

SwissDRG Konferenz

9. Informationsveranstaltung

SwissDRG Version 6.0 / 2017

08. Juni 2016

Inselspital Bern

- 1. Neuerungen**
2. Datengrundlagen
3. Überarbeitung der Grouperlogik
4. Weiterentwicklung Kalkulationsmethodik
5. Ergebnisse

Neuerungen

Unterjährige Datenlieferung mit Plausibilitätsprüfung:

- Daten 2016 im Format 2016
 - nur mit Med. Stat. **UND** Fallkosten möglich
 - Teildatensätze möglich (z.B. Q1, Semesterdaten)
- ab September 2016

Achtung: Testlogik noch nicht definitiv für die nächste Datenerhebung

Neuerungen

Entscheid VR:

- Verbindlichkeit des SwissDRG-Formats für alle Spitäler
- Anpassung der jetzigen Definition der Kostendaten an den Kostenträgerausweis REKOLE® (Kostenteil)
- Erhebung der Anlagenutzungskosten (ANK) ausschliesslich nach REKOLE®

Datenlieferung 2017 (Daten 2016):

- neues Format Fallkostendatei (fk)
- Erweiterung Artikelliste (Einsatzgüterliste)

Neues Format Fallkostendatei

Basiert auf [REK Entscheid 15 005](#): getrennter Ausweis der ANK auf Kostenträgerebene (Antrag SwissDRG AG)

Gemeinkosten (GK), gemäss Verrechnungsmethodik	Bezugsgrösse	Fr.		Kostensatz	Menge
		GK, exkl. ANK	ANK		
Kostenstellen					
10 Patientenadministration	Adm. Fall				
20 OP-Saal	TP und Min.				
23 Anästhesie	TP und Min.				
24 Intensivpflege und Intermediate-Care (exkl. anerkannte intermediate-Care Stellen)	TP und Min.				
Anerkannte Intermediate-Care Stellen	TP und Min.				
25 Notfall	TP und Min.				
26 Bildgebende Verfahren	TP und Min.				
...				
77 Rettungs- bzw. Ambulanzdienst (...)	TP und Min. ³				
Total GK (exkl. ANK des Kostenblocks A')					
Σ der verrechneten ANK des Kostenblocks A'		XXXXXXXXXX			

→ ermöglicht Berechnung verweildauerabhängiger Zu- / Abschläge für ANK (In- und Outlier)

Neues Format Fallkostendatei

Basiert auf [REK Entscheid 15 003](#): Verrechnungsverfahren bestimmter Ärzteschaften (Antrag SwissDRG AG)

Gemeinkosten (GK), gemäss Verrechnungsmethodik		Bezugsgrösse	Fr.		Kostensatz	Menge
			GK, exkl. ANK	ANK		
Kostenstellen						
24	Intensivpflege und Intermediate-Care (exkl. anerkannte intermediate-Care Stellen)	TP und Min.				
	Anerkannte Intermediate-Care Stellen	TP und Min.				
	Ärztschaften-Aktivitäten 1 bis 5	TP und Min.				
	Ärztschaften des OP-Saals - Aktivitäten 6a	TP und Min., gewichtet				
31	Ärztschaften der IPS - Aktivitäten 6b	TP und Min.				
	Ärztschaften der IMCU - Aktivitäten 6b	TP und Min.				
	Ärztschaften des Notfalls - Aktivitäten 6b	TP und Min.				
	Ärztschaften des Gebärsaals - Aktivitäten 6b	TP und Min.				
	Ärztschaften der medizinischen und therapeutischen Diagnostik - Aktivitäten 6b	TP und Min.				
38	Anerkannte Intermediate-Care Stellen (IMCU)	TP und Min.				

→ ermöglicht Berechnung verweildauerabhängiger Zu- / Abschläge für Arztkosten (In- und Outlier)

Neues Format Fallkostendatei

Kleinere Anpassungen:

- Streichung BUR-Nummer
- Streichung «v17 Aufwand für Zeugnisse und Gutachten»
gemäss REK Entscheid 11 003
- Verzicht auf «Sammelvariablen» (Zusammenfassung
mehrerer Felder aus REKOLE® Kostenträgerausweis)
- Einführung Reservefelder

Neues Format Fallkostendatei

Allgemeine Angaben			
N°	Variable	Bezeichnung	
1	year	Datenjahr	
2	4.6.V01	Fallnummer (siehe Variable an der Reihe 663 der MD-Zeile)	Primärschlüssel
Einzelkosten			
N°	Variable	Bezeichnung	H+ Kontenrahmen
3	v101	Arzneimittel	400
4	v102	Blut und Blutprodukte	400
5	v103	Medizinisches Material	401
6	v104	Implantate	401
7	v105	Medizinische, diagnostische und therapeutische Fremdleistungen (exkl. Arzthonorare)	405
8	v106	Arzthonoraraufwand, (nicht sozialversicherungspflichtig)	405
9	v107	Arzthonoraraufwand, Spitalärzte (sozialversicherungspflichtig)	380
10	v108	Arzthonoraraufwand, Belegärzte (sozialversicherungspflichtig)	381
11	v109	Patiententransporte durch Dritte	480
12	v110	Übrige patientenbezogene Fremdleistungen	485
13	v111	Übrige Auslagen für Patienten	486

Neues Format Fallkostendatei

Gemeinkosten			
N°	Variable	Bezeichnung	MUSS-Kostenstelle
14	v200	Patientenadministration, Gemeinkosten exkl. ANK	(10)
15	v201	Patientenadministration, ANK	(10)
16	v210	OP Saal, Gemeinkosten exkl. ANK	(20)
17	v211	OP Saal, ANK	(20)
18		<i>bleibt in der Erhebung 2017 leer</i>	
19		<i>bleibt in der Erhebung 2017 leer</i>	
20	v220	Anästhesie, Gemeinkosten exkl. ANK	(23)
21	v221	Anästhesie, ANK	(23)
22	v230	Intensivpflege (IPS) und Intermediat Care (ICM), Gemeinkosten exkl. ANK	(24)
22	v231	Intensivpflege (IPS) und Intermediat Care (ICM), ANK	(24)
24		<i>bleibt in der Erhebung 2017 leer</i>	
25		<i>bleibt in der Erhebung 2017 leer</i>	
26		<i>bleibt in der Erhebung 2017 leer</i>	
27		<i>bleibt in der Erhebung 2017 leer</i>	
28		<i>bleibt in der Erhebung 2017 leer</i>	
29		<i>bleibt in der Erhebung 2017 leer</i>	
30	v250	Notfall, Gemeinkosten exkl. ANK	(25)

Neues Format Fallkostendatei

Gemeinkosten			
N°	Variable	Bezeichnung	MUSS-Kostenstelle
14	v200	Patientenadministration, Gemeinkosten exkl. ANK	(10)
15	v201	Patientenadministration, ANK	(10)
16	v210	OP Saal, Gemeinkosten exkl. ANK	(20)
17	v211	OP Saal, ANK	(20)
18	v212	Ärztschaften des OP-Saals - Aktivitäten 6a, Gemeinkosten exkl. ANK	(31)
19	v213	Ärztschaften des OP-Saals - Aktivitäten 6a, ANK	(31)
20	v220	Anästhesie, Gemeinkosten exkl. ANK	(23)
21	v221	Anästhesie, ANK	(23)
22	v230	Intensivpflege (IPS) und Intermediat Care (ICM), Gemeinkosten exkl. ANK	(24)
22	v231	Intensivpflege (IPS) und Intermediat Care (ICM), ANK	(24)
24	v232	Ärztschaften der IPS - Aktivitäten 6b, Gemeinkosten exkl. ANK	(31)
25	v233	Ärztschaften der IPS - Aktivitäten 6b, ANK	(31)
26	v240	Anerkannte Intermediate Care Stellen (IMCU), Gemeinkosten exkl. ANK	(38)
27	v241	Anerkannte Intermediate Care Stellen (IMCU), ANK	(38)
28	v242	Ärztschaften der IMCU - Aktivitäten 6b, Gemeinkosten exkl. ANK	(31)
29	v243	Ärztschaften der IMCU - Aktivitäten 6b, ANK	(31)
30	v250	Notfall, Gemeinkosten exkl. ANK	(25)

Neues Format Fallkostendatei

Gemeinkosten			
N°	Variable	Bezeichnung	MUSS-Kostenstelle
31	v251	Notfall, ANK	(25)
32		<i>bleibt in der Erhebung 2017 leer</i>	
33		<i>bleibt in der Erhebung 2017 leer</i>	
34	v260	Bildgebende Verfahren, Gemeinkosten exkl. ANK	(26)
35	v261	Bildgebende Verfahren, ANK	(26)
36	v270	Gebärsaal, Gemeinkosten exkl. ANK	(27)
37	v271	Gebärsaal, ANK	(27)
38		<i>bleibt in der Erhebung 2017 leer</i>	
39		<i>bleibt in der Erhebung 2017 leer</i>	
40	v280	Nuklearmedizin und Radioonkologie, Gemeinkosten exkl. ANK	(28)
41	v281	Nuklearmedizin und Radioonkologie, ANK	(28)
42	v290	Labor, Gemeinkosten exkl. ANK	(29)
43	v291	Labor, ANK	(29)
44	v300	Dialyse, Gemeinkosten exkl. ANK	(30)
45	v301	Dialyse, ANK	(30)
46	v310	Ärzteschaffen, Aktivitäten 1-5, Gemeinkosten exkl. ANK	(31)
47	v311	Ärzteschaffen, Aktivitäten 1-5, ANK	(31)

Neues Format Fallkostendatei

Gemeinkosten			
N°	Variable	Bezeichnung	MUSS-Kostenstelle
31	v251	Notfall, ANK	(25)
32	v252	Ärztschaften des Notfalls - Aktivitäten 6b, Gemeinkosten exkl. ANK	(31)
33	v253	Ärztschaften des Notfalls - Aktivitäten 6b, ANK	(31)
34	v260	Bildgebende Verfahren, Gemeinkosten exkl. ANK	(26)
35	v261	Bildgebende Verfahren, ANK	(26)
36	v270	Gebärsaal, Gemeinkosten exkl. ANK	(27)
37	v271	Gebärsaal, ANK	(27)
38	v272	Ärztschaften des Gebärsaals - Aktivitäten 6b, Gemeinkosten exkl. ANK	(31)
39	v273	Ärztschaften des Gebärsaals - Aktivitäten 6b, ANK	(31)
40	v280	Nuklearmedizin und Radioonkologie, Gemeinkosten exkl. ANK	(28)
41	v281	Nuklearmedizin und Radioonkologie, ANK	(28)
42	v290	Labor, Gemeinkosten exkl. ANK	(29)
43	v291	Labor, ANK	(29)
44	v300	Dialyse, Gemeinkosten exkl. ANK	(30)
45	v301	Dialyse, ANK	(30)
46	v310	Ärztschaften, Aktivitäten 1-5, Gemeinkosten exkl. ANK	(31)
47	v311	Ärztschaften, Aktivitäten 1-5, ANK	(31)

Neues Format Fallkostendatei

Gemeinkosten			
N°	Variable	Bezeichnung	MUSS-Kostenstelle
48	v320	Physiotherapie, Gemeinkosten exkl. ANK	(32)
49	v321	Physiotherapie, ANK	(32)
50	v330	Ergotherapie, Gemeinkosten exkl. ANK	(33)
51	v331	Ergotherapie, ANK	(33)
52	v340	Logopädie, Gemeinkosten exkl. ANK	(34)
53	v341	Logopädie, ANK	(34)
54	v350	Nichtärztliche Therapien und Beratungen, Gemeinkosten exkl. ANK	(35)
55	v351	Nichtärztliche Therapien und Beratungen, ANK	(35)
56	v360	Medizinische und therapeutische Diagnostik, Gemeinkosten exkl. ANK	(36)
57	v361	Medizinische und therapeutische Diagnostik, ANK	(36)
58		<i>bleibt in der Erhebung 2017 leer</i>	
59		<i>bleibt in der Erhebung 2017 leer</i>	
60	v370	Pflege, Gemeinkosten exkl. ANK	(39)
61	v371	Pflege, ANK	(39)
62	v380	Hotellerie-Zimmer, Gemeinkosten exkl. ANK	(41)
63	v381	Hotellerie-Zimmer, ANK	(41)
64	v390	Hotellerie-Küche, Gemeinkosten exkl. ANK	(42)

Neues Format Fallkostendatei

Gemeinkosten			
N°	Variable	Bezeichnung	MUSS-Kostenstelle
48	v320	Physiotherapie, Gemeinkosten exkl. ANK	(32)
49	v321	Physiotherapie, ANK	(32)
50	v330	Ergotherapie, Gemeinkosten exkl. ANK	(33)
51	v331	Ergotherapie, ANK	(33)
52	v340	Logopädie, Gemeinkosten exkl. ANK	(34)
53	v341	Logopädie, ANK	(34)
54	v350	Nichtärztliche Therapien und Beratungen, Gemeinkosten exkl. ANK	(35)
55	v351	Nichtärztliche Therapien und Beratungen, ANK	(35)
56	v360	Medizinische und therapeutische Diagnostik, Gemeinkosten exkl. ANK	(36)
57	v361	Medizinische und therapeutische Diagnostik, ANK	(36)
58	v362	Ärztschaften der medizinischen und therapeutischen Diagnostik - Aktivitäten 6b, Gemeinkosten exkl. ANK	(31)
59	v363	Ärztschaften der medizinischen und therapeutischen Diagnostik - Aktivitäten 6b, ANK	(31)
60	v370	Pflege, Gemeinkosten exkl. ANK	(39)
61	v371	Pflege, ANK	(39)
62	v380	Hotellerie-Zimmer, Gemeinkosten exkl. ANK	(41)
63	v381	Hotellerie-Zimmer, ANK	(41)
64	v390	Hotellerie-Küche, Gemeinkosten exkl. ANK	(42)

Neues Format Fallkostendatei

Gemeinkosten			
N°	Variable	Bezeichnung	MUSS-Kostenstelle
65	v391	Hotellerie-Küche, ANK	(42)
66	v400	Hotellerie-Service, Gemeinkosten exkl. ANK	(43)
67	v401	Hotellerie-Service, ANK	(43)
68	v410	Übrige Leistungserbringer, Gemeinkosten exkl. ANK	(44)
69	v411	Übrige Leistungserbringer, ANK	(44)
70	v420	Pathologie, Gemeinkosten exkl. ANK	(45)
71	v421	Pathologie, ANK ¹	(45)
72	v430	Forschung und universitäre Lehre, Gemeinkosten exkl. ANK	(47)
73	v431	Forschung und universitäre Lehre, ANK	(47)
74	v440	Rettungs- bzw. Ambulanzdienst (nur Sek.transp), Gemeinkosten exkl. ANK	(77)
75	v441	Rettungs- bzw. Ambulanzdienst (nur Sekundärtransporte), ANK	(77)
76	v500	Ärztschaften, Aktivität 6, Gemeinkosten exkl. ANK	(31)
77	v501	Ärztschaften, Aktivität 6, ANK	(31)
Reservfelder			
78		<i>Reservfeld, bitte leer lassen</i>	
79		<i>Reservfeld, bitte leer lassen</i>	
80		<i>Reservfeld, bitte leer lassen</i>	

Neues Format Fallkostendatei

Gemeinkosten			
N°	Variable	Bezeichnung	MUSS-Kostenstelle
65	v391	Hotellerie-Küche, ANK	(42)
66	v400	Hotellerie-Service, Gemeinkosten exkl. ANK	(43)
67	v401	Hotellerie-Service, ANK	(43)
68	v410	Übrige Leistungserbringer, Gemeinkosten exkl. ANK	(44)
69	v411	Übrige Leistungserbringer, ANK	(44)
70	v420	Pathologie, Gemeinkosten exkl. ANK	(45)
71	v421	Pathologie, ANK	(45)
72	v430	Forschung und universitäre Lehre, Gemeinkosten exkl. ANK	(47)
73	v431	Forschung und universitäre Lehre, ANK	(47)
74	v440	Rettungs- bzw. Ambulanzdienst (nur Sek.transp), Gemeinkosten exkl. ANK	(77)
75	v441	Rettungs- bzw. Ambulanzdienst (nur Sekundärtransporte), ANK	(77)
Reservefelder			
76		<i>Reservefeld, bitte leer lassen</i>	
77		<i>Reservefeld, bitte leer lassen</i>	
78		<i>Reservefeld, bitte leer lassen</i>	
79		<i>Reservefeld, bitte leer lassen</i>	
80		<i>Reservefeld, bitte leer lassen</i>	

Neues Format Fallkostendatei

Detaillierte Spezifikation:

→ siehe www.swissdrg.org > SwissDRG Erhebung > Informationen zu zukünftigen Erhebungen > Anpassungen der Fallkostendatei hinsichtlich der SwissDRG Erhebungen 2017 und 2018

Erweiterung Artikelliste

Artikelgruppe	Einsatzgebiet	Artikel (allgemeine Bezeichnung)	Mengen- einheit	Kosten- verrechnung		Kosten- ausweis	Kosten- arten- unter- gruppe
				EK- Verrech- nung	GK- Verrech- nung	Kosten- arten- gruppe	
Medikamente	Antibiotika			X	X	400	v101
	Implantierbare Medikamententräger	(z.B. Carmustin-Implantat, intrathekal)	Stück	X	--	400	v101
Blutprodukte		Erythrozytenkonzentrate	TE	X	--	400	v102
		Thrombozytenkonzentrate	TE	X	--	400	v102
Implantate	Bewegungsapparat	Hüftendoprothesen	Stück	X	--	401	v104
	Herz und Gefässe	Kunstherz mit Zubehör	Stück	X	--	401	v104
Katheter	Herz und Gefässe	Herzkatheter	Stück	X	X	401	v103
		PTA-Katheter	Stück	X	X	401	v103
Materialsets, spezielle		ECMO-Set (inkl. Oxygenator, Pumpenkopf, perkut. Kanüle)	Stück (Set)	X	--	401	v103
Verbrauchs- materialien		Video-Kapseln	Stück	X	--	401	v103

Ganze Liste: siehe www.swissdrg.org > SwissDRG
Erhebung > Informationen zu zukünftigen Erhebungen >
Artikelliste für die verbindliche Einzelkostenverrechnung

Medikamente

Bis 2014:

- gleiche Logik Erhebung Med. Stat. / Berechnung ZE

Ab 2015:

- Änderung I: neue Verabreichungsarten IV, SC, IM (Daten 2015)
- Änderung II: neue, teilweise nicht abrechnungsrelevante Zusatzangabe «Präparat» (Daten 2016)

Medikamente

Gründe:

- stetig ändernder Medikamentenmarkt
 - neue Kombipräparate (Hepatitis C)
 - «neue» Verabreichungsarten
 - unterschiedliche Dosierungen für gleiche Aktivsubstanz

- Daten der Med. Statistik Entwicklungsgrundlage
 - ZE werden aus erhobenen Daten berechnet

Medikamente

Ab Abrechnungsversion 7.0 (Daten 2018):

- kombinierter SwissDRG- und Zusatzentgelt-Groupier (Beta-Version)
 - DRG Ausgabe abrechnungsrelevant
 - Zusatzentgeltbezogene Ausgabe noch nicht abrechnungsrelevant

Ab Abrechnungsversion 8.0 (Daten 2019):

- kombinierter SwissDRG- und Zusatzentgelt-Groupier mit abrechnungsrelevanter DRG und ZE Ausgabe

Medikamente

Folgen:

- neue Formate (Eingabe- und Ausgabedatei)
→ Spezifikation bis 30. November 2016

SwissDRG Version 6.0 / 2017



1. Neuerungen
- 2. Datengrundlagen**
3. Überarbeitung der Grupperlogik
4. Weiterentwicklung Kalkulationsmethodik
5. Ergebnisse

SwissDRG Version 6.0 / 2017

Anzahl Spitäler

Datenjahr	2014	2013	2012	2011
Netzwerkspitäler	115	112	102	68
Gesamtspitäler	187	190	197	204

- Gesamtlöschung von 16 Spitälern, keines mit Erstlieferung
- Daten von 99 Spitälern zur Systementwicklung verwendet (90 im Vorjahr)

SwissDRG Version 6.0 / 2017

Lieferumfang Medikamente / Implantate / teure Verfahren

Datenjahr	2014	2014 <i>Uni</i>	2014 <i>Kinder</i>	2013	2012
Teure Medikamente in der medizinischen Statistik					
	90	5	3	75	53
Detailerhebung, Angabe von Kosten...					
... teurer Medikamente	56	5	1	53	26
... teurer Implantate	31	5	2	33	19
- davon inkl. Kunstherzen	6	5	1	-	-
... teurer Verfahren	30	5	2	15	12

SwissDRG Version 6.0 / 2017

Gelieferte Fälle

Datenjahr	2014	2013	2012	2011
Tarifstruktur	SwissDRG 6.0	SwissDRG 5.0	SwissDRG 4.0	SwissDRG 3.0
Daten NWS	1'079'730	1'027'300	980'450	778'808
Gesamtdaten	1'228'004	1'203'457	1'214'220	1'202'557
Stichprobe	87.93%	85.40%	80,7%	64,7%

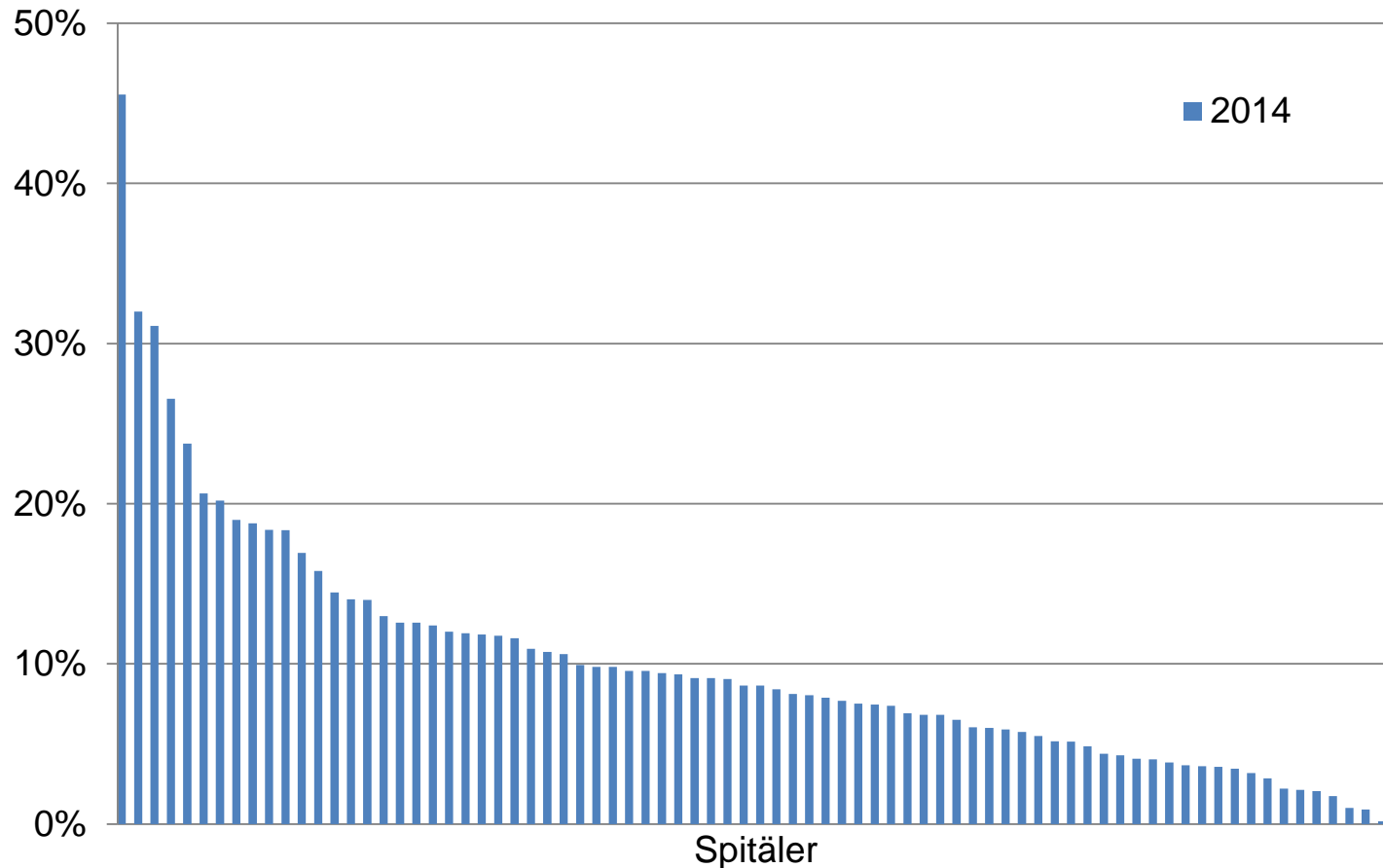
SwissDRG Version 6.0 / 2017

Übersicht Datenerosion

Gesamtdaten	SwissDRG Erhebung	
1'284'972	1'087'483	gelieferte Fälle
↓	↓	<ul style="list-style-type: none"> - Psychiatrie / Rehabilitation - Ambulante Fälle - Austritt ausserhalb der Erhebungsperiode
1'228'004	1'079'730	Fälle im Anwendungsbereich (inkl. Geburtshäuser)
	↓	<ul style="list-style-type: none"> - nicht verwendbare, private Fälle - Fälle ohne Vollkosten
	1'038'756	verwertbare Fälle im Anwendungsbereich
	↓	<ul style="list-style-type: none"> - Plausibilisierung der Fälle (Gesamtlöschung von 16 Spitälern)
	921'307	Plausible Fälle
	↓	<ul style="list-style-type: none"> + 319 Fälle aus Daten 2013 + 8 Fälle aus Daten 2012
	921'634	Kalkulationsdaten

SwissDRG Version 6.0 / 2017

Anteil der unplausiblen Fälle pro Spital



Datenbasis: 2014, SwissDRG Daten Anwendungsbereich

Datengrundlage zur Systementwicklung

Ausschluss von Fällen

1. Begründung auf Testebene

68	Int.3.4	Anzahl Fälle mit mehr als einem Code für intermediäre Komplexbehandlung:	Fehler	Codierung	1	
69	Int.4.1	Anzahl Fälle mit Aufenthalt in einer Intensivstation (1.3.V03) ohne Kosten oder Kosten pro Intensivstunde < 30 CHF (v21):	Fehler	KuL	2	Begründung

Begründungstext erfassen ×

Text


Pflegekosten für Neonatologie in Kostenstelle Pflege (v39) erfasst, da keine IPS Anerkennung

Comment speichern

Datengrundlage zur Systementwicklung

Ausschluss von Fällen

2. Begründung auf Fallebene

68	Int.3.4	Anzahl Fälle mit mehr als einem Code für intermediäre Komplexbehandlung:	Fehler	Codierung	1
69	Int.4.1	Anzahl Fälle mit Aufenthalt in einer Intensivstation (1.3.V03) ohne Kosten oder Kosten pro Intensivstunde < 30 CHF (v21):	Fehler	KuL	2  Begründung

Datengrundlage zur Systementwicklung

Ausschluss von Fällen

2. Begründung auf Fallebene

Plausi-Ergebnisse für Int.4.1

v46v01	kosten_h	drg	Begründung
8042031797	0 CHF/h	F69A	Begründung
1082040951	0 CHF/h	L60C	Begründung

8042031797

Begründungstext erfassen ×

Text

Pflegekosten für Neonatologie
in Kostenstelle Pflege (v39)
erfasst, da keine IPS
Anerkennung

Comment speichern

1082040951

Begründungstext erfassen ×

Text

Falsche Erfassung der
Intensivstunden

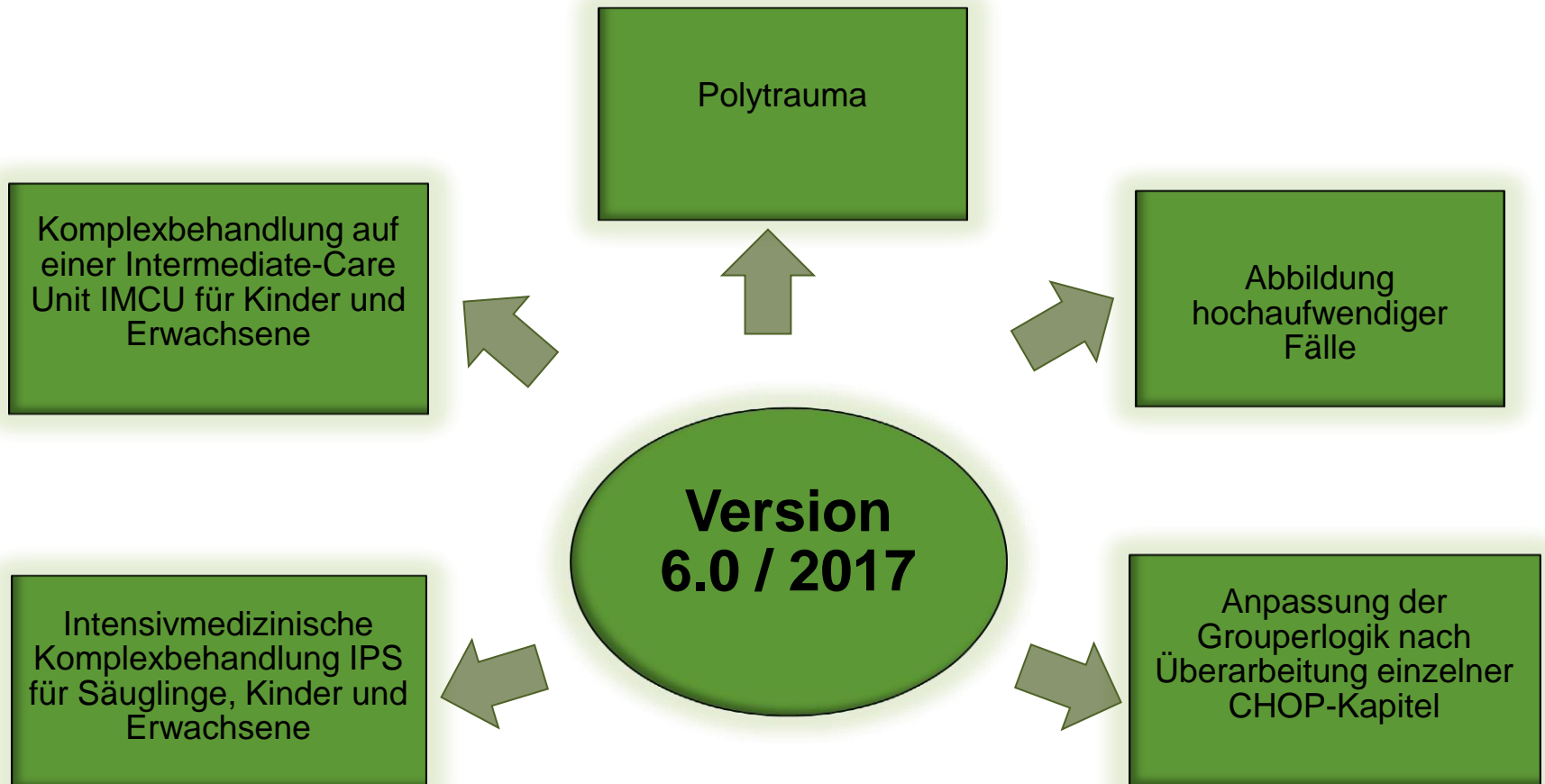
Comment speichern

SwissDRG Version 6.0 / 2017



1. Neuerungen
2. Datengrundlagen
- 3. Überarbeitung der Grouperlogik**
4. Weiterentwicklung Kalkulationsmethodik
5. Ergebnisse

Überarbeitung der Grouperlogik Entwicklungsschwerpunkte



Überarbeitung der Grouperlogik Intensivmedizinische Komplexbehandlung

- intensivmedizinische Komplexbehandlung von grosser Bedeutung für Abbildung aufwendiger Fälle in DRGs
- IPS Punkte gruppierungsrelevant, teilweise in Verbindung mit komplexen Eingriffen in Basis-DRGs A36, B36, F36, T36, W36
- IPS Punkte gruppierungsrelevant in Verbindung mit Beatmungsstunden in Basis-DRGS A18, A13, A11, A07, A06

Überarbeitung der Grouperlogik Intensivmedizinische Komplexbehandlung

Bisher:

- Fälle mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung und HD der MDC 04 in Prä-MDC Basis-DRG A36 nicht sachgerecht abgebildet

Umbau:

- Schaffung der DRG E36Z «Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 552 Aufwandspunkte»

→ sachgerechte Abbildung intensivmedizinischer Fälle mit Erkrankung der Atmungsorgane innerhalb der MDC 04

Überarbeitung der Grouperlogik Intensivmedizinische Komplexbehandlung

Problem:

- kosteninhomogene Fallmenge in DRG F65Z «Periphere Gefässkrankheit mit komplexer Diagnose und äusserst schweren CC»

Umbau:

- Identifikation von Fällen mit IPS / IMC >196 / 184 Aufwandspunkte als Kostentrenner
- Split der DRG F65Z

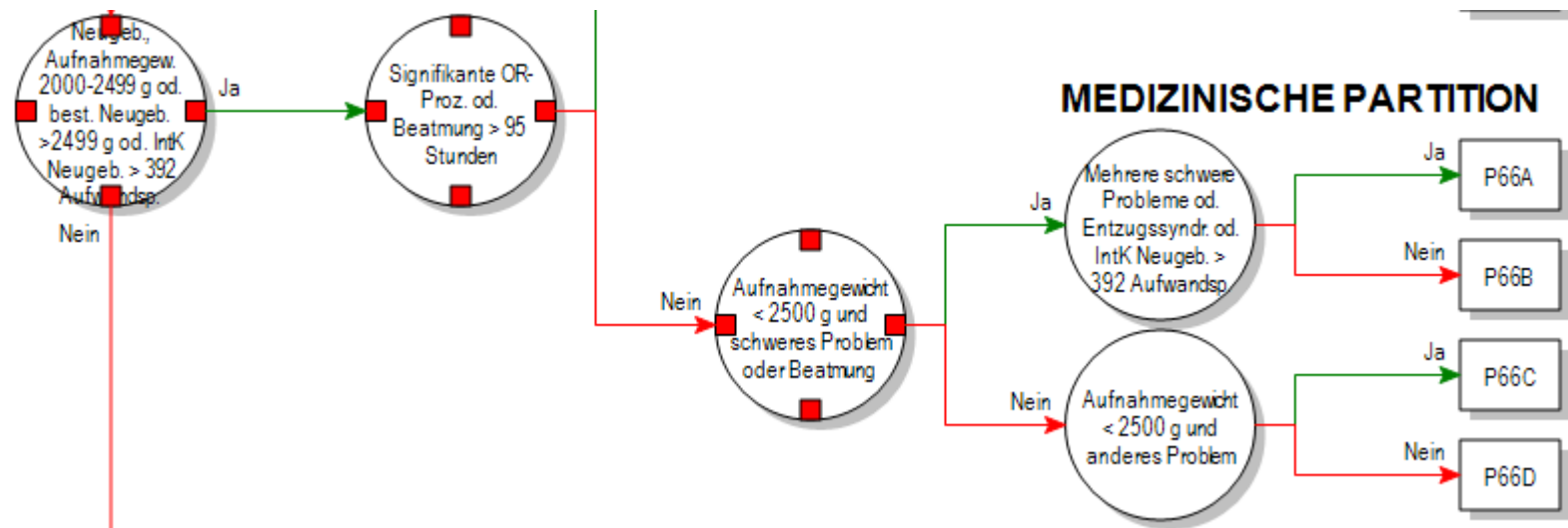
→ deutliche Aufwertung der Fälle

Überarbeitung der Grouperlogik Intensivmedizinische Komplexbehandlung

- Codes 99.B7.3x Intensivmed. Komplexbehandlung IPS bei Neugeborenen neu im CHOP 2015
- ergänzende Datenlieferung einiger Spitäler mit Daten 2014
- umfangreiche Analysen innerhalb der Basis-DRGs zur Verwendung des Neugeborenen-NEMS als Splitkriterium

Überarbeitung der Grouperlogik Intensivmedizinische Komplexbehandlung

- gute Differenzierung aufwendiger Fälle in Basis-DRGs P66 und P67 über IPS-Aufwandspunkte
- Aufnahme der IPS CHOP Codes in die Logik der DRG P66A



Überarbeitung der Grouperlogik Intensivmedizinische Komplexbehandlung

- aber, nicht jeder überwachungspflichtige Patient muss auf einer IPS betreut werden
- Behandlung auf IMCU jedoch mit deutlich höherem Ressourcenverbrauch als Normalbettenstation
- Fälle derzeit deutlich defizitär
- IMCU-Aufwandspunkte erstmals mit Daten 2014 kodierbar

Überarbeitung der Grouperlogik

Komplexbehandlung auf einer Intermediate-Care Unit IMCU

Daten 2014

- IMCU Erwachsene: 17'780 Fälle aus 22 Spitälern
- IMCU Kinder: 1'522 Fälle aus 8 Spitälern

→ mehr als 250 Analyserechnungen

Überarbeitung der Grouperlogik

Komplexbehandlung auf einer Intermediate-Care Unit IMCU



- in vielen MDCs ein guter Kostentrenner
 - teilweise fehlende Kodierung des SAPS-IMCU
- Gruppierung aufwendiger Fälle ohne SAPS in tiefer bewertete DRGs

Überarbeitung der Grouperlogik Polytrauma

Problem:

- Polytraumadefinition für Verletzungen an der Wirbelsäule zu eng
- deutliche Kosteninhomogenität innerhalb der Polytrauma-DRGs

→ Anpassung der Polytraumadefinition

→ Komplexer Umbau in MDC 21A «Polytrauma»

Überarbeitung der Grupperlogik Polytrauma

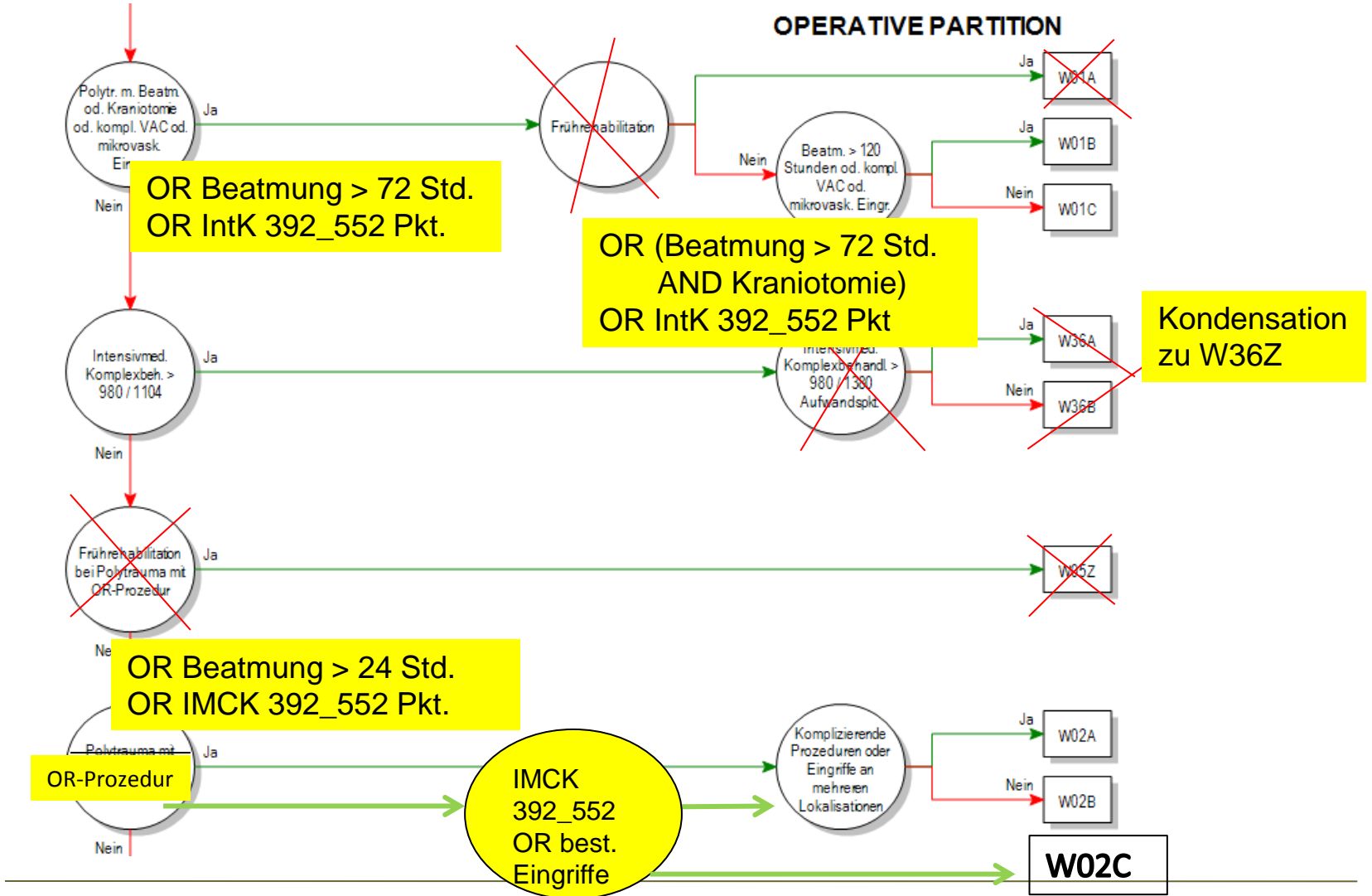
Bisher:

- Verletzungen der Wirbelsäule über mehrere Abschnitte erfüllten nicht die Polytraumadefinition

Neu:

- Trennung der Diagnosentabellen für HWS, BWS, LWS mit Becken
 - ICD T02.- «Frakturen mit Beteiligung mehrerer Körperregionen» aus Polytraumadefinition entfernt
- weitere Fallkonstellationen werden als Polytrauma eingestuft
- Aufwertung dieser Fälle

Überarbeitung der Grouperlogik Polytrauma



Überarbeitung der Grouperlogik Abbildung hochaufwendiger Fälle

Bisher:

- Implantatskosten der Kunstherzen über ZEs vergütet
- Verfahrenskosten jedoch ungenügend abgebildet

Umbau:

- Aufwertung der Fälle mit Implantation von Kunstherzen innerhalb der Basis-DRGs F36, A07, A11

Überarbeitung der Grouperlogik Abbildung hochaufwendiger Fälle

Problem:

- in Basis-DRG F33 «Grosse rekonstruktive Gefässeingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, mit Mehretagen- oder Aorteneingriff oder Re-OP» kosteninhomogene Fallmenge

Umbau:

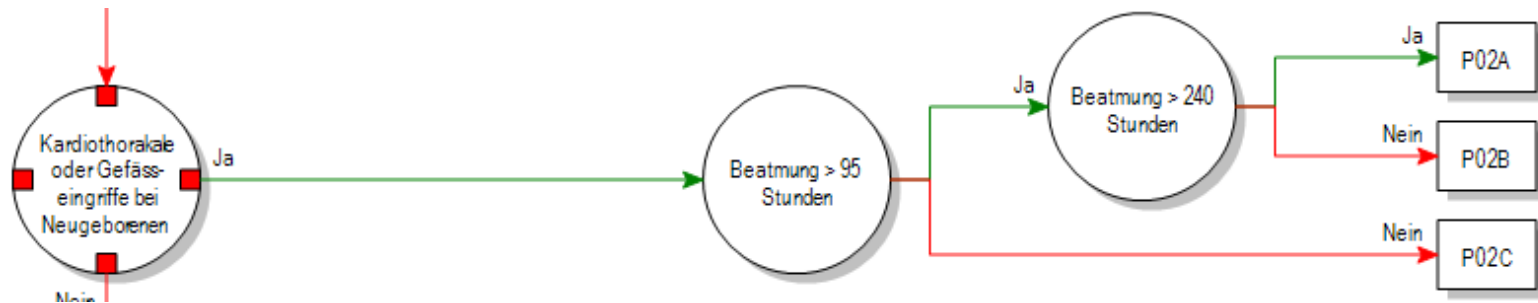
- Differenzierung in komplexe Eingriffe z.B. Endarterektomien, Gefässbypässe
 - Erweiterung der Splitbedingung $PCCL > 3$ um IPS-Punkte ab 196/184
- differenzierte aufwandsbezogene Abbildung

Überarbeitung der Grouperlogik Abbildung hochaufwendiger Fälle

- in Basis-DRGs P02, P03, P04 und P05 sind Beatmungsstunden ein guter Kostentrenner
- jedoch langzeitbeatmete Fälle teils untervergütet

Umbau:

- Split der DRGs P02A und P05A mit der Bedingung > 240 Beatmungsstunden



Überarbeitung der Grouperlogik Abbildung hochaufwendiger Fälle

Bisher:

- einige Stimulatoren in Organkapiteln nicht sachgerecht abgebildet, 39.8x.20 «Implantation oder Ersetzen eines Impulsgenerators zur Aktivierung des Baroreflexes», 56.92 «Implantation eines elektronischen Ureterstimulators», 56.93 «Ersetzen eines elektronischen Ureterstimulators», 57.96 «Implantation eines elektronischen Blasenstimulators», 57.97 «Ersetzen eines elektronischen Blasenstimulators»

Neu:

- Abbildung aller Stimulatoren, HD unabhängig in der Basis-DRG B21 «Implantation eines Neurostimulators»

→ deutliche Aufwertung dieser Fälle

Überarbeitung der Grouperlogik Abbildung hochaufwendiger Fälle

Problem:

- Fälle mit Implantation einer Pumpe zur Aszitesdrainage untervergütet

Umbau:

- Zuordnung des CHOP-Kodes 54.99.80 «Einsetzen von Kathetern und automatischer, programmierbarer und wiederaufladbarer Pumpe zur kontin. Aszitesdrainage» HD unabhängig in Basis-DRG B22 «Implantation einer Medikamentenpumpe»
- Split der Basis-DRG B22 mit Bedingung «Komplexe OR-Prozeduren oder Bestrahlungen oder Chemotherapie»

→ deutliche Aufwertung dieser Fälle

Überarbeitung der Grouperlogik - MDC 05

- innerhalb der DRG Basis-DRG F49 «Invasive kardiol. Diagnostik ausser bei akutem Myokardinfarkt» Aufwertung der Biopsien am Herzen

aber:

- rein diagnostische Massnahmen wie MRI, CT, Echokardiographie usw. über die Diagnosen im Kostengewicht der DRG abgebildet

→ kein Kostentrenner

→ über 20 Anträge zur Diagnostik am Herzen; insgesamt 150 Simulationen mit negativem Effekt auf Systemgüte

Überarbeitung der Grouperlogik - MDC 05

Antrag:

- Aufwertung interventioneller Eingriffe mit Verwendung assistierender Stent- und Ballonsysteme (CHOP 00.4D, Zusatzkode)

Simulationen:

- umfangreiche Prüfungen in DRGs F08, F14, F33, F34, F36, F51, F54, F98
- kein Anhalt für Mindervergütungen, ebenso in MDC 01; Fälle sind sachgerecht über spezifischen Interventionskode abgebildet

Überarbeitung der Grouperlogik - MDC 06

Bisher:

- inhaltsähnliche Fälle mit Appendektomie in verschiedenen Basis-DRGs abgebildet
- deutliche Zunahme der Fälle mit Peritonitis – kaum Fälle mit Appendektomie ohne Peritonitis

Umbau:

- Zusammenführung aller Appendektomien der Basis-DRGs G07 u. G23 in Basis-DRG G22 «Appendektomie»
- übersichtliche und besser nachvollziehbare Abbildung

Bisher:

- Fälle mit bösartigen Neubildungen und HIPEC Therapie in DRG G12A «Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen mit komplexer OR-Prozedur und äusserst schweren CC....» nicht sachgerecht abgebildet

Neu:

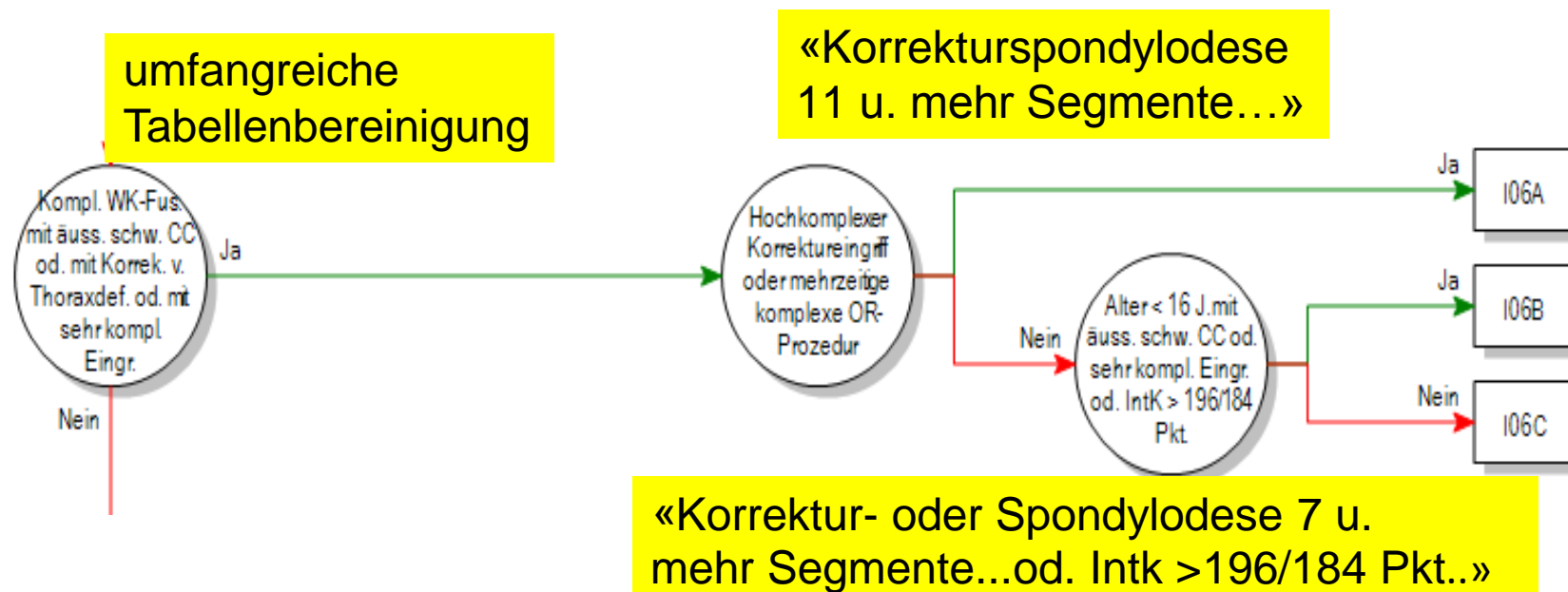
- zusätzlicher Split der Basis-DRG G10 «Bestimmte Eingriffe an hepatobiliärem System, Pankreas, Milz oder Peritoneum mit bösartiger Neubildung» in DRG G10A «..... und HIPEC»
- Erweiterung der Diagnosentabelle in Basis-DRG G10 um z.B. ICD C78.6 «Sekundäre bösartige Neubildung des Retroperitoneums und des Peritoneums»

Antrag:

- Vergütung der langstreckigen komplexen Wirbelkörperfusionen nicht aufwandsgerecht
- Aufwertung der komplexen WK-Fusion > 10 Segmente in Basis-DRGs I06 «Komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule mit komplexem Korrekturingriff» und I09 «Wirbelkörperfusion»

Überarbeitung der Grouperlogik - MDC 08 DRG

Umbau:



Problem:

- Fälle mit Implantation einer Hüftendoprothese in verschiedenen Basis-DRGs abgebildet
- CHOP 2015 mit umfangreicher Überarbeitung der Hüft-Kodes; DRG-Definitionen mit Überschneidungen

Umbau:

- Zusammenfassung dieser Fälle in Basis-DRG I46 «Implantation, Wechsel oder Revision einer Hüftendoprothese»
 - Splitbedingung der DRG I46A «PCCL >3»
 - DRG I46B «komplexe Eingriffe»
- Minderung von Fehlanreizen

Überarbeitung der Grouperlogik - MDC 08

Hinweis:

- VKB Plastik arthroskopisch → DRG I30B, cw 0,943
 - VKB Plastik und Meniskusfixation → DRG I13E, cw 0,923
- Mindervergütung bei Mehrleistung

Umbau:

- umfangreiche Tabellenbereinigung in DRG I13 «Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk»
 - Neuordnung der Codes in Basis-DRGs I18 «Arthroskopie einschliesslich Biopsie oder andere Eingriffe an Knochen oder Gelenken» und I30 «Komplexe Eingriffe am Kniegelenk»
- sachgerechte Abbildung

Überarbeitung der Grouperlogik - MDC 08

Problem:

- Fälle mit Prozedur 81.28 «Interphalangeal-Arthrodese» und HD M19.04 «Primäre Arthrose sonstiger Gelenk, **Hand**» gruppieren in DRG I20 «Eingriffe am **Fuss**....»

Analyse:

- Aufnahme der Diagnosen M19.04, M19.14, M19.24, M19.84 in HD-Tabelle der DRG I32 «Eingriffe an Handgelenk und Hand...»
- kaum Fälle, in DRG I32 nicht sachgerecht abgebildet
 - HD Wahl?
 - keine Aufnahme der Codes in die HD Tabelle

Überarbeitung der Grouperlogik - MDC 09

Antrag:

- Aufwertung der Fälle innerhalb Basis-DRG J10
«Plastische Operationen an Haut, Unterhaut und Mamma» mit
beidseitigen Eingriffen
- Simulation z.B. mit Kode 40.51.10 «Radikale Exzision von
axillären Lymphknoten als selbständiger Eingriff» ergab jedoch
Mehrkosten für einseitig durchgeführte Eingriffe,
Datenqualität!

Problem:

- beidseitige Prozeduren in Basis-DRG J01 «Gewebe transplantation mit mikrovaskulärer Anastomosierung und BNB» untervergütet

Umbau:

- Split der J01Z mit «bestimmten Prozeduren, beidseits»

→ Aufwertung der Fälle

Antrag:

- Codes 68.41.09 «Laparosk. totale abdom. Hysterektomie» und 70.51 «Raffung e. Zystozele» ergeben ein niedrigeres Kostengewicht als eine alleinige HE
 - Mindervergütung bei Mehrleistung
 - Antrag auf höhere Gruppierung der Kombinationsleistung
- Analysen ergaben keinen Hinweis auf Mehrkosten des Kombinationseingriffs
- Gleichstellung der Leistungen mit oder ohne Zusatzeingriff

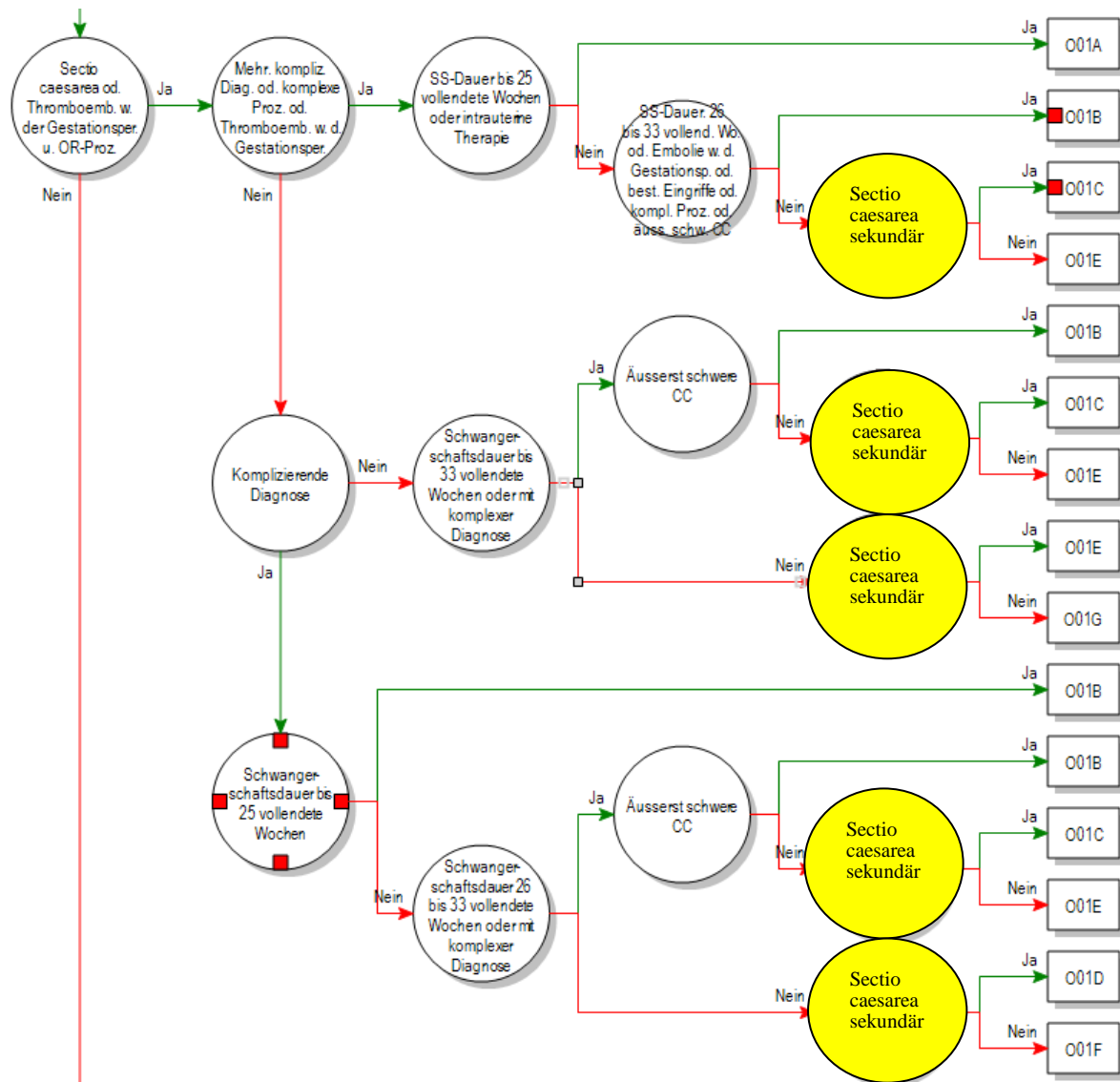
Bisher:

- keine Differenzierung zwischen primärer und sekundärer Sectio in der DRG-Tarifstruktur

Umbau:

- Differenzierung zwischen primärer und sekundärer Sectio innerhalb der Basis-DRG O01 «Sectio caesarea»
- Aufwertung der Fälle mit sekundärer Sectio in DRGs O01C, O01D, O01E

Überarbeitung der Grouperlogik - MDC 14



Zusatzentgelte

Etablierung neuer Zusatzentgelte (CHOP):

- Implantation einer intraaortalen Ballonpumpe (IABP)
- minimalisierte Herz-Lungen-Maschine
- Implantation einer intravasalen, univentrikulären, axialen Pumpe zur Kreislaufunterstützung
- Pflege-Komplexbehandlung
- selektive intravaskuläre Radionuklidtherapie (SIRT)
- Einsetzen von Coils zur Volumenreduktion

Zusatzentgelte

Etablierung differenzierter Applikationsformen bei Zusatzentgelten (ATC):

- sonst Risiko der Über- / Untervergütung unter Beibehaltung der ZE unabhängig der Applikationsform
→ neue Zusatzentgelte für
- Posaconazol:
Tablette / Kapsel, Suspension, intravenös
- Antithymocytäres Immunglobulin (Kaninchen):
Thymoglobuline® (iv), ATG Fresenius bzw. Grafalon® (iv)

Übersicht Antragsverfahren 2015

	2015	2014	2013
Anzahl der DRG-Anträge	159	131	163
Davon umgesetzt	80	40	72
Umsetzungsquote	50%	30%	44%

Antragsverfahren 2016: 30. Mai 2016 – 11. Juli 2016

SwissDRG Version 6.0 / 2017

1. Neuerungen
2. Datengrundlagen
3. Überarbeitung der Grouperlogik
- 4. Weiterentwicklung Kalkulationsmethodik**
5. Ergebnisse

Weiterentwicklung Kalkulationsmethodik

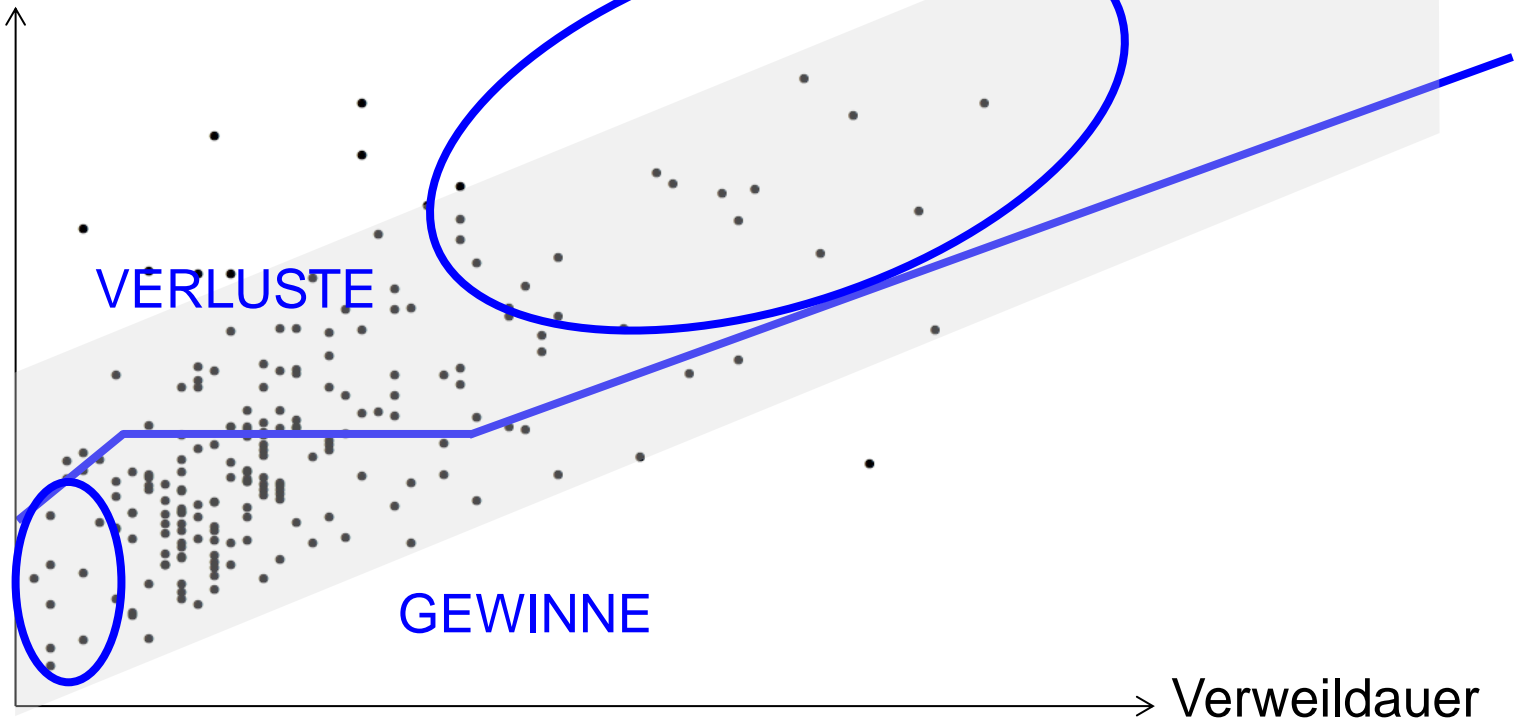
- Normierung auf Basis der gelieferten Daten im Anwendungsbereich SwissDRG (statt gesamtschweizerische BFS-Daten)
- High Outlier Vergütung
 - High Outlier Zuschlag mit Differenzkostenfaktor 1
 - Flexible High Outlier Zuschlags-Berechnung
 - Überprüfung und Anpassung der Kostenkomponenten zur Kalkulation der Zu- und Abschläge
 - ANK als Mischkostenkomponente
- Möglichkeit Datenbasis 3 Jahre (2012/2013/2014)

Weiterentwicklung Kalkulationsmethodik

High Outlier

Problematik:

Gesamtkosten



Massnahmen:

- Verbesserung der Datenqualität/stärkere Plausibilisierung
- Anpassung der Methodik

Weiterentwicklung Kalkulationsmethodik

High Outlier – Differenzkostenfaktor 1

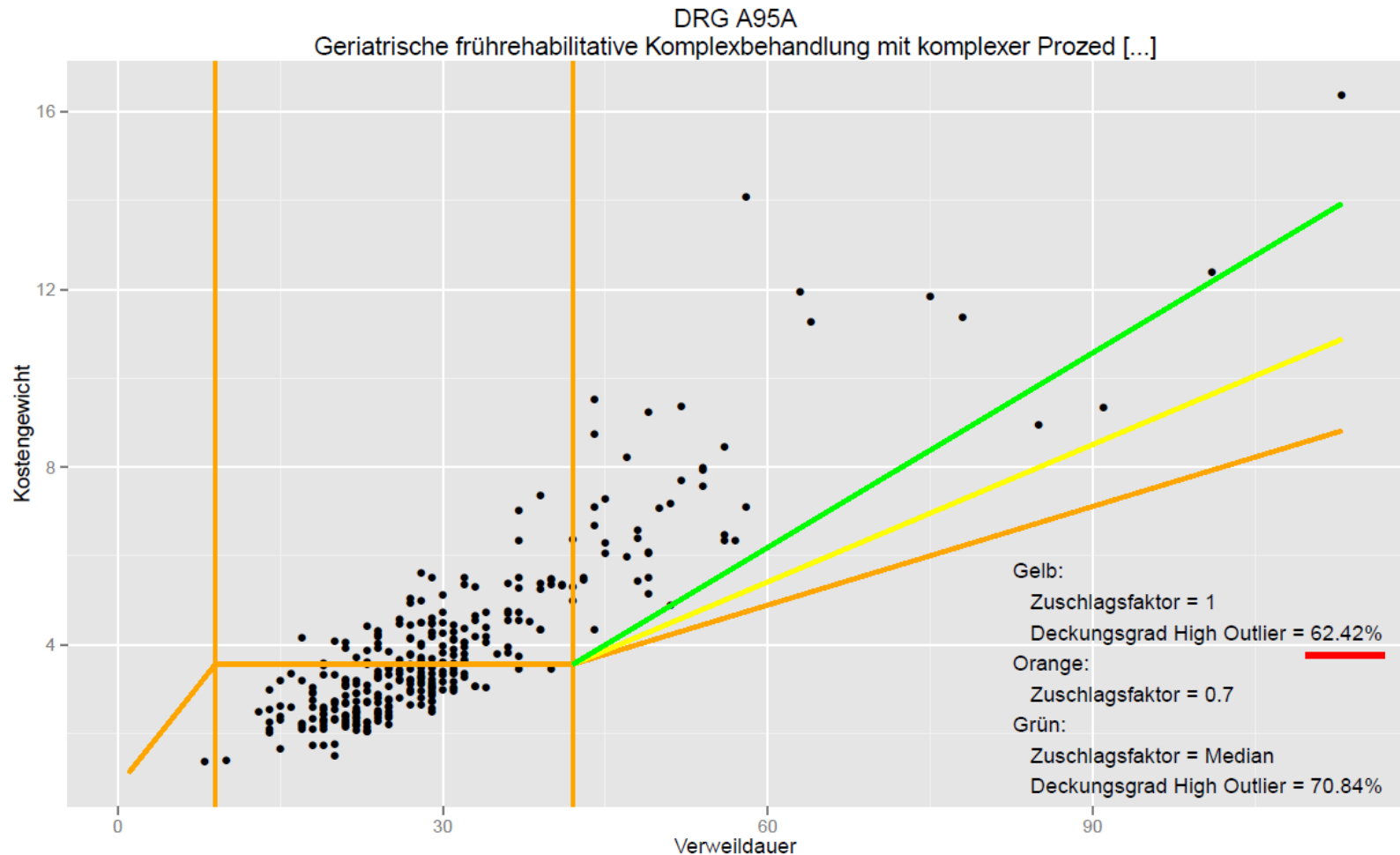
Geprüfte Alternative: High Outlier Zuschlag mit Differenzkostenfaktor 1

Typologie	Deckungsgrad V5.0	Deckungsgrad V6.0	Deckungsgrad V6.0 (Differenzkostenfaktor 1)
K111	92.2%	92.4%	92.7%
K112	103.1%	103.1%	103.1%
K121	106.1%	106.1%	105.8%
K122	98.7%	99.0%	98.9%
K123	93.3%	92.6%	91.8%
K231	108.4%	107.1%	105.9%
K232	122.8%	124.8%	123.2%
K233	94.8%	95.3%	95.2%
K234	114.2%	114.4%	114.8%
K235	92.6%	89.7%	90.5%

Datenbasis: 2014, Kalkulationsdaten

Weiterentwicklung Kalkulationsmethodik

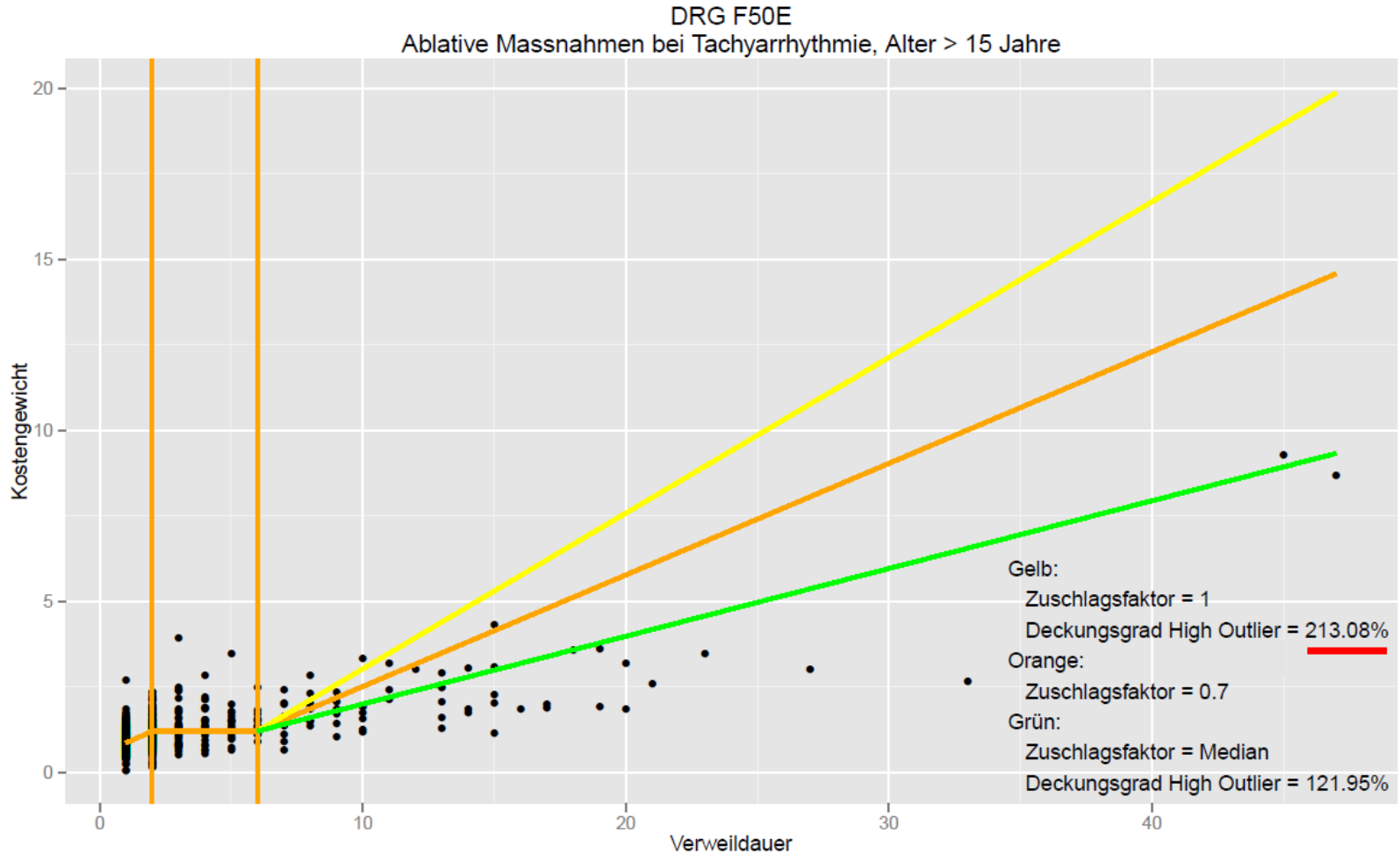
High Outlier – Differenzkostenfaktor 1



Datenbasis: 2014, Kalkulationsdaten

Weiterentwicklung Kalkulationsmethodik

High Outlier – Differenzkostenfaktor 1



Datenbasis: 2014, Kalkulationsdaten

Weiterentwicklung Kalkulationsmethodik

High Outlier - Differenzkostenfaktor 1

- Neutralisierung der gezielten und sachgerechten Differenzierung für komplexe und unterbewertete DRG
- Übervergütung von weniger komplexen und überbewerteten DRG
- Aufweichung des Anreizes zur Behandlung innerhalb der Regelverweildauer



Weiterentwicklung Kalkulationsmethodik

High Outlier - Anlagenutzungskosten (ANK)

Mittlerer ANK-Anteil an den Gesamtkosten

alle Fälle	8.59%
Unispitäler (K111)	8.20%
3 selbständige Kinderspitäler	7.77%

Kalkulation ANK

Bisher: Kalkulation ANK-Kostengewicht nach Ermittlung des Inlier-Kostengewichts → Wirkung einer Hauptkostenkomponente

Neu: ANK als Mischkostenkomponente (Aufteilung zwischen Haupt- und Differenzkosten gemäss dem jeweiligen Anteil des Falls)

Datenbasis: 2014, Kalkulationsdaten

Weiterentwicklung Kalkulationsmethodik

High Outlier - Anlagenutzungskosten (ANK)

	Deckungs- grad V6.0	Deckungs- grad V5.0	Veränderung V6.0/V5.0
Inlier	104.52%	104.60%	-0.08%
High Outlier	77.16%	74.60%	3.43%
Low Outlier	110.07%	116.16%	-5.24%

→ höhere Vergütung High Outlier

→ tiefere Übervergütung Low Outlier

→ Vergütung der ANK als teilweise verweildauerabhängige und teilweise fixe Kostenkomponente entspricht der Entstehung dieser Kosten



Datenbasis: 2014, Kalkulationsdaten

Weiterentwicklung Kalkulationsmethodik

- Normierung auf Basis der gelieferten Daten im Anwendungsbereich SwissDRG (statt gesamtschweizerische BFS-Daten) ✓
- High Outlier Vergütung
 - High Outlier Zuschlag mit Differenzkostenfaktor 1 ✗
 - flexible High Outlier Zuschlags-Berechnung ✓
 - Überprüfung und Anpassung der Kostenkomponenten zur Kalkulation der Zu- und Abschläge ✓
 - ANK als Mischkostenkomponente ✓
- Möglichkeit Datenbasis 3 Jahre (2012/2013/2014) ✓

SwissDRG Version 6.0 / 2017



1. Neuerungen
2. Datengrundlagen
3. Überarbeitung der Grouperlogik
4. Weiterentwicklung Kalkulationsmethodik
- 5. Ergebnisse**

Zusammenfassung der Änderungen

	V6.0	V5.0	V4.0
Anzahl DRG	1038	1031	974
Nicht bewertete DRGs	0	13	12
Nicht abrechenbare DRGs	3	3	3
Einbelegungstag-DRG	292	290	276
Explizit	25	19	19
Implizit	267	271	257
Zusatzentgelte	84	58	49
Bewertet	83	57	48
Unbewertet	1	1	3

Ermittlung der Kostengewichte DRGs Kalkuliert / Helvetisiert

	Kalkuliert	<i>davon kalkuliert auf 2/3 Datenjahren</i>	Helvetisiert
V6.0	1'035	21/3	0
V5.0	1'020	24/0	3
V4.0	957	22/0	2
V3.0	932	26/0	56

Kriterien:

- Geringe Fallzahl
- Kein Grouperumbau
zw. 5.0/6.0

Kostenhomogenität

Ergebnis der Varianzreduktion der SwissDRG-Version 6.0 im Vergleich zu den Vorversionen

Grouper- version	Datenjahr	Alle Fälle	Inlier
V6.0	2014	0.677	0.814
V5.0	2013	0.681	0.810
V4.0	2012	0.639	0.784

Datenbasis: 2012-2014, Kalkulationsdaten

Casemix Index pro Versorgungsstufe



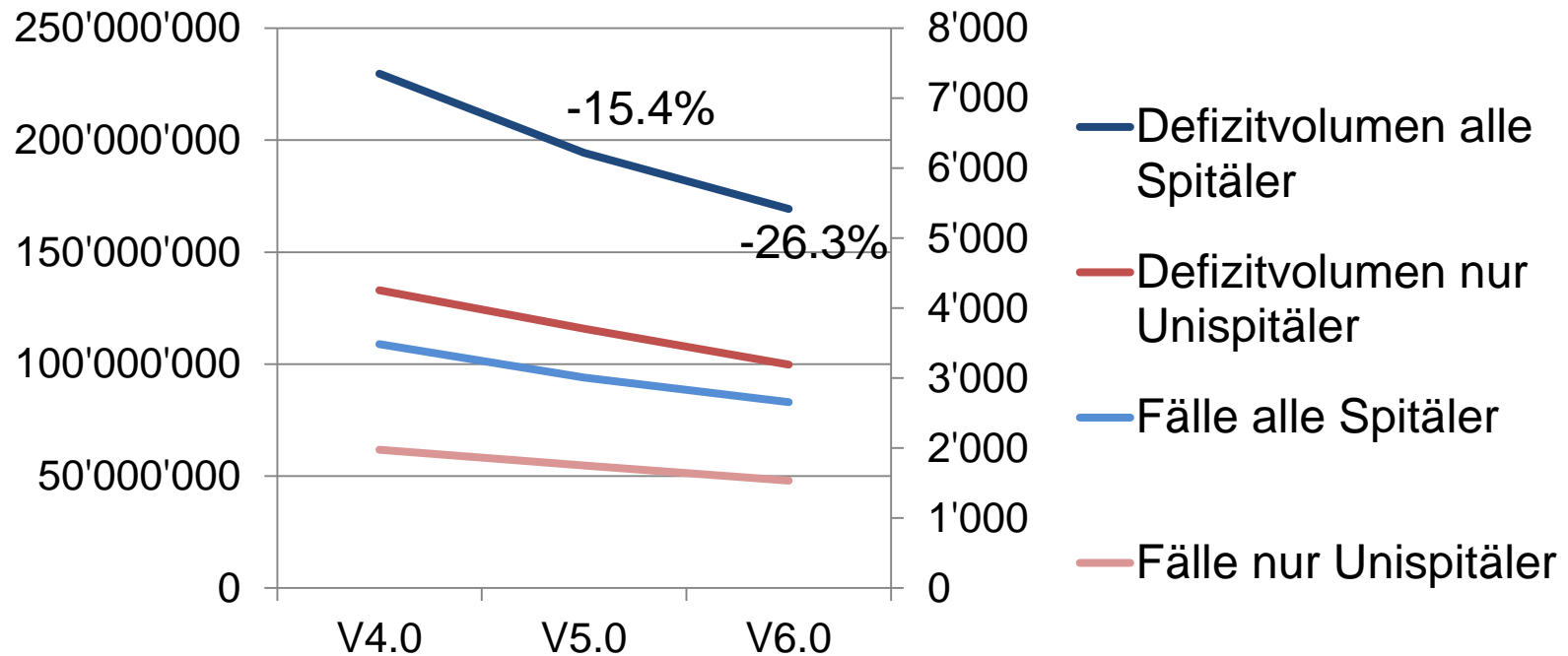
Versorgungsstufe	Anzahl Fälle	CMI V6.0	CMI V5.0	Veränderung V5.0/V6.0
K111 Zentrumsversorgung 1	194'027	1.391	1.388	0.2%
K112 Zentrumsversorgung 2	592'203	1.005	1.005	0.0%
K121 Grundversorgung 3	138'580	0.841	0.841	0.0%
K122 Grundversorgung 4	69'881	0.862	0.859	0.3%
K123 Grundversorgung 5	20'121	0.971	0.975	-0.4%
K231 Chirurgie	36'868	1.092	1.104	-1.1%
K232 Gyn / Neonatologie	2296	0.383	0.377	1.6%
K233 Pädiatrie	17'480	1.219	1.217	0.2%
K234 Geriatrie	2153	1.358	1.356	0.1%
K235 Spezialkliniken	5330	1.485	1.517	-2.1%
Alle	1'078'939	1.052	1.052	0.0%

Datenbasis: 2014, SwissDRG Daten Anwendungsbereich, bewertet über V5.0 und V6.0

Defizitfälle

Stetige Ausdifferenzierung

Fälle mit Defizit >40'000 CHF



Datenbasis: 2014, Kalkulationsdaten

Analyse Hochdefizitfälle

Analyse:

- Überprüfung von 76 Hochdefizitfällen gemäss Definition der SwissDRG AG
- Defizit > 40'000 CHF und Kosten > 400'000 CHF

Resultate:

- deutliche Verbesserung der Kodierqualität
- extreme Langlieger
- Kostenzuordnung zum Teil nicht plausibel


Hinweise zur Überarbeitung der Grouperlogik:

- VAC-Behandlung,
- Aufwandspunkte IPS, Beatmungsstunden Säuglinge
- mehrfache Re-Operationen
- Hauttransplantationen

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