

SwissDRG - Version 8.0 / 2019

Informationsveranstaltung

SwissDRG – Version 8.0 / 2019



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

SwissDRG – Version 8.0 / 2019

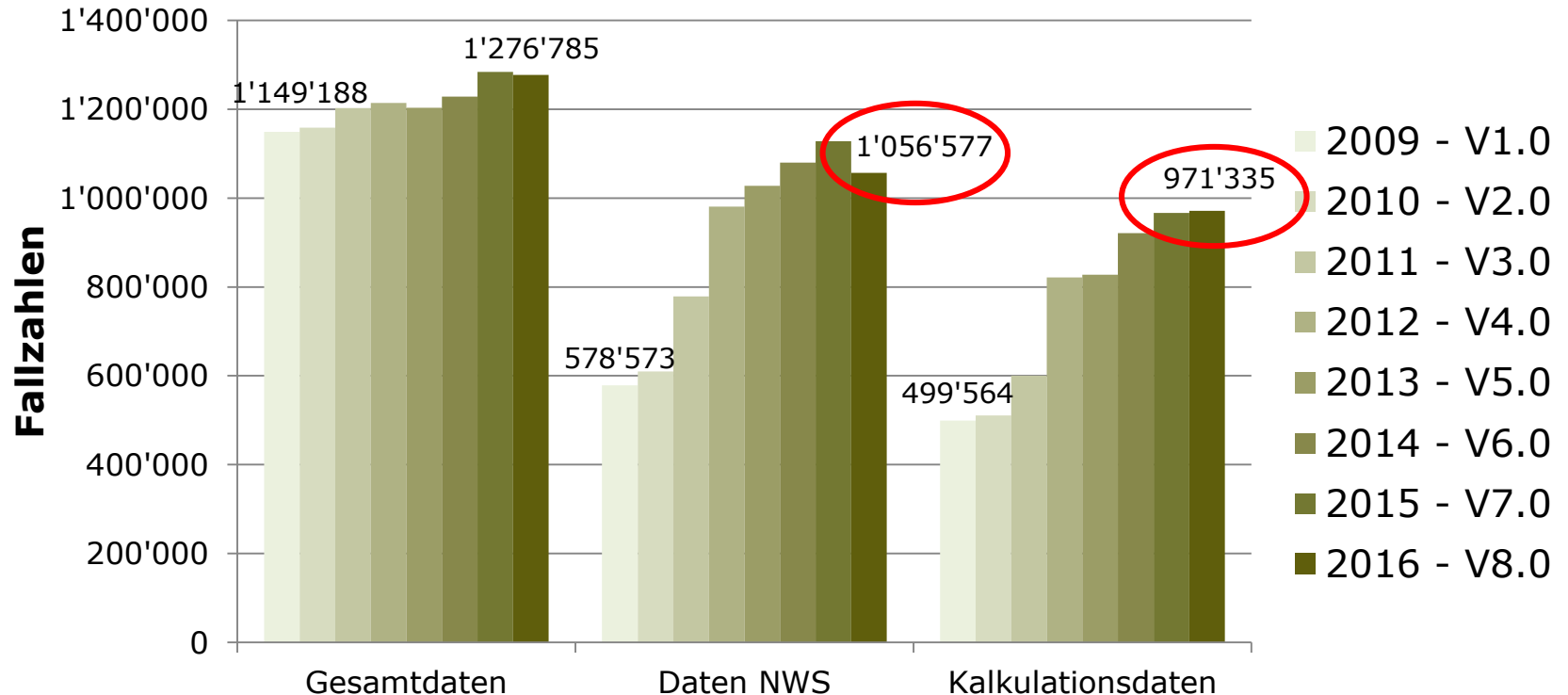
Anzahl Spitäler

Datenjahr	2016	2015	2014	2013	2012
Netzwerkspitäler	104	118	115	112	102
Gesamtspitäler	176	184	187	190	197

- Gesamtlöschung von 7 Spitälern, 2 ohne Lieferung 2015
- Daten von 97 Spitälern zur Systementwicklung verwendet (105 im Vorjahr)

SwissDRG – Version 8.0 / 2019

Entwicklung Fallzahlen

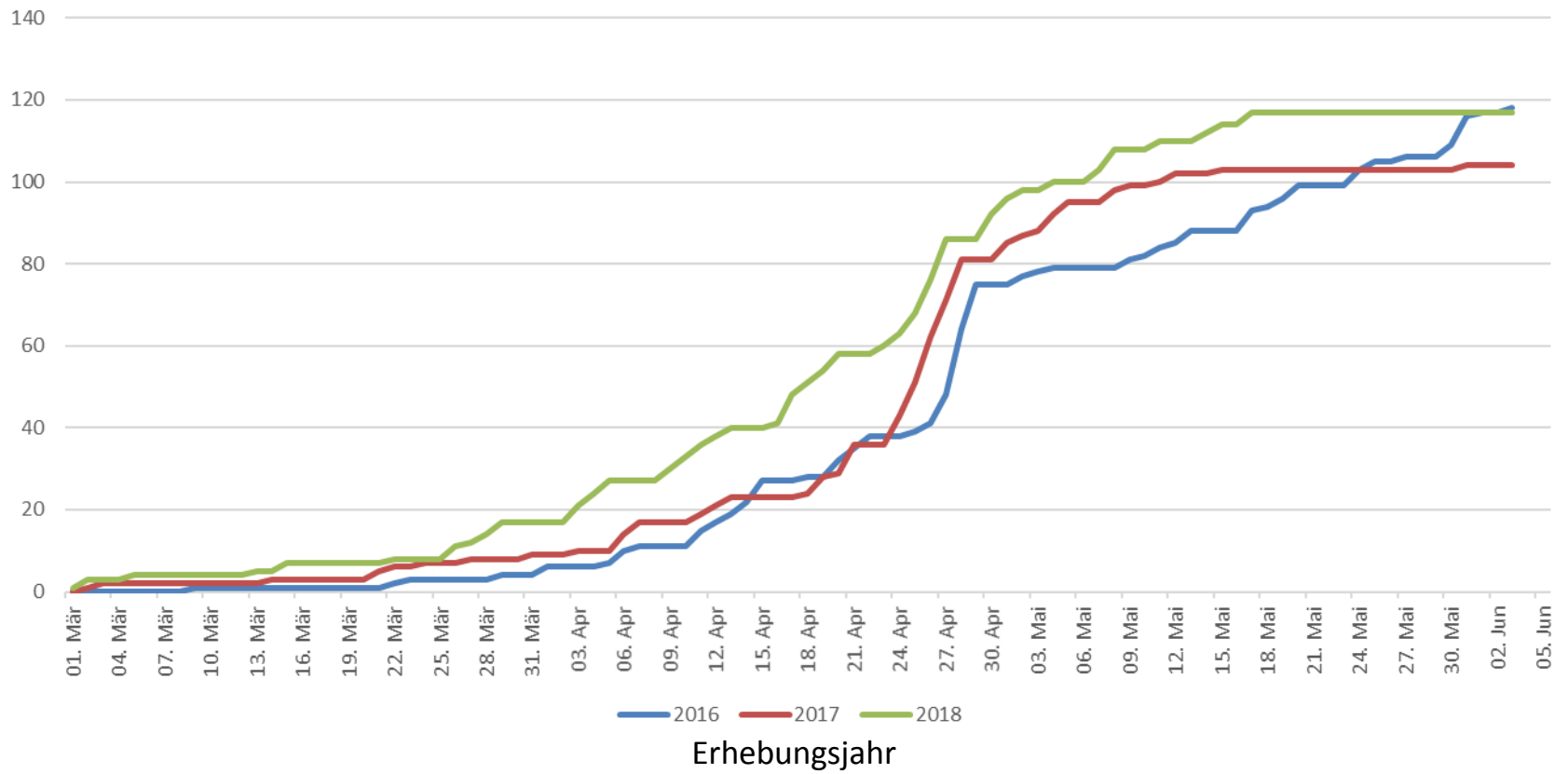


Datenbasis: 2009-2016

- *Gesamtdaten: BFS-Daten*
- *Daten NWS: Datenerhebung SwissDRG AG (Anwendungsbereich)*
- *Kalkulationsdaten: Verwendete Daten zur Kalkulation*

Erhebungsverlauf

Anzahl datenliefernde Spitäler



SwissDRG – Version 8.0 / 2019



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

SwissDRG – Version 8.0 / 2019

Entwicklungsschwerpunkte

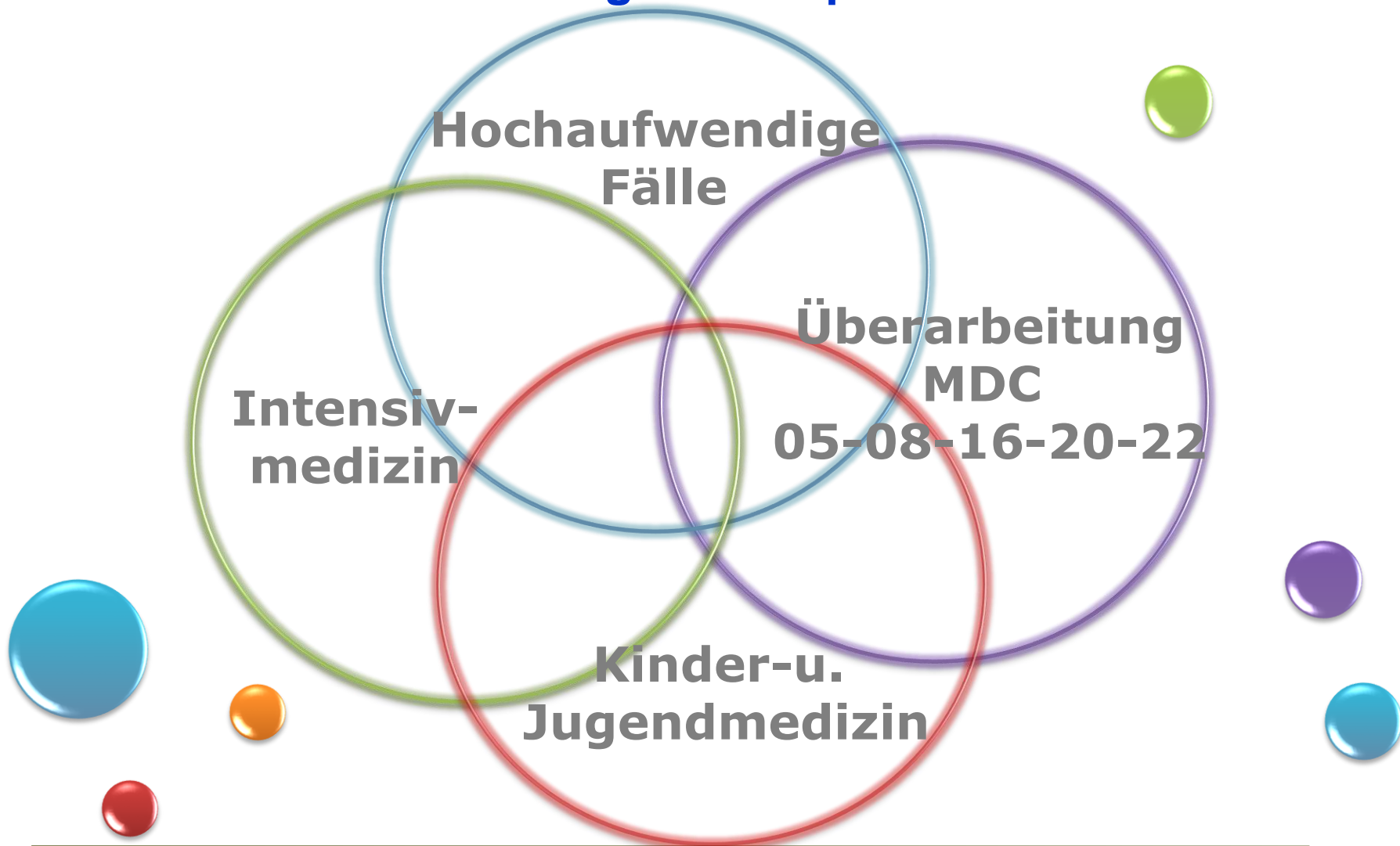


Abbildung hochaufwendiger Fälle



- Identifikation einer Fallmenge mit sehr hohem Ressourcenverbrauch aufgrund:
 - sehr hoher Aufwandspunkte Int- / IMC-Komplexbehandlung
 - mehrfacher Operationen teils in Verbindung mit komplexer Vakuumtherapie bzw. aufwendiger Intensiv-Behandlung
 - bestimmter hochaufwendiger Konstellationen

Hochaufwendige Fälle

Neugeborene MDC 15

Problem:

- sehr teure Fälle mit hoher Anzahl IntK Aufwandspunkte streuen über mehrere Basis DRGs (P61, P02, P03)
- sachgerechte Abbildung innerhalb dieser DRGs nicht möglich

Neu:

- Etablieren einer neuen DRG P37Z unabhängig vom Aufnahme- oder Geburtsgewicht



Hochaufwendige Fälle

Vakuumtherapie

Bisher:

Etablierung der Funktionen

- «Komplexe Vakuumtherapie (VAC I)»
- «Komplexe Vakuumtherapie (VAC II)»

→ systematische Überprüfungen Prä-MDC und Organ-MDCs zur Ermittlung weiterer aufwandsintensiver Fälle

Hochaufwendige Fälle

Vakuumtherapie

Neu:

Funktion Vakuumtherapie:

- kontinuierliche Sogbehandlung bei Vakuumversiegelung, 8 Tage und länger **mit**
- Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumversiegelung **und**
- mehrzeitige bestimmte Operationen an **zwei** unterschiedlichen Tagen

→ Aufwertung dieser Fälle in Verbindung mit grossen OPs in DRGs F04Z, G38Z, H33Z, M37Z, N33Z, X33Z

Hochaufwendige Fälle

Prä-MDC

Analyse:

Fälle häufig nicht mit einem Merkmal als Hochkostenfall abbildbar

- in Anlehnung an Funktion «*komplizierende Prozeduren*»
Etablierung der Funktion «***hochaufwendige Konstellationen***»
- **Kombination mehrerer Bedingungen**
 - Transfusionen in sehr hoher Zahl mit langandauernden Dialysen
 - Notwendigkeit zur Organtransplantation mit Hochdringlichkeitsstufe, High Urgency

Hochaufwendige Fälle

Prä-MDC

Umbau:

- Gruppierung von Fällen mit neuer Funktion «hochaufwendige Konstellationen» in DRG A11A «*Beatmung > 249 mit kompl. Konstellationen, od. Beatmung > 95 Std. mit bestimmten hochkompl. Konstellationen, od. Alter < 16 J., od. **hochaufwendigen Konstellationen**, od. aufwendigen OR Proz. mit Alter < 16 Jahre*»

→ Aufwertung der Fälle Hauptdiagnose unabhängig

Hochaufwendige Fälle

Intensivmedizin

Analyse:

- bisher nur Beatmung >499 Stunden in Verbindung mit IntK >4410/4600 Aufwandspunkten relevant in DRG A18Z

Umbau:

- Aufwertung **hochaufwendiger Intensivtherapie auf IntK / IMCK >5520 Aufwandspunkte** in DRG A06Z
- unabhängig von Beatmungsdauer

Hochaufwendige Fälle

Mehrzeitige Eingriffe

Umbau:

- Etablierung einer neuen Funktion «*vierzeitig komplexe OR-Prozeduren*»
- Aufnahme der neuen Funktion in Basis DRG A06 «*Beatmung >499 Stunden und Transplantation, Trennung Siamesische Zwillinge oder Beatmung >1499 Stunden oder IntK/IMCK >5580/5520 Punkte oder bestimmte Konstellationen*» und in DRG B36B «*IntK >196/360 Punkte oder vierzeitig komplexe OR-Prozeduren*»

Hochaufwendige Fälle

Schwerste Verbrennungen

Ausgangslage:

- schwerste Verbrennungen gruppieren in Abhängigkeit der Beatmungsdauer in Basis DRGs Y01, A11, A18
 - bestimmte Konstellationen bisher nicht kostendeckend
- Einzelfallprüfung mit Korrekturen der fallbezogenen Kostenzuordnung

Hochaufwendige Fälle

Schwerste Verbrennungen

Neu:

Etablierung der Funktion «*Schwerste Verbrennungen*» mit Logik:

- schwerste Verbrennungen (ab 40% KOF oder ab 20% 3. Grades) **und**
- Sepsis oder Verbrennungen an mehreren Körperregionen **und**
- IntK >2058/1932 Aufwandspkt. od. Alter < 18 Jahre

Hochaufwendige Fälle

Schwerste Verbrennungen

Umbau:

- Gruppierung von Fällen mittels Funktion «*schwerste Verbrennungen*» in DRG A06Z «*Beatmung >499 Std. u. Transpl. von Leber, Lunge, Herz u. Knochenmark, Stammzelltransf. od. Trennung von Siames. Zwillingen, od. Beatmung >1499 Std., od. vierzeitig. komplex. OR, od. schwerste Verbr., od. IntK/IMCK >5581/5521 Pkt.*»

→ sachgerechte Vergütung dieser Fallmenge möglich

Hochaufwendige Fälle

Schwere Verbrennungen

Problem:

- nur noch sehr kleine Fallmenge mit schweren Verbrennungen in DRG Y01Z «*Operative Eingriffe bei schweren Verbrennungen oder Beatmung >95 Stunden oder Intensivmedizinische Komplexbehandlung >784/1380 Aufwandspunkte*» gruppiert

Neu:

- Etablierung der Funktion «*Schwere Verbrennungen*» mit Logik der Basis DRG Y01

Hochaufwendige Fälle

Schwere Verbrennungen

Umbau:

- Auflösen der Basis DRG Y01 und Abbildung der Fallmenge mittels neuer Funktion «Schwere Verbrennungen» in DRG:

A11A «Beatmung > 249 mit kompl. Konstellationen, od. Beatmung > 95 Std. mit bestimmten hochkompl. Konstellationen, od. Alter < 16 J., od. hochaufwendigen Konstellationen, od. aufwendigen OR Proz. mit Alter < 16 Jahr»

A11B «Beatmung > 249 Std. mit kompl. Konstellationen, oder Beatmung > 95 Std. mit best. kompl. Konstellationen od. schweren Verbrennungen, Alter > 15 Jahre»

→ sachgerechte Vergütung dieser Fallmenge möglich

Hochaufwendige Fälle

Abstossungsreaktion

- Fälle mit Abstossung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen bisher DRG A61Z zugeordnet
- Fallmenge heterogen mit geringer Kostendifferenzierung
- **Umbau:**
- Löschen der Basis DRG A61
- Abbildung einer Teilmenge von Fällen der ehemaligen A61 in Basis DRG A91 «*Photopherese und Apherese, ein Belegungstag*»
- Umleitung der Fälle in MDC 17, Zuordnung zur Basis DRG R60 «*Akute myeloische Leukämie, mehr als ein Belegungstag oder autologe STZ-Entnahme oder Graft versus Host Disease*»

Aufwertung der Fälle mit akuter Graft versus Host Disease Grad 3 oder 4

Intensivmedizin

Beatmung

Problem:

- Fälle mit > 95 Stunden und < 250 Beatmungsstunden sind der Basis DRG A13 zugeordnet
- können jedoch auch Logik der Basis DRGs A36, B36, F36, T36 erfüllen
- abhängig von IntK Aufwandspunkten

→ Mindervergütung bei Mehrleistung möglich

→ nicht mit Sortierung der DRGs lösbar

Intensivmedizin

Beatmung

Umbau:

- komplexe Überarbeitung der Prä-MDC und Intensiv DRGs in organbezogenen MDCs
- Löschen der Basis DRG A13
- Zuordnung einer Fallmenge der Basis DRG A11 «*Beatmung > 249 Std., oder Beatmung >95 Std. oder IntK > 196/552 Pkt. mit best. Konstellationen, od. hochaufwendigen Konstellationen, od. schweren Verbrennungen*»
- Erweiterung der Logik der Basis DRG B90 um «*.., > 95 Beatmungsstunden mit IntK >196/360 Aufwandspunkten*»
- neues Splitkriterium in DRG E36A «*Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 980/1104 Aufwandspunkte und Beatmung > 95 Stunden*»

Intensivmedizin

Beatmung

Umbau:

- Erweiterung der Definition in DRG E90B um
«.., > 95 Beatmungsstunden»
- Erweiterung der Definition in DRG F36A um
«.., > 95 Beatmungsstunden mit bestimmten IntK Aufwandspunkte und komplexen OR Prozeduren»
- Erweiterung der Definition der Basis DRG H33 um
«.., >95 Beatmungsstunden und IntK >196/360 Aufwandspunkte»
- Split der DRG T36Z anhand *«IntK >980/1104 Aufwandspunkte oder >95 Beatmungsstunden mit komplexen OR Prozeduren»*

Intensivmedizin

Komplexe operative Eingriffe

Bisher:

- Split der DRGs A36A und A36B ausschliesslich über Intensivpunkte definiert
- bestimmte Fallmenge nicht aufwandsgerecht abgebildet

Umbau:

- Splitkriterium der A36A um die Funktion «*komplexe OR Prozeduren*» erweitert
- Aufwertung und sachgerechte Vergütung von aufwendigen Fallkonstellationen

MDC übergreifende Umbauten

Demenz / Delir

Antrag:

- mehrere Anträge auf Prüfung der aufwandsgerechten Abbildung von Demenz- / Delir Patienten
- Demenz- / Delir Patienten in Behandlung aufwendiger und deshalb untervergütet

Analyse:

- umfangreiche Analyserechnungen in allen MDCs
- zusätzliche Prüfung der kodierbaren kognitiven Funktionseinschränkung (U51.0-, U51.1-, U51.2-) als Kostentrenner

MDC übergreifende Umbauten

Demenz / Delir

Resultat:

- sehr häufig Kodierung unspezifischer Diagnosen (ca. 70%)
- zusätzliche Erhebungen «*Barthel-Index, kognitiver FIM, MMSE*» werden bei nur 22% der Fälle kodiert
- Kostenunterschiede bei Fällen mit Demenz oder Delir zur jeweiligen DRG eher gering
- Kostendifferenzen sowohl positiv als auch negativ
- Demenz, Delir oder Schwere der kognitiven Funktionseinschränkung bisher kein geeigneter Kostentrenner

MDC übergreifende Umbauten

Demenz / Delir

Umbau:

- Neuaufnahme Demenz- und weitere Zusatzcodes in die CCL-Matrix:
 - F02.8 «*Demenz bei anderenorts klassifizierten Krankheitsbildern*»
 - U51.20 «*Schwere kognitive Funktionseinschränkung: Erweiterter Barthel-Index: 0-15 Punkte*»
 - U51.21 «*Schwere kognitive Funktionseinschränkung: Kognitiver FIM: 5-10 Punkte*»
 - U51.22 «*Schwere kognitive Funktionseinschränkung: MMSE: 0-16 Punkte*»

MDC übergreifende Umbauten

Demenz / Delir

Umbau:

- Aufwertung der Codes in CCL-Matrix:
 - F11.4-F19.4 «*Suchterkrankungen mit Delir*»
 - F11.6-F19.6 «*Suchterkrankungen mit amnestischem Syndrom*»
 - Entfernen der Diagnose F05.9 «*Delir, nicht näher bezeichnet*» aus CCL-Matrix
- Aufwertung von Fällen mit Demenz/Delir mit bestimmten schweren Diagnosekonstellationen

MDC übergreifende Umbauten Polytrauma

Bisher:

- über Funktion «*Polytrauma*» werden weniger aufwendige Fälle als Polytrauma eingestuft und offensichtliche Polytrauma jedoch nicht

Analyse:

- Funktion über HD Tabelle und weitere lokalisationsbezogene Tabellen definiert
- Logik erfüllt, wenn 1 Diagn. aus HD Tabelle und 2 Diagn. aus verschiedenen lokalisationsbez. Tabellen vorhanden
- lokalisationsbez. Tabellen können Haupt- oder Nebendiagnose sein

MDC übergreifende Umbauten Polytrauma

Neu:

- ICD T00.0 - T04.9 aus allen Tabellen entfernt
 - Neuaufnahme best. Codes in ND Tabellen (Fraktur BWS)
 - lokalisationsbezogene Diagnosetabellen dürfen nur noch Nebendiagnose sein
- es werden grundsätzlich eine Haupt- **und** zwei Nebendiagnosen aus verschiedenen Tabellen benötigt
- sachgerechte Vergütung

MDC übergreifende Umbauten

Frühreha, Palliativmedizin

Problem:

- Fälle mit bestimmten frührehabilitativen oder palliativmedizinischen Komplexbehandlungen und Beatmungstunden mit IntK Aufwandspunkten über verschiedene DRGs verteilt und nicht aufwandsgerecht abgebildet

Umbau:

- bestimmte frührehabilitative oder palliativmedizinische Komplexbehandlungen mit «>95 *Beatmungstunden*» und «*IntK >392 / 552 Aufwandspunkten*» in Basis DRG A11 gruppierungsrelevant

→ sachgerechte Vergütung dieser Fallgruppe

MDC übergreifende Umbauten

Frühreha, Palliativmedizin

Antrag:

- Neurologische Frührehabilitation Kode 93.89.10
«*Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation, mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage*» bisher nicht Erlös relevant in der DRG B90

Umbau:

- Aufnahme des Codes in Basis DRG B90 «*IMC Komplexbehandlung >392/552 Pkt. od. **neurologische Frühreha ab 7 BT** oder bestimmte IntK mit IMCK Aufwandspunkten od. Beatmung >95 Std. mit IntK >196/360 Pkt.*»

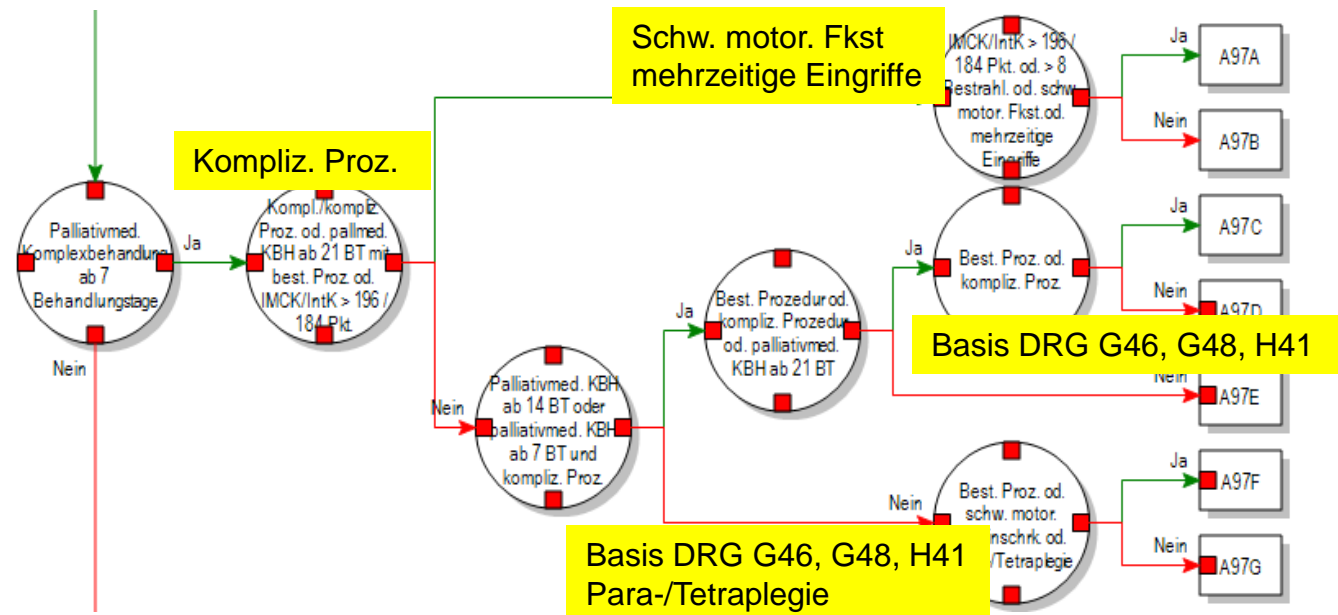
MDC übergreifende Umbauten

Palliativmedizinische Komplexbehandlung

Problem:

- Mindervergütung bei Mehrleistung bei gleichzeitigem endoskopischen Eingriff
- aufwendige Konstellationen nicht sachgerecht abgebildet

Umbau:



MDC übergreifende Umbauten

Neurologische Komplexdiagnostik

Antrag:

- sachgerechte Abbildung der Fälle mit neurologischer Komplexdiagnostik in Basis DRG E63
«Schlafapnoesyndrom oder kardiorespiratorische Polysomnographie bis 2 Belegungstage»

Umbau:

- Aufwertung dieser Fallgruppe sowie Identifikation bestimmter invasiver kardiologischer Diagnostik als zusätzlichen Kostentrenner



MDC übergreifende Umbauten

Neurologische Komplexdiagnostik

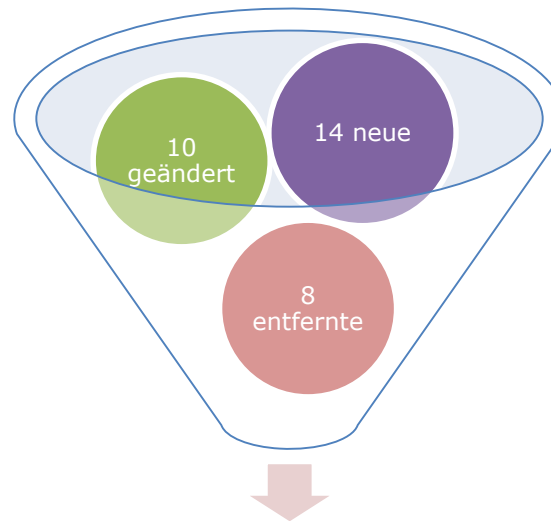
Weiterhin:

- Aufwertung der neurologischen Komplexdiagnostik in folgenden DRGs:
- B68A, B69C, B70B, B70 E, B72B, B76D, B77A, D61A, D68A

MDC übergreifende Umbauten Kinder- und Jugendliche

Analyse:

- systemübergreifende Prüfung aller Fälle mit einem bestehenden Kindersplit
- Betrachtung der Fälle auf ggf. weitere Kindersplits



Kinder- und Jugendsplit

MDC übergreifende Umbauten

DRGs 901, 902

Analyse:

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

Umbaumöglichkeiten:

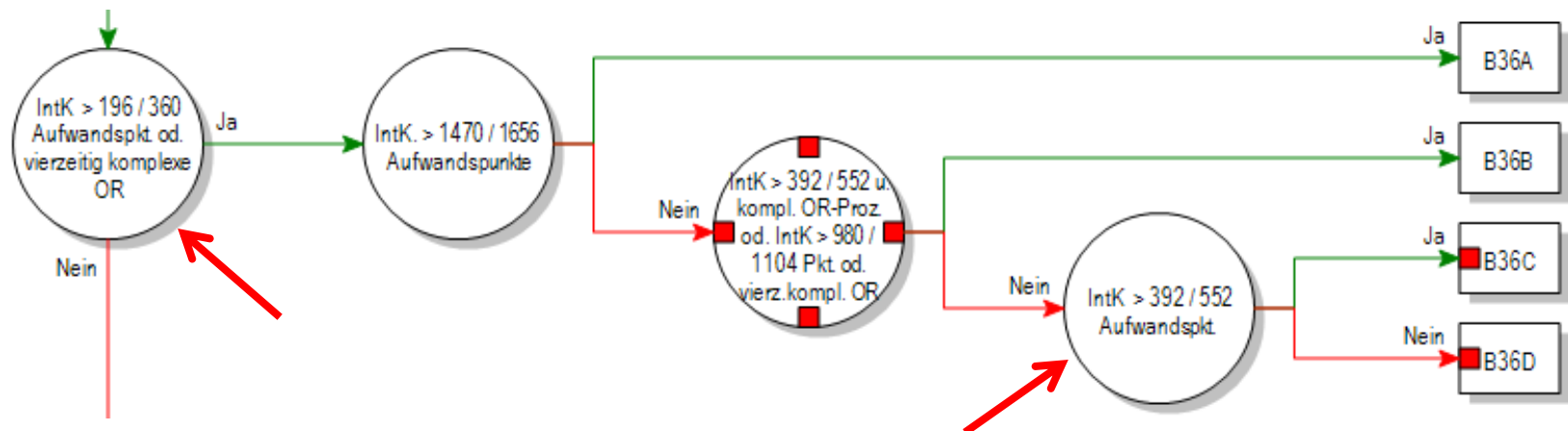
- Aufnahme mehrerer OR-Kodes in weitere MDCs
- Verschieben der Hauptdiagnosen in andere MDC
- Anpassen der Zuordnung der OR-Kodes in Basis DRG 901 oder 902

Nervenerkrankungen MDC 01

Intensivmedizin

Umbauten in Basis DRG B36:

- Senkung der Eintrittsschwelle für Basis DRG B36 auf IntK > 196/360 Aufwandspunkte
- Etablierung einer neuen DRG B36C für Kurzaufenthalte auf Intensivstation



Nervenerkrankungen MDC 01

Multiple Sklerose

Antrag:

- Kosteninhomogenität in Basis DRG B68 «*Multiple Sklerose*»
Unterdeckung der Fälle in DRG B68B
- möglicher Kostentrenner, Diagnose G35.11 «*Multiple Sklerose mit vorherrschend schubförmigem Verlauf: Mit Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression*»

Umbau:

- ICD G35.11 kein Kostentrenner
- Split der DRG B68B mit ICD G35.0 «*Erstmanifestation einer Multiplen Sklerose*»

Nervenerkrankungen MDC 01

Morbus Parkinson

Antrag:

- Abbildung CHOP Kode 99.b4.10-12 «*Multimodale Komplexbehandlung bei extrapyramidal-motorischen Krankheiten*» in Basis DRG B67 «*Morbus Parkinson mit* »

Umbau:

- Aufnahme der «*Multimodalen Komplexbehandlung bei extrapyramidal-motorischen Krankheiten, mindestens 7 Behandlungstagen*» in DRG B67A

Krankheiten der Atmungsorgane MDC 04

Intensivmedizin

Antrag:

- inhomogene Fallmenge in Basis DRG E77 «*Andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane*»

Umbau:

- Prüfung der bisherigen Splitkriterien
- Aufwertung von Fällen mit IntK >196/119 Aufwandspkt.
- Entfernung des Splitkriteriums in DRG E77E «*Para- / Tetraplegie*»

Krankheiten der Atmungsorgane MDC 04

Bariatrische Chirurgie

Antrag:

- Problem der Mindervergütung bei Mehraufwand in der Bariatrie

Analyse:

- Fälle mit bariatrischem Eingriff und Nebenprozedur nicht-bariatrisch werden von der Umleitung «*Gr. Eingriffe bei Adipositas mit alveolärer Hypoventilation*» nicht erfasst und somit nicht der MDC 06 zugeordnet

Krankheiten der Atmungsorgane MDC 04

Bariatrische Chirurgie

Umbau:

- Überprüfung aller Umleitungen zur Bariatrie
- Anpassung der Logik «*Eingriffe bei Adipositas mit alveolärer Hypoventilation*»

→ Logik der Umleitung wird bei bariatrischen Eingriffen in Verbindung mit Begleiteingriffen erfüllt

Krankheiten des Kreislaufsystems MDC 05 DRG

Endovaskulärer Herzklappenersatz

Problem:

- inhomogene Verteilung von verschiedenen Fallmengen mit endovaskulärem Herzklappenersatz und nicht aufwandsgerechte Vergütung

Bisher:

- Differenzierung der Basis DRG F98 in F98A und F98B anhand Alter, komplexen Diagnosen, TAVI
- keine Abbildung von Kombinationseingriffen

Krankheiten des Kreislaufsystems MDC 05 DRG

Endovaskulärer Herzklappenersatz

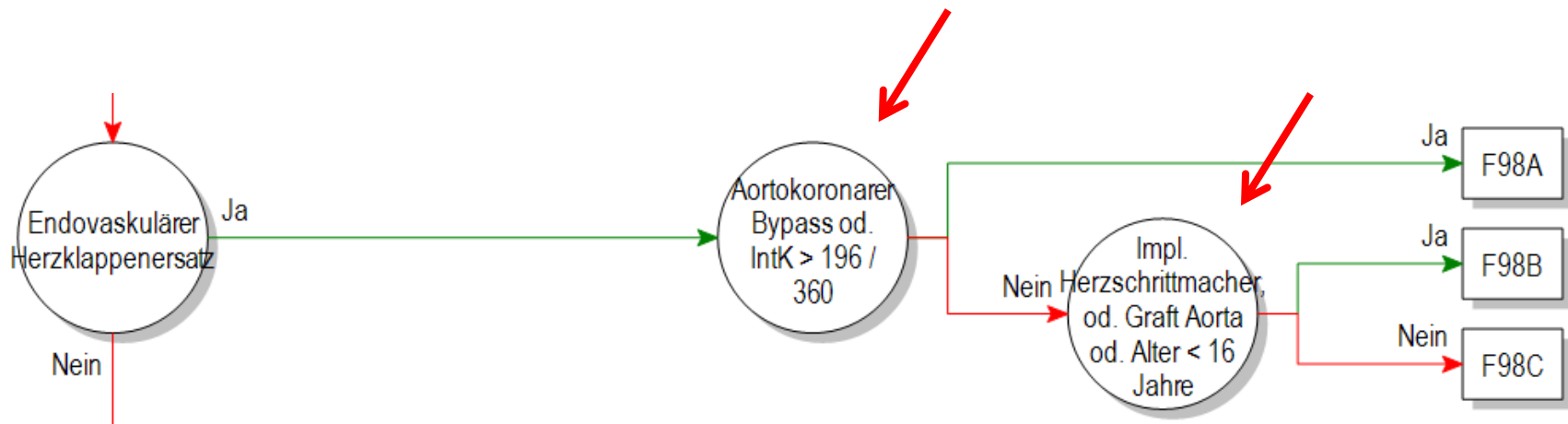
Umbau:

- Überarbeitung der Basis DRG F98
- Etablieren neuer Splitkriterien:
 - F98A: Klappenersatz mit Bypass oder IntK >196 /360
Aufwandspunkte
 - F98B: Klappenersatz mit Pacer oder aortalem Graft oder
Alter <16 Jahre
 - F98C: Klappenersatz

Krankheiten des Kreislaufsystems MDC 05 DRG

Endovaskulärer Herzklappenersatz

Neu:



→ homogene Verteilung der Fallmengen und sachgerechte Vergütung von aufwendigen Fällen

Krankheiten des Kreislaufsystems MDC 05 DRG

Gefässeingriffe

Bisher:

- Abbildung ähnlicher Fallmengen in Basis DRGs:
 - F08 «*Grosse rekonstruktive Gefässeingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, mit komplizierenden Prozeduren oder thorakoabdominalem Aneurysma*»
 - F51 «*Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta*»
 - F34 «*Andere grosse rekonstruktive Gefässeingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine*»

Krankheiten des Kreislaufsystems MDC 05 DRG

Gefässeingriffe

Umbau:

- Löschen der Basis DRG F08 und Gruppierung der Fallmenge in Basis DRGs F51 und F34
- homogene und übersichtliche Abbildung dieser Fallgruppe

Krankheiten des Kreislaufsystems MDC 05 DRG

Gefässeingriffe

Bisher:

- Abbildung von ähnlichen Fallmengen in Basis DRGs

F38 «*Mässig komplexe rekonstruktive Gefässeingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine*»

F59 «*Komplexe oder mässig komplexe Gefässeingriffe*»

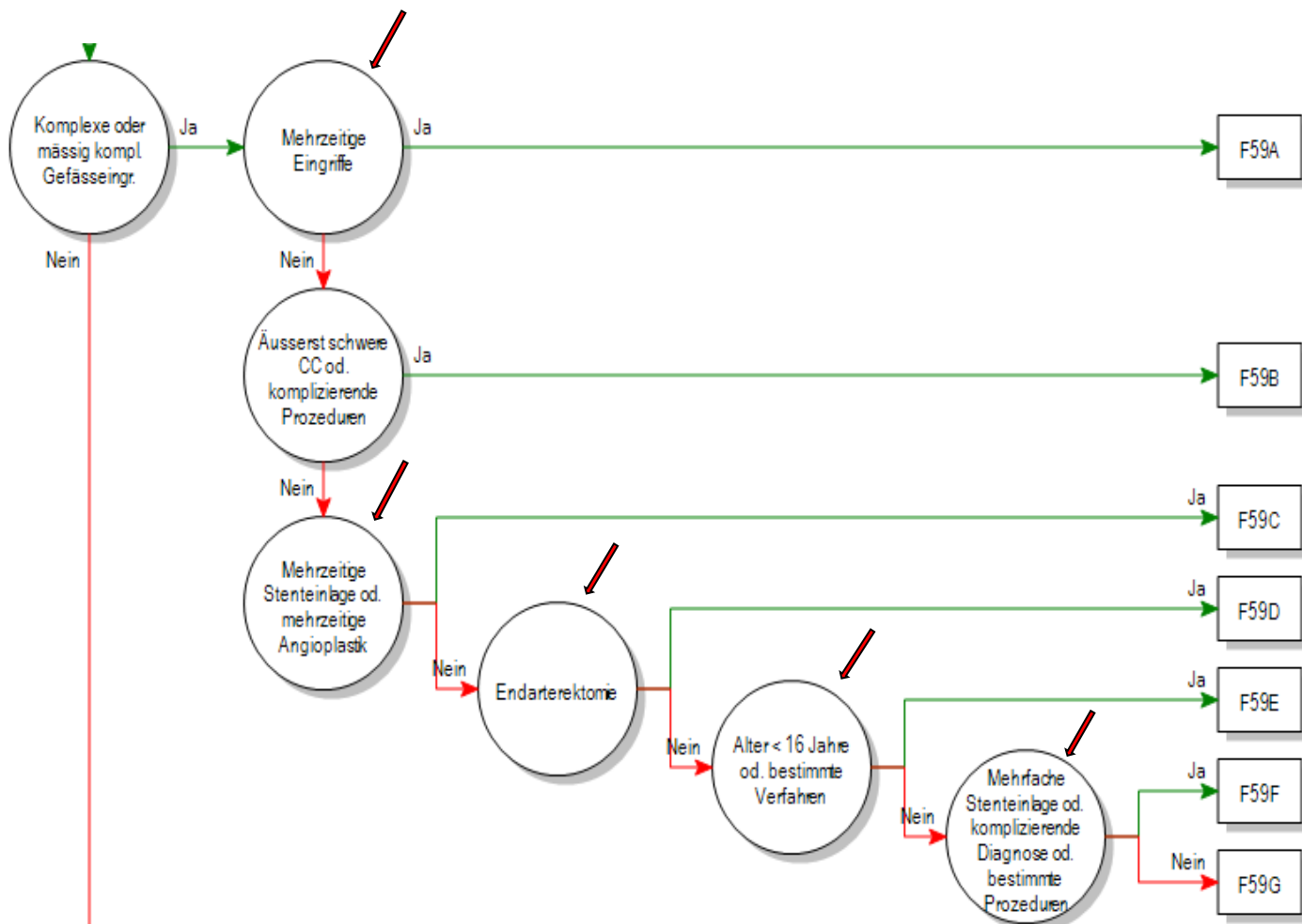
Umbau:

- Löschen der Basis DRG F38
- Aufnahme der Fallmenge in Basis DRG F59
- Überarbeitung der Splitbedingungen mit zusätzlicher Differenzierung in DRGs F59A-G

Krankheiten des Kreislaufsystems MDC 05 DRG

Gefässeingriffe

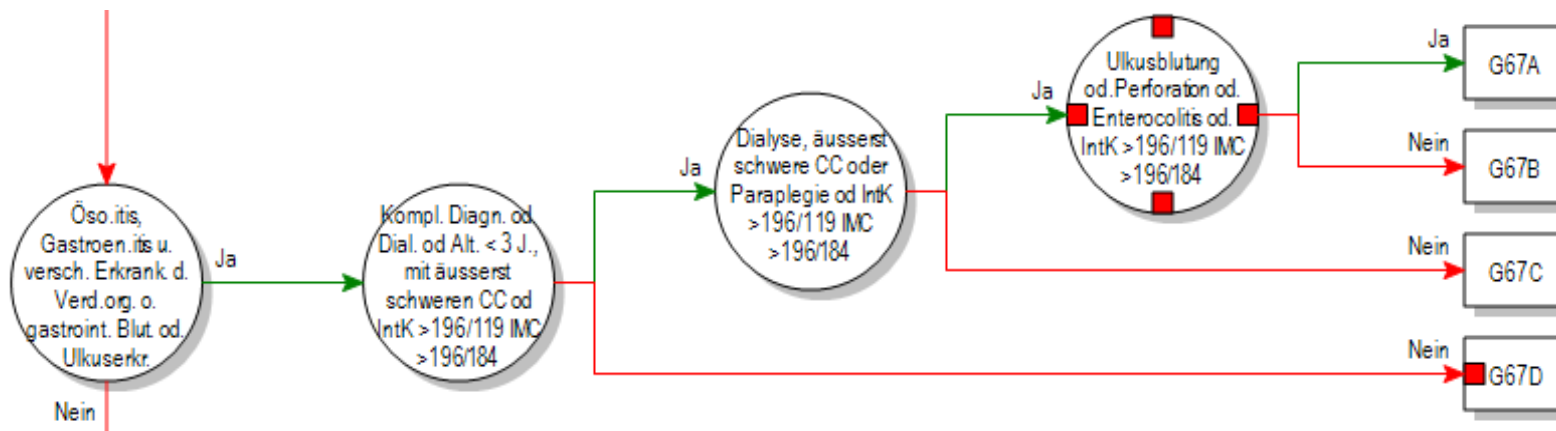
Neu:



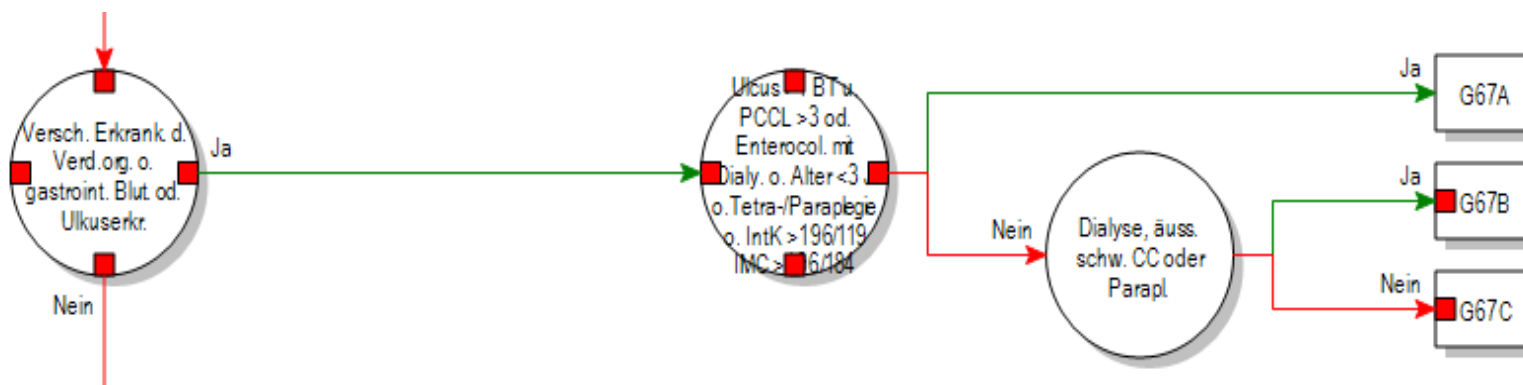
Krankheiten der Verdauungsorgane MDC 06 DRG

Ulkus

Vorher:



Nachher:



Krankheiten der Verdauungsorgane MDC 06 DRG

Coloskopie

Problem:

- in Basis DRG G48 «*Coloskopie mit schweren CC oder komplizierenden Eingriffen oder Alter < 15 Jahre oder mit komplizierenden Diagnosen*» viele Kurzlieger-Fälle
- Fälle mit Verschluss einer Dünndarmfistel nicht sachgerecht abgebildet

Umbau:

- Aufnahme «*Verschluss Dünndarmfisteln*» in DRG G48A
- Einführung einer Ein-Belegungstag DRG G48D

Krankheiten am hepatobiliärem Syst. MDC 07 DRG

Zweizeitige Lebereingriffe

Antrag:

- Unterdeckung der zweizeitigen Lebereingriffe

Umbau:

- Aufnahme der Codes

→ 50.2b.11 «*Transsektion der Leber und Ligatur von Portalvenenästen, ALPPS, Schritt 1, offen chirurgisch*»

→ 50.2b.12 «*Transsektion der Leber und Ligatur von Portalvenenästen, ALPPS, Schritt 1, laparoskopisch*»

in DRG H01A «*Eingriffe an Pankreas und Leber mit komplexem Eingriff oder Intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196/360 Aufwandspunkte oder äusserst schwere CC*»

→ sachgerechte Abbildung diese Fälle

Krankheiten am hepatobiliärem Syst. MDC 07 DRG

Leberzirrhose

Analyse:

- Identifikation einer aufwendigen Fallmenge in Basis DRG H60 «*Leberzirrhose und bestimmte nichtinfektiöse Hepatiden oder endoskopische Eingriffe Ösophagus oder Komplexbehandlung Leberzirrhose*»

Umbau:

- Aufwertung der Fälle mit «*Komplexbehandlung der Leberzirrhose ab 14 Tage oder extrakorporeller Leberassistierung*» in DRG H60A

Krankheiten am hepatobiliärem Syst. MDC 07 DRG

PCCL - Split

Antrag:

- Prüfung der Fälle mit hohem PCCL in Basis DRG H63
«*Erkrankungen der Leber ausser BNB, Leberzirrhose und bestimmte nichtinfektiöse Hepatiden oder Evaluation vor Lebertransplantation*»
- Erhöhung des PCCL auf 5 oder 6

Umbau:

- Einführung eines PCCL > 5 oder > 6 derzeit technisch nicht möglich, aber
- Split der DRG H63A mit «*komplexe Diagnose*» ICD Codes mit bestimmten Hämophilieerkrankungen

Krankheiten des Bewegungssystems MDC 08 DRG

Schulter

Problem:

- plastische Rekonstruktion ohne rezidivierende Schulterluxation in DRG I29C «Komplexe Eingriffe an Skapula, Klavikula, Rippen oder Schulter» nicht aufwandsgerecht vergütet

Umbau:

- Gleichstellung dieser Eingriffe mit plastischen Rekonstruktionen bei rez. Schulterluxation in DRG I29B «Komplexe Eingriffe an Skapula, Klavikula, Rippen oder Schulter, plastische Rekonstruktion»

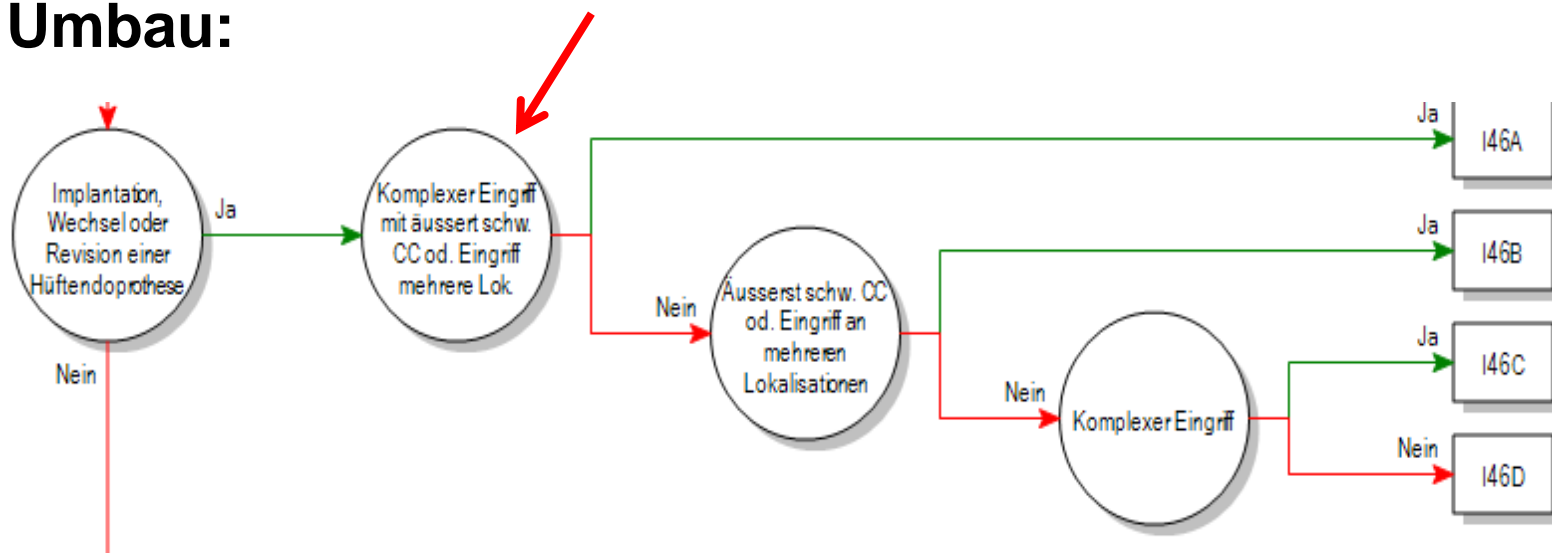
→ sachgerechte Abbildung

Krankheiten des Bewegungssystems MDC 08 Hüfte

Antrag:

- Aufwertung der Fälle mit Hüftprothesen-Wechsel innerhalb Basis DRGs I46 «*Implantation, Wechsel oder Revision einer Hüftendoprothese*» und I03 «*Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes mit...*»

Umbau:



Krankheiten des Bewegungssystems MDC 08 DRG

Hüftgelenk u. Femur

Problem:

- Fälle mit komplexen Diagnosen z.B. «Zerebralparese» in Basis DRG I08 «*Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur*» nicht sachgerecht abgebildet

Umbau:

- Logik angepasst: Fälle gehen ohne weitere Bedingung in DRG I08B «*Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur, äusserst schwere CC mit Mehrfacheingriff oder komplexer Prozedur, **oder komplexe Diagnose**, Alter > 11 Jahre*»

→ Aufwertung der Fälle mit einer Zerebralparese

Krankheiten des Bewegungssystems MDC 08

Arthroskopie

Antrag:

- Basis DRG I18 «*Arthroskopie einschliesslich Biopsie oder andere Eingriffe an Knochen oder Gelenken*» inhomogene Fallmenge
- Sammel-DRG für Knie, Hand u. Fuss mit Arthroskopie

Umbau:

- umfangreiche Tabellenbereinigung
 - Zuweisung der CHOP Kode entsprechend der «anatomischen Bezeichnung» und «Kostendaten»
 - Bereinigung noch nicht abschliessend
- medizinisch- und kostenhomogene Abbildung der Fälle

Krankheiten des Bewegungssystems MDC 08

Hand

Antrag:

- «In Version 7.0 wurden umfangreiche Tabellenbereinigungen in Basis DRG I32 «*Eingriffe an Handgelenk und Hand*» vorgenommen, welche unseres Erachtens jedoch nicht ausreichen...»
- Mehrfacheingriffe nicht kostendeckend
- 31% der Fälle Kurzlieger
- **Fehlende CHOP-Kodes zur Kodierung von Eingriffen an den verschiedenen Strahlen Hand/Fuss pro Seite**

Krankheiten des Bewegungssystems MDC 08

Hand

Umbau:

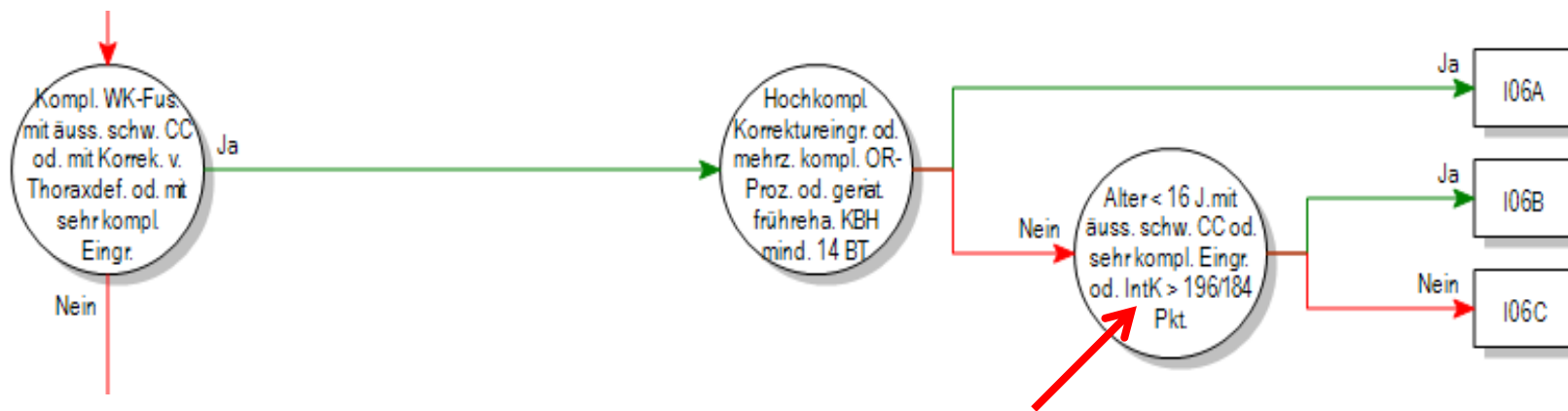
- weitere Tabellenbereinigung in Basis DRG I32
- Etablierung einer reinen «*Ein-Belegungstag DRG*»
- Aufnahme der Codes 99.b6.22 bis -.24 «*Komplexbehandlung der Hand, von 8 und mehr Tagen....*»
- Aufwertung der Fälle mit einer Diagnose «*Arthritis, Polyarthritis od. Osteomyelitis*»
- Aufwertung der Fälle mit «*Weichteilschaden II. bis III. Gr....*»
- Kode 83* «*Operationen an Muskel, Sehne, Faszie und Bursa, ausgenommen der Hand*» aus I32 entfernt

→ sachgerechte Zuweisung der Fälle

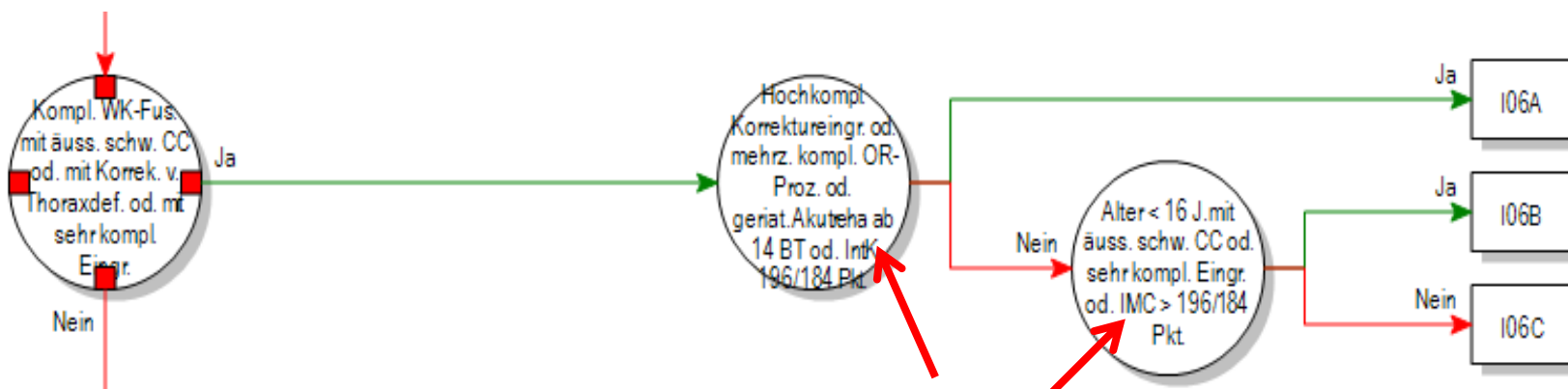
Krankheiten des Bewegungssystems MDC 08

Wirbelsäule

Bisher:



Nachher:



Krankheiten des Bewegungssystems MDC 08 DRG

Wirbelsäule

Umbau:

- Aufnahme der Bedingung «*dorsal und ventral/lateraler Zugang*» für die DRG I10A «*Andere Eingriffe an der Wirbelsäule oder Halotraktion mit äusserst schweren CC oder bestimmtem Kombinationseingriff*»
- Überarbeitung der CHOP Codes für Wirbelsäuleneingriffe findet zurzeit statt
- gesamtschweizerische Verbesserung der Kodierung für Wirbelsäuleneingriffe – eindeutige Abgrenzung von aufwendigen und kleinen Eingriffen

Krankheiten des Bewegungssystems MDC 08 DRG

Medizinische Partition

Problem:

- mehrere Anträge für DRGs innerhalb der medizinischen Partition
- aufwandsgleiche Fälle in verschiedenen DRGs abgebildet
- viele Ein-Belegungstagsfälle
- Intensivfälle ohne operativen Eingriff kostenaufwendig
- Splitkriterien funktionieren nicht mehr

Krankheiten des Bewegungssystems MDC 08 DRG

Medizinische Partition

Umfangreicher Umbau I:

- neue Basis DRG I61 «*Krankheiten und Störungen an Muskel-, Skelett- und Bindegewebe, ein Belegungstag*»
- neue DRG I87Z «*Krankheiten und Störungen an Muskel-, Skelett- und Bindegewebe mit IntK/IMCK >196/184 Aufwandspkt.*»
- Erweiterung der Fallmenge in Basis DRG I60 «*Frakturen am Becken, Schenkelhals und Femur, mehr als ein Belegungstag*» und Split für DRG I60A «*...< 3 Jahre od. Para-/Tetraplegie*»
- Fallmenge in Basis DRG I69 «*Knochenkrankheiten und Arthropathien, mehr als ein Belegungstag*» erweitert um unspezifische Arthropathien

Krankheiten des Bewegungssystems MDC 08

Medizinische Partition

Umfangreicher Umbau II:

- Anpassung Altersplit in DRG I65A «...< 17 Jahre» neu
«*Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschliesslich pathologischer Fraktur, < 16 Jahre,.....*»
 - Splitkriterium für DRG I75A «*Schwere Verletzungen an oberen oder unteren Extremitäten mit äusserst schweren CC, mehr als ein Belegungstag*» geschärft
 - Splitkriterien überarbeitet in den Basis DRGs I64, I66, I68, I74
- sachgerechte Vergütung der medizinischen Fälle

Krankheiten an Haut und Mamma MDC 09 DRG

Strahlentherapie

Antrag:

- Fälle mit Bestrahlung und OP in einem Aufenthalt in DRG J18Z «*Andere Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, mehr als ein Belegungstag*» untervergütet

Umbau:

- Split der DRG J18Z mit Aufwertung best. kombinierter Behandlungen, z. B. Bestrahlung in Verbindung mit OP «85.26 *Partielle Mastektomie*», «85.41 *Einfache Mastektomie*»

Krankheiten der Harnorgane MDC 11

Chronische Pyelonephritis

Antrag:

- ICD N11.0 «*Nichtobstruktive, mit Reflux verbundene chronische Pyelonephritis*» in DRG L68A zu hoch bewertet;
Überprüfung der Bewertung

Umbau:

- ICD N11.0 aus Basis DRG L68 «*Andere mässig schwere Erkrankungen der Harnorgane oder Harnblasenlähmung*» in Basis DRG L63 «*Infektionen der Harnorgane*»
- Gleichstellung mit vergleichbaren Diagnosen
- Abwertung der Fälle

Krankheiten weibl. Geschlechtsorg. MDC 13 DRG

Komplexe Endometriose

Problem:

- Bestimmte aufwendige Fälle untervergütet in DRG N07Z

Neu:

- Aufwertung der Fälle mit Lokalisation und OP der Endometriose an mehreren Lokalisationen in neue DRG N07A



Schwangersch., Geburt, Wochenbett MDC 14 DRG

Stationäre Behandlung präpartal

Problem:

- Fälle mit langem Aufenthalt vor Entbindung CHOP Codes 73.7x* «Stationäre Behandlung vor Entbindung» streuen über mehrere DRGs
- teils problematisch in der Vergütung

Umbau:

- Abbildung der Fallmenge mit sehr langem präpartalen Aufenthalt in eigener Basis DRG O50



Hämatolog. u. solide Neubildung MDC 17

Lymphoretikuläre Erkrankungen

Antrag:

- Diagnosen D76.1 «*Hämophagozytäre Lymphohistiozytose*» und D76.2 «*Hämophagozytäres Syndrom bei Infektionen*» bisher MDC 10 (Endokrine und Stoffwechselkrankheiten) zugeordnet
- Behandlungsaufwand und Konzept eher einer akuten Leukämie vergleichbar

Umbau:

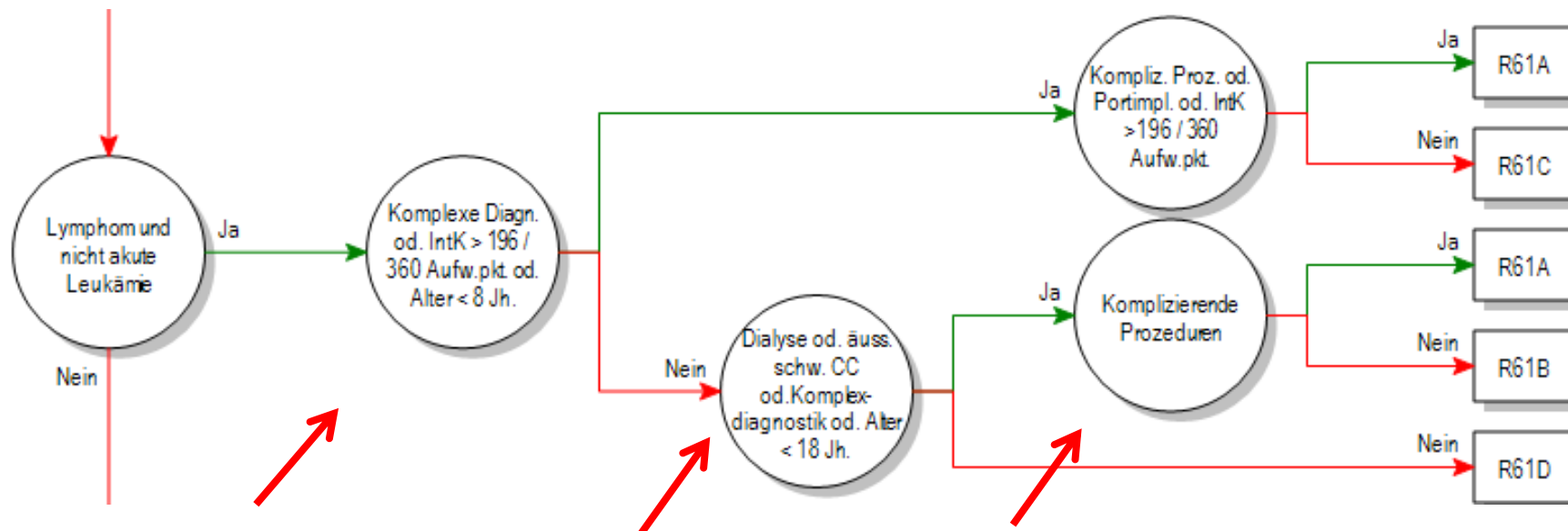
- Verschiebung der Hauptdiagnosen in MDC 17 und Aufnahme in DRG R63C «*Andere akute Leukämie mit Dialyse oder äusserst schweren CC oder Portimplantation oder bestimmte Diagnose, mehr als ein Belegungstag*»

Hämatolog. u. solide Neubildung MDC 17 DRG

Kinder und Jugendliche

DRG R61D «Lymphom und nicht akute Leukämie, mehr als ein Belegungstag»

Aufwertung von Fällen bei Kindern «Alter < 8 Jahre» und «Alter < 18 Jahre» sowie der Funktion «Komplizierende Prozeduren»



Infektiöse Krankheiten MDC 18B

Multiresistente Erreger

Antrag:

- Fälle mit Komplexbehandlung bei multiresist. Erregern ohne OP Hauptdiagnose unabhängig der Basis DRG A94 zugeordnet (Ausnahme MDC 17)
- Überprüfung für Fälle der MDC 18B

Umbau:

- Erweiterung der Ausnahme für Fälle der MDC 18B
- Fälle mit «*Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern ab 7 Behandlungstagen*» gruppieren neu in Basis DRG T60 «*Sepsis oder Komplexbehandlung bei MRE ab 7 Behandlungstage*»

Infektiöse Krankheiten MDC 18B

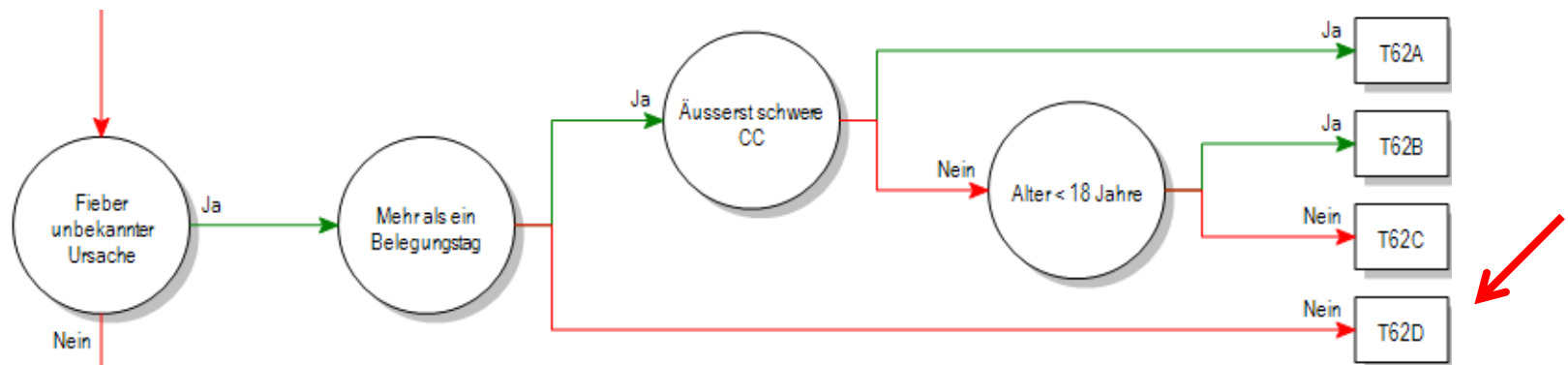
Fieber

Problem:

- inhomogene Fallgruppe innerhalb der Basis DRG T62
«Fieber unbekannter Ursache»

Umbau:

- Neudefinierung der Splitkriterien «Äusserst schwere CC» und «Alter < 18 Jahre»
- Etablierung einer expliziten Ein-Belegungstag DRG



Psychische Krankheiten MDC 19

Kinder und Jugendliche

Problem:

- bestimmte aufwendige Fälle nicht differenziert abgebildet

Umbau:

- Abbildung der Fälle mit den CHOP Kode 94.7x.*
«Sozialpädiatrische, neuropädiatrische und pädiatrisch-
psychosomatische Therapie» in einer neuen DRG U41A
- zusätzliches Split Kriterium «Alter < 12 Jahre»



Substanzmissbrauch MDC 20

Suchterkrankungen

Problem:

- MDC 20 generell sehr kosten- und verweildauerinhomogen
- wenige Prozeduren kodiert
- Unterscheidung nach Art des Substanzmissbrauchs primär nicht kostentrennend

Umbau:

- umfassende Überarbeitung der gesamten MDC

Substanzmissbrauch MDC 20

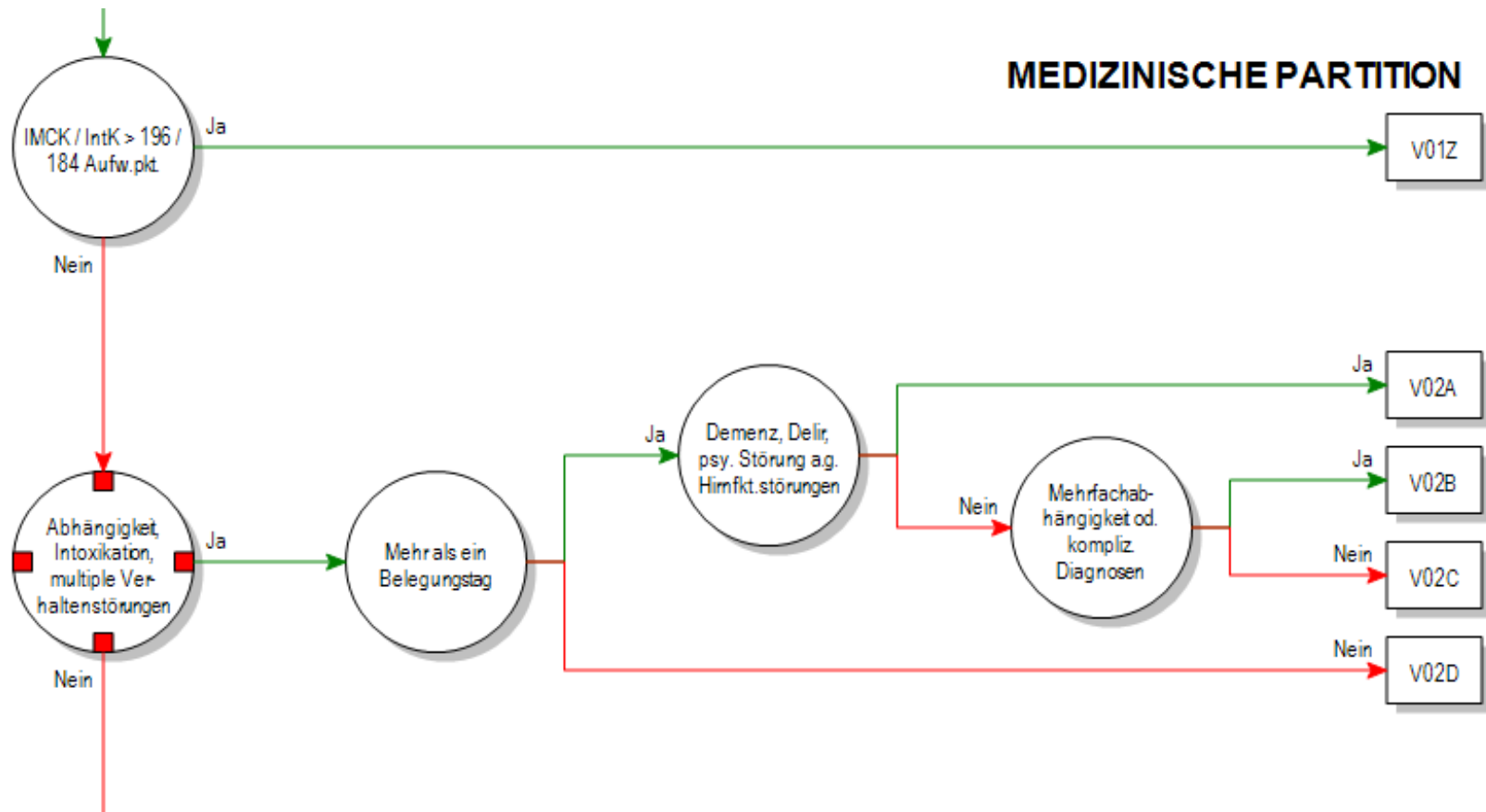
Suchterkrankungen

- Etablierung der neuen DRG V01Z «*Alkohol- und Drogengebrauch und alkohol- und drogeninduzierte psychische Störungen, IntK/IMCK >196/184 Aufwandspunkte*» zur Abbildung aufwendiger Fälle mit Aufenthalt Intensiv bzw. IMC

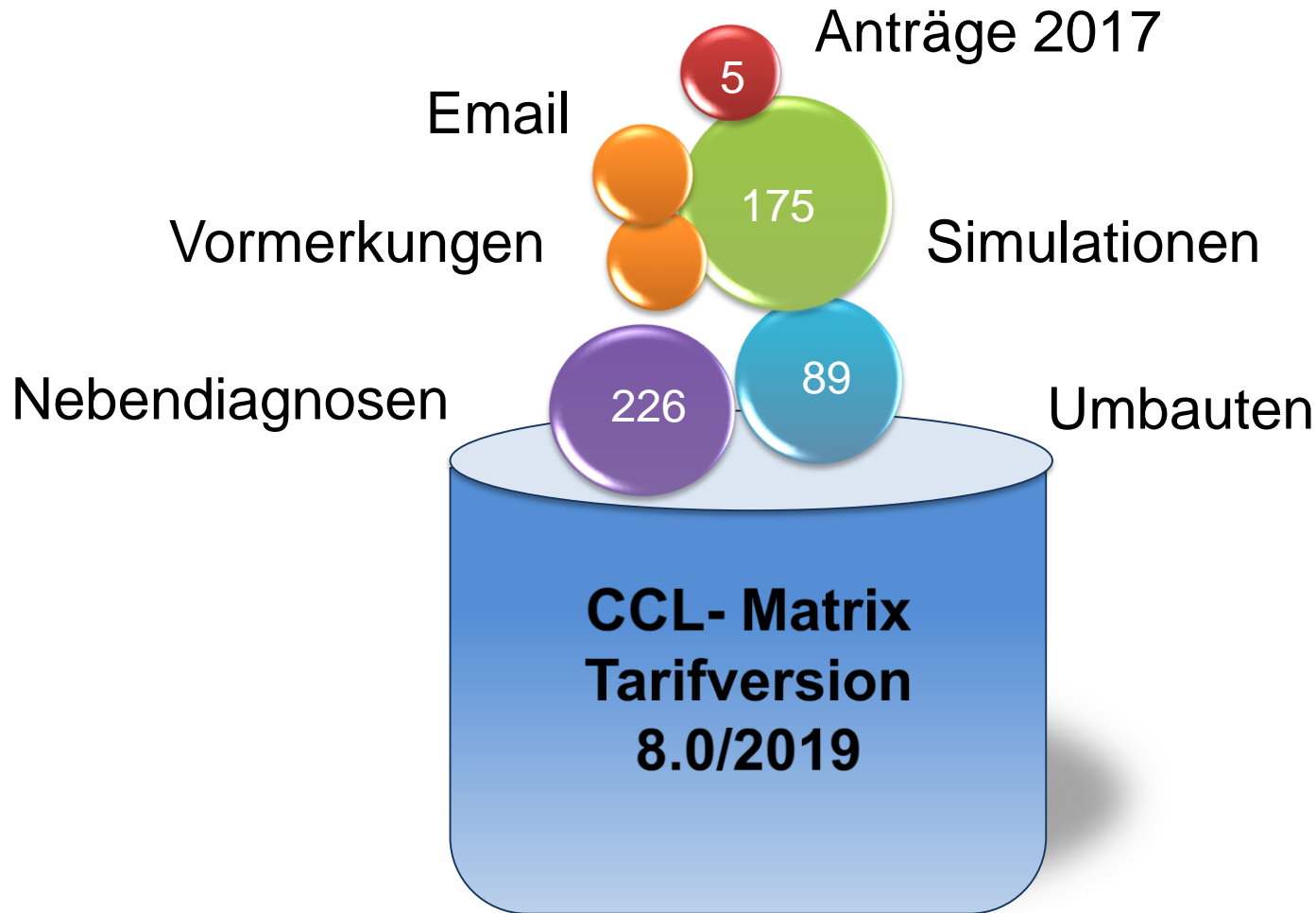
- Abbildung der neuen Basis DRG V02 «*Abhängigkeit, Intoxikation, multiple Verhaltensstörungen*», mit Splitkriterien
 - «*Demenz oder Delir und psychische Störungen aufgrund von Hirnfunktionsstörungen*»
 - «*Mehrfachabhängigkeit oder komplizierende Diagnose*»
 - «*Mehr als ein Belegungstag*»

Substanzmissbrauch MDC 20

Suchterkrankungen



CCL – Matrix Simulationen



CCL – Matrix Übersicht

- Neuaufnahme von 10 Diagnosen
 - Aufwertung von 17 Diagnosen
 - Abwertung von 23 Diagnosen
 - Streichung von 23 Diagnosen
- sachgerechte Abbildung von 73 Diagnosen**

Überarbeitung der DRG – Klassifikation

Zusatzentgelte

1. Etablierung neuer Zusatzentgelte (CHOP)

- Endovaskulär implantierte **Grafts an der Aorta thoracoabdominalis**, ohne / mit Öffnungen
- Endovaskulär implantierte **Grafts an der thorakalen Aorta**, ohne / mit Öffnungen
- Endovaskulär implantierte **Grafts an der Aorta abdominalis**, aortal, mit Öffnungen
- Komplexe Rekonstruktion der Wirbelsäule (z.B.Skoliose) mittels Implantation von **growing rods**

Überarbeitung der DRG – Klassifikation

Zusatzentgelte

2. Etablierung differenzierter Bewertung bei Zusatzentgelten (CHOP)

- Implantation eines herzkreislaufunterstützenden Systems intrakorporal, links-, rechtsventrikulär, biventrikulär in **Take Home Set und Hospital Set**
- Hämodialyse, Hämofiltration, Hämodiafiltration, intermittierend **für Kinder (Alter < 12 Jahre) und Erwachsene**
- Peritonealdialyse, **kontinuierlich, maschinell und nicht maschinell unterstützt**

Überarbeitung der DRG – Klassifikation

Zusatzentgelte

3. Überprüfung der Kinderdosisklassen

Neue Kinderdosisklassen bei 3 ZEs

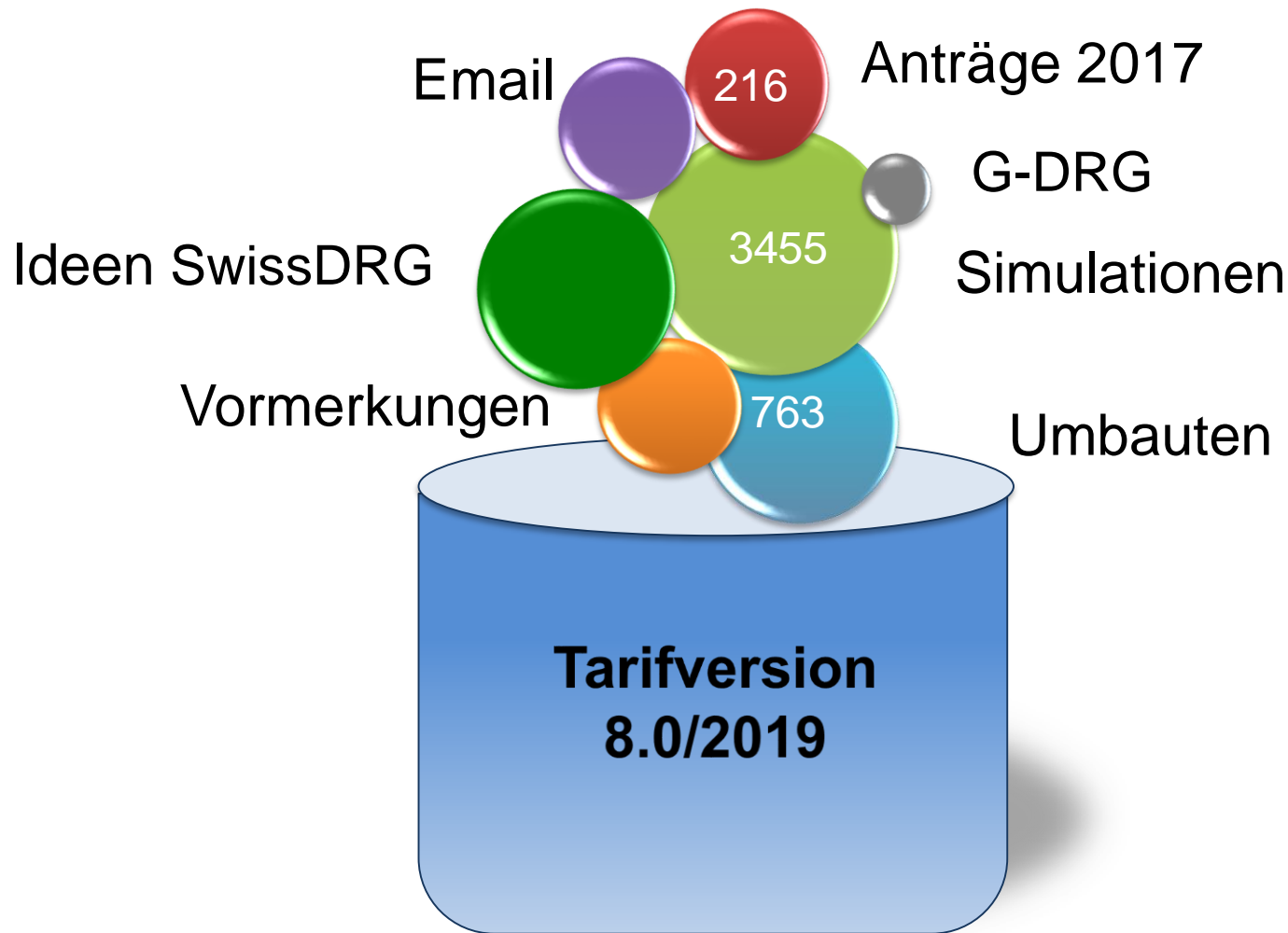
- Amphotericin B,
- Voriconazol oral
- Voricoanzol intravenös

Kinderdosisklassen angepasst bei 1 ZE (Bosentan)

Kinderdosisklassen entfernt bei 1 ZE (Voriconazol oral)

Überarbeitung der DRG – Klassifikation

Simulationen



Antragsverfahren 2017

Akutsomatik

	2017	2016	2015	2014	2013
Anträge	216	189	159	134	163
umgesetzt	112	115	80	40	72
Quote	51%	60%	50%	30%	44%

SwissDRG – Version 8.0 / 2019



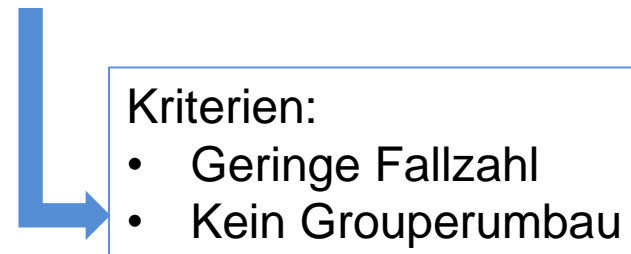
1. Datengrundlagen
2. Grupperweiterentwicklung
- 3. Ergebnisse**

Zusammenfassung der Änderungen

	V8.0	V7.0	V6.0
Anzahl DRGs	1037	1041	1038
Nicht bewertete DRGs	1 (962Z)	1 (962Z)	0
Nicht abrechenbare DRGs	3	3	3
Einbelegungstag-DRGs	287	289	292
Explizit	43	37	25
Implizit	244	252	267
Zusatzentgelte	108	93	84
Bewertet	107	92	83
Unbewertet	1	1	1

Ermittlung der Kostengewichte DRGs Kalkuliert / Helvetisiert

	Kalkuliert	<i>davon kalkuliert auf 2/3 Datenjahren</i>	Helvetisiert
V8.0	1'033	27/3	0
V7.0	1'037	19/7	0
V6.0	1'035	21/3	0
V5.0	1'020	24/0	3



Anteil Outlier

	Version 8.0		Version 7.0	
	Fallzahl	Anteil	Fallzahl	Anteil
Inlier	738'405	76%	736'667	75.8%
High Outlier	67'799	7%	49'436	5.1%
Low Outlier	99'141	10.2%	119'242	12.3%
Verlegte Fälle	65'871	6.8%	65'871	6.8%
Unbewertete DRG	0	0%	0	0%
Nicht abrechenbare DRG	119	0%	119	0%
Alle	971'335	100%	971'335	100%

Datenbasis: 2016, Kalkulationsdaten

Änderung Methodik

Angepasste UGV/OGV-Berechnung

Änderungen: Abrundung in der Berechnung der unteren und oberen Grenzverweildauern (UGV/OGV)

Effekt:

- Links-Shift der Vergütungsstruktur
- Abnahme UGV für 270 DRG
- Abnahme OGV für 621 DRG

	Änderung UGV Anzahl DRG	Änderung OGV Anzahl DRG
-4	0	2
-3	0	10
-2	0	51
-1	270	558
0	569	353
+1	0	2

Datenbasis: 2016, Kalkulationsdaten

Anteil Outlier

	Version 8.0		Version 7.0	
	Fallzahl	Anteil	Fallzahl	Anteil
Inlier	738'405	76%	736'667	75.8%
High Outlier	67'799	7%	49'436	5.1%
Low Outlier	99'141	10.2%	119'242	12.3%
Verlegte Fälle	65'871	6.8%	65'871	6.8%
Unbewertete DRG	0	0%	0	0%
Nicht abrechenbare DRG	119	0%	119	0%
Alle	971'335	100%	971'335	100%

Datenbasis: 2016, Kalkulationsdaten

Casemix Index pro Versorgungsstufe

Versorgungsstufe	Anzahl Fälle	CMI 8.0	CMI 7.0	Delta 7.0/8.0
K111 Zentrumsversorgung 1	207'174	1.411	1.407	+0.2%
K112 Zentrumsversorgung 2	592'347	1.001	1.003	-0.2%
K121 Grundversorgung 3	121'018	0.985	0.989	-0.4%
K122 Grundversorgung 4	57'869	0.874	0.877	-0.3%
K123 Grundversorgung 5	19'126	0.870	0.860	+1.2%
K231 Chirurgie	30'609	1.025	1.023	+0.2%
K232 Gyn / Neonatologie	2'252	0.380	0.382	-0.6%
K233 Pädiatrie	18'099	1.246	1.215	+2.5%
K234 Geriatrie	3'971	1.490	1.437	+3.6%
K235 Spezialkliniken	3'773	1.455	1.463	-0.5%
Alle	1'056'323	1.077	1.077	+/-0.0%

Datenbasis: 2016, SwissDRG Daten Anwendungsbereich, bewertet über V7.0 und V8.0 - ohne Darstellung der Typologie K221 (85 Fälle)

Casemix Index nach Alter

Alter	Anzahl Fälle	CMI V8.0	CMI V7.0	Delta V7.0/V8.0
0-16 Jahre	139'433	0.665	0.658	+1.0%
Ab 17 Jahren	916'890	1.140	1.141	-0.1%

Datenbasis: 2016, SwissDRG Daten Anwendungsbereich, bewertet über V7.0 und V8.0

Deckungsgrad pro ausgewählte Gruppe mit virtuellen Einheitsbasispreisen

	Anzahl Fälle	Anteil an Kalkulationsdaten	Deckungsgrad V8.0	Deckungsgrad V7.0	Veränderung V8.0/V7.0
Unispitäler K111	197'182	20.30%	94.09%	93.81%	+0.3%
selbständige Kinderspitäler	17'491	1.80%	93.70%	91.50%	+2.4%
nicht Unispitäler	774'031	79.70%	102.33%	102.45%	-0.1%
Inlier	785'431	80.87%	104.06%	105.36%	-1.2%
Low Outlier	112'004	11.53%	107.25%	105.07%	+2.1%
High Outlier	73'778	7.60%	81.21%	76.46%	+6.2%
Aufnahmeverlegte Patienten	35'987	3.71%	92.35%	91.11%	+1.4%
Aufnahmeverlegte Inlier-Patienten	28'285	2.91%	96.59%	96.47%	+0.1%
Kinder <16 Jahre ohne DRG P66D, P67D	67'565	6.96%	100.12%	98.17%	+2.0%

Hypothetische Baserate für Nullgewinne inkl. ANK V8.0: CHF 10'723

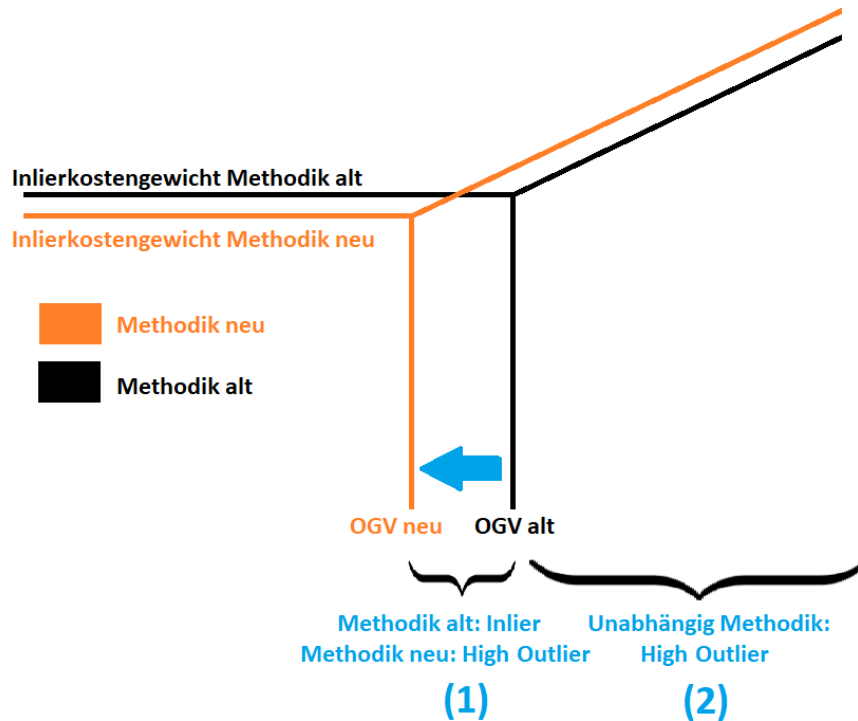
Hypothetische Baserate für Nullgewinne inkl. ANK V7.0: CHF 10'716

Datenbasis: 2016, Kalkulationsdaten, bewertet über V7.0 und V8.0

Änderung Methodik

Angepasste UGV/OGV-Berechnung

High Outlier:



	Anzahl Fälle	Deckungsgrad Methodik alt	Deckungsgrad Methodik neu
(1)	14'550	68.1%	75.0%
(2)	59'228	79.3%	81.9%

Änderung Methodik

Angepasste UGV/OGV-Berechnung

High Outlier:

- High Outlier erreichen früher Zuschläge und weisen eine geringere Unterdeckung auf
- Für Fälle, welche bisher als Inlier galten, nach neuer Methodik nun High Outlier sind, steigt der Deckungsgrad, bzw. sinkt die Unterdeckung

Änderung Methodik

Angepasste UGV/OGV-Berechnung

Low Outlier:

- Durch die Reduktion der UGV sind Fälle weniger lange von Tagesabschlägen betroffen
- Deckungsgrad der Low Outlier steigt von 105.1% in V7.0 auf 107.3% in V8.0, wobei
 - die Hälfte der Änderung im Deckungsgrad nicht durch die veränderte Methodik zustande kommt
 - das zusätzlich geschaffene Volumen der Überdeckung der Low Outlier ein Zehntel des Volumens der reduzierten Unterdeckung der High Outlier beträgt
 - ein Viertel des zusätzlich geschaffenen Volumens durch die verlegungsabschlagspflichtigen Fälle erklärt wird, welche eine geringere Unterdeckung aufweisen und in der genannten Low Outlier-Menge auch enthalten sind

Änderung Methodik

Angepasste UGV/OGV-Berechnung

Fazit:

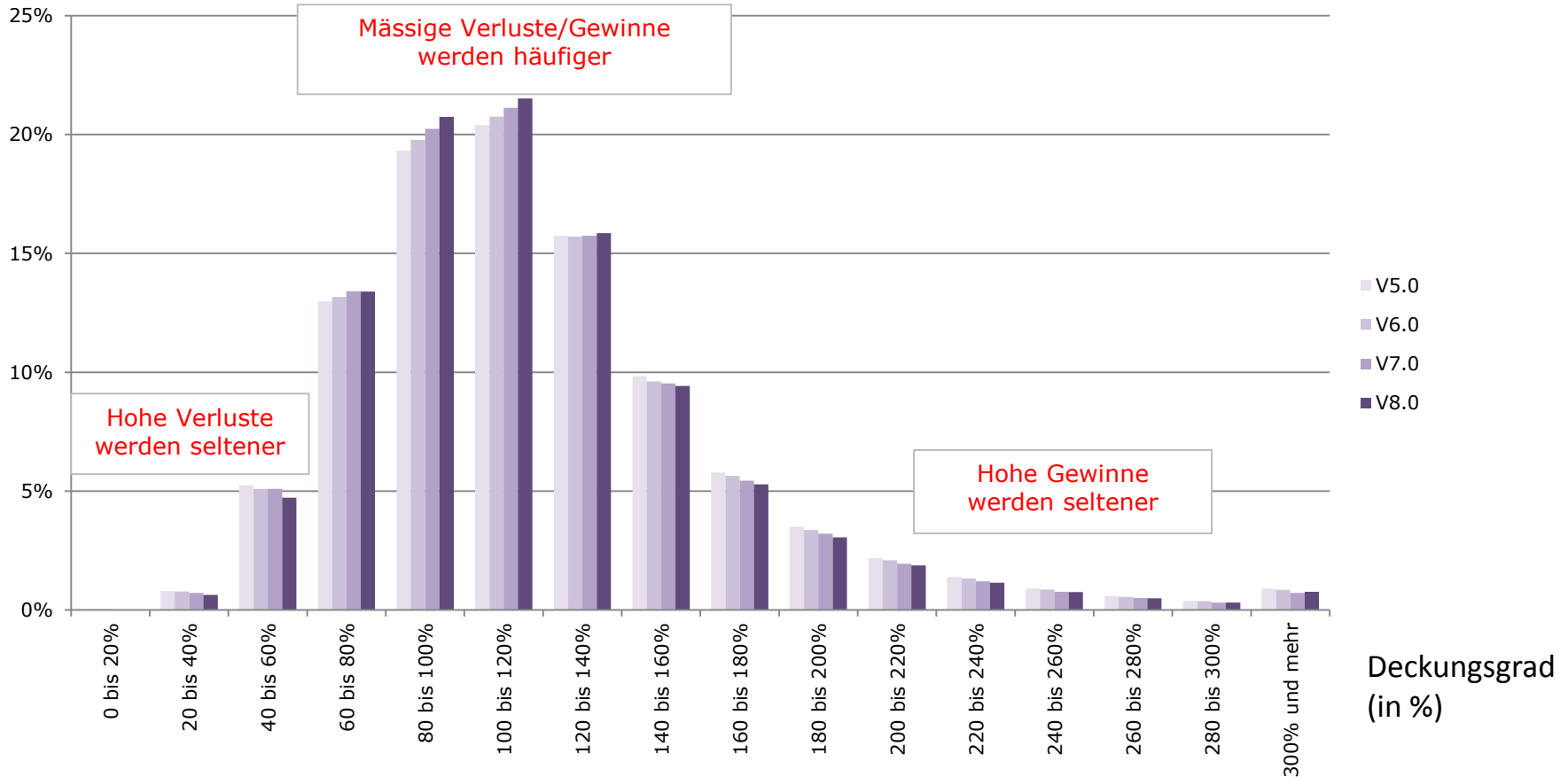
- Deckungsgrad der High Outlier wird erhöht, Unterdeckung wird reduziert
- Deckungsgrad der Low Outlier wird erhöht, das Volumen gemessen am zusätzlichen High Outlier-Volumen legitimiert diese Änderung jedoch
- Deckungsgrad der verlegungsabschlagspflichtigen Low Outlier-Fälle wird erhöht, Unterdeckung wird reduziert
- Gesamtabbildungsgüte wird verbessert

Angepasste UGV/OGV-Berechnung wird angenommen



Häufigkeitsverteilung Deckungsgrad pro Fall, Versionseffekt Daten 2016

Prozentuale Häufigkeit



Datenbasis: 2016, Kalkulationsdaten, inkl. Kosten ZE

Kostenhomogenität

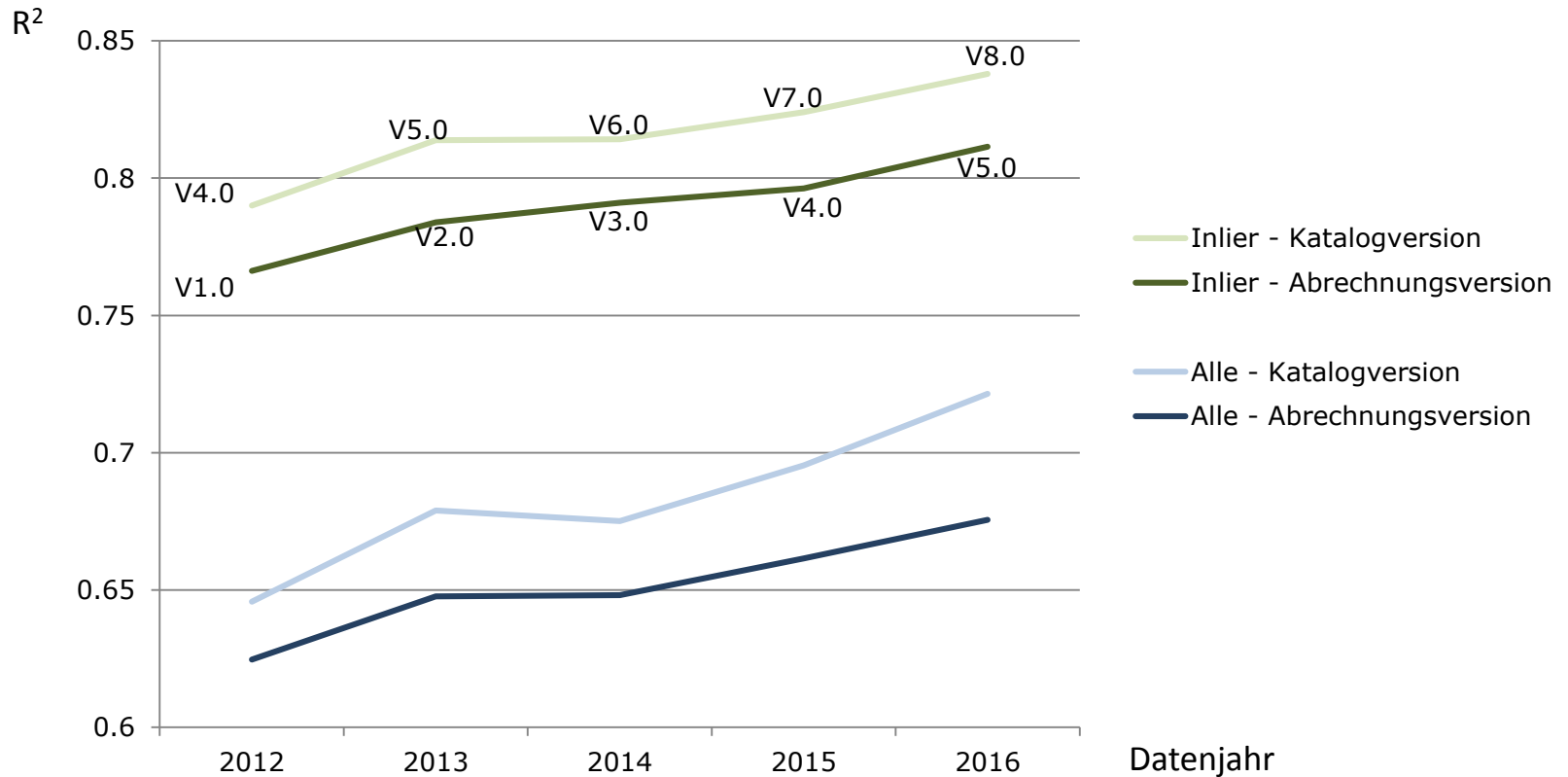
Ergebnis der Varianzreduktion R^2 der SwissDRG-Version 8.0 im Vergleich zu den Vorversionen

Grouperversion	Datenjahr	Alle Fälle	Inlier (gemäss 8.0)
V8.0	2016	0.727	0.840
V7.0		0.705	0.820
V6.0		0.696	0.805

Datenbasis: 2016, Kalkulationsdaten

Kostenhomogenität

Vergleich R^2 der Entwicklung (Katalogversion) und tatsächlich erreichtes R^2 (Abrechnungsversion)



Datenbasis: 2012-2016, Kalkulationsdaten, inkl. Kosten ZE


Wo besteht noch Handlungsbedarf?

1. verbesserte Abbildung aufwendiger Fälle erfolgt kontinuierlich, ist kein Selbstläufer
2. Nachholbedarf bei Weiterentwicklung der CCL-Matrix
3. weitere Präzisierung der Vorgaben zur Kostenerfassung nach REKOLE
4. Verbesserung Datenqualität bleibt Herausforderung
5. Überarbeitung des CHOP Kataloges

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