CC-Matrix

Analyse:

- Aufwertung der Codes in CC-Matrix nicht sachgerecht
- bestimmte ICD Codes in Verbindung mit CHOP Codes 89.0A.42 - 44 «Multimodale Ernährungstherapie, mehr als 7 BHT» vereinzelt nicht sachgerecht abgebildet

MDC übergreifende Umbauten

Mangelernährung

Umbau:

- ICD Codes E40 «*Kwashiorkor*», E41 «*Alimentärer Marasmus*», E42 «*Kwashiorkor-Marasmus*» und E43 «*Nicht näher bezeichnete erhebliche Energie- und Eiweissmangelernährung*» **in Verbindung** mit CHOP Codes 89.0A.42-44 «*Multimodale Ernährungstherapie, mehr als 7 BHT*»
- in DRG E77C «*Andere Infektionen und Entzündungen an den Atmungsorganen...*»
- in DRG A95F «*Geriatrische Akutrehabilitation ab 7 bis 13 BHT mit...*»

MDC übergreifende Umbauten

Prophylaktische Operationen

Hinweis:

- unterschiedliche Vergütung bei gleichem Eingriff je nach Hauptdiagnose
- Z40.01 «*Prophylaktische Operation am Ovar wegen Risikofaktoren in Verbindung mit bösartigen Neubildungen*» → DRG N04B
- Z40.08 «*Prophylaktische Operation an sonstigen Organen wegen Risikofaktoren in Verbindung mit bösartigen Neubildungen*» → DRG Z01Z

Umbau 1/2:

- Aufnahme Z40.08 in MDC 12 und 13 (männl./weibl. Geschlechtsorgane)
- aus MDC 23 entfernt

MDC übergreifende Umbauten

Prophylaktische Operationen

Umbau 2/2:

- Aufnahme in Tab. BNB Mamma in Basis DRGs J06, J08, J14, J23, J25, J62
 - Z80.3 «*Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma] in der Familienanamnese*»
 - N60.1 «*Diffuse zystische Mastopathie*»
- Entfernung aus Basis DRGs J06, J14, J23, J25:
 - Z42.1 «*Nachbehandlung unter Anwendung plastischer Chirurgie der Mamma [Brustdrüse]*»

MDC übergreifende Umbauten

Tabellenbereinigungen

Problem:

- CHOP Codes 85.2C.1-/86.2A.- «*Chirurgisches Débridement...*» und 86.88.-/86.A2.- «*Temporäre Weichteildeckungen...*» innerhalb der Gruppen nicht gleich abgebildet

Umbau:

- Tabellenbereinigung mit Gleichstellung der CHOP Codes «*Chirurgisches Débridement...*» und «*Temporären Weichteildeckungen...*» aus einer Gruppe MDC übergreifend

Nervensystem MDC 01

Neurostimulatoren

Antrag:

- bestimmte CHOP Codes in Basis DRG B21 «*Implantation eines Neurostimulators oder Elektroden*» nicht sachgerecht abgebildet
- Aufwertung **gleichzeitige** Implantation von Elektroden und Neurostimulator
- Prüfung / Aufwertung Implantation von permanenten Elektroden vs. temporärer Elektroden

Analysen:

- bestimmte oder mehrzeitige Eingriffe in Basis DRG B21 nicht sachgerecht abgebildet

Nervensystem MDC 01

Neurostimulatoren

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*»

Nervensystem MDC 01

Nicht-dynamische Stabilisierung der Wirbelsäule

Analyse:

- Kosteninhomogenität in DRG B36C «*Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392/552 Aufwandspunkten*»

Umbau:

- Aufnahme CHOP Codes 7A.73.1- «*Nicht-dynamische Stabilisierung der Wirbelsäule durch Osteosynthese ohne Fusion der Wirbel*» ab 3 Segmenten in Funktion «*Komplexe OR-Prozeduren*»
- Aufwertung der Fälle in Verbindung mit «*IntK > 392/552 Aufwandspunkten*» in DRG B36B

Nervensystem MDC 01

Epilepsie

Anträge:

- Aufwertung bestimmter Diagnosen in Basis DRG B76 «Anfälle oder Video-EEG oder Komplexbehandlung Epilepsie ab 7 Behandlungstage, mehr als ein Belegungstag»
- Prüfung eines Splits mit «PCCL > 2» innerhalb der Basis DRG B76

Analyse:

- aufgeführte Diagnosen eignen sich nicht als Splitkriterium
- Aufwertung in CC-Matrix nur vereinzelt sachgerecht

Nervensystem MDC 01

Epilepsie

Umbau:

- Aufnahme der ICD Gruppe F72.- «*Schwere Intelligenzminderung*» in CC-Matrix
- Aufnahme des Splitkriteriums «*PCCL > 2*» in DRG B76F
- durch Erweiterung der Splitbedingung in Basis DRG B87 «*Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit ...*» und DRG B87A mit «*PCCL > 4*» Aufwertung der Fälle mit entsprechender Nebendiagnose

→ weitere Umbauten erwiesen sich als nicht sachgerecht

Nervensystem MDC 01

Kondensation

Problem:

- verschiedene DRGs fallzahlschwach bzw. Splitbedingungen nicht mehr kostentrennend

Umbau:

- Kondensation der DRGs:
 - B68B und B68C → B68B «*Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie mit bestimmter Diagnose, mehr als ein Belegungstag*»
 - B70B und B70C → B70B «*Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls > 72 Std. oder...*»
 - B70E und B70F → B70D «*Apoplexie mit anderer neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls < 73 Std. oder ...*»

HNO MDC 03

Prothese Kiefergelenk

Problem:

- Fälle mit CHOP Codes 76.5X.60; -.61; -.70; -.71 «*Prothese Kiefergelenk,...*» nicht sachgerecht abgebildet

Umbau:

- Aufnahme der CHOP Codes in Splitbedingung für DRG D01A
«*Kochleaimplantation bilateral oder Implantation einer Prothese am Kiefergelenk*»

→ sachgerechte Abbildung

Atmungsorgane MDC 04

Brustwandfistel

Antrag:

- Aufwertung des ICD Codes J86.0 «*Pyothorax mit Fistel*»

Analysen:

- Fälle mit HD «*Pyothorax mit Fistel*» meist mit mehrfachen Eingriffen verbunden

Umbau:

- Aufnahme der Funktion «*Mehrzeitig bestimmte OR-Prozeduren*» in Basis DRG E01
«*Revisionseingriffe, beidseitige Lobektomie, Strahlentherapie mit operativem Eingriff oder
.....mehrzeitig bestimmte OR-Prozedur*»
- dadurch Aufwertung der Fälle mit ICD Kode J86.0

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...*»

Atmungsorgane MDC 04

Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung

Problem:

- inhomogene Fallmenge in DRG E65A «*Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung...*»
- DRGs E65B und E65E «*PCCL – Splits*» keine guten Kostentrenner mehr

Umbau:

- Kondensation der DRGs E65A und E65B -> E65A
- E65A neuer Split «*PCCL > 3*»
- Aufwertung von Fällen mit PCCL > 2 in DRG E65B
- Löschen der DRGs E65E und E65F

Atmungsorgane MDC 04

Bestrahlungsplanung

Problem:

- unsachgerechte Abbildung von Fällen mit Bestrahlungsplanung und / oder Simulation in Basis DRG E71 «*Neubildungen der Atmungsorgane, mehr als ein Belegungstag*»

Umbau:

- Aufwertung dieser Fälle in DRG E71A «*Neubildungen der Atmungsorgane mit äusserst schweren CC oder starrer Bronchoskopie oder Para-/Tetraplegie.... mehr als ein Belegungstag*»

Kreislaufsystem MDC 05

Intensivmedizin

Antrag:

- Prüfung von «*step down*» / «*step up*» Logiken mit tiefen IntK und IMCK Aufwandspunkten innerhalb der MDC 05

Umbau:

- Aufnahme der «*step down*» / «*step up*» Logik mit IntK und IMCK 185 - 552 Aufwandspunkten in
 - DRGs F03B und F03C «*Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine...*»
 - DRG F06A «*Koronare Bypass-Operation, mit mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren...*»
 - DRG F31B «*Andere kardiothorakale Eingriffe, mit...*» in Kombination mit «*PCCL*> 3»

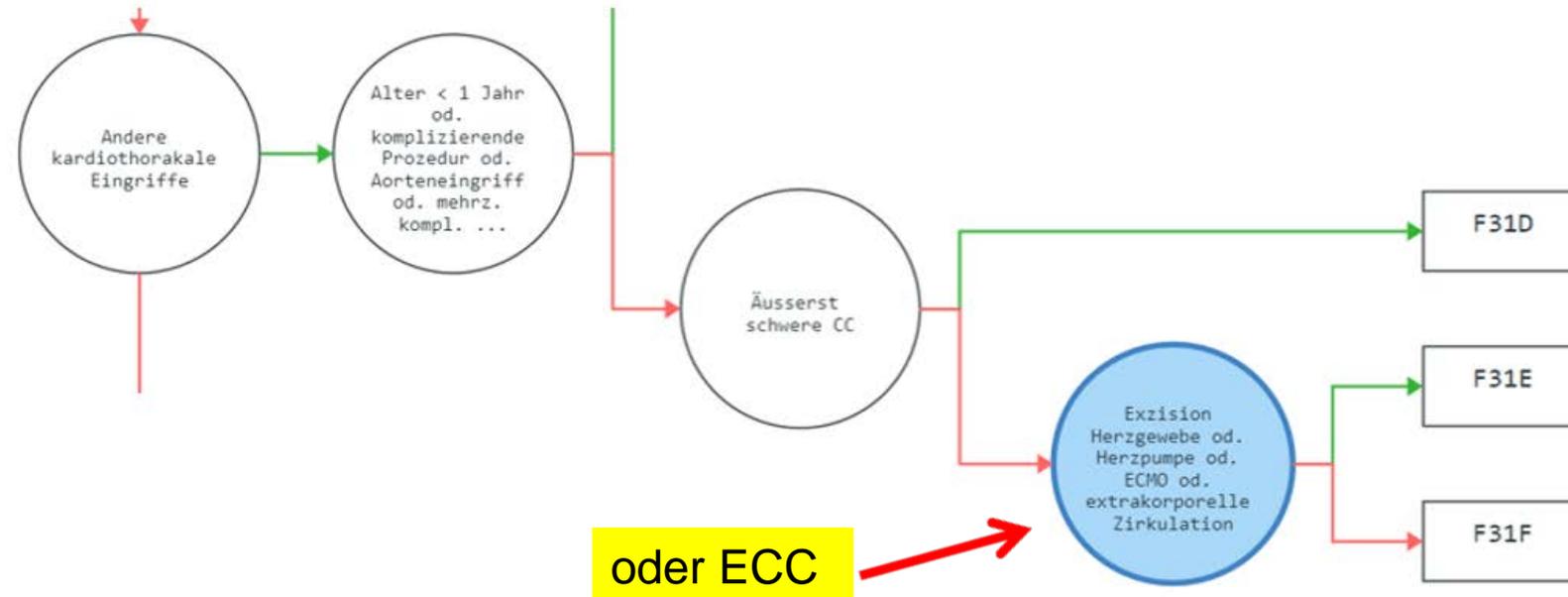
Kreislaufsystem MDC 05

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

Endoskopische Gefässentnahme

Antrag:

- endoskopische Gefässentnahme zur Transplantation in Basis DRG F06
«*Koronare Bypass-Operation*» untervergütet
- höherer Kostenaufwand durch spezielles Entnahmesystem
- etabliertes Verfahren mit steigenden Fallzahlen

Umbau:

- neue Tabelle in Split für DRG F06C mit CHOP Kode 38.6A «*Endoskopische Exzision eines Blutgefässes zur Transplantation*»

→ aufwandsgerechte Vergütung dieser Fälle

Kreislaufsystem MDC 05

Cardio MEMS Drucksensoren

Antrag:

- keine kostendeckende Abbildung der minimalinvasiven Implantation eines Drucksensor zur telemetrischen Fernüberwachung von Patienten mit schwerer Herzinsuffizienz

Umbau:

- Antrag 2021 abgelehnt – geringe Fallzahl und zu tiefe Implantationskosten
- jetzt Aufwertung des CHOP Codes 37.7A.51 «*Implantation eines Drucksensors*» aus DRG F12E in F12D

→ sachgerechte Abbildung

Kreislaufsystem MDC 05

Shock Wave Lithotripsie

Antrag:

- neuer Interventionskode 00.66.37 «*Perkutan-transluminale Gefässintervention an den Koronarien mittels Lithotripsie*» bisher nicht gruppierungsrelevant
- Prüfung einer sachgerechten Abbildung in Basis DRG F24 «*Perkutane Koronarangioplastie (PTCA)*»

Umbau:

- CHOP Kode 00.66.37 «*Perkutan-transluminale Gefässintervention an den Koronarien mittels Lithotripsie*» in Tabelle «*Komplexe Intervention*» aufgenommen
- Fälle gruppieren bei Mehrfachanwendung in DRGs F24C bzw. F24D

Kreislaufsystem MDC 05

Medikamentenfreisetzende Ballons

Hinweis:

- CHOP Kode 00.4C.13 «*Einsetzen von 3 medikamentenfreisetzenden Ballons*» und 00.4C.14 «*Einsetzen von 4 und mehr medikamentenfreisetzenden Ballons*» in DRG F24D zu tief bewertet

Umbau:

- Aufwertung der CHOP Codes in DRG F24C «*Perkutane Koronarangioplastie (PTCA) mit drei oder mehr Stents oder komplexer Prozedur oder mit zwei Stents oder mit komplizierender Diagnose oder Alter < 16 Jahre und Globalinsuffizienz*»

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

Verschluss einer Darmfistel

Problem:

- Fälle mit «*Verschluss einer sonstigen Darmfistel, offen chir. / laparoskopisch*» CHOP Codes 46.79.21/22 in DRG G13A «*Andere Eingriffe an Darm oder Enterostoma mit äusserst schweren CC oder bestimmter Diagnose*» übervergütet
- bei internen Analysen aufgefallen

Umbau:

- Entfernung der CHOP Codes aus dem Split für DRG G13A

→ Vergütung für verbleibende Fälle in DRG G13A verbessert

Verdauungsorgane MDC 06

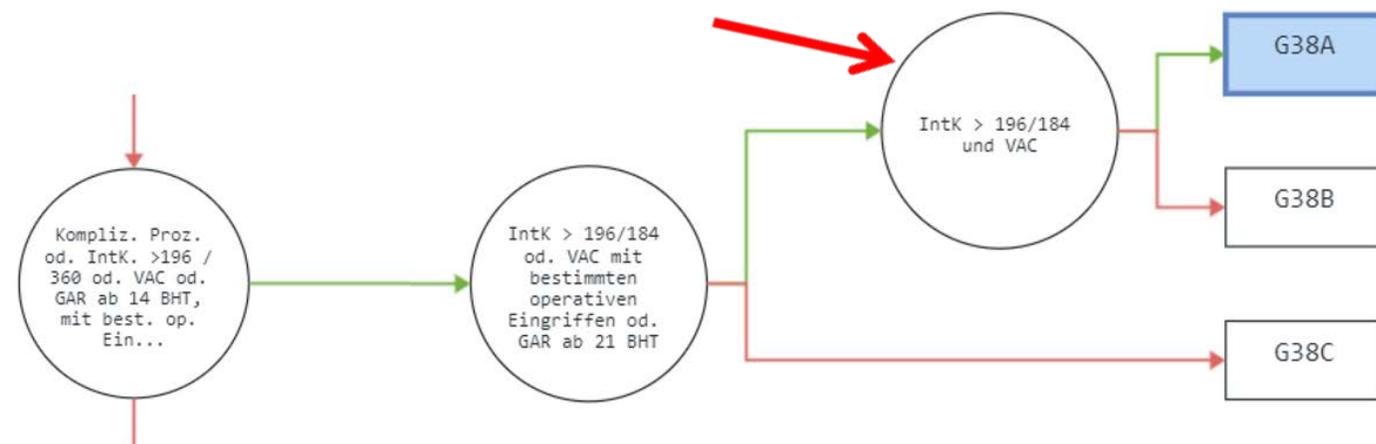
Vakuumbehandlung

Antrag:

- breite Kostenstreuung der Fälle in DRGs G38A und G38B

Umbau:

- Bedingung für DRG G38A überarbeitet «IntK > 196/184 Aufwandspunkte» UND «Vakuumbehandlung»
- neue DRG G38C



Verdauungsorgane MDC 06

Bestimmte komplexe Eingriffe bei BNB

Hinweis:

- Inhomogenität innerhalb der DRG G16Z «*Komplexe Rektumresektion oder Eviszeration des kleinen Beckens oder Eingriff bei bösartiger Neubildung oder Strahlentherapie mit grossem abdominellen Eingriff*»

Umbau:

- Split der DRG G16Z anhand der Kriterien «*PCCL > 2*» UND «*IntK > 184 Aufwandspunkte*» oder «*Mehrzeitig bestimmte OR*»

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

Hernieneingriffe

Antrag:

- Homogenitätsanalyse innerhalb Basis DRG G09 «*Eingriffe bei Hernien*»

Umbau:

- neue DRG G09A mit «*IntK oder IMCK > 119 Aufwandspunkte*» oder «*Vakuumbehandlung*»
- Erweiterung der Splitbedingung für DRG G09D «*Mehrzeitige Eingriffe*» oder «*Bestimmte abdominelle Eingriffe*»
- Kondensation von DRGs G09E und G09G -> Splitbedingung «*Hernieneingriffe (ausser Narbenhernien) mit Transplantat*» keine Kostentrenner mehr

Verdauungsorgane MDC 06

Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen

Antrag:

- Homogenitätsanalyse innerhalb der Basis DRG G12 «*Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen*»

Umbau:

- Aufnahme eines neuen Splitkriteriums in DRG G12A mit CHOP Kode 93.57.16 -.1E «*Kontinuierliche Sogbehandlung ab 14 Tage*» und 86.88.I1-.I8 «*Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumversiegelung*»

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

Antrag:

- Kostendeckungsanalyse für Massnahmen wie endoskopisches Clipping- oder Injektionen im Gastrointestinaltrakt
- Eingriffe sind aufwändiger als eine einfache diagnostische ÖGD

Umbau:

- Aufnahme CHOP Codes 46.99.20 «*Endoskopisches Clipping am Duodenum*»; 44.99.30 «*Injektion an Magen*»; 46.99.30 «*Injektion am Duodenum*» in bestehende Tabelle in Basis DRG G46 «*Gastroskopie oder...*»
- dadurch auch Aufwertung in DRG G72A
- Tabelle zusätzlich in Split für DRG G86A «*..., ein Belegungstag*» aufgenommen

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

Analyse:

- untervergütete Fälle in Basis DRGs G60; G64 und G87

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

Kondensation

Problem:

- Basis DRG H33 fallzahlschwach bzw. Splitbedingungen nicht mehr kostentrennend

Umbau:

- Kondensation der DRGs:
 - H33A und H33B → H33Z «*Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren oder komplexe Vakuumbehandlung oder VAC mit bestimmtem Eingriff oder Eingriff an Pankreas oder Leber mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196/360 Aufwandspunkten oder bestimmte IntK mit IMCK Aufwandspunkten*»

Hepatobiliäres System MDC 07

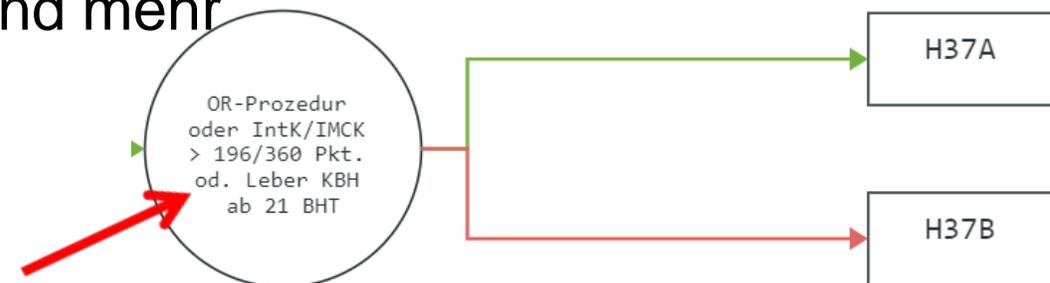
Leberkomplexbehandlung

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 Enzephalopathie (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

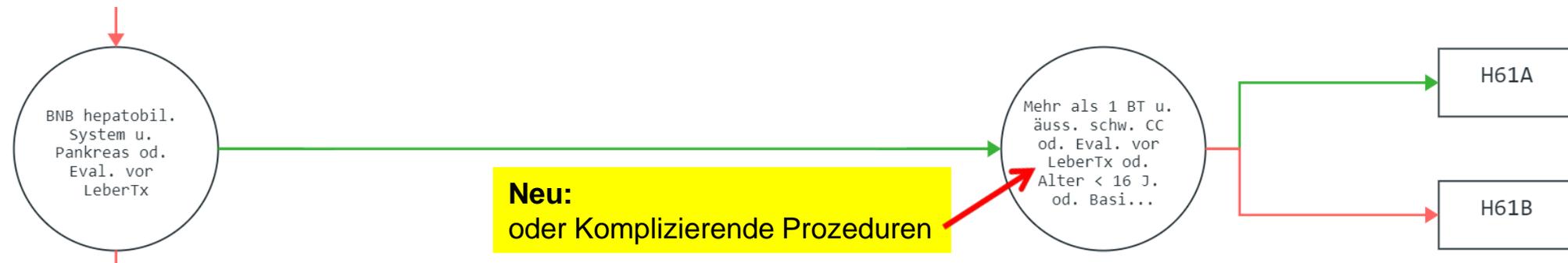
Bösartige Neubildungen

Antrag:

- breite Streuung der Fälle in DRG H61B «*Bösartige Neubildung an hepatobiliärem System und Pankreas, mehr als ein Belegungstag*»

Umbau:

- durch Aufnahme der Funktion «*Komplizierende Prozeduren*» in Split für DRG H61A bessere Abbildung von aufwendigen Fällen



Hepatobiliäres System MDC 07

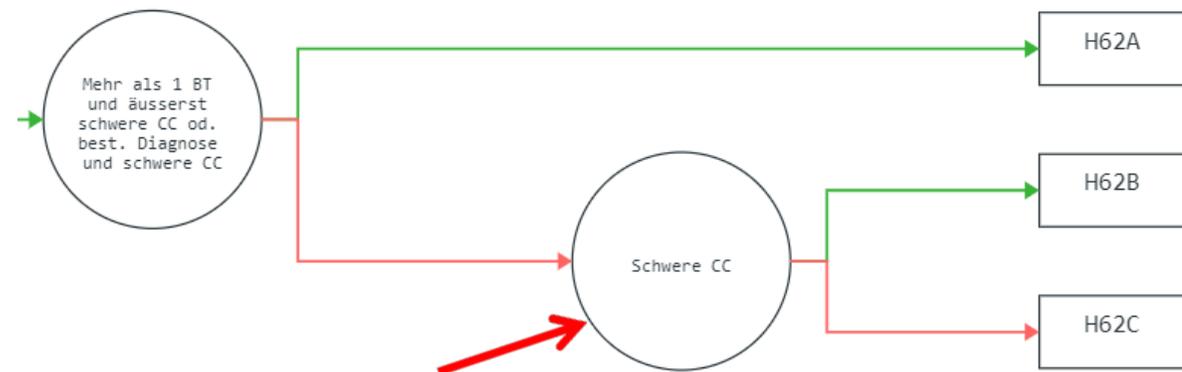
Erkrankungen am Pankreas

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

Weichteilschaden

Antrag:

- Weichteilschaden II. Grades erreichen in Kombination mit CHOP 83.82.-
«*Muskel- und Faszientransplantation,..*» eine markante Erhöhung des Kostengewichtes
- sachgerechte Bewertung der Kode-Kombination und ggf. entsprechende Anpassung der Systemlogik

Umbau:

- Diagnose Tab. in DRG I02A «*Weichteilschaden Grad II oder III*» ersetzt durch
«*Weichteilschaden Grad III*»

→ sachgerecht Vergütung

Bewegungssystem MDC 08

Mehrzeitige bestimmte Prozeduren

Problem:

- Fälle mit «*IntK / IMCK > 196/184 Pkt.*» in operativer Partition nicht sachgerecht abgebildet
- häufig mit «*mehrzeitigen Eingriffen*» dadurch hoher Ressourcenverbrauch

Umbau:

- Aufnahme der Bedingung «*Mehrzeitige bestimmte OR*» in Verbindung mit «*IntK / IMCK > 196/184 Pkt.*» in Basis DRG I95
- Splitbedingung DRGs I95A und I95B kein Kostentrenner mehr → Kondensation zu DRG I95Z

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:

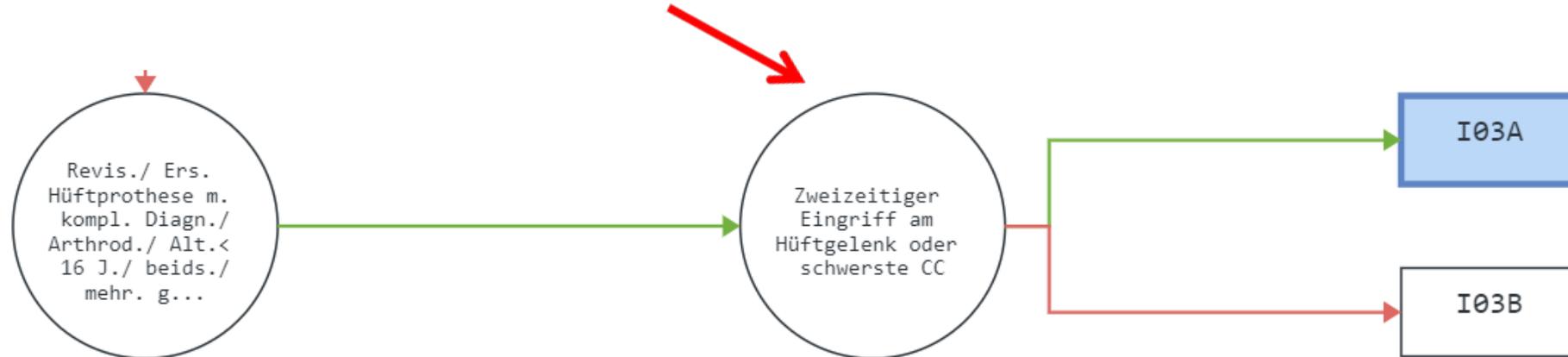
- Fälle in den Daten schwer identifizierbar
- intensiver Austausch mit Antragsteller

Bewegungssystem MDC 08

Zweizeitiger Prothesenwechsel

Ergebnis Hüfte:

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



Bewegungssystem MDC 08

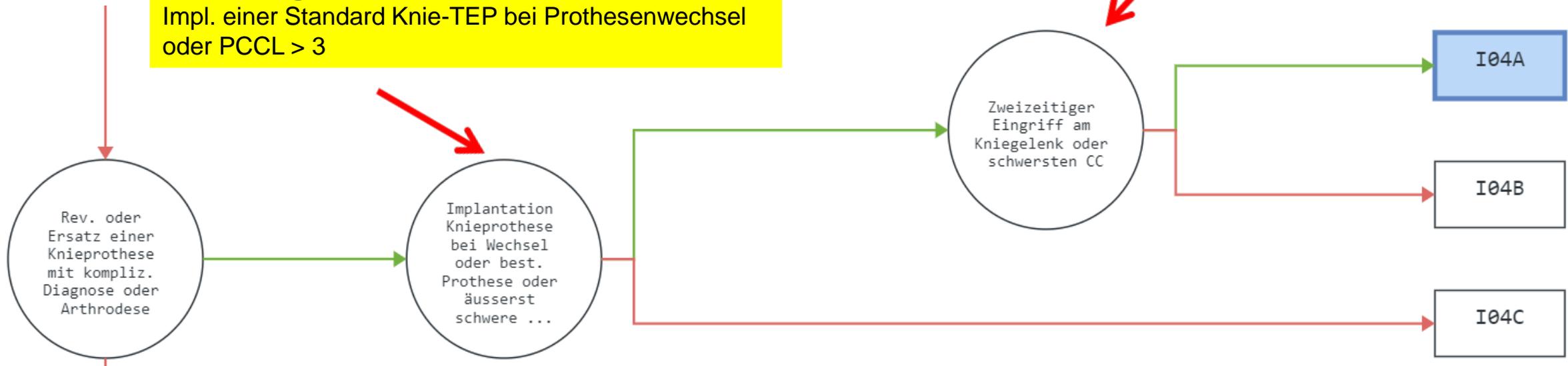
Zweizeitiger Prothesenwechsel

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



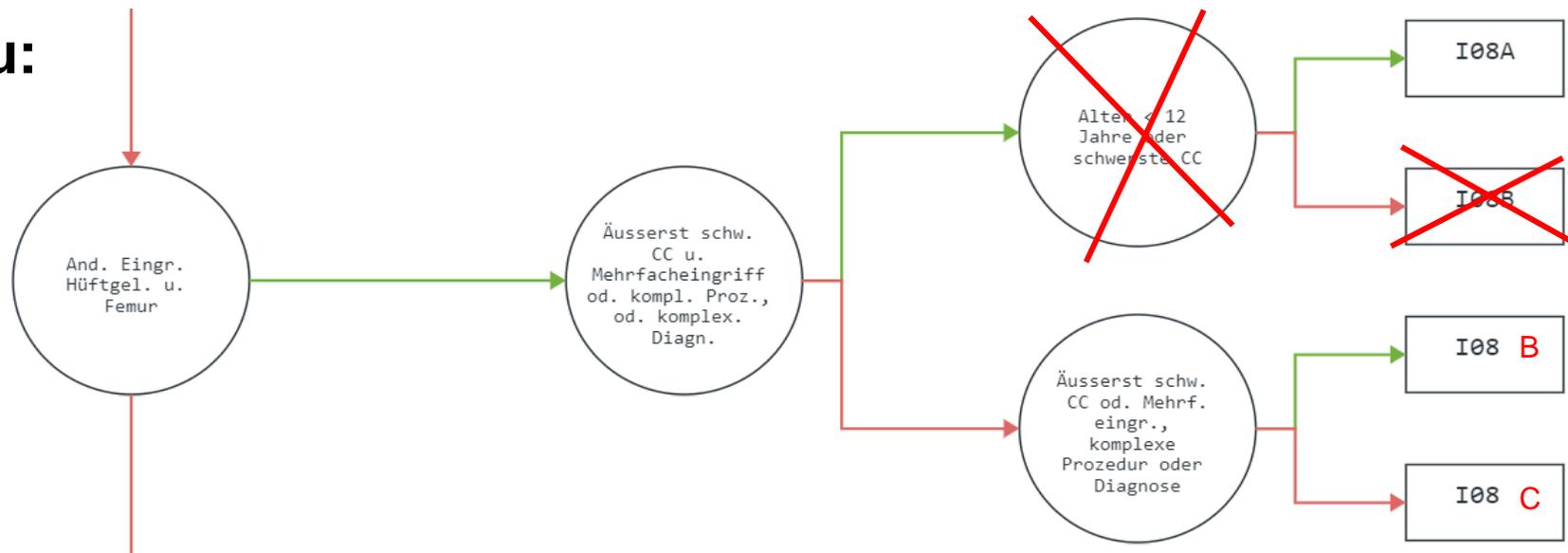
Bewegungssystem MDC 08

Eingriffe an Hüftgelenk und Femur

Problem:

- DRGs I08A und I08B weisen kaum Kostenunterschiede auf
- Splitbedingung kein Kostentrenner mehr

Umbau:



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

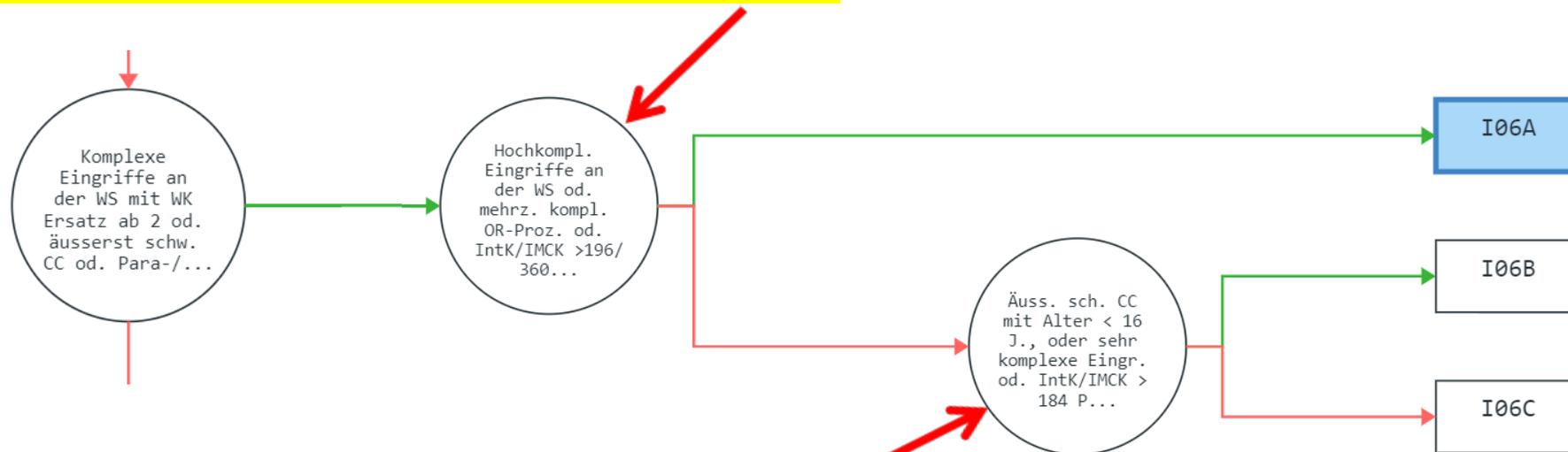
Bewegungssystem MDC 08

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

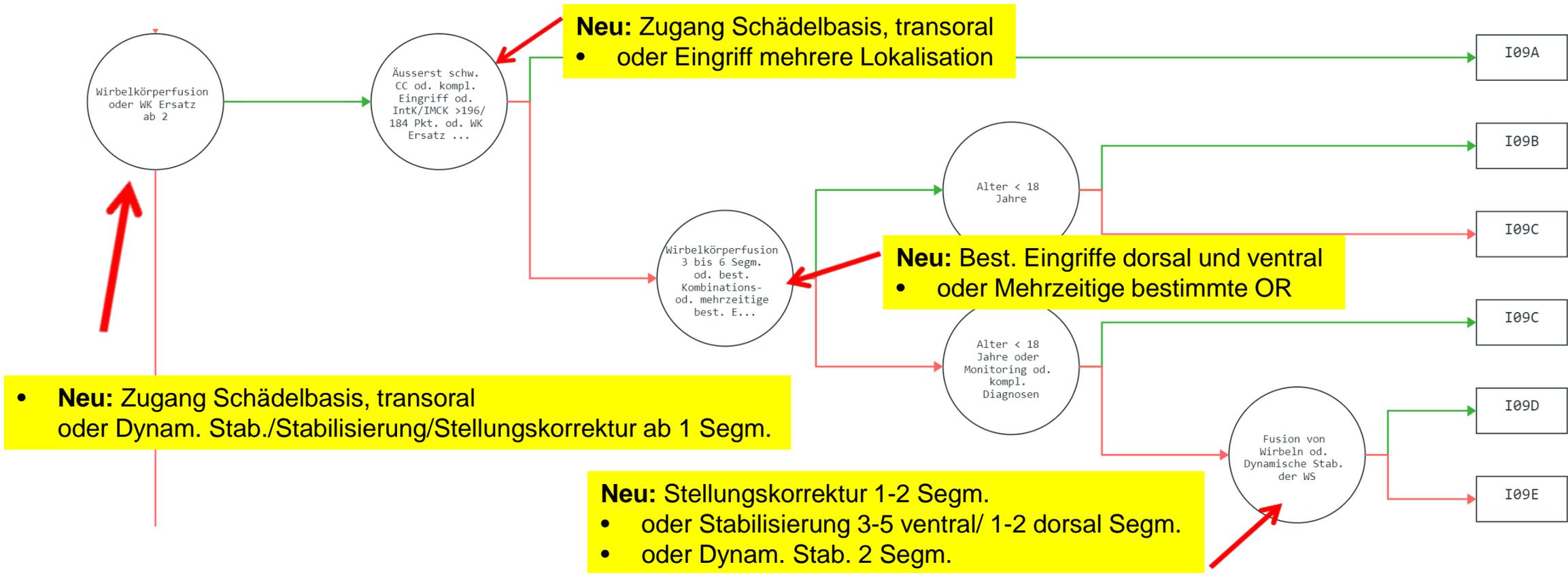
- oder Stabilisierung 7 Segm.
- oder Stellungskorrektur 7 Segm.

Neu: Geriatrie_14

Bewegungssystem MDC 08

Wirbelsäule

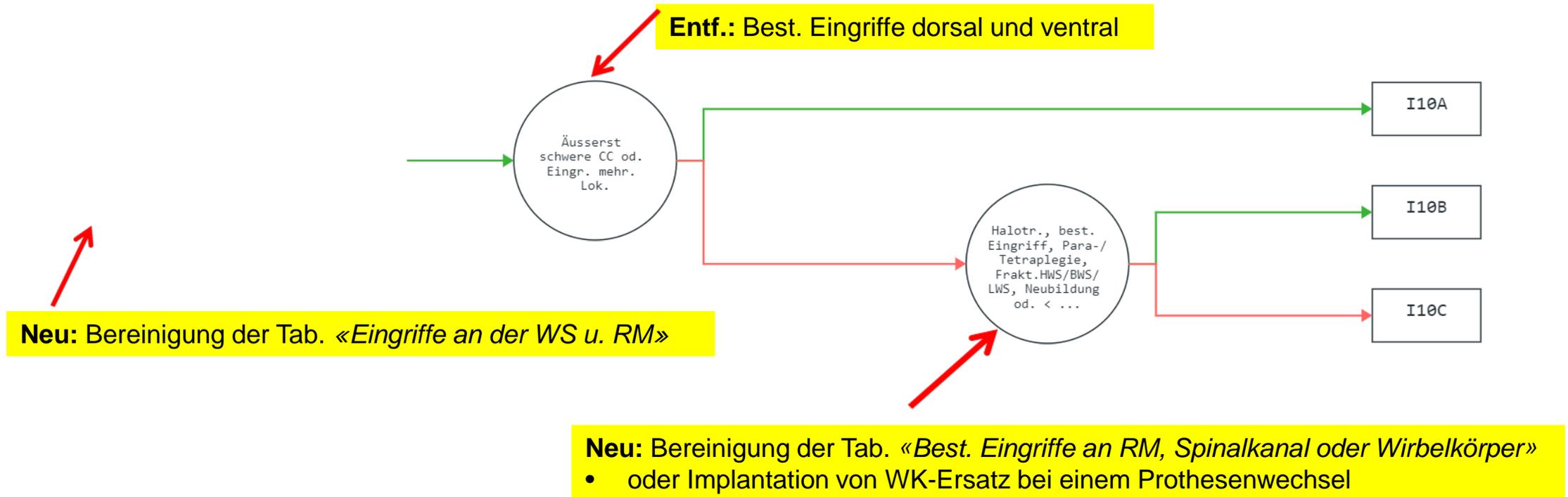
Umbau Basis DRG I09 «Wirbelkörperperfusion oder....»:



Bewegungssystem MDC 08

Wirbelsäule

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



Bewegungssystem MDC 08

Implantation von Handgelenkprothesen

Antrag:

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

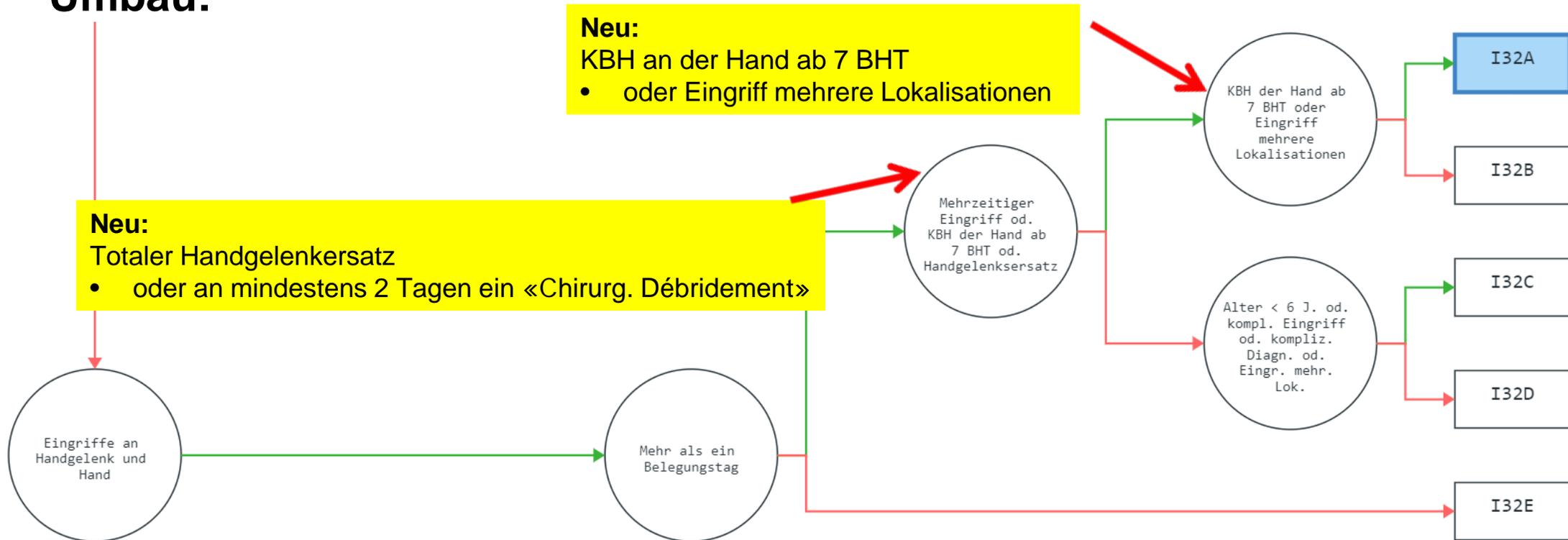
Analyse:

- 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

BNB an Weichteilgewebe

Antrag:

- Aufwertung von Weichteileingriffen bei bösartigen Neubildungen an Becken und Extremitäten
- Fälle in DRG I27C untervergütet

Umbau:

- Aufnahme der Logik: ICD Kode «*Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe,...*» in Verbindung mit Kode 83.82.2- «*Transplantation eines lokalen Muskel- oder Faszienlappens,....*»; 83.82.3- «*Transplantation eines osteomyokutanen oder osteofasziokutanen Lappens,..*» oder mit «*PCCL > 2*» in DRG I27A

Bewegungssystem MDC 08

PCCL-Split

Problem:

- in Basis DRG I23 «*Bestimmte Eingriffe ausser an Hüftgelenk und Femur*» Fälle mit erhöhter Komorbidität nicht sachgerecht abgebildet

Umbau:

- Splitbedingung für DRG I23A ergänzt um «*PCCL > 3*»

→ sachgerechte Vergütung aufwendiger Konstellationen

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

Eingriffe an der Mamma ausser bei BNB

Problem:

- Split der DRG J24A «*Entfernung u. Implantation Prothese od. Mammoplastik*» kein Kostentrenner mehr

Umbau:

- DRGs J24A und B kondensiert zu → neuer J24A «*Eingriffe an der Mamma ausser bei bösartiger Neubildung mit ausgedehntem Eingriff*»

Haut und Mamma MDC 09

BNB der Haut

Problem:

- C79.2 «*Sekundäre bösartige Neubildung der Haut*» in Tabellen für bösartige Neubildungen an der Mamma

Umbau:

- C79.2 neu in Basis DRG J61 «*(Mässig) schwere Erkrankungen an der Haut...* » abgebildet
- Kode entfernt aus Tabelle «*BNB an der Mamma*» und damit aus DRGs für Eingriffe bei BNB an der Mamma (J06,J14,J23, J25, J62)

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..*»

Haut und Mamma MDC 09

Epidermolysis

Problem:

- Fälle mit Hauptdiagnose ICD Codes Q81.1 «*Epidermolysis bullosa atrophicans gravis*», Q81.2 «*Epidermolysis bullosa dystrophica*» nicht sachgerecht abgebildet

Umbau:

- Aufwertung der ICD Codes in Basis DRG J61 «*Schwere oder mässig schwere Erkrankungen der Haut oder Hautulkus bei Para-/Tetraplegie, mehr als ein Belegungstag*»

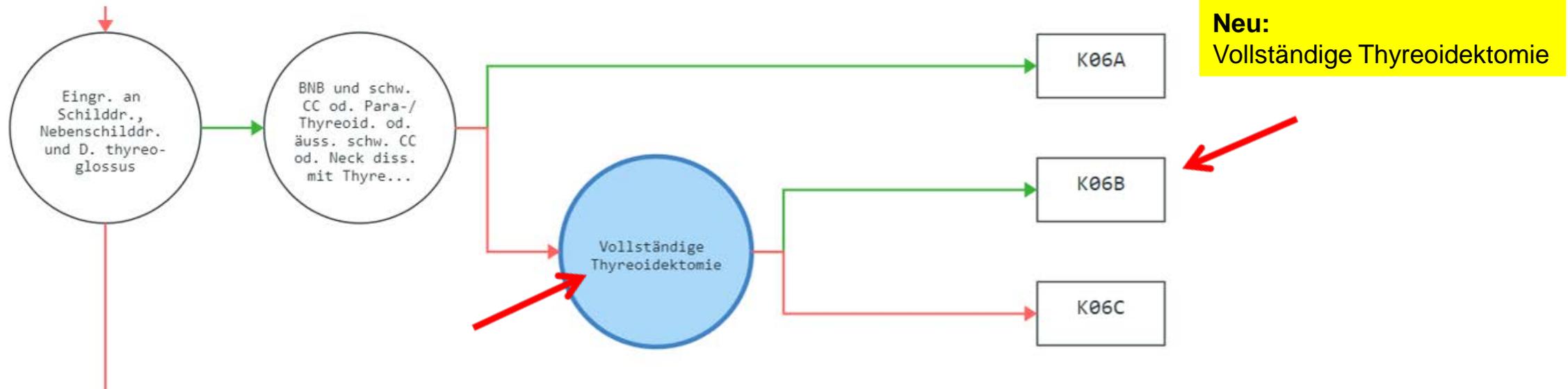
Stoffwechselkrankheiten MDC 10

Thyreoidektomie

Antrag:

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

Umbau:



Harnorgane MDC 11

Exzision an der Niere

Problem:

- CHOP Kode 55.33 «**Perkutane Exzision** von Läsion oder Gewebe an der **Niere**» und 55.39.20 «Sonstige **lokale Exzision** oder **Destruktion** von Läsion oder Gewebe an der **Niere**, **Destruktion**, **perkutan-transrenal**» unterschiedlich abgebildet

Umbau:

- Gleichstellung der CHOP Codes in DRG L20C «**Transurethrale Eingriffe** ausser **Prostataresektion** und **komplexe Ureterorenoskopien**, mit **komplexem Eingriff** oder....»

→ sachgerechte Vergütung

Harnorgane MDC 11

Kindersplit

Problem:

- Kindersplit für die L70A nicht mehr sachgerecht
- Basis DRG L70 «*Krankheiten und Störungen der Harnorgane, ein Belegungstag*»

Umbau:

- Fälle mit CHOP Codes 59.8X.- «*Ureter-Katheterisierung*» gruppieren neu in DRG L70A «*Krankheiten und Störungen der Harnorgane mit Ureterkatheterisierung, ein Belegungstag*»
- Kinder < 16 Jahre ohne Prozedur gruppieren nun in DRG L70B «*Krankheiten und Störungen der Harnorgane und Alter < 16 Jahre, ein Belegungstag*»
- Splitbedingung «*ausser bei Niereninsuffizienz*» bei Kindern wurde entfernt

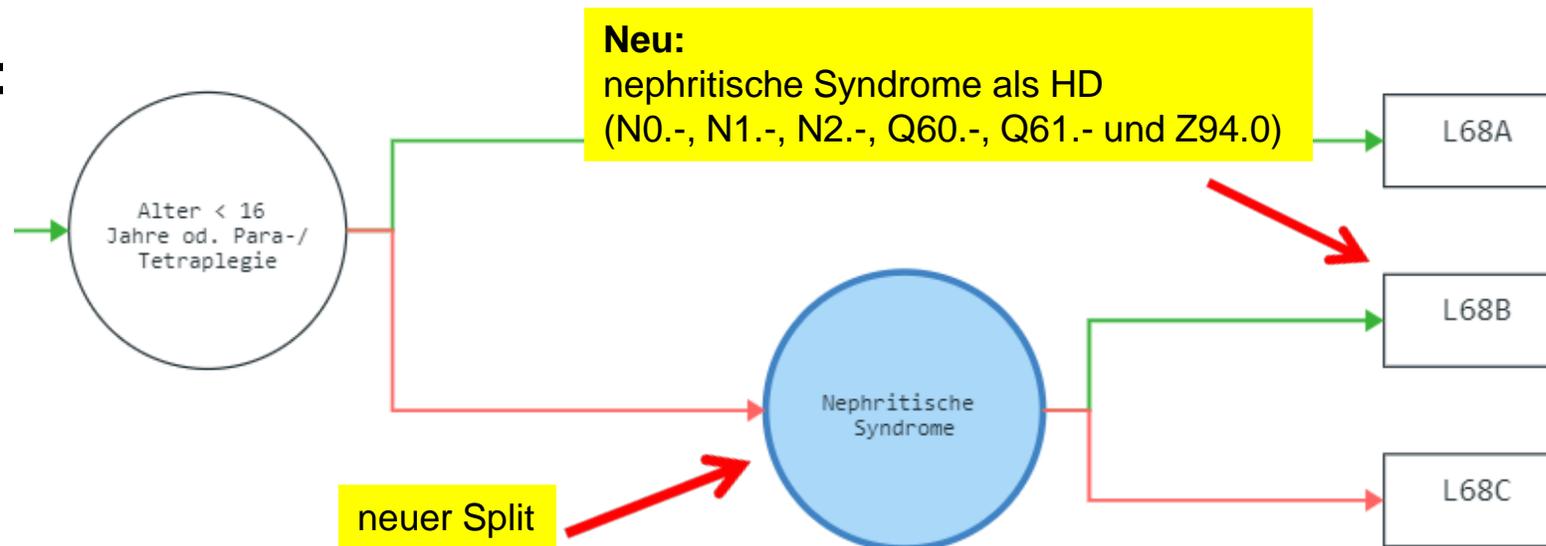
Harnorgane MDC 11

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:



Harnorgane MDC 11

Komplexe Diagnosen

Problem:

- Fälle mit ICD D59.3 «*Hämolytisch-urämisches Syndrom*» und M31.1 «*Thrombotische Mikroangiopathie*» nicht sachgerecht abgebildet

Umbau:

- Aufwertung aus der DRG L72Z in DRG L37B «*Krankheiten und Störungen der Harnorgane mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung/IMCK > 196/184 Aufwandspunkten...*» in Verbindung mit «*Plasmapheresen*» oder «*Dialysen*»

→ sachgerechte Abbildung

Männl. Geschlechtsorgane MDC 12

Fournier-Gangrän

Antrag:

- Aufwertung der Eingriffe mit ICD Kode N49.80 «*Fournier-Gangrän beim Mann*»

Umbau:

- Kode N49.80 in Verbindung mit CHOP Kode 61.- «*Exzisionen/Inzisionen an Hoden, Skrotum oder Tunica vaginalis testis*» in Basis DRG M09
- Aufnahme weiterer Codes in bestehende Tabelle
 - 86.4- «*Radikale und grossflächige Exzision an Haut und Subkutangewebe*»
 - 86.6- «*Hauttransplantation*»
 - 86.7- «*Lappenplastik*»
 - 86.2A.- «*Chirurgisches Débridement, grosser Ausdehnung*»

Männl. Geschlechtsorgane MDC 12

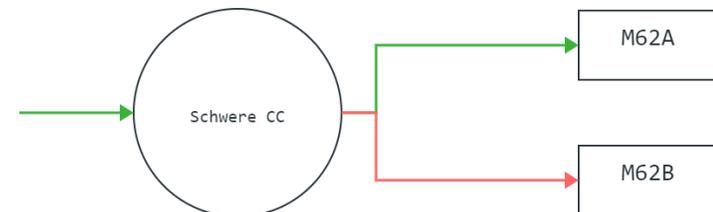
Akute Prostatitis vs. Akute Zystitis

Antrag:

- ICD Kode N41.0 «*Akute Prostatitis*» in DRG M62Z schlechter vergütet als Kode N30.0 «*Akute Zystitis*» in DRG L63D
- trotz aufwendiger Behandlung mit längerer Antibiotikatherapie und Verweildauer

Umbau:

- in DRG M62Z als kostentrennendes Splitkriterium «*PCCL > 2*» identifiziert



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:

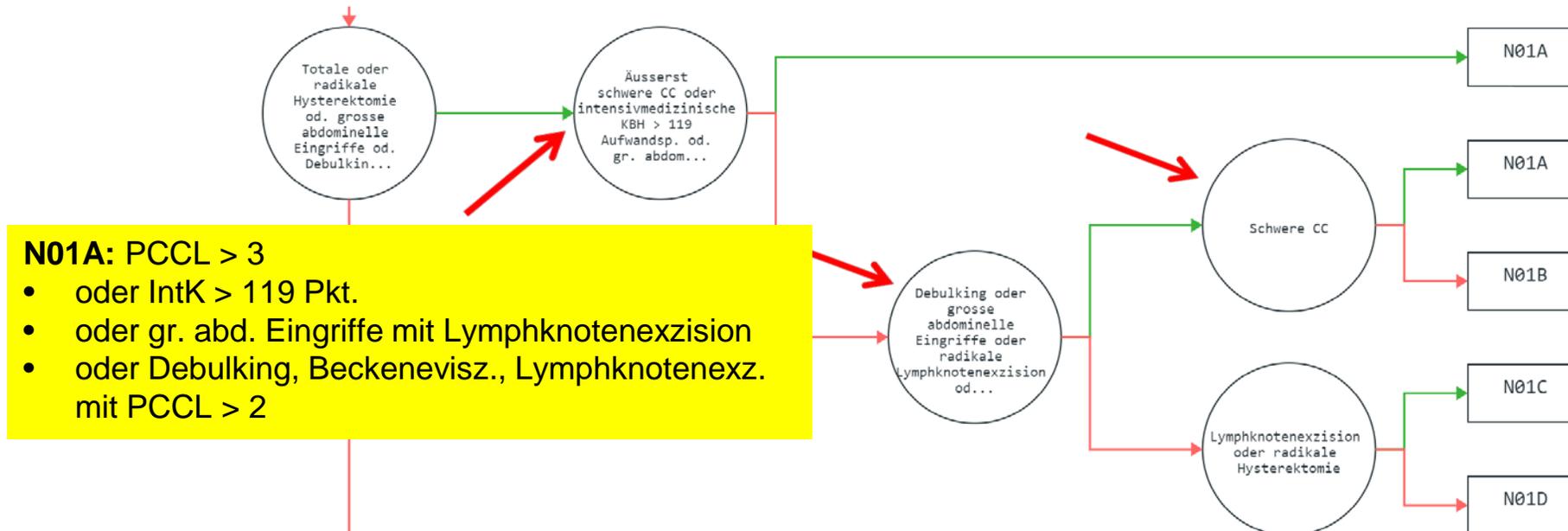
- umfangreiche Änderungen in Basis DRGs N01 und N04
- neue Splitkriterien mit verständlicherer Logik

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

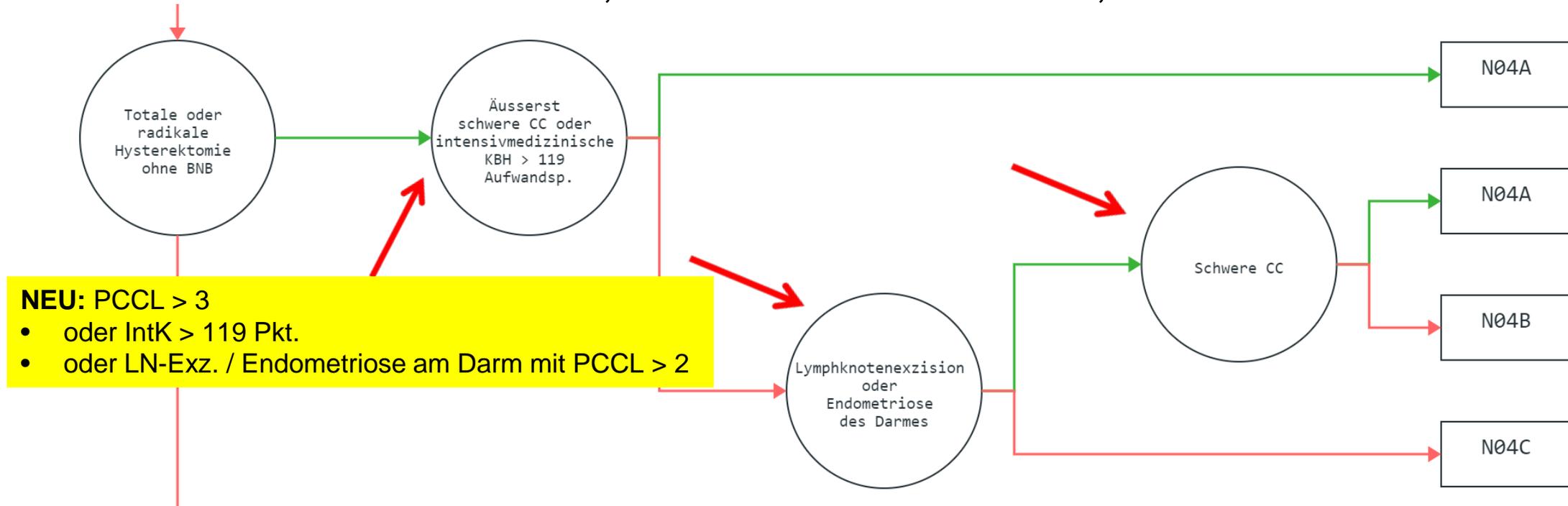


Weibl. Geschlechtsorgane MDC 13

Hysterektomie (HE)

Umbau:

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



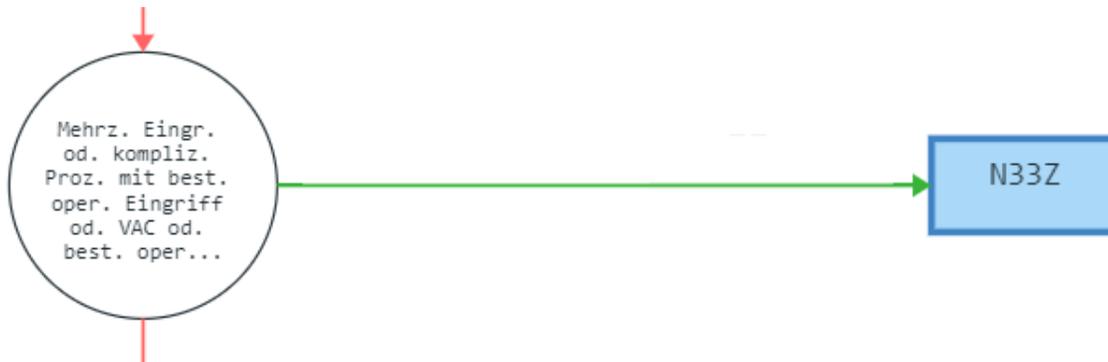
- Lymphknotenexzisionen neu in Basis DRG N06 abgebildet

Weibl. Geschlechtsorgane MDC 13

Mehrzeitige Eingriffe

Weiterer Umbau:

- DRG N33Z Splitbedingung geändert von «*Vierzeitige bestimmte OR*» auf «*Mehrzeitige bestimmte OR*» mit bestimmten Eingriffen
- Neuaufnahme «*PCCL > 4*» mit bestimmten Eingriffen



Weibl. Geschlechtsorgane MDC 13

Rekonstruktive Eingriffe

Antrag:

- laparoskopische Suspension und Fixation der Vagina aus DRG N06C aufwerten

Umbau:

- Aufnahme CHOP Kode 70.77 «*Suspension und Fixation der Vagina*» in DRG N06B
- in DRG N06B Zusatzbedingung CHOP 54.21.20 «*Laparoskopie, Zugangsweg für chirurgische (therapeutische) Interventionen*» aufgenommen
- Kolpektomie aus DRG N06A in DRG N06B abgewertet

→ in allen DRGs der Basis DRG N06 Anstieg des Kostengewichts

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

Neugeborene MDC 15

Komplexbehandlung bei MRE

Antrag:

- Neugeborene mit CHOP Kode 93.59.50 «Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern, bis 6 Behandlungstage» gruppieren in DRG P67D
- mit CHOP Codes 99.84.25 «Tröpfchenisolation, bis 6 Behandlungstage» in DRG P67C
- Gleichstellung der Codes prüfen

Umbau:

- Aufwertung der Codes 93.59.50 – 93.59-53 «Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern, bis 6 Behandlungstage – 21 und mehr Behandlungstage» in DRG P67C

Neugeborene MDC 15

Mehrlingsgeburt

Hinweis:

- ICD Codes Z38.3 - Z38.5 «*Lebendgeborene nach dem Geburtsort, Zwilling....*» und Z38.6 - Z38.8 «*Lebendgeborene nach dem Geburtsort, anderer Mehrling...*» in Basis DRG P67 zu hoch bewertet

Umbau:

- Entfernen der Splitbedingung «*Neugeborener Mehrling*» aus DRG P67B
«*Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499g mit schwerem Problem oder mit anderem Problem, mehr als ein Belegungstag oder mit nicht signifikanter OR-Prozedur, mit komplizierender Diagnose oder bestimmter Konstellation*»

Neugeborene MDC 15

Aufwendige Diagnosen

Hinweis:

- ICD Codes P21.0 «*Schwere Asphyxie unter der Geburt*» und P07.2 «*Neugeborenes mit extremer Unreife*» in MDC 15 zu niedrig bewertet

Umbau:

- Verschieben von ICD Codes aus Tabelle «*Andere Probleme Neugeborene*» in Funktion «*Schweres Problem Neugeborene*»
- Aufwertung und sachgerechte Abbildung

Neugeborene MDC 15

Schwere Probleme

Analysen:

- Löschen der ICDs Codes:
 - I27.28 «*Sonstige n. bez sekundäre pulmonale Hypertonie*»
 - I27.8 «*Sonstige n. bez. pulmonale Herzkrankheiten*»
 - I27.9 «*Pulmonale Herzkrankheit, n. n. bez.*»
- aus Funktionen der MDC 15 «*Schweres Problem bei Neugeborenen*» und «*Mehrere schwere Probleme bei Neugeborenen*»

Blut und Immunsystem MDC 16

Kondensation

Problem:

- DRG fallzahlschwach bzw. Splitbedingungen nicht mehr kostentrennend

Umbau:

- Kondensation der DRGs:
 - Q03A und Q03B → Q03Z «*Kleine Eingriffe bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems*»

Neubildungen MDC 17

Kondensation

Problem:

- DRG fallzahlschwach bzw. Splitbedingungen nicht mehr kostentrennend

Umbau:

- Kondensation der DRGs:
 - R50B und R50C → R50B «*Hochkomplexe Chemotherapie zwei Therapieblöcke oder hochkomplexe Chemotherapie mit protektiver Isolierung ab 14 Behandlungstage oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung/IMCK > 196/360 Aufwandspunkte*»

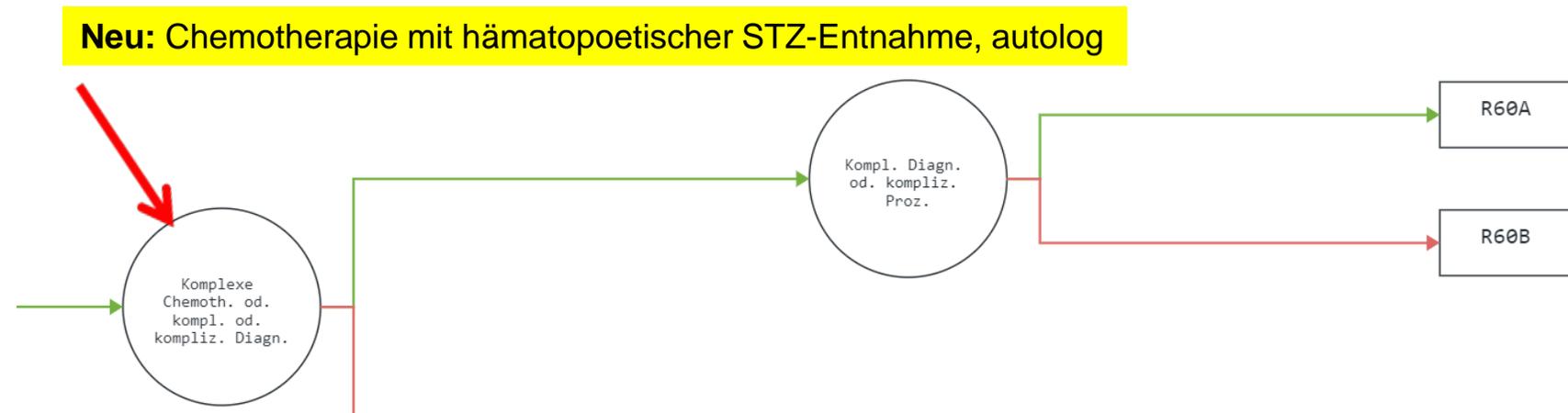
Neubildungen MDC 17

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:



Neubildungen MDC 17

PCCL- Split

Antrag:

- Aufwertung von Fällen in Basis DRG R61 «*Lymphom und nicht akute Leukämie, mehr als ein Belegungstag*» mit «*PCCL >3*»

Umbau:

- Fälle mit «*PCCL > 2 und bestimmten Diagnosen*» in DRGs R61A und R61B aufgewertet
- Erweiterung der Splitbedingung für DRGs R61A und R61B mit «*PCCL > 3*»
- Aufwertung von Fällen mit «*PCCL > 2*» in DRG R61C

Neubildungen MDC 17

Kondensation

Problem:

- DRG fallzahlschwach bzw. Splitbedingungen nicht mehr kostentrennend

Umbau:

- Kondensation der DRGs:
 - R63D und R63E → R63D «*Andere akute Leukämie, mehr als ein Belegungstag, Alter < 18 Jahre mit komplexer Chemotherapie*»
 - R63F → R63E «*Andere akute Leukämie, mehr als ein Belegungstag*»
 - R63F gelöscht

Infektionen MDC 18B

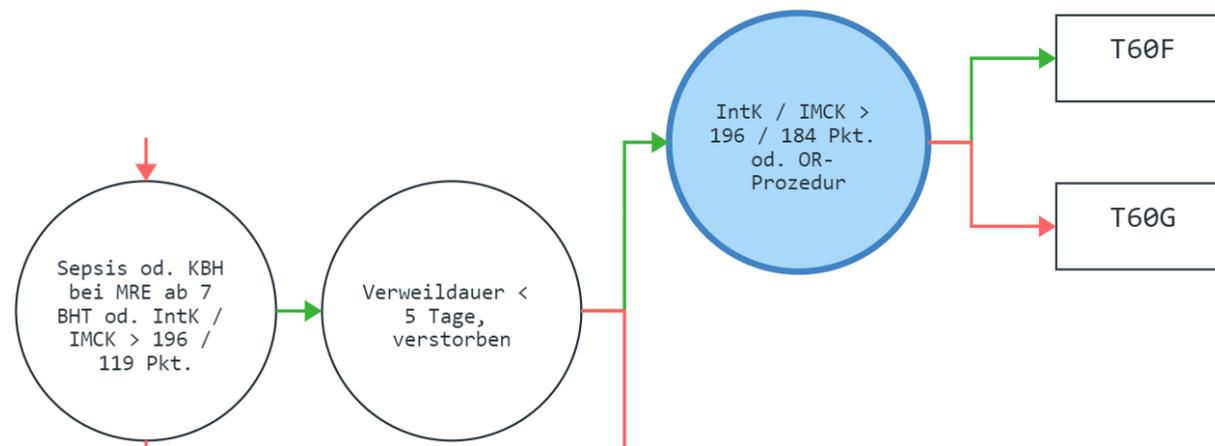
OR-Prozeduren

Problem:

- aufwendige Fälle in DRG T60G «Sepsis, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme» nicht sachgerecht abgebildet

Umbau:

- Erweiterung der Splitbedingung für DRG T60F mit «OR-Prozeduren»



Psychische Krankheiten MDC 19

Gesichtsfeminisierung

Antrag:

- Aufwertung von Eingriffen zur Gesichtsfeminisierung in Basis DRG U01
«*Geschlechtsumwandelnde Operation*»

Umbau:

- Aufwertung CHOP Codes 76.2X.12 «*Abtragung (modellierende Osteotomie) an Gesichtsschädelknochen*» in DRG U01A «*Geschlechtsumwandelnde Operation mit komplexem oder aufwendigem Eingriff*»

Psychische Krankheiten MDC 19

Komplexe Fälle

Antrag:

- Aufwertung komplexer Fälle in MDC 19 mit bestimmten Intensiv- oder IMC-Aufwandspunkten oder mehreren Eingriffen

Analyse:

- Intensiv- oder IMCK-Aufwandspunkte kein Kostentrenner

Umbau:

- durch Aufwertung komplexer Fälle mit Funktion «*Mehrzeitige bestimmte OR-Prozeduren*» in DRG U01A sachgerechte Abbildung

Psychische Krankheiten MDC 19

Kondensation

Problem:

- DRGs fallzahlschwach bzw. Splitbedingungen nicht mehr kostentrennend

Umbau:

- Kondensation der DRGs:
 - U63A und U63B → U63Z «Schwere affektive oder wahnhaftige Störungen, mehr als ein Belegungstag»

Minderung von Fehlanreizen

DRGs 901, 902

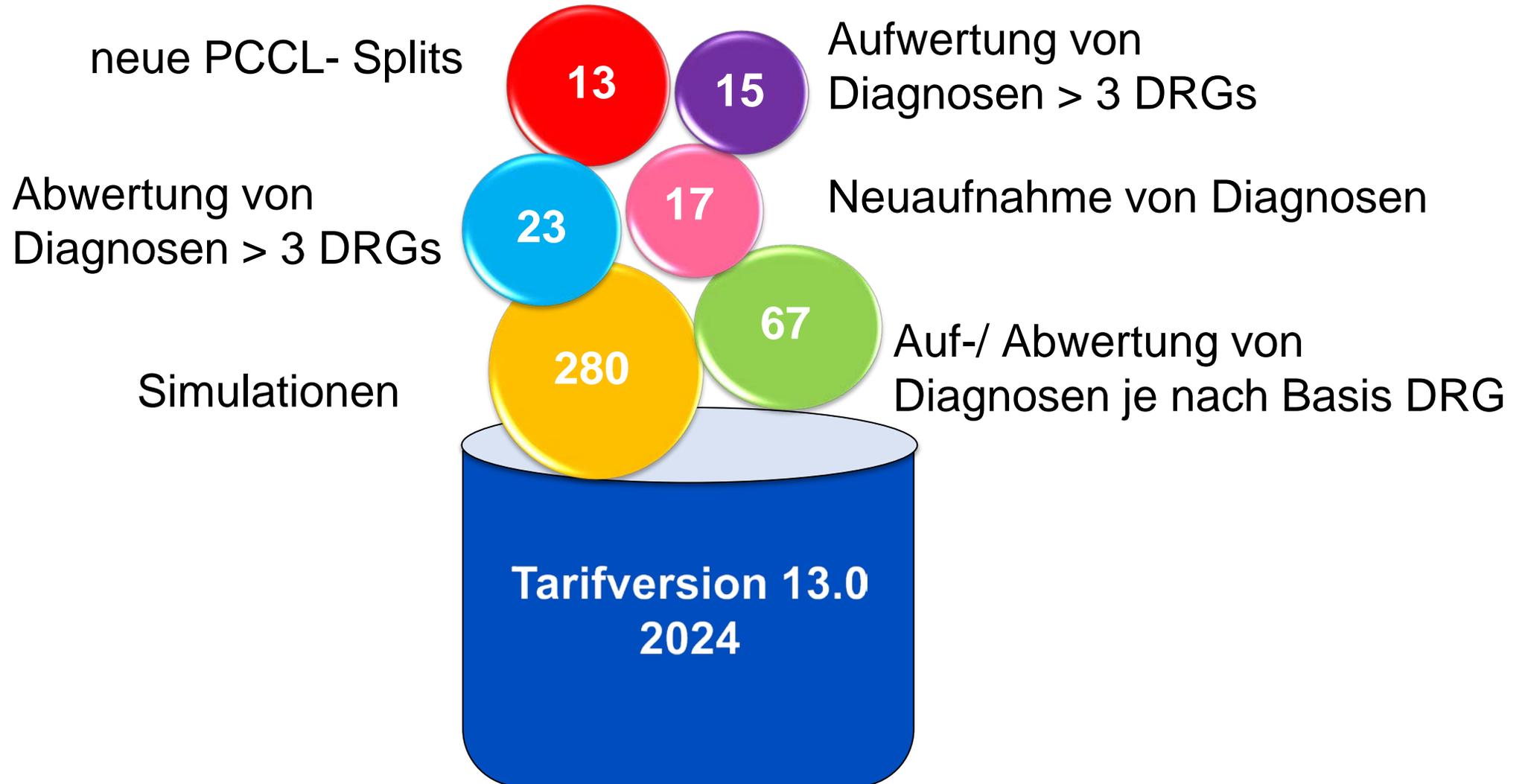
Analyse:

- routinemässige Überprüfung der Fälle in Basis DRGs 901, 902 «(Nicht) ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose»

Umbau:

- Aufnahme verschiedener OR-Kodes in weitere MDCs z.B.:
 - MDC 01, MDC 03, MDC 05, MDC 06, MDC 07, MDC 09 ...
«Thorakoskopische Pleurabiopsie»
 - MDC 21B «Orchidektomie + andere Eingriffe am Hoden»
 - MDC 01 «Knöcherner Dekompression der Orbita + Sonstige Korrektur eines Aneurysmas von intrakraniellen Blutgefässen»
 - aus MDC 03 in MDC 21B «Barotrauma des Ohres» sowie «Barotrauma der Nasennebenhöhlen»

CC-Matrix

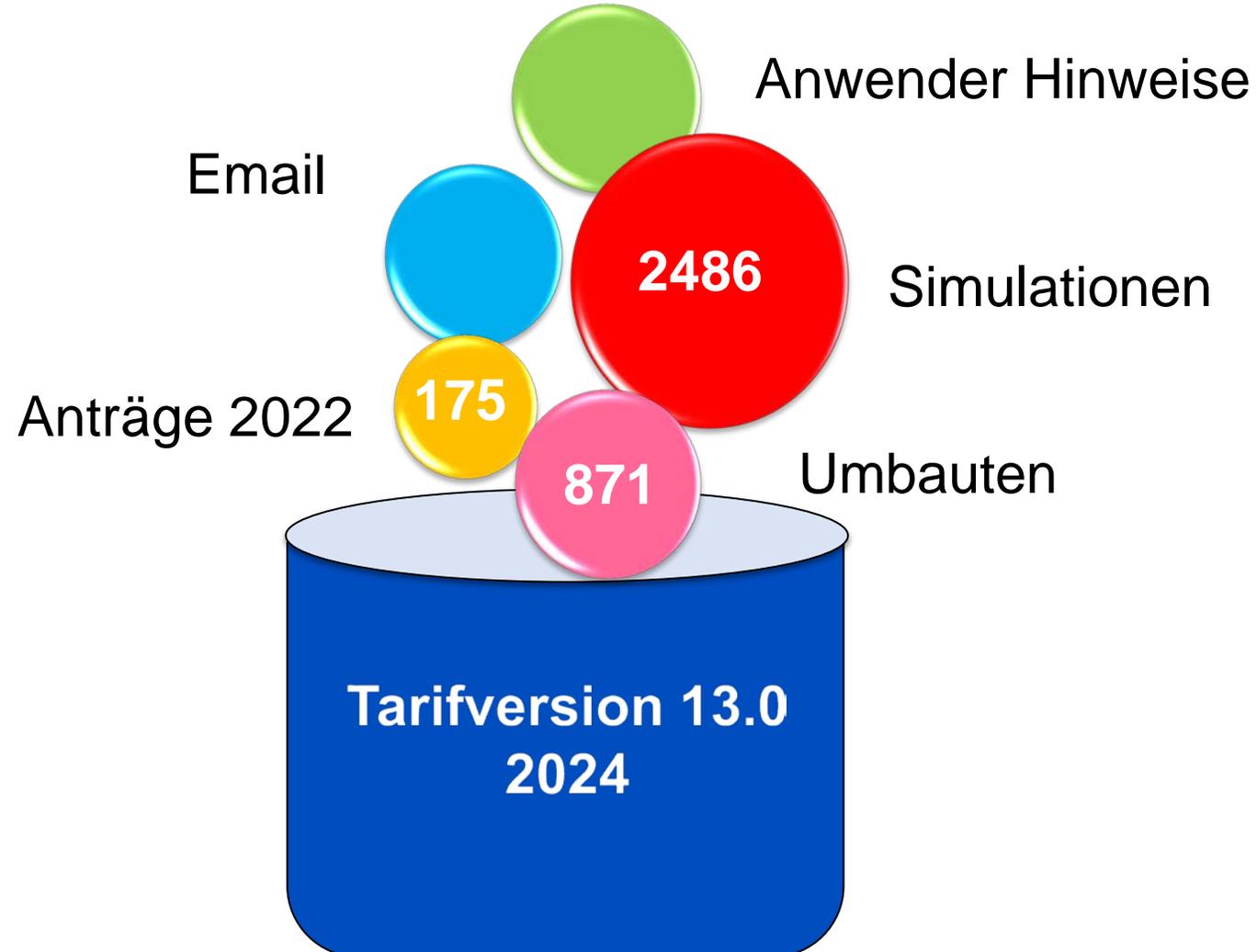


Überarbeitung der DRG - Klassifikation Antragsverfahren

	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 - CHOP

Wichtige Anpassung bestehender Zusatzentgelte:

ZE-2024-122

- CHOP Kode für Parallelgraft-Technik (39.73.36, 39.73.37) in ZE integriert

ZE-2024-123

- CHOP Kode für Parallelgraft-Technik (39.71.31, 39.71.32) in ZE integriert

ZE-2024-152

- CHOP Kode für Parallelgraft-Technik (39.7A.22) in ZE integriert

Zusatzentgelte - ATC

Etablierung neuer Zusatzentgelte:

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

Löschen von Zusatzentgelten:

- Erlotinib
- Trastuzumab (subkutan)

Hinweis:

- Trastuzumab (intravenös / intrathekal) um Verabreichungsart subkutan ergänzt

Zusatzentgelte - ATC

Weitere Anpassungen Zusatzentgelte (ATC):

- Erweiterung der Dosisklassen bei 26 ZE nach oben
- Erweiterung u./od. neue Gruppierung der Dosisklassen bei 7 ZE nach unten
- Löschung der untersten Dosisklasse bei 4 ZE (insb. Lenalidomid)
- Löschung von Kinderdosisklassen bei 2 ZE (Caspofungin, Pegfilgrastim)
- Anpassung der Kinderdosisklasse bei Immunglobuline, normal human, zur intravasalen Anwendung (neu 2 statt bisher 3 Kinderdosisklassen)
- Hinzufügen einer Zusatzangabe bei Iloprost (für IV wurde CIM spezifiziert)

Zusatzentgelte – Spezielle ZE

Abbildung weiterer Medikamente:

- für folgenden Medikamente sind die SL-Preise ohne Rabatt im ZE-Katalog abgebildet
- es liegen uns keine Informationen über die vertraulichen Preisvereinbarungen mit dem BAG vor

→ Onasemnogen abeparvovec (Zolgensma, ZE 169)

→ Voretigen neparvovec (Luxturna, ZE 191)

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

Zusatzentgelte - Mehrwertsteuer

- nach AHV-Abstimmung vom 25. September 2022 Entscheid zur Erhöhung der Mehrwertsteuersätze per 01.01.2024
- neue Mehrwertsteuersätze bei Preiskalkulation der Zusatzentgelte für Implantate, Blutprodukte und Medikamente berücksichtigt
- Zusatzentgelte für teure Verfahren nicht angepasst, da Bewertung unabhängig von Mehrwertsteuer

Bezeichnung	Bisher	Neu	Produkte
Normalsatz	7.7%	8.1%	Implantate
reduzierter Steuersatz	2.5%	2.6%	Blutprodukte, Medikamente

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

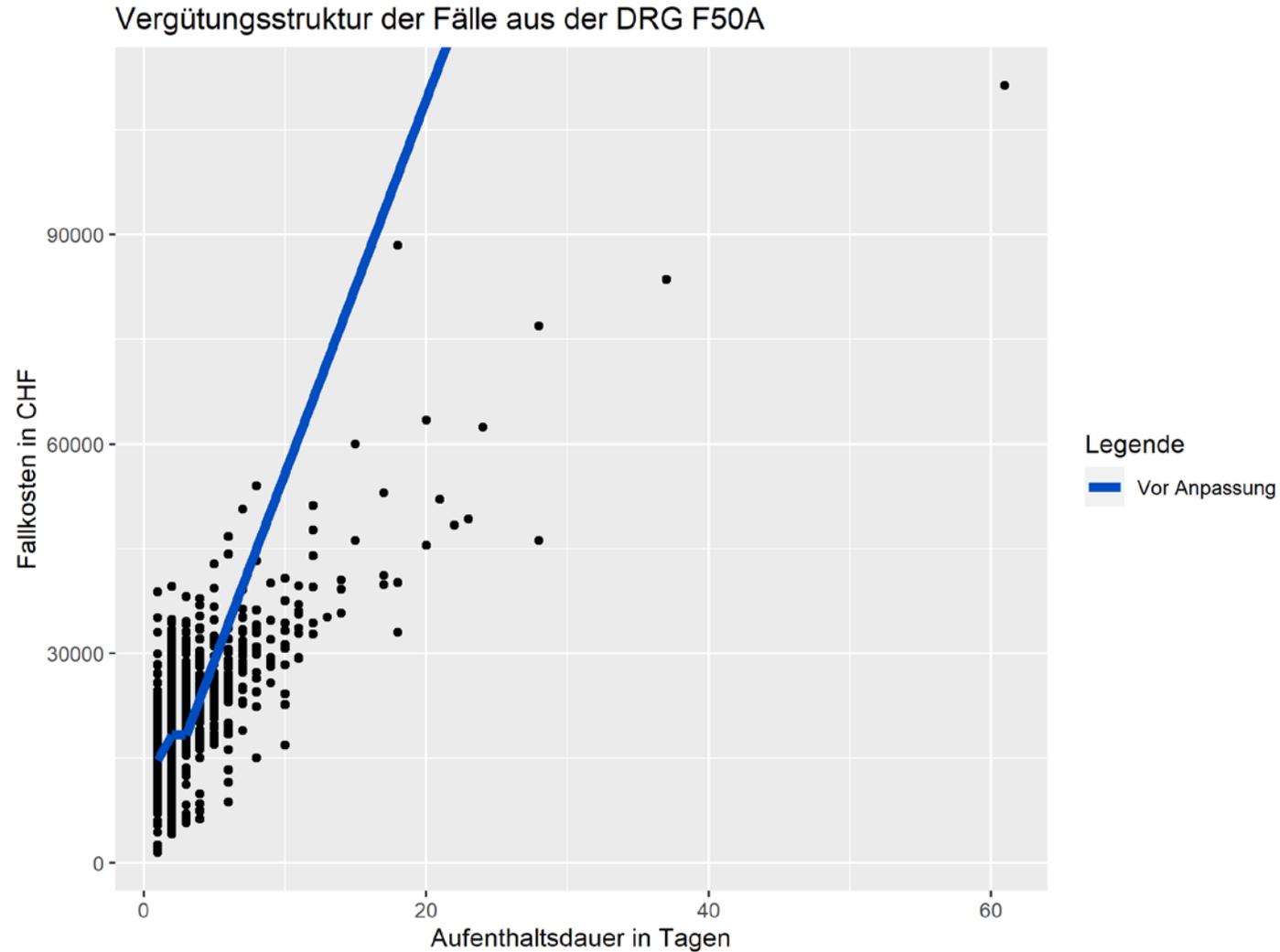
Hintergrund:

- 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

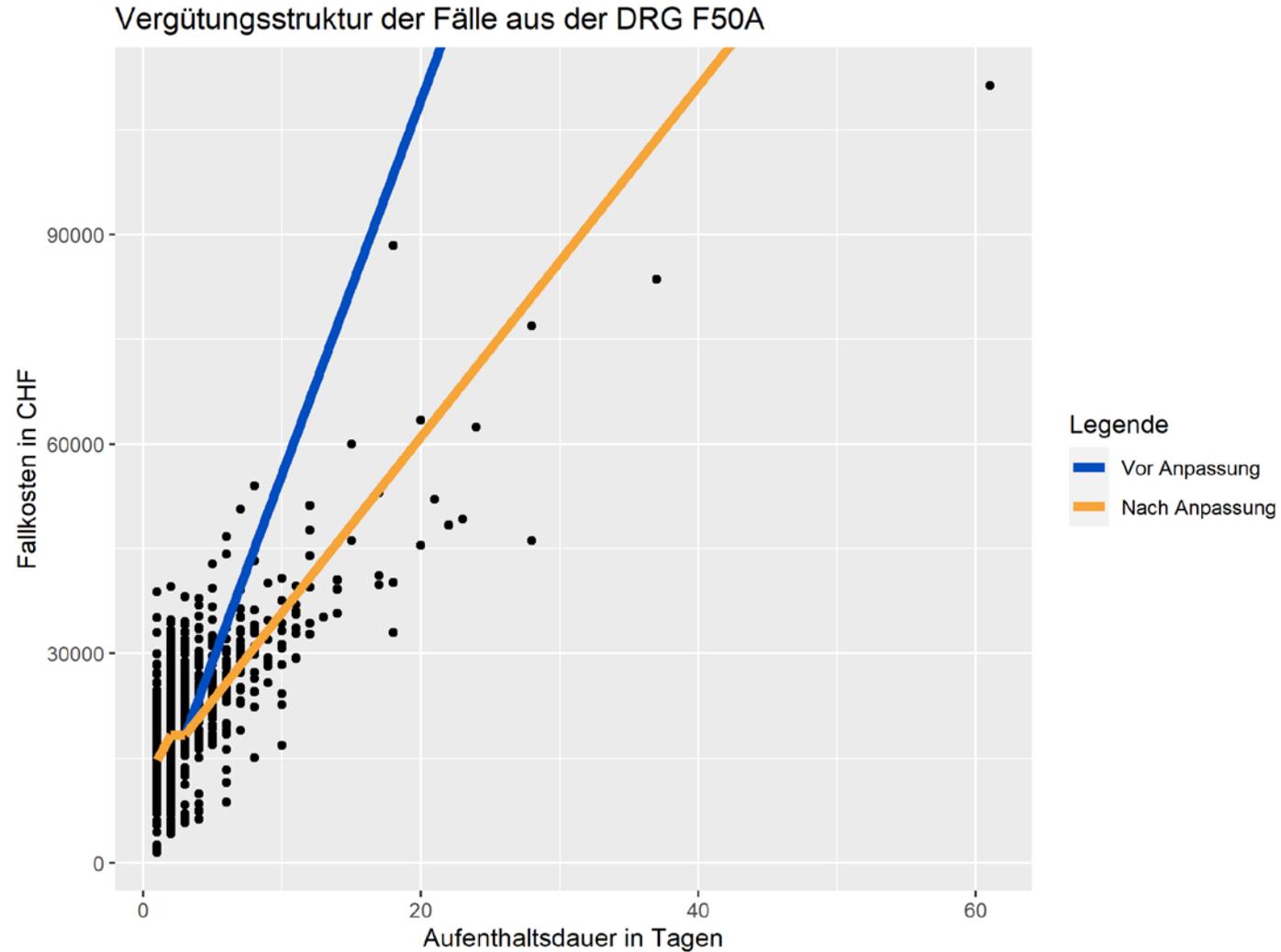
Massnahme:

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

Dynamische Zuteilung medizinisches Material



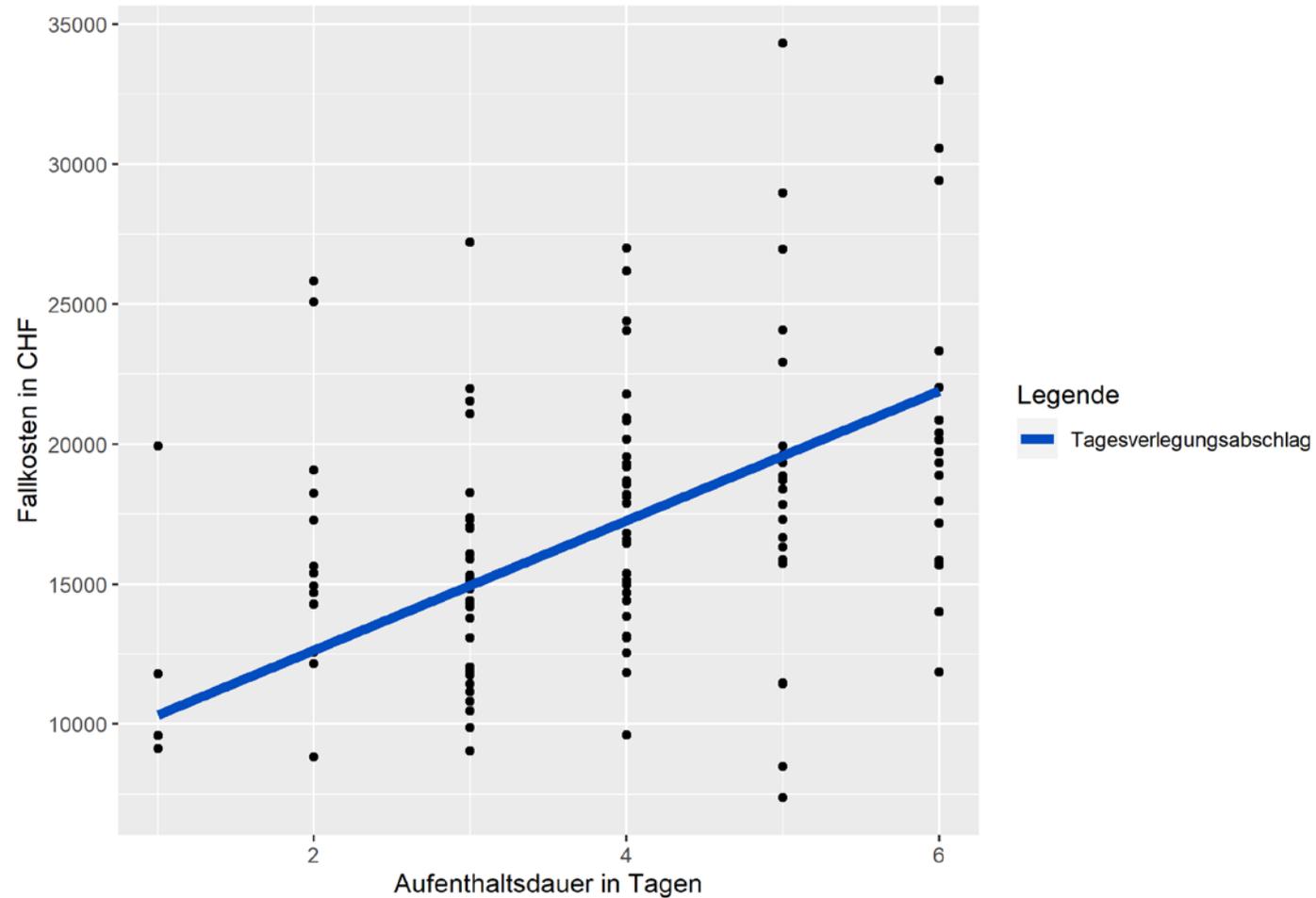
Dynamische Zuteilung medizinisches Material



Berechnung Tagesverlegungsabschlag

Vergütungsstruktur der DRG F24B

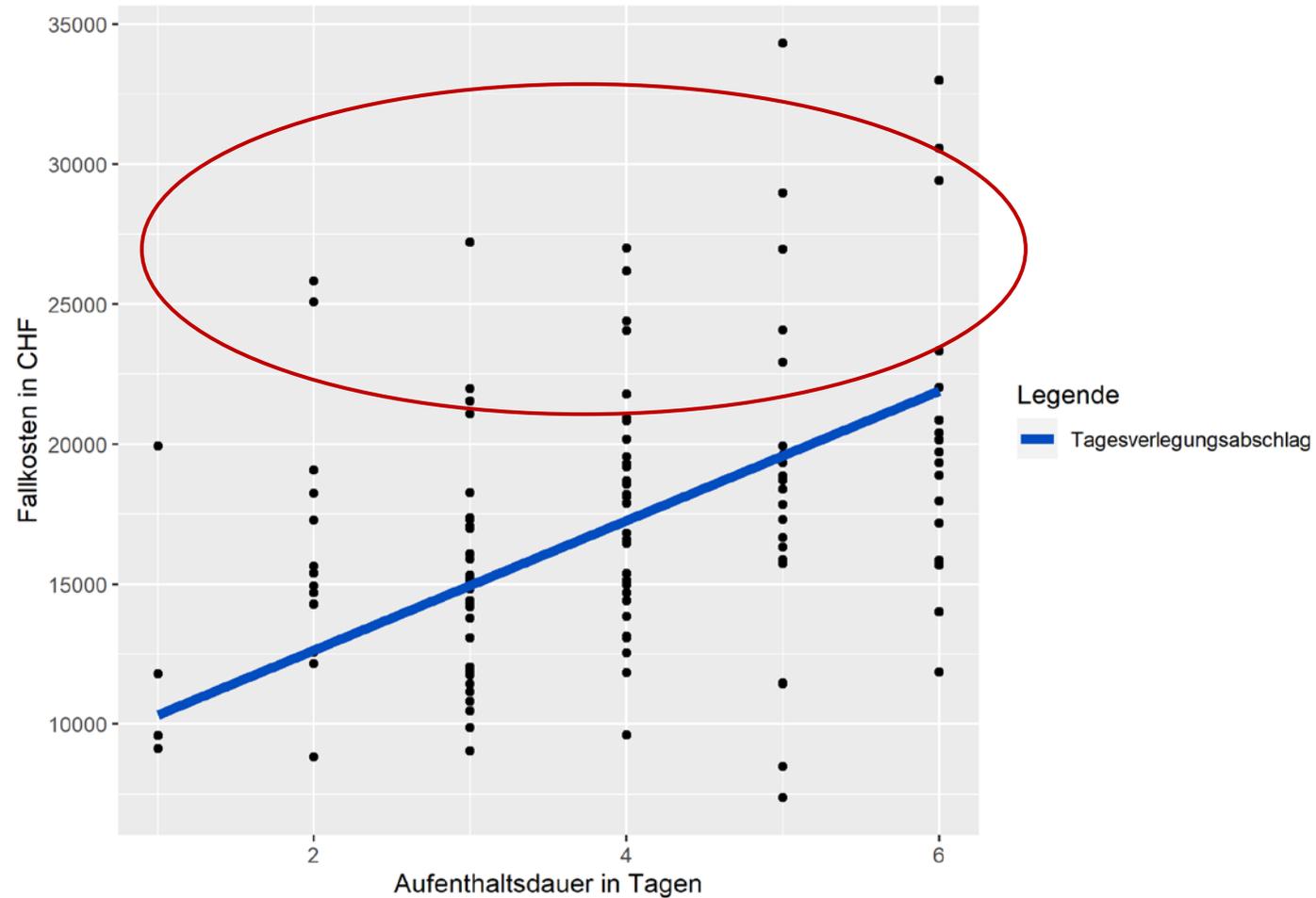
Nur verlegte Fälle unterhalb der mittleren Verweildauer angezeigt



Berechnung Tagesverlegungsabschlag

Vergütungsstruktur der DRG F24B

Nur verlegte Fälle unterhalb der mittleren Verweildauer angezeigt



Berechnung Tagesverlegungsabschlag

- Formel zur Berechnung des Tagesverlegungsabschlages (TV) wurde angepasst
- neue Definition der massgebenden Grenze für den TV:

$$g = \begin{cases} mVD_i^{Inlier} - 1, & \text{falls } mVD_i^{Inlier} \geq 3 \\ mVD_i^{Inlier}, & \text{sonst} \end{cases}$$

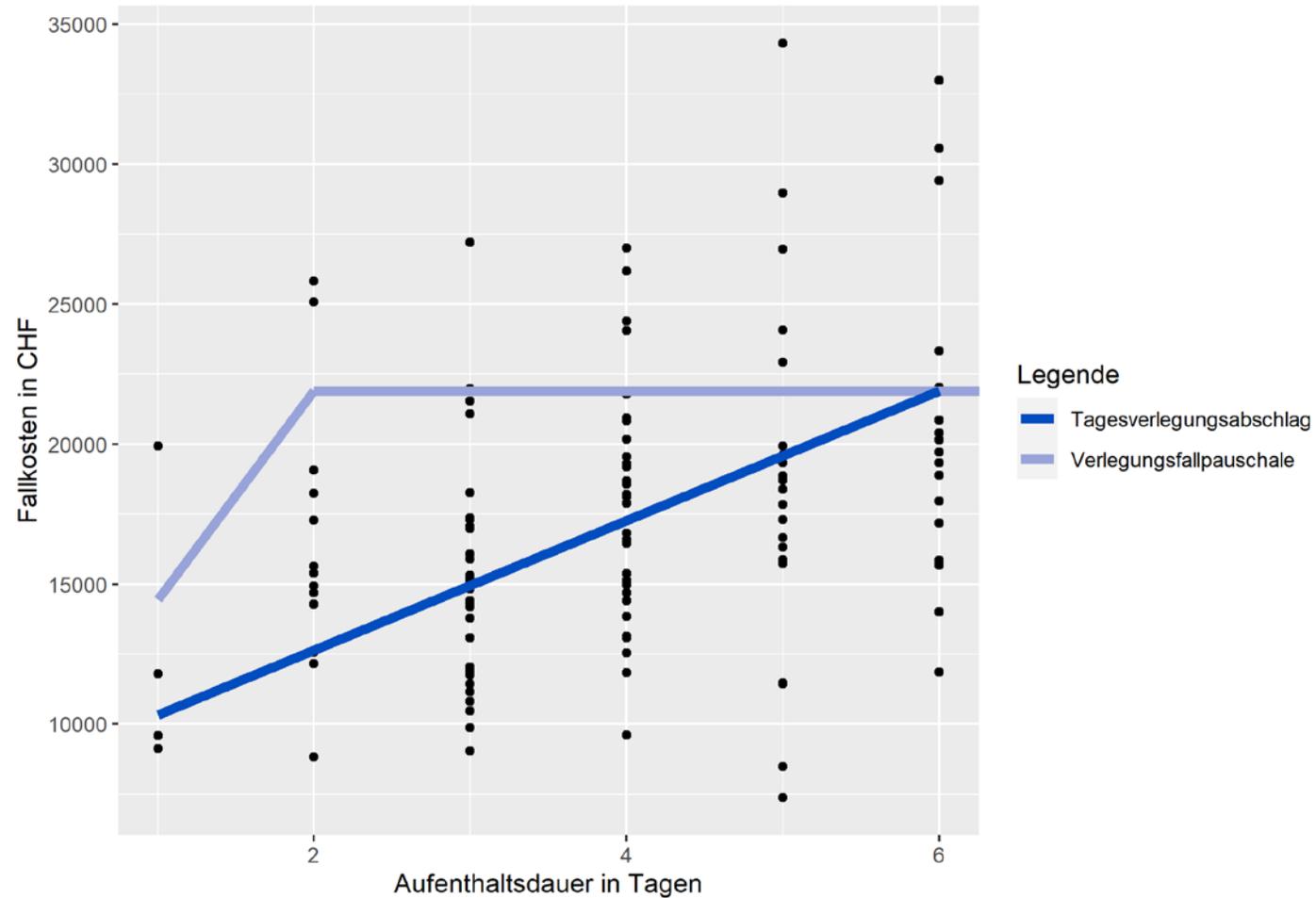
- diese Grenze wird für Berechnung des TV verwendet:

$$\text{AbschlagVER}_i^{\text{CHF}} = \begin{cases} \frac{mDK_i^{\text{Inlier}}}{|g|}, & \text{falls es keine UGV}_i \text{ gibt} \\ \frac{\text{AbschlagLOW}_i^{\text{CHF}}}{(|g|-1)}, & \text{falls impl. DRG und } \frac{\text{medGK}_i^{\text{Low Outlier}}}{\text{Inlierkostengewicht}_i^{\text{CHF}}} < \frac{1}{2} \\ \frac{\text{AbschlagLOW}_i^{\text{CHF}}(\text{UGV}_i - x)}{(|g| - x)}, & \text{sonst; wobei } x = \frac{1}{\lfloor mVD_i^{\text{Inlier}} \rfloor - \text{UGV}_{i+1}} \end{cases}$$

Berechnung Tagesverlegungsabschlag

Vergütungsstruktur der DRG F24B

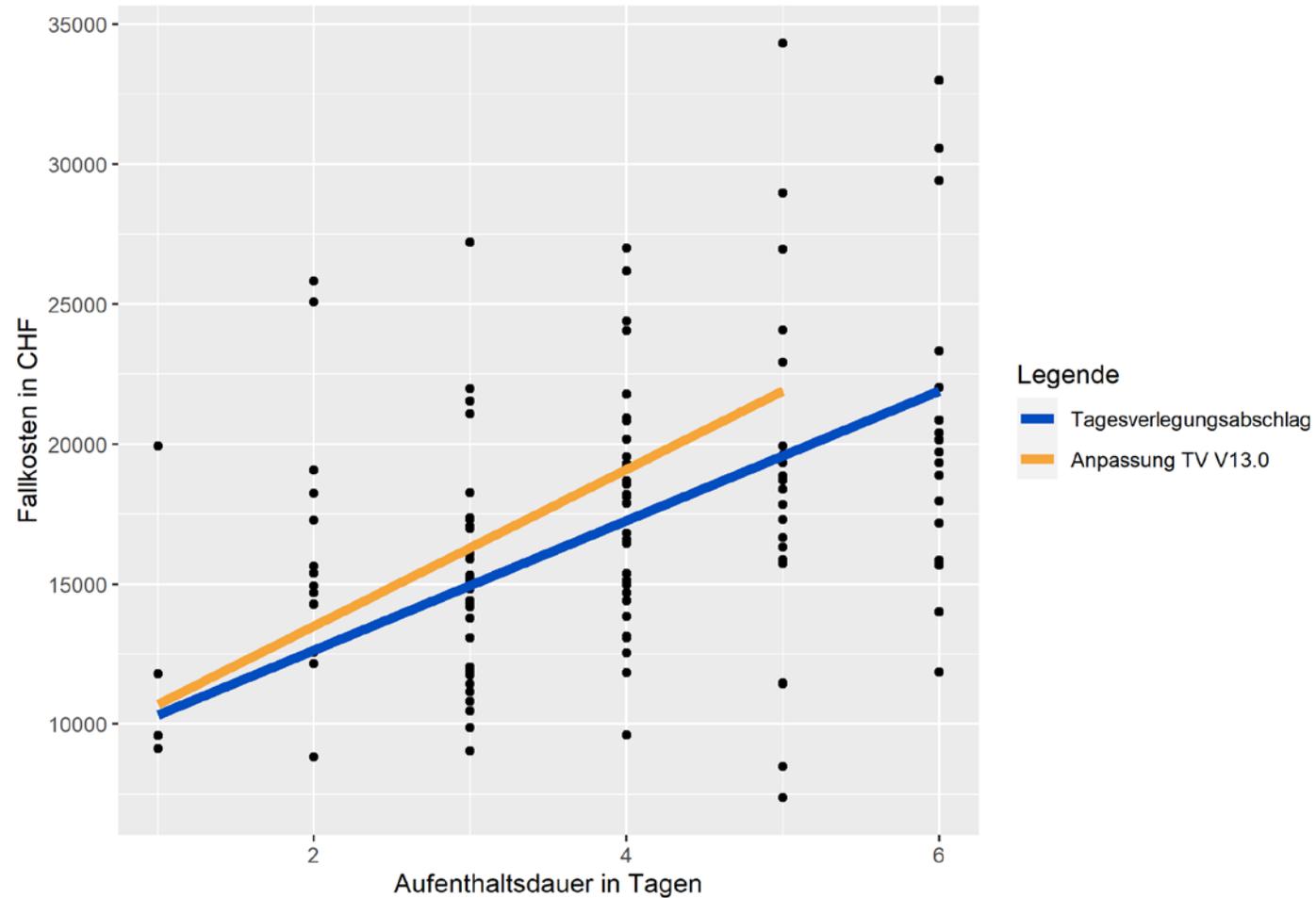
Nur verlegte Fälle unterhalb der mittleren Verweildauer angezeigt



Berechnung Tagesverlegungsabschlag

Vergütungsstruktur der DRG F24B

Nur verlegte Fälle unterhalb der mittleren Verweildauer angezeigt



Anwendung Tagesverlegungsabschlag

Abrechnungsregeln – Kapitel 4.3.1, Regel für Verlegungsabschläge

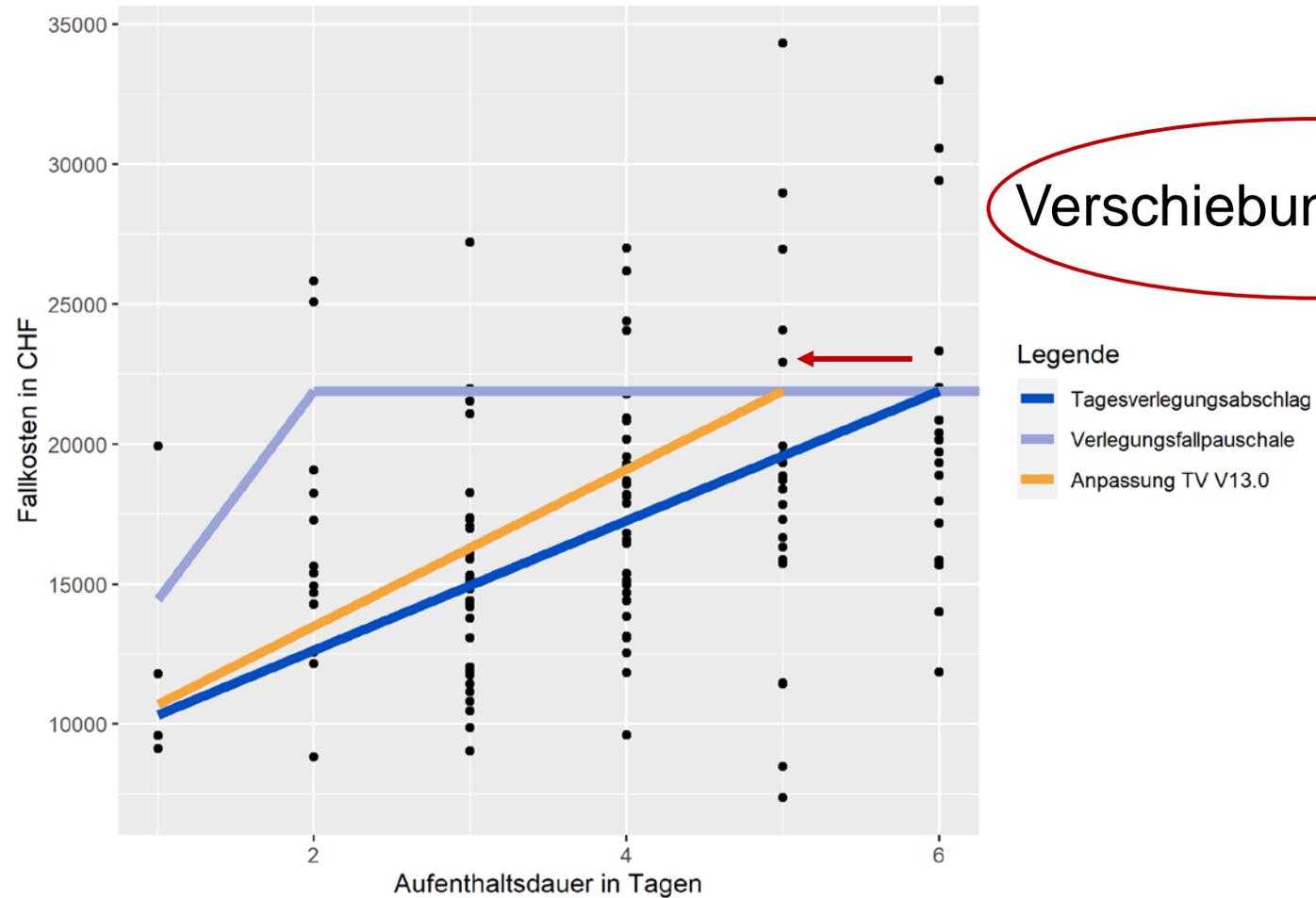
*Bei einer Verlegung rechnet jedes involvierte Spital diejenige Fallpauschale ab, welche sich aus seiner Behandlung ergibt. Sowohl das verlegende wie das aufnehmende Spital müssen jedoch einen Abschlag gewärtigen, wenn die Aufenthaltsdauer des Patienten im betreffenden Spital **mehr als ein Tag unterhalb 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

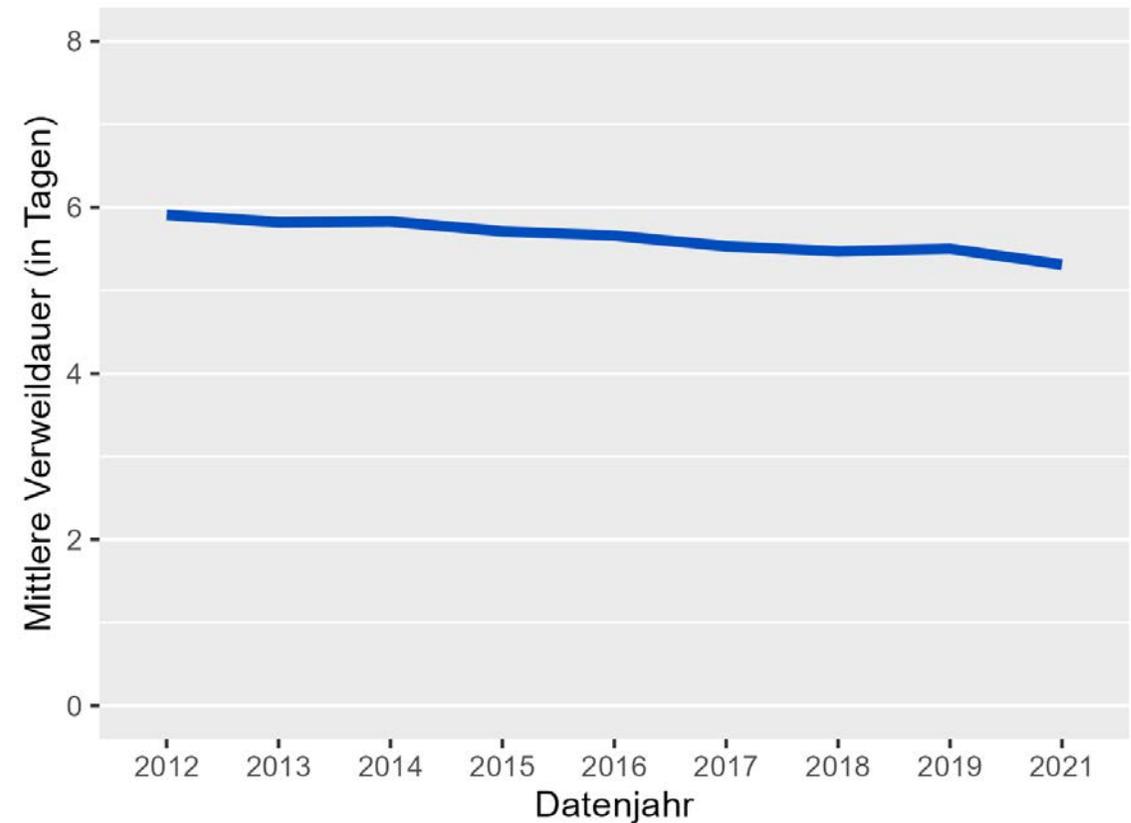
1. Datengrundlagen
2. Grupperweiterentwicklung
3. Kalkulationsmethodik
- 4. Ergebnisse**

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

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%)
2021	5.31 Tage (-3.45%)



Datenbasis: 2012-2021, SwissDRG Daten Anwendungsbereich

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

Kostenhomogenität R²

Katalogversionen im Vergleich

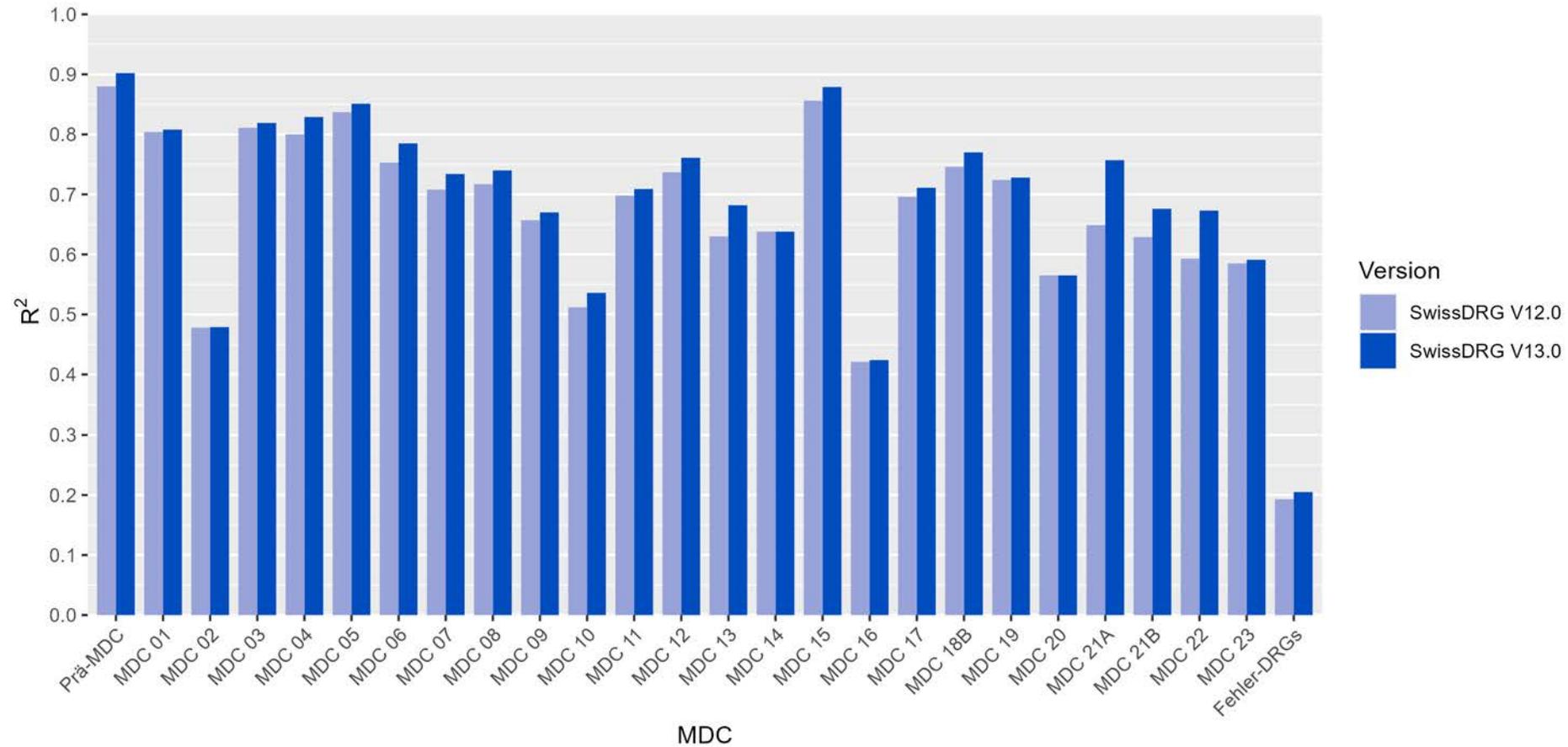
Grouperversion	Datenjahr	Alle Fälle	Inlier
V13.0	2021	0.781	0.867
V12.0	2019	0.761	0.855

Bemerkung: Der hier ersichtliche Anstieg im R² ist sowohl auf die Grupperentwicklung als auch auf die Veränderung der Datengrundlage zurückzuführen.

Datenbasis: 2019 resp. 2021, Kalkulationsdaten

Kostenhomogenität R^2 nach MDC

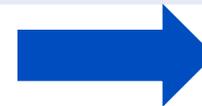
Version V13.0 im Vergleich zur Vorversion



Datenbasis: 2021, Kalkulationsdaten, Inlier gemäss V13.0

Ermittlung der Kostengewichte

	Anzahl DRG kalkuliert	davon auf 2 oder 3 Datenjahren
V13.0	1'078	21/9
V12.0	1'073	23/6
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 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

Casemix Index nach Partition

Partition	Anzahl	CMI V13.0	CMI V12.0	Delta V12.0/V13.0
andere	33'874	0.943	0.918	2.7 %
medizinische	621'945	0.716	0.713	0.4 %
operative	541'391	1.597	1.602	-0.3 %

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

Casemix Index nach Alter

Altersklasse	Anzahl Fälle	CMI V13.0	CMI V12.0	Delta V12.0/V13.0
0 -16 Jahre	155'813	0.656	0.655	+0.1 %
ab 17 Jahre	1'041'397	1.190	1.190	-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

Erklärung negativer Dateneffekt

Der durchschnittliche Deckungsgrad für Fälle der Typologie K111 wird anhand der Kalkulationsdaten bestimmt:

$$DG_{K111} = \frac{\text{hypothetischer Basispreis} * CMI_{K111}}{\text{durchschnittliche Gesamtkosten}_{K111}}$$

Wobei für den hypothetischen Basispreis über alle Kalkulationsdaten gilt:

$$\text{hypothetischer Basispreis} = \frac{\text{durchschnittliche Gesamtkosten}}{CMI}$$

Erklärung negativer Dateneffekt

Alle Fälle	Kalkulationsdaten* 2019	Kalkulationsdaten* 2021
alle Fälle	1'070'870	-1.1% → 1'058'731
CMI V12.0	1.063	+1.5% → 1.079
durchschnittl. Gesamtkosten CHF	11'371	+4.3% → 11'859
hypothetischer Basispreis CHF	10'700.04	+2.8% → 10'995.02

$$\begin{array}{c} \uparrow \end{array} \text{ hypothetischer Basispreis} = \frac{\text{durchschnittliche Gesamtkosten} \begin{array}{c} \uparrow \end{array}}{\text{CMI} \begin{array}{c} \uparrow \end{array}}$$

- durchschnittliche Gesamtkosten durch Fallzahlrückgang angestiegen
- trotz CMI Erhöhung resultiert Erhöhung des hypothetischen Basispreises um 2.8%

* ohne nicht abrechenbare DRGs

Erklärung negativer Dateneffekt

K111	Kalkulationsdaten* 2019	Kalkulationsdaten* 2021
Anzahl Fälle	205'078	-0.7% → 203'721
CMI V12.0	1.405	+0.9% → 1.418
durchschnittl. Gesamtkosten CHF	16'206.85	+6.5% → 17'265.08
Deckungsgrad V12.0	92.78 %	-2.8% → 90.21 %

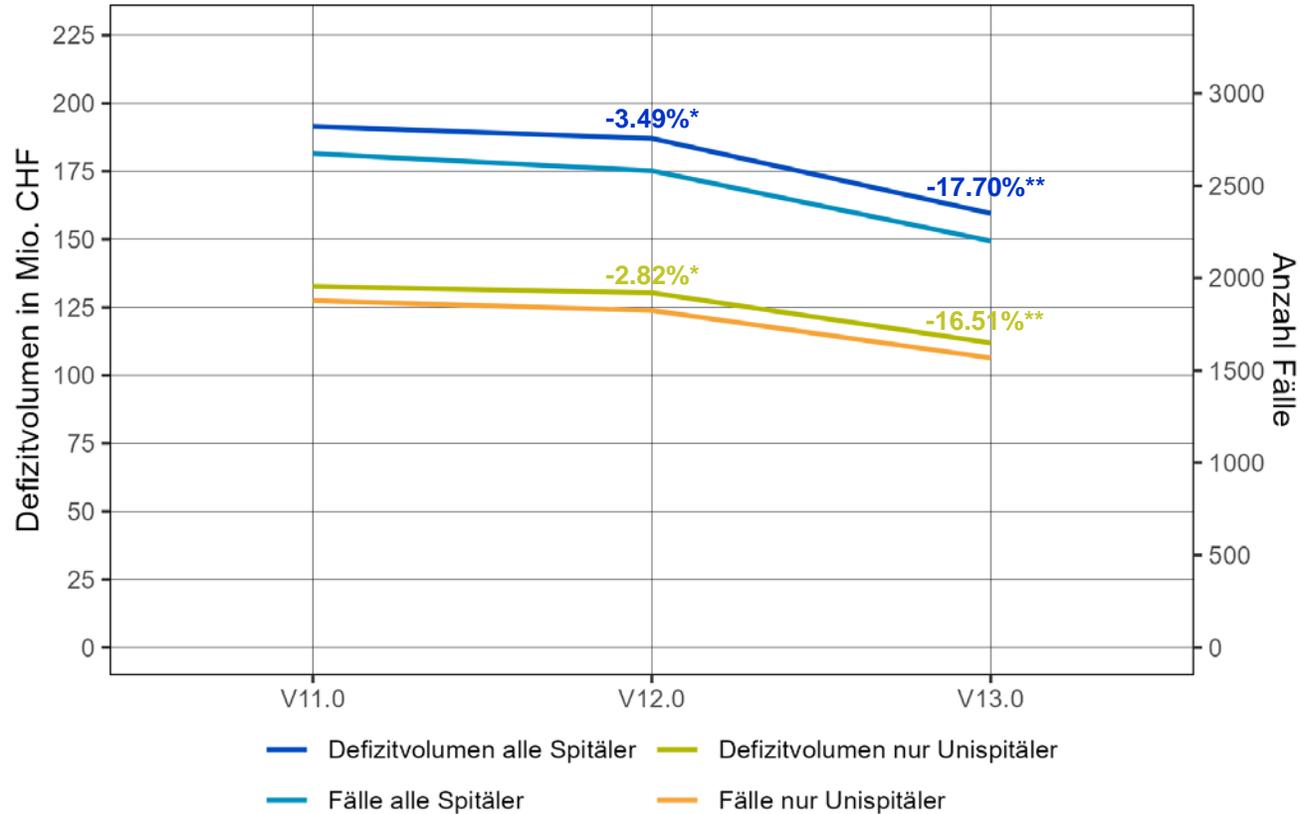
$$\downarrow DG_{K111} = \frac{\uparrow \text{Hypothetischer Basispreis} * CMI_{K111}}{\uparrow \text{Durchschnittliche Gesamtkosten}_{K111}}$$

- durchschnittl. Gesamtkosten steigen in Typologie K111 überproportional stark an
- dies führt zu Datenbedingtem Rückgang des Deckungsgrades für Typologie K111
- **relative Kostendifferenz kann nicht durch relative CMI-Differenz getragen werden**

* ohne nicht abrechenbare DRGs

Defizitfälle

Fälle mit Defizit > CHF 40'000.-



*: Veränderung (Volumen) von V11.0 zu V12.0 (in %)

** : Veränderung (Volumen) von V11.0 zu V13.0 (in %)

Definition VR:

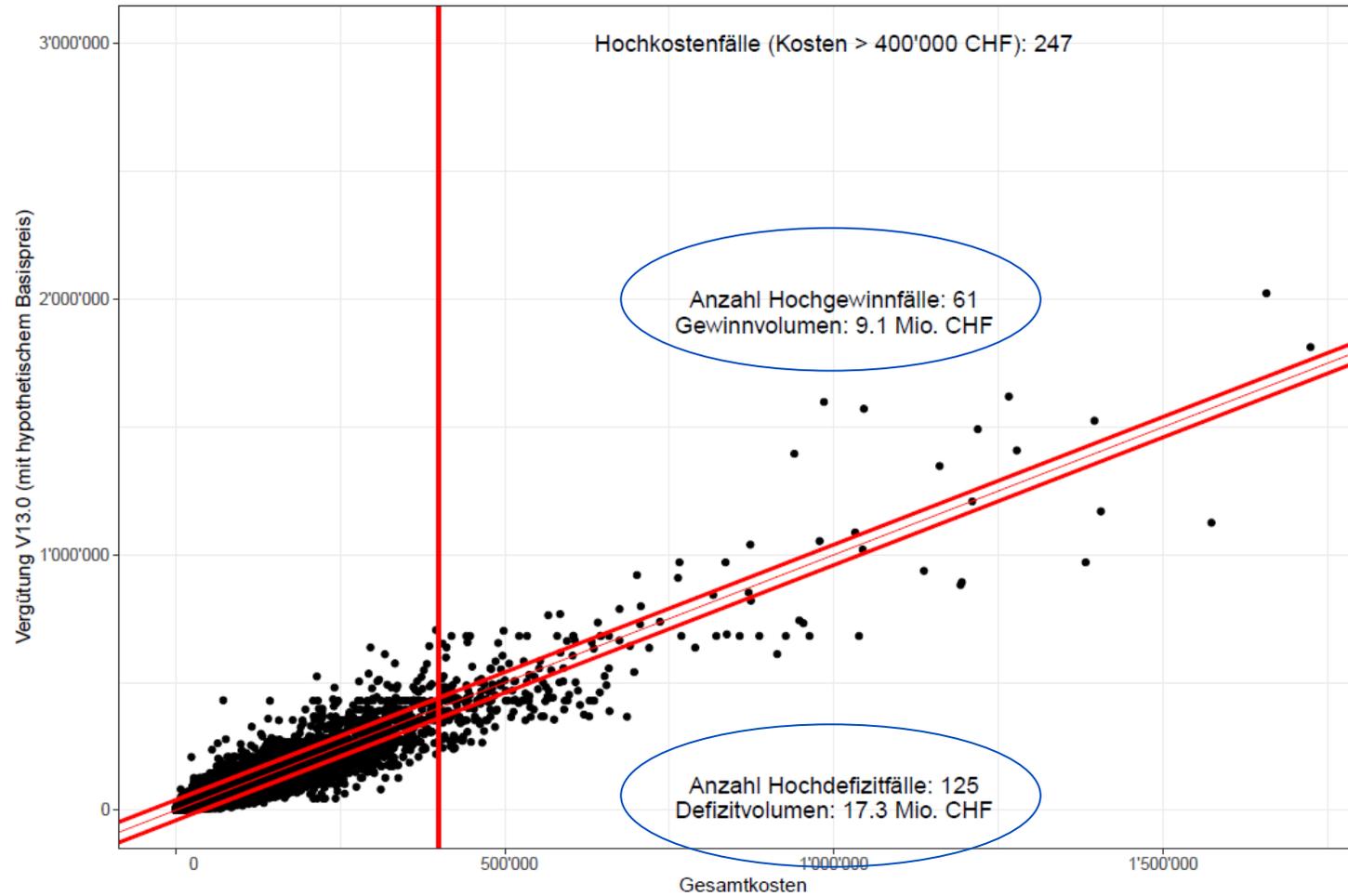
- Defizit > CHF 40'000
- Kosten > CHF 400'000



- 125 Fälle
- 16 betroffene Spitäler
- Defizitvolumen CHF 17.3 Mio.

Datenbasis: 2021, Kalkulationsdaten, bewertet über V11.0, V12.0 und V13.0

Hochkostenfälle Verteilung



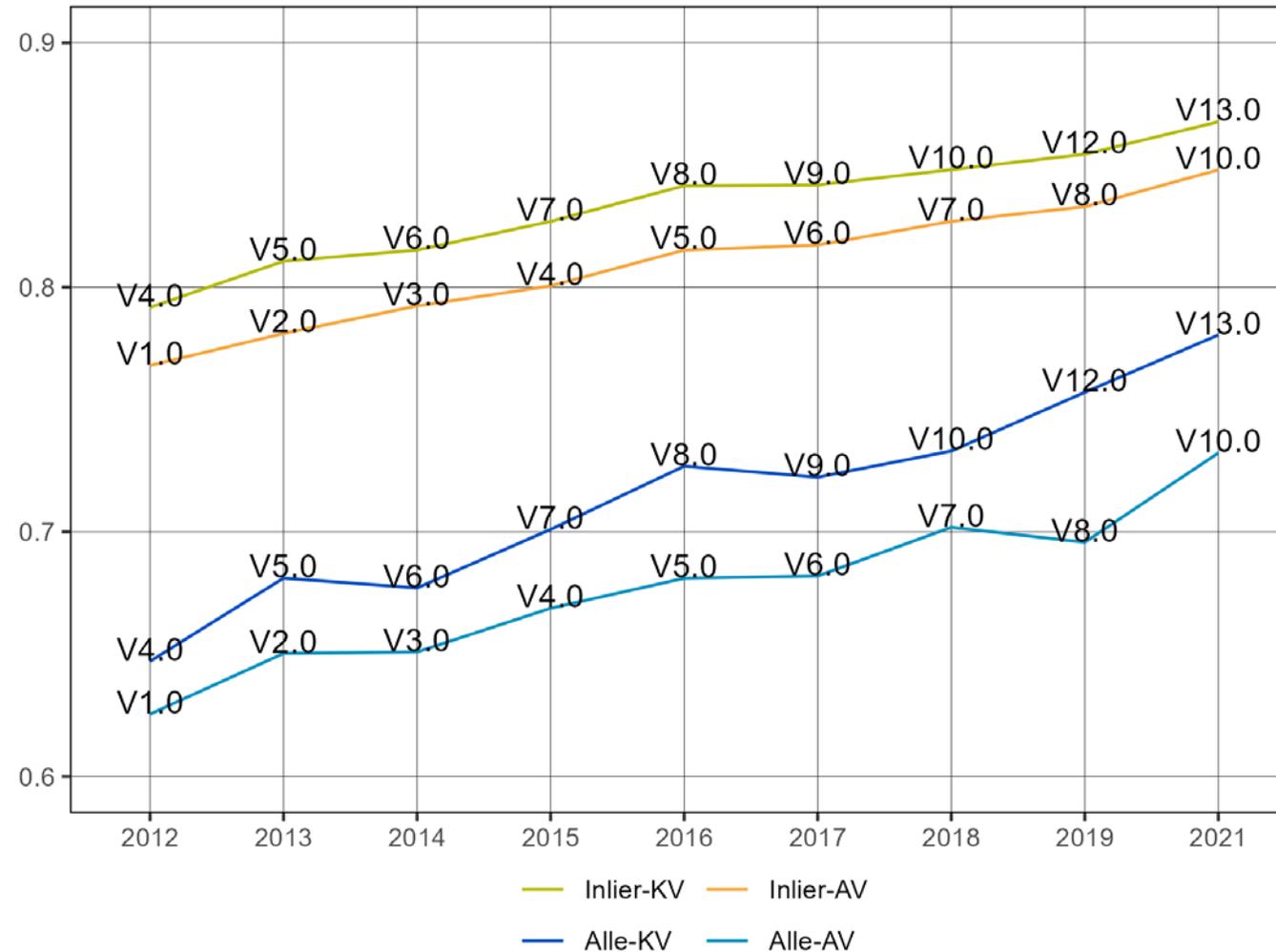
Hochkostenfälle

Verteilung

- 247 Hochkostenfälle
 - 0.02% der Gesamt-Fälle
 - ein Fall auf 4300 Fälle
- 3 von 4 Hochkostenfällen weisen Gewinn / Defizit von über 40'000 CHF auf
- 70% der Hochkostenfälle sind High Outlier
- 4 von 5 Hochkostenfällen stammen aus 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 Gesamtkosten

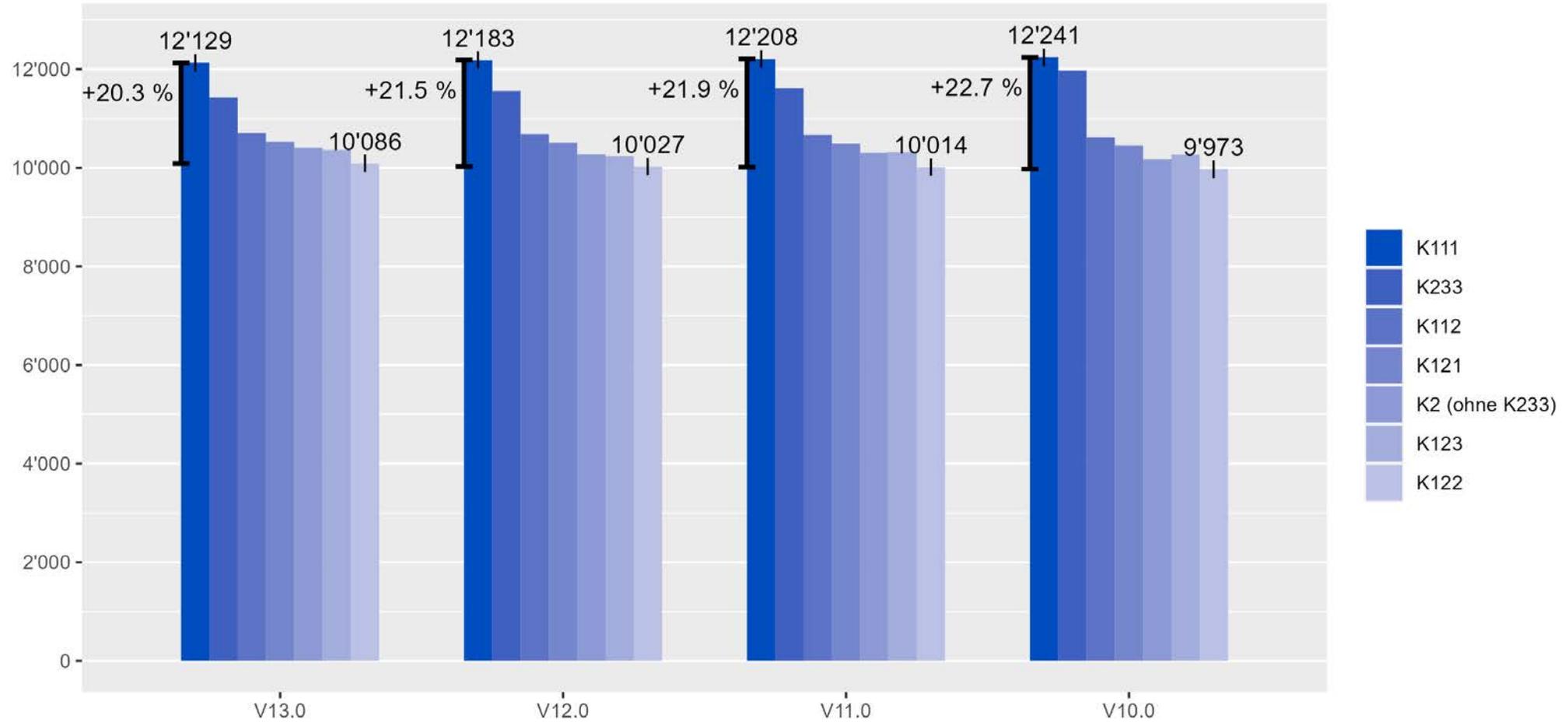
Kostenhomogenität R^2

Entwicklung über Versionen und Datenjahre



Fallnormkosten pro Typologie

Versionseffekt



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

SwissDRG AG

Länggassstrasse 31
3012 Bern

☎ +41 (0)31 310 05 50

e-mail: info@swissdrg.org