



Informationsveranstaltung SwissDRG AG ST Reha – Version 4.0 / 2027

14. April 2026
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
7. Ausblick

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
7. Ausblick

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	70
Fälle in Anwendungsbereich	76'295	80'735	83'130	85'239	86'586	86'326
Plausible Fälle	59'585	55'460	64'995	73'417	75'703	76'128
Anteil plausible Fälle	78%	69%	78%	86%	87%	88%
Anzahl Fälle gemäss BFS	83'492	90'278	92'010	93'065	94'767	97'036

Datenerosion 2024



Übersicht Plausibilisierung der Daten 2024

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

¹ Erfasste Kommentierungen 2024: 4'695

Plausibilisierungen



Übersicht Kommentarbearbeitung der Daten 2024

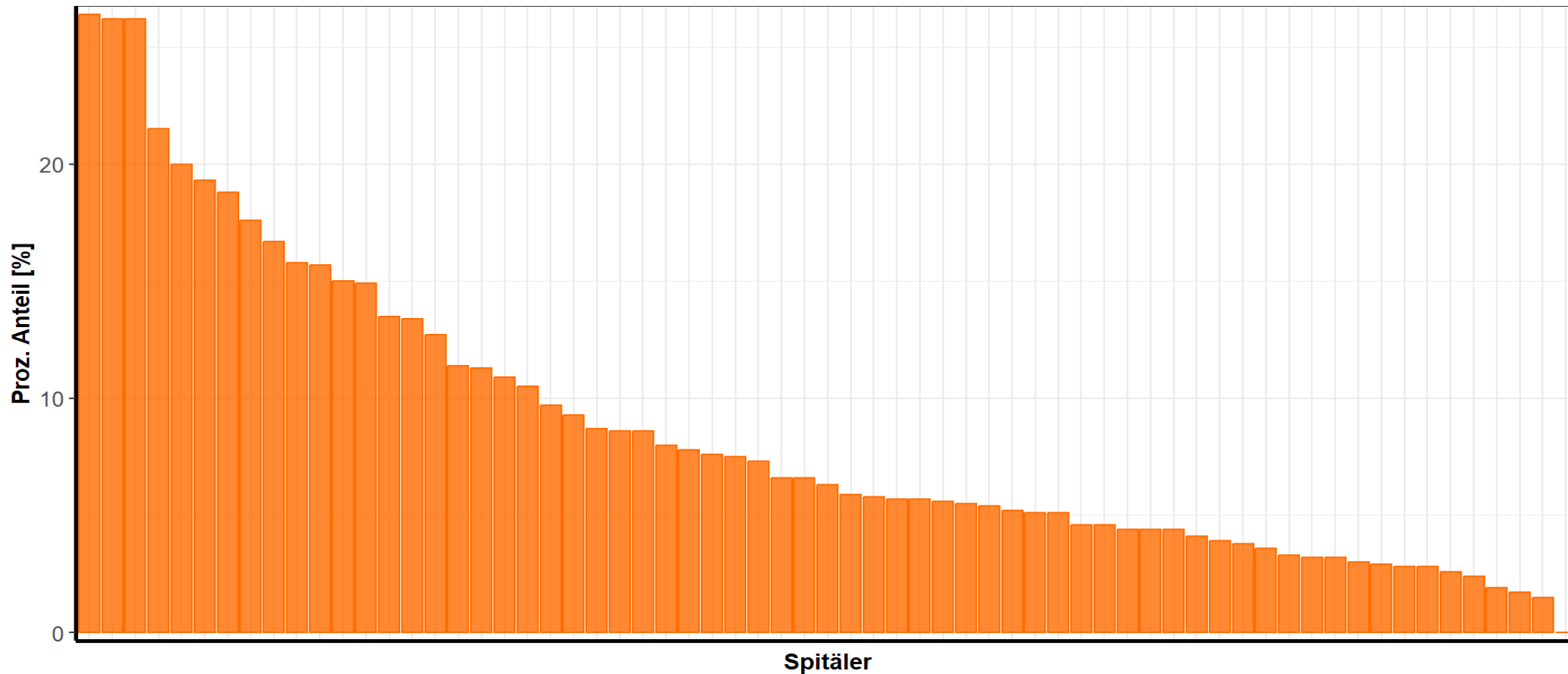
Datenjahr	Anzahl Fehler in den Plausibilitätsprüfungen	Anzahl Kommentare	Anteil Kommentare	Anzahl angenommener Kommentare	Anteil angenommener Kommentare
2022	16'347	6'879	42%	2'918	42%
2023	12'052	4'816	40%	1'987	41%
2024	8'892	4'695	53%	2'193	47%

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

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

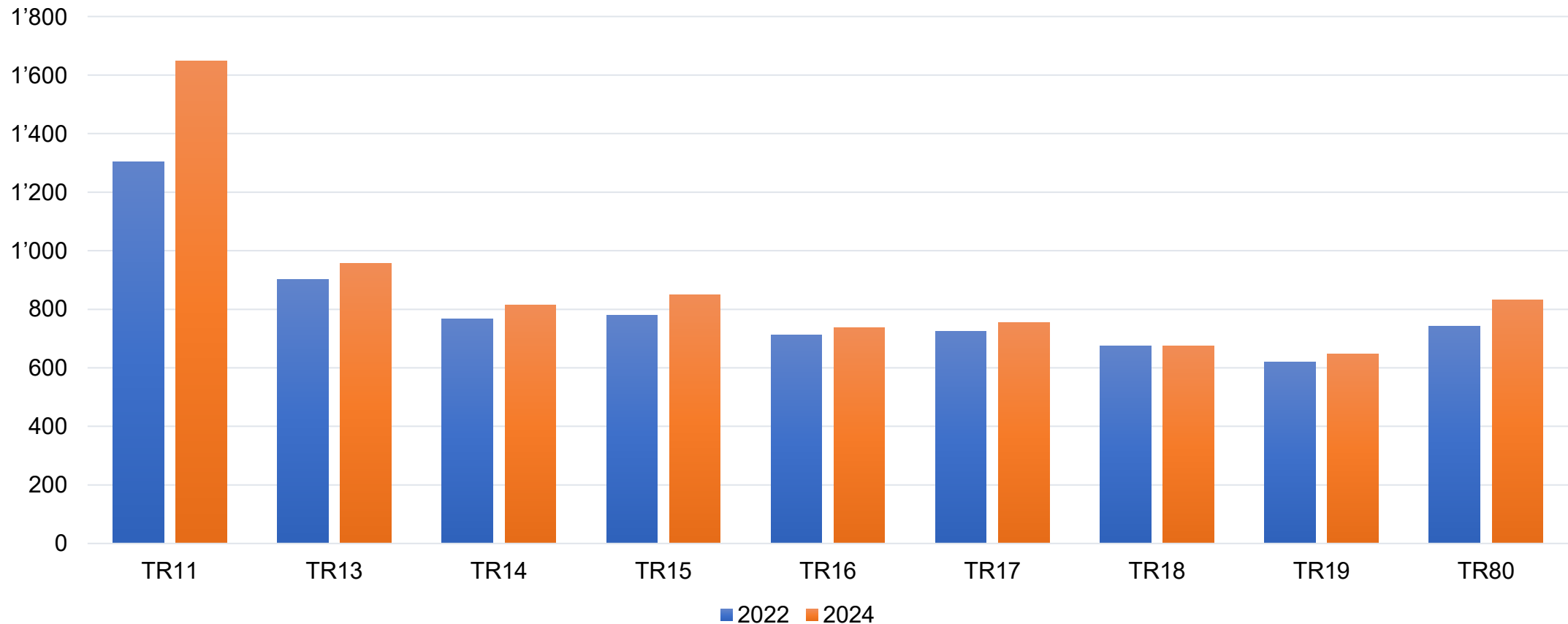
DE = Anzahl Lieferungen Detailerhebung; Datenl. = Anzahl Kliniken mit Daten in der Datenlieferung; svL: separat verrechenbare Leistungen

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

Kostenzunahme I

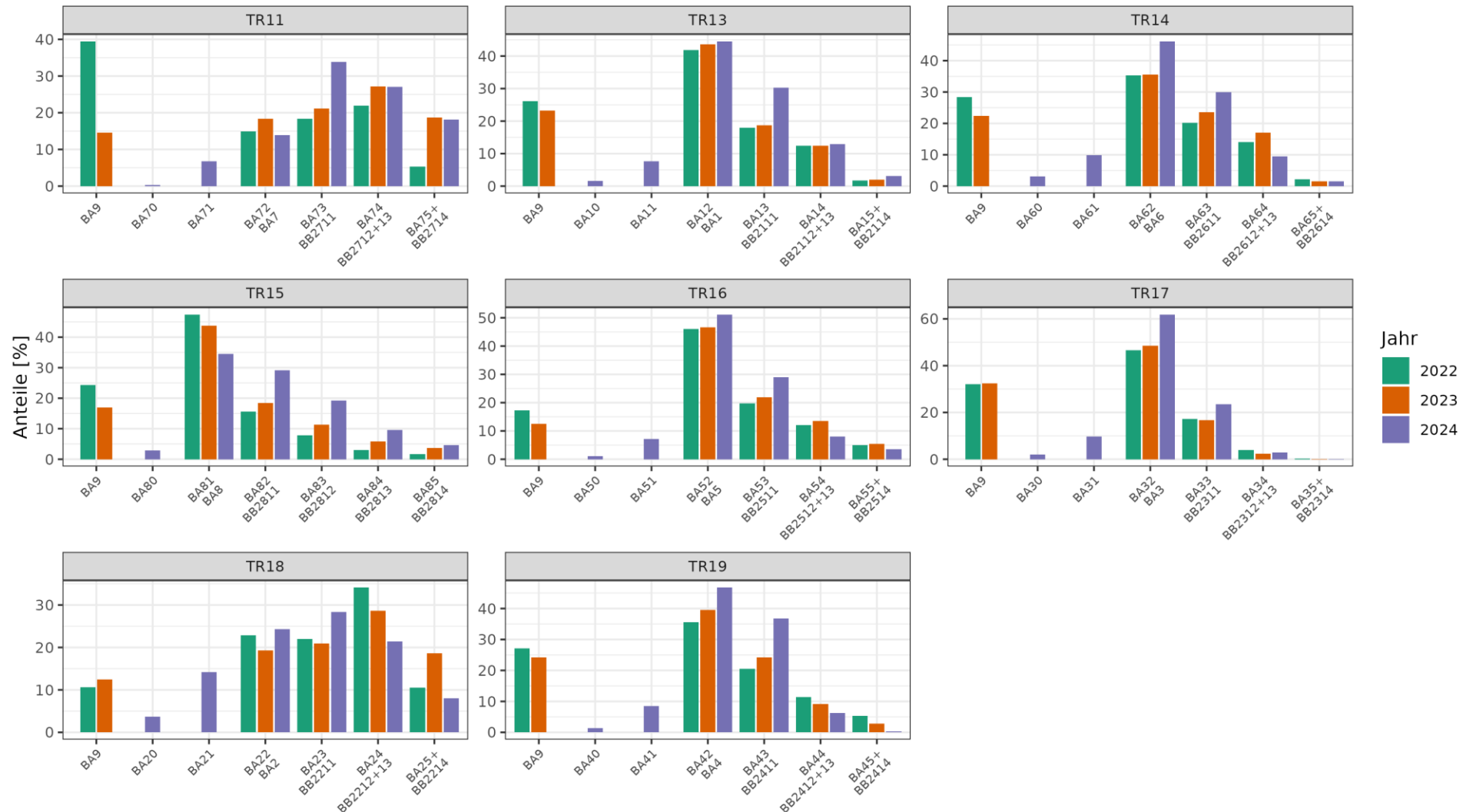


Durchschnittliche Tageskosten je Basis-RCG



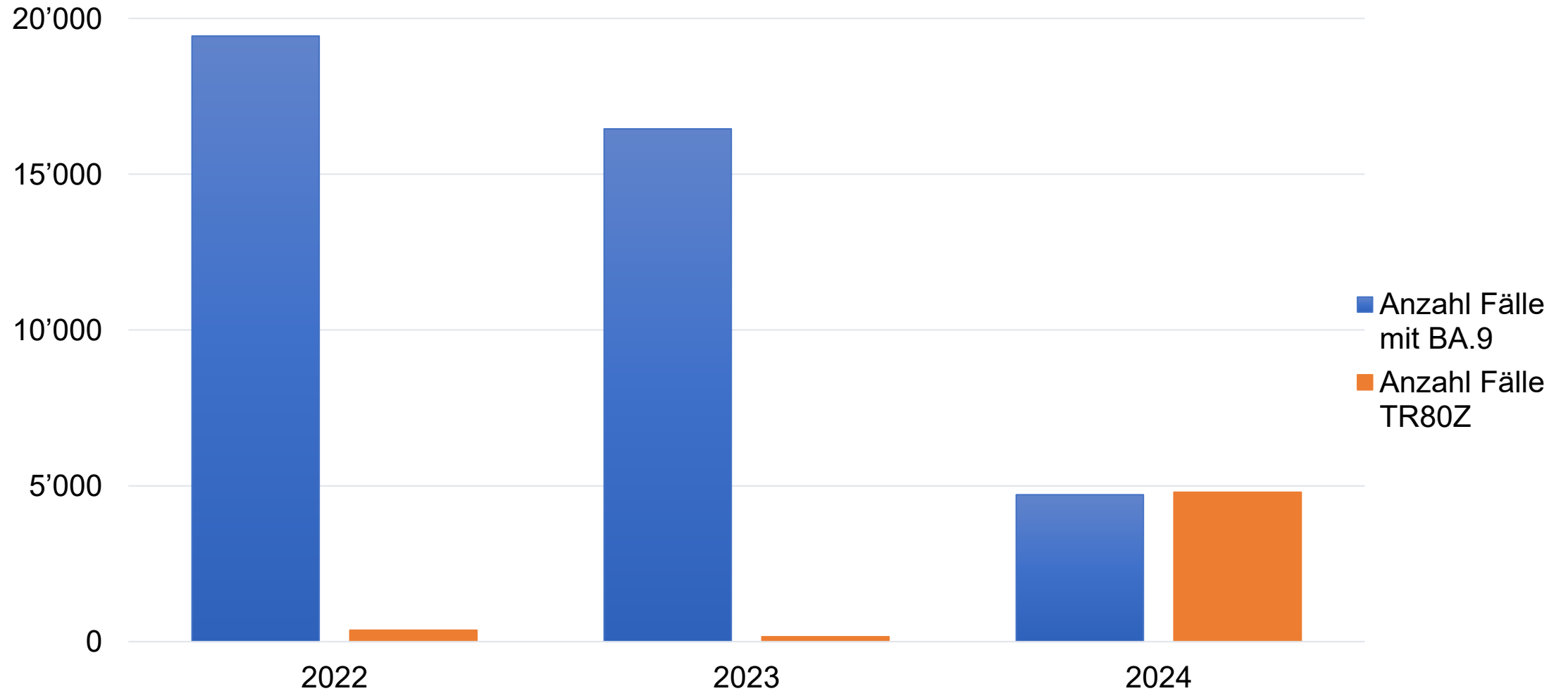
Übersicht neue BA-Kodes / BB.2X-Kodes

Verteilung Anteile der Rehaarten nach Basis-RCG und Jahr



TR80Z

Anzahl der BA.9 Kodierung sowie TR80Z-Fälle über die Jahre



Gründe für Erfassung eines BA.9



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

Inhalt



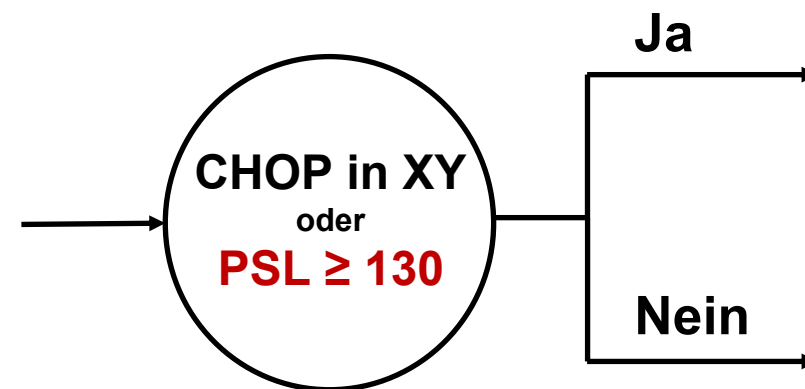
1. Datengrundlage
2. **Schweregrad: Patient Severity Level (PSL)**
3. Grouper
 - Übergreifende Themen
 - Funktionen
 - Weiterentwicklung
4. Kalkulation der Kostengewichte
 - Methodik
 - Weiterentwicklung
5. Datenanalysen
6. Kennzahlen
7. Ausblick

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

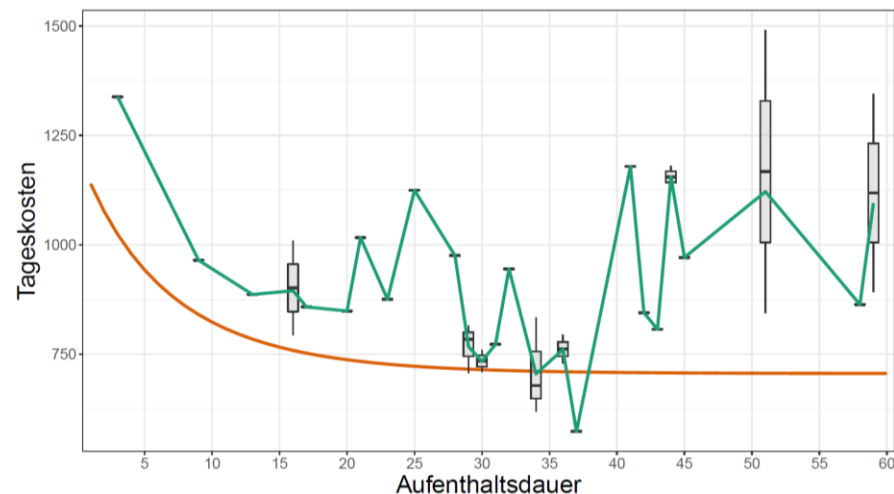
- Basis für die Berechnungen bilden die Datenjahre **2021-2024**
- Ca. 290'000 Fälle
- Ca. 3'500'000 Diagnosen (ICD-10 GM 2022)
 - Durchschnittlich 12 Diagnosen pro Fall
 - 9'384 disjunkte Diagnosen
- Basis-RCGs: TR13, TR14, TR15, TR16, TR17, TR18, TR19

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	85.4%	87.1%	84.9%	85.0%	77.4%	86.1%	90.0%	83.9%
1	10.7%	10.0%	11.6%	12.5%	15.5%	10.5%	7.4%	9.5%
2	2.9%	2.1%	2.7%	2.0%	5.2%	2.7%	1.8%	4.4%
3	0.8%	0.6%	0.7%	0.4%	1.4%	0.5%	0.6%	1.7%
4	0.2%	0.1%	0.1%	0.1%	0.4%	0.1%	0.1%	0.5%
5	0.1%	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
$x < 110$	36.5%	20.3%	21.6%	43.8%	40.1%	37.3%	59.8%	51.2%
$110 \leq x < 115$	24.0%	22.1%	24.1%	26.5%	25.0%	26.3%	27.2%	17.0%
$115 \leq x < 120$	11.4%	15.3%	15.7%	12.4%	8.8%	11.7%	6.2%	4.3%
$120 \leq x < 125$	8.5%	10.2%	11.5%	7.4%	7.6%	7.9%	2.8%	8.8%
$125 \leq x < 130$	6.9%	9.5%	11.2%	5.6%	5.6%	6.5%	1.7%	5.2%
$130 \leq x < 135$	3.0%	4.6%	4.0%	1.6%	3.1%	2.9%	0.9%	2.5%
$135 \leq x < 140$	3.1%	5.6%	4.3%	1.3%	2.8%	2.8%	0.5%	2.9%
$140 \leq x < 145$	1.8%	2.9%	2.6%	0.7%	1.7%	1.5%	0.2%	2.0%
$145 \leq x < 150$	1.6%	2.7%	1.7%	0.3%	1.8%	1.2%	0.3%	2.1%
$150 \leq x$	3.3%	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
7. Ausblick

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)
- Aktuelles Antragsverfahren läuft noch bis zum 16.05.2026

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	-	

 Erhöht 120-129

 Stark erhöht 130-139

 Sehr stark erhöht 140-149

 Äusserst stark erhöht ≥150

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
7. Ausblick

Entwicklung neuer Funktionen

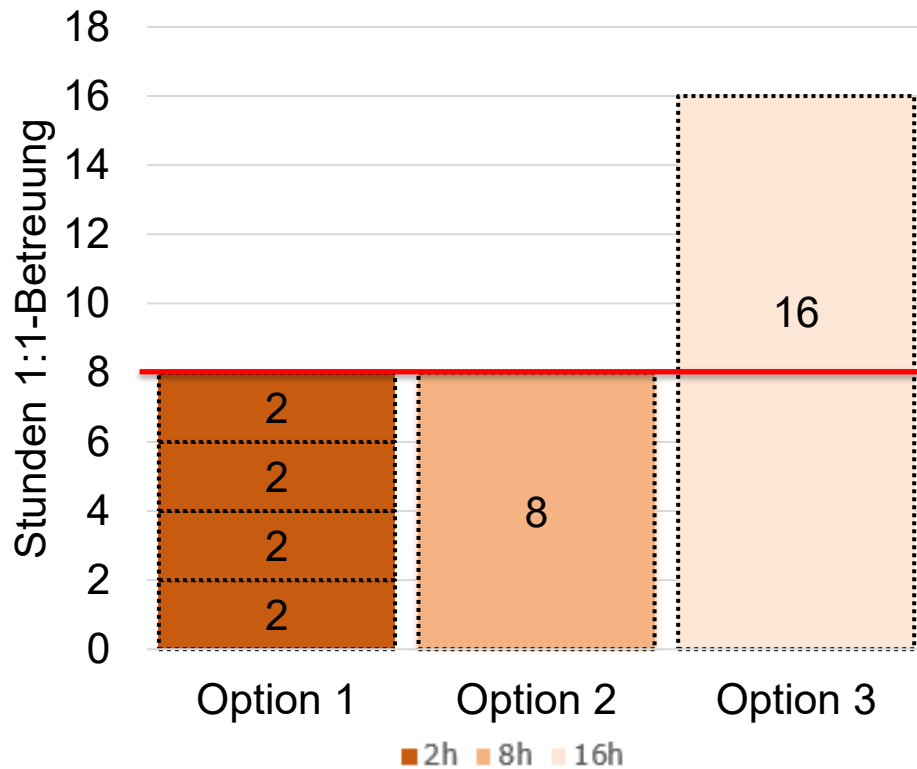
- 1:1-Betreuung
 - in Abhängigkeit von AHD
- Wundmanagement
 - in Abhängigkeit von AHD
- Vakuumbehandlung
 - In Abhängigkeit von AHD

1:1-Betreuung

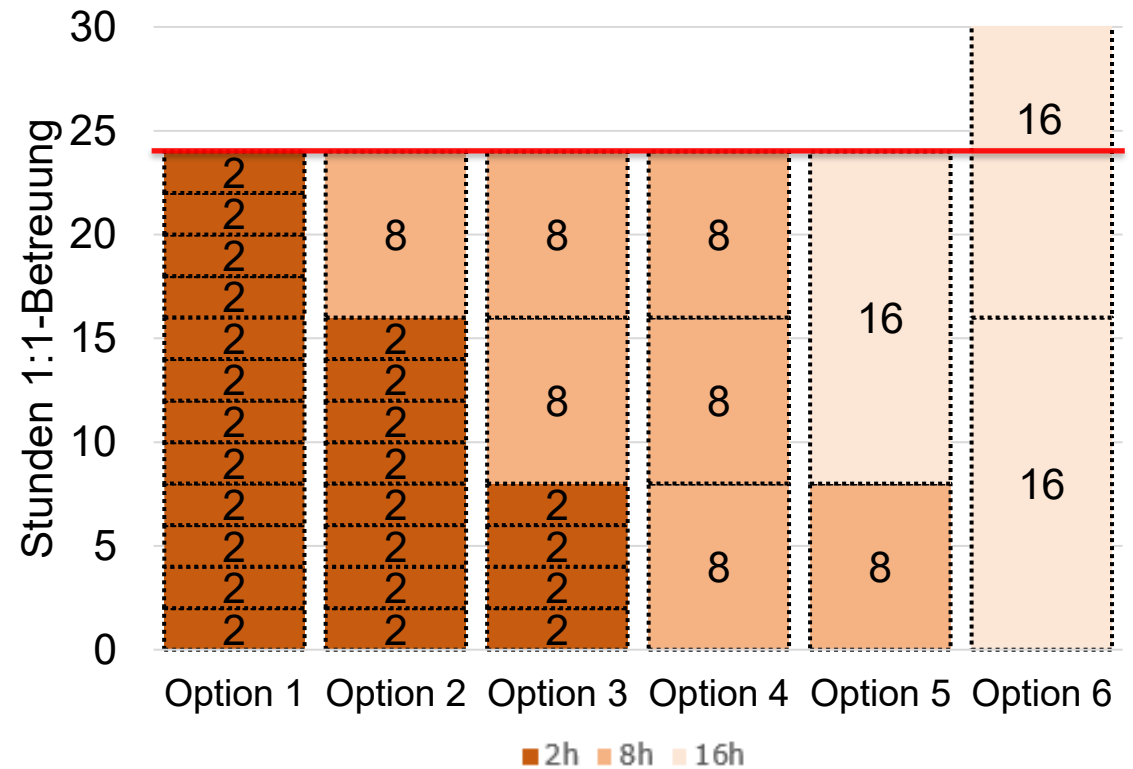
- **Mindestens 8 Stunden 1:1-Betreuung pro 7 Tage**
 - Orientiert an der Mindestzeit der Codes
 - BB.31.11 1:1-Betreuung in der Rehabilitation, mindestens **2 Stunden** bis 8 Stunden pro Tag
 - BB.31.12 1:1-Betreuung in der Rehabilitation, von mehr als **8 Stunden** bis 16 Stunden pro Tag
 - BB.31.13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

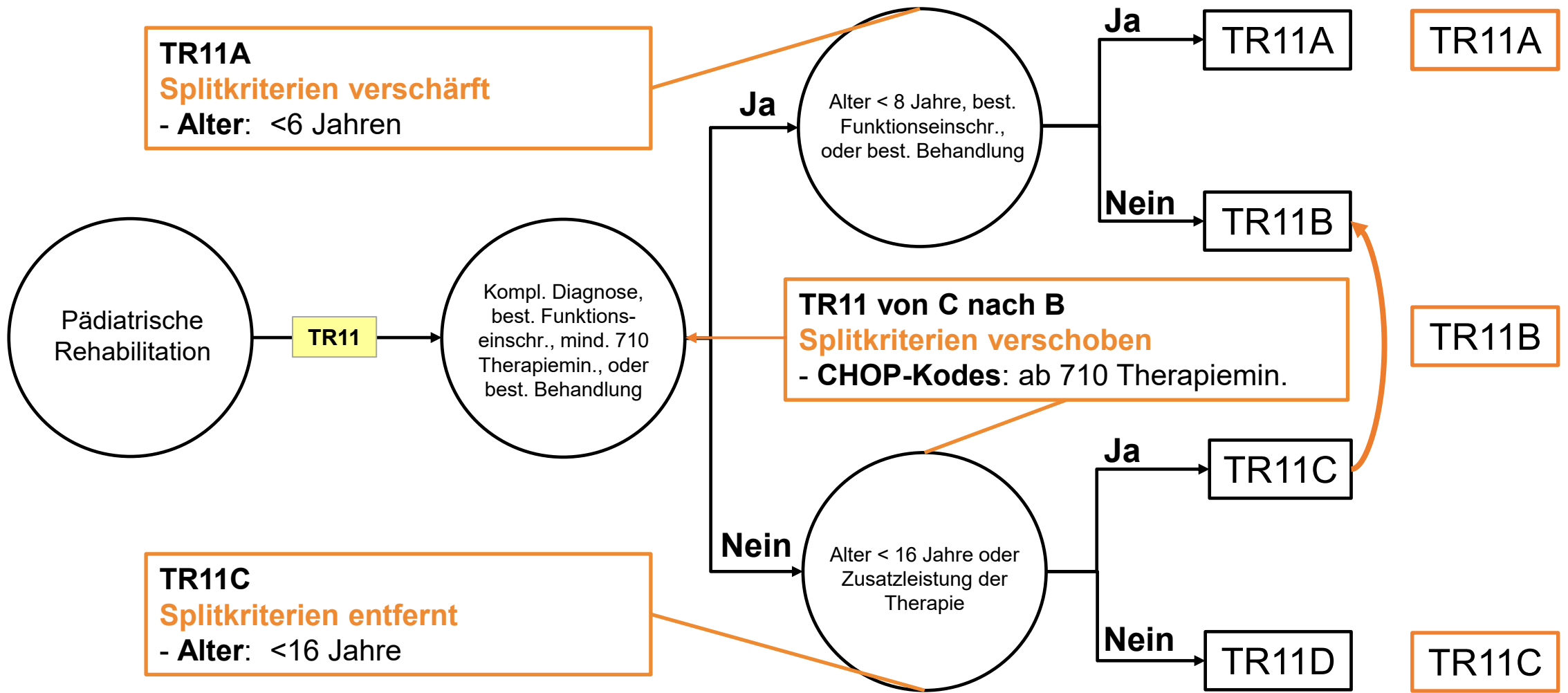
Aufenthaltsdauer	Mindestanzahl an Wechsel bzw. Neuanlagen
1 – 7 Tage	mindestens 1×
8 – 14 Tage	mindestens 2×
15 - 21 Tage	mindestens 3×
22 - 28 Tage	mindestens 4×
usw.	jeweils +1 Wechsel pro weitere 7 Tage

Inhalt

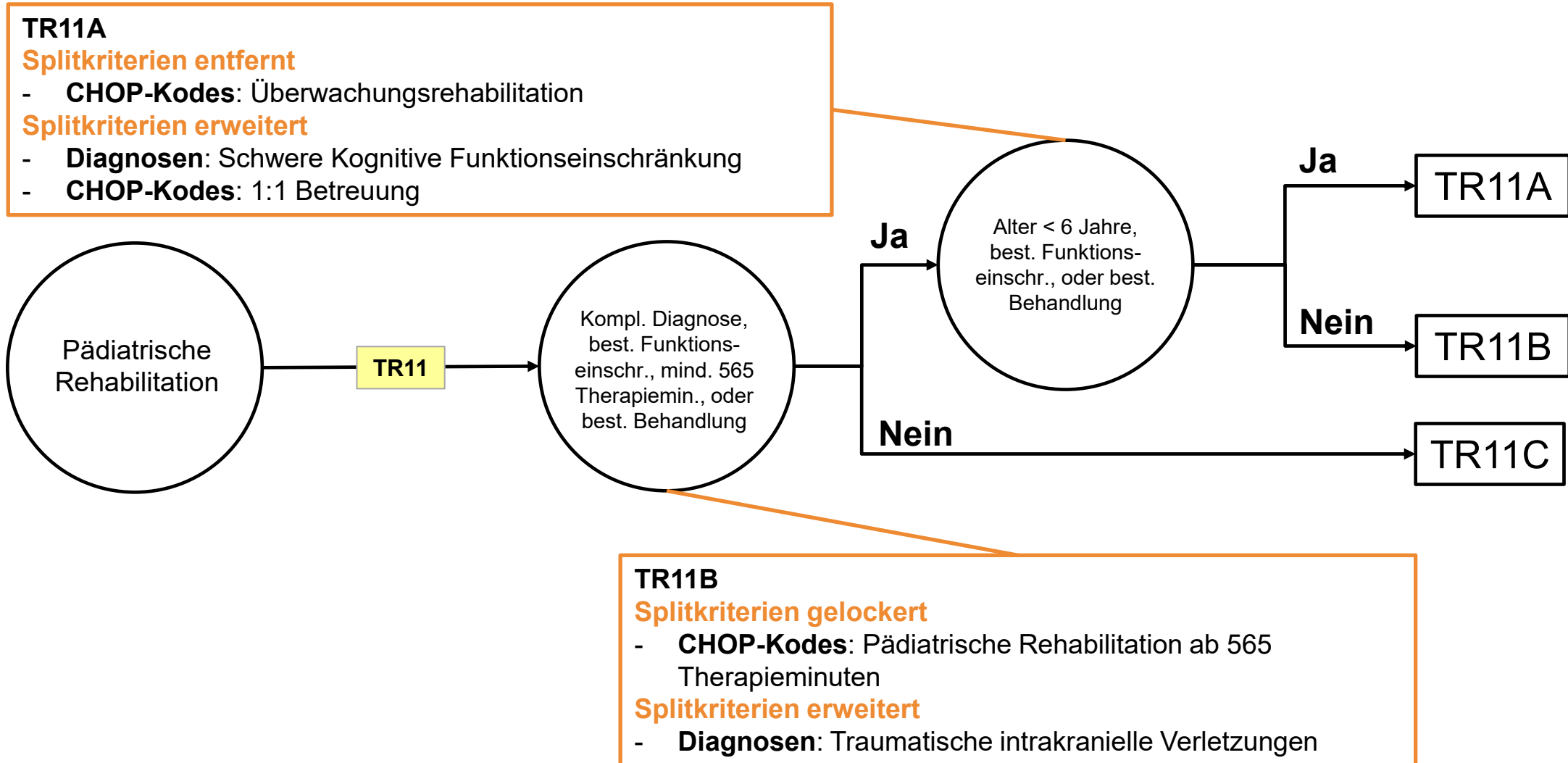


1. Datengrundlage
2. Schweregrad: Patient Severity Level (PSL)
- 3. Grouper**
 - Übergreifende Themen
 - Funktionen
 - Weiterentwicklung**
4. Kalkulation der Kostengewichte
 - Methodik
 - Weiterentwicklung
5. Datenanalysen
6. Kennzahlen
7. Ausblick

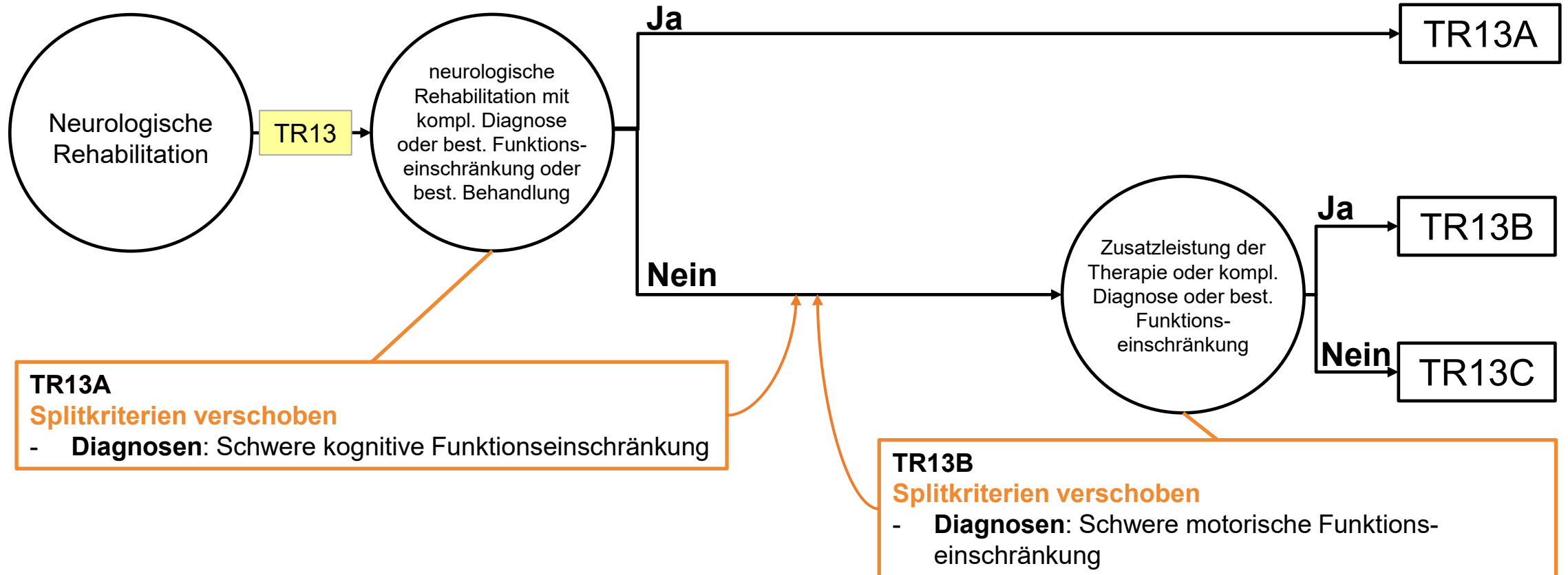
TR11



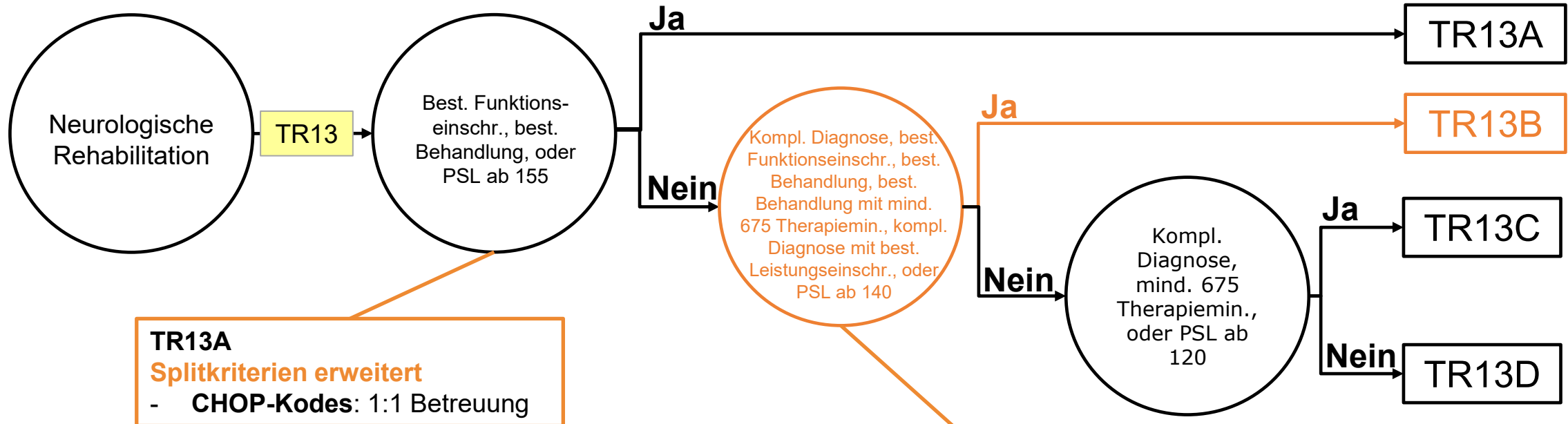
TR11



TR13



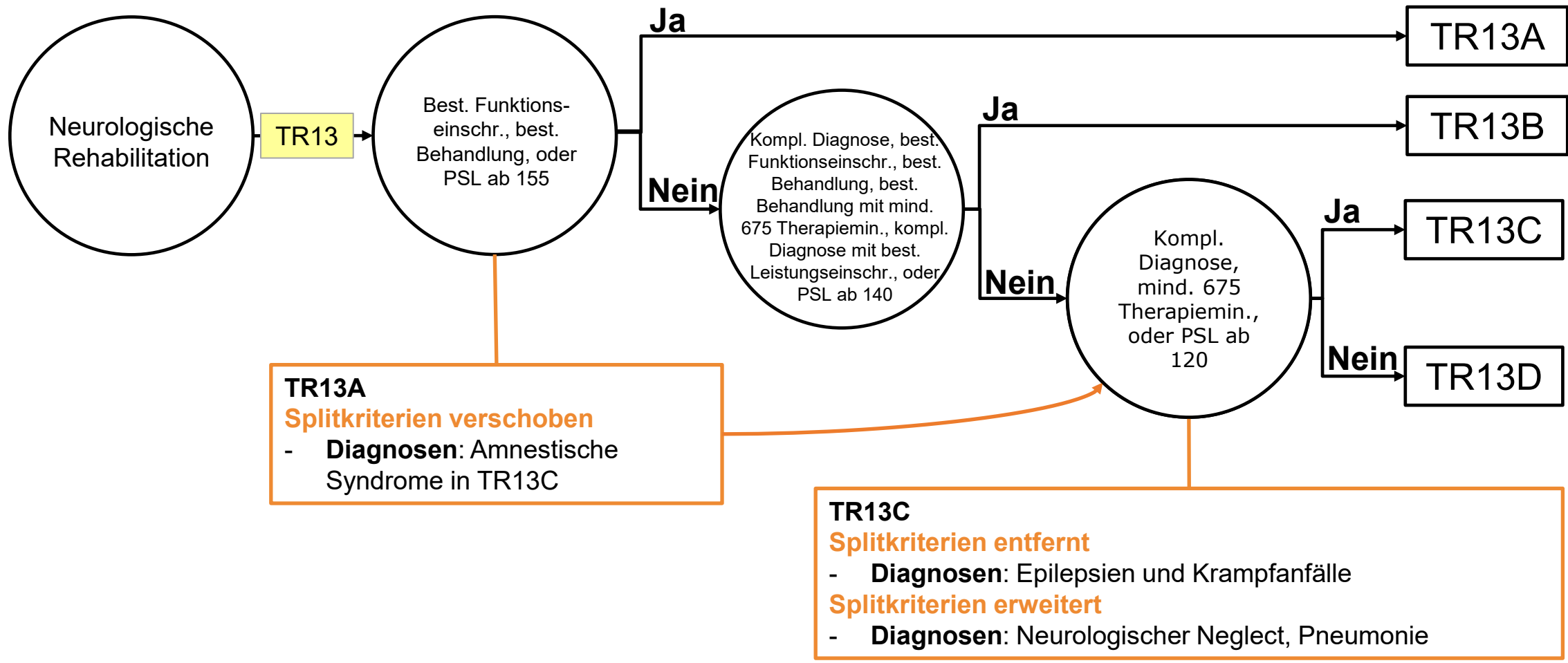
TR13



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

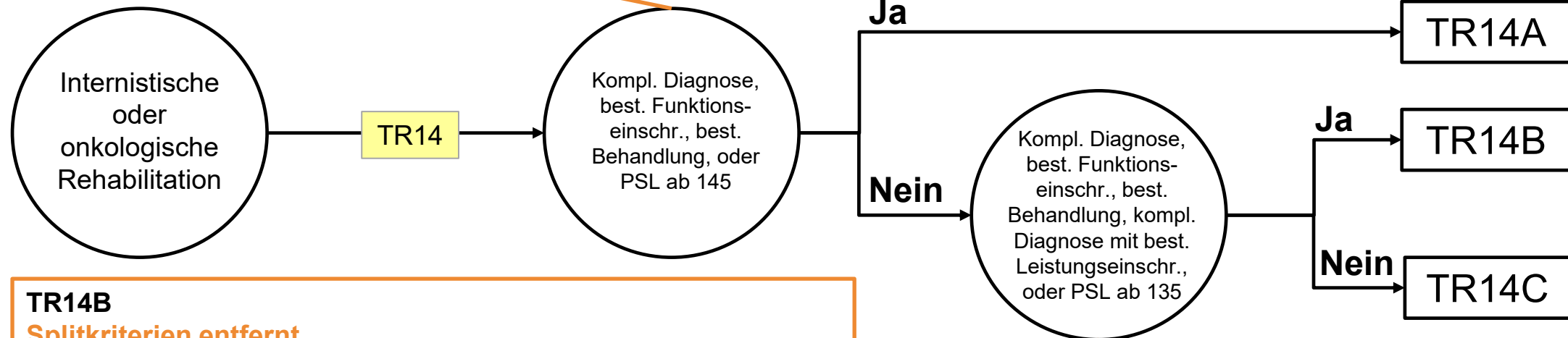


TR14

TR14A

Splitkriterien erweitert

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

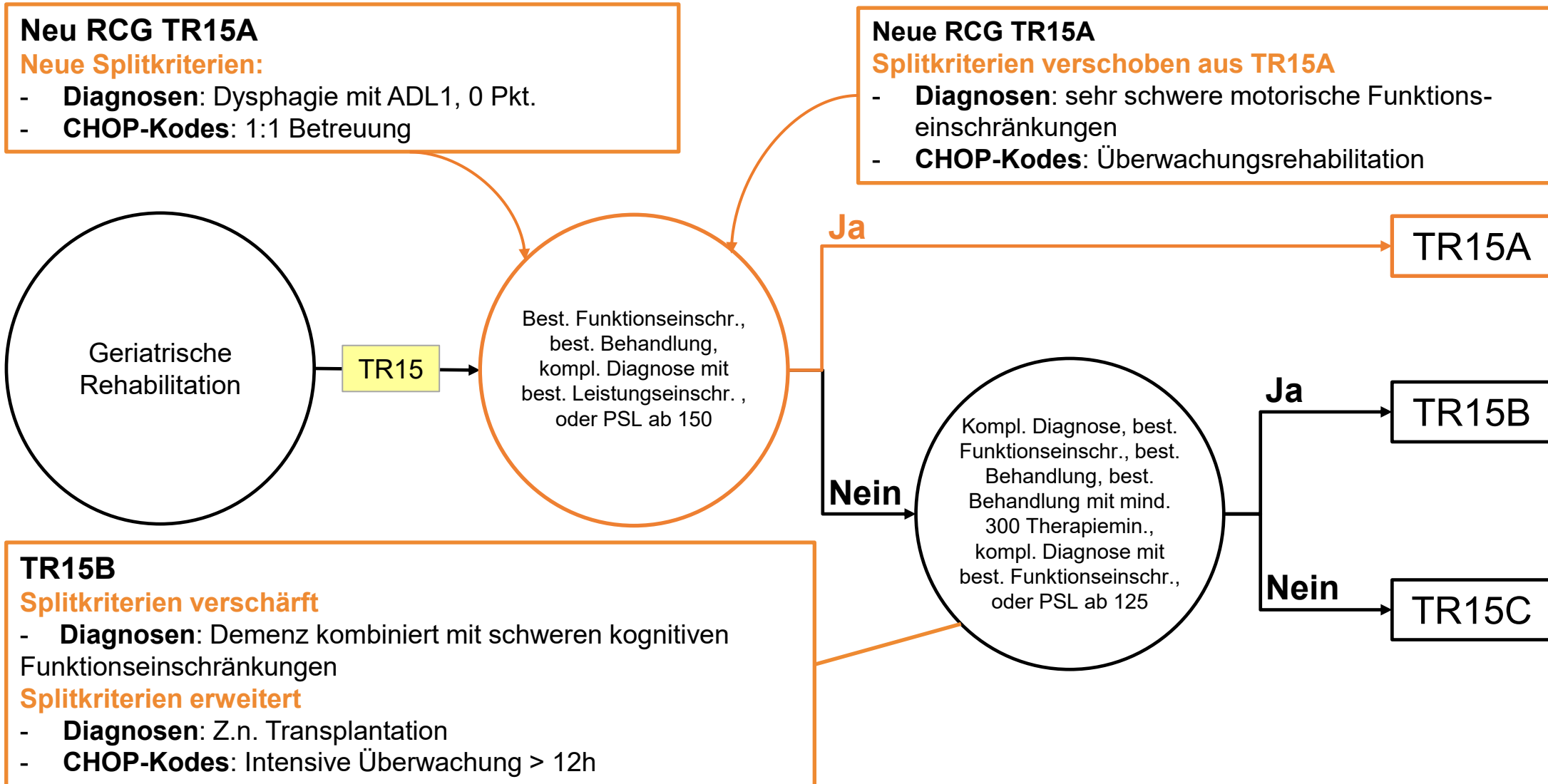


TR14B

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

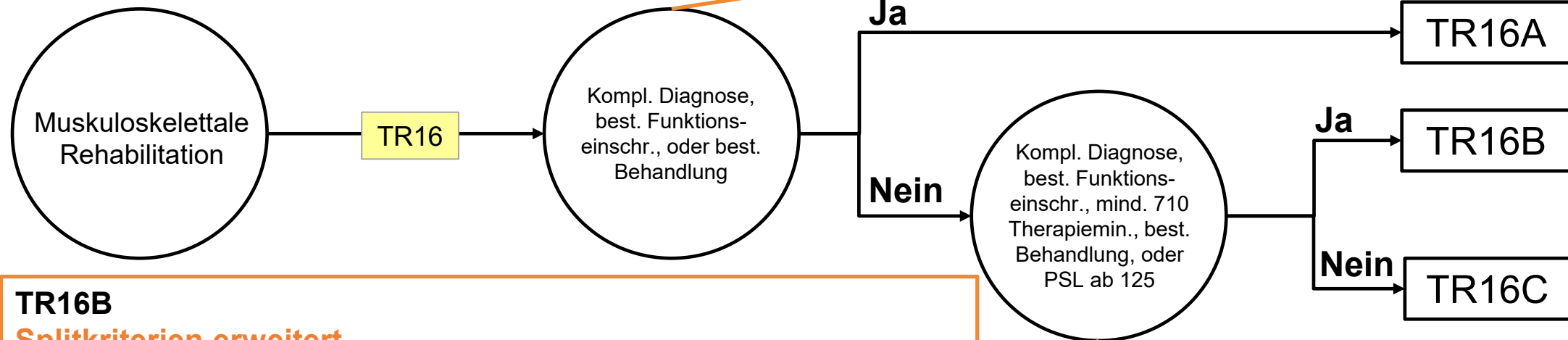


TR16

TR16A

Splitkriterien erweitert

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

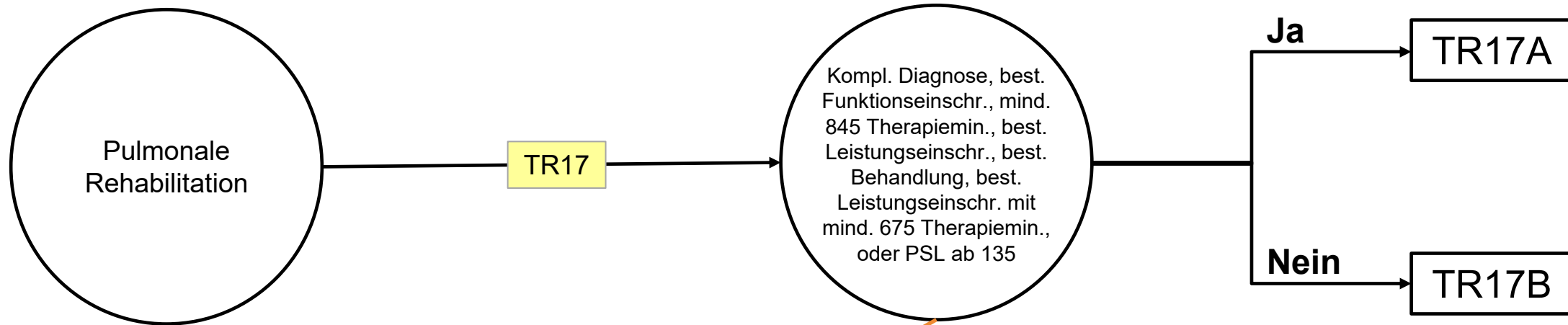


TR16B

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

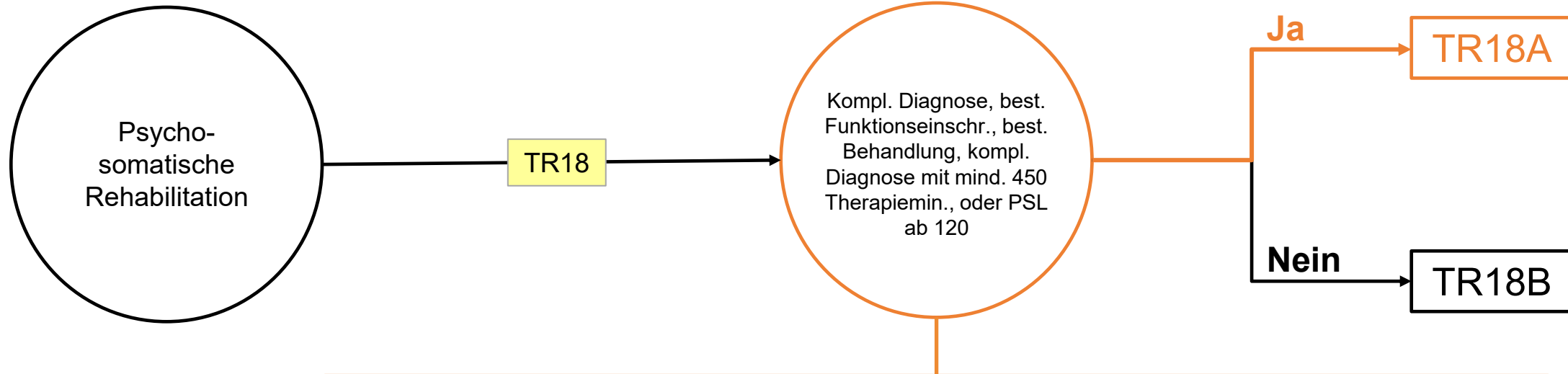
Splitkriterien erweitert

- **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

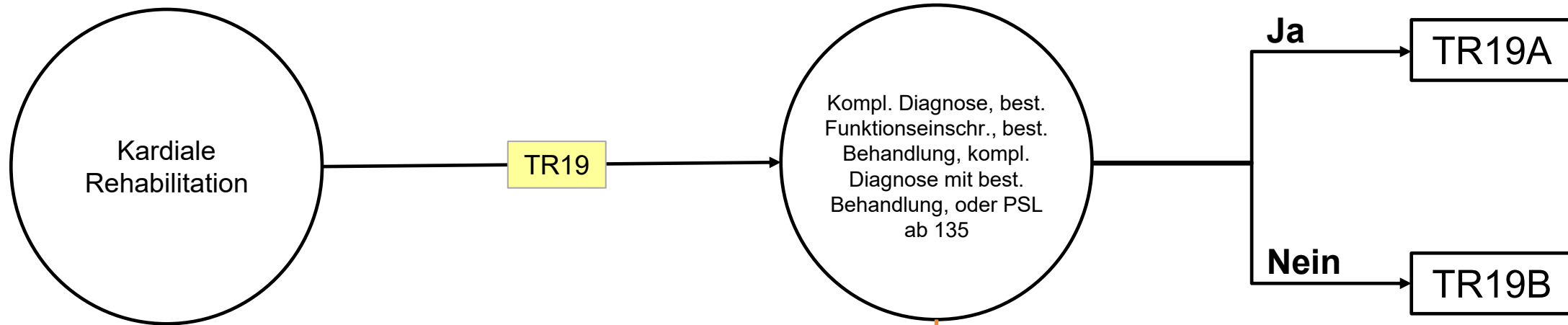


Neue RCG TR18A

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
Anzahl RCGs	22*	24
Bewertete RCGs	21*	23
Nicht abrechenbare RCG (TR96Z)	1	1

* Angepasste Zahlen aus der Systempräsentation vom 23.11.2023

Zusatzentgelte in ST Reha

Nummer	Name des Zusatzentgeltes	Entwickelt in Version	Kommentar
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	In R4.0 entfernt, abgebildet in SwissDRG V16.0
RZE-2027-03	Fidaxomicin, oral	ST Reha 4.0	Dosisklassen ergänzt durch V16.0
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
7. Ausblick

Entwicklungsschwerpunkte

- 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
- Abbildungsgüte der Kurzlieger
 - Alternative Kalkulationsansätze

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	90	190
TR11B	132	146	278
TR11C	19	28	47
Total	251	264	515

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

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

Alternative Kalkulationsansätze



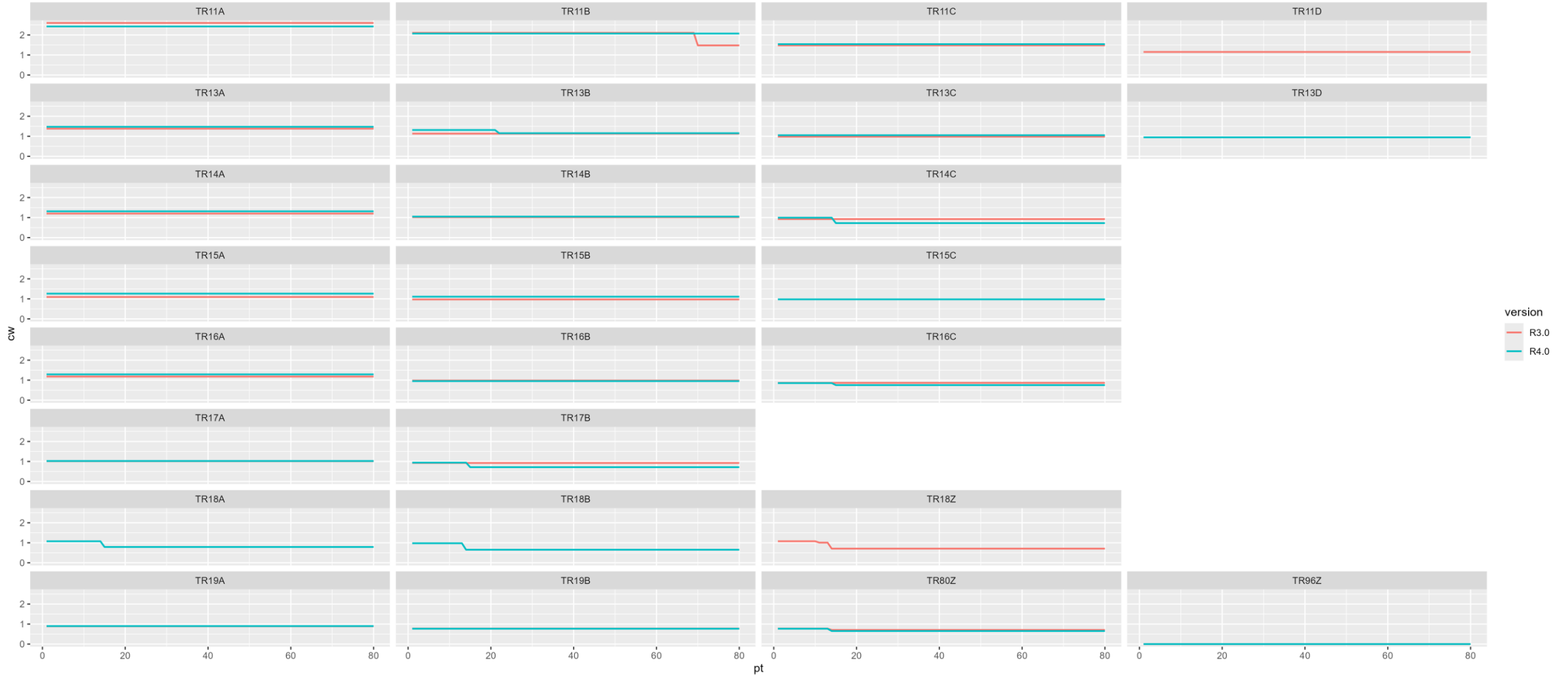
Alternative Kalkulationsansätze

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

Kostengewichte: Vergleich R3.0 & R4.0



cost weights, R3.0 & R4.0



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
7. Ausblick

Datenanalysen



Themen

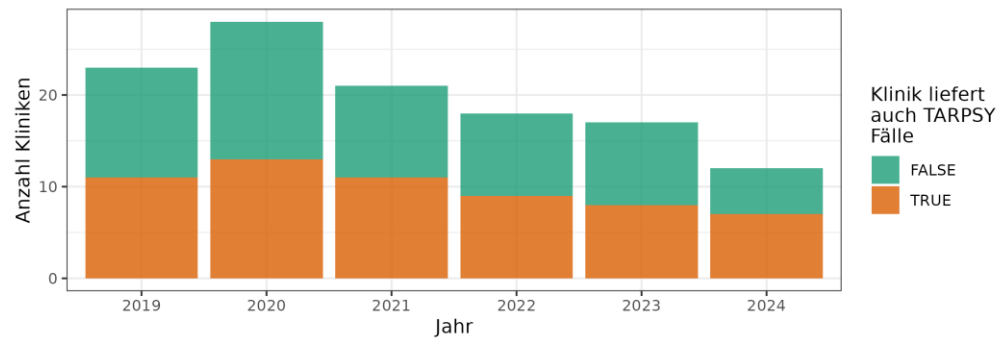
- Tarifübergreifende Situation
- Verwendung der Kostendaten nach VKL ab 2027

Datenanalysen

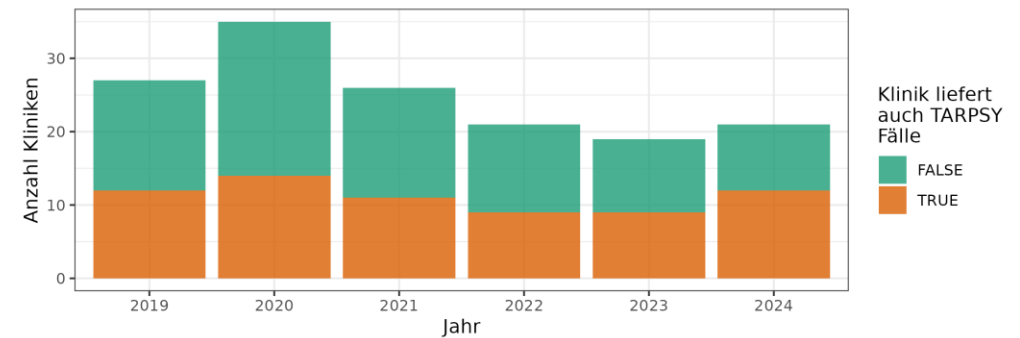
Tarifübergreifende Situation

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

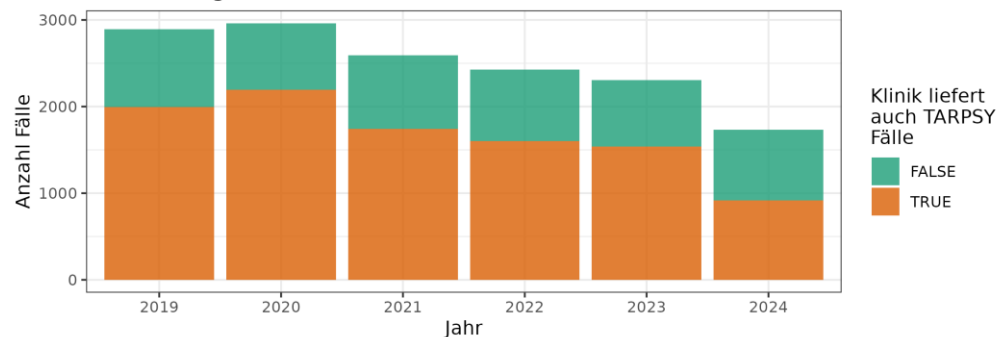
Entwicklung der Anzahl Kliniken in TR18Z



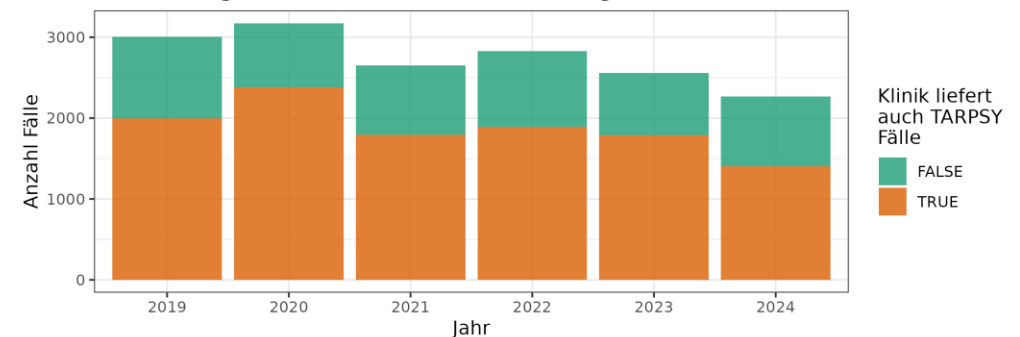
Entwicklung der Anzahl Kliniken in TR18Z inkl. geschätzte TR80-Fälle



Entwicklung der Anzahl Fälle in TR18Z



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



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**
7. Ausblick

Kennzahlen



Datengrundlage: Plausible Daten

	2019	2021	2022	2023	2024
Version	R1.0	R2.0	R3.0	-	R4.0
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 ² (Tage)	DG R3.0	DG R4.0	DMI ³ R3.0	DMI ³ R4.0
Universitätsspitäler ¹	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

¹ K111 und K233

² Ø AHD = Durchschnittliche Aufenthaltsdauer

³ $DMI = \sum ECW / \sum AHD$

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

Kennzahlen



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

Alterskategorie	Anzahl Fälle	Anteil	Ø AHD ¹ (Tage)	DG R3.0	DG R4.0	DMI ² R3.0	DMI ² 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

¹ Ø AHD = Durchschnittliche Aufenthaltsdauer

² 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:

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

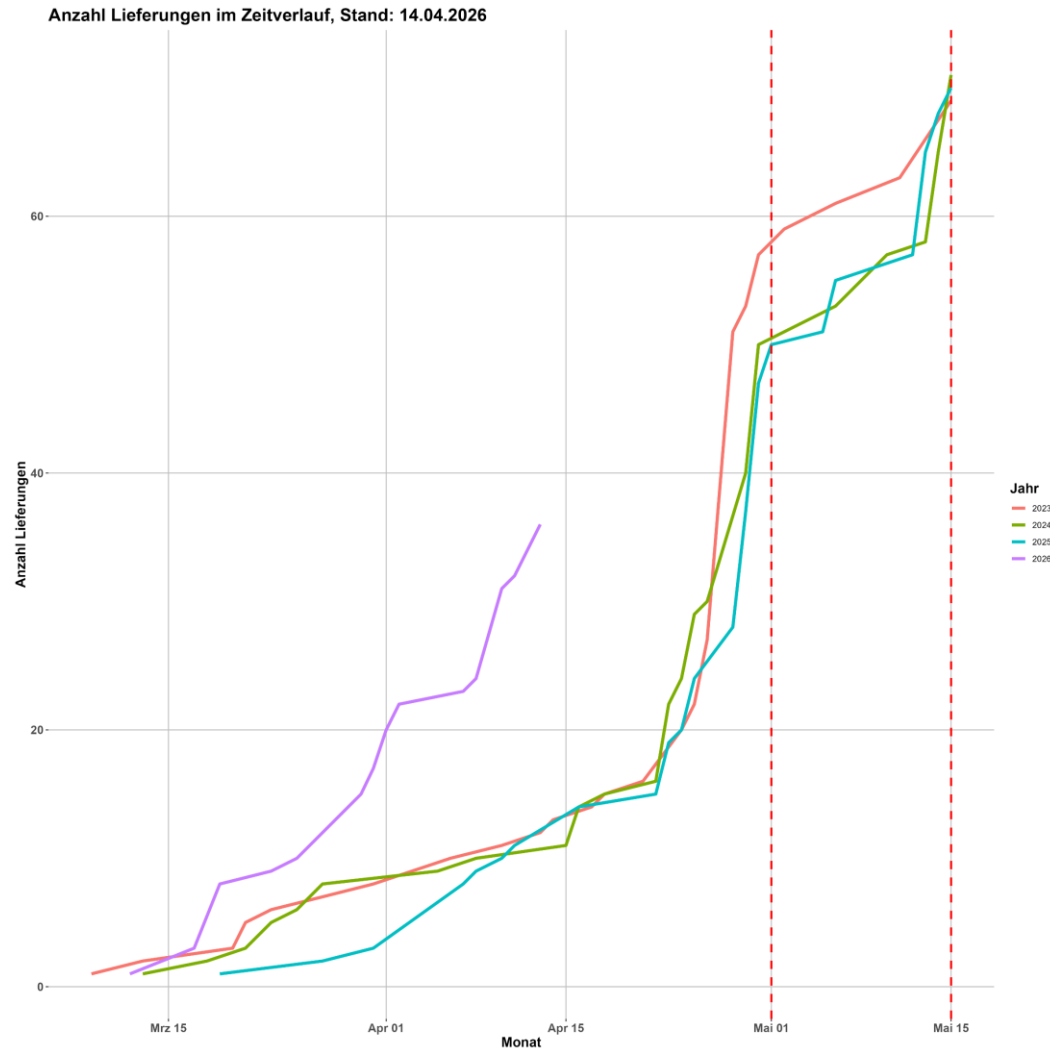
Version	Datenjahr	R^2
ST Reha 4.0	2024	0.867
ST Reha 3.0	2024	0.851
ST Reha 3.0	2022	0.855

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
7. **Ausblick**

Aktuelle Datenlieferung Daten 2025



- Lieferungen sind noch bis zum **30. April** möglich
 - Kommentare können noch bis zum **15. Mai** erfasst werden
 - Bisher haben wir **1** Detailerhebung erhalten
-
- Antragsverfahren läuft noch bis zum **16. Mai**
 - **Bisher noch kein Antrag eingegangen!**

Kommende Termine



- Veröffentlichung R4.0 PV1 (2025/2027): **23.04.2026***
- Veröffentlichung R4.0 PV2 (2026/2027): **21.05.2026***
- Veröffentlichung R4.0 AV (2027/2027): voraussichtlich **30.11.2026**

- Systempräsentation und Informationsveranstaltung werden
zusammengelegt
 - Systempräsentation R5.0: **01. Dezember 2026**

* bis zur Genehmigung von SwissDRG Version 16.0 noch mit ZE-Katalog von V15.0. In Simulationen fehlen somit gewisse ZE noch (Remdesivir, Fidaxomicin).

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

SwissDRG AG

Länggassstrasse 31

CH-3012 Bern

Tel: +41 (0) 31 310 05 50

E-Mail: reha@swissdrg.org
