

# Informationsveranstaltung der SwissDRG AG

**SwissDRG – Version 16.0 / 2027**

**30. Juni 2026**

---

# SwissDRG – Version 16.0 / 2027

1. Datengrundlagen
2. Grupperweiterentwicklung Teil I

ca. 14:20 Uhr



Grupperweiterentwicklung Teil II

3. Ergebnisse
4. Diskussion

Apero ca. 15:45 Uhr

# Datengrundlagen

## Allgemeine Übersicht

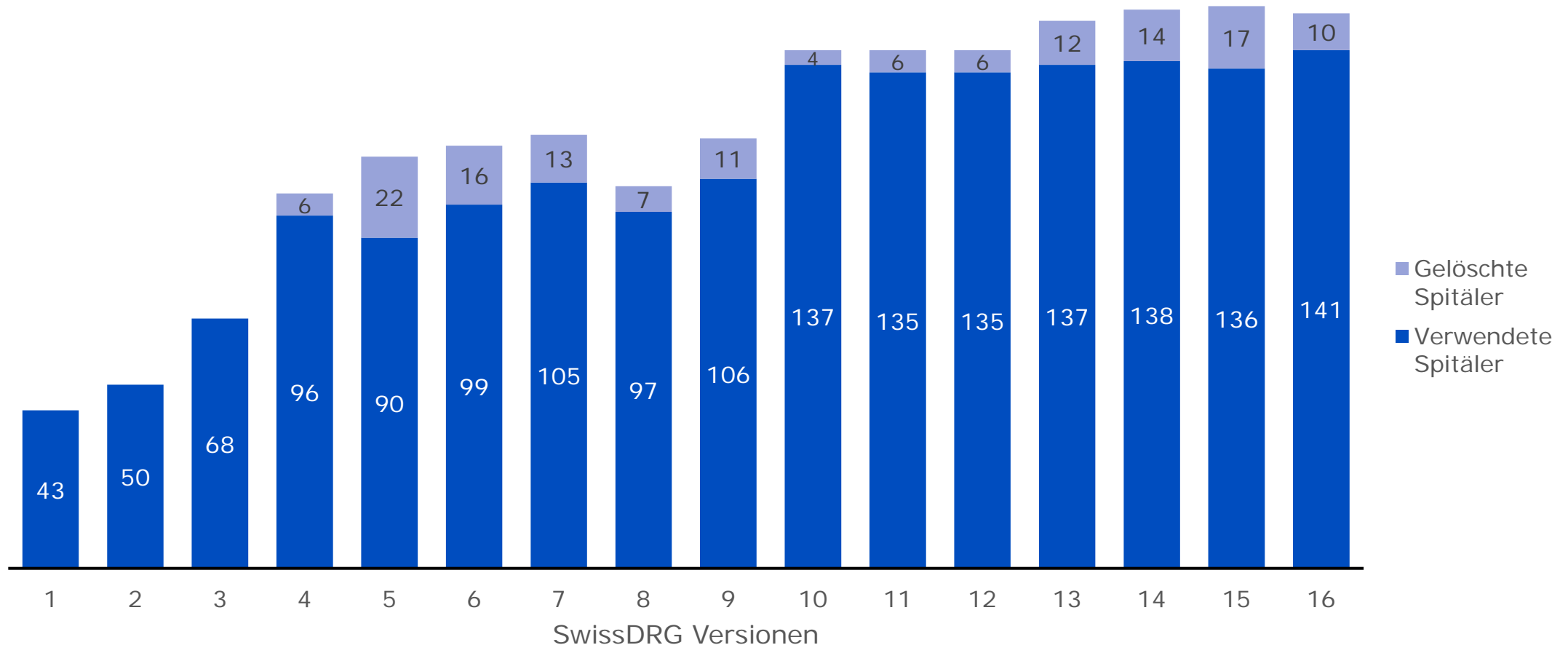
- Leistungs- und Kostendaten der Spitäler 2024
- kodiert mit CHOP 2024 und ICD-10 GM 2022
- Ohne Psychiatrie und Rehabilitation
- Inklusive Paraplegie und Frührehabilitation
- Datenformate
  - Medizinische Statistik
  - SpiGes-Datensatz
- Detailerhebungen

# Anzahl Spitäler

Datenjahr	2024	2023	2022
Netzwerkspitäler	151	153	152
Gesamtspitäler	185	185	187

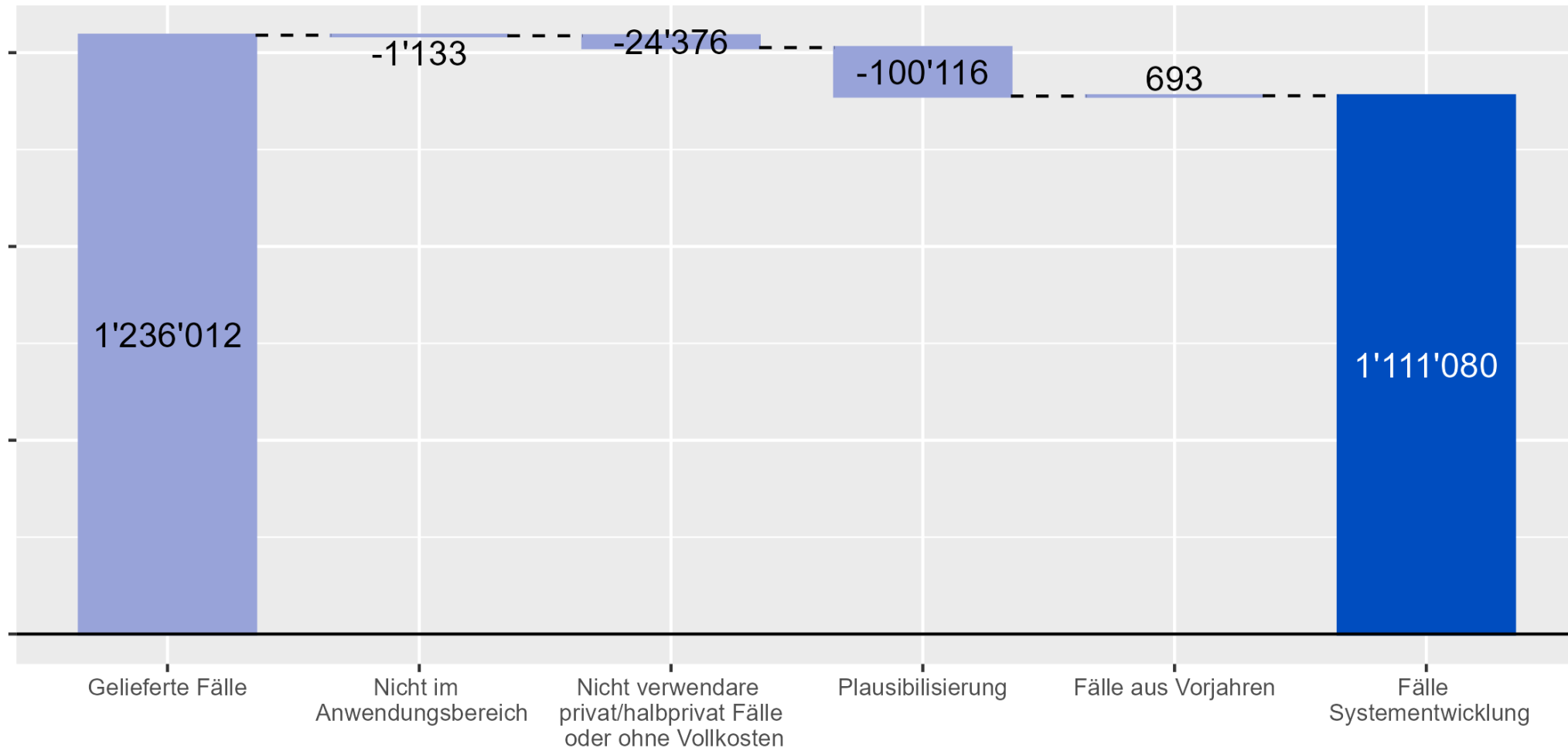
- Gesamtlöschung von 10 Spitälern
- Daten von 141 Spitälern zur Systementwicklung verwendet (136 im Vorjahr)

# Die Zahl der verwendeten Spitäler hat mit 141 ein neues Maximum erreicht.

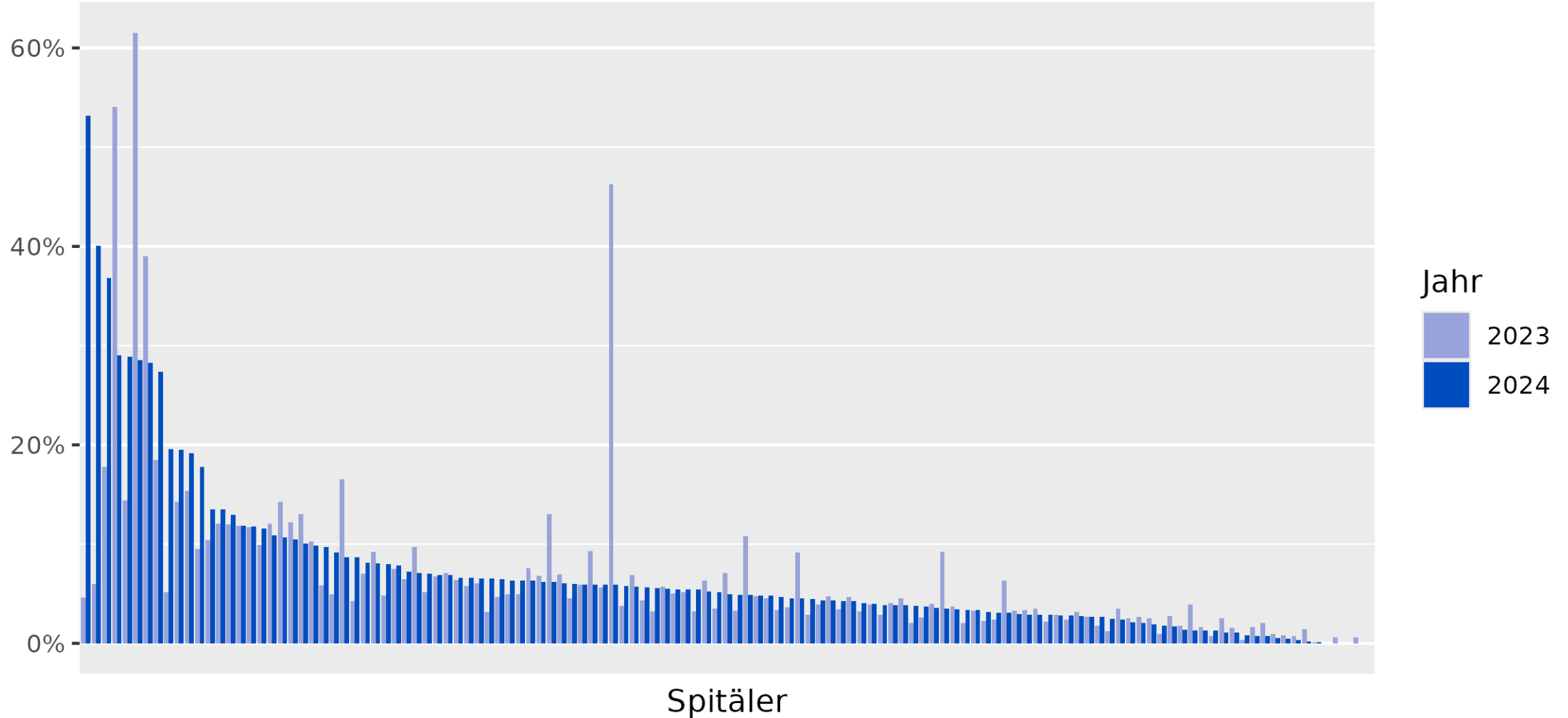


# Übersicht Datenerosion

## Rund 90% der Fälle werden verwendet



# Anteil der unplausiblen Fälle pro Jahr

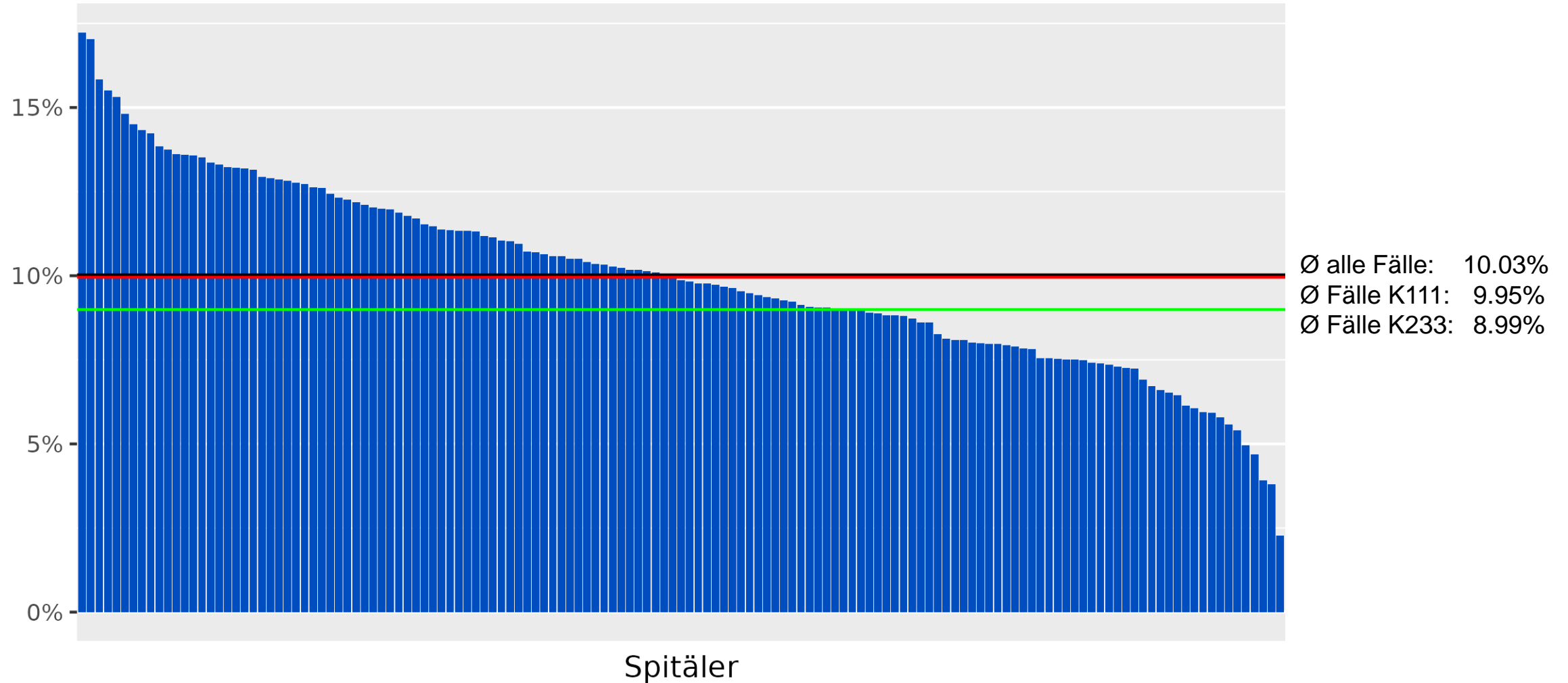


# Lieferumfang (Anzahl Spitäler)

## Medikamente / Implantate / teure Verfahren

	V16.0			V15.0	V14.0
Datenjahr	2024	2024 Uni- Spitäler	2024 Kinder- spitäler	2023	2022
<b>teure Medikamente in der regulären Datenlieferung</b>					
	<b>115</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	118	117
<b>Detailerhebung, Angabe von Kosten...</b>					
... teurer Medikamente	<b>67</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	64	58
... teurer Implantate	<b>29</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	33	27
- davon Kunstherzen	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	6	4
... teurer Verfahren/Blutprodukte	<b>33</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	35	32

# Anteil der Anlagenutzungskosten



Datenbasis: 2024, Kalkulationsdaten

# Spitalausschluss

- **Grundsatz:** wenn immer möglich nur Teilausschluss, kompletter Spitalausschluss nur bei systematischen Problemen
- Vorjahresvergleiche:
  - Starke Veränderungen der Fallzahlen
  - Starke Ab- oder Zunahme der CMI-bereinigten Fallkosten
- Sind keine Vorjahres- oder Vorvorjahresdaten vorhanden (Erstlieferungen) erfolgt oft Ausschluss
- Kriterien:
  - Hohe Anlagenutzungskosten
  - Sehr hohe oder tiefe CMI-bereinigte Fallkosten
  - Plausibilisierung (auch Kodierung)
  - Kostenkomponenten

# Spitalausschluss

## Kennzahlen Datenlieferung

### Plausibilisierung Datenlieferung: Auffälligkeiten bei Kennzahlen angezeigt

Name	Beschreibung	Kategorie	Resultat
All.1.10	Anzahl Fälle mit Eintritt vor dem erhobenen Datenjahr (Überlieger):	Basisinfo	0
All.1.11	Anzahl gesplitteter Fälle nach akutsomatischem Aufenthalt:	Basisinfo	0
All.1.12	Mittlere Aufenthaltsdauer der Fälle:	Basisinfo	4.27
<b>All.1.13</b>	<b>Wachstum der mittleren Aufenthaltsdauer im Vergleich zur vorherigen Erhebung [%]:</b>	<b>Basisinfo</b>	<b>15.44</b>
All.1.14	Anzahl erfasste teure Medikamente in der medizinischen Statistik (Tabelle Medikamente):	Basisinfo	1
All.1.15	Anzahl Fälle mit Rückverlegung oder Wiederaufnahme:	Basisinfo	9
All.1.16	Anzahl Fälle mit administrativem Urlaub:	Basisinfo	0
All.1.17	Wachstum der durchschnittlichen CMI-bereinigten Kosten im Vergleich zur vorherigen Erhebung...:	Basisinfo	7.99
All.1.20	Anteil Fälle in einer sonstigen DRG ('901A';'901B';'901C';'901D';'902Z') [%]:	Basisinfo	0
All.1.21	Anzahl Fälle in einer nicht abrechenbaren Fehler-DRG (960Z oder 961Z):	Basisinfo	0
All.1.22	Anzahl Fälle in einer bewerteten Fehler-DRG (963Z):	Basisinfo	0
All.1.28	Anzahl Fälle in einer unbewerteten DRG (962Z):	Basisinfo	0
<b>All.1.29</b>	<b>Anteil ANK an Gesamtkosten:</b>	<b>Basisinfo</b>	<b>16.52</b>
<b>All.1.32</b>	<b>Wachstum der Fallzahl im Anwendungsbereich SwissDRG im Vergleich zur vorherigen Erhebung [%]:</b>	<b>Basisinfo</b>	<b>-22</b>

→ Bitte kommentieren!

# SwissDRG – Version 16.0 / 2027

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

# Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung

## Neu:

- **Zeitumstellung** unter Kapitel 1.5.3 «Urlaub»

*«Während der zweimal jährlich stattfindenden Zeitumstellung wird die zusätzliche Stunde oder die wegfallende Stunde nicht in die Urlaubsberechnung miteinbezogen.»*

- **Anpassung** unter Kapitel 1.6 «Begriffsklärung Spital» nach SpiGes

Spital: Spital-ID (ehemals BUR-GESV)

Standorte eines Spitals: BUR-Nr.

# Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung

## 3.9 «Rechnungsstellung bei Leistungspflicht mehrerer Sozialversicherungsträger»:

- Prüfung in 3 Schritten:
  1. Liegt ein einziger, nicht abgrenzbarer Gesundheitsschaden vor?
  2. Verursacht ein weiterer, einem anderen Sozialversicherungsträger zuzuordnender abgrenzbarer Gesundheitsschaden zusätzl. Kosten?
  3. Ist eine getrennte Behandlung möglich?

# Entwicklungsschwerpunkte Version 16.0 / 2027





# Polytrauma

## Hinweis:

- Fälle mit «*Polytrauma*» untervergütet

## Analysen:

- Untervergütung in verschiedenen Basis DRGs in Prä-MDC und MDC 21A
- teilweise massive Übervergütung in MDC 21A
- wenig komplexe Fälle erfüllen Polytrauma-Definition
- 139 Simulationen
  - Prüfung von ca. 1'000 ICD Codes
  - Anpassung Tabellen mit «*Lokalisationen*»

# Polytrauma

## Globale Funktion

### Umbau:

- Überarbeitung globaler Funktion «*Polytrauma*» notwendig
- Anpassung Tabellen mit traumatischen Diagnosen in Funktion «*Polytrauma*»

→ Aufnahme und Abwertung von Diagnosen

→ 813 ICD Codes neu bewertet

A pink circular icon with the word 'Polytrauma' written inside in white text.

# Polytrauma

## Polytrauma Prä-MDC

### Umbau:

- Aufwertung Funktion «*Polytrauma*» in Prä-MDC:

«*Polytrauma*»

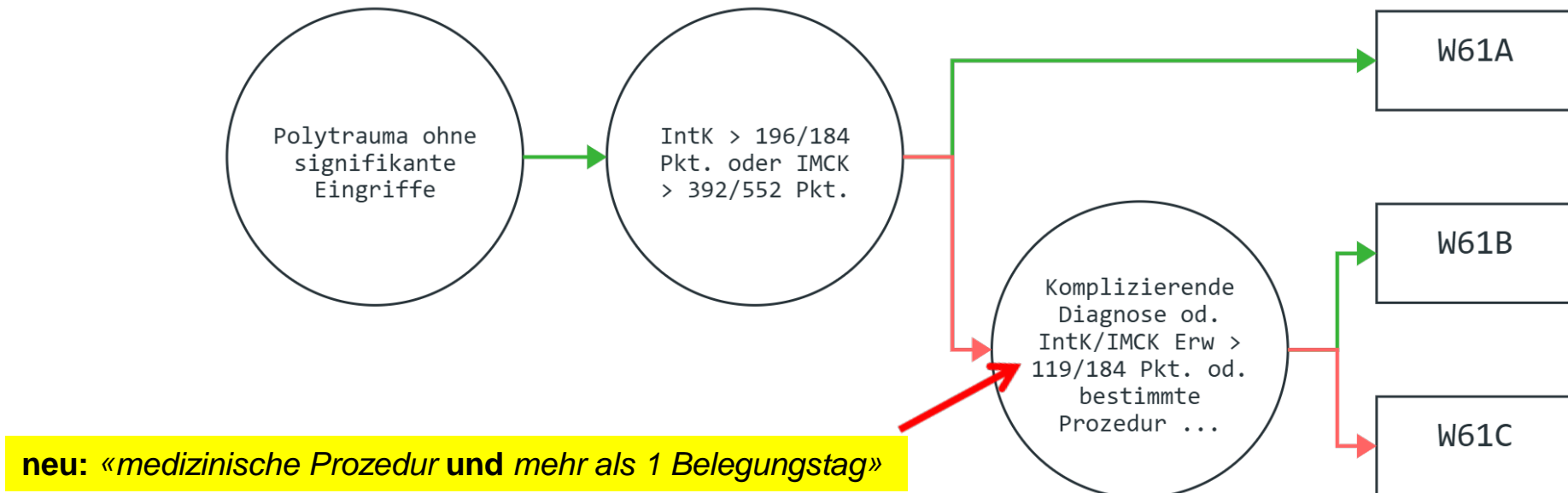
- A07B
- Basis DRG A11 mit «*Frühreha, ab 7 BHT*»  
und «*Bestimmte OR-Prozeduren*»
- Basis DRG A11 mit «*Vierzeitigen komplexen OR-Prozeduren*»  
oder «*Sechszeitigen bestimmten OR-Prozeduren*»
- A46B, A46E

# Polytrauma

## MDC 21A

### Umbau:

- neue DRG W01E mit «*Mehrzeitig bestimmte OR-Prozeduren*»
- neue Splitbedingung DRG W61B



# Polytrauma

## Globale Funktion

### Analysen:

- weiterhin sehr komplexe Fälle nicht sachgerecht abgebildet

### Umbau:

- neue globale Funktion «*Schweres Polytrauma*»
  - **mehr als 3 Nebendiagnosen** an unterschiedlichen Lokalisationen

«*Schweres  
Polytrauma*»

- Prä-MDC: A07A
- Prä-MDC: Basis DRG A11

# Frührehabilitation

A yellow circular graphic with a slight gradient and shadow, containing the text 'Frührehabilitation' in white.

## Ausgangslage:

- bis inkl. 2023 alternative Tarifierungen möglich
- Daten 2024 mit Vergütung über SwissDRG-Tarifstruktur
- Spitäler **und** Reha-Kliniken mit Leistungsauftrag Frührehabilitation **und**

## CHOP Codes:

- 93.86.- «*Fachübergreifende Frührehabilitation, nach Anzahl BHT..., durchschnittlicher Einsatz von 30 Therapieeinheiten... pro Woche*»
- 93.8C.1- «*Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation, nach Anzahl BHT*»



# Frührehabilitation

## Umbau:

- Frührehabilitation in MDC 01 und MDC 21A nicht mehr gruppierungsrelevant

→ Abbildung in Prä-MDC

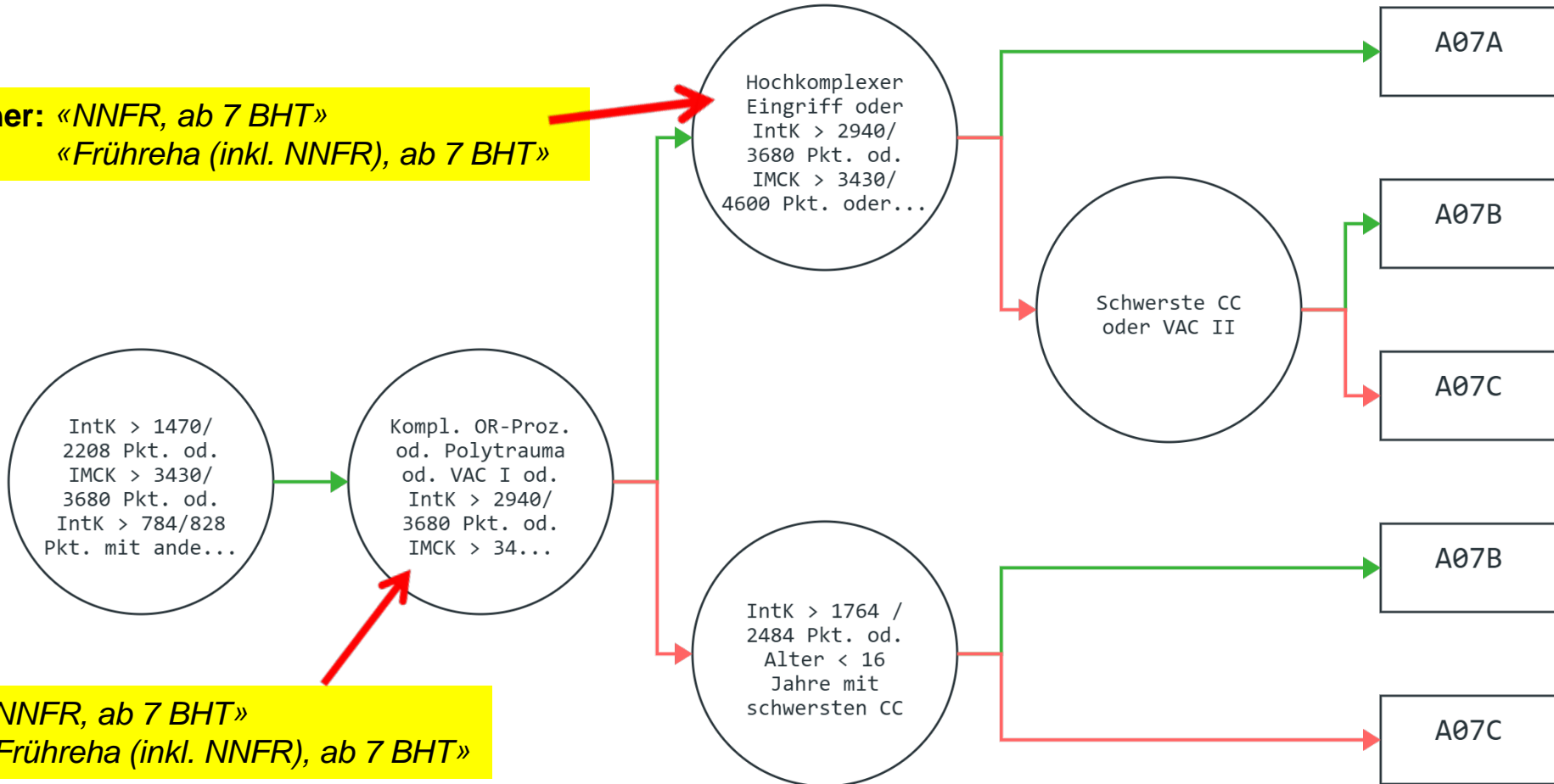
- Aufwertung von Fällen mit intensivmedizinischer / IMC-Komplexbehandlung oder operativer Prozedur
- Gleichstellung fachübergreifende Frührehabilitation und Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation (NNFR)



# Frührehabilitation Basis DRG A07

## Umbau:

**vorher:** «NNFR, ab 7 BHT»  
**neu:** «Frühreha (inkl. NNFR), ab 7 BHT»

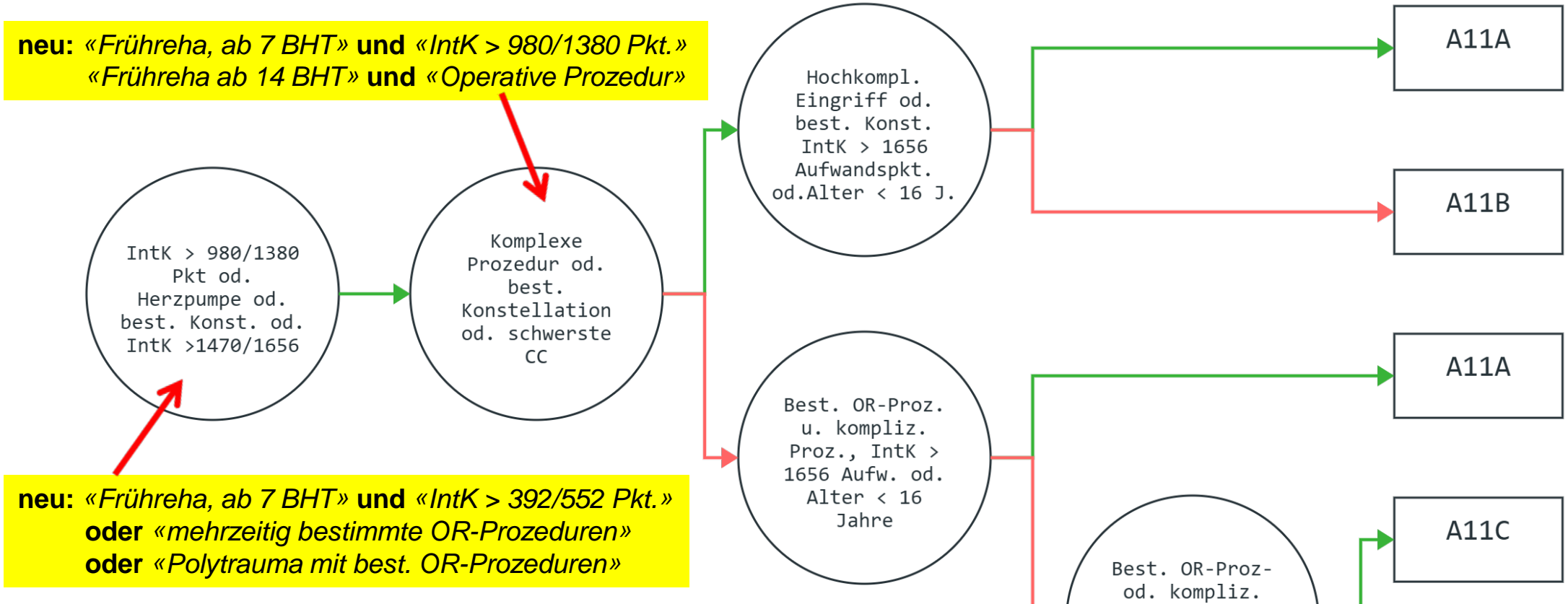


**vorher:** «NNFR, ab 7 BHT»  
**neu:** «Frühreha (inkl. NNFR), ab 7 BHT»



# Frührehabilitation Basis DRG A11

## Umbau:



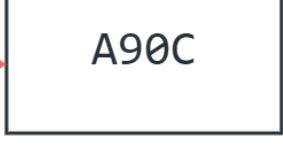
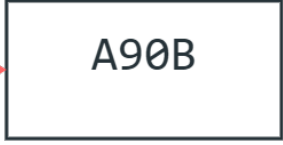
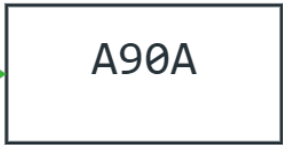
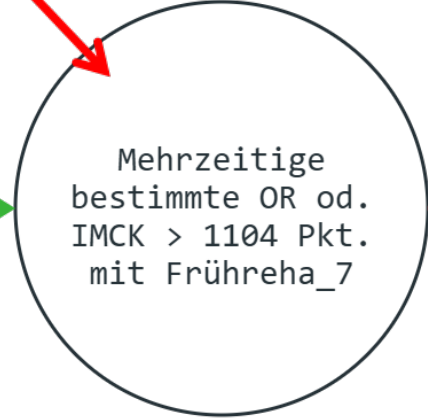
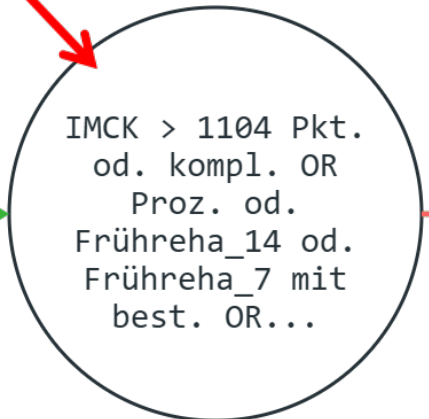
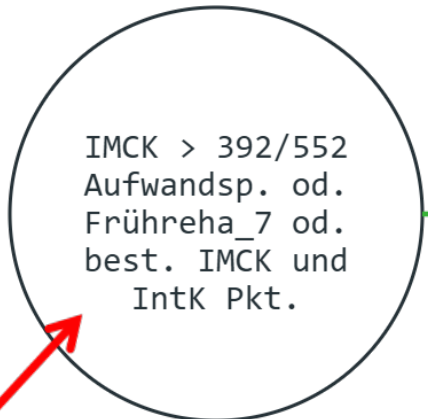


# Frührehabilitation Basis DRG A90

## Umbau:

**neu:** «Frühreha, ab 7 BHT» und «IMCK > 1104 Pkt.»

**vorher:** «Frühreha, ab 14 BHT» und «nicht MDC 01»  
**neu:** «Frühreha, ab 14 BHT» oder «Frühreha, ab 7 BHT»  
und «Bestimmte OR-Prozeduren»



**vorher:** «Frühreha, ab 7 BHT» und «nicht MDC 01»  
**neu:** «Frühreha, ab 7 BHT»



# Verbrennungen

## Anträge:

- bestimmte Patienten mit schwerwiegenden Verbrennungen untervergütet
- betroffen sind Fälle in Prä-MDC und MDC 22 «*Verbrennungen*»
- Fälle weisen häufig einen multiresistenten Keim auf
- Indikation zur Transplantation häufig erst nach Entlassung  
→ Fallzusammenführung und dadurch Mindererlös

## Lösungsvorschlag:

- Neubewertung Basis DRGs Y02 und A06
- Implementieren von Ausnahme zur Wiederaufnahme in MDC 22 insbesondere DRG Y02B



# Verbrennungen

## Analyse Daten 2024:

- häufig Kostenerfassung nicht plausibel
- Kodierung von «*multiresistenten Keimen*» oft nicht vorhanden
- CHOP Codes für Débridements, Weichteildeckungen, Hautersatz und Differenzierung unübersichtlich, auch gross- und kleinflächig schwierig

## Kodierregel Reihenfolge Codes:

- höchster Verbrennungsgrad an erster Stelle als Hauptdiagnose
- ICD-Kodes «*Verbrennung Körperoberfläche %*» als Nebendiagnose

→ Überarbeitung Globaler Funktionen «*schwere / schwerste Verbrennungen*»



# Verbrennungen

## Globale Funktion

### Umbau I:

#### Schwerste Verbrennungen

HD Verbrennung 2b, 3. Grad  
und ND 20 % KöOF und mehr; mit best. % 3. Grad  
und Sepsis oder ND Verbrennung 2b, 3. Grad  
und IntK Erw > 1932 Pkt. oder Alter < 18 Jahre

→ Basis DRG A06 «*Schwerste Verbrennungen und LOS > 1*»

→ DRG A06B «*Verbrennungen von 40% und mehr KöOF; mit best. % 3. Grad AND LOS > 1*»



# Verbrennungen

## Globale Funktion

### Umbau II:

#### Schwere Verbrennungen

HD Verbrennung 2a, 2b, 3. Grad  
und ND 20 % KöOF und mehr; mit best. % 3. Grad  
und IntK > 392/552 Pkt. oder Haut-/Gewebe-transplantationen

- Basis DRG A07 «Schwere Verbrennungen und PCCL > 5»
- DRG A07A «Verbrennungen Grad 2a, 2b, 3. Grad und Mehrzeitige bestimmte OR»
- DRG A11A in Verbindung mit «IntK > 1176/1380 Pkt. und Mehrzeitige bestimmte OR»



# Verbrennungen

## MDC übergreifend

### Umbau III:

- Verbrennungen mit «*IntK > 784/828 Pkt.*» aus MDC 22 gruppieren neu in Basis DRG A07
- Basis DRG A36 «*IntK > 392/552 Pkt. und MDC 22*»
- Überarbeitung verschiedener Tabellen mit
  - Débridements
  - Hautdeckungen
  - Transplantationen; autolog, allogene, xenogene, temporär, permanent,...



# Verbrennungen

## MCD übergreifend

### Gleichstellung CHOP Kodes:

- 86.88.\* «*Temporäre Weichteildeckung durch..., grossflächig,...*»
- 86.8A.\* «*Weichteildeckung und Hautersatz mittels..., grossflächig,...*»
- 86.6C.\* «*Permanenter Hautersatz durch..., grossflächig,...*»

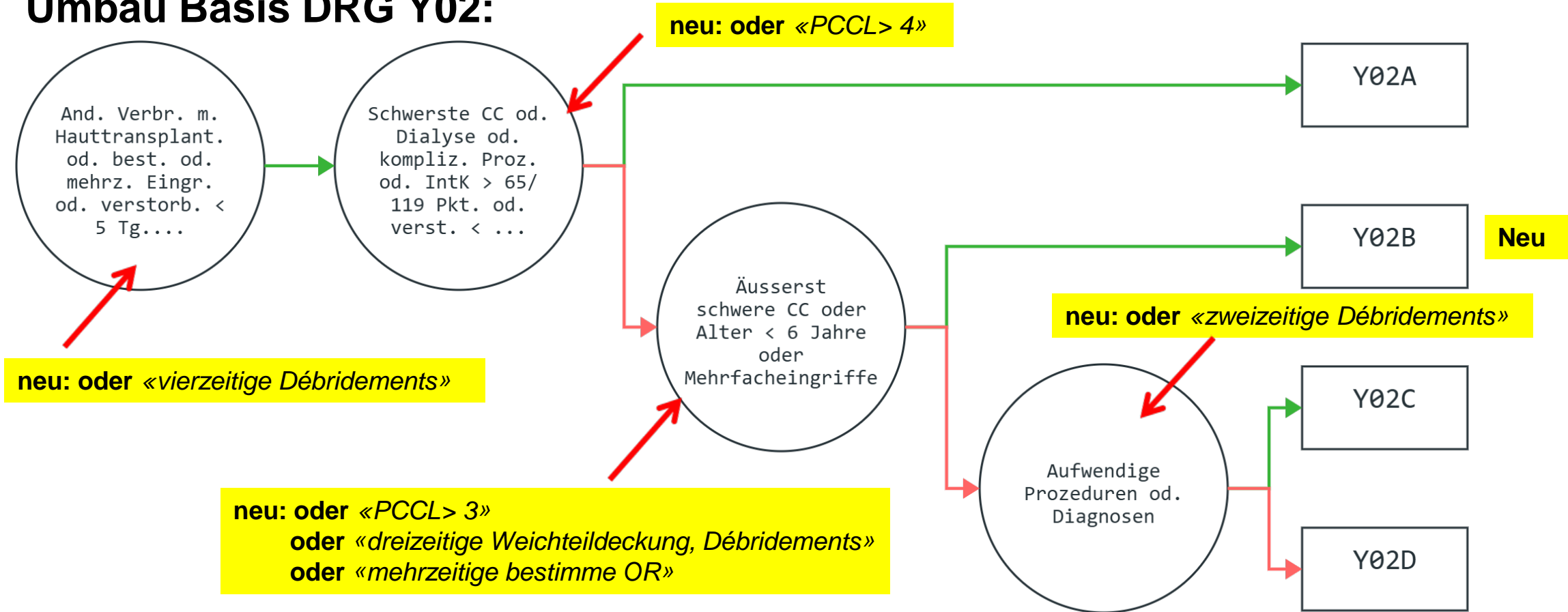
### Aufwertung CHOP Kode:

- 86.A1.12 «*Epifasziale Nekrosektomie oder tangentielle Exzision bei Verbrennungen Verätzungen*»



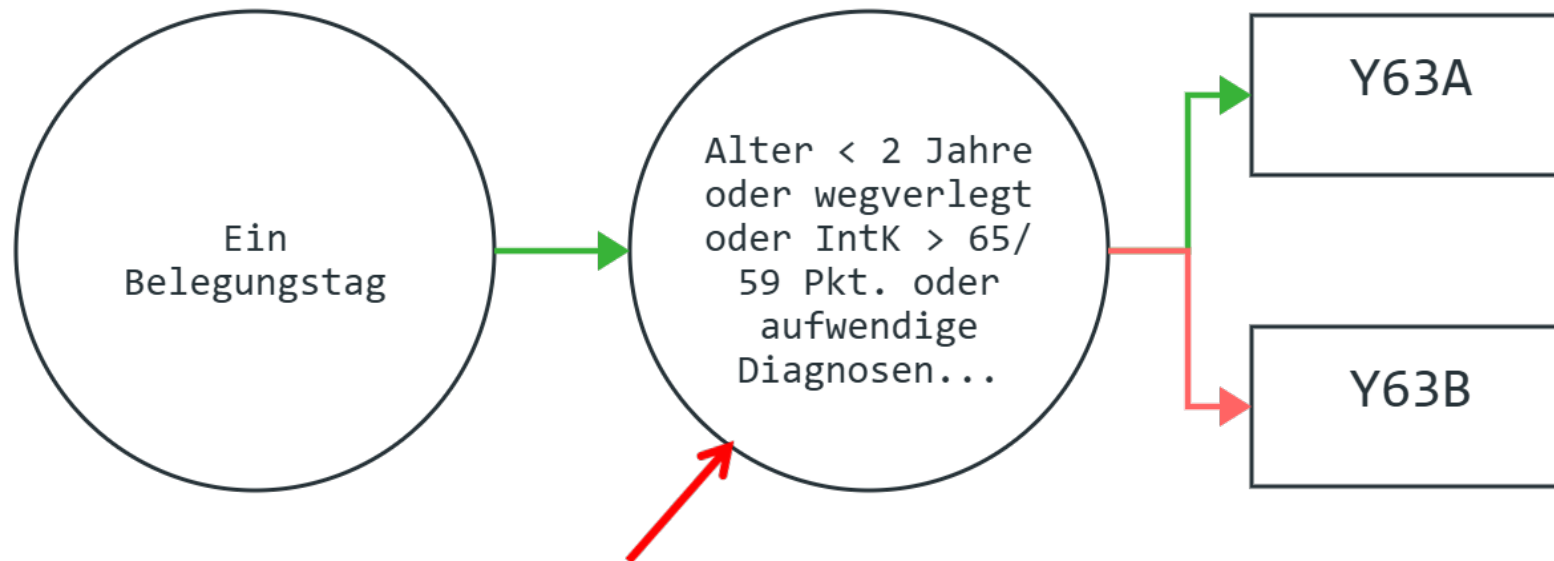
# Verbrennungen MDC 22

## Umbau Basis DRG Y02:



# Verbrennungen MDC 22

## Umbau Basis DRG Y63:



**neu:** «Wegverlegt»  
 oder «Mehrfache Verbrennungen»  
 oder «Weichteildeckung/Hautersatz grossflächig»  
 oder «Alter < 2 Jahre»  
 oder «IntK > 65/59 Aufwandspunkte»



# Verbrennungen Narbenbildungen

## Problem:

- grossflächige Narben → spätere Folgebehandlungen notwendig
- Kodierregel: Eine Narbenrevision wird gemäss Regel SD1201 mit «*Plastische Chirurgie*» und D06 «*Folgezustände*» kodiert:  
Bsp.: «*Narbenkeloid am Thorax nach Verbrennungen*» :
  - L91.0 «*Hypertrophie Narbe*»
  - T95.1 «*Folgen einer Verbrennung, Verätzung oder Erfrierung des Rumpfes*»
- nicht sachgerechte Abbildung in MDC 09 «*Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma*»

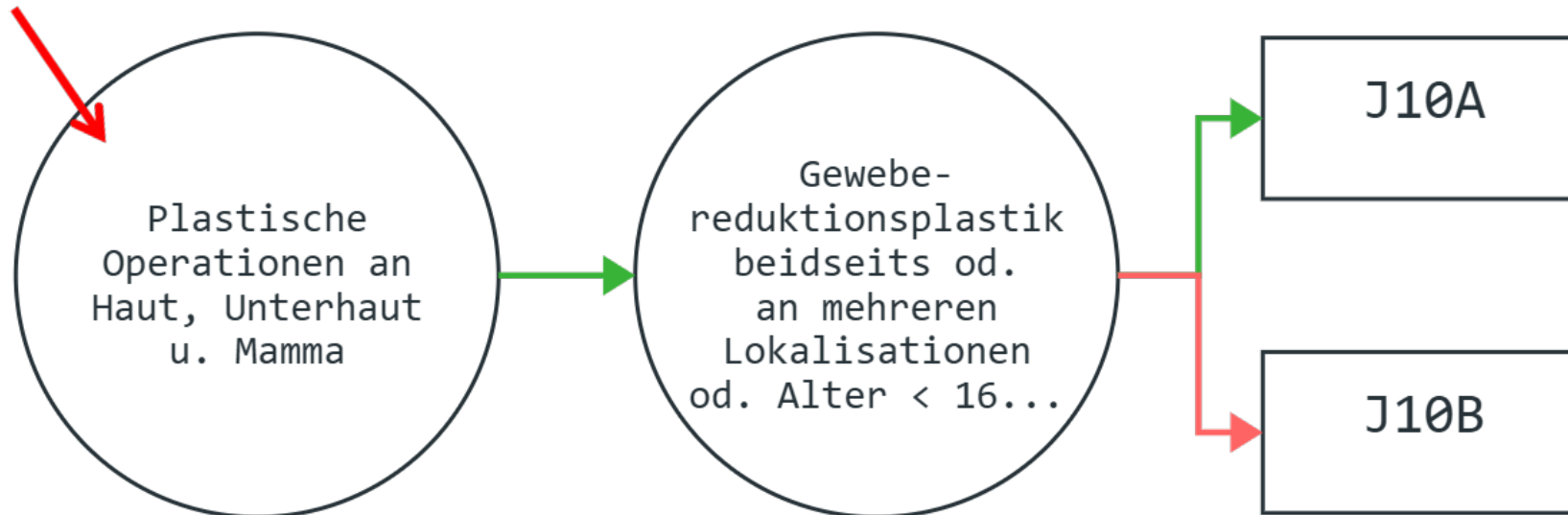
# Verbrennungen

## Narbenbildungen

### Umbau:

- Aufwertung ICD Kodegruppe T95.- «*Folgen von Verbrennungen, Verätzungen oder Erfrierungen*»

**neu:** «*Hauttransplantationen*» **und** «*Folgen von Verbrennungen...*»



# Intensivmedizin – Erwachsene

01

**Basis DRG B36, B36C:** IntK > 184 Pkt.

**B36A:** IntK > 828 Pkt.

**B20B:** IntK/IMCK > 119 Pkt.

**B64A:** IntK/IMCK > 59 Pkt.

02

**C86A:** IntK > 59 Pkt.

03

**D24A:** IntK > 119 Pkt.

04

**E05A, E06A:** IntK > 119 Pkt.

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.

# Intensivmedizin – Erwachsene


 Intensiv-  
 medizin

06

**G35A:** IntK > 360 Pkt.**G21A:** IntK/IMCK > 119/184 Pkt.

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.

11

**L20A:** IntK > 119 Pkt.**L20B:** IMCK > 119 Pkt.

# Intensivmedizin – Erwachsene

Intensiv-  
medizin

17

**R61C:** IntK/IMCK > 119 Pkt.

19

**U64A:** IntK/IMCK > 59 Pkt.  
**U60A:** IMCK > 59 Pkt.

21A

**W61B:** IntK/IMCK > 119/184 Pkt.

22

**Y63A:** IntK > 59 Pkt.

# Intensivmedizin – Kinder

01

**B64A:** IntK/IMCK > 65 Pkt.  
**B20B:** IntK/IMCK > 130 Pkt.

02

**C86A:** IntK > 65 Pkt.

03

**D24A:** IntK > 65 Pkt.

05

**F49E:** IntK/IMCK > 65 Pkt.

06

**G03A:** IntK > 130 Pkt.  
**G38A:** IntK/IMCK > 130 Pkt.

08

**I08A:** IntK > 65 Pkt.  
**I12A, I32A:** IntK/IMCK > 65 Pkt.  
**I06B, I29A:** IntK/IMCK > 65/130 Pkt.

# Intensivmedizin – Kinder

08

**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.

15

**Basis DRG P37:** IntK > 3920 Pkt.

19

**U60A:** IntK/IMCK > 65 Pkt.

22

**Basis DRG Y02, Y02A, Y63A:** IntK > 65 Pkt.

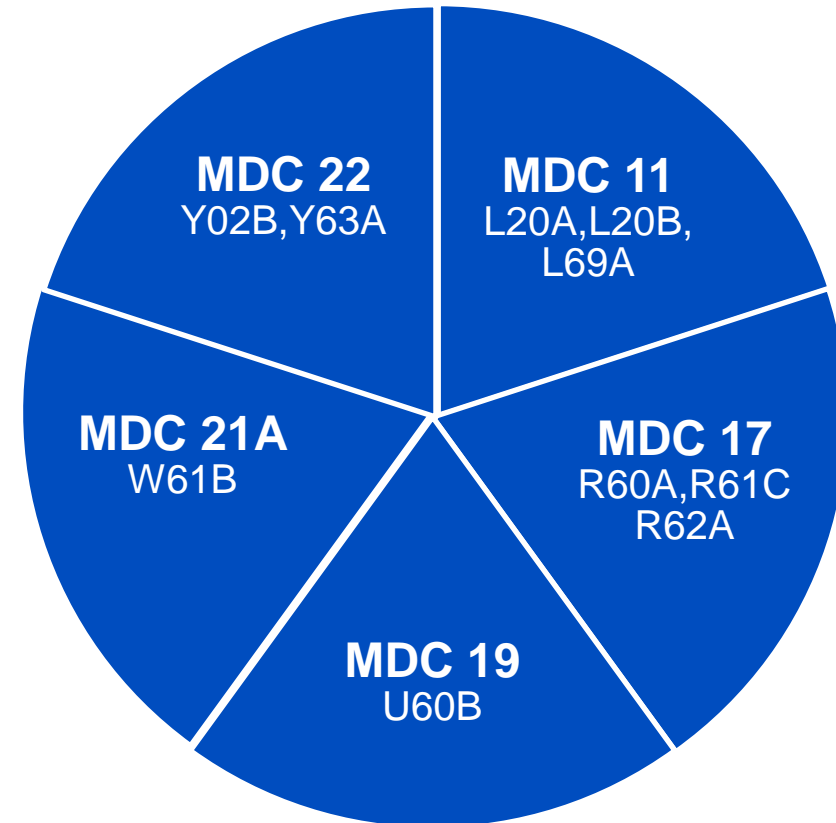
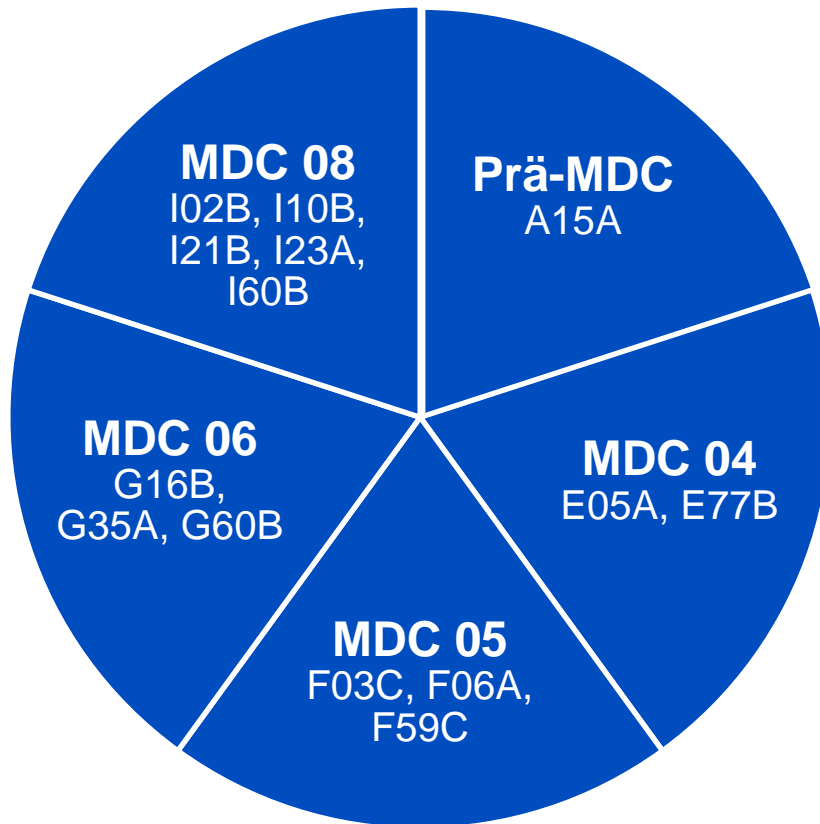
23

**Basis DRG Z02:** IntK/IMCK > 130 Pkt.



# Kindermedizin

## Split Alter < 18 Jahre





# Neugeborene MDC 15

## PCCL-Split

### Ausgangslage:

- Funktion «*Schweres Problem beim Neugeborenen*»:
  - mind. 1 erschwerende Diagnose oder bestimmter Atemunterstützung
  - Abbildung in 5 Basis DRGs
- Funktion «*Mehrere schwere Probleme bei Neugeborenen*»:
  - mind. 2 erschwerende Diagnosen oder 1 erschwerende Diagnose mit bestimmter Atemunterstützung
  - Abbildung in 4 Basis DRGs



# Neugeborene MDC 15

## PCCL-Split

### Simulationen:

- Entfernen der beiden Funktionen
- Aufnahme ICD Kodegruppen aus Kapitel XVI «*Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben*» in CC-Matrix
- Analyse DRGs mit «*PCCL > 2*» bis «*PCCL > 4*»

# Neugeborene MDC 15

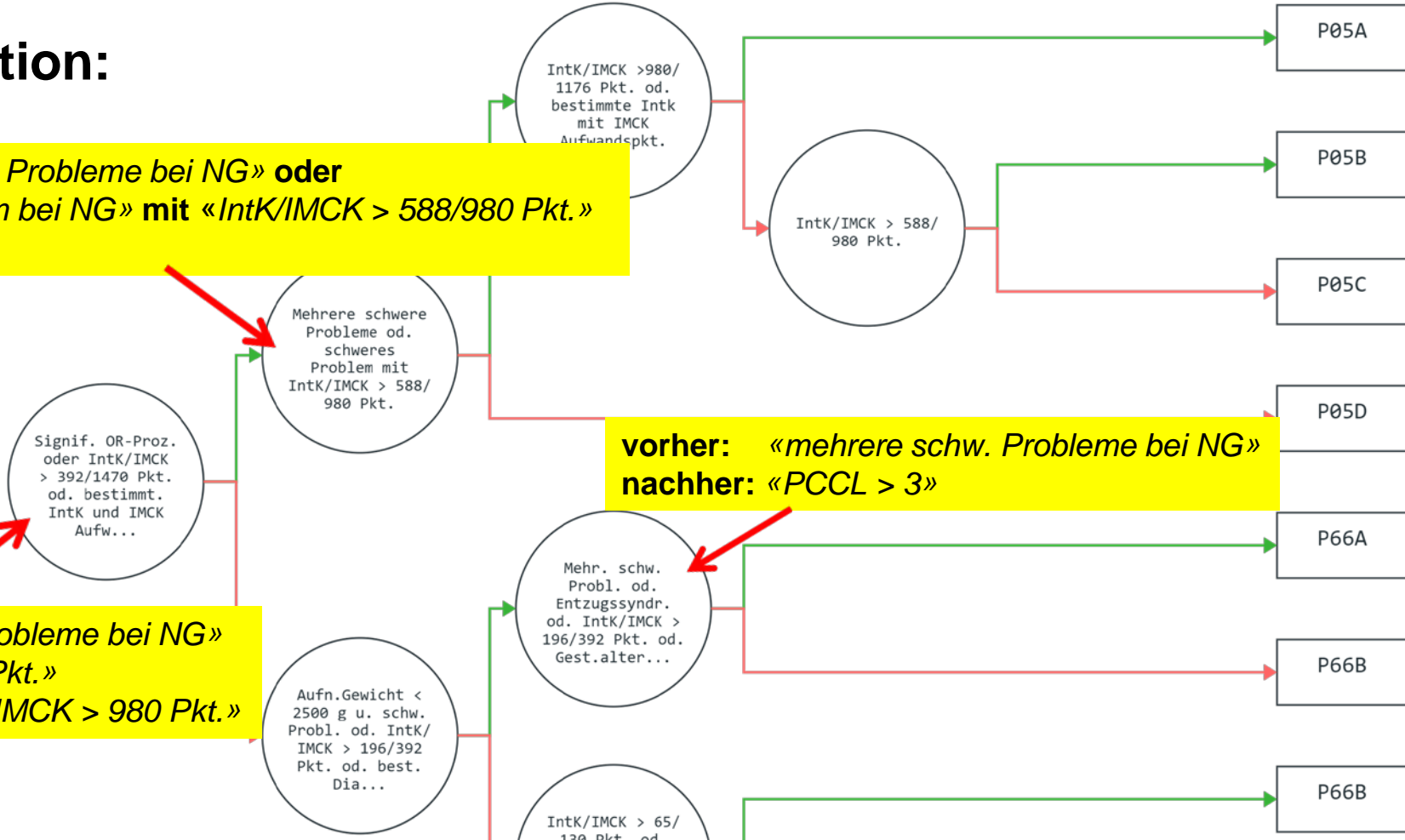
## PCCL-Split

### Beispiel Simulation:

**vorher:** «Mehrere schwere Probleme bei NG» **oder**  
 «schweres Problem bei NG» mit «IntK/IMCK > 588/980 Pkt.»  
**nachher:** «PCCL > 3»

**vorher:** «mehrere schw. Probleme bei NG»  
 mit «IMCK > 980 Pkt.»  
**nachher:** «PCCL > 3» mit «IMCK > 980 Pkt.»

**vorher:** «mehrere schw. Probleme bei NG»  
**nachher:** «PCCL > 3»





# Neugeborene MDC 15

## PCCL-Split

### Fazit:

- Gesamteffekt minimal
  - starke Auswirkungen auf einzelne Fallgruppen in beide Richtungen
  - **Umbau wurde nicht umgesetzt**
- erneute Prüfung nächstes Jahr**

# Aufwendige Konstellationen bei BNB Tumorboard

## Antrag:

- Abbildung Funktion «*Aufwendige Konstellationen bei BNB*» prüfen
- Aufnahme CHOP Kode 89.93 «*Interdisziplinäre (Tumor-)fallbesprechung (Tumorboard)*» in weitere Funktionen

## Analysen:

- Aufnahme CHOP Kode in weitere Funktionen nicht sachgerecht
- CHOP Kode 89.93 alleine kein Kostentrenner
- Fälle mit «*Aufwendige Konstellationen bei BNB*» sehr ressourcenintensiv

# Aufwendige Konstellationen bei BNB Tumorboard

## Umbau:

- Aufnahme der Funktion neu als Splitkriterium:

«Aufwendige Konstellationen  
bei BNB»

- Prä-MDC: A97C
- MDC 01: B20A
- MDC 03: D02A
- MDC 06: G35A, G60A
- MDC 07: H01B, H12A
- MDC 08: I54A
- MDC 09: J61A
- MDC 13: N01C



# Nervensystem MDC 01

## Apoplex

### Antrag:

- inhomogene Fallgruppen in Basis DRG B70 «Apoplexie»
- Etablierung eines PCCL-Splits mit 2 oder 3

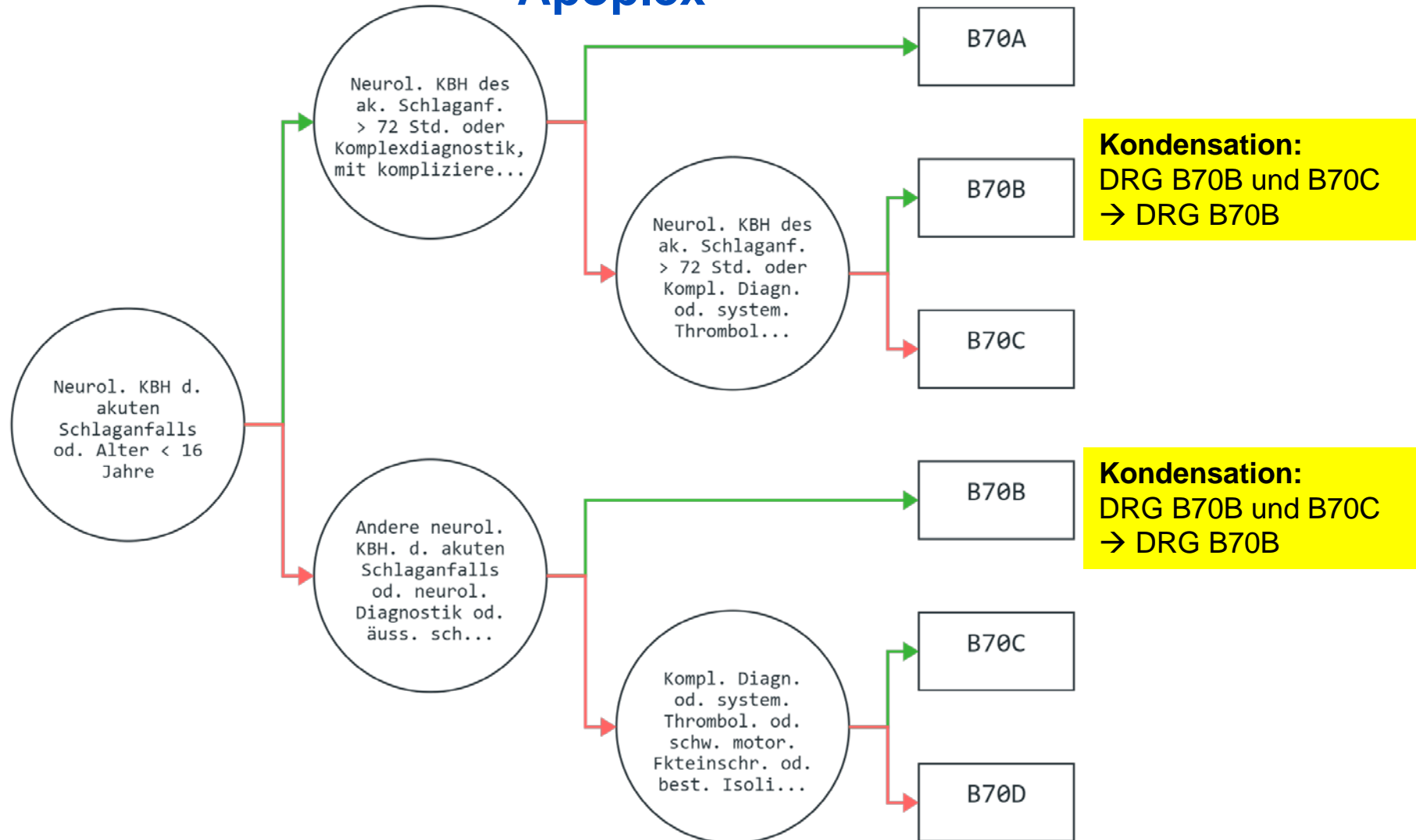
### Analysen:

- PCCL-Split kein eindeutiger Kostentrenner
- ähnliche Fallkosten in verschiedenen DRGs der Basis DRG B70
- Splitkriterien teilweise nicht mehr kostentrennend

# Nervensystem MDC 01

## Apoplex

**Umbau:**



# Nervensystem MDC 01

## Kondensation

### Problem:

- Splitbedingungen in DRG B20A «*Bestimmte oder komplexe intrakranielle Eingriffe oder grosse Wirbelsäulen-Operation...*» nicht mehr kostentrennend

### Umbau:

- Kondensation DRGs B20A und B20B → DRG B20A «*Bestimmte oder komplexe intrakranielle Eingriffe oder grosse Wirbelsäulen-Operation mit komplexer Prozedur oder komplexer Diagnose...*»

# HNO MDC 03

## Kombinationseingriffe bei Gaumenspalten

### Antrag:

- Behandlung von Lippen-Kiefer-Gaumenspalten in einer Sitzung nicht sachgerecht abgebildet
- Missverhältnis zwischen Kosten und aktuellen Erlösen in Basis DRG D03  
«Operative Korrektur einer Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte»

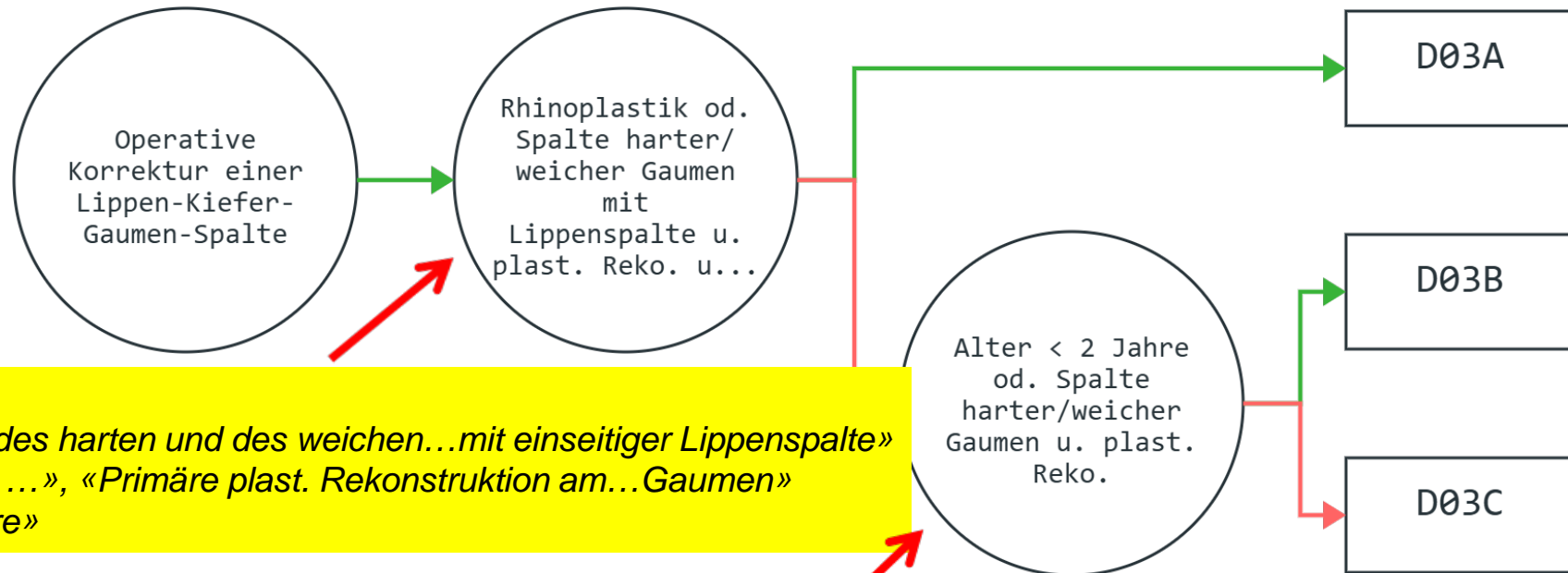
### Lösungsvorschlag:

- Aufwertung ICD Codes Q35.5 «Spalte des harten und des weichen Gaumens» und Q37.5 «Spalte des harten und des weichen Gaumens mit einseitiger Lippenspalte» in Verbindung mit bestimmten Prozeduren

# HNO MDC 03

## Kombinationseingriffe bei Gaumenspalten

### Umbau:



**neu:**  
 HD Q37.5 «Spalte des harten und des weichen...mit einseitiger Lippenspalte»  
 und «Lippenplastik ...», «Primäre plast. Rekonstruktion am...Gaumen»  
 und «Alter < 2 Jahre»

**neu:**  
 HD Q35.5 «Spalte des harten und des weichen Gaumens»  
 und «Primäre plastische Rekonstruktion am...Gaumen»

# Atmungsorgane MDC 04

## Tuberkulose/Pneumothorax

### Antrag:

- Untervergütung von Fällen mit Tuberkulose (TBC)
- Aufnahme in CC-Matrix

### Analysen:

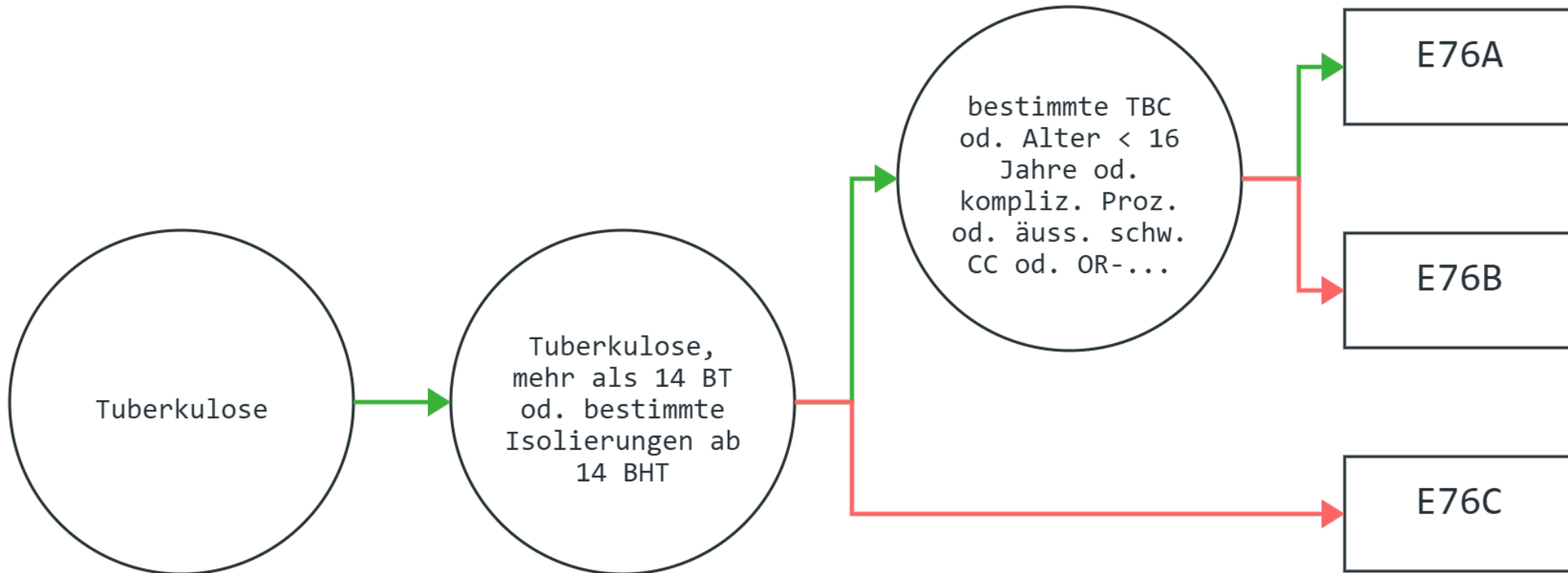
- alle ICD Codes in CC-Matrix aufgeführt
- geringe Fallmenge in einzelnen Basis DRGs unterdeckt
- Kosteninhomogenitäten in Basis DRG E76 «*Tuberkulose oder Pneumothorax...*»
- Trennung Zuordnung der Diagnosen TBC und Pneumothorax

# Atmungsorgane MDC 04

## Tuberkulose/Pneumothorax

### Umbau:

- Auflösen der DRGs E76E, E76D und E76C → E76C

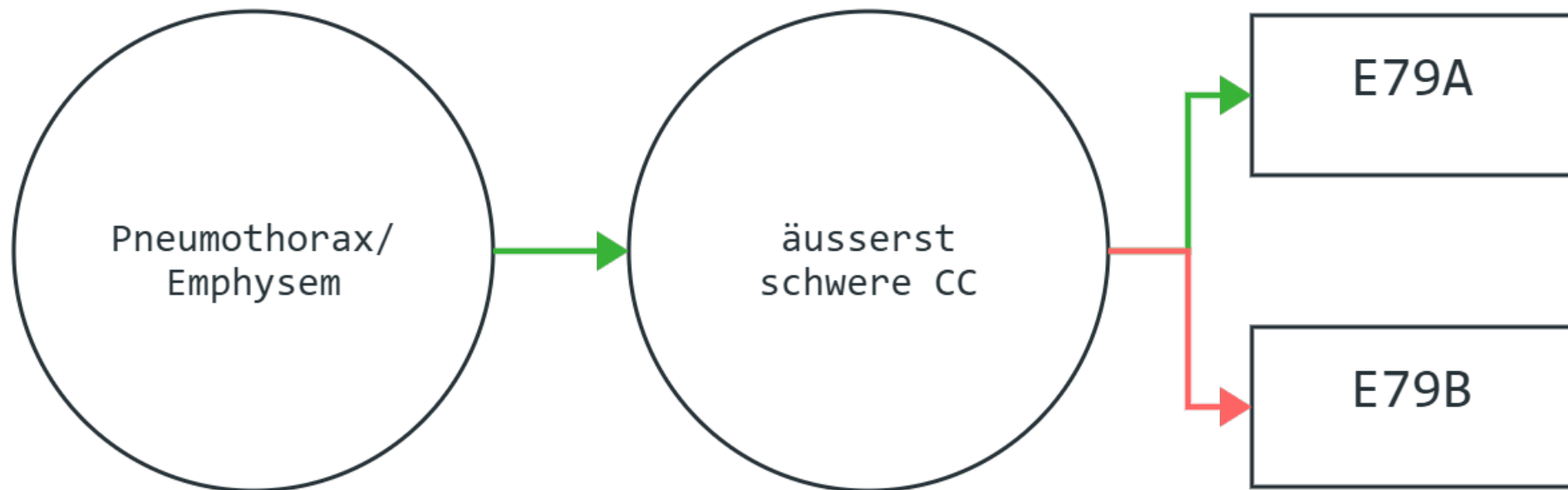


# Atmungsorgane MDC 04

## Tuberkulose/Pneumothorax

### Umbau:

- neue Basis DRG E79 «Pneumothorax»



# Kreislaufsystem MDC 05

## Sondenlose Herzschrittmacher

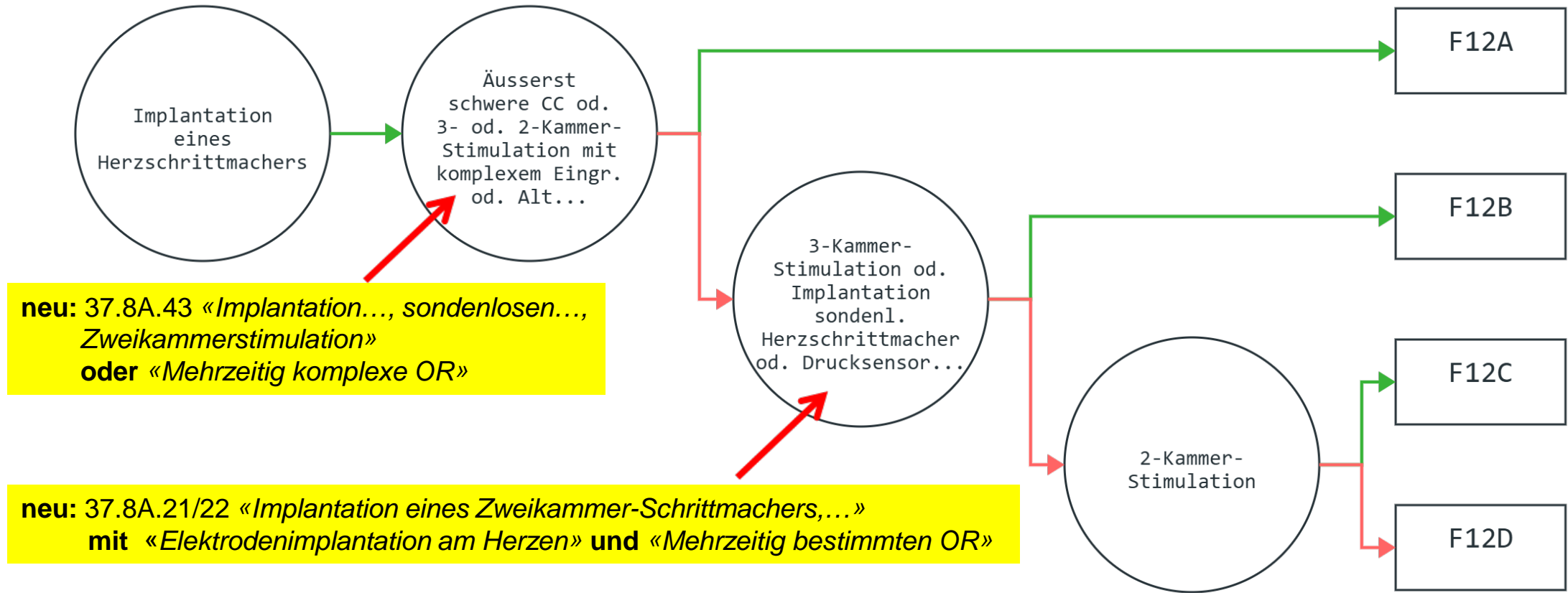
### Antrag:

- CHOP Codes 37.8A.42 «*Implantation eines transvenösen, sondenlosen Herzschrittmachers, Einkammerstimulation*» und 37.8A.43 «*Implantation eines transvenösen, sondenlosen Herzschrittmachers, Zweikammerstimulation*» in DRG F12B «*Implantation eines Herzschrittmachers...*» gleich bewertet
- sondenlose Zweikammer-Herzschrittmacher in der Regel doppelt so teuer wie ein Einkammer-System
- Kodierung erst im Jahr 2024 möglich – Kostendaten 2022/2023 aufgrund falscher Erfassung
- Neubewertung der Leistung

# Kreislaufsystem MDC 05

## Sondenlose Herzschrittmacher

### Umbau:



# Verdauungsorgane MDC 06

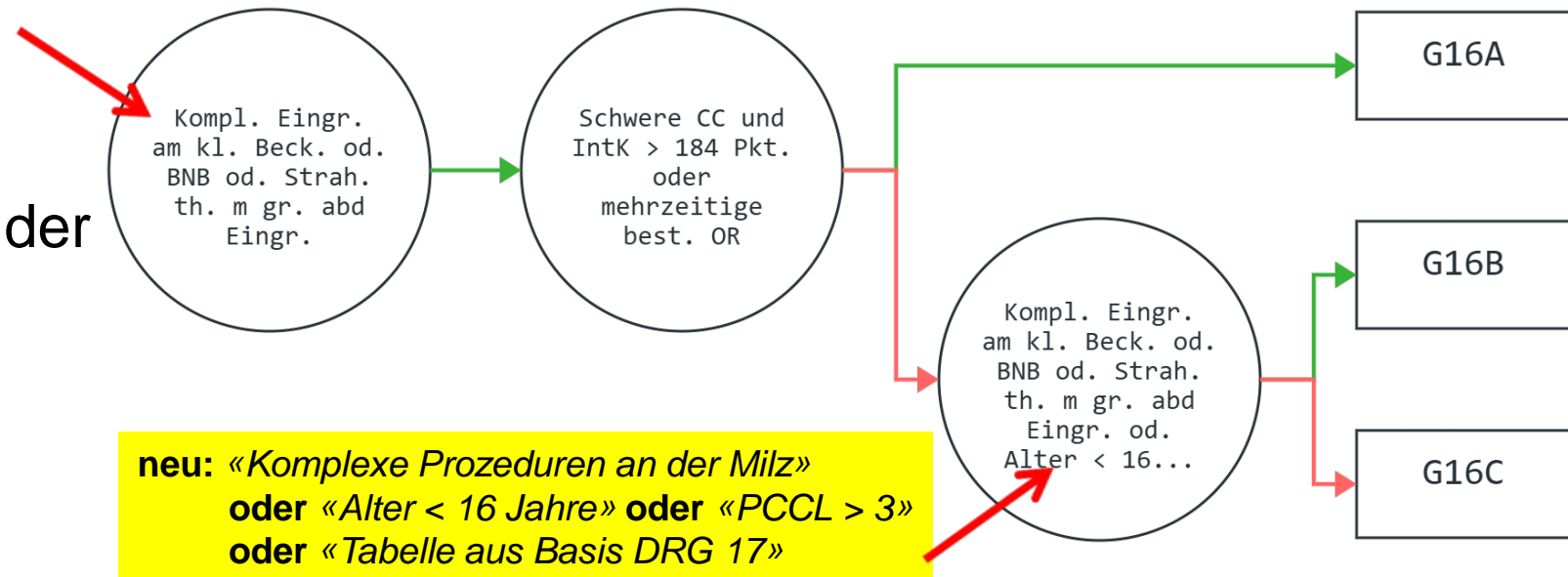
## Rektumresektion

### Problem:

- Rektum-Resektionen in Basis DRGs G16 «Komplexe Rektumresektion oder...» und G17 «Andere Rektumresektion ohne bestimmten Eingriff» abgebildet
- DRGs teilweise nicht trennscharf

### Umbau:

- Kondensation beider DRGs zu Basis DRG G16



# Hepatobiliäres System MDC 07

## Lebereingriffe

### Antrag:

- Trennung von Pankreas- und Lebereingriffen in Basis DRGs H01 und H09
- Aufwertung CHOP Kode 52.52.11 «*Distale Pankreatektomie, offen chirurgisch*»

### Umbau:

- Aufnahme CHOP Kode 52.52.11 in Basis DRG H01 «*Eingriffe an Pankreas mit Vakuumbehandlung oder...*»
- zusätzlicher Split für DRG H01B «*Multiviszeraleingriffe*» bei «*bösartiger Neubildung*»

→ sachgerechte Abbildung dieser Fälle

→ alle anderen Fälle weisen keine Untervergütung auf

# Bewegungssystem MDC 08

## Wirbelsäulen

### Problem:

- verschiedene Anträge zur differenzierteren Abbildung von Eingriffen über Segmenthöhe bzw. ventrale oder dorsale Zugänge
- Unstimmigkeiten/Unzufriedenheit mit CHOP Codes, Definitionen und Kodierungsempfehlungen
- intensiver unterjähriger Austausch mit Fachgesellschaft, BFS und Versicherer
- Daten sehr heterogen
- Überarbeitung CHOP Codes dringend notwendig

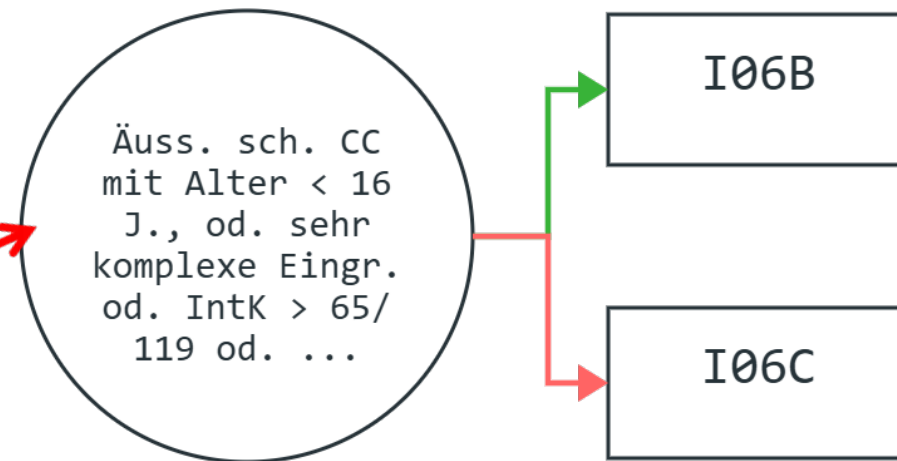
# Bewegungssystem MDC 08

## Wirbelsäulen

### Umbau Basis DRG I06:

- in allen Tabellen CHOP Codes 7A.73.\* «Nicht-dynamische Stabilisierung der Wirbelsäule durch Osteosynthese ohne Fusion der Wirbel,...» mit 7A.72.\* «Dynamische Stabilisierung der Wirbelsäule,...» gleichgestellt

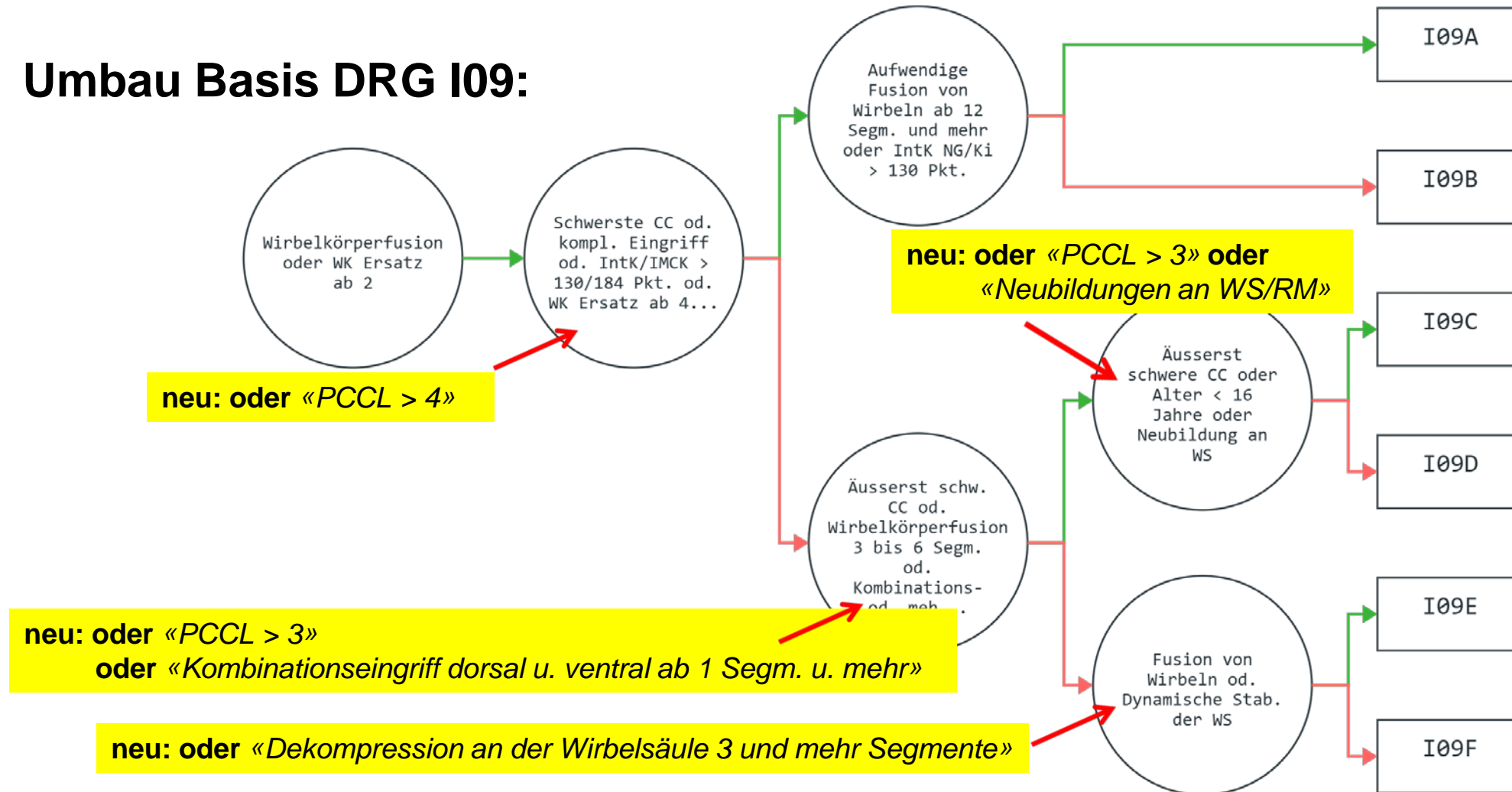
**neu: oder** «Kombinationseingriffe ab 1 bzw. 2 Segmenten»



# Bewegungssystem MDC 08

## Wirbelsäulen

### Umbau Basis DRG I09:

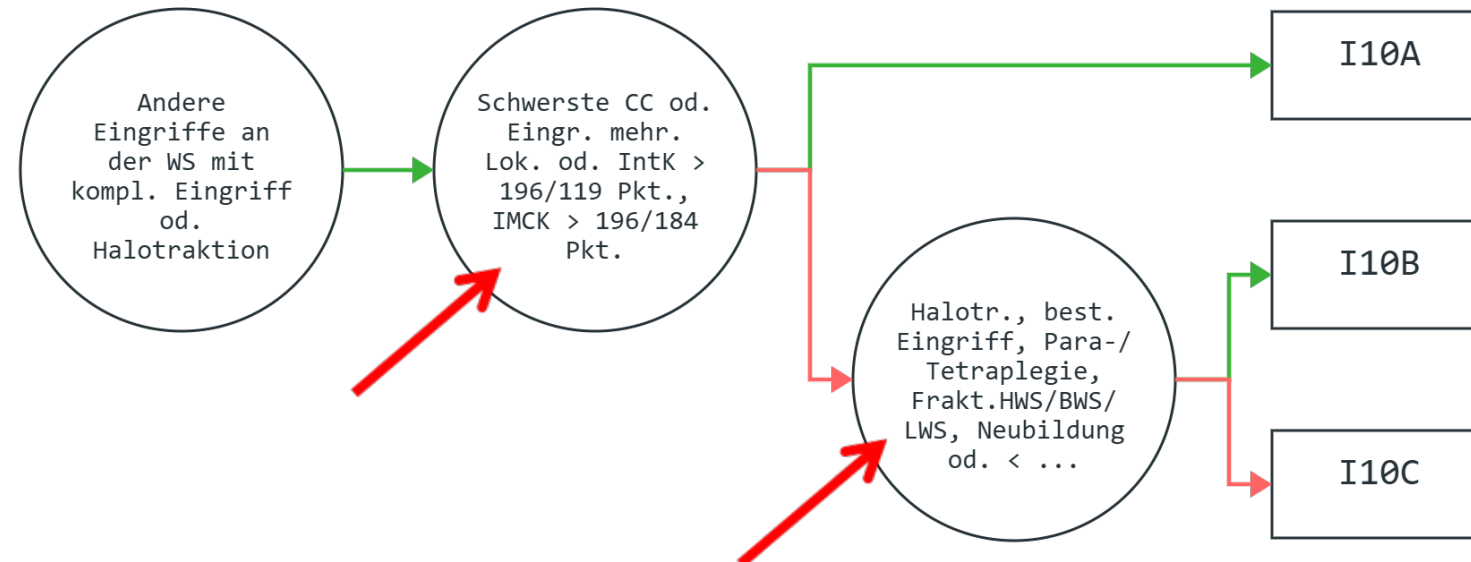


# Bewegungssystem MDC 08

## Wirbelsäulen

### Umbau Basis DRG I10:

- sachgerechte Vergütung von aufwendigen Fällen durch
  - Erhöhung von «*PCCL* > 3» auf «*PCCL* > 4» für DRG I10A
  - Entfernung «*IntK Erw* > 119 Aufwandspunkte» aus DRG I10B



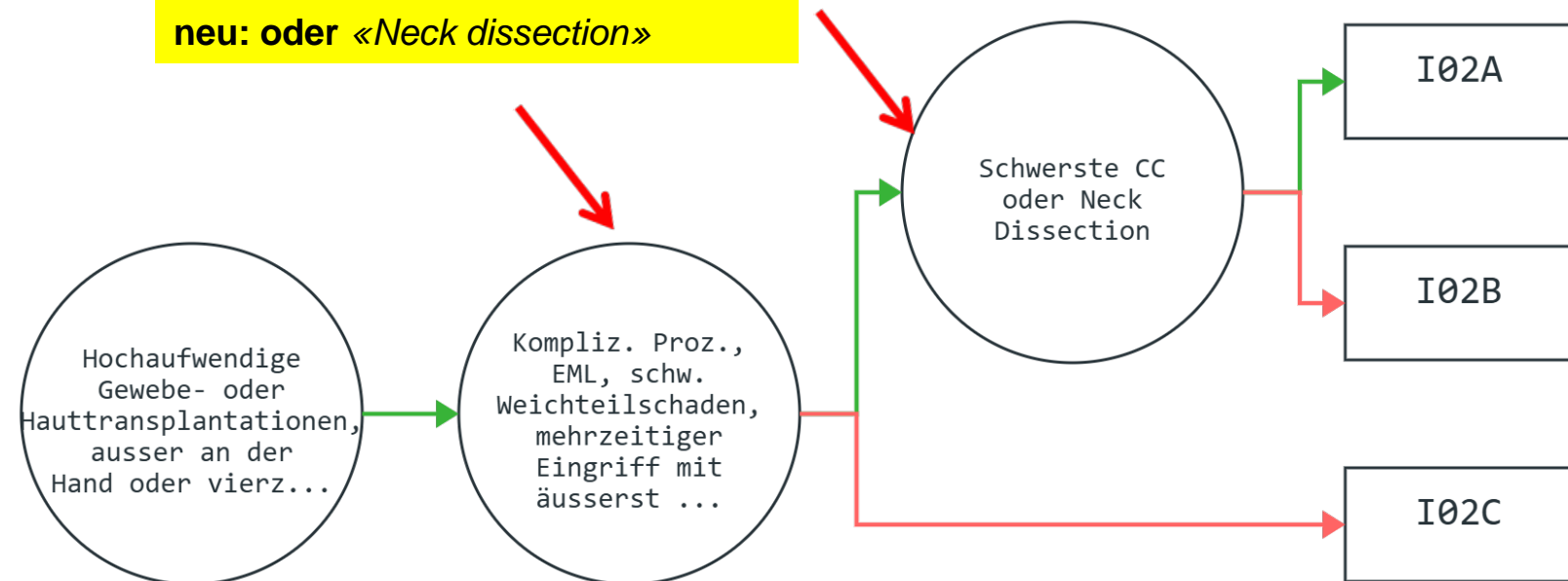
# Bewegungssystem MDC 08

## Neck dissection

### Vormerkung:

- Abbildung von Fällen mit «*Neck dissection*» in Basis DRG I02 «*Hochaufwendige Gewebe- oder Hauttransplantationen, ausser an der Hand oder vierzeitige bestimmte OR-Prozeduren oder mikrovaskulärer Eingriff*» prüfen

### Umbau:



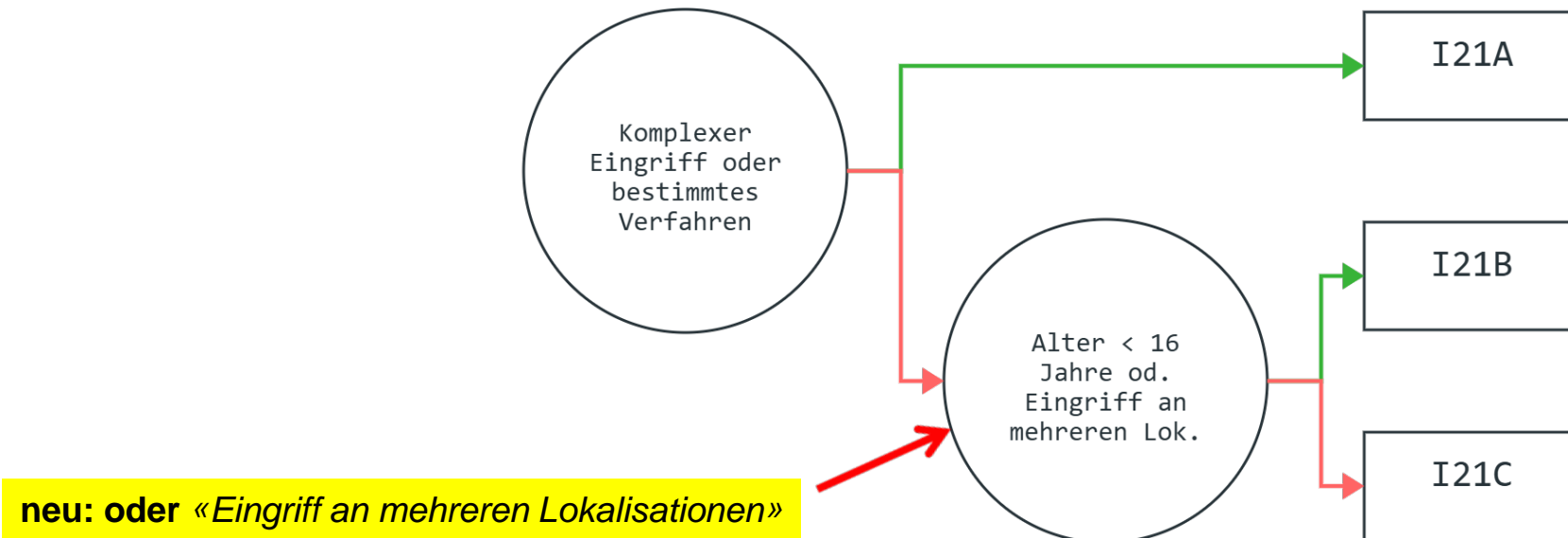
# Bewegungssystem MDC 08

## Eingriff an mehreren Lokalisationen

### Problem:

- nach Umbau «*Polytrauma*» aufwendige Fälle in Basis DRG I21 «*Bestimmte Eingriffe an Hüftgelenk und Femur*»
- Fälle dort untervergütet

### Umbau:



# Bewegungssystem MDC 08

## Langschaftprothese

### Vormerkung:

- Überprüfung Ressourcenverbrauch von Fällen mit «*Langschaftprothese*»

### Umbau:

- aus DRG I04B «*Revision oder Ersatz des Kniegelenkes...*» CHOP Codes «*Langschaftprothese*» und «*modulare Prothese*» entfernt
- aus DRGs I43B «*Implantation oder vollständiger Wechsel einer Endoprothese am Kniegelenk...*» und I46B «*Implantation, Wechsel oder Revision einer Hüftendoprothese...*» CHOP Kode «*Langschaftprothese*» entfernt
- in DRG I46A Funktion «*mehrzeitige bestimmte OR-Prozeduren*» mit Tabelle «*totale Hüftendoprothese bei Prothesenwechsel*» aufgewertet

# Haut und Mamma MDC 09

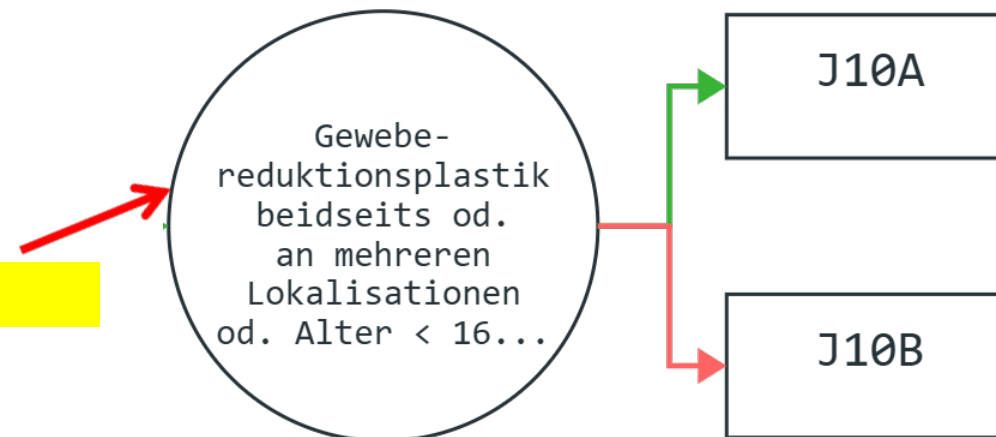
## Mehrzeitige Eingriffe

### Antrag:

- plastische Deckung nach Exzision eines Melanoms häufig 2-zeitiger Eingriff, dadurch Fallzusammenführung
- Fälle in Basis DRG J10 «*Plastische Operationen an Haut, Unterhaut und Mamma*» untervergütet

### Umbau:

neu: «*mehrzeitig bestimmte OR-Prozeduren*»



# Weibliche Geschlechtsorgane MDC 13

## Endometriose

### Antrag:

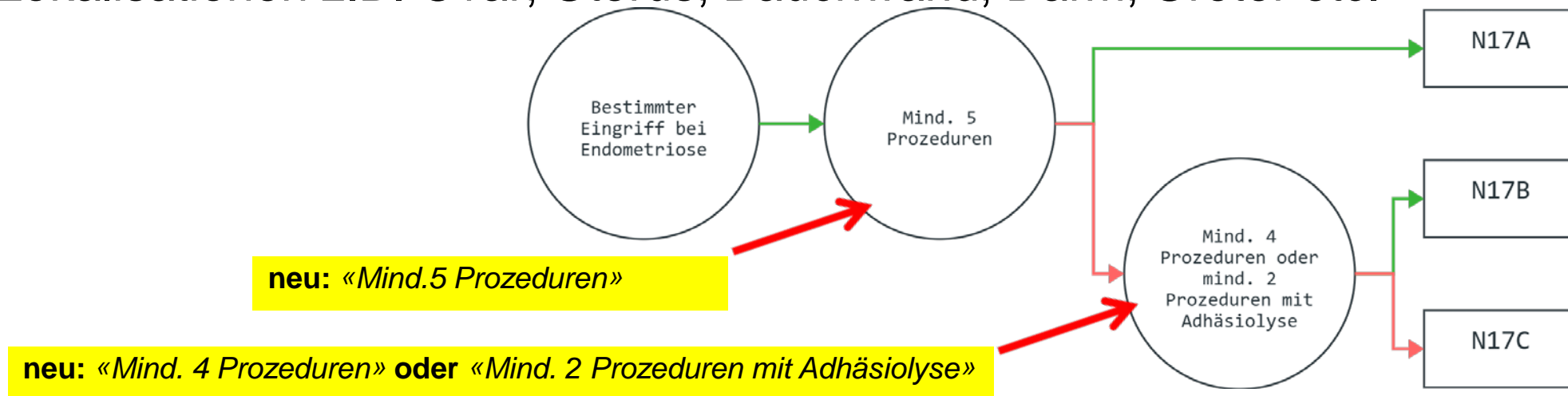
- heterogene Fallgruppe und aufwendige Eingriffe bei (tiefinfiltrierender) Endometriose
- komplexe Eingriffe an verschiedenen Organen mit langer OP-Dauer
- Antrag auf eigene Basis DRG «*Eingriffe bei Endometriose*»
- Differenzierung nach Anzahl an Eingriffen an verschiedenen Lokalisationen

# Weibliche Geschlechtsorgane MDC 13

## Endometriose

### Umbau:

- neue Basis DRG N17 «Bestimmter Eingriff bei Endometriose»
- Differenzierung anhand von mehreren Prozeduren an verschiedenen Lokalisationen z.B. Ovar, Uterus, Bauchwand, Darm, Ureter etc.



- DRG N07A (HD Endometriose mit aufwendiger Konstellation) entfernt

# Andere Gesundheitsfaktoren MDC 23

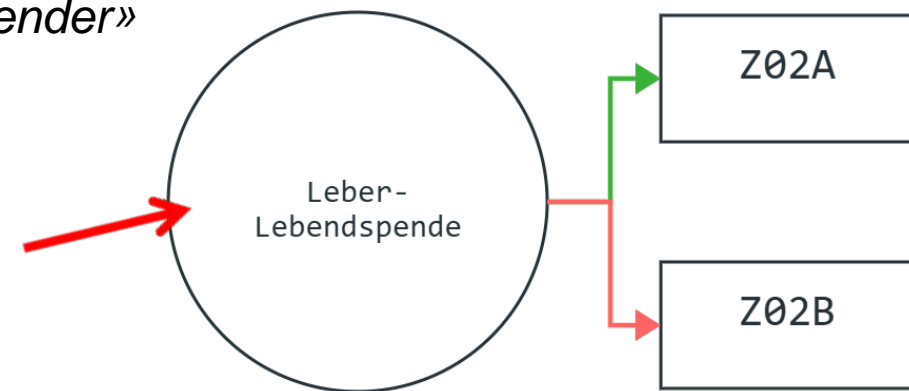
## Leber-Lebendspende

### Antrag:

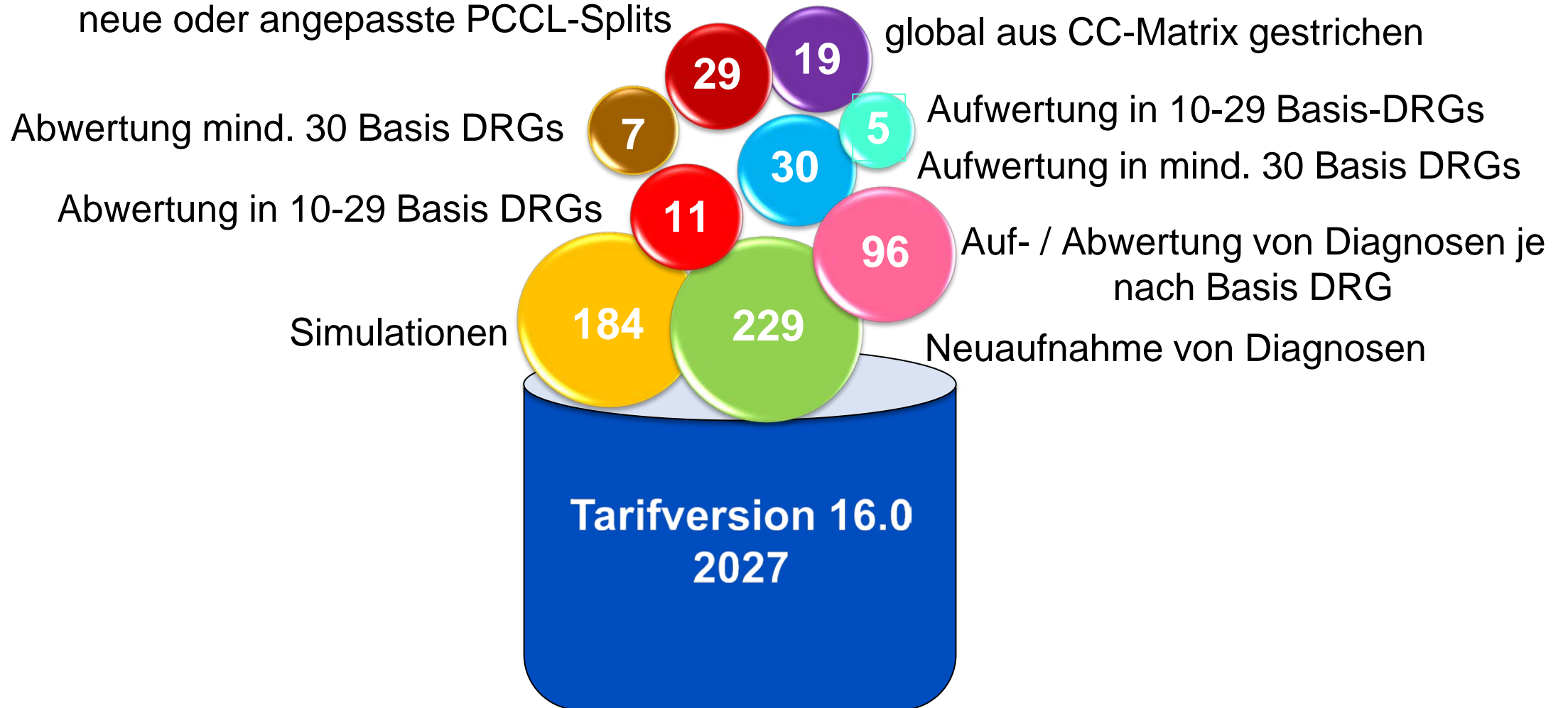
- Kosten Lebendspender von Leber- oder Nieren sehr unterschiedlich
- Leber-Lebendspender haben höherer Verweildauern und IPS-Aufenthalt

### Umbau:

- Split der DRG Z02Z anhand Z52.6 «Leberspender»
- Kalkulation erfolgt über 4 Datenjahre



# CC – Matrix



# Überarbeitung der DRG – Klassifikation

## Antragsverfahren

	2025	2024	2023	2022
Anträge	<b>237*</b>	267*	184*	176*
umgesetzt	<b>127</b>	140	114	119
Quote	<b>54%</b>	52%	62%	67%

*\*Jeder Antrag wurde von der SwissDRG AG geprüft*

# SwissDRG – Version 16.0 / 2027

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

# Implizite Ein-Belegungstag DRG

## Anträge:

- impliziten Ein-Belegungstag DRGs mit untervergüteten Low Outliern

## Definition:

- UGV der betroffenen DRG liegt bei 2 Tagen
- mindestens 25 Fälle mit einer Aufenthaltsdauer von 1 Tag (Low Outlier)

# Implizite Ein-Belegungstag DRG

## Berechnung Abschlag bisher

### Bisher:

- Berechnung Tagesabschlag ( $TA_i^{CHF}$ ) einer impliziten Ein-Belegungstag DRG  $i$  anhand des Medians der Kosten der Low Outlier:

$$TA_i^{CHF} = InlierKGW_i^{CHF} - \text{Median}(\text{Gesamtkosten}_{Low\ Outlier\ i}^{CHF})$$

→ effektive Vergütung ( $effKGW_i^{CHF}$ ) der Low Outlier entspricht dem Median ihrer Gesamtkosten

$$effKGW_i^{CHF} = InlierKGW_i^{CHF} - TA_i^{CHF} = \text{Median}(\text{Gesamtkosten}_{Low\ Outlier\ i}^{CHF})$$

# Methodische Anpassung

## Ziele/Vorgaben:

- angepasster Median um der Schiefe der Verteilung gerecht zu werden
- implizite Ein-Belegungstag-DRGs mit **untervergüteten** sowie **übervergüteten** Low Outlier besser abbilden
- Robustheit gegenüber extremen Einzelfällen

## Methodische Anpassung

- effektives Kostengewicht der Low Outlier einer impliziten Ein-Belegungstag-DRG  $i$  neu:

$$effKGW_i^{CHF} = \text{angepasster Median}$$

- wobei

$$\text{angepasster Median} = \frac{Med + Q20 + Q80}{3}$$

- mit

*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  $i$*



# Fazit und Ausblick

## Fazit:

- deutliche Verbesserung bei impliziten Ein-Belegungstag DRGs erreicht
- Robustheit gegenüber extremen Ausreissern bleibt bestehen
- Berechnung wird impliziten Ein-Belegungstag-DRGs mit schiefen Verteilungen besser gerecht

## Ausblick:

- mögliche Probleme bei der Kostenzuweisung

# SwissDRG – Version 16.0 / 2027

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

# Kostenhomogenität R<sup>2</sup>

## Version V16.0 im Vergleich zu Vorversionen

Grouperversion	Datenjahr	alle Fälle	Inlier (gemäss V16.0)
<b>V16.0</b>	<b>2024</b>	<b>0.788</b>	<b>0.871</b>
V15.0		0.786	0.862
V14.0		0.783	0.858

*Datenbasis: 2024, Kalkulationsdaten*

## Berechnung der Bezugsgrösse für V16.0

Bezugsgrösse wird so berechnet, dass bei identischer Datengrundlage 2024

Summe der effektiven Kostengewichte gruppiert mit V16.0

=

Summe der effektiven Kostengewichte gruppiert mit V15.0

SwissDRG V16.0	SwissDRG V15.0	SwissDRG V14.0
11'104 CHF	11'097 CHF	10'715 CHF

*Datenbasis: 2024, SwissDRG Daten Anwendungsbereich, bewertet über V14.0, V15.0 und V16.0*

## Casemix Index nach Typologie

Versorgungsstufe	Anzahl	CMI V16.0	CMI V15.0	Delta V15.0/V16.0
K111 Zentrumsversorgung 1	227'413	<b>1.481</b>	1.477	<b>+0.3%</b>
K112 Zentrumsversorgung 2	669'061	<b>1.048</b>	1.050	<b>-0.2%</b>
K121 Grundversorgung 3	130'473	<b>0.927</b>	0.927	<b>0.0%</b>
K122 Grundversorgung 4	84'984	<b>0.890</b>	0.892	<b>-0.2%</b>
K123 Grundversorgung 5	22'874	<b>0.942</b>	0.947	<b>-0.5%</b>
K221 Rehabilitationskliniken	2'198	<b>6.219</b>	6.162	<b>+0.9%</b>
K231 Chirurgie	58'014	<b>1.103</b>	1.108	<b>-0.4%</b>
K232 Gyn/ Neonatologie	6'277	<b>0.372</b>	0.373	<b>-0.2%</b>
K233 Pädiatrie	19'561	<b>1.315</b>	1.285	<b>+2.3%</b>
K234 Geriatrie	5'853	<b>1.497</b>	1.512	<b>-1.0%</b>
K235 Spezialkliniken	7'955	<b>2.097</b>	2.102	<b>-0.2%</b>
Alle	1'234'663	<b>1.124</b>	1.124	<b>0.0%</b>

*Datenbasis: 2024, SwissDRG Daten Anwendungsbereich, bewertet über V15.0 und V16.0*

# Deckungsgrad pro Gruppe mit hypothetischen Einheitsbasispreisen

	Anzahl Fälle	Anteil Gesamtfälle	Deckungsgrad V16.0	Deckungsgrad V15.0	Veränderung V15.0/V16.0
Unispitäler K111	215'244	19.39%	<b>91.69%</b>	91.37%	<b>+0.4%</b>
selbständige Kinderspitäler	18'692	1.68%	<b>93.65%</b>	91.79%	<b>+2.0%</b>
nicht Unispitäler	895'047	80.61%	<b>103.17%</b>	103.29%	<b>-0.1%</b>
Inlier	957'858	86.27%	<b>103.22%</b>	103.75%	<b>-0.5%</b>
Low Outlier	71'461	6.44%	<b>104.39%</b>	101.48%	<b>+2.9%</b>
High Outlier	80'972	7.29%	<b>84.15%</b>	82.37%	<b>+2.2%</b>
Aufnahmeverlegte Patienten	46'913	4.23%	<b>100.83%</b>	100.49%	<b>+0.3%</b>
Aufnahmeverlegte Inlier-Patienten	39'807	3.59%	<b>103.56%</b>	104.46%	<b>-0.9%</b>
Kinder <16 Jahre ohne DRG P66D, P67D	71'153	6.41%	<b>101.86%</b>	99.94%	<b>+1.9%</b>

hypothetische Baserate für Nullgewinne inkl. ANK V16.0: CHF 11'407

hypothetische Baserate für Nullgewinne inkl. ANK V15.0: CHF 11'398

*Datenbasis: 2024, Kalkulationsdaten, bewertet über V15.0 und V16.0*

## Deckungsgrad pro Gruppe mit hypothetischen Einheitsbasispreisen

	Anzahl Fälle	Anteil Gesamtfälle	Deckungsgrad V16.0	Deckungsgrad V15.0	Veränderung V15.0/V16.0
Low Outlier	71'461	100%	<b>104.39%</b>	101.48%	<b>+2.9%</b>
Low Outlier aus impliziten 1-BT-DRGs	66'580	93.17%	<b>99.61%</b>	97.35%	<b>+2.3%</b>

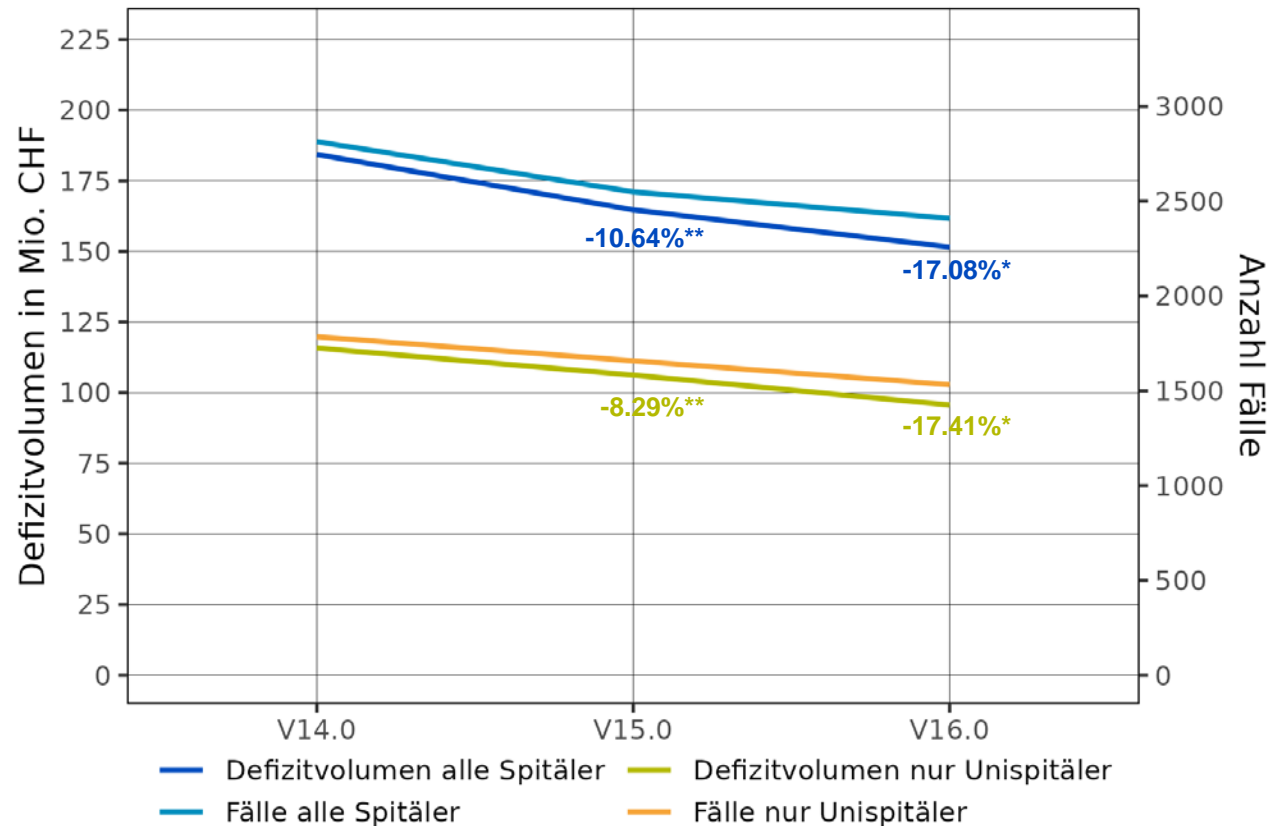
hypothetische Baserate für Nullgewinne inkl. ANK V16.0: CHF 11'407

hypothetische Baserate für Nullgewinne inkl. ANK V15.0: CHF 11'398

*Datenbasis: 2024, Kalkulationsdaten, bewertet über V15.0 und V16.0*

# Defizitfälle

Fälle mit Defizit > CHF 40'000.-



## Definition VR:

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

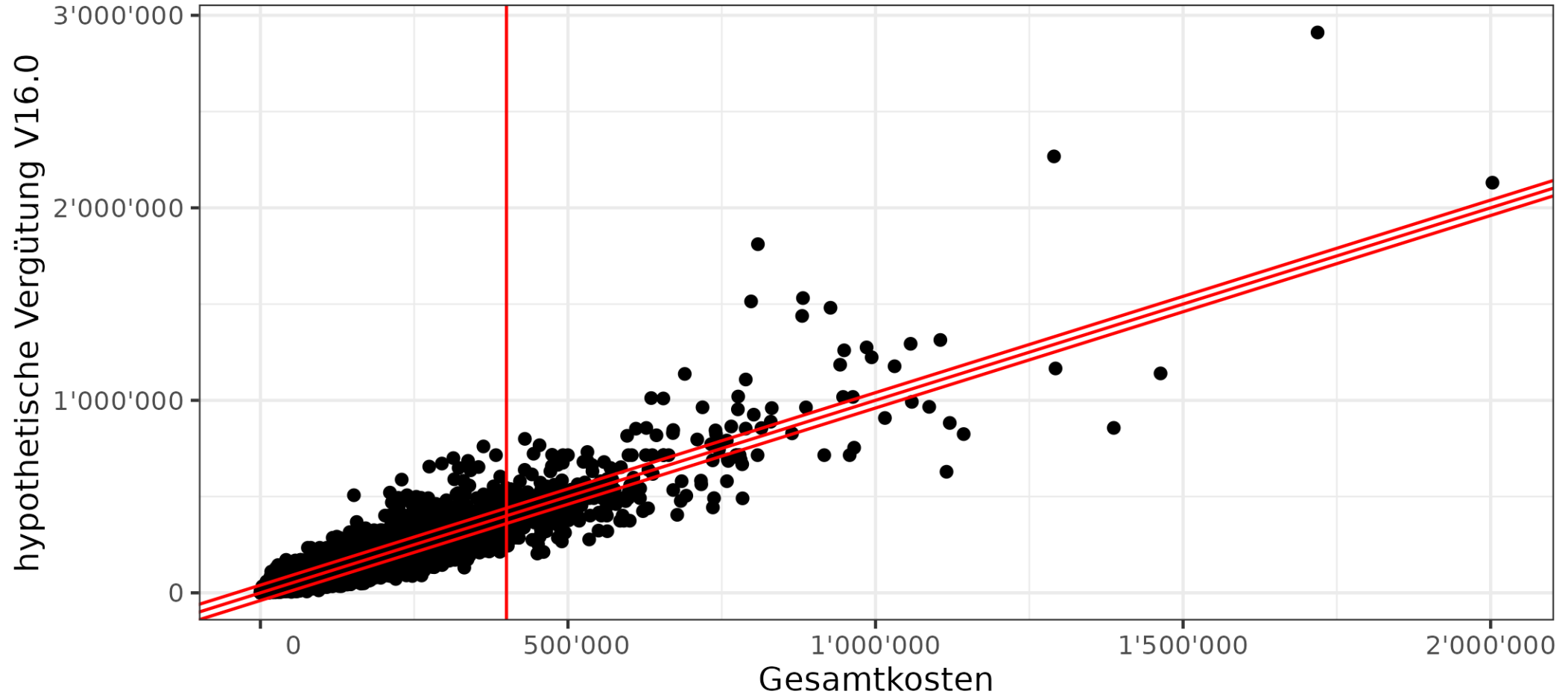
- 139 Fälle
- 19 betroffene Spitäler
- Defizitvolumen CHF 17.4 Mio.

\*: Veränderung (Volumen) von V14.0 zu V15.0 (in %)

\*\* : Veränderung (Volumen) von V14.0 zu V16.0 (in %)

Datenbasis: 2024, Kalkulationsdaten, bewertet über V14.0, V15.0 und V16.0

# Hochkostenfälle




Hochkostenfälle (Kosten > 400'000 CHF): 303  
Anzahl Hochdefizitfälle: 139  
Anzahl Hochgewinnfälle: 97

Defizitvolumen: 17.4 Mio. CHF  
Gewinnvolumen: 18.4 Mio. CHF

# Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

## SwissDRG AG

Länggassstrasse 31  
3012 Bern

 +41 (0)31 310 05 50

E-mail: [info@swissdrg.org](mailto:info@swissdrg.org)