

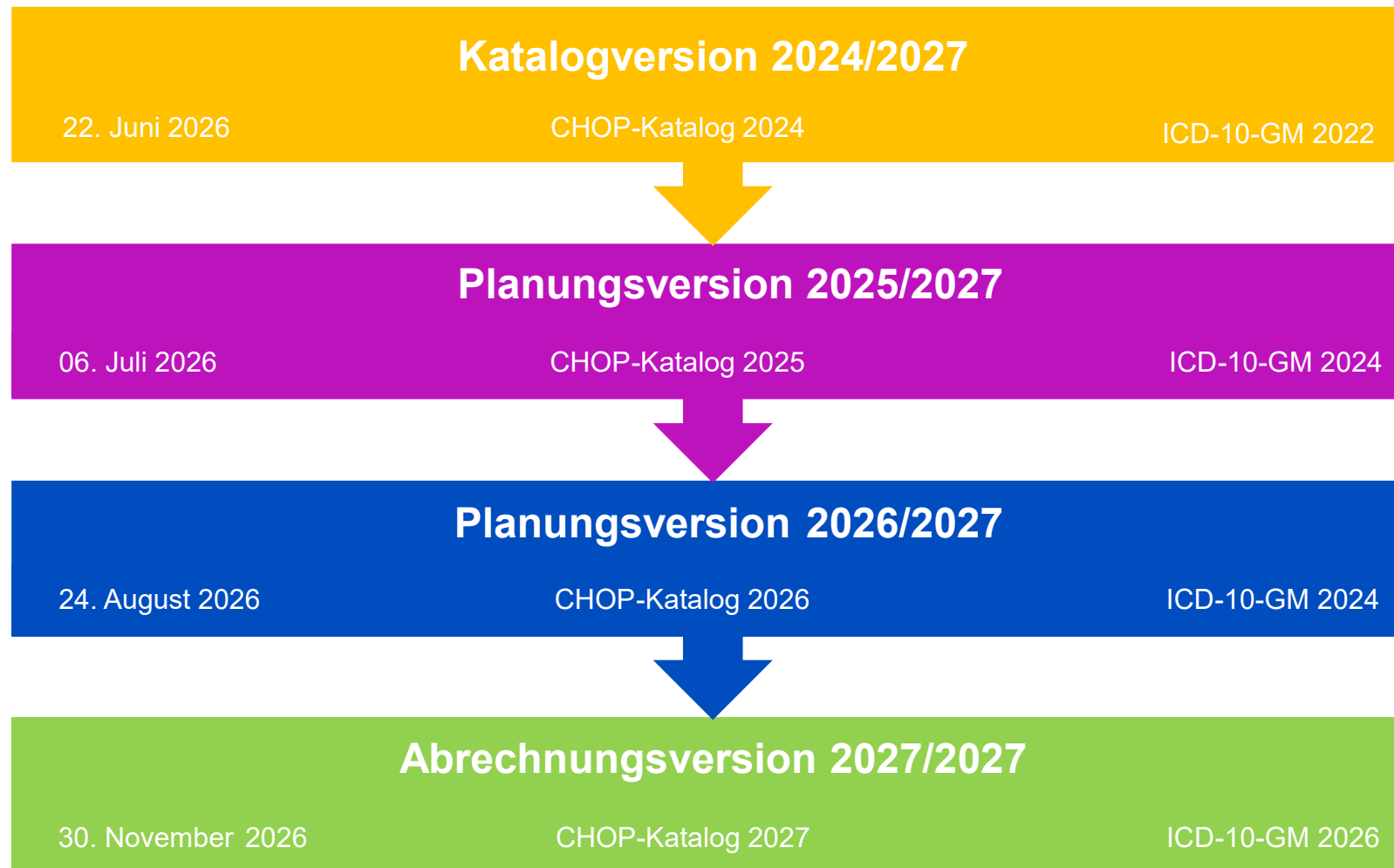
Systempräsentation

Verwaltungsrat der SwissDRG AG

SwissDRG – Version 16.0 / 2027

05. Mai 2026

Zeitachse - Tarifstruktur



SwissDRG – Version 16.0 / 2027

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

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)

Übersicht Datenerosion

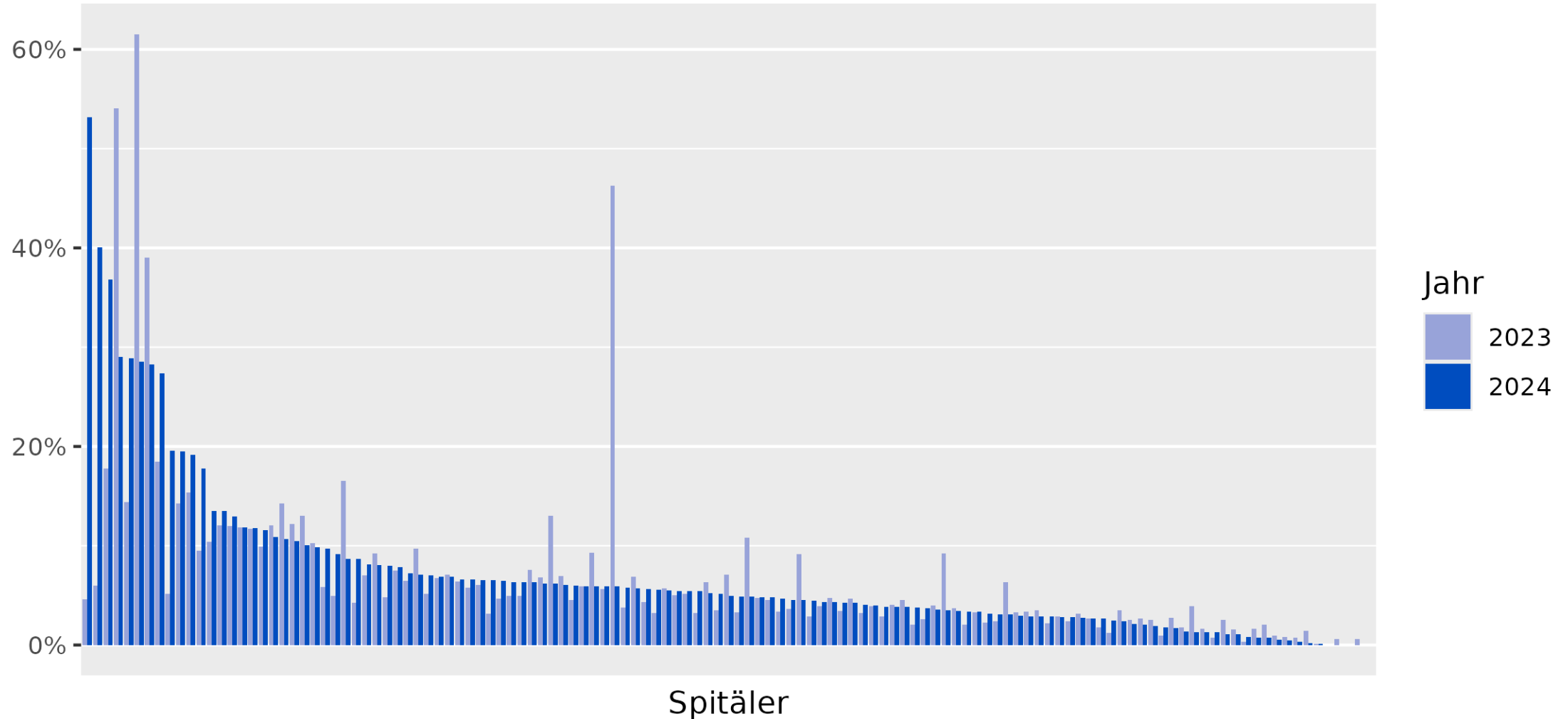
SwissDRG Erhebung

1'236'012	gelieferte Fälle
↓	- Psychiatrie / Rehabilitation - Ambulante Fälle - Austritt ausserhalb der Erhebungsperiode
1'234'879	Fälle im Anwendungsbereich (inkl. Geburtshäuser)
↓	- nicht verwendbare, private Fälle - Fälle ohne Vollkosten
1'210'503	Datensatz vor Plausibilisierung
↓	- Plausibilisierung der Fälle (inkl. Gesamtlöschung von 10 Spitälern)
1'110'387	Plausible Fälle 2024 (Kalkulationsdaten)
	+ 584 Fälle 2023 + 107 Fälle 2022 + 2 Fälle 2021



Systementwicklung

Anteil der unplausiblen Fälle pro Jahr

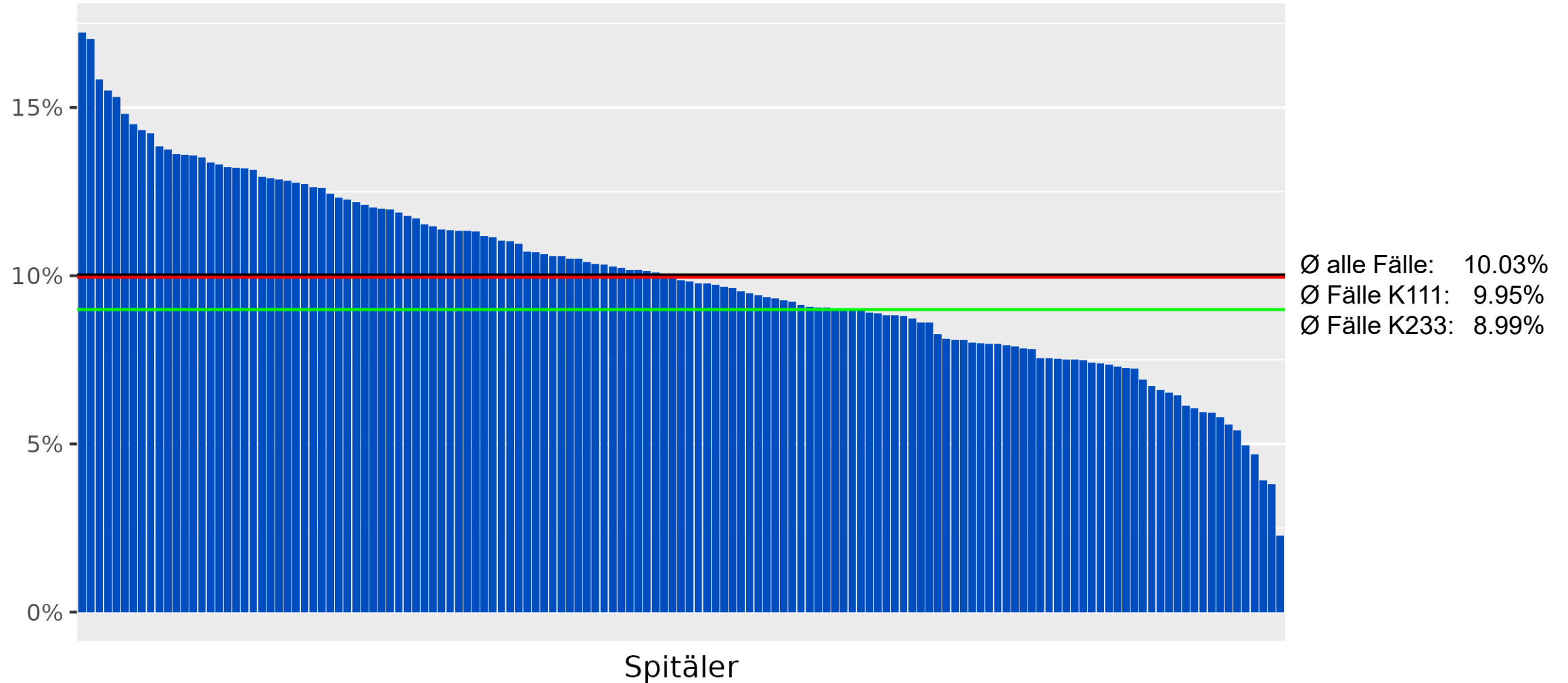


Lieferumfang (Anzahl Spitäler)

Medikamente / Implantate / teure Verfahren

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

Anteil der Anlagenutzungskosten



Datenbasis: 2024, Kalkulationsdaten

SwissDRG – Version 16.0 / 2027

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

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

Polytrauma

Prä-MDC

Umbau:

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

«*Polytrauma*»

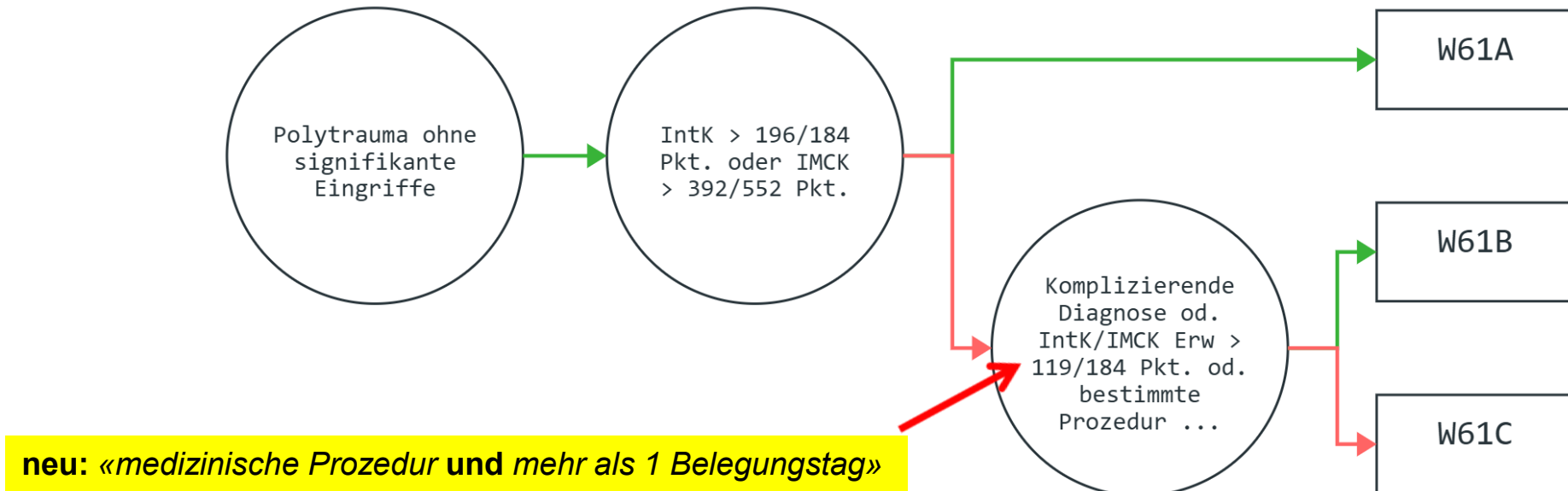
- A07B
- Basis DRG A11 mit «*Frühreha, ab 7 BHT*»
und «*Bestimmte OR-Prozeduren*»
- Basis DRG A11 mit «*Vierzeitigen komplexen OR-Prozeduren*»
oder «*Sechszeitigen bestimmten OR-Prozeduren*»
- A46B, A46E

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



Früh-
rehabilitation

Ausgangslage:

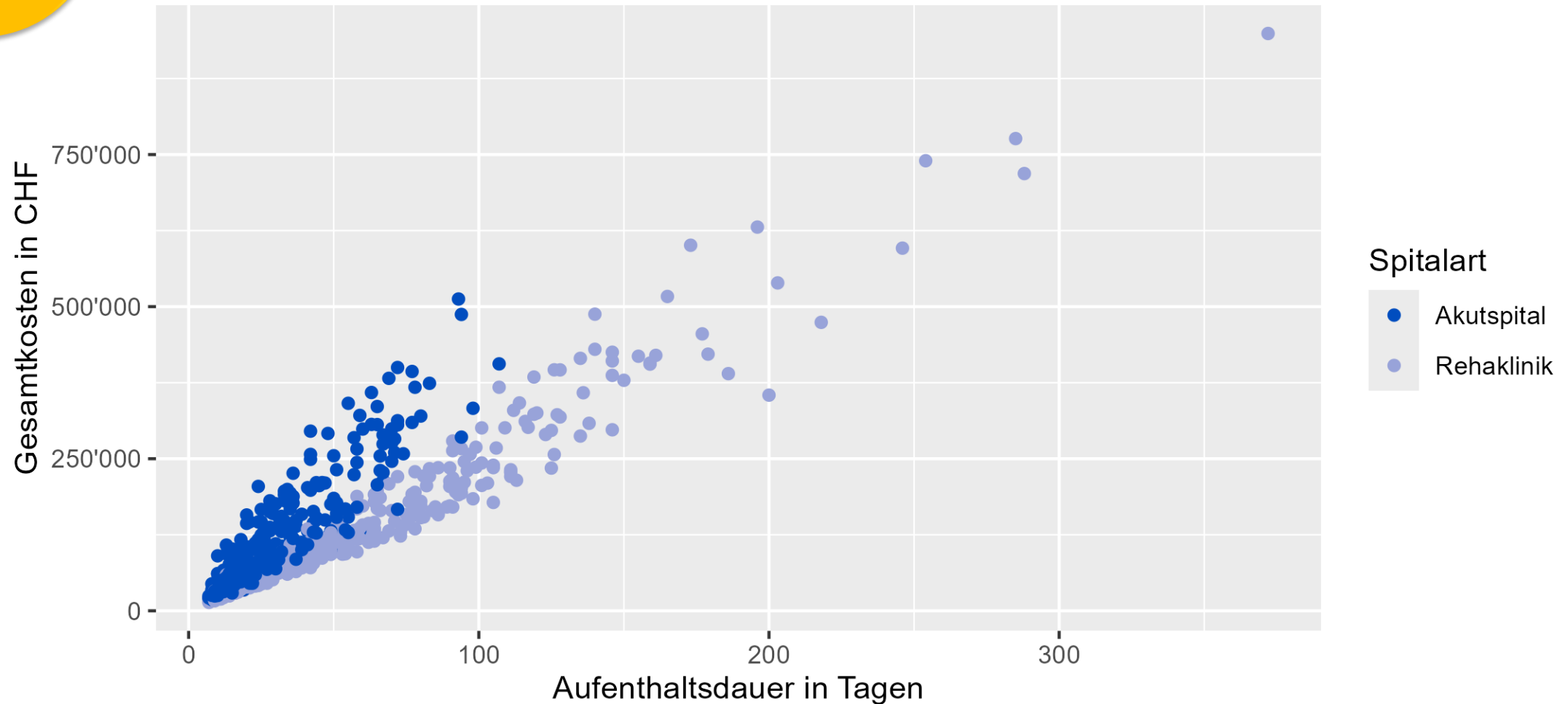
- bis inkl. 2023 alternative Tarifierungen möglich
- Daten 2024 mit Vergütung über SwissDRG-Tarifstruktur
- Spitäler **und** Reha-Kliniken mit Leistungsauftrag Frührehabilitation **und**

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*»

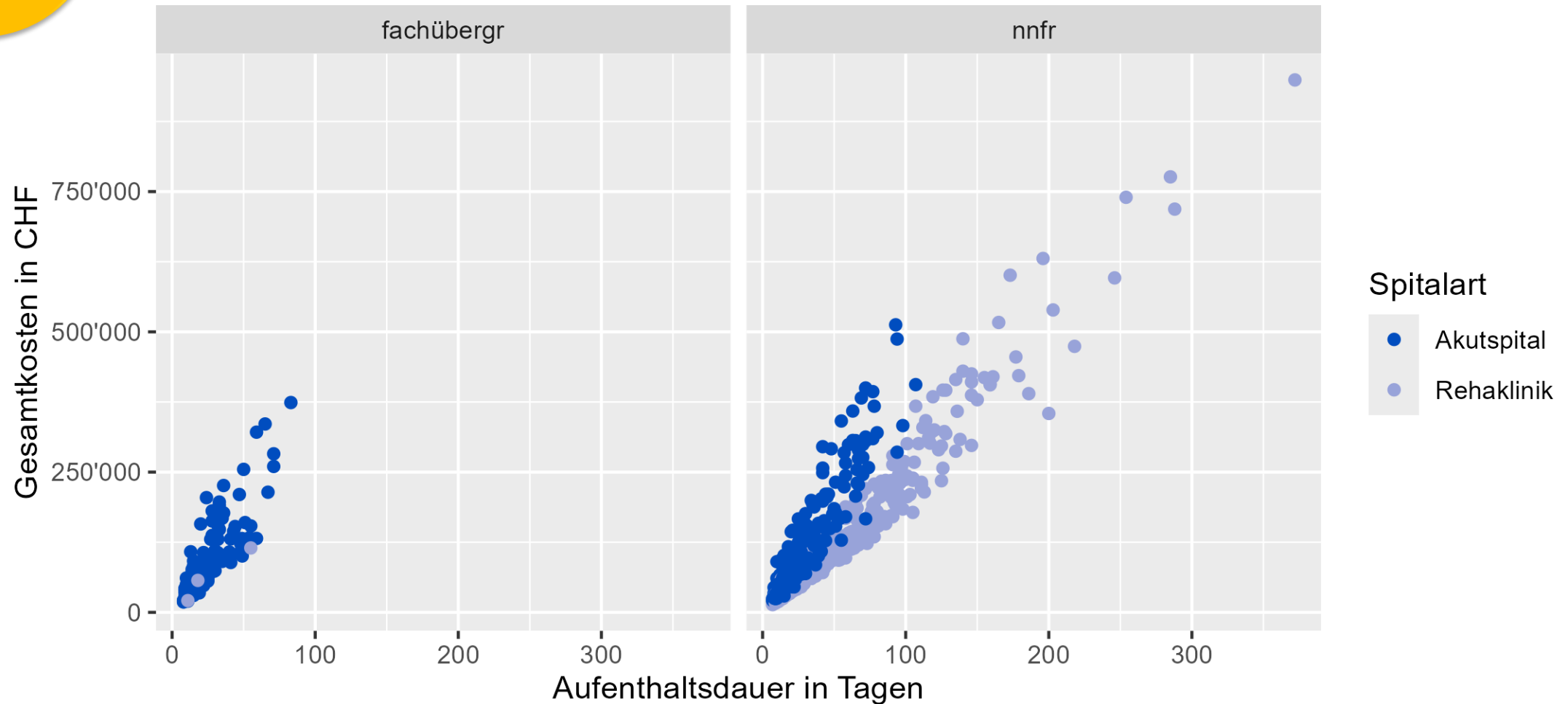
Früh-
rehabilitation

Frührehabilitation Akutspital vs. Rehaklinik



Früh-
rehabilitation

Differenzierung Frührehabilitation



Datenbasis: 2024 Kalkulationsdaten



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)

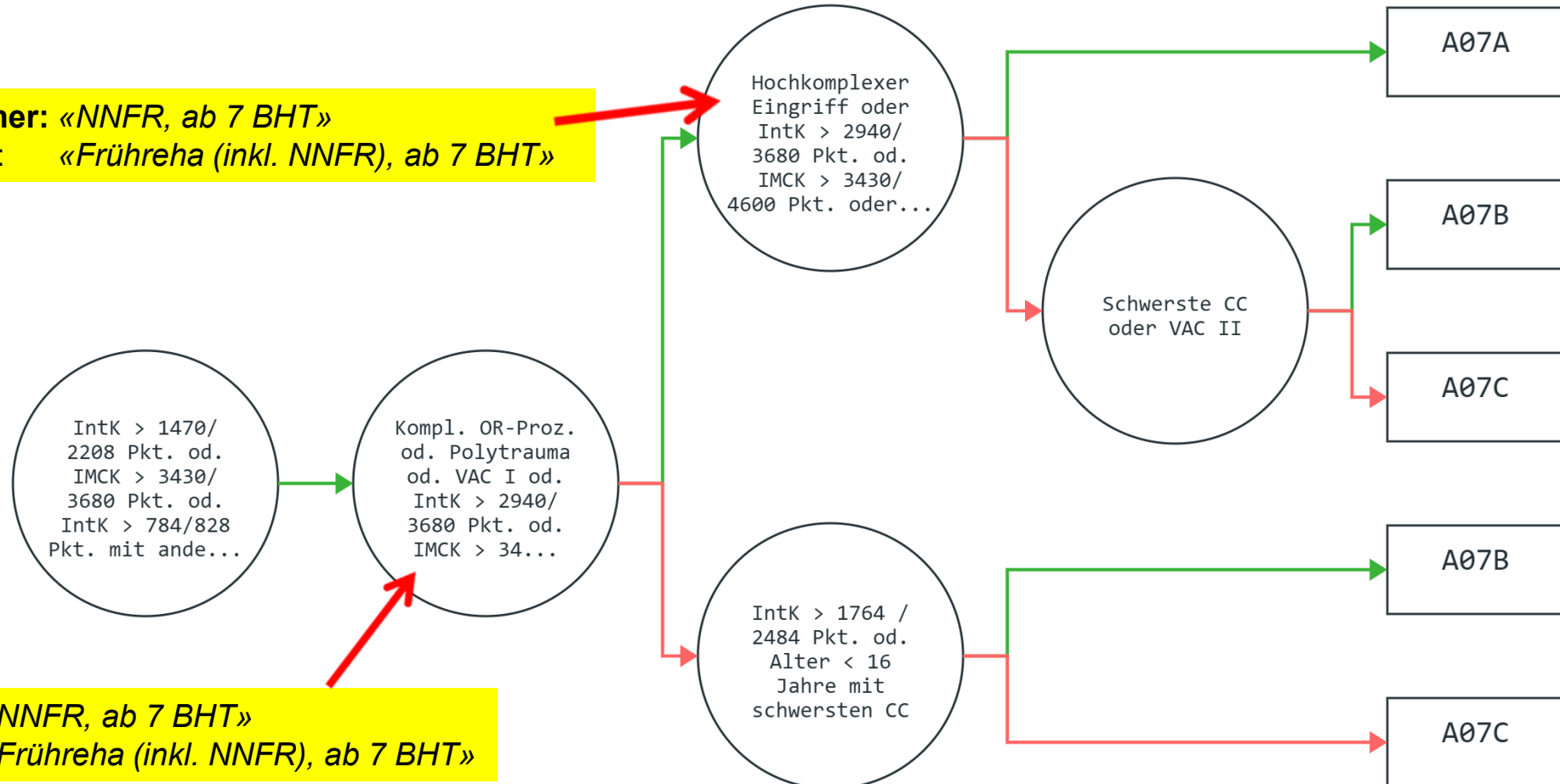


Frührehabilitation

Basis DRG A07

Umbau:

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



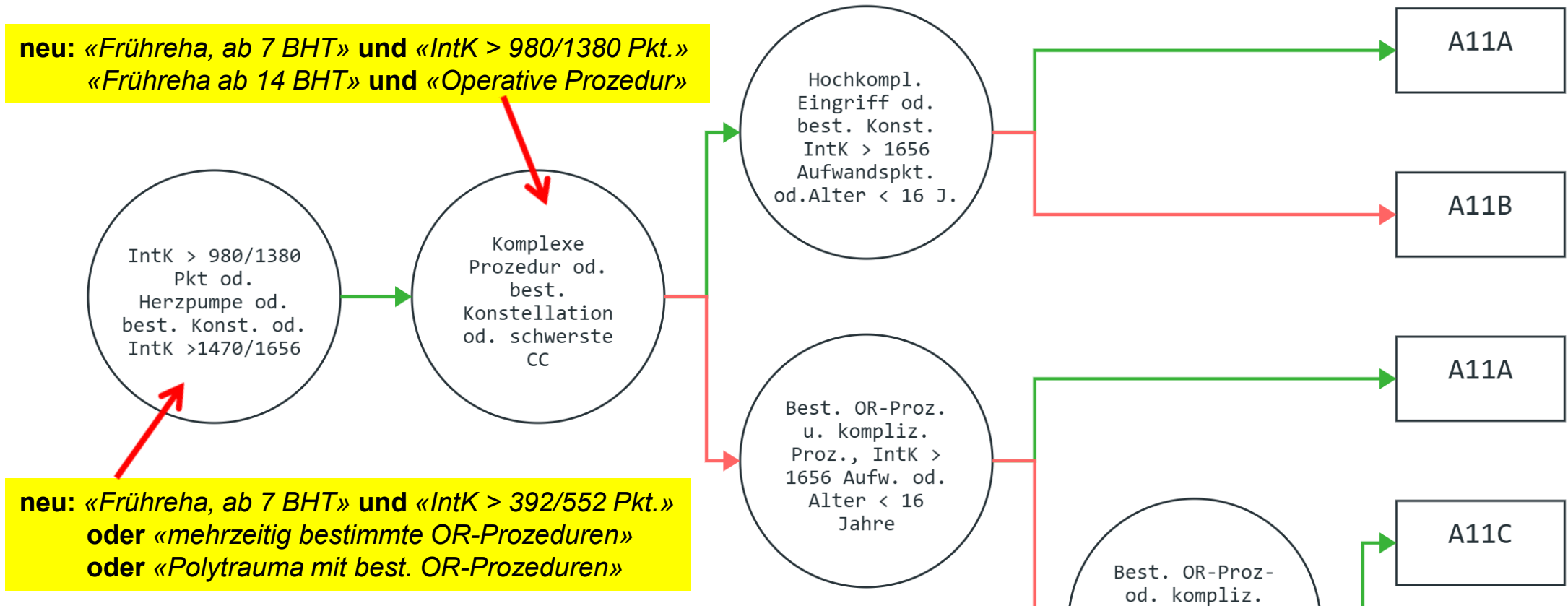
vorher: «NNFR, ab 7 BHT»
neu: «Frühreha (inkl. NNFR), ab 7 BHT»



Frührehabilitation

Basis DRG A11

Umbau:

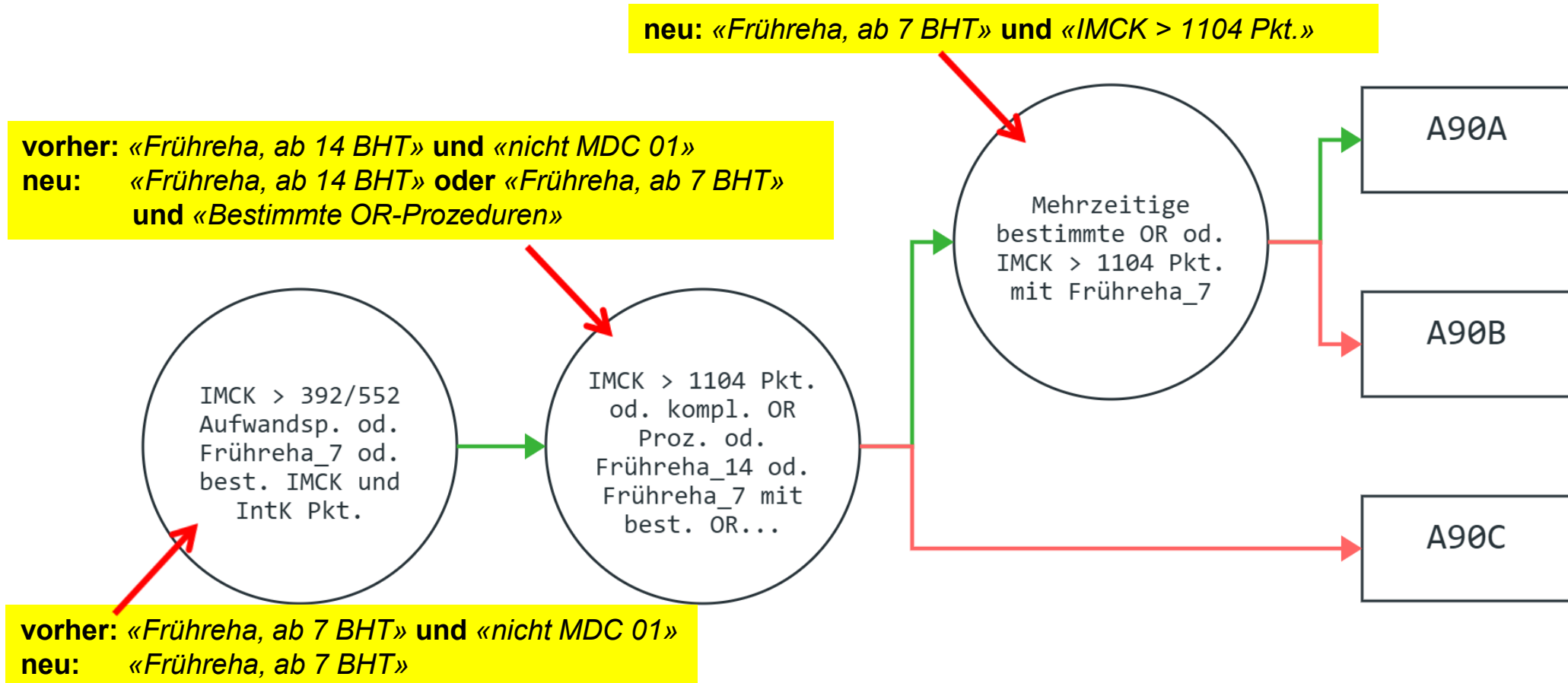


Frührehabilitation

Basis DRG A90

Früh-
rehabilitation

Umbau:





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-/Gewebetransplantationen

- 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, xenogen, temporär, permanent,...



Verbrennungen

MCD übergreifend

Gleichstellung CHOP Kodes:

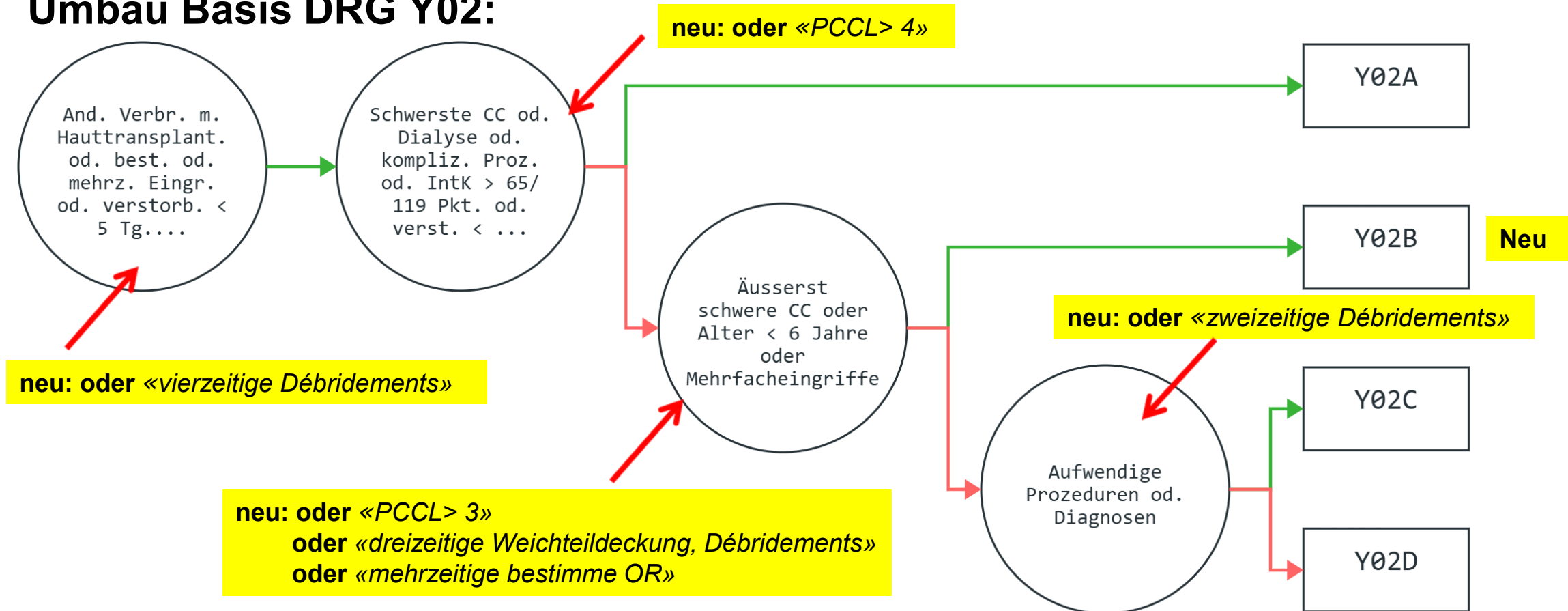
- 86.88.* «*Temporäre Weichteildeckung durch..., grossflächig,...*»
- 86.8A.* «*Weichteildeckung und Hautersatz mittels..., grossflächig,...*»
- 86.6C.* «*Permanenter Hautersatz durch..., grossflächig,...*»

Aufwertung CHOP Kode:

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

Verbrennungen MDC 22

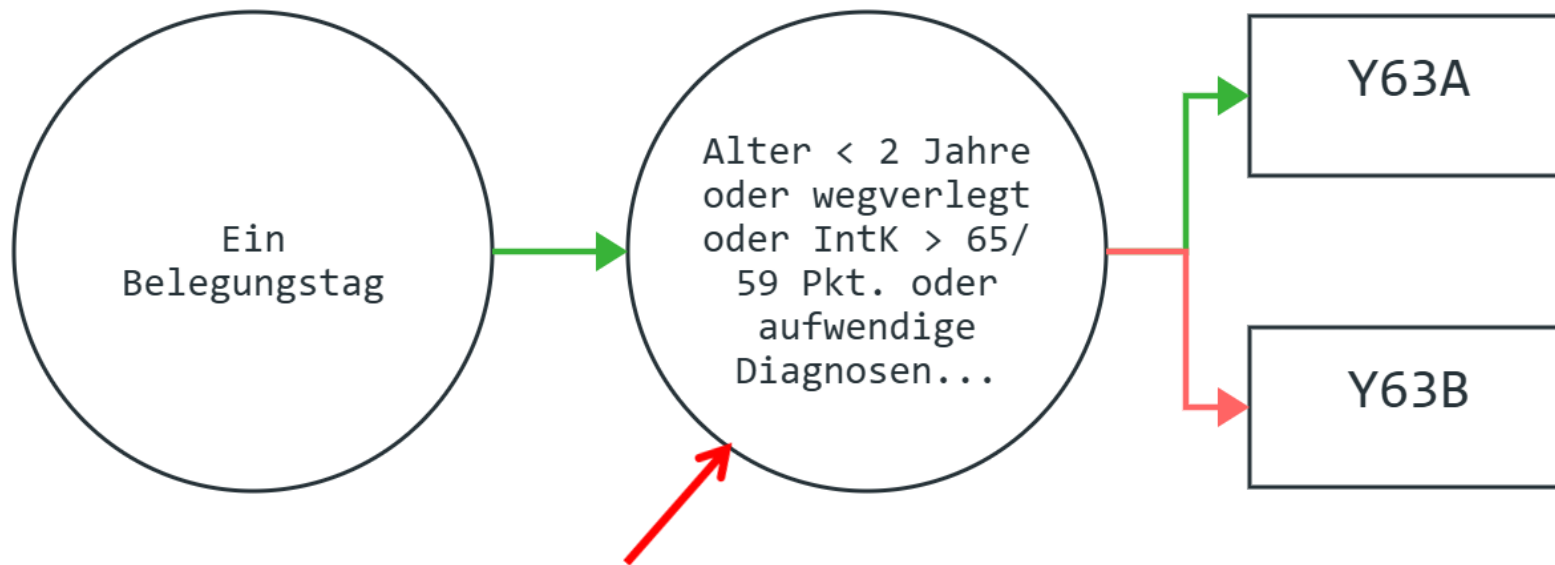
Umbau Basis DRG Y02:





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*»

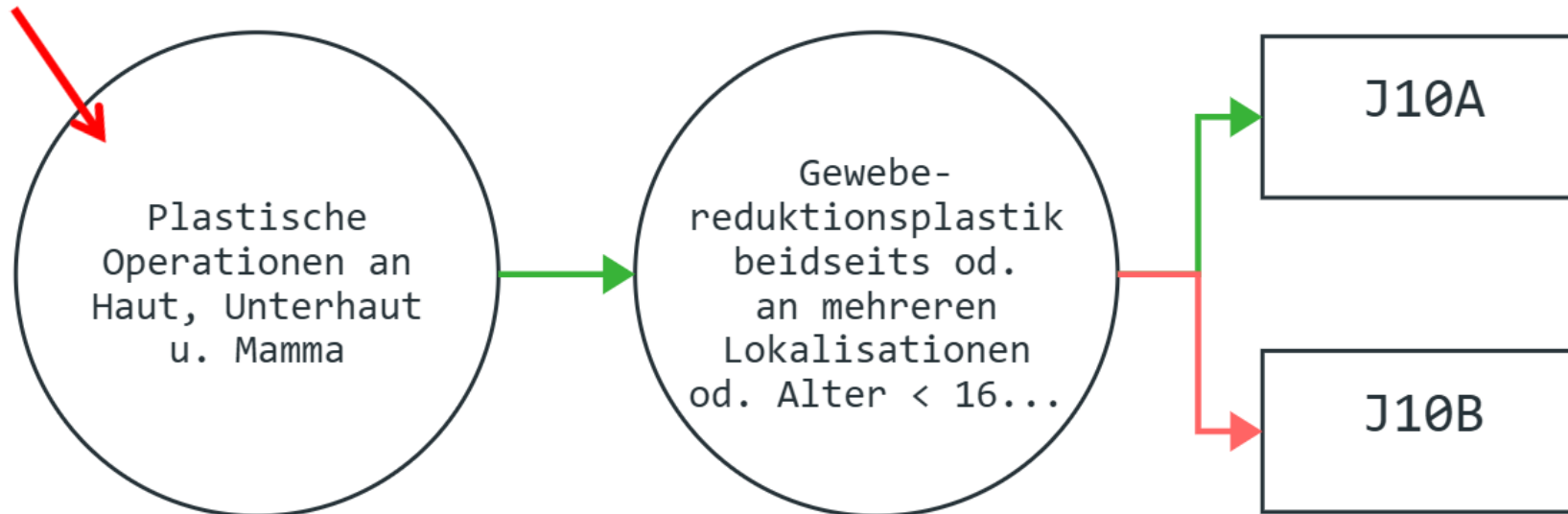


Verbrennungen Narbenbildungen

Umbau:

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

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





Ausserplanmässige Zusatzentgelte zur Vergütung von Fällen mit Verbrennungen

- in Zusammenarbeit mit Schwerverbranntenzentren entwickelt
- 5 Produkte zur grossflächigen Hautdeckung/Behandlung
 - Cultured Epidermal Autograft, CHUV
 - Hautdeckung alloplastisch: Novosorb Biodegradable Matrix
 - Hautdeckung allogene: Spenderhaut AlloSource und ETB BISLIFE
 - Hautdeckung xenogen: Fischhaut, Kerecis
 - Bromelain
- gültig ab 01.01.2026 bis 31.12.2026
- abrechenbar für die Schwerverbranntenzentren
- Dokument auf Homepage

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

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

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.

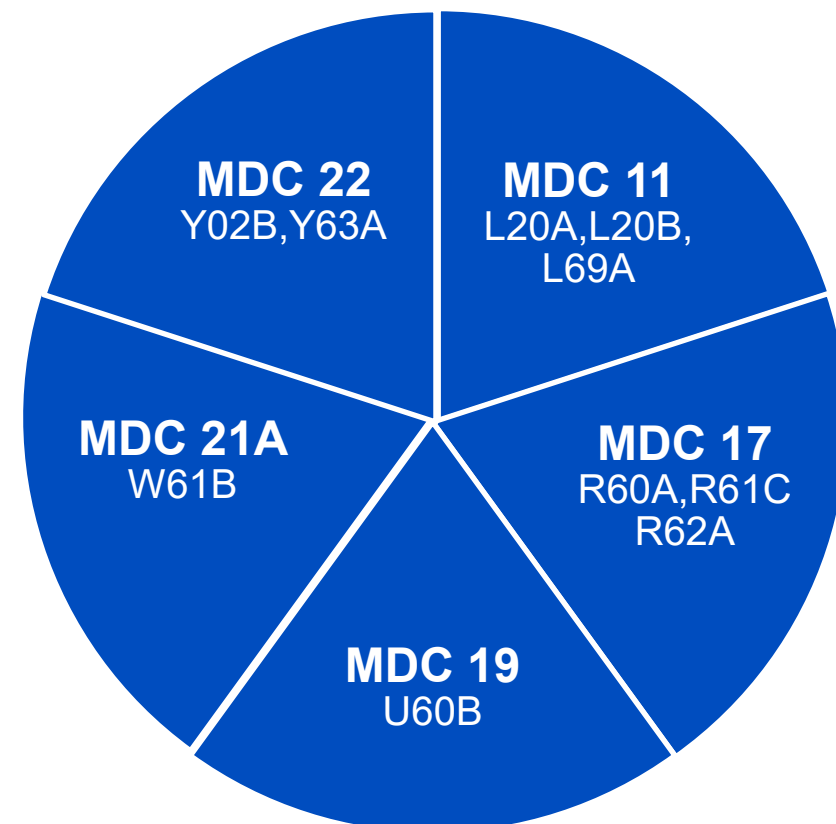
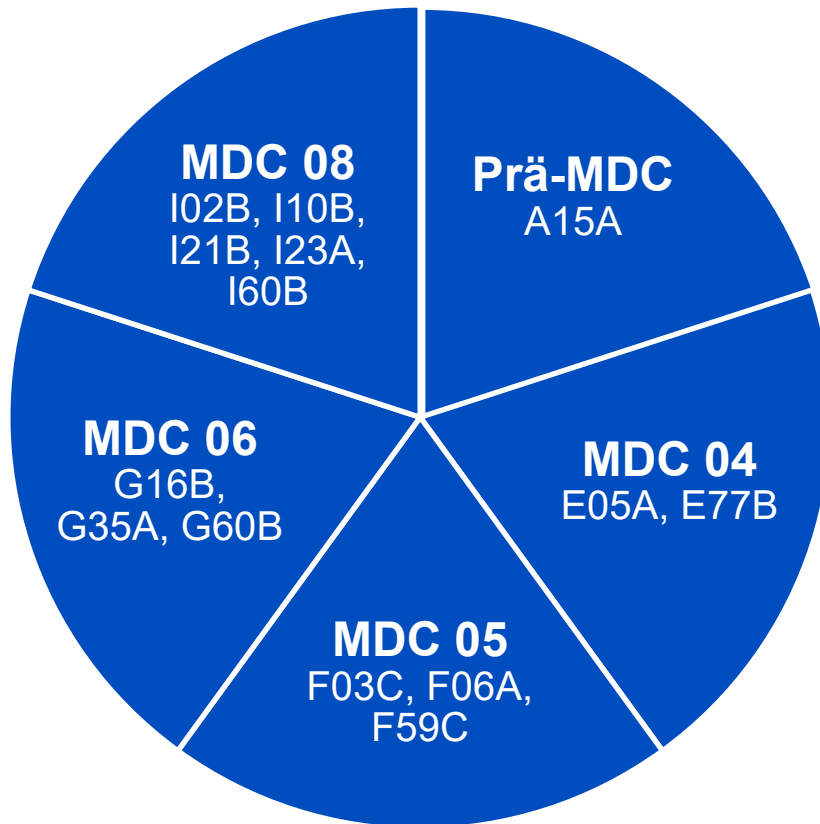
23

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*»

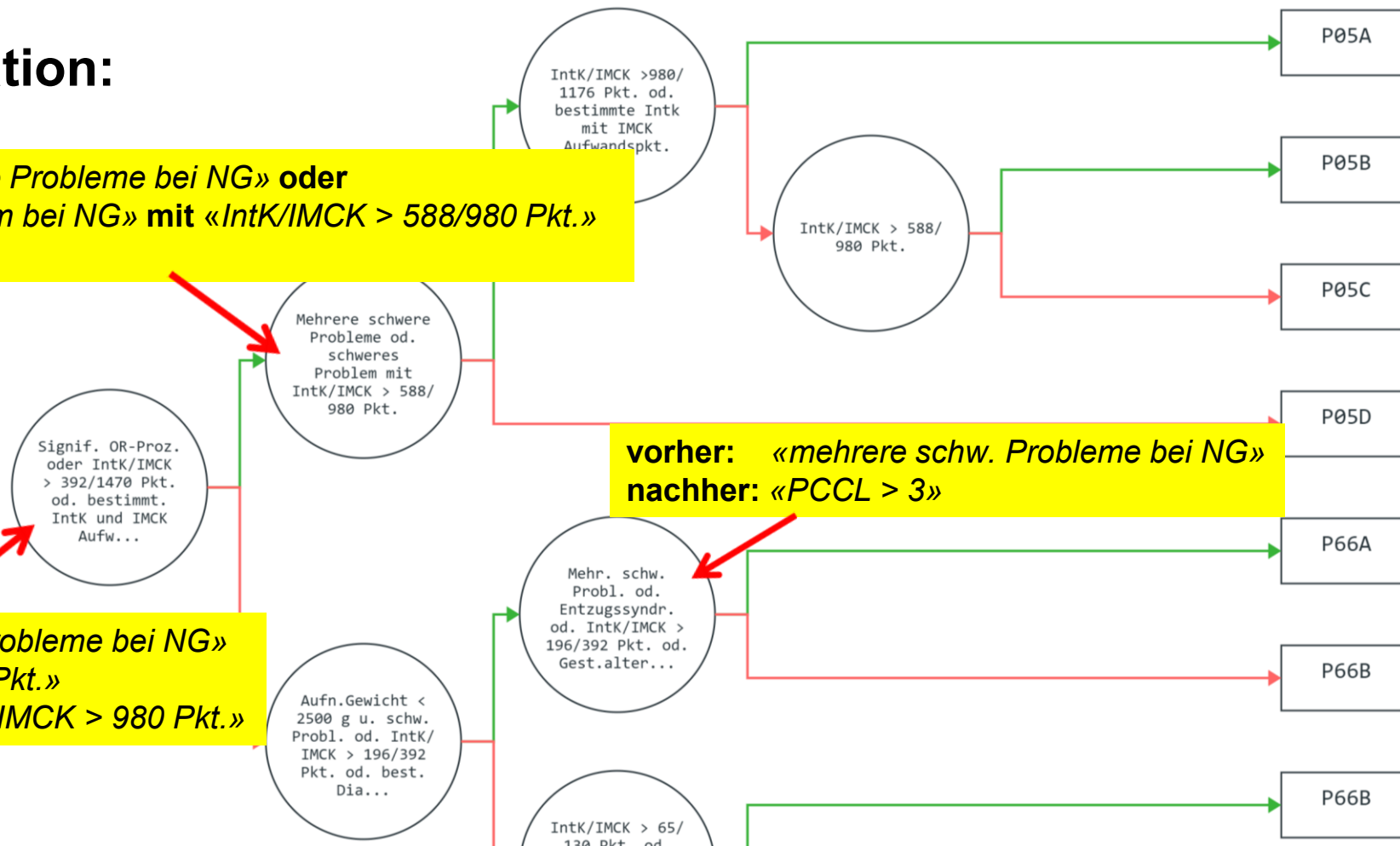
Neugeborene MDC 15

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**



Neugeborene MDC 15

Atmungsunterstützung

Problem:

- Interpretationsspielraum bei der Kodierung von CHOP Codes 93.9F.11 «*Mechanische Beatmung und Atmungsunterstützung mit kontinuierlichem positivem Druck [CPAP] bei Neugeborenen und Säuglingen*» und 99.65 «*Akute Behandlung einer Adaptationsstörung beim Neugeborenen (sog. Primäre Reanimation)*»

Umbau:

- Gleichsetzung beider CHOP Codes 93.9F.11 und 99.65 in Version 16.0

Palliativmedizin

Simulation Zusatzentgelt (ZE)

Vergleich auf Basis der Daten 2024 zwischen:

- Ist-Situation nach V15.0 und
- Simulationsumgebung ohne A97, dafür mit Berechnung eines ZE für Palliativbehandlungen ab 4 Tagen

Annahme aufgrund der gezeigten Voranalysen:

- ZE für spezialisierte Palliativbehandlung um **12.04%** höher als ZE für normale Palliativbehandlung

Vorgehen:

- Vergleich Status Quo mit einem ZE von 200 Franken pro Tag
- sukzessive Erhöhung des ZE um jeweils 200 Franken pro Tag für die nächste Simulation

Palliativmedizin

Realistisches Beispiel eines Zusatzentgeltes

- Fokus auf Arzt-, Pflegekosten und nichtärztliche Leistungen
- durchschnittliche Steigerung der mittleren Kosten in diesen Bereichen bei Erhöhung der Aufenthaltsdauer um einen Tag
- Vergleich zweier Fallgruppen:
 - Fälle mit nur einem **einzigen kodierten CHOP Kode**, der Gruppe 93.8A.2- zugeordnet werden kann (**Fallgruppe Palliativ**)
 - Fälle **ohne kodierte CHOP Codes** (**Vergleichsfallgruppe**)

Resultat:

- **Zusatzentgelt im Bereich von 300.- CHF pro Tag**
- Vergütungssituation schlechter als mit Status Quo

Palliativmedizin

Fazit

- eine Ausfinanzierung der palliativmedizinischen Fälle in den Unispitälern ist auch durch die Entwicklung eines Zusatzentgeltes nicht realistisch
- das benötigte Zusatzentgelt müsste so hoch sein, dass die meisten palliativmedizinischen Fälle eine deutliche Überdeckung aufwiesen
- dadurch entstünden erhebliche Fehlanreize
- ein realistisches Zusatzentgelt würde die aktuelle Vergütungssituation eher verschlechtern



Palliativmedizin

CHOP Kode 2024

Ausgangslage:

- CHOP 2024 weitere Ausdifferenzierung mit weniger als 7 Behandlungstage
- Kodes 93.8A.2- *«palliativmed. Komplexbehandlung...»*
- Kodes 93.8B.2- *«spezialisierte Palliative Care mit zusätzlicher Leistung...»*
 - bis 3 Behandlungstage
 - mindestens 4 bis 6 Behandlungstage

Palliativmedizin

CHOP Kode 2024

Umbau:

- Kodes 93.8B.1- Basisleistung «*Spezialisierte Palliative Care*»
Beachte: ... bei Bedarf kommen die... aufgeführten Therapiebereiche zum Einsatz
- Basisleistung «spez. Palliativ Care» Kodes 93.8B.1- aus allen DRGs entfernt
- dafür Aufnahme 93.8B.27 «*spezialisierte Palliativ Care mit zusätzlicher Leistung von Therapien, mindestens 4 bis 6 Behandlungstage*» in DRGs B66A, D60A, E71B, G60B, H61A, J62A
- deutlich differenziertere Abbildung aufwendiger Fälle

Palliativmedizin

MDC 17

Problem:

- Abbildung bestimmter Fälle aus MDC 17 mit palliativmedizinischer KBH in Prä-MDC untervergütet

Umbau:

- Ausschluss von DRGs R60A, R01A in Basis DRG A97 «*Palliativmedizinische Komplexbehandlung ab 7 BHT*»
- Aufnahme DRG R60B für DRG A97A und DRG R01B für DRG A97B
- DRG R01C aufgenommen für DRG A97D

Gewebetransplantation

Mikrovaskuläre Anastomosierung

Problem:

- untervergütete Fälle innerhalb der Tarifstruktur

Analysen:

- MDC übergreifende Analysen
- erhöhter Ressourcenverbrauch in unterschiedlichen MDCs

Gewebetransplantation

Mikrovaskuläre Anastomosierung

Umbau:

- Aufnahme globale Tabelle «*Gewebetransplantation mit mikrovaskulärer Anastomosierung*»

«*Gewebetransplantation mit
mikrovaskulärer
Anastomosierung*»

- MDC 01: B09, B01A
- MDC 06: G38A
- MDC 08: I02B mit «*Komplexe Vakuumbehandlung*»
- MDC 13: N11
- MDC 17: R01B mit «*Neck Dissection*»
- MDC 21B: X01

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

MDC übergreifende Umbauten

Patientenindividuell angepasste Implantate

Antrag:

- patientenindividuelle Implantate sind pauschal unzureichend vergütet
- Unterdeckung von Fällen in Basis DRG D02 «*Komplexe Resektionen mit Rekonstruktionen an Kopf und Hals...*»

Lösungsvorschlag:

- Zusatzentgelt für patientenindividuelle Implantate

Problem:

- unspezifische Antragsstellung – ohne konkrete Implantat Nennung
- Bandbreite und Kosten der Implantate sehr heterogen

MDC übergreifende Umbauten

Patientenindividuell angepasste Implantate

Umbau:

- neue DRG D02A mit Logik:
 - Codes 00.9A.61-64 «*Verwendung von präoperativ patientenindividuell mittels 3D-Bildgebung od. 3D Drucker gefertigten od. angepassten Implantaten*»
 - Codes 02.05.10-30, 76.43.12 oder 76.92.20-31 «*Einsetzen eines CAD-Implantats...*»
 - Funktionen «*Mehrzeitig komplexe OR*» oder «*Aufwendige Konstellationen bei BNB*»
 - Tabelle «*Gewebetransplantation mit mikrovaskulärer Anastomosierung*» in Kombination mit Basis DRG D01 «*Kochleaimplantation oder...*»
- Aufnahme Kode 00.9A.61 «*Verwendung von präoperativ patientenindividuell mittels 3D-Bildgebung gefertigten Implantaten*» in DRG B20B «*Bestimmte oder komplexe intrakranielle Eingriffe...*»

MDC übergreifende Umbauten

Intraoperatives neurophysiologisches Monitoring

Antrag:

- in DRG D24C «Komplexe Hautplastiken und grosse Eingriffe an Kopf und Hals» Fälle mit CHOP Codes 00.94.31-33 «Intraoperatives neurophysiologisches Monitoring, von mehr als 4 bis mehr als 12 Stunden» untervergütet

Lösungsvorschlag:

- Aufnahme 00.94.31-33 als Splitkriterium in DRG D24B «Komplexe Hautplastiken und grosse Eingriffe an Kopf und Hals mit Kombinationseingriff...»

MDC übergreifende Umbauten

Intraoperatives neurophysiologisches Monitoring

Umbau:

- Prüfung Codes 00.94.31-33 mit Hinweis auf Defizit in verschiedenen DRGs
- Aufnahme als Splitkriterium in:
 - DRG D24B «Komplexe Hautplastiken...»
 - DRG B01A «Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren...»
 - DRG B20A «Bestimmte oder komplexe intrakranielle Eingriffe...»
 - Basis DRG B36 «...mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung...»
 - DRG B36C: in Kombination mit «IntK Erw 185-360 Pkt.» und DRG B02A «Komplexe Kraniotomie...»

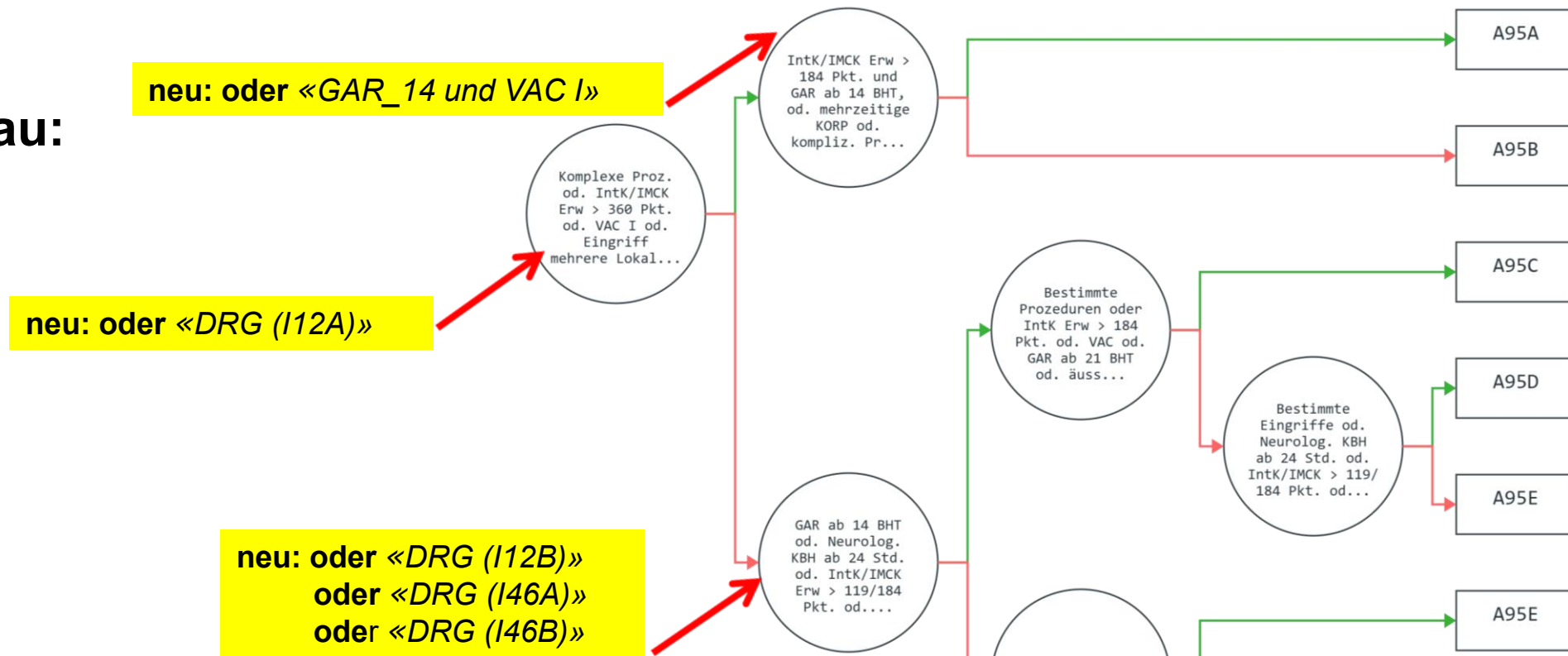
MDC übergreifende Umbauten

Geriatrische Akutrehabilitation (GAR)

Antrag:

- Fälle aus MDC 08 mit GAR in Basis DRG A95 untervergütet

Umbau:



MDC übergreifende Umbauten

Paraplegiologie

Problem:

- aufwendige Fälle mit langer Verweildauer in Basis DRG A46 «*Paraplegiologische Komplexbehandlung*» untervergütet

Umbau:

- Aufnahme der Funktionen
 - «*Vierzeitig bestimmte OR*» in DRG A46B
 - «*Polytrauma*» in DRG A46B und bestimmten Konstellationen
- Aufnahme Diagnose T83.5 «*Infektion und entzündliche Reaktion durch Prothese, Implantat oder Transplantat im Harntrakt*» in DRG A46D und bestimmten OR-Prozeduren

MDC übergreifende Umbauten Isolierungen

Anträge:

- Aufwertung oder Zusatzentgelt für verschiedene Isolierungsarten

Analysen:

- erneut kein Zusatzentgelt sinnvoll
- erneute MDC übergreifende Prüfung
- Ressourcenaufwand für Aerosolisolierung ähnlich Kontaktisolierung
- Mehraufwand für Tröpfchenisolierung nicht ersichtlich

MDC übergreifende Umbauten

Isolierungen

Umbau:

- Gleichstellung Kontakt- und Aerosolisolierung und protektive Isolierung in einem speziellen Zimmer

«Kontakt-/Aerosolisolierung, ab 7 BHT»

- MDC 04: E02A
- MDC 06: G67A, G70A
- MDC 09: J11A, J61B, J64A
- MDC 16: Q60A
- MDC 17: R60D, R61C

«Kontakt-/Aerosolisolierung, ab 14 BHT»

- MDC 04: E76B, E77A
- MDC 17: R61B

MDC übergreifende Umbauten

Isolierungen

Umbau:

«Protektive Isolierung in einem speziellen Zimmer, ab 7 Behandlungstage»

- MDC 04: E02A
- MDC 06: G67A, G70A
- MDC 09: J11A, J61B, J64A
- MDC 17: R60D

«Protektive Isolierung in einem speziellen Zimmer, ab 14 Behandlungstage»

- MDC 04: E76B, E77A
- MDC 17: Basis DRG R01, R61B

«Protektive Isolierung in einem speziellen Zimmer, ab 21 Behandlungstage»

- Prä-MDC: A15B

Nervensystem MDC 01

Komplexe OR-Prozeduren

Problem:

- untervergütete Fälle in Basis DRGs B02 «Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation» und B01 «Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems oder Epilepsiechirurgie...»

Umbau:

- Fälle mit hohem Ressourcenverbrauch
- in Basis DRG B02 untervergütet
- Aufnahme Funktion «Komplexe OR-Prozeduren» für DRG B36C «Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196/552 Aufwandspunkte... oder komplexe OR-Prozedur»

Nervensystem MDC 01

Stereotaktische Biopsie

Problem:

- untervergütete Fallgruppe in DRG B09D «*Andere Eingriffe am Schädel*»
- Splitbedingungen für DRG B09B nicht kostentrennend zu DRG B09C

Umbau:

- Kondensation DRGs B09B und B09C → DRG B09B
- Aufwertung CHOP Codes «*Stereotaktische Biopsie am Gehirn, Hirnhäuten, intrakranielle Blutgefässe*» in neue DRG B09B «*Andere Eingriffe am Schädel bei bösartigen Neubildungen am Nervensystem oder...*»

Nervensystem MDC 01

Neurostimulator

Antrag:

- Implantation von Neurostimulatoren zur Hypoglossus-Stimulation bei Schlafapnoe in Basis DRG B21 *«Implantation eines Neurostimulators oder Elektroden»* untervergütet

Umbau:

- Aufwertung ICD Kodegruppe G47.3- *«Schlafapnoe»* mit *«Implantation / Wechsel eines Neurostimulators, epidural oder peripher, Mehrelektrodensystem, wiederaufladbar / nicht wiederaufladbar»* in DRG B21C

Nervensystem MDC 01

Apoplex

Antrag:

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

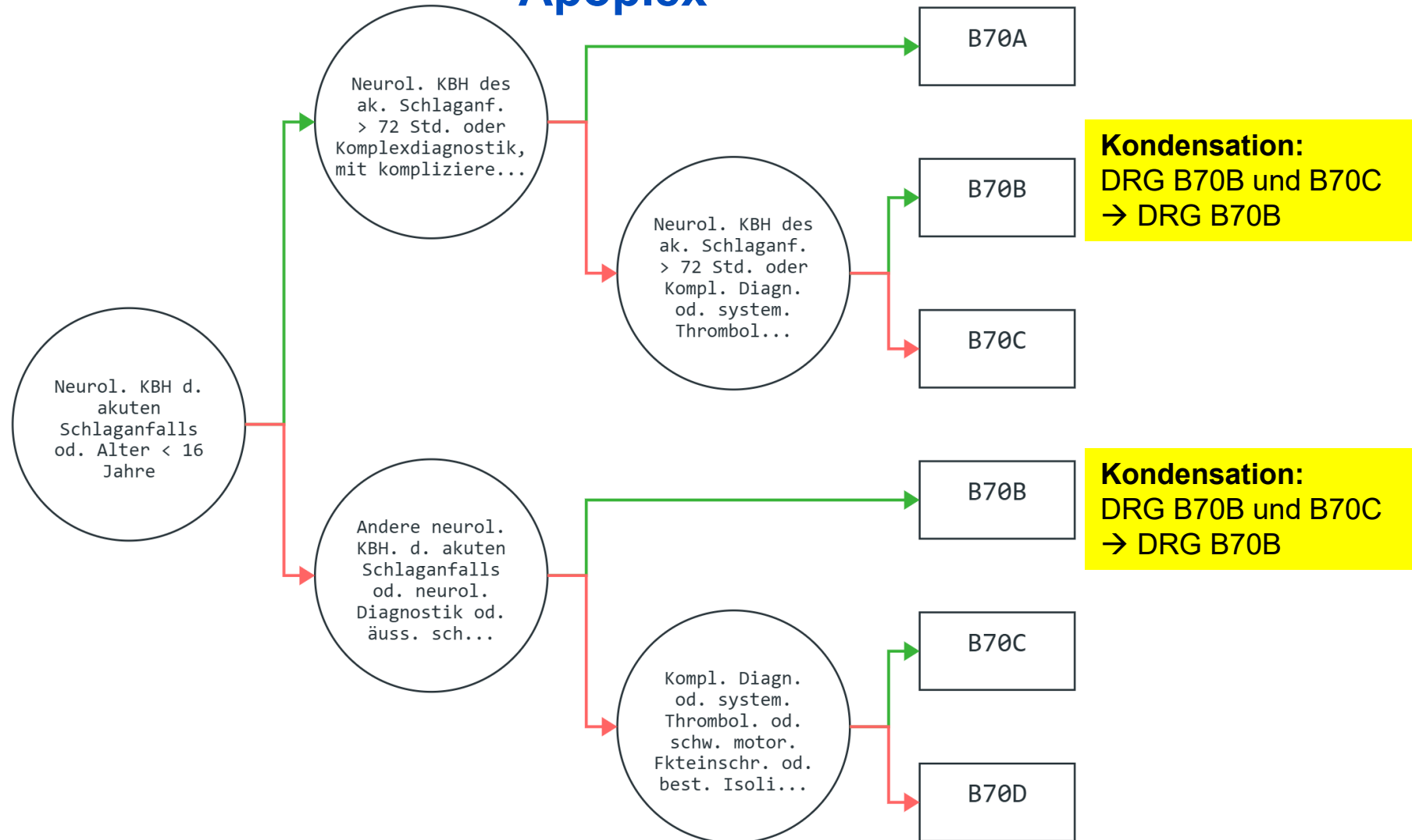
Analysen:

- 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

PCCL-Split

Problem:

- PCCL-Split > 2 kein geeigneter Kostentrenner mehr in Basis DRG B72
«Infektion des Nervensystems ausser Virusmeningitis»

Umbau:

- Entfernung PCCL-Split aus DRG B72A *«Infektion des Nervensystems ausser Virusmeningitis, Alter < 16 Jahre oder neurologische Komplexdiagnostik oder andere Immuntherapie»*

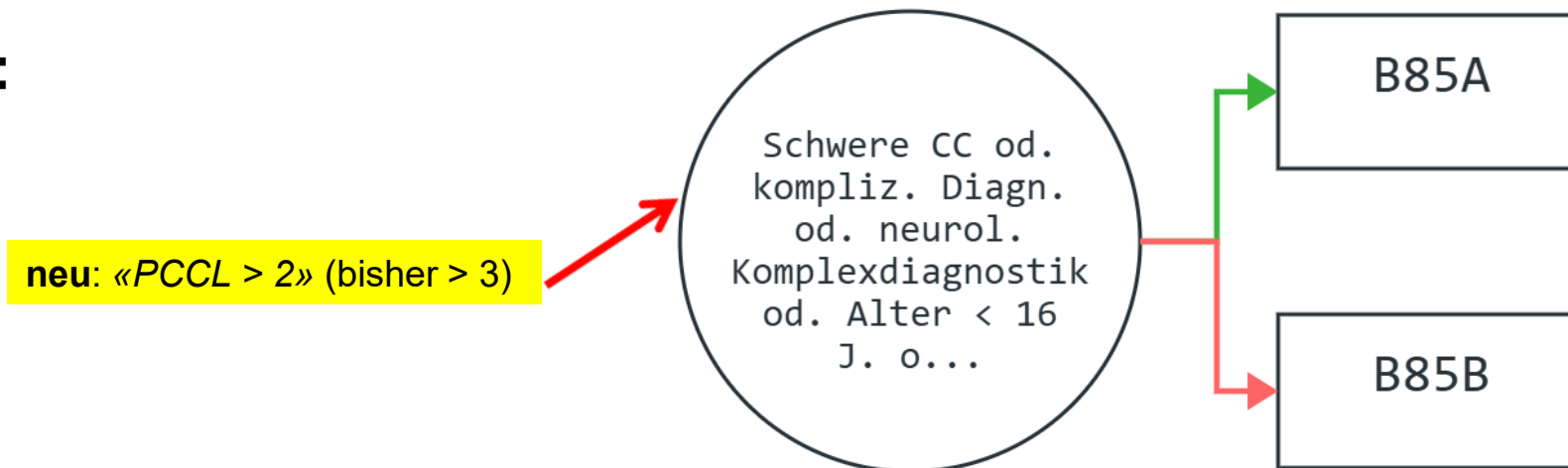
Nervensystem MDC 01

PCCL-Split

Problem:

- teure Fälle in DRG B85B «*Degenerative Krankheiten des Nervensystems, Alter > 15 Jahre*» mit Komorbiditäten

Umbau:



Nervensystem MDC 01

Komplexdiagnostik

Antrag:

- in Basis DRG B86 «*Krankheiten und Störungen des Nervensystems, ein Belegungstag*»
Fälle mit CHOP Kode 99.A7 «*Komplexdiagnostik des akuten Hirnschlags in Stroke Unit oder Stroke Center, bis maximal 24 Stunden*» unterdeckt

Umbau:

- Aufwertung in DRG B86A:
 - Kode 99.A7 «*Komplexdiagnostik des akuten Hirnschlags in..., bis maximal 24 Stunden*»
 - Kode 99.A6.1- «*Neurologische Komplexdiagnostik, mit...*»

Nervensystem MDC 01

Kondensation

Problem:

- Splitbedingungen in DRG B04B «*Eingriffe an den extrakraniellen Gefässen,...*» nicht mehr kostentrennend

Umbau:

- Kondensation DRGs B04B und B04C → DRG B04B «*Eingriffe an den extrakraniellen Gefässen oder ASD Verschluss oder Herzschrittmacher*»

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...*»

Nervensystem MDC 01

Kondensation

Problem:

- Splitbedingungen in DRG B63A «*Demenz und andere chronische Störungen der Hirnfunktion mit äusserst schweren CC oder neurologische Komplexdiagnostik*» nicht mehr kostentrennend

Umbau:

- Kondensation DRGs B63A und B63B → DRG B63Z «*Demenz und andere chronische Störungen der Hirnfunktion*»

Nervensystem MDC 01

Kondensation

Problem:

- Splitbedingungen in DRG B69A «*Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefässverschlüsse mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls > 72 Stunden oder...*» nicht mehr kostentrennend

Umbau:

- Kondensation DRGs B69A und B69B → DRG B69A «*Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefässverschlüsse mit anderer neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls oder...*»

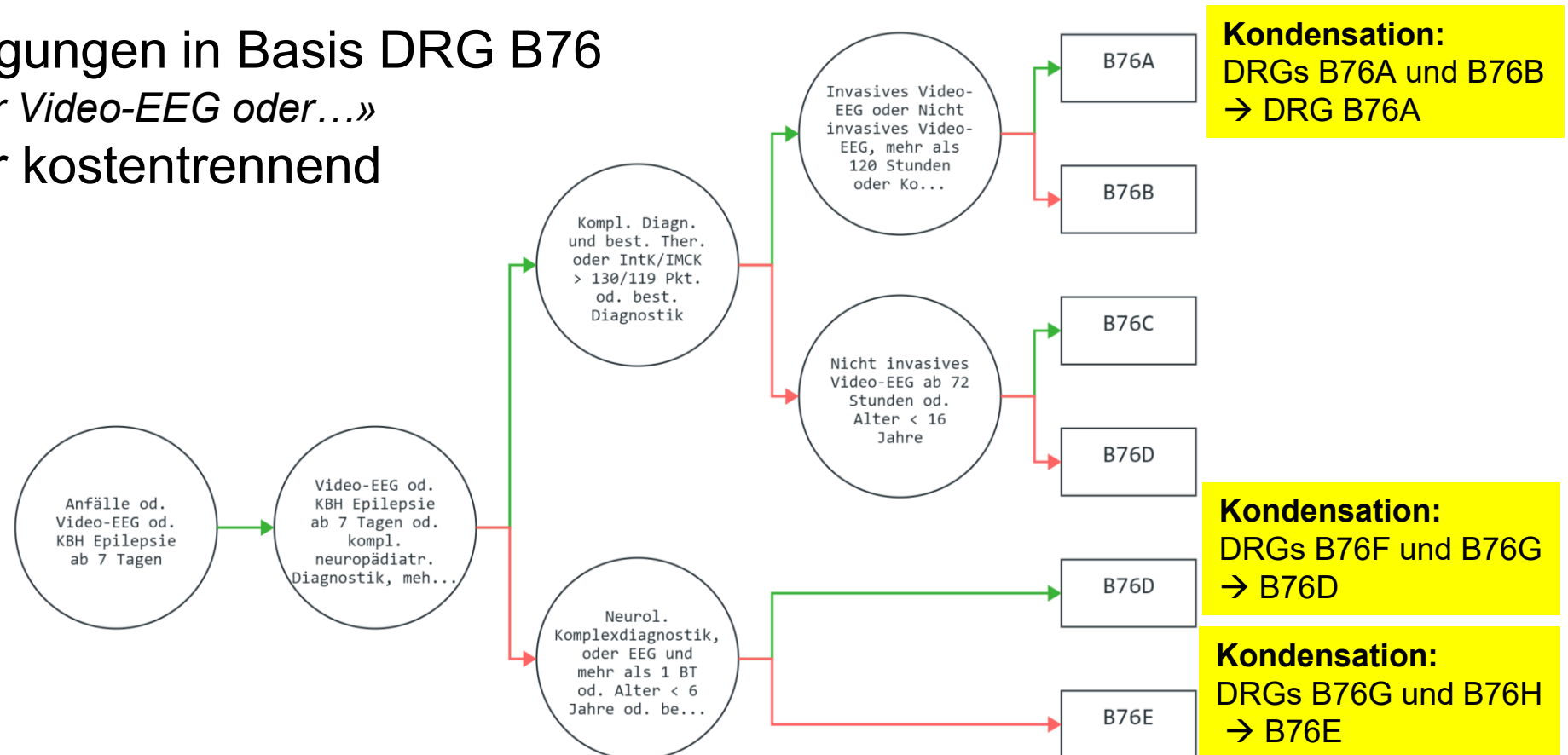
Nervensystem MDC 01

Kondensation

Problem:

- Splitbedingungen in Basis DRG B76
«Anfälle oder Video-EEG oder...»
nicht mehr kostentrennend

Umbau:



Augenerkrankungen MDC 02

Komplexdiagnostik

Antrag:

- in DRG C86Z «*Krankheiten und Störungen des Auges, ein Belegungstag*» CHOP Kode 99.A7 «*Komplexdiagnostik des akuten Hirnschlags in Stroke Unit oder Stroke Center, bis maximal 24 Stunden*» unterdeckt

Analysen:

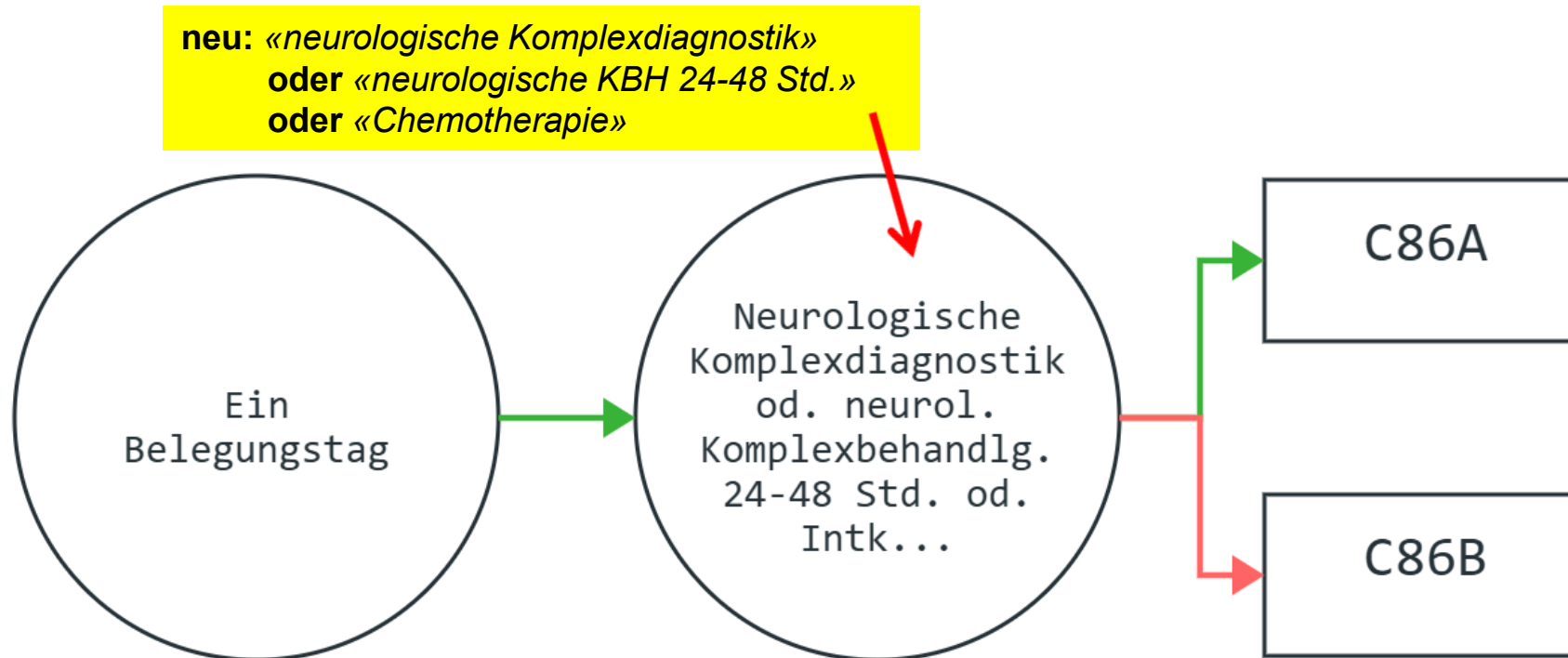
- sehr kleine aber ressourcenintensive Fallgruppe
- weitere aufwändige Fallgruppen mit ähnlichem Ressourcenverbrauch

Augenerkrankungen MDC 02

Komplexdiagnostik

Umbau:

- Split Basis DRG C86 «Krankheiten und Störungen des Auges, ein Belegungstag»



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»

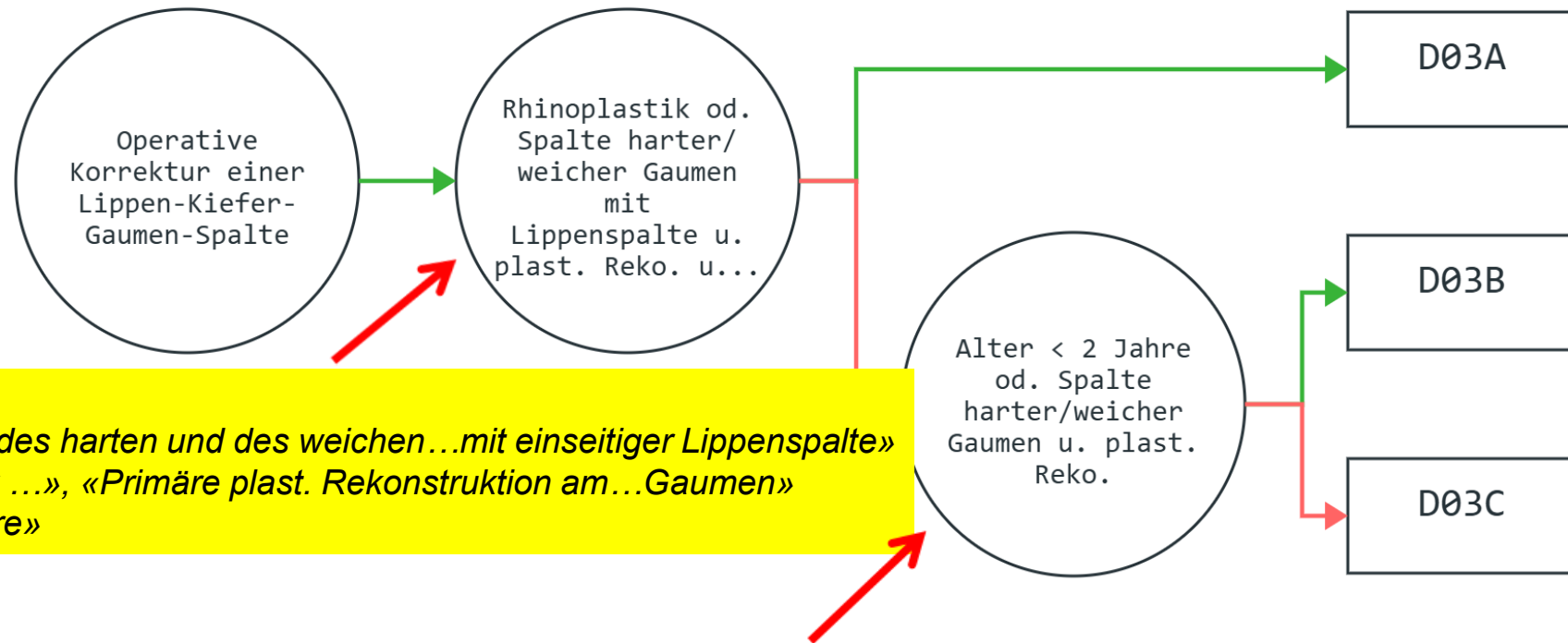
Lösungsvorschlag:

- 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*»

HNO MDC 03

Eingriffe an der Nase

Anträge:

- Septorhinoplastik Kode 21.83.11 «*Septorhinoplastik mit Korrektur des Knorpels oder des Knochens, mit distalen autogenen Transplantaten,...*» in DRG D38A untervergütet
- Eingriffe an Nasennebenhöhlen mit Polypektomie gruppieren in DRG D38A und sind dort übervergütet

Lösungsvorschlag:

- Aufwertung Kode 21.83.11 innerhalb Basis DRG D38 «*Sehr komplexe und komplexe Eingriffe an der Nase*»
- Entfernung Codes 21.31.10/12 aus DRG D38A und Aufnahme in Basis DRG D12 «*Andere Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals*»

HNO MDC 03

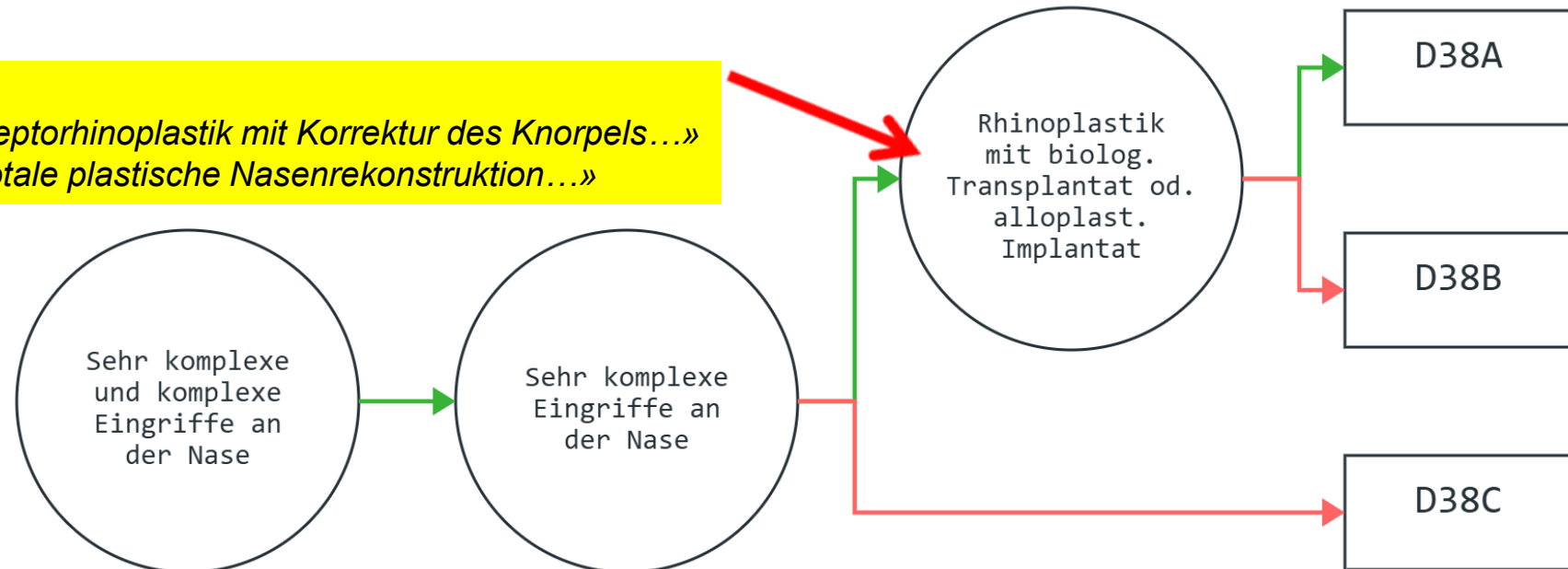
Eingriffe an der Nase

Umbau:

- Entfernung CHOP Codes 21.31.10/12 «*Lokale Exzision/Destruktion einer endonasalen Läsion...*» aus DRG D38B und Aufnahme in Basis DRG D12 «*Andere Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals*»

neuer Split:

Kode 21.83.11 «*Septorhinoplastik mit Korrektur des Knorpels...*»
oder 21.83.20 «*Totale plastische Nasenrekonstruktion...*»



HNO MDC 03

Bösartige Neubildung

Antrag:

- Fälle in Basis DRG D60 «*Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals*» untervergütet
- häufig Notfallpatienten mit Unterdeckung
- Fälle gruppieren in Basis DRG D86 «*Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, ein Belegungstag*» anstatt Basis DRG D60
→ Fälle hier ebenfalls untervergütet

Lösungsvorschlag:

- Neubeurteilung Basis DRG D60

HNO MDC 03

Bösartige Neubildung

Analysen:

- Notfallpatienten in Basis DRG D60 «*Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals*» sachgerecht abgebildet
- PCCL-Split in DRG D60A nicht mehr kostentrennend
- keine weiteren Kostentrenner innerhalb Basis DRG D60 identifizierbar
- in DRG D86B untervergütete Fälle

Umbau:

- DRG D60A «*PCCL > 2*» auf «*PCCL > 3*» erhöht
- Aufnahme Codes 43.11 «*Perkutane [endoskopische] Gastrostomie [PEG]*» oder 99.25.5- «*Mittelgradig-hochgradig komplexe und intensive Chemotherapie*» in DRG D86A

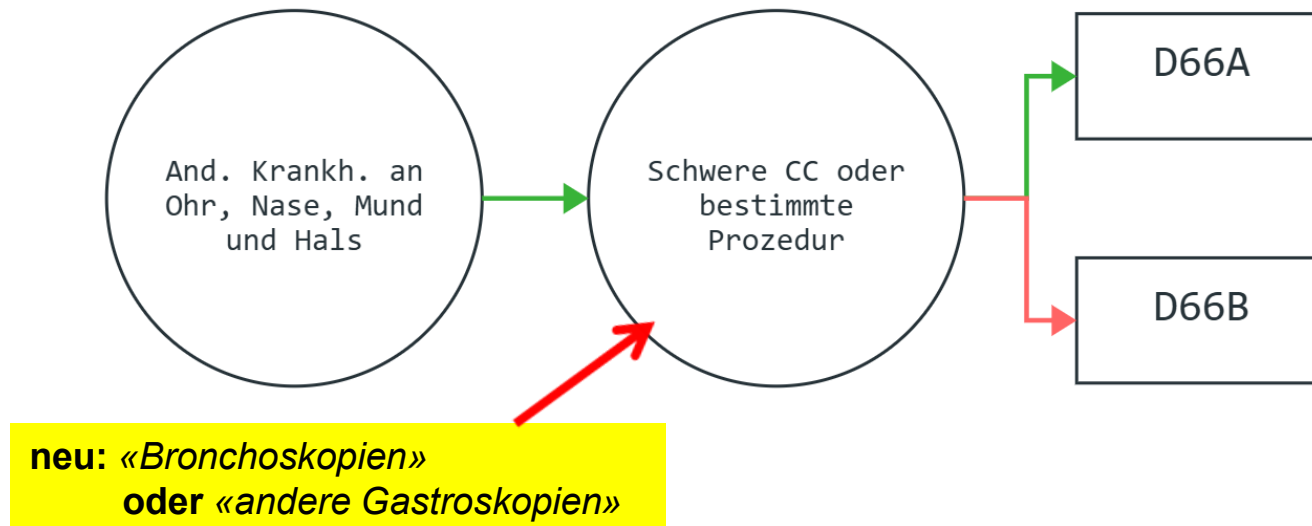
HNO MDC 03

Endoskopie

Problem:

- in DRG D66B «Andere Krankheiten an Ohr, Nase, Mund und Hals» sind Fälle mit Endoskopien untervergütet

Umbau:



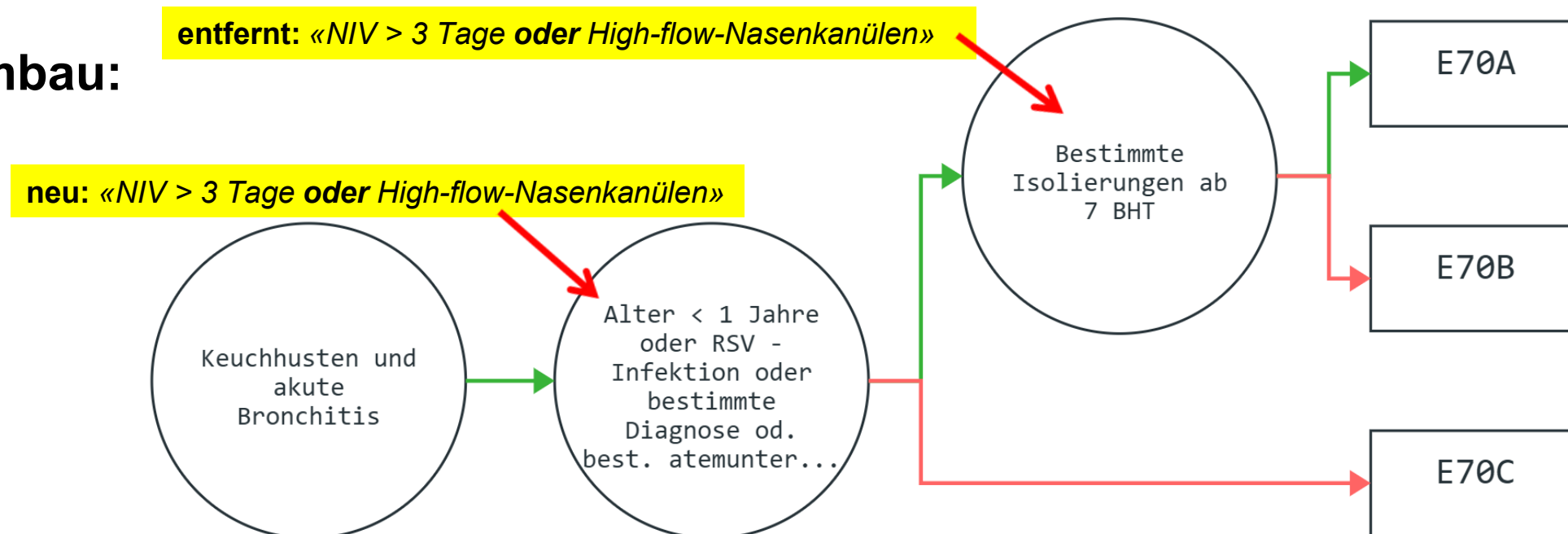
Atmungsorgane MDC 04

NIV/ High-flow

Problem:

- Überbewertung «NIV > 3 BHT oder High-flow Nasenkanülen» in DRG E70A
«Keuchhusten und akute Bronchitis...»

Umbau:



Atmungsorgane MDC 04

PCCL-Split

Problem:

- Fälle in DRG E73A «*Pleuraerguss mit schweren CC*» überbewertet

Umbau:

- Schweregrad Erhöhung auf «*PCCL > 3*» für DRG E73A «*Pleuraerguss mit äusserst schweren CC*»

Atmungsorgane MDC 04

Tuberkulose/Pneumothorax

Antrag:

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

Analysen:

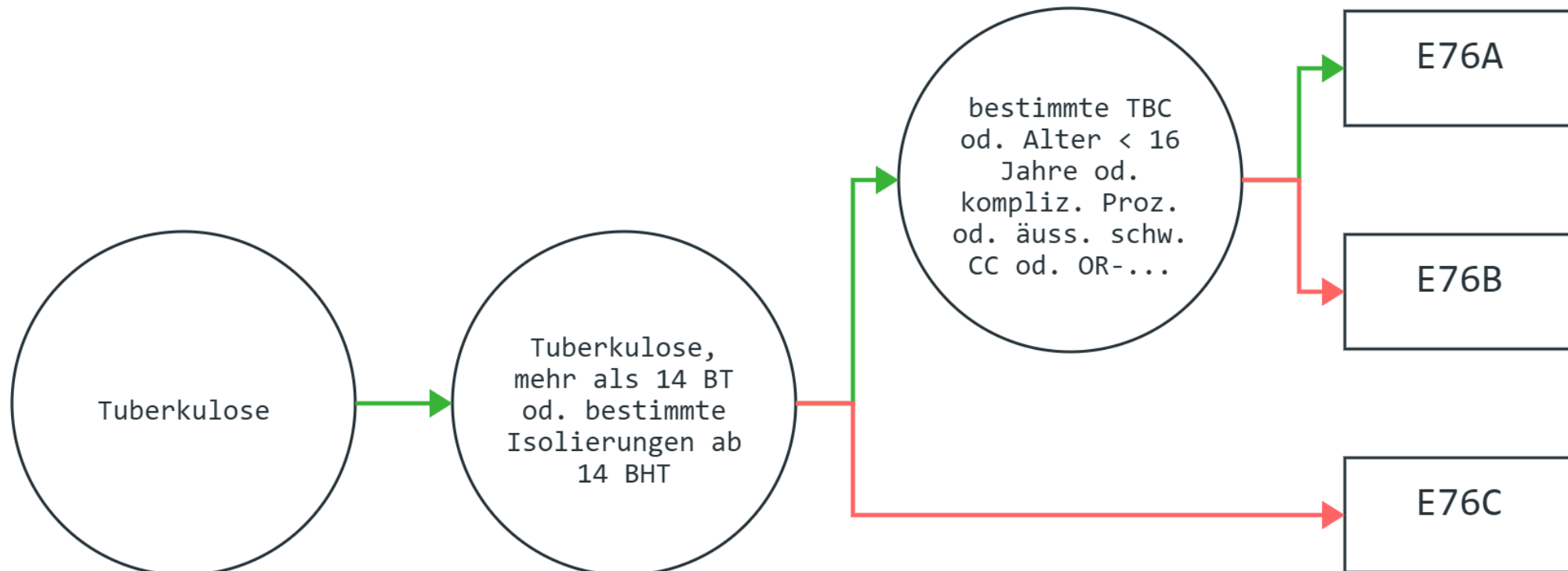
- alle ICD Codes in CC-Matrix aufgeführt
- geringe Fallmenge in einzelnen Basis DRGs unterdeckt
- Kosteninhomogenitäten in Basis DRG E76 «*Tuberkulose oder Pneumothorax...*»
- Trennung Zuordnung der Diagnosen TBC und Pneumothorax

Atmungsorgane MDC 04

Tuberkulose/Pneumothorax

Umbau:

- Auflösen der DRGs E76E, E76D und E76C → E76C

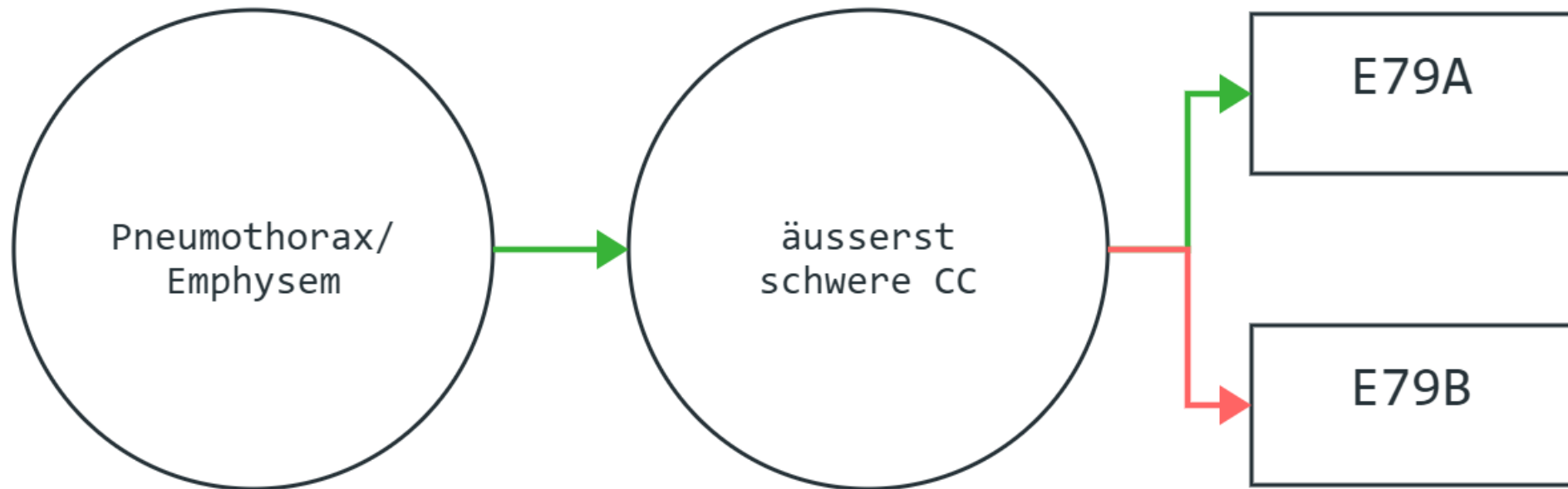


Atmungsorgane MDC 04

Tuberkulose/Pneumothorax

Umbau:

- neue Basis DRG E79 «*Pneumothorax*»



Atmungsorgane MDC 04

Pneumonien

Anträge:

- Neubeurteilung Basis DRG E77 «*Andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane*»
- Aufwertung bestimmter Pneumonien/Pyothorax

Analysen:

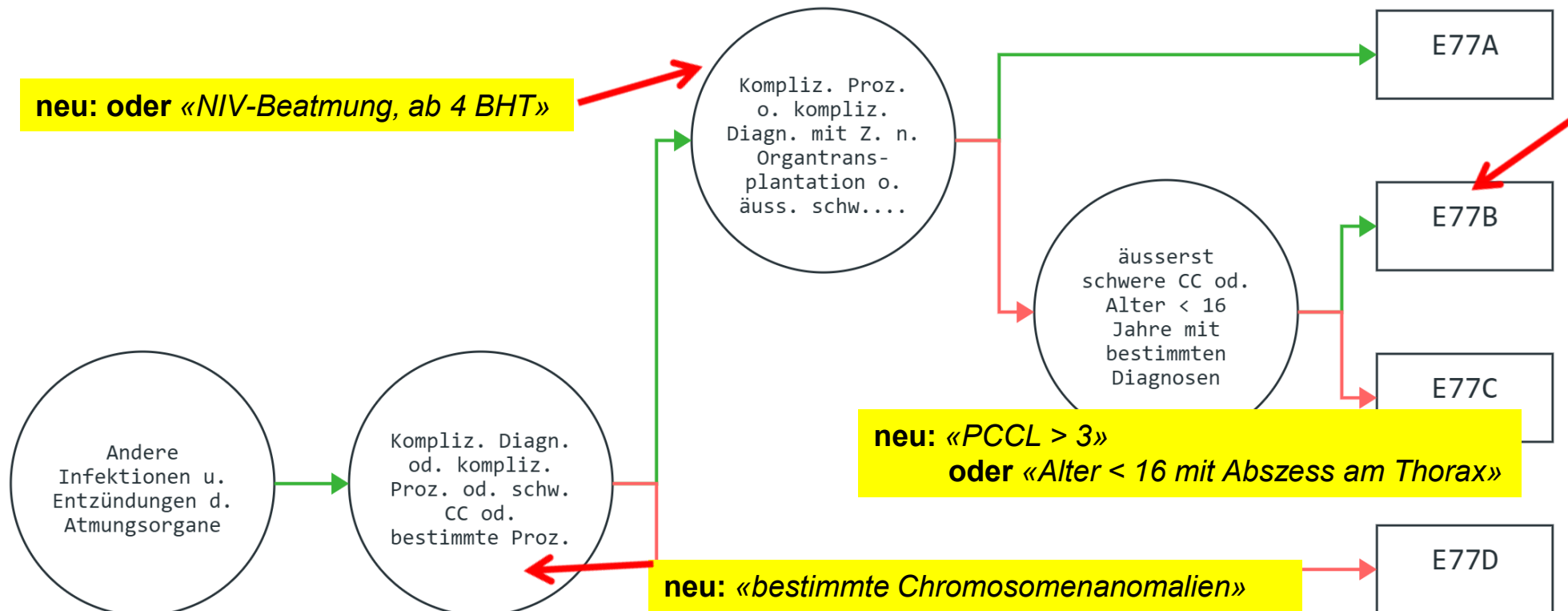
- schwere Pneumonien sachgerecht abgebildet
- Kosteninhomogenität in DRG E77B
- Mehraufwand «*NIV-Beatmung ausserhalb der Intensivstation, > 4 Behandlungstage*»

Atmungsorgane MDC 04

Pneumonien

Umbau:

- Split der alten DRG E77B in DRG E77B und DRG E77C

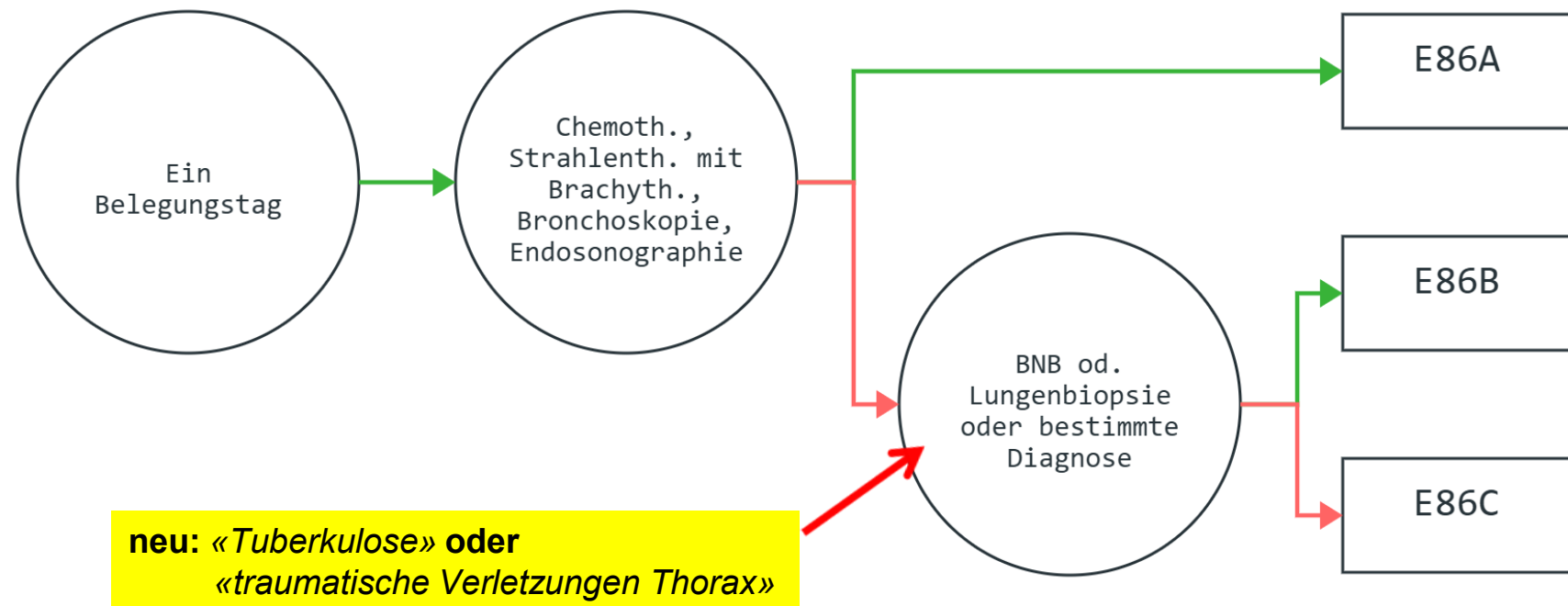


Atmungsorgane MDC 04

Ein-Belegungstag DRG

Problem:

- untervergütete Fälle in DRG E86C «*Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane, ein Belegungstag*»



Atmungsorgane MDC 04

Kondensation

Problem:

- Splitbedingungen in DRG E06A «*Andere Lungenresektionen, Biopsie an Thoraxorganen und Eingriffe an der Thoraxwand...*» nicht mehr kostentrennend

Umbau:

- Kondensation DRGs E06A und E06B → DRG E06A «*Andere Lungenresektionen, Biopsie an Thoraxorganen und Eingriffe an der Thoraxwand mit äusserst schweren CC oder... Alter < 16 Jahre*»

Atmungsorgane MDC 04

Kondensation

Problem:

- Splitbedingungen in DRG E64B «*Respiratorische Insuffizienz oder Lungenembolie...*» nicht mehr kostentrennend

Umbau:

- Kondensation DRGs E64B und E64C → DRG E64B «*Respiratorische Insuffizienz oder Lungenembolie mit schweren CC oder Alter < 16 Jahre*»

Kreislaufsystem MDC 05

Trikuspidalklappenersatz

Antrag:

- Fälle mit CHOP Kode 35.F4.23 «*Trikuspidalklappenersatz mit Xenograft (Bioprothese), endovaskulärer Zugang*» in DRG F98B «*Endovaskulärer Herzklappeneingriff mit Implantation eines Herzschrittmachers / Graft...*» nicht kostendeckend abgebildet

Lösungsvorschlag:

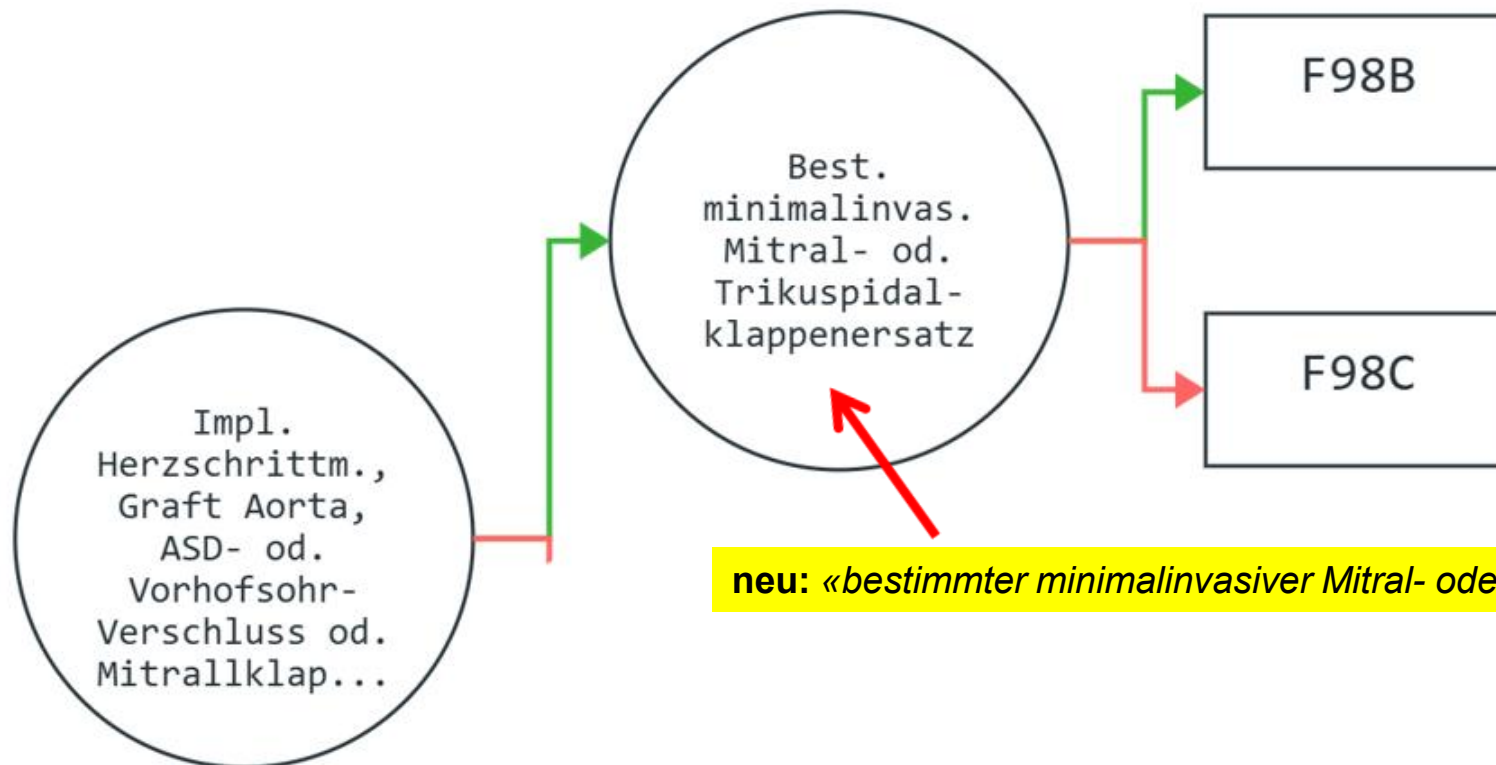
- Aufwertung CHOP Kode 35.F4.23 in Kombination mit ICD Diagnosen I07.1 «*Trikuspidalklappeninsuffizienz*» und I36.1 «*Nicht-rheumatische Trikuspidalklappeninsuffizienz*» innerhalb Basis DRG F98

Kreislaufsystem MDC 05

Trikuspidalklappenersatz

Umbau:

- Split der alten DRG F98B in DRG F98B und DRG F98C



Kreislaufsystem MDC 05

Defibrillator

Problem:

- Splitbedingungen in Basis DRG F01 «*Neuimplantation Kardioverter / Defibrillator (AICD)*» weisen keine Kostentrenner mehr auf
- Schweregrad nicht mehr sachgerecht abgebildet

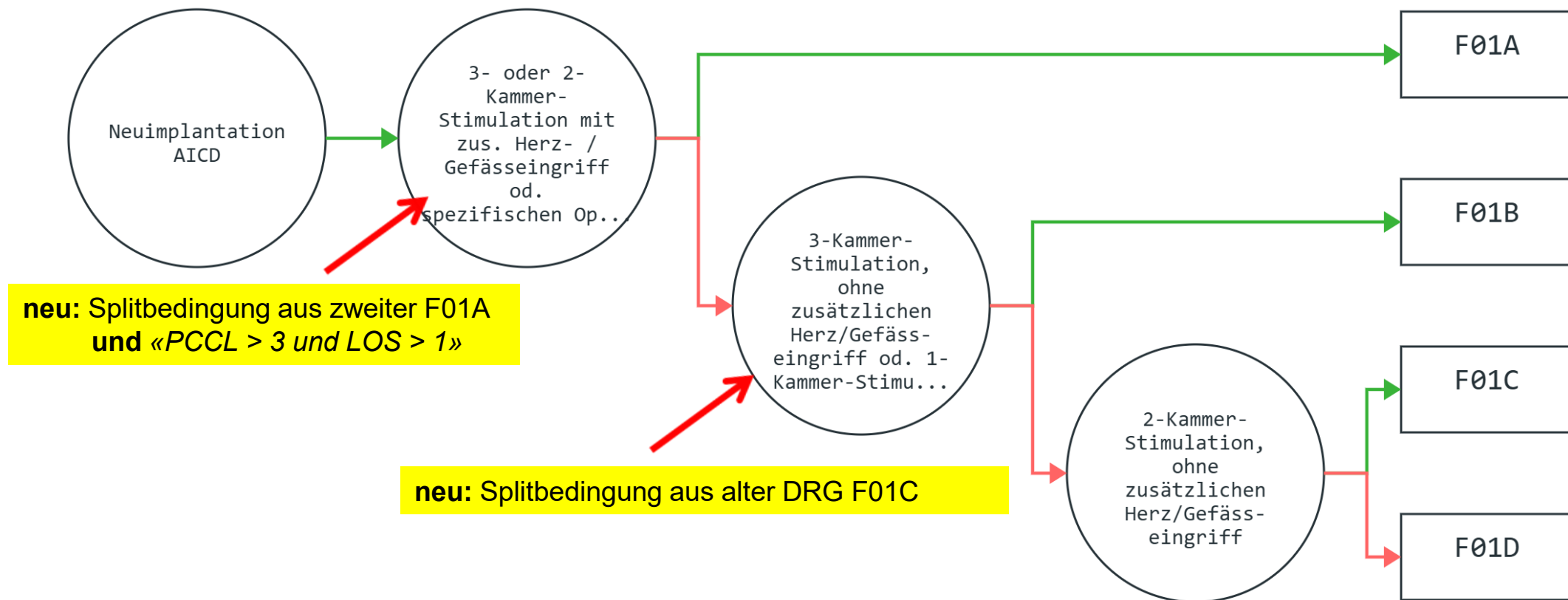
Umbau:

- Kondensation verschiedener DRGs innerhalb Basis DRG F01
 - bisher 2x DRG F01A → neu eine DRG F01A
 - DRGs F01E und F01F entfernt
- neue Splitbedingungen etabliert

Kreislaufsystem MDC 05

Defibrillator

Umbau:



Kreislaufsystem MDC 05

Sondenlose Herzschrittmacher

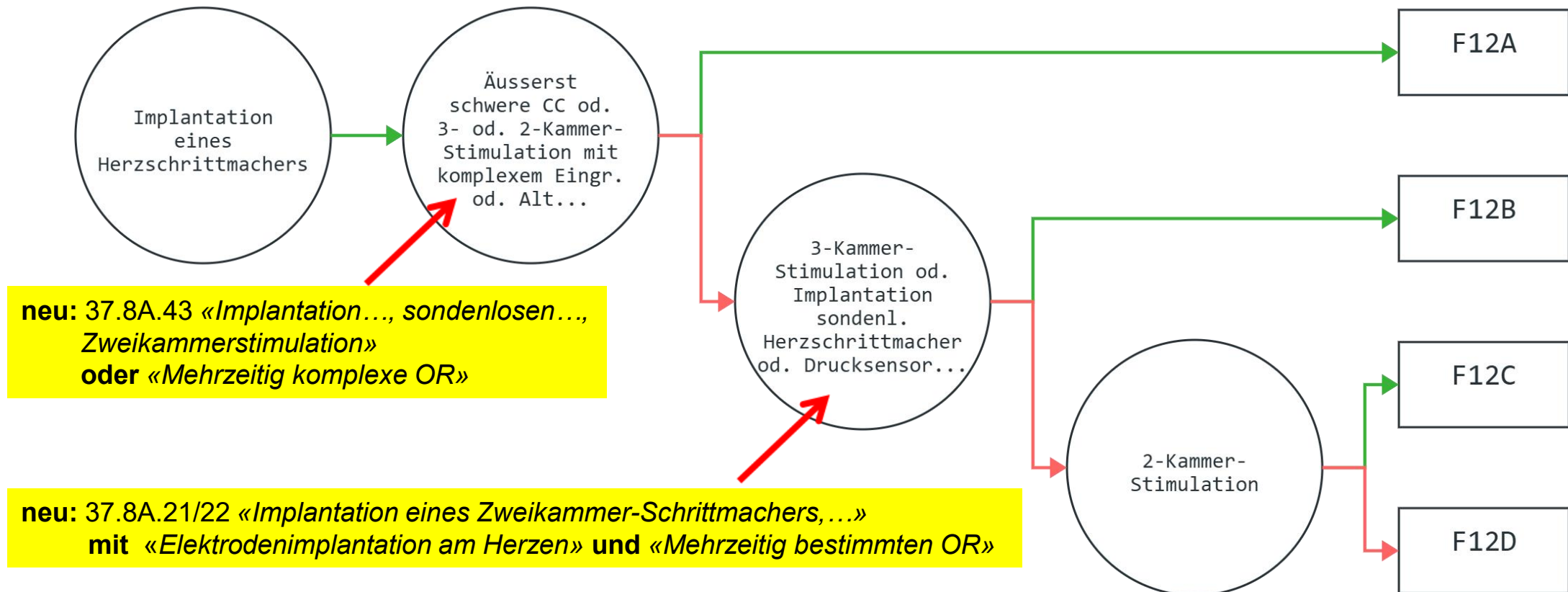
Antrag:

- 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:



Kreislaufsystem MDC 05

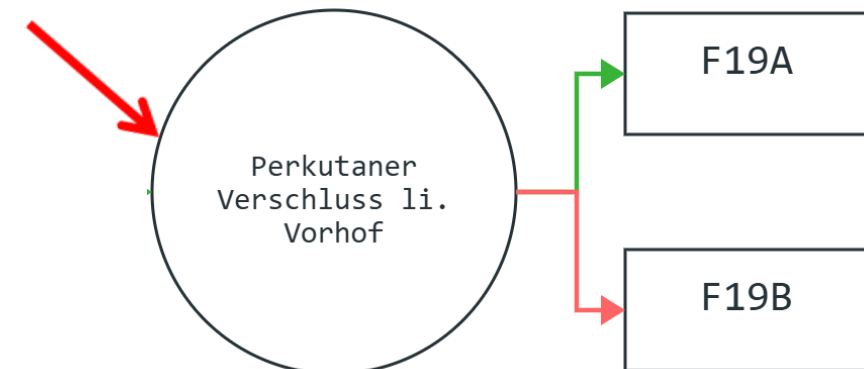
Verschluss des linken Vorhofsohrs

Antrag:

- in DRG F19Z «Andere perkutan-transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefässen...» Fälle mit CHOP Kode 37.90.10 «Perkutaner Verschluss des linken Vorhofsohrs» unzureichend vergütet

Umbau:

- Split DRG F19Z in DRG F19A mit CHOP Kode 37.90.10



Kreislaufsystem MDC 05

Gefässeingriffe

Problem:

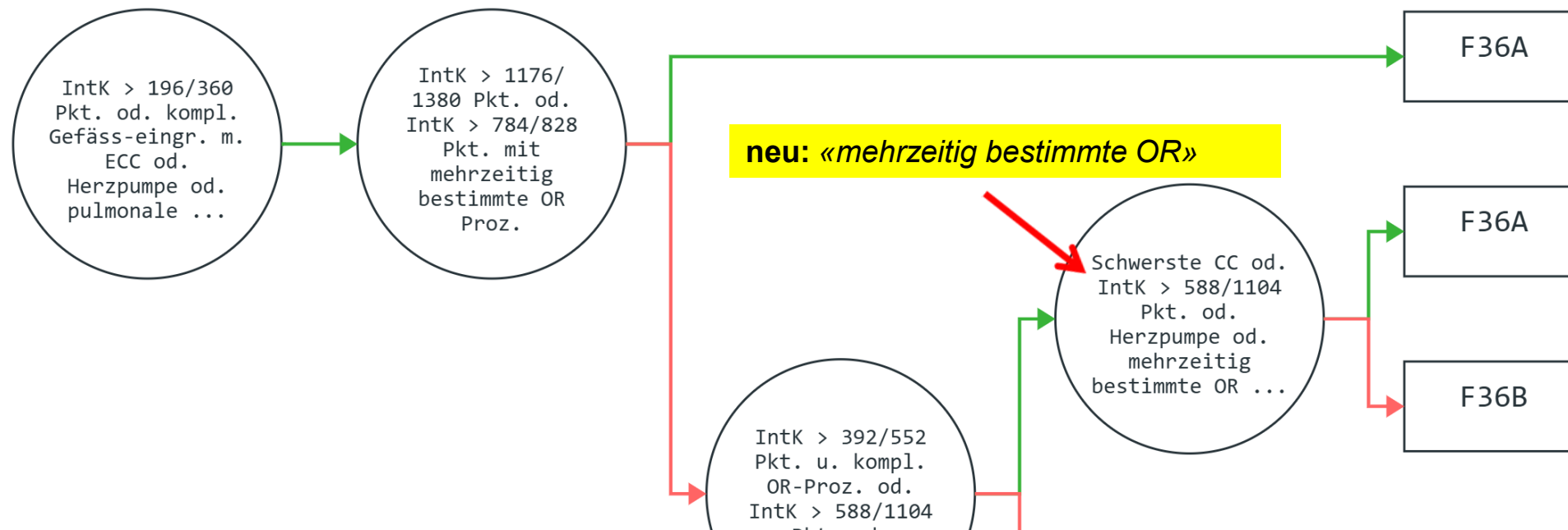
- Kostenhomogenität und Aufenthaltsdauer in Basis DRG F36 «*Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung...*» zwischen DRGs F36A und F36B identisch
- Splitkriterien nicht mehr sachgerecht
- Fälle in DRG F36C mit mehreren bestimmten Eingriffen unterdeckt

Kreislaufsystem MDC 05

Gefässeingriffe

Umbau:

- Kondensation DRGs F36A und F36B → DRG F36A
- Aufnahme Funktion «*Mehrzeitig bestimmte OR*» in neue DRG F36A



Kreislaufsystem MDC 05

Gefässeingriffe

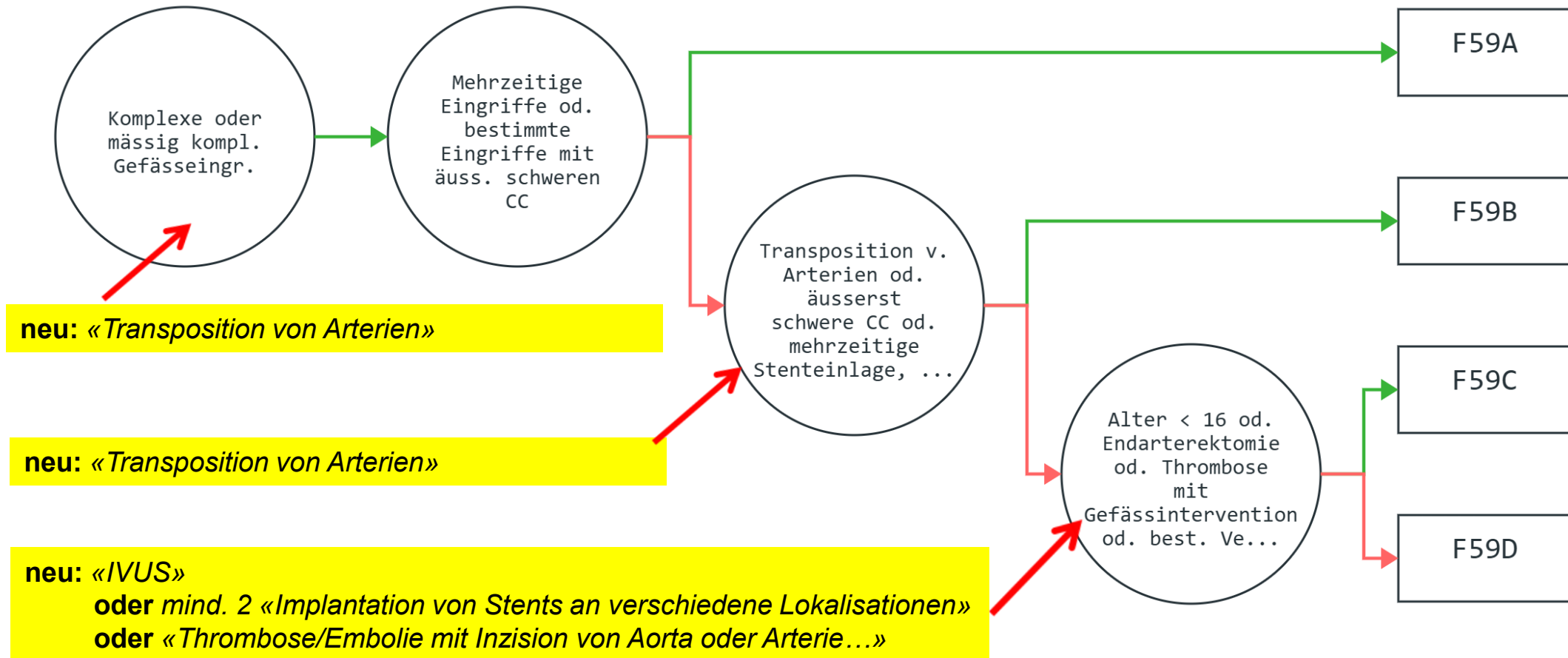
Problem:

- offen chirurgische Thrombektomien bei arteriellen Gefäss-Verschlüssen nicht sachgerecht vergütet
- Splitkriterien innerhalb Basis DRG F59 «Komplexe oder mässig komplexe Gefässeingriffe» keine geeigneten Kostentrenner mehr
- interne Analysen zeigen Untervergütung von Fällen mit CHOP Kode 39.B- «(Perkutan-) transluminale Implantation von Stents in Blutgefässe»
- bestimmte «intravaskuläre Bildgebungen (IVUS)» ebenfalls defizitär

Kreislaufsystem MDC 05

Gefässeingriffe

Umbau:



Kreislaufsystem MDC 05

Implantation Gefässstents

Analysen:

- Kodegruppe 39.B- «*(Perkutan-) transluminale Implantation von Stents in Blutgefässe*» in verschiedenen DRGs nicht sachgerecht abgebildet

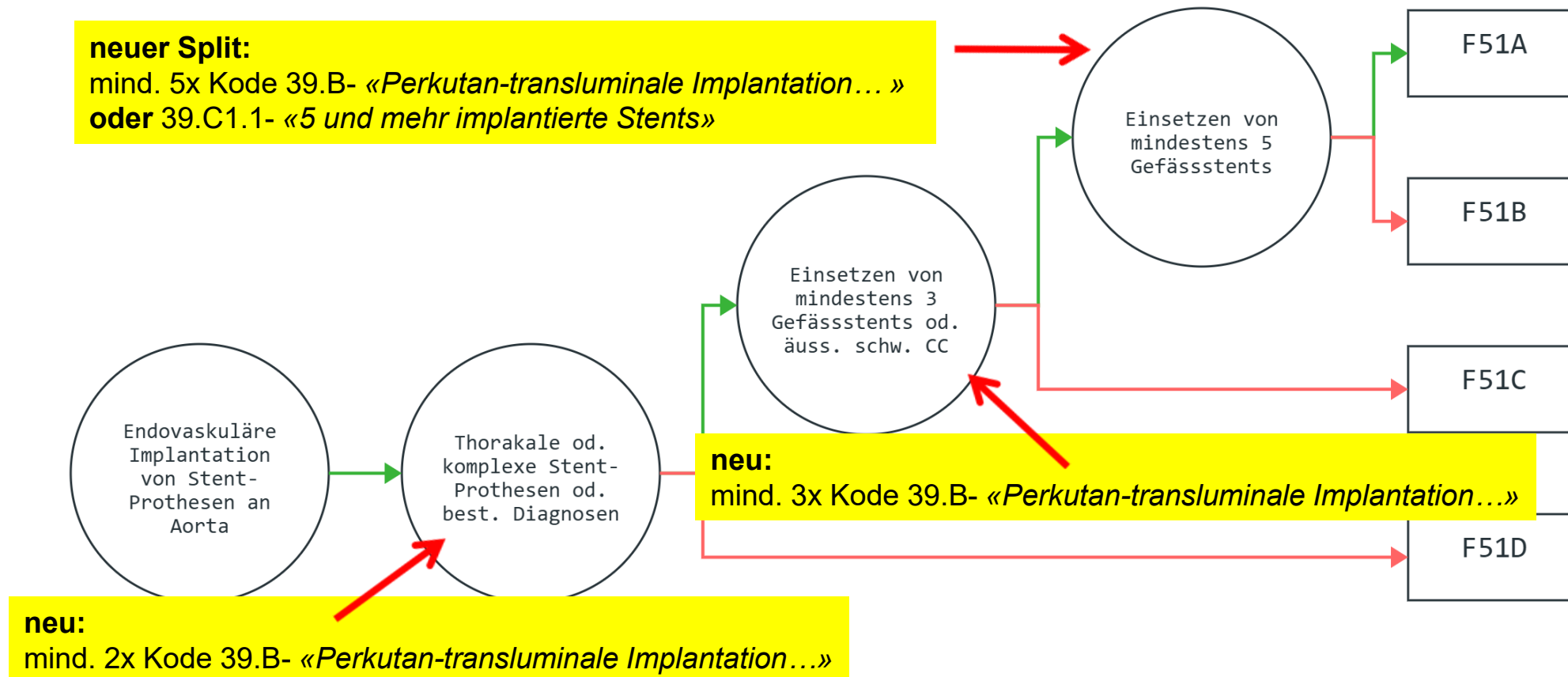
Umbau:

- Überarbeitung Basis DRG F51 «*Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta oder aufwendiger Eingriff*» und Aufwertung CHOP Codes 39.B-

Kreislaufsystem MDC 05

Implantation Gefässstents

Umbau:



Kreislaufsystem MDC 05

Gefässintervention an Koronarien

Antrag:

- Fälle mit CHOP Kode 00.66.37 «*Perkutan-transluminale Gefässintervention an den Koronarien mittels Lithotripsie*» in DRG F24C «*Perkutane Koronarangioplastie (PTCA)...*» untervergütet
- Gleichstellung mit CHOP Kode 00.66.30 «*Koronarangioplastik [PTCA] durch Rotablation*» und damit Aufwertung in DRG F24B

Umbau:

- Aufwertung CHOP Codes 00.66.36/37 «*Perkutan-transluminale Gefässintervention an den Koronarien mittels Thrombektomie / Lithotripsie*» in Kombination mit Codes 36.08.2- «*Implantation perkutan-transluminal von Stents in Koronararterien*» in DRG F24A

Kreislaufsystem MDC 05

Invasive kardiologische Diagnostik

Problem:

- Splitkriterien in Basis DRG F41 «*Invasive kardiologische Diagnostik bei akutem Myokardinfarkt*» und Basis DRG F49 «*Invasive kardiologische Diagnostik ausser bei akutem Myokardinfarkt*» erweisen sich nicht länger als Kostentrenner

Umbau:

- Aufnahme Basis DRG F41 in Basis DRG F49 «*Invasive kardiologische Diagnostik*»

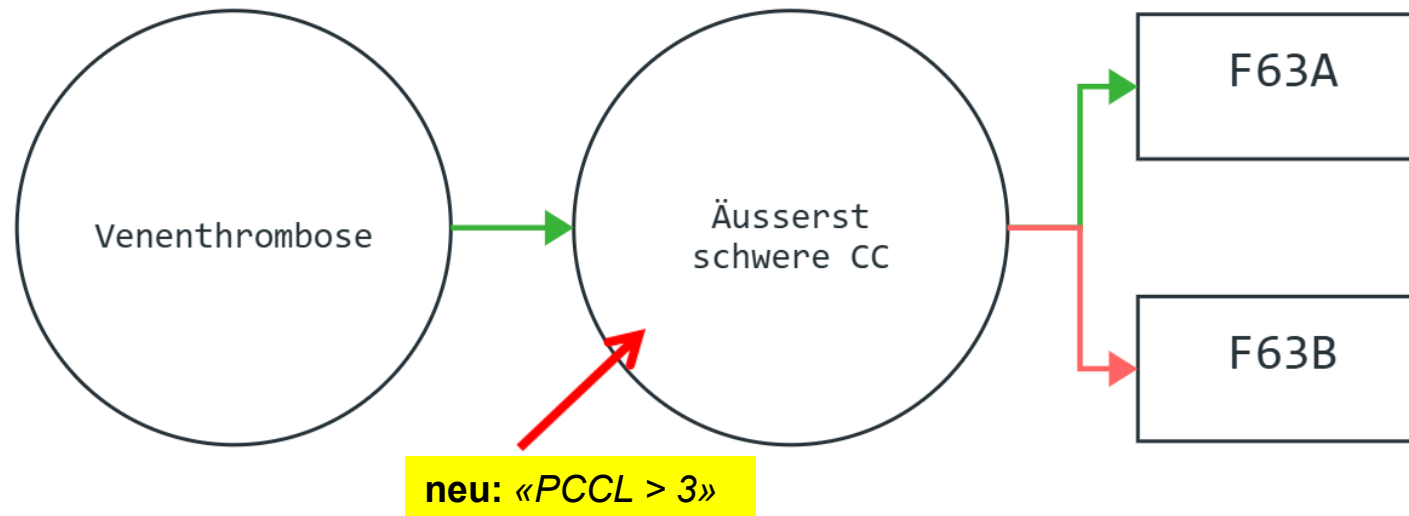
Kreislaufsystem MDC 05

Venenthrombose

Problem:

- Fälle mit «PCCL >2» in DRG F63A «Venenthrombose mit schweren CC» übervergütet

Umbau:



Kreislaufsystem MDC 05

Kondensation

Problem:

- Splitbedingungen in Basis DRG F39 «*Unterbindung und Stripping von Venen oder bestimmte Therapie*» nicht mehr kostentrennend

Umbau:

- Kondensation DRGs F39A und F39B → DRG F39Z «*Unterbindung und Stripping von Venen oder bestimmte Therapie*»

Verdauungsorgane MDC 06

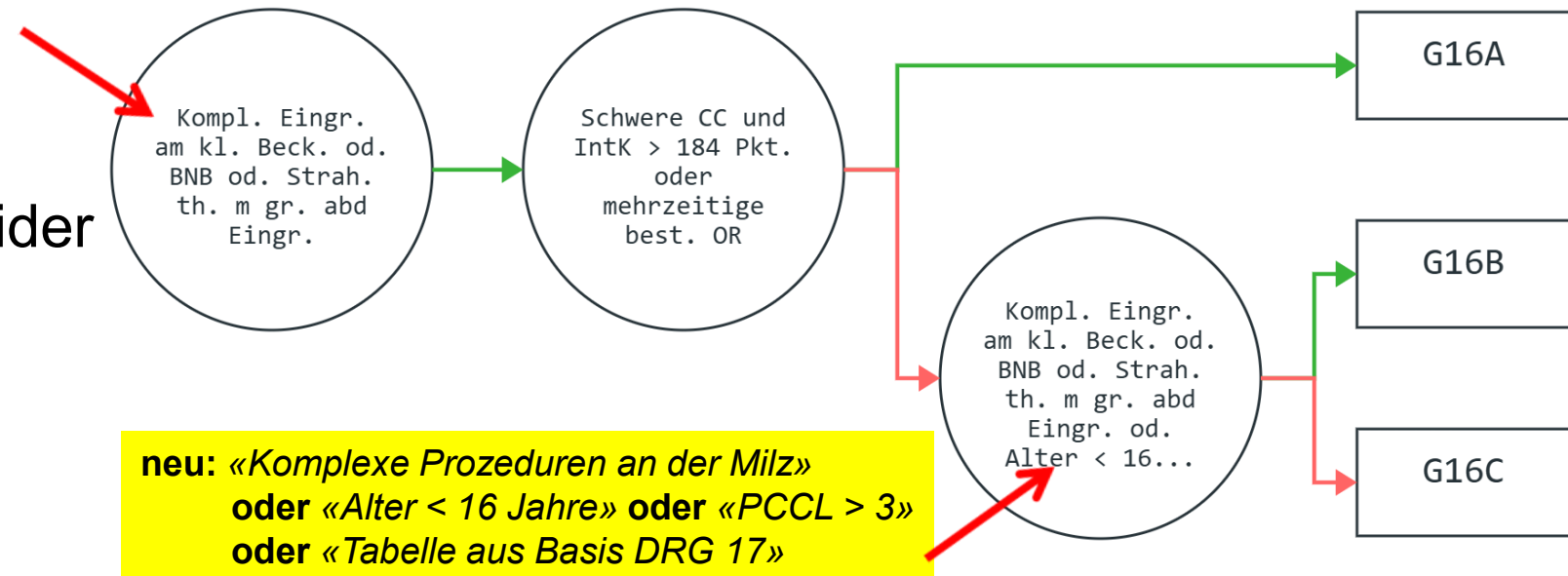
Rektumresektion

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



Verdauungsorgane MDC 06

Hernien

Antrag:

- Splitbedingungen in Basis DRG G09 «*Eingriffe bei Hernien*» überwiegend aufgrund von Prozeduren
- Schweregrad nicht berücksichtigt
- Prüfen von PCCL-Splits

Umbau:

- neue Splitkriterien mit «*PCCL* > 3» für DRG G09A und «*PCCL* > 2» für DRG G09C
- Kondensation DRGs G09B und G09C sowie DRGs G09F und G09G

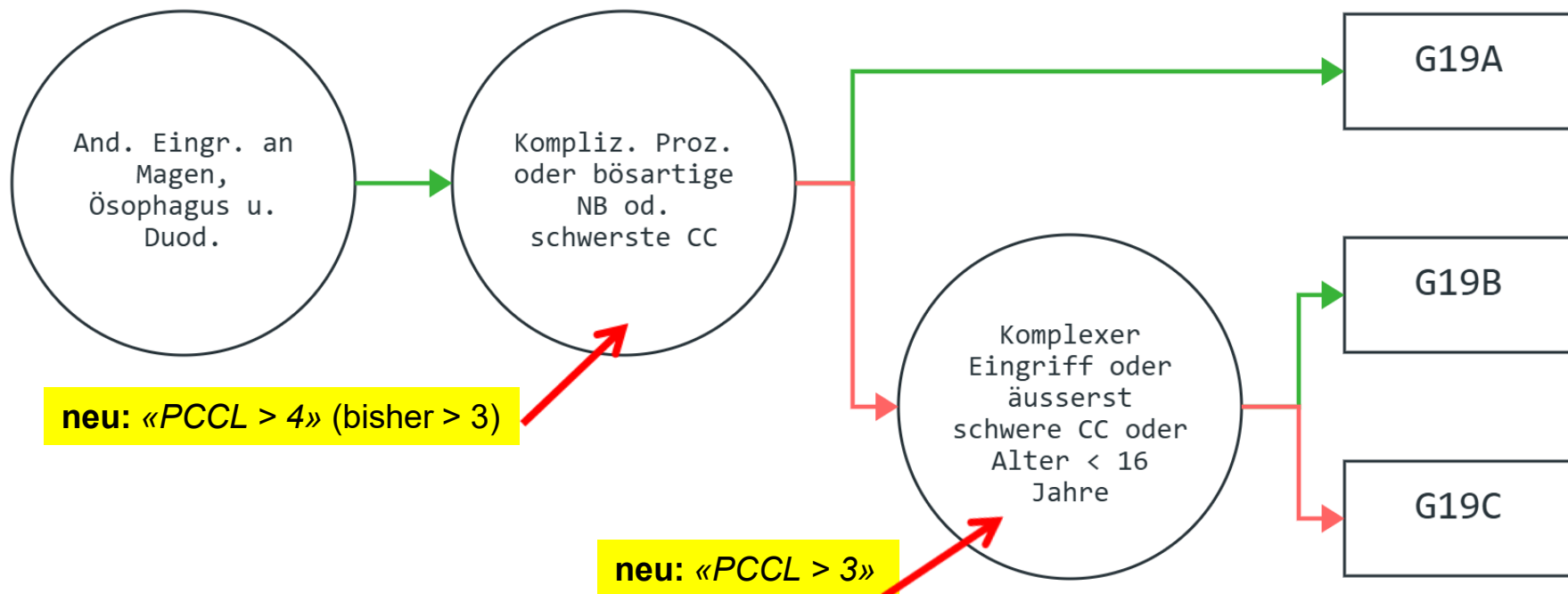
Verdauungsorgane MDC 06

PCCL-Split

Problem:

- Schweregrad in DRG G19A «Andere Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum...» nicht mehr kostentrennend

Umbau:



Verdauungsorgane MDC 06

Kondensation

Problem:

- Splitbedingungen in Basis DRG G21 «*Eingriff bei Adhäsionen*» nicht mehr kostentrennend

Umbau:

- Kondensation DRGs G21A und G21B → DRG G21A «*Eingriff bei Adhäsionen mit äusserst schweren CC oder Alter < 16 Jahre...*»

Verdauungsorgane MDC 06

Endoskopische Eingriffe

Antrag:

- heterogene Fallmenge in Basis DRG G46 «*Bestimmte endoskopische Eingriffe, mehr als ein Belegungstag*»
- viele Notfälle: IntK/IMCK Aufenthalt, Perforationen, Blutungen, bösartige Neubildungen

Umbau:

- umfangreiche Prüfung und intensive Überarbeitung Basis DRG G46
- Etablierung neuer Tabelle mit ICD Codes «*Erkrankungen des Gastrointestinaltrakts mit Blutung und / oder Perforation*» für neue DRG G46C
- neuer Split für DRG G46A mit «*nicht- / selbstexpandierende Prothese an Darm oder Ösophagus*»

Verdauungsorgane MDC 06

Clostridium-Difficile-Kolitis

Antrag:

- Fälle benötigen aufwendige Hygienemassnahmen mit verlängerter Verweildauer
- weitere Aufwertung der Diagnosen in CC-Matrix
- Logikerweiterung in Basis DRGs G67, G86 und G46

Umbau:

- Aufnahme Diagnosen A04.7- «*Enterokolitis durch Clostridium difficile*» in DRG G46C
«*Bestimmte endoskopische Eingriffe...*»
- Anpassung in CC-Matrix nicht sachgerecht

Verdauungsorgane MDC 06

Gastrointestinale Erkrankungen

Antrag:

- Aufwertung bestimmter Diagnosen in Basis DRG G67 «*Verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane oder gastrointestinale Blutung oder Ulkuserkrankung*»

Umbau:

- Splitbedingung für neue DRGs G67C und G67B mit ICD Codes «*Perforierende Erkrankungen am Gastrointestinaltrakt*»
- Aufnahme ICD Codes «*Divertikulitis des Darms mit Perforation und Abszess...*» in bestehende Tabelle für DRG G67A

Verdauungsorgane MDC 06

Mässig schwere Erkrankungen

Antrag:

- Kosteninhomogenität in Basis DRGs G70 «*Andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane...*», G71 «*Andere mässig schwere Erkrankungen...*» und G72 «*Andere leichte bis moderate Erkrankungen...*»

Umbau:

- Kondensation Basis DRGs G71 und G72 zu Basis DRG G71
- neue DRGs G71A mit «*PCCL > 3*» und G71D mit «*zwei Belegungstagen*»
- Logik für DRG G71B überarbeitet – Aufnahme Bedingung aus ehemaliger DRG G72A

Verdauungsorgane MDC 06

Ein-Belegungstag

Antrag:

- weitere Splitkriterien in Basis DRG G86 «*Ein-Belegungstag*» prüfen

Umbau:

- zusätzliche DRG G86A mit «*Wegverlegung unter bestimmten Bedingungen*»
- Split DRG G86C mit CHOP Codes 42.33.2- «*Endoskopische Exzision oder Destruktion von Läsion oder Gewebe am Ösophagus...*»
- Aufnahme «*Komplexe therapeutische Koloskopie*» in DRG G86D
- neue DRG G86E «*Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, ein Belegungstag*»

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

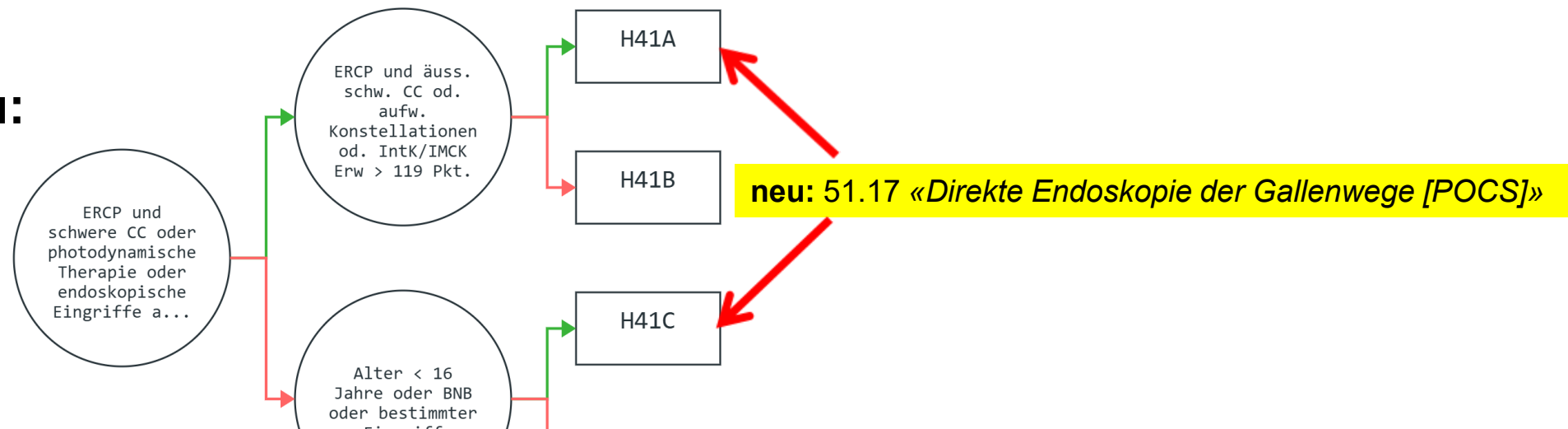
Hepatobiliäres System MDC 07

Endoskopie

Antrag:

- Intervention an den Gallengängen mit Einweg-Cholangioskop erforderlich zur optischen Beurteilung von Neoplasien
- Materialkosten sehr hoch, daher Fälle defizitär
- Prüfung CHOP Kode 51.17 «Direkte Endoskopie der Gallenwege» als Kostentrenner

Umbau:



Bewegungssystem MDC 08

Wirbelsäulen

Problem:

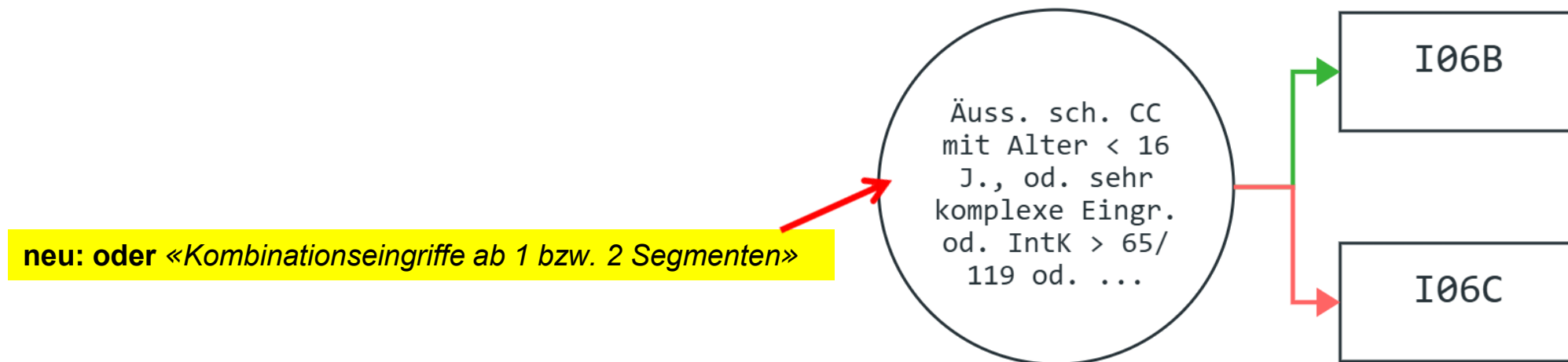
- verschiedene Anträge zur differenzierteren Abbildung von Eingriffen über Segmenthöhe bzw. ventrale oder dorsale Zugänge
- Unstimmigkeiten/Unzufriedenheit mit CHOP Codes, Definitionen und Kodierungsempfehlungen
- intensiver unterjähriger Austausch mit Fachgesellschaft, BFS und Versicherer
- Daten sehr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

Bewegungssystem MDC 08

Wirbelsäulen

Umbau Basis DRG I06:

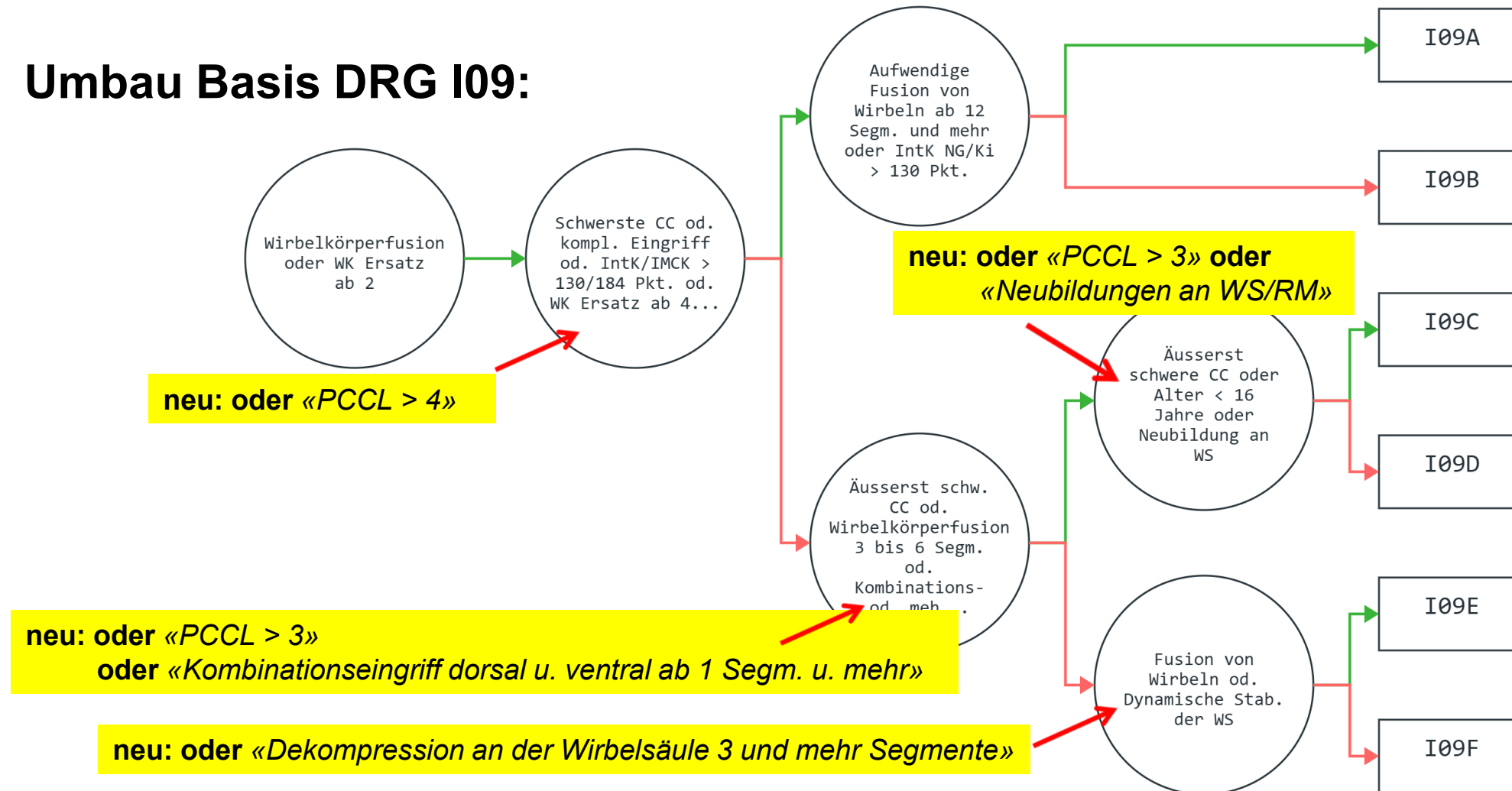
- in allen Tabellen CHOP Codes 7A.73.* «Nicht-dynamische Stabilisierung der Wirbelsäule durch Osteosynthese ohne Fusion der Wirbel,...» mit 7A.72.* «Dynamische Stabilisierung der Wirbelsäule,...» gleichgestellt



Bewegungssystem MDC 08

Wirbelsäulen

Umbau Basis DRG I09:

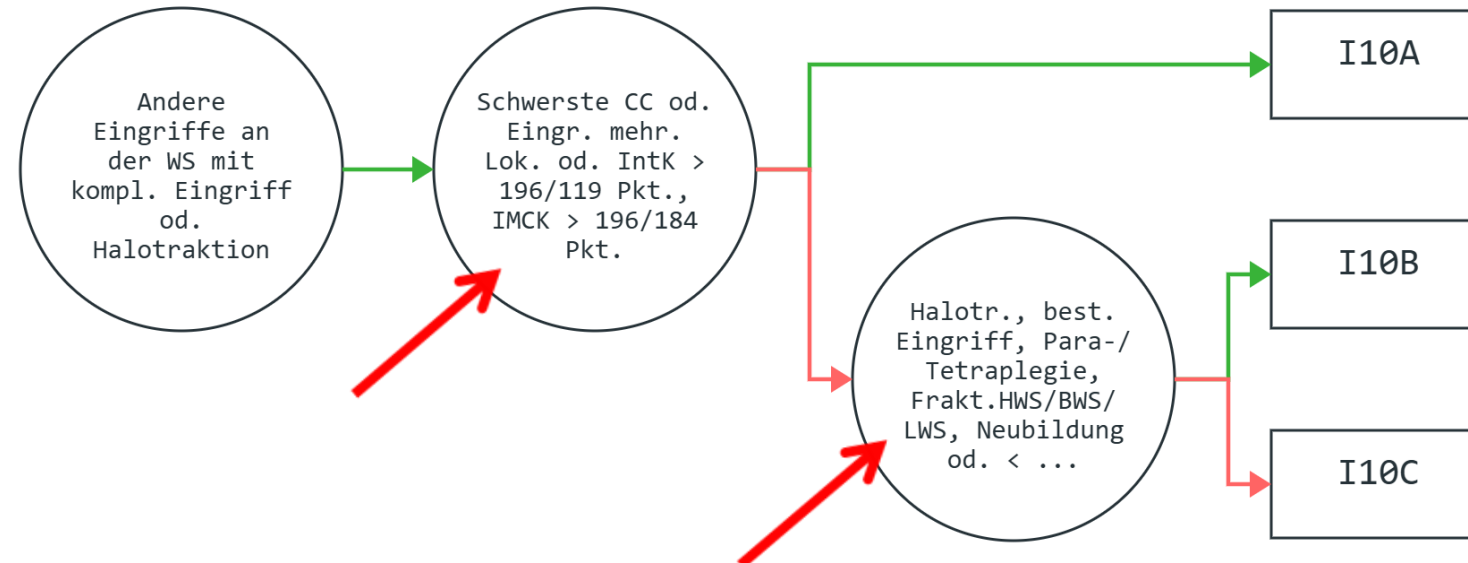


Bewegungssystem MDC 08

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



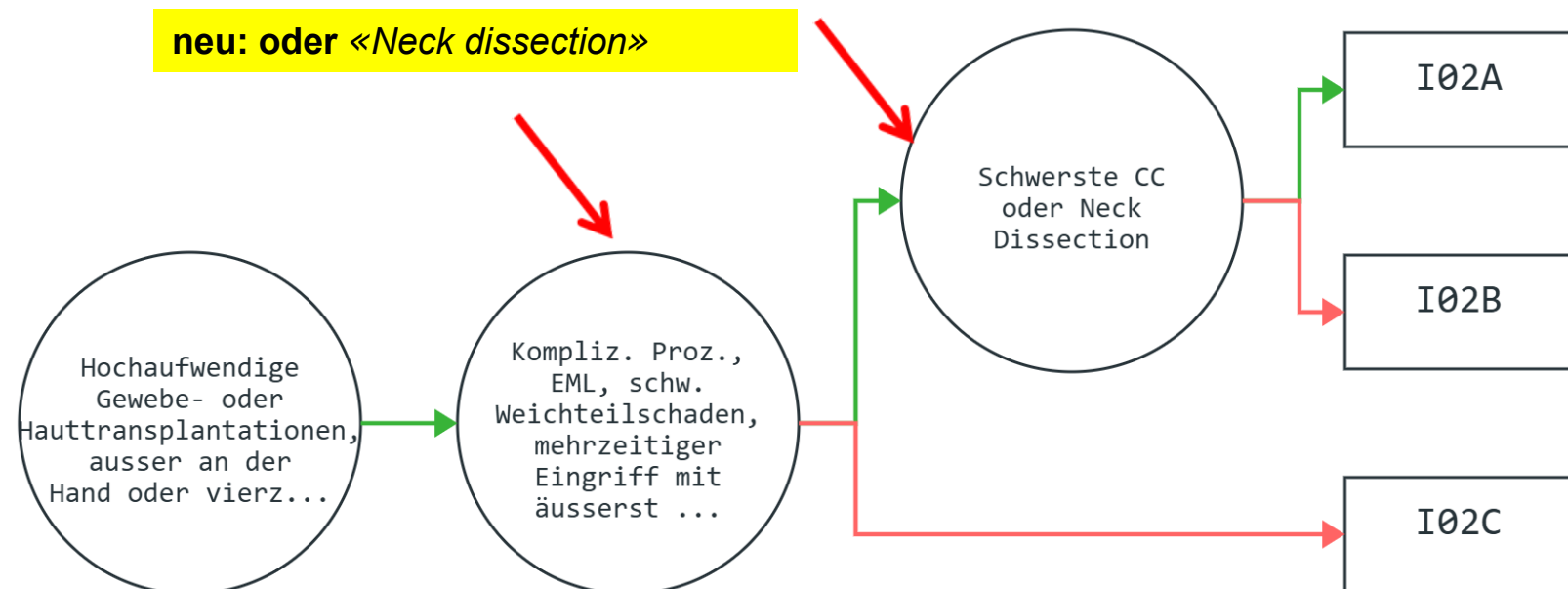
Bewegungssystem MDC 08

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

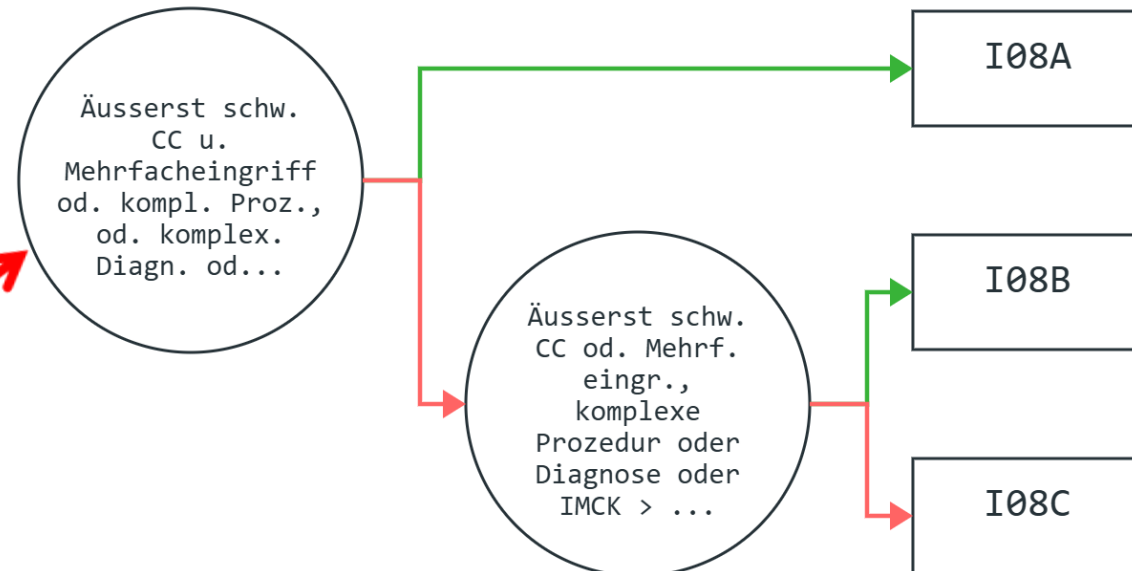
Mehrzeitige Eingriffe

Problem:

- nach Umbau «Polytrauma» aufwendige Fälle in Basis DRG I08 «Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur oder bestimmter Eingriff mit mikrovaskulärer Anastomose»
- Fälle dort untervergütet

Umbau:

neu: oder «mehrzeitige bestimmte OR»



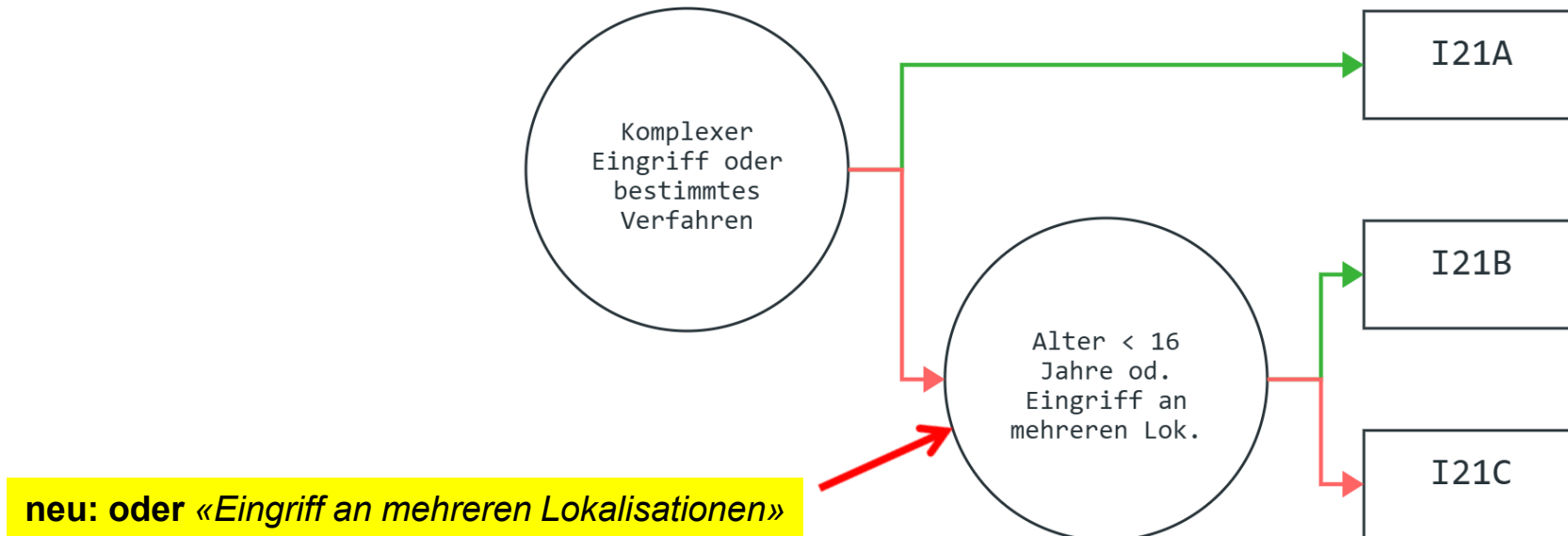
Bewegungssystem MDC 08

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

Bewegungssystem MDC 08

Schultergelenkprothese

Antrag:

- Aufnahme CHOP Kode 81.80.2- «*Implantation Totalendoprothese Schultergelenk bei Prothesenwechsel*» in DRG I05A «*Gelenkersatz oder Revision an den oberen Extremitäten...*» prüfen
- Aufwertung «*Langschaftprothese*» oder «*modulare Prothese*» in DRG I05A

Umbau:

- Schärfung PCCL-Split in DRG I05A auf «*PCCL > 4*»
- Bildung neuer DRG I05B mit Funktion «*mehrzeitige bestimmte OR-Prozeduren*» oder «*PCCL > 3*»

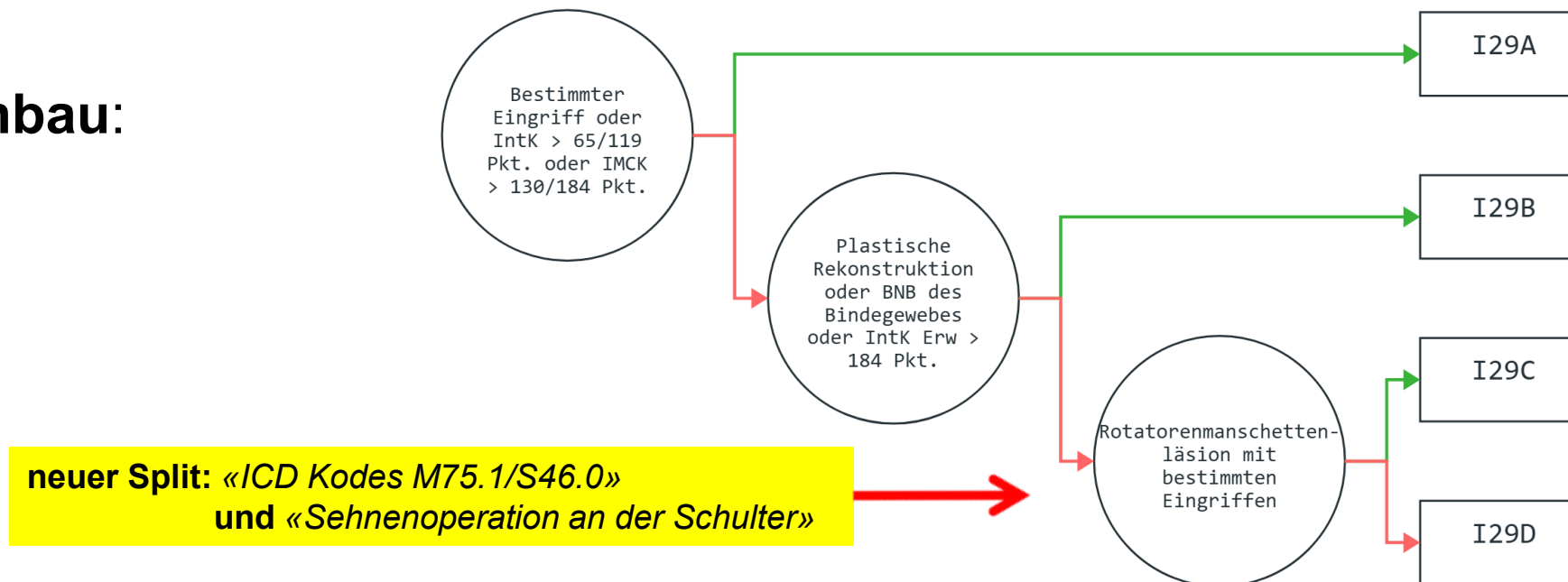
Bewegungssystem MDC 08

Rotatorenmanschette

Antrag:

- untervergütete Fälle in Basis DRG I29 mit ICD Codes M75.1 «*Läsion der Rotatorenmanschette*» oder S46.0 «*Verletzung der Muskeln und der Sehnen der Rotatorenmanschette*»

Umbau:



Bewegungssystem MDC 08

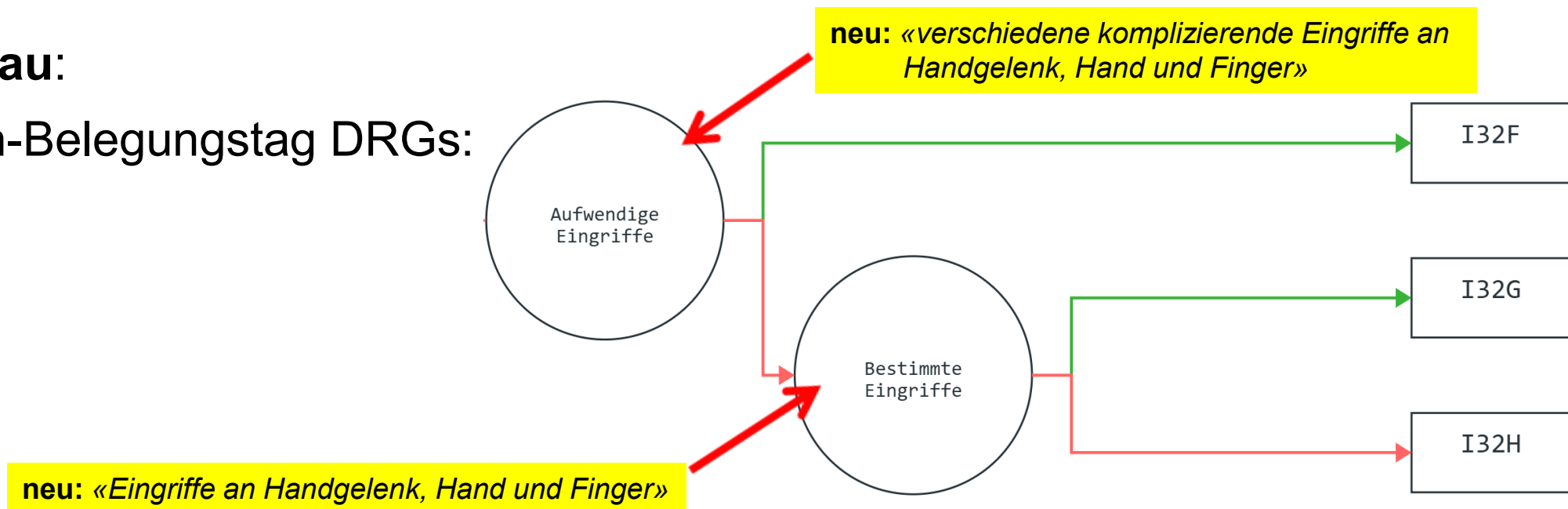
Daumensattelgelenkprothese

Antrag:

- in Basis DRG I32 «Eingriffe an Handgelenk und Hand» CHOP Kode 81.74.10
«Implantation einer Daumensattelgelenkendoprothese» aufwerten

Umbau:

- Ein-Belegungstag DRGs:



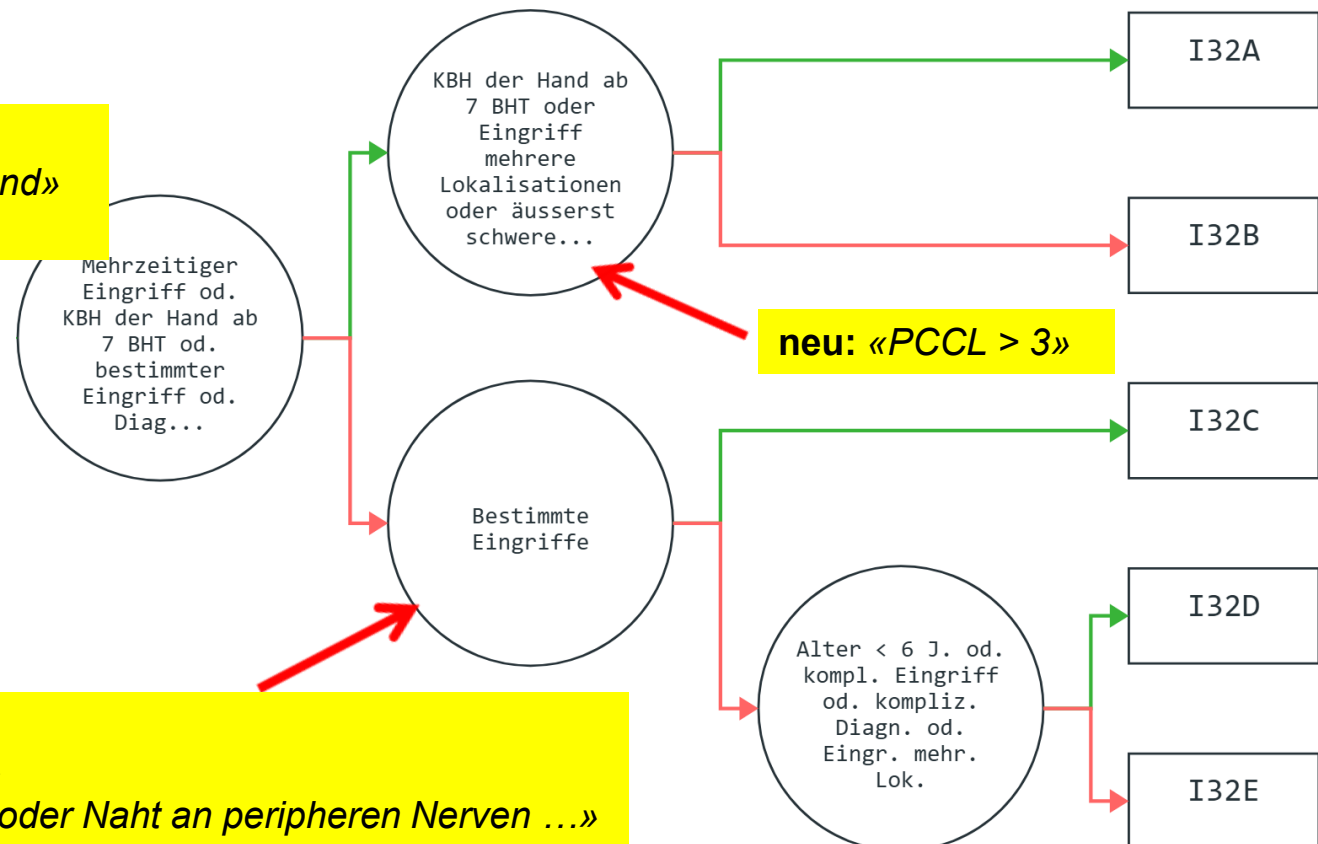
Bewegungssystem MDC 08

Daumensattelgelenkprothese

Umbau:

- mehr als ein Belegungstag:

neu: «verschiedene komplizierende Eingriffe»
oder «Nekrotisierende Faszitis Unterarm/Hand»
oder «Mehrzeitige bestimmte OR»



neu: «Arthroplastik mit Implantat»
oder «Korrektur einer Syndaktylie ...»
oder «Transplantation, Transposition oder Naht an peripheren Nerven ...»

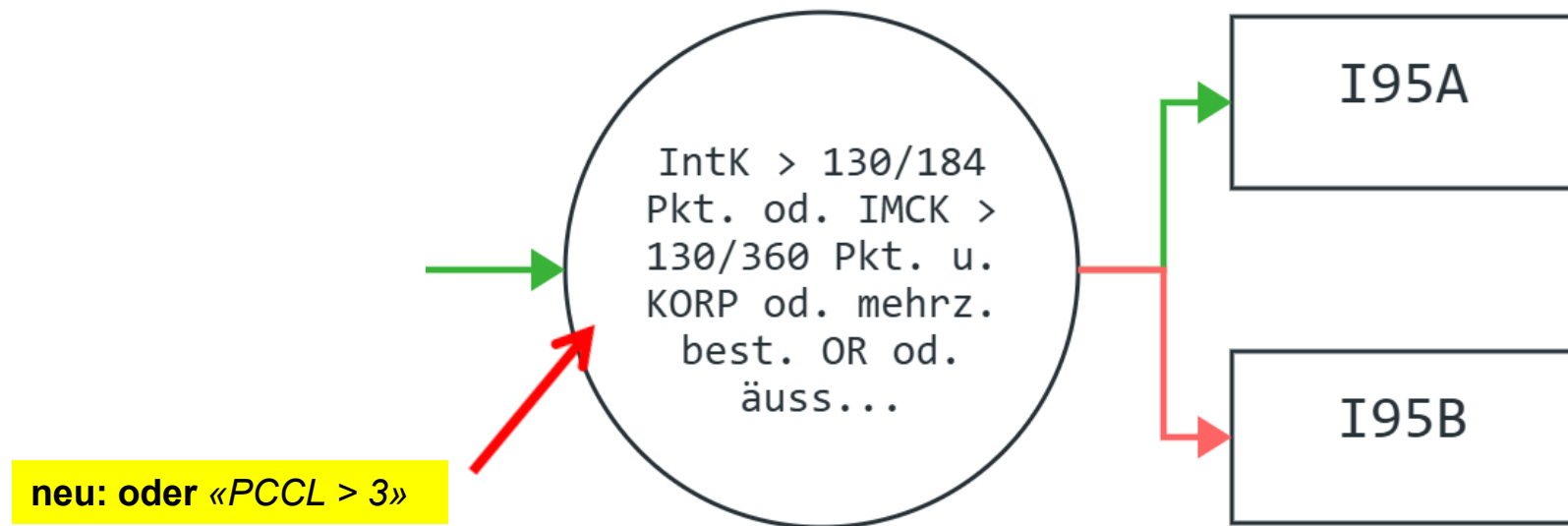
Bewegungssystem MDC 08

PCCL-Split

Problem:

- Fälle mit erschwerenden Nebendiagnosen in DRG I95B «*Implantation einer Tumorendoprothese oder mehrzeitig komplexe Prozedur*» untervergütet

Umbau:



Bewegungssystem MDC 08

Andere Eingriffe an Knochen

Antrag:

- Riesenzellarteriitis mit Temporalisbiopsie in Basis DRG I28 «*Andere Eingriffe an Knochen oder Bindegewebe*» unterdeckt
- Prüfung eines «*PCCL-Split > 2*»

Umbau:

- Schweregrad Split nicht sachgerecht
- Diagnose mit Eingriff gut abgebildet in Tarifstruktur
- bestehender Split zwischen DRGs I28B und I28C kein Kostentrenner mehr
- Kondensation beider DRGs zu neuer DRG I28B

Bewegungssystem MDC 08

Verletzungen der Wirbelsäule

Problem:

- untervergütete Fälle in Ein-Belegungstag DRG I61B «*Krankheiten und Störungen an Muskel-, Skelett- und Bindegewebe,...*» nach Umbau Polytrauma

Umbau:

- bestehende Tabellen «*Traumatische Verletzungen Hals- und Brustwirbelsäule*» oder «*Traumatische Verletzungen Becken und LWS*» in DRG I61A aufgewertet

Bewegungssystem MDC 08

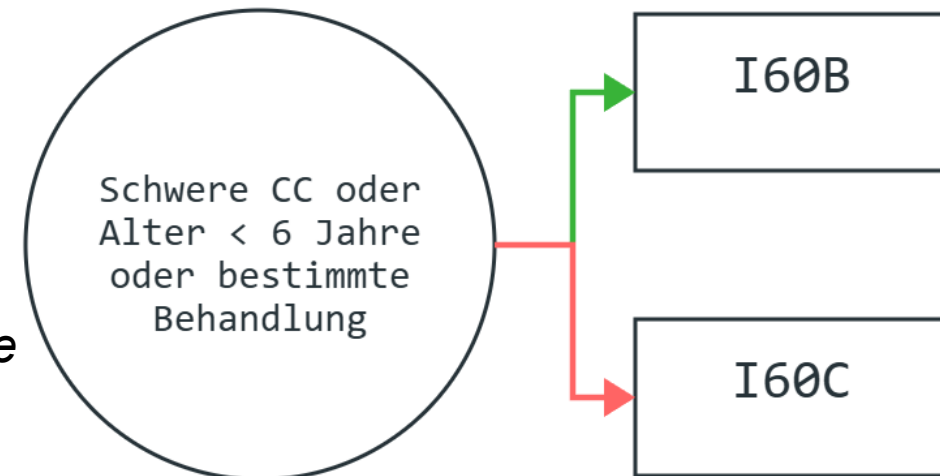
Femurfraktur

Antrag:

- multimorbide Fälle in DRG I60B «*Frakturen am Becken, Schenkelhals und Femur,...*» untervergütet
- Unterdeckung konservativ behandelter Femurfrakturen

Umbau:

- Split DRG I60B mit «*PCCL > 2*» oder «*Alter < 6 Jahren*» oder CHOP Kode 79.05 «*Geschlossene Reposition einer Femurfraktur ohne innere Knochenfixation*»



Bewegungssystem MDC 08

Polymyalgia rheumatica

Antrag:

- ICD Kode M35.3 «*Polymyalgia rheumatica*» in Basis DRG I66 «*Erkrankungen des Bindegewebes oder bestimmte Arthritis*» zu hoch vergütet
- zusätzlich in CC-Matrix ICD Kode abwerten

Umbau:

- Abwertung ICD Codes M35.9 «*Krankheit mit Systembeteiligung des Bindegewebes, ...*» und M35.8 «*Sonstige näher bezeichnete Krankheiten mit Systembeteiligung des Bindegewebes*» aus Basis DRG I66 in Basis DRG I76 «*Andere Erkrankungen des Bindegewebes*»
- Aufwertung ICD Codes M00.* «*Eitrige Arthritis*» und A54.4, A66.6 «*Septische Arthritis*» aus Basis DRG I76 in Basis DRG I66

Bewegungssystem MDC 08

Niereninsuffizienz

Antrag:

- Prüfung aller Fälle mit chronischer oder akuter Niereninsuffizienz
- höherer Aufwand durch komplexe Therapien

Umbau:

- Aufwertung ICD Codes N17.* «Akutes Nierenversagen...Stadium 3» in CC-Matrix
- Aufnahme in DRG I08B Codes N18.* «Chronisches Nierenversagen...Stadium 3, 4, 5»
- sowie in DRG I13B «Chronisches Nierenversagen...Stadium 3» und DRG I13A «Chronisches Nierenversagen...Stadium 4,5»

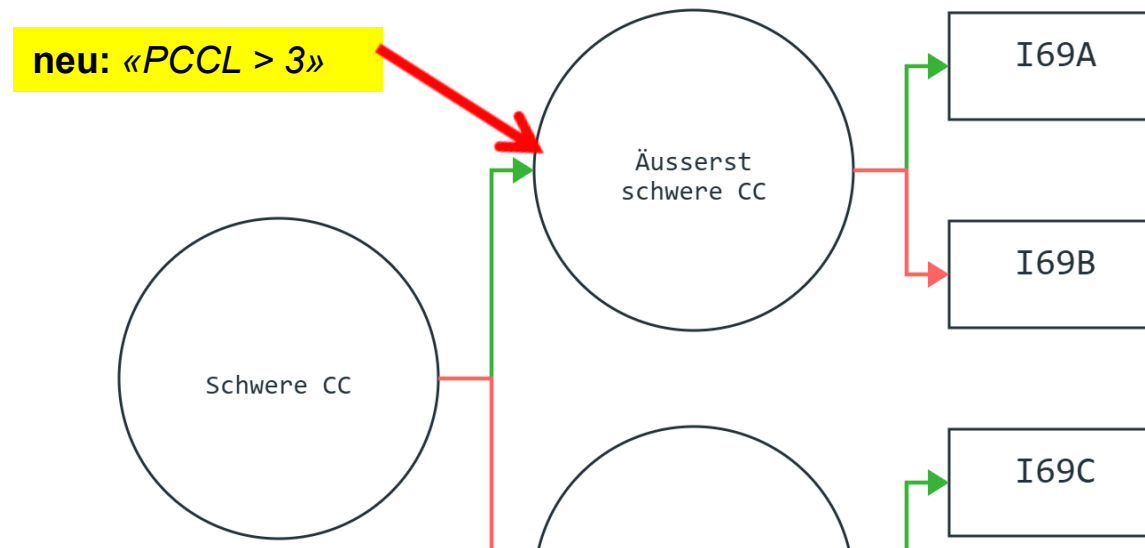
Bewegungssystem MDC 08

PCCL-Split

Antrag:

- Prüfung DRG I69C «*Knochenkrankheiten und Arthropathien, Alter > 15 Jahre*» bezüglich Kostenhomogenität
- ICD Codes M80.* «*Osteoporose mit pathologischer Fraktur*» in DRG I69C unterdeckt

Umbau:



Haut und Mamma MDC 09

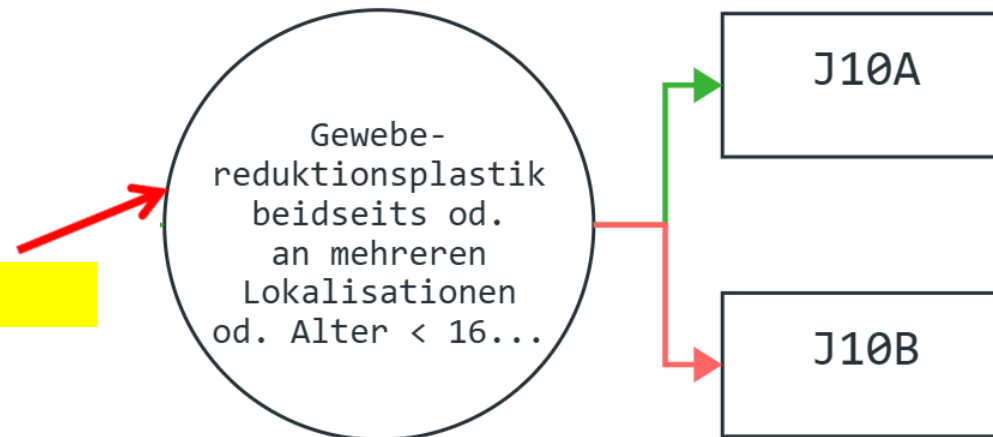
Mehrzeitige Eingriffe

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»



Haut und Mamma MDC 09

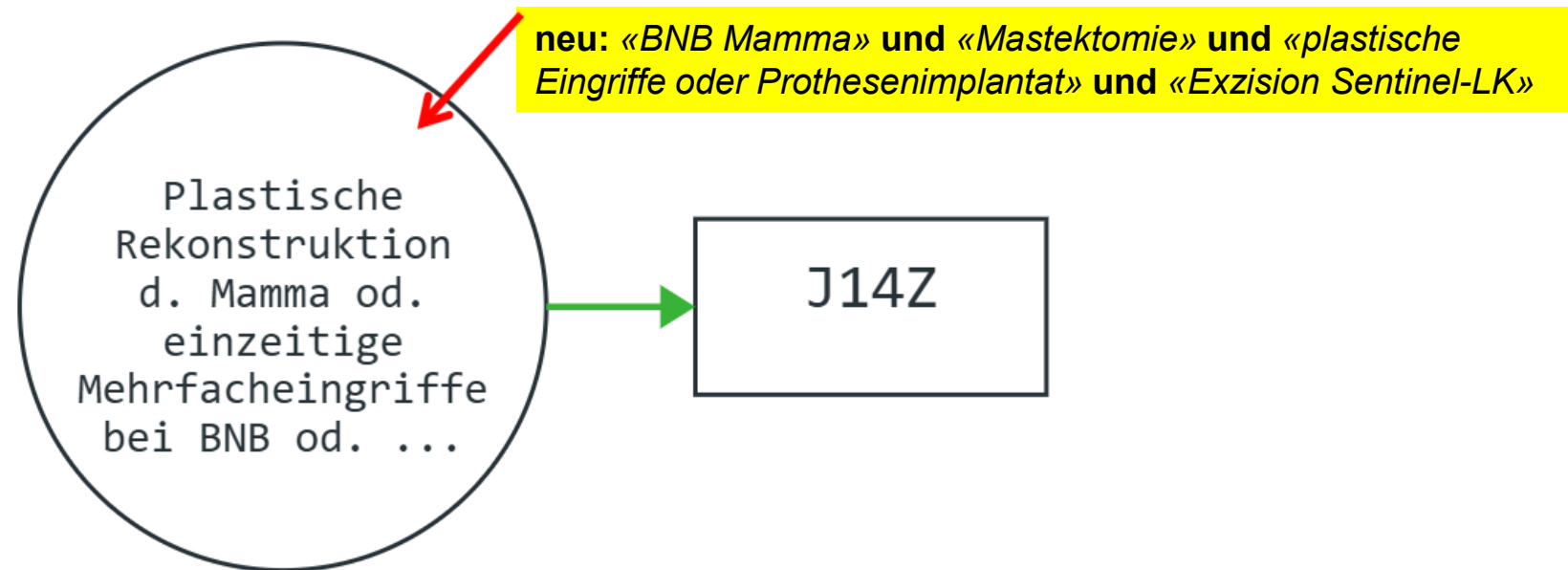
Einzeitige Eingriffe

Antrag:

- Aufwertung von Eingriffen an der Mamma bei bösartiger Neubildung und Mehrfacheingriff in der gleichen Operation

Umbau:

- Überarbeitung
Basis DRG J14



Haut und Mamma MDC 09

Augmentation

Hinweis:

- CHOP Kode 85.D1 «*Intramammäre Injektion zur Augmentation*» in verschiedenen Basis DRGs in MDC 09 gruppierungsrelevant
- Fälle sind überbewertet

Umbau:

- Entfernung CHOP Kode aus «*Globalen Funktionen*» und Abwertung in MDC 09
- Abbildung bleibt in Basis DRGs J24 «*Eingriffe an der Mamma ausser bei bösartiger Neubildung*» und J25 «*Kleine Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung*»

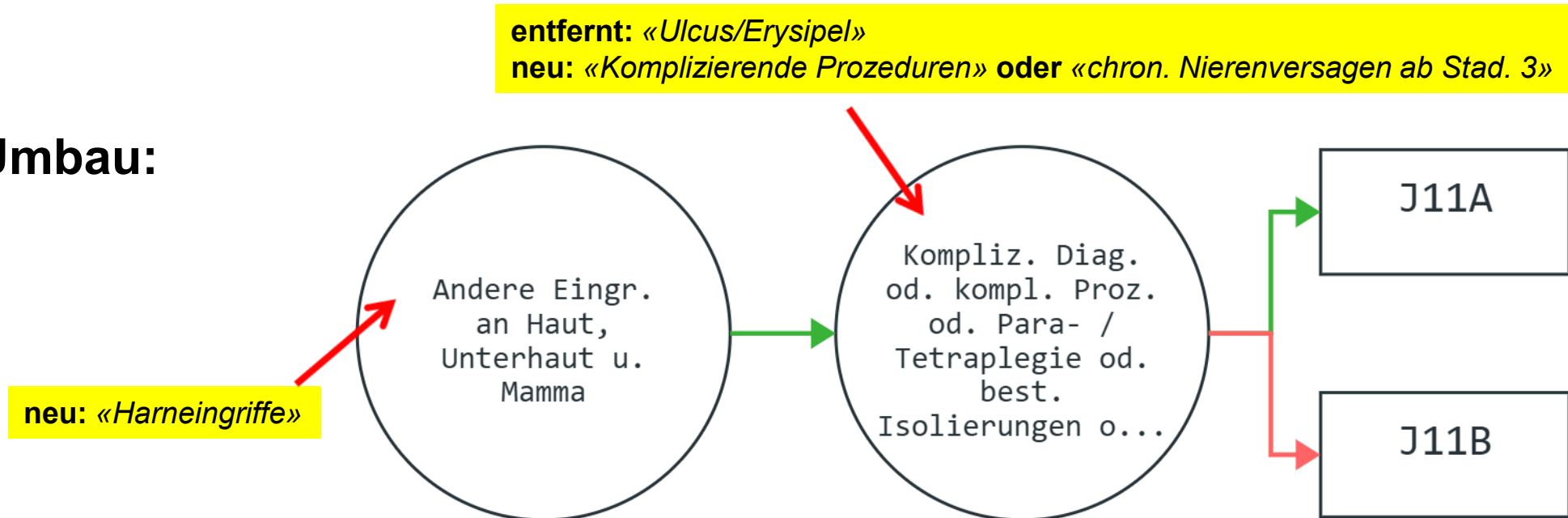
Haut und Mamma MDC 09

Kostenheterogenität

Problem:

- untervergütete Fälle in medizinischer Partition MDC 09 und in Basis DRG J11 «Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma»

Umbau:



Haut und Mamma MDC 09

Vakuumbehandlung

Problem:

- untervergütete Fälle in Basis DRG J11 *«Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma»*

Umbau:

- Aufwertung Funktion *«Vakuumbehandlung»*
 - in DRG J02A *«Hauttransplantation, Lappenplastik, ausgedehnte Lymphadenektomie, Gewebetransplantation mit mikrovaskulärer Anastomose mit...Vakuumbehandlung»*
 - in DRG J03A *«Eingriffe an der Haut...mit äusserst schweren CC oder Vakuumbehandlung»*

Haut und Mamma MDC 09

Lipomatose

Problem:

- ICD Codes E88.2- «*Lipomatose, anderenorts nicht klassifiziert*» nicht einheitlich abgebildet bei ähnlichen Leistungen

Umbau:

- Abbildung ICD Codes E88.2- in MDC 10 «*Stoffwechselkrankheiten*» durch Umleitung «*Andere Eingriffe bei Adipositas/Lipomatose*» in MDC 09
- Aufnahme CHOP Kode 86.83.21 «*Absaugen von Fettgewebe*» in Basis DRG J11 «*Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma*»

Haut und Mamma MDC 09

Medizinische Homogenität

Problem:

- unterschiedliche Abbildung ICD Codes T85.83 und T85.4 «*Sonstige/Mechanische Komplikationen durch Mammaprothese oder –implantat*» in Tarifstruktur

Umbau:

- Verschiebung ICD Kode T85.83 «*Sonstige Komplikationen durch Mammaprothese oder -implantat*» aus MDC 21B in MDC 09
- Gleichstellung Kode T85.83 mit Kode T85.4 «*Mechanische Komplikation durch Mammaprothese oder -implantat*» in MDC 09

→ sachgerechte Abbildung der Eingriffe

Haut und Mamma MDC 09

Dermatologische KBH

Antrag:

- Aufwertung der CHOP Kodegruppe 93.59.7- *«Multimodale dermatologische Komplexbehandlung: Ganzkörper-Dermatotherapie»*

Analysen:

- CHOP Codes sachgerecht abgebildet
- jedoch untervergütete Fälle in DRG J61D *«Mässig schwere Erkrankungen der Haut, Alter > 15 Jahre»* erkennbar

Umbau:

- Aufwertung *«bestimmte Biopsien»* in DRG J61B

Haut und Mamma MDC 09

Abszess

Antrag:

- Aufwertung ICD Kodegruppen L02.* «*Hautabszess, Furunkel und Karbunkel*» und L08.* «*Sonstige lokale Infektionen der Haut...*»
- Kosteninhomogenitäten in Basis DRG J64 «*Infektion/Entzündung der Haut und Unterhaut*»

Analysen:

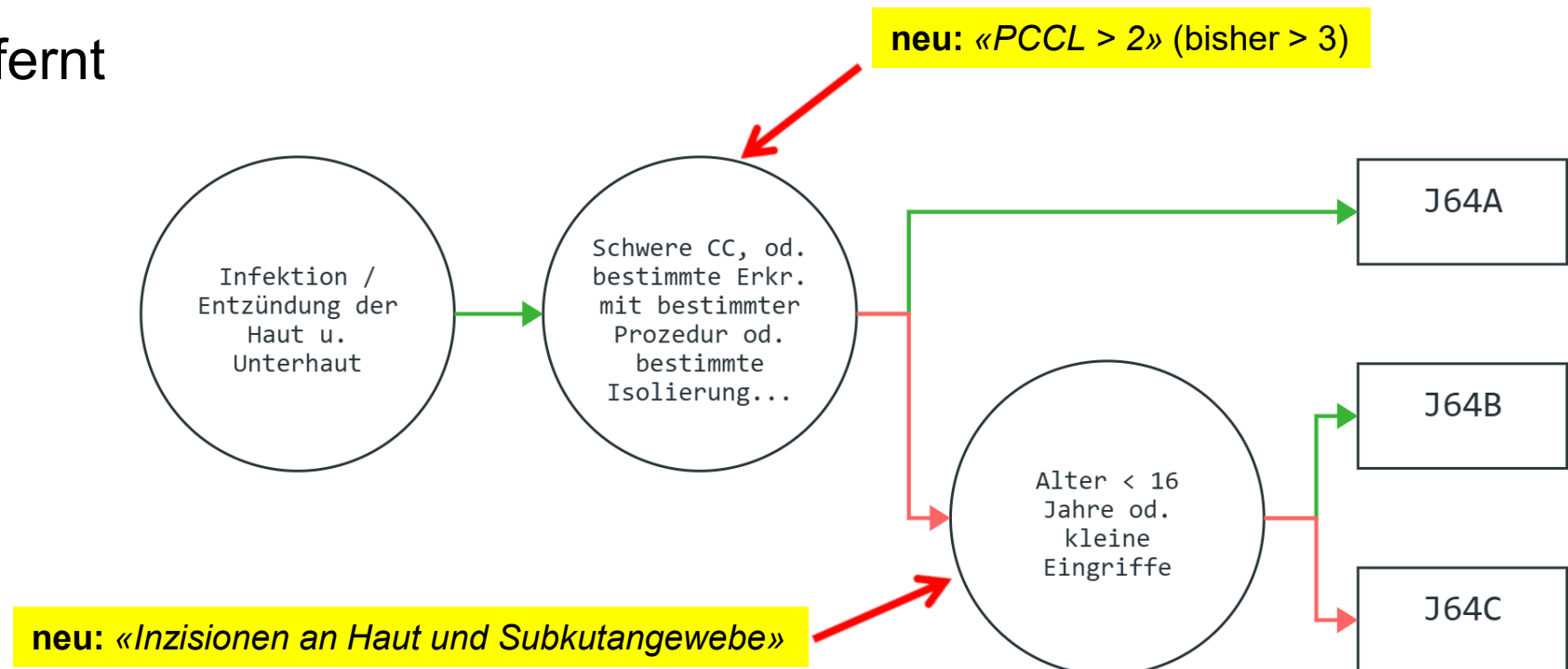
- alleinige Aufwertung der ICD Kodegruppen nicht sachgerecht
- teure Fälle in DRG J64D
- ähnliche Fallkosten DRGs J64A und J64C

Haut und Mamma MDC 09

Abszess

Umbau:

- Aufnahme Splitbedingung aus DRG J64C in DRG J64A «*Infektion/Entzündung der Haut und Unterhaut mit schweren CC*»
- DRG J64D entfernt



Stoffwechselkrankheiten MDC 10

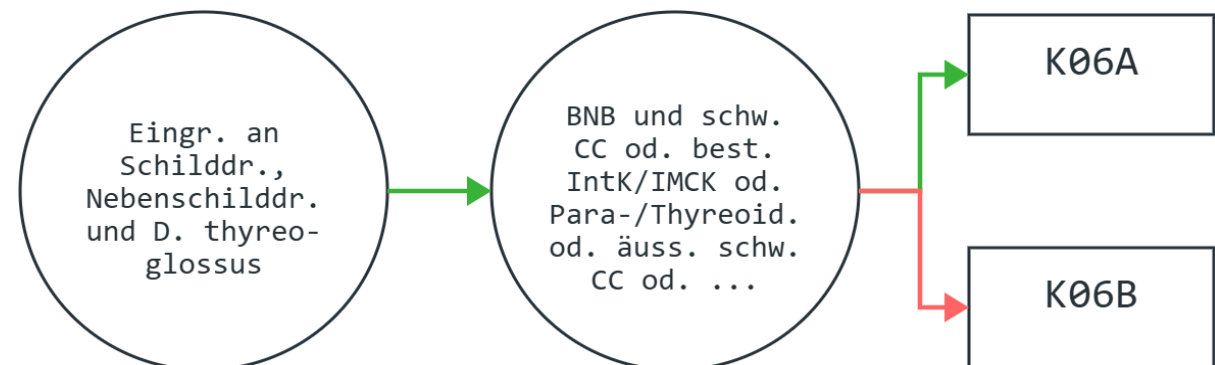
Eingriffe an Schilddrüse

Hinweis:

- Splitkriterien in Basis DRG K06 «*Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyreoglossus*» nicht mehr als Kostentrenner geeignet

Umbau:

- Kondensation von DRGs K06A und K06B → zu DRG K06A
- DRG K06C entfernt



Stoffwechselkrankheiten MDC 10

Bösartige Neubildung Nebenniere

Antrag:

- Fälle mit Hauptdiagnose ICD Codes C74.* *«Bösartige Neubildungen der Nebenniere»* ungenügend abgebildet

Lösungsvorschlag:

- Aufwertung Codes C74.* als Hauptdiagnose in Basis DRG K64 *«Endokrinopathien»* und DRG K86A *«Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, ein Belegungstag mit Alter < 16 Jahre und bösartigen Neubildungen oder bestimmter Therapie»* sowie weiteren DRGs
- Aufwertung in CC-Matrix

Stoffwechselkrankheiten MDC 10

Bösartige Neubildung der Nebenniere

Umbau:

- Aufnahme ICD Codes C74.* in CC-Matrix
- in Daten 2024 keine Fälle mit bösartigen Neubildungen in DRG K86B
- Kinder mit BNB in DRG K86A sachgerecht abgebildet
- ICD Codes C74.* «*Bösartige Neubildungen der Nebenniere*» eignet sich in Basis DRG K64 nicht als Kostentrenner
- Aufnahme von «*PCCL > 3*» in DRG K64A

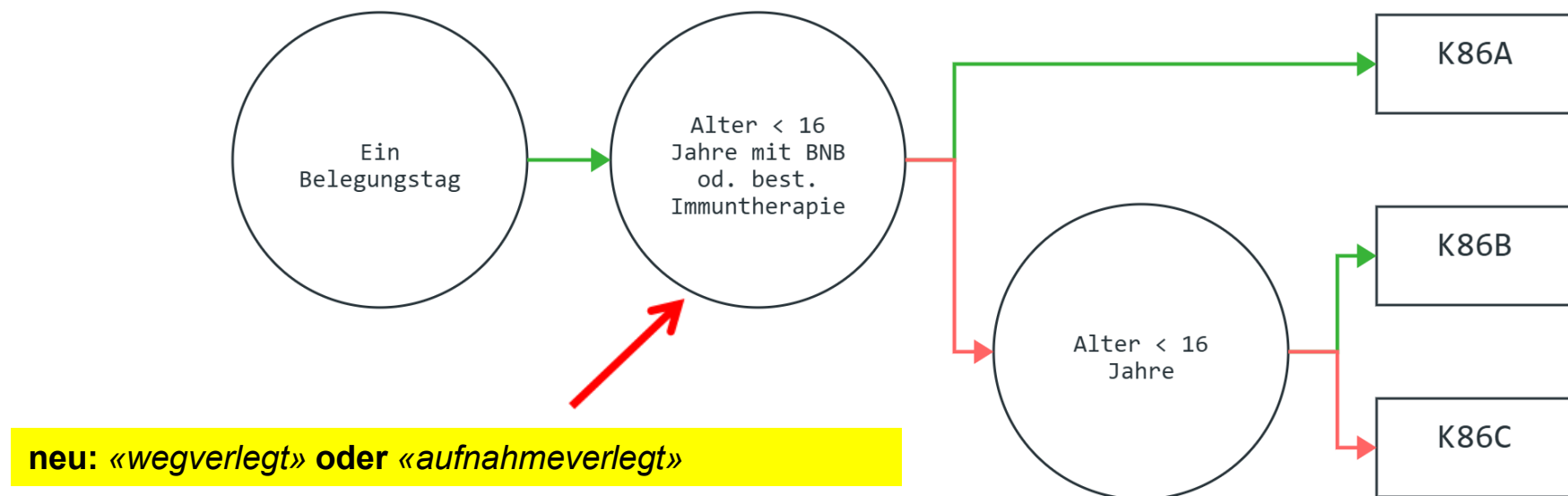
Stoffwechselkrankheiten MDC 10

Ein-Belegungstag DRG

Problem:

- Analysen zeigen teure Fälle in DRG K86B «Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten»

Umbau:



Harnorgane MDC 11

Infektionen

Problem:

- Kostenhomogenität innerhalb Basis DRG L63 «*Infektionen der Harnorgane*» prüfen
- Hinweis auf unzureichende Kostentrennung

Umbau:

- Überarbeitung Split DRG L63A «*Infektionen der Harnorgane mit äusserst schweren CC...*»
 - Anheben Alterssplits auf «*Alter < 16 Jahre*»
 - Entfernen Tabelle «*Nierenbiopsie*»
- Kondensation DRGs L63B und L63C → DRG L63B
- DRG L63D entfernt

Harnorgane MDC 11

Kondensation

Problem:

- Splitbedingungen in Basis DRG L42 «*Extrakorporale Stosswellen-Lithotripsie (ESWL) bei Harnsteinen*» nicht mehr kostentrennend

Umbau:

- Kondensation DRGs L42A und L42B → DRG L42Z «*Extrakorporale Stosswellen-Lithotripsie (ESWL) bei Harnsteinen*»

Männliche Geschlechtsorgane MDC 12

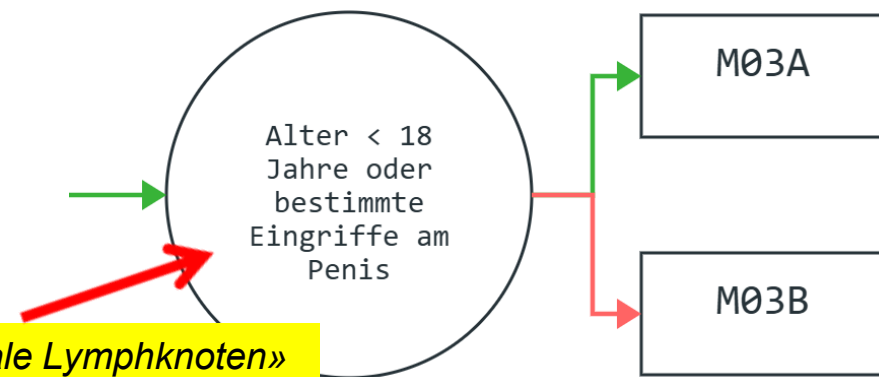
Eingriffe am Penis

Antrag:

- Penisamputation mit Lymphadenektomie verursacht höhere Kosten als übrige Fälle in DRG M03B «Eingriffe am Penis, Alter > 17 Jahre»

Umbau:

- Aufwertung von bestimmten Eingriffen am Penis



neu: 64.3X.1- «Amputation des Penis» und 40.24.- «Exzision inguinale Lymphknoten»
oder «PCCL > 2»

Weibliche Geschlechtsorgane MDC 13

Hysterektomie mit Kombinationseingriffen

Antrag:

- ungenügende Kostendeckung in Basis DRG N01 «*Hysterektomie bei bösartiger Neubildung*»
- ICD Kode C56 «*BNB Ovar*» in Kombination mit CHOP Kode 65.42 «*Salpingovarektomie, offen chirurgisch*» aufwerten

Umbau:

- Aufwertung CHOP Codes 68.6- «*Radikale Hysterektomie*» und 65.3-/65.4- «*(Salping-)ovarektomie*» und 40.5- «*Radikale Lymphknotenentfernung*» in DRG N01B

Weibliche Geschlechtsorgane MDC 13

Endometriose

Antrag:

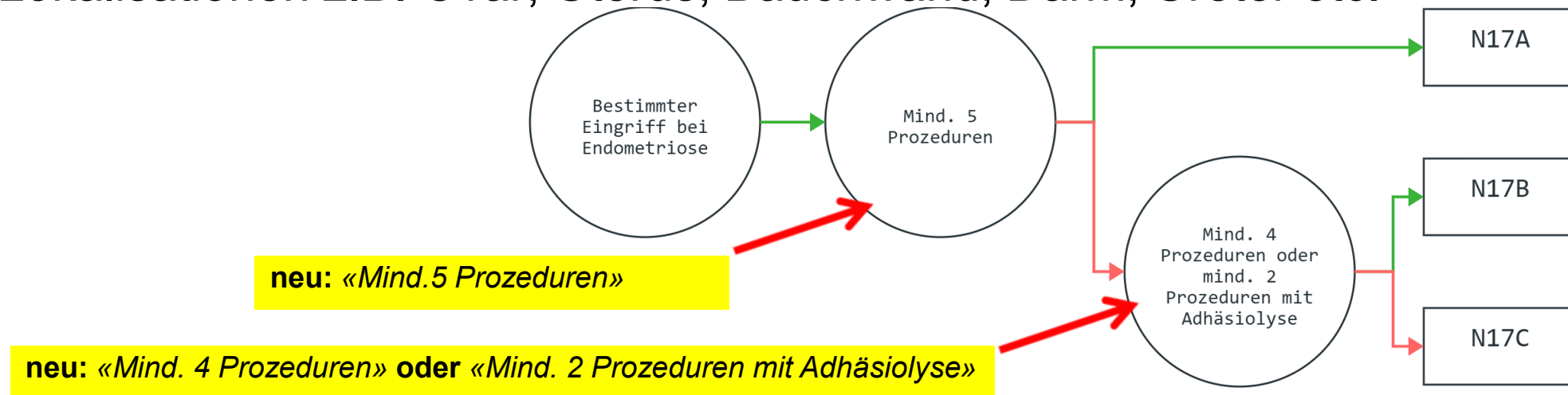
- heterogene Fallgruppe und aufwendige Eingriffe bei (tiefinfiltrierender) Endometriose
- komplexe Eingriffe an verschiedenen Organen mit langer OP-Dauer
- Antrag auf eigene Basis DRG «*Eingriffe bei Endometriose*»
- Differenzierung nach Anzahl an Eingriffen an verschiedenen Lokalisationen

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

Weibliche Geschlechtsorgane MDC 13

Deszensuschirurgie

Antrag:

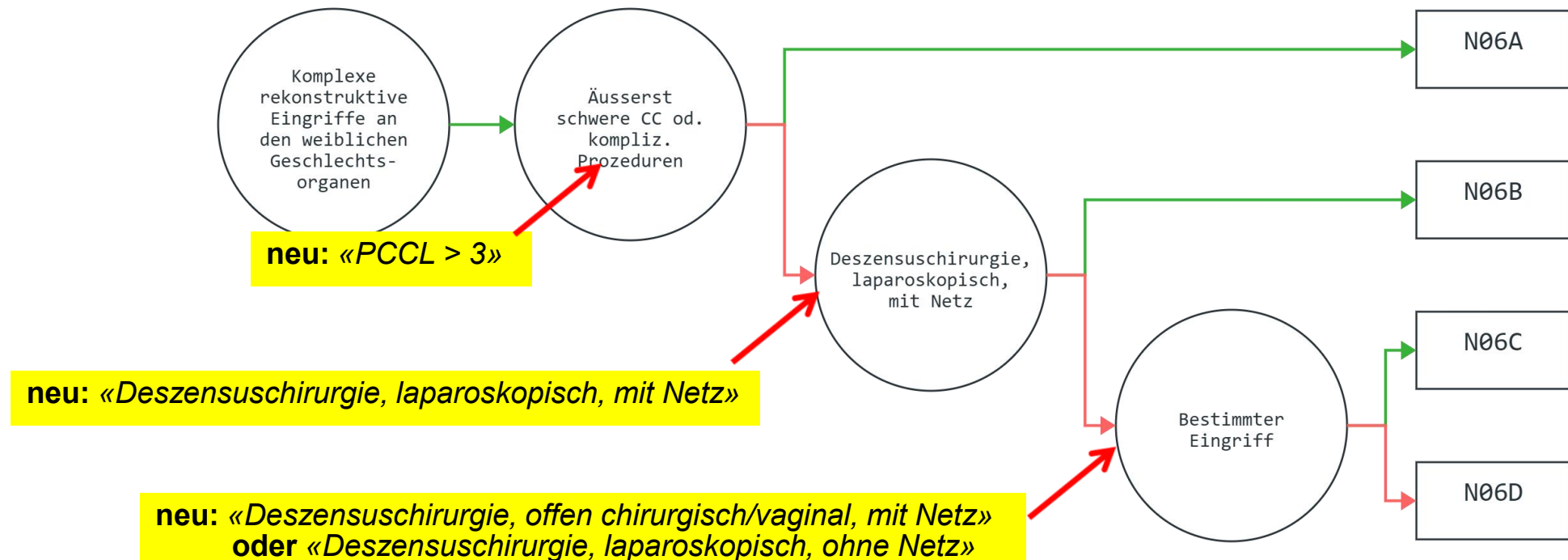
- Deszensuschirurgie mit Netzimplantation besonders ressourcenintensiv
- laparoskopische Eingriffe bei Deszensuschirurgie unterdeckt
- Etablierung eines Splits in Basis DRGs N04 und N06 unter Berücksichtigung des operativen Zugangs

Weibliche Geschlechtsorgane MDC 13

Deszensuschirurgie

Umbau I:

- Überarbeitung Splitkriterien in Basis DRG N06 «Komplexe rekonstruktive Eingriffe an weibl. Geschlechtsorganen»

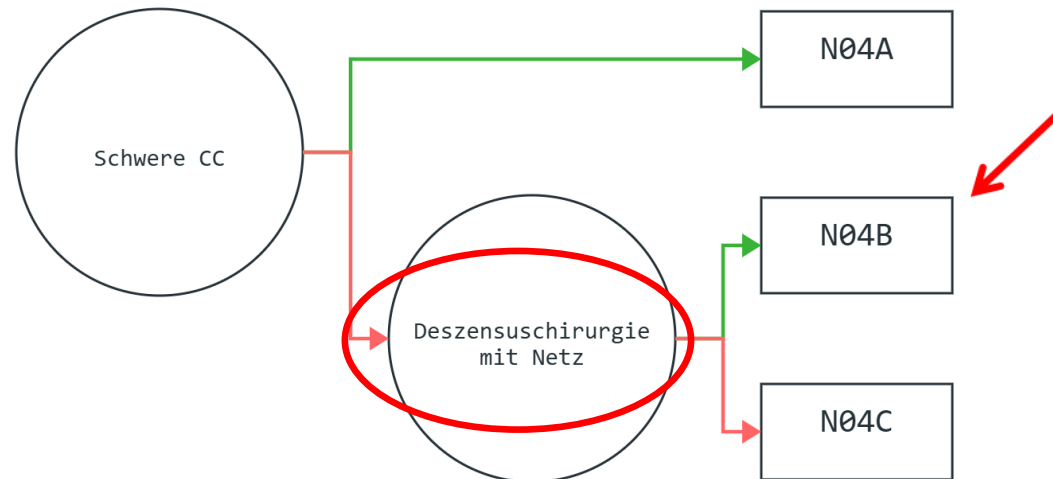


Weibliche Geschlechtsorgane MDC 13

Deszensuschirurgie

Umbau II:

- neues Splitkriterium in Basis DRG N04 «*Hysterektomie oder Ovaryektomie...*»
 - 70.A1/A2.22 «*Deszensuschirurgie [Suspensionsoperation], laparoskopisch, ein, zwei oder drei Kompartimente, mit Netz*»
 - 70.A2.12 «*Deszensuschirurgie [Suspensionsoperation], zwei oder drei Kompartimente, offen chirurgisch, mit Netz*»



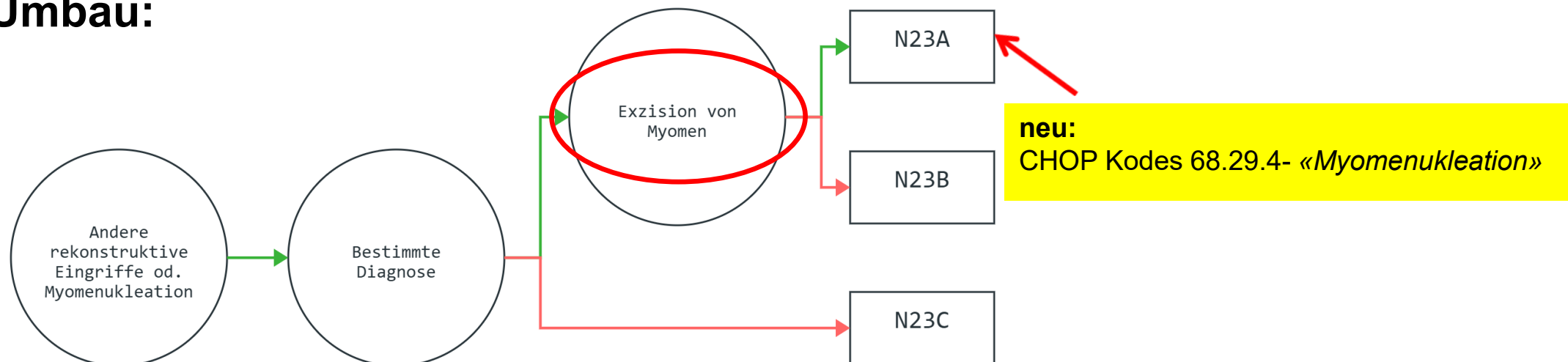
Weibliche Geschlechtsorgane MDC 13

Myomenuklation

Antrag:

- Überarbeitung Basis DRG N23 «Andere rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen»
- Fallgruppe mit jungen Patientinnen und CHOP Kode 68.29.48 «Exzision und Destruktion eines oder mehrerer Myome am Uterus, laparoskopisch» untervergütet

Umbau:



Schwangerschaft, Geburt MDC 14

Vaginale Entbindungen

Antrag:

- geplante Kaiserschnitte sind besser vergütet als vaginale Geburten
- vaginale Geburten nicht kostendeckend abgebildet

Lösungsvorschlag:

- Aufwertung von vaginalen Geburten mit CHOP Kodegruppe 73.* «*Sonstige einleitende oder unterstützende geburtshilfliche Massnahmen*» in Basis DRG O60 «*Vaginale Entbindung*»
- Aufwertung CHOP Codes 73.7x.1- «*Stationäre Behandlung (Präpartale Behandlungsdauer) vor Entbindung im gleichen stationären Aufenthalt,...*» in Basis DRG O60

Schwangerschaft, Geburt MDC 14

Vaginale Entbindungen

Umbau:

- CHOP Kodegruppe 73.* *«Sonstige einleitende oder unterstützende geburtshilfliche Massnahmen»* nicht geeignet als Splitkriterium
- bestimmte CHOP Codes der Gruppe 72.* *«Entbindung mit Zange, Vakuum und bei Beckenendlage»* mit höherem Ressourcenverbrauch
 - Aufwertung in DRG O60C *«Vaginale Entbindung mit schwerer oder mässig schwerer komplizierender Diagnose oder bestimmter Behandlung oder schwere CC»*
- Aufnahme Kode 73.7X.11 *«Stationäre Behandlung vor Entbindung im gleichen Aufenthalt, mindestens 3 bis 6 Behandlungstage»* in DRG O60B *«Vaginale Entbindung mit...»*

Neubildungen MDC 17

Mehrzeitige Prozeduren

Problem:

- untervergütete Fälle mit mehrzeitigen Prozeduren in Basis DRGs R01
«Operative Eingriffe bei hämatologischen und soliden Neubildungen...» und R61 *«Lymphom und nicht akute Leukämie...»*

Umbau:

- Aufwertung «Mehrzeitig komplexe OR-Prozeduren» in Basis DRG R50 *«Hochkomplexe Chemotherapie zwei Therapieblöcke oder hochkomplexe Chemotherapie mit...»*
- Aufwertung «Mehrzeitig bestimmte OR-Prozeduren» in neue DRG R01A *«Operative Eingriffe bei hämatologischen und soliden Neubildungen...mit mehrzeitig bestimmte OR-Prozeduren»*

Neubildungen MDC 17

Chemotherapie

Antrag:

- Aufwertung komplexer Fälle in Basis DRG R60 «*Akute myeloische Leukämie...oder Graft versus Host Disease*»

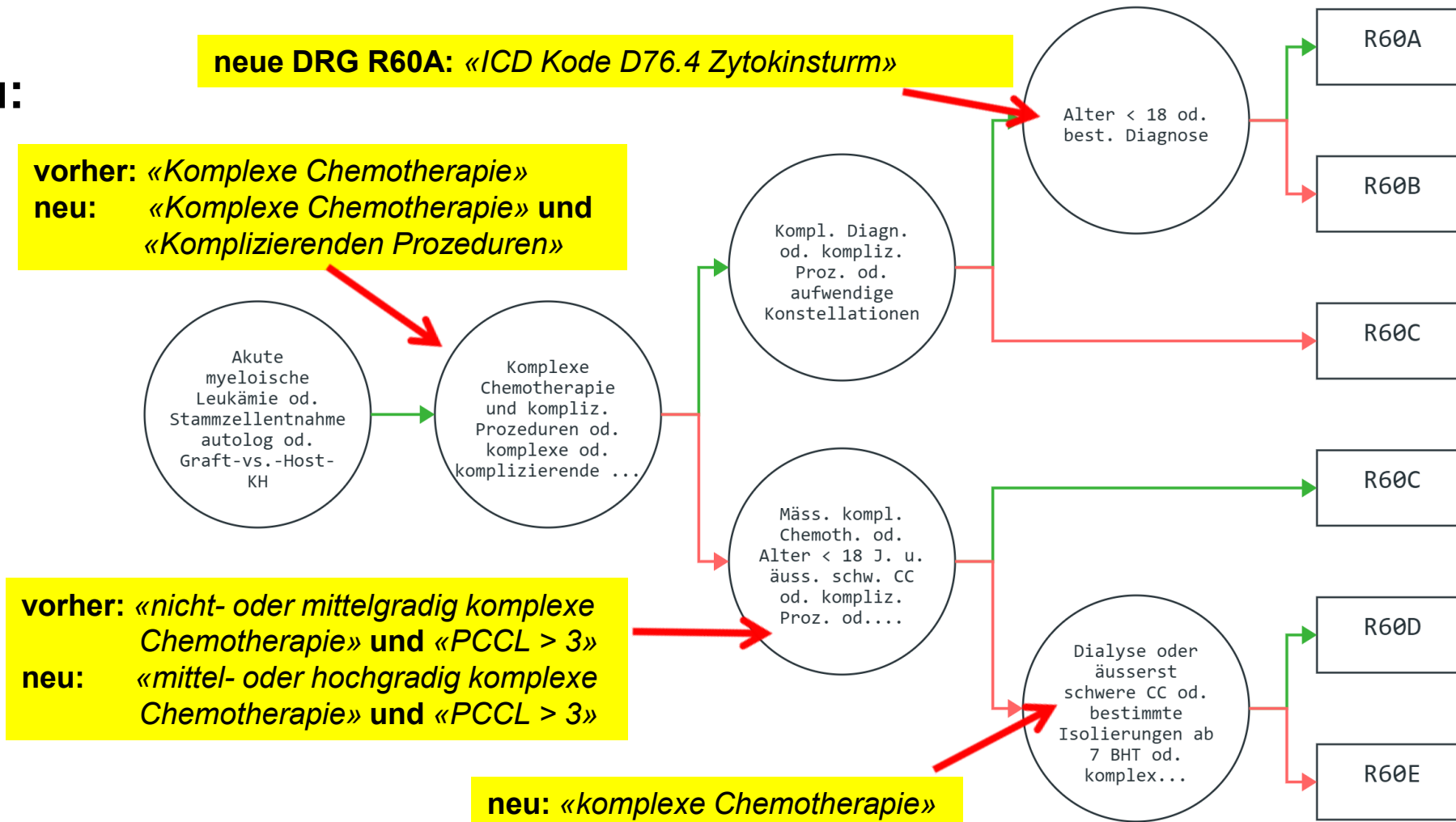
Analysen:

- heterogene Fallgruppen mit komplexer Chemotherapie
- ICD Kode D76.4 «*Zytokinfreisetzungs-Syndrom [cytokine release syndrome]*» möglicher Kostentrenner

Neubildungen MDC 17

Chemotherapie

Umbau:



Neubildungen MDC 17

Lymphome

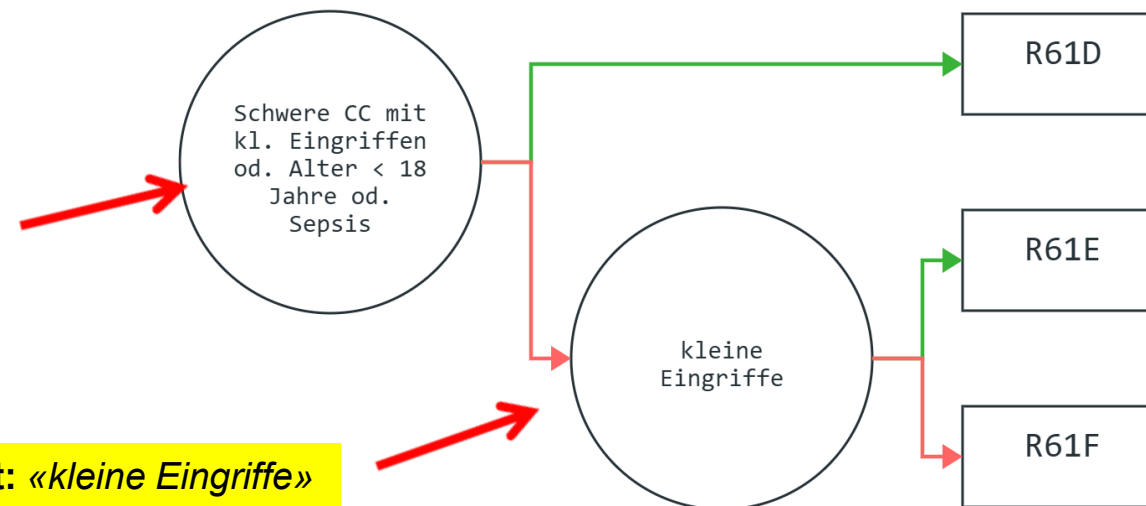
Antrag:

- Unterdeckung B-Zell-Lymphom in DRG R61B «*Lymphom und nicht akute Leukämie, mehr als ein Belegungstag...*»

Umbau:

vorher: «PCCL > 2»
neu: «PCCL > 2» und «kleine Eingriffe»

neuer Split: «kleine Eingriffe»



Neubildungen MDC 17

Strahlentherapie

Problem:

- Abbildung bestimmter Fälle aus MDC 17 mit zusätzlicher Strahlentherapie untervergütet

Umbau:

- Ausschluss DRGs R60A, R60B, R50A, R50B in Basis DRG A93
«Strahlentherapie, mehr als 8 Bestrahlungen»

Psychische Krankheiten MDC 19

Essstörungen

Antrag:

- Aufwertung Hauptdiagnosen F50.* und F50.1 «*Anorexia nervosa*» in:
 - DRG A36A «*Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 980/1104 Aufwandspunkte...*»
 - DRG A36B «*Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392/552 und < 981/1105 Pkt....*»
 - DRG A90C «*IMC Komplexbehandlung > 392/552 und < 1177/1105 Aufwandspunkte...*»
 - DRG A96B «*Komplementärmedizinische Komplexbehandlung bei best. Krankheiten,...*»
 - DRG U66A «*Ess-, Zwangs- und Persönlichkeitsstörungen...*»
 - Basis DRG U60 «*Psychische Krankheiten und Störungen, ein Belegungstag*»

Psychische Krankheiten MDC 19

Essstörungen

Umbau:

→ Aufwertung

- ICD Codes F50.* «*Anorexia nervosa, restriktiver/aktiver Typ bzw. Atypische Anorexia nervosa*» in DRG U60B
- CHOP Codes 94.3G.12/13 «*Komplexbehandlung bei Essstörung in der Psychiatrie, mind. 7 bis 27 Behandlungstage*» und 99.BD.1C/1D «*Integrierte Komplexbehandlung bei schwerer Essstörung, mind. 7 bis 27 BHT*» in DRG U66C

→ Abwertung

- ICD Codes F50.* in DRG U66C
- CHOP Codes 94.3G.14/15 «*Komplexbehandlung..., mind. 28 bis 55 BHT*» und 99.BD.1E/1F «*Integrierte KBH..., mind. 28 bis 55 BHT*» in DRG U66B

Psychische Krankheiten MDC 19

Krisenintervention

Problem:

- in Basis DRG U60 «*Psychische Krankheiten und Störungen, ein Belegungstag*» untervergütete Fälle

Umbau:

- Aufwertung Codes 94.35.1- und 94.35.2- «*Psych. Krisenintervention in der Erwachsenenpsych./Kinder- und Jugendpsych.,...*»
- sowie Diagnosen F31.2/5 «*Bipolare affektive Störung...*», F32.3 «*Schwere depressive Episode...*», F33.3 «*Rezidivierende depr. Störung...*» in DRG U60B
- neue DRG U60C «*Psychische Krankheiten und Störungen, Alter > 11 Jahre und verlegt, ein Belegungstag*» mit verlegten Fällen

Verletzungen MDC 21B

Komplexe OR-Prozeduren

Problem:

- untervergütete Fälle in DRG X06B *«Andere Eingriffe bei anderen Verletzungen mit schweren CC oder mit komplexem Eingriff»*

Umbau:

- Aufwertung in DRG X06A nicht sachgerecht
- Aufnahme in Funktion *«Komplexe OR-Prozeduren»* für DRG X37A *«Verletzungen, Vergiftungen und toxische Wirkungen von Drogen und Medikamenten mit...komplexe OR-Prozedur, mehr als 1 Belegungstag»*

→ Aufwertung von ressourcenaufwendigen Fällen

Andere Gesundheitsfaktoren MDC 23

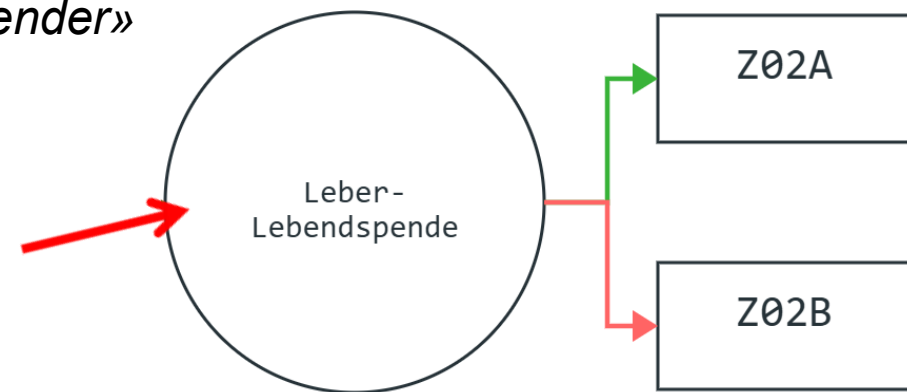
Leber-Lebendspende

Antrag:

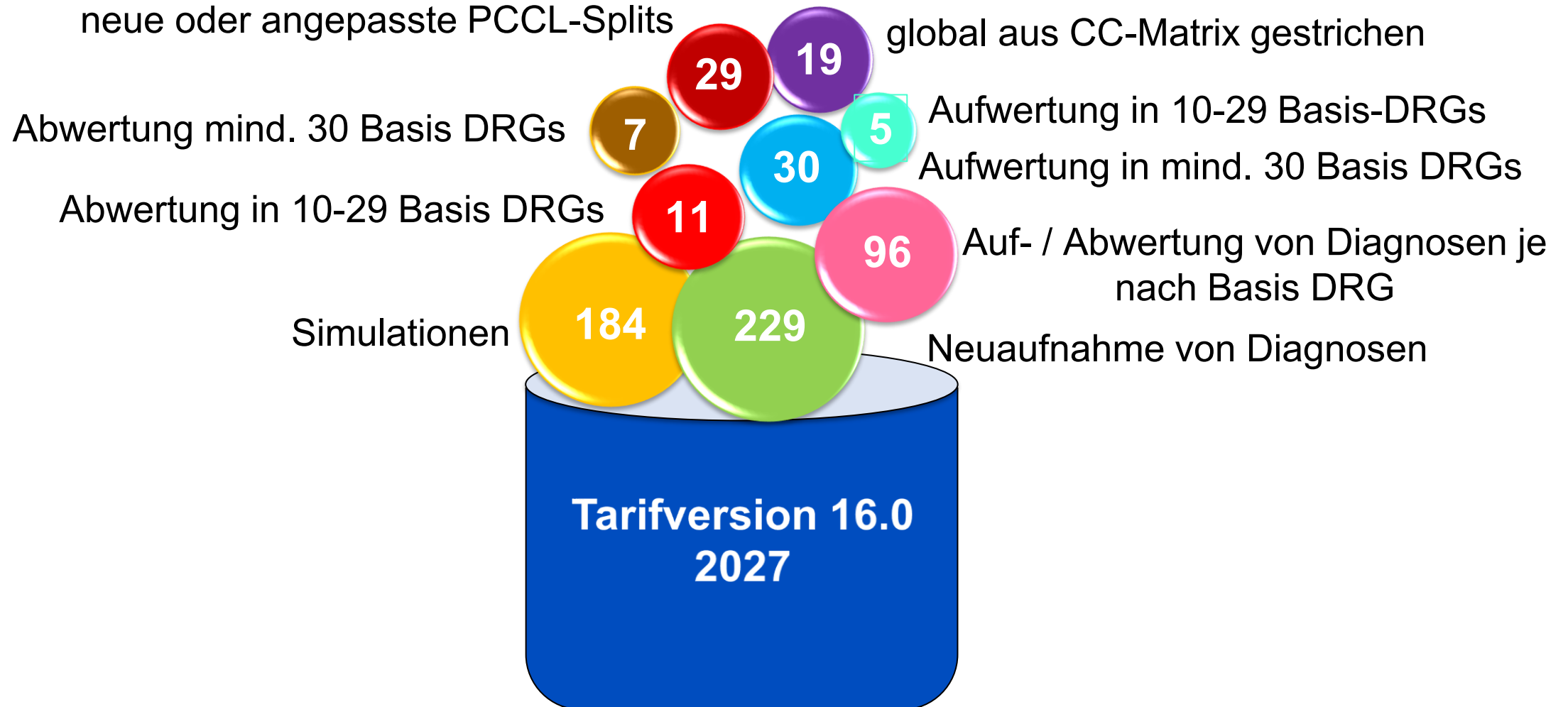
- Kosten Lebendspender von Leber- oder Nieren sehr unterschiedlich
- Leber-Lebendspender haben höherer Verweildauern und IPS-Aufenthalt

Umbau:

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



CC – Matrix



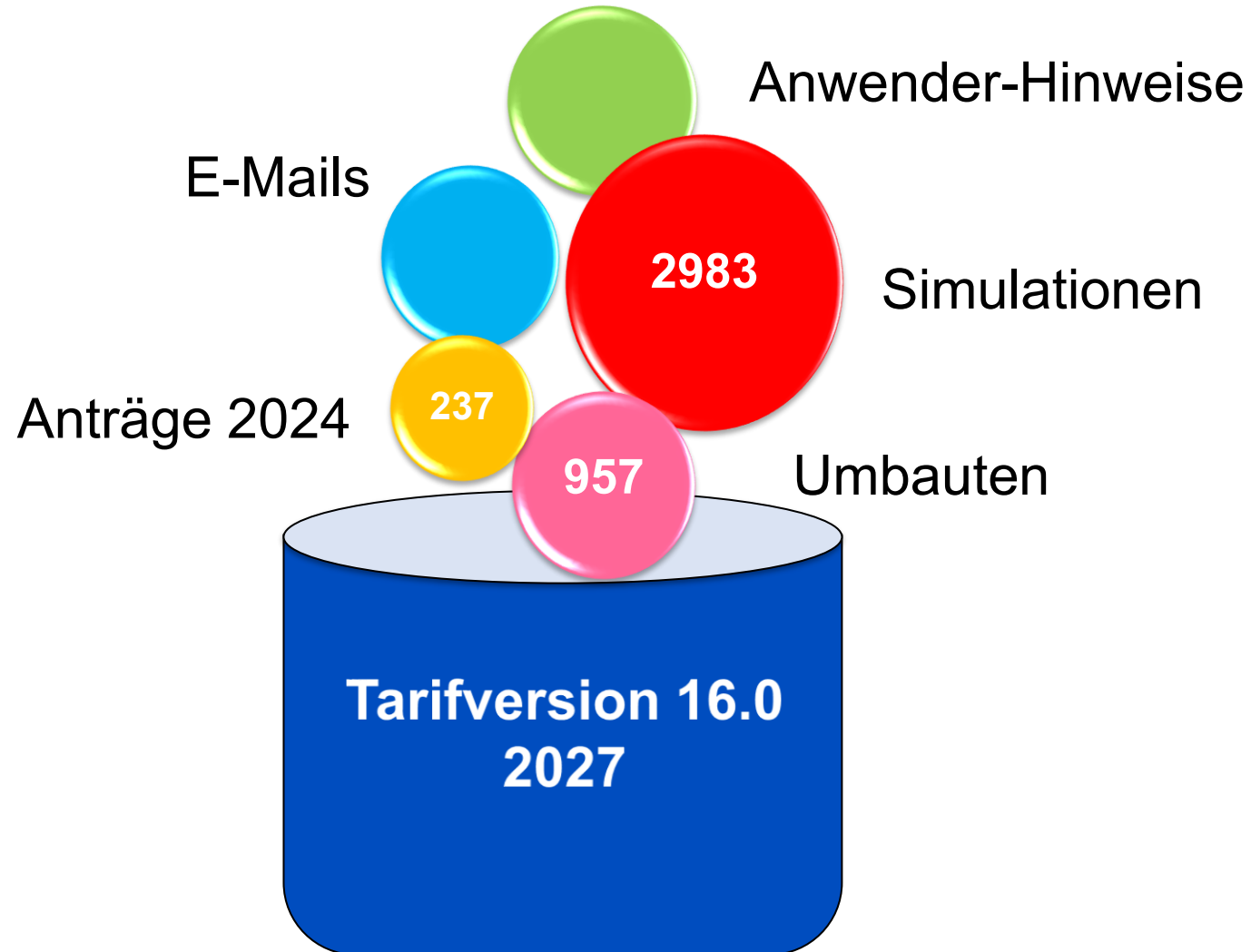
Überarbeitung der DRG – Klassifikation

Antragsverfahren

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

**Jeder Antrag wurde von der SwissDRG AG geprüft*

Überarbeitung der DRG – Klassifikation Simulationen



Zusatzentgelte – CHOP

Keine neuen CHOP-Zusatzentgelte

Anpassungen bei:

- ZE *«Hämodialyse zur Entfernung von Proteinen...»* wurde aufgrund niedriger Fallzahlen aufgelöst und in ZE *«Hämodialyse, Hämofiltration, Hämodiafiltration, intermittierend»* integriert

Präzisierungen bei:

- *«Extrakorporale Membranoxygenation (ECMO)»*
- *«Art und Typ von endovaskulär implantierten Grafts an Gefässen des Beckens»*

Zusatzentgelte – ATC

Neu etablierte Zusatzentgelte:

- Alemtuzumab, intravenös (IV)
- Amivantamab, subkutan (SC)
- Belantamab mafodotin, IV
- Bromelain, topisch (T)
- Capivasertib, oral (O)
- Ceftazidim und Avibactam, IV, CZC
- Cladribin, O
- Clesrovimab, intramuskulär (IM)
- Edaravon, IV/O
- Fidaxomicin, O
- Icatibant, SC
- Immunglobuline, normal human, zur extravasalen Anwendung, SC
- Iptacopan, IV
- Ivosidenib, O
- Lazertinib, O
- Lebrikizumab, SC
- Lurbinectedin, IV
- Lisocabtagene Maraleucel, autologe CAR-T Zelltherapie bei Mantelzell-Lymphom, IV, MCL
- Maribavir, O
- Mirvetuximab Soravtansin, IV
- Nirmatrelvir und Ritonavir, O
- Nivolumab und Relatimab, IV
- Patisiran, IV
- Pegaspargase, IV,IM
- Pegcetacoplan, SC
- Quizartinib, O
- Remdesivir, IV
- Ribociclib, O
- Risankizumab, IV/SC
- Sarilumab, SC
- Tafasitamab, IV
- Vutrisiran, SC

Zusatzentgelte – ATC

Bestehende Zusatzentgelte mit geänderter Verabreichungsart:

- Onasemnogen abeparvovec: neu auch intrathekal (bisher nur IV)
- Natalizumab: neu auch subkutan (bisher nur IV)
- Terlipressin: nur noch IV (endotracheal und inhalativ gelöscht)

Gelöschtes Zusatzentgelt:

- Pemetrexed, IV

Zusatzentgelte – ATC

Dosisklassen:

- Erweiterung bei 19 ZE nach oben
- Erweiterung bei 8 ZE nach unten (davon 3 Kinder-Dosisklassen)
- Löschung bei 7 ZE nach unten (davon 2 Kinder-Dosisklassen)

Weitere Anpassungen:

- bei 54 Zusatzentgelten wurde nur der Preis aktualisiert

SwissDRG – Version 16.0 / 2027

1. Datengrundlagen
2. Grouperweiterentwicklungen
- 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:

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

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

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

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

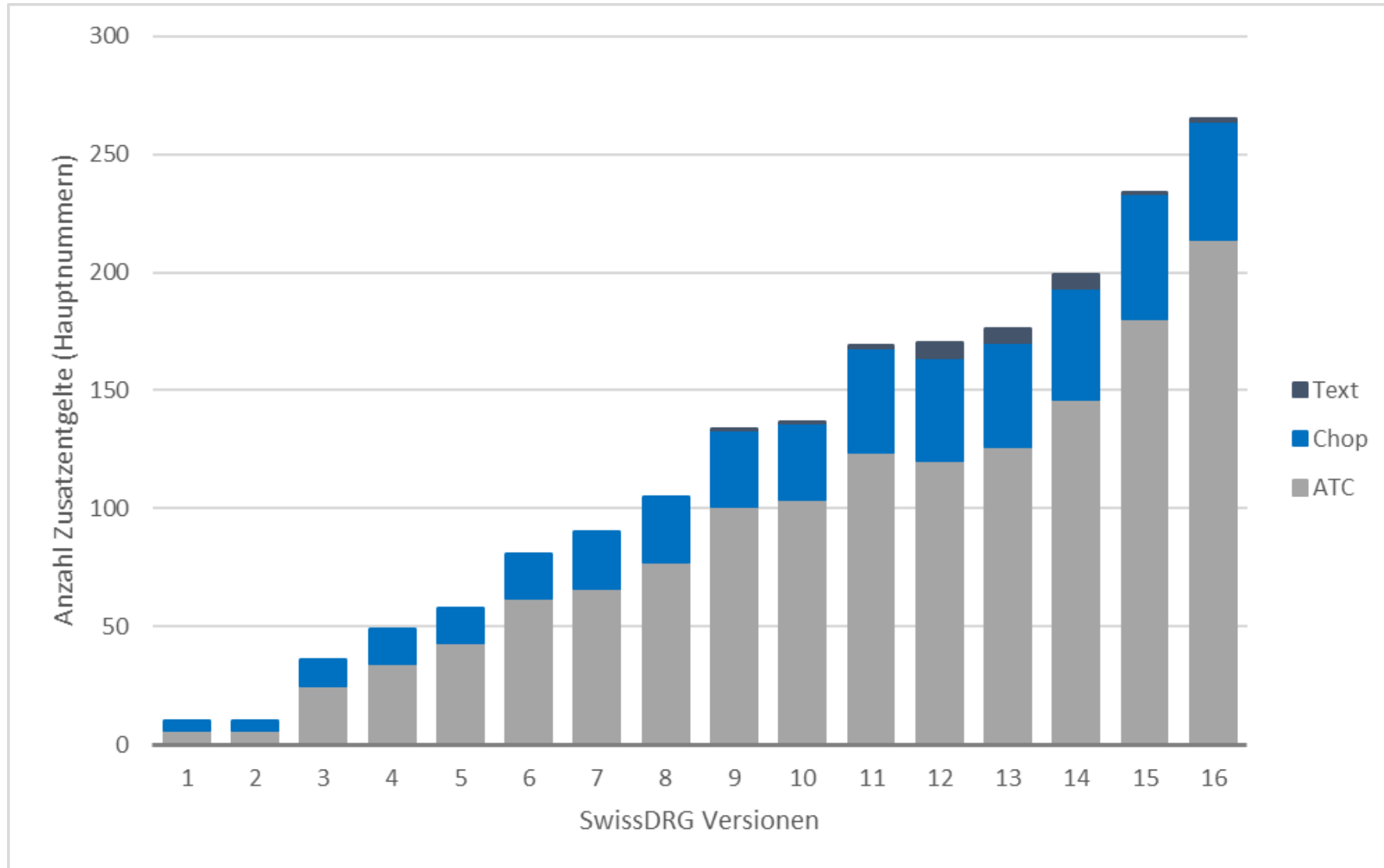
SwissDRG – Version 16.0 / 2027

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

Zusammenfassung der Änderungen

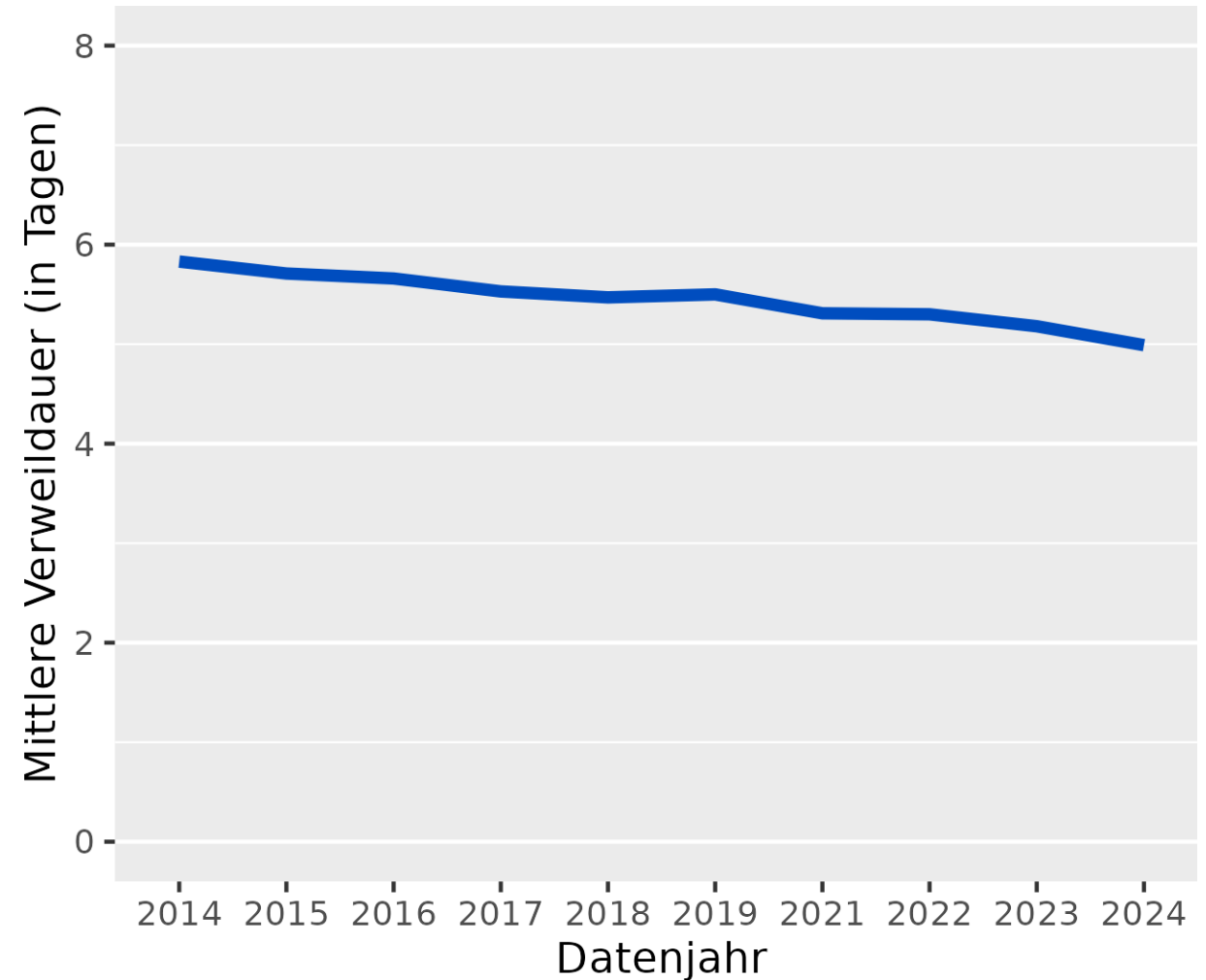
	V16.0	V15.0	V14.0
Anzahl DRGs	1'081	1'081	1'071
nicht bewertete DRGs	0	0	0
nicht abrechenbare DRGs	4	4	4
Ein-Belegungstag DRGs	262	250	242
explizit	70	65	56
implizit	192	185	186
Zusatzentgelte	265	231	190
bewertet	264	230	189
unbewertet	1	1	1

Zusatzentgelte



Entwicklung der Verweildauer

Datenjahr	Verweildauer
2014	5.83 Tage
2015	5.71 Tage (- 2.06%)
2016	5.66 Tage (- 0.88%)
2017	5.53 Tage (- 2.30%)
2018	5.47 Tage (- 1.08%)
2019	5.50 Tage (+ 0.55%)
2021	5.31 Tage (- 3.45%)
2022	5.30 Tage (- 0.19%)
2023	5.18 Tage (- 2.26%)
2024	4.99 Tage (-3.67 %)



Datenbasis: 2014-2024, SwissDRG Daten Anwendungsbereich

Fallzahlen nach Status

	V16.0		V15.0	
	Fallzahl	Anteil	Fallzahl	Anteil
Inlier	882'210	79.5%	889'273	80.1%
High Outlier	74'258	6.7%	66'768	6.0%
Low Outlier	67'082	6.0%	67'509	6.1%
verlegte Fälle	86'741	7.8%	86'741	7.8%
unbewertete DRG	0	0.0%	0	0.0%
nicht abrechenbare DRG	96	0.0%	96	0.0%
Alle	1'110'387	100.0%	1'110'387	100.0%

Datenbasis: 2024, Kalkulationsdaten

Kostenhomogenität R²

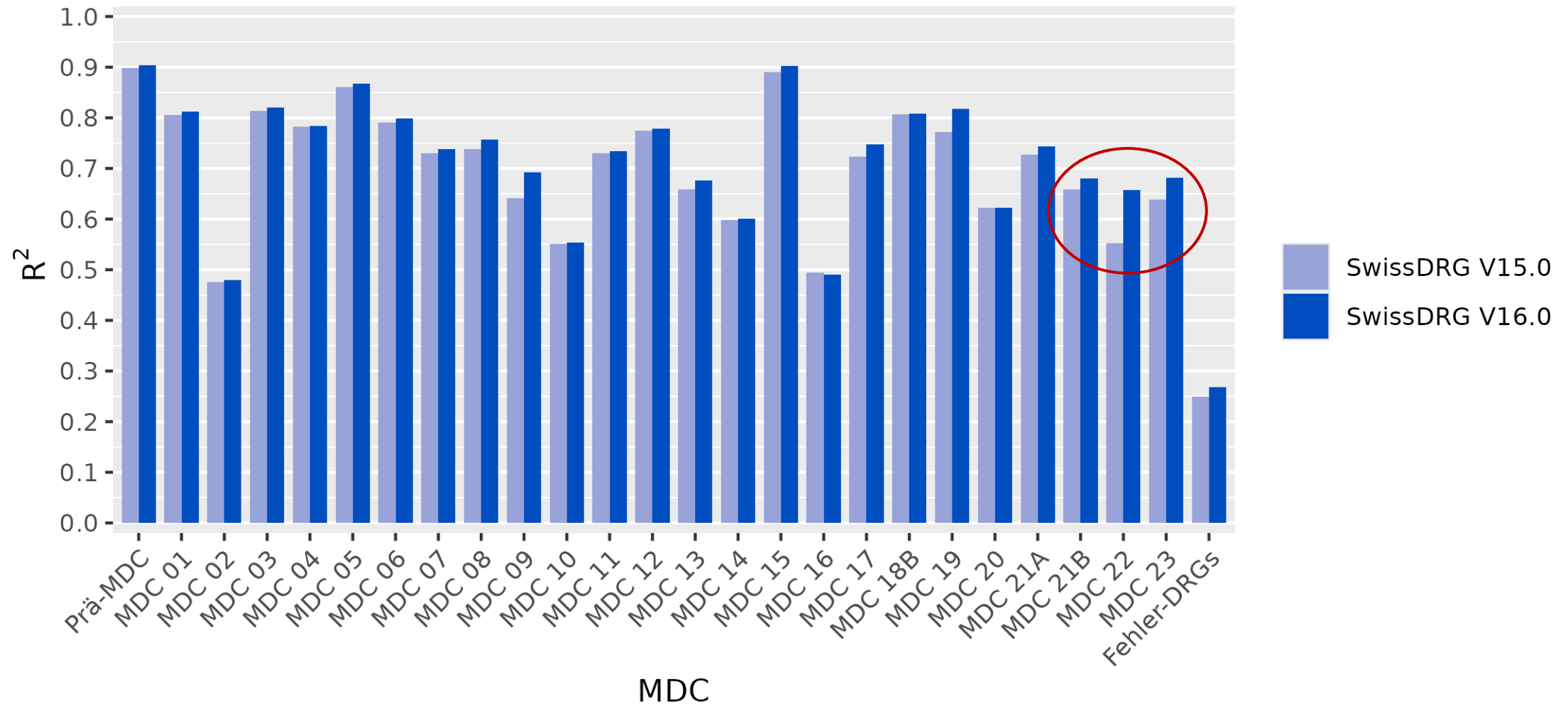
Version V16.0 im Vergleich zu Vorversionen

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

Datenbasis: 2024, Kalkulationsdaten

Kostenhomogenität R^2 nach MDC

Version V16.0 im Vergleich zur Vorversion



Datenbasis:2024, Kalkulationsdaten, Inlier gemäss V16.0

Ermittlung der Kostengewichte

	Anzahl DRG kalkuliert	davon auf 2, 3 oder 4 Datenjahren
V16.0	1077	18/3/1
V15.0	1'077	12/4/0
V14.0	1'067	17/8/0
V13.0	1'078	21/9/0
V12.0	1'073	23/6/0
V11.0	1'059	19/7/0
V10.0	1'064	15/6/0
V9.0	1'052	16/6/0



Kriterien:

- geringe Fallzahl
- kein Grupperumbau oder klare Abgrenzung in Vorjahres-Daten möglich

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

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

Casemix Index nach Partition

Partition	Anzahl	CMI V16.0	CMI V15.0	Delta V15.0/V16.0
andere	50'258	1.309	1.299	+0.8%
medizinische	597'490	0.698	0.698	+0.0%
operative	586'915	1.541	1.543	-0.1%

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

Casemix Index nach Alter

Altersklasse	Anzahl Fälle	CMI V16.0	CMI V15.0	Delta V15.0/V16.0
0-16 Jahre	150'648	0.722	0.709	+1.8%
ab 17 Jahre	1'084'015	1.180	1.182	-0.2%

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

Deckungsgrad pro Gruppe mit hypothetischen Einheitsbasispreisen

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

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

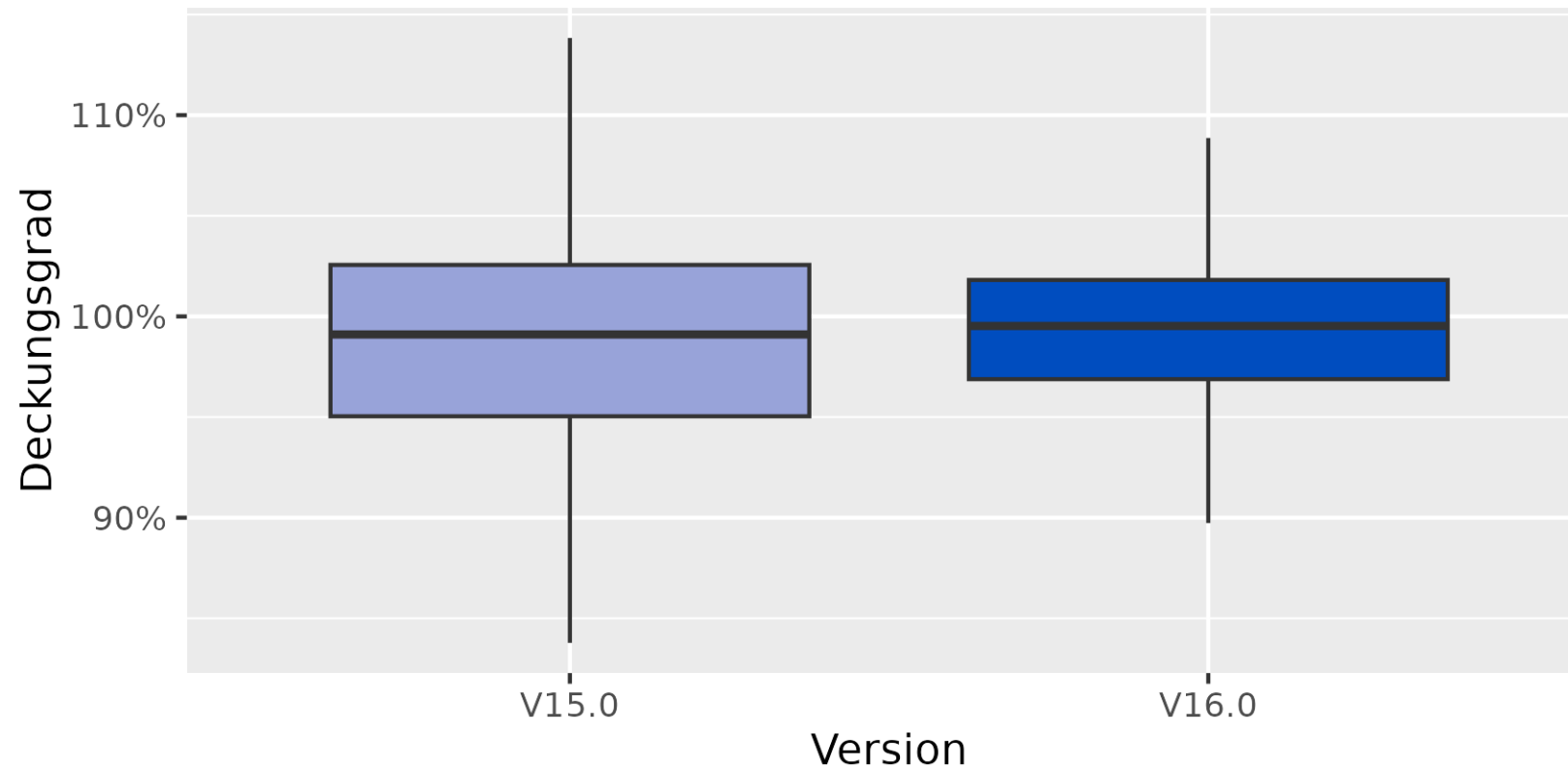
	Anzahl Fälle	Anteil Gesamtfälle	Deckungs- grad V16.0	Deckungs- grad V15.0	Veränderung V15.0/V16.0
Low Outlier	71'461	100%	104.39%	101.48%	+2.9%
Low Outlier aus impliziten 1-BT-DRGs	66'580	93.17%	99.61%	97.35%	+2.3%

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 DRG Verteilungen

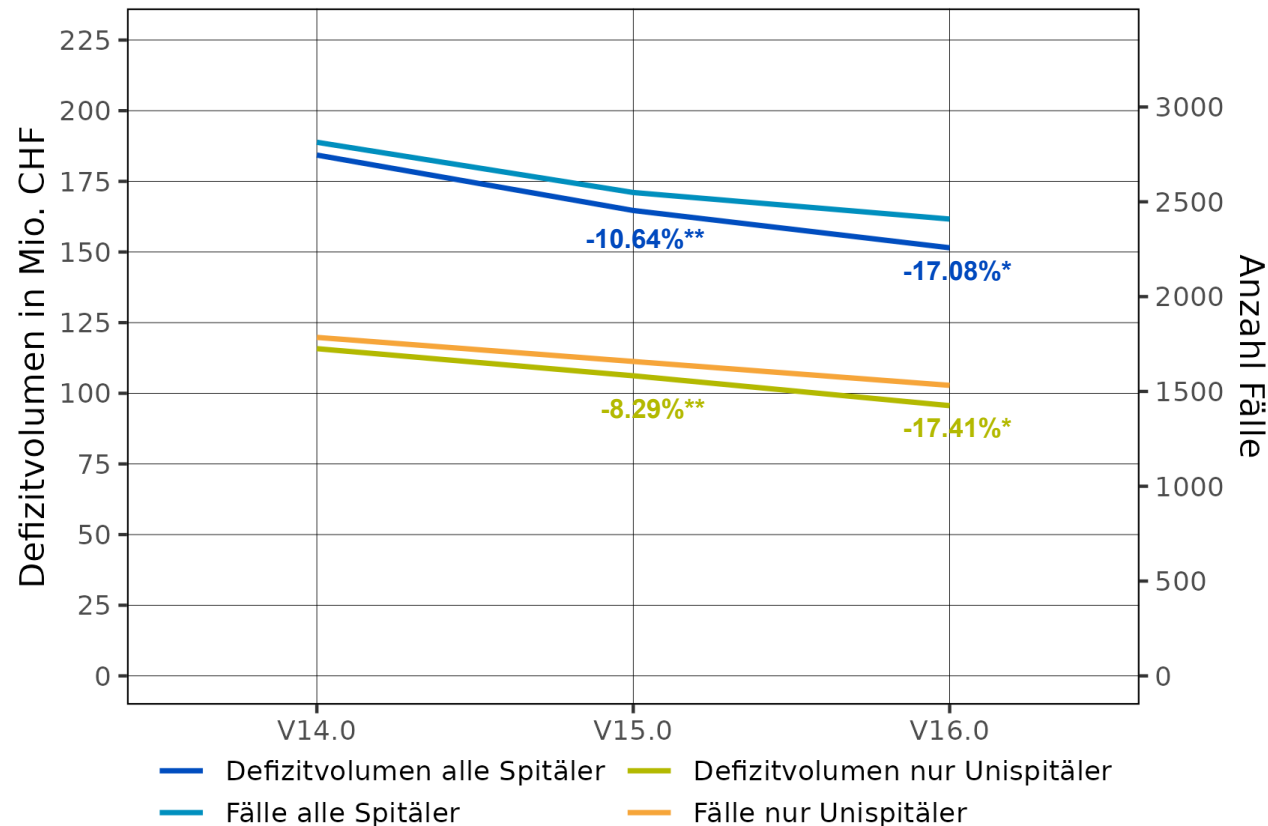


hypothetische Baserate für Nullgewinne inkl. ANK V16.0: CHF 11'407
hypothetische Baserate für Nullgewinne inkl. ANK V15.0: CHF 11'398

Datenbasis: 2024, Kalkulationsdaten

Defizitfälle

Fälle mit Defizit > CHF 40'000.-



*: Veränderung (Volumen) von V14.0 zu V15.0 (in %)
 **: Veränderung (Volumen) von V14.0 zu V16.0 (in %)

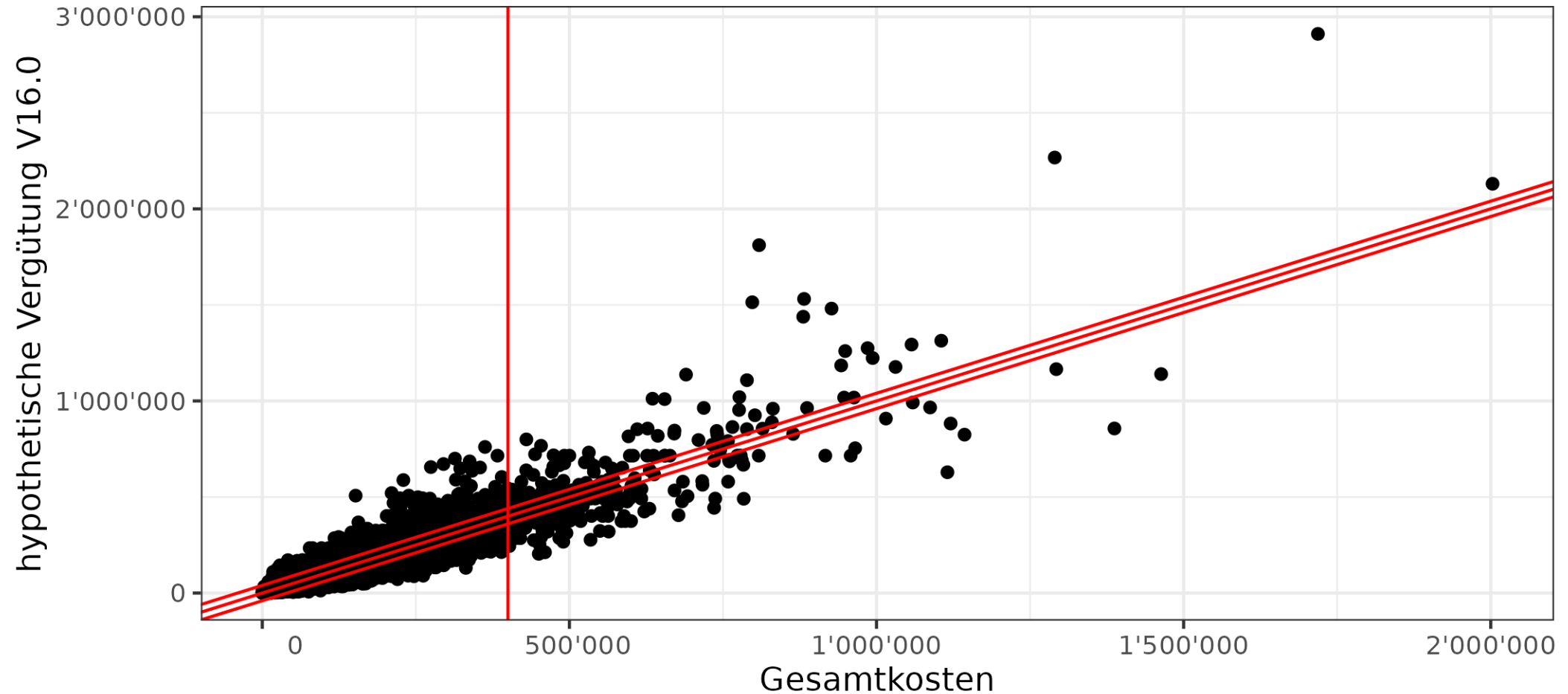
Datenbasis: 2024, Kalkulationsdaten, bewertet über V14.0, V15.0 und V16.0

Definition VR:

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

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

Hochkostenfälle

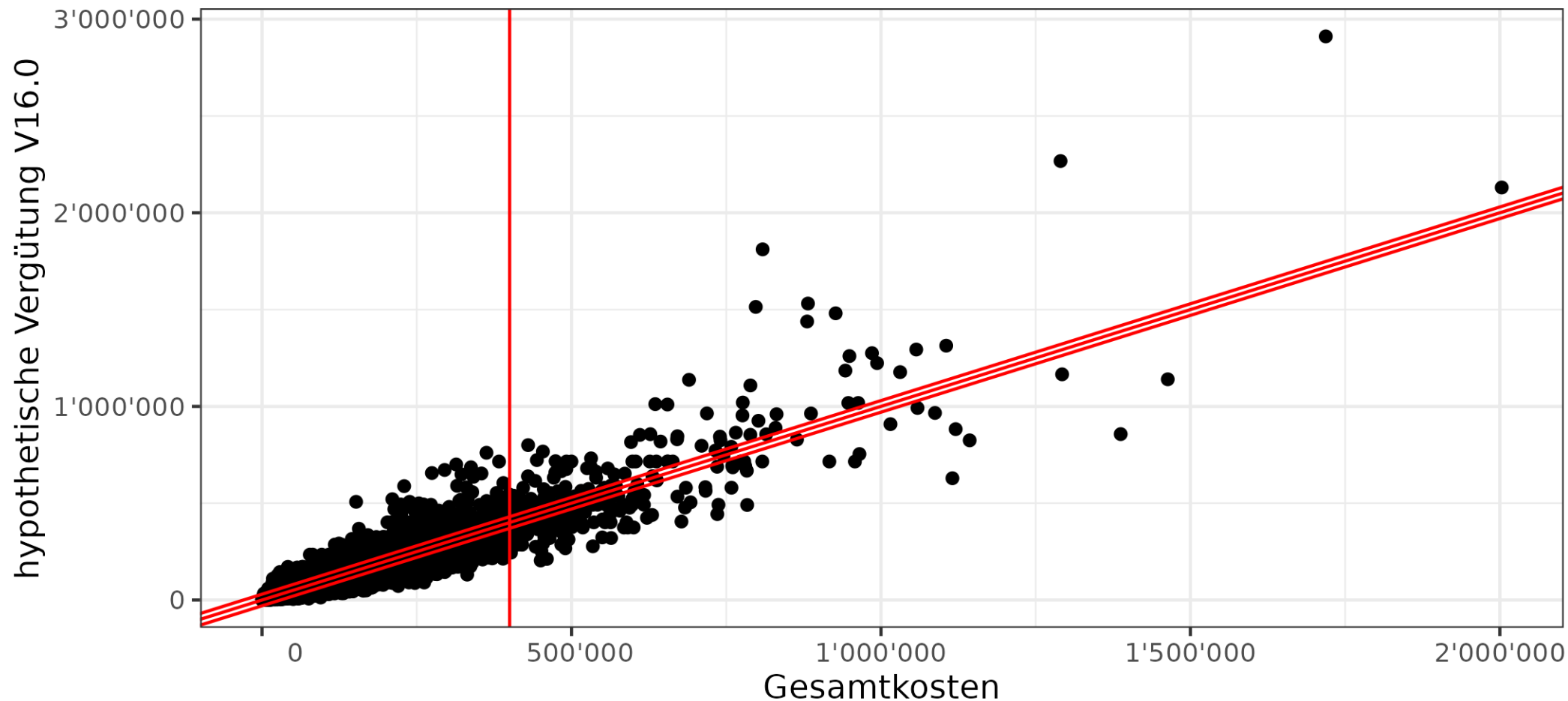


Hochkostenfälle (Kosten > 400'000 CHF): 303
Anzahl Hochdefizitfälle: 139
Anzahl Hochgewinnfälle: 97

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

Hochkostenfälle

Defizit/Gewinn > CHF 30'000



Hochkostenfälle (Kosten > 400'000 CHF): 303
Anzahl Hochdefizitfälle: 149
Anzahl Hochgewinnfälle: 107

Defizitvolumen: 17.8 Mio. CHF
Gewinnvolumen: 18.7 Mio. CHF

Hochkostenfälle

Vergleich

	Defizit/Gewinn > CHF 40'000	Defizit/Gewinn > CHF 30'000
Anzahl Hochkostenfälle	303	303
Anzahl Hochdefizitfälle	139	149
Anzahl Hochgewinnfälle	97	107
Defizitvolumen	17.4 Mio CHF	17.8 Mio CHF
Gewinnvolumen	18.4 Mio CHF	18.7 Mio CHF

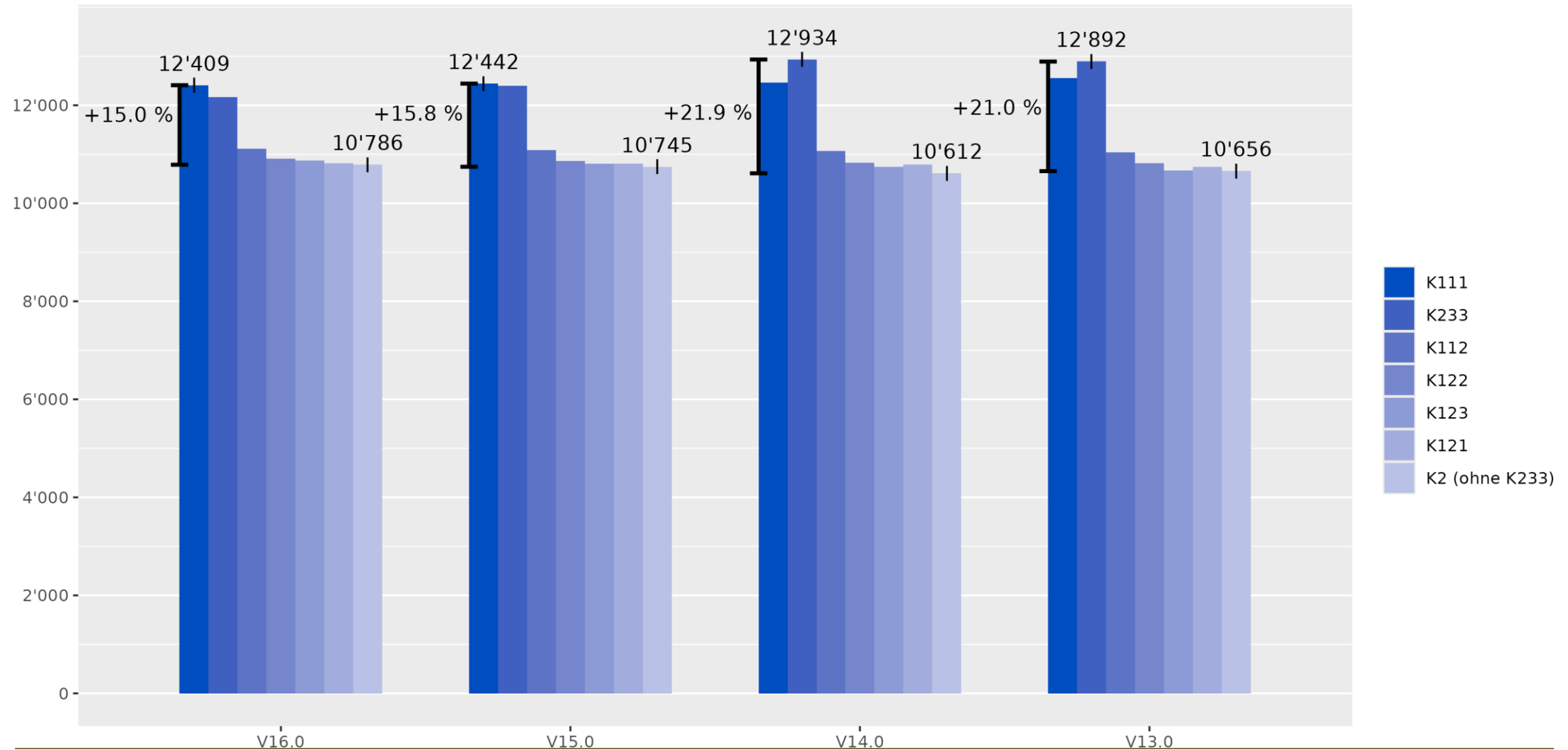
Hochkostenfälle

Verteilung

- 303 Hochkostenfälle
 - 0.027% der Gesamt-Fälle
 - ein Fall auf 3700 Fälle
- 4 von 5 Hochkostenfällen weisen Gewinn/Defizit von über 40'000 CHF auf
- 75% der Hochkostenfälle sind High Outlier
- 9 von 10 Hochkostenfällen stammen aus Prä-MDC
- Kosten in höher bewerteten DRG streuen in der Regel stärker als in tiefer bewerteten DRG
- Wahrscheinlichkeit (absolut) zu tief oder zu hoch vergütet zu werden steigt mit Höhe der Gesamtkosten

Fallnormkosten pro Typologie

Versionseffekt



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

SwissDRG AG

Länggassstrasse 31
3012 Bern

 +41 (0)31 310 05 50

E-mail: info@swissdrg.org