

7. Informationsveranstaltung

SwissDRG

17.06.2014

Inselspital Bern

Agenda

1. SwissDRG – Version 4.0 / 2015

- Datengrundlagen
- **Anlagenutzungskosten**
- **Grouperweiterentwicklung**
- **Ergebnisse und Ausblick**

2. **Ergänzende Informationen**

Datengrundlage SwissDRG Version 4.0 / 2015

Anzahl Spitäler

Datenjahr	2012	2011	2010	2009
Netzwerkspitäler	102	68	50	42
Alle Spitäler	197	204	161*	166*

- Gesamtlöschung 6 Spitäler, davon 3 mit Erstlieferung
- * ohne Spitaltypologien K234 und K235
- Anhand Spitaltypologie keine sichere Identifizierung SwissDRG-relevanter Fälle möglich

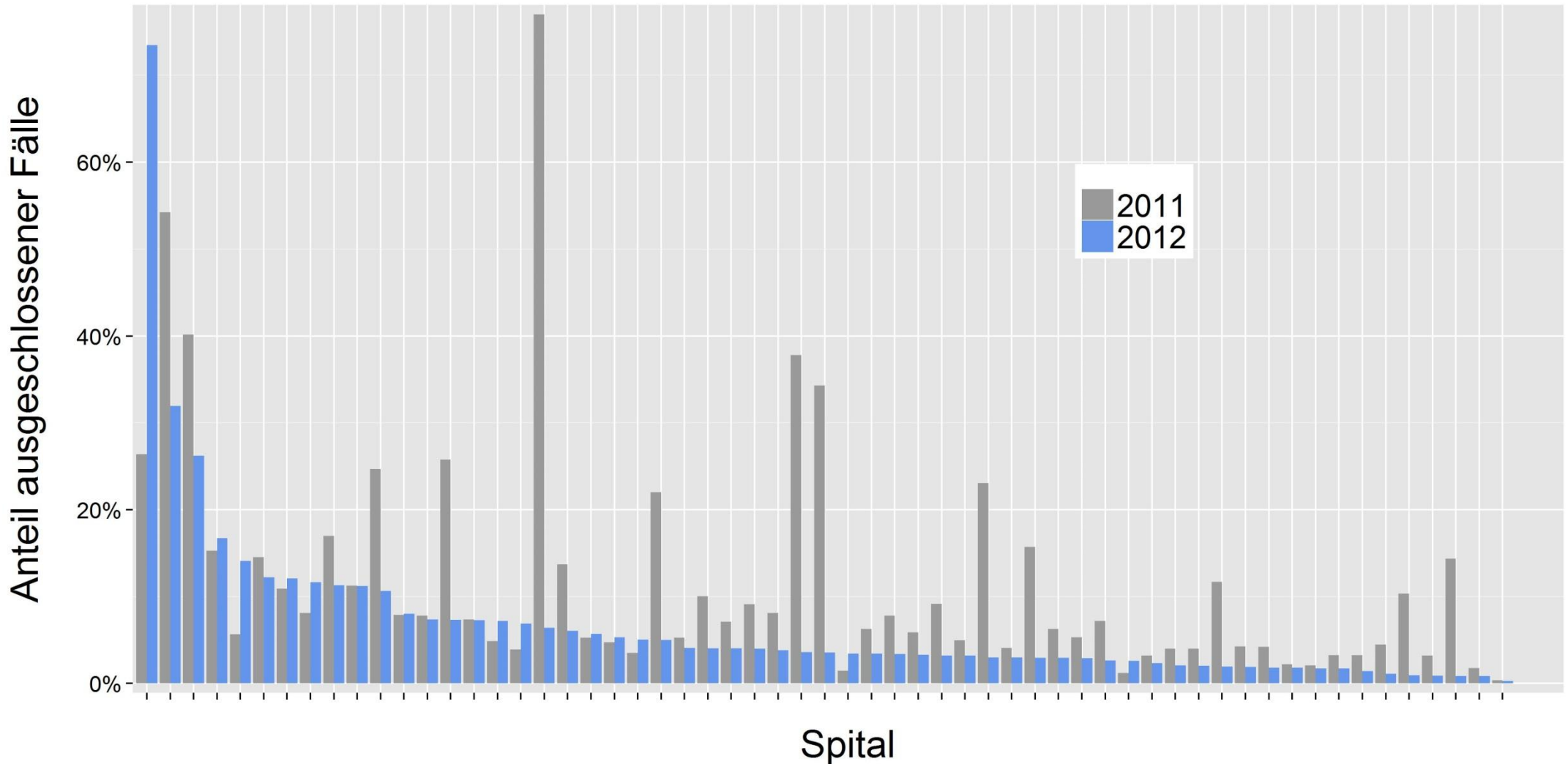
Datengrundlage SwissDRG Version 4.0 / 2015

Gelieferte Fälle

Datenjahr	2012	2011	2010	2009
Tarifstruktur	SwissDRG 4.0	SwissDRG 3.0	SwissDRG 2.0	SwissDRG 1.0
Daten NWS	980'450	778'808	609'938	578'573
Gesamtdaten	1'156'949	1'202'557	1'158'242	1'149'188
Stichprobe	80,7%	64,7%	52,7%	50,3%

Plausibilisierung der Daten

Anteil der unplausiblen Fälle pro Spital



Datenqualität und Plausibilisierung

Ausgeschlossene Fälle/Spitäler im Vergleich der Datenjahre 2012/2011

- **2012: 17.5%** der **Fälle** wurden gelöscht, 6 gelöschte Spitäler von 102 Spitälern (**5.9%**)
- **2011: 23.6%** der **Fälle** wurden gelöscht, 5 gelöschte Spitäler von 68 Spitälern (**7,4%**)

Datenerhebung - Lieferumfang

Teure Medikamente in der Medizinischen Statistik

- 53 (8 in 2011) Spitäler

Detailerhebung

- 26 (11 in 2011) Spitäler mit Kosten teurer Medikamente
- 19 (6 in 2011) Spitäler mit Kosten teurer Implantate
- 12 (3 in 2011) Spitäler mit Kosten teurer Verfahren

→ **Aber Informationen selten vollständig**

→ **Übermittlung der Einstandspreise gefordert**

Vorgaben der SwissDRG AG zur Erhebung der Daten des Jahres 2012

Anlagenutzungskosten I

- Berechnung auf Basis einer Kostenträgermethode
- Empfehlung zur Verwendung der in REKOLE® beschriebenen Methode
- umfassend berechnete Abschreibungen, berechneten Zinsaufwand und finanzielles Leasing
→ H+ Kontenrahmen 441, 442, 444 und 448

Vorgaben der SwissDRG AG zur Erhebung der Daten des Jahres 2012

Anlagenutzungskosten II

- Eindeutige Identifikation dieser Kosten auf Fallebene notwendig gemäss SwissDRG-Format
 - Deklaration in Variable A1
 - Dürfen nicht in Kostenstellen v20-v39 enthalten sein
- **VR-Beschluss vom 30.05.2013 zum Einbezug der ANK tangiert nicht die Daten des Jahres 2012**

Kalkulation der Anlagenutzungskosten in den Spitälern

Daten von 96 Spitälern wurden zur Systementwicklung verwendet

→ Grundlage zur Ermittlung der Anlagenutzungskosten:

Kostenträgerrechnung Rekole®	67
andere betriebswirt. Kostenträgermethode	3
VKL	25
ohne Angabe	1

Agenda

1. SwissDRG – Version 4.0 / 2015

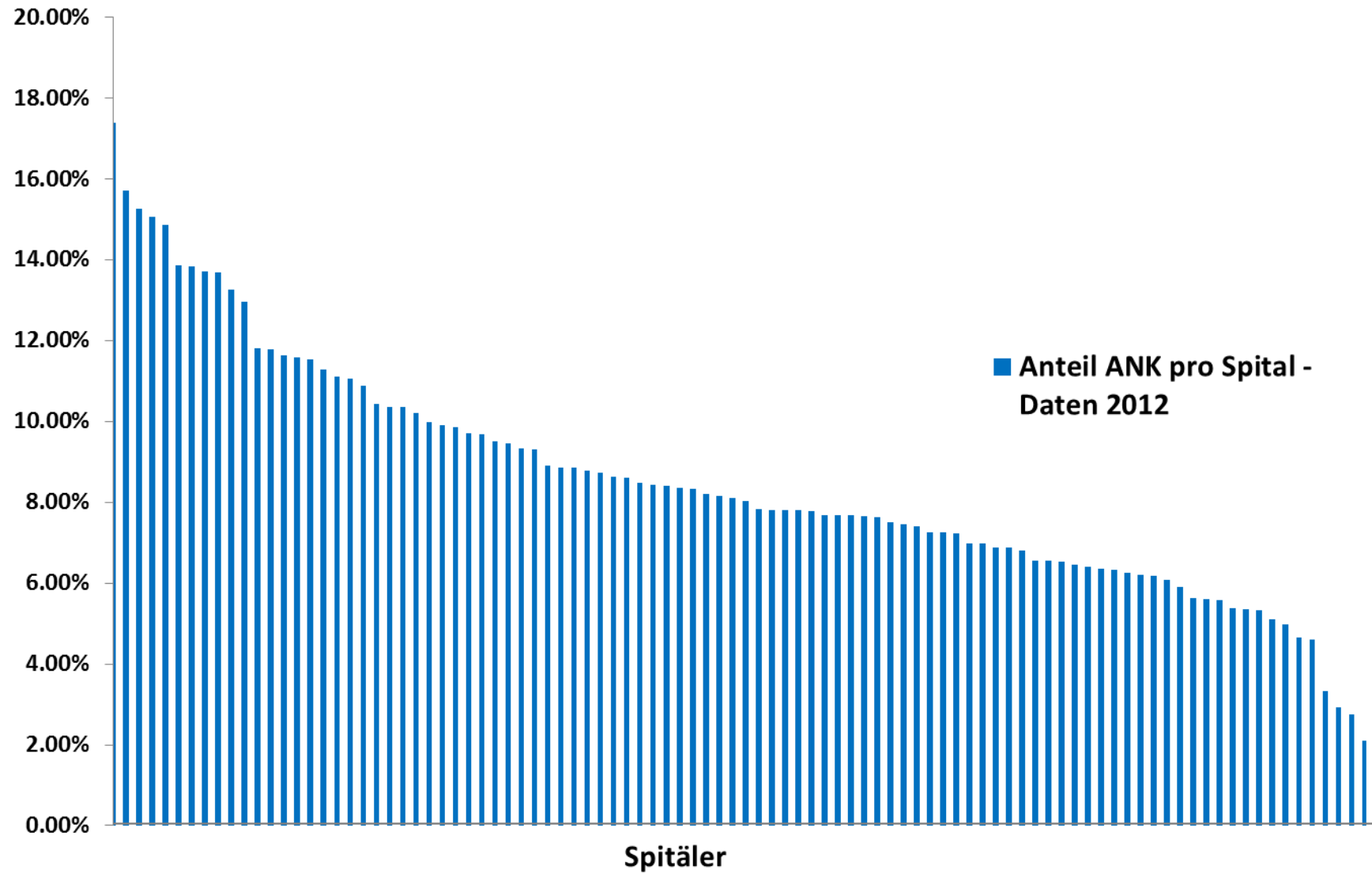
- Datengrundlagen
- Anlagenutzungskosten
- Grouperweiterentwicklung
- Ergebnisse und Ausblick

2. Ergänzende Informationen

Haben alle Spitäler Anlagenutzungskosten erfasst?

- Alle als plausibel eingestuften Fälle enthalten Anlagenutzungskosten
- ANK-Anteil an Betriebskosten aller Fälle pro Spital: 2.11% - 17.39%

Mittlerer Anteil ANK pro Spital



Anteil Anlagenutzungskosten pro Spital

→ Mittlerer ANK-Anteil an Betriebskosten aller Fälle	9,05%
• Unispitäler (K 111):	8,01%
• 3 selbständige Kinderspitäler:	8,46%

Annahme 1: Der mittlere ANK-Anteil aller Fälle der Kalkulationsstichprobe ist plausibel

Anteil der Anlagenutzungskosten pro DRG

- DRGs mit hohem Anteil ANK:
 - E03Z «Brachytherapie oder Therapie mit offenen Nukliden bei Krankheiten der Atmungsorgane, mehr als ein Belegungstag» 18.27%
 - B76A «Anfälle, mehr als 1 Belegungstag, mit komplexer Diagnostik und Therapie» 16.62%

Anteil der Anlagenutzungskosten pro DRG

- DRGs mit durchschnittlichem Anteil ANK:
 - N09Z «Andere Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva oder Brachytherapie bei Krankheiten der weibl. Geschlechtsorgane» 9.84%
 - I50Z «Gewebe- / Hauttransplantationen ausser an der Hand» 9.83%

Anteil der Anlagenutzungskosten pro DRG

- DRGs mit geringem Anteil ANK:
 - F10Z «Aggregatwechsel eines Kardioverters / Defibrillators (AICD), Ein-Kammer-Stimulation» 2.18%
 - A91Z «Photopherese und Apherese, ein Belegungstag» 4.38%

Annahme 2: Der mittlere ANK-Anteil ist abhängig von der DRG

Anlagenutzungskosten pro Fall

Verschiedene Analysen geben Hinweise, dass bestimmte Spitäler:

- die ANK rein verweildauerabhängig buchen → Umlage nach VWD
- einen fixen Hauptleistungsanteil in Verbindung mit einem verweildauerabhängigen ANK-Anteil kalkulieren

Anlagenutzungskosten pro Fall

Annahme 3: Die Höhe der ANK wird in der Regel wesentlich durch einen fixen Hauptleistungsanteil bestimmt, der verweildauerabhängige Anteil ist gering

Anlagenutzungskosten pro Fall

Beispiel: DRG A93B «Strahlentherapie, mehr als 8 Bestrahlungen oder SIRT, ausser bei Krankheiten, ohne komplexer OR-Prozedur»

- alle Fälle der DRG haben Strahlentherapie in Anspruch genommen
- diese Leistung bestimmt wesentlich die Höhe der ANK: 10.48%

Einbezug der ANK in die Tarifstruktur

DRG abhängiger fixer ANK-Anteil, keine Zu- oder Abschläge für Outlier / Verlegte

- Sachgerecht zur Finanzierung der ANK
- Einfach zu kalkulieren
- Bietet wenig Fehlanreize
- Bildet ANK-Kalkulation der Spitäler gut ab; ANK-Anteil der Hauptleistung zur Kalkulation der Zu- und Abschläge kaum identifizierbar
- Deckungsgrad für alle Spitalgruppen am besten

Einbezug der ANK in die Tarifstruktur Einschätzung SwissDRG

Annahme 4: Einbezug der ANK führt **nicht** zu einer Verschlechterung der Tarifstrukturgüte

Einbezug der ANK in die Tarifstruktur Entscheid des Verwaltungsrates

- Einbezug der ANK sinnvoll, da
 - Keine Verschlechterung der Güte der Tarifstruktur mit ANK
 - Keine Verschlechterung der Vergütungssituation einzelner Spitalgruppen
 - Leistungsbezug wird auch bei ANK berücksichtigt
- Umsetzung mit DRG abhängigem fixen ANK-Anteil, keine Zu- oder Abschläge für Outlier / Verlegte ist sachgerecht

Agenda

1. SwissDRG – Version 4.0 / 2015

- Datengrundlagen
- Anlagenutzungskosten
- Grouperweiterentwicklung
- Ergebnisse und Ausblick

2. Ergänzende Informationen

Schwerpunkte der klassifikatorischen Überarbeitung

- Abbildung aufwändiger nichtoperativer Behandlungen
- Abbildung komplexer und hochteurer Behandlungsfälle
- Überarbeitung der Zusatzentgelte und Etablierung weiterer ZE
- Sachgerechte Zuordnung der differenzierten CHOP 2011-Kodes

Überarbeitung der DRG-Klassifikation

MDC übergreifende Umbauten

Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung

CHOP:

93.89.9 Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung

Mindestmerkmale: - Behandlung durch ein geriatrisches Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung eines Schwerpunktträgers Geriatrie (FMH), - **Standardisiertes geriatrisches Assessment zu Beginn der Behandlung** in mindestens 4 Bereichen (Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Kognition, Emotion) **und vor der Entlassung** in mindestens 2 Bereichen (Selbständigkeit, Mobilität) Lässt der Zustand des Patienten die Erhebung einzelner Assessmentbestandteile nicht zu, ist dies zu dokumentieren. Wenn der Zustand des Patienten es erlaubt, ist die Erhebung nachzuholen, - **soziales Assessment** zum bisherigen Status in mindestens 5 Bereichen (soziales Umfeld, Wohnumfeld, häusliche/außerhäusliche Aktivitäten, Pflege-/Hilfsmittelbedarf, rechtliche Verfügungen), -Wöchentliche Teambesprechung unter Beteiligung aller Berufsgruppen mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer **Behandlungsziele** , - Aktivierend-therapeutische Pflege durch besonders geschultes Pflegepersonal oder Aktivierungstherapie - Teamintegrierter Einsatz von **mindestens 2 der folgenden 4 Therapiebereiche:** Physiotherapie/Physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie/faziorale Therapie, Psychologie/Neuropsychologie.

Überarbeitung der DRG-Klassifikation

MDC übergreifende Umbauten

Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung

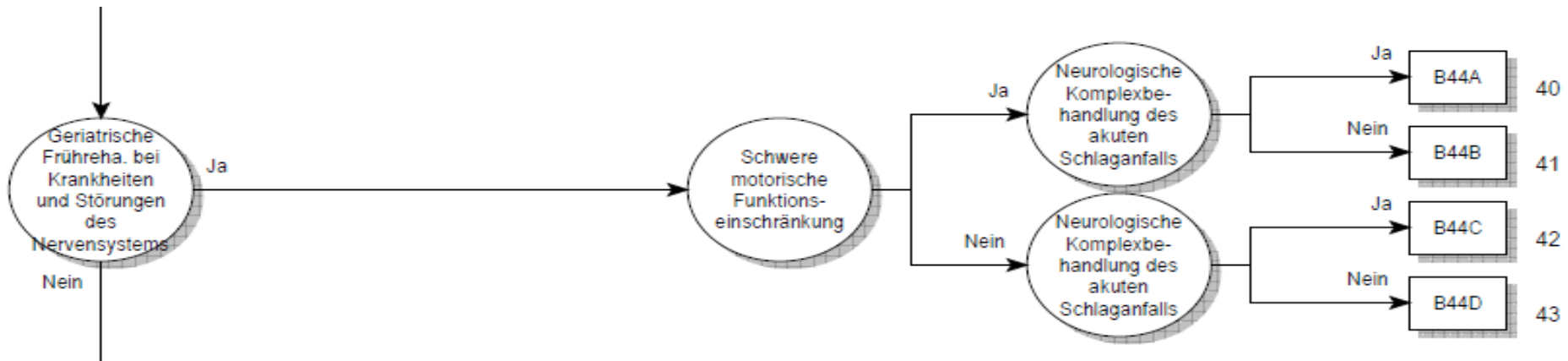
Bisher:

- Uneinheitliche und ungenügende Abbildung der Fälle mit geriatrischer frührehabilitativer Komplexbehandlung
- besonders in operativer Partition wurde die Komplexbehandlung oft übersteuert
- In einigen MDCs fehlende Abbildung der Geriatrie

MDC übergreifende Umbauten der DRG-Klassifikation

Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung

→ **MDC 01, Basis-DRG B44** Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems



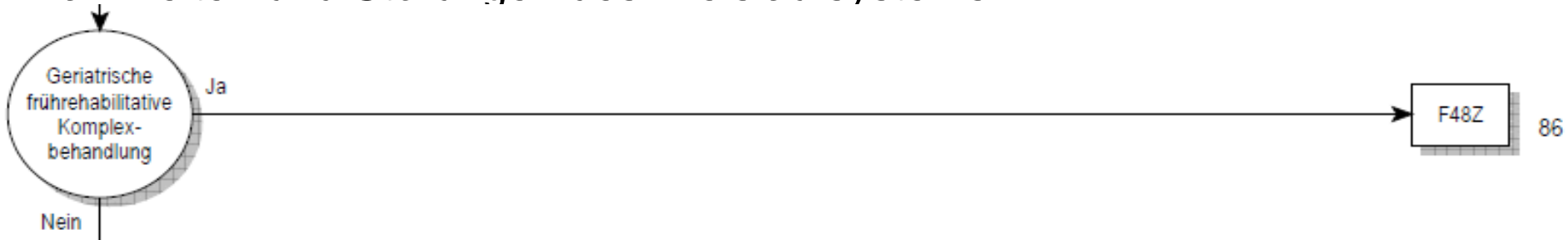
→ **MDC 04, Basis-DRG E42** Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane



MDC übergreifende Umbauten der DRG-Klassifikation

Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung

→ **MDC 05, Basis-DRG F48** Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems



→ **MDC 06, Basis-DRG G14** Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane



MDC übergreifende Umbauten der DRG-Klassifikation



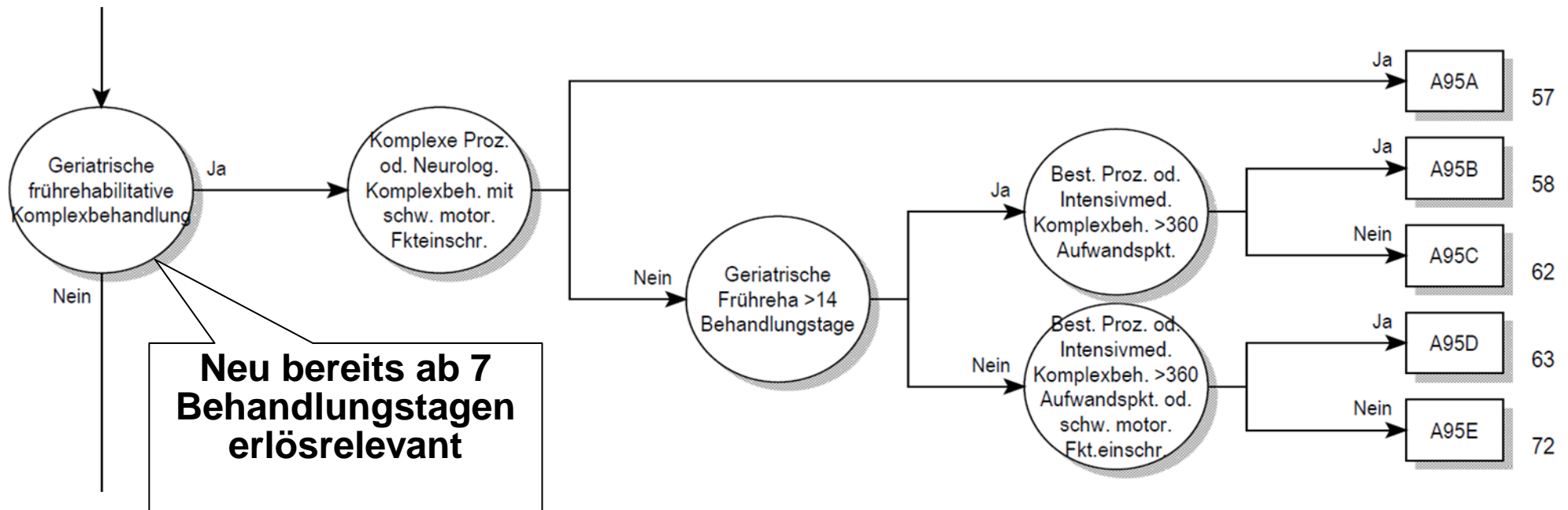
Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung

B44A-D	Geriatrische Frührehab. bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems
E42Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane
F48Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems
G14Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G52Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
I41Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
I34Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
K44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
L44Z	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, mit Frührehabilitation oder geriatrischer frührehabilitativer Komplexbehandlung
U40Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane

MDC übergreifende Umbauten der DRG-Klassifikation

Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung

→ neue Basis-DRG A95 in Prä-MDC, unabhängig von HD



- Differenzierte Abbildung von Fällen in Verbindung mit komplexen Eingriffen od. neurol. Komplexbehandlung d. akut. Schlaganfalls od. intensivmed. KB

→ Deutliche Aufwertung dieser Fälle

MDC übergreifende Umbauten der DRG-Klassifikation

Anthroposophisch-medizinische Komplexbehandlung

CHOP:

94.91 Anthroposophisch-medizinische Komplexbehandlung

- bestehend aus Anwendung mehrerer spezifischer Therapieverfahren in Therapieeinheiten von **mindestens jeweils 30 Minuten** mit **durchschnittlich zwei Therapieeinheiten pro Arbeitstag** aus folgenden Bereichen:
- Anwendungen und Bäder, - Massagen (rhythmische Massagen), Einreibungen und Wickel, - Bewegungstherapien (Heileurythmie und Krankengymnastik), - Künstlerische Therapie (Kunst -und Musiktherapie), - Therapeutische Sprachgestaltung, - anthroposophisch ärztliches Gespräch, - Supportive Therapien.

MDC übergreifende Umbauten der DRG-Klassifikation

Anthroposophisch-medizinische Komplexbehandlung

Problem:

- Fehlende Abbildung von Fällen mit anthroposophisch-medizinischer Komplexbehandlung im DRG-System (CHOP 94.91)

Umbau:

- Etablierung einer neuen DRG A96Z «Anthroposophisch-medizinische Komplexbehandlung» Hauptdiagnosen unabhängig in Prä-MDC

→ Sachgerechte Abbildung dieser Fälle

Überarbeitung der DRG-Klassifikation

Nervenerkrankungen MDC 01

Neurologische Komplexbehandlung des Schlaganfalls

Problem:

- Bisher unzureichende Erfassung der Fälle mit neurologischer Komplexbehandlung des Schlaganfalls
- DRGs waren helvetisiert

Umbau:

- CHOP 89.13.A «Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls ausserhalb einer spezialisierten Einheit» neu gruppierungsrelevant in DRGs B39, B69, B70
- Aufwertung dieser Fälle

Überarbeitung der DRG-Klassifikation

Nervenerkrankungen MDC 01

Intensivmedizinische Komplexbehandlung – B36

Problem:

- Basis-DRG B36 wird bisher nur mit intensivmed. Komplexbeh. >392 / 552 Punkte in Verbindung mit OP angesteuert

Umbau:

- Erweiterung der DRG-Definition, intensivmed. Komplexbeh. >392 / 552 Punkte ohne OP bereits gruppierungsrelevant
 - Abbildung dieser Fälle neu in DRG B36C
- Aufwertung dieser komplexen Fälle

Überarbeitung der DRG-Klassifikation

Nervenerkrankungen MDC 01 – Demenz / Delir

Bisher:

- Abbildung von Fällen mit Hauptdiagnosen Demenz und Delirium in den Schlaganfall-DRGs B69 und B70
- DRGs kosteninhomogen

Umbau:

- Etablierung neuer DRGs B63A, B63B «Demenz u. and. chron. Störungen d. Hirnfunktion mit / ohne äusserst schwere CC »
- B64A, B64B «Delirium mit / ohne äusserst schwere CC»

→ Differenzierte Abbildung dieser Fälle

Überarbeitung der DRG-Klassifikation

Nervenerkrankungen MDC 01

Querschnittserkrankungen – B61

Problem:

- Mischung von hochaufwändigen operativen Behandlungen bei Para-/Tetraplegie und Langzeittherapien in einer DRG



Überarbeitung der DRG-Klassifikation

Nervenerkrankungen MDC 01

Querschnittserkrankungen – B61

Umbau:

- Split der DRG B61Z «Bestimmte akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks» anhand Split-Bedingung «Komplexe Eingriffe und Verweildauer < 14 Tage und verlegt»



Überarbeitung der DRG-Klassifikation

Krankheiten der Atmungsorgane MDC 04 – E06

Problem:

- Fälle mit CHOP-Code 32.22 «Eingriff zur Lungenvolumenreduktion» zeigen höheren Aufwand als andere Konstellationen der Basis-DRG E06 «Andere Lungenresektionen, Biopsie Thoraxorgane u. Eingriffe Thoraxwand»

Umbau:

- Zuordnung dieser Fälle zur DRG E06A «Andere Lungenresektionen, Biopsie Thoraxorgane u. Eingriffe an der Thoraxwand mit äuss. schw. CC oder chirurg. Lungenvolumenreduktion»

→ Deutliche Aufwertung dieser Fälle

Überarbeitung der DRG-Klassifikation

Endokrine, Ernährungs- u. Stoffwechselkrankheiten

MDC 10

Problem:

- Unzureichende Abbildung von bariatrischen Eingriffen in 3 DRGs der MDC 10
- Insbesondere Probleme bei Zuordnung von Revisionseingriffen in DRGs 901
- Stark zunehmende Fallzahlen und Entwicklung differenzierter Eingriffe

Überarbeitung der DRG-Klassifikation

Endokrine, Ernährungs- u. Stoffwechselkrankheiten

MDC 10

Komplexer Umbau:

- Umleitung plastischer Eingriffe z.B. CHOP Kode 86.83.15 «Gewebereduktionsplastik an der Bauchregion» der DRG K07Z «Andere Eingriffe bei Adipositas» in die MDC 09 Krankheiten an Haut, Unterhaut und Mamma
- Umleitung und Aufnahme weiterer viszeraler Eingriffe der Basis-DRG K04 «Grosse Eingriffe bei Adipositas» und DRG K07Z in die MDC 06 Krankheiten der Verdauungsorgane

→ Sachgerechte Abbildung dieser Fälle

Übersicht CCL – Matrix Überarbeitung

- Aufnahme von 1 Diagnose
 - Streichung von 31 Diagnosen
 - Abwertung von 14 Diagnosen
- **Sachgerechte Abbildung von 46 Diagnosen**

Übersicht CCL – Matrix Gleichstellung von Diagnosen

Problem:

- Inhaltsähnliche Diagnosen unterschiedlich bewertet

Umbau:

- Gleichstellung der ICD K91.3 «Postoperativer Darmverschluss», K56.0 «Paralytischer Ileus» bis K56.7 «Ileus, nicht näher bezeichnet»

→ Vermeidung von Konfliktpotential

Überarbeitung der DRG-Klassifikation

Abbildung inhaltsähnlicher DRGs in gleichen Basis-DRGs

- Codes der DRG I25 «Diagnostische Eingriffe an Knochen und Gelenken einschliesslich Biopsie» neu DRG I18 «Arthroskopie, diagnostische Biopsie oder andere Eingriffe an Knochen od. Gelenken» zugeordnet
- Diagnosen der DRG O64 «Frustrane Wehen» neu DRG O65 «Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme»

→ Sachgerechte Bewertung

→ Übersichtlichkeit verbessert

Zusatzentgelte

Herausforderung:

- Bestandteil der Tarifstruktur
- Jährliche Überarbeitung und Neukalkulation
- Grundlage dafür Daten(detail)lieferung der Spitäler
- Datenqualität noch ungenügend
- Kostenkalkulation für Verfahren besonders schwierig

Zusatzentgelte

1. Etablierung neuer Zusatzentgelte Teil I

- Human-Fibrinogen
- Antithrombin III
- Prothrombinkomplex
- Etanercept
- Adalimumab
- Certolizumab
- Tocilizumab
- Golimumab

Zusatzentgelte

1. Etablierung neuer Zusatzentgelte Teil II
 - Nelarabin
 - Clofarabin
 - Flow-Diverter
 - Extrakorporale Membranoxygenation (nicht zur intraop. Herzunterstützung)
 - Palliativmedizinische Komplexbehandlung

Zusatzentgelte

2. Etablierung von Kinderdosisklassen
 - neu bei 13 Medikamenten
3. Anpassung der Einstiegsschwellen
4. Neubewertung der Zusatzentgelte
 - Alle ZE sind bewertet

Überarbeitung der DRG-Klassifikation Antragsverfahren 2013

	<u>2013</u>	<u>2012</u>
• Anzahl der DRG-Anträge:	163	159
• Umgesetzt:	72	85

Antragsverfahren 2013

Antragstellende Partnerorganisationen

Antragsteller	2013	2012
Anträge H+	98	88
Anträge FMH	58	71
Anträge sas	7	0

Antragsverfahren 2014

Fristen:

26. Mai **bis 7. Juli 2014**

- Anträge zum DRG-Grouper
- Liste von in der MS erfassbaren Medikamente

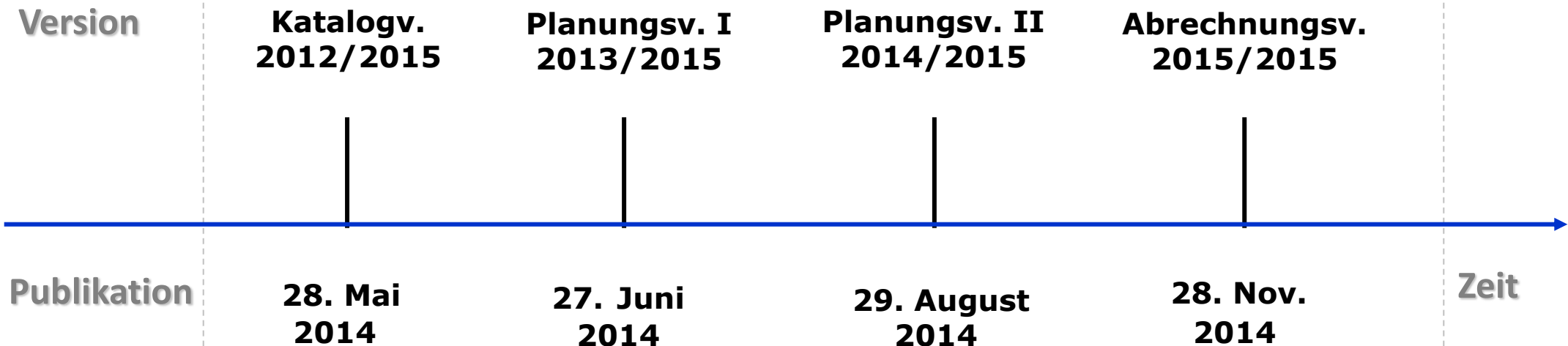
Grundlage der DRG-Anträge sollte sein

- Bezug auf **Grouper** Version **4.0**
- Bezug auf **Codes** aus **CHOP 2013 / ICD-10-GM 2012**

Wir zählen auf Ihre Unterstützung!

Publikation Grouperversionen

2014



Agenda

1. SwissDRG – Version 4.0 / 2015

- Datengrundlagen
- Anlagenutzungskosten
- Grouperweiterentwicklung
- Ergebnisse und Ausblick

2. Ergänzende Informationen

Zusammenfassung der Änderungen SwissDRG 4.0 / 2015

	v4.0	v3.0	v2.0
Anzahl DRG	974	988	991
Nicht bewertete DRGs	12	17	16
Nicht abrechenbare DRGs	3	3	2
Einbelegungstag-DRGs	276	257	256
Explizit	19	19	19
Implizit	257	238	237
Zusatzentgelte	49	28	5
Bewertet	48	26	3
Unbewertet	1	2	2

Ermittlung der Kostengewichte

DRGs Kalkuliert / Helvetisiert

	Kalkuliert	<i>davon kalkuliert auf 2 Datenjahren</i>	Helvetisiert
V4.0	957	22	2
V3.0	932	26	56
V2.0	812	-	161



Kriterien:

- Geringe Fallzahl
- Kein Grupperumbau zw. 2.0/3.0
- Helvetisierung nicht sinnvoll

Berechnung der Bezugsgrösse

Bezugsgrösse wird so berechnet, dass bei ident. Datengrundlage 2012

Summe der eff. Kostengewichte Schweiz gruppiert mit 4.0

=

Summe der eff. Kostengewichte Schweiz gruppiert mit 3.0

SwissDRG 4.0 (mit ANK)	SwissDRG 4.0 (ohne ANK)	SwissDRG 3.0
10'205 CHF	9'331 CHF	8'871 CHF

Nicht bewertbare DRGs, Anlage 1 Fallpauschalkatalog

Ursache: keine Kosten- und Leistungsdaten vorhanden

- 12 Frühreha-DRGs:
B43Z, E41Z, F29Z, F45Z, G51Z, I40Z, I96Z, K01Z, K43Z, W01Z,
W05Z, W40Z

Ab Version 4.0 bewertete DRGs

- **A16A** «Transplantation von Darm oder Pankreas»
- **A16B** «Injektion von Pankreasgewebe»
- **A43Z** «Frührehabilitation bei Wachkoma und Locked-in-Syndrom»
- **B11Z** «Frührehab. mit Kraniotomie, grosser Wirbelsäulen-OP, best. OR-Proz. oder aufwändiger OP am Nervensyst. mit Beatmung > 95 Stunden»
- **Z02Z** «Leberspende (Lebendspende)»

Kostenhomogenität

Ergebnis der Varianzreduktion der SwissDRG-Version 4.0 im Vergleich zu den Vorversionen

Grouper-version	Daten-jahr	Alle Fälle	Inlier
v4.0	2012	0.646	0.789
v3.0	2011	0.668	0.803
v2.0	2010	0.623	0.776
v1.0	2009	0.604	0.749

↑
Grouperentwicklungseffekt
+
Dateneffekt

Kostenhomogenität

Ergebnis der Varianzreduktion der SwissDRG-Version 4.0 im Vergleich zu den Vorversionen

Grouperversion	Datenjahr	Ohne ANK		Mit ANK	
		Alle Fälle	Inlier	Alle Fälle	Inlier
v4.0	2012	0.646	0.789	0.647	0.790
v3.0		0.638	0.780	0.639	0.780
v2.0		0.624	0.760	0.625	0.760

Casemix Index pro Versorgungsstufe

Daten 2012, alle Schweizer SwissDRG relevante Fälle



Versorgungsstufe	Anzahl Fälle	CMI 4.0 mit ANK	CMI 4.0 ohne ANK	CMI 3.0 ohne ANK	Delta durch ANK	Delta 3.0/4.0 ohne ANK	Delta 3.0 / 4.0 mit ANK
K111 Zentrumsversorgung 1	190'116	1.386	1.391	1.408	-0.38%	-1.16%	-1.54%
K112 Zentrumsversorgung 2	463'446	1.018	1.018	1.014	0.06%	0.37%	0.43%
K121 Grundversorgung 3	190'794	0.920	0.917	0.913	0.28%	0.44%	0.73%
K122 Grundversorgung 4	161'328	0.834	0.829	0.821	0.54%	1.07%	1.62%
K123 Grundversorgung 5	59'524	0.910	0.909	0.906	0.03%	0.37%	0.40%
K231 Chirurgie	49'400	1.074	1.072	1.108	0.18%	-3.25%	-3.07%
K232 Gyn / Neonatologie	6'766	0.550	0.545	0.552	0.97%	-1.27%	-0.30%
K233 Pädiatrie	16'864	1.238	1.243	1.264	-0.44%	-1.60%	-2.03%
K234 Geriatrie	6'509	1.609	1.631	1.454	-1.36%	12.23%	10.72%
K235 Spezialkliniken	9'116	1.953	2.001	1.951	-2.43%	2.54%	0.10%
Alle	1'153'864	1.045	1.045	1.044	0.01%	0.04%	0.04%

Bewertung der CMI-Änderungen

- Keine Umbauten zur Abwertung der Uni- oder Kindermedizin
- Wesentliche Umbauten zur besseren Abbildung konservativer Behandlungsfälle (Geriatric, MRSA, IPS)
- Abwertung unspezifischer operativer Codes
- Bereinigung zusatzentgeltfähiger Leistungen im Kalkulationsdatensatz
- Probleme in der Abgrenzung gemeinwirtschaftlicher Leistungen beeinflussen Höhe der Betriebskosten pro Spital
- Einfluss der Kodierqualität
- CW SwissDRG 3.0 auf Daten 2011, SwissDRG 4.0 2012

Fazit

- Mit SwissDRG-Version 4.0 differenzierte Weiterentwicklung und Verbesserung der Abbildungsgenauigkeit insbesondere konservativer Behandlungsfälle
- Verbesserung der Datenqualität bleibt eine Herausforderung
 - Abgrenzung gemeinwirtschaftliche Leistungen
 - Kodierqualität
 - Kalkulation der Betriebskosten
- Fortführung der Konsolidierung der CHOP-Klassifikation nach Teilgebieten

Ausblick

Themen zur Behandlung in Fachgruppen

- Innovationen
- Abbildung von Extremkostenfällen
- Entwicklungsschwerpunkte SwissDRG-Version 5.0
- Frührehabilitation
- Workshop zur Verbesserung der Datenqualität
- Neonatologie

Agenda

1. SwissDRG – Version 4.0 / 2015

- Datengrundlagen
- Anlagenutzungskosten
- Grupperweiterentwicklung
- Ergebnisse und Ausblick

2. Ergänzende Informationen

Ermittlung der Bezugsgrösse SwissDRG-interner Rechenwert

Früher

- Mittlere Kosten der Inlier in den gesamtschweizerischen Daten genau 1,000

Seit SwissDRG-Version 2.0

- bei identischer Datengrundlage (2012):

Summe der eff. Kostengewichte Schweiz gruppiert mit 4.0
entspricht

Summe der eff. Kostengewichte Schweiz gruppiert mit 3.0

Was ist der Katalogeffekt?

- Veränderte Bewertung identischer Fälle in verschiedenen SwissDRG-Versionen
- Ermittelt auf Basis historischer Daten (hier Daten 2012)
- Spitalindividuelle Katalogeffekte nicht zwingend gleich im Anwendungsjahr der neuen SwissDRG-Version

→ Kein Katalogeffekt national

Katalogeffekt

- Beeinflussung im Anwendungsjahr möglich durch:
 - veränderte Leistungserbringung
 - Anpassungen bei den Kodierrichtlinien
 - Änderungen im Kodierverhalten
 - Änderungen tarifarischer Sonderregelungen (z.B. Palliativmedizin, Paraplegiologie)

Hinweise zur Einschätzung des Katalogeffektes

- SwissDRG-System arbeitet als Verteilungsinstrument
- Aufwertung bestimmter Fälle führt zu einer Abwertung anderer Fallkonstellationen
- Leistungsverschiebungen mit ergänzenden Vergütungselementen können Katalogeffekt vortäuschen
- Bei stark spezialisierten Spitälern noch hohe Katalogeffekte möglich
- Wechselnd negative und positive Katalogeffekte für aufeinanderfolgende SwissDRG-Versionen bei fallzahlstarken Universalleistungserbringern wahrscheinlich

Plausibilisierungen der gelieferten Daten

- Dient zur Ermittlung der Kalkulationsstichprobe
- Nicht alle Fehlermeldungen führen zwingend zur Falllöschung
- **Überprüfung der spitalindividuellen Fehlermeldungen ist ein wesentliches Element zur Verbesserung der Datenqualität**

pa22	Fälle mit Aufenthalt Intensivstation länger als die Aufenthaltsdauer:
pa23	Fälle mit Aufenthaltsdauer nicht vereinbar mit erfasstem CHOP-Kode:
pa26	Fälle mit teuren Medikamenten/Substanzen (v48v02 - v48v15) mit fehlenden Informationen:
pa27	Fälle mit teuren Medikamenten/Substanzen (v48v02 - v48v15) mit ungültigem ATC-code:
pa28	Fälle mit teuren Medikamenten/Substanzen (v48v02 - v48v15) mit ungültiger Einheit:
pa29	Fälle mit teuren Medikamenten/Substanzen (v48v02 - v48v15) mit ungültiger Verabreichungsart:


Herausforderung CHOP

- Etablierung neuer Codes muss Überarbeitung inhaltlich «verwandter» Codes beinhalten
- Wichtig für Antragsverfahren

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

SwissDRG AG

Haslerstrasse 21
CH-3008 Bern

 +41 (0) 31 3100550

Fax: +41 (0) 31 3100557

e-mail: info@swissdrg.org