

Informationsveranstaltung SwissDRG - Version 12.0 / 2023

27. Juni 2022

Inselspital Bern, Ettore Rossi

Zeitachse Tarifstruktur



SwissDRG – Version 12.0 / 2023

1. **Datengrundlagen**
2. Grupperweiterentwicklung
3. Kalkulationsmethodik
4. Ergebnisse

Anzahl Spitäler

Datenjahr	2019	2018	2017
Netzwerkspitäler	141	131	117
Gesamtspitäler	182	176	177

- Gesamtlöschung von 6 Spitälern, 3 ohne Lieferung 2018
- Daten von 135 Spitälern zur Systementwicklung verwendet (127 im Vorjahr)

Gelieferte Fälle

Datenjahr	2019	2018	2017
Tarifstruktur	SwissDRG V11.0/V12.0	SwissDRG V10.0	SwissDRG V9.0
Daten NWS	1'182'252	1'172'590	1'139'777
Gesamtdaten	1'278'953	1'278'241	1'275'168
Stichprobe	92.44 %	91.73 %	89.38 %

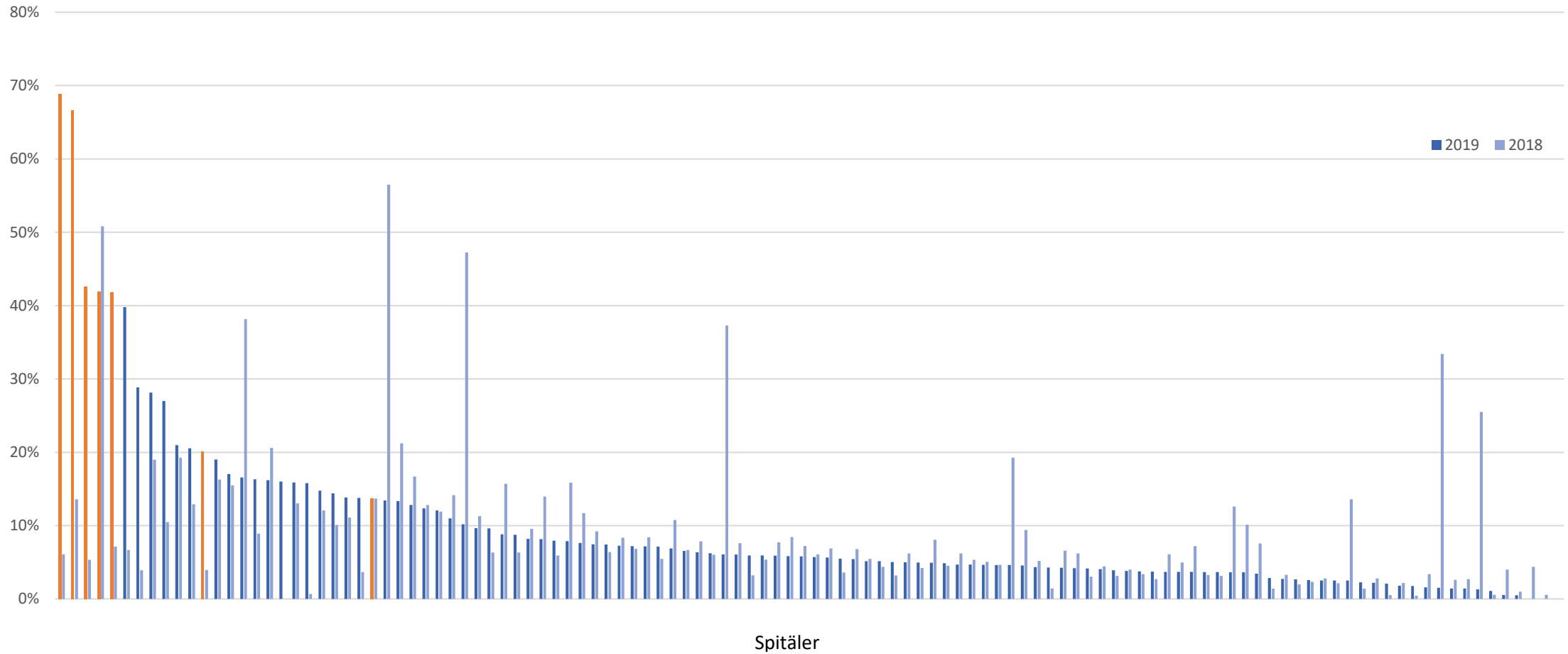
Übersicht Datenerosion

Gesamtdaten	SwissDRG Erhebung	
1'279'234	1'190'448	gelieferte Fälle
↓	↓	- Psychiatrie / Rehabilitation - Ambulante Fälle - Austritt ausserhalb der Erhebungsperiode
1'278'953	1'182'252	Fälle im Anwendungsbereich (inkl. Geburtshäuser)
	↓	- nicht verwendbare, private Fälle - Fälle ohne Vollkosten
	1'156'681	Datensatz vor Plausibilisierung
	↓	- Plausibilisierung der Fälle (inkl. Gesamtlöschung von 6 Spitälern)
	1'070'953	Plausible Fälle 2019 (Kalkulationsdaten)
		+ 940 Fälle aus Daten 2018 + 122 Fälle aus Daten 2017

} Systementwicklung

Anteil der unplausiblen Fälle pro Jahr

Anteil unplausible Fälle pro Spital



Datenbasis: 2018/2019, SwissDRG Daten Anwendungsbereich

Datenlieferung: Validierung und Plausibilisierung



Fehler in Dateien

Datei nicht in .dat oder .txt Format vor

Fehlerhafte Trennzeichen

Falsche Anzahl Variablen

Status: Daten werden validiert

Filter

Psychiatrie/
Rehabilitation/
ambulant

Austritt ausserhalb
Erhebungsperiode

Keine Vollkosten

Nicht verwendbare
private Fälle

Status: plausibilisiert

Plausi-Tests

Drei Typen von Plausi-
Tests

Fehler-Tests können
zum Ausschluss
mehrerer Fälle führen

Z.B. OR-Prozedur mit
Kosten <50 CHF

Manueller Ausschluss

Ausschluss
gesamter
Spitäler

Ausschluss
einzelner Fälle

Einzelfall-
prüfung

Plausibilisierungs-Tests: Typen

- **Info:** Allgemeine Informationen zur Datenlieferung (Kennzahlen). Keine Prüfung/Korrektur notwendig.

[All.1.8](#)

Anzahl private und halbprivate Fälle:

Info

- **Warnung:** Hilft den Spitälern, eventuelle Unregelmässigkeiten in den Daten zu finden. Fälle werden aber nicht automatisch ausgeschlossen.

[FK.5.12](#)

Anzahl Fälle mit Tageskosten IMCU (v240) > 3000 CHF: Warnung

- **Fehler:** Fälle werden automatisch ausgeschlossen. Sind diese Fälle aus Sicht des Spitals korrekt kann es via Feld «Kommentar» eine Begründung angeben.

[aB.4.4](#)

Anzahl Fälle mit OR-Prozedur und Kosten (v210 und v450; bei extern erbrachten Prozeduren zusätzliche Berücksichtigung von v105) < 50 CHF:

Fehler

Plausibilisierungs-Tests: Beispiel Fehler

aB.4.4: Anzahl Fälle mit OR-Prozedur und Kosten (v210 und v450; bei extern erbrachten Prozeduren zusätzliche Berücksichtigung von v105) < 50 CHF

- v210 = OP-Saal Gemeinkosten exkl. ANK
- v450 = Herzkatheter-Labor Gemeinkosten exkl. ANK
- V105 = Medizinische, diagnostische und therapeutische Fremdleistungen (exkl. Arzthonorare)

Diese Fälle werden grundsätzlich unmittelbar gelöscht. Das Spital kann aber einen Kommentar zum Fall erfassen, beispielsweise: «Eingriff fand nicht im OPS statt. Die Kosten sind im Gebärsaal enthalten.» Die SwissDRG AG prüft die Kommentare. Unter gewissen Umständen werden Fälle «gerettet» und in die Weiterentwicklung der Tarifstruktur miteinbezogen.

Lieferumfang (Anzahl Spitäler)

Medikamente / Implantate / teure Verfahren

	V12.0			V11.0	V10.0
Datenjahr	2020	2020 Uni- spitäler	2020 Kinder- spitäler	2019	2018
Teure Medikamente in der medizinischen Statistik					
	105	5	3	94	99
Detailerhebung, Angabe von Kosten...					
... teurer Medikamente	65	5	2	61	62
... teurer Implantate	47	5	2	48	51
- davon inkl. Kunstherzen	4	3	1	5	5
... teurer Verfahren / Blutprodukte	40	5	2	40	37

Anlagenutzungskosten

- Daten von 135 Spitälern zur Systementwicklung verwendet
- Grundlage zur Ermittlung der Anlagenutzungskosten:

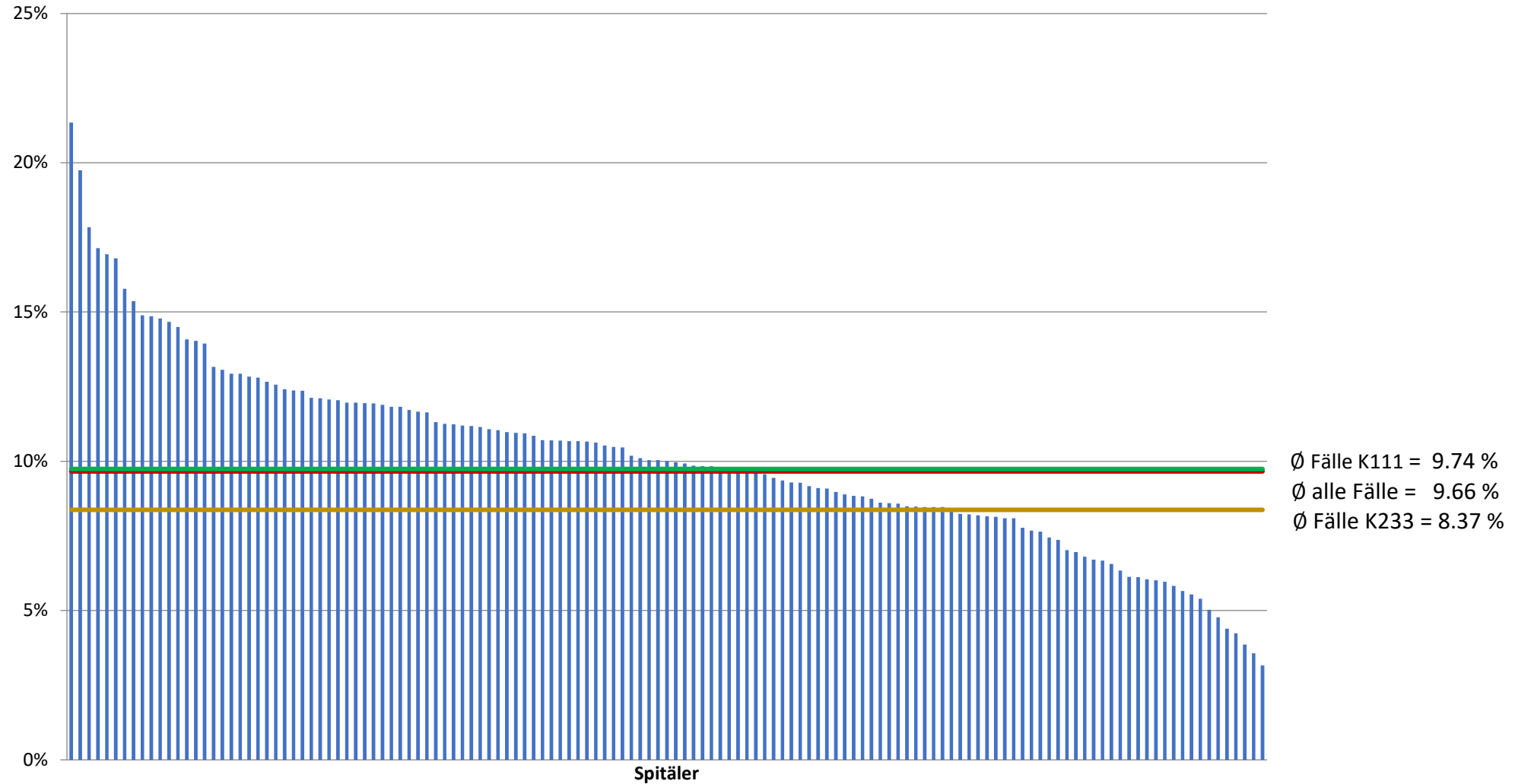
Kostenträgerrechnung REKOLE®	133
andere betriebswirtschaftliche Kostenträgermethode	2

Anteil der Anlagenutzungskosten

	Mittlerer ANK-Anteil an den Gesamtkosten
Alle Fälle	9.66 %
Unispitäler (K111)	9.74 %
Selbstständige Kinderspitäler (K233)	8.37 %

Datenbasis: 2019, Kalkulationsdaten

Anteil der Anlagenutzungskosten



Datenbasis: 2019, Kalkulationsdaten

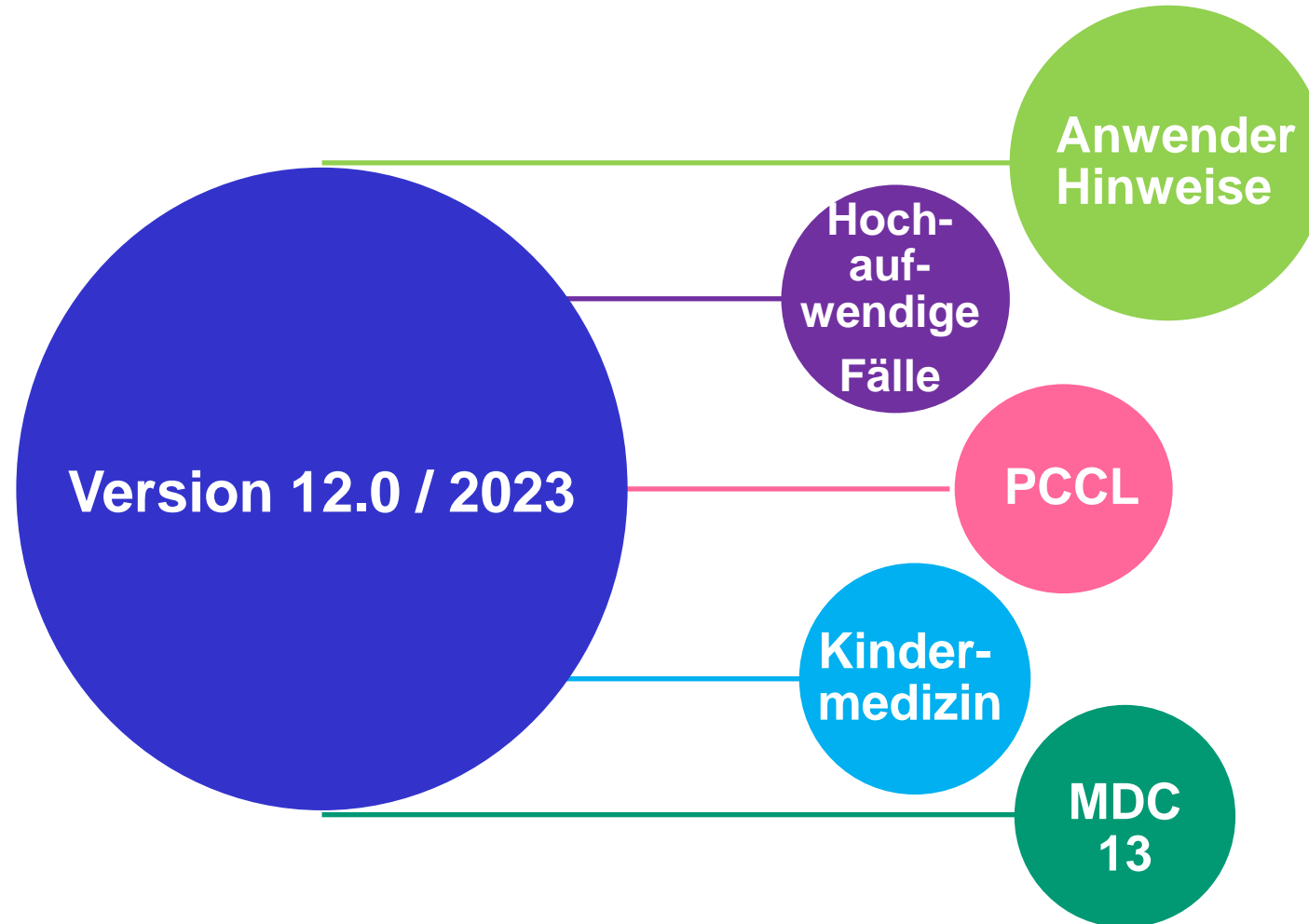
SwissDRG Tarifstruktur 12.0 / 2023

- Entwicklung der SwissDRG Version 12.0 auf Daten 2019
- Verwendung der Detailerhebung 2020 für ZE Entwicklung
- keine erneute Prüfung von Anträgen, die bereits für SwissDRG Version 11.0 eingereicht wurden
- keine Bearbeitung von Anträgen mit Bezug auf erstmals mit Daten 2020 erfassbare Leistungen

SwissDRG – Version 12.0 / 2023

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

Entwicklungsschwerpunkte



MDC übergreifende Umbauten

Intensivmedizin und Intermediate Care

Antrag:

- Ausbau der «*step down*» / «*step up*» Logik für IntK und IMCK Aufwandspunkte in Kombination für MDCs 01, 04, 06 und 21A

Vorgehen:

- MDC übergreifende Analyse
- Identifizierung von Fällen mit niedrigen Aufwandspunkten sowohl für IntK als auch IMCK
- 4 MDCs betroffen

MDC übergreifende Umbauten

Intensivmedizin und Intermediate Care

Umbau:

- DRG B36B: IntK >196/360 Pkt. und IMCK NG/Ki/Erw. >196/828 Pkt.
- Basis DRG E90: IntK >196/119 Pkt. und IMCK NG/Ki/Erw. >196/119 Pkt.
- Basis DRG G37: IntK > 184 Pkt. und IMCK Erw. >184 Pkt.
- DRG P02A: IntK NG/Ki >392 Pkt. und IMCK NG/Ki >588 Pkt.

MDC übergreifende Umbauten

Isolation / MRE

Antrag:

- MDC übergreifende Prüfung aller Isolationsarten mit CHOP Kode 99.84.- «*Isolierung*»
- Aufnahme weiterer Isolationsarten CHOP Kodegruppe 99.84.- «*Isolierung*» in Basis DRG E77 «*Andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane*»

Analysen:

- weitere Isolationsarten als Kostentrenner nicht geeignet
- bestimmte Fälle mit multiresistenten Keimen zum Teil untervergütet

MDC übergreifende Umbauten

Isolation / MRE

Umbau I:

- Aufnahme CHOP Codes 93.59.51 «Komplexbehandlung bei Besiedlung oder Infektion mit multiresistenten Erregern, mindestens 7 bis 13 BHT» in DRG T60C «Sepsis mit komplizierender Prozedur oder Zustand nach Organtransplantation oder.... »
- Aufnahme CHOP Codes 93.59.52 - 53 «Komplexbehandlung bei Besiedlung oder Infektion mit multiresistenten Erregern, ab 14 BHT» in DRG T60A
- ICD Codes U80 - U85 «Infektionserreger mit Resistenzen gegen bestimmte Antibiotika oder Chemotherapeutika» in CC- Matrix aufgewertet

MDC übergreifende Umbauten

Isolation / MRE

Umbau II:

- neue DRG A07B «*Beatmung > 499 Stunden mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma oder komplexer Vakuumbehandlung, mit schwersten CC*» mit PCCL > 5
- neue DRG T36A «*Infektiöse und parasitäre Krankheiten mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 980/1104 Aufwandspunkte oder komplexe OR-Prozedur, und schwersten CC*» mit PCCL > 5
- neue DRG T64A «*Andere infektiöse und parasitäre Krankheiten mit äusserst schweren CC, mehr als ein Belegungstag*» mit PCCL > 3
- Logikerweiterung für DRGs A15A; E36C; F36A und W36Z mit PCCL > 5

MDC übergreifende Umbauten

Globale Funktion

Analyse:

- Tabelle mit OR Codes «*Débridement, nach Lokalisation*» in globaler Funktion
«*Vakuumbehandlung*» unvollständig

Umbau:

- Aufnahme weiterer CHOP Codes 77.67.20 «*Débridement an Tibia*»; 77.67.21
«*Débridement an Fibula*»
 - aber, Fälle mit CHOP Kode 77.66.20 «*Débridement an der Patella*» mit deutlich
geringerem Ressourcenverbrauch
- keine Aufnahme

MDC übergreifende Umbauten

Globale Funktion

Analyse:

- in Tabelle «*komplexe OR Prozeduren*» best. viszeralchir. Eingriffe nicht enthalten
Prüfung auf Relevanz

Umbau:

- Aufnahme weiterer CHOP Codes
 - 44.31.1- «*Proximaler Magenbypass,...*»
 - 44.31.4- «*Roux-en-Y-Magenbypass,...*»
 - 45.97.1- «*Neuanlage einer Fusspunktanastomose am Dünndarm,....*»

→ sachgerechte Abbildung

MDC übergreifende Umbauten

Ein-Belegungstag

Antrag:

- Ein-Belegungstag DRGs über alle MDCs teilweise kosteninhomogen
- Anpassung der DRG Logik, Etablierung weiterer Splits

Analysen:

- kein Anhalt auf systematische Untervergütung
- teilweise zu geringe Fallzahlen für einen Split
- Kosten in Spitälern sehr heterogen
- lediglich punktuelle Abbildungsschwächen erkennbar

MDC übergreifende Umbauten

Ein-Belegungstag

Umbau:

- Split Basis DRG G86 mit HD «*Perianalabszess*» in DRG G86A «*Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane und komplizierende Diagnose, ein Belegungstag*»
- Split Basis DRG N86 mit HD «*Entzündliche Krankheit der Vagina und Vulva*» in DRG N86A «*Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane und komplizierende Diagnose, ein Belegungstag*»
- Split Basis DRG T86 mit HD «*Sepsis*» in DRG T86A «*Infektiöse und parasitäre Krankheiten mit Sepsis und verlegt, ein Belegungstag*»
- Split Basis DRG Z86 mit ND «*Zustand nach Organtransplantation*» in DRG Z86A «*Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und andere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens und Zustand nach Organtransplantation, ein Belegungstag*»

Prä-MDC

Lebertransplantation

Anträge:

- Differenzierung der Spenderorgane nach DCD (donation after circulatory death) oder DBD (donation after brain death) innerhalb Basis DRG A01
- DCD Spenden gelten per se als marginale Organe, deshalb aufwendiger

Analyse:

- Fälle nicht identifizierbar – kein ICD / CHOP Kode zur Differenzierung

Umbau:

- aber Fälle mit Notwendigkeit einer Dialyse mit höherem Ressourcenverbrauch
→ Erweiterung der Splitbedingung in DRG A01A «or Dialyse»

Prä-MDC

Nierentransplantation

Anträge:

- Prüfung der Basis DRG A17 - Aufwertung von Fällen mit einer «*verzögerten Funktionsaufnahme des Transplantats*»

Umbau:

- neue Tabelle in Split für DRG A17A mit ICD Codes
 - T86.10 «*Akute Funktionsverschlechterung eines Nierentransplantates*»
 - T86.11 «*Chronische Funktionsverschlechterung eines Nierentransplantates*»
 - T86.12 «*Verzögerte Aufnahme der Transplantatfunktion*»

→ aufwandsgerechte Vergütung dieser Fälle

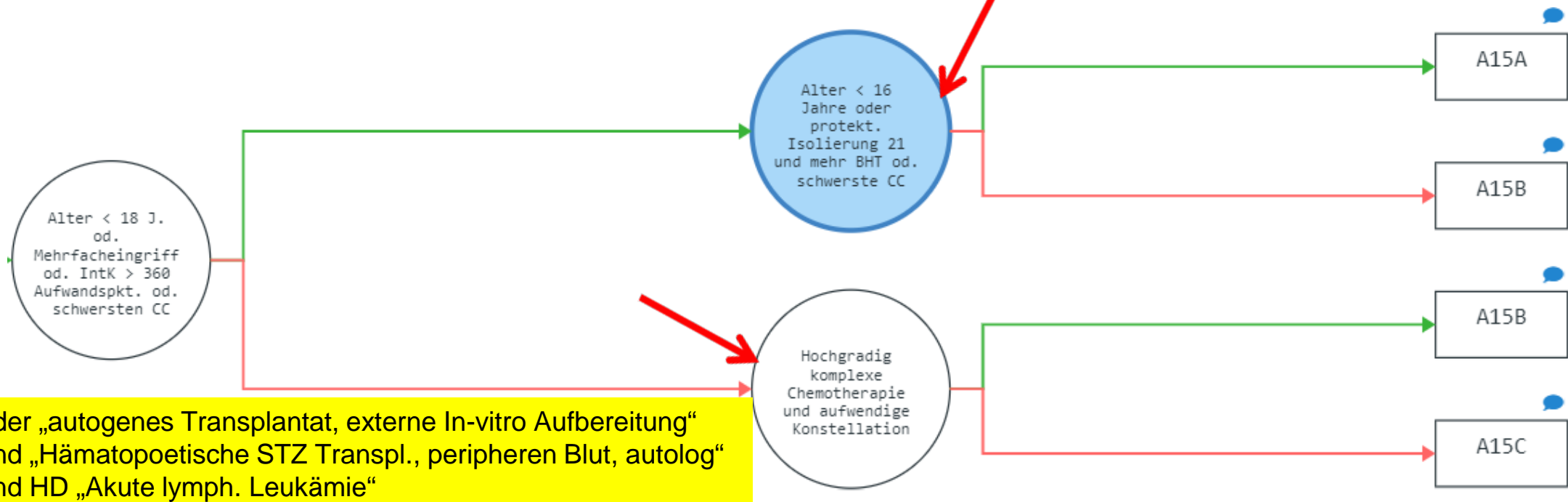
Prä-MDC

KM / STZ Transplantation autolog

Hinweis:

- neuer Split in Basis DRG A15
- Erweiterung Splitbedingung für DRG A15B

Alter < 16 Jahre,
PCCL > 5,
protektive Isolierung speziellen Zimmer, ab 21 BHT

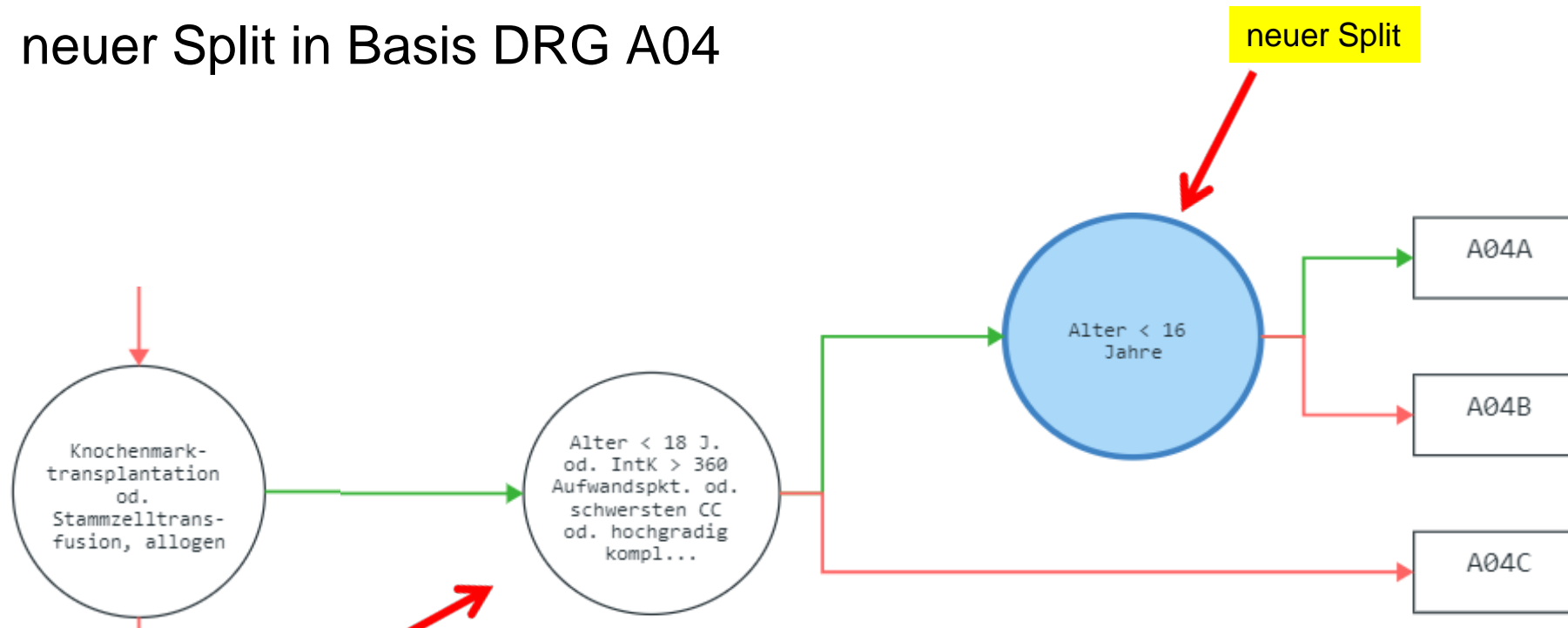


Prä-MDC

KM / STZ Transplantation allogene

Hinweis:

- Überprüfung Splitbedingung für DRG A04B
- neuer Split in Basis DRG A04



entfernt: KBH bei MRE ab 14 BHT

neu: hochgradig komplexe Chemo mit aufwendiger Konstellation

Prä-MDC Strahlentherapie

Problem:

- DRG Splitbedingung nach ZE Bereinigung nicht mehr kostentrennend

Umbau:

- DRG A93C und B kondensiert → A93B «*Strahlentherapie, mehr als 19 Bestrahlungen oder äusserst schweren CC*»
- Aufnahme Splitkriterium «*PCCL > 3*» in A93B
- DRG A93D entfernt

Prä-MDC

Palliativmedizinische Komplexbehandlung

Antrag:

- Fälle mit palliativmed. KBH ab 7 BHT in Basis DRG A97 nicht sachgerecht abgebildet

Umbau:

- Logik «KORP / kompliz. Proz.» in Verbindung mit palliativmed. KBH reduziert auf «ab 7 BHT» oder «ADRG A93» für DRG A97B

→ sachgerechte Abbildung

→ gleichzeitig Aufwertung der Fälle mit mehr als 8 Bestrahlungen

Prä-MDC

Palliativmedizinische Komplexbehandlung

Antrag:

- Fälle mit «*palliativmedizinischer Komplexbehandlung*» und «*Schmerztherapie*» in Basis DRG A97 untervergütet

Analyse:

- Fälle mit «*multimodaler Schmerztherapie*» zeigen keine Untervergütung
- Fälle mit «*komplexen Akutschmerzbehandlung ab 14 und mehr Behandlungstage*» sind nicht sachgerecht abgebildet

Umbau:

- Aufwertung dieser Fälle in DRG A97A

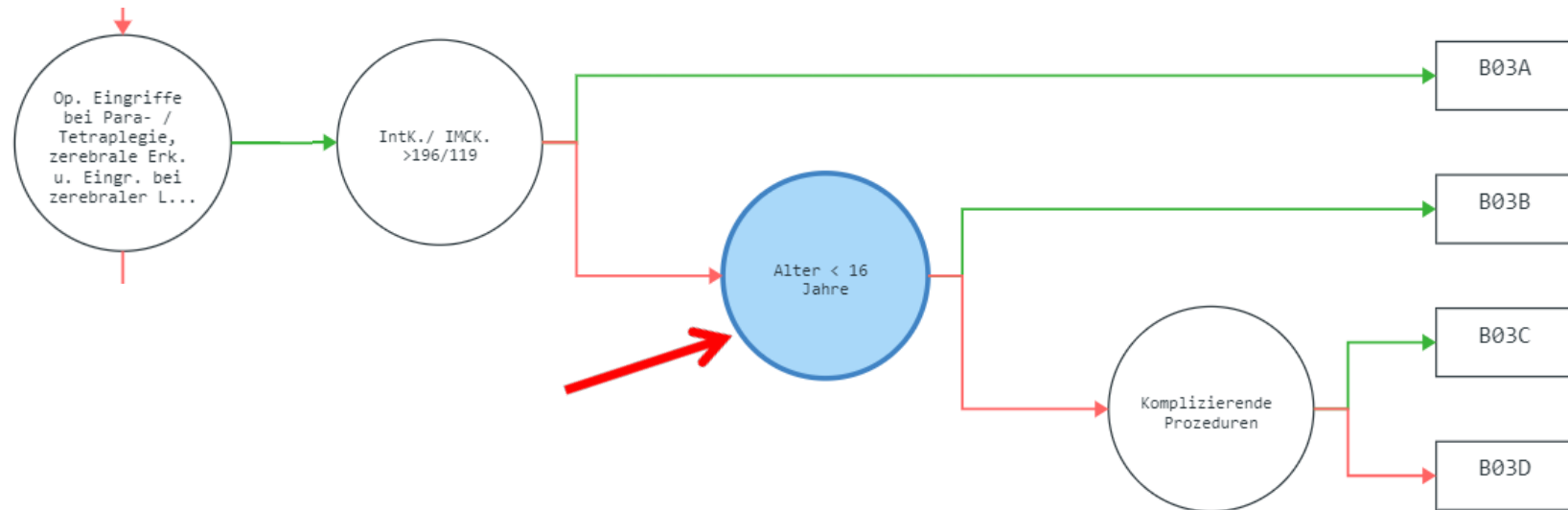
Nervensystem MDC 01

Kindersplit

Problem:

- Splitbedingung in DRG B03A «Operative Eingriffe bei Para- / Tetraplegie, zerebrale Erkrankung u. Eingriffe bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie, Neuropathie oder Eingriffe an WS und RM, und IntK/IMCK > 196/119 Pkt., o. Alter < 16 Jahre» nicht mehr sachgerecht

Umbau:



Nervensystem MDC 01

Rückenmarks-Chirurgie

Antrag:

- Untervergütung von Fällen mit ICD Kode G95.0 «*Syringomyelie und Syringobulbie*» und CHOP Kode 03.6 «*Lösung von Adhäsionen an Rückenmark und Nervenwurzeln*» in Basis DRG B03 «*Operative Eingriffe bei Para- / Tetraplegie, zerebrale Erkrankung und Eingriffe bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie, Neuropathie, oder Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark*»

Umbau:

- Aufnahme CHOP Kode 03.6 «*Lösung von Adhäsionen an Rückenmark und Nervenwurzeln*» in Tabelle für DRG B03B

→ sachgerechte Abbildung dieser Fälle

Nervensystem MDC 01

Intra- und extrakranielle Eingriffe

Antrag:

- Untervergütung von Fällen mit endovaskulären Interventionen an intra- und extrakraniellen Gefässen

Umbau:

- Aufnahme der Bedingung «*Intrakranielle Gefässeingriffe*» und «*Extrakranielle Gefässeingriffe*» in Basis DRG B01 «*Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems ...* » und DRG B01A
- Ergänzung der Tabelle «*Intrakranielle Gefässeingriffe*» mit CHOP Codes 39.72.1- «*Selektive Embolisation von intrakraniellen Gefässen*»
- Kondensation DRGs B20D und B20E → DRG B20D «*Bestimmte oder komplexe intrakranielle Eingriffe* »

Nervensystem MDC 01

Apoplexie

Problem:

- Fälle mit «*Thrombolyse und 1 Belegungstag*» in DRG B70F «*Apoplexie, mehr als ein Belegungstag oder Thrombolyse*» deutlich übervergütet

Umbau:

- Fälle CHOP Kode 99.10.16 «*Tägliche Infusion mit thrombolytischer Substanz, bis 2 Behandlungstage*» und «*Ein-Belegungstag*» gruppieren neu in DRG B70J «*Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls > 23 Std. bis < 48 Std. oder Thrombolyse, ein Belegungstag*»



Nervensystem MDC 01

Epilepsie

Antrag:

- Unspezifische ICD Codes zur «*Epilepsie*» in Basis DRG B81 «*Vaskuläre Myelopathien oder andere Erkrankungen des Nervensystems, mehr als ein Belegungstag*» nicht korrekt abgebildet

Umbau:

- ICD Codes:
 - G40.09 «*Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) idiopathische Epilepsie... »*
 - G40.9 «*Epilepsie, nicht näher bezeichnet*»
 - G41.9 «*Status epilepticus, nicht näher bezeichnet*»in Basis DRG B76 «*Anfälle oder Video-EEG oder KBH Epilepsie...*» aufgenommen
- Codes aus Basis DRG B81 entfernt

Nervensystem MDC 01

Periphere Nerven

Antrag:

- Handspastiken z.B. nach Schädigung des oberen Motoneurons oder zervikalen RM-Verletzungen und Kode 99.B6.2- «Komplexbehandlung der Hand, nach Anzahl Behandlungstage» generell untervergütet
- eigene DRGs mit Splitbedingung nach Behandlungstagen

Umbau:

- keine systematische Untervergütung erkennbar
- geringe Fallzahl
- Fälle in Basis DRG B71 «Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven,...» mit hohem Ressourcenverbrauch
- Aufnahme der Bedingung «KBH an der Hand ab 7 Behandlungstagen» in DRG B71B

Nervensystem MDC 01

Demenz

Antrag:

- Untervergütung von Fällen mit ICD Kode F03 «*Nicht näher bezeichnete Demenz*» und F01.9 «*Vaskuläre Demenz, nicht näher bezeichnet*»
- Prüfung auf Split innerhalb der Basis DRG B81 «*Vaskuläre Myelopathien oder andere Erkrankungen des Nervensystems, mehr als ein Belegungstag*»

Umbau:

- PCCL Split > 3 in DRG B81B «*Vaskuläre Myelopathien oder andere Erkrankungen des Nervensystems mit komplexer Diagnose oder neurologische Komplexdiagnostik oder äusserst schwere CC, mehr als ein Belegungstag, Alter > 15 Jahre*»
- für Fälle mit ICD Kode F03 und F01.9 kein Mehraufwand erkennbar

Nervensystem MDC 01

Tuberkulose

Hinweis:

- Tuberkulose-Erkrankungen des Nervensystems in HD Tabelle der MDC 04 «*Atmungsorgane*» abgebildet

Umbau:

- Verschiebung der Diagnosen
 - A17.0 «*Tuberkulöse Meningitis*»
 - A17.1 «*Meningeales Tuberkulom*»
 - A17.8 «*Sonstige Tuberkulose des Nervensystems*»
 - A17.9 «*Tuberkulose des Nervensystems, nicht näher bezeichnet*»
- Aufnahme in MDC 01 in Basis DRG B72 «*Infektion des Nervensystems ausser Virusmeningitis*»

Atmungsorgane MDC 04

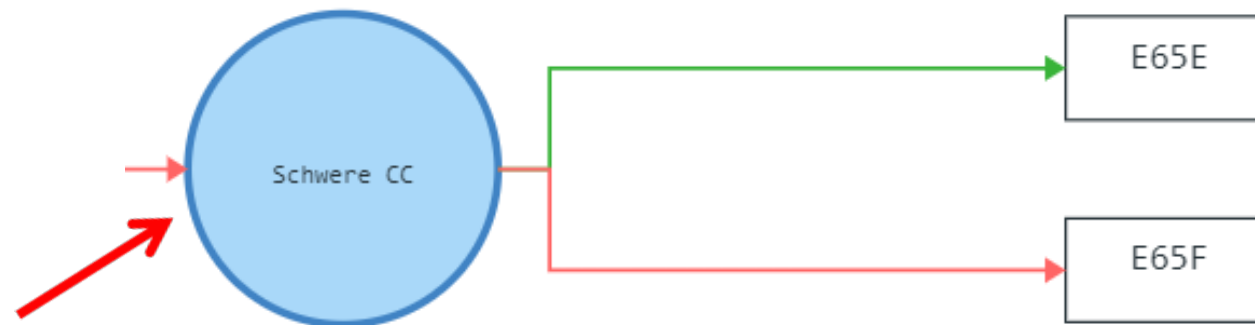
Chronisch- obstruktive Atemwegserkrankungen

Antrag:

- Aufwertung von Fällen in DRG E65C «*Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankungen mit starrer Bronchoskopie, mehr als ein Belegungstag*» mit PCCL Split in DRG E65B

Umbau:

- Kostentrenner in DRG E65C nicht erkennbar
- jedoch aufwendige Fälle in DRG E65E – neuer Split



Atmungsorgane MDC 04

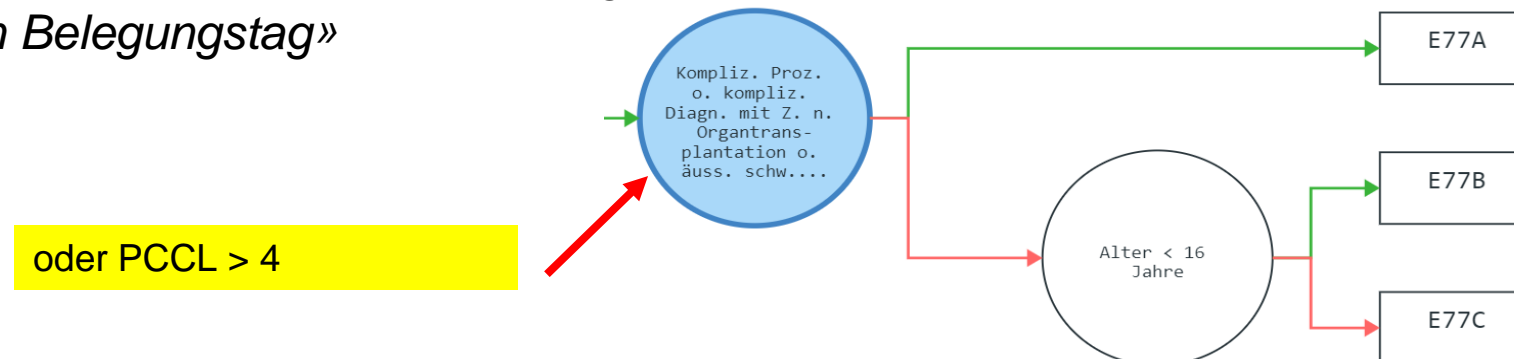
Pneumonien

Antrag:

- Prüfung Basis DRG E77 «*Andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane ...*» auf sachgerechtere Abbildung und Aufwertung einzelner Pneumonien

Umbau:

- Untervergütung von Fällen mit erhöhtem Schweregrad
- Fälle mit «*PCCL > 4*» neu in E77A «*Andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit komplizierender Diagnose... oder schwerste CC, mehr als ein Belegungstag*»



Kreislaufsystem MDC 05

Pulmonale Endarteriektomie

Antrag:

- Entfernung des inneren Teils der Arterienwand erfolgt unter intraoperativem Kreislaufstillstand
- Fälle sind in DRGs F37A und F36C nicht aufwandsgerecht abgebildet

Umbau:

- Aufwertung CHOP Codes 39.61.13/14 «*Konventionelle extrakorporelle Zirkulation (ECC) unter tiefer Hypothermie...*» in Kombination mit 38.15.30 «*Endarteriektomie der A. pulmonalis*» in Basis DRG F36 sowie DRG F36B «*Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems mit IntK > 392/552 Aufwandspunkteoder komplexer Gefässeingriff mit Herz-Lungen-Maschine oder pulmonale Endarteriektomie*»

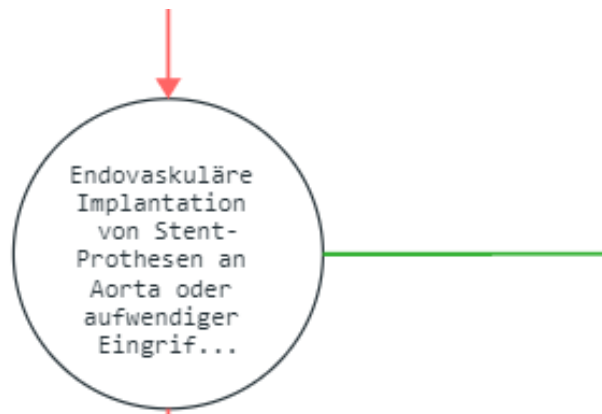
Kreislaufsystem MDC 05

Endovaskuläre Stent-Prothesen an Aorta

Hinweis:

- bestimmte Fälle der Basis DRGs F98 «*Endovaskulärer Herzklappeneingriff*» und F51 «*Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta...* » erfüllen Logiken beider Basis DRGs
- Ressourcenverbrauch deutlich unterschiedlich

Umbau:



Zuordnung dieser Fallmenge in Basis DRG F98

Fälle der Basis DRG F51 dürfen keinen Code aus DRG F98 aufweisen

Kreislaufsystem MDC 05

Endovaskuläre Herzklappeneingriffe

Hinweis:

- Fälle mit «*Entfernen einer Klappenprothese **sowie Implantation** einer Klappenprothese*» mit endovaskulärem / transapikalem Zugang nicht gleich abgebildet wie «*Implantation einer Klappenprothese*»

Umbau:

- Aufwertung CHOP Codes 35.H2.23/24; 35.H2.33/34; 35.H4.23 und 35.H4.33 in Tabelle der Basis DRG F98 «*Endovaskulärer Herzklappeneingriff*»

→ Abbildung sachgerecht

Kreislaufsystem MDC 05

PTCA

Antrag:

- intravaskuläre Bildgebung der Koronargefässe «*IVUS*» und «*OCT*» in DRG F24C sachgerecht abgebildet
- jedoch Verfahren durch «*Rotablation*» bisher nicht berücksichtigt
- ebenfalls höherer Ressourcenverbrauch

Umbau:

- Gleichstellung der Verfahren 37.2A.11 «*IVUS*»; 37.A2.12 «*OCT*» und 00.66.30 «*Koronarangioplastik [PTCA] durch Rotablation*» in Basis DRG F24

Verdauungsorgane MDC 06

Mehrzeitige Eingriffe

Antrag:

- Homogenitätsprüfung in DRG G12B «*Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen*»
- Fälle mit längerer Verweildauer, bestimmten Diagnosen, Komplikationen oder aufwendiger Behandlung unzureichend vergütet

Umbau:

- Aufnahme als Splitkriterium «*Mehrzeitige bestimmte OR-Prozedur*» in DRG G12A «*Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen oder mehrzeitige Eingriffe*»
- weitere Kostentrenner nicht erkennbar

Hepatobiliäres System MDC 07

Bösartige Neubildungen und Pankreatitis

Problem:

- Beatmungsstunden in Verbindung mit IntK Punkten in Basis DRG H33
«Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren oder komplexe Vakuumbehandlung oder VAC mit bestimmtem Eingriff oder Beatmung > 95 Std. mit IntK > 196/360 Aufwandspunkte» kein Kostentrenner mehr

Analyse:

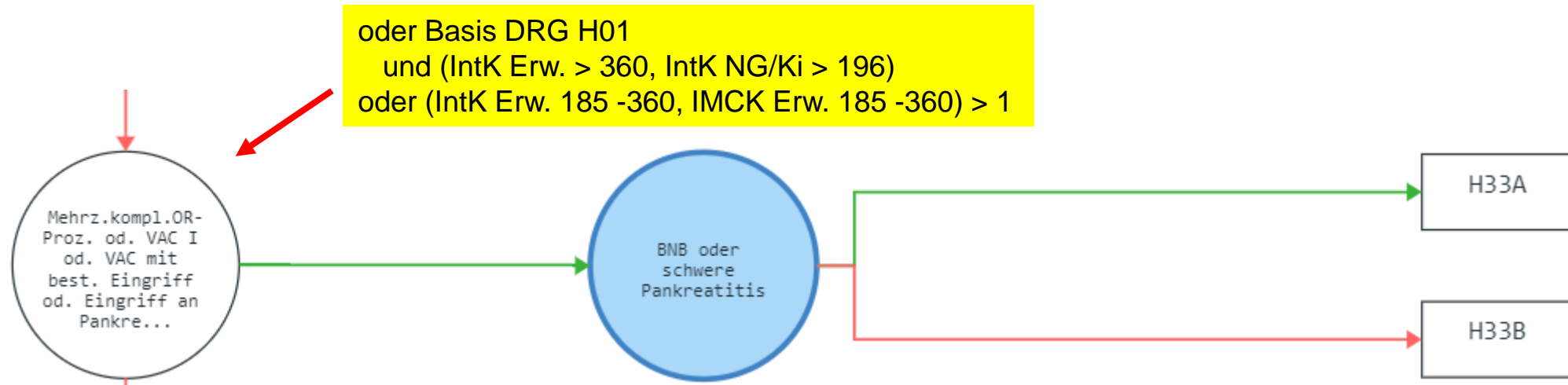
- inhomogene Fallmenge in DRG H33Z
- teure Fälle in Basis DRG H01 untervergütet

Hepatobiliäres System MDC 07

Bösartige Neubildungen und Pankreatitis

Umbau:

- Entfernung der Bedingung «*Beatmung > 95 Std.*» aus Basis DRG H33
- und Logikergänzung «*ADRG (H01)*» in Kombination mit IntK Pkt.
- Aufnahme der Bedingung «*IntK 185-360 Pkt. und IMCK 185-360 Pkt.*» in Basis DRG
- Split der H33Z in DRGs H33A und H33B mit Splitkriterium «*BNB oder schwere Pankreatitis*»



Hepatobiliäres System MDC 07

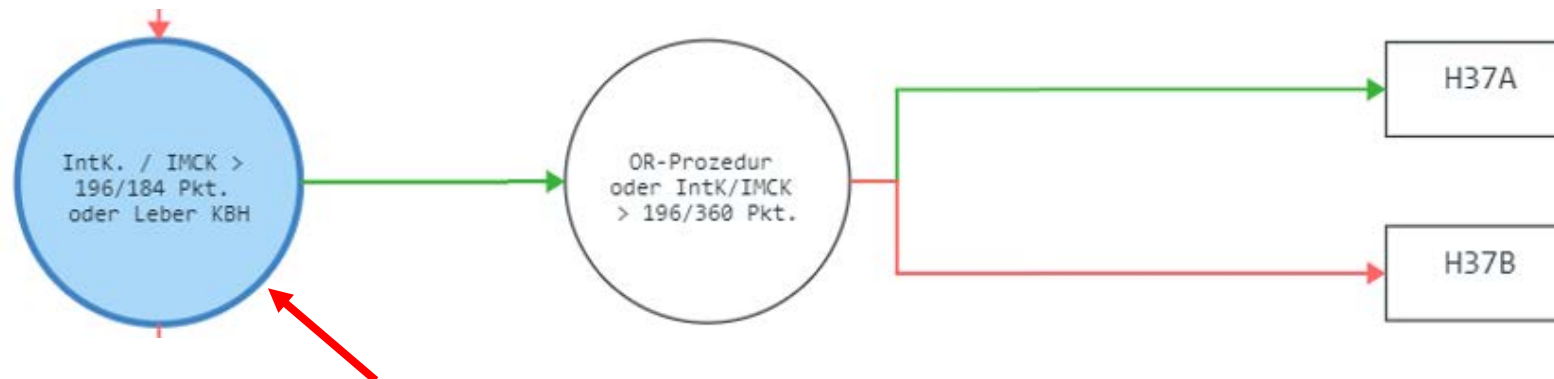
Komplexbehandlung bei Leberzirrhose

Antrag:

- Prüfung der Abbildung von Fällen mit Kode 99.B1.1- «Leberkomplexbehandlung, nach Anzahl Behandlungstage»

Umbau

- Analysen weisen auf eine Untervergütung der Fälle hin
- Entfernung aus Basis DRGs H60 und H87



Bewegungssystem MDC 08

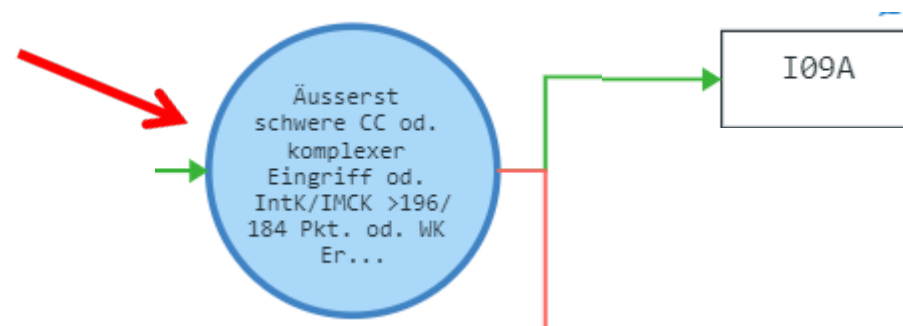
VEPTR / Growing rod

Problem:

- Fälle mit «*Implantation von vertikalen expandierbaren prothetischen Titanrippen*» oder «*.. von mitwachsenden oder expandierenden Systemen, Wirbelsäule*» in DRG I09B untervergütet

Umbau:

- Aufwertung dieser Fälle aus DRG I09B in I09A «*Wirbelkörperperfusion mit äusserst schweren CC oder komplexem Eingriff*»



Bewegungssystem MDC 08

Modular- oder Langschaftprothese

Antrag:

- Sonderprothesen bei nicht onkologischen Erkrankungen deutlich untervergütet
- insbesondere betroffen Basis DRGs I04 «*Revision oder Ersatz des Kniegelenkes ...*» und I12 «*Knochen- und Gelenkinfektion / -entzündung ...*»

Umbau:

- Aufnahme CHOP Codes 81.A1.12 «*Modulare Prothese*» und 81.A1.13 «*Langschaftprothese*» in neue Tabelle
 - Tabelle in Split für DRG I04A; I43B und in Verbindung mit einer HD in I46B
 - in Basis DRG I12 Fälle sachgerecht abgebildet
- Überarbeitung CHOP «*metallische Einzelbauteile*» vorgeschlagen

Bewegungssystem MDC 08

Vakuumbehandlung

Antrag:

- Fälle mit mehrzeitigen Eingriffen in Basis DRG I12 «*Knochen- und Gelenkinfektion / -entzündung mit verschiedenen Eingriffen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe*» defizitär

Umbau:

- kein Anhalt auf Untervergütung bei mehrzeitigem Eingriff
- jedoch für Fälle mit «*Vakuumbehandlung*» in DRG I12C Mehrkosten erkennbar
- Aufnahme der Splitbedingung für DRG I12B «*Knochen- und Gelenkinfektion / -entzündung oder Vakuumbehandlung*»

Bewegungssystem MDC 08

Idiopathische Gicht

Antrag:

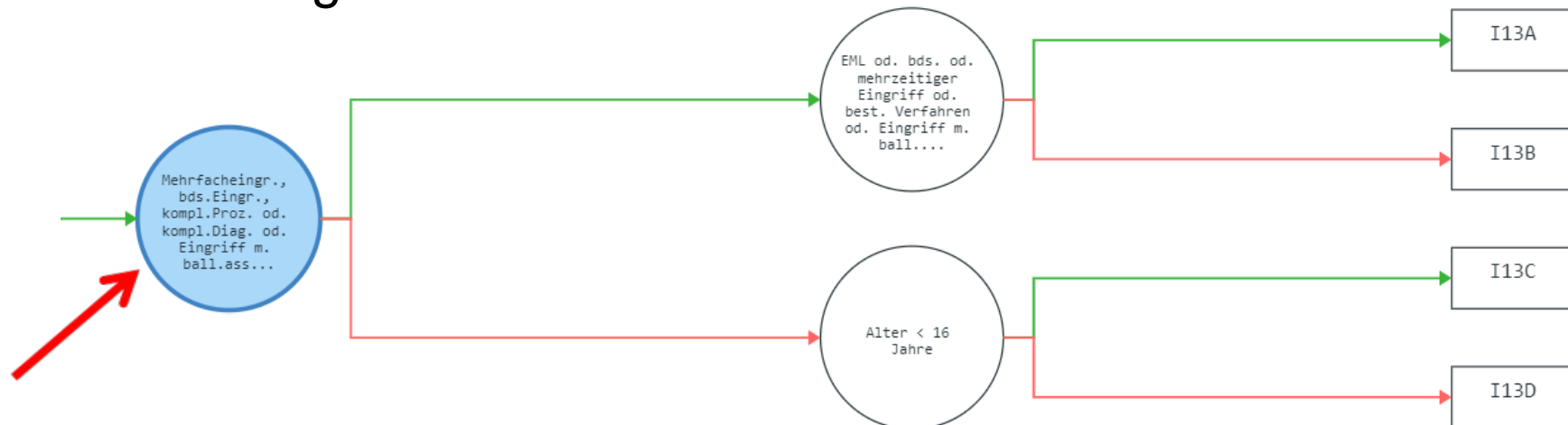
- Überarbeitung der Tabellen in Basis DRG I13 «*Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk*»
- Tabelle enthält nur unspezifischen Gicht Kode M10.09 «*Idiopathische Gicht n.n.bez. Lokalisation*»
- Aufnahme von Codes für primäre / sekundäre Neubildung des Knochens
- insbesondere ICD Kode C79.5 «*Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes*» unterdeckt

Bewegungssystem MDC 08

Idiopathische Gicht

Umbau:

- Aufnahme ICD Kode Gruppe M10.- «Gicht» in Basis DRG I13 nicht sachgerecht
- Entfernung Kode M10.09 «Idiopathische Gicht n.n.bez. Lokalisation» aus Tab. für DRG I13B
- neue Tab. in DRG I13B mit ICD Codes «bösartige Neubildung des Bindegewebes» incl. Kode C79.5 sachgerecht



Bewegungssystem MDC 08

CAD –Implantate Gesicht / Schädel

Antrag:

- Fälle mit *«präoperativ patientenindividuell mittels 3D-Bildgebung gefertigten Implantaten»* gruppieren in DRG I15A *«Operationen am Hirn- und Gesichtsschädel mit bestimmtem Verfahren, Alter < 16 Jahre»*
- jedoch CHOP Codes *«Einsetzen eines CAD-Implantats an Hirnschädel / Gesichtsschädel.. »* gruppieren in DRG I15B

Umbau:

- Aufnahme CHOP Codes 02.05.11/20/30 *«Einsetzen eines CAD-Implantats an Hirnschädel... »* und 76.92.21/31 *«Einsetzen von CAD-Implantat an Gesichtsschädel... »* für DRG I15A *«Operationen am Hirn- und Gesichtsschädel mit bestimmtem Verfahren, Alter < 16 Jahre»*

Bewegungssystem MDC 08

Hohl- oder Plattfuss

Antrag:

- sämtliche DRGs der Basis DRG I20 seien defizitär
- generelle Überprüfung und Aufwertung der Basis DRG I20 «Eingriffe am Fuss»
- Korrekturingriffe bei Diagnosen wie Plattfuss / Hohlfuss sehr aufwändig
- einzeitige Mehrfacheingriffe untervergütet
- Überprüfung von über 40 CHOP Codes beantragt

Analysen:

- gesamtschweizerische Daten zeigen ein sehr heterogenes Bild
- keine systematische Unterdeckung erkennbar
- CHOP Kode 84.A1.2- «Einzeitige Mehrfacheingriffe..... » erst ab 2019 kodierbar

Bewegungssystem MDC 08

Hohl- oder Plattfuss

Umbau:

- Aufwertung ICD Codes M21.4 / M21.61 / Q66.5 «*Plattfuss*» und M21.60 «*Hohlfuss*»
 - in Verbindung mit bestimmten CHOP Codes
 - und CHOP Kode 84.A1.22/23/24 «*Einzeitige Mehrfacheingriffe an 3 und mehr Mittelfuss- und Zehenstrahlen*»
 - für DRG I20A «*Eingriffe am Fuss mit mehreren hochkomplexen Eingriffen...* »

→ sachgerechte Abbildung dieser Fälle

→ kein weiterer Anhalt auf Untervergütung

Bewegungssystem MDC 08

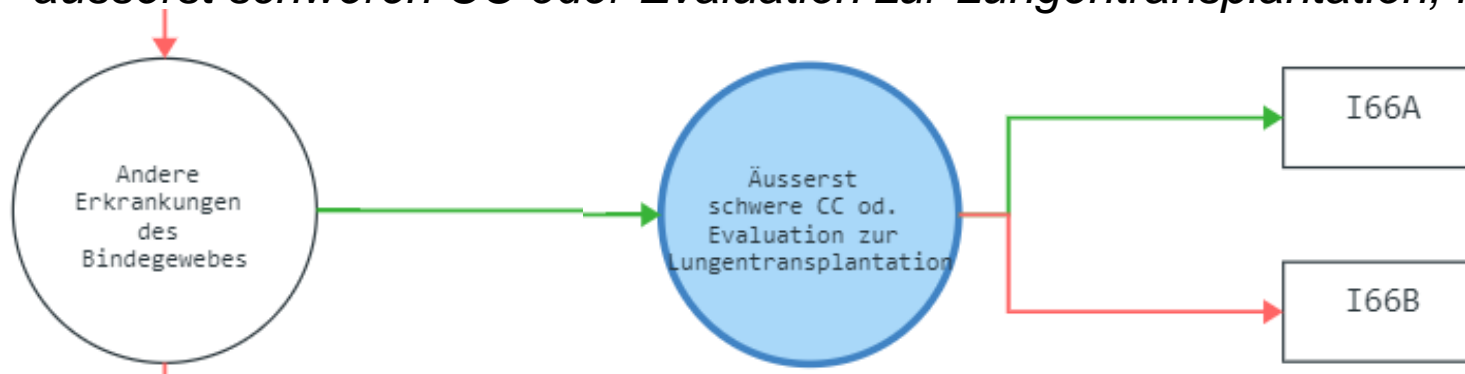
Evaluation Lungentransplantation

Antrag:

- Mindervergütung von Fällen mit Evaluation zur Lungentransplantation und Hauptdiagnose ausserhalb der MDC 04

Umbau:

- Aufnahme CHOP Codes für vollständige oder Re-Evaluationen
Lungentransplantation in DRG I66A «Andere Erkrankungen des Bindegewebes mit äusserst schweren CC oder Evaluation zur Lungentransplantation, mehr als ein Belegungstag»



Harnorgane MDC 11

Zystotomie (Sectio alta)

Antrag:

- CHOP Codes 57.19.2- «*Sonstige Zystotomie (Sectio alta)*» in DRG L64A untervergütet
- Fälle gruppieren in Medizinische Partition

Ergebnis:

- Analysen bestätigten signifikante OP Saal- und Anästhesiekosten
- CHOP Codes analog zu vergleichbaren Eingriffen in Basis DRG L06 «*Kleine Eingriffe an der Harnblase*» der Operativen Partition zugewiesen

Weibl. Geschlechtsorgane MDC 13

Rekonstruktive Eingriffe

Antrag:

- Rekonstruktion des Beckenbodens äusserst komplexer Eingriff mit hohem Rezidivrisiko
- Aufwertung CHOP Kode 54.21.20 «*Laparoskopie, Zugangsweg für chirurgische (therapeutische) Interventionen*»

Analyse:

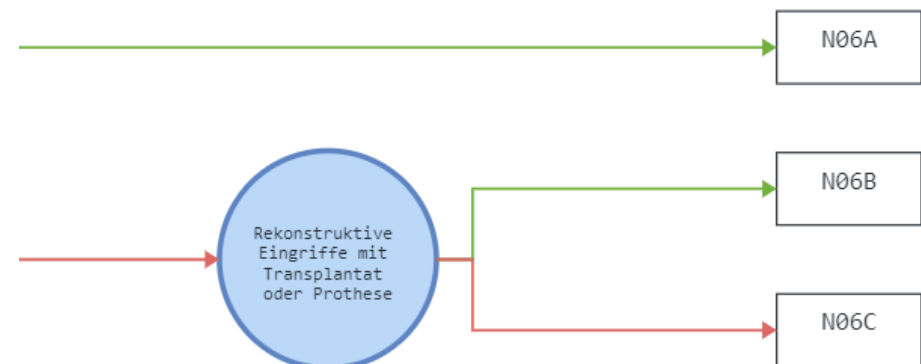
- rekonstruktive Eingriffe mit Transplantat oder Prothese kostenintensiv
- unterschiedliche Zugangswege ohne Kostenunterschied

Weibl. Geschlechtsorgane MDC 13

Rekonstruktive Eingriffe

Umbau:

- Split der DRG N06B mit CHOP Codes:
 - 69.22 «Sonstige uterine Suspensionsoperation»
 - 70.53 «Raffung einer Zystozele und Rektozele mit Transplantat oder Prothese»
 - 70.54 «Korrektur einer Zystozele mit Transplantat oder Prothese»
 - 70.55 «Korrektur einer Rektozele mit Transplantat oder Prothese»
 - 70.63 «Konstruktion einer Vagina mit Transplantat oder Prothese»
 - 70.64 «Rekonstruktion der Vagina mit Transplantat oder Prothese»
 - 70.78 «Suspension und Fixation der Vagina mit Transplantat oder Prothese»



Weibl. Geschlechtsorgane MDC 13

Adhäsiolysen

Hinweis:

- Adhäsiolyse-Kodes in verschiedenen DRGs mit unterschiedlichen Zusatzbedingungen abgebildet

Umbau:

- Kodes 54.51/-.52 «Lösung von peritonealen Adhäsionen,...» und 65.89.10/-.11 «Sonstige Lösung von Adhäsionen...» sind gebündelt in Basis DRGs
 - N02 «Eingriffe an Uterus und Adnexen oder Lymphadenektomie **bei bösartiger Neubildung** der weiblichen Geschlechtsorgane und
 - N05 «Ovariectomien und komplexe Eingriffe an den Tubae uterinae **ausser bei bösartiger Neubildung**»

Weibl. Geschlechtsorgane MDC 13

Lymphknotenentfernungen

Hinweis:

- Lymphknotenentfernungen mit ähnlicher Kostenstruktur in mehreren DRGs und unterschiedlichen Zusatzbedingungen abgebildet

Umbau

- Lymphknotenentfernungen CHOP Kode 40.3X.– «*Regionale Lymphadenektomie ...*», 40.5- «*Radikale Exzision ...*» und 40.2- «*Einfache Exzision...*» in Basis DRGs
 - DRG N02B «*Eingriffe an Uterus und Adnexen oder Lymphknotenentfernung **bei bösartiger Neubildung** an Uterus, Zervix oder Vulva*»
 - DRG N04B «*Hysterektomie oder andere bestimmte Eingriffe **ausser bei bösartiger Neubildung***»

Weibl. Geschlechtsorgane MDC 13

Kolpektomie

Antrag:

- Fälle mit «*Kolpektomie*» bei BNB in DRG N06B untervergütet

Umbau:

- CHOP Kode 70.4X.20 «*Kolpektomie, total*» und 70.4X.30 «*Kolpektomie, erweitert (radikal)*» aufwendig
- Aufwertung in DRG N06A «*Komplexe rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen, mit schweren CC oder komplizierender Prozedur*»

Weibl. Geschlechtsorgane MDC 13

Exzision / Destruktion einer Uterusläsion

Hinweis:

- CHOP Kode 68.29.12 «*Exzision oder Destruktion einer Uterusläsion, vaginal*» und 68.29.15 «*Exzision oder Destruktion einer Uterusläsion, hysteroskopisch*» bilden den gleichen Eingriff ab
- Codes gruppieren in unterschiedliche DRGs

Umbau:

- Gleichstellung der Eingriffe in Basis DRG N23 «*Andere rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen*»

Schwangerschaft, Geburt MDC 14

Stationäre Behandlung vor Entbindung

Antrag:

- ungenügende Vergütung von Fällen mit lang andauernder Behandlung **vor** Entbindung in Basis DRG O50 «*Stationäre Behandlung vor Entbindung ab 7 Behandlungstage*»
- Split nach Behandlungstagen CHOP Kode 73.7X.- «*Stationäre Behandlung vor Entbindung im gleichen Aufenthalt, Behandlungstage*» in Basis DRG O50

Umbau:

- neue DRG O50A mit CHOP Kode 73.7X.15 «*Stationäre Behandlung vor Entbindung im gleichen Aufenthalt, 56 und mehr Behandlungstage*» und bestimmtem Eingriff

→ teure Fälle nun sachgerecht abgebildet

Schwangerschaft, Geburt MDC 14

Plastische Rekonstruktion Vagina nach Geburt

Analyse:

- best. Prozeduren in Zusammenhang mit Entbindung nicht in Basis DRG O02 «*Vaginale Entbindung mit aufwendigem Eingriff oder bestimmte Prozedur mit bestimmter Diagnose*» abgebildet

Umbau:

- Aufnahme CHOP Codes aus Gruppe 70.7- «*Sonstige plastische Rekonstruktion an der Vagina*» und 85.2- «*Exzision oder Destruktion von Mammagewebe* » in Basis DRG O02

→ Beseitigung von Fehlanreizen

Neugeborene MDC 15

Zwerchfellhernie

Hinweis:

- CHOP Codes 53.85.11 und 53.85.21 «*Operation einer Zwerchfellhernie, thorakoabdominaler Zugang, offen chirurgisch, ohne / mit Implantation von Membranen und Netzen*» mit unterschiedlicher Gruppierungsrelevanz im Vergleich zu CHOP 53.71.21 «*Operation einer Zwerchfellhernie, abdominaler Zugang, offen chirurgisch, mit Implantation von Membranen und Netzen*» in MDC 15

Umbau:

- Aufnahme der Codes in Basis DRG P02 «*Kardiothorakale oder Gefässeingriffe oder mehrzeitiger Eingriff bei Neugeborenen*»

Neugeborene MDC 15

Mehrzeitige Eingriffe

Antrag:

- Prüfung komplexer Fälle in MDC 15 auf verbesserte Abbildung bei
 - Fehlbildungen
 - Nekrosen am Verdauungstrakt / Bauchwand
 - mehrzeitige Eingriffe

Analysen:

- mehrzeitige Eingriffe mit hohen Kosten
- aufwendige Fälle mit höheren IntK- und / oder IMCK Aufwandspunkten

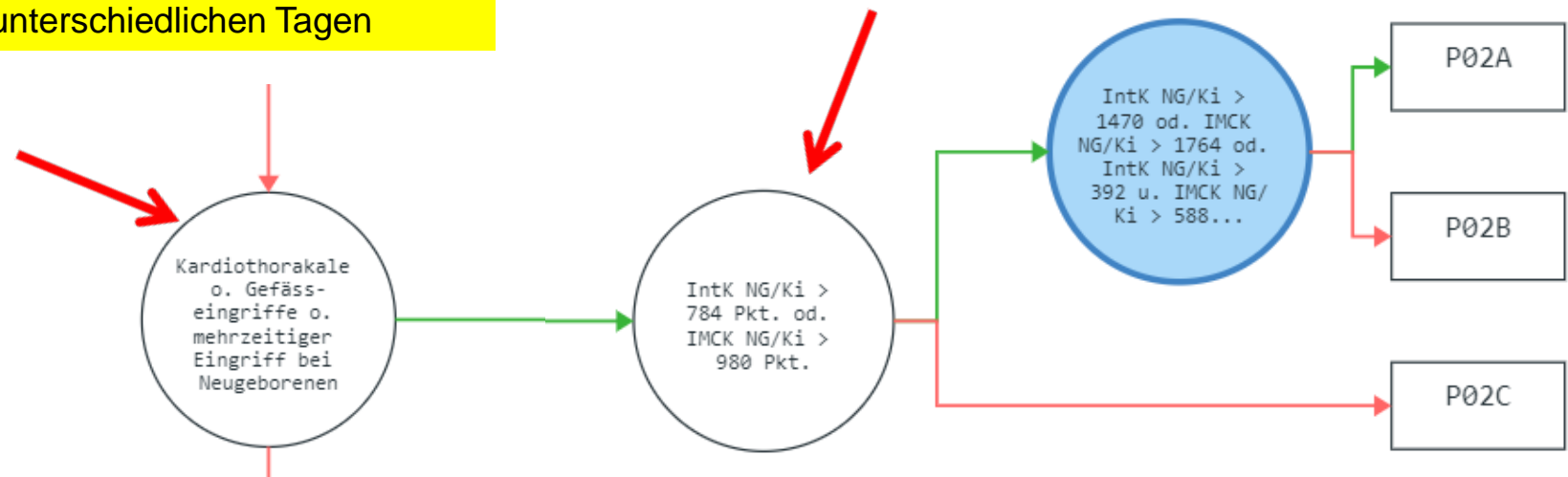
Neugeborene MDC 15

Mehrzeitige Eingriffe

Umbau:

- neue Splitbedingung «*Mehrzeitige Eingriffe*» für Basis DRG P02 «*Kardiothorakale oder Gefässeingriffe oder mehrzeitiger Eingriff bei Neugeborenen*»
- neue Splitbedingungen für DRGs P02A und P02B mit «*IntK- und / oder IMCK Aufwandspunkten*» besser kostentrennend als Beatmungsstunden

oder mind. 2 Eingriffe an unterschiedlichen Tagen



Neugeborene MDC 15

Kostenintensive Diagnostik

Antrag:

- Prüfung der Fälle mit CHOP Kode
 - 00.95.2- «*Patientenschulungen Diabetes*»
 - 99.A2.1- «*Basisdiagnostik bei unklarem Symptomkomplex bei Kindern*»
 - 99.A5.2-/3- «*Komplexe Abklärung bei Verdacht Kindsmisshandlung*»

Umbau:

- Aufwertung der CHOP Codes 99.A3.11-13 «*Komplexe neuropädiatrische Diagnostik ...*» und 99.A2.11 «*Basisdiagnostik bei unklarem Symptomkomplex bei Kindern, mit genetischer Diagnostik*» sowie 99.A5.31 «*Komplexe Abklärung bei Verdacht oder Nachweis auf Kindsmisshandlung bzw. Vernachlässigung im Neugeborenen-, Säuglings-, Kindes- und Jugendlichenalter*»
- Fälle gruppieren neu in Basis DRG P05 / P66

Blut und Immunsystem MDC 16

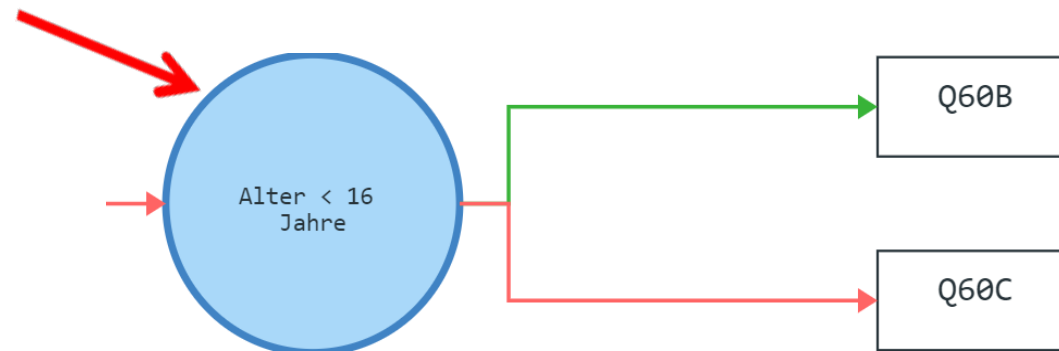
Kindersplit

Antrag:

- Prüfung DRG Q60B «*Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen,...* » anhand bestimmter Nebendiagnosen oder PCCL Split

Umbau:

- Split der Q60B «*Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen, Alter < 16 Jahre, mehr als ein Belegungstag*»



Neubildungen MDC 17

Aufwendige Diagnostik

Analyse:

- komplexe Diagnostikmassnahmen mit höherem Aufwand
 - CHOP Codes 99.A1.11 bis 99.A1.13 «Komplexdiagnostik bei ...»
 - CHOP Codes 99.A0.11 und -.12 «Komplexdiagnostik bei malignen hämatologischen Erkrankungen...»

Umbau:

- Aufnahme in Funktion «Komplizierende Prozeduren»
- in Split für DRG R65A «Hämatologische und solide Neubildungen, ein Belegungstag, mit bestimmter Prozedur, Alter < 18 Jahre»

→ sachgerechte Abbildung kostenintensiver Diagnostik

Neubildungen MDC 17

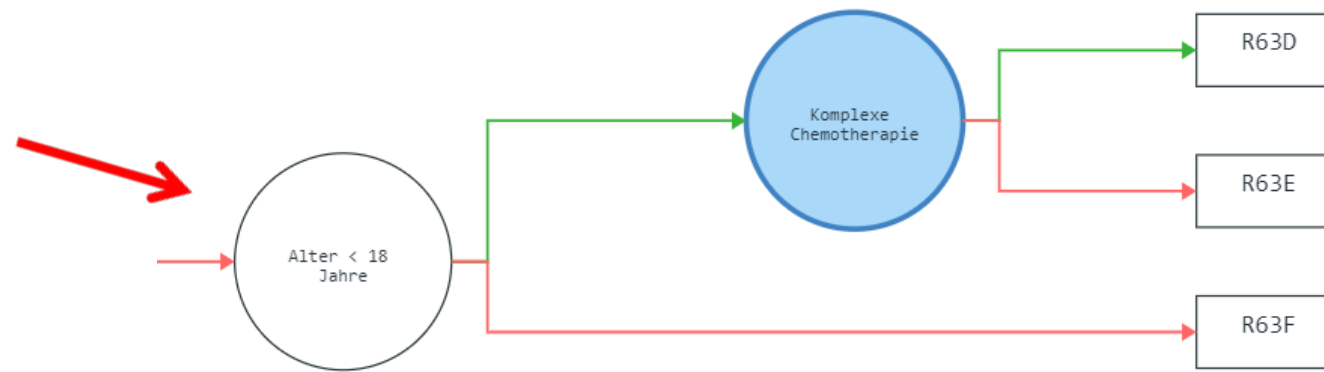
Akute Leukämien

Antrag:

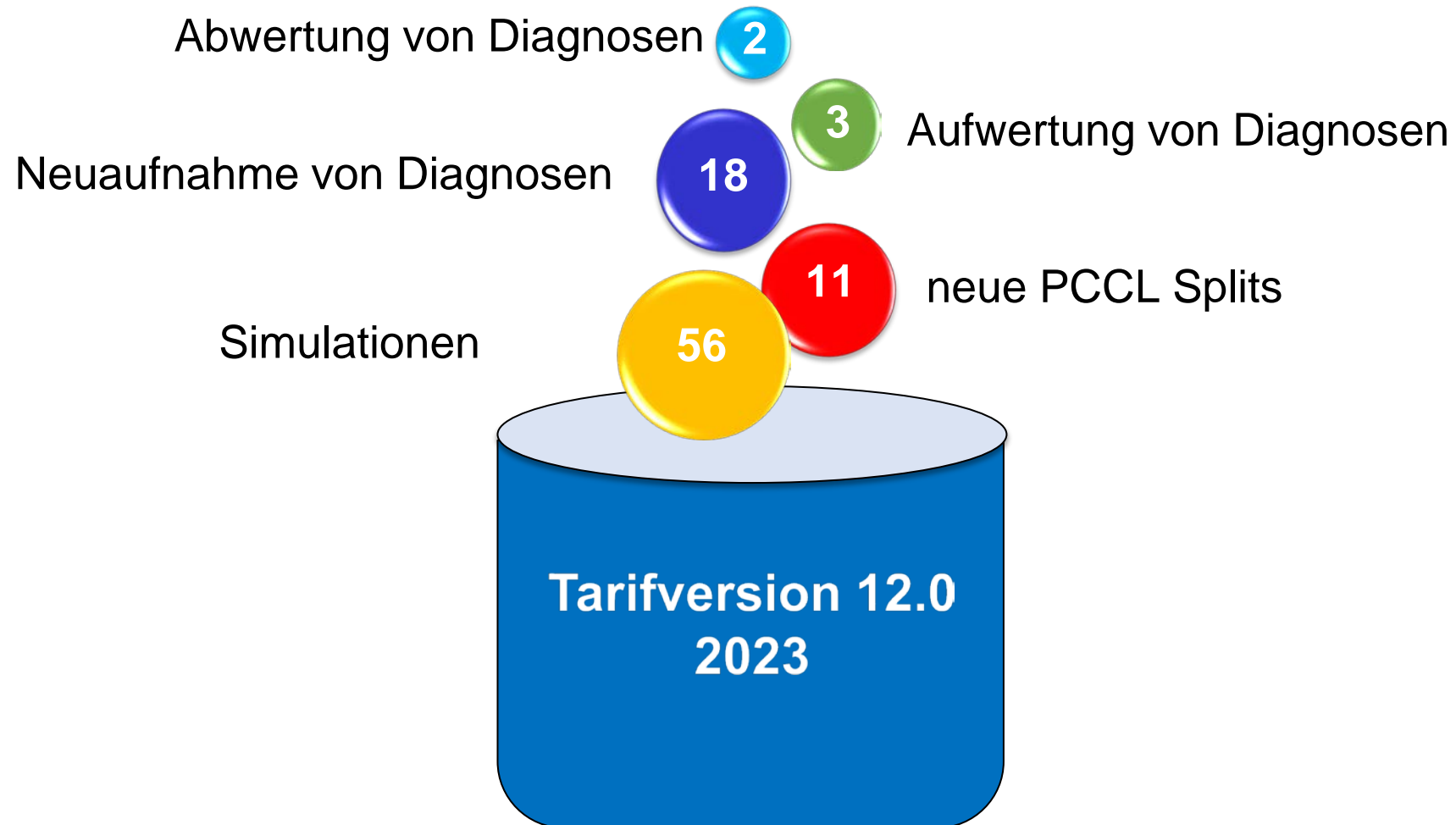
- Prüfung der Fälle in DRGs R63A bzw. R63D auf Kostenhomogenität

Umbau:

- neuer Split der R63D mit der Bedingung «Komplexe Chemotherapie»
- dadurch auch verbesserte Abbildung der Kinderfälle



CC-Matrix



Zusatzentgelte - CHOP

Anpassung Zusatzentgelte (CHOP)

- neue Abbildung ZE-2022-72.01 «*Implantation eines herzkreislaufunterstützenden Systems, mit Pumpe, ohne Gasaustauschfunktion, intravasal (inkl. Intrakardial)*»
 - ZE-2023-72.02: «*..... linksventrikulär, perkutan*» CHOP 37.6A.41
 - ZE-2023-72.03: «*..... rechtsventrikulär, perkutan*» CHOP 37.6A.42

Zusatzentgelte - CHOP

Vorbereitung Zusatzentgelte (CHOP)

- Ausdifferenzierung von Codes nach oben im CHOP Katalog 2020:
 - Extrakorporale Membranoxygenation (ECMO)
 - Dauer der Behandlung mit einer intraaortalen Ballonpumpe (IABP)
 - Dauer der Behandlung mit einem herzkreislaufunterstützenden System, mit Pumpe, ohne Gasaustauschfunktion, intravasal (inkl. intrakardial)
 - extrakorporal, univentrikulär
 - extrakorporal, biventrikulär
 - intrakorporal, uni- und biventrikulär
- Bereinigung der Daten entsprechend erfolgt
- Abbildung ab PV1.1 im FPK

Zusatzentgelte - ATC

Etablierung neuer Zusatzentgelte

- Daratumumab (subkutan)
- Trastuzumab und Pertuzumab
- Risdiplam
- Voretigen neparvovec (Luxturna)

Löschen der Zusatzentgelte

- Ambrisentan
- Sofosbuvir
- Sofosbuvir und Ledipasvir
- Elbasvir und Grazoprevir

Zusatzentgelte - ATC

Anpassungen der Dosisklassen

- Erweiterung der Dosisklassen bei 13 ZE gegen oben
- Erweiterung der Dosisklassen bei 10 ZE gegen unten

Hinzufügen neuer Verabreichungsart

- Abatacept (intrathekal)
- Trastuzumab (intrathekal)
- Plerixafor (intravenös)
- Asparaginase (intramuskulär)

Zusatzentgelte - ATC

Überprüfung der Kinderdosisklassen

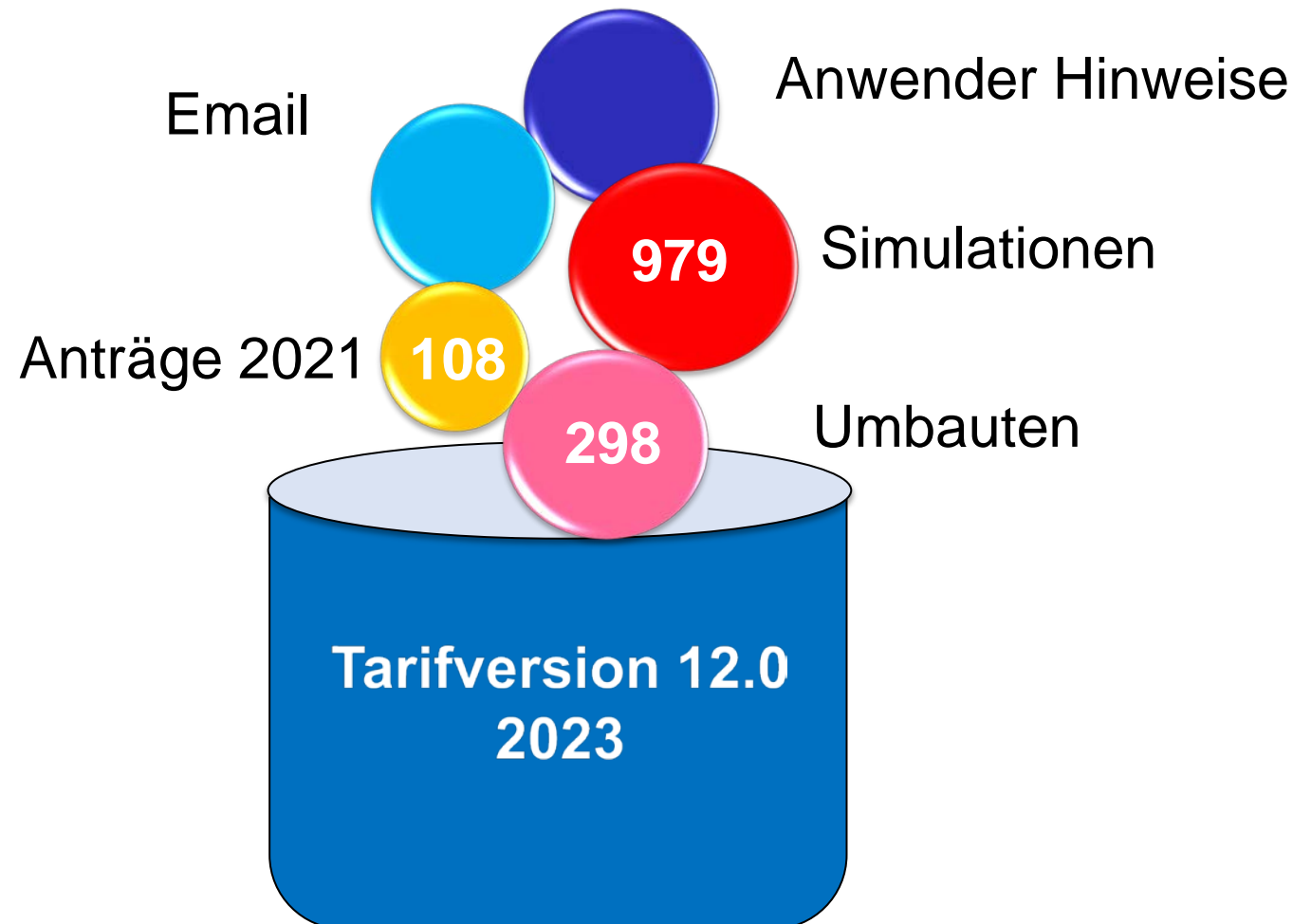
- neue Kinderdosisklasse bei Ruxolitinib und Tocilizumab
- Posaconazol, oral
 - erste Dosisklasse neu bis 6 Jahre
 - zweite Dosisklasse weiter für Personen bis 16 Jahre
- Caspofungin
 - eine Kinderdosisklasse gelöscht und
 - eine für alle in eine Kinderdosisklasse umgewandelt

Überarbeitung der DRG - Klassifikation

Antragsverfahren

	2021	2020	2019	2018
Anträge	108	188	180	222
umgesetzt	47	111	93	144
Quote	43%	59%	52%	65%

Überarbeitung der DRG - Klassifikation Simulationen



SwissDRG – Version 12.0 / 2023

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

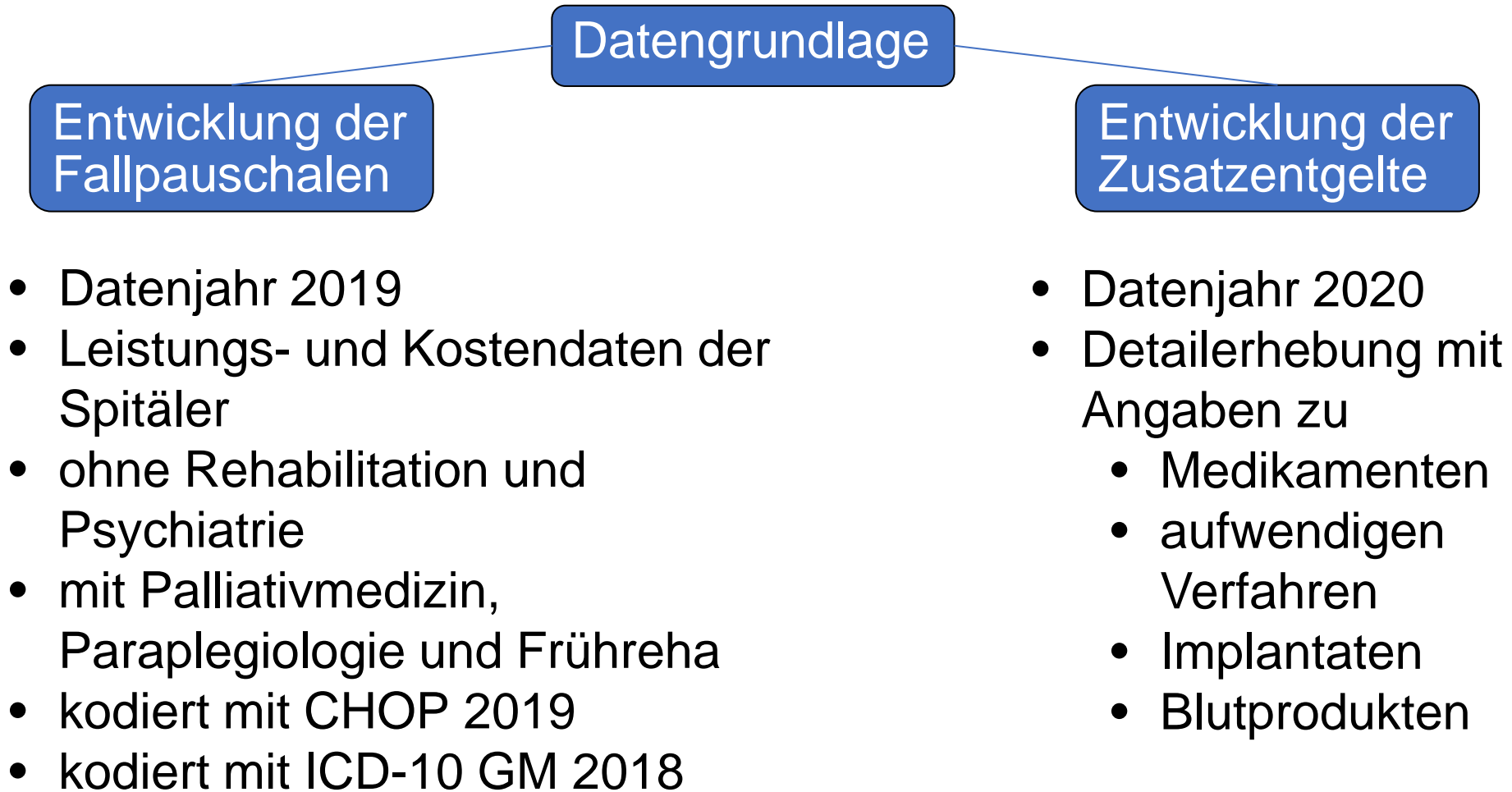
SwissDRG – Version 12.0 / 2023

**Die Kalkulationsmethodik für die Version 12.0
bleibt unverändert im Vergleich zur Version 11.0**

SwissDRG – Version 12.0 / 2023

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

Datengrundlage zur Systementwicklung



Datengrundlage zur Systementwicklung

Kalkulationsdatensatz

- trotz gleichem Datenjahr unterscheidet sich der Kalkulationsdatensatz der Version 12.0 von jenem der Version 11.0
- Grund dafür sind zusätzliche Analysen im Rahmen der Einzelfallprüfung und ein aktualisierter Bereinigungsprozess

Beschreibung	Anzahl Fälle
Kalkulationsdaten V11.0	1'071'040
Gelöschte Fälle Bereinigung V12.0	- 2'183
Gerettete Fälle Bereinigung V12.0	+ 2'096
Kalkulationsdaten V12.0	1'070'953

Anteil Outlier

	V12.0		V11.0	
	Fallzahl	Anteil	Fallzahl	Anteil
Inlier	850'667	79.4%	850'450	79.4%
High Outlier	74'752	7.0%	74'951	7.0%
Low Outlier	67'804	6.3%	67'824	6.3%
Verlegte Fälle	77'647	7.3%	77'647	7.3%
Unbewertete DRG	0	0.0%	0	0.0%
Nicht abrechenbare DRG	83	0.0%	81	0.0%
Alle	1'070'953	100%	1'070'953	100%

Datenbasis: 2019, Kalkulationsdaten

Kostenhomogenität R²

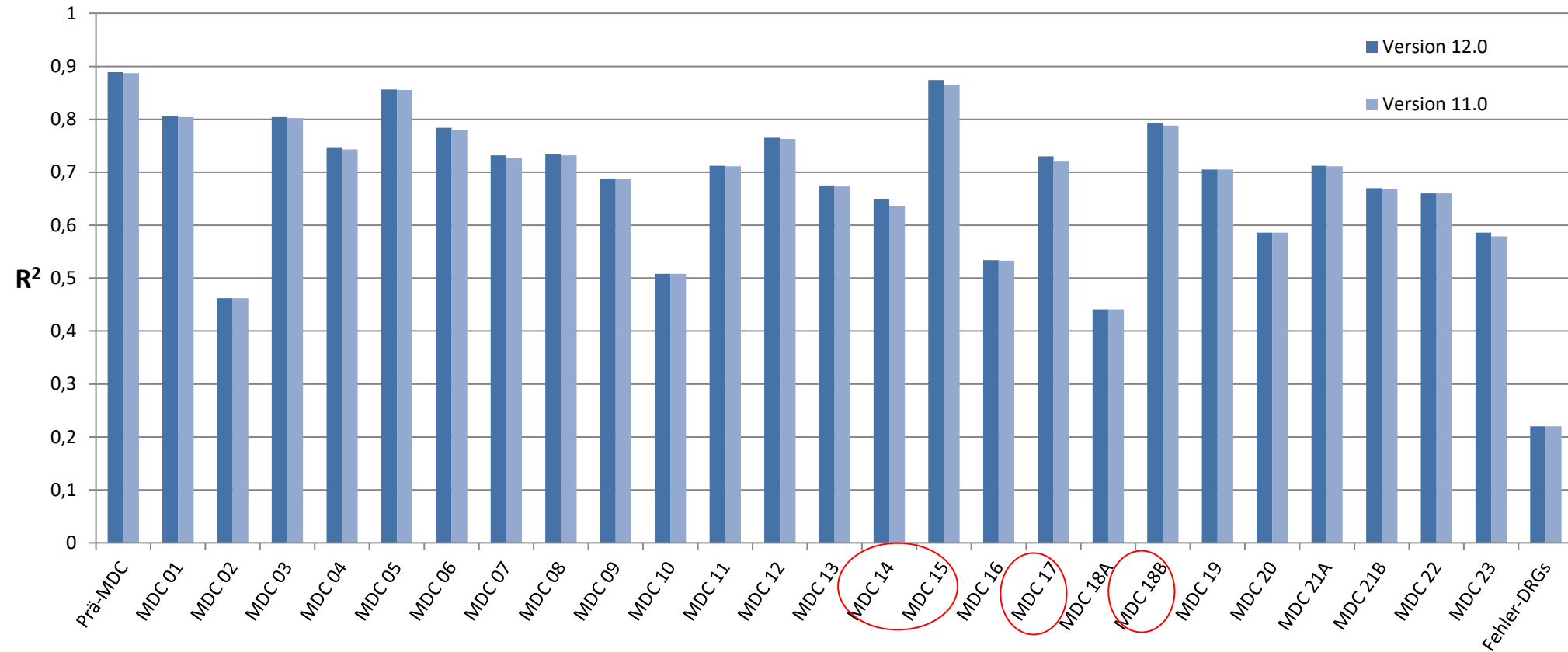
Version V12.0 im Vergleich zu den Vorversionen

Grouperversion	Datenjahr	Alle Fälle	Inlier (gemäss V12.0)
V12.0	2019	0.757	0.854
V11.0		0.755	0.851
V10.0		0.716	0.812

Datenbasis: 2019, Kalkulationsdaten

Kostenhomogenität R^2 nach MDC

Version V12.0 im Vergleich zur Vorversion



Datenbasis: 2019, Kalkulationsdaten, Inlier gemäss V12.0

Berechnung der Bezugsgrösse

Bezugsgrösse wird so berechnet, dass bei identischer Datengrundlage 2019

Summe der effektiven Kostengewichte gruppiert mit V12.0

=

Summe der effektiven Kostengewichte gruppiert mit V11.0

SwissDRG V12.0	SwissDRG V11.0	SwissDRG V10.0
10'314 CHF	10'275 CHF	10'320 CHF

Datenbasis: 2019, SwissDRG Daten Anwendungsbereich, bewertet über V11.0 und V12.0

Casemix Index nach Typologie

Versorgungsstufe	Anzahl Fälle	CMI V12.0	CMI V11.0	Delta V11.0/V12.0
K111 Zentrumsversorgung 1	216'624	1.454	1.451	+ 0.2 %
K112 Zentrumsversorgung 2	652'084	1.019	1.020	- 0.1 %
K121 Grundversorgung 3	117'055	0.889	0.890	- 0.2 %
K122 Grundversorgung 4	85'949	0.921	0.923	- 0.2 %
K123 Grundversorgung 5	25'886	0.911	0.907	+ 0.3 %
K221 Rehabilitationskliniken	1'048	6.360	6.325	+ 0.6 %
K231 Chirurgie	47'455	1.109	1.113	- 0.3 %
K232 Gyn / Neonatologie	4'575	0.390	0.391	- 0.4 %
K233 Pädiatrie	18'545	1.326	1.313	+ 1.0 %
K234 Geriatrie	5'487	1.403	1.391	+ 0.9 %
K235 Spezialkliniken	6'870	1.937	1.922	+ 0.8 %
Alle	1'181'578	1.094	1.094	0.0 %

Datenbasis: 2019, SwissDRG Daten Anwendungsbereich, bewertet über V11.0 und V12.0

Casemix Index nach Partition

Partition	Anzahl Fälle	CMI V12.0	CMI V11.0	Delta V11.0/V12.0
Andere	24'919	0.926	0.928	- 0.3 %
Medizinische	621'665	0.696	0.696	0.0 %
Operative	534'994	1.565	1.565	0.0 %

Datenbasis: 2019, SwissDRG Daten Anwendungsbereich, bewertet über V11.0 und V12.0

Casemix Index nach Alter

Altersklasse	Anzahl Fälle	CMI V12.0	CMI V11.0	Delta V11.0/V12.0
0-16 Jahre	151'097	0.666	0.664	+ 0.4 %
Ab 17 Jahren	1'030'481	1.157	1.157	0.0 %

Datenbasis: 2019, SwissDRG Daten Anwendungsbereich, bewertet über V11.0 und V12.0

Deckungsgrad pro ausgewählte Gruppe mit hypothetischen Einheitsbasispreisen

	Anzahl Fälle	Anteil Gesamtfälle	Deckungsgrad V12.0	Deckungsgrad V11.0	Veränderung V12.0/V11.0
Unispitäler K111	205'078	19.15 %	92.78 %	92.60 %	+ 0.2 %
selbständige Kinderspitäler	17'675	1.65 %	96.29 %	95.37 %	+ 1.0 %
nicht Unispitäler	865'792	80.85 %	102.71 %	102.78 %	- 0.1 %
Inlier	916'491	85.58 %	103.96 %	104.11 %	- 0.1 %
Low Outlier	73'285	6.84 %	103.21 %	103.04 %	+ 0.2 %
High Outlier	81'094	7.57 %	82.71 %	82.11 %	+ 0.7 %
Aufnahmeverlegte Patienten	43'100	4.02 %	97.75 %	96.30 %	+ 1.5 %
Aufnahmeverlegte Inlier-Patienten	35'555	3.32 %	101.30 %	99.90 %	+ 1.4 %
Kinder <16 Jahre ohne DRG P66D, P67D	68'832	6.43 %	100.78 %	100.17 %	+ 0.6 %

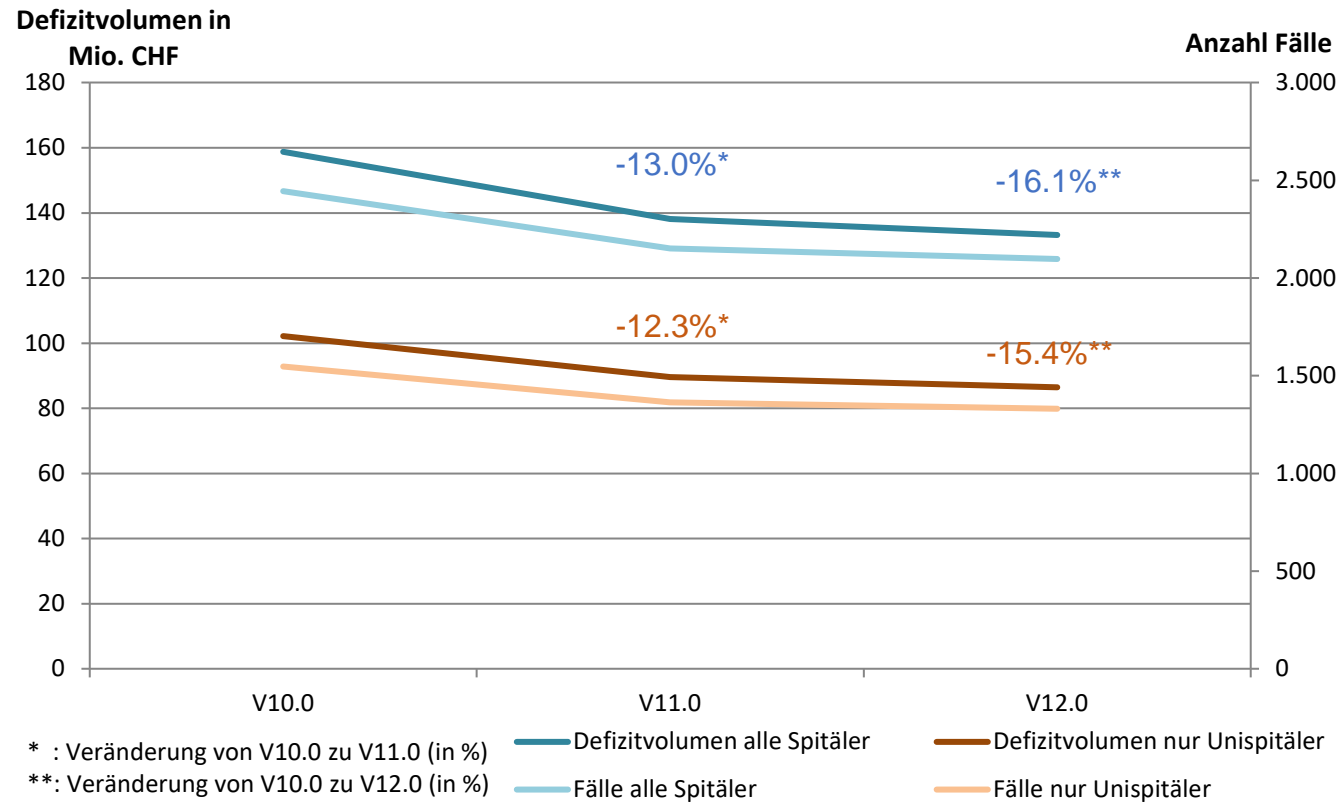
Hypothetische Baserate für Nullgewinne inkl. ANK V12.0: CHF 10'700

Hypothetische Baserate für Nullgewinne inkl. ANK V11.0: CHF 10'698

Datenbasis: 2019, Kalkulationsdaten, bewertet über V11.0 und V12.0

Defizitfälle

Fälle mit Defizit > CHF 40'000.-



Definition VR:

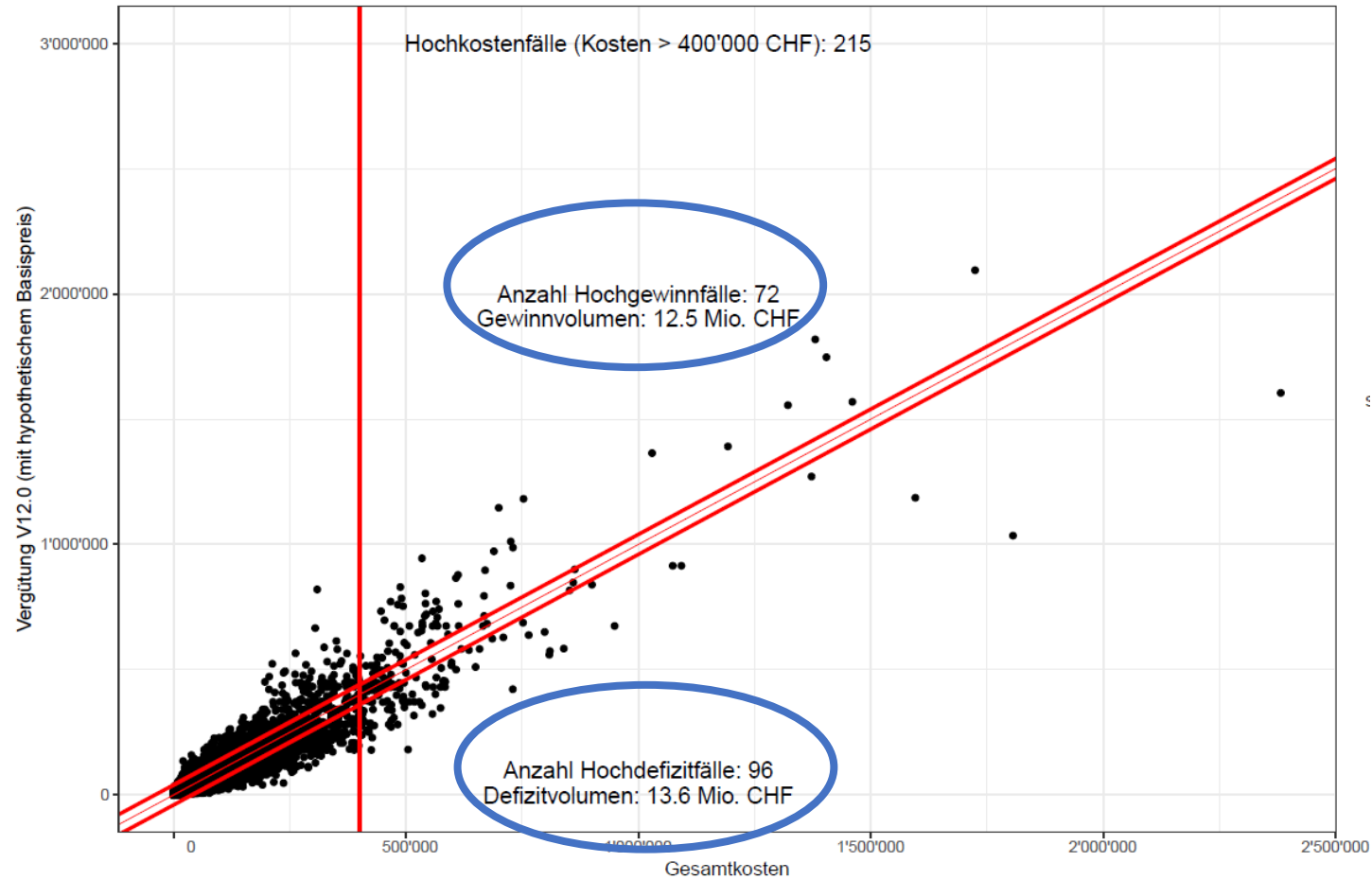
- Defizit > CHF 40'000
- Kosten > CHF 400'000



- 96 Fälle
- 15 betroffene Spitäler
- Defizitvolumen CHF 13.6 Mio.

Datenbasis: 2019, Kalkulationsdaten, bewertet über V10.0, V11.0 und V12.0

Hochkostenfälle Verteilung



Datenbasis: 2019, Kalkulationsdaten

Hochkostenfälle

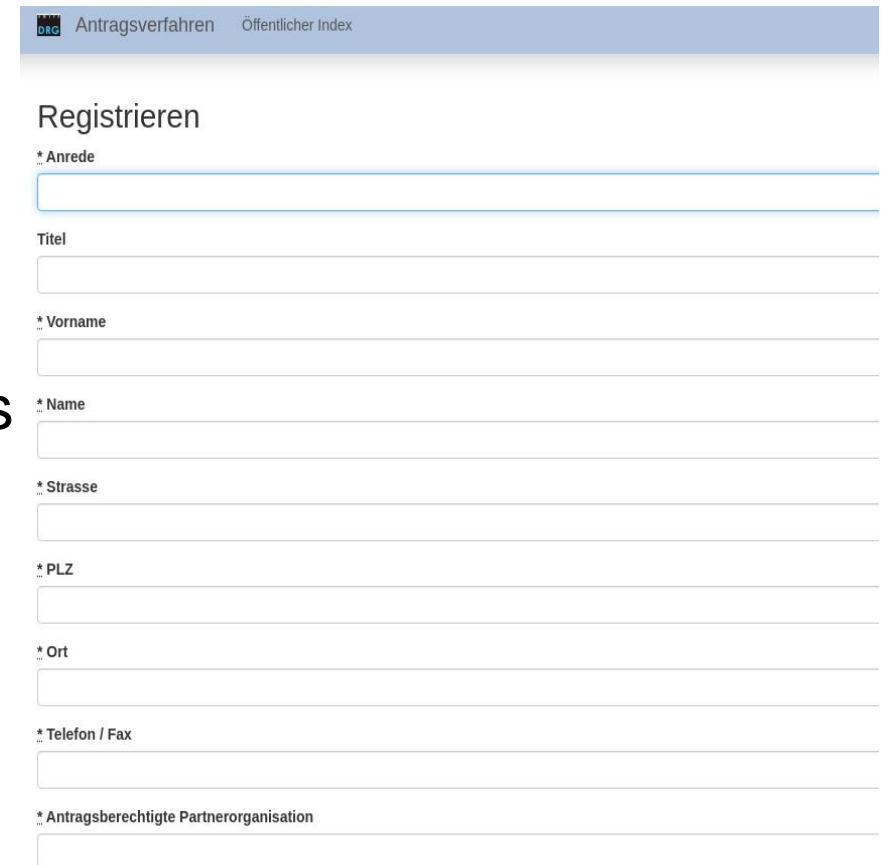
Verteilung

- 215 Hochkostenfälle
 - 0.02% der Gesamt-Fälle
 - ein Fall auf 4980 Fälle
- 78% der Hochkostenfälle weisen Gewinn / Defizit von über 40'000 CHF auf
- 3 von 4 Hochkostenfällen sind High Outlier
- 4 von 5 Hochkostenfällen stammen aus der Prä-MDC
- Kosten in höher bewerteten DRG streuen in der Regel stärker als in tiefer bewerteten DRG
- Wahrscheinlichkeit (absolut) zu tief oder zu hoch vergütet zu werden steigt mit den Gesamtkosten an

Hinweis zum Antragsverfahren

Neu:

- Registrierung erforderlich
- nicht mehr bei jedem Antrag Eintrag der Personendaten erforderlich (für Tarpsy / ST Reha ab 2023)
- Übersicht über alle eigenen Anträge, Link muss nicht mehr benutzt werden
- weitere Informationen über Newsletter und Homepage


A screenshot of the SwissDRG registration form. The form is titled 'Registrieren' and is located on the 'Antragsverfahren' page of the 'Öffentlicher Index'. The form contains several input fields, each with a label and a small asterisk indicating it is required. The fields are: 'Anrede', 'Titel', 'Vorname', 'Name', 'Strasse', 'PLZ', 'Ort', 'Telefon / Fax', and 'Antragsberechtigte Partnerorganisation'. Each field is represented by a horizontal line with a small vertical bar on the left side, indicating the start of the input area.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

SwissDRG AG

Länggassstrasse 31

CH-3012 Bern

 +41 (0) 31 310 05 50

e-mail: info@swissdrg.org