



# Systempräsentation SwissDRG AG

## ST Reha – Version 4.0 / 2027

12. November 2025

Samuel Noll  
Johannes Kofler  
Natalie Bürgi

# Inhalt



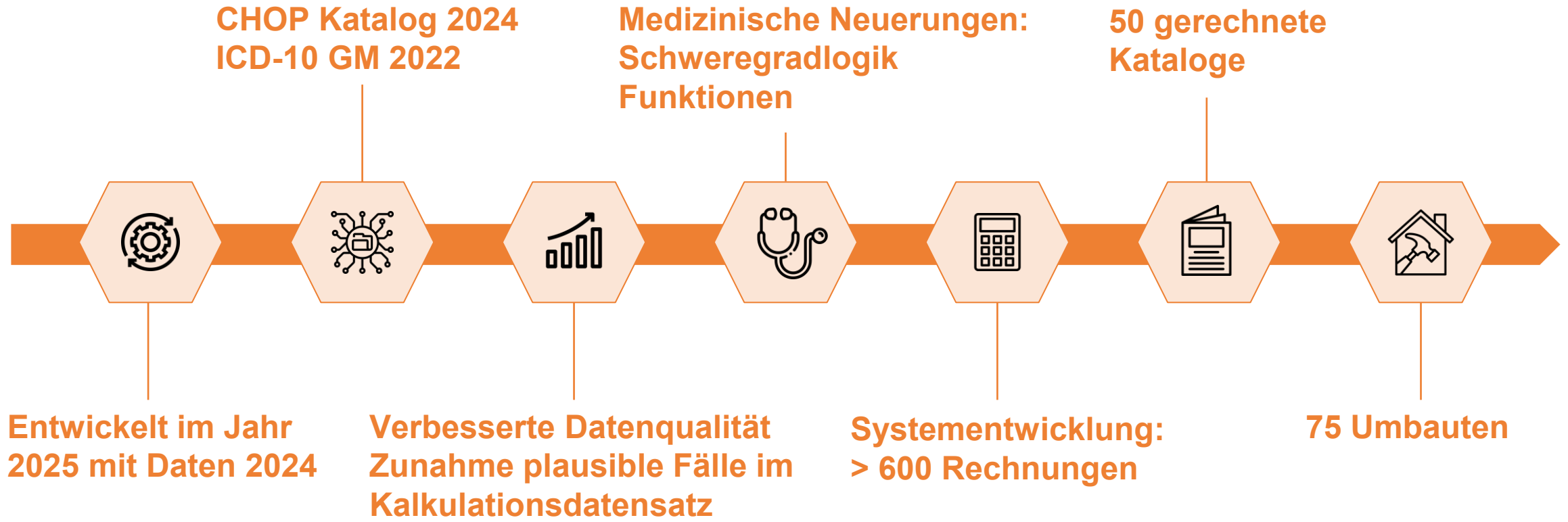
1. Datengrundlage
2. Schweregrad: Patient Severity Level (PSL)
3. Grouper
  - Übergreifende Themen
  - Funktionen
  - Weiterentwicklung
4. Kalkulation der Kostengewichte
  - Methodik
  - Weiterentwicklung
5. Datenanalysen
6. Kennzahlen

# Inhalt



1. **Datengrundlage**
2. Schweregrad: Patient Severity Level (PSL)
3. Grouper
  - Übergreifende Themen
  - Funktionen
  - Weiterentwicklung
4. Kalkulation der Kostengewichte
  - Methodik
  - Weiterentwicklung
5. Datenanalysen
6. Kennzahlen

# ST Reha Version 4.0



# Datengrundlage



## Übersicht Datenlieferung

Datenjahr/Version	2019 R1.0	2020 -	2021 R2.0	2022 R3.0	2023 -	2024 R4.0
Liefernde Kliniken	65	71	69	70	70	<b>70</b>
Fälle in Anwendungsbereich	76'295	80'735	83'130	85'239	86'586	<b>86'326</b>
Plausible Fälle	59'585	55'460	64'995	73'417	75'703	<b>76'128</b>
Anteil plausible Fälle	78%	69%	78%	86%	87%	<b>88%</b>
Anzahl Fälle gemäss BFS	83'492	90'278	92'010	93'065	94'767	- <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Datenlieferung des BFS an die SwissDRG AG noch nicht erfolgt

# Datenerosion 2024



## Übersicht Plausibilisierung der Daten 2024

Stationäre Rehabilitation	Anzahl Fälle	Anteil Fälle
Fälle in Anwendungsbereich	<b>86'326</b>	<b>100%</b>
- Überlieger ohne Vollkosten	-191	0%
Datensatz vor Plausibilisierung	<b>86'135</b>	<b>100%</b>
- Spitalausschluss (5 Spitäler)	-3'070	-4%
- Plausibilisierung der Fälle	-8'699	-10%
- Kommentierung der Fälle <sup>1</sup>	+1'762	+2%
Plausible Fälle (Kalkulationsdaten)	<b>76'128</b>	<b>88%</b>

<sup>1</sup> Kommentierte Fälle 2024: 4'695

# Plausibilisierungen



## Übersicht Kommentarbearbeitung der Daten 2024

Datenjahr	Anzahl Fehler in den Plausibilitätsprüfungen	Anzahl Kommentare	Anteil Kommentare	Anzahl angenommener Kommentare	Anteil angenommener Kommentare
2022	16'347	6'879	42%	2'918	42%
2023	12'052	4'816	40%	1'987	41%
2024	8'892	4'695	53%	2'193	47%

- Stetige Verbesserung der Datenqualität
- Kommentarfunktion wird rege genutzt
  - Fälle können häufig „gerettet“ werden
  - Konstellationen werden erklärt, Anpassungen in unseren Prozessen

# Anzahl Fälle nach Altersgruppen 2024



## Übersicht Altersklassen der Daten 2024

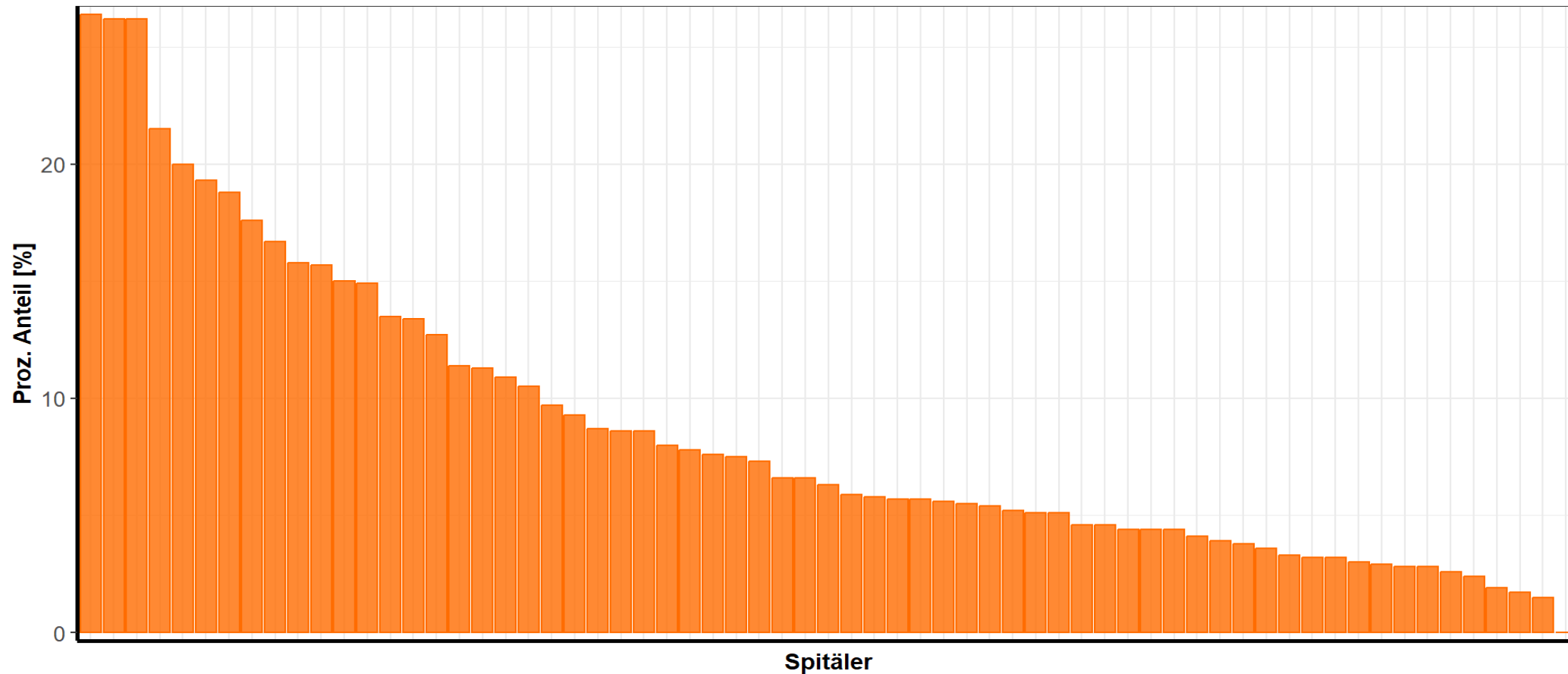
Altersgruppe	Anzahl Fälle im Anwendungsbereich	Anzahl plausible Fälle	Anteil plausible Fälle
<b>Alle Altersgruppen</b>	<b>86'326</b>	<b>76'128</b>	<b>88%</b>
Unter 19 Jahre	440	412	<b>94%</b>
19 bis 64-jährige	20'800	18'842	<b>91%</b>
65 Jahre und älter	65'086	56'874	<b>87%</b>



# Anteil der unplausiblen Fälle

- Fünf Spitäler wurden ausgeschlossen

Anteil un plausible Fälle pro Spital



# Datengrundlage

## Übersicht gelieferte Detailerhebungen

Jahr	Medikamente		svL Medikamente		svL Tarmed-Leistungen	
	DE	Datenl.	DE	Anzahl Fälle	DE	Anzahl Fälle
2022	25	51	7	76	-	-
2023	27	54	9	55	-	-
2024	24	59	11	148	2	525

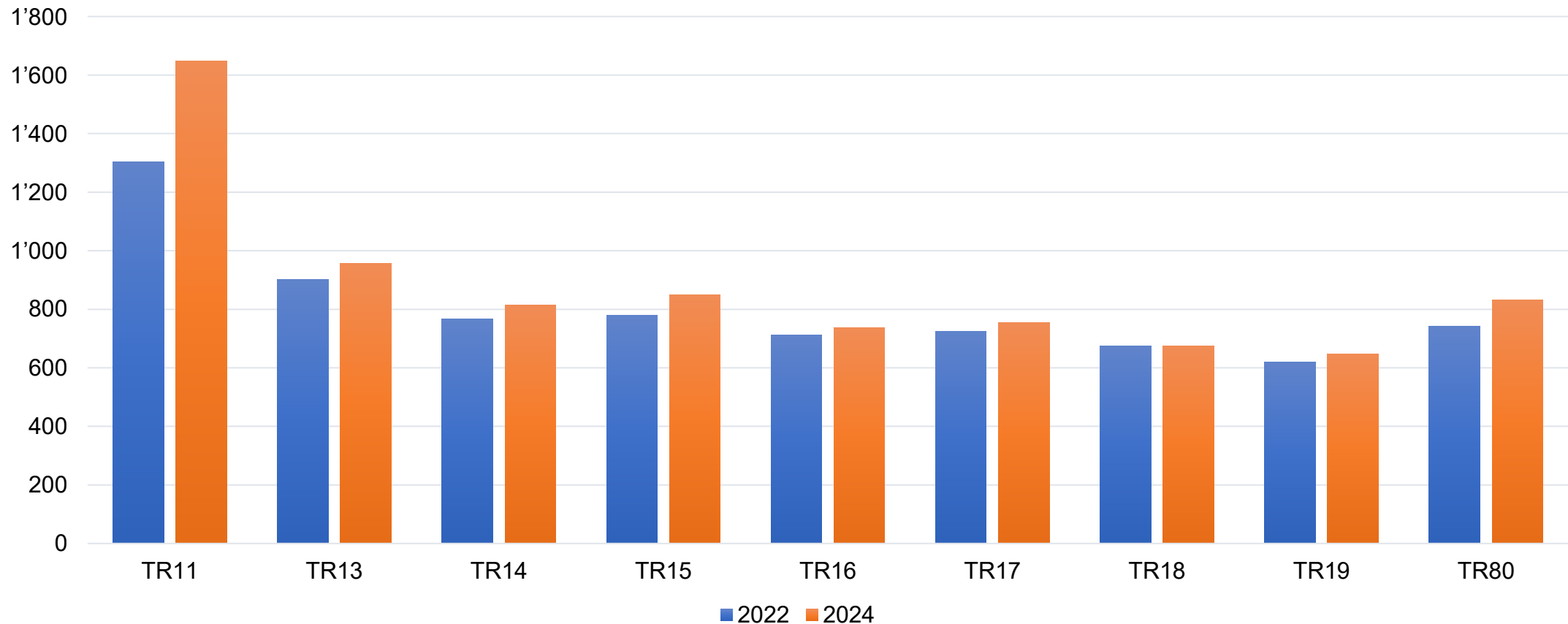
DE = Anzahl Lieferungen Detailerhebung; Datenl. = Anzahl Kliniken mit Daten in der Datenlieferung; svL: separat verrechenbare Leistungen

- Angaben zu svL weiterhin sehr dürftig
- Stetige Erweiterung der Detailerhebung
  - Daten 2025: 1:1-Betreuung, Belastungserprobung

# Kostenzunahme I

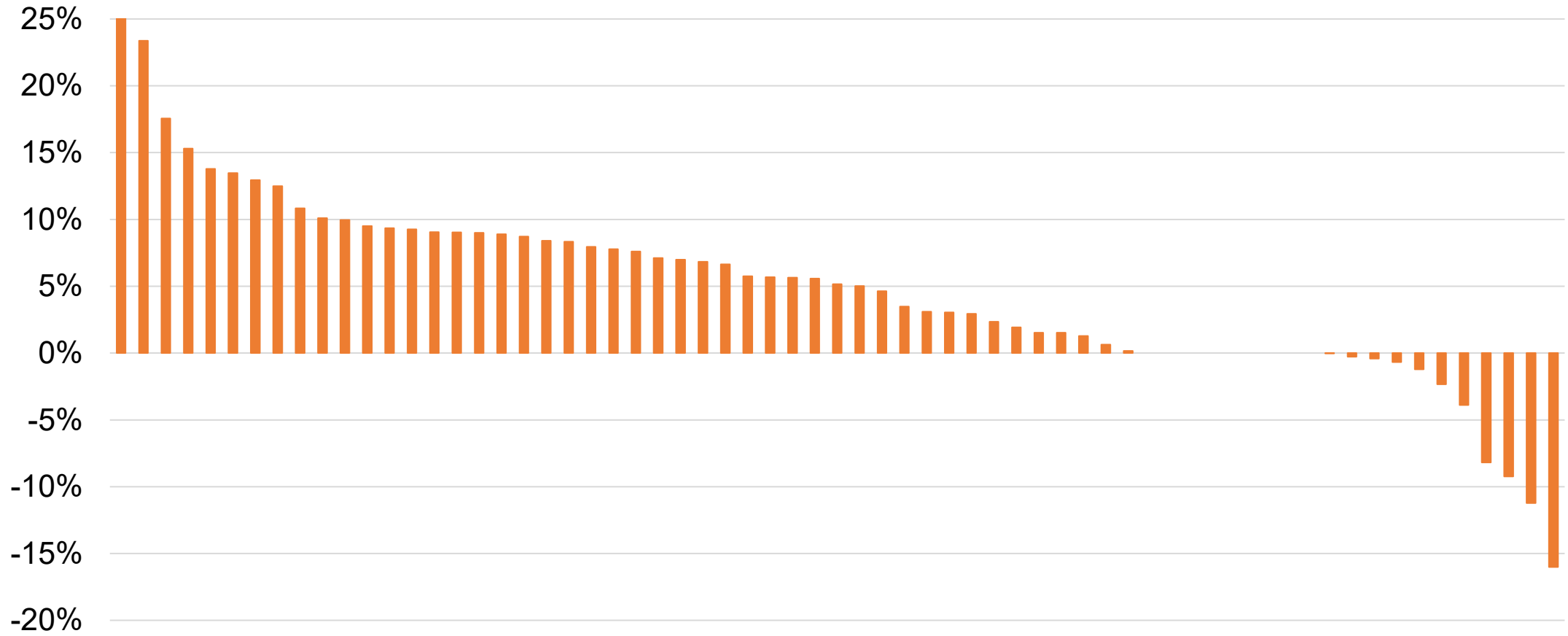


## Durchschnittliche Tageskosten je Basis-RCG



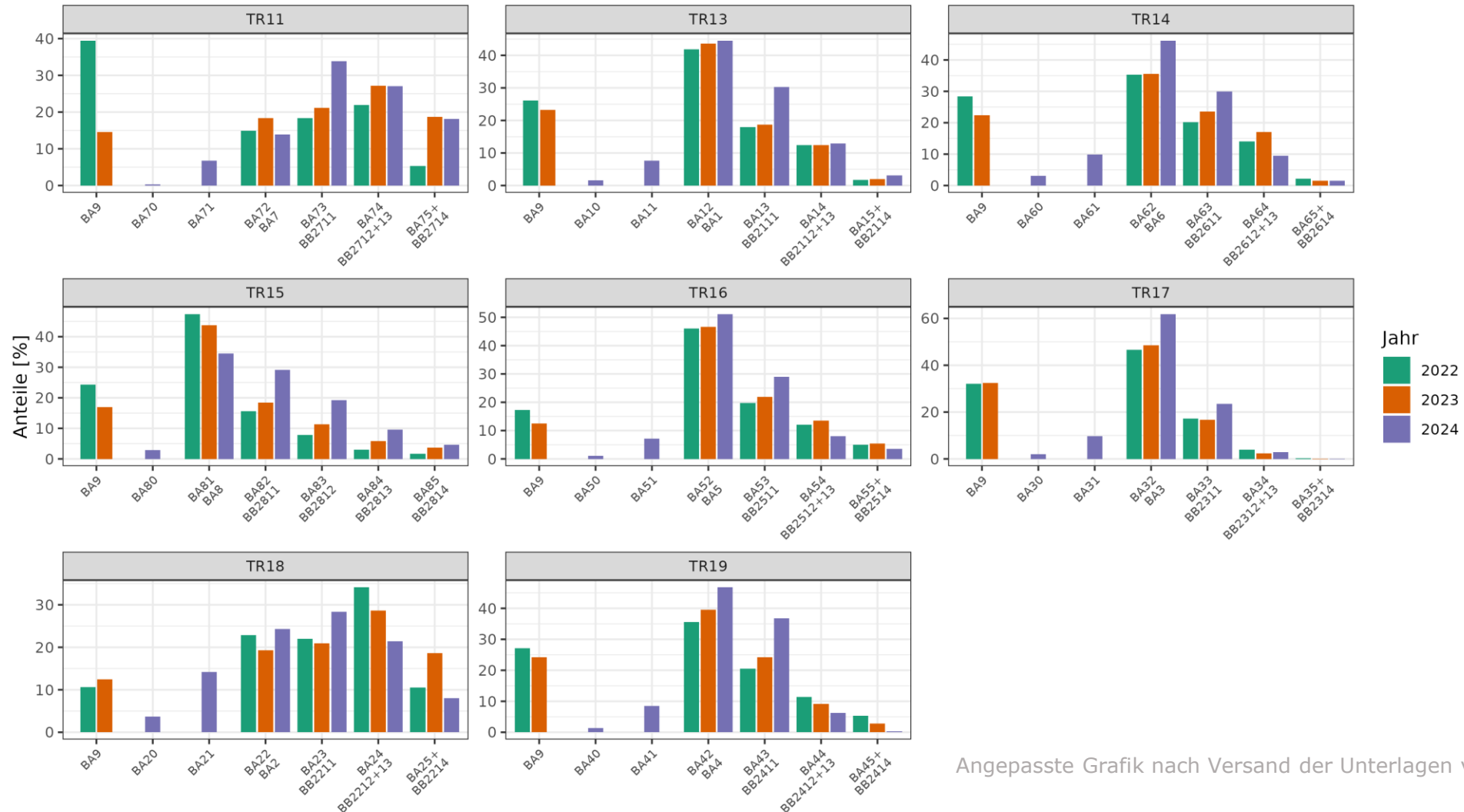
# Kostenzunahme II

## Veränderung der Tageskosten 2022 - 2024 nach Kliniken (%)



# Übersicht neue BA-Kodes / BB.2X-Kodes

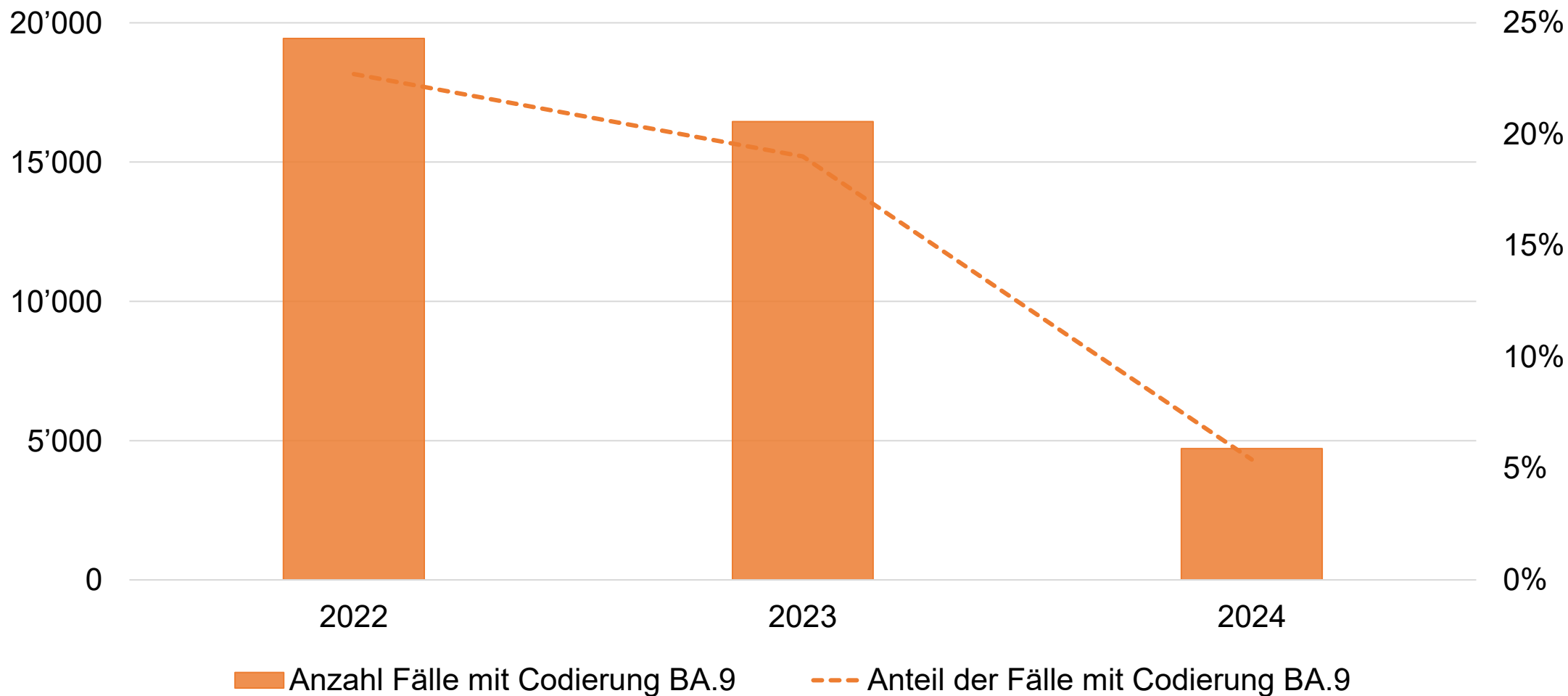
Verteilung Anteile der Rehaarten nach Basis-RCG und Jahr



Angepasste Grafik nach Versand der Unterlagen vom 29.10.2025

# Kodierung BA.9

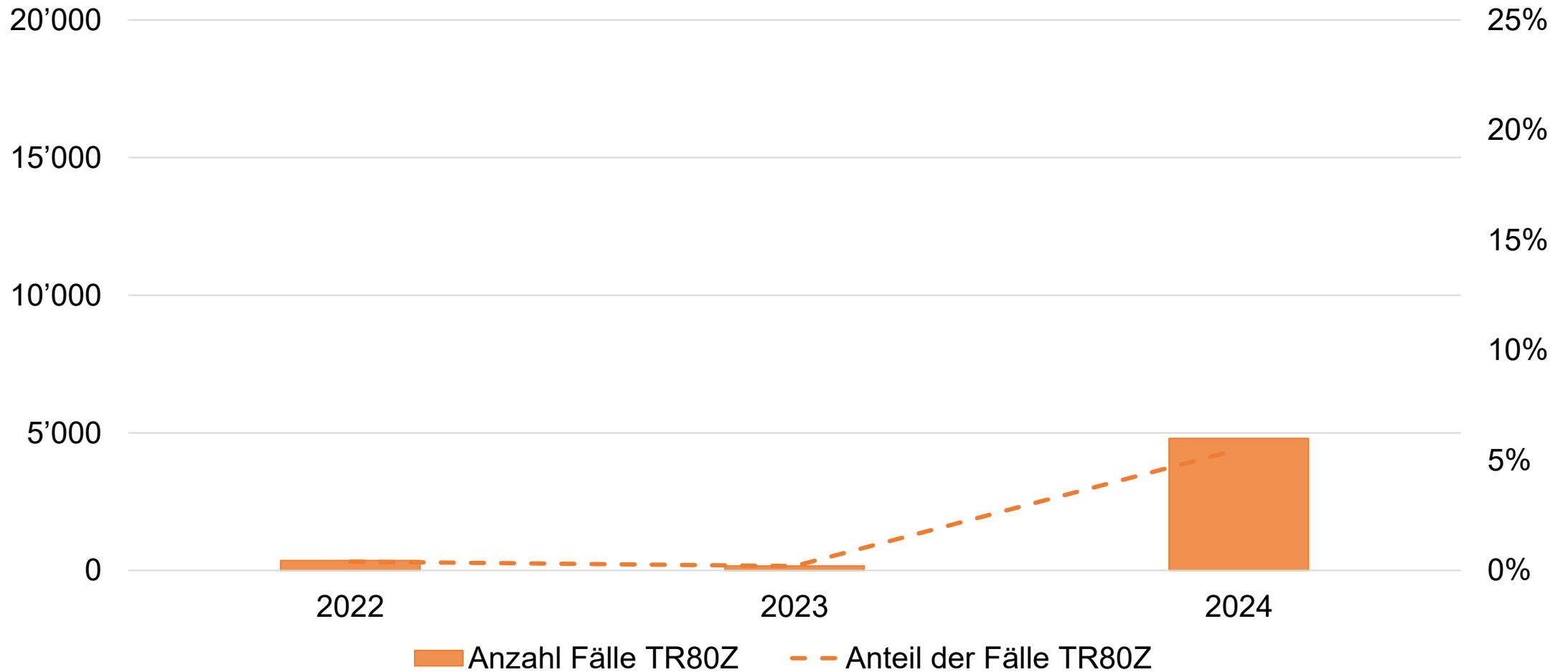
## Kodierung des CHOP-Kodes BA.9 «Rehabilitation, sonstige»



# TR80Z



## Anzahl und Anteil der Fälle im Anwendungsbereich



# Gründe für Erfassung eines BA.9



- Mindestkriterien nicht erfüllt
  - Fachpersonal
  - Ungenügende Therapieminuten
  - Fehlende Dokumentation
- Technische Probleme
- Fehlende Planung
- ...



# Inhalt



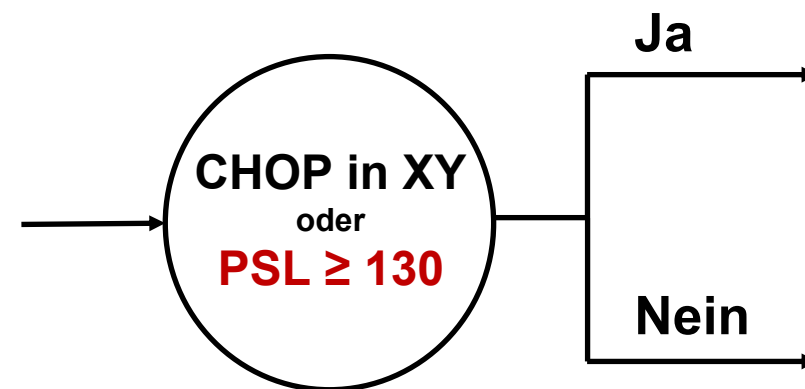
1. Datengrundlage
2. **Schweregrad: Patient Severity Level (PSL)**
3. Grouper
  - Übergreifende Themen
  - Funktionen
  - Weiterentwicklung
4. Kalkulation der Kostengewichte
  - Methodik
  - Weiterentwicklung
5. Datenanalysen
6. Kennzahlen

## ST Reha Patient Severity Level (PSL)

Eine Funktion, die auf Basis der **medizinischen Komplexität** (ICDs und Basis-RCG) **pro Fall einen Schweregrad** berechnet.

- Als Input sind die ICD-Kodes sowie die Basis-RCGs nötig:  $f(ICD_1, \dots, ICD_n) = PSL$
- Der PSL ist eine Zahl zwischen 100 und 200
- Mit diesem Wert können Fälle mit aufwändigen ICD-Konstellationen aufgewertet werden

Bezeichnung	PSL
Kein erhöhter PSL	$PSL < 110$
Leicht erhöhter PSL	$110 \leq PSL < 120$
Erhöhter PSL	$120 \leq PSL < 130$
Stark erhöhter PSL	$130 \leq PSL < 140$
Sehr stark erhöhter PSL	$140 \leq PSL < 150$
Äusserst stark erhöhter PSL	$150 \leq PSL$



# ST Reha Patient Severity Level (PSL)



## Datengrundlage

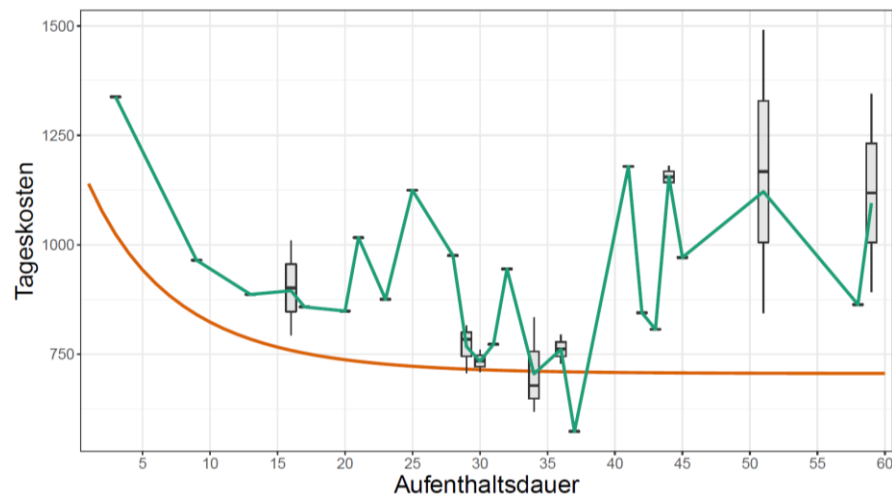
- Basis für die Berechnungen bilden die Datenjahre **2021-2024**
- Ca. 290'000 Fälle
- Ca. 3'500'000 Diagnosen (ICD-10 GM 2022)
  - Durchschnittlich 12 Diagnosen pro Fall
  - 9'384 disjunkte Diagnosen
- Basis-RCGs: TR13, TR14, TR15, TR16, TR17, TR18, TR19

# ST Reha Patient Severity Level (PSL)

## Methodik

### 1. Diagnosis Cost Ratios (DCR):

- Kodebasierte Schweregrade pro Basis-RCG
  1. Wertebereich: 0, 1, 2, 3, 4, 5
- Durchschnittliche Abweichung der Tageskosten der Fälle mit einer bestimmten Diagnose vom Gesamtdurchschnitt



### 2. Patient Severity Level (PSL):

- Absteigend sortierte DCR pro Fall
- Conditional Exclusions (Akutsomatik)

Die Funktion für den rohen Schweregrad

$$f(ICD_1, \dots, ICD_n) = \prod_{k=1}^n DCR_k^{s^{k-1}} = PSL$$

mit  $s = 0.66$  und  $n$  der Anzahl Diagnosen nach Ausschluss der Conditional Exclusions.

- Der rohe PSL wird mit 100 multipliziert und auf Ganzzahlen gerundet

# ST Reha Patient Severity Level (PSL)



## Anteile bewerteter ICD Codes

DCR	Alle	TR13	TR14	TR15	TR16	TR17	TR18	TR19
0	<b>85.4%</b>	87.1%	84.9%	85.0%	77.4%	86.1%	90.0%	83.9%
1	<b>10.7%</b>	10.0%	11.6%	12.5%	15.5%	10.5%	7.4%	9.5%
2	<b>2.9%</b>	2.1%	2.7%	2.0%	5.2%	2.7%	1.8%	4.4%
3	<b>0.8%</b>	0.6%	0.7%	0.4%	1.4%	0.5%	0.6%	1.7%
4	<b>0.2%</b>	0.1%	0.1%	0.1%	0.4%	0.1%	0.1%	0.5%
5	<b>0.1%</b>	0.0%	0.1%	0.0%	0.1%	0.1%	0.0%	0.1%

# ST Reha Patient Severity Level (PSL)



## Anteile PSL (Fälle)

PSL	Alle	TR13	TR14	TR15	TR16	TR17	TR18	TR19
$x < 110$	<b>36.5%</b>	20.3%	21.6%	43.8%	40.1%	37.3%	59.8%	51.2%
$110 \leq x < 115$	<b>24.0%</b>	22.1%	24.1%	26.5%	25.0%	26.3%	27.2%	17.0%
$115 \leq x < 120$	<b>11.4%</b>	15.3%	15.7%	12.4%	8.8%	11.7%	6.2%	4.3%
$120 \leq x < 125$	<b>8.5%</b>	10.2%	11.5%	7.4%	7.6%	7.9%	2.8%	8.8%
$125 \leq x < 130$	<b>6.9%</b>	9.5%	11.2%	5.6%	5.6%	6.5%	1.7%	5.2%
$130 \leq x < 135$	<b>3.0%</b>	4.6%	4.0%	1.6%	3.1%	2.9%	0.9%	2.5%
$135 \leq x < 140$	<b>3.1%</b>	5.6%	4.3%	1.3%	2.8%	2.8%	0.5%	2.9%
$140 \leq x < 145$	<b>1.8%</b>	2.9%	2.6%	0.7%	1.7%	1.5%	0.2%	2.0%
$145 \leq x < 150$	<b>1.6%</b>	2.7%	1.7%	0.3%	1.8%	1.2%	0.3%	2.1%
$150 \leq x$	<b>3.3%</b>	6.6%	3.1%	0.4%	3.5%	2.0%	0.4%	4.0%

# Inhalt



1. Datengrundlage
2. Schweregrad: Patient Severity Level (PSL)
3. **Grouper**
  - Übergreifende Themen
  - Funktionen
  - Weiterentwicklung
4. Kalkulation der Kostengewichte
  - Methodik
  - Weiterentwicklung
5. Datenanalysen
6. Kennzahlen

# Ansätze der Weiterentwicklung

- Antragsverfahren
- Entkopplung der Therapieminuten von den A-Splits
  - Therapieminuten nicht mehr zwingend für die höchste RCG-Einstufung
- Prüfung (rehabilitationsspezifischer) CHOP-Kodes
- Prüfung von komplizierenden Haupt- und Nebendiagnosen
- Einbau Schweregradlogik
- Jede RCG auf potentielle Teilung oder Zusammenlegung überprüft



# Übersicht der Anträge

## Antragsverfahren 2024/2025:

- Gruppierungslogik: 11 Anträge,
  - 7 Anträge umgesetzt
  - 3 Anträge tlw. umgesetzt
  - 1 Antrag abgelehnt
- Zusatzentgelte: 1 Antrag (tlw. umgesetzt)
- Detailerhebung: 1 Antrag (umgesetzt)
- Liste hochteurer Medikamente: 1 Antrag (abgelehnt)

# Übersicht Umbauten

RCG	Umbau in ST Reha 4.0
TR11 – Pädiatrische Rehabilitation	Ja
TR13 - Neurologische Rehabilitation	Ja
TR14 - Internistische oder onkologische Rehabilitation	Ja
TR15 - Geriatriische Rehabilitation	Ja
TR16 - Muskuloskelettale Rehabilitation	Ja
TR17 - Pulmonale Rehabilitation	Ja
TR18 - Psychosomatische Rehabilitation	Ja
TR19 - Kardiale Rehabilitation	Ja
TR80 - Rehabilitation ohne weitere Angabe	Nein

# Schweregrad Einbau

Basis RCG	RCG	PCCL	Index
TR11		Zu wenig Daten	
TR13	TR13A	≥ 155	
	TR13B	≥ 140	
	TR13C	≥ 120	
	TR13D	-	
TR14	TR14A	≥ 145	
	TR14B	≥ 135	
	TR14C	-	
TR15	TR15A	≥ 150	
	TR15B	≥ 125	
	TR15C	-	

Basis RCG	RCG	PCCL	Index
TR16	TR16A	Nicht geeignet	
	TR16B	≥ 125	
	TR16C	-	
TR17	TR17A	≥ 135	
	TR17B	-	
TR18	TR18A	≥ 120	
	TR18B	-	
TR19	TR19A	≥ 135	
	TR19B	-	



# Inhalt



1. Datengrundlage
2. Schweregrad: Patient Severity Level (PSL)
3. **Grouper**
  - Übergreifende Themen
  - Funktionen**
  - Weiterentwicklung
4. Kalkulation der Kostengewichte
  - Methodik
  - Weiterentwicklung
5. Datenanalysen
6. Kennzahlen

# Entwicklung neuer Funktionen

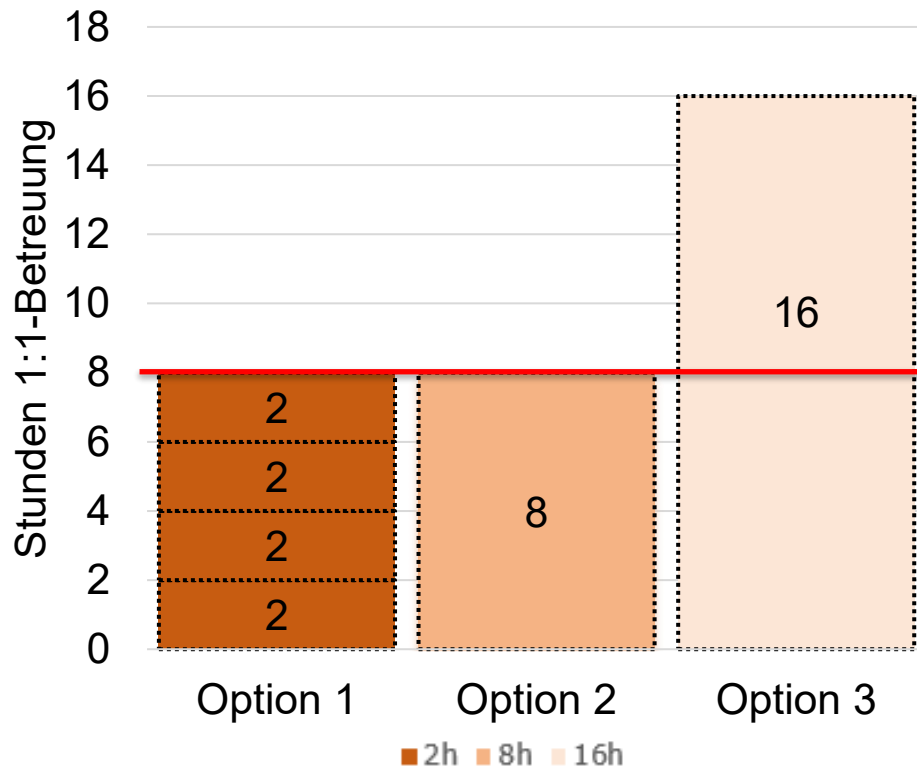
- 1:1-Betreuung
  - in Abhängigkeit von AHD
- Wundmanagement
  - in Abhängigkeit von AHD
- Vakuumbehandlung
  - In Abhängigkeit von AHD

# 1:1-Betreuung

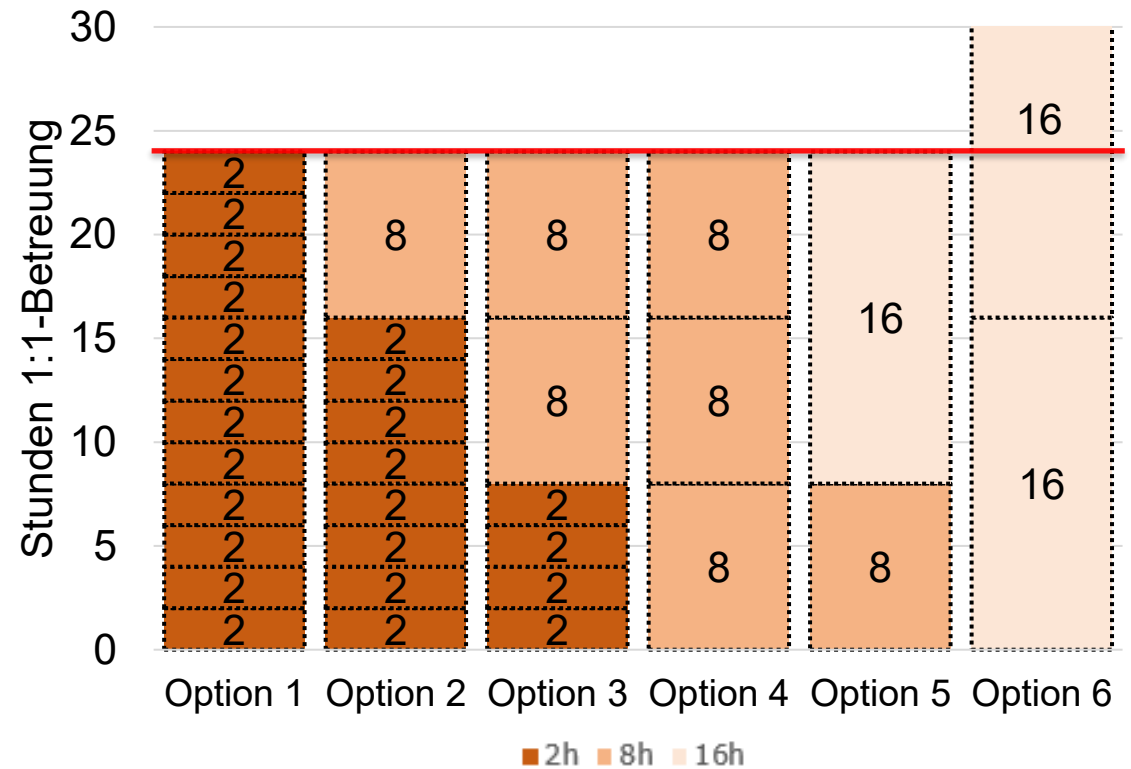
- **Mindestens 8 Stunden 1:1-Betreuung pro 7 Tage**
  - Orientiert an der Mindestzeit der Codes
    - BB.31.11 1:1-Betreuung in der Rehabilitation, mindestens **2 Stunden** bis 8 Stunden pro Tag
    - BB.31.12 1:1-Betreuung in der Rehabilitation, von mehr als **8 Stunden** bis 16 Stunden pro Tag
    - BB.31.13 1:1-Betreuung in der Rehabilitation, von mehr als **16 Stunden** pro Tag
  - Kombinationen der Codes werden berücksichtigt

# 1:1-Betreuung Beispiel

7 Tage Aufenthalt  
=> mind. 8h (= 8h/7d)



21 Tage Aufenthalt  
=> mind. 24h (=8h/7d)



# Wundmanagement

- Grundlage (CHOP-Kode):
  - BB.32 Wundmanagement in der Rehabilitation, mindestens 60 Min. pro Tag
- Funktion in Abhängigkeit von Aufenthaltsdauer
  - Wundmanagement 1x alle 3 Tage =  $\frac{1}{3}$  aller Tage = 33%
  - Beispiele:
    - AHD 1-3 Tage: 1x Wundmanagement
    - AHD 4-6 Tage: 2x Wundmanagement
    - AHD 7-9 Tage: 3x Wundmanagement
    - Usw.



# Vakuumbehandlung

- Kontinuierliche Sogbehandlung
- **UND** Anlage oder Wechsel einer Vakuumversiegelung mind. 1x alle 7 Tage

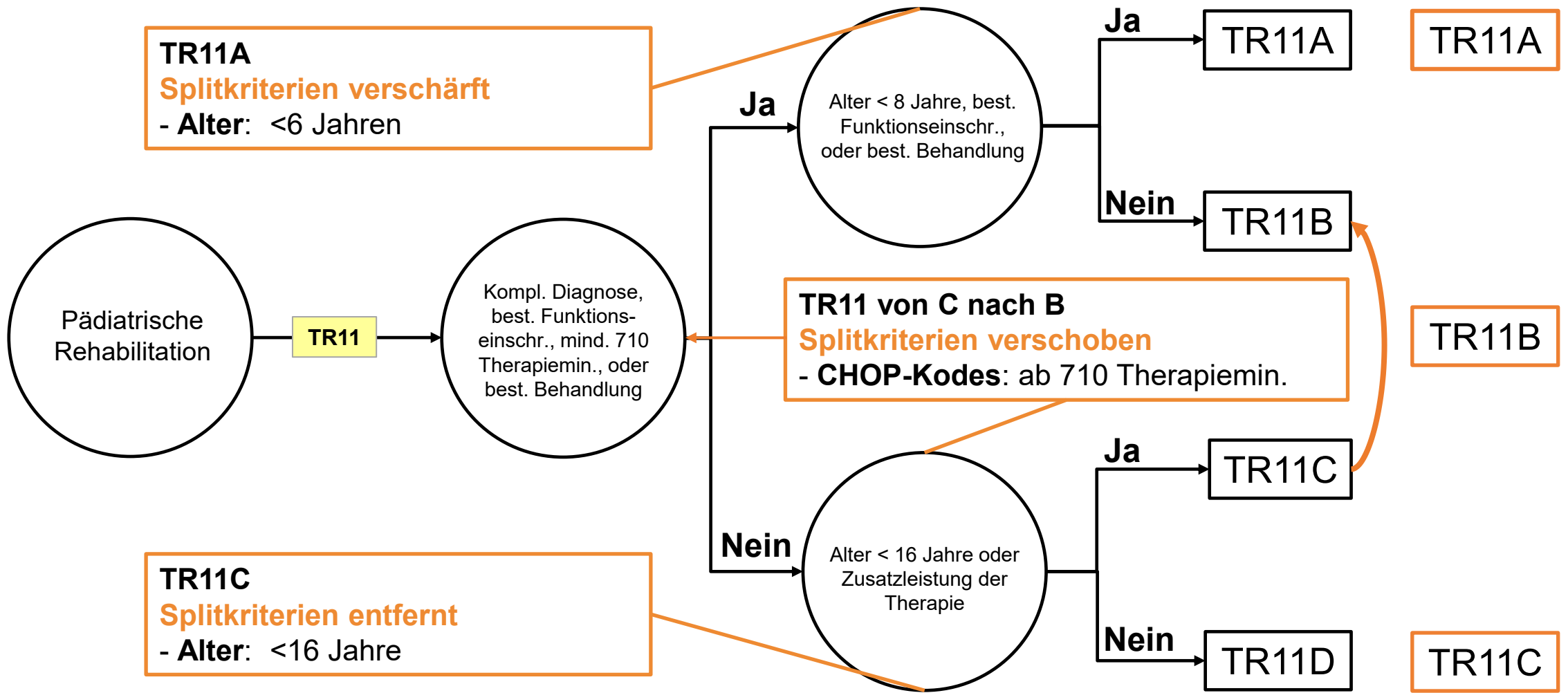
Aufenthaltsdauer	Mindestanzahl an Wechsel bzw. Neuanlagen
1 – 7 Tage	mindestens 1×
8 – 14 Tage	mindestens 2×
15 - 21 Tage	mindestens 3×
22 - 28 Tage	mindestens 4×
usw.	jeweils +1 Wechsel pro weitere 7 Tage

# Inhalt

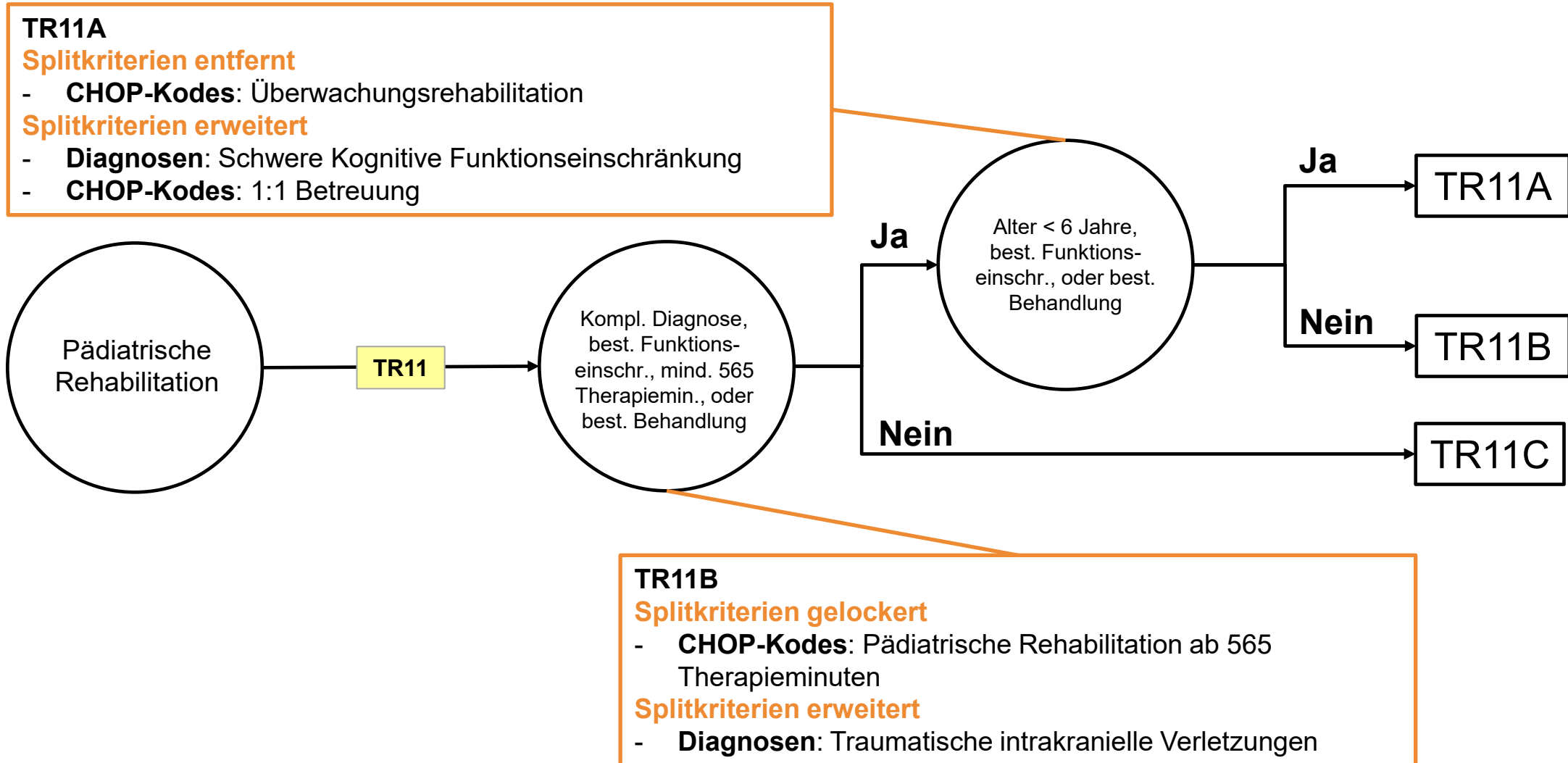


1. Datengrundlage
2. Schweregrad: Patient Severity Level (PSL)
- 3. Grouper**
  - Übergreifende Themen
  - Funktionen
  - Weiterentwicklung**
4. Kalkulation der Kostengewichte
  - Methodik
  - Weiterentwicklung
5. Datenanalysen
6. Kennzahlen

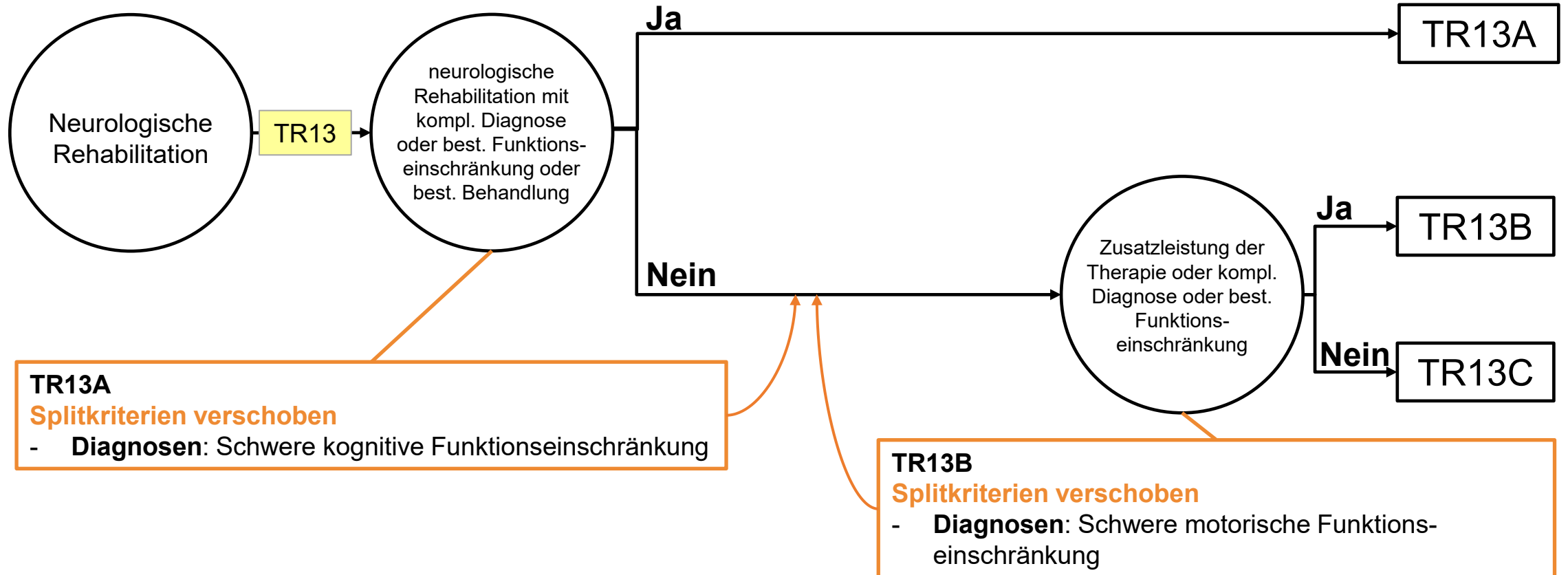
# TR11



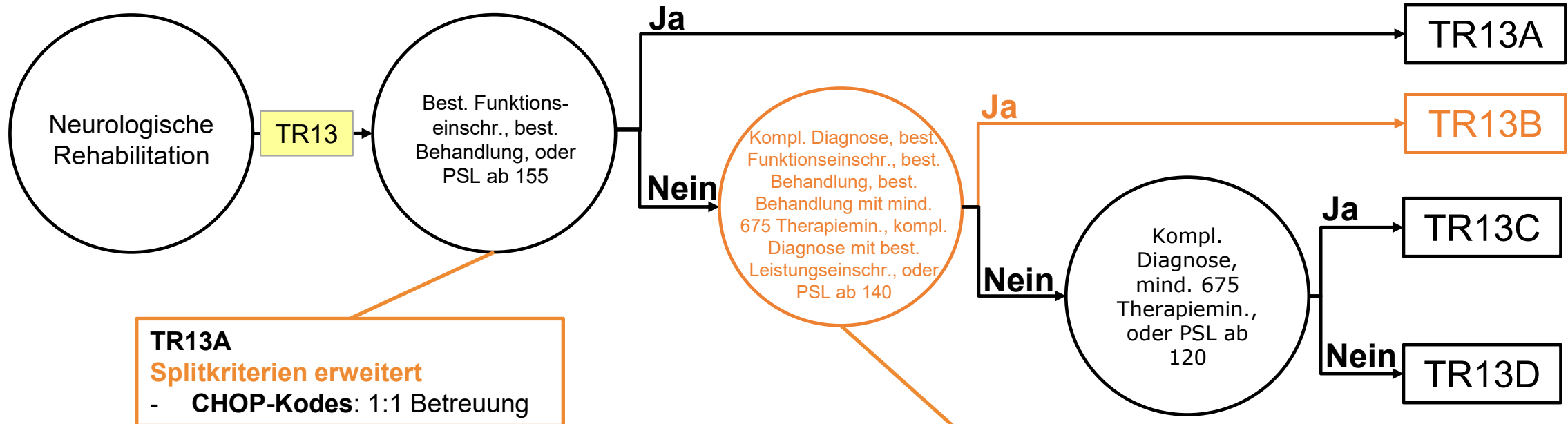
# TR11



# TR13



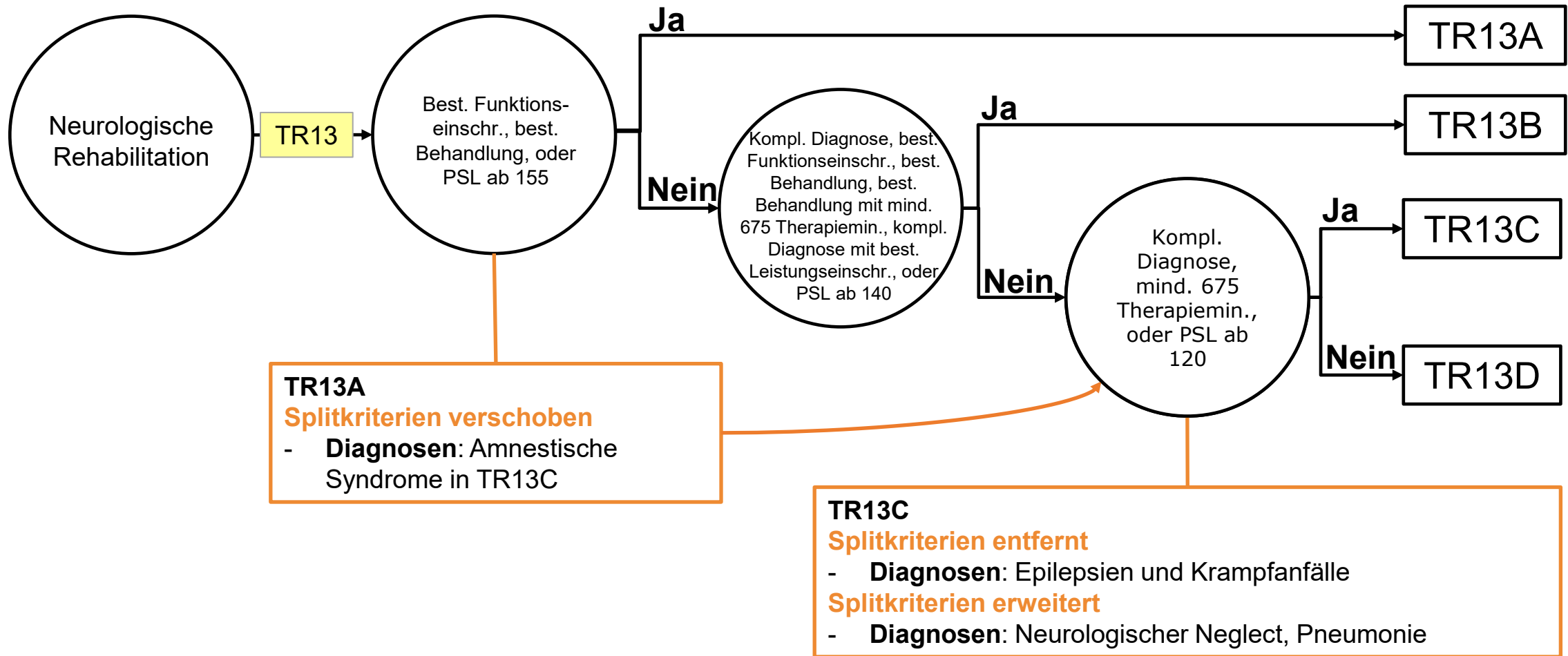
# TR13



**TR13A**  
**Splitkriterien erweitert**  
 - **CHOP-Kodes:** 1:1 Betreuung

**Neue RCG TR13B**  
**Splitkriterien erweitert:**  
 - **CHOP-Kodes:** Intensive Überwachung >12h, Wundmanagement, Vakuumbehandlung, Isolation mit neurologischer Rehabilitation ab 675 Therapiemin.  
 - **Diagnosen:** Dysphagie mit ADL1, 0 Pkt., Z.n. Transplantation

# TR13

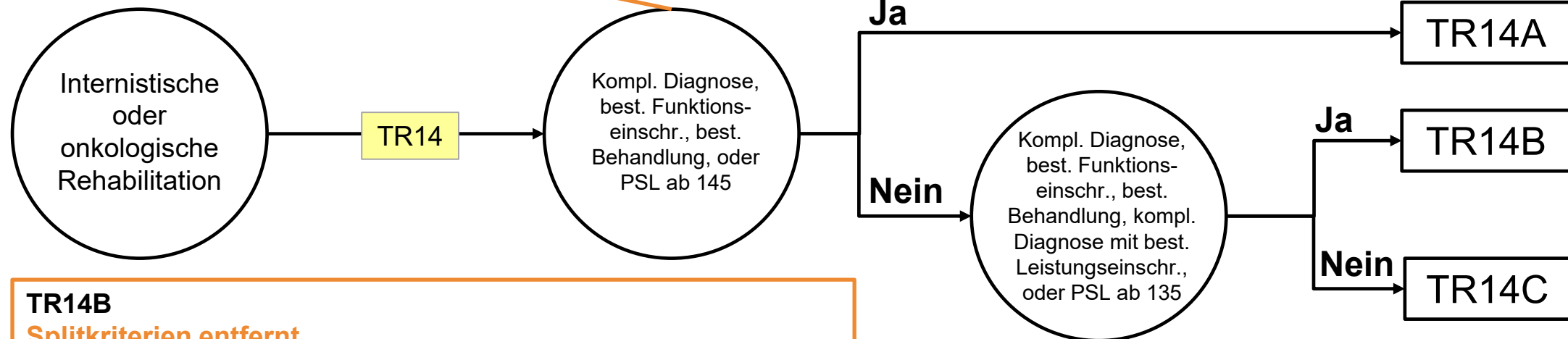


# TR14

## TR14A

### Splitkriterien erweitert

- **CHOP-Kodes:** 1:1 Betreuung



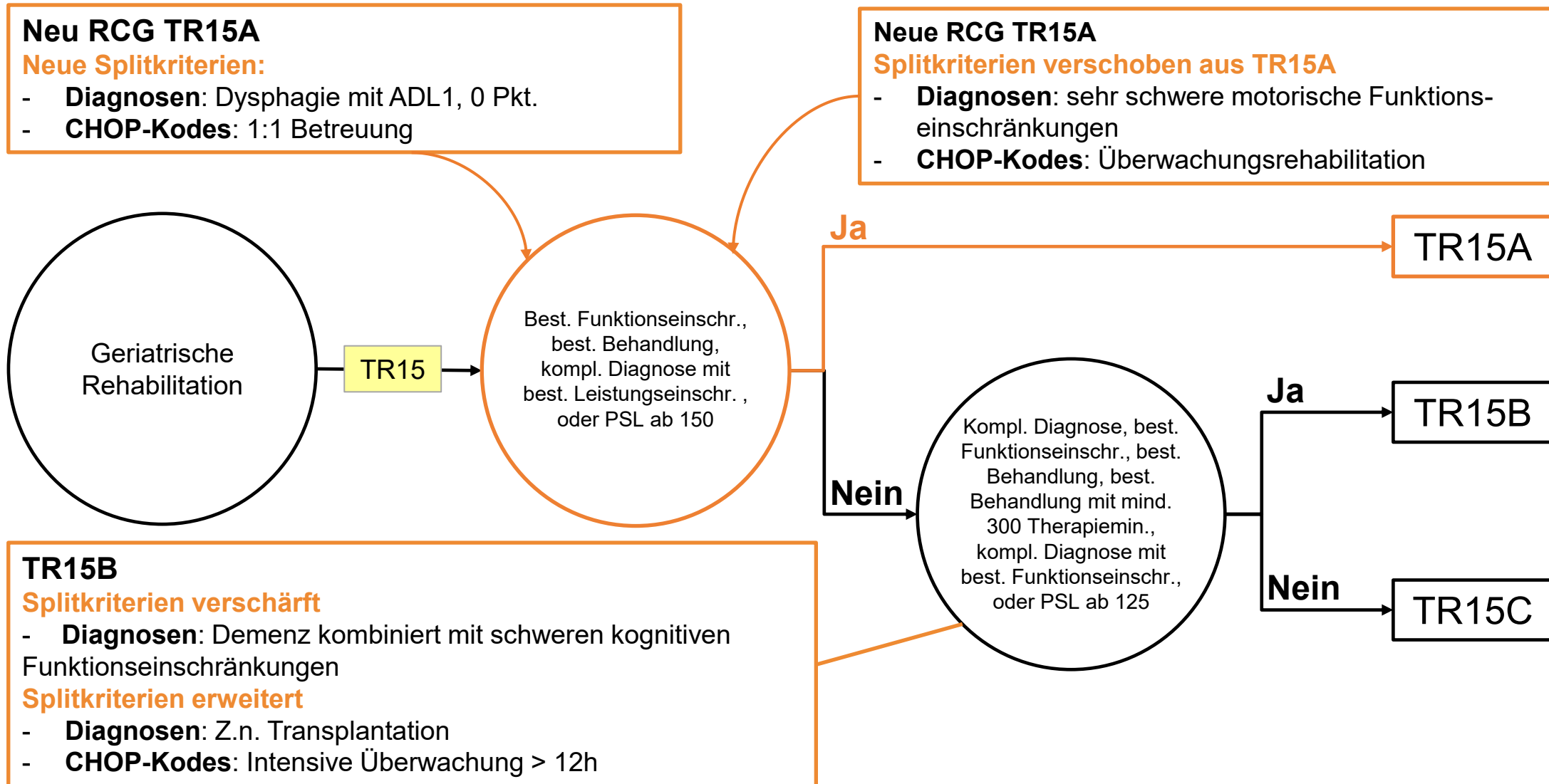
## TR14B

### Splitkriterien entfernt

- **Diagnosen:** Mittlere kognitive Funktionseinschränkung
- **Splitkriterien erweitert**
- **Diagnosen:** Bösartige Neubildungen des Gehirns und der Hirnhäute, Dysphagie mit ADL 1, 0 Pkt., Tumorfrakturen
- **CHOP-Kodes:** Wundmanagement, Vakuumbehandlung, intensive Überwachung >12h



# TR15

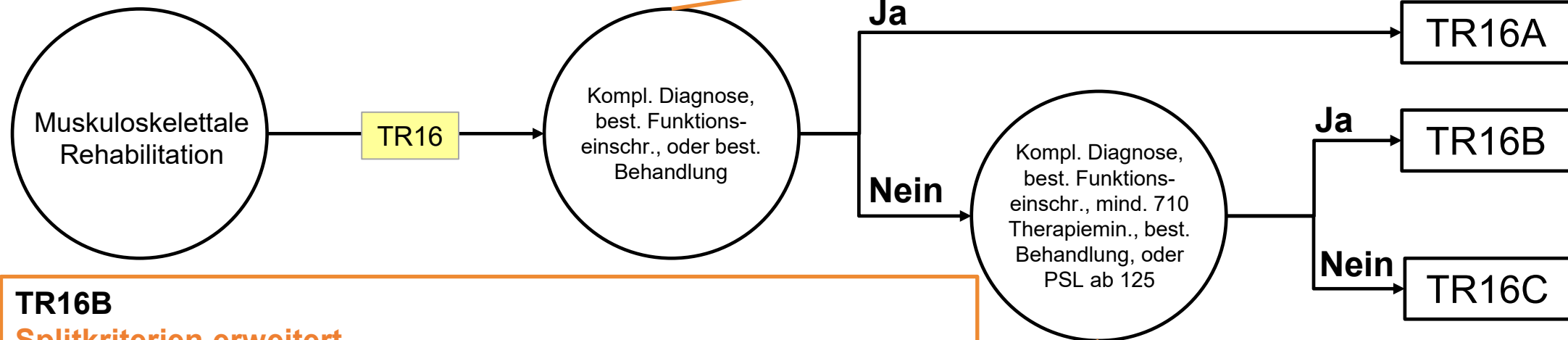


# TR16

## TR16A

### Splitkriterien erweitert

- **Diagnosen:** Verbrennung & Verätzung ab Grad 2b, schwere kognitive Funktionseinschränkung
- **CHOP-Kodes:** Wundmanagement, 1:1 Betreuung

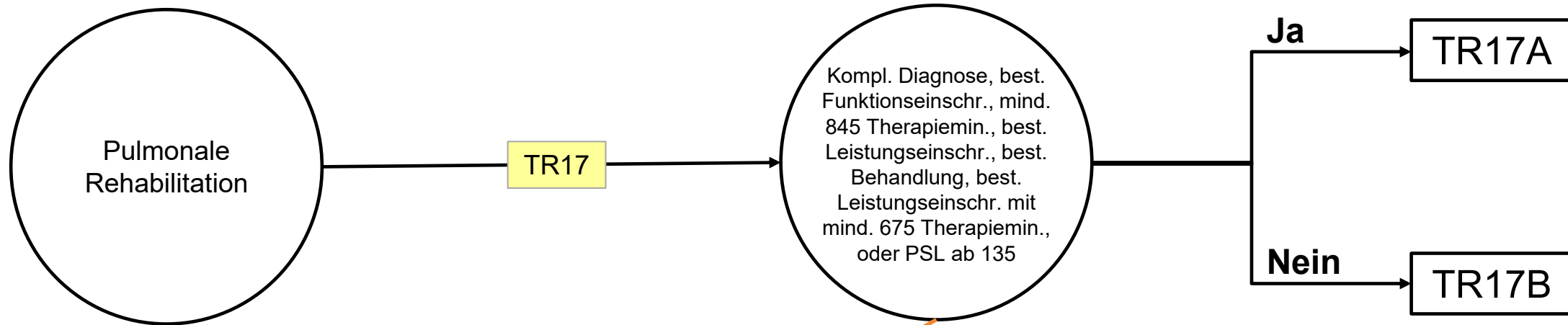


## TR16B

### Splitkriterien erweitert

- **Diagnosen:** Niereninsuffizienz, akute Infektionen der Harnorgane, Pneumonie, Infektion an Gelenk oder Knochen, Amputation (inkl. Komplikationen), Z.n. Transplantation
- **CHOP-Kodes:** Vakuumbehandlung, intensive Überwachung >12h

# TR17



## TR17A

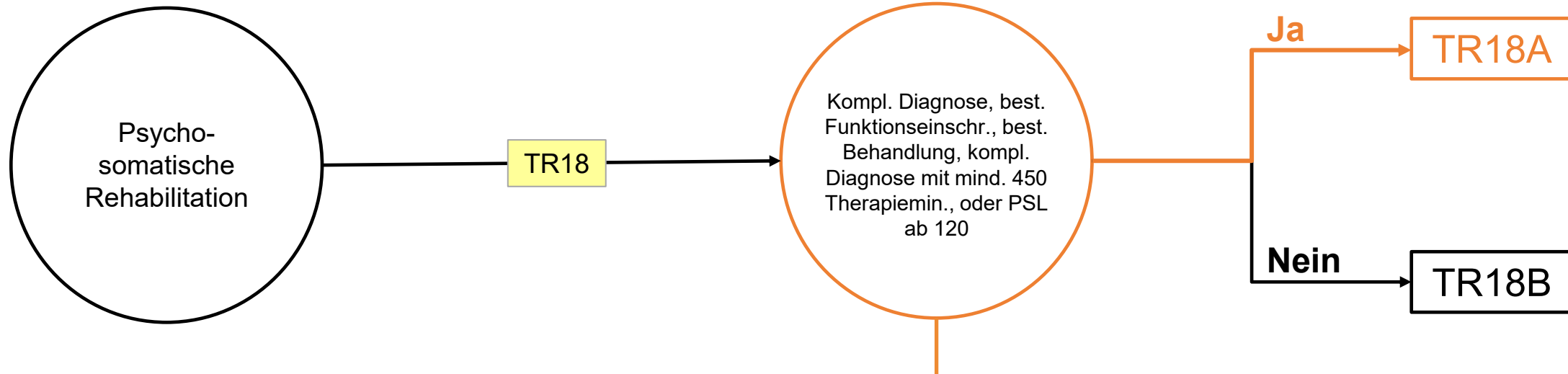
### Splitkriterien erweitert

- **Diagnosen:** Z.n. Transplantation, schwere & sehr schwere motorische FE
- **CHOP-Kodes:** Pulmonale Rehabilitation ab 845 Therapieminuten, ab 675 Therapieminuten MIT Gehstest 150-300m, 1:1 Betreuung

### Splitkriterien entfernt

- **CHOP-Kodes:** Maskenüberdrucktherapie

# TR18

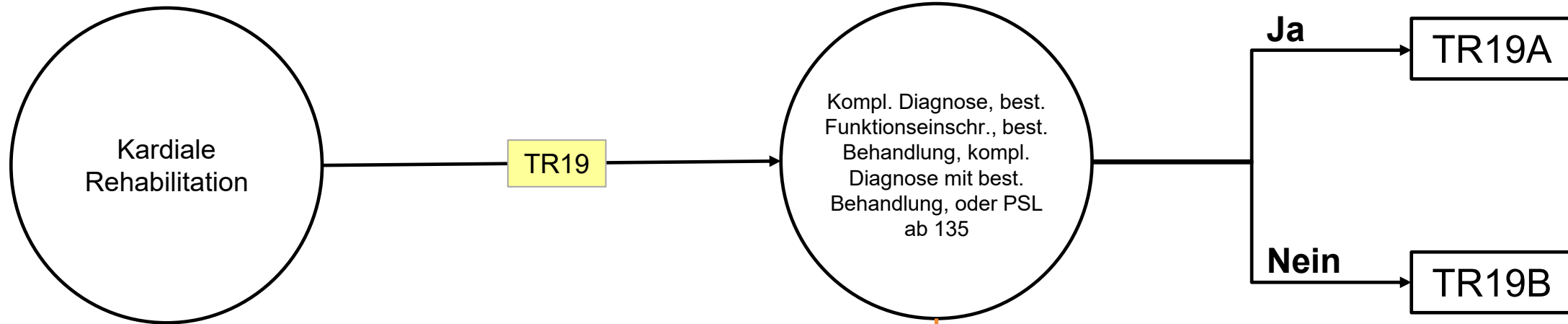


## Neue RCG TR18A

### Splitkriterien erstellt

- **Diagnosen:** Rehabilitation ab 450 Therapieminuten MIT schwerer depressiver Episode, mittlere bis sehr schwere Motorische Funktionseinschränkung, Pneumonie
- **CHOP-Kodes:** 1:1 Betreuung

# TR19



## TR19A

### Splitkriterien erweitert

- **Diagnosen:** Atherosklerose mit Ulzeration/Gangrän, Z.n. Transplantation,
- **CHOP-Kodes:** 1:1 Betreuung
- **Kombination:** Endokarditis MIT Injektion oder Infusion einer antiinfektiösen Substanz

### Splitkriterien entfernt

- **Diagnose:** mittlere kognitive Funktionseinschränkung

# RCGs im Vergleich

	ST Reha 3.0	ST Reha 4.0
<b>Anzahl RCGs</b>	22*	24
<b>Bewertete RCGs</b>	21*	23
<b>Nicht abrechenbare RCG (TR96Z)</b>	1	1

\* Angepasste Zahlen aus der Systempräsentation vom 23.11.2023

## Zusatzentgelte in ST Reha

Nummer	Name des Zusatzentgeltes	Entwickelt in Version
RZE-2027-06	Linezolid, intravenös	ST Reha 4.0
RZE-2027-05	Linezolid, oral	ST Reha 4.0
RZE-2027-04	Remdesivir, intravenös	ST Reha 4.0
RZE-2027-03	Fidaxomicin, oral	ST Reha 4.0
RZE-2027-02	Daptomycin, intravenös	ST Reha 3.0
RZE-2027-01	Transfusion von Erythrozytenkonzentraten	ST Reha 2.0

# Inhalt



1. Datengrundlage
2. Schweregrad: Patient Severity Level (PSL)
3. Grouper
  - Übergreifende Themen
  - Funktionen
  - Weiterentwicklung
- 4. Kalkulation der Kostengewichte**
  - Methodik
  - Weiterentwicklung
5. Datenanalysen
6. Kennzahlen



## Entwicklungschwerpunkte

- Verbesserung der Abbildungsgüte
- Minimierung der negativen Deckungsgrade für sämtliche Aufenthaltsdauern
- Erhöhte Flexibilität der Vergütungen

## Geprüfte Ansätze

- Pädiatrische Rehabilitation: Einbezug von zwei Datenjahren
- Alternative Optimierungsgrösse: MAE
- Überprüfung der bestehenden Modellbedingungen / Alternative Kalkulationsansätze
- Abbildungsgüte der Kurzlieger

# Pädiatrische Rehabilitation

- Analog zur Version 3.0 wurde die zusätzliche Verwendung der Kinder- und Jugendfälle des Vorjahres (+251 Fälle) geprüft
- Höhere Fallzahlen in pädiatrischen RCGs führen zu robusteren Kostengewichten
- **Kalkulationsdatensatz 2024:**  $76'128 + 251 = 76'379$  Fälle

RCG (gemäss R4.0)	Anzahl Fälle 2023	Anzahl Fälle 2024	Fälle kombiniert
TR11A	100	<b>90</b>	190
TR11B	132	<b>146</b>	278
TR11C	19	<b>28</b>	47
<b>Total</b>	<b>251</b>	<b>264</b>	<b>515</b>

# Alternative Optimierungsgrösse: MAE

## Ausgangslage

- Prüfung alternativer Optimierungsgrössen gehört zur Systementwicklung
- Ziel: optimale Abbildung der Kalkulationsdaten

$$\text{MAPE} \quad \frac{1}{n} \sum_i^n \left| \frac{ct_i - evg_i}{ct_i} \right|$$

$$\text{MAE} \quad \frac{1}{n} \sum_i^n |ct_i - evg_i|$$

$n$  = alle Fälle im Kalkulationsdatensatz,  $ct_i$  = Gesamtkosten von Fall  $i$ ,  $evg_i$  = geschätzte Vergütung von Fall  $i$

- MAE stellt 'Fehler in CHF' dar
- Fazit: Umstellung auf MAE, Kennzahlen bleiben stabil, erhöhte Flexibilität der Vergütungen

# Überprüfung der bestehenden Modellbedingungen

## Alternative Kalkulationsansätze



### Überprüfung der bestehenden Modellbedingungen

- Bspw. Wachstumsrate zwischen den täglichen Vergütungen zweier Phasen  $> 5\%$
- Lockerungen/Einschränkungen der Modellbedingungen führen zu keinen Verbesserungen
  - Aktuell keine weiteren Änderungen an der bisherigen Methodik

### Alternative Kalkulationsansätze

- Therapiekosten als separate Kostengewichte, TARPSY Modell, ...
  - TARPSY Modell vielversprechend im Hinblick auf Kurzlieger
  - Alternative Kalkulationsansätze werden weiterverfolgt

## Ausgangslage

- Fälle mit AHD < 14 weisen durch hohe Tageskosten Unterdeckung auf
  - Verlegungsabschlag auf AHD
  - Transportkosten
  - Hohe „Fixkosten“ bei Eintritt
- Situation durch Anpassung auf MAE leicht verbessert
- Fazit: Kurzlieger sind weiterhin untervergütet
  - Anreizsituation lässt keine Kurzlieger-RCGs zu, gilt ebenso für Kurzlieger-Zuschläge
  - Kostentrenner schwierig zu identifizieren
  - Alternative Kalkulationsmethodiken werden weiter geprüft

# Inhalt



1. Datengrundlage
2. Schweregrad: Patient Severity Level (PSL)
3. Grouper
  - Übergreifende Themen
  - Funktionen
  - Weiterentwicklung
4. Kalkulation der Kostengewichte
  - Methodik
  - Weiterentwicklung
- 5. Datenanalysen**
6. Kennzahlen

## Themen

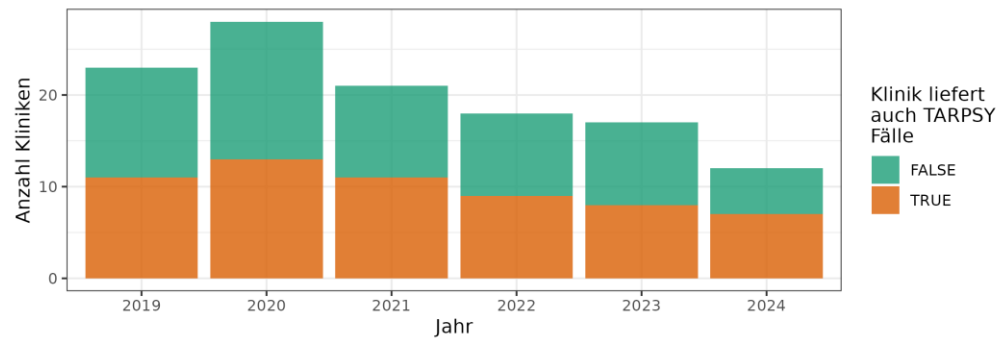
- Tarifübergreifende Situation
- Analyse zu Rehabilitations-spezifischen Spitaltypologien
- Verwendung der Kostendaten nach VKL ab 2027

# Datenanalysen

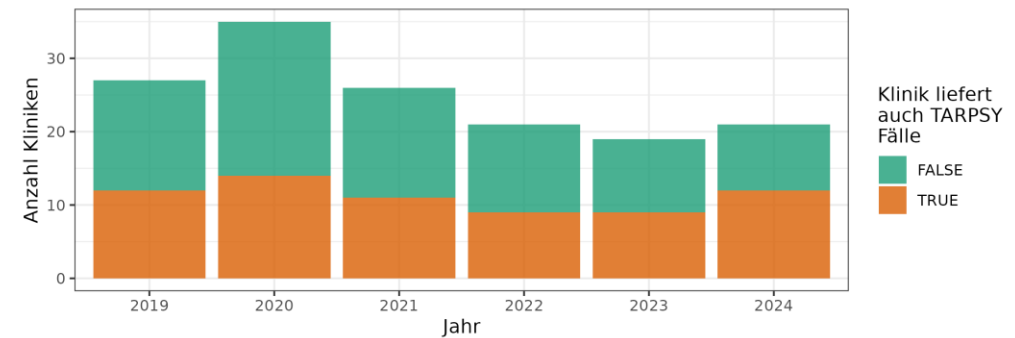
## Tarifübergreifende Situation

- Schnittstellen zur Tarifstruktur TARPSY untersuchen
  - Abwanderung psychosomatischer Fälle zu TARPSY?

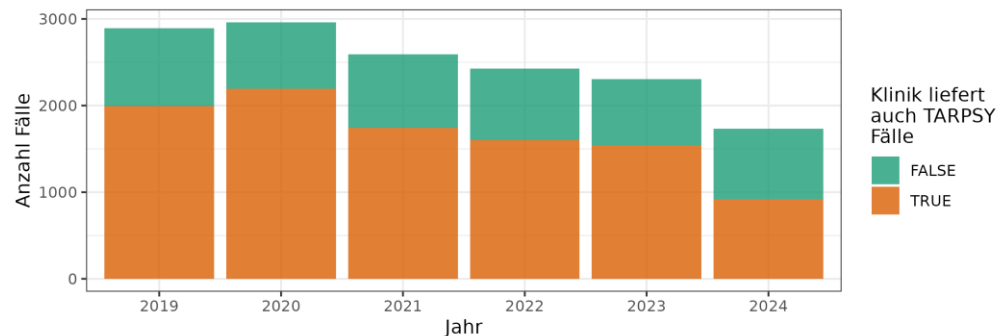
Entwicklung der Anzahl Kliniken in TR18Z



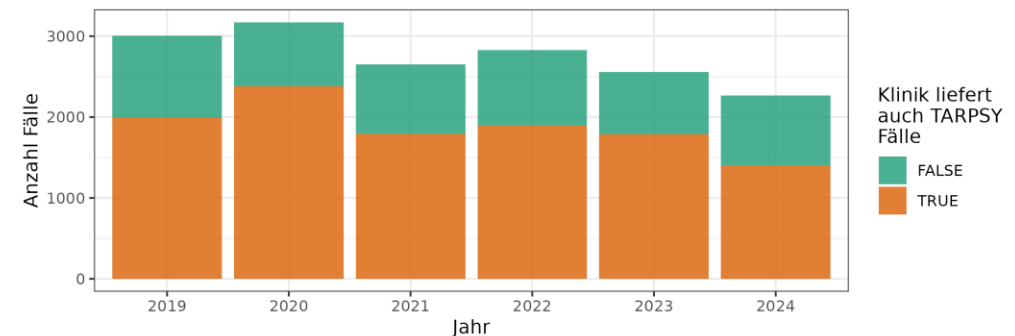
Entwicklung der Anzahl Kliniken in TR18Z inkl. geschätzte TR80-Fälle



Entwicklung der Anzahl Fälle in TR18Z



Entwicklung der Anzahl Fälle in TR18Z inkl. geschätzte TR80-Fälle





## Analyse zu neuen reha-spezifischen Spitaltypologien

- BFS-Typologien bilden Spezialisierungsgrad in der Rehabilitation bedingt ab

## Was wurde gemacht

- Verschiedene Gruppierungsansätze anhand Daten 2024
  - Spezialisierung durch Mindestfallzahlen in Basis-RCGs
  - Spezialisierung durch Mindestanteile in Basis-RCGs
  - Kombinationen

## Herausforderungen: Definition der Schwellenwerte

**Fazit:** Alternative Spitaltypologien müssen weiter untersucht werden, allenfalls zusätzliche Faktoren berücksichtigen

## Verwendung der Kostendaten nach VKL ab 2027

- Aufforderung des BAG, die ANK zukünftig nach VKL zu bewerten
- Vergleichsanalyse erfolgte 2023 in Zusammenarbeit mit H+
  - Doppelerhebung: ANK sowohl nach REKOLE als auch nach VKL
  - Resultat: Es sind keine negativen Einflüsse auf die Tarifstrukturen messbar

## Fazit

In Absprache mit der Fachgruppe REKOLE sowie dem Verwaltungsrat der SwissDRG AG wurde die Erhebung der ANK nach VKL ab dem Datenjahr 2027 gutgeheissen.

# Inhalt



1. Datengrundlage
2. Schweregrad: Patient Severity Level (PSL)
3. Grouper
  - Übergreifende Themen
  - Funktionen
  - Weiterentwicklung
4. Kalkulation der Kostengewichte
  - Methodik
  - Weiterentwicklung
5. Datenanalysen
6. **Kennzahlen**

# Kennzahlen



## Datengrundlage: Plausible Daten

	2019	2021	2022	2023	2024
<b>Version</b>	<b>R1.0</b>	<b>R2.0</b>	<b>R3.0</b>	-	<b>R4.0</b>
Durchschnittliche Tageskosten	759	799	784	823	828
Durchschnittliche Verweildauer	23.9	23.6	24.3	24.7	24.7
Bezugsgrösse	759	786	766	-	809
Hypothetischer Basispreis (HBR)	759	787	766	-	820

$$BG = \frac{\sum EVG_{R4.0, Anw.bereich}}{\sum ECW_{R3.0, Anw.bereich}}, HBR = \frac{\sum Gesamtkosten_{Kalk.daten}}{\sum ECW_{R4.0, Kalk.daten}}$$

# Kennzahlen

## Deckungsgrad (DG) und Day Mix Index (DMI) nach BFS Spitaltypologien

Aus Datenschutzgründen werden nicht alle Typologien angezeigt

BFS Spitaltypologie	Anzahl Fälle	Anteil	Ø AHD <sup>2</sup> (Tage)	DG R3.0	DG R4.0	DMI <sup>3</sup> R3.0	DMI <sup>3</sup> R4.0
Universitätsspitäler <sup>1</sup>	8'529	11%	25.1	78%	81%	1.107	1.113
K1* Allgemeine Krankenhäuser (exkl. K111)	11'899	16%	21.6	99%	100%	1.005	0.993
K221 Rehabilitationskliniken	52'876	69%	25.1	106%	105%	0.994	0.96
K23* Andere Spezialkliniken (exkl. K233)	2'692	4%	28.4	94%	95%	1.121	1.108

<sup>1</sup> K111 und K233

<sup>2</sup> Ø AHD = Durchschnittliche Aufenthaltsdauer

<sup>3</sup>  $DMI = \sum ECW / \sum AHD$

# Kennzahlen



## Deckungsgrad (DG) und Day Mix Index (DMI) nach Alterskategorien

Alterskategorie	Anzahl Fälle	Anteil	Ø AHD <sup>1</sup> (Tage)	DG R3.0	DG R4.0	DMI <sup>2</sup> R3.0	DMI <sup>2</sup> R4.0
Unter 19 Jahre	662	1%	44.3	94%	100%	1.772	1.779
19 bis 64-Jährige	18'843	25%	27.4	101%	100%	1.001	0.961
65 Jahre und älter	56'874	74%	23.5	100%	100%	1.00	0.98

<sup>1</sup> Ø AHD = Durchschnittliche Aufenthaltsdauer

<sup>2</sup> DMI =  $\sum ECW / \sum AHD$

Datenbasis: ST Reha Kalkulationsdatensatz 2024, hypothetische Baserate für Nullgewinne: 820 CHF

# Kennzahlen

Das  $R^2$  stammt von einer einfachen Regression mit Gesamtkosten inkl. ANK als abhängige Variable und dem effektiven Kostengewicht als erklärende Variable:

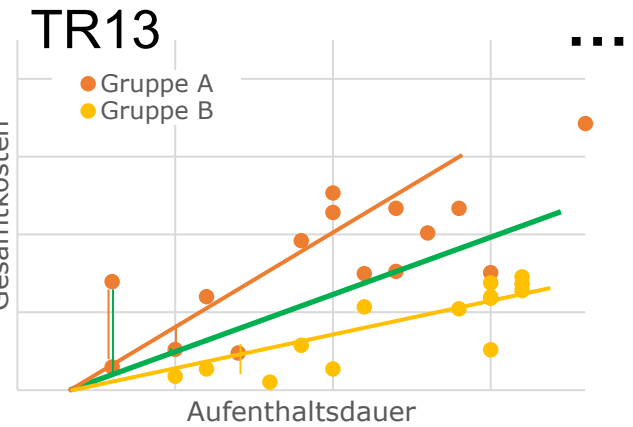
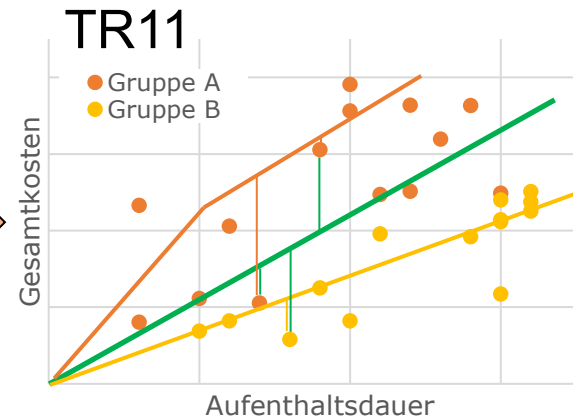
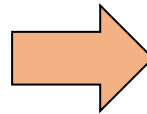
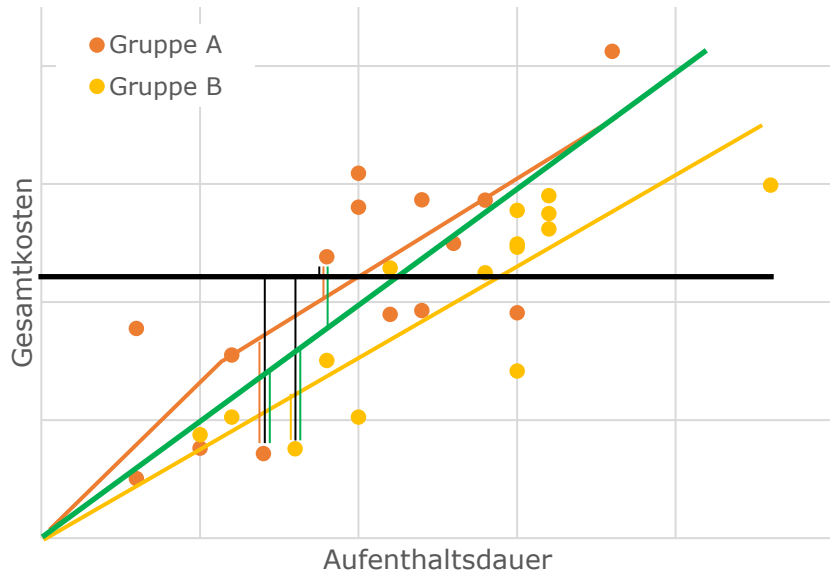
$$\text{Gesamtkosten}_i = \beta_1 + \beta_2 \text{ecw}_i + \varepsilon_i$$

Version	Datenjahr	$R^2$
ST Reha 4.0	2024	0.867
ST Reha 3.0	2024	0.851
ST Reha 3.0	2022	0.855

# Kennzahlen

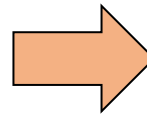
## Ergänzende Gütemasse zur Beurteilung der Gruppierungsqualität

### Gesamte Schweiz



$$\text{Klassisches } R_{ges}^2 = 1 - \frac{SSE_{R4.0,ges}}{SST_{ges}}$$

$$\text{Pseudo-}R_{ges}^2 = 1 - \frac{SSE_{R4.0,ges}}{SSE_{fit,ges}}$$



$$\text{Pseudo-}R_{ARCG}^2 = 1 - \frac{SSE_{R4.0,ARCG}}{SSE_{fit,ARCG}}$$

«schweizweit identische Tagespauschale»

«identische Tagespauschale pro Basis-RCG»



# Kennzahlen



KPI	ARCG	R3.0	R4.0	Diff
Klass. R <sup>2</sup>	Alle	0.851	0.867	<b>0.016</b>
Pseudo-R <sup>2</sup>	Alle	0.433	0.513	<b>0.08</b>

KPI	ARCG	R3.0	R4.0	Diff
Pseudo-R <sup>2</sup>	TR11	0.13	0.26	<b>0.13</b>
	TR13	0.18	0.29	<b>0.12</b>
	TR14	0.08	0.27	<b>0.19</b>
	TR15	0.05	0.13	<b>0.08</b>
	TR16	0.17	0.30	<b>0.13</b>
	TR17	0.04	0.11	<b>0.07</b>
	TR18	-0.06	0.09	<b>0.15</b>
	TR19	-0.06	0.09	<b>0.15</b>

## Fazit

- Erklärungsanteil im klass. R<sup>2</sup>: 87%
- Erklärungsanteil im Pseudo-R<sup>2</sup>: 51%

## Auf Basis-RCG Ebene

- R4.0 erklärt 22%\* der Varianzen der Basis-RCG-Tagesansätze
- R4.0 hat durchschnittlich 12% höhere Erklärungskraft als R3.0

\*= fallzahlgewichteter Mittelwert über alle Basis-RCGs

# Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

**SwissDRG AG**

Länggassstrasse 31

CH-3012 Bern

Tel: +41 (0) 31 310 05 50

E-Mail: [reha@swissdrg.org](mailto:reha@swissdrg.org)

---