

21.04.2026

Übersicht über die Entwicklungsschwerpunkte Version 16.0

Im Hinblick auf die Entwicklungsschwerpunkte ist die Prüfung und verbesserte Abbildung besonders aufwendiger Fälle zu erwähnen. Das beinhaltet insbesondere Fallkonstellationen mit einem «Polytrauma», «schweren Verbrennungen» bzw. «einer Frührehabilitation».

Wiederum wurde die Weiterentwicklung für den Bereich der «Kindermedizin» vorangetrieben und ebenfalls die Zuordnung der Fälle mit einer «Intensiv- bzw. Intermediate Care Komplexbehandlung» überarbeitet.

Zusätzlich wurde erneut die Abbildung der Patienten mit einer «palliativmedizinischer Komplexbehandlung» anhand der Daten aus dem Jahr 2024 analysiert.

Die Kalkulationsmethodik für die «impliziten Ein-Belegungstag DRGs» wurde einer intensiven Überprüfung unterzogen und weiterentwickelt.

Polytrauma

In den Vorversionen wurde die MDC 21A «Polytrauma» bereits umfangreich überarbeitet. Es zeigte sich nun in den Daten 2024, dass die Funktion «Polytrauma» nicht mehr ausreichend trennscharf war und besonders Fälle mit einem komplexen Polytrauma defizitär sind.

Es wurde eine komplette Überarbeitung der Logik für die Funktion «Polytrauma» vorgenommen. Insgesamt erfolgte die Prüfung von ca. 1`000 ICD-Kodes, davon wurden 813 Kodes neu bewertet. Weiter konnte eine neue Funktion «schweres Polytrauma» etabliert werden. Um diese neue Funktion zu erfüllen, müssen die Fälle eine Hauptdiagnose und mehr als 3 traumatische Nebendiagnosen mit unterschiedlicher Lokalisation aufweisen. Die neue Funktion wurde in die Basis DRG A11 «Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196/552 Aufwandspunkte mit komplexen Konstellationen oder... schweres Polytrauma» sowie als Splitkriterium in die DRG A07A «Hochkomplexe Eingriffe oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 2940/3680 Aufwandspunkte oder ... schweres Polytrauma» aufgenommen. Die bereits bestehende Funktion wurde innerhalb der Prä-MDC in der Basis DRG A11 mit weiteren Bedingungen, innerhalb der DRG A07B sowie in der Basis DRG A46 «Paraplegiologische Komplexbehandlung» aufgewertet.

Frührehabilitation

Die Abbildung der Fälle mit einer «Neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation» oder «Fachübergreifenden Frührehabilitation» wurde auch für die Version 16.0 intensiv geprüft und weiterentwickelt. Die Anpassungen werden unter «6. Frührehabilitation» dargestellt.

Schwere Verbrennungen

Um die sachgerechte Abbildung der Fälle in den Schwerstverbranntenzentren der Schweiz sicherzustellen, wurde die Abbildung der Fälle mit schweren Verbrennungen intensiv geprüft.

In einem ersten Schritt wurden die beiden Globalen Funktionen «schwerste Verbrennungen» und

«schwere Verbrennungen» für die Version 16.0 überarbeitet.

Die überarbeitete Funktion «schwerste Verbrennungen» wurde in der Basis DRG A06 «Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 2352/2484 Aufwandspunkte mit hochaufwendigen Konstellationen...» neu mit der Logik «and LOS > 1» verknüpft. Fälle mit «Verbrennungen von mehr als 40% der Körperoberfläche und mehr als einem Tag Aufenthalt» gruppieren nun in die DRG A06B. Durch die Überarbeitung der Funktion gruppieren zusätzlich Fälle in die DRG A06A, welche vorher die Bedingung nicht erfüllt haben.

Die Funktion «schwere Verbrennungen» konnte in die Basis DRG A07 «Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1470/2208 Aufwandspunkte oder IMCK > 3430/3680 Aufwandspunkte...» in Verbindung mit einem «PCCL > 5» etabliert werden. Fälle mit einer Diagnose «Verbrennungen Grad 2a, 2b, 3 mit mehrzeitigen bestimmten OR-Prozeduren» werden in die DRG A07A aufgewertet. Zusätzlich wurde die Bedingung für die DRG A07A «Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1176/1380 Aufwandspunkte» anstelle mit einer «vierzeitig bestimmten OR-Prozedur» ersetzt durch «mehrzeitige bestimmte OR-Prozedur».

Neu gruppieren in Version 16.0 Verbrennungen mit «Intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 784/828 Aufwandspunkte» in die Basis DRG A07. Auch Fälle mit einer «Intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392/552 Aufwandspunkte» werden neu der Basis DRG A36 «Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392/552 Aufwandspunkte...» zugewiesen. Durch diese Umbauten konnten hochaufwendige und teure Fälle anhand der Daten sachgerecht abgebildet werden.

MDC übergreifende Arbeiten betrafen die Bereinigung der Tabellen mit den CHOP-Kodes 86.88.- «Temporäre Weichteildeckung durch..., grossflächig,...», 86.8A.- «Weichteildeckung und Hautersatz mittels..., grossflächig,...», 86.6C.- «Permanenter Hautersatz durch..., grossflächig,...», diese wurden in der Tarifstruktur gleichgestellt. Der CHOP-Kode 86.A1.12 «Epifasziale Nekrosektomie oder tangentielle Exzision bei Verbrennungen / Verätzungen» wurde in verschiedenen Tabellen aufgewertet.

Innerhalb der MDC 22 wurde die Basis DRG Y02 «Andere Verbrennungen mit Hauttransplantation oder bestimmtem Eingriff oder vierzeitigen Eingriffen...» intensiv überarbeitet. Es wurden weitere Schweregrad-Splits etabliert für die DRGs Y02A und Y02B. Neu wurde die Logik von mehrzeitigen «Débridements/Weichteildeckungen» im gleichen Aufenthalt, für die DRGs Y02B/Y02C/Y02D, eingefügt.

In der medizinischen Partition konnte für die Ein-Belegungstag DRG Y63 «Verbrennungen, ein Belegungstag» ein neue DRG aufgenommen werden. In die DRG Y63A gruppieren Fälle mit «Mehrfacher Verbrennungen» oder «Weichteildeckung/Hautersatz grossflächig» oder «Alter < 2 Jahre» oder «IntK > 65/59 Aufwandspunkte» oder Fälle, welche «wegverlegt» wurden.

Spätfolgen einer Verbrennung haben oft hypertrophe Narbenbildungen, welche in Laufe der Zeit auftreten und operativ korrigiert werden. Diese Fälle zeigten sich in den Daten 2024 nicht sachgerecht abgebildet. Im Ergebnis wurde innerhalb der MDC 09 «Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma» in der Basis DRG J10 «Plastische Operationen an...» die Bedingungen «Hauttransplantationen» und «Folgen von Verbrennungen...» etabliert. Diese Fälle werden nun in der DRG J10B kostendeckend abgebildet.

Kindermedizin

Konsequent wird jährlich die Abbildung der Kindermedizin geprüft und bei Bedarf angepasst. In zahlreichen Fallgruppen innerhalb von 10 MDCs wurde entweder ein neuer Kindersplit etabliert oder ein bestehender überarbeitet. Wo möglich wurde die Altersgrenze für Kindersplits auf «Alter < 18 Jahre» festgelegt, um eine einheitliche Abgrenzung zwischen Erwachsenen und Kindern zu gewährleisten. Zusätzliche Umbauten werden unter «1. Pädiatrie und Neonatologie» erläutert.

Intensivmedizin

Auf Basis der gesamtschweizerischen Daten aus dem Jahr 2024 wurde erneut Fälle mit Kurzaufenthalten auf einer Intensiv- und/oder Intermediate-Care Station geprüft und bestimmte Fallkonstellationen aufgewertet. Zusätzlich wurden Fälle mit hohen Aufwandspunkten in der Basis DRG B36 «*Krankheiten und Störungen des Nervensystems...*» und P37 «*Neugeborene mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung ...*» bessergestellt. Insgesamt konnte sowohl für die Erwachsenen als auch für die Neugeborenen und Kinder in mehr als 14 MDCs eine verbesserte Abbildung erreicht werden.

Palliativmedizin

Die Etablierung eines Zusatzentgeltes für die «*palliativmedizinische Komplexbehandlung*» und für die «*spezialisierte Palliative Care*» wurde auch auf dem Datenjahr 2024 erneut geprüft. Insgesamt wiesen die Daten 8'276 Fälle aus, die entweder einen CHOP-Kode der Gruppe 93.8A.2* (palliativmedizinische Komplexbehandlung) oder einen CHOP-Kode der Gruppe 93.8B.2* (Spezialisierte Palliative Care) hatten. Der Deckungsgrad dieser Fälle lag im Schnitt bei 98.32%, jedoch 1'498 Palliativfälle aus den Universitätsspitalern waren nicht kostendeckend abgebildet.

Analysen der Daten 2024 haben gezeigt, dass ein differenziert bewertetes Zusatzentgelt für die «*palliativmedizinische Komplexbehandlung*» und die «*spezialisierte Palliative Care*» möglich ist.

Anhand der Daten 2024 wurde sowohl für die «*palliativmedizinische Komplexbehandlung*» als auch für die «*spezialisierte Palliative Care*» ein Zusatzentgelt pro Tag berechnet. Die Anwendung dieser Zusatzentgelte wurde in einem Simulations-Arbeitsbereich getestet, in welchem die Basis-DRG A97 aufgelöst wurde.

Somit konnte also die Vergütung über die Tarifstruktur (A97) der Vergütung via Zusatzentgelte gegenübergestellt werden. Dabei hat sich gezeigt, dass sich die aktuelle Vergütungssituation der Palliativfälle in den Universitätsspitalern durch die Einführung des berechneten Zusatzentgeltes noch verschlechtern würde. Eine deutliche Erhöhung des simulierten Zusatzentgeltes kann durch die Kostenstruktur der untersuchten Palliativfälle nicht begründet werden. Zudem würde ein deutlich höheres Zusatzentgelt dazu führen, dass die meisten Palliativfälle deutlich übervergütet werden. Dadurch entstünden erhebliche Fehlanreize.

Die SwissDRG AG kommt deshalb zum Schluss, dass die Vergütung über ein Zusatzentgelt auch bei einer differenzierten Betrachtung der «*spezialisierte Palliative Care*» und der «*palliativmedizinische Komplexbehandlung*» nicht zu einer Verbesserung der Abbildung der universitären Fälle führt und somit nicht zielführend ist. Aus diesem Grund werden die Fälle der Palliativmedizin wie bisher über die Tarifstruktur zu vergütet.

Anpassung der Kalkulationsmethodik

Liegt die untere Grenzverweildauer (UGV) einer spezifischen DRG bei zwei Tagen und beinhaltet der Kalkulationsdatensatz mindestens 25 Fälle dieser DRG mit einer Aufenthaltsdauer von einem Tag, ist von einer «*impliziten Ein-Belegungstag DRG*» die Rede.

In solchen Fällen wurde der Abschlag bisher anhand der Differenz zwischen den mittleren Kosten der Inlier und den Median-Kosten der Kurzlieger berechnet. Das effektive Kostengewicht der Fälle mit einer Aufenthaltsdauer von einem Tag entsprach also dem Median ihrer Gesamtkosten.

Die SwissDRG AG wurde im Rahmen des jährlichen Antragsverfahrens mehrfach auf die Untervergütung der Kurzlieger in einzelnen Ein-Belegungstag DRGs hingewiesen. Eine derartige Konstellation tritt beispielsweise bei einer sehr ungleichmässigen Verteilung der Gesamtkosten der Kurzlieger einer betroffenen DRG auf.

Um die Problematik bei unregelmässigen Verteilungen zu entschärfen, ohne jedoch die Vorteile der Verwendung des Medians punkto Robustheit gegenüber Extremwerten zu verlieren, wurden verschiedene Ansätze geprüft. Schliesslich wurde ein Verfahren gewählt, welches den Median nach oben und nach unten symmetrisch anpasst und so einer schiefen Verteilung besser gerecht werden kann.

Das effektive Kostengewicht der Kurzlieger einer impliziten Ein-Belegungstag-DRG i wird ab der Version 16.0 neu wie folgt bestimmt:

$$effKGW_i^{CHF} = \frac{Med + Q20 + Q80}{3}$$

Wobei:

Med = Median der Gesamtkosten der Kurzlieger der DRG i

Q20 = 20% Quantil der Gesamtkosten der Kurzlieger der DRG i

Q80 = 80% Quantil der Gesamtkosten der Kurzlieger der DRG i

Diese Änderung in der Kalkulationsmethodik führte zu einer Verringerung des mittleren quadrierten Fehlers (MSE) sowohl der betroffenen Fälle als auch aller Fälle im Kalkulationsdatensatz und stellt damit eine Verbesserung des Gesamtsystems dar.

Abbildung von speziellen Leistungsbereichen in der SwissDRG-Version 16.0 / 2027

Die Tarifstruktur SwissDRG in der Version 16.0 beinhaltet medizinisch relevante Entwicklungsschritte für neue Leistungen, Leistungsdifferenzierungen sowie weitere Zusatzentgelte.

Generell sind die Fälle der unten genannten Fachbereiche in akutstationären Spitälern und Kliniken über die SwissDRG Version 16.0 gut abgebildet und können mit den dazu konformen Abrechnungsregeln tarifiert werden.

1. Pädiatrie und Neonatologie

Definition:

Der Leistungsbereich ist über CHOP-Kodes eindeutig und differenziert abbildbar.

Datenlage:

Die Daten werden an die SwissDRG AG übermittelt.

Aktuelle Abbildung:

Erneut wurden mit den Daten aus dem Jahr 2024 die Kindersplits in der Tarifstruktur analysiert. Es konnten sowohl neue Splits etabliert als auch bestehende Altersgrenzen überprüft und angepasst werden.

- Prä-MDC: DRG A15A «Alter < 18 Jahre»
- MDC 04: DRG E77B «Alter < 16 Jahre mit bestimmten Diagnosen»
DRG E05A «Alter < 16 Jahre»
- MDC 05: DRG F03C «Alter < 16 Jahre»
DRG F06A «Alter < 16 Jahre»
DRG F59C «Alter < 16 Jahre»
- MDC 06: DRG G16B «Alter < 16 Jahre»
DRG G35A «Alter < 16 Jahre»
DRG G60B «Alter < 16 Jahre»
- MDC 08: DRG I02B «Alter < 16 Jahre mit bestimmten Diagnosen»
DRG I10B «Alter < 18 Jahre»
DRG I21B «Alter < 16 Jahre»
DRG I23A «Alter < 16 Jahre»
DRG I60B «Alter < 6 Jahre»
- MDC 11: DRG L20A «Alter < 10 Jahre»
DRG L20B «Alter < 18 Jahre»
DRG L69A «Alter < 16 Jahre»
- MDC 17: DRG R60A «Alter < 18 Jahre»
DRG R61C «Alter < 16 Jahre»
DRG R62A «Alter < 18 Jahre»
- MDC 19: DRG U60B «Alter < 12 Jahre»
- MDC 21A: DRG W61B «Alter < 16 Jahre»
- MDC 22: DRG Y02B «Alter < 6 Jahre»
DRG Y63A «Alter < 2 Jahre»

Bewertung:

Aus Sicht der SwissDRG AG können Fälle aus dem Fachbereich der Pädiatrie und Neonatologie sachgerecht mit der SwissDRG-Tarifstruktur Version 16.0 abgebildet werden.

2. Palliative Care

Definition:

Der palliativmedizinische und spezialisierte palliativmedizinische Leistungsbereich ist über CHOP-Kodes eindeutig abbildbar.

Datenlage:

Die Daten werden an die SwissDRG AG übermittelt.

Aktuelle Abbildung:

In der Version 16.0 werden Fälle aus den DRGs R01A «Operative Eingriffe bei hämatologischen und soliden Neubildungen...» und R60A «Akute myeloische Leukämie,...» von der Basis DRG A97 «Palliativmedizinische Komplexbehandlung ab 7 Behandlungstage» ausgenommen und gruppieren in die MDC 17. Für Fälle mit einer Palliativbehandlung aus der DRG R60B werden in die DRG A97A aufgewertet, aus der DRG R01B in die DRG A97B und aus der DRG R01C in DRG A97D.

Im CHOP-Katalog 2024 erfolgte eine weitere Ausdifferenzierung der Codes 93.8A.2- «palliativmed. Komplexbehandlung» sowie 93.8B.2- «spezialisierte Palliative Care mit zusätzlicher Leistung...» für weniger als 7 Behandlungstage. Ausserhalb der Basis DRG A97 wurde der CHOP-Code 93.8B.27 «spezialisierte Palliative Care mit zusätzlicher Leistung von Therapien, mindestens 4 bis 6 Behandlungstage» in die DRGs B66A, D60A, E71B, G60B, H61A, J62A aufgewertet.

Bewertung:

Fälle mit einer palliativmedizinischen oder spez. palliativmedizinischen Komplexbehandlung sind in der SwissDRG-Tarifstruktur Version 16.0 überwiegend sachgerecht abgebildet.

3. Intensivmedizin auf einer ICU / IMCU

Definition:

Der Leistungsbereich ist über CHOP- und ICD-Kodes eindeutig und differenziert abbildbar.

Datenlage:

Die Daten werden an die SwissDRG AG übermittelt.

Aktuelle Abbildung:

Für Neugeborene und Kinder wurde in Fortsetzung der in den letzten Jahren durchgeführten Analysen die CHOP Codes 99.B7.52/99.B7.42 «Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Neugeborenenalter/Kindesalter (Basisprozedur), 66 bis 130 Aufwandspunkte»; 99.B7.53/99.B7.43 «Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Neugeborenenalter/Kindesalter (Basisprozedur), 131 bis 196 Aufwandspunkte» sowie 99.B8.52/99.B8.42 «IMC-Komplexbehandlung im Neugeborenenalter/Kindesalter, 66 bis 130 Aufwandspunkte»; 99.B8.53/99.B8.43 «IMC-Komplexbehandlung im Neugeborenenalter/Kindesalter, 131 bis 196 Aufwandspunkte» intensiv geprüft. Im Ergebnis konnten in folgenden MDCs/DRGs die Aufwandspunkte für Neugeborene und Kinder angepasst oder neu aufgenommen werden:

MDC 01:	B64A -> «IntK/IMCK > 65 Pkt.»
	B20B -> «IntK/IMCK > 130 Pkt.»
MDC 02:	C86A -> «IntK > 65 Pkt.»
MDC 03:	D24A -> «IntK > 65 Pkt.»
MDC 05:	F49E -> «IntK/IMCK > 65 Pkt.»
MDC 06:	G03A -> «IntK > 130 Pkt.»

- MDC 08: G38A -> «IntK/IMCK > 130 Pkt.»
I08A -> «IntK > 65 Pkt.»
I12A, I32A -> «IntK/IMCK > 65 Pkt.»
I06B, I29A -> «IntK/IMCK > 65/190 Pkt.»
I03A, I27A -> «IntK > 130 Pkt.»
Basis DRG I95, I95A, Basis DRG I87 -> «IntK/IMCK > 130 Pkt.»
I28A -> «IntK/IMCK > 130/196 Pkt.»
I08B -> «IMCK > 130 Pkt.»
MDC 15: Basis DRG P37 -> «IntK > 3920 Pkt.»
MDC 19: U60A -> «IntK/IMCK > 65 Pkt.»
MDC 22: Basis DRG Y02, Y02A, Y63A -> «IntK > 65 Pkt.»
MDC 23 : Basis DRG Z02 -> «IntK/IMCK > 130 Pkt.»

Gleichzeitig wurden Fälle mit IntK/IMCK Aufwandspunkten für die Erwachsenen erneut anhand der Daten des Jahres 2024 analysiert und folgende Anpassungen umgesetzt.

- MDC 01: Basis DRG B36, B36C -> «IntK > 184 Pkt.»
B36A -> «IntK > 828 Pkt.»
B20B -> «IntK/IMCK > 119 Pkt.»
B64A -> «IntK/IMCK > 59 Pkt.»
MDC 02: C86A -> «IntK > 59 Pkt.»
MDC 03: D24A -> «IntK > 119 Pkt.»
MDC 04: E05A, E06A -> «IntK > 119 Pkt.»
MDC 05: F24A -> «IntK > 119 Pkt.»
F24B, F59B -> «IntK/IMCK > 119 Pkt.»
F12B, F31C, F98D -> «IntK/IMCK > 119/184 Pkt.»
F98C -> «IntK/IMCK > 184/360 Pkt.»
MDC 06: G35A -> «IntK > 360 Pkt.»
G21A -> «IntK/IMCK > 119/184 Pkt.»
MDC 08: I06B, I08A, I10A, I23A, Basis DRG I87 -> «IntK > 119 Pkt.»
I05B, I32B -> «IntK/IMCK > 119 Pkt.»
I29A, I32A -> «IntK/IMCK > 119/184 Pkt.»
I03A, I27A, I15A -> «IntK > 184 Pkt.»
I05A -> «IntK/IMCK > 184 Pkt.»
I28A -> «IntK/IMCK > 184/360 Pkt.»
I66A -> «IMCK > 119 Pkt.»
I95A -> «IMCK > 360 Pkt.»
MDC 11: L20A -> «IntK > 119 Pkt.»
L20B -> «IMCK > 119 Pkt.»
MDC 17: R61C -> «IntK/IMCK > 119 Pkt.»
MDC 19: U64A -> «IntK/IMCK > 59 Pkt.»
U60A -> «IMCK > 59 Pkt.»
MDC 21B: W61B -> «IntK/IMCK > 119/184 Pkt.»
MDC 22: Y63A -> «IntK > 59 Pkt.»

Bewertung:

Aus Sicht der SwissDRG AG sind Fälle aus dem Fachbereich Intensivmedizin (ICU und IMCU) aufwandsgerecht mit der SwissDRG-Tarifstruktur Version 16.0 abgebildet.

4. Transplantationen solider Organe und hämatopoetischer Stammzellen

Definition:

Der Leistungsbereich ist über CHOP- und ICD-Kodes eindeutig und differenziert abbildbar.

Datenlage:

Die Daten werden an die SwissDRG AG übermittelt.

Aktuelle Abbildung:

Bisher sind Fälle mit Leber- und Nierenlebenspenden in der DRG Z02Z abgebildet. Da die Fälle mit Leberlebenspenden einen deutlich höheren Ressourcenverbrauch aufweisen, wurde ein Split der DRG Z02Z anhand des CHOP-Kodes Z52.6 «*Leberspender*» etabliert. Bei insgesamt sehr geringer Fallzahl ist jedoch eine Kalkulation auf mehreren Datenjahren erforderlich.

Bewertung:

Transplantationen solider Organe sowie hämatopoetischer Stammzellen werden mit der SwissDRG Version 16.0 sachgerecht abgebildet.

5. Paraplegiologie

Definition:

Der Leistungsbereich ist über CHOP- und ICD-Kodes eindeutig und differenziert abbildbar.

Datenlage:

Die SwissDRG AG erhielt erneut Daten von Fällen mit einer paraplegiologischen Komplexbehandlung aus den Anwendungsbereichen Akutsomatik und ST Reha sowie akutsomatische Behandlungsfälle in Verbindung mit einer Querschnittslähmung.

Aktuelle Abbildung:

In der aktuellen Version erfolgte wiederholt eine Prüfung der Zuordnung paraplegiologischer Behandlungsfälle. Innerhalb der Basis DRG A46 «*Paraplegiologische Komplexbehandlung*» wurden vor allem Fallkonstellationen mit langer Verweildauer geprüft. Fälle in Verbindung mit einem Polytrauma, Mehrfacheingriffen und komplexen Diagnosen wurden besser abgebildet.

Bewertung:

Fälle aus dem Fachbereich der Paraplegiologie sind sachgerecht mit der SwissDRG-Tarifstruktur Version 16.0 abgebildet.

6. Frührehabilitation

Definition:

Der Leistungsbereich ist über CHOP- und ICD-Kodes eindeutig und differenziert abbildbar.

Datenlage:

Die Daten werden an die SwissDRG AG übermittelt.

Aktuelle Abbildung:

Zur Entwicklung der Version 16.0 wurde die Abbildung der Fälle mit einer Frührehabilitation MDC-übergreifend geprüft.

In den globalen Funktionen «*Frührehabilitation, ab 7 Behandlungstagen*» und «*Frührehabilitation, ab 14 Behandlungstagen*» sind die CHOP-Kodes 93.8C.1- «*Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation, nach Anzahl Behandlungstage*» nebst den CHOP-Kodes 93.86 «*Fachübergreifende Frührehabilitation, nach Anzahl der Behandlungstage*» abgebildet. Es zeigte sich, dass der Ressourcenaufwand der fachübergreifenden Frührehabilitation sich kaum von dem der Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation unterscheidet, deshalb wurde eine Abbildung beider Frührehabilitationen in der Prä-MDC geprüft und schlussendlich die «*Fachübergreifende Frührehabilitation*» in der Basis DRG A07 der «*Neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation*» in den bereits bestehenden Splitbedingungen gleichgestellt.

Bisher waren Fälle mit einer «*Frührehabilitation*» und einer Zuweisung zur MDC 01 in der Basis DRG A90 ausgeschlossen und gruppierten in die MDC 01 in die Basis DRG B90. Dieser Ausschluss wurde entfernt, so dass nun alle Fälle mit einer «*Frührehabilitation, ab 7 Behandlungstagen*» ohne weitere Bedingungen in der DRG A90C abgebildet sind. Fälle mit einer «*Frührehabilitation, ab 14 Behandlungstagen*» gruppieren ohne weitere Bedingungen in die DRG A90B.

Zusätzlich konnten noch folgende Aufwertungen vorgenommen werden:

- «*Frührehabilitation, ab 7 Behandlungstagen*»:
 - Basis DRG A11: mit «*Inkt > 392/552 Aufwandspunkte*» oder «*Mehrzeitige bestimmte OR-Prozeduren*» oder «*Polytrauma mit bestimmten OR-Prozeduren*»
 - DRG A11B: mit «*Intk > 980/1380 Aufwandspunkte*»
 - DRG A90A: mit «*IMCK Erw. > 1104 Aufwandspunkte*»
 - DRG A90B: mit «*Bestimmte OR-Prozeduren*»
- «*Frührehabilitation, ab 14 Behandlungstagen*»:
 - DRG A11B: mit «*Operative Prozedur*»

Bewertung:

Aus Sicht der SwissDRG AG sind Fälle mit einer Frührehabilitation sachgerecht mit der SwissDRG-Tarifstruktur Version 16.0 abgebildet.