

# **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

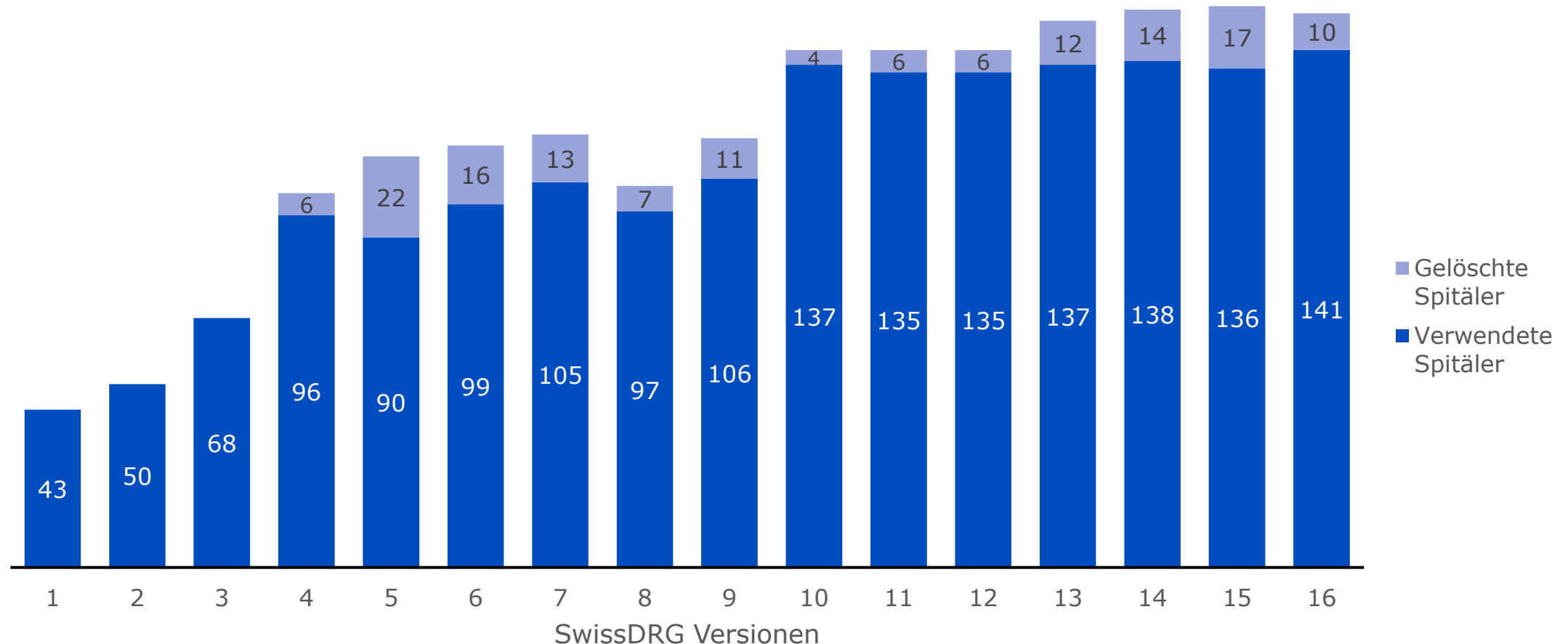
- Leistungs- und Kostendaten der Spitäler 2024
- kodiert mit CHOP 2024 und ICD-10 GM 2022
- Ohne Psychiatrie und Rehabilitation
- Inklusive Paraplegie und Frührehabilitation
- Datenformate
  - Medizinische Statistik
  - SpiGes-Datensatz
- Detailerhebungen

# Anzahl Spitäler

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

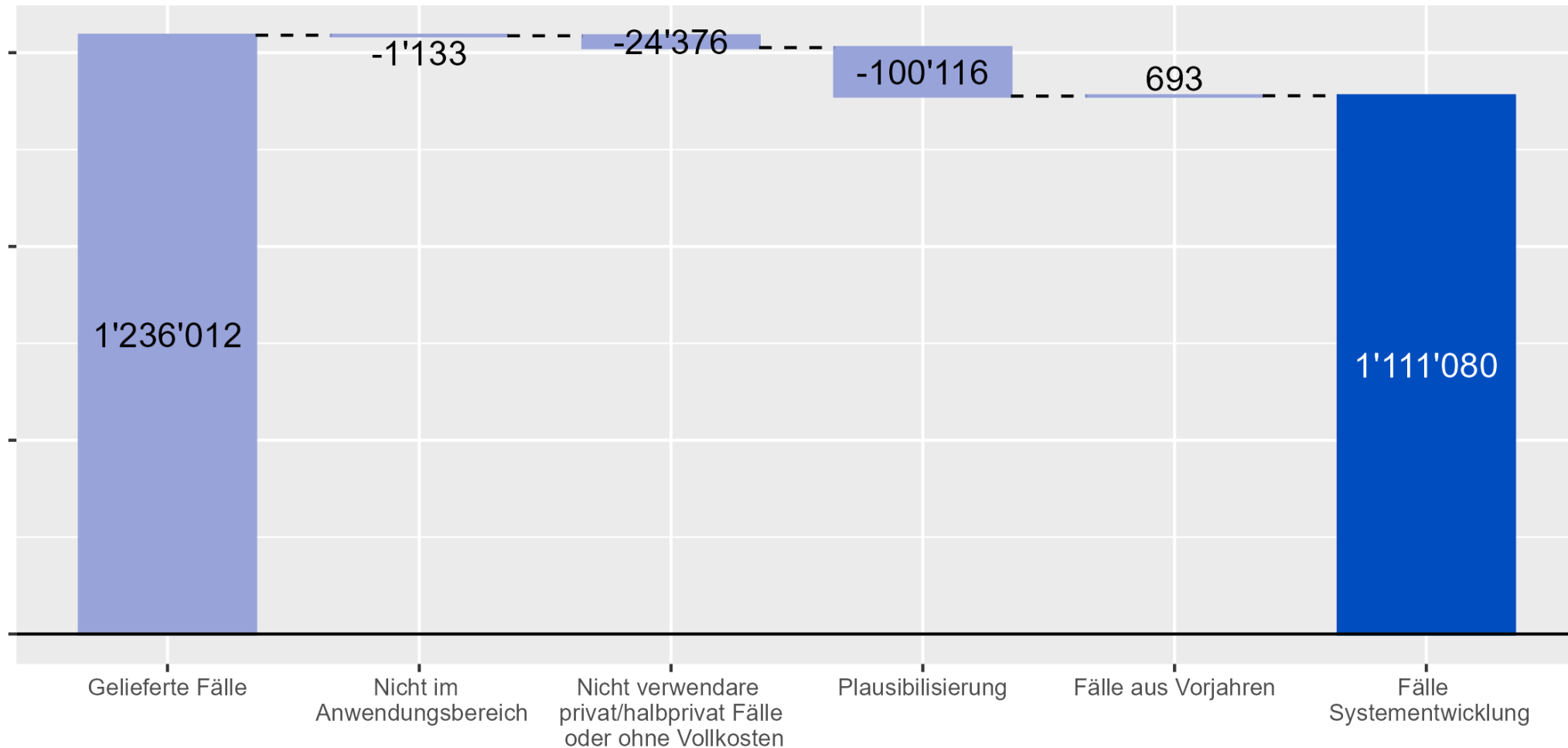
- Gesamtlöschung von 10 Spitälern
- Daten von 141 Spitälern zur Systementwicklung verwendet (136 im Vorjahr)

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

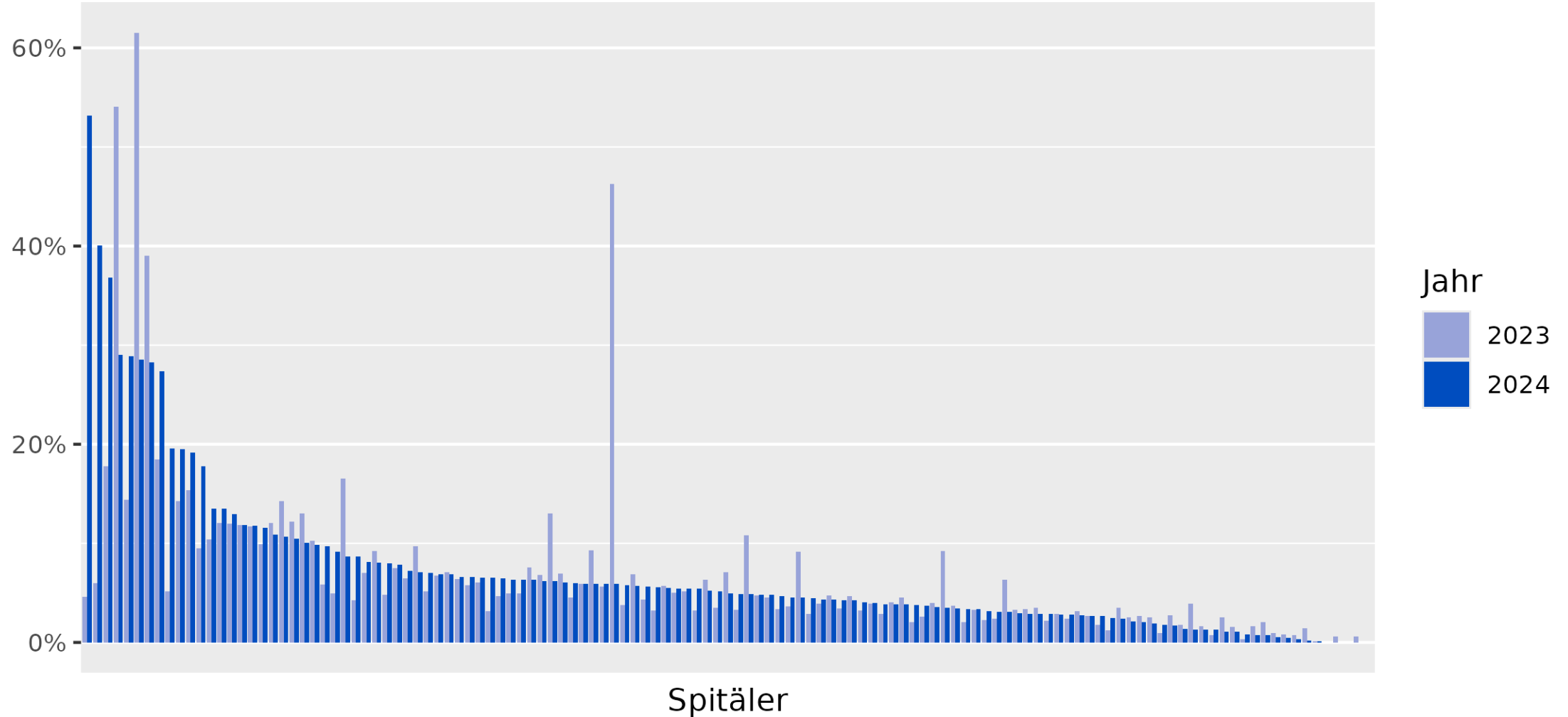


# Übersicht Datenerosion

## Rund 90% der Fälle werden verwendet



# Anteil der unplausiblen Fälle pro Jahr

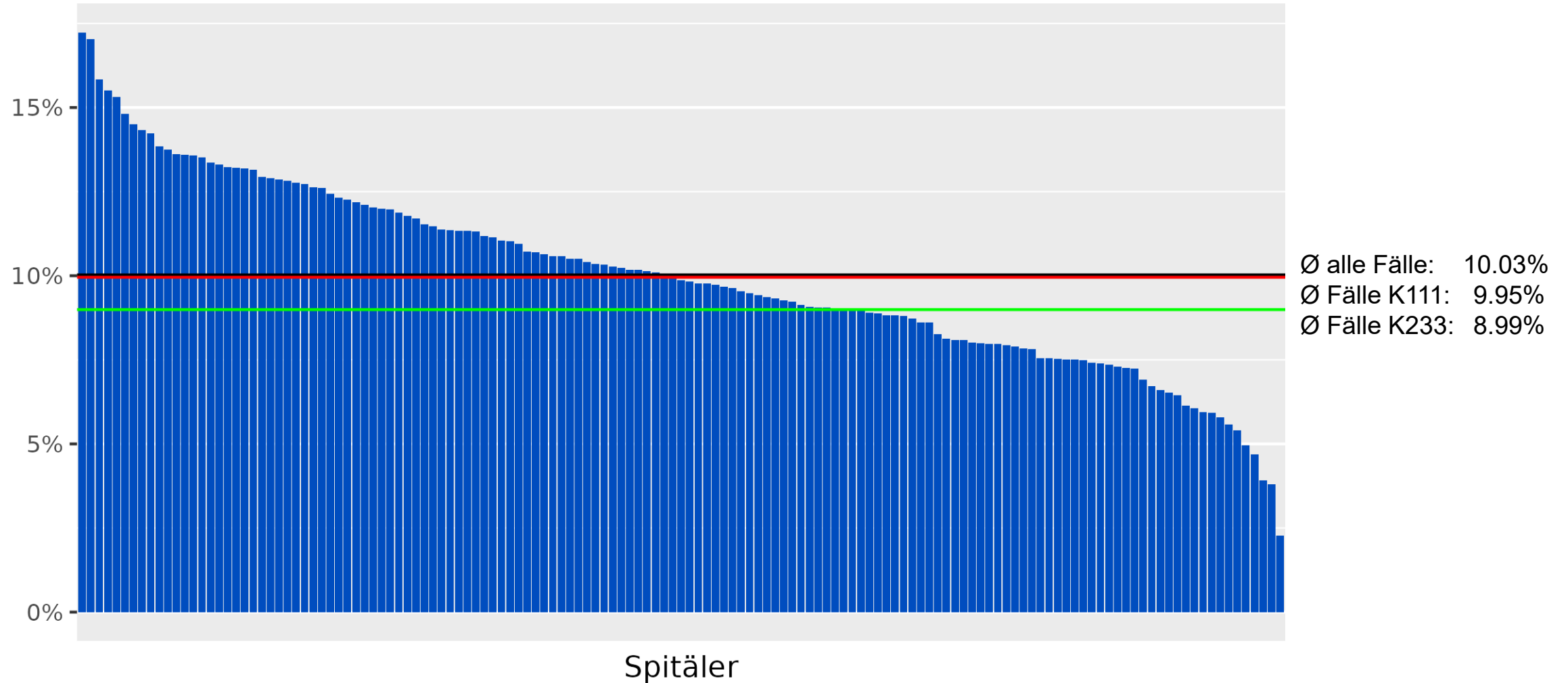


# Lieferumfang (Anzahl Spitäler)

## 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*»

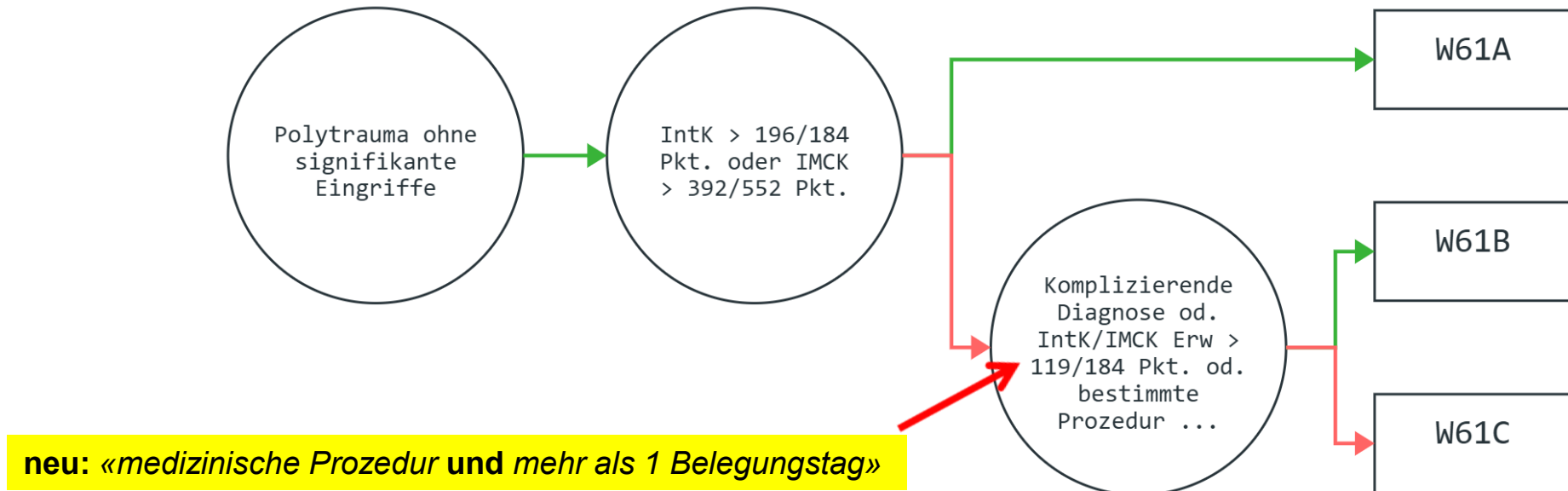
- A07B
- Basis DRG A11 mit «*Frühreha, ab 7 BHT*»  
und «*Bestimmte OR-Prozeduren*»
- Basis DRG A11 mit «*Vierzeitigen komplexen OR-Prozeduren*»  
oder «*Sechszeitigen bestimmten OR-Prozeduren*»
- A46B, A46E



# 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.

Früh-  
rehabilitation

## 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)

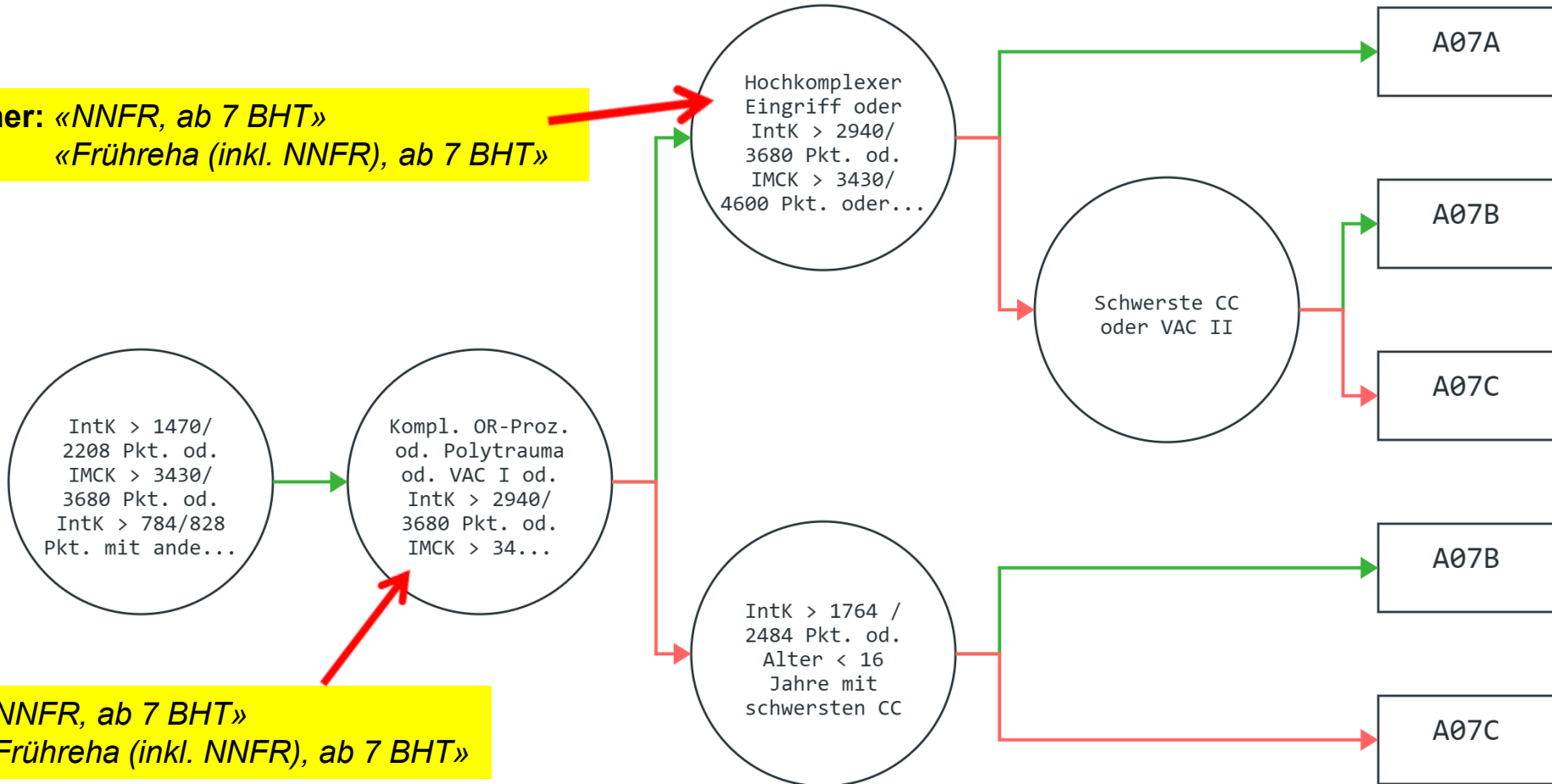


# Frührehabilitation

## Basis DRG A07

### Umbau:

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



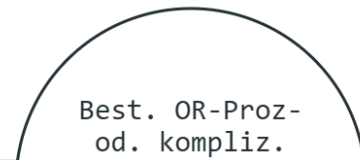
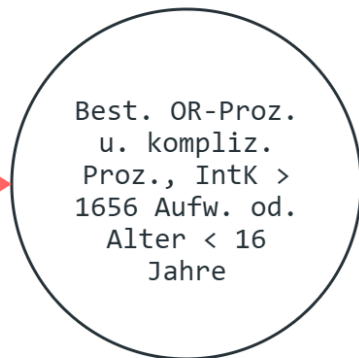
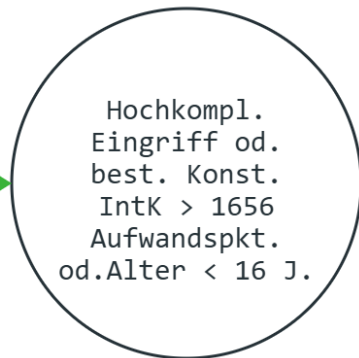
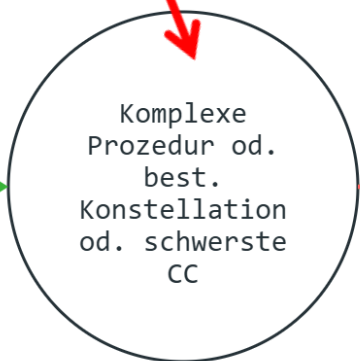
**vorher:** «NNFR, ab 7 BHT»  
**neu:** «Frühreha (inkl. NNFR), ab 7 BHT»



# Frührehabilitation Basis DRG A11

## Umbau:

**neu: «Frühreha, ab 7 BHT» und «IntK > 980/1380 Pkt.»**  
**«Frühreha ab 14 BHT» und «Operative Prozedur»**



**neu: «Frühreha, ab 7 BHT» und «IntK > 392/552 Pkt.»**  
**oder «mehrzeitig bestimmte OR-Prozeduren»**  
**oder «Polytrauma mit best. OR-Prozeduren»**

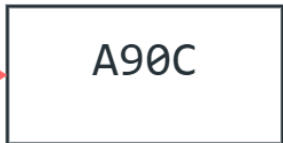
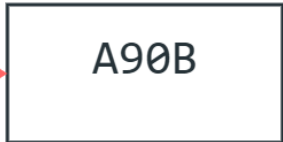
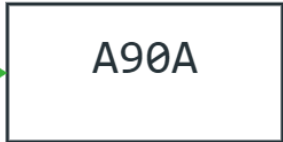
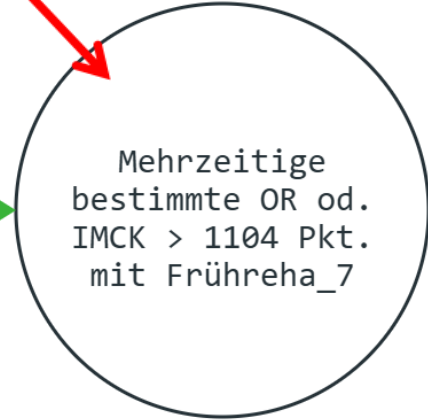
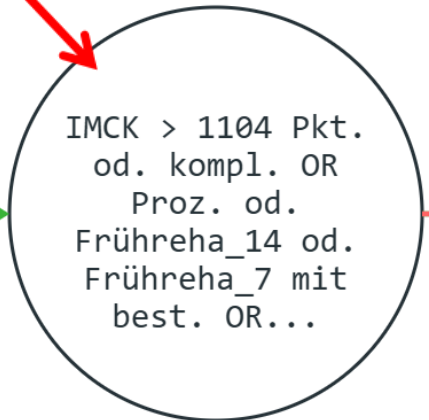
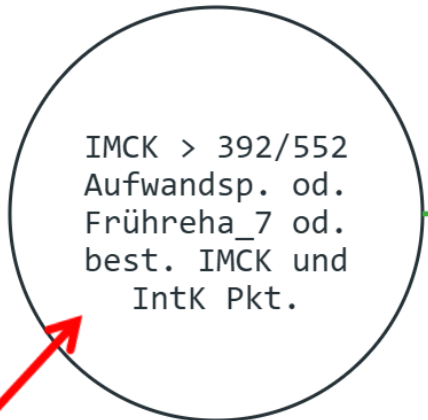


# Frührehabilitation Basis DRG A90

## 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,...*»

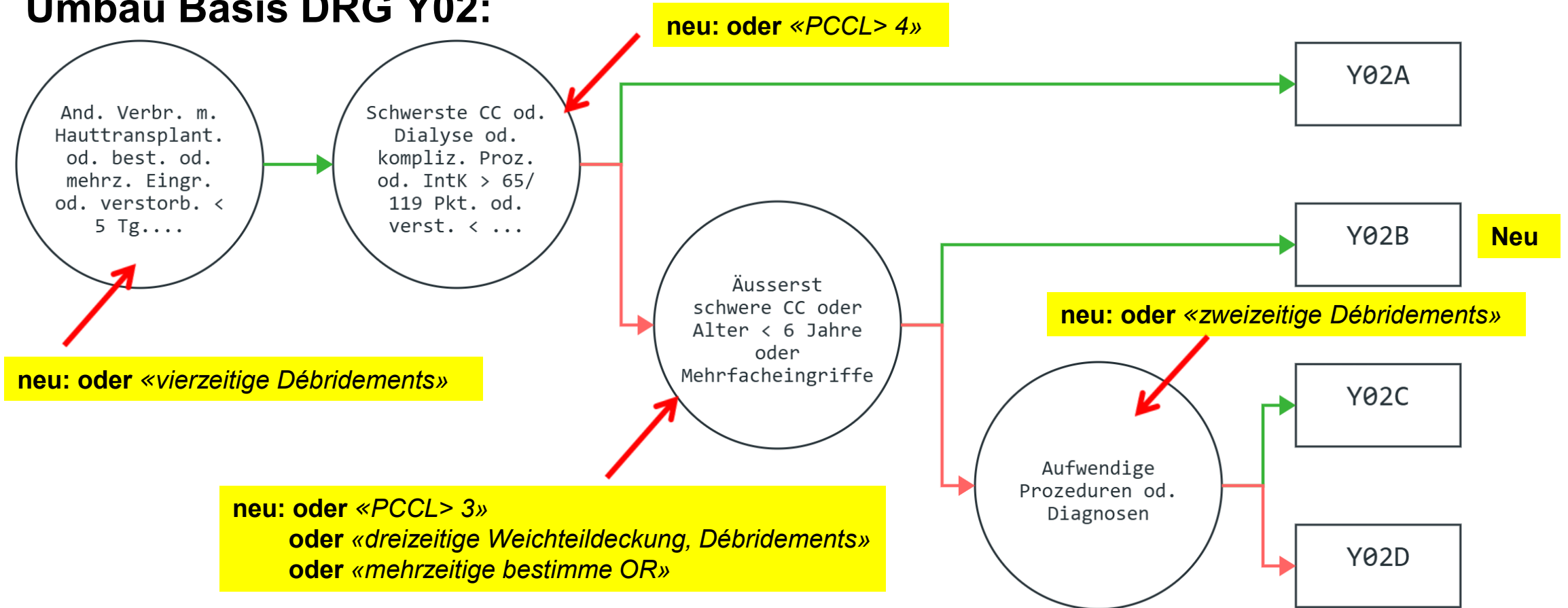
### Aufwertung CHOP Kode:

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



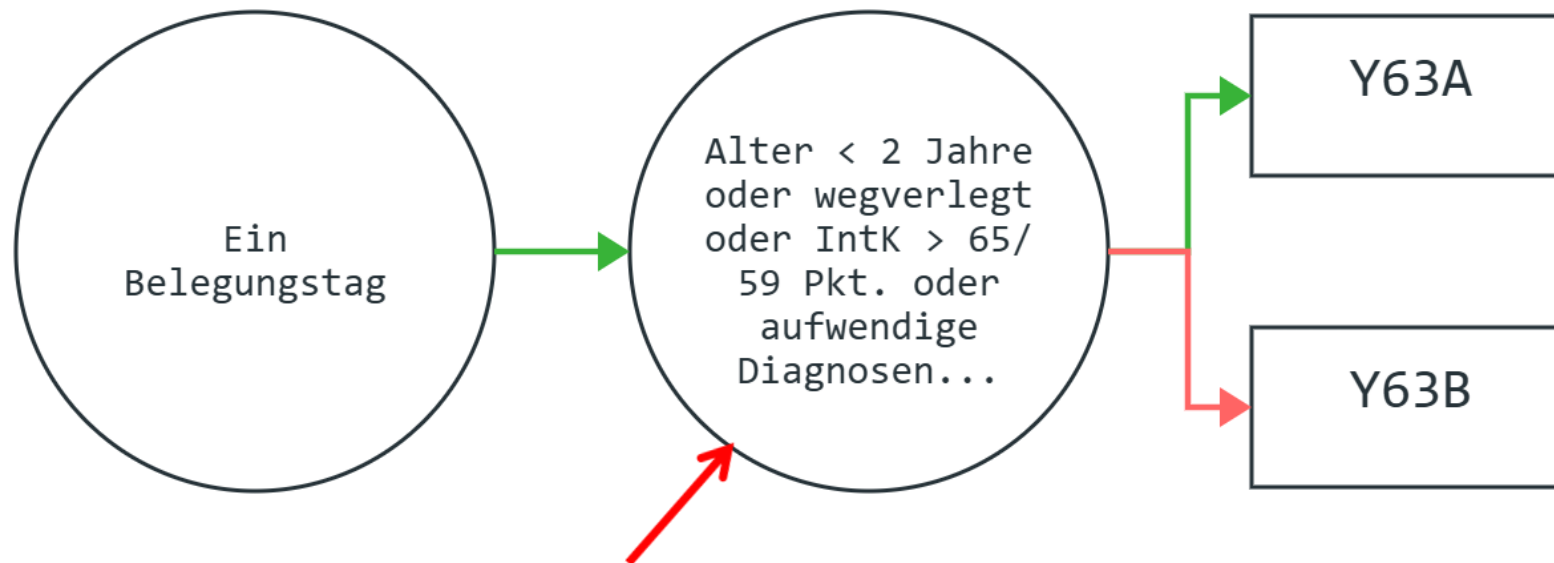
# Verbrennungen MDC 22

## 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*»

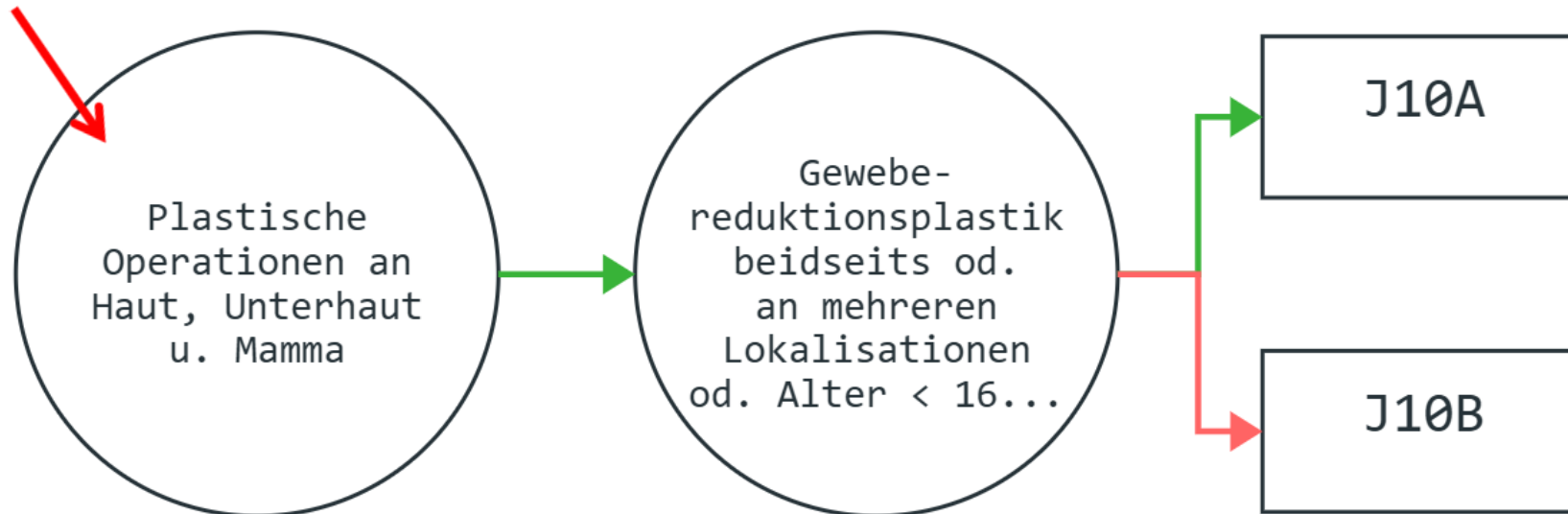
# Verbrennungen

## 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.

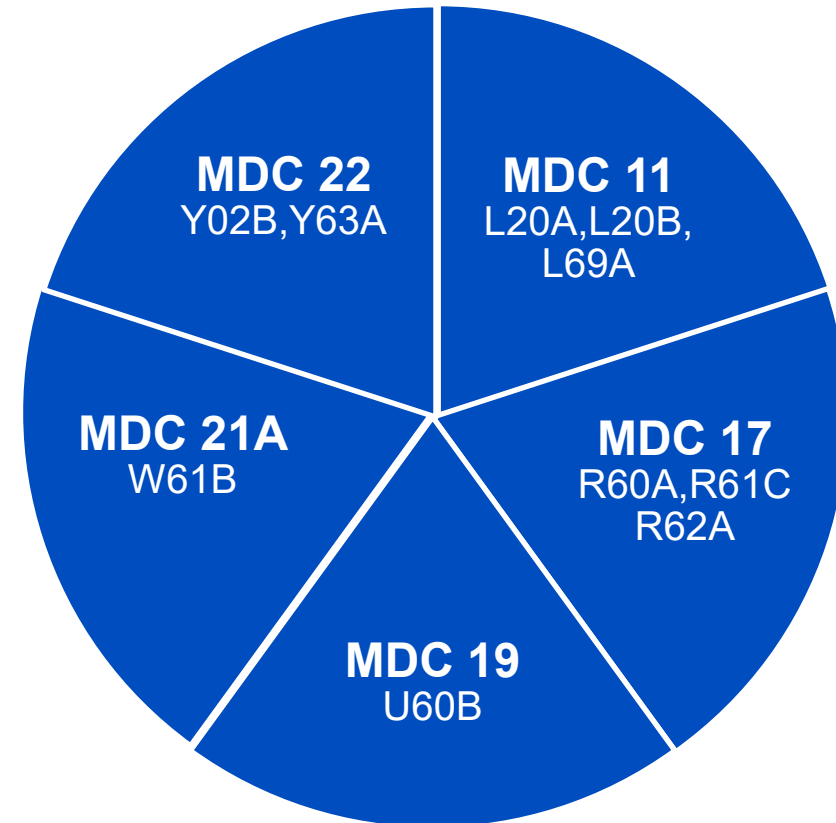
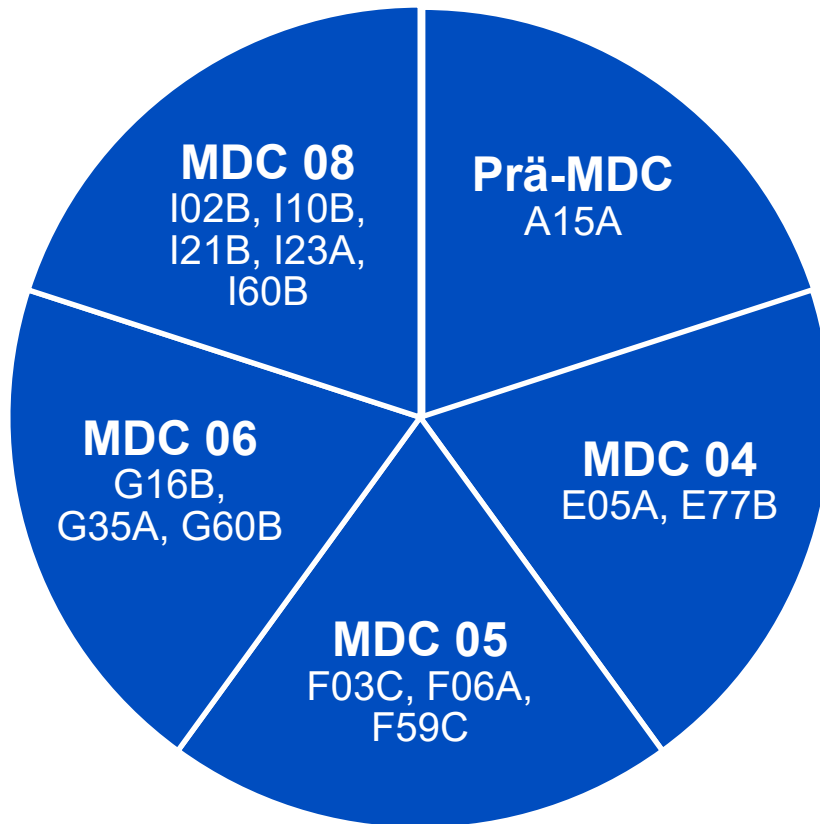
23

**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*»

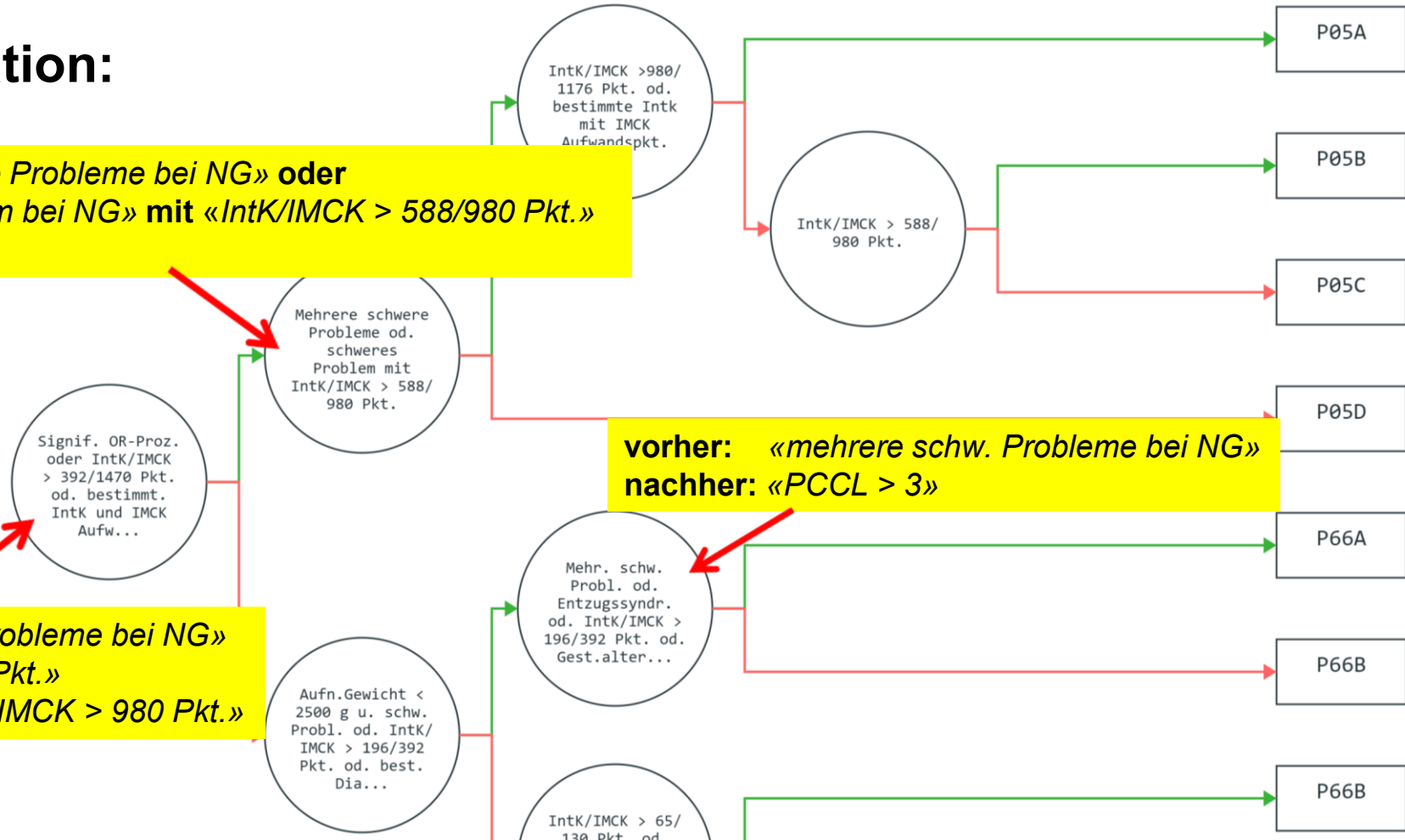


# Neugeborene MDC 15 PCCL-Split

## 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.»





# 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

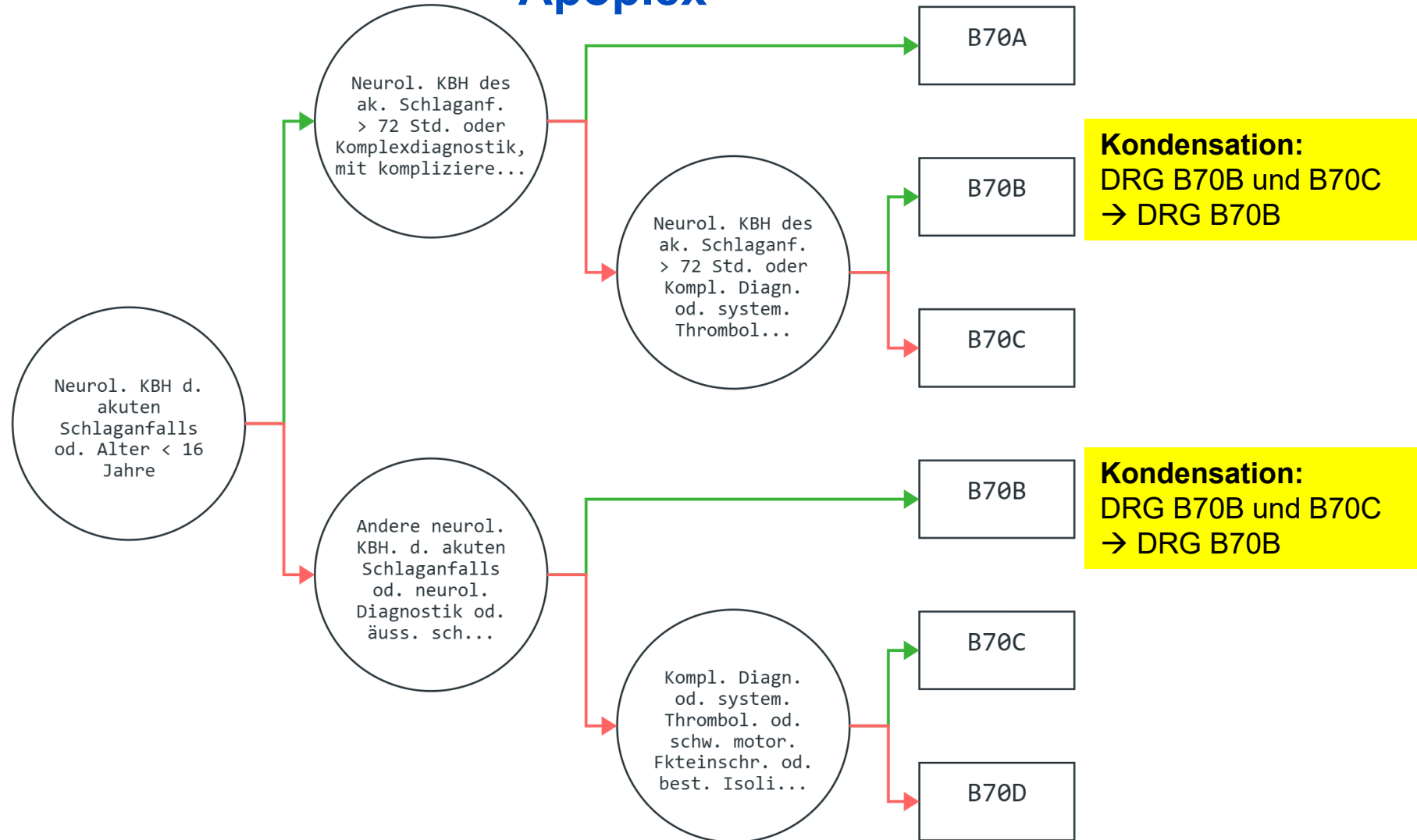
### Analysen:

- 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»

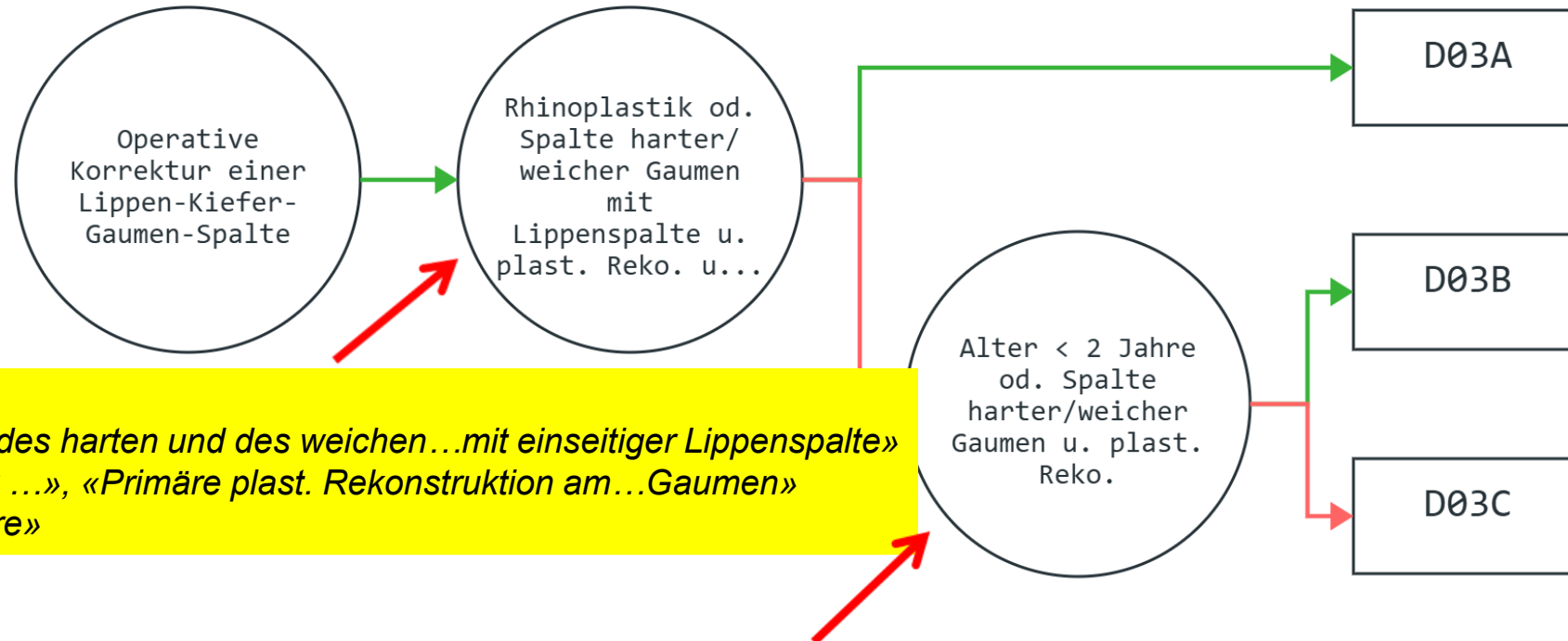
### Lösungsvorschlag:

- 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 Lippenpalte»  
 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:

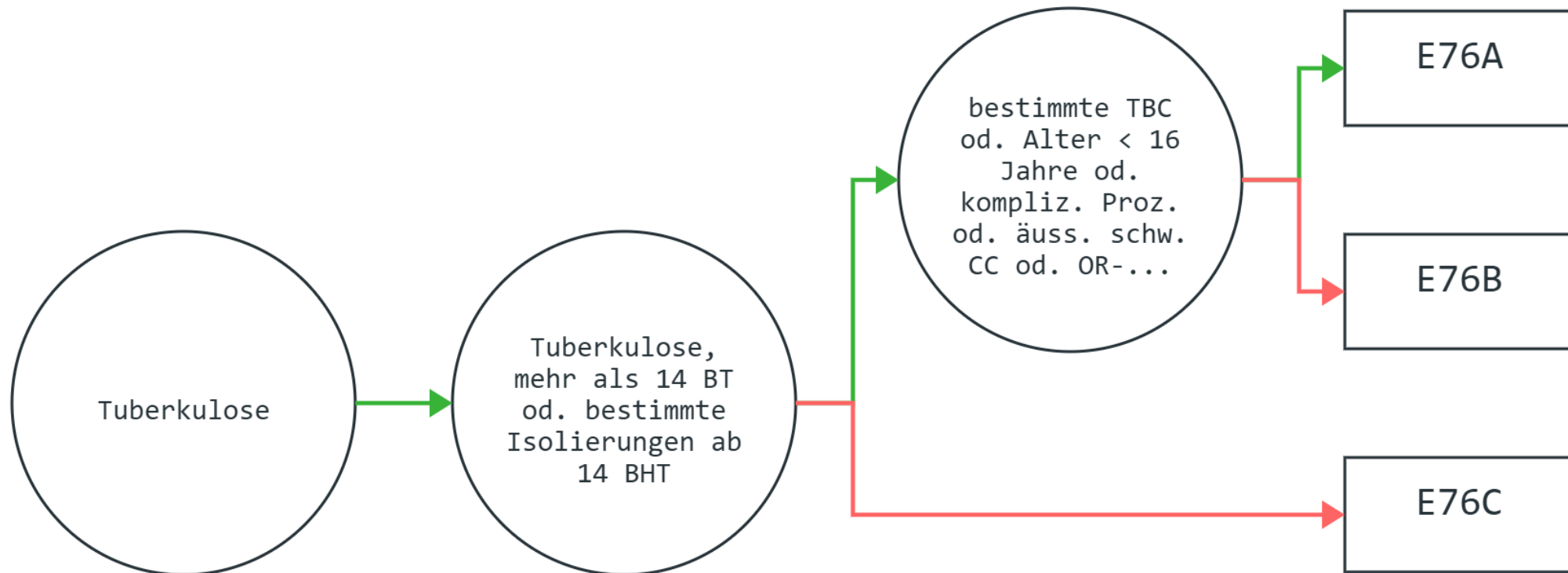
- alle ICD Codes in CC-Matrix aufgeführt
- geringe Fallmenge in einzelnen Basis DRGs unterdeckt
- Kosteninhomogenitäten in Basis DRG E76 «*Tuberkulose oder Pneumothorax...*»
- Trennung Zuordnung der Diagnosen TBC und Pneumothorax

# Atmungsorgane MDC 04

## Tuberkulose/Pneumothorax

### Umbau:

- Auflösen der DRGs E76E, E76D und E76C → E76C

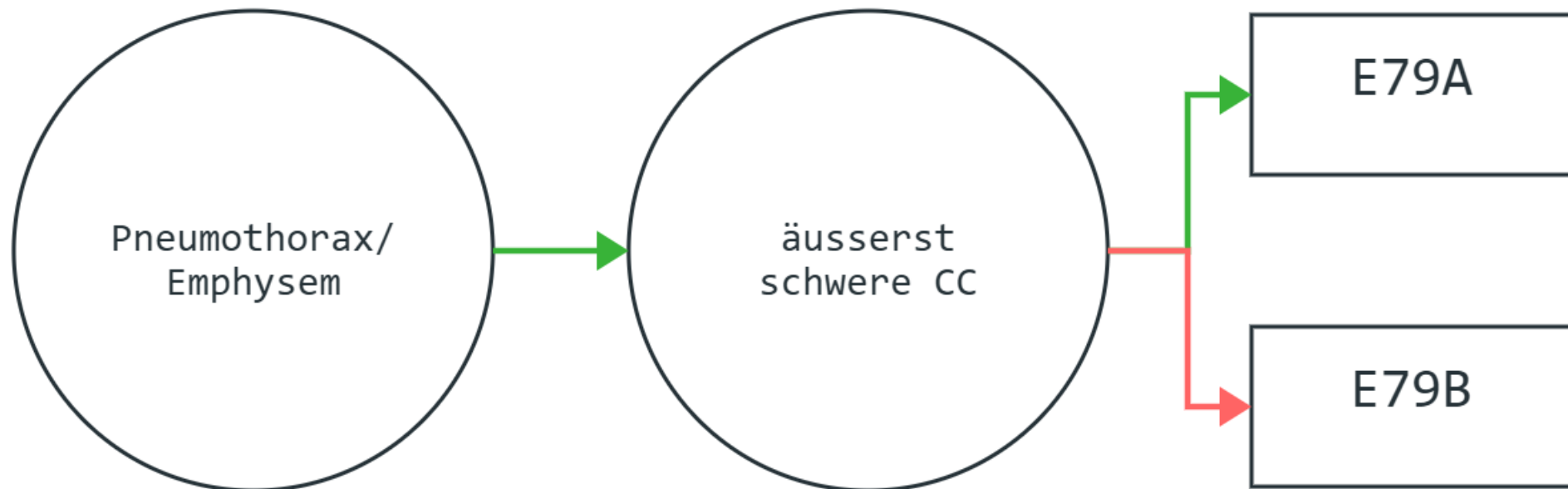


# Atmungsorgane MDC 04

## Tuberkulose/Pneumothorax

### Umbau:

- neue Basis DRG E79 «Pneumothorax»



# Kreislaufsystem MDC 05

## Sondenlose Herzschrittmacher

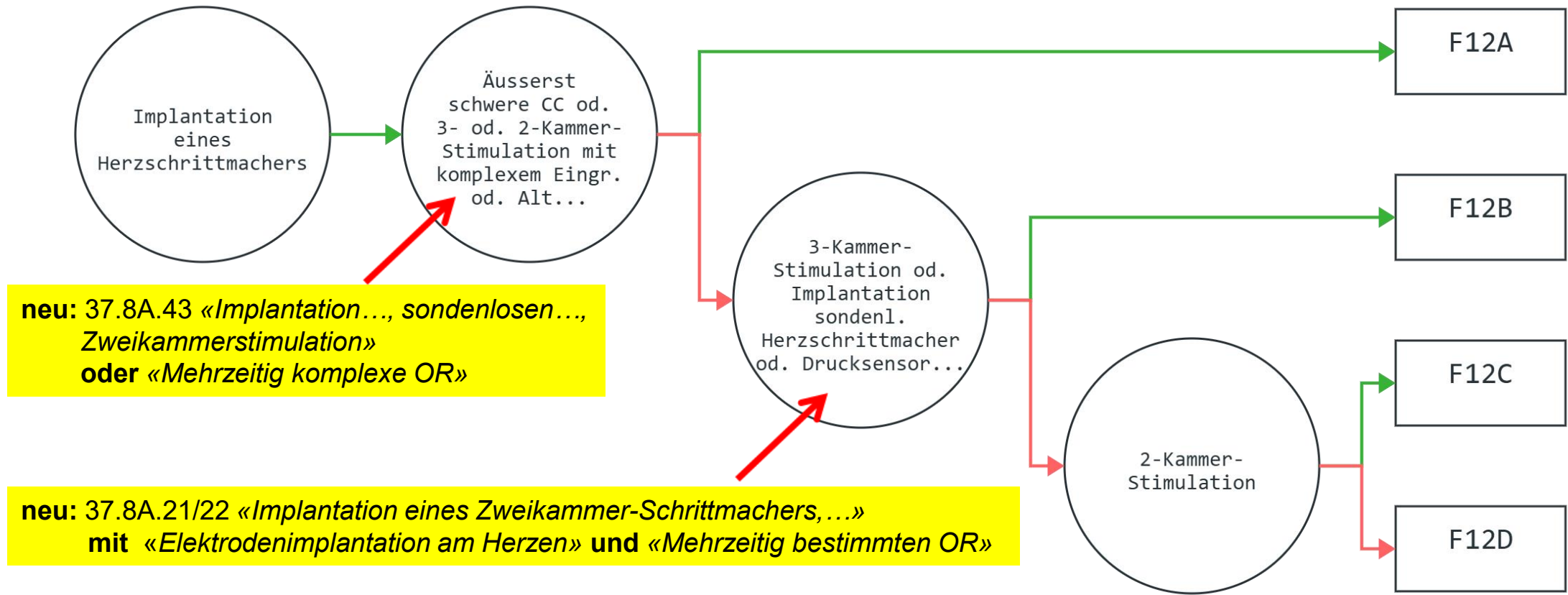
### Antrag:

- 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

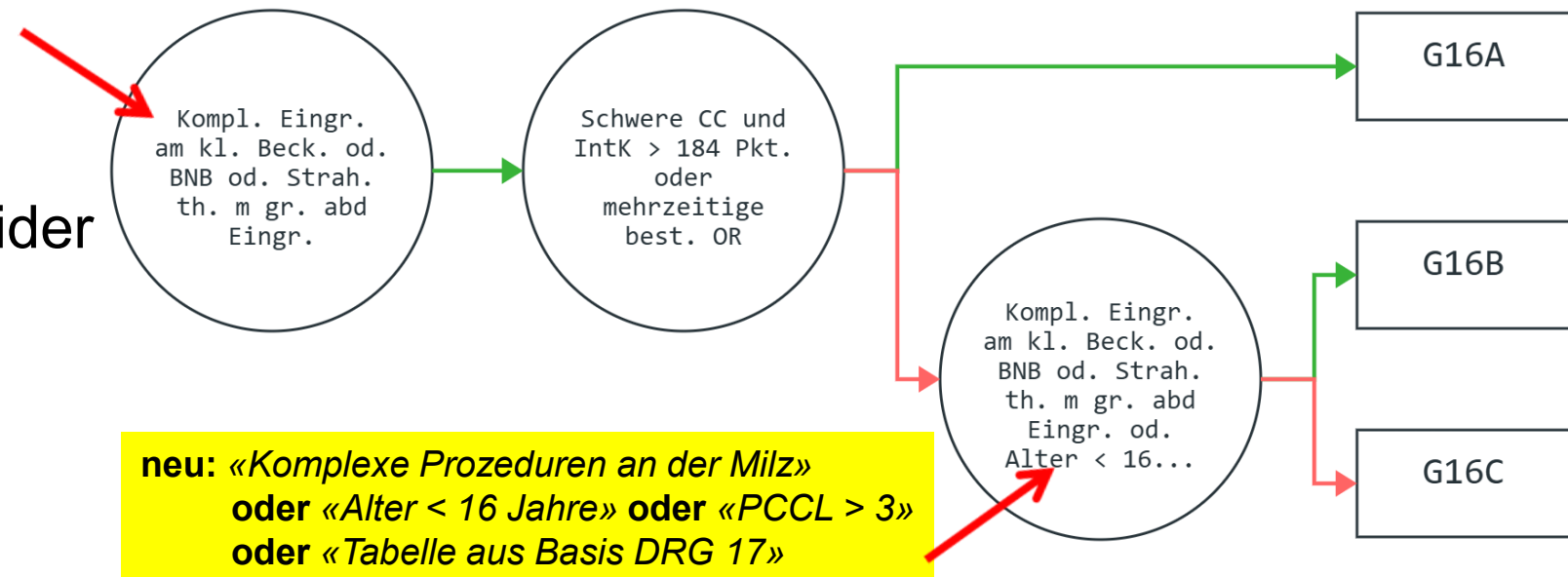
## Rektumresektion

### 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»

Äuss. sch. CC  
mit Alter < 16  
J., od. sehr  
komplexe Ingr.  
od. IntK > 65/  
119 od. ...

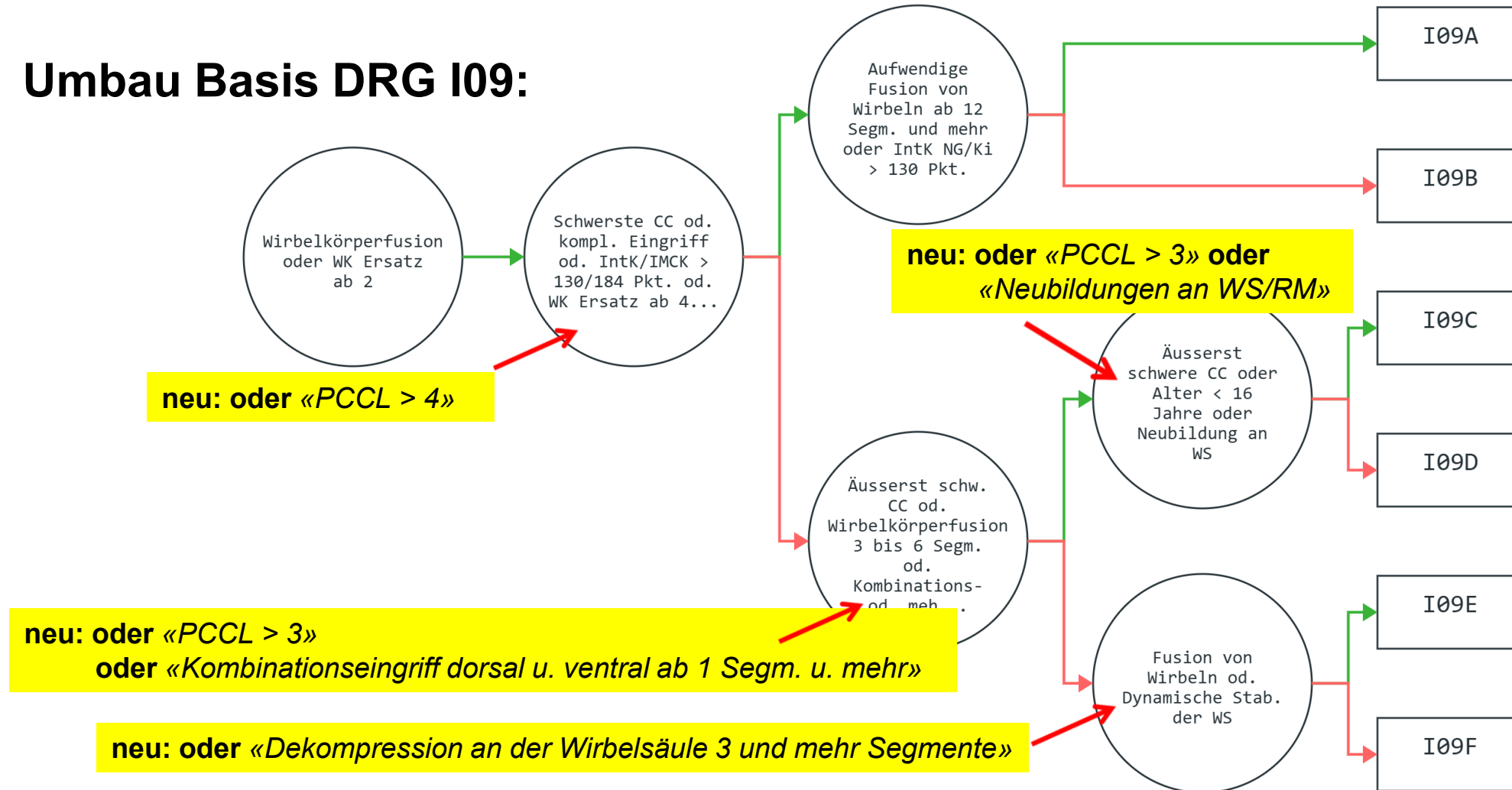
I06B

I06C

# Bewegungssystem MDC 08

## Wirbelsäulen

### Umbau Basis DRG I09:

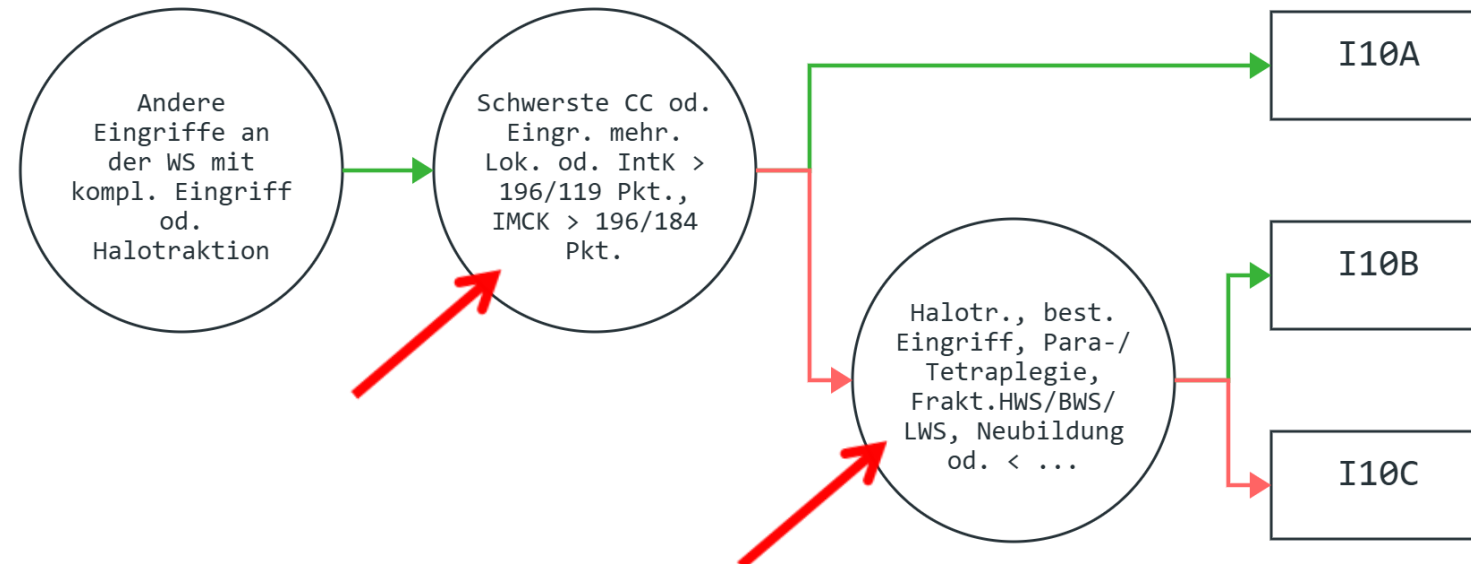


# Bewegungssystem MDC 08

## 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



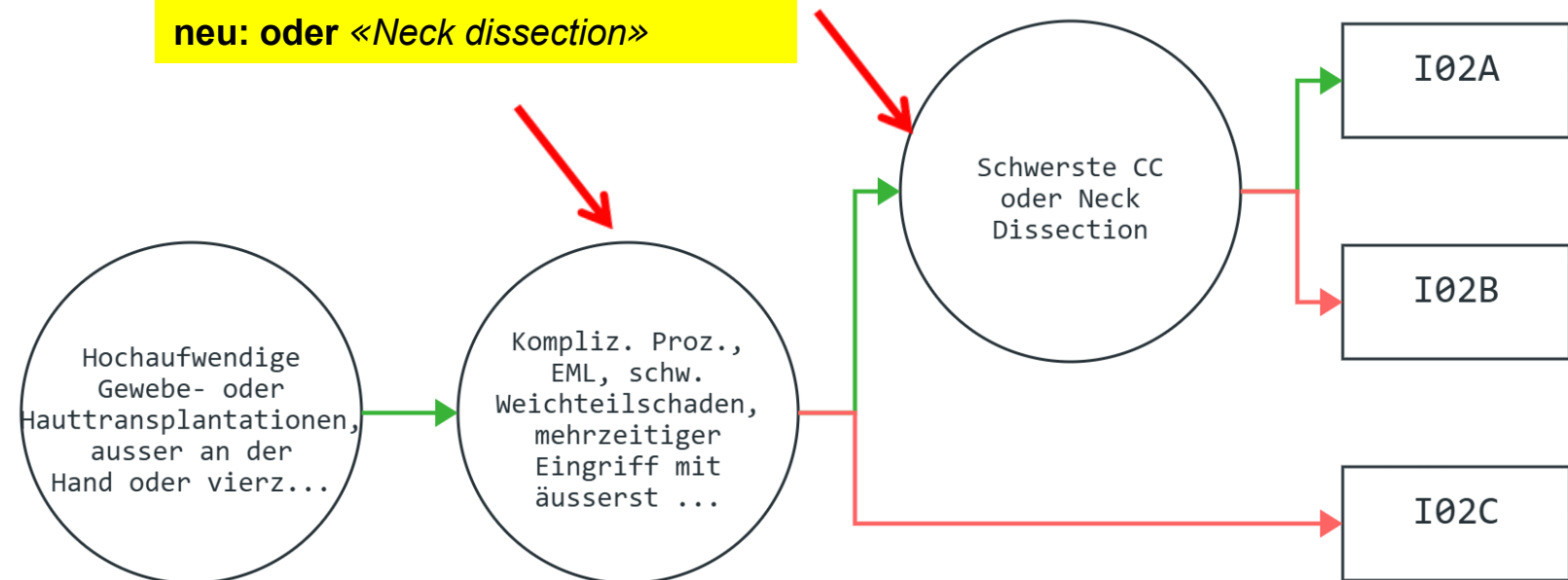
# Bewegungssystem MDC 08

## 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:



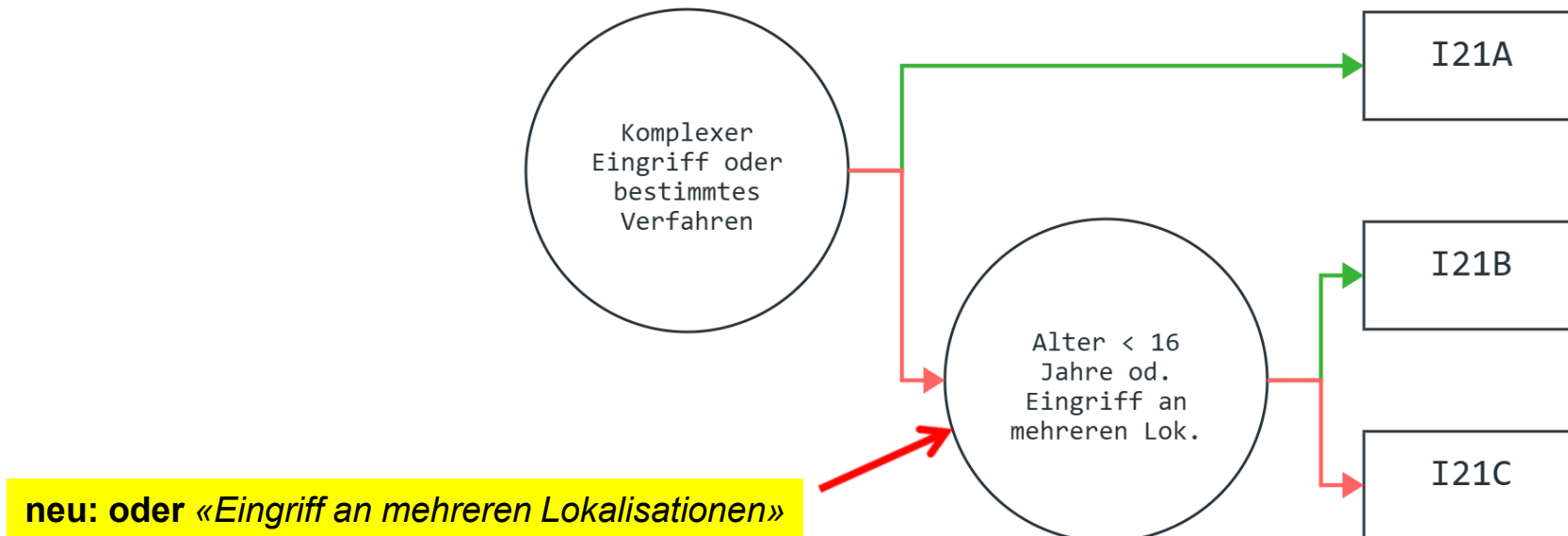
# Bewegungssystem MDC 08

## 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

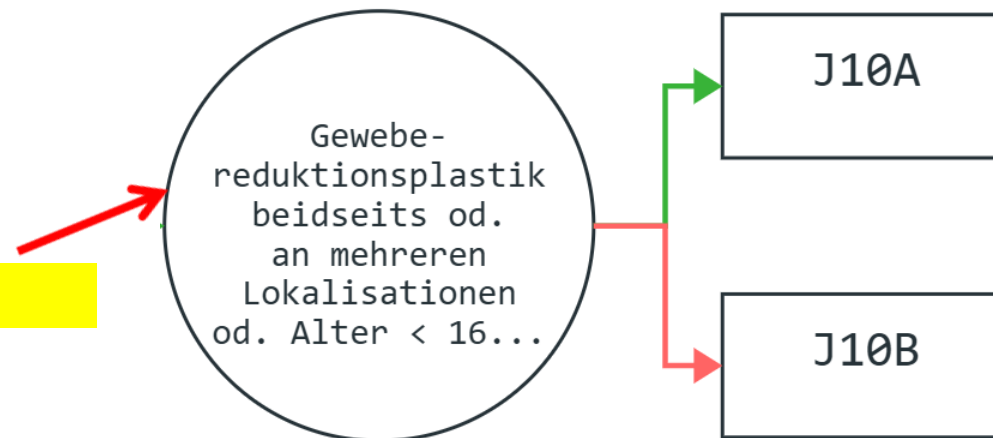
## Mehrzeitige Eingriffe

### 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:

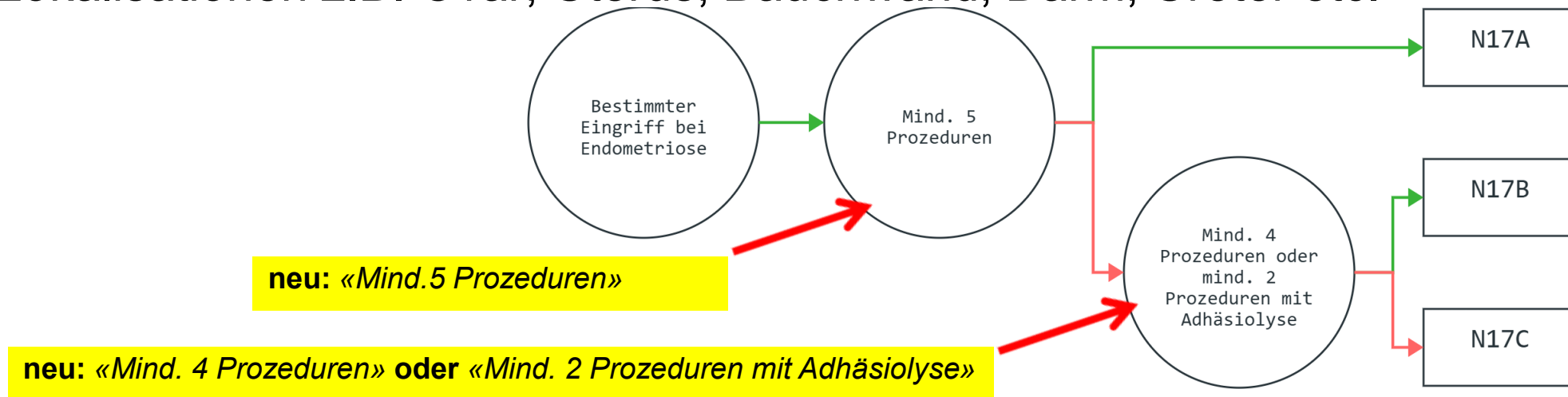
- heterogene Fallgruppe und aufwendige Eingriffe bei (tiefinfiltrierender) Endometriose
- komplexe Eingriffe an verschiedenen Organen mit langer OP-Dauer
- Antrag auf eigene Basis DRG «*Eingriffe bei Endometriose*»
- Differenzierung nach Anzahl an Eingriffen an verschiedenen Lokalisationen

# 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

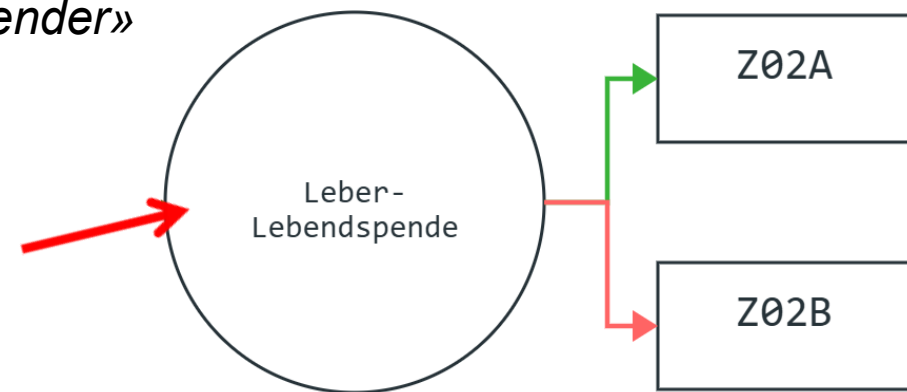
## Leber-Lebendspende

### Antrag:

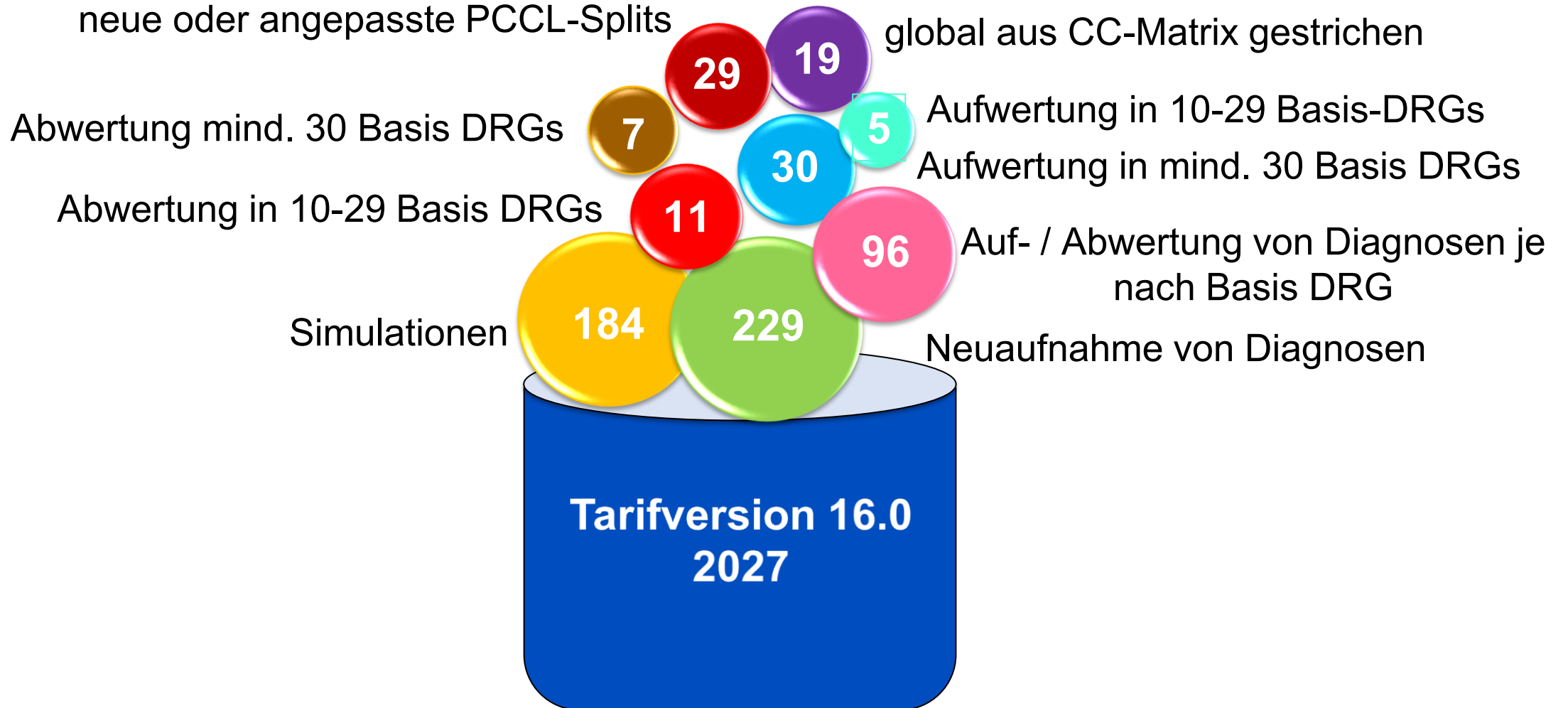
- Kosten Lebendspender von Leber- oder Nieren sehr unterschiedlich
- Leber-Lebendspender haben höherer Verweildauern und IPS-Aufenthalt

### 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  $i$*

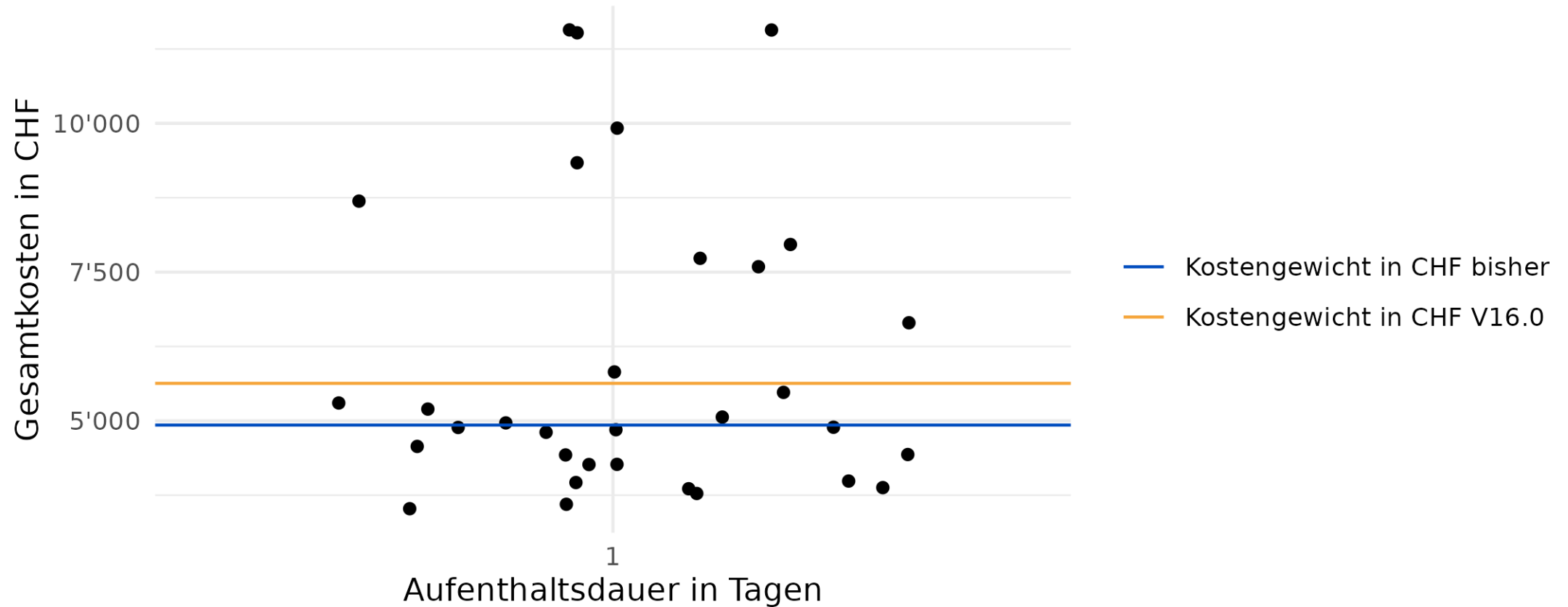
*Q20 = 20% Quantil der Gesamtkosten der Kurzlieger der DRG  $i$*

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

# Auswirkungen der Anpassung

## DRG E07Z (implizite 1BT-DRG)

Alle betroffenen Fälle (Aufenthaltsdauer = 1) werden angezeigt



Datenjahr 2024, vorläufiger Kalkulationsdatensatz, vor Normierung

# 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>

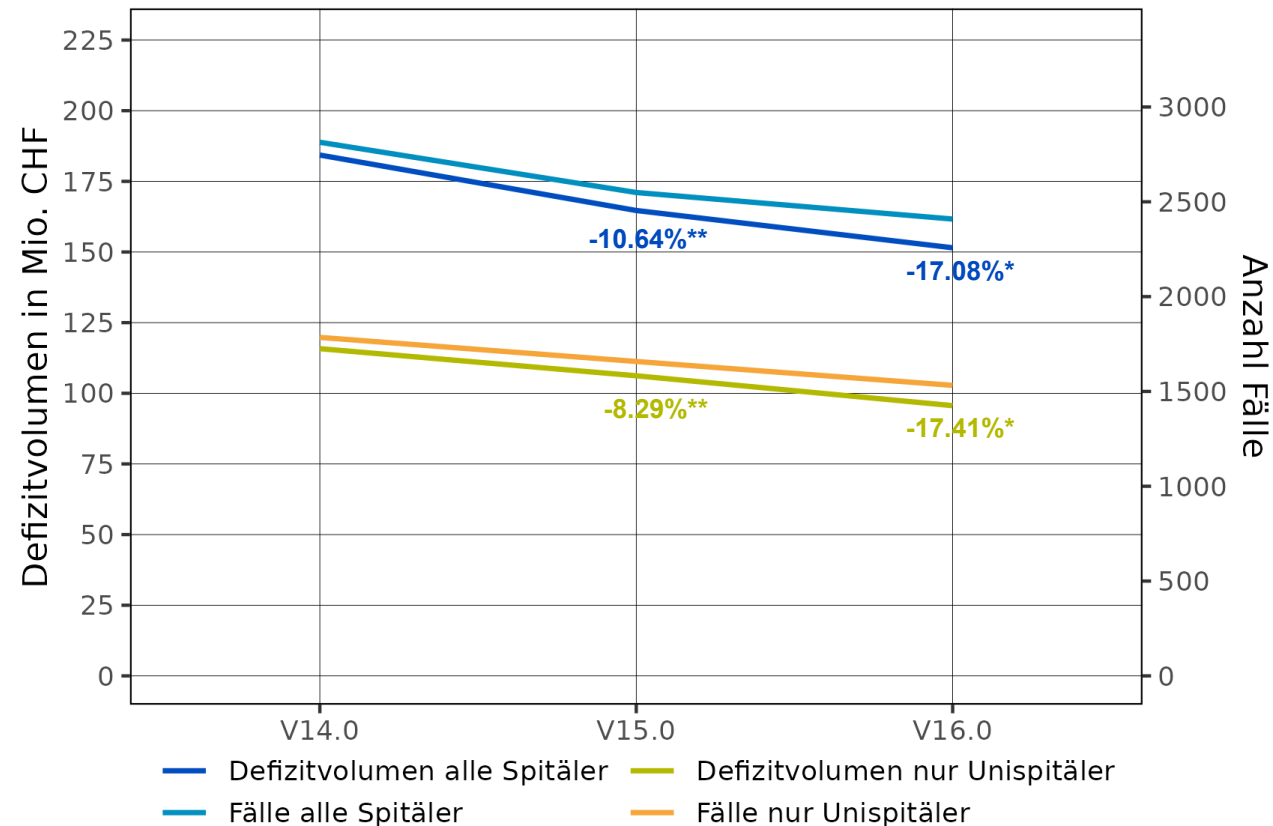
hypothetische Baserate für Nullgewinne inkl. ANK V16.0: CHF 11'407

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

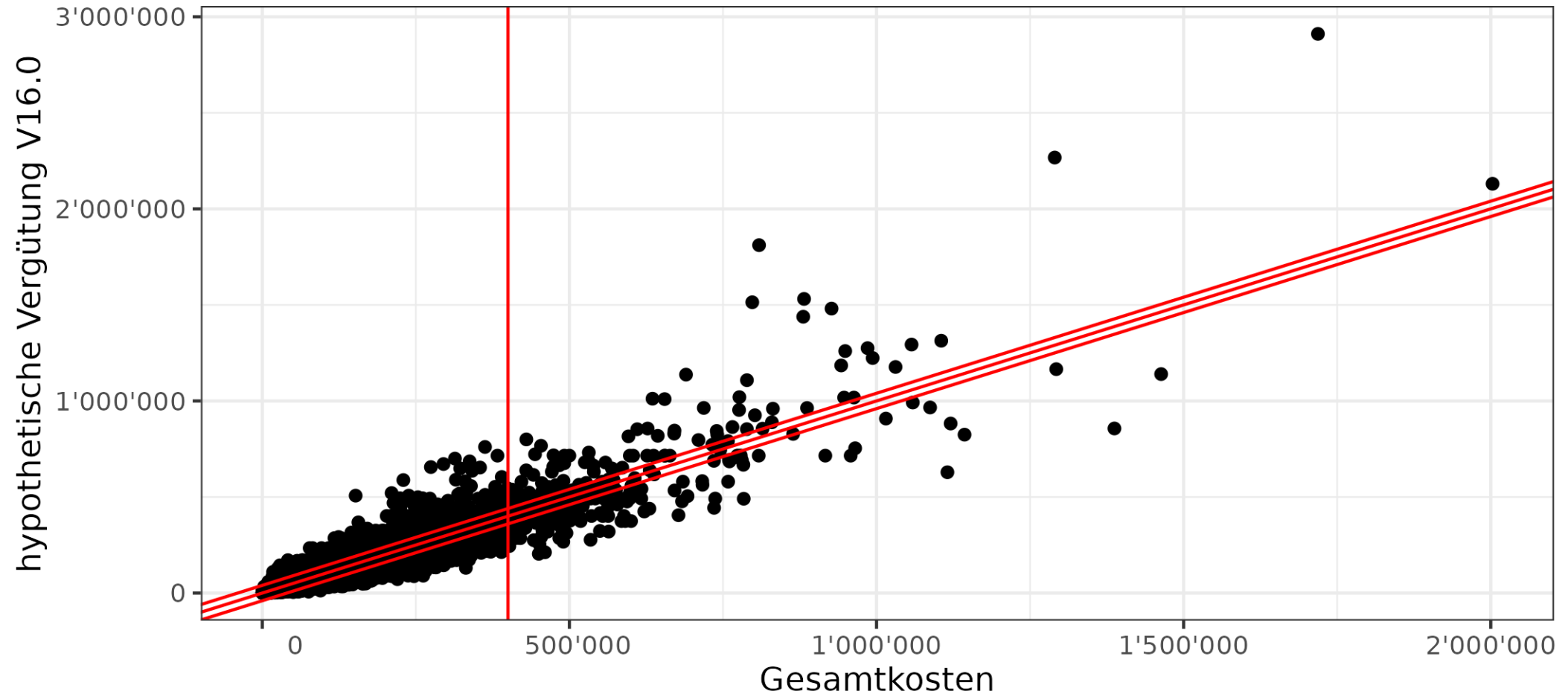
- 139 Fälle
- 19 betroffene Spitäler
- Defizitvolumen CHF 17.4 Mio.

\*: 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

# Ausblick

## Abbildung mehrzeitiger Prozeduren an einem Tag geplant

- Mit Spiges neu Erfassung der OP-Zeiten vorhanden

Variablenname Nom de variable Nome della variabile	Bezeichnung	Beschreibung
behandlung_beginn	Beginn der Behandlung	Datum mit Angabe der Uhrzeit. Die Uhrzeit muss nicht für jede einzelne Prozedur exakt sein. <b>Vielmehr soll die gleiche Uhrzeit für alle Codes einer Operation angegeben werden.</b> Die Uhrzeit ist nur anzugeben für operative Codes, d.h. Codes die im Zusammenhang mit der Verwendung von Operationssaal oder Herzkatheterlabor stehen. Für Prozeduren ohne einen solchen Zusammenhang genügt die Angabe des Datums ohne Uhrzeit.

# Ausblick

## Problem:


- fehlende oder falsche Zeitangaben CHOP Codes zur gleichen Operation

behandlur	behandlung_beginn	code	text_de
012434	10.01.2025 00:01	01.24.34	Zugang zur Schädelbasis, transsphenoidal
8896	10.01.2025 00:01	88.96	Sonstige intraoperative Kernspintomographie
041910	10.01.2025 00:01	04.19.10	Anwendung eines Endoskopiesystems bei Eingriffen am Nervensystem
009960	10.01.2025 00:01	00.99.60	Anwendung eines Navigationssystems
009920	10.01.2025 00:01	00.99.20	Mikrochirurgische Technik
0762	10.01.2025 13:30	07.62	Partielle Exzision an der Hypophyse, transsphenoidaler Zugang
883850	11.01.2025 00:01	88.38.50	{CT}-Angiographie aller Gefässe
870499	11.01.2025 00:01	87.04.99	Sonstige Tomographie des Kopfes, sonstige
870411	11.01.2025 00:01	87.04.11	Computertomographie des Halses
874109	11.01.2025 00:01	87.41.09	Computertomographie des Thorax, sonstige
99C211	14.01.2025 00:01	99.C2.11	Pflege-Komplexbehandlung bei Erwachsenen, 2 bis 5 Aufwandspunkte

# 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)