

8. Informationsveranstaltung

SwissDRG - Version 5.0 / 2016

24. Juni 2015

Inselspital Bern

SwissDRG – Version 5.0 / 2016

- 1. Datengrundlagen**
2. Grupperweiterentwicklung
3. High Outlier Analyse
4. Ergebnisse

Datengrundlage zur Systementwicklung SwissDRG 5.0 / 2016

- Daten des Jahres 2013
- Ohne Rehabilitation, ohne Psychiatrie, mit Palliativmedizin
- Kodiert mit CHOP 2013 und ICD-10 GM 2012
- Leistungs- und Kostendaten der Spitäler
- Gesamtdaten der medizinischen Statistik
- Detailerhebung zu Medikamenten, aufwändigen Verfahren und Implantaten

Datengrundlage SwissDRG Version 5.0 / 2016

Anzahl Spitäler

Datenjahr	2013	2012	2011	2010
Netzwerkspitäler	112	102	68	50
Gesamtspitäler	190	197	204	161*

- Gesamtlöschung 22 Spitäler, davon 4 mit Erstlieferung
- * ohne Spitaltypologien K234 und K235
- Anhand Spitaltypologie keine sichere Identifizierung SwissDRG-relevanter Fälle möglich

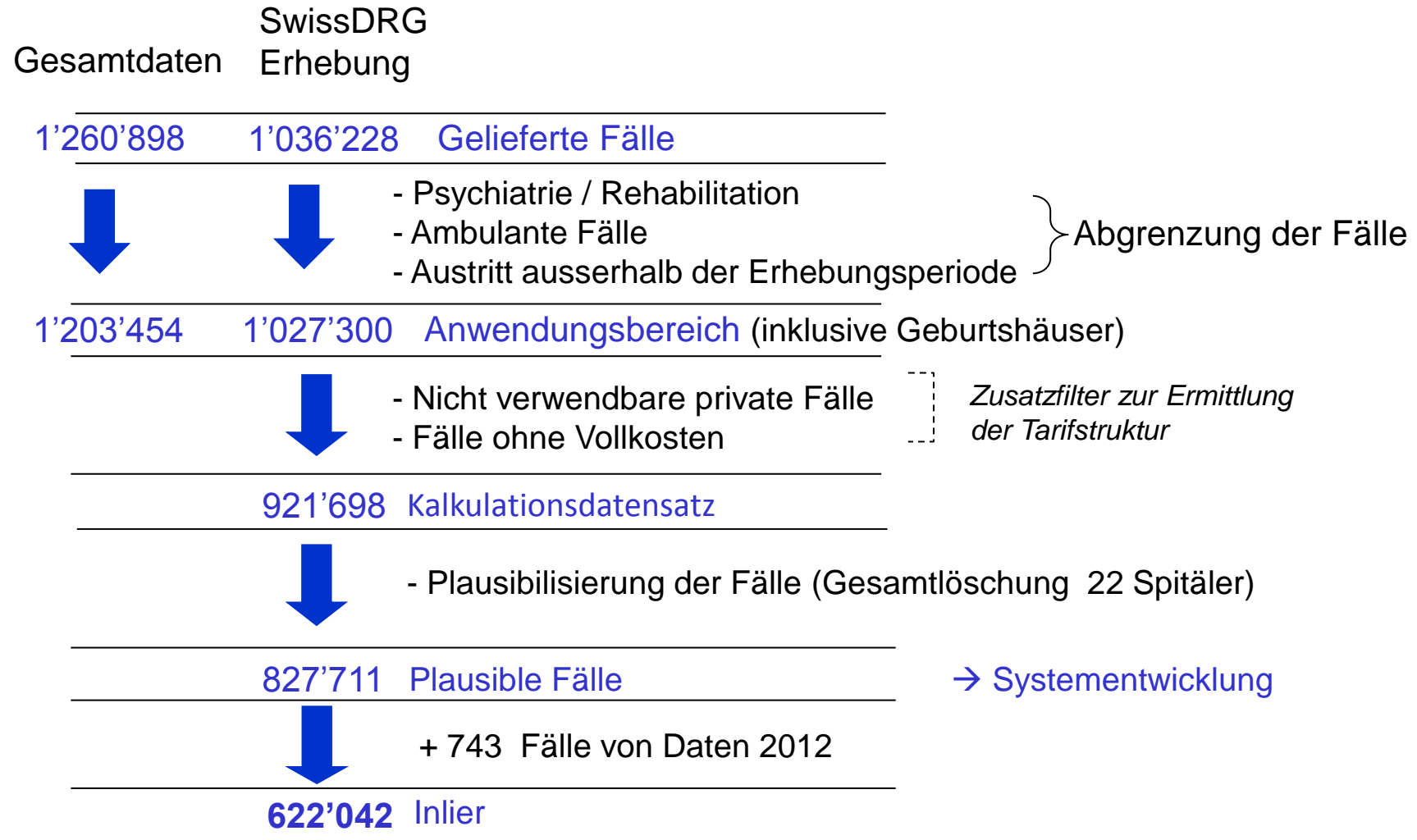
Datengrundlage SwissDRG Version 5.0 / 2016

Gelieferte Fälle

Datenjahr	2013	2012	2011	2010
Tarifstruktur	SwissDRG 5.0	SwissDRG 4.0	SwissDRG 3.0	SwissDRG 2.0
Daten NWS	1'027'300	980'450	778'808	609'938
Gesamtdaten	1'203'454	1'214'220	1'202'557	1'158'242
Stichprobe	85.4%	80,7%	64,7%	52,7%

Datengrundlage zur Systementwicklung

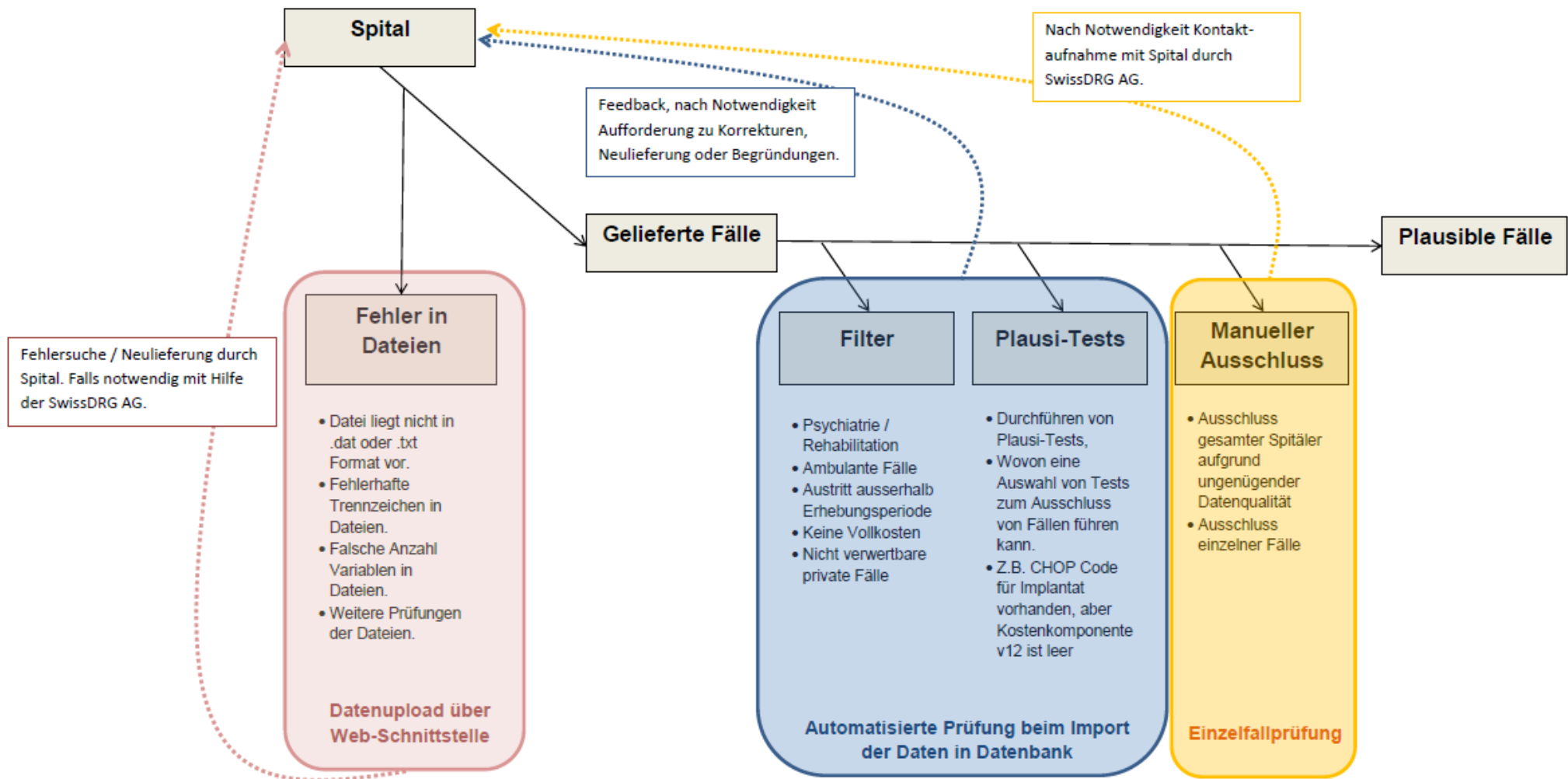
Übersicht Datenerosion



Quelle: Daten 2013, Erhebung 2014

Datengrundlage zur Systementwicklung

Ausschluss von Fällen



Datengrundlage zur Systementwicklung

Ausgeschlossene Fälle



Ausgeschlossene Fälle/Spitäler im Vergleich der Datenjahre 2011 bis 2013

- 2013: 20.1% der Fälle wurden gelöscht, 22 gelöschte Spitäler von 112 Spitälern (19.6%)
- 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 – definitives Feedback

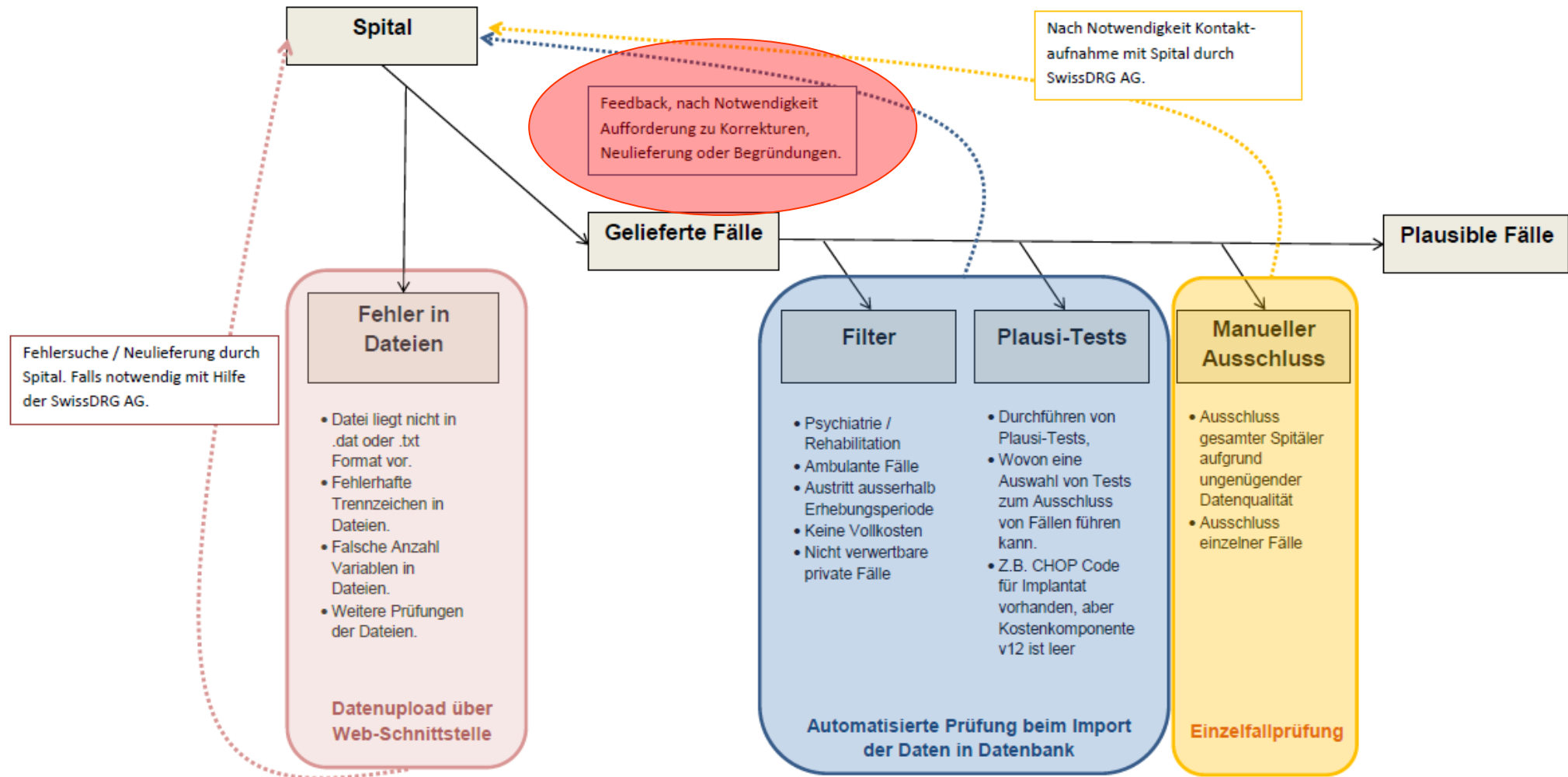
Verwendete Fälle pro Spital

Beispiel: definitives Feedback

	Anzahl	Anteil [%]
Gesamt gelieferte Fälle:	9'600	100%
- Verwendete Fälle	8'700	90.6%
- Nicht verwendete Fälle	900	9.4%
Nicht verwendete Fälle gesamt:	900	100%
- Fälle ausserhalb Anwendungsbereich	300	33.3%
- ausgeschlossene Fälle durch Plausibilitätsprüfung	450	50.0%
- ausgeschlossene Fälle durch Einzelfallprüfung	140	15.6%
- ausgeschlossene Fälle durch unplausible Medikamentenangabe	10	1.1%

Datengrundlage zur Systementwicklung

Datenerhebung - Feedback



Datenerhebung – Feedback

Beispiel I aus Datenerhebung 2015

Test	Ergebnis	Beschreibung	Warning	SwissDRG AG Bemerkungen
pc46	2	Anzahl Fälle mit CHOP-Kode für Endoskopie und Kosten für medizinische und therapeutische Diagnostik < 50 CHF (v28):	Fehlerhafte Fälle werden nicht für die Kalkulation verwendet!	Bitte prüfen und korrigieren falls möglich

Mögliche Bemerkungen der Spitäler:

- Fälle wurden korrigiert. Neue Lieferung folgt.
- Leistung wird bei Spital XY eingekauft. Kosten auf V19.
- Fälle fehlerhaft, können aus technischen Gründen nicht angepasst werden.
- Fälle sind korrekt, die Kosten sind in der Variable Vxy erfasst.

Quelle: Daten 2014, Erhebung 2015

Datenerhebung – Feedback

Beispiel II aus Datenerhebung 2015

v46v01	DRG	Test-name	Beschreibung	Warning
100001	XYZZ	pc46	Anzahl Fälle mit CHOP-Kode für Endoskopie und Kosten für medizinische und therapeutische Diagnostik < 50 CHF (v28):	Fehlerhafte Fälle werden nicht für die Kalkulation verwendet!

Mögliche Bemerkungen der Spitäler:

- Endoskopie intraoperativ erbracht, OP Saal oder Aufwachraum; Kosten auf L23 und L20 verbucht; Schnitt-Naht-Zeit und Saalbelegungszeit erfasst.
→ FALL KORREKT.
- Fall fehlerhaft → wird korrigiert und neu geliefert.

Datenerhebung – Feedback

Fazit

- Die automatisierte Plausibilisierung soll helfen systematische Fehler in der Datenerfassung zu erkennen.
- Aber nicht alle Fälle, welche durch Tests fallen sind auch fehlerhaft.
- Rückmeldungen der Spitäler helfen, die korrekten Fälle zu identifizieren wodurch diese bei der Entwicklung der Tarifstruktur verwendet werden können.
- Durch das Feedback der Spitäler können Tests angepasst, erweitert und verbessert werden.

Datenerhebung – Lieferumfang Medikamente / Implantate / teure Verfahren

Teure Medikamente in der Medizinischen Statistik

- 75 (53 in 2012) Spitaler

Detailerhebung

- 53 (26 in 2012) Spitaler mit Kosten teurer Medikamente
- 33 (19 in 2012) Spitaler mit Kosten teurer Implantate
- 15 (12 in 2012) Spitaler mit Kosten teurer Verfahren

Datenerhebung- Probleme Medikamente

- Generell fehlende Angaben (Verabreichungsart, Einheit, etc.)
- Übermittlung falscher Einheiten
- Übermittlung von Medikamenten, welche nicht (mehr) auf der Liste stehen
- Verabreichte Mengen identischer Medikamente werden pro Fall nicht immer aufsummiert

Detailerhebung- Probleme

Allgemein

- Anzahl Medikamente in med. Statistik und Detailerhebung nicht immer gleich
- Einstandspreis pro Einheit gemäss „Liste der in der med. Statistik erfassbaren Medikamente/Substanzen“ gefordert.
→ geliefert werden z.T. Packungspreise, Preise für falsche Einheiten, etc.
- Preise werden z.T. mit MwSt. und/oder anderen Kosten geliefert
- Bandbreite der gelieferten Kosten z.T. sehr gross.
→ Bemerkungen in der Detailerhebungen und Feedback der Spitäler wichtig

Detailerhebung– Feedback

- Die Plausibilisierung der Detailerhebung soll nicht als Kritik der gelieferten Preise verstanden werden.
- Die Plausibilisierung dient dazu, auffällige Angaben zu verifizieren.
- Das Feedback der Spitäler ist wichtig um die Datenbasis zur Berechnung der Zusatzentgelte zu erweitern.

SwissDRG – Version 5.0 / 2016

1. Datengrundlagen
- 2. Grupperweiterentwicklung**
3. High Outlier Analyse
4. Ergebnisse

Zeitachse Tarifstrukturentwicklung

2015

Version

Katalogv.
2013/2016

Planungsv. I
2014/2016

Planungsv. II
2015/2016

Abrechnungsv.
2016/2016

Publikation

05. Juni 2015

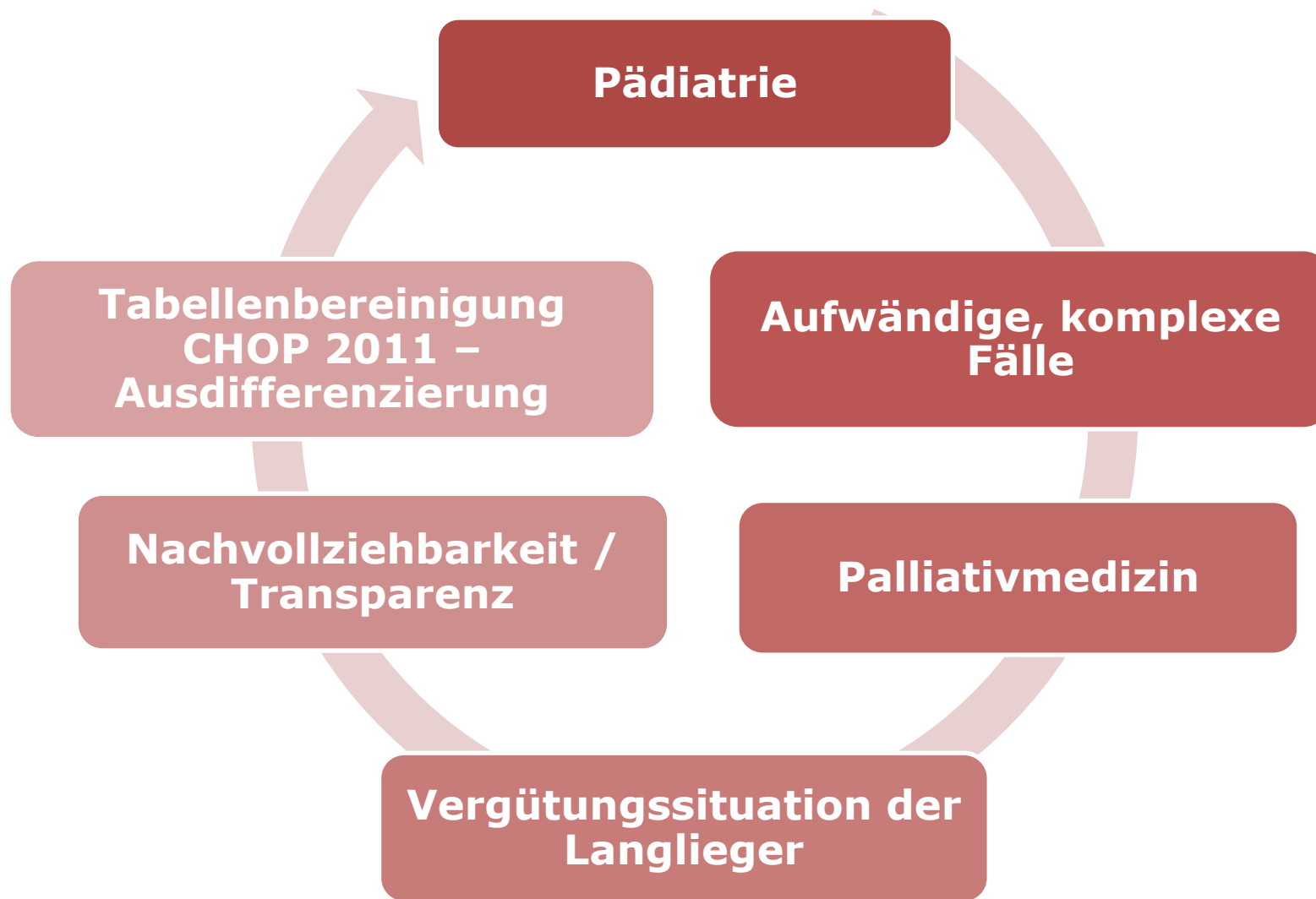
26. Juni 2015

28. August 2015

28. Nov. 2015

SwissDRG 5.0 / 2016

Entwicklungsschwerpunkte

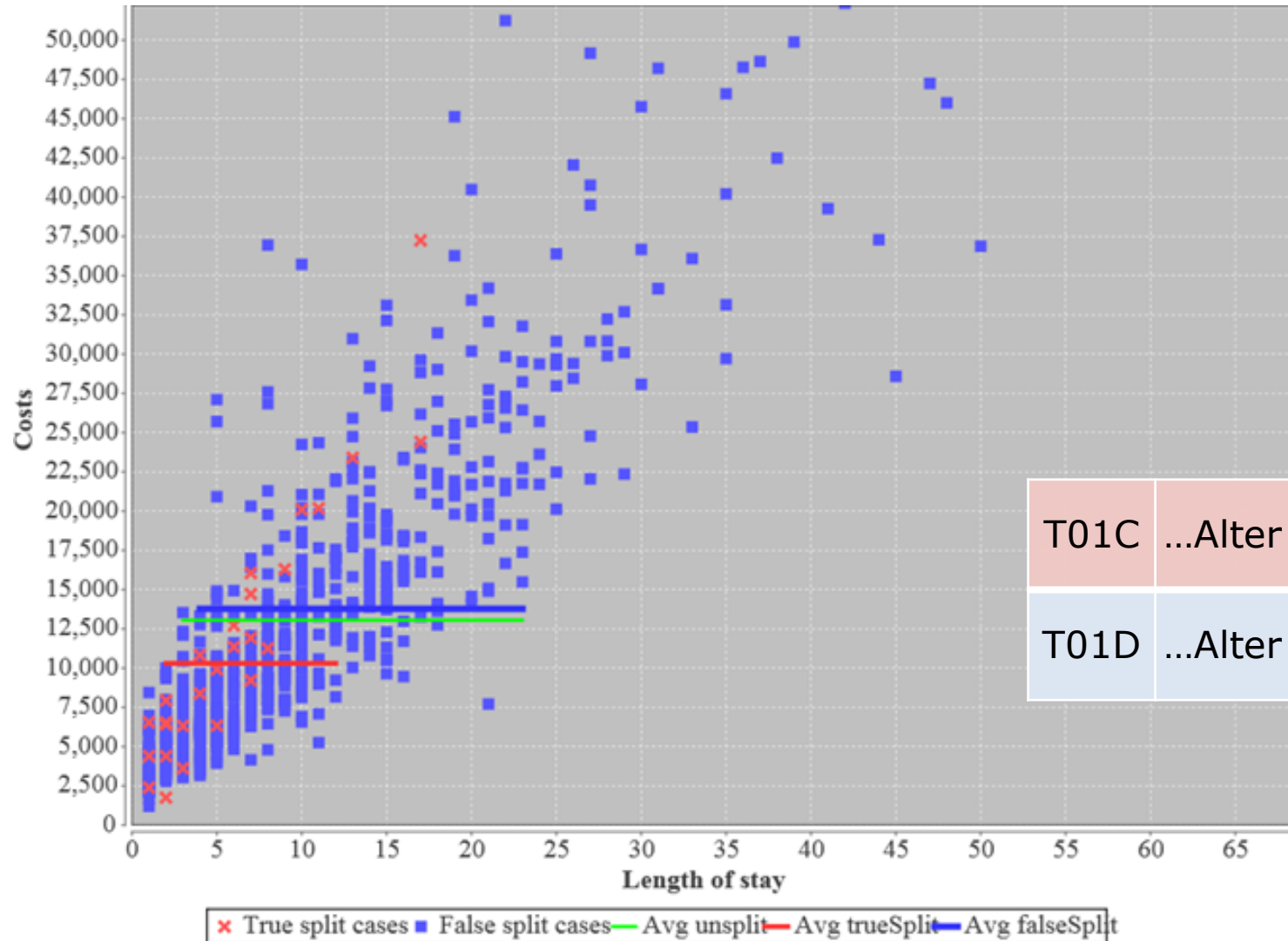


Überarbeitung der DRG-Klassifikation Pädiatrie



- Systematische Prüfung aller DRGs auf mögliche Kindersplits aufgrund
 - höherer Kosten der Kinderfälle
 - deutlich geringerer Verweildauer der Kinder; erhalten eher Zuschläge
- 47 Kindersplits umgesetzt (>1000 Simulationen)

Überarbeitung der DRG-Klassifikation Pädiatrie: Kindersplit DRG T01C



T01C	...Alter < 16 Jahre	cw 1.168	mVW 5.7
T01D	...Alter > 15 Jahre	cw 1.381	mVW 10.2

Überarbeitung der DRG-Klassifikation

Pädiatrie: Kindersplits

DRG	Text
I30A	Komplexe Eingriffe am Kniegelenk, Alter < 16 Jahre
I68D	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, mehr als ein Belegungstag, Alter < 16 Jahre
I69A	Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathien, Alter < 16 Jahre
I75B	Schwere Verletzungen an oberen oder unteren Extremitäten oder Entzündungen von Sehnen, Muskeln und Schleimbeuteln, Alter < 16 Jahre
J61C	Mässig schwere Erkrankungen der Haut, mehr als ein Belegungstag, Alter < 16 Jahre
J64B	Infektion / Entzündung der Haut und Unterhaut, Alter < 16 Jahre
K60E	Diabetes mellitus, Alter < 16 Jahre
K63A	Angeborene Stoffwechselstörungen, mehr als ein Belegungstag, Alter < 16 Jahre oder äusserst schweren CC

Überarbeitung der DRG-Klassifikation Pädiatrie



Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter «Kinder-SAPS»

- Bisher etwa gleichgestellt den Erwachsenen-SAPS-Punkten
- Systematische Überprüfung der Abbildung intensivmedizinisch behandelte Kinder

Umbau

- Intensivmedizinisch behandelte Kinder erreichen neu mit niedrigeren SAPS-Punkten entsprechende DRGs

Überarbeitung der DRG-Klassifikation Neugeborene

Problem:

- Fälle insbesondere in DRGs P66B, C und P67B, C kosteninhomogen

Umbau:

- Schärfung der Definition der Funktionen «Anderes Problem beim Neugeborenen» und «Schweres Problem beim Neugeborenen»
- Tabellenbereinigung und -erweiterung der Funktionen

Überarbeitung der DRG-Klassifikation Neugeborene

Beispiele für den Umbau:

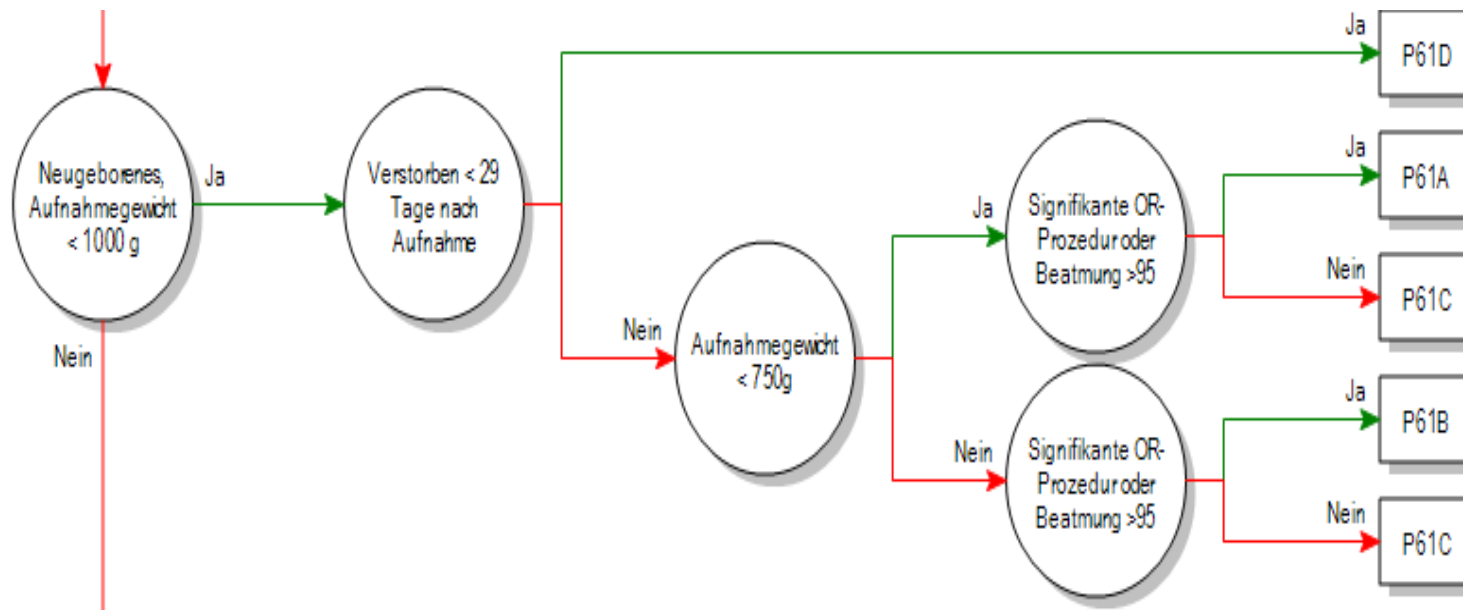
- Löschung ICD P21.1 «Leichte oder mässige Asphyxie unter der Geburt» und P21.9 «Asphyxie unter der Geburt, n. n. bez.» aus Funktion «Anderes Problem beim Neugeborenen»
- Aufnahme der ICD Q21.80 «Fallot-Pentalogie» und Q25.5 «Atresie der A. pulmonalis» in Funktion «Schweres Problem beim Neugeborenen»
- Aufnahme der ICD P91.2 «Zerebrale Leukomalazie beim Neugeborenen»; P91.5 «Koma beim Neugeborenen»; P91.6 «Hypoxisch-ischämische Enzephalopathie beim Neugeborenen»; P91.80 «Locked-in-Syndrom und apallisches Syndrom beim Neugeborenen» in Funktion «Schweres Problem beim Neugeborenen»

Überarbeitung der DRG-Klassifikation Neugeborene

Problem:

- Bisher keine separate Abbildung der Fälle mit Aufnahmegewicht < 750g aufgrund geringer Fallzahlen möglich

Umbau:



Überarbeitung der DRG-Klassifikation

Palliativmedizinische Komplexbehandlung

Bisher:

- Zuweisung der Fälle gemäss HD in die MDC
- ZE gestaffelt nach Dauer der Komplexbehandlung

Problem:

- Fälle mit abweichender VWD im Vergleich zu übrigen Fällen der DRGs ohne palliativmed. Komplexbehandlung
- Ressourcenverbrauch bestimmt durch Behandlungsverlauf; Pflege usw.

→ Teilweise deutliche Untervergütung

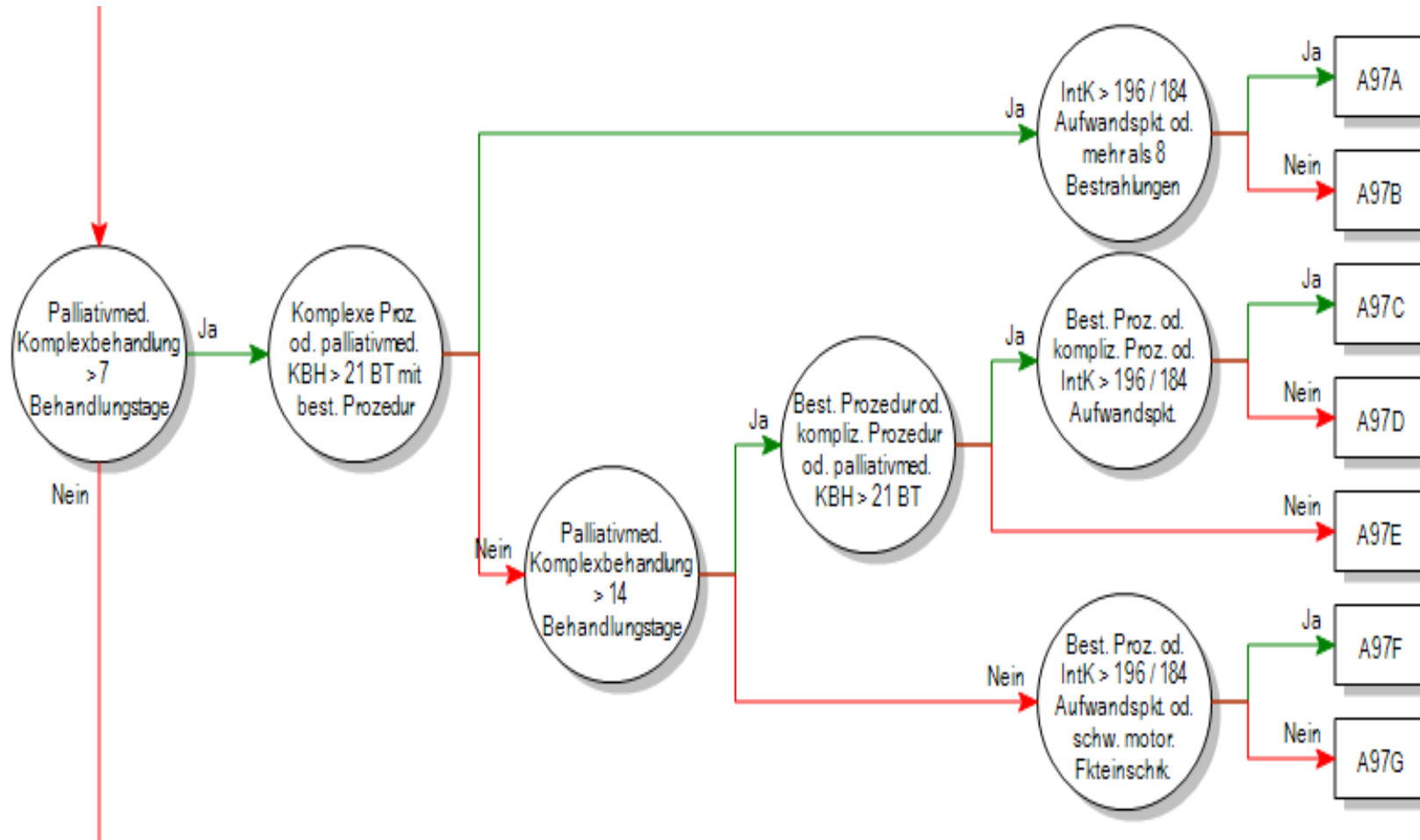
Überarbeitung der DRG-Klassifikation

Palliativmedizinische Komplexbehandlung

- Umfangreiche Simulationen zur Abbildung der palliativmedizinischen Fälle
 - Ausführliche Diskussion der Situation in AG Palliativmedizin
 - Komplexer Umbau mit HD unabhängiger Etablierung einer neuen Basis-DRG in der Prä-MDC «Palliativmedizinische Komplexbehandlung > 7 Behandlungstage»
 - Zusatzentgelt entfällt
- Abbildungsgenauigkeit deutlich verbessert

Überarbeitung der DRG-Klassifikation

Palliativmedizinische Komplexbehandlung



Übersicht zum Antragsverfahren

	<u>2014</u>	<u>2013</u>
• Anzahl der DRG-Anträge:	131	163
→ Davon umgesetzt:	40	72
• Anzahl Simulationen (Anträge / Emails):	2421	1442
→ Davon umgesetzt:	539	470

Überarbeitung der DRG-Klassifikation Nervenerkrankungen MDC 01

Bisher:

- Fälle in der Basis-DRG B20 «Kraniotomie oder grosse Wirbelsäulen-Operation...» kosteninhomogen

Neu:

- Aufwertung von Fällen Hirnblutung; ICD: I60.-; I61.-
- Zuordnung dieser Fälle zur DRG B20A «Kraniotomie oder grosse Wirbelsäulen-Operation mit komplexer Prozedur, Alter < 16 Jahre...»

Überarbeitung der DRG-Klassifikation Augenerkrankungen MDC 02

Bisher:

- Inhaltsähnliche Fälle in verschiedenen Basis-DRGs abgebildet
 - C07Z Andere Eingriffe bei Glaukom mit extrakapsulärer Extraktion der Linse (ECCE)
 - C19Z Andere Eingriffe bei Glaukom ohne extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE)

Umbau:

- Zusammenführen dieser Fälle in einer Basis-DRG C07 «Andere Eingriffe bei Glaukom»
- Übersichtliche und besser nachvollziehbare Abbildung dieser Fälle

Überarbeitung der DRG-Klassifikation Augenerkrankungen MDC 02

Problem:

- CHOP 13.41 «Phakoemulsifikation und Aspiration eines Katarakts» der DRG C20Z «Andere Eingriffe an Kornea, Sklera und Konjunktiva, Eingriffe am Augenlid oder verschiedene Eingriffe an der Linse» zugewiesen (V4.0 / cw 0,736)
- Zusätzliche Kodierung des CHOP 13.71 «Einsetzen einer Intraokularlinse anlässlich einer Kataraktextraktion, einzeitig» triggert in DRG C08B «Extrakapsuläre Extraktion der Linse» (V4.0 / cw 0,593)

→ Mindervergütung bei Mehrleistung

Überarbeitung der DRG-Klassifikation Augenerkrankungen MDC 02

Neu:

- Komplexer Umbau der Basis-DRGs:
- C03 «Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie und andere komplexe Prozeduren mit extrakapsulärer Extraktion der Linse»
- C04 «Hornhauttransplantation»
- C07 «Andere Eingriffe bei Glaukom»
- C08 «Extrakapsuläre Extraktion der Linse»
- C20 «Andere Eingriffe an Kornea, Sklera und Konjunktiva, Eingriffe am Augenlid oder verschiedene Eingriffe an der Linse»

Überarbeitung der DRG-Klassifikation Krankheiten der Atmungsorgane MDC 04



Problem lt. Antrag:

Bei bestimmten Konstellationen z.B. grosser thoraxchirurgischer Eingriff mit Bestrahlung → Mindervergütung bei Mehrleistung

→ Komplexer Umbau der Basis-DRGs:

- Jetzt Zuordnung aller Fälle mit Bestrahlungstherapie, aber ohne OP oder Beatmung, direkt in die

E08 «Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane»

A-Split jetzt äusserst schwere CC oder komplizierende Prozeduren

- Bestrahlungsfälle mit aufwändigen operativen Eingriffen oder mit Beatmung gehen in die

E01 «Revisionseingriffe, beidseit. Lobektomie u. erw. Lungenresektion u. and. kompl. Eingriffe am Thorax»

Überarbeitung der DRG-Klassifikation Krankheiten der Atmungsorgane MDC 04



- Bereinigung der Prozedurentabellen der DRG E05 und damit der DRG E01A um weniger aufwändige Eingriffe
 - z.B. CHOP 39.31.99 «Naht einer Arterie, sonstige»; 34.59.00 «Sonstige Exzision an der Pleura, n.n.bez.»
- Sachgerechte Abbildung der aufwändigeren Fälle

Überarbeitung der DRG - Klassifikation Krankheiten des Kreislaufsystems MDC 05

Problem:

- Fälle mit ICD «Schwere Arrhythmie und Herzstillstand» innerhalb der MDC 05 nicht sachgerecht abgebildet
- Diagnosen bisher den Basis-DRGs F60 «Akuter Myokardinfarkt ohne invasive kardiologische Diagnostik» und F67 «Hypertonie» zugeordnet

Umbau

Etablierung einer neuen Basis-DRG F70 «Schwere Arrhythmie und Herzstillstand, mehr als ein Belegungstag»

- Splitbedingung der F70A «mit äusserst schweren CC»
- Differenzierte Abbildung der Fälle

Überarbeitung der DRG-Klassifikation Krankheiten des Kreislaufsystems MDC 05

Problem lt. Antrag

- Hohe Anzahl Fälle bei inhomogenen Kosten in DRG F73Z «Synkope und Kollaps»

Umbau: Anzahl und Schweregrad der Nebendiagnosen haben sich als Kostentrenner gezeigt, somit

- Split der DRG; Splitbedingung «äusserst schwere CC»

→ Aufwertung dieser Fälle

Überarbeitung der DRG-Klassifikation Krankheiten der Verdauungsorgane MDC 06

Bisher:

- **G72** «Andere leichte/moderate Erkrankung der Verdauungsorgane, Abdominalschmerz o. mesenteriale Lymphadenitis» und **G67** «Verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane oder gastrointestinale Blutung... mit hohen Fallzahlen, aber kosteninhomogen

Neu:

- Komplexer Umbau mit Neuordnung einiger Hauptdiagnosen z.B. Aufwertung der Fälle mit ICD A04.7 «Enterokolitis durch Clostridium difficile»
- Split der DRG G67A; neue Splitbedingung: Ulkusblutung oder Perforation oder Enterokolitis

Überarbeitung der DRG-Klassifikation

Krankheiten an hepatobiliärem System und Pankreas MDC 07

- Kondensation aufgrund fehlender Kostenunterschiede innerhalb der Basis-DRG H02 «Komplexe Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen»

H02A, H02B  H02Z «Komplexe Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen»

Kondensation bei fehlendem Kostenunterschied

Beispiel Appendizitis:

- K35.2 Akute Appendizitis mit generalisierter Peritonitis
- K35.3 Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis
- K35.8 Akute Appendizitis, nicht näher bezeichnet

Fast alle Appendektomien haben als HD eine Appendizitis mit Peritonitis bei kurzen Verweildauern.

Ergebnis: kein Kostenunterschied bei schwerem Verlauf mit Peritonitis versus normaler Appendizitis

→ Kondensation der DRGs

Die aufwändigen Fälle mit Peritonitis werden dann nicht mehr adäquat vergütet.

Überarbeitung der DRG-Klassifikation Krankheiten an Muskel-Skelett-System MDC 08

Bisher:

- Inhaltsähnliche Fälle in verschiedenen Basis-DRGs abgebildet
- DRG I16Z «Andere Eingriffe an Schulter oder Klavikula» und DRG I29Z «Komplexe Eingriffe am Schultergelenk»

Neu:

- Zusammenführen dieser Fälle in einer Basis-DRG I29 «Komplexe Eingriffe am Schultergelenk»
- Dann Split der I29Z und Schärfung der Splitbedingung der DRG I29A für aufwändige Eingriffe

→Übersichtliche und besser nachvollziehbare Abbildung dieser Fälle

Überarbeitung der DRG-Klassifikation Krankheiten an Muskel-Skelett-System MDC 08

Problem:

- Inhaltsähnliche Fälle in verschiedenen Basis-DRGs abgebildet
I09A/B/C «Wirbelkörperperfusion.....»
I19A/B «Komplexe Wirbelkörperperfusion ohne äusserst schwere CC.....»

Umbau:

- Zusammenführen dieser Fälle in einer Basis-DRG I09
«Wirbelkörperperfusion»
- Schärfung der Splitbedingungen nach Neuordnung der Prozedurenkodes, Auflösung der I19A/B

Überarbeitung der DRG-Klassifikation Krankheiten an Muskel-Skelett-System MDC 08

Problem:

- Uneinheitliche Kodierung der Resektion Femoro-Acetabulären Impingement (Pincer, CAM) mit /ohne Labrum-Refixation → FAQ 01.01.2015

Umbau:

- Überarbeitung und Prüfung der CHOP Zuordnung
- Umbau der I21Z «Bestimmte Eingriffe an Hüftgelenk und Femur....» in I21A/B/C «Bestimmte Eingriffe an Hüftgelenk und Femur..... mit äusserst schweren CC»; «... mit komplexem Eingriff»

→ Aufwertung der entsprechenden Prozedurenkodes und damit sachgerechte Zuordnung

Überarbeitung der DRG-Klassifikation

Krankheiten an Haut, Unterhaut und Mamma MDC 09

Problem:

- Mammarekonstruktion mittels Lappenplastik und mikrovasculärer Anastomosierung nicht sachgerecht abgebildet

Ursachen:

- Kompression in der Kostenzuordnung; häufig Erfassung OP-Kosten über Tarmed-Faktor in Verbindung mit normativer Schnitt-Naht-Zeit
 - Analogiekodierung für DIEP-Flap blieb teilweise unbeachtet
- Nach Kontakt mit Fachgesellschaft unterjährige Sonderdatenlieferung und genauere Kalkulation möglich

Überarbeitung der DRG-Klassifikation

Krankheiten an Haut, Unterhaut und Mamma MDC 09

Umbau:

- Zuordnung der Codes für Mammarekonstruktion mittels Lappenplastik und mikrovaskulärer Anastomosierung in die DRG J01Z «Gewebe-transplantation mit mikrovaskulärer Anastomosierung und bösart. Neubildung»

→ Aufwertung dieser Fälle

Überarbeitung der DRG-Klassifikation

Endokrine, Ernährungs- u. Stoffwechselkrankheiten MDC 10

- Kondensation aufgrund fehlender Kostenunterschiede innerhalb der Basis-DRG K15 «Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag»

Bisher K15C – mässig komplexe Radiojodtherapie

Kondensation: K15C, K15D  K15C

«Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, ..., mit Radiojodtherapie»

→ **Kostenerfassung der nuklearmedizinischen Therapien/Verfahren oft nicht vollständig**

Überarbeitung der DRG-Klassifikation

Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett MDC 14

Problem:

- Fälle mit ICD O63.-; O75.5 «Protrahierte Geburt» in DRG O60D «Vaginale Entbindung» nicht sachgerecht abgebildet

Umbau:

- Aufnahme der Codes in die Splitbedingung der DRG O60C «Vaginale Entbindung mit schwerer oder mässig schwerer komplizierender Diagnose»

→ Aufwertung der Fälle mit protrahiertem Geburtsverlauf

Überarbeitung der DRG-Klassifikation

Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett MDC 14

Problem:

- Unzureichende Abbildung best. aufwändiger Prozeduren bei vaginalen Entbindungen

Umbau:

- Unterschiedliche Schwangerschaftsdauer kein Kostentrenner im A-Split
- Komplexer Umbau der Basis-DRG O02 «Vaginale Entbindung mit komplizierender OR-Prozedur» mit Aufnahme der Prozeduren für endovaskuläre Eingriffe
- Split der DRG O02A «Vaginale Entbindung mit komplizierender OR-Prozedur, mit intrauteriner Therapie oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 119 Aufwandspunkte oder komplizierende oder komplexe Prozedur»

→ Deutliche Aufwertung dieser Fälle

Überarbeitung der DRG-Klassifikation Psychische Krankheiten MDC 19

Problem:

- Identifikation aufwändiger Fälle innerhalb der DRG U61Z «Schizophrenie, wahnhaft und akut psychotische Störungen»

Umbau:

- Split der DRG mit Aufwertung von Fällen mit Elektrokrampftherapie oder Intensivmediz. Komplexbehandlung

Zusatzentgelte - Grundsätzliches

Alle diagnostischen und therapeutischen Verfahren, Medizinprodukte und Medikamente, die nicht als Zusatzentgelt ausgewiesen werden, sind in die Kostengewichte einkalkuliert!

Ausnahme: in Verträgen zwischen H+ und SVK aufgeführte Leistungen zu Transplantationen von Stammzellen und solider Organe

- In der Regel Abbildung der Medikamente in Dosisklassen, oberhalb einer Einstiegsschwelle (die Dosismenge wird innerhalb eines Falles addiert)
- Kosten der Produkte unterhalb der Einstiegsschwelle sind im Kostengewicht einkalkuliert

Überarbeitung der DRG-Klassifikation Zusatzentgelte

1. Ergänzung der Diagnoseliste «angeborene oder erworbene Blutungskrankheiten» für ZE zur «Blutgerinnung»

D82.0 «Wiskott-Aldrich-Syndrom»

M31.1 «Thrombotische Mikroangiopathie»

P53 «Hämorrhagische Krankheit beim Feten u. Neugeborenen»

P60 «Disseminierte intravasale Gerinnung beim Feten u. Neugeborenen»

P61.0 «Transitorische Thrombozytopenie beim Neugeborenen»

Keine Aufnahme der O-Kodes in die Tabelle, da sie zu unspezifisch sind.

Aber: Bei Vorhandensein einer Gerinnungsstörung darf ein Kode D68.- zusammen mit dem O-Kode kodiert werden (das Exklusivum wird hier nicht angewendet).

Überarbeitung der DRG-Klassifikation Zusatzentgelte

2. Etablierung neuer Zusatzentgelte

- Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin
- Micafungin
- Ustekinumab
- Eculizumab
- Erlotinib
- Sunitimib
- Panitumumab
- Abatacept

Überarbeitung der DRG-Klassifikation Zusatzentgelte

- Coils in Abhängigkeit der Lokalisation differenziert bewertet (intrakraniell und extrakraniell (Kopf, Hals), spinal / peripher)
- Apheresen differenziert nach Verfahren bewertet
- 3. Etablierung differenzierter Applikationsformen bei bestehenden Zusatzentgelten

Sonst Risiko der Über- / Untervergütung unter Beibehaltung der ZE unabhängig der Applikationsform

→ Neue Zusatzentgelte für:

- Rituximab subkutan
- Abatacept subkutan
- Trastuzumab subkutan

Überarbeitung der DRG - Texte

Problem:

- Vereinfachung der DRG Texte:

Version 4.0: *Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk, ohne Mehrfacheingriff, ohne bestimmten beidseitigen Eingriff, ohne komplexe Prozedur, ohne komplexe Diagnose, ohne komplizierenden Eingriff*

Version 5.0: *Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk*

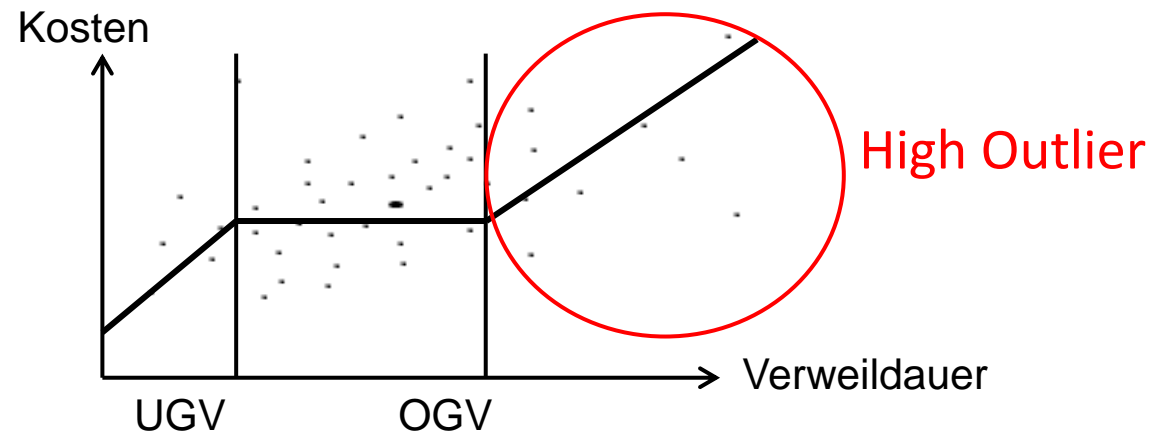
- Auskunft über die gesamte Fallmenge einer DRG sind dem **Definitionshandbuch** zu entnehmen
- DRG Namen können nur einen Anhaltspunkt geben – sie sind nicht abschliessend und dienen nur als Orientierungshilfe

SwissDRG – Version 5.0 / 2016

1. Datengrundlagen
2. Grupperweiterentwicklung
- 3. High Outlier Analyse**
4. Ergebnisse

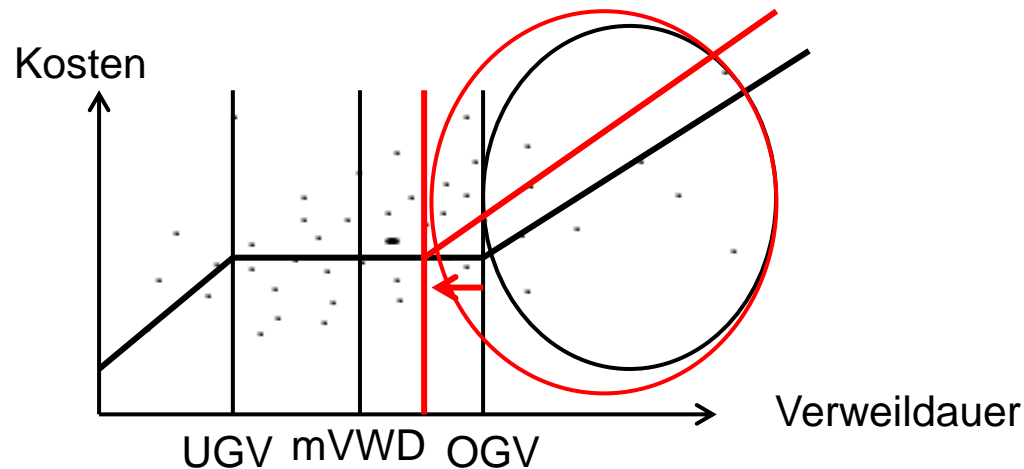
Vergütung High Outlier

- **Problem:** tiefe Vergütung von High Outlier, speziell bei hochkomplexen Fällen.



- **Lösungsansätze:**
 - 1. Tiefere Obere Grenzwertverweildauer (OGV) (neu)
 - 2. Prüfung Kostenkomponenten (neu)
 - 3. Alternative Berechnung High Outlier Zuschlag (bisher)

Vergütung High Outlier: 1. Tiefere OGV



Anpassung der Berechnung der oberen Grenzverweildauer

$$\text{OGV}^{\circ} = \text{round} (\min [\text{mVWD} + 2 * \text{sdVWD} ; \text{mVWD} + 17])$$

$$\text{OGV}' = \text{round} (\min [\quad \quad \quad ; \quad \quad \quad + 16])$$

... = ...

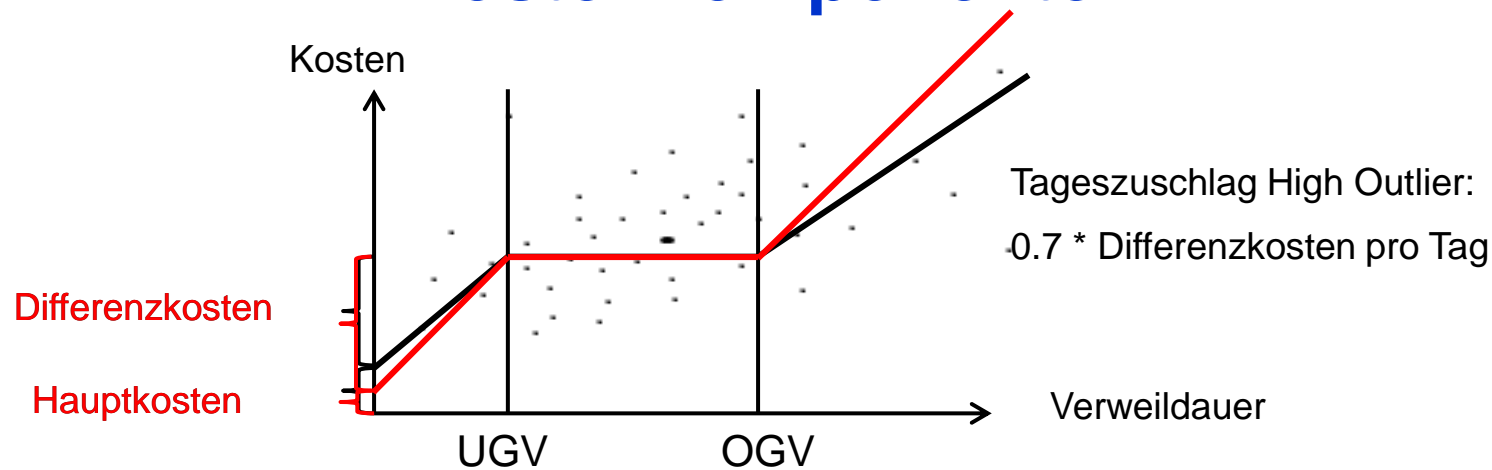
$$\text{OGV}'''' = \text{round} (\min [\quad \quad \quad ; \quad \quad \quad + 13])$$

°Die obere Grenzverweildauer (OGV) entspricht der Summe von mittlerer Verweildauer und zweifacher Standardabweichung der Verweildauer, es sei denn diese übersteigt einen festgesetzten Maximalabstand von 17 Tagen.

Vergütung High Outlier: 1. Tiefere OGV

- Anzahl High Outlier steigt von OGV 17 zu OGV''' 13 um 3.6%
- Deckungsgrad High Outlier steigt von OGV 17 zu OGV''' 13 um 1.9%
- **Keine Anpassung der Methodik**

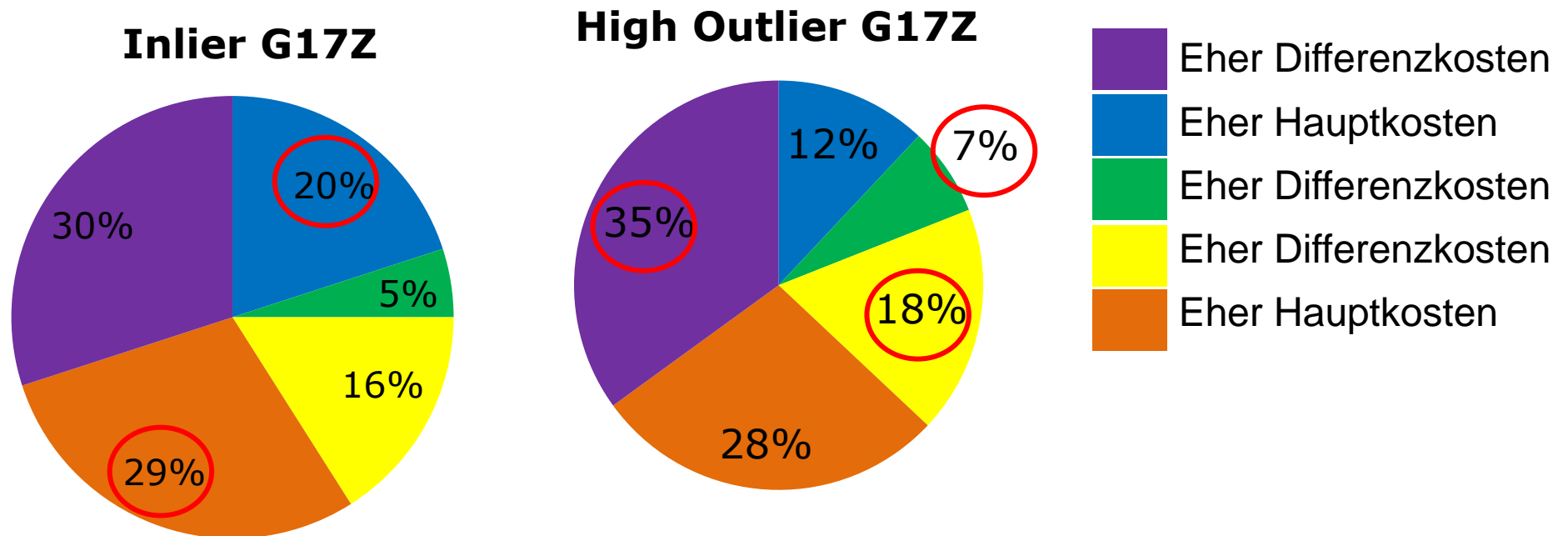
Vergütung High Outlier: 2. Prüfung Kostenkomponenten



- Kostenkomponenten v10 – v39
 - Hauptkosten z.B. Implantate → immer vergütet
 - Differenzkosten z.B. Pflege → nach VWD vergütet

Vergütung High Outlier: 2. Prüfung Kostenkomponenten

- Statistische Analysen
 - Z.B. Anzahl DRGs mit höheren durchschnittl. Kostenanteil für High Outlier als Inlier



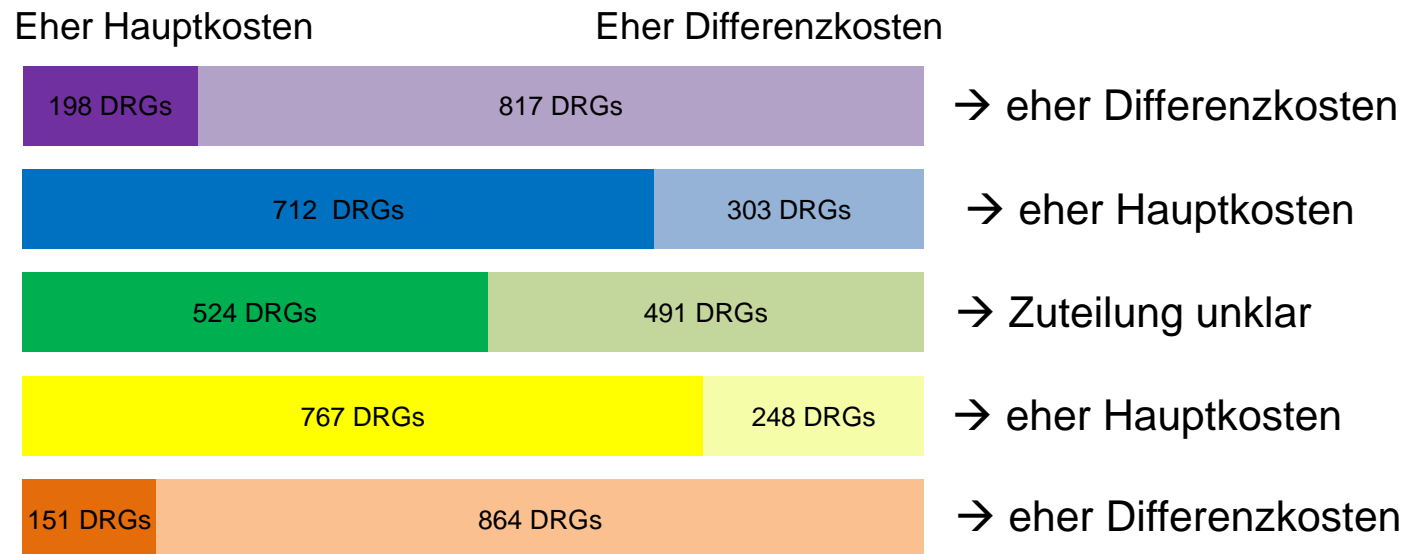
Wir machen das nicht nur für G17Z, sondern für alle DRGs

Vergütung High Outlier: 2. Prüfung Kostenkomponenten

- Für G17Z



- Für alle DRGs



Vergütung High Outlier: 2. Prüfung Kostenkomponenten

- Statistische Analysen
- Medizinische Beurteilung
- Vorschlag:
 - 5 Kostenkomponenten neu Differenzkosten, 4 Kostenkomponenten neu Hauptkosten
- Deckungsgradanalyse
 - High Outlier: + 5.7%
 - Low Outlier: - 7.8%

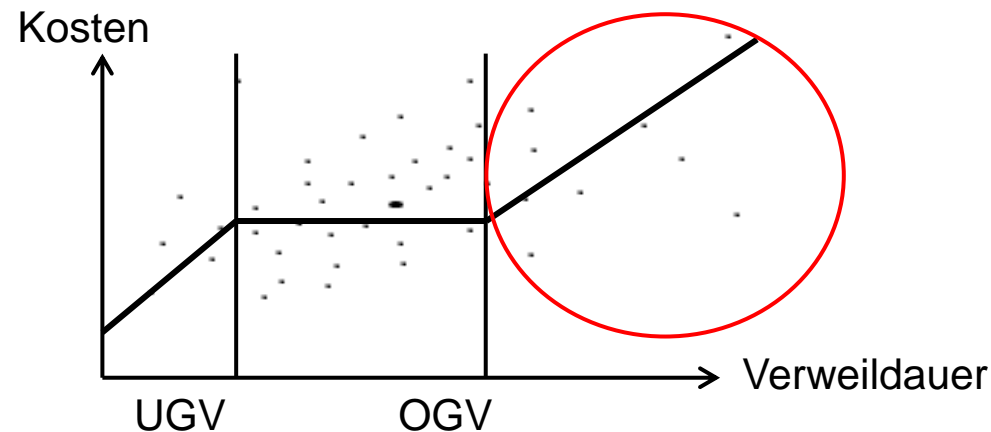
→ Anpassung der Methodik

Vergütung High Outlier: 3. Alternative Berechnung High Outlier Zuschlag




- Kriterien
 - Hoher Anteil High Outlier
 - Auffällige Kostensituation
 - Kein Anhalt für Anpassung Groupes
 - Ungleichmässige Verteilung über Spitäler
 - Alternative Berechnung (259 DRGs)
 - Differenzkostenfaktor 1 statt 0.7
 - Verwendung Median High Outlier Tageskosten
 - Deutliche Verbesserung der Vergütung High Outlier
- Individuelle Anpassung der Methodik**

Vergütung High Outlier

- **Problem:** tiefe Vergütung von High Outlier, speziell bei hochkomplexen Fällen.



- **Lösungsansätze:**

- 1. Tiefere Obere Grenzwertverweildauer (OGV) (neu) 
- 2. Prüfung Kostenkomponenten (neu) 
- 3. Alternative Berechnung High Outlier Zuschlag (bisher) 

SwissDRG – Version 5.0 / 2016

1. Datengrundlagen
2. Grouperweiterentwicklung
3. High Outlier Analyse
- 4. Ergebnisse**

Zusammenfassung der Änderungen SwissDRG 5.0 / 2016

	V5.0	V4.0	V3.0
Anzahl DRG	1031	974	988
Nicht bewertete DRGs	13	12	17
Nicht abrechenbare DRGs	3	3	3
Einbelegungstag-DRGs	290	276	257
Explizit	19	19	19
Implizit	271	257	238
Zusatzentgelte	58	49	28
Bewertet	57	48	26
Unbewertet	1	3	2

Ermittlung der Kostengewichte DRGs Kalkuliert / Helvetisiert

	Kalkuliert	<i>davon kalkuliert auf 2 Datenjahren</i>	Helvetisiert
V5.0	1015	24	3
V4.0	957	22	2
V3.0	932	26	56
V2.0	812	-	161

Kriterien:

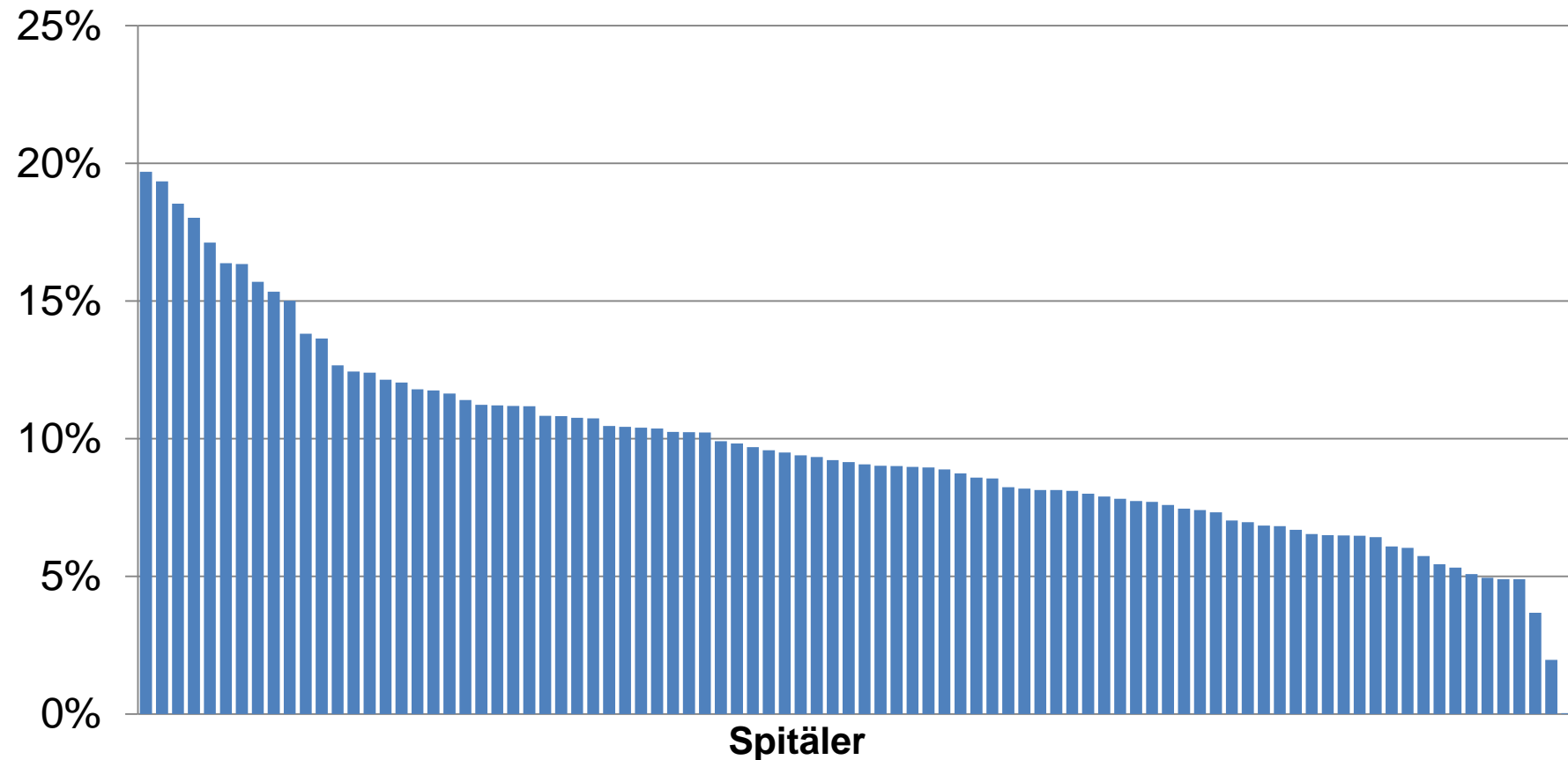
- Geringe Fallzahl
- Kein Grupperumbau zw. 4.0/5.0

Nicht bewertbare DRGs, Anlage 1 Fallpauschalkatalog

Ursache: keine Kosten- und Leistungsdaten vorhanden

- 13 Frühreha-DRGs:
B11Z, B43Z, E41Z, F29Z, F45Z, G51Z, I40Z, I96Z, K01Z, K43Z,
W01Z, W05Z, W40Z

Mittlerer Anteil Anlagenutzungskosten der Gesamtkosten pro Spital



Daten 2013, Kalkulationsdaten

Anteil Anlagenutzungskosten pro Spital

→ Mittlerer ANK-Anteil an den Gesamtkosten aller Fälle	8.64%
• Unispitäler (K 111):	7.80%
• 3 selbständige Kinderspitäler:	8.03%

Daten 2013, Kalkulationsdaten

Kostenhomogenität

Ergebnis der Varianzreduktion der SwissDRG-Version 5.0 im Vergleich zu den Vorversionen

Grouper-version	Datenjahr	Alle Fälle	Inlier
V5.0	2013	0.682	0.808
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

Daten 2009-2013, alle SwissDRG relevanten Fälle, ohne ANK

Kostenhomogenität

Ergebnis der Varianzreduktion der SwissDRG-Version 5.0 im Vergleich zu den Vorversionen

Grouperversion	Datenjahr	Ohne ANK		Mit ANK	
		Alle Fälle	Inlier	Alle Fälle	Inlier
V5.0	2013	0.682	0.808	0.681	0.808
V4.0		0.672	0.798	0.671	0.798
V3.0		0.665	0.787	0.664	0.786

Daten 2013, Kalkulationsdaten

Casemix Index pro Versorgungsstufe

Versorgungsstufe	Anzahl Fälle	CMI 5.0 mit ANK	CMI 4.0 mit ANK	Delta 4.0/5.0
K111 Zentrumsversorgung 1	193'804	1.437	1.428	0.61%
K112 Zentrumsversorgung 2	612'983	1.010	1.014	-0.32%
K121 Grundversorgung 3	140'572	0.859	0.864	-0.56%
K122 Grundversorgung 4	120'165	0.844	0.848	-0.47%
K123 Grundversorgung 5	41'631	0.956	0.957	-0.08%
K231 Chirurgie	54'164	1.082	1.076	0.56%
K232 Gyn / Neonatologie	3'582	0.451	0.452	-0.09%
K233 Pädiatrie	17'186	1.231	1.187	3.68%
K234 Geriatrie	8'099	1.519	1.511	0.55%
K235 Spezialkliniken	7'905	1.322	1.281	3.23%
Alle	1'200'091	1.053	1.053	0.00%

Daten 2013, alle bewertbaren SwissDRG relevanten Fälle

Casemix Index nach Alter

Alter	Anzahl Fälle	CMI 5.0 mit ANK	CMI 4.0 mit ANK	Delta 4.0/5.0
0-16 Jahre	156'164	0.616	0.600	2.78%
Ab 17 Jahren	1'043'927	1.118	1.121	-0.22%

Daten 2013, alle bewertbaren SwissDRG relevanten Fälle

SwissDRG – Version 5.0 / 2016

Entwicklung der Aufenthaltsdauer


Gesamtdaten 2008:	6.3 Tage	
Gesamtdaten 2009:	6.1 Tage	(- 3.83 %)
Gesamtdaten 2010:	6.0 Tage	(- 1.67%)
Gesamtdaten 2011:	6.3 Tage	(+ 5.00%)
Gesamtdaten 2012:	6.3 Tage	(+/- 0%)
Gesamtdaten 2013:	6.2 Tage	(-0.32%)

Anhand der Spitaltypologie keine sichere Identifizierung
SwissDRG-relevanter Fälle, Gesamtdaten enthalten ggf. Fälle ausserhalb
Anwendungsbereich SwissDRG

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