

Informationsveranstaltung der SwissDRG AG

SwissDRG - Version 10.0 / 2021

SwissDRG - Version 10.0 / 2021

- 1. Datengrundlagen**
2. Grouperweiterentwicklung
3. Ergebnisse

Anzahl Spitäler

Datenjahr	2018	2017	2016
Netzwerkspitäler	131	117	103
Gesamtspitäler	176	177	176

- Gesamtlöschung von 4 Spitälern, 3 ohne Lieferung 2017
- Daten von 127 Spitälern zur Systementwicklung verwendet (106 im Vorjahr)

Gelieferte Fälle

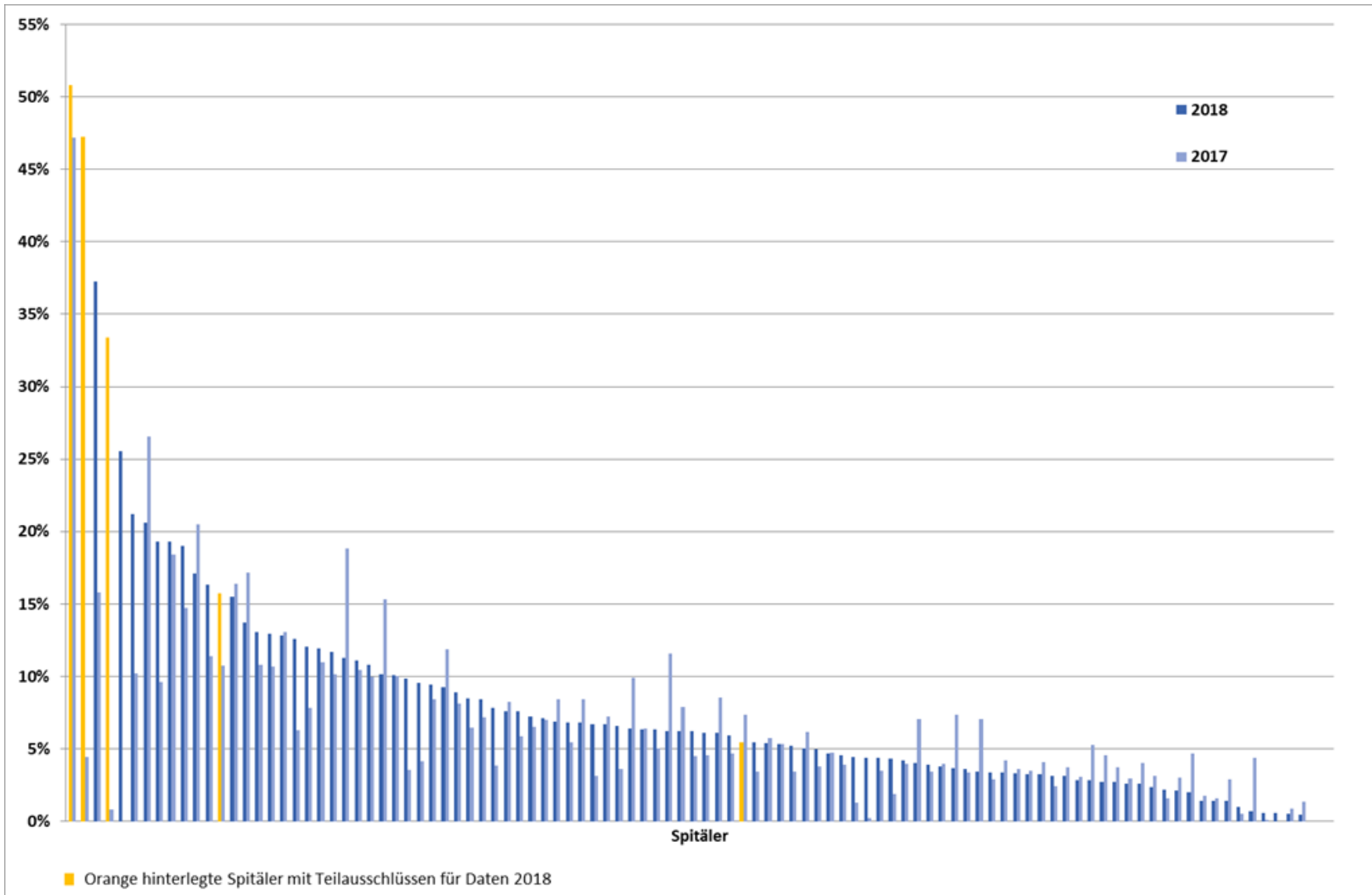
Datenjahr	2018	2017	2016
Tarifstruktur	SwissDRG 10.0	SwissDRG 9.0	SwissDRG 8.0
Daten NWS	1'172'590	1'139'777	1'056'577
Gesamtdaten	1'278'241	1'275'168	1'276'785
Stichprobe	91.73 %	89.38 %	82.75%

Übersicht Datenerosion

Gesamtdaten	SwissDRG Erhebung	
1'339'647	1'176'405	gelieferte Fälle
↓	↓	- Psychiatrie / Rehabilitation - Ambulante Fälle - Austritt ausserhalb der Erhebungsperiode
1'278'241	1'172'590	Fälle im Anwendungsbereich (inkl. Geburtshäuser)
	↓	- nicht verwendbare, private Fälle - Fälle ohne Vollkosten
	1'147'566	Datensatz vor Plausibilisierung
	↓	- Plausibilisierung der Fälle (inkl. Gesamtlöschung von 4 Spitälern)
	1'063'220	Plausible Fälle 2018 (Kalkulationsdaten)
		+ 431 Fälle aus Daten 2017 + 100 Fälle aus Daten 2016

} Systementwicklung

Anteil unplausibler Fälle pro Spital



Kostenzuweisung Entlassverlegte

- insgesamt ca. 45'100 entlassverlegte Fälle (1.5.V03=6) aus 127 Spitälern

→davon 19'200 Fälle mit durchschnittlichen Kosten unter v109 «Patiententransporte durch Dritte» von ca. 1'160 Franken

→weitere 5'500 Fälle mit durchschnittlichen Kosten unter v440 «Rettungs- bzw. Ambulanzdienst» von ca. 860 Franken

=> 20'000 Fälle ohne Kosten

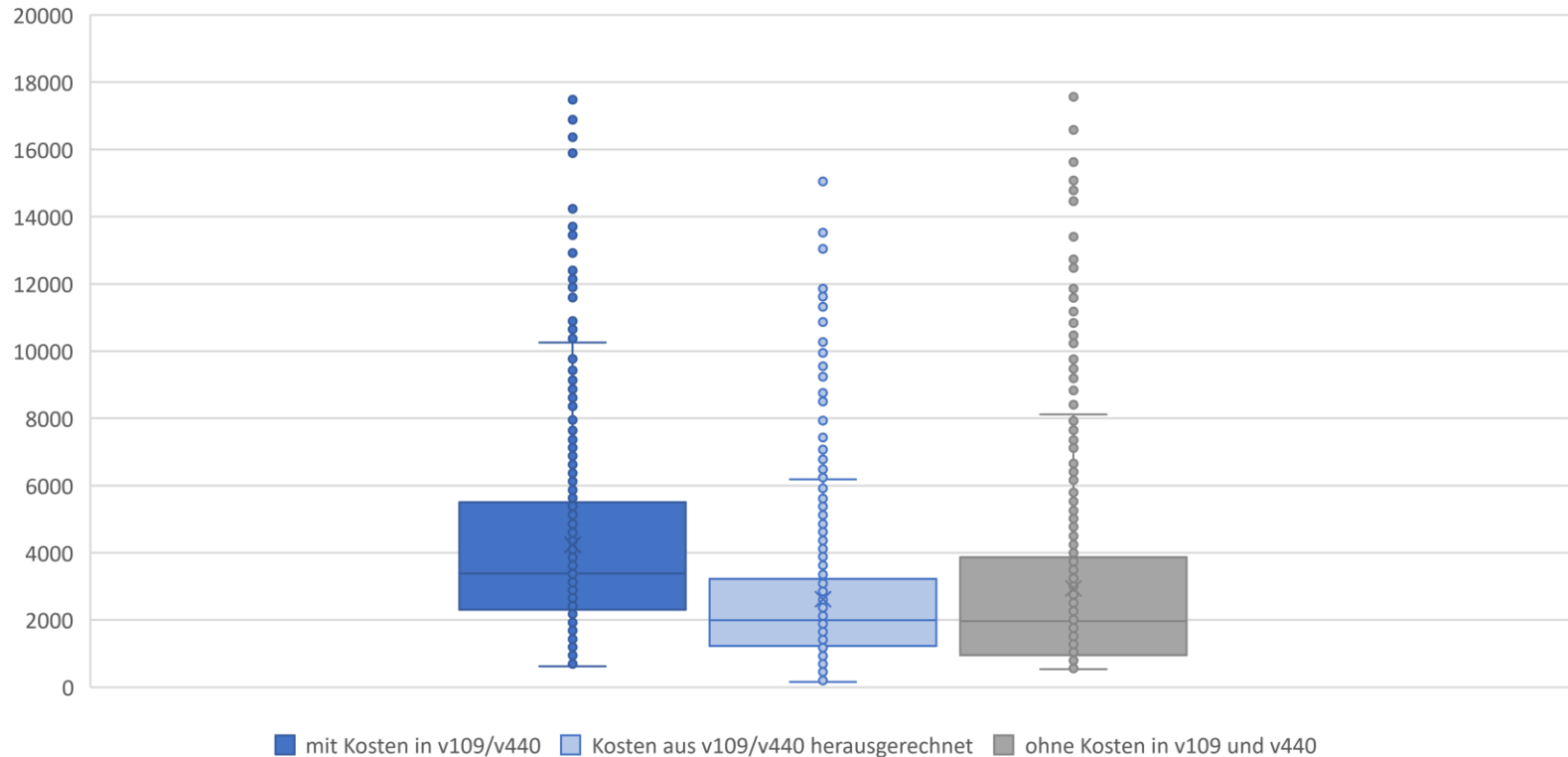
Datenbasis: Daten 2018, Anwendungsbereich

Kostenzuweisung Entlassverlegte

- v109 Patiententransporte durch Dritte
=> Einzelkosten
- v440 Rettungs- bzw. Ambulanzdienst
(nur Sekundärtransporte)
=> Gemeinkosten

Vergleich der Fälle in der P60C

Vergleich der Gesamtkosten



Datengrundlage: Kalkulationsdaten 2018, gruppiert nach Version 10.0

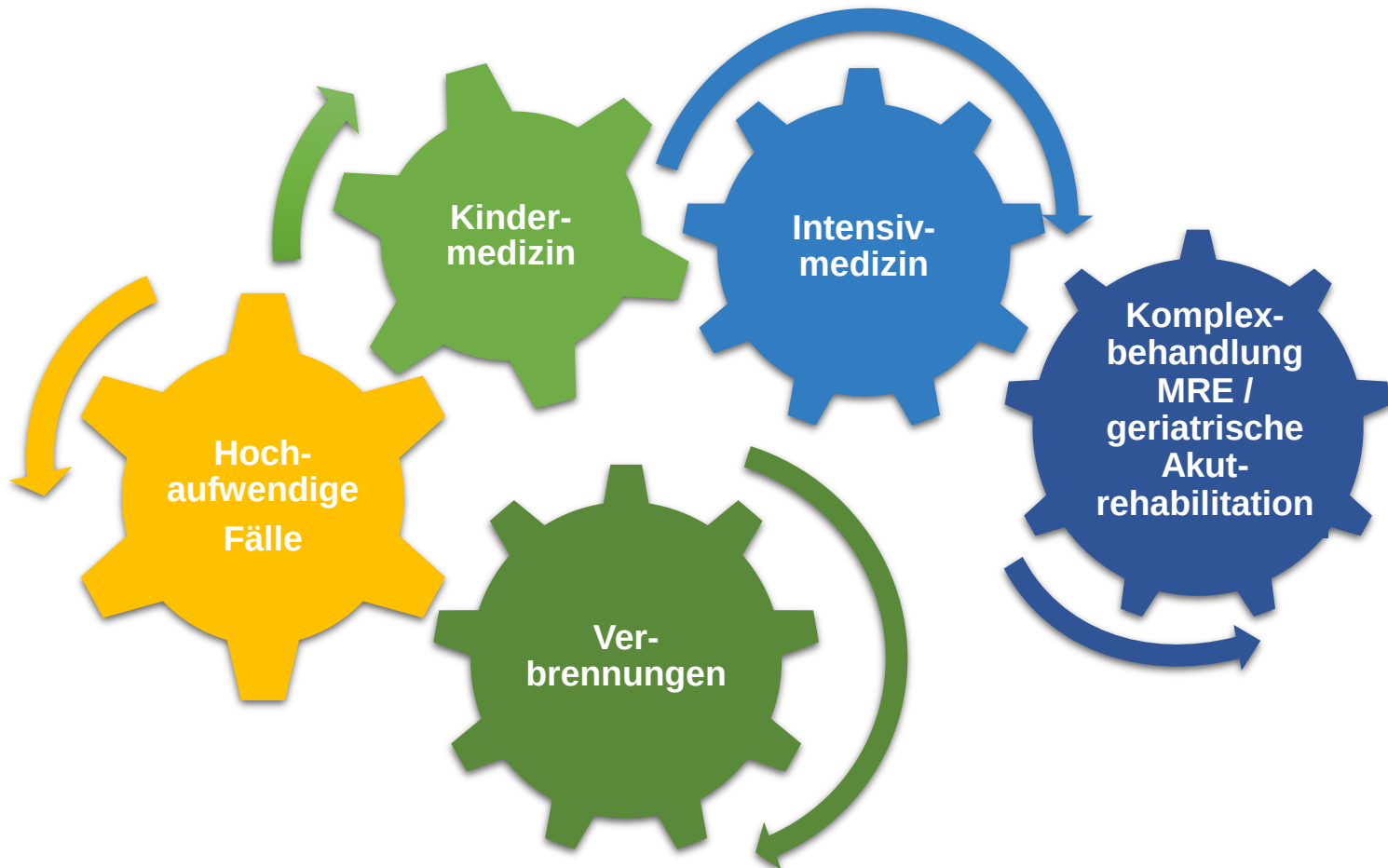
Zeitachse Tarifstruktur



SwissDRG - Version 10.0 / 2021

1. Datengrundlagen
- 2. Grouperweiterentwicklung**
3. Ergebnisse

Entwicklungsschwerpunkte



Hochaufwendige Fälle

Einzelfallprüfung

Klinische Merkmale der Fälle:

- sehr hohe ICU und IMCU Punkte
- sehr hohe Beatmungsstunden
- Dekubiti Grad 4
- ausgedehnte Verbrennungen
- neurolog. - neurochir. Frührehab. mit sehr langer VWD
- Neugeborene mit angeborenen Fehlbildungen
- Patienten mit herzunterstützenden Systemen
- Graft-versus-Host Krankheit

Hochaufwendige Fälle

Einzelfallprüfung

Auffällige Kostenkomponenten:

- hohe externe Kosten ohne entsprechende Kodierung
- v103 medizinisches Material
- v104 Implantate
- v290 Labor
- v380 Hotellerie
- v310 Ärzteschaften
- v360 medizinische und therapeutische Diagnostik

Hochaufwendige Fälle

Einzelfallprüfung

Kostenerfassung:

- für Patienten mit herzunterstützenden Systemen
Zusatzentgelt sinnvoll zur Abbildung der Dauer der
Behandlung
- Kalkulation dieser Kosten sehr schwierig für Spitäler

→ aktuell kein Zusatzentgelt kalkulierbar

Hochaufwendige Fälle Verbrennungen

Kodierprobleme:

- ICD T31.-! Verbrennungen, klassifiziert nach dem Ausmass fehlt
 - ICD T31.-! (Prozentsatz der betroffenen Körperoberfläche) ist grundsätzlich zusätzlich zur Lokalisation und Grad der Verbrennung zu kodieren
- bei schwersten Verbrennungen gruppierungsrelevant

Hochaufwendige Fälle

Graft-versus-Host Krankheit

Umbau:

- Basis DRG R60 «*Akute myeloische Leukämie, > 1 BT o. autologe STZ-Entnahme o. Graft-versus-Host Disease*»
 - Aufwertung der Fälle «*Akute GvHD, Grad III / IV*» sowie «*Chron. GvHD, schwere Form*» in DRGs R60 A / B
- Basis DRG R61 «*Lymphom u. nicht akute Leukämie, > 1 BT*»
 - Aufwertung der Fälle «*chron. GvHD, schwere Form*» in DRG R61A
- Basis DRG R50 «*Hochkompl. Chemoth. 2 Therapieblöcke o. hochkompl. Chemoth. mit protektiver Isolierung ab 14 BHT o.....*»
 - Aufwertung der Fälle «*Akute GvHD, Grad III / IV*» in DRG R50A

Hochaufwendige Fälle Intensivmedizin

Analyse:

- Identifikation sehr aufwendiger Fälle mit hohen ICU Punkten

Umbau:

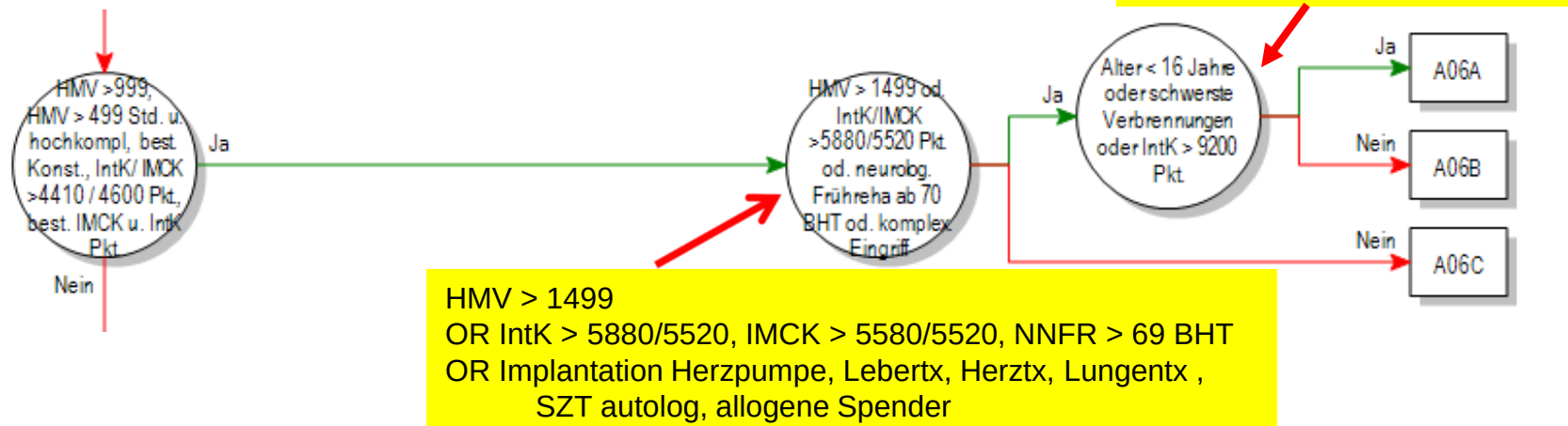
- Aufwertung der Fälle mit $\text{IntK} > 2940 / 3680$ Pkt. ohne weitere Bedingung in DRG A07A «*Beatmung > 499 Stunden mit komplexer OR-Prozedur.....oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 2940/3680 Aufwandspunkte...*»

Hochaufwendige Fälle

Intensivmedizin / Verbrennungen

Ergebnis:

- Zusammenführen der DRGs A06Z und A18Z
- Etablierung neuer Splitkriterien



Hochaufwendige Fälle Verbrennungen

Problem:

- Logik in Funktion «*schwere Verbrennung*» aufgrund ICD Codes mit Ausrufezeichen «!» nicht korrekt
- aufwendige Fälle mit «*temporären Weichteildeckungen*» nicht ausreichend vergütet

Umbau I:

- aus HD Tabelle der Funktion alle ICD Codes mit «!» entfernt, T31.00 – T32.99 «*Verbrennungen /Verätzungen, klassifiziert nach dem Ausmaß der betroffenen Körperoberfläche*»
- Fälle mit ICD Codes T31.00 – T32.99 erfüllen die weitere Bedingungen nur als ND

Hochaufwendige Fälle Verbrennungen

Antrag:

- ausgedehnte Verbrennungen an mehreren Lokalisationen in Basis DRG Y02 «*Andere Verbrennungen mit Hauttransplantation,...*» nicht aufwandsgerecht abgebildet

Umbau:

- Aufwertung der Fälle mit Verbrennungen an verschiedenen Lokalisationen
 - mind. 2 Nebendiagnosen mit «*Verbrennungen Grad 2*»
 - oder «*Verbrennung Grad 3*» als Nebendiagnose

Hochaufwendige Fälle

Neurolog.- neurochir. Frührehabilitation

Analyse:

- Mehrkosten von Fällen mit neurolog.- neurochir. Frührehab. in Basis DRG A07 «*Beatmung > 499 Stunden oder andere aufwendige Konstellationen oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 2940/3680 Aufwandspunkte*» im Vergleich zu übrigen Fällen

Umbau:

- Aufwertung der CHOP Codes 93.89.1K – 93.89.1V «*Neurologisch-neurochirurgisch Frührehabilitation, mindestens 7 Behandlungstage*» in DRG A07A

Hochaufwendige Fälle

Neurolog.- neurochir. Frührehabilitation

Neu:

- Aufwertung der Fälle mit neurolog.- neurochir. Frührehab. ab 70 BHT ohne Diagnose «Wachkoma, Locked in Syndrom» in neue DRG A43A
- Aufwertung der Fälle mit «IMCK > 1764/1932 Punkten»



Hochaufwendige Fälle

Herzkreislaufunterstützende Systeme

Bisher:

- Dauer einer «Behandlung mit herzkreislaufunterstützenden Systemen, mit Pumpe, ohne Gasaustauschfunktion,...» CHOP Codes 37.69.2-; 37.69.4-; 37.69.5-; 37.69.6-; ohne Gruppierungsrelevanz
- Fälle weisen einen erhöhten Ressourcenverbrauch auf
- Implantation CHOP Kode 37.6A.- ist ZE relevant

Umbau:

- neue MDC übergreifende Tabelle mit den CHOP Codes «Dauer der Behandlung mit einem herzkreislaufunterstützenden System, mit Pumpe, ohne Gasaustauschfunktion,...»
- Aufnahme der Tab. in Basis DRGs A06 und F87

Komplexbehandlung bei MRE

Ausgangssituation:

- über Jahre hinweg wiederholt Anträge zur Prüfung der Abbildung dieser Fälle aufgrund «*Mindervergütung bei Mehrleistung*»
- Prüfung der Situation durch einfaches Auflösen der Basis DRG A94 «*Komplexbehandlung bei Besiedlung oder Infektion mit multiresistenten Erregern ...ohne OR-Prozedur*» in den Ziel DRGs bisher ohne befriedigendes Ergebnis
- auf Daten 2018 aufwendige Analyse dieser Fälle in allen MDCs und DRGs

Komplexbehandlung bei MRE

Vorgehen

- Auflösen der Basis DRG A94 in der Prä-MDC
513 Fälle mit «KBH bei MRE **ohne OR Prozedur**» gruppieren
jetzt Hauptdiagnosen **abhängig** in entsprechende
med. Partitionen
- Fälle mit OR-Prozeduren waren bereits von Basis
DRG A94 ausgenommen, sowie die MDCs 17 u. 18B
- Auswertung der Fallzahlen nach MDCs
- Fallzahl starke MDCs -> 01, 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09,
10, 11, 12, 16

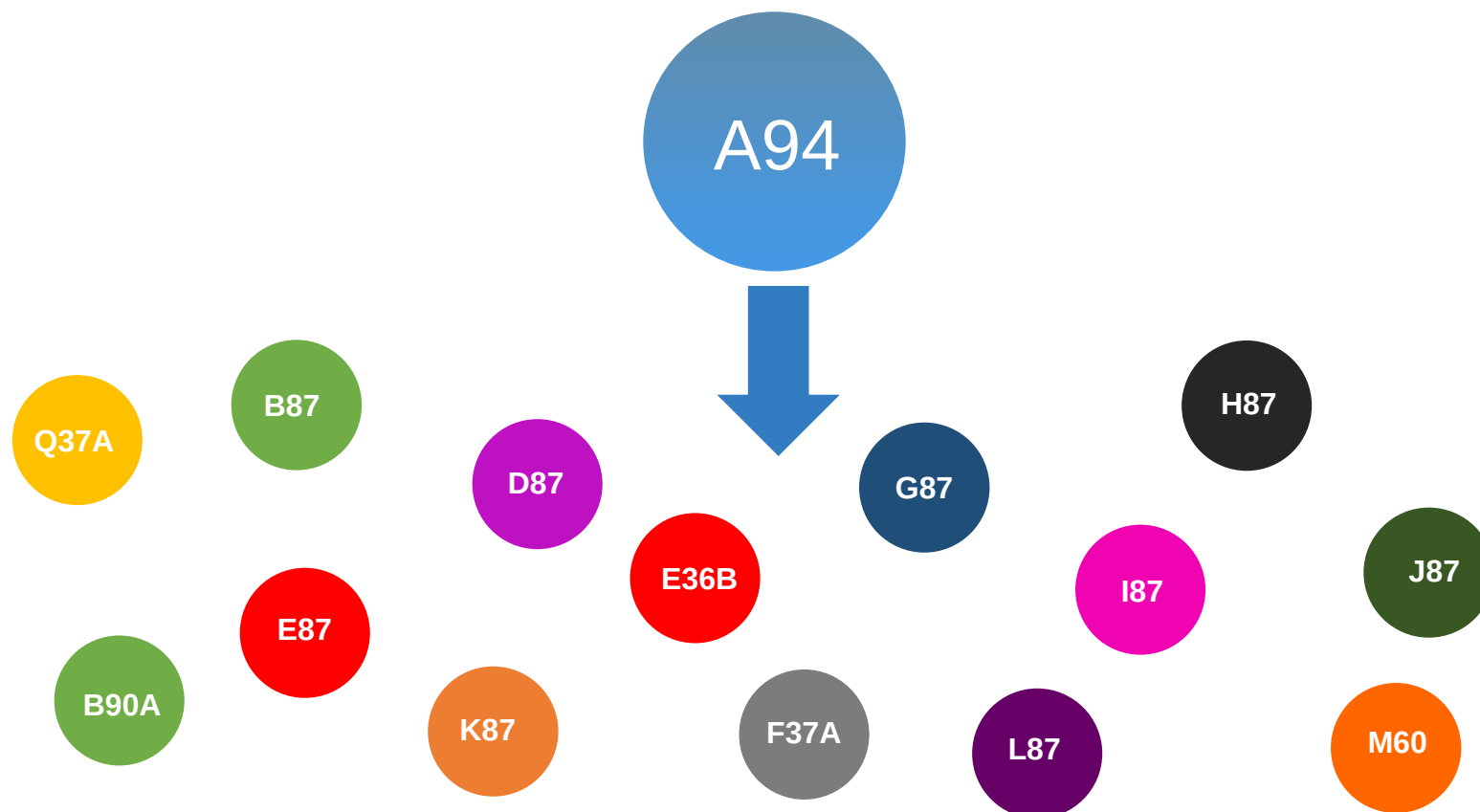
Komplexbehandlung bei MRE

Vorgehen

- Aufnahme der Fälle mit CHOP Codes 93.59.5- «KBH bei MRE,...» in Fallzahl starken MDCs
- auf Basis der Datenanalyse Gruppierungsrelevanz «nach Anzahl BHT» aufgenommen
- Logik der DRGs an erster Stelle in med. Partition um Fälle «Komplexbehandlung bei MRE, nach Anzahl BHT» erweitert
- in MDCs 04; 05; 16 zusätzlich in operativer Partition die DRGs «IntK / IMCK > 196 / 119 Pkt.» um Fälle mit MRE erweitert

Komplexbehandlung bei MRE

Auflösung der Basis DRG A94 und Aufnahme der Fälle mit «KBH bei MRE» in den entsprechenden MDCs/DRGs



Komplexbehandlung bei MRE

Analyse Auflösung A94

Prüfung:

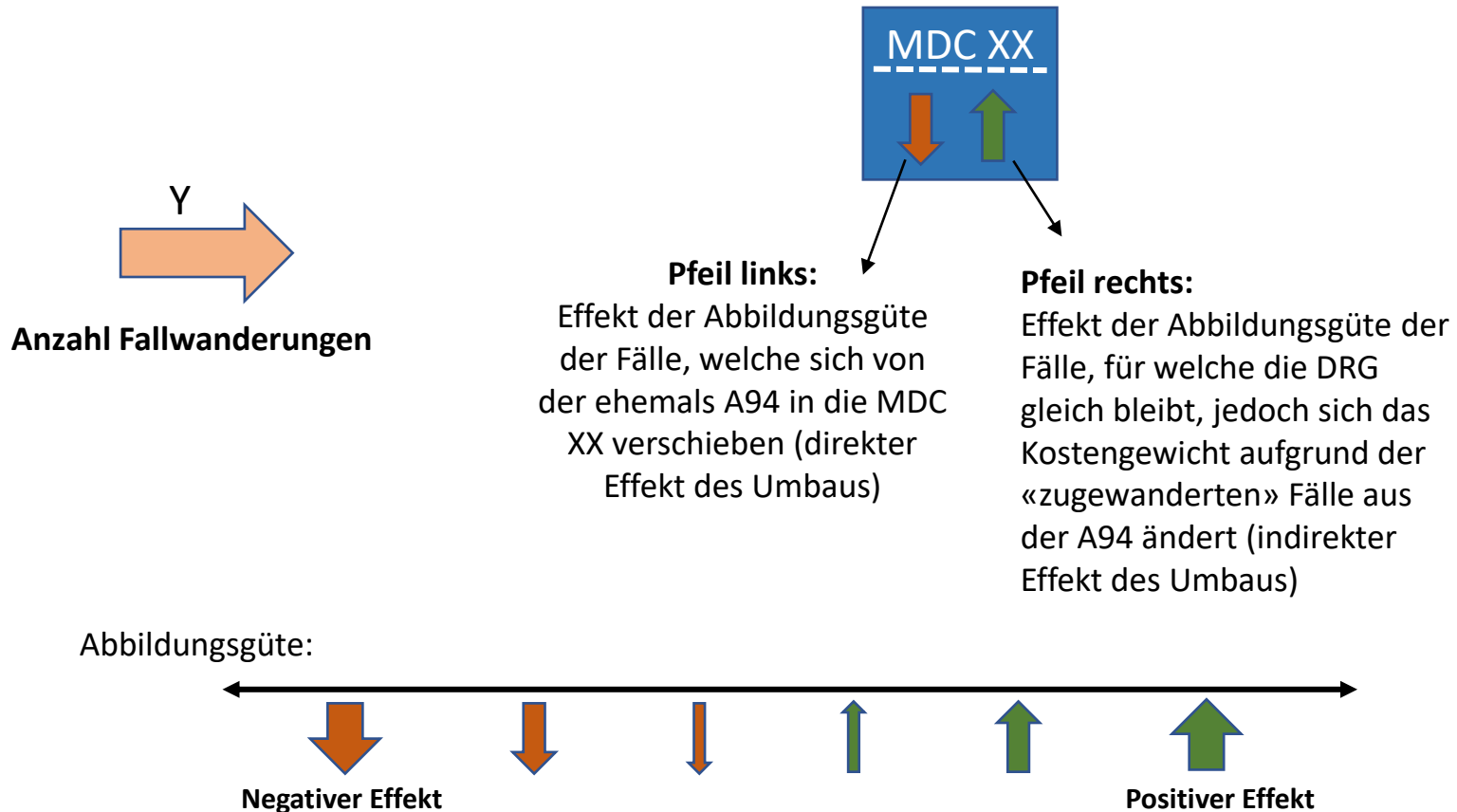
Simulation/Analyse der Auflösung der Basis DRG A94

1. Gruppierung / Katalog-Simulation vor Grouperumbau
 - „mit A94“ – Behalten der A94
2. Auflösung der A94 in Grouper zu Simulationszwecken
3. Gruppierung / Katalog-Simulation nach Grouperumbau
 - „ohne A94“ – Auflösung der A94
4. Vergleich der beiden Grouper-Spezifikationen

Komplexbehandlung bei MRE

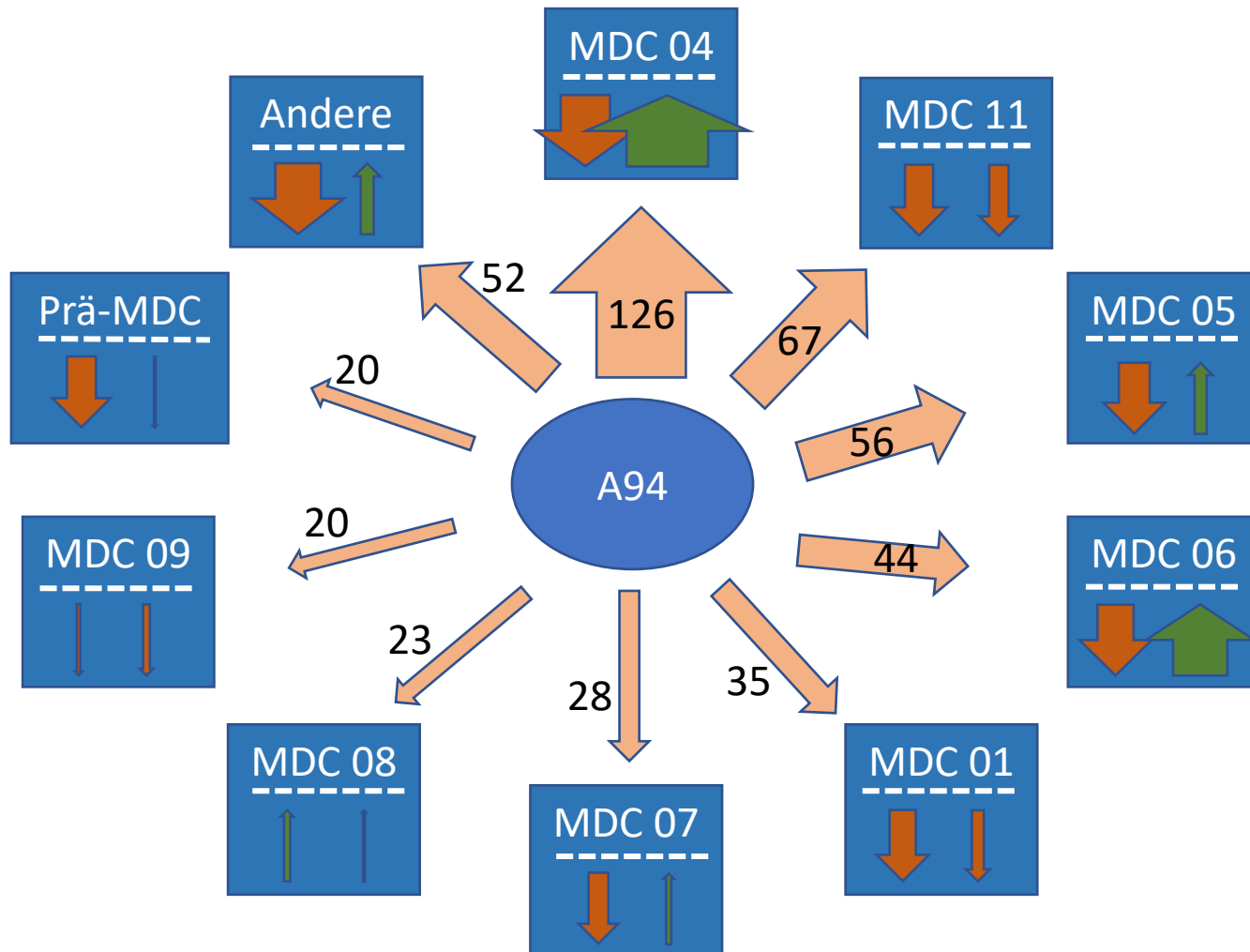
Analyse Auflösung A94

Ergebnis: Notation zur grafischen Darstellung



Komplexbehandlung bei MRE

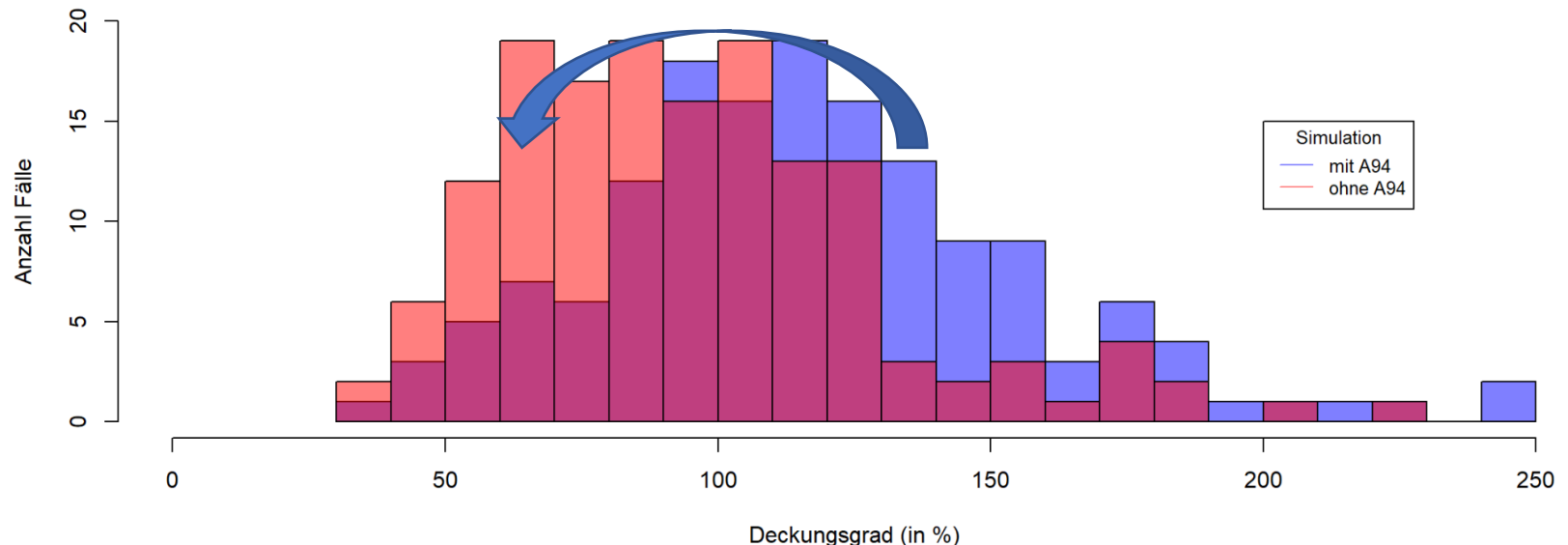
Ergebnis



Komplexbehandlung bei MRE

Ergebnis

Histogramm der Deckungsgrade der Fälle aus A94B



- Auflösung der A94 bewirkt für diese Fälle (hier dargestellt für die Fälle der A94B) eine Verschiebung der Deckungsgrade in Richtung einer Unterdeckung
- diese Verschiebung wird auch für die anderen DRGs in der A94 beobachtet

Komplexbehandlung bei MRE

Ergebnis

1. leichte Verringerung der Gesamtabbildungsgüte
 2. bei näherer Betrachtung gilt aber...
 - verringerte Abbildungsgüte der Fälle aus der ehemals Basis DRG A94
 - erhöhte Abbildungsgüte der Fälle, für welche die Kostengewichte durch «zugewanderte» Fälle der ehemals A94 beeinflusst wurden
 - unterschiedliche Ergebnisse je nach MDC/DRG
- Ziel, Fälle aus Basis DRG A94 durch Auflösung der Basis DRG besser abzubilden, nicht umsetzbar**

Komplexbehandlung bei MRE Konsequenz

- Rückbau aller Umbauten für Fälle mit «KBH bei MRE» aus den verschiedenen MDCs
 - Wiederaufbau Basis DRG A94 in Prä-MDC
- über das Gesamtsystem betrachtet ist die Abbildung der Fälle mit «KBH bei MRE» in der Prä-MDC in Basis DRG A94 sachgerecht

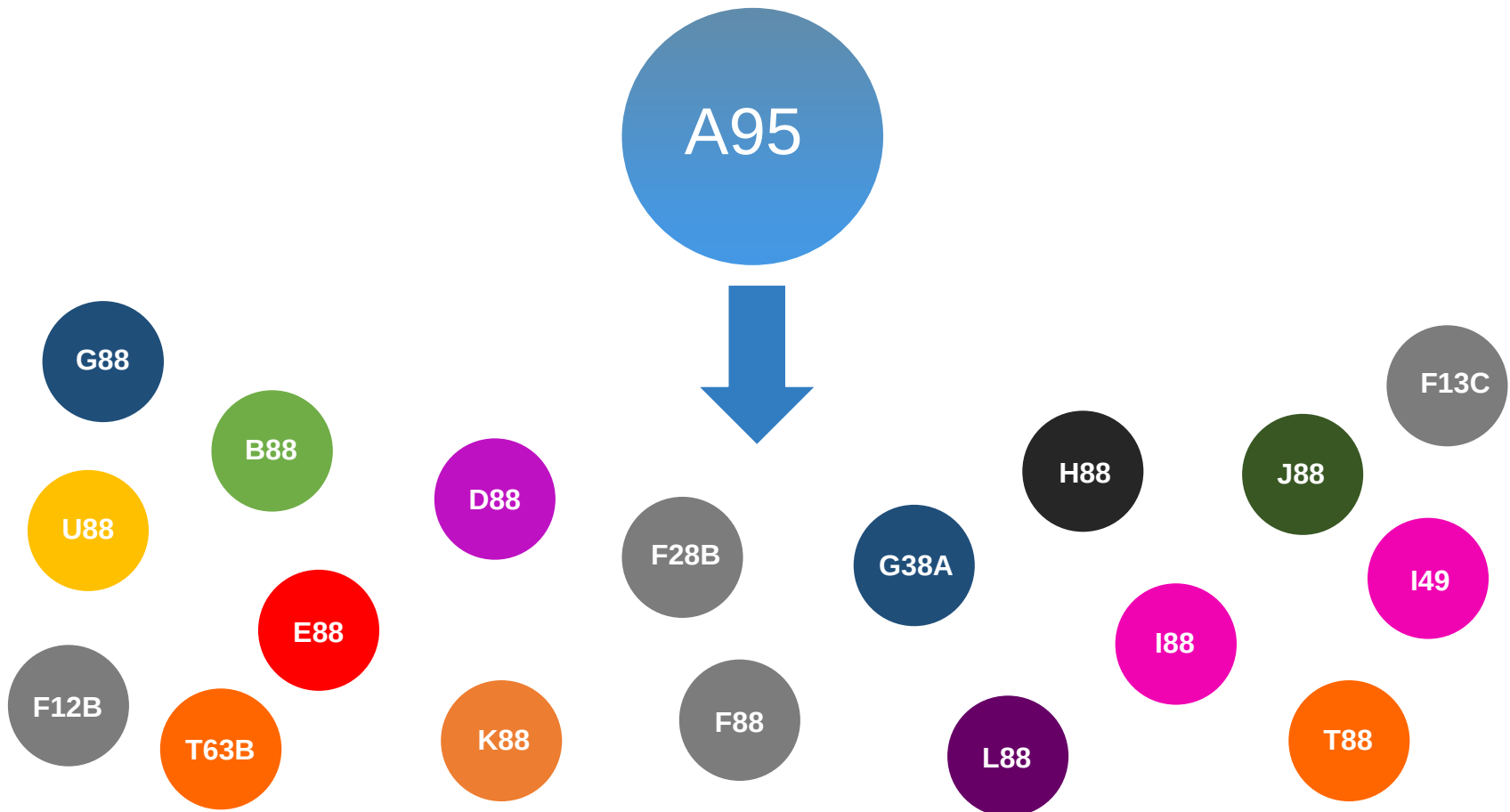
Geriatrische Akutrehabilitation

Vorgehen

- Auflösen der Basis DRG A95 in der Prä-MDC
- 13'583 Fälle gruppieren jetzt Hauptdiagnosen abhängig
- Fälle mit Logik aus Basis DRG I06 «*Komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule mit komplexem Korrekturingriff,..*» waren bereits von Basis DRG A95 ausgenommen
- Auswertung der Fallzahlen nach MDCs
- Fallzahl starke MDCs → 01, 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09, 10, 11, 18B, 19

Geriatrische Akutrehabilitation

Auflösung der Basis DRG A95 und Aufnahme der Fälle mit «Geriatrischer Akutrehabilitation» in entsprechenden MDCs / DRGs



Geriatrische Akutrehabilitation

Analyse Auflösung A95

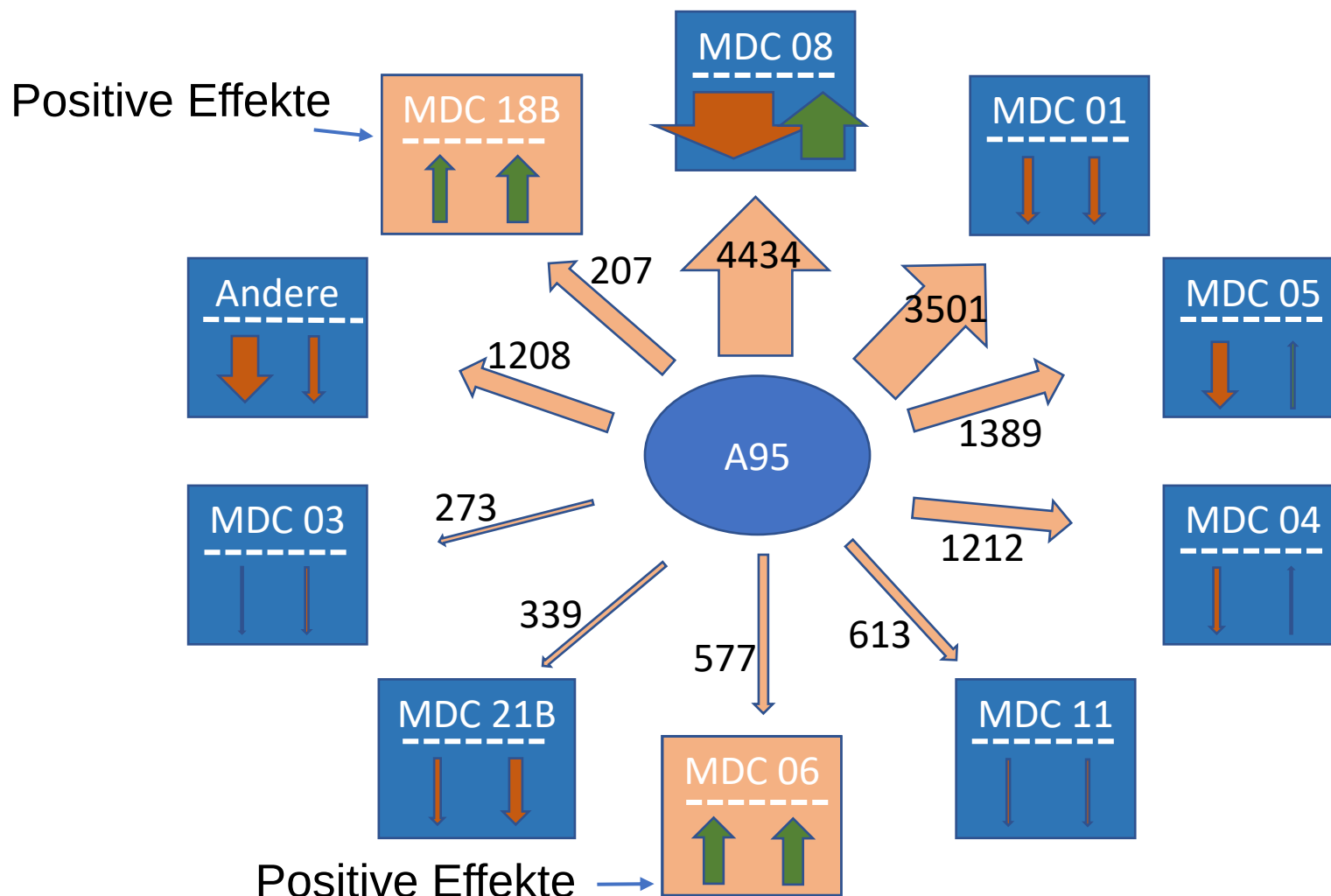
Prüfung:

Simulation/Analyse der Auflösung der Basis DRG A95

1. Gruppierung / Katalog-Simulation vor Grouperumbau
 - „mit A95“ – Behalten der A95
2. Auflösung der A95 in Grouper zu Simulationszwecken
3. Gruppierung / Katalog-Simulation nach Grouperumbau
 - „ohne A95“ – Auflösung der A95
4. Vergleich der beiden Grouper-Spezifikationen

Geriatrische Akutrehabilitation

Ergebnis



Geriatrische Akutrehabilitation

Ergebnis

1. leichte Verringerung der Gesamtabbildungsgüte
 2. bei näherer Betrachtung gilt aber..
 - verringerte Abbildungsgüte der Fälle aus der ehemals Basis DRG A95
 - erhöhte Abbildungsgüte der Fälle, für welche die Kostengewichte durch die «zugewanderten» Fälle der ehemals A95 beeinflusst wurden
 - unterschiedliche Ergebnisse je nach MDC / DRG
 - MDC 06 und 18B zeigen durchwegs positive Effekte
- **Ziel, Fälle aus Basis DRG A95 durch Auflösung der Basis DRG A95 besser abzubilden, nicht umsetzbar**

Geriatrische Akutrehabilitation

Konsequenz

- Rückbau der Basis DRG A95 für Fälle mit «*Geriatrischer Akutrehabilitation*» aus den MDCs ausser für Fälle in ->
 - MDC 06 «*Verdauungsorgane*»; DRG G38A «*IntK > 196/184 Pkt... oder geriatrische Akutrehabilitation ab 21 BHT,...*» und neue DRG G88Z «*Geriatrische Akutrehabilitation ab 14 BHT*»
 - MDC 18B «*Infektionen*»; neue DRG T88Z «*Geriatrische Akutrehabilitation ab 14 BHT*»
- sachgerechte Abbildung der Fälle mit «*Geriatrische Akutrehabilitation*»

MDC übergreifende Umbauten

Akute Para- / Tetraplegie

Problem:

- Mindervergütung bei Mehrleistung bei Fällen mit akuten Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks, die zusätzlich Bedingung des Polytraumas erfüllen

Umbau:

- Ausschluss der DRGs B61A und B aus Polytrauma Umleitung

→ Fälle gruppieren nun aufwandsgerecht in Basis DRG B61

MDC übergreifende Umbauten MMST / rheumatologische KBH

Bisher:

- Fälle mit multimodaler Schmerztherapie werden HD abhängig den Basis DRGs A92 bzw. U42 zugeordnet

→ Wahl der HD mit Fehlanreiz verknüpft

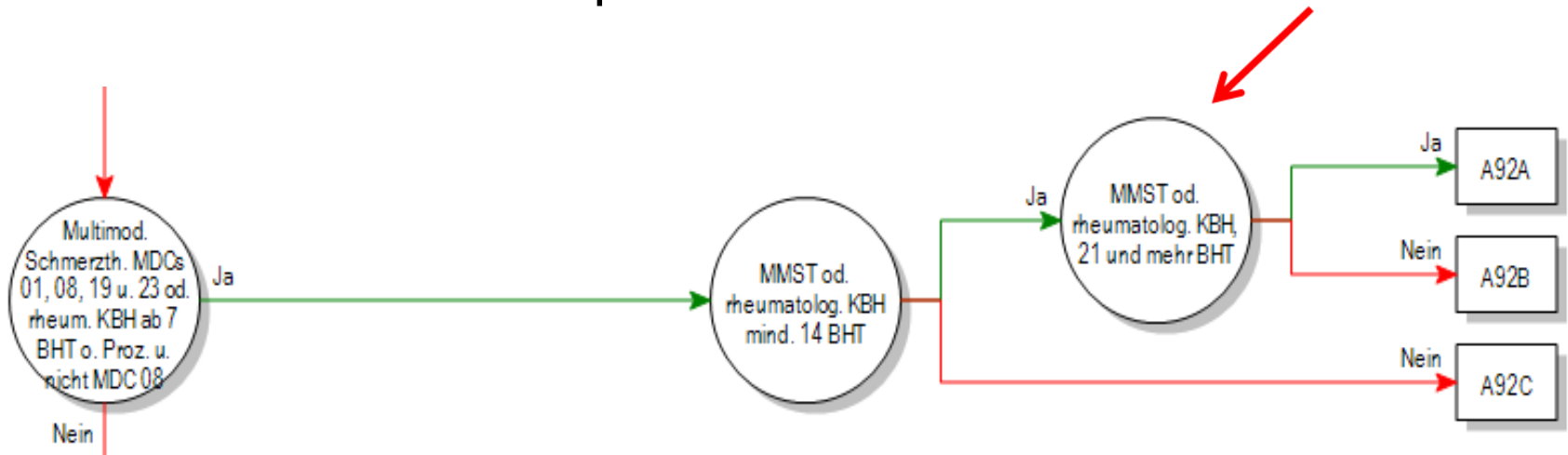
Antrag:

- Zusammenführen der Basis DRGs A92 und U42

MDC übergreifende Umbauten MMST / rheumatologische KBH

Umbau:

- Kondensation der Basis DRGs A92 und U42, Prüfung und Neudefinition der Splitkriterien



MDC übergreifende Umbauten

Palliativmedizinische Komplexbehandlung

Antrag:

- Fälle mit Behandlung in Stroke Unit / Center und palliativmed. KBH in Basis DRG A97 «*Palliativmedizinische Komplexbehandlung*» nicht sachgerecht abgebildet

Umbau:

- Aufwertung der Fälle mit neurol. Komplexbehandlung in DRG A97D «*Palliativmedizinische Komplexbehandlung ...oder neurologische Komplexbehandlung ab 24 Stunden...*»

MDC übergreifende Umbauten Akutschmerzbehandlung

Antrag:

- Überprüfung der Abbildung CHOP Codes 93.A3.3-
«Komplexe Akutschmerzbehandlung,...» als Splitkriterium in mehr
als 120 DRGs

Umbau:

- Aufnahme der CHOP Codes 93.a3.33 und 93.a3.34
«Komplexe Akutschmerzbehandlung, von mindestens 14 und mehr
Behandlungstage» in Funktion «Komplizierende Prozeduren»

→ sachgerechte Aufwertung der Behandlung

MDC übergreifende Umbauten Neurostimulator

Antrag betreffend MDC 11:

- nicht sachgerechte Vergütung der CHOP Kodegruppe 04.92.- «*Implantation oder Wechsel der Elektrode(n) eines peripheren Neurostimulators*» in Basis DRG L09 «*Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane*»

Zusätzliches Problem in MDC 01:

- Mindervergütung von Fällen mit Hauptdiagnose G95.84 «*Detrusor-Sphinkter-Dyssynergie bei Schädigung des Rückenmarks*» und einem Eingriff aus CHOP Kodegruppe 04.92.-

MDC übergreifende Umbauten

Akute Para- / Tetraplegie

Antrag:

- ICD Codes G95.8- «Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Rückenmarkes» aus Diagnosetabelle Basis DRG B61 löschen, Fälle sind dort überbewertet

Umbau:

- Verschiebung Code G95.84 «Detrus-Sphinkt-Dyssynerg b Schädig RM» aus Basis DRG B61 in Basis DRGs B60 «Paraplegie/Tetraplegie» und B03 «OP b n ak ParaTetrapl/WS+R, BNB, OP b zer Lähm/ Muskdy/ Neurop» in Kombination mit urologischen Eingriffen

→ Fälle aufwandsgerecht abgebildet

MDC übergreifende Umbauten Neurostimulator

Analyse:

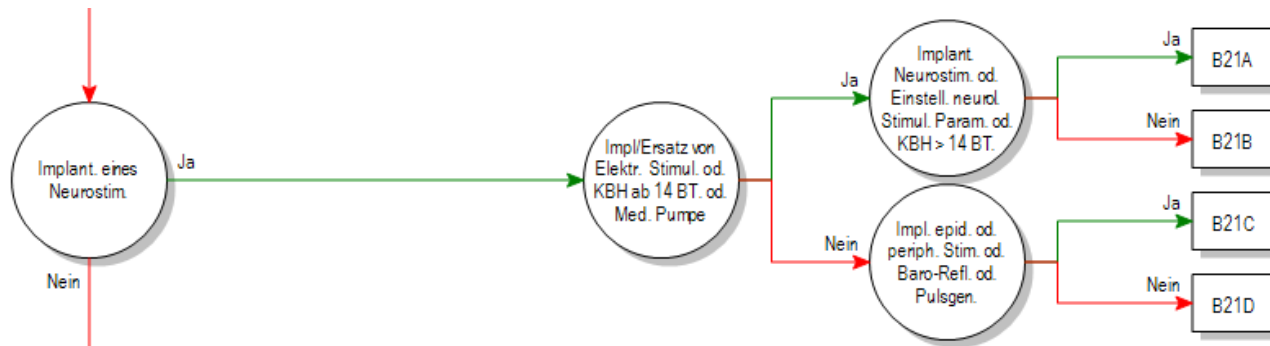
- Kosten der unterschiedlichen Fallgruppen vergleichbar

Umbau:

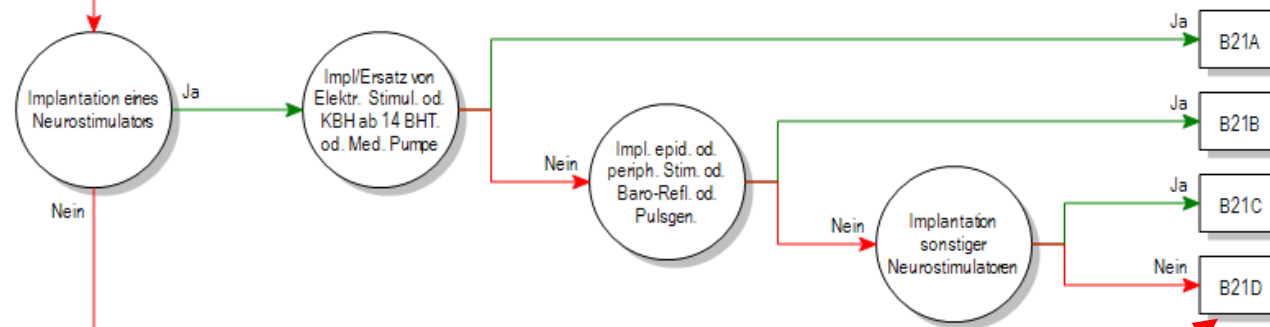
- Aufnahme CHOP Codes 04.92.- in Prä-MDC in Umleitung für Basis DRG B21 «*Implantation eines Neurostimulators*»
- Kondensation der DRGs B21A und B21B aufgrund geringer Fallzahl in B21B
- Schaffung einer neuen DRG B21D zur Abbildung der Fälle mit Implantation von Elektroden ohne Stimulator

MDC übergreifende Umbauten Neurostimulator

Bisher:



Neu:



Fusion der bisherigen B21A und B21B

Implantation von Elektroden

MDC übergreifende Umbauten Neurostimulator

durch Umbau bedingt:

- Problem in MDC 06; DRG G11B «*Pyloromyotomie oder Anoproktoplastik und Rekonstruktion von Anus und Sphinkter mit aufwendigem Eingriff, Alter > 9 Jahre*» Fallzahl schwach
- Verschiebung der Fälle mit Elektrodenimplantation bei Stuhlinkontinenz in DRG B21D

zusätzlicher Umbau:

- Kondensation der DRGs G11B und G11C

MDC übergreifende Umbauten

Komplementärmedizinische KBH

Antrag:

- CHOP Codes 99.BC.12 bis -.14 «Komplementärmedizinische Komplexbehandlung ab 10 Therapieeinheiten ...» übersteuern Zuordnung der Fälle mit vaginaler Entbindung aus MDC 14
- Fälle gruppieren in Basis DRG A96 «Komplementärmed. Komplexbehandlung ohne OR-Prozedur» in Prä-MDC

Umbau:

- Ausschluss von Fällen mit Hauptdiagnose der MDC 14 in Basis DRG A96
- Abbildung in MDC 14 sachgerecht

MDC übergreifende Umbauten

Grosse Eingriffe an Leber u. Pankreas

Problem:

- grosse Eingriffe an Leber und Pankreas in Abhängigkeit von Wahl der Hauptdiagnose in MDC 06 / 07 unterschiedlich abgebildet

Umbau:

- Umleitung «*grosse Eingriffe an Leber und Pankreas*» aus MDC 06 in MDC 07
- alle Fälle gelangen neu in Basis DRG H01 «*Eingriffe an Pankreas und Leber*»
- medizinisch und ökonomisch homogene Abbildung

MDC übergreifende Umbauten

Gallenblase und Pankreas

Problem:

- bestimmte Hauptdiagnosen «Gallenblase» und «Pankreas» der MDC 06 zugeordnet

Umbau:

- Verschiebung der Hauptdiagnosen: K91.81 «*Insuff. von Anast. u. Nähten n. OP an Gallenbl. u. Gallenw.*», K91.82 «*Insuff. von Anast. und Nähten n. OP am Pankreas*» aus MDC 06 in MDC 07 «*Hepatobiliäres System*» (Basis DRGs H64 und H62)

→ medizinisch und ökonomisch homogene Abbildung

MDC übergreifende Umbauten

Entzündung bei Implantaten im Nervensystem

Problem:

- Fälle mit Hauptdiagnose T85.72 «*Infektion und entzündliche Reaktion durch interne Prothesen, Implantate oder Transplantate im Nervensystem*» in MDC 21B nicht sachgerecht abgebildet

Umbau:

- Verschieben des Codes T85.72 in Hauptdiagnosen
Tabelle der MDC 01 «*Nervensystem*» und Aufnahme in
Basis DRG B72 «*Infektionen des Nervensystems...*»

MDC übergreifende Umbauten

Transurethrale Prostataresektion

Bisher:

- Transurethrale Prostataresektionen in MDC 11 und MDC 12 in Basis DRGs L05 / M02 «*Transurethrale Prostataresektion*» abgebildet

Neu:

- Umleitung aller Fälle mit einer transurethralen Prostataresektion aus MDC 11 in MDC 12 und damit in Basis DRG M02 «*Transurethrale Prostataresektion*»
- Auflösung der DRG L05Z

Prä-MDC

Mindervergütung bei Mehrleistung

Problem:

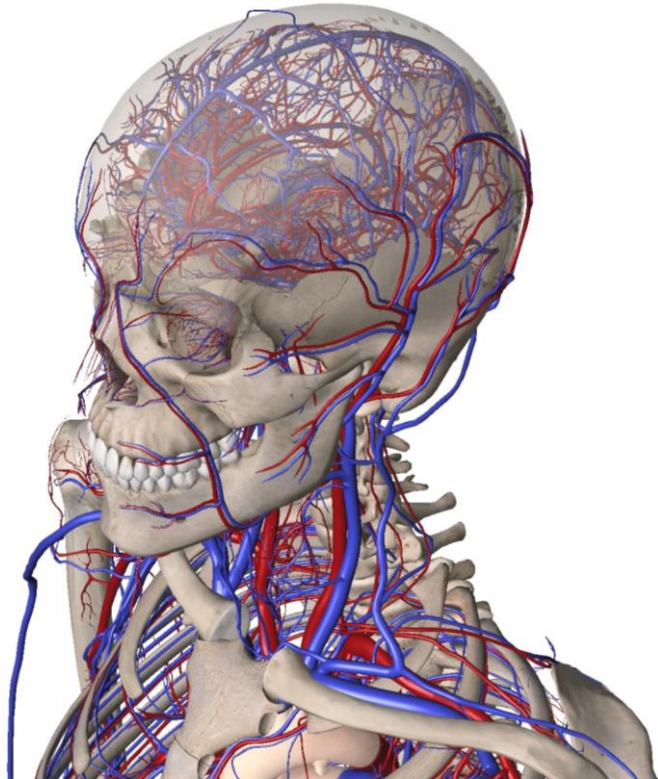
- Mindervergütung bei Mehrleistung von Fällen in DRGs A36B und A90B, welche auch die Bedingung für DRG G35Z «*Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane oder komplexe Diagnose mit komplexem Eingriff*» erfüllen würden

Umbau:

- Aufnahme der Logik der Basis DRG G35 in Splitkriterien der DRGs A36A und A90A

→ Aufwertung dieser Fälle

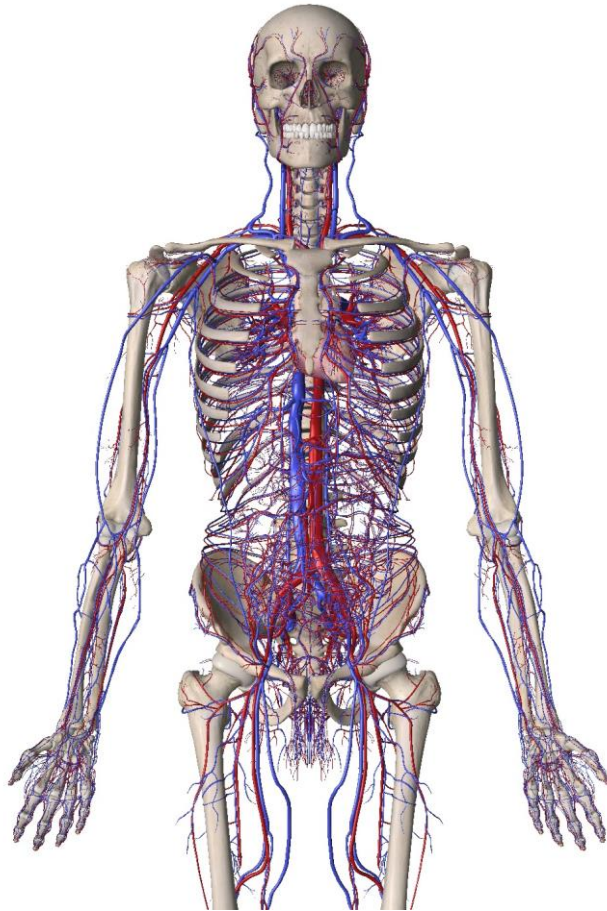
Nervensystem MDC 01



Intrakranielle Gefässe

Quellenangabe: Essential Anatomy 5

Nervensystem MDC 01



Extrakranielle Gefässe

- Spinale Gefässe

Quellenangabe: Essential Anatomy 5

Nervensystem MDC 01

Tabellenbereinigung:

- Fokus auf anatomische Unterscheidung
 - intrakranielle und
 - extrakranielle Gefässeingriffe
- laufender Prozess, erschwert durch jährliche CHOP Kode Überleitungen
- umfangreiche Tabellenbereinigung noch nicht abschliessend
- weiterhin im Fokus für Version 11.0
- weitere Umbauten in MDC 01.....

Nervensystem MDC 01

Eingriffe an extrakraniellen Gefässen

Analyse:

- Splitbedingungen in Basis DRG B04 «*Eingriffe an den extrakraniellen Gefässen oder ASD Verschluss oder Herzschrittmacher*» nicht mehr kostentrennend

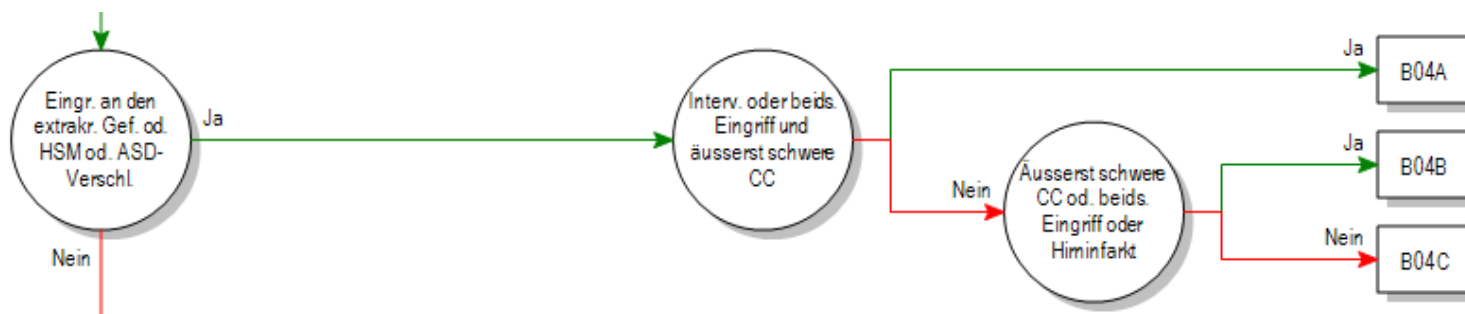
Umbau:

- Entfernung von Splitbedingungen & Vereinfachung der Logik mit gleichzeitiger Verbesserung der Systemgüte

Nervensystem MDC 01

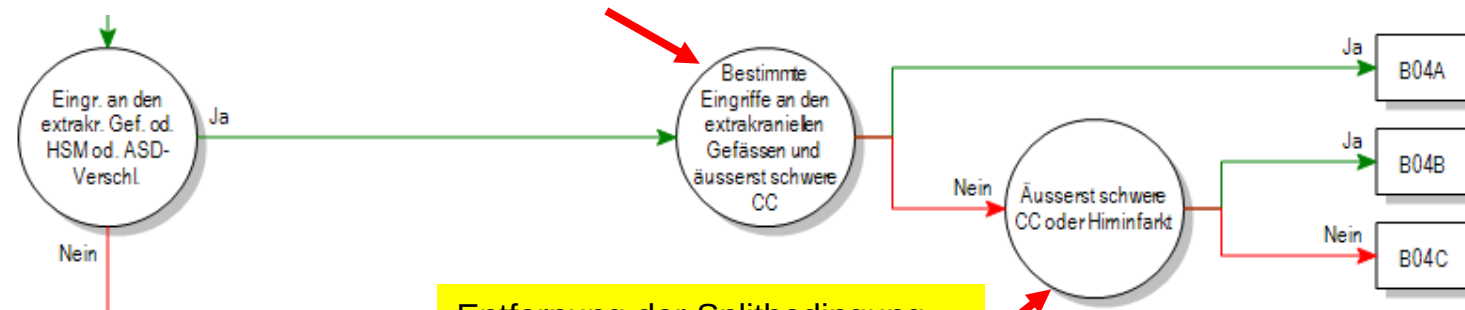
Eingriffe an extrakraniellen Gefässen

Bisher:



Neu:

Neue Tabelle «extrakranielle vaskuläre Eingriffe»
ohne Voraussetzung der Beidseitigkeit



Entfernung der Splitbedingung
«Beidseitiger Eingriff»

Nervensystem MDC 01

Intensivmedizin

Problem:

- nicht sachgerechte Vergütung von Fällen mit niedrigen intensivmedizinischen Aufwandspunkten in Basis DRGs B20 «*Kraniotomie oder grosse Wirbelsäulen-Operation*» und B76 «*Anfälle oder Video-EEG oder Komplexbehandlung Epilepsie ...*»

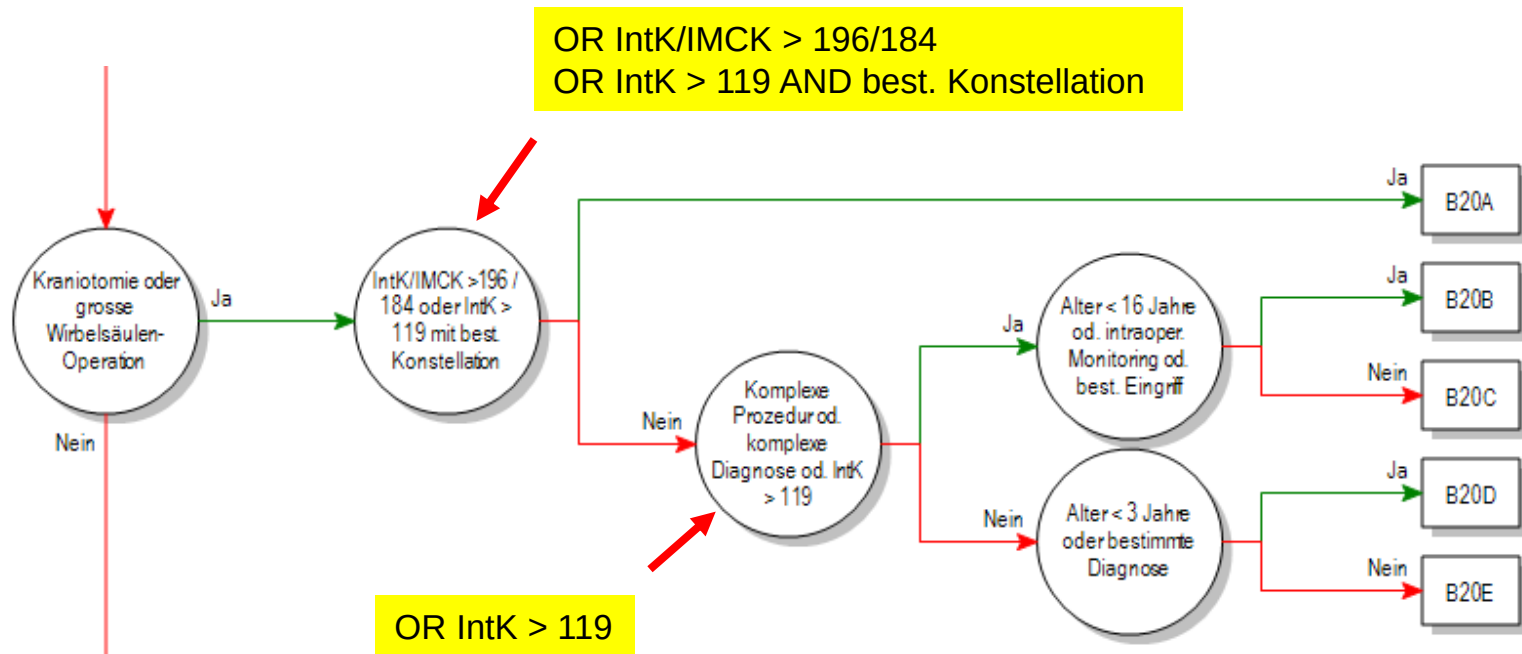
Umbau Basis DRG B76:

- Aufnahme «*IntK > 119 / IMCK > 196/119*» in Split für DRG B76A

Nervensystem MDC 01

Intensivmedizin

Umbau Basis DRG B20:



Nervensystem MDC 01

Kurzaufenthalte ICU / IMCU

Problem:

- Kurzaufenthalte auf ICU / IMCU nicht sachgerecht vergütet

Umbau:

- Herabsetzen der Aufwandspunkte für folgende DRGs

B02A:

«IntK Erw. >119 Pkt.» und «IMCK Erw. >119 Pkt. u. Kinder >196 Pkt.»

B03A:

«IntK Erw. >119 Pkt.»

Nervensystem MDC 01

Neurol. KBH mit operativem Eingriff

Analyse:

- Fallmenge in Basis DRG B39 «*Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mit best. Prozedur od. Apoplex / TIA mit Herzschrittmacher oder ASD Verschluss*» mit Überschneidungen zu anderen DRGs
- Logik extrem komplex

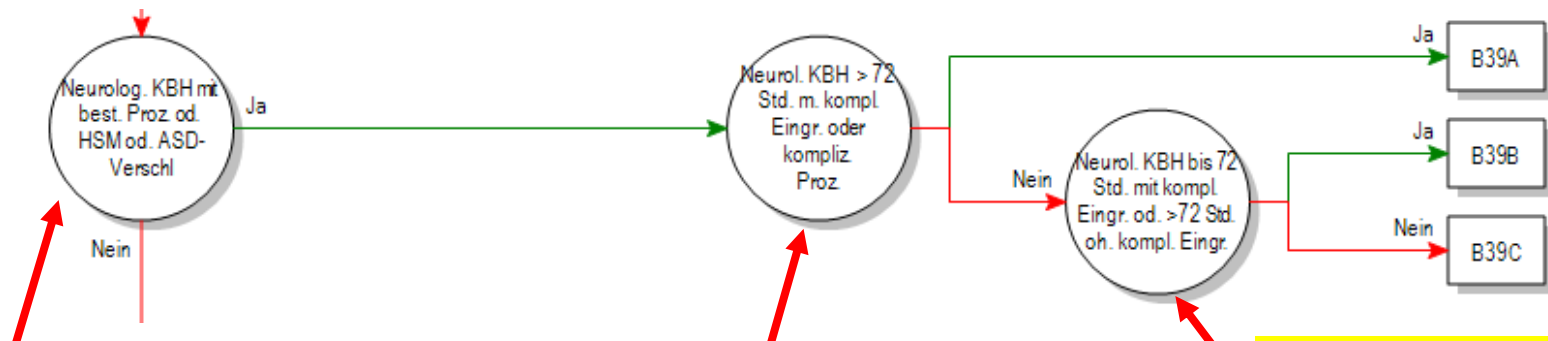
Ziele:

- Definition der Fallmenge mit klarer Abtrennung zu anderen DRGs der MDC 01
- nachvollziehbarer Aufbau der Basis DRGs und Logiken
- Verbesserung der Systemgüte

Nervensystem MDC 01

Neurol. KBH mit operativem Eingriff

Bisher:



(Prozedur in Tabelle [B39-1](#) und ([Bestimmte OR-Prozeduren](#) oder Prozedur in Tabelle [B39-2](#)) und Hauptdiagnose in Tabelle [B39-3](#)) oder (Hauptdiagnose in Tabelle [B39-3](#) und Prozedur in Tabelle [B39-4](#))

((Prozedur in Tabelle [B39-1](#) und ([Bestimmte OR-Prozeduren](#) oder Prozedur in Tabelle [B39-2](#)) und Hauptdiagnose in Tabelle [B39-3](#)) oder (Hauptdiagnose in Tabelle [B39-3](#) und Prozedur in Tabelle [B39-4](#))) und ((Prozedur in Tabelle [B39-5](#) und ((Prozedur in Tabelle [B39-6](#) und (PCCL > 3 oder Beatmungsstunden > 95 oder Prozedur in Tabelle [B39-7](#))) oder Prozedur in Tabelle [B39-8](#) oder ((Prozedur in Tabelle [B39-9](#) oder (Prozedur in Tabelle [B39-10](#) und PCCL > 3)) und Beatmungsstunden > 95)) und (Prozedur in Tabelle [B39-11](#) oder PCCL > 3 oder Beatmungsstunden > 95)) oder [Komplizierende Prozeduren](#) oder Prozedur in Tabelle [B39-12](#))

(Prozedur in Tabelle [B39-13](#) und ((Prozedur in Tabelle [B39-6](#) und (PCCL > 3 oder Beatmungsstunden > 95 oder Prozedur in Tabelle [B39-7](#))) oder Prozedur in Tabelle [B39-8](#) oder ((Prozedur in Tabelle [B39-9](#) oder (Prozedur in Tabelle [B39-10](#) und PCCL > 3)) und Beatmungsstunden > 95)) und (Prozedur in Tabelle [B39-11](#) oder PCCL > 3 oder Beatmungsstunden > 95)) oder Prozedur in Tabelle [B39-5](#)

Nervensystem MDC 01

Neurol. KBH mit operativem Eingriff

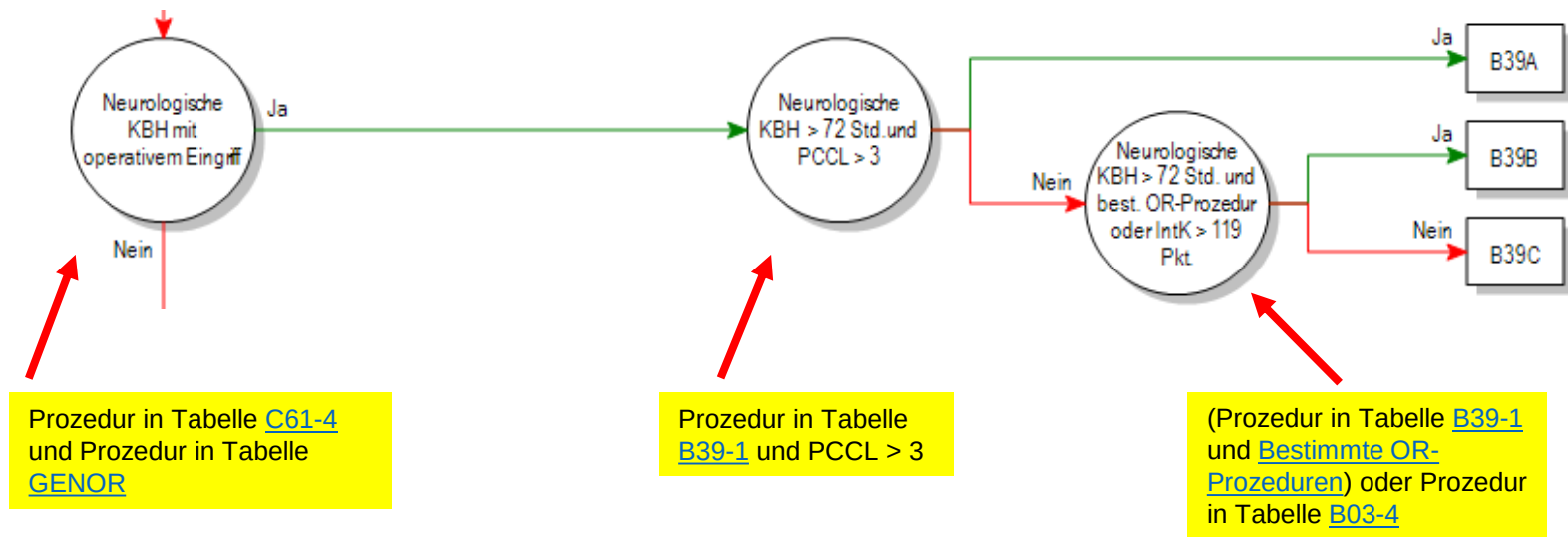
Umbau:

- Vereinfachung der Logik in Basis DRG B39
- Kombination von nur 2 Bedingungen:
 - neurologische Komplexbehandlung (NKBH)
 - operativer Eingriff
- Vereinfachung der Splitbedingungen:
 - DRG B39A «NKBH > 72 Std. mit PCCL > 3»
 - DRG B39B «NKBH > 72 Std. und best. Eingriffe oder intensivmedizinische Aufwandspunkte > 119»

Nervensystem MDC 01

Neurol. KBH mit operativem Eingriff

Neu:



Nervensystem MDC 01

Komplexe Kraniotomie

Problem:

- Splitkriterien der DRG B02B «*Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation mit intraop. Monitoring oder kompliz. Prozedur oder grossem intrakraniellen Eingriff*» nicht mehr kostentrennend

Umbau:

- Kondensation der DRGs B02B und B02C
- neue DRG B02B «Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation»

Nervensystem MDC 01

Andere Eingriffe an Schädel

Antrag:

- Aufwertung von Frakturen mit Weichteilschaden in DRG B09Z «*Andere Eingriffe am Schädel*»

Analyse:

- Frakturen mit Weichteilschaden kein Kostentrenner
- Identifikation aufwendiger Fallkonstellationen

Umbau:

- Split der DRG B09Z mit Splitbedingung «*Bösart. Neubildungen*»

Nervensystem MDC 01

Neubildungen des Nervensystems

Problem:

- Untervergütung von Fällen in DRG B66C «*Neub. d. Nervensyst. oder Stupor u. Koma, nicht traum. bedingt*» mit PCCL > 3
- bisher PCCL > 3 in Verbindung mit Neubildungen als Splitkriterium für DRG B66A

Umbau:

- Aufwertung der Fälle mit «*äusserst schweren CC*» in DRG B66A ohne weitere Bedingung

Nervensystem MDC 01

Neurologische Komplexbehandlung

Antrag:

- Hinweis auf Untervergütung innerhalb der Basis DRG B70 «Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls....»

Umbau:

- Identifikation kostenintensiver Fälle mit «äusserst schweren CC»
- Splitbedingung für DRGs B70A und B70D erweitert um «PCCL > 3»

Nervensystem MDC 01

Kopfschmerzen

Problem:

- hoher diagnostischer Aufwand bei komplexem Kopfschmerzsyndrom
- Fälle mit «Kopfschmerzen» in Basis DRG B77
«Kopfschmerzen mit neurologischer Komplexdiagnostik» nicht sachgerecht abgebildet

Umbau:

- Alterssplit «< 12 Jahre» auf «< 16 Jahre» angehoben
- Aufnahme von «IntK Erw. > 59 Aufwandspunkte»

→ Aufwertung dieser Fälle in DRG B77A

Nervensystem MDC 01

Multiple Sklerose

Antrag:

- Aufwertung von Fällen mit akuter MS und mehreren Plasmapheresen in Basis DRG B68 «*Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie*»

Umbau:

- Aufnahme von «*mehrzeitigen Plasmapheresen*» als Splitkriterium in DRG B68A

→ Fälle sachgerecht abgebildet

Augenerkrankungen MDC 02

Andere Eingriffe an der Retina

Problem:

- Untervergütung von Fällen mit mehrzeitigen Eingriffen in DRG C15Z «*Andere Eingriffe an der Retina*»

Umbau:

- Split der DRG C15Z mit Bedingung «*Mehrzeitige oder beidseitige Eingriffe*»

→ Aufwertung der Fälle mit mehrfachen Eingriffen

Augenerkrankungen MDC 02

Retinoblastom

Antrag:

- Untervergütung der Behandlung von Kindern mit Retinoblastom in DRG C63B «*Bösartige Neubildungen oder andere Erkrankungen des Auges*»

Umbau:

- separate Abbildung in neuer DRG C63A «*Bösartige Neubildungen der Retina und Alter < 16 Jahre*»

Augenerkrankungen MDC 02

Ein Belegungstag

Analyse:

- viele Fälle mit einem Belegungstag

Umbau:

- Etablierung neuer DRG C86Z «*Krankheiten und Störungen des Auges, ein Belegungstag*» in der med. Partition

Krankheiten HNO MDC 03

Radikale Laryngektomie

Problem:

- Unterdeckung von Fällen mit radikaler Laryngektomie incl. Pharyngektomie CHOP Codes 30.4X.- in Basis DRG D24 «Komplexe Hautplastiken u. grosse Eingriffe an Kopf und Hals, ...»

Umbau:

- Erweiterung der Splitbedingung für DRG D24A durch Aufnahme der CHOP Codes 30.4X.- in Verbindung mit «Kombinationseingriffen» oder «äusserst schweren CC»

→ aufwandsgerechte Vergütung aufwendiger Fälle

Krankheiten HNO MDC 03

Abszesstonsillektomie

Antrag:

- Untervergütung von Fällen mit CHOP Kode 28.2X.12
«Abszesstonsillektomie» in DRG D30B «Verschiedene Eingriffe an
Ohr, Nase, Mund und Hals ...»

Umbau:

- Aufnahme des CHOP Kodes 28.2X.12 in Split für DRG
D13A «Blutstillung nach Tonsillektomie oder Adenektomie ...»

Krankheiten HNO MDC 03

Intermediate Care

Bisher:

- DRG D87Z nur mit «*IntK > 119 Aufwandspunkte*» erreichbar, bisher Fallzahl nicht ausreichend zur Abbildung von Fällen mit Kurzaufenthalt auf IMCU

Umbau:

- Ergänzung der Logik in Basis DRG D87 um «*IMCK > 119 Aufwandspunkte*»



Atmungsorgane MDC 04

Chron. obstruktive Atemwegserkrankung

Antrag:

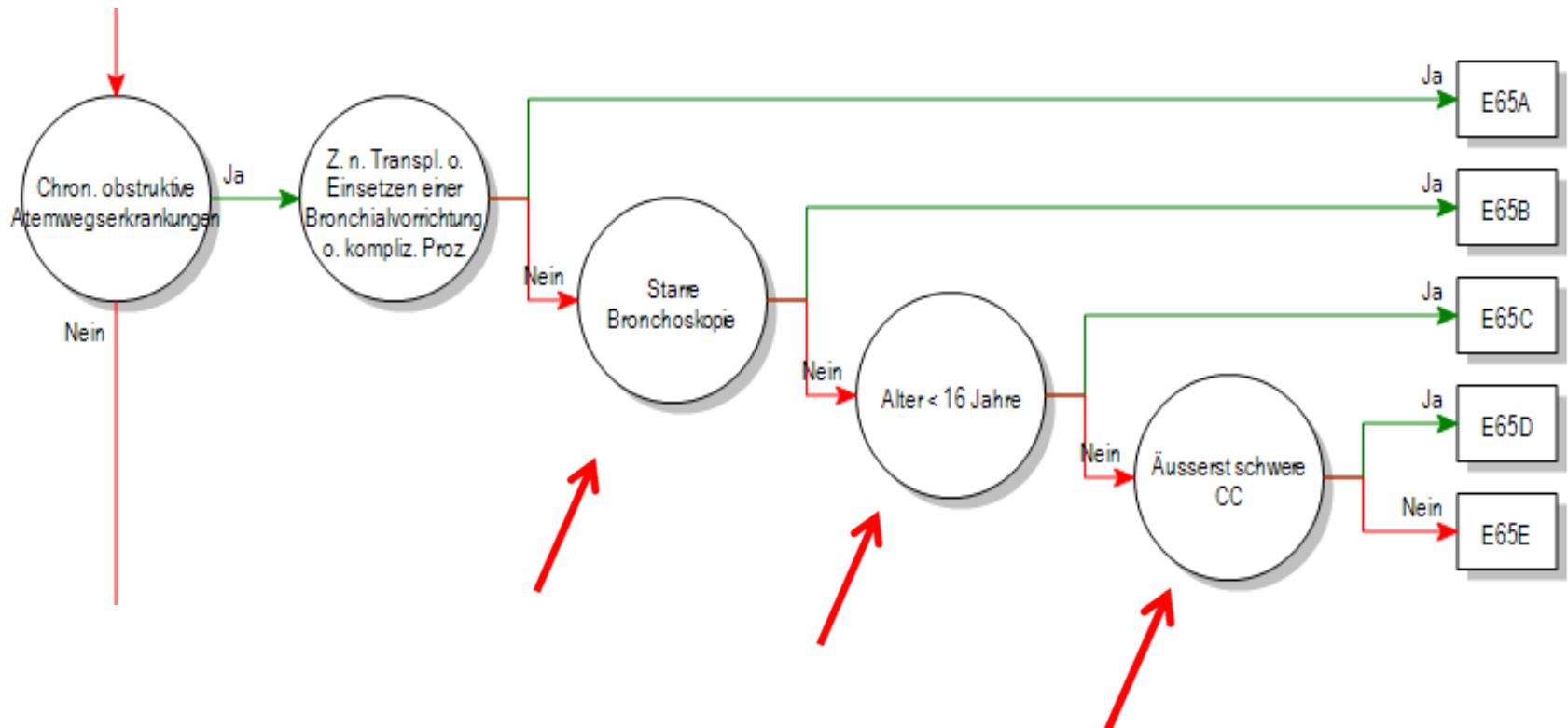
- inhomogene Fallmenge in DRG E65C «*Chron.-obstruktive Atemwegserkrankungen, > 1 BT*»
- mögliche Kostentrenner: ICD Codes J44.0- «*Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege*» bzw. «*PCCL > 3*»

Umbau:

- ICD Codes keine guten Kostentrenner
- Aufnahme weiterer Splitkriterien in Basis DRG E65

Atmungsorgane MDC 04

Chron. obstruktive Atemwegserkrankung



Atmungsorgane MDC 04

Mindererlös bei Mehrleistung

Antrag:

- best. diagnostische Massnahmen bei BNB führen zu Mindervergütung
- Prüfung der Zuordnung CHOP Codes 89.17.10 «Polysomnographie» u. 89.17.11 «Polygraphie»

Umbau:

- Ausschluss der Fälle mit BNB in Basis DRG E63
«Schlafapnoesyndrom oder kardiorespiratorische Polysomnographie bis 2 Belegungstage»
- dadurch Zuordnung der Fälle mit diagnostischen Verfahren bei BNB in Basis DRG E71 *«Neubildungen der Atmungsorgane, mehr als ein Belegungstag»*

Atmungsorgane MDC 04

Pneumothorax

Problem:

- Kosteninhomogenität in DRG E76D «*Tuberkulose bis 14 Belegungstage od. Pneumothorax*»

Umbau:

- Identifikation von aufwendigen Fällen mit ICDs
S27.0 «*Traumatischer Pneumothorax*»
S27.1 «*Traumatischer Hämatothorax*»
S27.2 «*Traumatischer Hämatothorax*»
T79.7 «*Traumatisches subkutanes Emphysem*»
- Split der DRG E76D mit komplizierenden Diagnosen

Atmungsorgane MDC 04

Infektionen und Entzündungen

Antrag:

- Überprüfung der Fallmenge in DRG E77C «*Andere Infektionen u. Entzündungen d. Atmungsorgane mit kompl. Diagn. o. äuss. schw. CC, Alter > 15 Jh., > 1 BT*»

Umbau:

- Aufnahme «*MRE u. Kontaktisolation*» für DRG E77A
- Kinder «*< 16 Jahre*» gruppieren alle neu in DRG E77B dadurch veränderte Fallmenge in DRG E77C
- Entfernung Split «*< 1 Jahr*» für DRG E77D
- neues Splitkriterium für DRG E77D «*schwere CC*»
- Auflösung der DRG E77F

Kreislaufsystem MDC 05

Intensivmedizin

Bisher:

- keine spezifische DRG für Kurzaufenthalt auf ICU oder IMCU in medizinischer Partition der MDC 05

Umbau:

- Etablierung neuer DRG F87Z «*..mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung/IMCK > 119 Aufwandspunkte...*» in medizinischer Partition

→ sachgerechte Abbildung von Fällen mit Kurzaufenthalt

Kreislaufsystem MDC 05

Elektrodenentfernungen

Problem:

- aufwendige u. risikoreiche Eingriffe im Hybrid-OP mit hohen Fallkosten (Infrastruktur- u. Materialkosten) sind untervergütet

Umbau:

- inhaltliche Überarbeitung der Tabelle «Spezifische Operationstechniken am Herzen»
 - Aufwertung CHOP Kode 39.a1.12 «Einsatz eines Cutting sheath»
- sachgerechte Vergütung von Fällen innerhalb Basis DRGs F01, F12 und F18

Kreislaufsystem MDC 05

Postembolische pulmonale Hypertonie

Problem:

- postembolische pulmonale Hypertonie (PPTH) selten
- interventionelle Behandlung mit hohen Materialkosten, verlängerter Interventionszeit und Überwachung

Umbau:

- Aufwertung der Fälle mit perkut. Pulmonalarterien-Angioplastie in Basis DRG F19 «*Andere perkutan-transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefässen oder best. Verfahren*»
- «I27.20;pulmonale Hypertonie bei chron. Thromboembolie» und «39.50.- Angioplastik o. Atherektomie an sonstigem(n) Nicht-Herzkranzgefäss(en)» und «00.4b.13 PTKI an Lungengefässen»

Kreislaufsystem MDC 05

Herzinsuffizienz

Problem:

- inhomogene Fallmenge in Basis DRG F62
«Herzinsuffizienz u. Schock»

Umbau:

- Split DRG F62C mit der Bedingung «schwere CC»
 - Aufwertung der Fälle mit «Pleuradrainage» in DRG F62B
 - Gruppierung dieser Fälle in Verbindung mit äusserst schwerer CC oder Dialyse bzw. MRE in DRG F62A
- kostenhomogene Abbildung dieser Fälle

Kreislaufsystem MDC 05

Arrhythmien

Problem:

- Diagnosen I44.3 «*Sonstige und nicht näher bezeichnete AV-Blöcke*» und I45.5 «*Sonstiger nicht näher bestimmter Herzblock*» in Basis DRG F70 «*Schwere Arrhythmie und Herzstillstand, mehr als ein Belegungstag*» nicht sachgerecht abgebildet

Umbau:

- Verschiebung der ICD Codes I44.3 und I45.5 in Basis DRG F66 «*Koronararteriosklerose, kardiale Arrhythmien, Angina Pectoris ...*»

Kreislaufsystem MDC 05

Synkope

Problem:

- Splitbedingung «*äusserst schwere CC*» in Basis DRG F73
«*Synkope und Kollaps*» nicht mehr kostentrennend

Analyse:

- Prüfung der gesamten Fallmenge und Identifikation aufwendiger Fälle mit Kurzaufenthalt auf ICU / IMCU

Umbau:

- Etablierung einer neuen Splitbedingung für DRG F73A
«*IntK / IMCK > 59 Aufw.pkt.* »

Kreislaufsystem MDC 05

Thoraxschmerz

Problem:

- inhomogene Abbildung d. Fälle in DRG F74Z
«Thoraxschmerz, > 1 BT».

Umbau:

- Identifikation neuer Kostentrenner mit Split der DRG
- Aufwertung der Fälle mit Myokardperfusions-
szintigraphie, IntK / IMCK > 119 Aufw.pkt., Dialyse u.
Kinderfälle mit Alter < 18 Jahre oder PCCL < 3 in DRG
F74A

Verdauungsorgane MDC 06

Intensivmedizin

Antrag:

- Fälle mit Intensivaufenthalt in Basis DRG G38
«Komplizierende Prozeduren oder Intensivmedizinische KBH > 196/360 Punkte od. best. VAC, mit bestimmtem operativen Eingriff...»
nicht aufwandsgerecht abgebildet

Umbau:

- Identifikation aufwendiger Fallgruppen
- Split der DRG G38Z anhand *«IntK > 196/184»* oder *«Vakuumbehandlung»* oder *«geriatr. Akutreha ab 21 BHT»*
→ neue DRG G38A

Verdauungsorgane MDC 06

Eingriffe am Darm

Antrag:

- Identifikation aufwendiger Fälle in DRG G13Z «*Andere Eingriffe an Darm od. Enterostoma mit äusserst schwerer CC*»

Umbau:

- neuer Split mit ICD Kode K56.0 «*Paralytischer Ileus*» oder CHOP Codes 46.79.21 «*Verschluss einer Darmfistel, offen chir.*»; 46.79.22 «*Verschluss einer Darmfistel, laparoskopisch*» für DRG G13A

Verdauungsorgane MDC 06

Rektumresektion

Antrag:

- inhomogene Kosten in DRG G17Z «*Andere Rektumresektion ohne bestimmten Eingriff*»
- Prüfung eines PCCL-Splits

Umbau:

- PCCL erweist sich als kein guter Kostentrenner
- Identifikation teurer Fälle mit «*bösartigen Neubildungen der Verdauungsorgane*»
- Split der DRG G17Z mit BNB

Verdauungsorgane MDC 06

Proktokolektomie

Problem:

- CHOP-Kodes für Kolektomie und Proktokolektomie nicht trennscharf
- Kodegruppen 45.81- , 45.82.-, 45.89 mit erheblichem Interpretationsspielraum
- Antrag beim BfS zur Anpassung liegt vor

Verdauungsorgane MDC 06

Proktokolektomie

Umbau:

- Gleichstellung der CHOP Codes für Kolektomie in Basis DRG G18 «Eingr. an Dünn- u. Dickd. o. and. an Magen, Ösoph. u. Duod., Alt. < 3 J.»
 - 45.81.11 «Kolektomie, offen chirurgisch»
 - 45.81.12 «Kolektomie, laparoskopisch»
 - 45.89 «Totale Kolektomie, sonstige»
- Aufwertung der CHOP Codes in DRG G16Z «Kompl. Eingr. am kl. Beck. od. BNB od. Strah.th. m gr. abd Eingr.»
 - 45.82.11 «Proktokolektomie, offen chirurgisch»
 - 45.82.12 «Proktokolektomie, laparoskopisch»

Verdauungsorgane MDC 06

Medizinische Homogenität

Antrag:

- auf PCCL-Split in Basis DRG G70
- Fälle mit «*Anderen schweren Erkrankungen der Verdauungsorgane*» gruppieren in Basis DRGs G64 mit PCCL > 3 und in G70 ohne PCCL

Umbau:

- Zusammenführen der Fälle mit «*Anderen schweren Erkrankungen der Verdauungsorgane*» in Basis DRG G70
- DRG G70A mit neuem Splitkriterium «*äusserst schwere CC und mehr als ein BT*»

Verdauungsorgane MDC 06

Leichte / moderate Erkrankungen

Analyse:

- Fälle mit PCCL > 2 in DRG G72C untervergütet
- DRGs G72A und G72B ohne Kostenunterschiede, Splitkriterium PCCL > 3 nicht mehr kostentrennend

Umbau:

- Überprüfung der Splitkriterien in Basis DRG G72 «*Andere leichte bis moderate Erkrankungen der Verdauungsorgane...*»
- neue Bedingung für DRG G72A «*schwere CC od. Gastroskopien, Coloskopien*»
- DRG G72C entfernt

Hepatobiliäres System MDC 07

Extrakorporelle Leberassistierung

Analyse:

- Mehrkosten bei Fällen mit CHOP Kode 50.92
«Extrakorporelle Leberassistierung» in Basis DRG H87 «... IntK/ IMCK > 196/119 Aufwandspunkte oder Leberkomplexbehandlung ab 7 Behandlungstage»

Umbau:

- Aufnahme des CHOP Kodes 50.92 in Split der DRG H87A *«Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, IntK / IMCK > 196/184 Pkt. oder extrakorporelle Leberassistierung»*

Hepatobiliäres System MDC 07

Pankreaskarzinom

Antrag:

- Aufnahme CHOP Kode 52.54 «*Segmentresektion am Pankreaskörper*» in Basis DRG H01 «*Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen ...*»

Analyse:

- Aufwand bei Resektionen von Pankreaskorpuskarzinomen entspricht dem von Pankreaskopfkarzinomen

Umbau:

- Aufnahme CHOP Codes 52.54 in Basis DRG H01
- Gleichstellung der Fälle mit einem Korpus-/ Kopfkarcinom

Hepatobiliäres System MDC 07

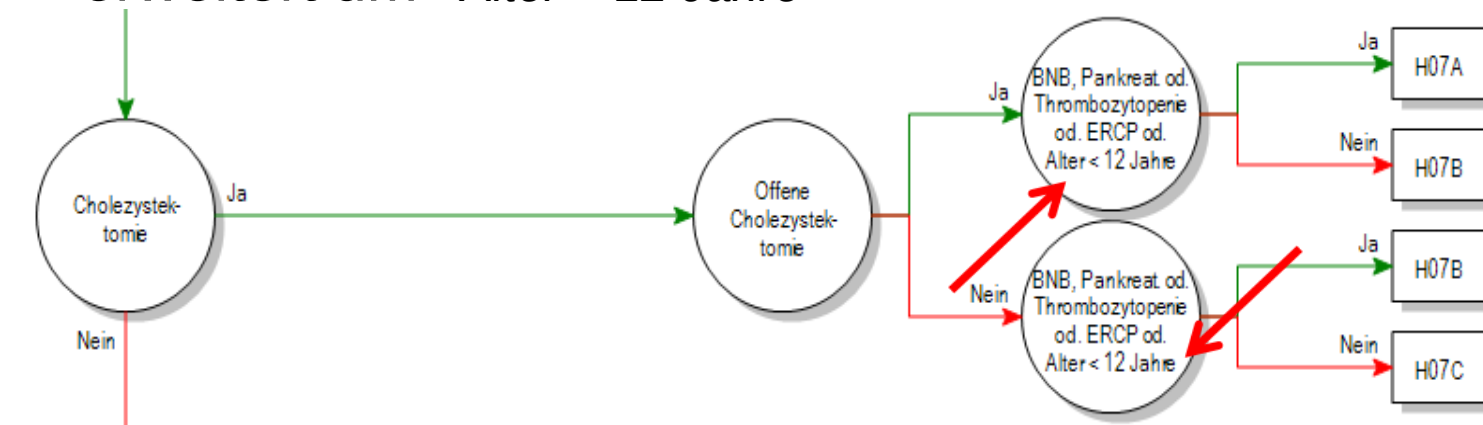
Gallenblasenentfernung

Problem:

- Kinder mit einer «Cholezystektomie» in Basis DRG H07 nicht sachgerecht abgebildet

Umbau:

- Split Bedingungen innerhalb der Basis DRG H07 erweitert um «Alter < 12 Jahre»



Bewegungssystem MDC 08

PCCL-Split

Analyse:

- Prüfung der Auswirkungen eines PCCL-Splits auf Systemgüte mittels verschiedener Simulationen
- PCCL-Split in mehreren DRGs nicht zielführend oder bereits vorhanden

Umbau:

- Einbau eines neuen Splits mit $PCCL > 3$ in Basis DRG I04 «*Revision oder Ersatz des Kniegelenks mit komplizierender Diagnose oder Arthrodesen*»
- Bildung einer neuen DRG I04A

Bewegungssystem MDC 08

Osteosynthesematerial-Entfernung

Antrag:

- Prüfung auf kostentrennenden Faktor in DRG I23C «Bestimmte Eingriffe ausser an Hüftgelenk und Femur, Alter > 11 Jahre» der folgenden CHOP Codes:
 - 78.61.11 «Knochenimplantatentf. an Rippen und Sternum»
 - 78.69.2- «Knochenimplantatentf. am Becken»

Analyse:

- ungenügende Mehrkosten für CHOP Kode 78.61.11
- CHOP Codes 78.69.2- als Kostentrenner geeignet

Umbau:

- Aufwertung CHOP Codes 78.69.2- in DRG I23B

Bewegungssystem MDC 08

Schulter

Antrag:

- Mindervergütung von Fällen mit komplexen plastischen Rotatorenmanschetten-Rekonstruktion in Basis DRG I29
«Komplexe Eingriffe an Skapula, Klavikula, Rippen oder Schulter»

Umbau:

- Aufnahme CHOP Codes 81.83.39 und 81.83.49
«Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes, sonstige, arthroskopisch / offen chirurgisch» in Split für DRG I29B

Bewegungssystem MDC 08

Hüftendoprothese

Antrag:

- Mehrkosten bei ungeplanten (Notfall-)Eingriffen in DRG I46C «*Implantation, Wechsel oder Revision einer Hüftendoprothese*»

Umbau:

- Aufwertung von Fällen in DRG I46B mit Hauptdiagnosen:
 - S72.- «*Fraktur des Femurs*»
 - S73.- «*Luxation, Verstauchung und Zerrung des Hüftgelenks und von Bändern der Hüfte*»
 - T84.- «*Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate*»

Bewegungssystem MDC 08

Knie

Antrag:

- Aufnahme «*Autogene matrixinduzierte Chondrozytentransplantation (AMCT)...* » ohne weitere Bedingung in Basis DRG I30
«*Komplexe Eingriffe am Kniegelenk*»
- bisher in Basis DRG I30 nur in Kombination mit best. Eingriffen

Analyse:

- AMCT am Kniegelenk bereits Zusatzentgelt
- alleinige Aufnahme in Basis DRG I30 nicht sinnvoll
- Identifikation anderer aufwendiger Eingriffe innerhalb der Basis DRG I30

Bewegungssystem MDC 08

Knie

Umbau:

- Aufwertung bestimmter Eingriffe mit CHOP Codes 79.36.40, 79.36.50, 79.36.51, 79.36.99 und 79.39.40
«Offene Reposition.... mit innerer Knochenfixation» in DRG I30B
«Komplexe Eingriffe am Kniegelenk mit bestimmtem Eingriff od. Verfahren, Alter < 16 Jahre»
- zusätzlich Aufnahme CHOP Codes 77.66.20
«Débridement an der Patella» und 77.66.99 «Lokale Resektion von Knochenläsion oder -gewebe aus der Patella» in Basis DRGs I18 und I30

Haut und Mamma MDC 09

Problem:

- Kodetabellen in mehreren DRGs nicht trennscharf
- inhaltsähnliche Basis DRGs mit Kosten- und Verweildauer inhomogenen Fallmengen
- Splitkriterien nicht mehr kostentrennend

→ sachgerechte Abbildung der Fälle erschwert

Haut und Mamma MDC 09

Umbau:

- DRG Zuordnung mit medizinisch homogenen Fallmengen
- konsequente Differenzierung in mehrzeitige, mehrseitige Eingriffe sowie aufwendige und kleine Eingriffe
- Überarbeitung der MDC 09 mit momentan total 72 Basis DRGs & DRGs noch nicht abschliessend
- zunächst Konzentration auf Eingriffe an der Mamma

Haut und Mamma MDC 09

Grosse Mammaeingriffe bei BNB

Umbau I:

- Basis DRG J06: *«Mastektomie m. Prothesen-implantation od. plast. Operation bei BNB»*
-> DRG J06A: *«beidseitige Mastektomie»*
- DRG J14Z: *«plast. Rekonstruktionen d. Mamma bei BNB»*
- Basis DRG J23: *«Grosse Eingriffe an d. Mamma bei BNB mit axillärer Lymphadenektomie»*
-> DRG J32A: *«beidseitige Eingriffe»*
- Löschung der DRG J16Z *«Beidseitige Mastektomie bei BNB»*

Haut und Mamma MDC 09

Kleine Mammaeingriffe bei BNB

Umbau II:

- Zusammenführen kleiner Eingriffe an der Mamma bei BNB in DRG J25Z «*Kleine Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung ohne schwere CC*»
- Löschung der DRG J07Z «*Kl. Eingriffe an d. Mamma u. ax. LK-Exz. od. schw. CC bei BNB*»

Haut und Mamma MDC 09

Mammaeingriffe ausser bei BNB

Umbau III:

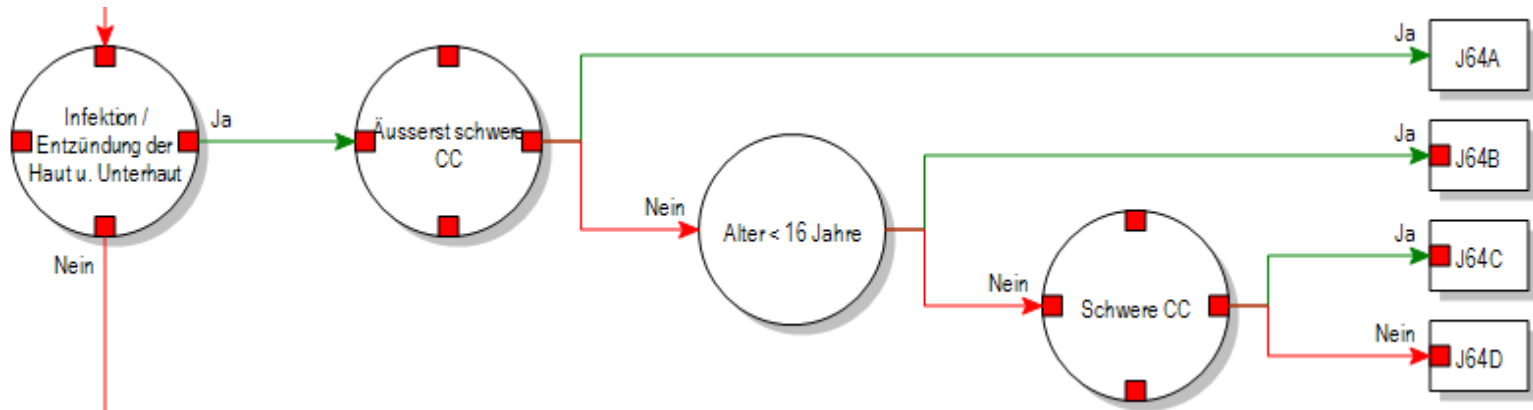
- Kondensation der DRGs J24C «Eingriffe an der Mamma ausser bei BNB mit kompl. Eingriff» und J24D «Eingriffe an der Mamma ausser bei BNB», da Splitbedingung nicht mehr kostentrennend

Haut und Mamma MDC 09

Entzündungen

Umbau IV:

- Split der DRG J64C «Infektion / Entzündung d. Haut u. Unterhaut u. Alter > 15 Jahre, > 1 BT»



Harnorgane MDC 11

Niereninsuffizienz

Antrag:

- Fälle in DRG L60D «*Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag*» untervergütet

Analyse:

- akute Niereninsuffizienz, Stadium 3 als Kostentrenner identifiziert

Umbau:

- Split DRG L60D in L60D «*Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit akutem Nierenversagen*» und L60E «*Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag*»

Harnorgane MDC 11

Infektionen

Antrag:

- nicht sachgerechte Vergütung von Fällen mit Diagnosen N10«*Akute tubulointerstitielle Nephritis*» oder N13.6 «*Pyonephrose*» in DRG L63B «*Infektionen der Harnorgane mit äusserst schweren CC ...*»

Analyse:

- Mehrkosten bei Fällen mit ICD Kode N13.6
- ICD Kode N10 kein Kostentrenner

Umbau:

- Split DRG L63B mit Splitkriterium HD N13.6 «*Pyonephrose*»

Harnorgane MDC 11

Infektionen

Weiterer Antrag:

- nicht sachgerechte Vergütung von Fällen mit Diagnose N13.6 «Pyonephrose» in DRG L20D «*Transurethrale Eingriffe ausser Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien, mehr als ein Belegungstag*»

Analyse:

- Mehrkosten bei Fällen mit Pyonephrose
- erhöhter Ressourcenverbrauch auch bei «*anderen akuten Entzündungen*»

Harnorgane MDC 11

Infektionen

Umbau:

- Aufwertung von Fällen mit Sepsis oder akuten Entzündungen des Harntraktes in DRG L20B

A41.0	Sepsis durch Staphylococcus aureus
A41.1	Sepsis durch sonstige näher bezeichnete Staphylokokken
A41.2	Sepsis durch nnbez Staphylokokken
A41.3	Sepsis durch Haemophilus influenzae
A41.4	Sepsis durch Anaerobier
A41.51	Sepsis durch Escherichia coli (E coli)
A41.52	Sepsis durch Pseudomonas
A41.58	Sepsis durch sonstige gramnegative Erreger
A41.8	Sonstige nbez Sepsis
N10	Akute tubulointerstitielle Nephritis
N13.6	Pyonephrose
N15.11	Perinephritischer Abszess
N30.0	Akute Zystitis
T83.5	Infektion/entzündl Rkt d Proth/Implant/Transpl im Hamtrakt

Männl. Geschlechtsorg. MDC 12

Eingriffe am Hoden

Problem:

- viele Fälle mit einem Belegungstag in Basis DRG M04
«Eingriffe am Hoden»

Umbau:

- Etablierung einer «Ein-Belegungstag und Alter > 2 Jahre» DRG
M04D

Weibl. Geschlechtsorgane MDC 13

Mindervergütung bei Mehrleistung

Antrag:

- Fälle mit einer diagn. Hysteroskopie und laparoskopischem Eingriff an Uterus u. Halteapparat, im gleichen Aufenthalt untervergütet

Analyse:

- Problematik der Sortierung
- diagn. Eingriff wird vor Laparoskopie abgefragt

Umbau:

- Anpassen der Abfragereihenfolge für DRGs N11B u. N09Z

Schwangerschaft, Geburt MDC 14

Sectio caesarea

Problem:

- DRG O01B «*Sectio caesarea mit mehreren komplizierenden Diagnosen, Schwangerschaftsdauer bis 25 Wochen (SSW) oder mit intrauteriner Therapie*» über Jahre hinweg sehr Fallzahl schwach

Umbau:

- Kondensierung der DRGs O01B und O01C

Schwangerschaft, Geburt MDC 14

Stationäre Behandlung vor Entbindung

Antrag:

- Aufnahme der CHOP Codes 73.7X.11 und 73.7X.12 «Stationäre Behandlung vor Entbindung im gleichen Aufenthalt, mindestens 3 bis 6 bzw. 7 bis 13 BHT» in Basis und Splits der folgenden DRGs: O01, O02, O38, O50, O60 und O65

Version 9.0:

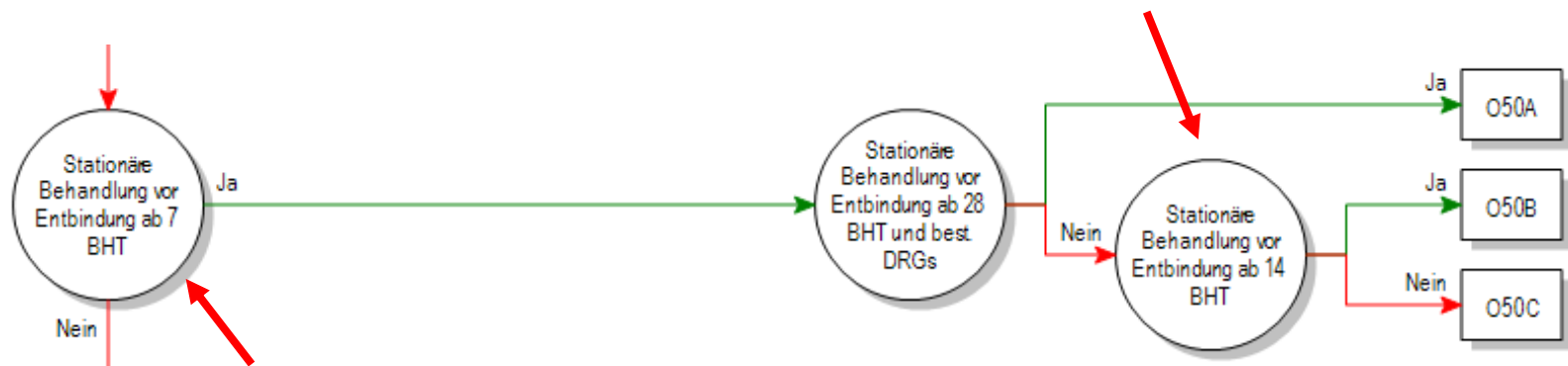
- Abbildung der stationären Behandlung vor Entbindung in separater Basis DRG O50 «Stationäre Behandlung vor Entbindung ab 14 BHT»

Schwangerschaft, Geburt MDC 14

Stationäre Behandlung vor Entbindung

Neu:

- Senkung der Mindestzahl von Behandlungstagen auf 7 mittels Aufnahme des Codes 73.7X.12 in Basis DRG O50
- neuer Split der DRG O50B mit Behandlungsdauer von mindestens 14 Tagen (ab CHOP Kode 73.7X.13)



Schwangerschaft, Geburt MDC 14

PCCL-Split

Analyse:

- Prüfung der Auswirkungen eines PCCL-Splits auf Systemgüte mittels verschiedener Simulationen

Bearbeitung:

- PCCL-Split in mehreren DRGs nicht zielführend oder bereits vorhanden

Umbau:

- Split der DRG O02Z «*Vaginale Entbindung mit aufwendigem Eingriff ...*» mit PCCL > 3 in DRG O02A und O02B

Schwangerschaft, Geburt MDC 14

Vorgeburtliche Aufnahme

Problem:

- viele Fälle mit einem Belegungstag in Basis DRG O65
«Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme»

Umbau:

- Etablierung einer *«Ein-Belegungstag»* DRG O65D *«Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme, ein Belegungstag»*

Neugeborene MDC 15

Gestationsalter

Gruppierung von Neugeborenen primär anhand:

- Geburts- oder Aufnahmegewicht
- Kardio-thorakaler Eingriffe
- intensivmedizinischer Aufwandspunkte

Seit SwissDRG 9.0:

- zusätzliche Differenzierung anhand des Gestationsalters (GA) in bestimmten DRGs möglich

Neugeborene MDC 15

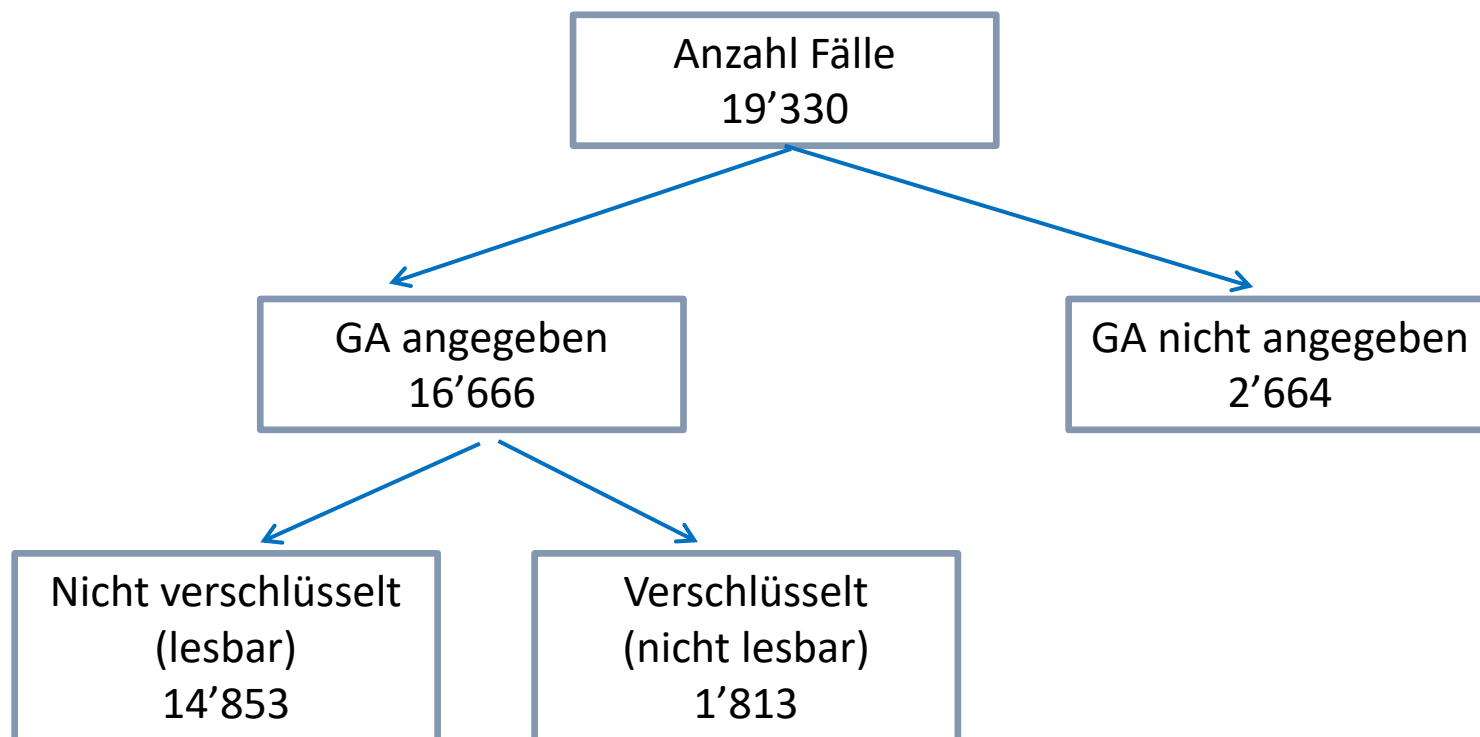
Gestationsalter

Gestationsalter:

- Alter des Neugeborenen ab Zeitpunkt der Konzeption
- entspricht Schwangerschaftsdauer
- beschreibt Organreife des Neugeborenen
- normales Gestationsalter ca. 280 ± 10 Tage

Neugeborene MDC 15

Gestationsalter



Neugeborene MDC 15

Gestationsalter

Antrag:

- Prüfung von zusätzlichen GA-Splits in MDC 15

Umbau:

- Split Gestationsalter < 30 Wochen in DRG P03B
*«Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1000 - 1499 g mit Beatmung > 479
Stunden oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 2058
Aufwandspunkte oder Gestationsalter < 30 Wochen» hinzugefügt*

→ sachgerechte Abbildung von aufwendigen Fällen

Neugeborene MDC 15

Gestationsalter

Weitere Ergebnisse:

- bisherige Gestationsalter-Splits erweisen sich als stabile Kostentrenner
 - primäre Gruppierung von Fällen anhand GA derzeit nicht sinnvoll
 - kein Anhalt für weitere GA-Splits für SwissDRG V10.0
- weiterführende Analysen in zukünftigen Entwicklungen der Tarifstruktur

Neugeborene MDC 15

Gestationsalter

Für die Datenlieferung zu beachten:

- Gestationsalter gehört zum Datensatz des Kindes
- Gestationsalter muss bis zum 1. Lebensjahr in der Variable 4.8.V16 der Medizinischen Statistik erfasst werden
- alleinige Erfassung des GA im Neugeborenen-Datensatz ist für die Gruppierung nicht ausreichend
- Variable 4.8.V16 muss unverschlüsselt erfasst werden

Neugeborene MDC 15

Intensivmedizin

Problem:

- bestimmte aufwendige Fälle mit tiefen IntK oder IMCK Aufwandspunkten in MDC 15 nicht sachgerecht abgebildet

Analyse:

- Analyse von Fällen mit IntK oder IMCK > 196 Aufwandspunkten in MDC 15

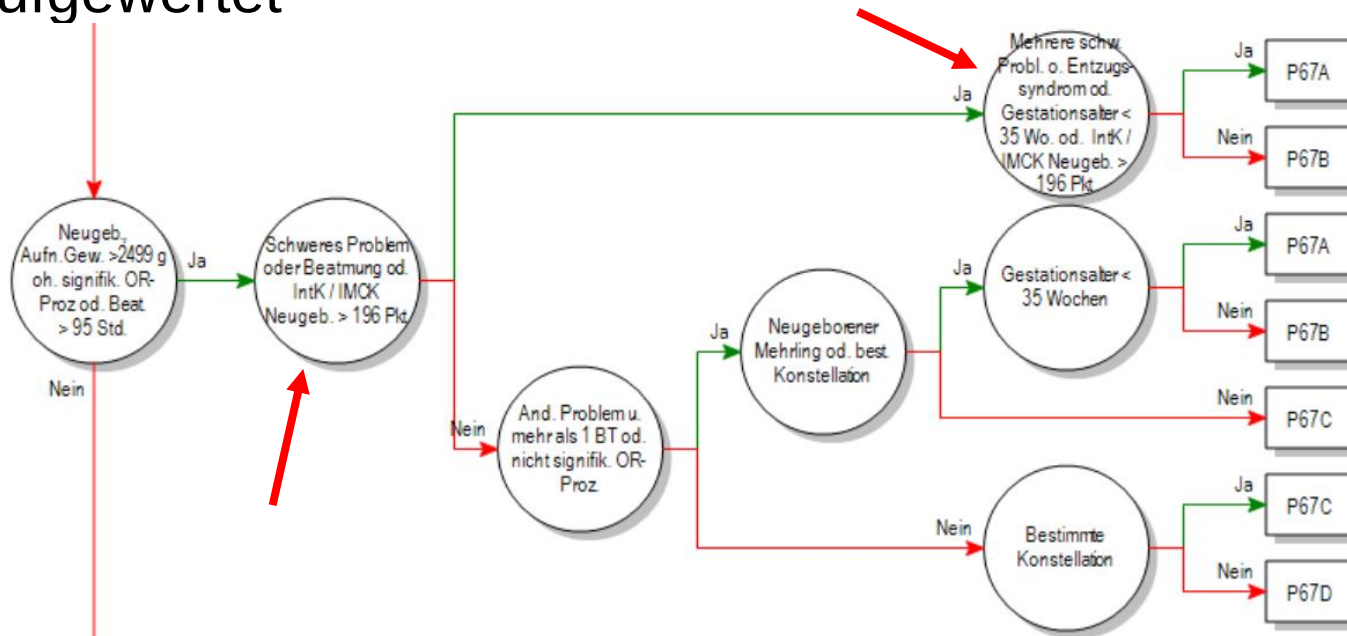
→ Aufwertung dieser Fallmenge in einzelnen DRGs

Neugeborene MDC 15

Intensivmedizin

Umbau I:

- Fälle mit IntK / IMCK > 196 Aufwandspkt. in DRG P67A
«Neugeborenes, Aufnahmegeg. > 2499 g mit schw. Problemen od. Gestationsalter < 35 Wo od. IntK/IMCK > 196 Pkt., od.....» aufgewertet

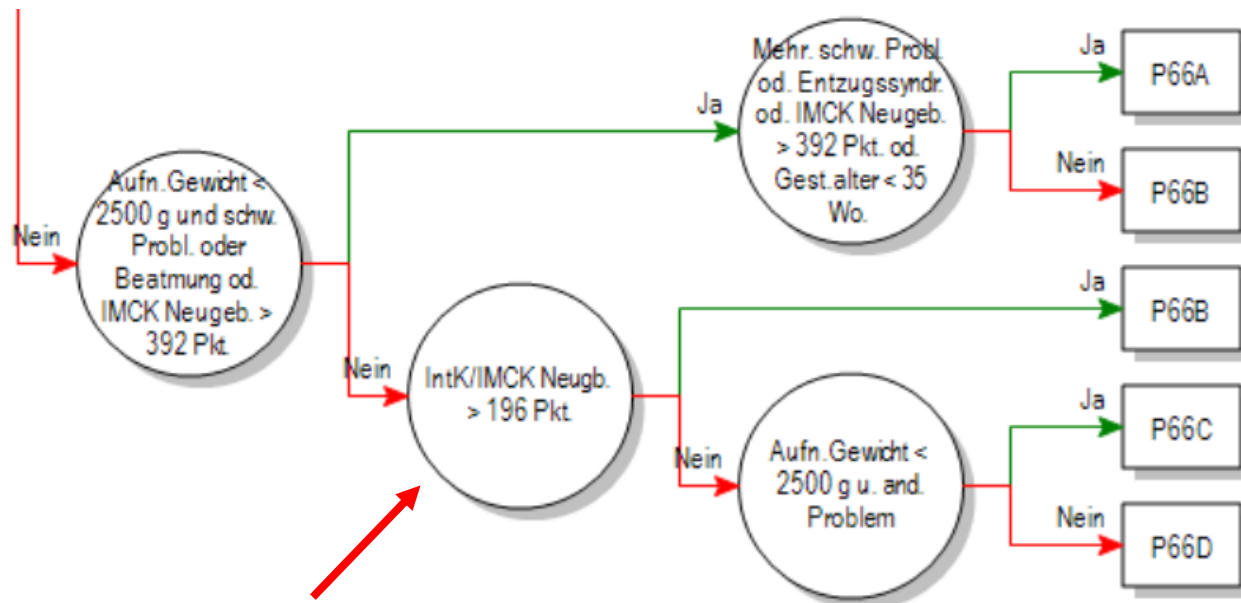


Neugeborene MDC 15

Intensivmedizin

Umbau II:

- Fälle mit IntK / IMCK > 196 Aufwandspkt. in DRG P66B
 «Neugeborenes, Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g oder
 Aufnahmegewicht > 2499 g mit bestimmten Konstellationen.....oder
 IntK/IMCK > 196 Aufwandspunkte» aufgewertet

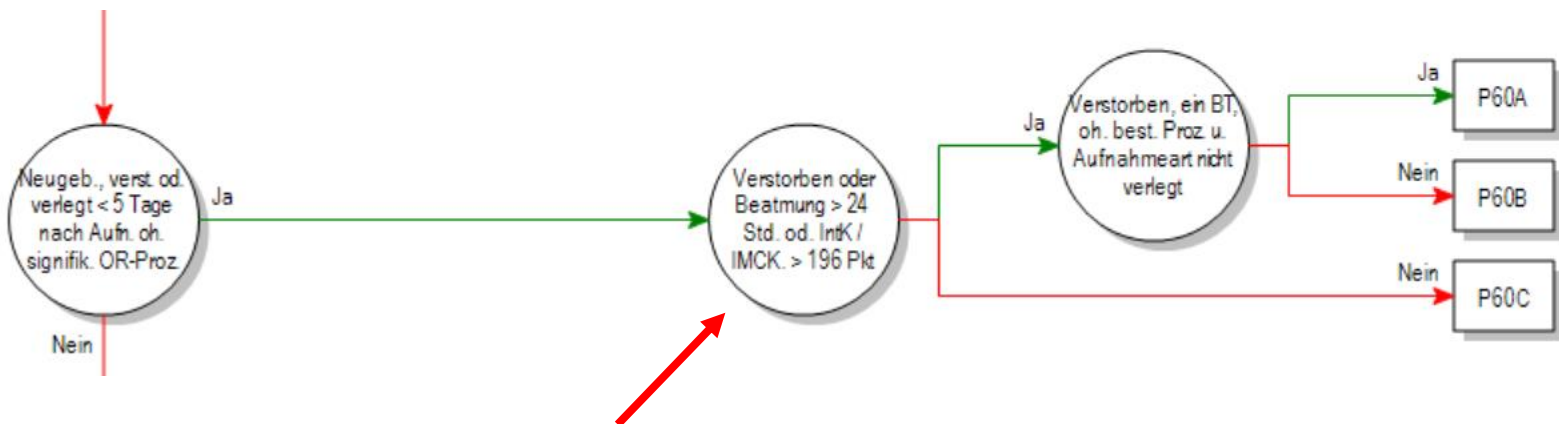


Neugeborene MDC 15

Intensivmedizin

Umbau III:

- Fälle mit IntK / IMCK > 196 Aufwandspkt. in DRG P60B
«Neugeborenes, verstorben oder verlegt < 5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur,oder IntK/IMCK > 196 Aufwandspkt.»
 aufgewertet



Neugeborene MDC 15

Hernieneingriffe

Problem:

- bestimmte aufwendige Fälle mit Hernien-OP in DRG P67C «*Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g mit anderem Problem,.....*» nicht sachgerecht abgebildet

Umbau:

- Fälle mit Hernien-OP in DRG P67B «*Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g mit schwerem Problem oder mit anderem Problem,.....*» aufgewertet

→ sachgerechte Abbildung dieser Fallmenge

Neugeborene MDC 15 Aufwendige Behandlungen

Antrag:

- bestimmte aufwendige Fälle in der P67D «*Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g*» nicht sachgerecht abgebildet

Umbau:

- Fälle mit bestimmten Behandlungen, wie z.B. Kontaktisolation, in DRG P67C «*Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g mit anderem Problem,.....*» aufgewertet

→ sachgerechte Abbildung dieser Fallmenge

Neugeborene MDC 15

Frühgeborene

Problem:

- DRGs P63Z und P64Z weisen ähnliche Kosten auf
- NG mit Aufnahmegewicht 1000–1249 g zeigen keinen höheren Ressourcenverbrauch gegenüber NG mit 1250–1499 g

Umbau:

- Löschen der DRG P64Z
- Aufnahme der Fallmenge in DRG P63Z «*Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1250 - 1499 g*»
- weitere Splitkriterien in DRG P63Z nicht mehr sinnvoll

Infektionen MDC 18B

Viruserkrankungen

Problem:

- inhomogene Abbildung der Fälle in DRG T63C «*Andere virale Erkrankungen, > 1 BT*»

Analyse:

- Identifikation einer aufwendigen Fallgruppe mit Kurzaufenthalten auf ICU /IMCU innerhalb der medizinischen Partition

Infektionen MDC 18B

Viruserkrankungen

Umbau:

- Etablierung einer eigenen DRG aus Fallzahlgründen nicht möglich
- Zuordnung der Fälle zur Basis DRG T60 «*Sepsis od. KBH bei MRE ab 7 BHT od. IntK / IMCK > 196 / 119 Pkt.*», ebenso Anpassung der Splitkriterien der DRGs T60A/B/C
- aufgrund kostenähnlicher Fälle Kondensation der DRGs T60B u. T60C

Infektionen MDC 18B

Infektiöse und parasitäre Krankheiten

Problem:

- Splitkriterium «Komplexe Diagnose» in DRG T64B «Andere infektiöse und parasitäre Krankheiten, mit komplexer Diagnose, Alter > 17 Jahre, mehr als ein Belegungstag» kein Kostentrenner mehr

Umbau:

- Kondensierung der DRGs T64B und T64C



Psychische Krankheiten MDC 19

Geschlechtsumwandlung

Problem:

- CHOP Kodegruppe 64.5- «Operationen zur Geschlechtsumwandlung» in DRG U01B «Geschlechtsumwandelnde Operation mit aufwendigem Eingriff» zu unspezifisch
- keine Kostenunterschiede zwischen DRGs U01A und U01B

Umbau:

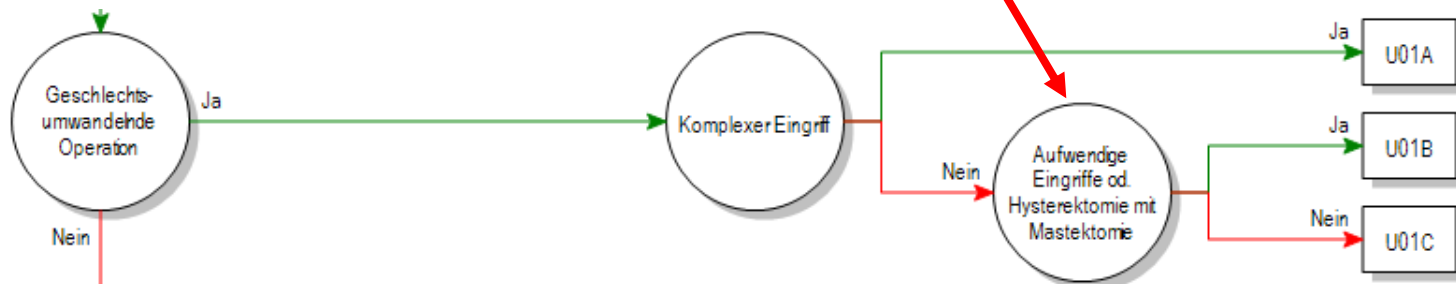
- Entfernen der CHOP Codes 64.51 und 64.52 aus Split für DRG U01B
- Kondensation der DRGs U01A und U01B

Psychische Krankheiten MDC 19

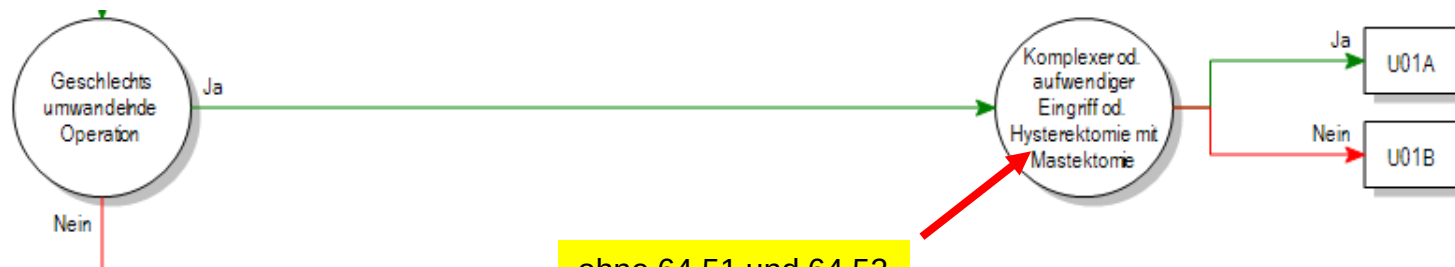
Geschlechtsumwandlung

Bisher:

64.51 «Operation zur Geschlechtsumwandlung,... einer Frau zum Mann»
 64.52 «Operation zur Geschlechtsumwandlung,... eines Mannes zur Frau»



Neu:



ohne 64.51 und 64.52

Psychische Krankheiten MDC 19

Geschlechtsumwandlung

Hinweis:

- bestimmte Eingriffe der Mamma in Basis DRG U01
«*Geschlechtsumwandelnde Operation*» nicht abgebildet

Umbau:

- Aufnahme der CHOP Codes in Tab. der Basis DRG U01
 - 85.37 «*Mastektomie bei Gynäkomastie*»
 - 85.39 «*Mammareduktionsplastik und subkutane Mastektomie,.. »*
 - 85.95 «*Einsetzen eines Gewebeexpanders in die Mamma*»

Psychische Krankheiten MDC 19

Ein-Belegungstags-DRG

Problem:

- Alterssplit der DRG U60A «*Psychische Krankheiten und Störungen, Alter < 16 Jahre...., ein Belegungstag*» nicht mehr sachgerecht

Umbau:

- Änderung des Splitkriteriums auf «*Alter < 18 Jahre*»



Verletzung, Vergiftung MDC 21B

Ein-Belegungstags-DRG

Problem:

- aufwandsgleiche Fälle in verschiedenen DRGs der MDC 21B abgebildet
- viele Ein-Belegungstagsfälle

Umbau:

- Etablierung neuer Basis DRG X86 «*Ein-Belegungstag*» in medizinischer Partition
- zusätzlicher Split in DRG X86A für Kurzaufenthalte auf ICU /IMCU «*IntK / IMCK Erw. 60-119 Pkt.*»

→ aufwandsgerechte Abbildung der Fälle

Einflussfaktoren Gesundheit MDC 23

Antrag:

- aufwendige Fälle in MDC 23 nicht kostendeckend abgebildet
- Kosteninhomogenität in DRG Z65B «*Beschwerden, Symptome, andere Anomalien u. Nachbehandlung,*»

Umbau:

- umfangreiche Umbauten in 6 DRGs der MDC 23 u.a.
- Aufwertung «*IntK / IMCK > 196/119 Pkt.*» in Basis DRG Z02
- Basis DRG Z64 «*Zustand nach Transplantation*»
- Aufnahme Kindersplit «*< 18 Jahre*» für DRG Z64A
- DRG Z65A weiteres Splitkriterium «*Dialyse*»

Minderung von Fehlanreizen DRGs 901, 902

Analyse:

- Überprüfung der Fälle in Basis DRGs 901, 902 «*(Nicht) ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose*»
- bestimmte Kombinationen von Hauptdiagnosen und Prozeduren führen in Basis DRGs 901, 902

Optionen:

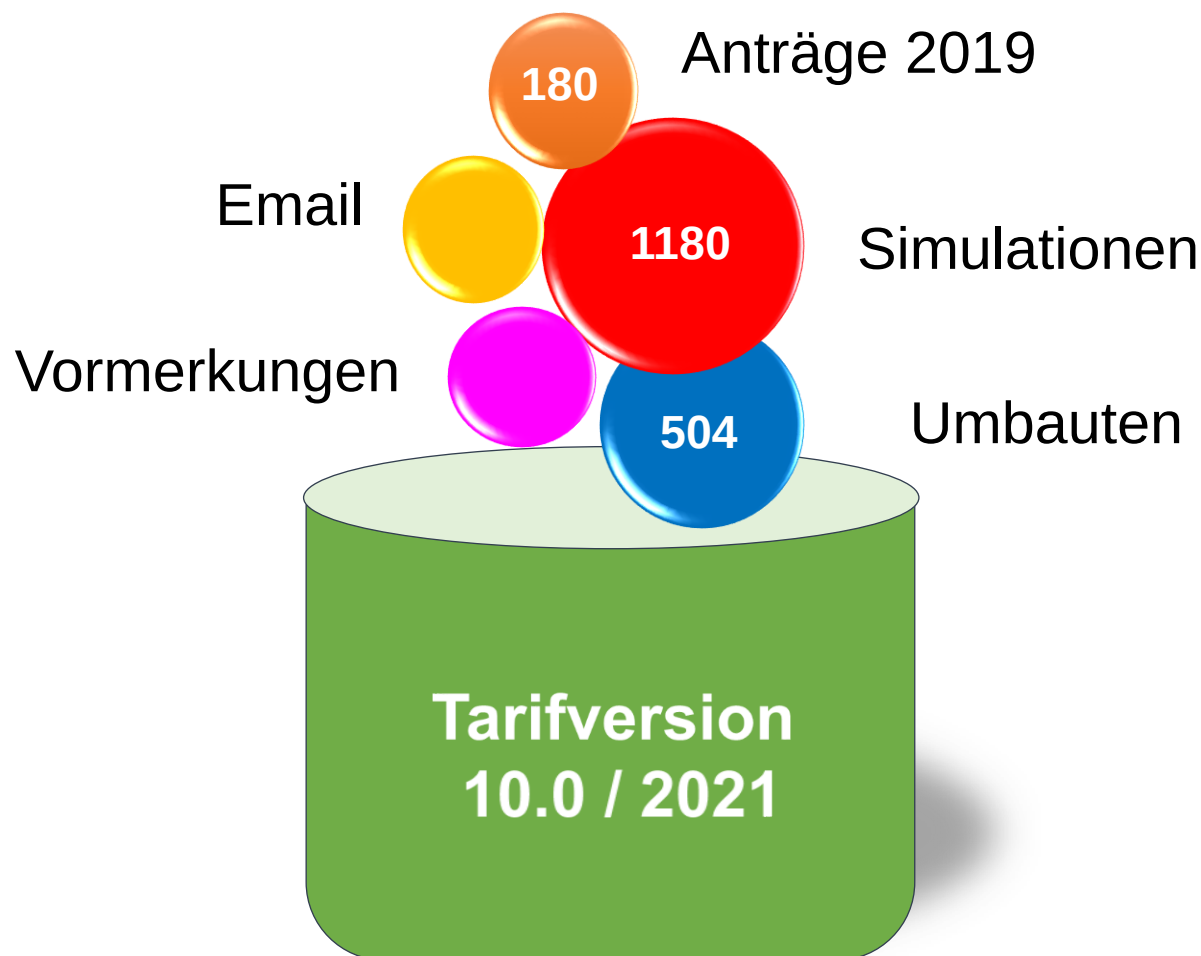
- Aufnahme mehrerer OR-Kodes in weitere MDCs
- Verschieben der Hauptdiagnosen in andere MDCs
- Anpassen der Zuordnung der OR-Kodes in Basis DRGs 901 oder 902

Minderung von Fehlanreizen DRGs 901, 902

Umbau:

- Aufnahme verschiedener OR-Kodes in weitere MDCs
z.B.:
 - MDC 05, MDC 06, MDC 09, MDC 13
«Eingriffe bei (malignen) Pleuraergüssen»
 - MDC 09, MDC 10 *«Dekompression Spinalkanal»*
 - MDC 06 *«Kuldotomie + Exzisionen im Douglasraum»*
 - MDC 07 *«Sonstiger chir. Verschluss von abdominalen Venen»*
 - MDC 13 *«Intestinale Anastomosen und Stomas»*

Überarbeitung der DRG - Klassifikation Simulationen



Überarbeitung der DRG - Klassifikation

Simulationen

	2019	2018	2017
Anträge	180	222	116
umgesetzt	93	144	112
Quote	52%	65%	52%

Zusatzentgelte – CHOP Codes

1. Etablierung neuer Zusatzentgelte (CHOP)

- keine

2. Löschen von Zusatzentgelten (CHOP)

- keine

3. Weitere Anpassungen Zusatzentgelte (CHOP)

Bezeichnung und CHOP Codes der Tabellen «*Coils intrakraniell*»; «*extrakraniell, spinal*» sowie «*Coils peripher*» wurden um «*Schirme*» erweitert

- 39.79.51 «*Selektive Embolisation mit Schirmen von Gefässen der oberen Extremitäten*»
- 39.79.52 «*Selektive Embolisation mit Schirmen der Aorta*»

Zusatzentgelte – CHOP Codes

3. Weitere Anpassungen Zusatzentgelte (CHOP)

- 39.79.54 «*Selektive Embolisation mit Schirmen von thorakalen Gefässen*»
- 39.79.55 «*Selektive Embolisation mit Schirmen von viszeralen Gefässen*»
- 39.79.56 «*Selektive Embolisation mit Schirmen von abdominalen Gefässen*»
- 39.79.57 «*Selektive Embolisation mit Schirmen von Gefässen der unteren Extremitäten*»
- 39.79.58 «*Selektive Embolisation mit Schirmen von spinalen Gefässen*»
- 39.79.59 «*Selektive Embolisation mit Schirmen von sonstigen Gefässen, sonstige*»

Zusatzentgelte – ATC Codes

4. Etablierung neuer Zusatzentgelte (ATC)

- Sofosbuvir und Velpatasvir
- Midostaurin
- Tocilizumab (Trennung von subkutan und intravenös)

5. Löschen von Zusatzentgelten (ATC)

- Micafungin
- Ofatumumab

Zusatzentgelte – ATC Codes

6. Weitere Anpassungen Zusatzentgelte (ATC)

Erweiterung der Dosisklassen bei 30 ZEs

Mehr als 2 verschiedene Preise pro Einheit bei:

- Lenalidomid
- Pomalidomid
- Riociguat

Zusatzentgelte – ATC Codes

6. Weitere Anpassungen Zusatzentgelte (ATC)

Erweiterung der Verabreichungsarten bei 6 ZEs:

- Infliximab
- Adalimumab
- Certolizumab pegol
- Golimumab
- Azacitadin
- Terlipressin

Zusatzentgelte – ATC Codes

7. Überprüfung der Kinderdosisklassen (ATC)

Kinderdosisklassen bei 9 ZEs ergänzt / neu geschaffen:

- Hepatitis-B-Immunglobulin
- Fibrinogen
- Blutgerinnungsfaktor VIII
- Antithrombin III
- Pegfilgrastim
- Antithymocytäres Immunglobulin (CTG)
- Antithymocytäres Immunglobulin (CFR)
- Vedolizumab
- Defibrotid

Zusatzentgelte – ATC Codes

7. Überprüfung der Kinderdosisklassen (ATC)

Erwachsenen- zu Kinderdosisklassen angepasst bei 2 ZEs

- Voriconazol, oral
- Voriconazol, intravenös

Kinderdosisklassen für Erwachsene freigegeben bei 1 ZE

- Vemurafenib

Zusatzentgelte – ATC Codes

7. Überprüfung der Kinderdosisklassen (ATC)

Aufheben bestimmter Kinderdosisklassen:

- Voriconazol, oral
- Voriconazol, intravenös

SwissDRG - Version 10.0 / 2021

1. Datengrundlagen
2. Grouperweiterentwicklung
- 3. Ergebnisse**

Zusammenfassung der Änderungen

	V10.0	V9.0	V8.0
Anzahl DRGs	1'068	1'056	1'037
Nicht bewertete DRGs	0	0	1 (962Z)
Nicht abrechenbare DRGs	4	4	3
Einbelegungstag-DRGs	244	240	287
Explizit	47	44	43
Implizit	197	196	244
Zusatzentgelte	136	136	108
Bewertet	135	135	107
Unbewertet	1	1	1

Ermittlung der Kostengewichte

	Anzahl DRG kalkuliert	<i>davon auf 2 oder 3 Datenjahren</i>
V10.0	1'064	15/6
V9.0	1'052	16/6
V8.0	1'033	27/3
V7.0	1'037	19/7
V6.0	1'035	21/3



Kriterien:

- Geringe Fallzahl
- Kein Grupperumbau oder klare Abgrenzung in Vorjahres-Daten möglich

Anteil Outlier

	Version 10.0		Version 9.0	
	Fallzahl	Anteil	Fallzahl	Anteil
Inlier	847'843	79.7%	851'050	80.0%
High Outlier	74'313	7.0%	67'988	6.4%
Low Outlier	68'228	6.4%	71'346	6.7%
Verlegte Fälle	72'752	6.8%	72'752	6.8%
Unbewertete DRG	0	0%	0	0%
Nicht abrechenbare DRG	84	0%	84	0%
Alle	1'063'220	100%	1'063'220	100%

Datenbasis: 2018, Kalkulationsdaten

Casemix Index nach Typologie

Versorgungsstufe	Anzahl Fälle	CMI 10.0	CMI 9.0	Delta 9.0/10.0
K111 Zentrumsversorgung 1	213'064	1.426	1.418	+0.5%
K112 Zentrumsversorgung 2	641'857	1.004	1.007	-0.2%
K121 Grundversorgung 3	127'242	0.958	0.959	-0.1%
K122 Grundversorgung 4	88'243	0.899	0.902	-0.2%
K123 Grundversorgung 5	29'119	0.873	0.873	-0.1%
K231 Chirurgie	43'219	1.075	1.070	+0.5%
K232 Gyn / Neonatologie	3'346	0.386	0.381	+1.1%
K233 Pädiatrie	18'468	1.308	1.297	+0.8%
K234 Geriatrie	3'111	1.303	1.336	-2.5%
K235 Spezialkliniken	4'352	1.485	1.474	+0.8%
Alle	1'172'336	1.075	1.075	+/-0.0%

Datenbasis: 2018, SwissDRG Daten Anwendungsbereich, bewertet über V9.0 und V10.0 - ohne Darstellung der Typologie K221 (315 Fälle)

Casemix Index nach Alter

Altersklasse	Anzahl Fälle	CMI V10.0	CMI V9.0	Delta V9.0/V10.0
0-16 Jahre	154'712	0.657	0.651	+1.0%
Ab 17 Jahren	1'017'624	1.139	1.140	-0.1%

Datenbasis: 2018, SwissDRG Daten Anwendungsbereich, bewertet über V9.0 und V10.0

Deckungsgrad pro ausgewählte Gruppe mit hypothetischen Einheitsbasispreisen

	Anzahl Fälle	Anteil an Kalkulations- daten	Deckungs- grad V10.0	Deckungs- grad V9.0	Veränderung V10.0/V9.0
Unispitäler K111	202'703	19.07%	92.83%	92.36%	+0.5%
selbständige Kinderspitäler	17'907	1.68%	96.84%	96.00%	+0.9%
nicht Unispitäler	860'433	80.93%	102.71%	102.89%	-0.2%
Inlier	909'186	85.52%	104.13%	104.48%	-0.3%
Low Outlier	73'743	6.94%	103.10%	103.95%	-0.8%
High Outlier	80'207	7.54%	81.29%	79.57%	+2.2%
Aufnahmeverlegte Patienten	40'686	3.83%	95.25%	93.77%	+1.6%
Aufnahmeverlegte Inlier- Patienten	33'455	3.15%	98.76%	97.44%	+1.4%
Kinder <16 Jahre ohne DRG P66D, P67D	71'249	6.70%	101.08%	100.18%	+0.9%

Hypothetische Baserate für Nullgewinne inkl. ANK V10.0: CHF 10'745

Hypothetische Baserate für Nullgewinne inkl. ANK V9.0: CHF 10'738

Datenbasis: 2018, Kalkulationsdaten, bewertet über V9.0 und V10.0

Dateneffekt Deckungsgrad Fälle nur Typologie K111

- **negativer Dateneffekt** im Deckungsgrad der Typologie K111 von 94.08% (Daten 2017) auf 92.36% (Daten 2018) – jeweils mit Version 9.0

Dateneffekt:

Die Version wird konstant gehalten (hier Version 9.0), nur die Daten sind verantwortlich für die Veränderung, nicht die Systementwicklung



Wie lässt sich dieser negative Dateneffekt erklären?

Dateneffekt Deckungsgrad

Fälle nur Typologie K111

- Deckungsgrad für Typologie K111 berechnet sich anhand der Fälle der Kalkulationsdaten dieser Typologie:

$$DG_{K111} = \frac{\text{Hypothetischer Basispreis} * CMI_{K111}}{\text{Durchschnittliche Gesamtkosten}_{K111}}$$

- wobei für hypothetischen Basispreis über alle Kalkulationsdaten gilt:

$$\text{Hypothetischer Basispreis} = \frac{\text{Durchschnittliche Gesamtkosten}}{CMI}$$

Dateneffekt Deckungsgrad

Fälle nur Typologie K111

K111	Kalkulations- daten 2017	Kalkulations- daten 2018
Anzahl Fälle	199'890	202'703
CMI V9.0	1.370	+1.0% 1.384
Durchschnittliche Gesamtkosten	15'828 CHF	+1.7% 16'093 CHF
Deckungsgrad V9.0	94.08%	-1.7% 92.36%

$$\downarrow DG_{K111} = \frac{\text{Hypothetischer Basispreis} \downarrow * CMI_{K111} \uparrow}{\text{Durchschnittliche Gesamtkosten}_{K111} \uparrow}$$

Die durchschnittlichen Gesamtkosten steigen stärker an als der CMI, zusätzlich nimmt der hypothetische Basispreis von 2017 auf 2018 ab. Es resultiert insgesamt ein Verlust im Deckungsgrad von 1.7 Prozentpunkten.

Datenbasis: 2017-2018, Kalkulationsdaten der Typologie K111

Dateneffekt Deckungsgrad

Fälle nur Typologie K111

Interpretation I:

- für **alle Kalkulationsdaten** ergibt sich ein CMI-Anstieg bei einer gleichzeitigen durchschnittlichen Kostenreduktion, in der Folge sinkt der hypothetische Basispreis (von Daten 2017 auf Daten 2018)
- bei den **Universitätsspitalern** steigt der CMI im gleichen Zeitraum zwar stärker an als über alle Fälle betrachtet, aber auch die durchschnittlichen Kosten steigen hier an (im Gegensatz zu einer Kostenreduktion über alle Fälle)
- in der Summe vermag die relative Kostendifferenz nicht durch die relative CMI-Differenz getragen werden; es resultiert ein sinkender Deckungsgrad

Dateneffekt Deckungsgrad

Fälle nur Typologie K111

Interpretation II:

- zwei Universitätsspitäler beeinflussen diesen Effekt massgeblich:
 - durchschnittliche Kosten steigen um 970 CHF, resp. 1180 CHF pro Fall
 - CMI-bereinigte Kosten (Fallnormkosten) steigen um 390 CHF, resp. 490 CHF
 - höhere Kosten können auch auf eine veränderte Erfassung / Verbuchung der Kosten, resp. aus der Abgrenzung der OKP-relevanten Kosten resultieren und entstammen nicht zwangsläufig einem «realen» Kostenanstieg
- jedoch **positiver Versionseffekt** im Deckungsgrad der Typologie K111 von 92.36% (Version 9.0) auf 92.83% (Version 10.0) – jeweils mit Daten 2018

Kostenhomogenität R^2

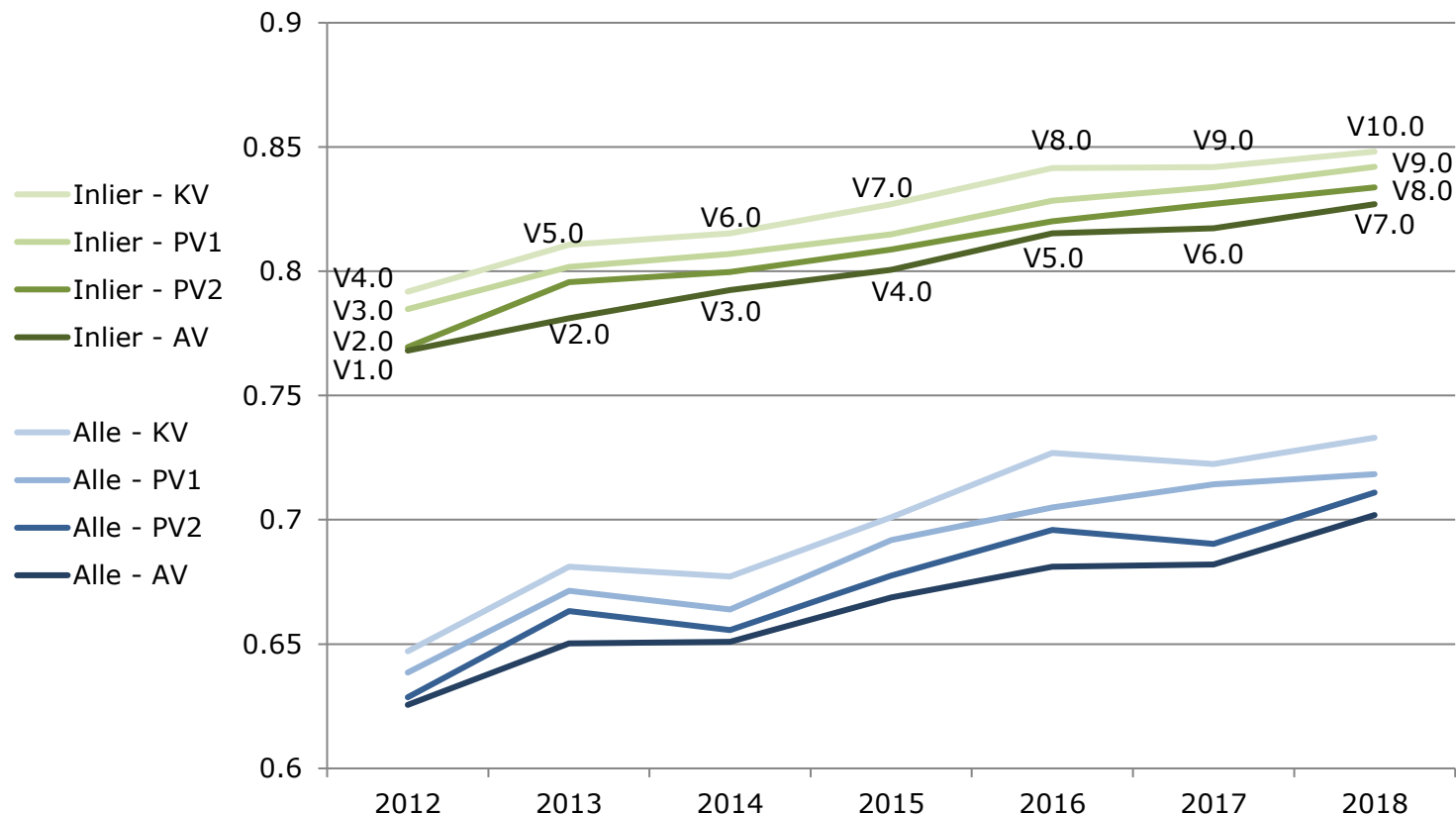
Version 10.0 im Vergleich zu Vorversionen

Grouperversion	Datenjahr	Alle Fälle	Inlier (gemäss 10.0)
V10.0	2018	0.733	0.847
V9.0		0.718	0.838
V8.0		0.711	0.826

Datenbasis: 2018, Kalkulationsdaten

Kostenhomogenität R^2

Entwicklung über Versionen und Datenjahre



Datenbasis: 2012-2018, Kalkulationsdaten

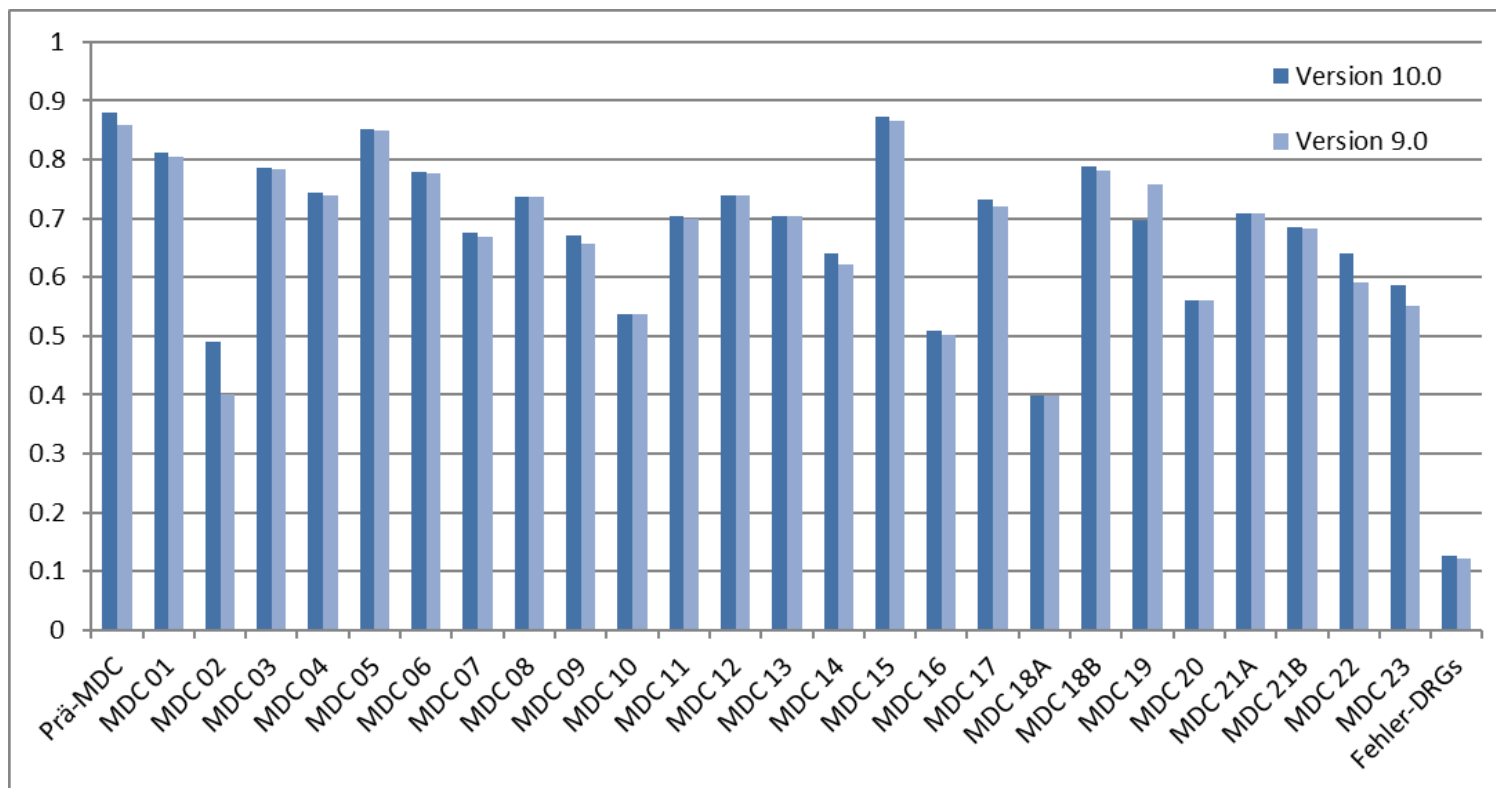
Kostenhomogenität R^2

Entwicklung über Versionen und Datenjahre

- Verbesserung der Abbildungsgüte (R^2) im Zeitverlauf (und über die Katalog-, Planungs- und Abrechnungsversionen hinweg)
- jeweils erstellte Versionen (KV) funktionieren - rückwirkend betrachtet - auch für Abrechnungsjahr (AV)
- Abschwächung des Trends von Verbesserungen im R^2 noch nicht ersichtlich

Kostenhomogenität R^2 nach MDC

Version 10.0 im Vergleich zur Vorversion



Datenbasis: 2018, Kalkulationsdaten, Inlier gemäss V10.0

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

SwissDRG AG

Länggassstrasse 31
CH-3012 Bern

 +41 (0) 31 310 05 50
e-mail: info@swissdrg.org