



Systempräsentation

SwissDRG AG

SwissDRG – Version 14.0 / 2025

07. Mai 2024

SwissDRG – Version 14.0 / 2025

Rückmeldungen:

- Vernehmlassung zur Tarifversion bis 21.05.2024
- Übermittlung der Entwicklungsschwerpunkte bis 04.06.2024

Zeitachse – Tarifstruktur

28. Juni 2024



Katalog-
version
2022/2025

CHOP 2022
ICD-10-GM 2022

08. Juli 2024



Planungs-
version
2023/2025

CHOP 2023
ICD-10-GM 2022

23. August 2024



Planungs-
version
2024/2025

CHOP 2024
ICD-10-GM 2022

29. November 2024



Abrechnungs-
version
2025/2025

CHOP 2025
ICD-10-GM 2024

SwissDRG – Version 14.0 / 2025

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

Anzahl Spitäler

Datenjahr	2022	2021	2019
Netzwerkspitäler	152	149	141
Gesamtspitäler	187	189	182

- Gesamtlöschung von 14 Spitälern
- Daten von 138 Spitälern zur Systementwicklung verwendet (137 im Vorjahr)

Gelieferte Fälle

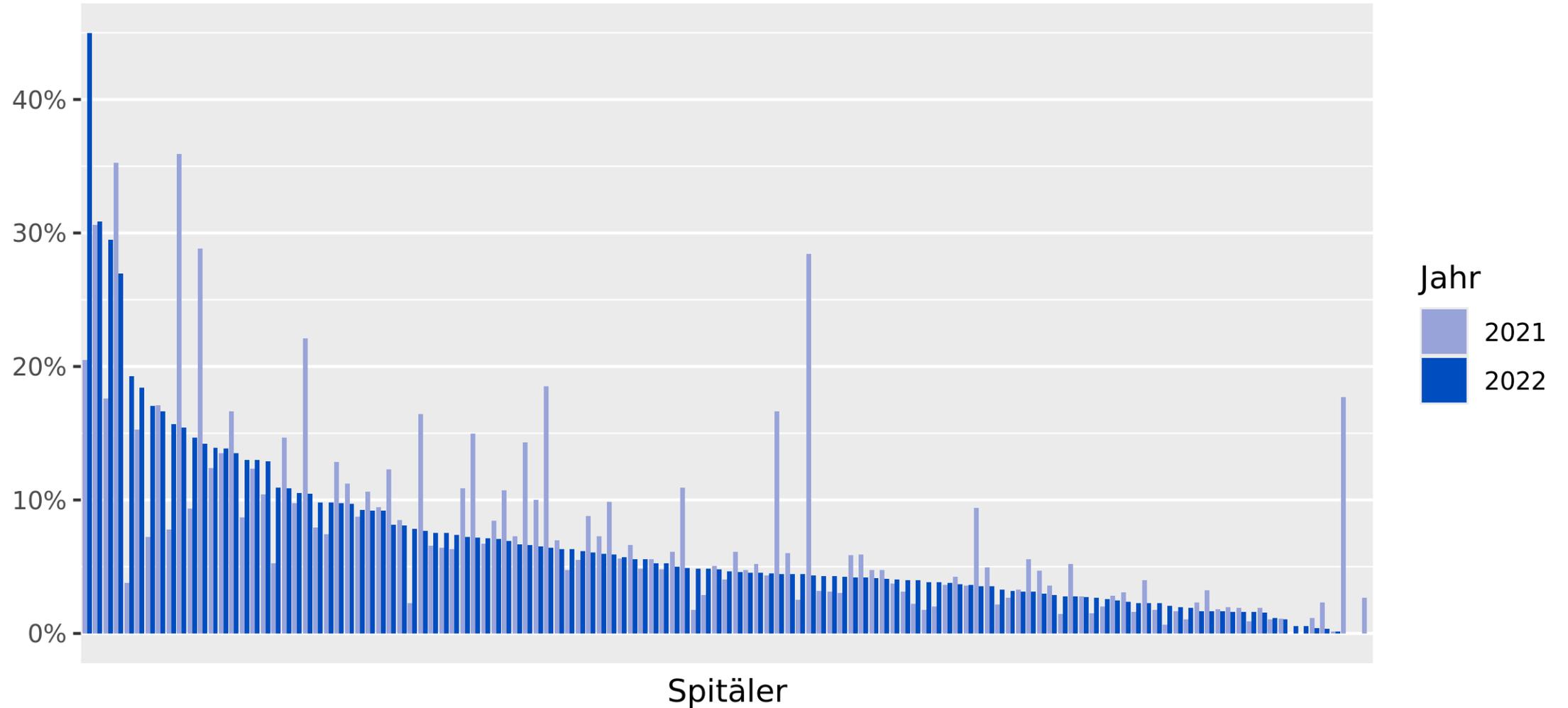
Datenjahr	2022	2021	2019
Tarifstruktur	SwissDRG 14.0	SwissDRG V13.0	SwissDRG V11.0 / 12.0
Daten NWS	1'235'163	1'197'531	1'182'252
Gesamtdaten	1'287'215	1'257'147	1'278'953
Stichprobe	95.96 %	95.26 %	92.44 %

Übersicht Datenerosion

Gesamtdaten	SwissDRG Erhebung	
1'287'973	1'243'232	gelieferte Fälle
↓	↓	<ul style="list-style-type: none"> - Psychiatrie / Rehabilitation - Ambulante Fälle - Austritt ausserhalb der Erhebungsperiode
1'287'215	1'235'163	Fälle im Anwendungsbereich (inkl. Geburtshäuser)
	↓	<ul style="list-style-type: none"> - nicht verwendbare, private Fälle - Fälle ohne Vollkosten
	1'209'970	Datensatz vor Plausibilisierung
	↓	- Plausibilisierung der Fälle (inkl. Gesamtlöschung von 14 Spitälern)
	1'107'072	Plausible Fälle 2022 (Kalkulationsdaten)
		<ul style="list-style-type: none"> + 601 Fälle aus Daten 2021 + 163 Fälle aus Daten 2019

} Systementwicklung

Anteil der unplausiblen Fälle pro Jahr



Lieferumfang (Anzahl Spitäler)

Medikamente / Implantate / teure Verfahren

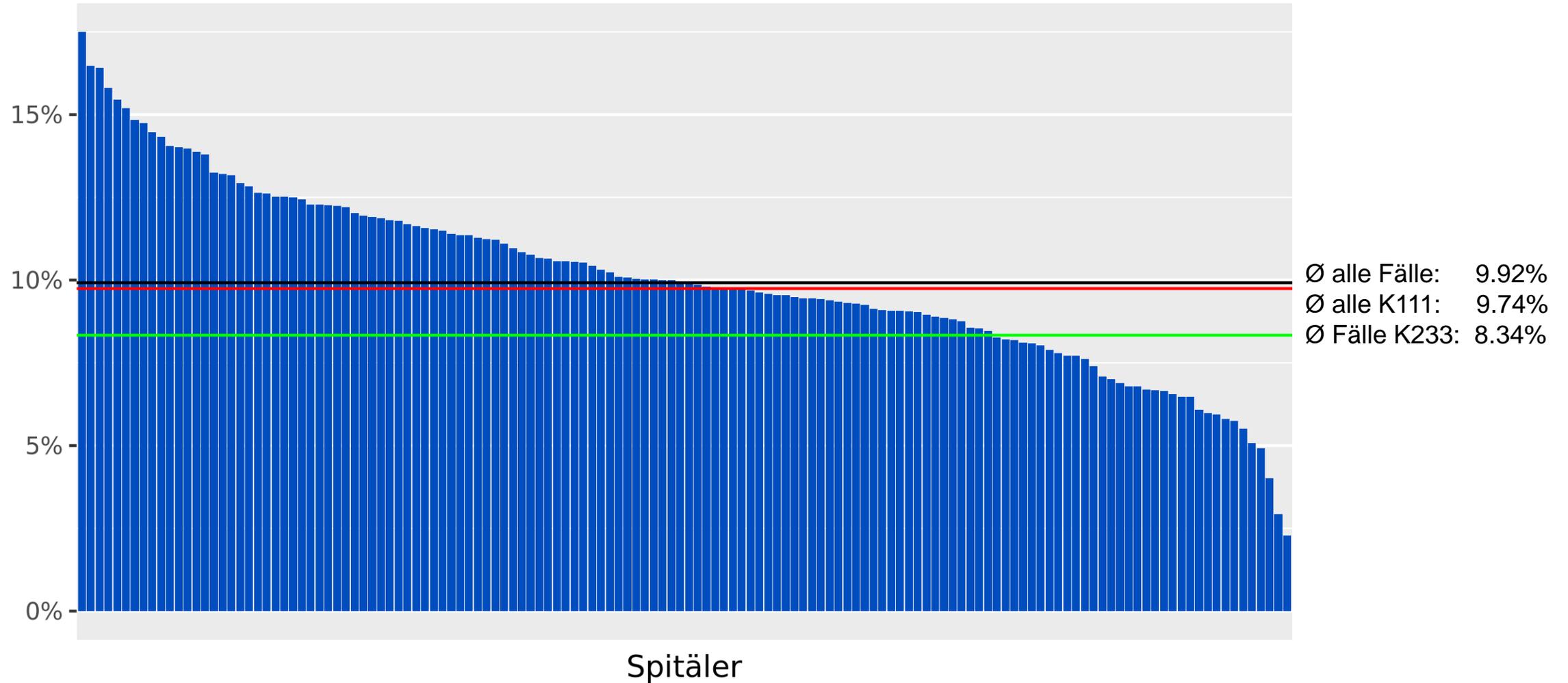
	V14.0			V13.0	V12.0
Datenjahr	2022	2022 Uni- spitäler	2022 Kinder- spitäler	2021	2020
teure Medikamente in der medizinischen Statistik					
	117	5	3	109	105
Detailerhebung, Angabe von Kosten....					
... teurer Medikamente	58	5	2	62	65
... teurer Implantate	27	5	2	41	47
-davon Kunstherzen	4	3	1	3	4
... teurer Verfahren/Blutprodukte	32	5	2	37	40

Anlagenutzungskosten

- Daten von 138 Spitälern zur Systementwicklung verwendet
- Grundlage zur Ermittlung der Anlagenutzungskosten:

Kostenträgerrechnung REKOLE®	138
andere betriebswirtschaftliche Kostenträgermethode	0

Anteil der Anlagenutzungskosten



Datenbasis: 2022, Kalkulationsdaten

SwissDRG – Version 14.0 / 2025

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

Entwicklungsschwerpunkte Version 14.0 / 2025



MDC übergreifende Umbauten

Geschlechtsspezifische Prüfungen

Ausgangslage:

- seit 2022 einfache Änderung des Geschlechtseintrags im Personenregister möglich
- unter diesem Aspekt Tabellen «*Geschlechtskonflikt*» bedeutungslos
- Prüflogik in der Tarifstruktur nicht sinnvoll

Umbau:

- Entfernung aller «*geschlechtsspezifische Alterskonflikte Prozeduren/Diagnosen*» aus Mainlogik (Konflikttabellen)

Abbildung aufwendiger Fälle CAR-T Zell Therapie

Ausgangslage:

- seit Jahren spez. Tarif- und Lieferverträge für CAR-T Zell Wirkstoffe
- Vorgabe des BR / BAG → CAR-T Zell Produkte so bald als möglich in Tarifstruktur überführen
- verschiedene Anträge zum Thema

Analysen:

- Tabellen mit ATC Codes im Entwicklungstool implementiert
- Aufnahme aller CAR-T Zell Wirkstoffe in eigene DRG
- Splitkriterium nach Diagnosen erstellt

Abbildung aufwendiger Fälle CAR-T Zell Therapie

Ergebnis:

- nur Fälle mit Diagnose «*Diffuses großzelliges B-Zell-Lymphom (DLBCL)*» und Wirkstoffen «*Lisocabtagene Maraleucel; Axicabtagen Ciloleucel; Tisagenlecleucel*» und «*41.0F.13 Transplantation von CAR [chimeric antigen receptor] T-Zellen*» in CAR-T Zell DRG abgebildet
- alle anderen CAR-T Zell Wirkstoffe werden weiter über ein ZE vergütet
- erneute Prüfung mit Daten 2023

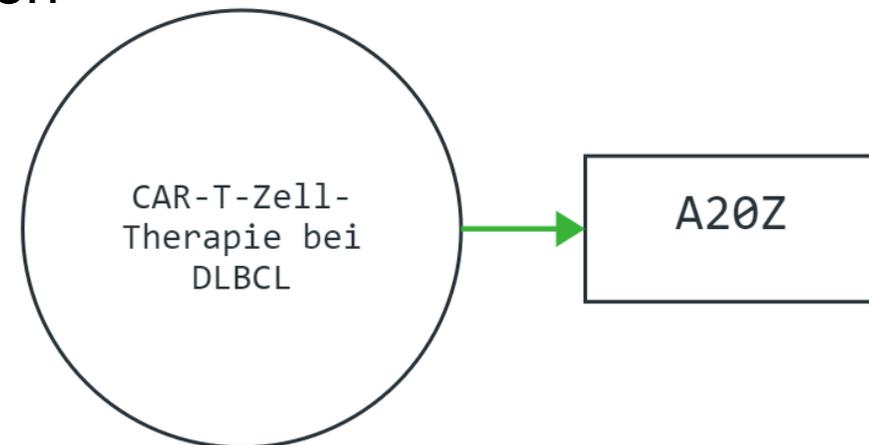


Abbildung aufwendiger Fälle CAR-T Zell Therapie / TILs

Umbau Basis DRG A15:

- Fälle mit CHOP Kode 41.0F.13 «*Transplantation von CAR [chimeric antigen receptor] T-Zellen*» oder 41.0F.14 «*Transplantation von TILs [tumor infiltrating lymphocytes]*» gruppieren in DRG A15A

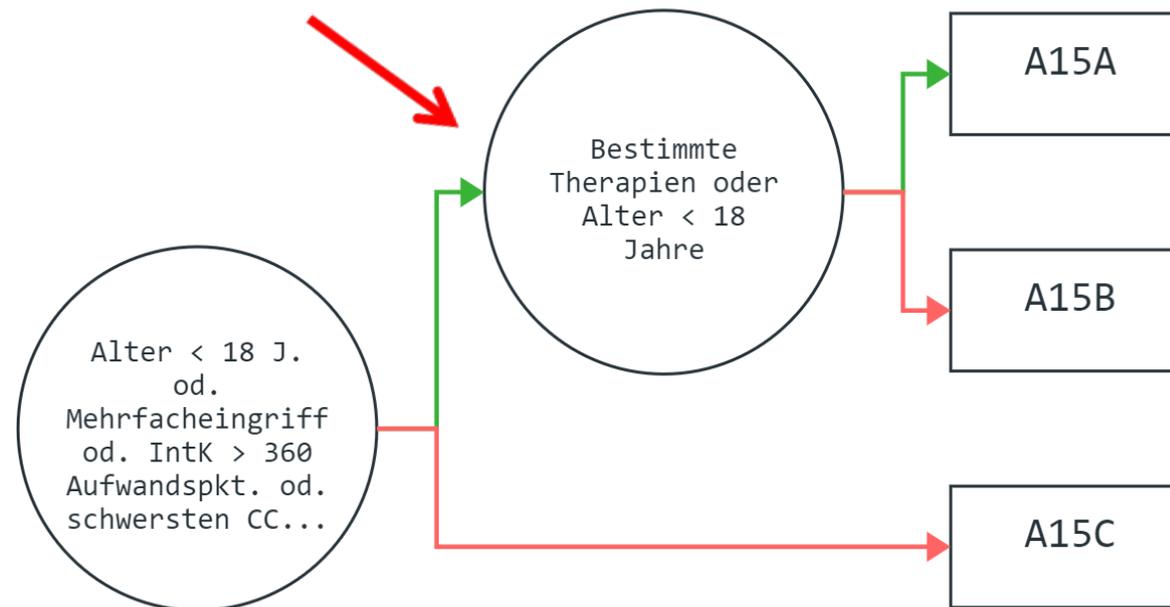


Abbildung aufwendiger Fälle

Tumorboard

Häufige Rückmeldung:

- interdisziplinäre Tumorfallbesprechung (Tumorboard) aufwendig:
 - Teilnahme von mind. 4 unterschiedlichen Fachdisziplinen
 - intensive Besprechung jedes einzelnen Falles
- Erfassung mit CHOP Codes 89.93 «*Interdisziplinäre (Tumor-)fallbesprechung (Tumorboard)*»

Abbildung aufwendiger Fälle Tumorboard

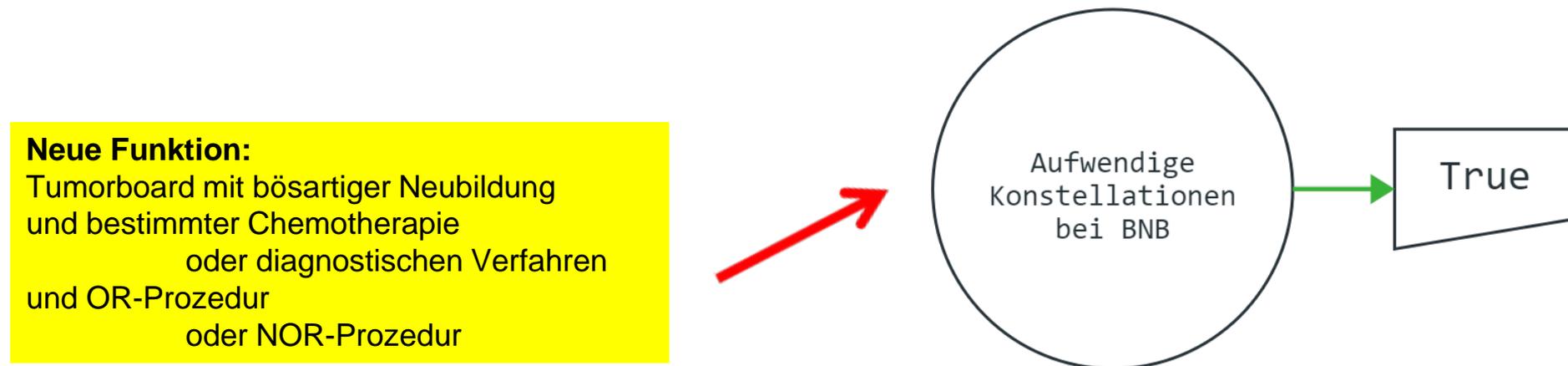
Analysen:

- Abbildung des Tumorboards und Simulationen bereits auf Daten 2021 geprüft
- erneute Prüfung mit Daten 2022: insgesamt über 150 Analyserechnungen
- CHOP Kode 89.93 «*Interdisziplinäre (Tumor-)fallbesprechung (Tumorboard)*» allein kein guter Kostentrenner

Abbildung aufwendiger Fälle Tumorboard

Umbau:

- umfangreiche Prüfung als Splitkriterium in der Tarifstruktur



- Aufnahme der neuen Funktion in 15 Basis DRGs über alle MDCs verteilt

Kindermedizin

NG / Kinder IntK / IMCK Aufwandspunkte

Vormerkung:

- mit Daten 2022 erstmals tiefe Neugeborenen/Kinder IntK/IMCK Punkte:
 - «IntK/IMCK NG/Ki, 1 bis 65 Aufwandspunkte»
 - «IntK/IMCK NG/Ki, 66 bis 130 Aufwandspunkte»
 - «IntK/IMCK NG/Ki, 131 bis 196 Aufwandspunkte»
- nach Wegfall Beatmungsstunden in vereinzelt Logiken Platzhalter für tiefe Punktzahl von Kindern
- in der Planungsversion V13.0 ersetzt worden
- jetzt Prüfung und ggf. Anpassung der Kinder Punkte

Kindermedizin

NG / Kinder IntK / IMCK Aufwandspunkte

Ergebnis:

- MDC 01: B02A / B03A → «IntK/IMCK > 130 Pkt.»
- MDC 04: Basis DRG E87 und DRG E87A → «IntK/IMCK > 65 Pkt./ > 130 Pkt.»
- MDC 05: F73A → «IntK/IMCK > 65 Pkt.»
- MDC 06: G67A → «IntK > 130 Pkt.»
- MDC 09: J87Z → «IntK > 130 Pkt.»
- MDC 11: L87Z → «IntK > 130 Pkt.»
- MDC 14: Basis DRG O38 → «IntK/IMCK > 130 Pkt.»
- MDC 15: P66B / P67B → «IntK/IMCK > 130 Pkt.»
- MDC 21: X62B / X86A → «IntK/IMCK > 65 Pkt.»

Kindermedizin

Schweres Problem

Problem:

- untervergütete Fälle in DRG P05C «*Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 1999 g mit signifikanter OR-Prozedur...*», welche die Splitbedingung «*Mehrere schwere Probleme*» für DRG P05B nicht erfüllen
- Homogenitätsprüfung in DRG P05B

Analyse:

- Mehraufwand aufgrund Intensivbehandlung im Zusammenhang mit «*schweres Problem beim NG*» in DRG P05C erkennbar
- DRG P05B kein klarer Kostentrenner ersichtlich

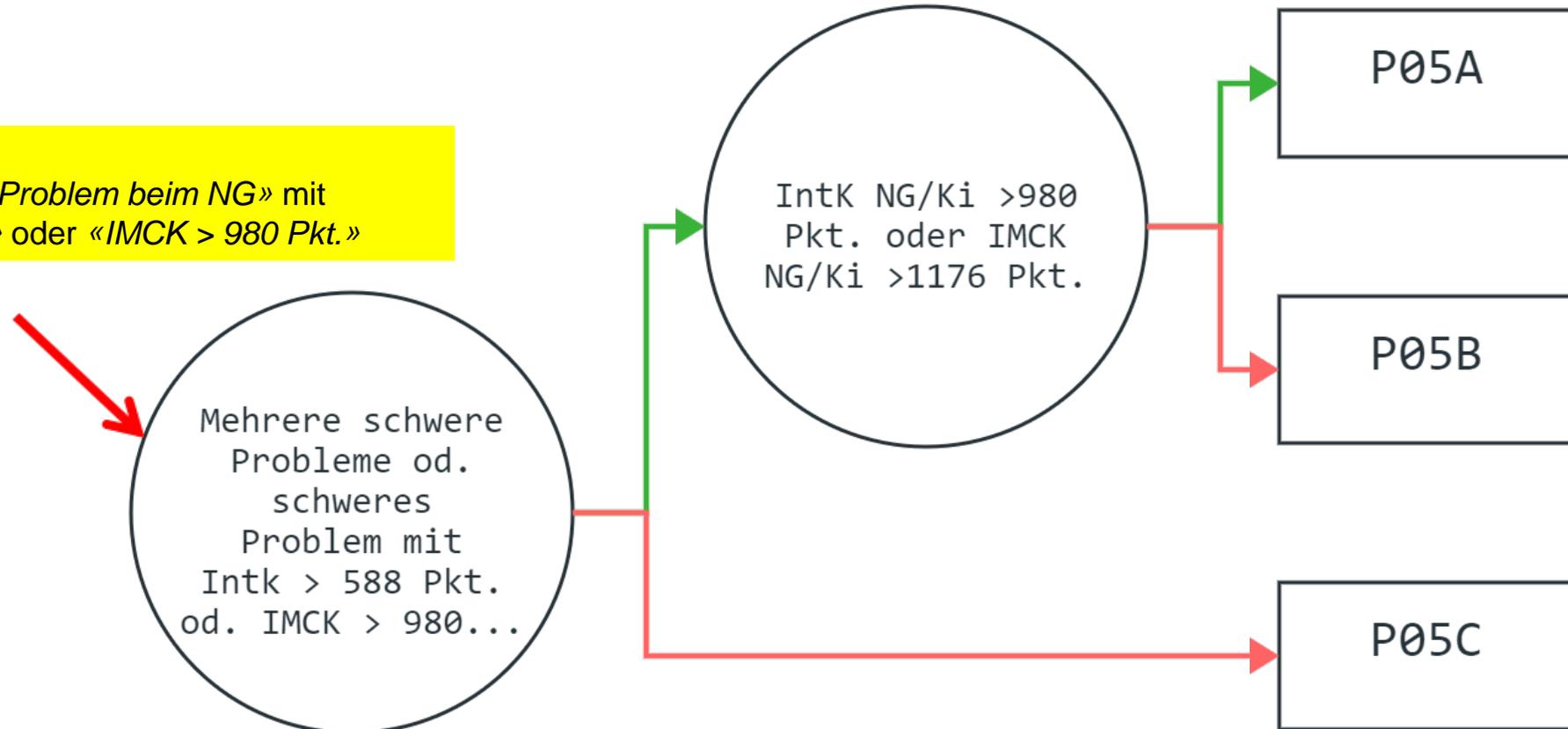
Kindermedizin

Schweres Problem

Umbau:

Neu:

oder «Schweres Problem beim NG» mit
«IntK > 588 Pkt.» oder «IMCK > 980 Pkt.»



Kindermedizin

Darmperforation in der Perinatalperiode

Hinweis:

- Fälle mit Hauptdiagnose P78.0 «*Darmperforation in der Perinatalperiode*» und Aufnahmegewicht > 2500g gelangen in DRG 963Z «*Neonatale Diagnose unvereinbar mit Alter oder Gewicht*»
- Vorgabe Kodierungshandbuch Kodierung «*Ursprung in der Perinatalperiode*»!

Umbau:

- ICD Kode P78.0 in HD Tabelle MDC 06 «*Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane*» aufgenommen
- Basis DRG G70 «*Andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane oder kutaneoperitonealer Katheter*» zugeordnet

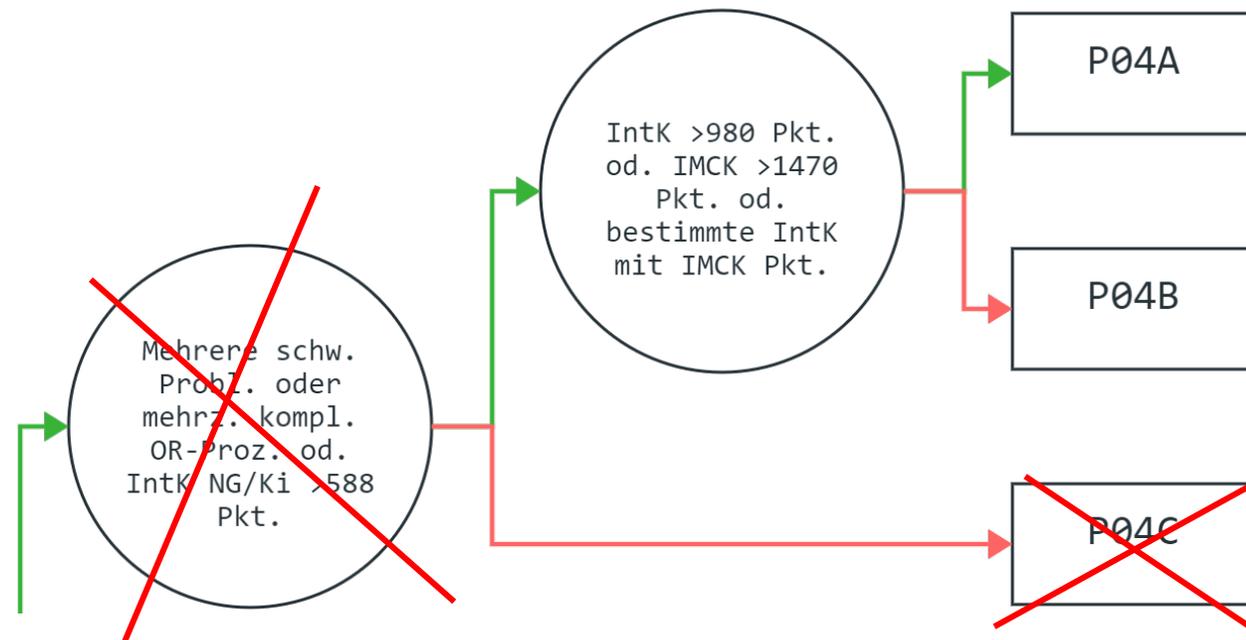
Kindermedizin

Kondensation MDC 15

Problem:

- Splitkriterien in DRG P04B und DRG P04C nicht mehr kostentrennend

Umbau:

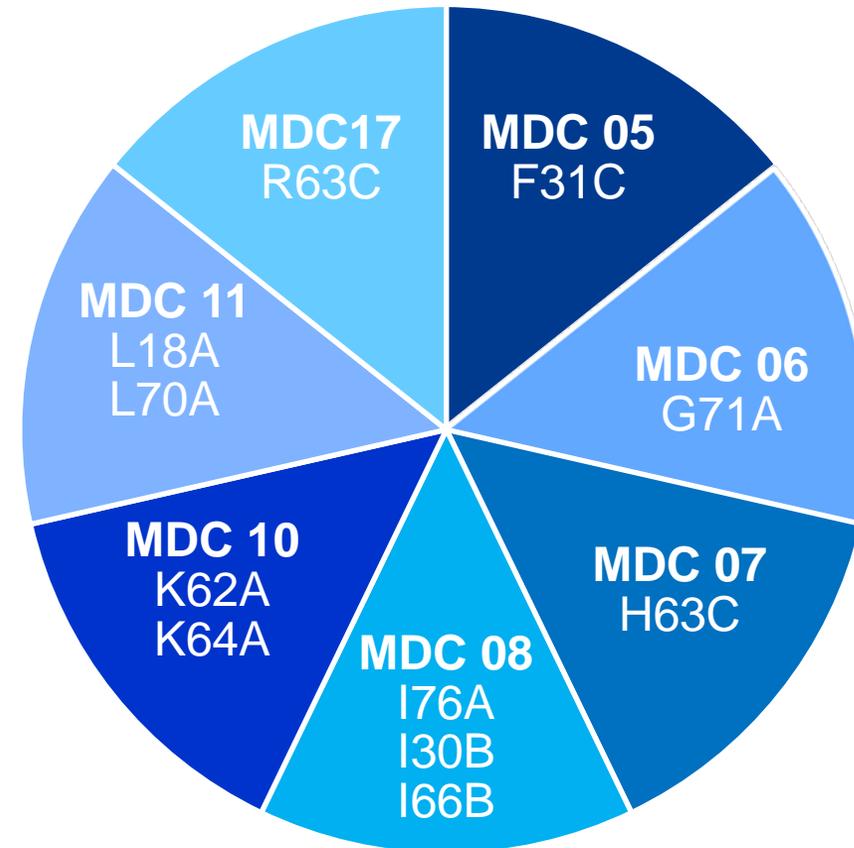


Kindermedizin

Kindersplits

Umbau:

- bestehende Kindersplits wurden überarbeitet und / oder neue Splits erstellt



Kindermedizin

Verdacht / Hinweis auf Kindesmisshandlung

Problem:

- CHOP Codes 99.A5.- «*Abklärung bei Verdacht oder Nachweis von Gefährdung, Misshandlung und Vernachlässigung im Neugeborenen-, Säuglings-,...*» und 99.A5.31 «*Komplexe Abklärung bei Verdacht oder Nachweis auf Kindsmisshandlung oder Vernachlässigung im Neugeborenen-, Säuglings-,...*» werden in einigen Kliniken nicht kodiert

Lösung:

- Fachgesellschaft hat eine Textüberarbeitung vorgenommen «*Basisabklärung bei Risiko- und Gefährdungssituationen im Neugeborenen....*»
- Anpassung erfolgt für CHOP Katalog 2025

Paraplegiologie

Prä-MDC

Neue Hinweise / Anträge:

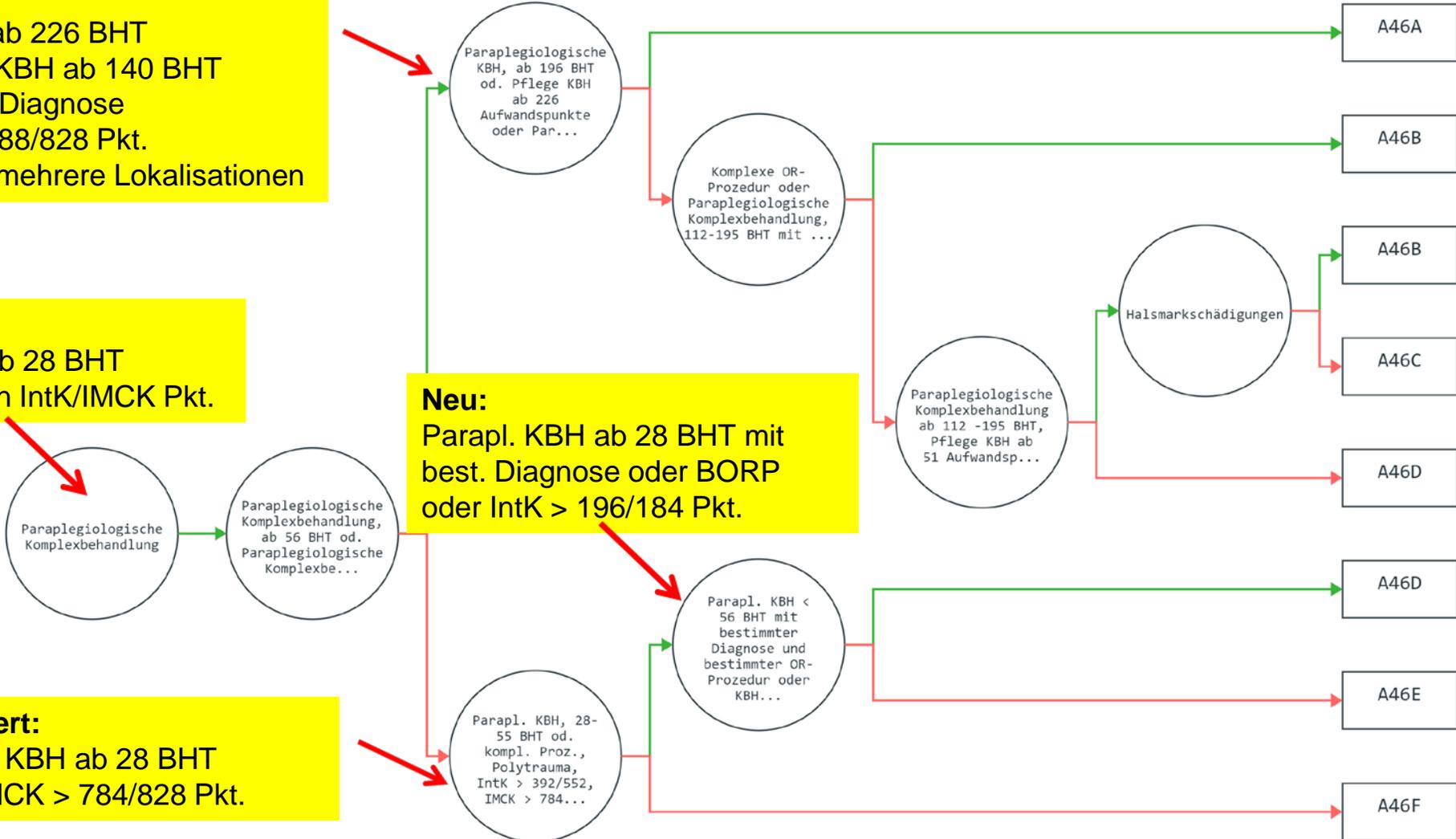
- zur Abbildung von Para-/Tetraplegie Fällen
- Prüfungen von Einzelfällen mit Paraplegiologie
- Aufwertung paraplegiologischer Fälle mit Harntraktinfektionen

Paraplegiologie Prä-MDC

Erweitert:
Pflege KBH ab 226 BHT
oder parapl. KBH ab 140 BHT
und best. Diagnose
oder IntK > 588/828 Pkt.
oder Eingriff mehrere Lokalisationen

Erweitert:
Parapl. KBH ab 28 BHT
mit bestimmten IntK/IMCK Pkt.

Erweitert:
Parapl. KBH ab 28 BHT
oder IMCK > 784/828 Pkt.



Paraplegiologie

Nervensystem MDC 01

Antrag:

- Fälle mit Nebendiagnose G82.- «*Akute (in-)kompletter Querschnittslähmung*» oder S14.- «*Verletzung der Nerven /des Rückenmarkes*» gruppieren in DRG B61C «*Paraplegie/Tetraplegie oder Verletzungen am Rückenmark mit operativem Eingriff...*»

Beispiel:

- Fälle mit Aortenaneurysma und Nebendiagnose «*Akute Querschnittslähmung*» gruppieren in DRG B61C statt in DRG F51 «*Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen...*»
- ND übersteuert Prozedur
- DRG B61C tiefer bewertet als DRG F51A

Paraplegiologie

Nervensystem MDC 01

Umbau I:

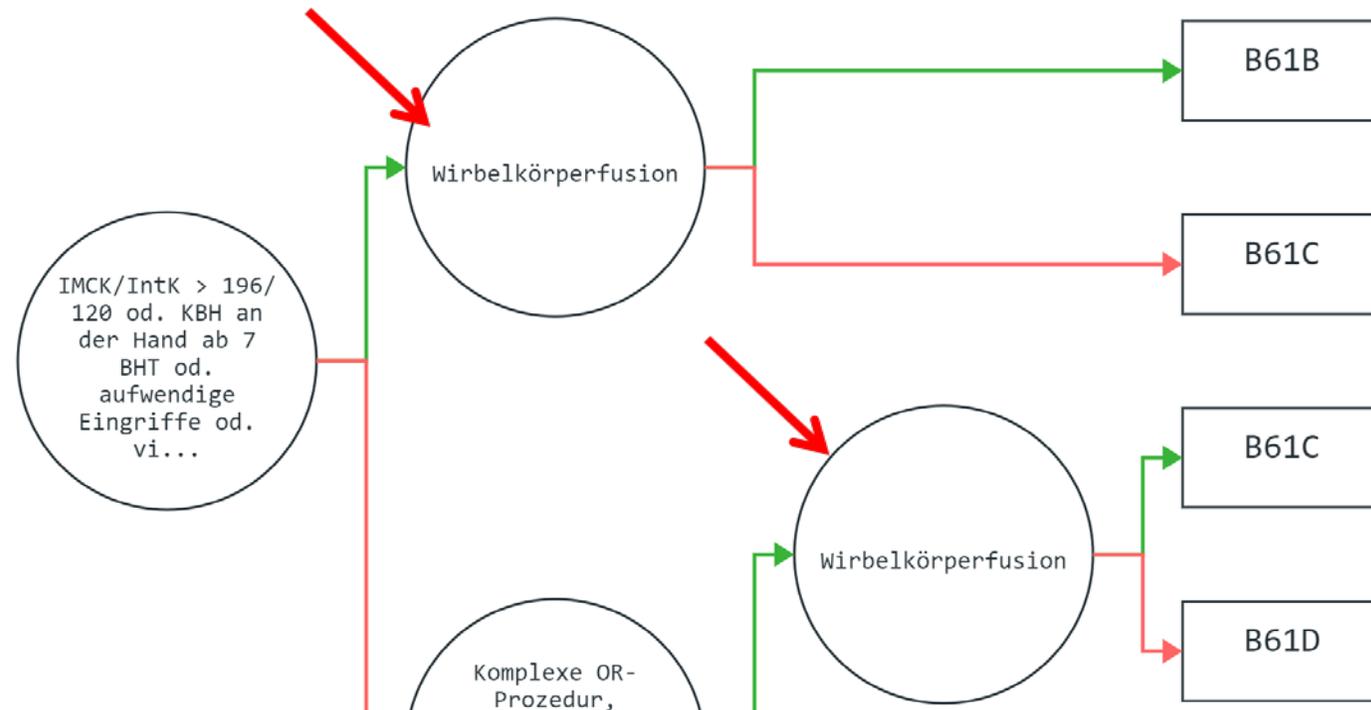
- Aufwertung ICD Gruppe G82.- «*Akute (in-)kompletter Querschnittslähmung*» in B61A: «*Paraplegie/Tetraplegie oder Verletzungen am Rückenmark...*» mit Bedingung Basis DRG F51, I06 oder DRG I95Z
- Aufnahme «*bestimmte IntK mit IMCK Aufwandspunkten*» Kombination in B61A:
 - IMCK NG/Ki. > 197 Pkt. und IntK NG/Ki. > 197 Pkt.
 - IMCK Erw. > 185 Pkt. und IntK Erw. > 361 Pkt.
 - IMCK Erw. > 361 Pkt. und IntK Erw. > 185 Pkt.

Paraplegiologie

Nervensystem MDC 01

Umbau II:

- Split der DRG B61B und B61C mit Aufwertung DRG I09B «Komplexe Wirbelkörperperfusion mit äusserst schweren CC...»



Paraplegiologie

MDC übergreifend

Umbau:

- Aufwertung Diagnosetabelle
«*Para-/Tetraplegie*»

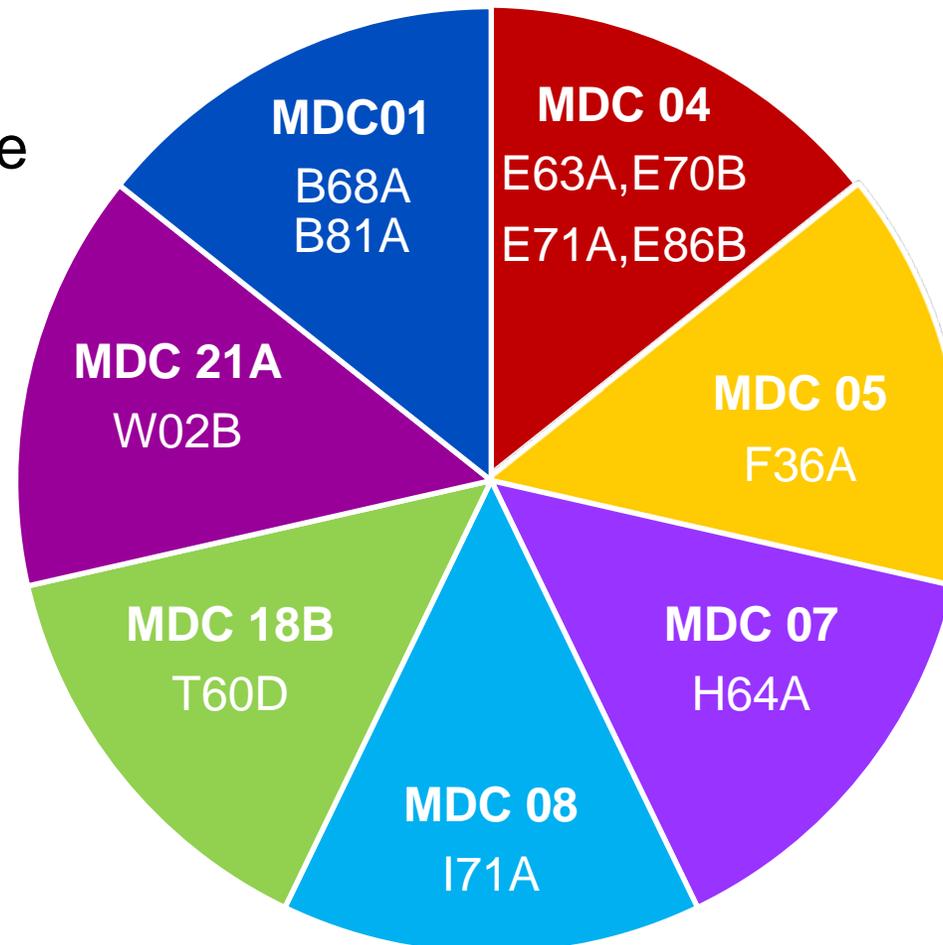


Abbildung aufwendiger Fälle

Frührehabilitation

Hinweis:

- nicht sachgerechte Abbildung von Frühreha-Fällen mit hoher Anzahl an Behandlungstagen oder aufwendigen Behandlungen

Analyse:

- zahlreiche Analysen und Simulationen
- für eigene DRG nach Anzahl der BHT zu geringe Fallzahlen
- Differenzierung nach BHT in Prä-MDC oder in Organ-MDCs nicht zielführend

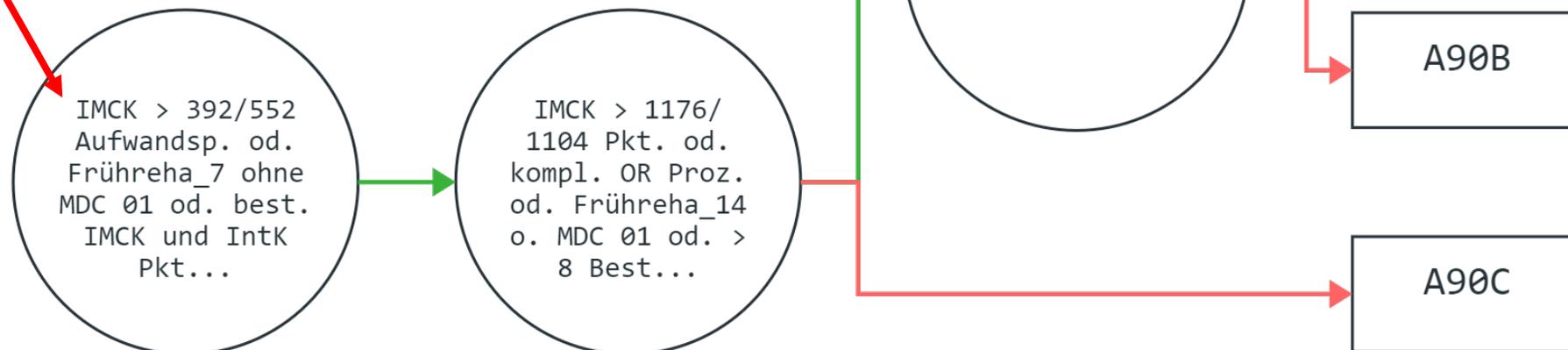
→ Fälle wie bisher sehr gut abgebildet

Abbildung aufwendiger Fälle Frührehabilitation

Umbau:

- Aufnahme «*Neurologisch-neurochirurgischen oder fachübergreifende Frührehabilitation ab 7 BHT*» in Basis DRG A90

Entfernt: Frühreha ab 14 BHT ohne MDC 01
Neu: Frühreha ab 7 BHT ohne MDC 01



Palliativmedizin

Entwicklungsschwerpunkt

- Spitalbenchmark Analyse Daten 2019 und 2020
- einzelne Spitäler insbesondere Unikliniken weisen hohe Unterdeckung auf
 - Begleitung: psychosoziale Leistungen nicht Bestandteil des CHOP Codes
 - Mindestmerkmale: häufig am Lebensende nicht anwendbar
 - Problem Hochdefizitfälle
 - Verlegungen: Palliativkliniken sind mit hohen Abschlägen konfrontiert
 - Langlieger (> 28 BHT): tagesabhängiger Aufwand wird nicht berücksichtigt
 - Kurzlieger (< 7 BHT): gruppieren nicht in Basis DRG A97

Palliativmedizin

Ausgangslage

Klassifikationen:

- CHOP Kode 2020

93.8A.25 «Palliativmedizinische Komplexbehandlung, bis 6 Behandlungstage»

93.8B.11 «Basisleistung "Spezialisierte Palliative Care", bis 6 Behandlungstage»

93.8B.21 «Spezialisierte Palliative Care mit zusätzlicher Leistung von Therapien, bis 6 BHT»

- CHOP Kode 2024

Beispiel:

93.8A.2B «Palliativmedizinische Komplexbehandlung, bis 3 Behandlungstage»

93.8A.2C «Palliativmedizinische Komplexbehandlung, mindestens 4 bis 6 Behandlungstage»

Palliativmedizin

Ausgangslage

CHOP	Bezeichnung*		Abbildung
93.8A.2*	Palliativmedizinische Komplexbehandlung, nach Anzahl Behandlungstage (BHT)		
	93.8A.25	... bis 6 Behandlungstage	versch. DRGs
	93.8A.26 - 2A	... ab 7 Behandlungstage	A97**
	93.8B.12 -15	Basisleistung «Spezialisierte Palliative Care», ab 7 BHT	versch. DRGs
93.8B.2*	Spezialisierte Palliative Care mit zusätzlicher Leistung von Therapien, n. Anzahl BHT		
	93.8B.21	... bis 6 Behandlungstage	versch. DRGs
	93.8B.22 - 25	... ab 7 Behandlungstage	A97**

* *Palliativ = ohne CHOP Kode 93.8B.11*

** *ohne Fälle «ab 7 Behandlungstage und IntK > 393/552 Aufwandspunkte»*

Palliativmedizin

Kinder

Antrag:

- **einige** kinderpädiatrische Einrichtungen wenden die Komplexbehandlung an
- Fälle gruppieren in Basis DRG A97 → sind dort jedoch untervergütet

Umbau:

- DRG A97A: «*palliativmedizinische KBH ab 28 BHT und Alter < 16 Jahre...*»
- DRG A97B: «*palliativmedizinische KBH ab 21 BHT und Alter < 16 Jahre...*»
- DRG A97C: «*palliativmedizinische KBH ab 14 BHT und Alter < 16 Jahre...*»
- DRG A97D: «*palliativmedizinische KBH ab 7 BHT und Alter < 16 Jahre...*»

Palliativmedizin

Komplexe Fälle

Antrag:

- aufwendige Fälle erreichen DRG A97A nicht, da Tabelle «Komplexe OR-Prozedur (KORP)» unvollständig
- Prüfung zur Aufnahme Basis DRGs R50, R60, T01 in Basis DRG A97

Umbau:

- Codes 01.24.2-/99 «Zugang zur Kalotte,...», 01.24.3- «Zugang zur Schädelbasis,....» in KORP aufgenommen
- DRG A97A «palliativmedizinische KBH ab 28 BHT und ADRG (A93)»
- Aufnahme «DRG (R60A)» in DRG A97B und «DRG (R60B)» in DRG A97D
- Entfernung DRG A97G

Prä-MDC

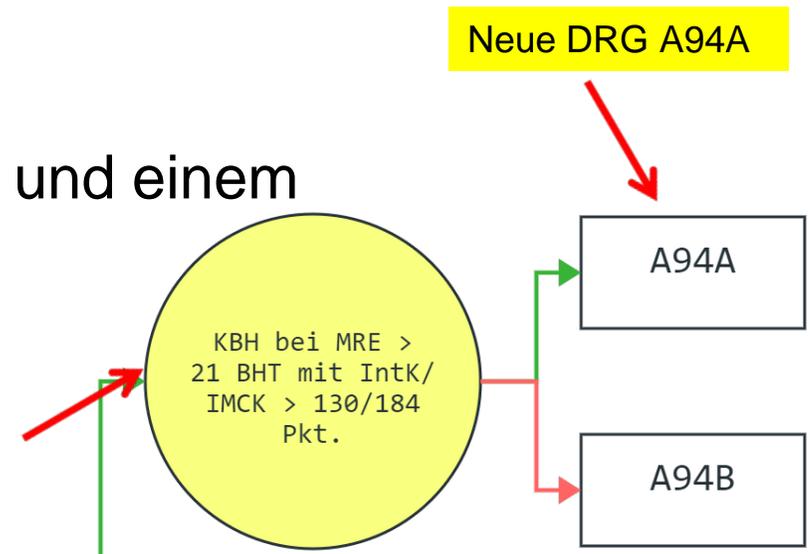
Komplexbehandlung bei MRE

Antrag:

- Kostenhomogenität in Basis DRG A94 «Komplexbehandlung bei Besiedlung oder Infektion mit multiresistenten Erregern...» prüfen
- Herabsetzen PCCL-Split für DRG A94B

Umbau:

- teure Fälle mit «Komplexbehandlung bei MRE > 21 BHT» und einem Aufenthalt auf Intensiv oder IMCU erkennbar
- bisheriger «PCCL > 4» für DRG A94C sachgerecht



MDC übergreifende Umbauten

Kontaktisolation

Analyse:

- Abbildung CHOP Codes 99.84.1- «*Kontaktisolation, ab 7 Behandlungstage*» in Tarifstruktur überprüft
- vereinzelt hoher Ressourcenverbrauch erkennbar

Umbau:

- Aufwertung CHOP Codes 99.84.1- in MDC 04, 05, 15 und 18B
- Kode «*Kontaktisolation ab 14 BHT*» in DRGs L63A und T60A aufgewertet

Prä-MDC

Transplantationen solider Organe

Antrag:

- Fälle mit gleichzeitiger Transplantation (Tx) mehrerer Organe sind untervergütet

Umbau:

- Nieren- und Langerhans-Zellen Tx aus Basis DRG A02 «*Transplantation von Pankreas oder Darm*» entfernt
- Aufnahme in DRG A01A «*Transplantation von Leber- oder **Langerhans Zellen...***»
- Aufnahme in DRG A17A «*Mehrfache Nieren Transplantation*»

→ DRG A16Z «*Transplantation Langerhans-Zellen*» entfernt

Prä-MDC

Leberkomplexbehandlung

Antrag:

- Überprüfung Splitbedingung DRG A01A für Fälle mit «*Lebertransplantation*» und vorangegangener «*Leberkomplexbehandlung*»
- derzeitige Gruppierung in DRG A01B nicht kostendeckend

Umbau:

- zu geringe Fallmenge mit beantragter Konstellation
- jedoch bestimmte Fälle weisen einen hohen Ressourcenverbrauch auf
- Aufnahme Logik «*bestimmte IntK u. IMCK Pkt.*» in DRG A01A «*Transplantation von Leber- oder Langerhans Zellen...*»

Prä-MDC

Geriatrische Akutrehabilitation (GAR)

Vormerkungen:

- über viele Entwicklungsjahre immer wieder Anträge aufgrund «*Mindervergütung bei Mehrleistung*»
- im nächsten Datenjahr wieder Rückbau
- Fallmenge mit «GAR» in den MDCs sehr heterogen
- Splitbedingungen mit Ausschlüssen in Basis DRG A95 unübersichtlich

Analyse:

- Systemgüte ohne Splitkriterium «GAR» innerhalb verschiedenen DRGs analysieren
- Aufwertung innerhalb Basis DRG A95 prüfen

Prä-MDC

Geriatrische Akutrehabilitation (GAR)

Umbau:

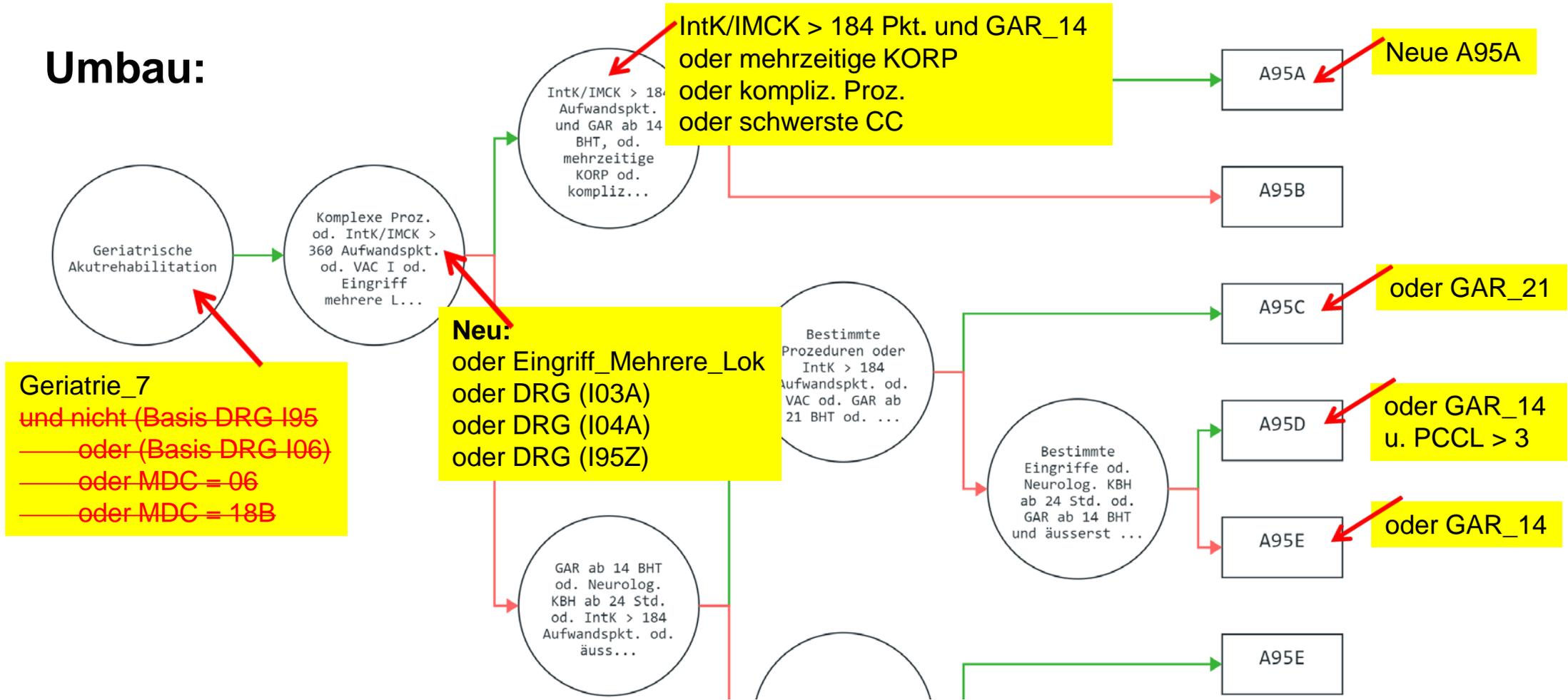


Abbildung aufwendiger Fälle

Mehrzeitige bestimmte OR

Antrag:

- Untervergütung von Fällen in DRG A90A «*ICMK > 1176/1104 Pkt. oder komplexer OR-Prozedur oder mehr als 8 Bestrahlungen oder Frührehabilitation...*»
- insbesondere Fälle mit Leberversagen, Sepsis sowie bösartige NB am Pankreas haben lange Verweildauern

Umbau:

- aufgeführte Diagnosen sind sehr heterogen in VWD und Kosten
- jedoch Fälle «*mehrzeitigen best. OR Prozeduren*» mit hohem Ressourcenverbrauch

Abbildung aufwendiger Fälle Mehrzeitige bestimmte OR

Umbau:

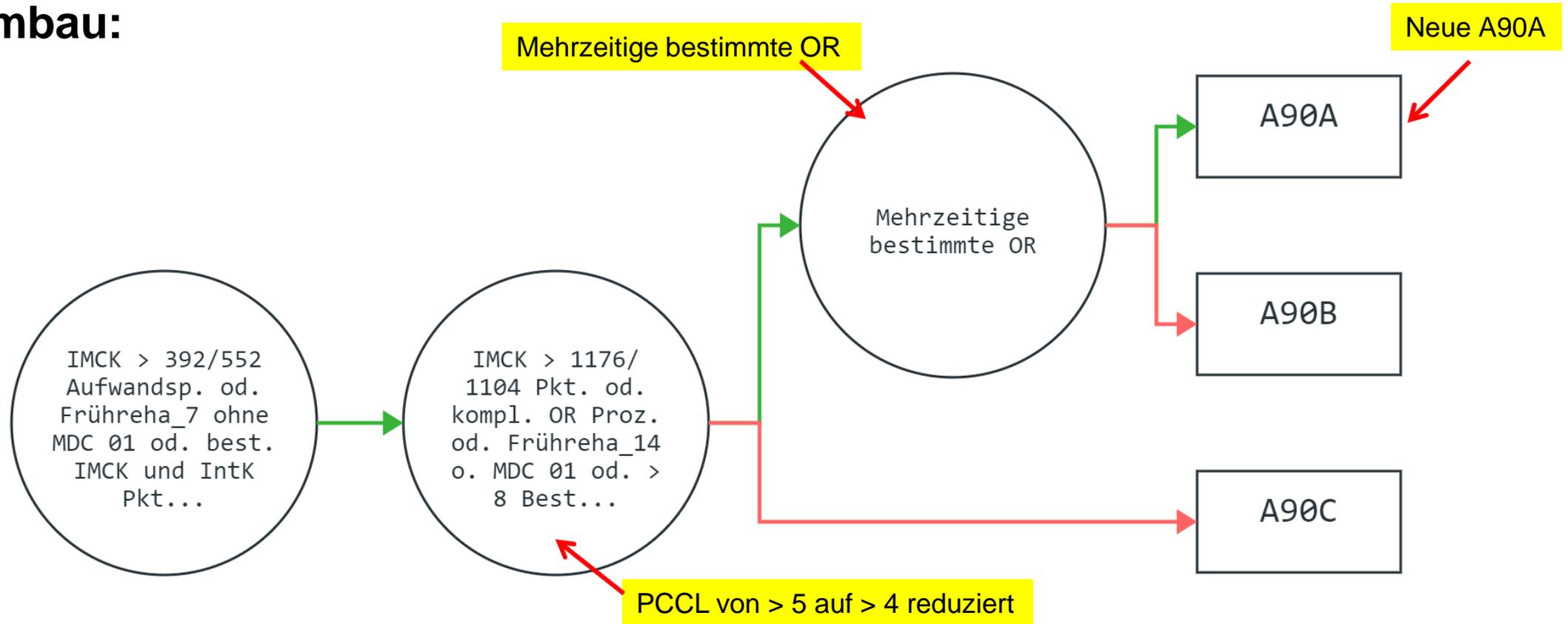


Abbildung aufwendiger Fälle

Eingriff mehrere Lokalisationen

Hinweis:

- Funktion «*Eingriff an mehreren Lokalisationen*» auf zusätzliche Gruppierungsrelevanz prüfen
- bisher als Splitkriterium nur in Basis DRG A11, MDC 08, Polytrauma, DRG X01A

Umbau:

- Aufwertung der Funktion als Splitkriterium in DRG A46A «*Paraplegiologische Komplexbehandlung...* » und DRG A95B «*Geriatrische Akutrehabilitation ab 7 BHT...*»

→ weitere Aufnahme der Funktion nicht sachgerecht

MDC übergreifende Umbauten

Gerinnungsstörungen

Anträge:

- Abwertung von bestimmten Gerinnungsstörungen in CC-Matrix
- z.B. ICD Kode D68.34 «*Hämorrhagische Diathese durch Heparine*» im Zusammenhang mit Herz-Lungen-Maschine überbewertet

Analysen:

- generelle Abwertung von Gerinnungsstörungen in CC-Matrix nicht sachgerecht
- ICD Codes mit «*nicht näher bezeichneten*» Gerinnungsstörungen in CC-Matrix und vereinzelt in «*Funktionen*» überbewertet

MDC übergreifende Umbauten

Gerinnungsstörungen

Umbau:

- Abwertung folgender ICDs in CC-Matrix D65.9 «*Defibrinationssyndrom, nicht näher bezeichnet*», D68.38 «*Sonstige hämorrhagische Diathese durch sonstige und n.n.bez. Antikörper*», D68.9 «*Koagulopathie, nicht näher bezeichnet*», D69.9 «*Hämorrhagische Diathese, nicht näher bezeichnet*» in Verbindung mit HLM
- aus bestimmten «*Funktionen*» ICD Codes D65.0 «*Erworbene Afibrinogenämie*», D65.9 «*Defibrinationssyndrom, nicht näher bezeichnet*» entfernt
- in DRG A11C «*Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1470/1656 Aufwandspunkte...*» unspezifische ICD Codes «*Anämien*» und «*Gerinnungsstörungen*» aus Tabelle «*Komplizierende Diagnosen*» entfernt

MDC übergreifende Umbauten

Zerebralpareesen

Hinweis:

- nicht sachgemässe Abbildung von ICD Kode G80.- «*Infantile Zerebralparese*»

Umbau:

- Diagnose aufgewertet in den DRGs
 - B17A «*Eingriffe an peripheren Nerven und Hirnnerven...oder mit bestimmter Diagnose*»
 - C03A «*Mehrzeitige oder beidseitige Eingriffe an Retina, Choroidea,...oder Zerebralparese*»
 - I06A «*Hochkomplexe Eingriffe an der Wirbelsäule...*»
 - I20A «*Eingriffe am Fuss...*»
 - T01B «*OR-Prozedur od. grossfl. Débridement bei infektiösen u. parasitären Krankheiten...*»

MDC übergreifende Umbauten

Lymphknotenexzision

Vormerkung:

- uneinheitliche Abbildung von Codes zur Lymphknoten- und Sentinel-Lymphknoten Exzision
- inkonsistente Tabellen
- wiederholte Überarbeitung der CHOP Codes erschweren die Tabellenpflege

Umbau:

- eigene Tabelle mit Codes 40.2-.11 «*Exzision von Sentinel-Lymphknoten*» sowie Tabelle mit Codes 40.2- «*Exzision von Lymphknoten*»
- diese Codes aus allen Tabellen entfernt und durch neue Tabellen ersetzt

MDC übergreifende Umbauten

Vakuumbehandlung

Antrag / Hinweis:

- globale Überprüfung der Tariflogik von Fällen mit Funktion «*Vakuumbehandlung*»
- Splitkriterium «*Alter < 16 Jahre mit komplexer Vakuumbehandlung*» in Basis DRG A43 «*Frührehabilitation bei Wachkoma und Locked-in-Syndrom mit Frührehabilitation...*» zu hoch bewertet
- Basis DRG J11 «*Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma*» Fälle mit «*Vakuumbehandlung*» untervergütet

MDC übergreifende Umbauten

Vakuumbehandlung

Umbau:

- Aufwertung «*Komplexe Vakuumbehandlung*» in DRG F31A
- Splitkriterium aus Basis DRG A43 «*Frührehabilitation bei Wachkoma und Locked-in-Syndrom mit Frührehabilitation...*» entfernt
- Aufnahme der Bedingung «*Alter < 16 Jahre mit komplexer Vakuumbehandlung*» in DRG G35A «*Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten / Störungen der Verdauungsorgane...* »
- Splitbedingung für DRG J11A «*Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma*» mit Funktion «*Vakuumbehandlung*» ergänzt

MDC übergreifende Umbauten

Patientenindividuelle Implantate

Umbau:

- Zusatzentgelt nicht sachgerecht
- Tabelle «3D Implantate u. Schablonen» mit CHOP Codes 00.9A.6- «Verwendung von präoperativ patientenindividuell mittels 3D-Bildgebung...» in DRG D24A «Komplexe Hautplastiken und grosse Eingriffe an Kopf und Hals... » aufgenommen
- Tabelle «Einsetzen eines CAD Implantates» in DRG D02A «Komplexe Resektionen mit Rekonstruktionen an Kopf und Hals...» und DRG B09B «Andere Eingriffe am Schädel bei bösartigen Neubildungen am Nervensystem» etabliert
- Tabelle mit CHOP Codes 00.9A.6- «Verwendung von präoperativ patientenindividuell mittels 3D-Bildgebung... » aus DRG I13A entfernt
- alle anderen CHOP weisen keinen erhöhten Ressourcenverbrauch auf

Nervensystem MDC 01

Intrakranielle Eingriffe

Hinweis:

- **Überbewertung** CHOP Codes 39.77.00 «*Perkutan-transluminale endovaskuläre Intervention an intrakraniellem(en) Gefäss(en), n.n.bez.*» und 39.77.09 «*Perkutan-transluminale endovaskuläre Intervention an intrakraniellem(en) Gefäss(en), sonstige*» in **Basis DRG B20** «*Bestimmte oder komplexe intrakranielle Eingriffe oder grosse Wirbelsäulen-Operation*»

Umbau:

- **Löschen** dieser CHOP Codes aus «*Funktionen*» und Tabelle «*Intrakranielle endovaskuläre Eingriffe*» in **Basis DRGs B01, B02, B20**

Nervensystem MDC 01

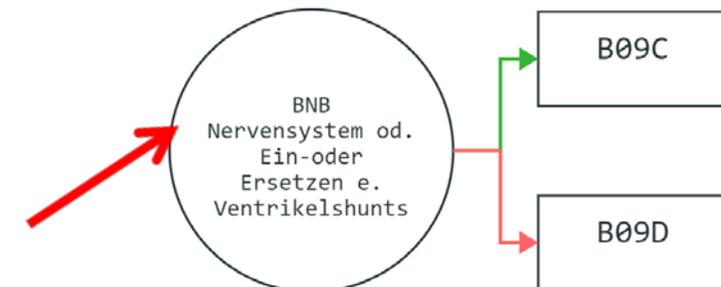
Ventrikelshunt

Antrag:

- DRG B09C «*Andere Eingriffe am Schädel bei bösartigen Neubildungen am Nervensystem...*» weist erhebliche Kostenheterogenität auf
- Kostentrenner CHOP Kode 02.34 «*Ventrikelshunt zu Bauchhöhle und Bauchorganen*» prüfen

Umbau:

- Aufnahme CHOP Codes 02.31 bis -.35 «*Ventrikelshunt...*» und 02.42.10 bis -.99 «*Ersetzen eines Ventrikelshunts,.....*» als Splitkriterium für neue DRG B09C



Nervensystem MDC 01

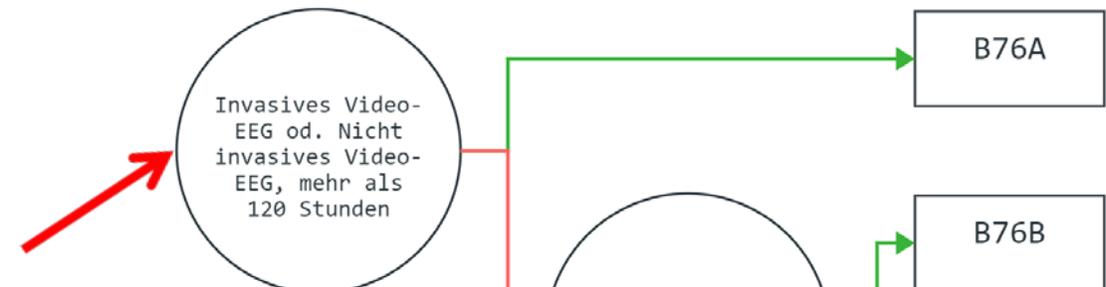
Video-EEG

Hinweis:

- untervergütete Fälle in DRG B76C
- als Kostentrenner erweist sich «*invasive und nichtinvasive Video-EEG, mehr als 120 Stunden*»

Umbau:

- neue DRG B76A «*Anfälle mit invasivem Video-EEG oder nicht invasivem Video-EEG ab 120 Stunden, mehr als ein Belegungstag*»



Nervensystem MDC 01

Bösartige Neubildungen

Problem:

- ICD Kode C41.01 «*Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Kraniofazial*» in HD Tabelle der MDC 03 «*HNO*» abgebildet
- in Kombination mit CHOP Codes 01.51.21/- .22 «*Exzision von (nicht) hirneigenem intrazerebralen Tumorgewebe*» in MDC 01 medizinisch sachgerechter

Umbau:

- Verschieben ICD Kode «*Bösartige Neubildung...*» in HD Tabelle MDC 01
- Aufnahme in Basis DRG B66 «*Neubildungen des Nervensystems oder Stupor und Koma, nicht traumatisch bedingt*»

→ sachgerechte Abbildung der Fälle

Nervensystem MDC 01

Morbus Parkinson

Vormerkung:

- mit Daten 2022 erstmals Erfassung CHOP Kode 99.2B.12 «*Ersteinstellung der Behandlung von Morbus Parkinson im fortgeschrittenen Stadium mit einer Arzneimittelpumpe mit Levodopa/Carbidopa*» möglich
- Daten zeigen klaren Mehraufwand innerhalb Basis DRG B67 «*Morbus Parkinson oder KBH bei extrapyramidal-motorischen Krankheiten ab 7 BHT...*»

Umbau:

- Aufnahme CHOP Kode 99.2B.12 in Basis DRG B67
- neuer Split B67A mit «*M. Parkinson mit schwerster Beeinträchtigung*» oder «*Ersteinstellung Levodopa-Arzneimittelpumpe*»

Nervensystem MDC 01

Zerebralpareesen

Problem:

- Fälle mit HD G80.9 «*Infantile Zerebralparese, nicht näher bezeichnet*» gruppieren in Basis DRG B81 «*Vaskuläre Myelopathien oder andere Erkrankungen des Nervensystems, mehr als ein BT*»

Umbau:

- Förderung der medizinischen Homogenität
- Aufnahme ICD G80.9 in HD Tabelle der Basis DRG B85 «*Degenerative Krankheiten des Nervensystems oder zerebrale Lähmungen, mehr als ein BT*»

Nervensystem MDC 01

Zerebrale Arteriitis

Antrag:

- ICD Kode I67.7 «Zerebrale Arteriitis, anderenorts nicht klassifiziert» in Basis DRG B76
«Anfälle oder Video-EEG oder KBH Epilepsie ab 7 BHT, mehr als ein Belegungstag»
medizinisch inkohärent abgebildet

Umbau:

- Aufnahme ICD Kode I67.7 in Basis DRG B81 «Vaskuläre Myelopathien oder andere Erkrankungen des Nervensystems, mehr als ein Belegungstag»

→ medizinisch und ökonomisch sachgerecht abgebildet

Nervensystem MDC 01

Kondensation

Problem:

- DRG fallzahlschwach bzw. Splitbedingungen nicht mehr kostentrennend

Umbau:

- Kondensation DRG B69B und DRG B69C → DRG B69B «*Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefässverschlüsse mit anderer neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls oder neurologische Komplexdiagnostik oder äusserst schwere CC*»
- Kondensation DRG B90A und DRG B90B → DRG B90A «*Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit neurologische Frührehabilitation ab 21 Behandlungstagen oder IMC Komplexbehandlung > 1176/1104 Aufwandspunkte oder komplexe OR-Prozedur*»

Augenerkrankungen MDC 02

Pars-plana-Vitrektomie

Anträge:

- Basis DRG C03 «Eingriffe an Retina, Choroidea, Glaskörper und hinterer Augenkammer» mittels «Pars-plana-Vitrektomie (PPV)» untervergütet
- Abbildung von Fällen mit Kombination CHOP Codes 14.73.10 «Mechanische Vitrektomie durch anterioren Zugang, Pars-plana-Vitrektomie» und 12.79.20 «Implantation eines Glaukom-Drainage-Implantats» prüfen
- in DRG C06B Fälle mit ICD Kode Z96.1 «Vorhandensein eines intraokularen Linsenimplantates» ebenfalls untervergütet

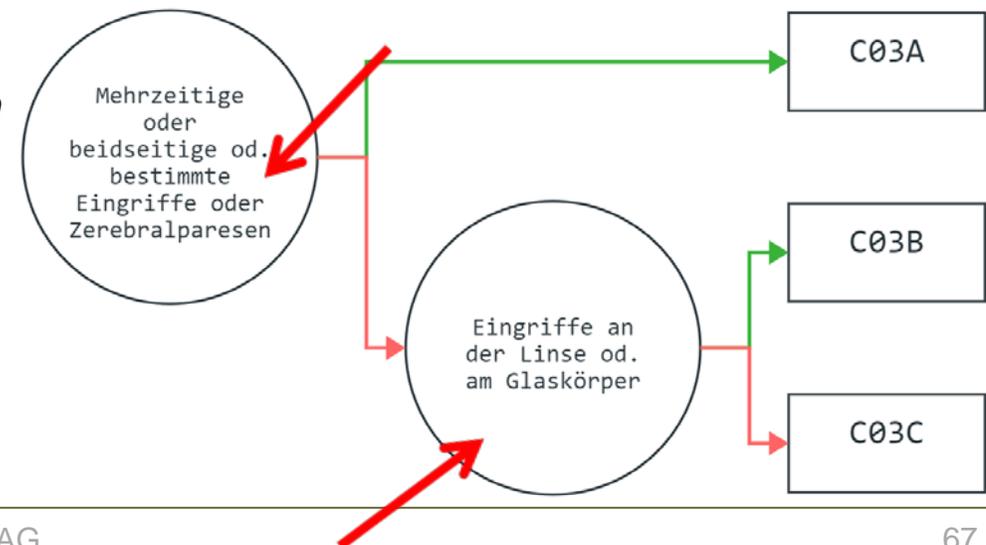
Augenerkrankungen MDC 02

Pars-plana-Vitrektomie

Umbau:

- Logikerweiterung DRG C03A mit CHOP Codes 12.79.20 «*Implantation eines Glaukom-Drainage-Implantats*» **und** 14.73.10 «*Mechanische Vitrektomie durch anterioren Zugang, Pars-plana-Vitrektomie*»
- Aufwertung CHOP Kode 14.73.10 in DRG C03B

→ Abbildung ICD Kode Z96.1 «*Vorhandensein eines intraokularen Linsenimplantates*» sachgerecht



Augenerkrankungen MDC 02

Biopsien

Analyse:

- Prozedur «*Biopsie*» in MDC 02 häufig überbewertet

Umbau:

- perkutane / endoskopische Biopsien in Tabelle «*NOR-Prozedur*» aufgenommen
- Aufnahme dieser Biopsien in DRG C14Z «*Eingriffe an der Konjunktiva oder andere Prozeduren*» sachgerecht

Augenerkrankungen MDC 02

Gefässeingriff

Vormerkung:

- CHOP Kode 38.12 «*Endarteriektomie von anderen Gefässen an Kopf und Hals*» bisher in MDC 02 nicht abgebildet

Umbau:

- Aufnahme CHOP Kode 38.12 in Tabelle für DRG C14Z «*Eingriffe an der Konjunktiva oder andere Prozeduren*»

→ sachgerechte Abbildung innerhalb der MDC 02

HNO MDC 03

Mikrovaskuläre Anastomosierung

Hinweis:

- Fälle mit mikrovaskulärer Anastomosierung zeigen einen hohen Ressourcenverbrauch
- in Basis DRG D24 «*Komplexe Hautplastiken und grosse Eingriffe an Kopf und Hals*» untervergütet

Umbau:

- Logik Basis DRG D24 überarbeitet
- Fälle mit «*Gewebetransplantation mit mikrovaskulärer Anastomosierung*» gruppieren ohne weitere Bedingung in Basis DRG D24

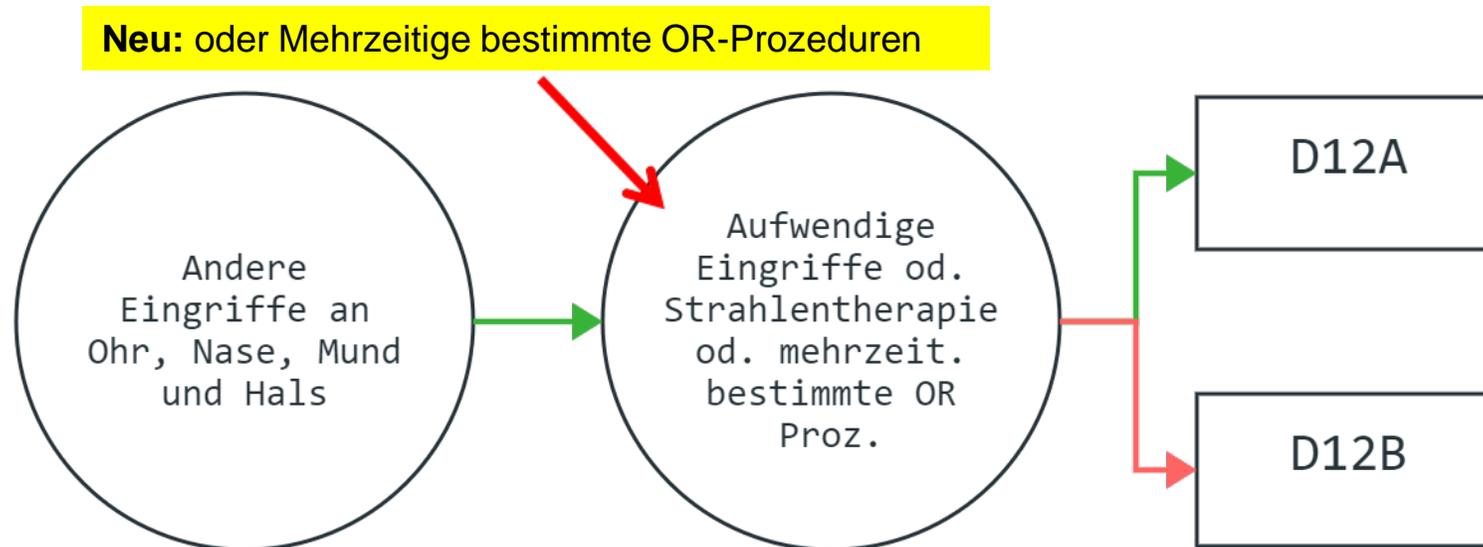
HNO MDC 03

Mehrzeitige bestimmte Eingriffe

Hinweis:

- Fälle mit mehrzeitigen Eingriffen in DRG D12B «Andere Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals» untervergütet

Umbau:



HNO MDC 03

Biopsien

Analyse:

- Ein-Belegungstag DRG D86Z «*Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, ein Belegungstag*» mit einer perkutanen / endoskopischen Biopsie weisen einen erhöhten Ressourcenverbrauch auf

Umbau:

- Split der DRG D86Z
- Fälle mit «*NOR-Prozedur HNO (Biopsie)*» und Ein-Belegungstag gruppieren in DRG D86A «*Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses mit bestimmter Prozedur, ein Belegungstag*»

HNO MDC 03

Medizinische Homogenität

Problem:

- ICD Kode D21.0 «*Sonstige gutartige Neubildungen: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe des Kopfes, des Gesichtes und des Halses*» in MDC 08 medizinisch und ökonomisch nicht gut abgebildet

Umbau:

- ICD Kode D21.0 aus HD Tabelle MDC 08 in HD Tabelle MDC 03 verschoben
- Diagnose in Basis DRG D66 «*Andere Krankheiten an Ohr, Nase, Mund und Hals*» sachgerecht abgebildet

Atmungsorgane MDC 04

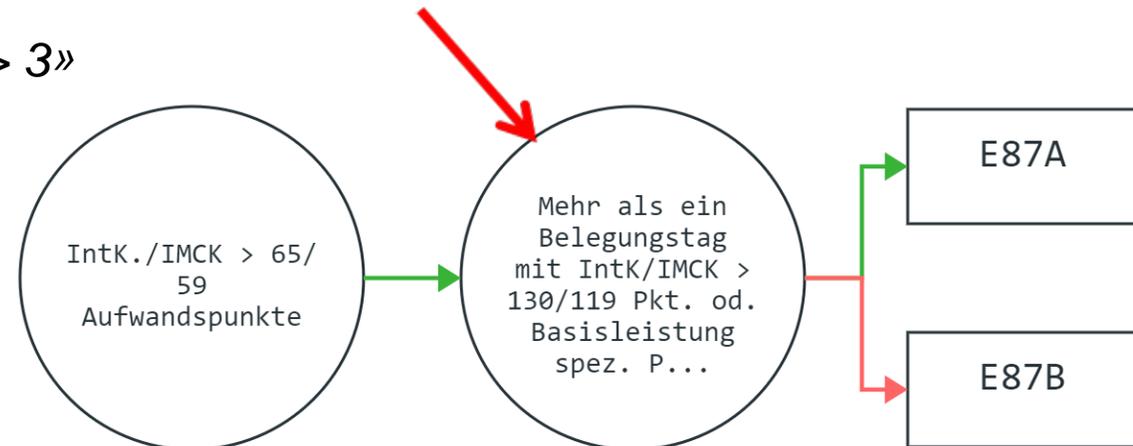
PCCL-Split

Problem:

- Fälle in DRG E87A «*Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung/IMCK > 130/119 Aufwandspunkten und mehr als ein Belegungstag oder...*» mit PCCL > 2 übervergütet

Umbau:

- Split DRG E87A erhöht auf «*PCCL > 3*»

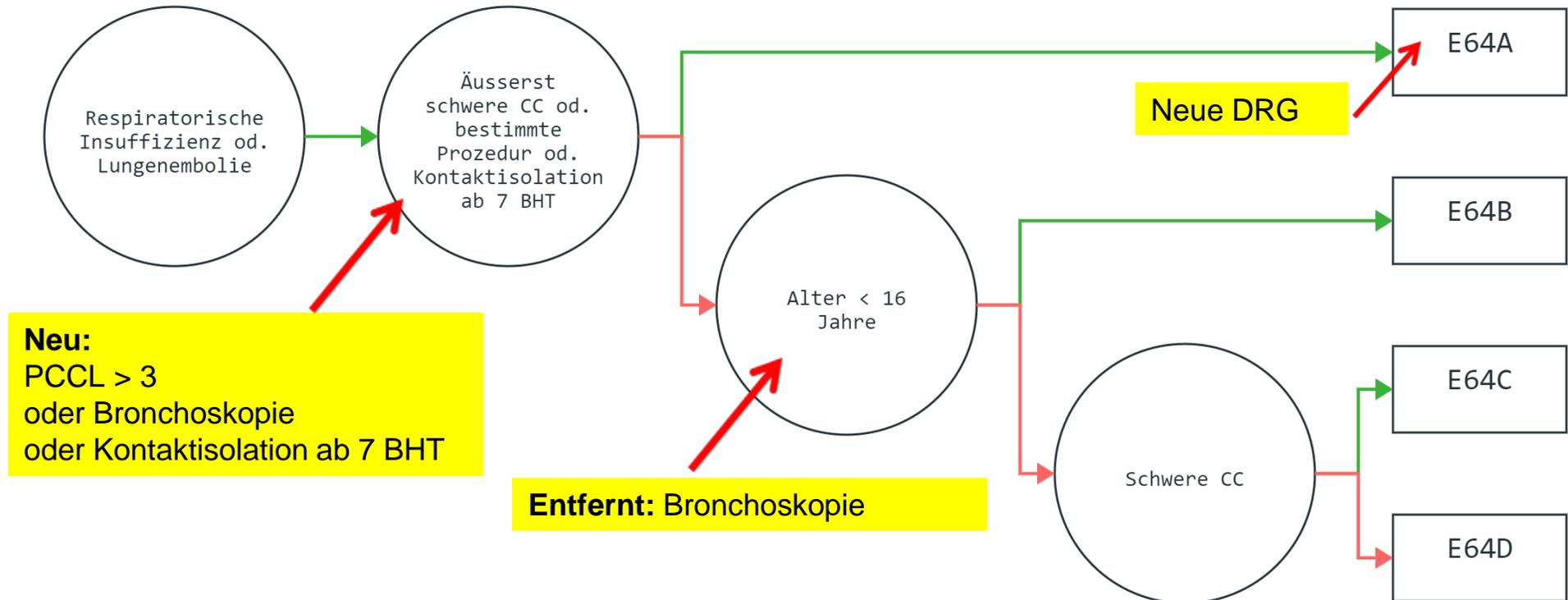


Atmungsorgane MDC 04

Kosteninhomogenität

Analyse:

- breite Kostenstreuung innerhalb DRG E64A «Respiratorische Insuffizienz oder Lungenembolie...»



Atmungsorgane MDC 04

Einsetzen von Bronchialvorrichtungen

Problem:

- Überbewertung «*Endoskopisches Einsetzen von Substanzen zur Lungenvolumenreduktion*» in DRG E65A «*Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankungen...*»

Umbau:

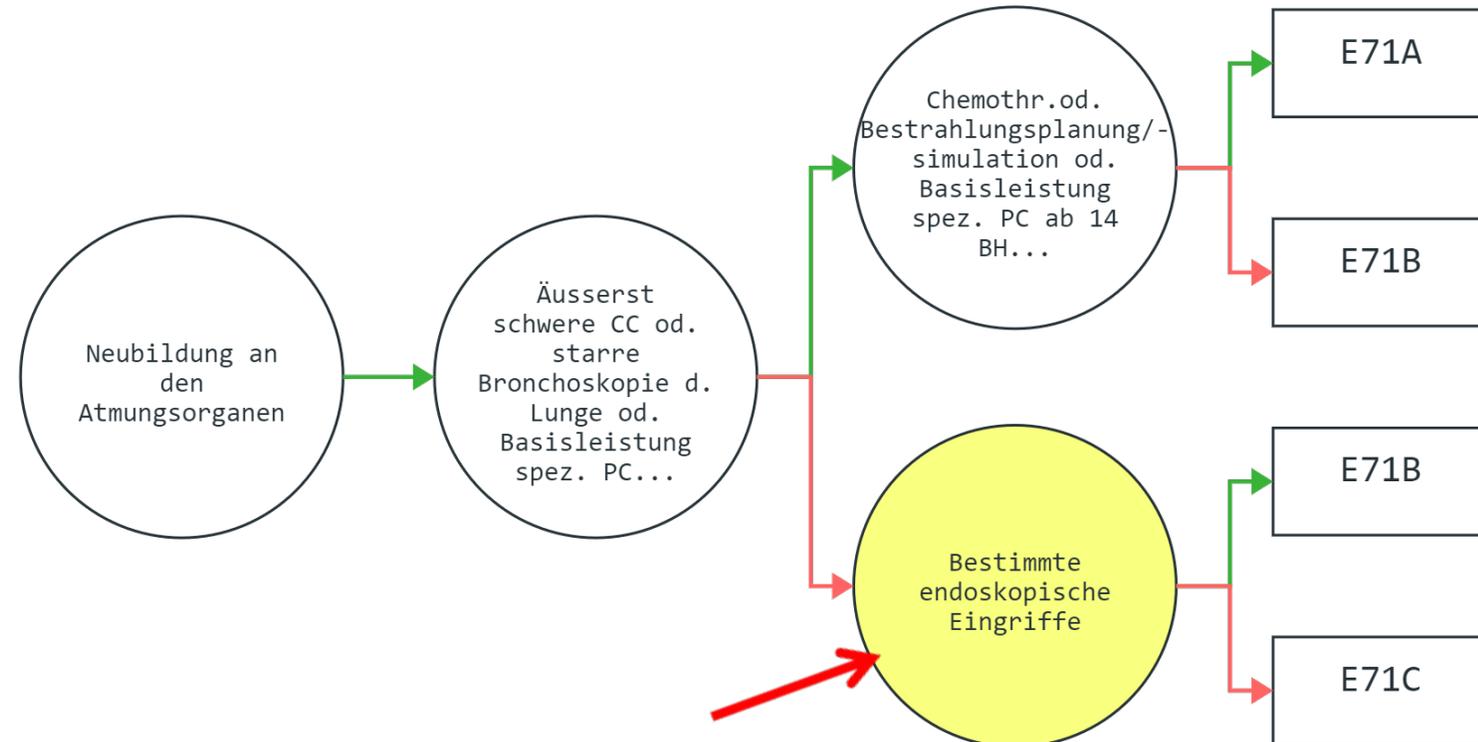
- Entfernen der CHOP Code Gruppe 33.79.- «*Endoskopisches Einsetzen von sonstiger Bronchialvorrichtung oder Substanz*» aus Logik für DRG E65A
- dadurch Aufwertung der Fälle innerhalb DRG E65A

Atmungsorgane MDC 04

Endoskopische Eingriffe

Weiterer Umbau:

- neuer Split in DRG E71B «Neubildungen der Atmungsorgane mit äusserst schweren CC oder...»



Atmungsorgane MDC 04

Symptome des Atmungssystems

Problem:

- ICD Codes mit «*Symptomen oder abnormen Befunden, die das Atmungssystem betreffen*» nicht sachgerecht abgebildet
- Gruppierung bisher in Basis DRG E65 «*Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankungen...*» oder DRG E75 «*Andere Krankheiten der Atmungsorgane...*»

Umbau:

- ICD Codes gleichgestellt in Basis DRG E75 «*Andere Krankheiten der Atmungsorgane, mehr als ein Belegungstag*»

Atmungsorgane MDC 04

Endoskopische Eingriffe

Problem:

- untervergütete Fälle in Basis DRGs E77 «*Andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane*», E71 «*Neubildungen der Atmungsorgane*», E75 «*Andere Krankheiten der Atmungsorgane*»
- erhöhter Aufwand bei endoskopischen Eingriffen am Verdauungssystem

Umbau:

- Erstellen einer Tabelle mit bestimmten endoskopischen Eingriffen am Verdauungssystem in MDC 04
- Aufwertung dieser Fälle in DRG E77A «*Andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit...*» und E75A «*Andere Krankheiten der Atmungsorgane,...*»

Atmungsorgane MDC 04

Kondensation

Problem:

- DRG fallzahlschwach bzw. Splitbedingungen nicht mehr kostentrennend

Umbau:

- Kondensation DRG E77C, DRG E77D und DRG E77E → DRG E77C
«Andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane»

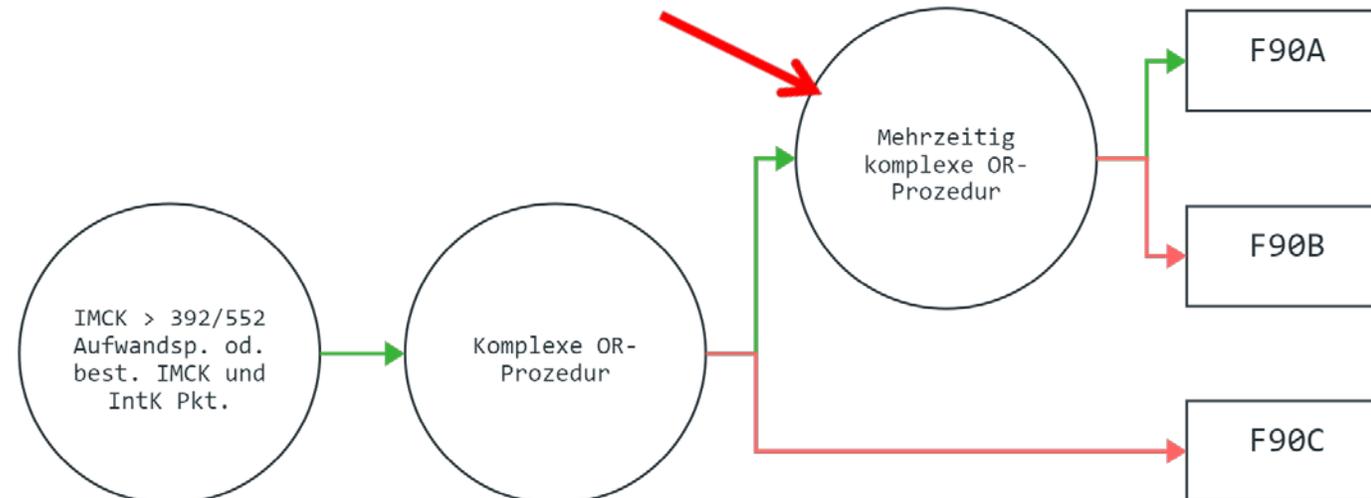
Kreislaufsystem MDC 05

Mehrzeitige Eingriffe

Antrag:

- hochkomplexe Fälle mit Mehrfacheingriffen in Basis DRG F90 «*Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems mit IMCK > 392/552 Aufwandspunkte oder bestimmte IntK mit IMCK Aufwandspunkten*» defizitär
- Prüfung Mehrfacheingriffe mit tiefen ICMK Aufwandspunkten

Umbau:



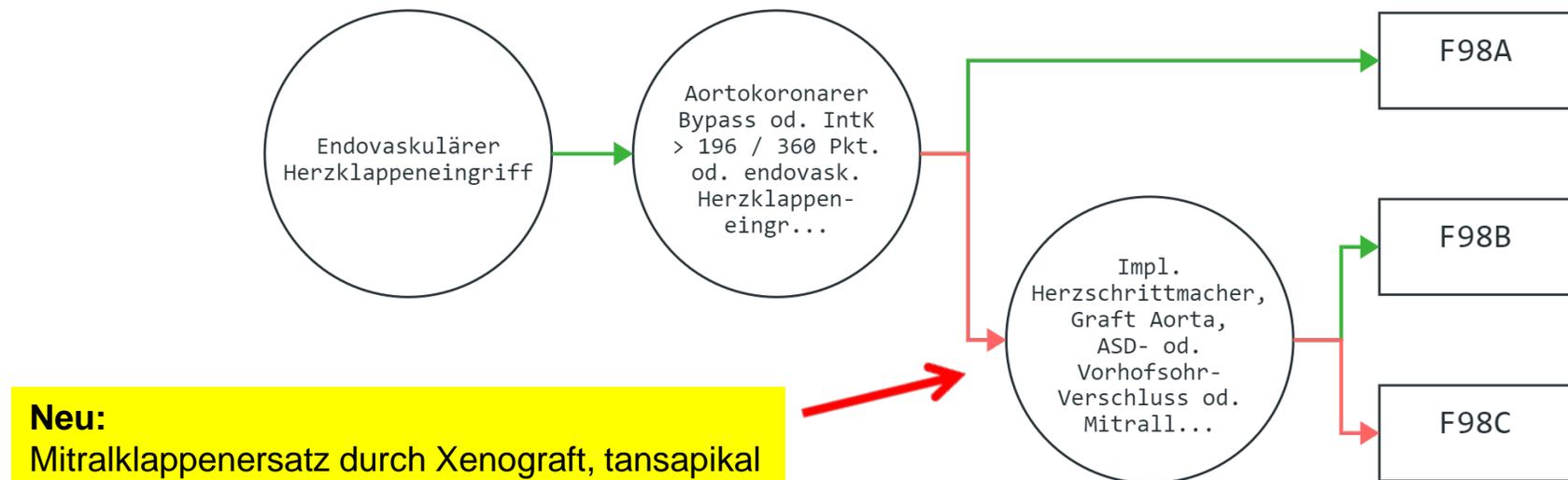
Kreislaufsystem MDC 05

Mitralklappenersatz transapikal

Antrag:

- Untervergütung von CHOP Kode 35.F2.25 «Mitralklappenersatz durch Xenografft (Bioprothese), **transapikal mit Verwendung eines perkutanen apikalen Zugangs und Verschlusssysteme**» in DRG F98C «Endovaskulärer Herzklappeneingriff, Alter > 15 Jahre»

Umbau:



Kreislaufsystem MDC 05

Klappenersatz minimalinvasiver Zugang

Antrag:

- inhomogene Fallmenge in DRG F03E «*Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine*»
- Eingriffe aus Kode Gruppe 35.F- «*Minimalinvasiver Implantation einer Herzklappenprothese*» aufwerten

Umbau:

- Tabelle mit «*Bioprothesen*» aus DRG F03C entfernt
- neues Splitkriterium «*Minimalinvasiver Klappenersatz durch Xenograft/Bioprothese*» in DRG F03D

→ Fälle hier sachgerecht abgebildet

Kreislaufsystem MDC 05

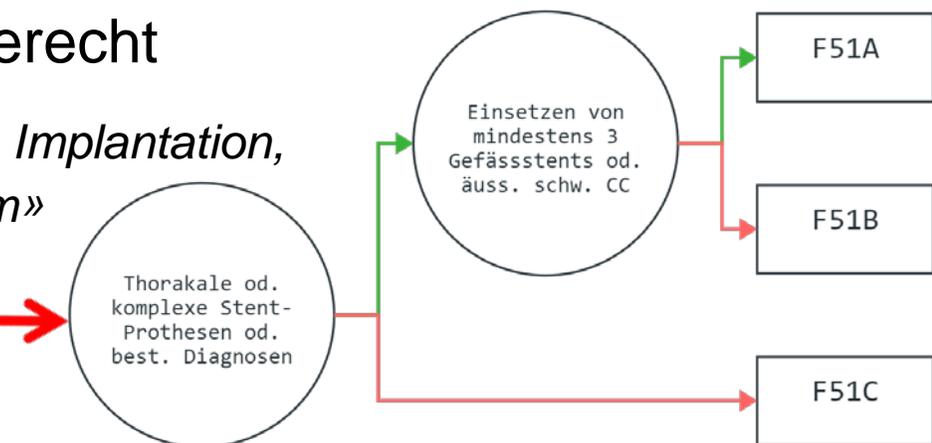
Iliakale Stent-Prothesen

Antrag:

- Vergütung ZE-2024-152.03 für CHOP Codes 39.7A.11-16 «*Endovaskuläre Implantation, iliakal, nach Anzahl, ohne Seitenarm*» nach Anzahl verwendeter Stent-Prothesen

Umbau:

- Differenzierung Zusatzentgelt nicht sachgerecht
- Aufwertung von 39.7A.13-16 «*Endovaskuläre Implantation, iliakal, 3-6 und mehr Stent-Prothesen, ohne Seitenarm*» in DRG F51B «*Endovaskuläre Implantation von komplexen Stent-Prothesen... oder Implantation von bestimmten Stents*»



Kreislaufsystem MDC 05

Kardiothorakale Eingriffe

Antrag:

- offene gefässchirurgische Eingriffe CHOP Codes 38.44.- «*Resektion der Aorta abdominalis mit Ersatz...*» und 39.29.- «*Sonstiger (peripherer) Gefäss-Shunt oder – Bypass...*» in Basis DRG F31 «*Andere kardiothorakale Eingriffe oder bestimmte Gefässeingriffe*» nicht kostendeckend
- Prüfung auf sachgerechte Abbildung beider Codegruppen mit neuen Splitkriterien in Basis DRG F31

Vorgehen:

- Analyse der bestehenden Logiken
- umfangreiche Tabellenbereinigung in Basis DRG F31

Kreislaufsystem MDC 05

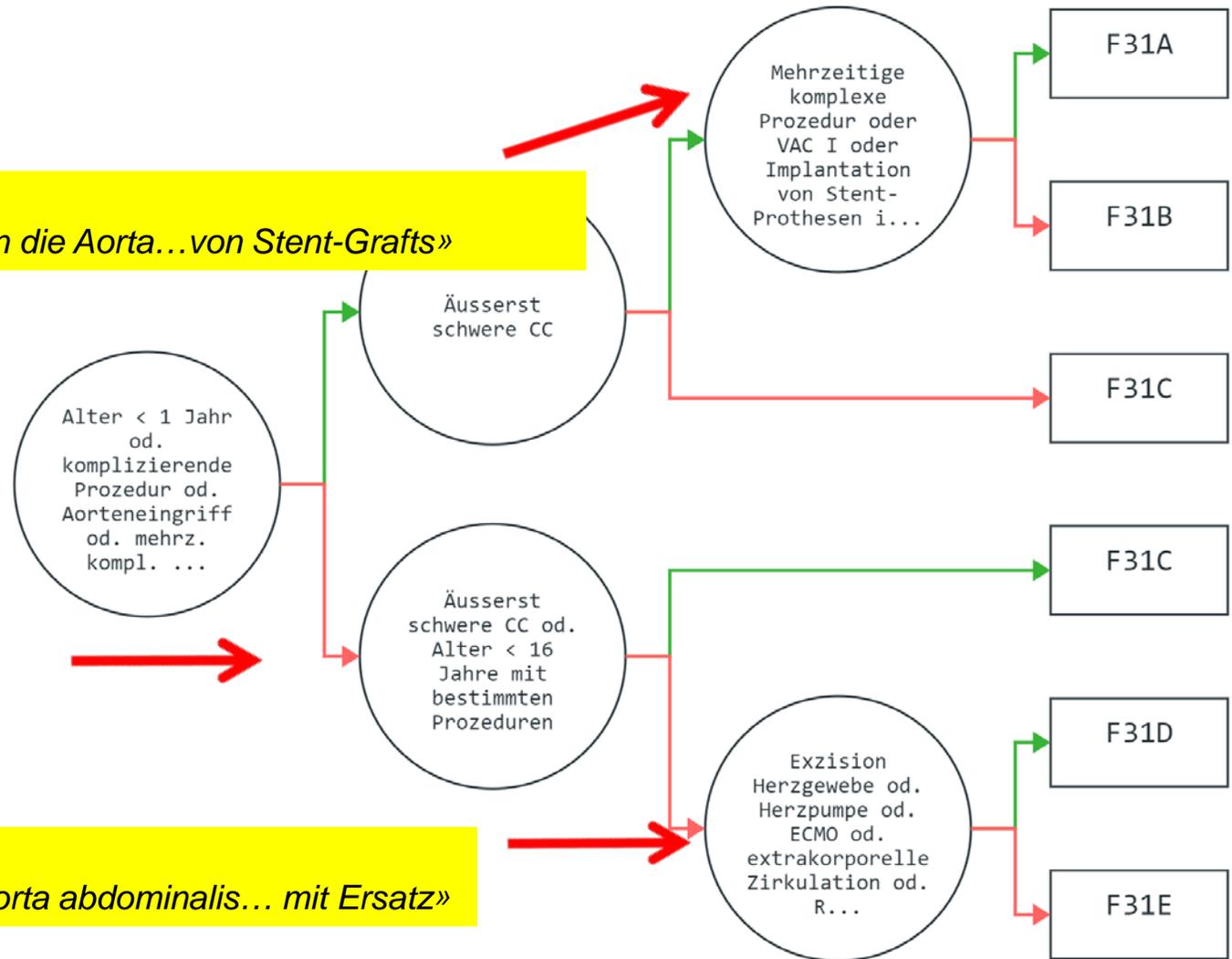
Kardiothorakale Eingriffe

Umbau:

Neu:
39.71.- u. 39.73.- «Endovaskuläre Implantation in die Aorta... von Stent-Grafts»

Neu:
Alter < 16 Jahre und
38.44.- «Resektion der Aorta abdominalis... mit Ersatz»
oder ECMO, Exzision Herzgewebe

Neu:
oder 38.44.- «Resektion der Aorta abdominalis... mit Ersatz»



Kreislaufsystem MDC 05

Verschluss des linken Vorhofs mittels AtriClip

Antrag:

- Abbildungsprüfung von CHOP Codes 37.90.09 «*Einsetzen von Vorrichtungen ins linke Herzohr, sonstige*» und 37.99.30 «*Ligatur eines Herzohres*»
- Kode 37.90.09 soll bei Anwendung «*AtriClip*» kodiert werden
- Gleichstellung der beiden CHOP Codes

Umbau:

- Aufnahme Kode 37.90.09 «*Einsetzen von Vorrichtungen ins linke Herzohr, sonstige*» in Basis DRG F31 «*Andere kardiothorakale Eingriffe oder bestimmte Gefässeingriffe*»
- weitere Anpassungen nicht sachgerecht

Kreislaufsystem MDC 05

Ductus arteriosus

Analyse:

- CHOP Codes 39.99.31-38 «*Katheterinterventioneller Verschluss des Ductus arteriosus Botalli, mit...*» in Basis DRG F59 abgebildet
- Abbildung in Basis DRG F19 medizinisch sinnvoller und sachgerechter

Umbau:

- Löschen der CHOP Codes aus Basis DRG F59 «*Komplexe oder mässig komplexe Gefässeingriffe*»
- Aufnahme der CHOP Codes in Basis DRG F19 «*Andere perkutan-transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefässen oder bestimmten Verfahren*»

Kreislaufsystem MDC 05

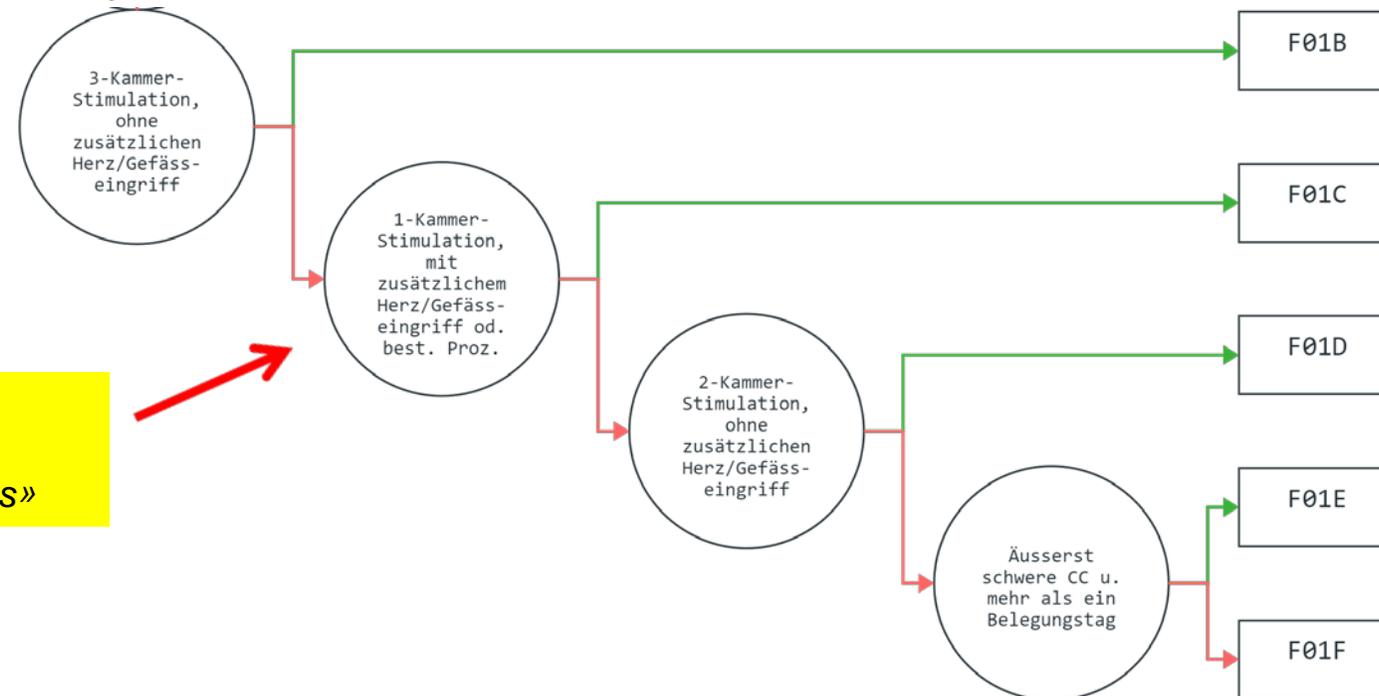
Implantation Defibrillatorsystem

Hinweis:

- Analysen ergaben Untervergütung von CHOP Kode 37.8E.31 «*Implantation eines subkutanen Defibrillatorsystems*»

Umbau:

Aufnahme:
37.8E.31 «*Implantation eines subkutanen Defibrillatorsystems*»



Kreislaufsystem MDC 05

Mehrzeitige bestimmte Prozeduren

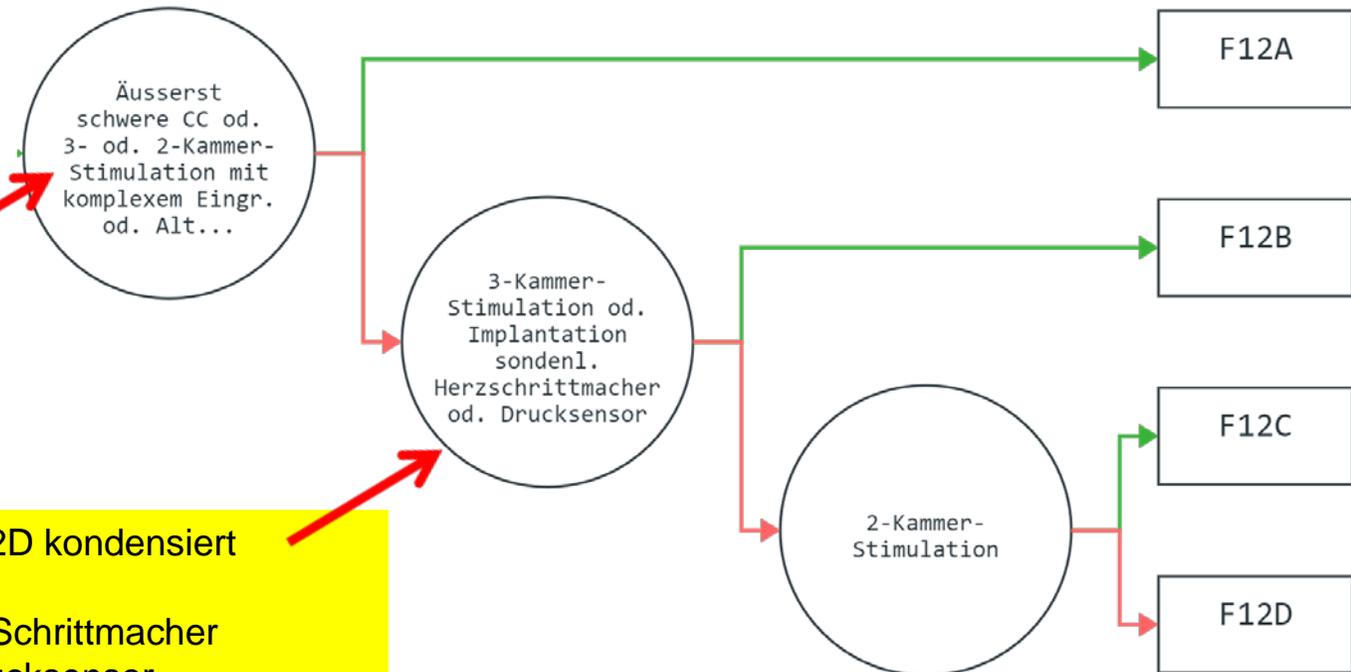
Problem:

- Untervergütung von Implantationen eines Dreikammer-Schrittmachers in Kombination mit «Mehrzeitigen Prozeduren» in DRG F12C

Umbau:

F12A und F12B kondensiert
Aufnahme:
 Äusserst schwere CC
 oder Dreikammer-Schrittmachers
 und Impl. Elektroden
 und Mehrzeitige_bestimmte_OR

F12C und F12D kondensiert
Aufnahme:
 Sondenloser Schrittmacher
 oder Impl. Drucksensor



Kreislaufsystem MDC 05

Stimulation Reizleitungssystem

Antrag:

- Aufnahme CHOP Kode 39.A1.21 «*Platzierung einer Elektrode zur direkten Stimulation des intrakardialen Leitungssystems (His Bundle Pacing)*» in DRGs mit «*Herzschrittmacher- und Defibrillatorimplantation*»

Umbau:

- Aufnahme von CHOP Kode 39.A1.21 als Splitkriterium in Basis DRGs F01, F02, F03, F06, F12, F17, F18, F98
- und Funktion «*Bestimmte OR-Prozeduren*»

→ sachgerechte Abbildung

Kreislaufsystem MDC 05

Angioplastik mittels Lithotripsie

Antrag:

- Fällen mit CHOP Kode 39.50.15 «*Angioplastik oder Atherektomie an sonstigem(en) Nicht-Herzkranzgefäss(en) mittels Lithotripsie*» in DRG F59G
- in Kombination mit «*medikamentenfreisetzenden Ballons*» in DRG F59F
- beide Verfahren sind in den DRGs unterdeckt

Umbau:

- Aufwertung CHOP Kode 39.50.15 in DRG F59F
- beide Verfahren Codes 39.50.15 in Kombination mit 00.4C.11-14 «*Einsetzen von 1-4 und mehr medikamentenfreisetzenden Ballons*» in DRG F59E

Kreislaufsystem MDC 05

Implantation Stents

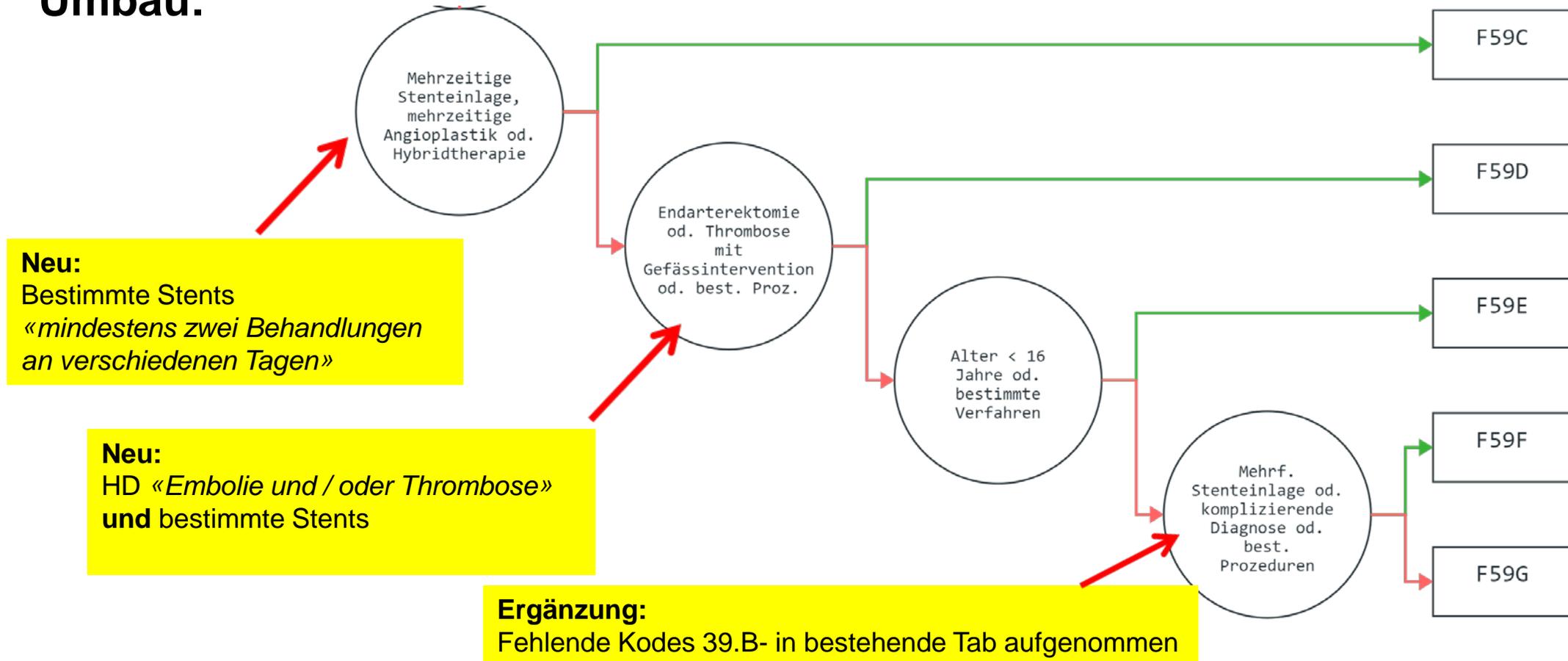
Anträge:

- fehlende CHOP Codes 39.B- «*(Perkutan-)transluminale Implantation von... Stents*» mit den Lokalisationen «*andere abdominale und pelvine Arterien/ A. iliaca / viszerale Gefässe*» in Basis DRG F59 «*Komplexe oder mässig komplexe Gefässeingriffe*»
- Überprüfung der Gruppierung dieser Codes
- Kombinationsverfahren bei Fällen mit «*venösen Thrombosen*» untervergütet

Kreislaufsystem MDC 05

Implantation Stents

Umbau:



Kreislaufsystem MDC 05

Mehrzeitige Prozeduren

Antrag:

- DRG F59C wird nur angesteuert, wenn zwei gleiche Prozeduren an verschiedenen Tagen durchgeführt werden
- Splitkriterium für DRG F59C anpassen → auch unterschiedliche Behandlungen an verschiedenen Tagen sollen höher gruppieren

Umbau:

- neue Splitlogik für DRG F59C «*Komplexe oder mässig komplexe Gefässeingriffe...*» aufgenommen für «*mehrzeitige Eingriffe*»

Kreislaufsystem MDC 05

Perkutane Koronarangioplastie (PTCA)

Antrag:

- Aufwertung innerhalb MDC 05
 - CHOP Codes 00.4C.1- «*Einsetzen von 1 und mehr medikamentenfreisetzenden Ballons*» nach Anzahl
 - CHOP Codes 39.C1.1- «*1-20 und mehr implantierte Stents*» nach Anzahl
- Aufwertung Kombination von CHOP Codes 00.4C.1- «*Einsetzen von 1 und mehr medikamentenfreisetzenden Ballons*» und 39.C1.1- «*1 und mehr implantierte Stents*» in Basis DRG F24 «*Perkutane Koronarangioplastie (PTCA)*»

Kreislaufsystem MDC 05

Perkutane Koronarangioplastie (PTCA)

Umbau:

- Aufwertung von 39.C1.12-1M «2 und mehr implantierte Stents» in DRG F24A
- Aufwertung von 00.4C.13-14 «Einsetzen von 3 und mehr medikamentenfreisetzenden Ballons» in DRG F24C
- Aufwertung von Kombination 39.C1.11 «1 implantierter Stent» **und** 00.4C.11-12 «Einsetzen von 1 -2 medikamentenfreisetzenden Ballons» in DRG F24C
- Aufwertung von 00.4C.12 «Einsetzen von 2 medikamentenfreisetzenden Ballons» in DRG F13B «Amputation bei Kreislaufkrankungen...»
- Aufwertung von 00.4C.13-14 «Einsetzen von 3 und mehr medikamentenfreisetzenden Ballons» in DRG F59E «Komplexe oder mässig komplexe Gefässeingriffe...»

Kreislaufsystem MDC 05

Kondensation

Problem:

- DRG fallzahlschwach bzw. Splitbedingungen nicht mehr kostentrennend

Umbau:

- Kondensation DRG F02A und DRG F02B → DRG F02Z «*Aggregatwechsel eines Kardioverters / Defibrillators (AICD), Zwei- oder Drei-Kammer-Stimulation*»

Verdauungsorgane MDC 06

Intensivmedizinische KBH und IMCK

Antrag:

- IntK und IMCK Aufwandspunkte als Kostentrenner in Basis DRG G12
«Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen» prüfen

Umbau:

- neues Splitkriterium für DRG G12A «Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen... oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > **130/119** oder IMCK > **130/184** Aufwandspunkten»

Verdauungsorgane MDC 06

Rektusdiastase

Antrag:

- Aufwertung von Hernien Operationen mit gleichzeitigem Verschluss einer bestehenden Rektusdiastase

Umbau:

- in Splitbedingung DRG G09E → gleichzeitige «*Operation einer Hernie*» **und** CHOP Kode 83.65.14 «*Sonstige Naht an Muskel oder Faszie, Brustwand, Bauch und Rücken einer Rektusdiastase*» **und** Nebendiagnose ICD Kode M62.08 «*Muskeldiastase*»
- gleiche Splitbedingung in DRG I27B → hier in Verbindung mit Nebendiagnose ICD Codes «*Hernie*»

Verdauungsorgane MDC 06

Koloskopie und Gastroskopie

Hinweis:

- Koloskopie und Ileoskopie, jeweils mit Biopsie, CHOP Codes 45.25
«Geschlossene [endoskopische] Biopsie am Dickdarm» **UND** 45.14 «Geschlossene [endoskopische] Biopsie am Dünndarm»
- laut KHB darf nur der am weitesten eingesehene Bereich kodiert werden
→ hier CHOP Kode 45.14
- CHOP Kode 45.14 gruppiert in DRG G46C (V13.0)
- CHOP Kode 45.25 gruppiert hingegen in DRG G48A (V13.0)

Verdauungsorgane MDC 06

Koloskopie und Gastroskopie

Umbau:

- Basis DRG G48 «*Koloskopie...*» in Basis DRG G46 «*Komplexe Gastroskopie...*» aufgenommen
- DRG G46A erweitert um Splitbedingung «*Entzündliche Darmerkrankung und Alter <16 Jahre*» oder «*Mehrzeitige Eingriffe (Komplexe Kolo-/Gastroskopie)*»
- DRG G46B Aufnahme «*Komplexe Therapie Koloskopie*»
- teilweise Bedingungen aus DRG G48A in DRG G46C aufgenommen
- Ein-Belegungstags-DRG G86A:
 - Aufnahme von «*Endoskopische Darmeingriffe (Koloskopie)*» oder «*Gastroskopie*»

Verdauungsorgane MDC 06

Kondensation

Problem:

- DRG fallzahlschwach bzw. Splitbedingungen nicht mehr kostentrennend

Umbau:

- Kondensation DRG G71A und DRG G71B → DRG G71A «*Andere mässig schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane mit schweren CC und mehr als ein Belegungstag, oder Alter < 16 Jahre*»

Hepatobiliäres System MDC 07

Akute Cholezystitis

Anträge:

- akute Cholezystitis in Basis DRG H07 «Cholezystektomie» nicht aufwandsgerecht abgebildet → Fälle sollen in DRG H07B gruppieren
- Variable «Notfall» als Splitkriterium prüfen
- Fälle mit schweren ND / Komplikationen oder Lösen von Adhäsionen aufwendig

Umbau:

- Split bestehender DRG H07C mit HD Codes K80.- / K81.0 «Akute Cholezystitis» oder CHOP Codes «Lösung von Adhäsionen»

Hepatobiliäres System MDC 07

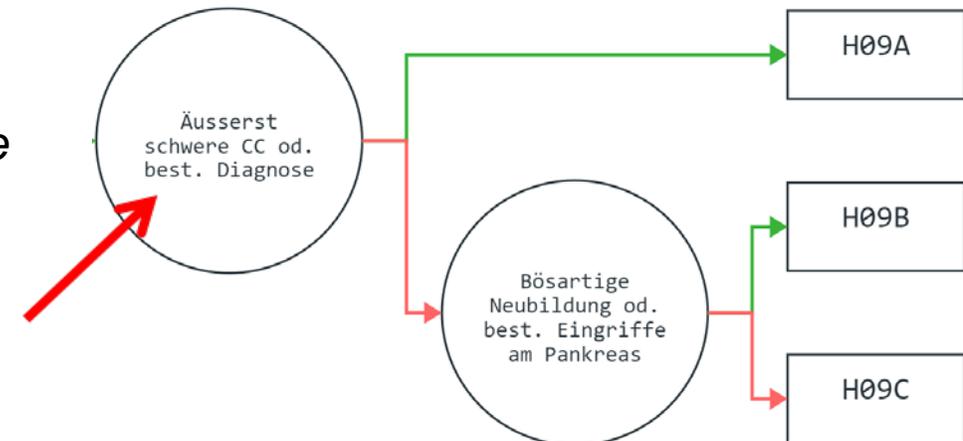
Pankreasfistel

Antrag:

- Prüfung von Pankreasfistel als Komplikation infolge einer Pankreatektomie in Basis DRG H09 «Eingriffe an Pankreas und Leber...»
- zusätzliche Diagnostik und längere Verweildauer führen zu höheren Kosten

Umbau:

- ICD Codes K86.8- «Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Pankreas» in DRG H09A aufgewertet



Hepatobiliäres System MDC 07

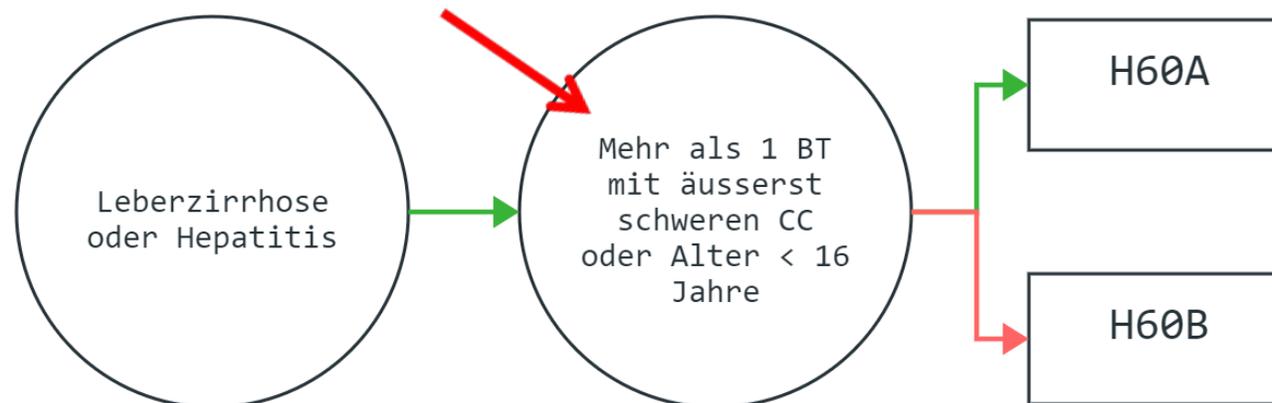
PCCL-Split

Problem:

- Fälle mit schweren CC und Ein-Belegungstag in DRG H60A «*Leberzirrhose mit äusserst schweren CC oder Alter < 16 Jahre*» übervergütet

Umbau:

- bestehende Logik «*PCCL > 3*» mit «*mehr als 1 Belegungstag*» verknüpft



Hepatobiliäres System MDC 07

Endoskopische Darmeingriffe

Antrag:

- Antrag aus Vorjahr zu Fällen in DRG H61B «*Bösartige Neubildung an hepatobiliärem System und Pankreas*» mit «*Transfusionsbedarf*» oder «*IMC-Aufenthalt*» wurde abgelehnt
- bestimmt therapeutische Verfahren erwiesen sich bei erneuter Prüfung als ressourcenintensiv

Umbau:

- Aufnahme Tabelle für «*endoskopische Darmeingriffe*» mit CHOP Codes 44.43.-, 45.-, 48.2-, 49.- in DRG H61A

Hepatobiliäres System MDC 07

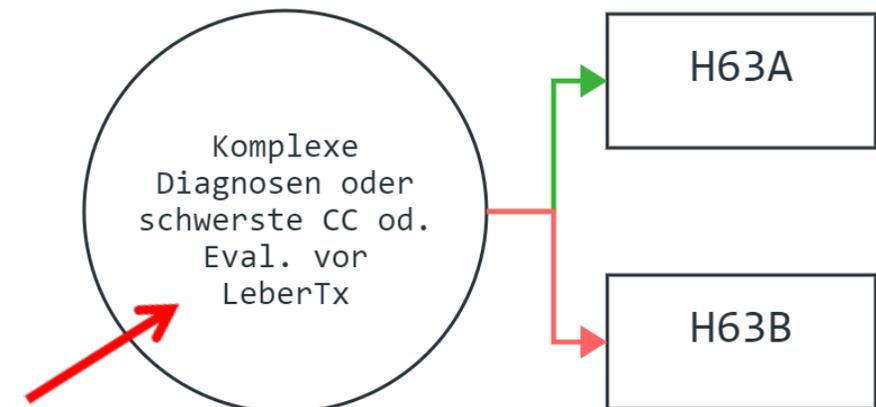
Evaluation Lebertransplantation

Problem:

- Fälle mit «*Evaluation vor Lebertransplantation*» in Basis DRG H63 nicht sachgerecht abgebildet

Umbau:

- Erweiterung der Logik für DRG H63A «*Erkrankungen der Leber ausser bösartige Neubildung,... oder äusserst schweren CC mit Evaluationsaufenthalt vor Lebertransplantation...* »



Hepatobiliäres System MDC 07

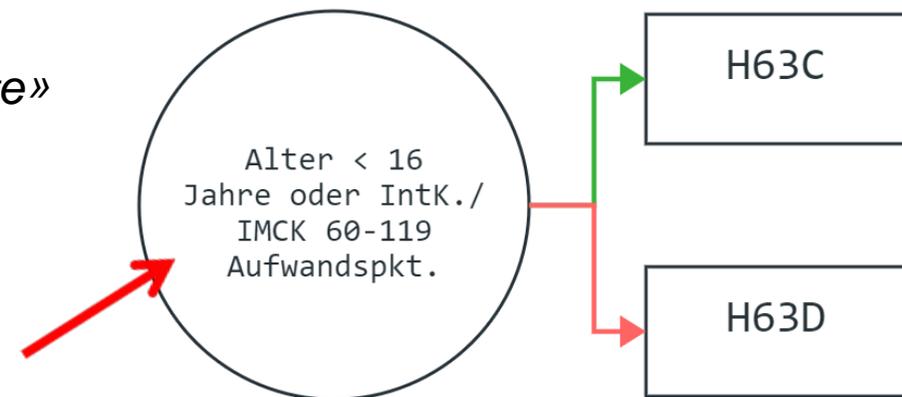
Intensivmedizinische KBH und IMCK

Antrag:

- Antrag auf Homogenitätsanalyse der DRG H63D «*Erkrankungen der Leber ausser bösartige Neubildung, Leberzirrhose...*» mit Hinweis auf IntK / IMCK Aufenthalt

Umbau:

- Splitbedingung überarbeitet
- Aufnahme von «*IntK/IMCK 60-119 Aufwandspunkte*» für DRG H63C



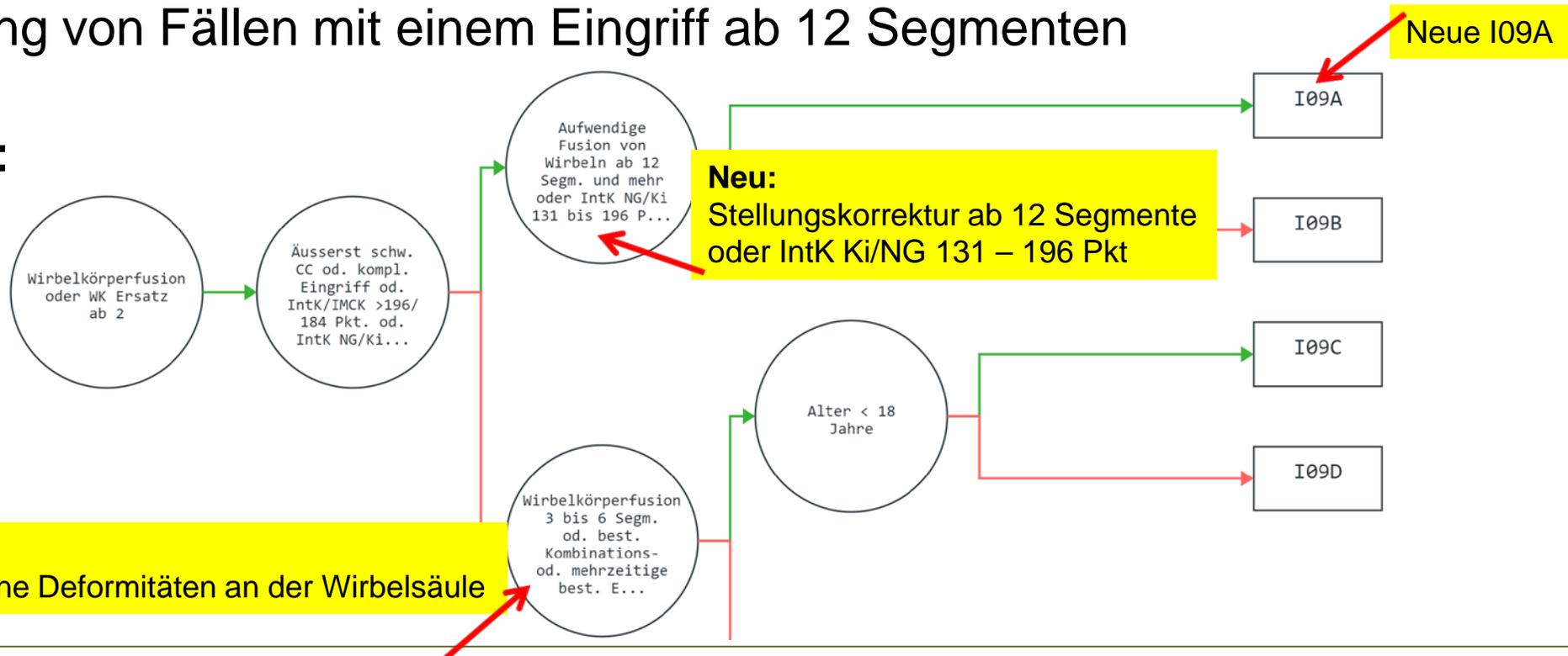
Bewegungssystem MDC 08

Eingriffe an der Wirbelsäule

Antrag:

- DRG I09A «*Wirbelkörperfusion mit äusserst schweren CC...*» defizitär
- Prüfung von Fällen mit einem Eingriff ab 12 Segmenten

Umbau:

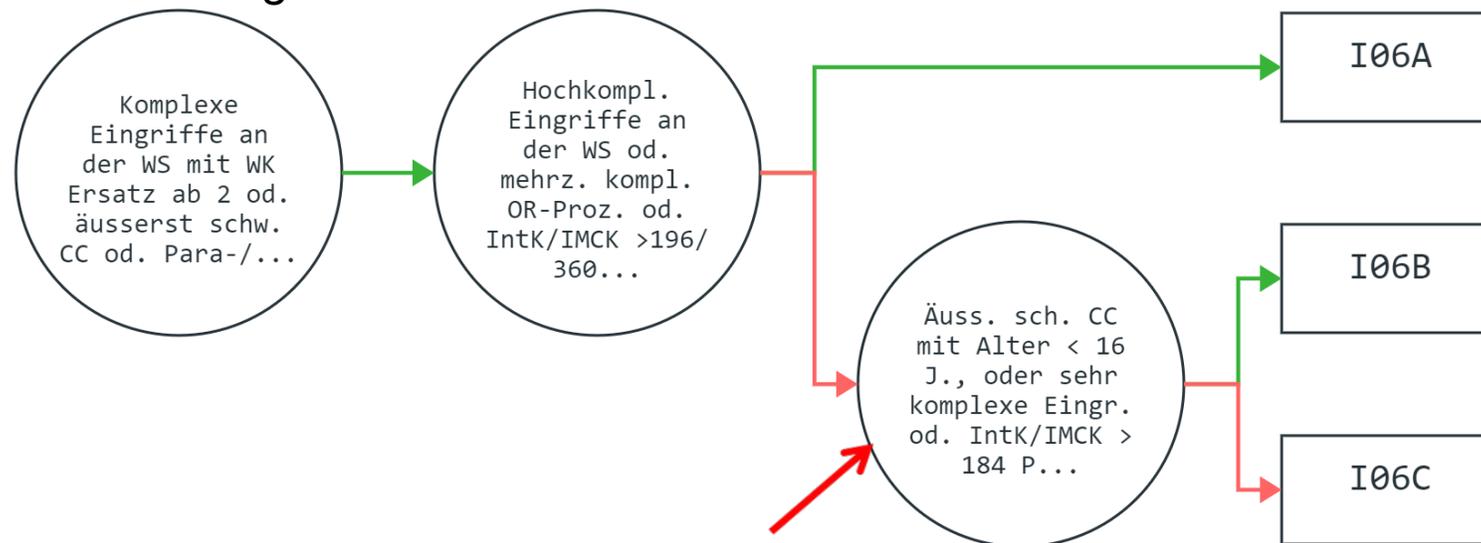


Bewegungssystem MDC 08

Komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule

Weiterer Umbau:

- Kosteninhomogenität in DRG I06B «Komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule mit äusserst schweren CC...»
- Splitbedingung «Geriatrische Akutrehabilitation_14» zu hoch bewertet
- Aufnahme Tab. «Angeborene Deformitäten an der Wirbelsäule»



Bewegungssystem MDC 08

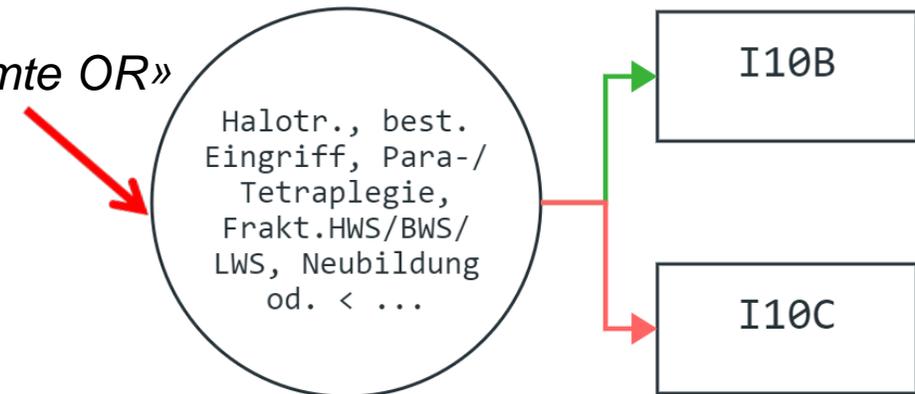
Mehrfacheingriffe

Antrag:

- Liegedauer bei notfallmässigen Aufnahme ist doppelt so lang wie bei regulärer Aufnahme
- Prüfung der Variable «*Notfall*» als Kostentrenner in DRG I10C

Umbau:

- Aufnahme Splitbedingung «*mehrzeitige bestimmte OR*» in DRG I10B «*Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit bestimmtem Eingriff...*»



Bewegungssystem MDC 08

Mikrovaskuläre Anastomose

Antrag:

- Abwertung CHOP Codes 78.xx.10 «*Knochentransplantation an..., gefässgestielt mit mikrovaskulärer Anastomose*» bei Arthrodesese
- Kosten stehen in keinem Verhältnis zu anderen mikrovaskulären Gefässeingriffen

Umbau:

- Entfernen der CHOP Codes 78.xx.10 aus Tabellen mit «*Gewebetransplantation mit mikrovaskulärer Anastomose*»
- neue Tabelle «*Knochentransplantation, gefässgestielt mit mikrovaskulärer Anastomose*» in DRG I08A «*Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit äusserst schweren CC und Mehrfacheingriff oder komplexer Prozedur oder...*» aufgenommen

Bewegungssystem MDC 08

Revision TEP Schulter

Antrag:

- Revisionsoperationen bei Schulterprothesen mit (Teil-) Prothesenwechsel sind kostenintensiv
- Prüfung von Revisionseingriffen mit ICD Codes T84.0- «*Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese*» oder T84.5 «*Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese*»

Umbau:

- Aufnahme CHOP Codes 81.80.2- «*Implantation Totalendoprothese Schultergelenk... bei Prothesenwechsel*» in DRG I12B «*Knochen- und Gelenkinfektion /-entzündung mit...*»

Bewegungssystem MDC 08

Polymyalgia rheumatica

Antrag:

- ICD Kode M35.3 «*Polymyalgia rheumatica*» als Nebendiagnose bei anderen Erkrankungen zu hoch bewertet
- während Hospitalisation bei dieser ND nur geringes oder gar kein Patientenmanagement

Umbau:

- Löschen ICD Kode M35.3 «*Polymyalgia rheumatica*» aus Basis DRG I12 «*Knochen- und Gelenkinfektion /-entzündung...*» und DRG I08A «*Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur...*»
- Abbildung ICD M35.3 in Basis DRG I66 «*Erkrankungen des Bindegewebes*»

Bewegungssystem MDC 08

Komplexe Osteotomie

Vormerkung:

- Eingriff CHOP Codes 77.37.13 / -.22 «komplexe (mehrdimensionale) Osteotomie (mit Achsenkorrektur)...Tibia / Fibula» in Basis DRG I13 «Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk» nicht sachgerecht vergütet

Umbau:

- in DRG I13A → Entfernung CHOP Codes 77.37.13 und 77.37.22 aus Logik «Mehrfacheingriff»
- Aufnahme CHOP Codes in Logik für I13B ohne weitere Bedingung

Bewegungssystem MDC 08

Durchtrennung Gelenkkapsel

Hinweis:

- CHOP Codes 80.4- «*Durchtrennung von Gelenkkapsel,...*» in Basis DRGs I13 «*Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk*», I29 «*Komplexe Eingriffe an Skapula, Klavikula, Rippen oder Schulter*», I28 «*Andere Eingriffe an Knochen oder Bindegewebe*» überbewertet

Umbau:

- Abwertung der Prozedur in Basis DRGs I59 «*Andere Eingriffe an den unteren Extremitäten und Humerus oder mässig komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm*» und I21 «*Bestimmte Eingriffe an Hüftgelenk und Femur*»

Bewegungssystem MDC 08

Fusschirurgie

Antrag:

- Aufwertung von Fällen mit Diagnose Codes G80.- «*Paresen*», G60.- «*Neuropathie*» oder Q90.- «*Chromosomenanomalien*» und mindestens zwei CHOP Codes aus 81.1- «*Arthrodese und Arthrorise an Fuss und Sprunggelenk,...* », 77.- «*Osteotomie,...* », 83.- «*Sehnentransfer*»
- Fälle sind in DRG I20B bzw. I20C untervergütet
- Split DRG I20B bzw. I20C mit Aufwertung der genannten Fallkonstellationen
- alternativ Umgruppierung in DRG I20A

Bewegungssystem MDC 08

Fusschirurgie

Umbau:

- Codes aus Mehrfach-Logik für DRG I20B/C entfernt 81.1- *«Arthrodesse und Arthrorise an Fuss und Sprunggelenk,... »*, 79.17.10 bis -.19 *«Geschlossene Reposition einer Fraktur an Tarsalia und Metatarsalia mit innerer Knochenfixation»*, 78.38.10 bis -.99 *«Verlängerungsosteotomie an Tarsalia und Metatarsalia»*
- Aufnahme dieser Codes in Tab. ohne weitere Bedingung für DRG I20B/C
- einige Fälle gelangen jetzt in Verbindung mit best. Diagnose in DRG I20A
- Fälle mit *«Zerebralparesen»* gruppieren neu in DRG I20A
- Tab. mit ICD Codes *«Arthritis / Osteomyelitis»* aus DRG I20A entfernt

Bewegungssystem MDC 08

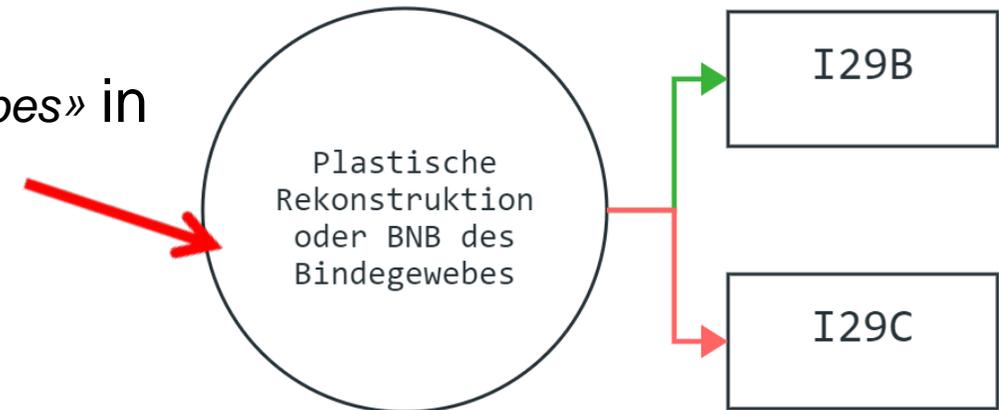
Bösartige Neubildung

Hinweis:

- Fälle mit einer bösartigen Neubildung an der Schulter in DRG I29C «*Komplexe Eingriffe an Skapula, Klavikula, Rippen oder Schulter*» untervergütet
- OP Zeit kann bis zu 7 Std. dauern

Umbau:

- Aufnahme Diagnosen «*BNB des Bindegewebes*» in Split für die DRG I29B



Bewegungssystem MDC 08

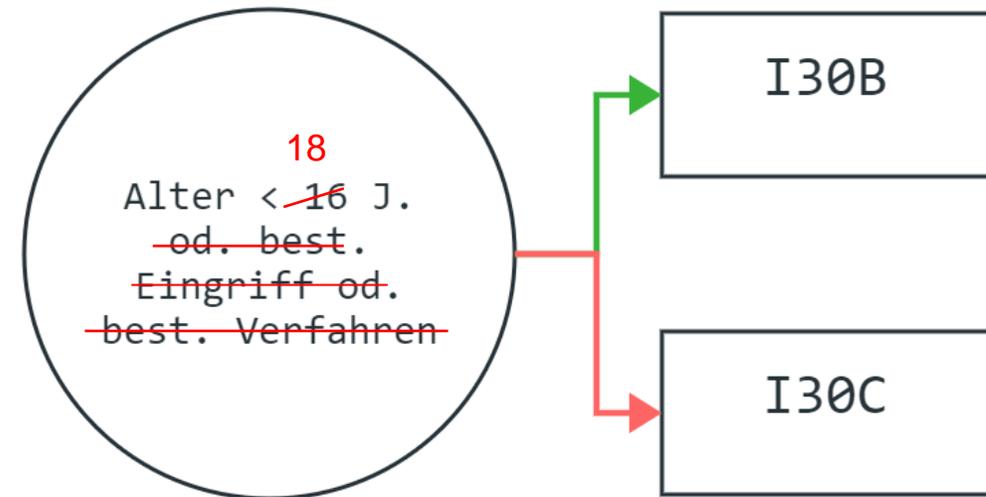
Komplexe Knieeingriffe

Problem:

- Kosteninhomogenität in DRG I30B «Komplexe Eingriffe am Kniegelenk mit bestimmtem Eingriff oder Verfahren oder Alter < 16 Jahre»
- Splitbedingungen kein kostentrennendes Merkmal mehr

Umbau:

- Logik für DRG I30B überarbeitet



Bewegungssystem MDC 08

Tibiafraktur

Antrag:

- Fälle mit Tibia-Fraktur weisen häufig eine massive Schwellung auf
- Langliegerzuschlag für Wartezeit bis zur Abschwellung zu hoch
- obere Grenzverweildauer in DRG I30C «Komplexe Eingriffe am Kniegelenk» für diese Eingriffe zu niedrig

Umbau:

- Fälle in DRG I30C sachgerecht abgebildet
 - Kosten in den Variablen: Personal und Hotellerie vorhanden
- Antrag wurde abgelehnt

Bewegungssystem MDC 08

Kondensation

Problem:

- DRG fallzahlschwach bzw. Splitbedingungen nicht mehr kostentrennend

Umbau:

- Kondensation DRG I31A und DRG I31B → DRG I31A «*Komplexe Eingriffe an Ellenbogen und Unterarm mit beidseitigem oder mehrzeitigem Eingriff oder Eingriff an mehreren Lokalisationen oder bestimmtem Eingriff oder bestimmten Verfahren*»
- Kondensation DRG I68B und DRG I68C → DRG I68B «*Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich mit schweren CC oder Para-/Tetraplegie*»

Bewegungssystem MDC 08

Medizinische Partition

Hinweis:

- konservativ behandelte Fälle mit einem Hallux valgus in Basis DRG I76 «*Andere Erkrankungen des Bindegewebes...*» höher bewertet als Fälle mit einem operativen Eingriff in Basis DRG I20 «*Eingriffe am Fuss...*»

Umbau:

- Aufnahme ICD Codes M20.- «*Hallux; Sonstige Deformitäten am Fuss*» und M21.- «*Valgus- oder Flexionsdeformität; Erworbene Deformitäten*» in Basis DRG I69 «*Knochenkrankheiten und Arthropathien...*»

→ sachgerechte Vergütung der Fälle mit und ohne Operation

Haut und Mamma MDC 09

Gewebereduktionsplastiken

Antrag:

- postbariatrische Korrektureingriffe mit Gewebereduktionsplastik gleichzeitig an mehreren Lokalisationen nicht sachgerecht abgebildet
- Aufwertung von Gewebereduktionsplastiken in Basis DRG J10 «*Plastische Operationen an Haut, Unterhaut und Mamma*»

Umbau:

- bestehende Splitbedingung «*Gewebereduktionsplastik*» für DRG J10A geschärft in «*Gewebereduktionsplastik **beidseits** oder an **mehreren Lokalisationen***»
- einseitige Eingriffe gruppieren neu in DRG J10B
- Aufwertung der Fälle in DRG J10A aufgrund des Umbaus

Haut und Mamma MDC 09

Lokale Lappen- und Dehnungsplastik

Antrag:

- CHOP Codes 86.7A.1- «*Dehnungsplastik, kleinflächig,...*» nicht gruppierungsrelevant
- Abbildung CHOP Codes 86.7A.2- «*Dehnungsplastik, grossflächig...*» und 86.7A.9- «*Lokale Lappenplastik an Haut und Subkutangewebe, sonstige...*» überprüfen
- Fälle defizitär

Umbau:

- CHOP Codes 86.7A.1- Abbildung sachgerecht
- CHOP Codes 86.7A.2- und 86.7A.9- wurden 86.7A.1- gleichgestellt

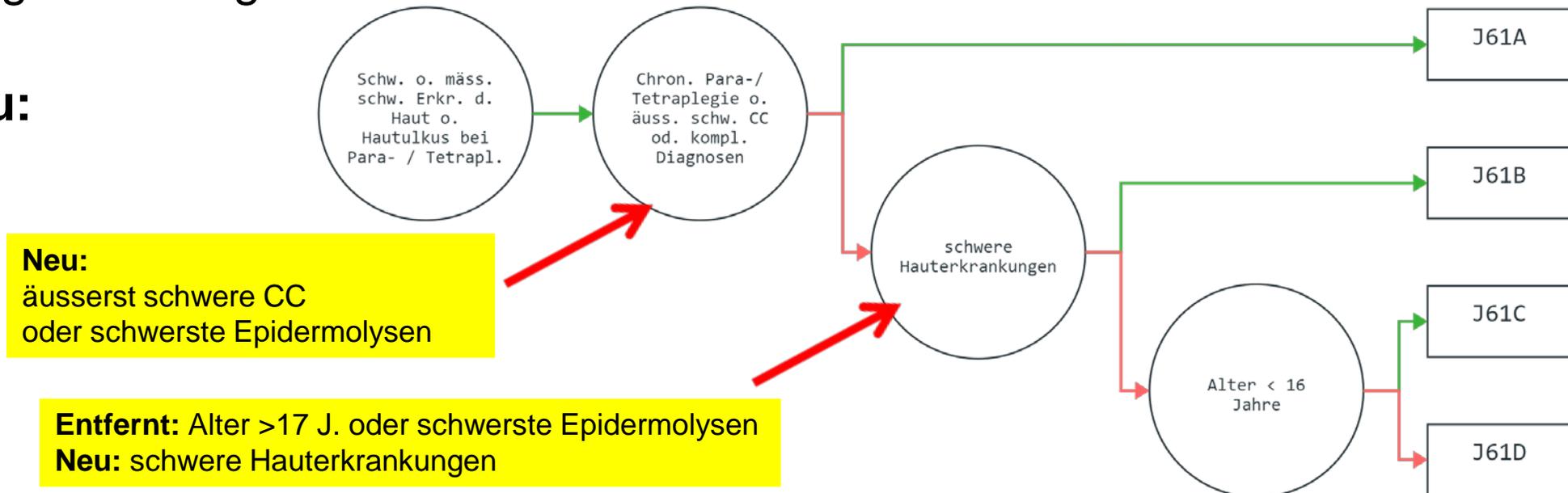
Haut und Mamma MDC 09

Schwere Hauterkrankungen

Problem:

- schwerste Epidermolysen und schwere Hauterkrankungen in Basis DRG J61 «Schwere oder mässig schwere Erkrankungen der Haut oder Hautulkus...» nicht sachgerecht abgebildet

Umbau:



Stoffwechselkrankheiten MDC 10

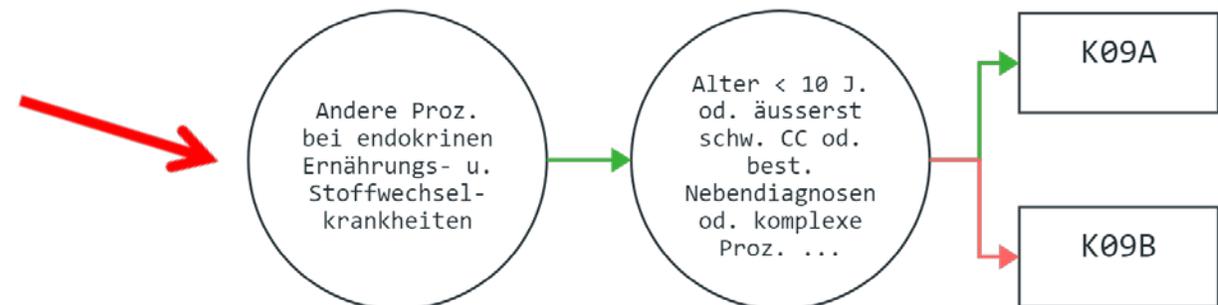
Hyperthyreose

Hinweis:

- Fälle mit Kombination Hauptdiagnose E02 bis E05.- «Hyperthyreose» oder E06.3 «Autoimmunthyreoiditis» und CHOP Kode 16.98.20 «Knöcherner Dekompression der Orbita» gruppieren in Basis DRG 901

Umbau:

- Hauptdiagnosen und Prozedur 16.98.20 «Knöcherner Dekompression der Orbita» gruppieren in Basis DRG K09 «Andere Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten»



Stoffwechselkrankheiten MDC 10

Endokrinopathien

Antrag:

- Hauptdiagnosen ICD Codes E87.1 «*Hypoosmolalität und Hyponatriämie*» und E22.2 «*Syndrom der inadäquaten Sekretion von Adiuretin*» gruppieren in verschiedene DRGs
- Gleichstellung der Diagnosen

Umbau:

- E87.1 «*Hypoosmolalität und Hyponatriämie*» in Basis DRG K64 «*Endokrinopathien*» aufgenommen

→ Diagnosen gruppieren in gleiche Basis DRG

Stoffwechselkrankheiten MDC 10

Kondensation

Problem:

- DRG fallzahlschwach bzw. Splitbedingungen nicht mehr kostentrennend

Umbau:

- Kondensation DRG K60B und DRG K60C → DRG K60B «*Diabetes mellitus oder schwere Ernährungsstörungen mit äusserst schweren CC, oder Diabetes mellitus mit komplizierender Diagnose oder...*»

Harnorgane MDC 11

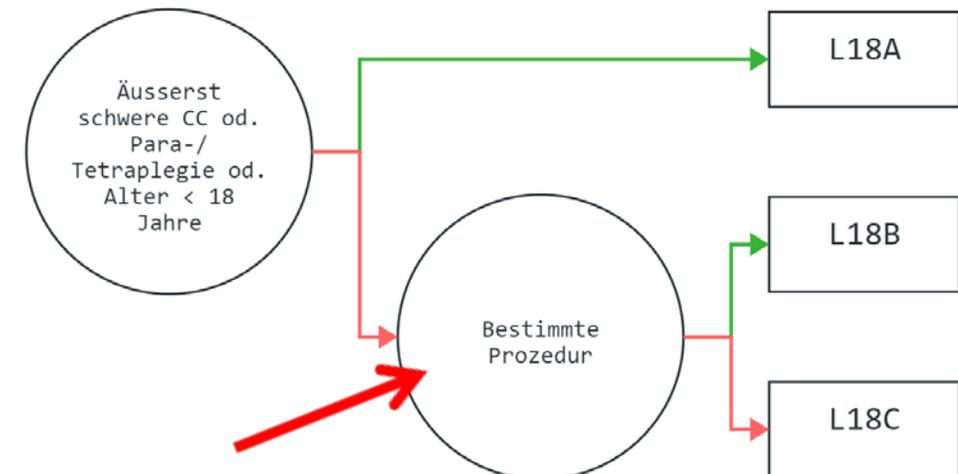
Nephrostomie

Antrag:

- Homogenitätsprüfung der DRG L18B «Komplexe transurethrale, perkutan-transrenale und andere retroperitoneale Eingriffe ohne extrakorporale Stosswellen-Lithotripsie (ESWL)»
- geeignete Kostentrenner: PCCL-Split oder perkutane Nephrostomie

Umbau:

- Split der DRG L18B mit CHOP Codes 55.02.-, 55.03.-, 55.04.- «Perkutane Nephrostomie»



Harnorgane MDC 11

Transurethrale Eingriffe

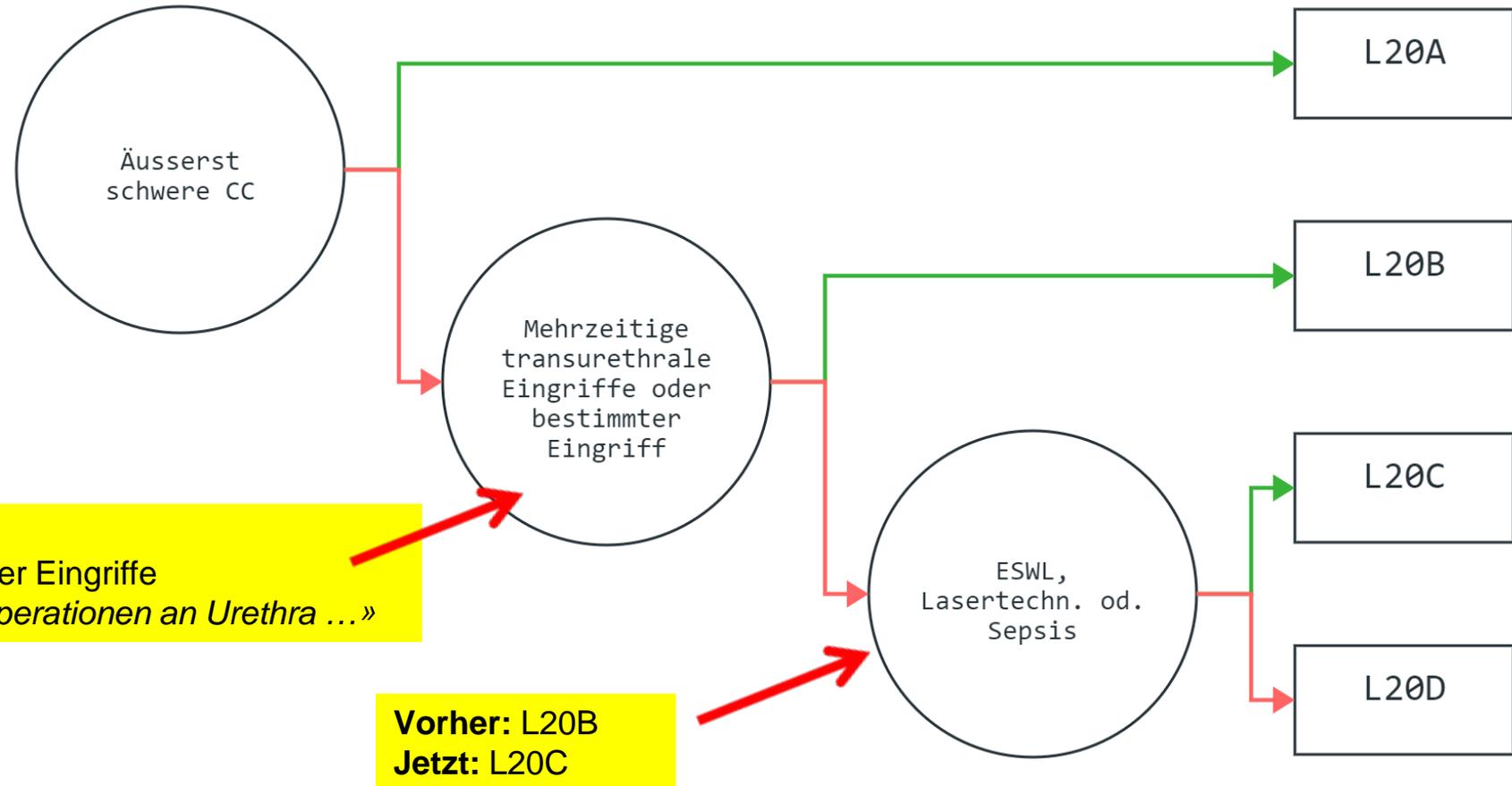
Antrag:

- Entfernung von Nierensteinen mittels Harnleiterschienen erfolgt häufig in zwei Aufenthalten
 - 1. transurethrale Einlage Harnleiterschiene
 - 2. transurethrale Entfernung Nierenstein
- Fälle mit Prozedur 58.99.10 «*Sonstige Operationen an Urethra und Periurethralgewebe, Einlegen und Wechsel eines Stent in die Urethra*» in Basis DRG L20 «*Transurethrale Eingriffe ausser Prostataresektion...*» nicht sachgerecht abgebildet

Harnorgane MDC 11

Nierenstein-Entfernung

Umbau:



Harnorgane MDC 11

Ein-Belegungstag DRG

Antrag:

- Fälle mit CHOP Kode 55.23 «*Geschlossene [perkutane] [Nadel-] Biopsie an der Niere*» in DRG L70C «*Krankheiten und Störungen der Harnorgane und Alter > 15 Jahre, ein Belegungstag*» unterdeckt

Umbau:

- Aufwertung der Tabelle «*Mittelschwere Eingriffe Harnorgane*» mit den Prozeduren für Nephro(s)tomien, Pyelo(s)tomie, Zystotomie, Ureter-Katheterisierung in DRG L70B

Harnorgane MDC 11

Kondensation

Problem:

- DRG fallzahlschwach bzw. Splitbedingungen nicht mehr kostentrennend

Umbau:

- Kondensation DRG L20D und DRG L20E → DRG L20D «*Transurethrale Eingriffe ausser Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien, mehr als ein Belegungstag*»

Männliche Geschlechtsorgane MDC 12

Biopsie Skrotum

Problem:

- CHOP Codes 61.11.- «*Biopsien von Skrotum od. Tunica vaginalis*» nur in MDC 10 «*Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten*» abgebildet

Umbau:

- zusätzlich Aufnahme in MDC 12 «*Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane*» in Basis DRG M04 «*Eingriffe am Hoden*»

Weibliche Geschlechtsorgane MDC 13

Hysterektomie und Deszensuschirurgie

Ausgangslage:

- V13.0 umfangreiche Umbauten in Basis DRGs N01 und N04 «*Hysterektomie*»
- 
- A large blue arrow pointing downwards, indicating a transition or continuation of the list.
- Hinweis von der Fachgesellschaft → bestimmte Konstellationen medizinisch und ökonomisch nicht sachgerecht abgebildet
 - Deszensuseingriffe mit gleichzeitiger Hysterektomie untervergütet
 - CHOP Codes 2022 für Deszensuschirurgie entsprechen nicht mehr dem Stand der Medizin
 - neue CHOP Codes mit Katalog 2024 aufgenommen
- betroffene Basis DRGs N01, N04, N05 und N06

Weibliche Geschlechtsorgane MDC 13

Hysterektomie und Deszensuschirurgie

Antrag:

- Eingriff CHOP Codes 70.78 «*Suspension und Fixation der Vagina mit Transplantat oder Prothese (Lap.)*» und 68.31 «*Subtotale Hysterektomie, laparoskopisch*» deutlich komplexer als eine alleinige Suspension
- Fälle gruppieren sehr unterschiedlich je nach zusätzlich gewähltem Kode
- erneut Prüfung der Abbildung dieser Fälle

Analysen:

- umfangreiche Simulationen
- schwierige Konstellation mit unklaren CHOP Codes

Weibliche Geschlechtsorgane MDC 13

Hysterektomie und Deszensuschirurgie

Umbau I:

- Kondensation der Basis DRGs N04 «*Hysterektomie ausser bei BNB*» und N05 «*Ovariectomie und kompl. Eingriffe an den Tubae uterinae...*»
- Aufnahme aller Eingriffe aus N05 in Basis DRG N04
- Abbildung aller Hysterektomien ohne BNB in Basis DRG N04
- Split für DRG N04A erweitert um CHOP Codes 70.78 und 68.31
- Überarbeitung Split für DRG N04B:
 - rekonstruktive Eingriffe mit Transplantat und Prothese
 - peritoneale Adhäsionen mit Hysterektomie
 - Endometriose mit bestimmtem Eingriff

Weibliche Geschlechtsorgane MDC 13

Hysterektomie und Deszensuschirurgie

Umbau II:

- neuer Split DRG N04C mit:
 - Hysterektomie oder rekonstruktiver Eingriff mit Ovariectomie oder komplexem Eingriffe an der Tuba uterina oder
 - peritoneale Adhäsionen
 - Abfragereihenfolge überarbeitet und geprüft
 - Überarbeitung auch im Hinblick auf die neuen CHOP Codes
- entsprechend weitere Umbauten notwendig

Weibliche Geschlechtsorgane MDC 13

Hysterektomie bei BNB

Ausgangslage:

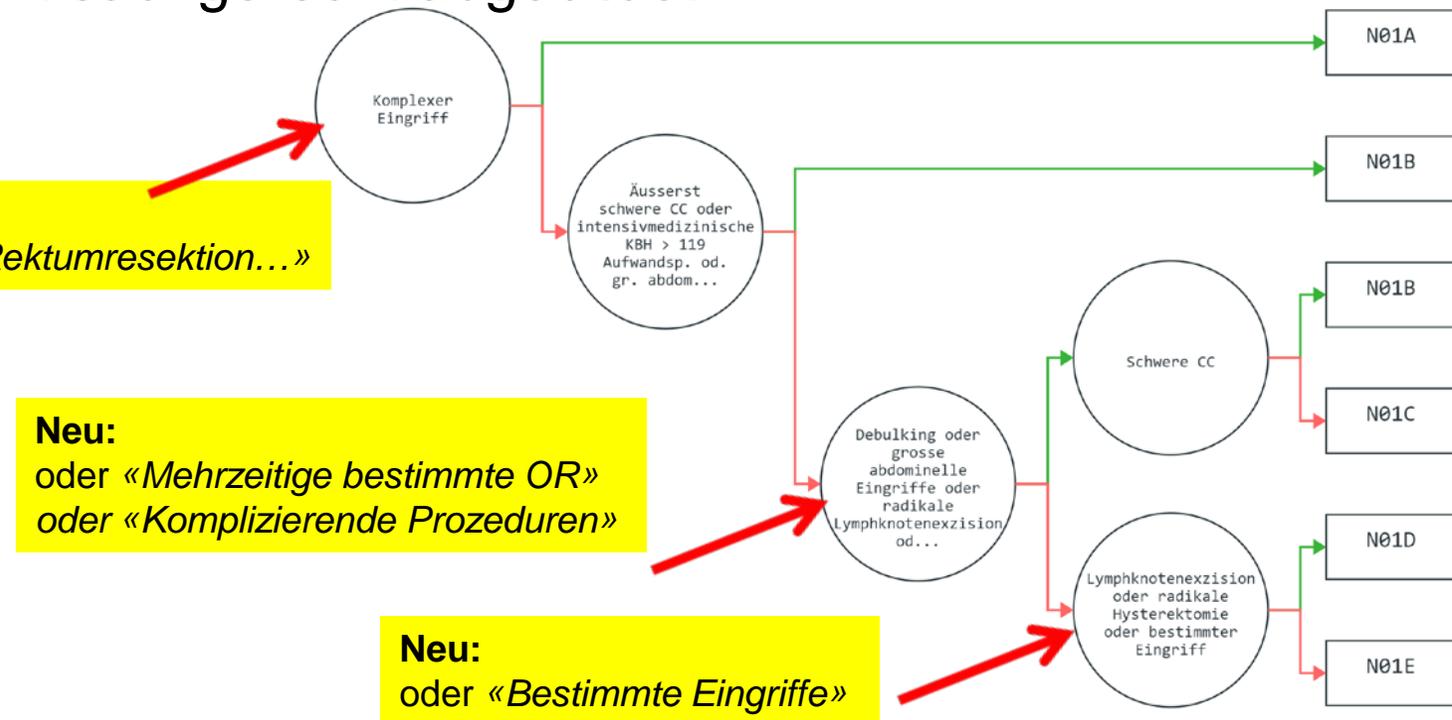
- aufwendige Fälle in Basis DRG N01 «*Hysterektomie oder Debulking oder grosser abdominaler Eingriff...*» nicht sachgerecht abgebildet

Umbau:

Neu:
CHOP Codes 48.4-, 48.5- und 48.6- «*Rektumresektion...*»

Neu:
oder «*Mehrzeitige bestimmte OR*»
oder «*Komplizierende Prozeduren*»

Neu:
oder «*Bestimmte Eingriffe*»



Weibliche Geschlechtsorgane MDC 13

Peritoneale Adhäsionen

Hinweis:

- Lösung von «*Peritoneale Adhäsionen*» in Basis DRG N06 «*Komplexe rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen...*» als Kostentrenner nicht berücksichtigt

Umbau:

- Tabelle «*Peritoneale Adhäsionen*» für DRG N06B als Splitkriterium aufgenommen

Weibliche Geschlechtsorgane MDC 13

Plastische Rekonstruktionen

Vormerkung:

- CHOP Codes 71.79 «*Plastische Rekonstruktion an Vulva und Perineum, sonstige*», 71.8 «*Sonstige Operationen an der Vulva*», 71.9 «*Sonstige Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen*» nur in Basis DRG U01 «*Geschlechtsumwandelnde Operation*» abgebildet

Umbau:

- CHOP Codes in Basis DRGs N23 «*Andere rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen...*» und O02 «*Vaginale Entbindung mit aufwendigem Eingriff oder bestimmte Prozedur mit bestimmter Diagnose*» aufgenommen

Weibliche Geschlechtsorgane MDC 13

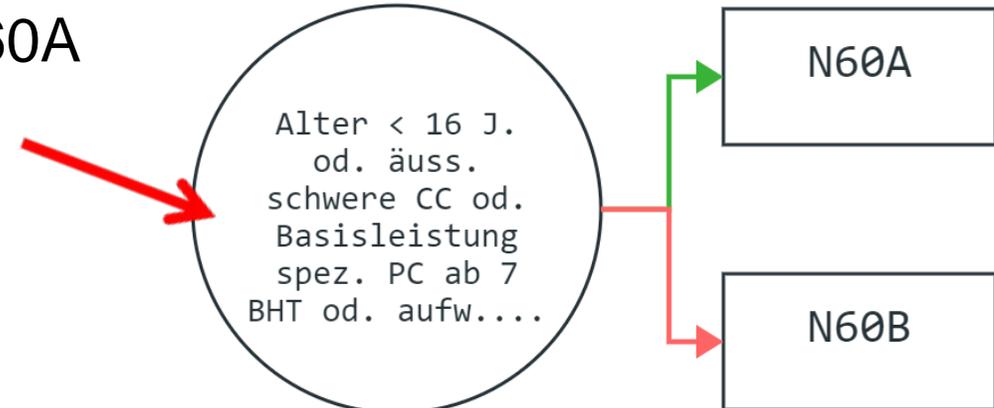
PCCL-Split

Problem:

- inhomogene Fallmenge in DRG N60A «*Bösartige Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane, Alter < 16 Jahre oder...*»

Umbau:

- Fälle mit erhöhtem Schweregrad untervergütet
- Erhöhung auf «*PCCL-Split > 3*» für DRG N60A



Weibliche Geschlechtsorgane MDC 13

Kondensation

Problem:

- DRG fallzahlschwach bzw. Splitbedingungen nicht mehr kostentrennend

Umbau:

- Kondensation DRG N13A und DRG N13B → DRG N13Z «*Grosse Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva*»

Schwangerschaft, Geburt MDC 14

Vaginale Entbindung

Analyse:

- CHOP Kode 75.62 «*Naht eines frischen geburtsbedingten Risses von Rektum und Sphinkter ani*» in MDC 14 nicht sachgerecht abgebildet

Umbau:

- Aufnahme und damit Aufwertung des CHOP Kodes in Tabelle für «*Prozeduren bei vaginaler Entbindung mit Komplikationen*» in Basis DRG O02 «*Vaginale Entbindung mit aufwendigem Eingriff oder bestimmte Prozedur mit bestimmter Diagnose*»

Schwangerschaft, Geburt MDC 14

Bestimmte Eingriffe

Problem:

- CHOP Codes für Operationen an Vulva oder Perineum bisher nur in MDC 13 «Weibliche Geschlechtsorgane» enthalten

Umbau:

- Aufnahme folgender CHOP Codes in Basis DRG O02:
 - 71.79 «Plastische Rekonstruktion an Vulva und Perineum, sonstige»
 - 71.8 «Sonstige Operationen an der Vulva»
 - 71.9 «Sonstige Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen»

Schwangerschaft, Geburt MDC 14

Fetale Diagnostik

Analyse:

- CHOP Codes für Prozeduren am Fetus nicht einheitlich abgebildet
- Tabellenbereinigungen notwendig
- diverse Analysen und Simulationen

Umbau:

- Aufnahme bestimmter CHOP Codes für Prozeduren am Fetus in Tabelle für *«Medizinische Prozeduren»*
- Aufwertung von intrauterinen Prozeduren in DRG O02A *«Vaginale Entbindung mit aufwendigem Eingriff oder bestimmte Prozedur mit bestimmter Diagnose, und äusserst schwere CC oder protrahierter Geburt oder intrauterine Prozedur»*

Schwangerschaft, Geburt MDC 14

Komplikationen bei Geburt

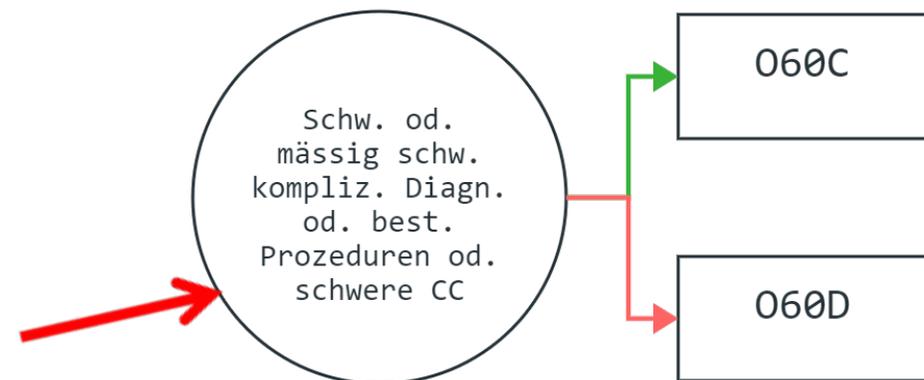
Antrag:

- Unterfinanzierung von Fällen in Basis DRG O60 mit Diagnosen ICD Gruppe O68 «Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch fetalen Distress [fetal distress] [fetaler Gefahrenzustand]»
- Neubewertung dieser Fälle innerhalb Basis DRG O60 «Vaginale Entbindung»

Umbau:

- Aufnahme ICD Codes O68.0-O68.8 in CC-Matrix für MDC 14

Neu: oder «PCCL > 2»



Schwangerschaft, Geburt MDC 14

Zusammenführung

Problem:

- DRG fallzahlschwach bzw. Splitbedingungen nicht mehr kostentrennend

Umbau:

- Kondensation DRG O04Z und DRG O40Z → DRG O04Z «*Stationäre Aufnahme nach Entbindung oder Abort mit OR-Prozedur*»
- Auflösung Basis DRG O40

Blut und Immunsystem MDC 16

Biopsien

Analyse:

- in Ein-Belegungstag DRG Q86B Mehraufwand bei Durchführung einer geschlossenen Biopsie ersichtlich

Umbau:

- Aufwertung von «*Medizinischen Biopsien*» in DRG Q86A «*Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems mit bestimmtem Eingriff oder Alter < 16 Jahre, ein Belegungstag*»

Blut und Immunsystem MDC 16

Z. n. hämatopoetischer Stammzelltransplantation

Antrag:

- Prüfung aller ICD-10 GM Diagnosen aus Kapitel III «*Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems*» ZUR Aufwertung innerhalb Basis DRG Q61 «*Erkrankungen der Erythrozyten*»
- Prüfung der Nebendiagnose Z94.81 «*Zustand nach hämatopoetischer Stammzelltransplantation mit gegenwärtiger Immunsuppression*»

Umbau:

- neue DRG Q61B «*Erkrankungen der Erythrozyten mit bestimmter komplexer Diagnose*»
- Aufwertung der Nebendiagnosen Z94.80 und Z94.81 in DRG Q61A

Neubildungen MDC 17

Komplexe Diagnosen

Problem:

- ICD Gruppe J12 «*Viruspneumonie,...*» und B20-23 «*HIV-Krankheit*» nicht in Tabelle «*Komplexe Diagnose*» in Umleitung für MDC 17 enthalten

Umbau:

- Aufnahme ICD Gruppe J12 und B20-23 in Tabelle für Umleitung aus der Prä-MDC in MDC 17

Neubildungen MDC 17

Kosteninhomogenität

Antrag:

- Fällen in DRG R01C «*Operative Eingriffe bei hämatologischen und soliden Neubildungen ...*» mit grossen chirurgischen Eingriffen, bestimmten Hauptdiagnosen oder Chemotherapien untervergütet

Umbau:

- Kondensation DRGs R01B und R01C → DRG R01B
- neues Splitkriterium für R01A «*Mehrzeitige bestimmte OR-Proz.*» oder «*Aufwendige Konstellationen bei BNB mit PCCL > 3*»
- Bedingung für neue R01B erweitert um «*komplexe Chemotherapie*» oder «*Exzision von LK bei Metastasen*»

Neubildungen MDC 17

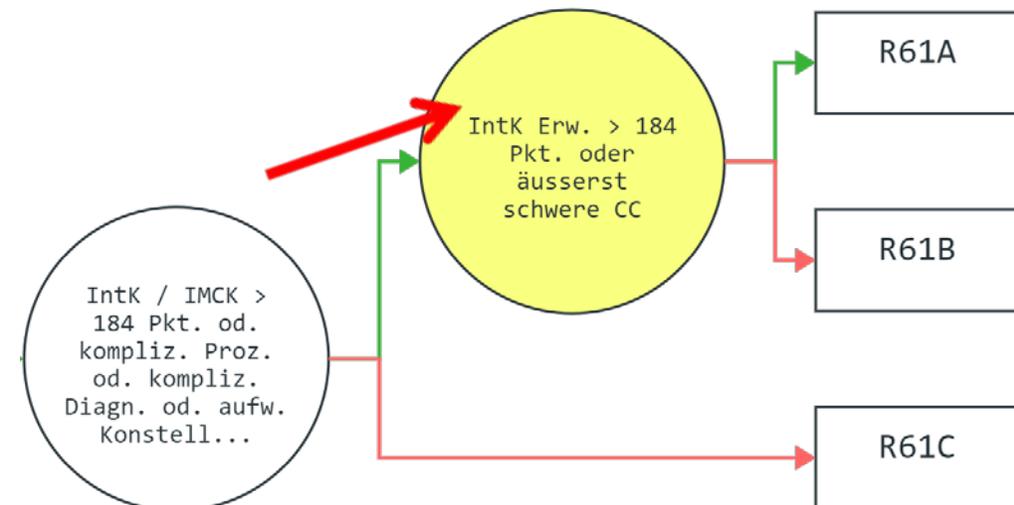
Intensivmedizinische KBH

Antrag:

- Prüfung aufwandsgerechte Abbildung der Intensivbehandlung in DRG R61A

Umbau:

- neue DRG R61A «*Lymphom und nicht akute Leukämie mit Dialyse oder protektive Isolierung ab 7 Behandlungstage oder...*»



Neubildungen MDC 17

Kondensation

Problem:

- DRG fallzahlschwach bzw. Splitbedingungen nicht mehr kostentrennend

Umbau:

- Kondensation DRG R62B und DRG R62C → DRG R62B «*Andere hämatologische und solide Neubildungen, mehr als ein Belegungstag*»
- Kondensation DRG R63C und DRG R63D → DRG R63C «*Andere akute Leukämie, mehr als ein Belegungstag mit äusserst schweren CC oder Dialyse oder Komplexdiagnostik oder komplexer Diagnose oder...*»

Infektionen MDC 18B

Intensivmedizinische KBH und IMCK

Antrag:

- Aufenthalte auf Intensiv- **und** Intermediate Care Station in Basis DRG T36
«*Infektiöse und parasitäre Krankheiten mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392/552 Aufwandspunkten oder....*» untervergütet

Umbau:

Entfernt:
IntK > 980/1104 Pkt.
od. IntK > 392/828 Pkt. mit Dialyse od. VAC
Neu:
IntK > 784/828 Pkt.
oder IntK > 392/552 mit IMCK 197-392/185-552 Pkt.

Neu: IntK > 980/1104 Pkt.

IntK > 784 /
828 Pkt. od.
bestim. IntK
mit IMCK Pkt.
od. kompl. OR-
Proz.

IntK > 980/
1104 Pkt. od.
IntK > 784/ 828
Pkt. mit mehrz.
bestimmte OR-
Proz. od...

T36A

T36B

T36C

Infektionen MDC 18B

Extrakorporale Adsorption

Antrag:

- Fälle mit CHOP Kode 99.76.31 «*Extrakorporale Adsorption hydrophober, niedrig- und mittelmolekularer Substanzen*» gruppieren in DRG A91Z statt in DRG T01B
- DRG A91Z «*Photopherese und Apherese, ein Belegungstag*» tiefer bewertet als DRG T01B «*OR-Prozedur oder grossflächiges Débridement bei infektiösen und parasitären Krankheiten...*»

Umbau:

- Logikausdruck Basis DRG A91Z überarbeitet «*Photopherese und Apherese ohne OP-Prozeduren, ein Belegungstag*»
- nur konservative Fälle gruppieren in Basis DRG A91Z

Infektionen MDC 18B

Kondensation

Problem:

- DRG fallzahlschwach bzw. Splitbedingungen nicht mehr kostentrennend

Umbau:

- Kondensation DRG T63A und DRG T63B → DRG T63A «*Virale Erkrankung bei Zustand nach Organtransplantation oder erschwerender Diagnose oder Infektionen mit Zytomegalieviren oder Kontaktisolation ab 7 Behandlungstage*»

Verletzungen MDC 21B

Mikrovaskuläre Anastomosierung

Problem:

- in DRG X01A bisher nur CHOP Codes 86.7D.1- «*Plastik an Haut und Subkutangewebe mit freiem Lappen mit mikrovaskulärer Anastomosierung*» abgebildet

Umbau:

- Aufnahme aller CHOP Codes für «*Gewebetransplantation mit mikrovaskulärer Anastomosierung*» in DRG X01A «*Rekonstruktive Operation bei Verletzungen mit komplizierender Prozedur,...* »

Verletzungen MDC 21B

Zusammenführung

Problem:

- DRG fallzahlschwach bzw. Splitbedingungen nicht mehr kostentrennend

Umbau:

- Kondensation DRG X07A und DRG X33Z → DRG X07A «*Replantation bei traumatischer Amputation mit Replantation mehr als einer Zehe oder mehr als eines Fingers oder mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren oder komplexe Vakuumbehandlung oder Vakuumbehandlung mit bestimmtem Eingriff*»
- Auflösung Basis DRG X33

Verbrennungen MDC 22

Spenderhaut

Anträge:

- Fälle mit grossflächiger Spenderhaut bei Hautverletzungen / Verbrennungen streuen über viele DRGs
- Spenderhaut steht als autolog, allogene, xenogene oder als Kunsthaut zur Verfügung
- Behandlung sehr schwierig und komplex
- betrifft CHOP Code Gruppen
 - 86.6C.- «Anderer permanenter Haut- und Subkutangewebeersatz»
 - 85.H3.- «Permanenter Hautersatz an die Mamma durch Ersatzmaterial»
 - 86.88.E- «Temporäre Weichteildeckung mittels allogener Haut, kleinflächig»
 - 86.88.F- «Temporäre Weichteildeckung mittels allogener Haut, grossflächig»

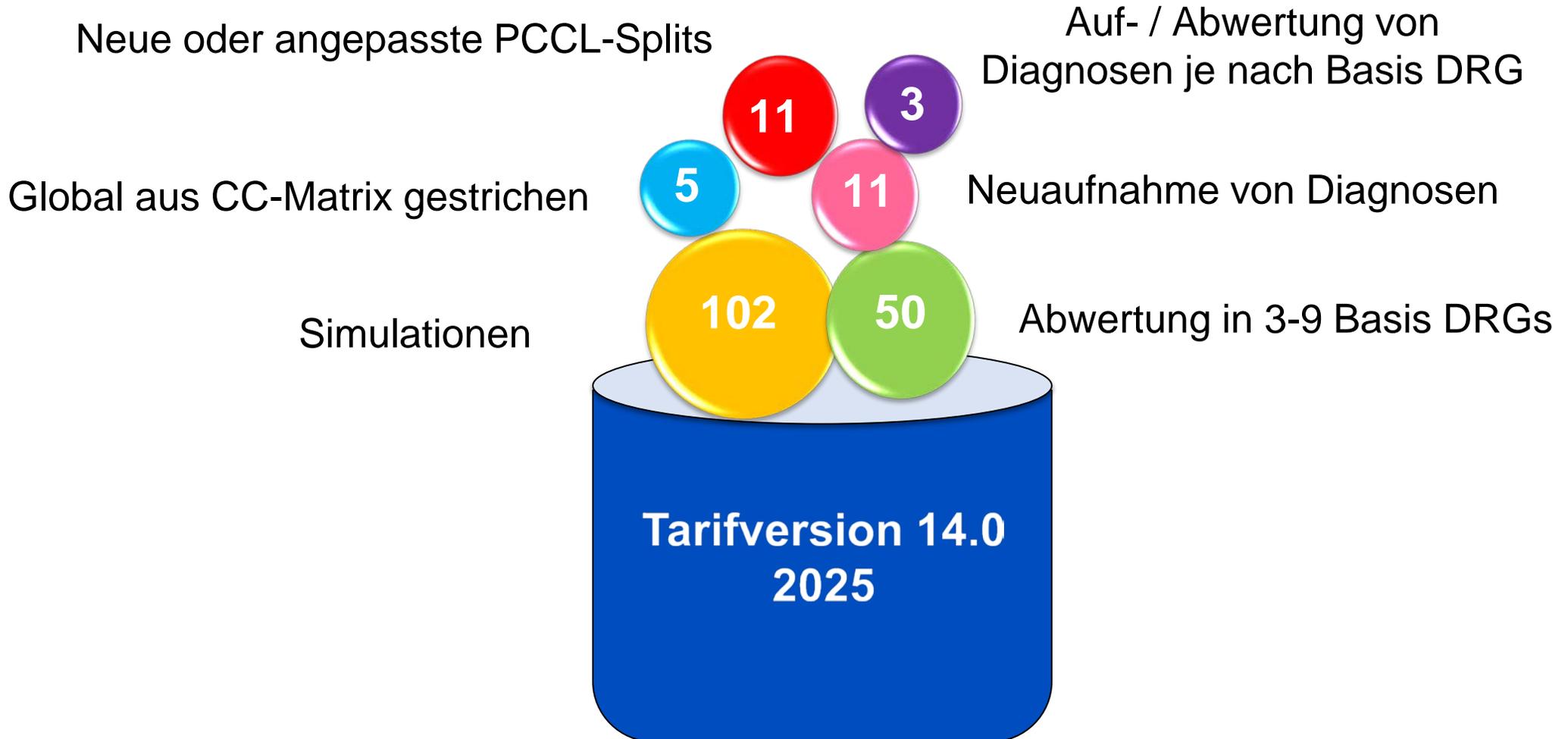
Verbrennungen MDC 22

Spenderhaut

Ergebnis:

- Fälle und Kosten sehr heterogen – hohe Fallzahl gruppiert bereits in PräMDC
- neue Tabellen für «*Permanenter Hautersatz, kleinflächig*» und «*Permanenter Hautersatz, grossflächig*» erstellt
- in Funktion «*schwere / schwerste Verbrennung*» weitere ICD Codes mit Verbrennungen 3. Grades aufgenommen
- Basis DRG Y02 «*Andere Verbrennungen mit Hauttransplantation...*» neue Tabelle «*Schwerste Verbrennungen (ab 20% KöOF und 3. Grades)*» etabliert
- IntK Punkte auf >119 Pkt. in Basis DRG Y02 herabgesetzt
- CHOP Kode 86.A1.12 «*Epifasziale Nekrosektomie oder tangentielle Exzision bei Verbrennungen und Verätzungen*» in Basis DRG Y02

CC – Matrix



Zusatzentgelte – CHOP

**Zusatzentgelte wurden mit Mehrwertsteuersatz gültig ab 01.01.24
berechnet**

Etablierung neuer Zusatzentgelte:

ZE-2025-218

- Peritonealdialyse, intermittierend (CHOP Kode 54.98.11)

ZE-2025-219

- Einsatz eines Gerätes zur Fixierung von Stentgraftprothesen (CHOP Kode 00.9A.41)

ZE-2025-228

- Implantation oder Wechsel einer vollständig implantierbaren Infusionspumpe zur intrathekalen und epiduralen Infusion (CHOP Codes 03.9B.1-)

Zusatzentgelte – CHOP

Wichtige Anpassung bestehender Zusatzentgelte:

ZE-2025-72

- bei linksventrikulären intravasalen Pumpen **nach potentieller Pumpleistung unterschieden**
(CHOP Codes 37.6A.44, 37.6A.45, 37.6A.46, 37.6A.47)

ZE-2025-73

- Pflege-KBH bereits ab 26 Aufwandspunkten Zusatzentgelt
(CHOP Codes 99.C2.17 ff)

Zusatzentgelte – ATC

Neu etablierte Zusatzentgelte:

- Andexanet alfa
- Bezlotoxumab
- Capmatinib
- Delandistrogene Moxeparvovec
- Durvalumab
- Elexacaftor, Tezacaftor und Ivacaftor
- Emicizumab
- Etranacogene dezaparvovec
- Exagamglogene autotemcel
- Gilteritinib
- Glofitamab
- Idarucizumab
- Imlifidase
- Mosunetuzumab
- Nirsevimumab (*Vorbehalt KLV/SL*)
- Pemigatinib
- Polatuzumab vedotin
- Ponatinib
- Tabelecleucel
- Tafamidis
- Tagraxofusp
- Talquetamab
- Tebentafusp

Zusatzentgelte – ATC

Weitere Anpassungen:

- 6 Zusatzentgelte Iloprost, Posaconazol (oral) und Rituximab wurden zu 3 Zusatzentgelten zusammengefasst
- Erweiterung und / oder neue Gruppierung der Dosisklassen bei
 - 21 Zusatzentgelten nach oben
 - 12 Zusatzentgelten nach unten
- Löschung der untersten Dosisklassen bei 3 Zusatzentgelten
- Löschung der Altersbeschränkung bei 1 Zusatzentgelte (Voriconazol, oral)
- Etablierung von Kinderdosisklassen bei 3 Zusatzentgelten (Blutgerinnungsfaktor IX (CAI), Venetoclax, Letermovir)

Zusatzentgelte – ATC

Anpassung bezüglich CAR-T:

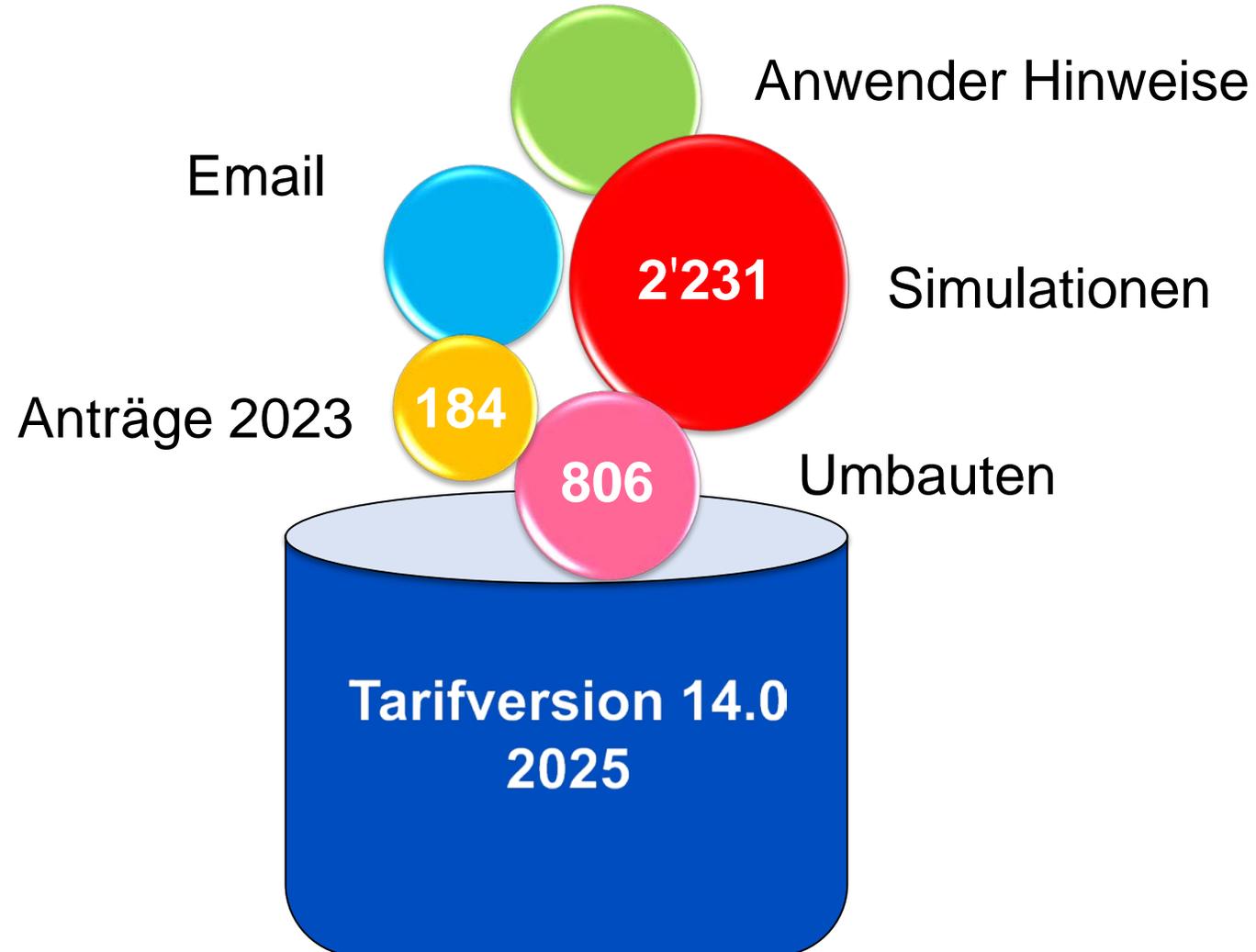
- autologe CAR-T Zelltherapie bei «*Diffuses großzelliges B-Zell-Lymphom (DLBCL)*» gruppiert in Basis DRG A20
- Zusatzentgelt mit Nummer 192 wurde gelöscht
- übrigen CAR-T Zusatzentgelte bleiben unverändert
- Zusatzentgelte für autologe CAR-T Zelltherapie bei
 - akuter lymphatischer Leukämie
 - multiplem Myelom
 - Mantelzell-Lymphom und
 - follikulärem Lymphom

Überarbeitung der DRG – Klassifikation

Antragsverfahren

	2023	2022	2021	2020
Anträge	184	176	108	188
umgesetzt	114	119	47	111
Quote	62%	67%	43%	59%

Überarbeitung der DRG – Klassifikation Simulationen



SwissDRG – Version 14.0 / 2025

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

Kalkulationsmethodik

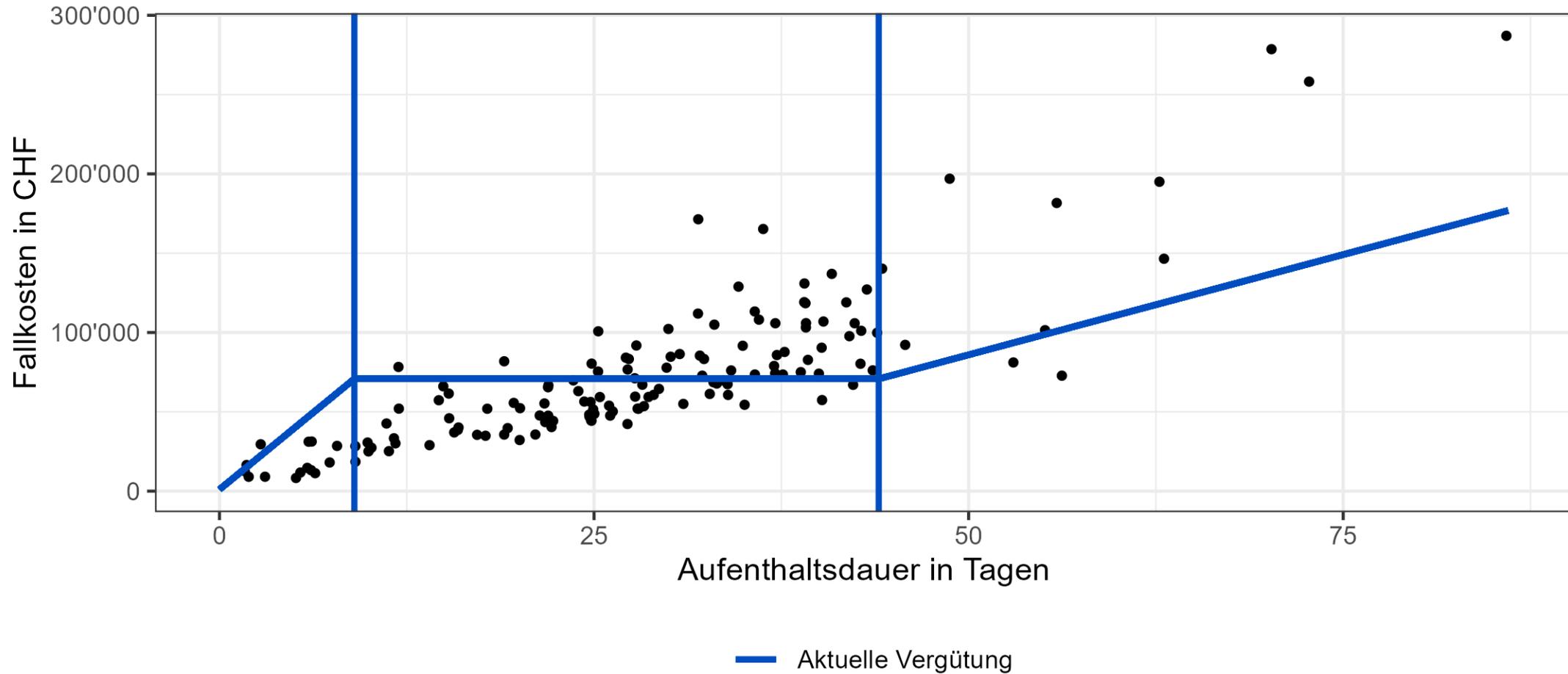
Aktuelle UGV/OGV Kalkulation kann bei einzelnen DRG zu zwei Problemen führen:

1. sehr grosser Abstand zwischen UGV und OGV
 - Folge: High Outlier sind trotz Zuschlag schlecht abgebildet
 - Idee: Überarbeitung der OGV-Berechnung mittels Korrekturparameter
2. kein Abstand zwischen UGV und OGV
 - Folge: widerspricht dem Konzept der Fallpauschalen
 - Idee: gezielte Anpassung der OGV-Berechnung bei $UGV = OGV = 2$

(UGV: untere Grenzverweildauer, OGV: obere Grenzverweildauer)

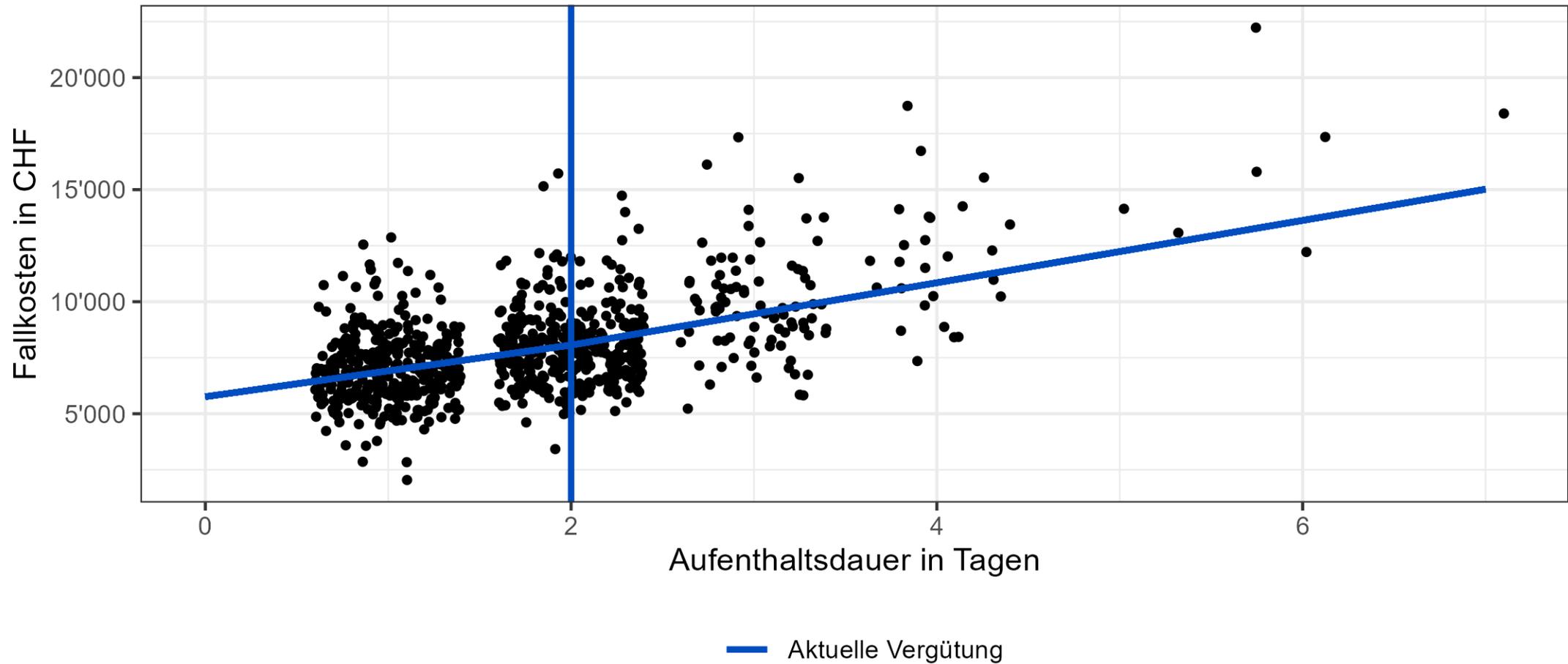
Problem I

Vergütungsstruktur der Fälle aus der DRG R60A



Problem II

Vergütungsstruktur der Fälle aus der DRG O03Z



Status Quo

Ermittlung der unteren Grenzverweildauer

untere Grenzverweildauer der DRG i:

$$UGV_i = \left\lfloor \max\left(2; \frac{mVD_i}{3}\right) \right\rfloor$$

→ ein Drittel der mittleren Verweildauer, mindestens aber zwei Tage

→ im FP-Katalog „erster Tag mit Abschlag“ = $UGV - 1$ ausgewiesen

mVD_i : Arithmetischer Mittelwert der Verweildauer der Fälle in der DRG i

$sdVD_i$: Standardabweichung der Verweildauer der Fälle in der DRG i

Status Quo

Ermittlung der oberen Grenzverweildauer

obere Grenzverweildauer der DRG i:

$$OGV_i = \lfloor \min(mVD_i + 2 * sdVD_i; mVD_i + 17) \rfloor$$

→ **Summe von mittlerer Verweildauer und zweifacher Standardabweichung, es sei denn diese übersteigt festgesetzten Maximalabstand von 17 Tagen**

→ im FP-Katalog „erster Tag mit Zuschlag“ = $OGV + 1$ ausgewiesen

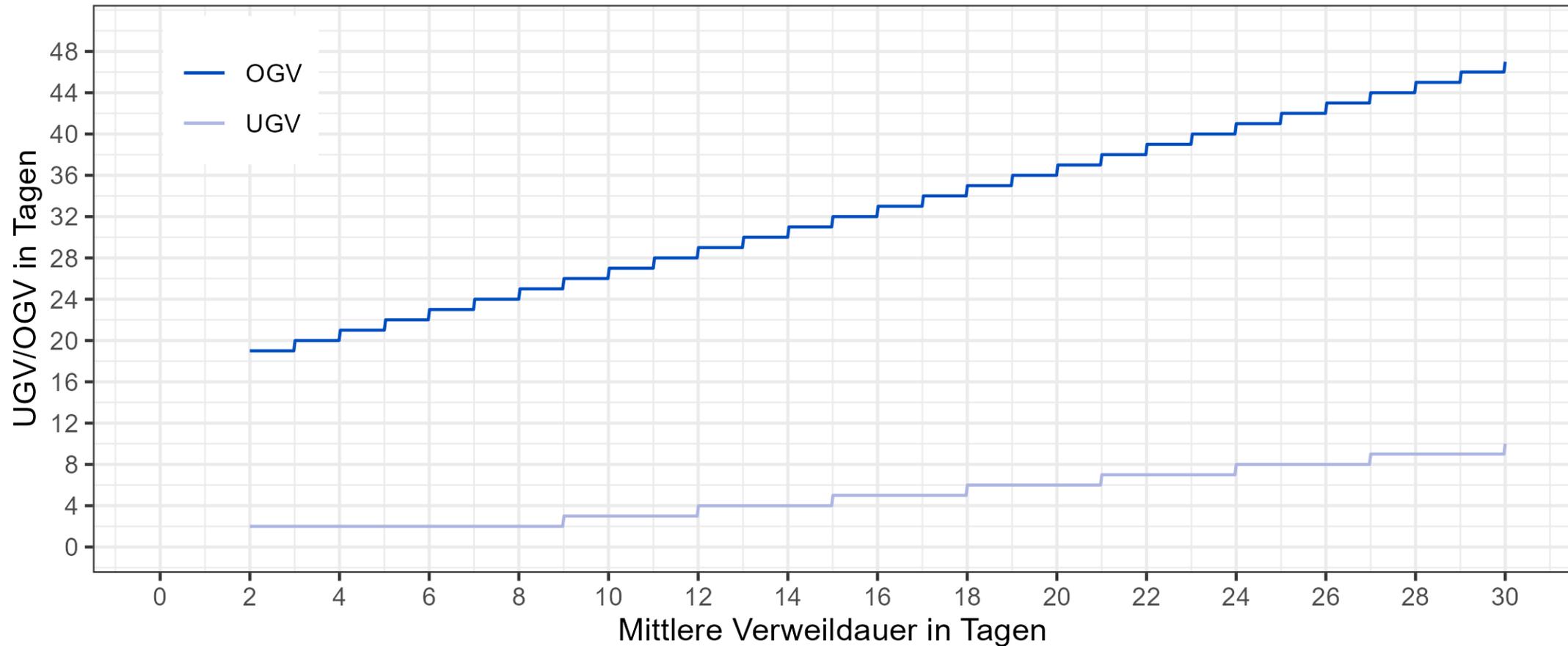
mVD_i : arithmetischer Mittelwert der Verweildauer der Fälle in der DRG i

$sdVD_i$: Standardabweichung der Verweildauer der Fälle in der DRG i

Motivation Problem I

UGV/OGV in Abhängigkeit der mittleren Verweildauer

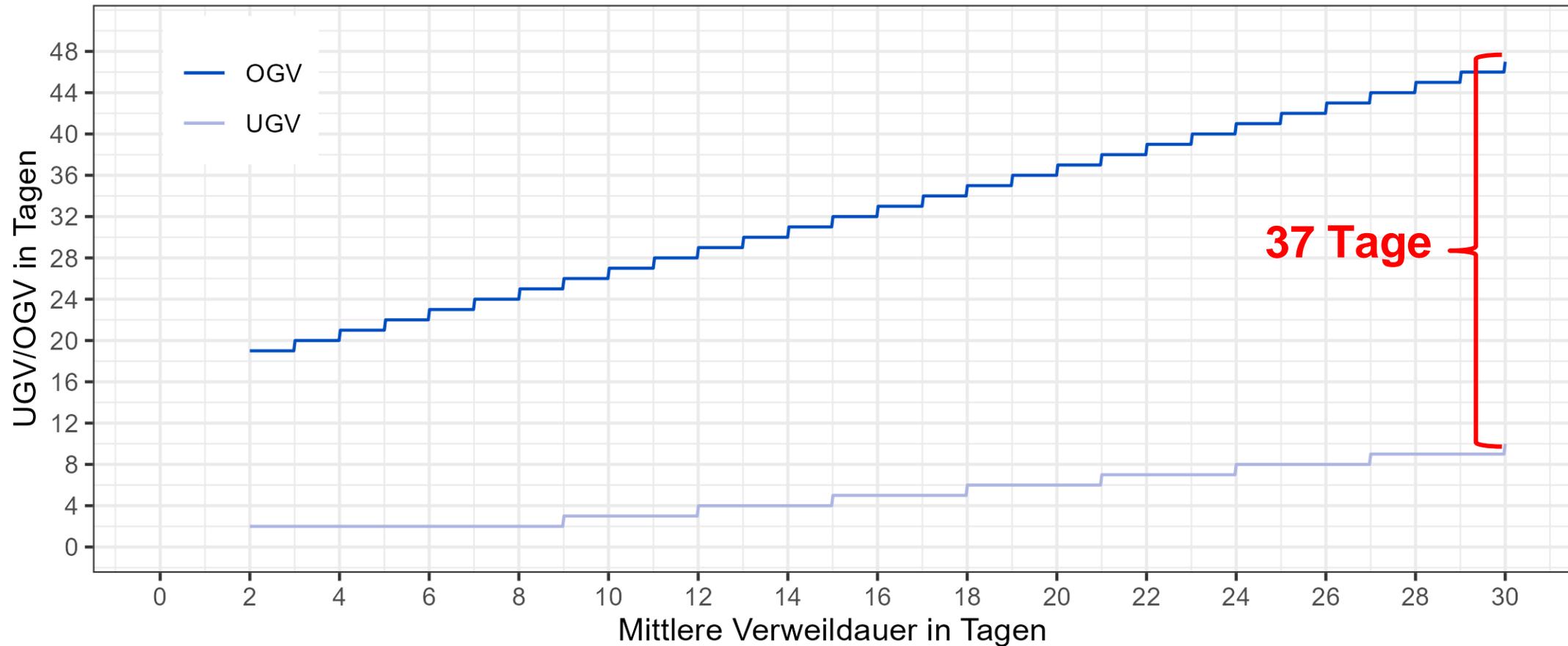
Standardabweichung ≥ 8.5



Motivation Problem I

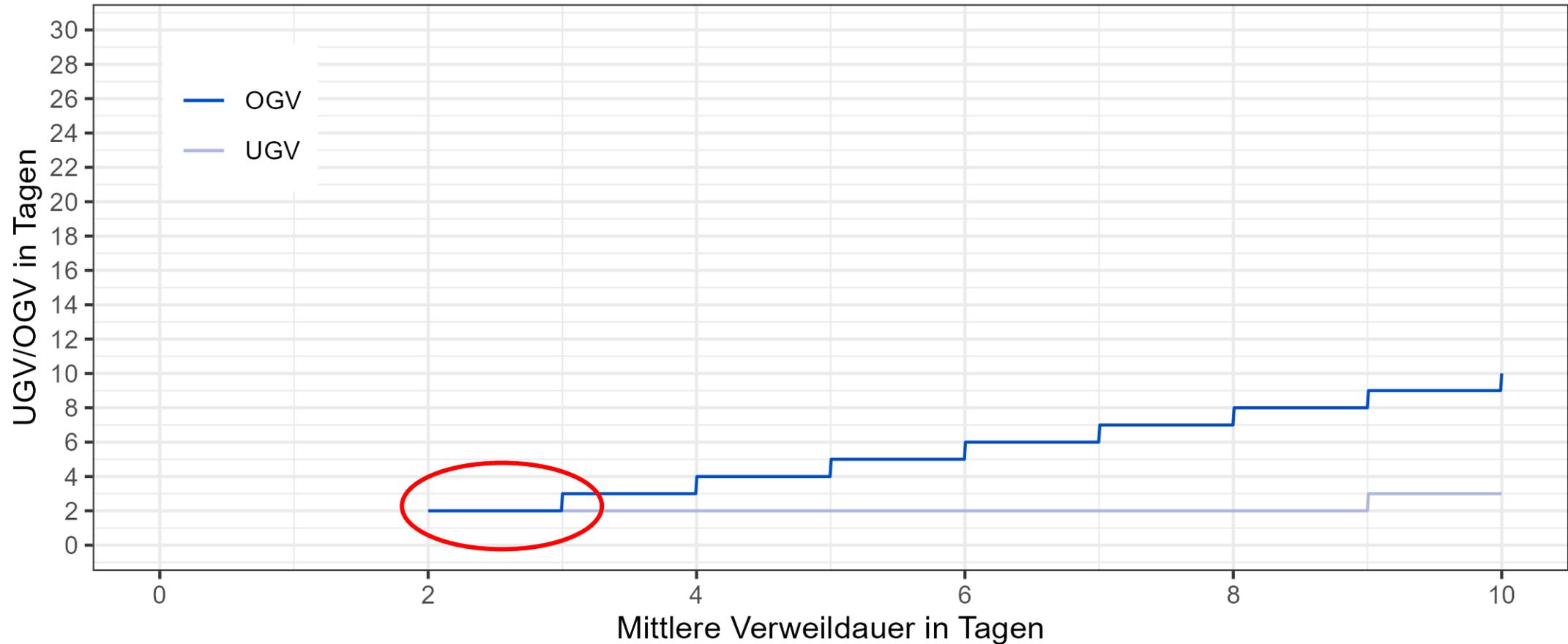
UGV/OGV in Abhängigkeit der mittleren Verweildauer

Standardabweichung ≥ 8.5



Motivation Problem II

UGV/OGV in Abhängigkeit der mittleren Verweildauer
Standardabweichung 0



Idee I – Korrekturparameter in OGV-Berechnung

Einfügen von 2 Korrekturparametern in die OGV-Formel

$$OGV_i = [\min(\mathit{korr}_{mvd} \cdot mVD_i + 2 \cdot (sdVD_i + \mathit{korr}_{sd}); \mathit{korr}_{mvd} \cdot mVD_i + \text{Maximalabstand})]$$

wobei

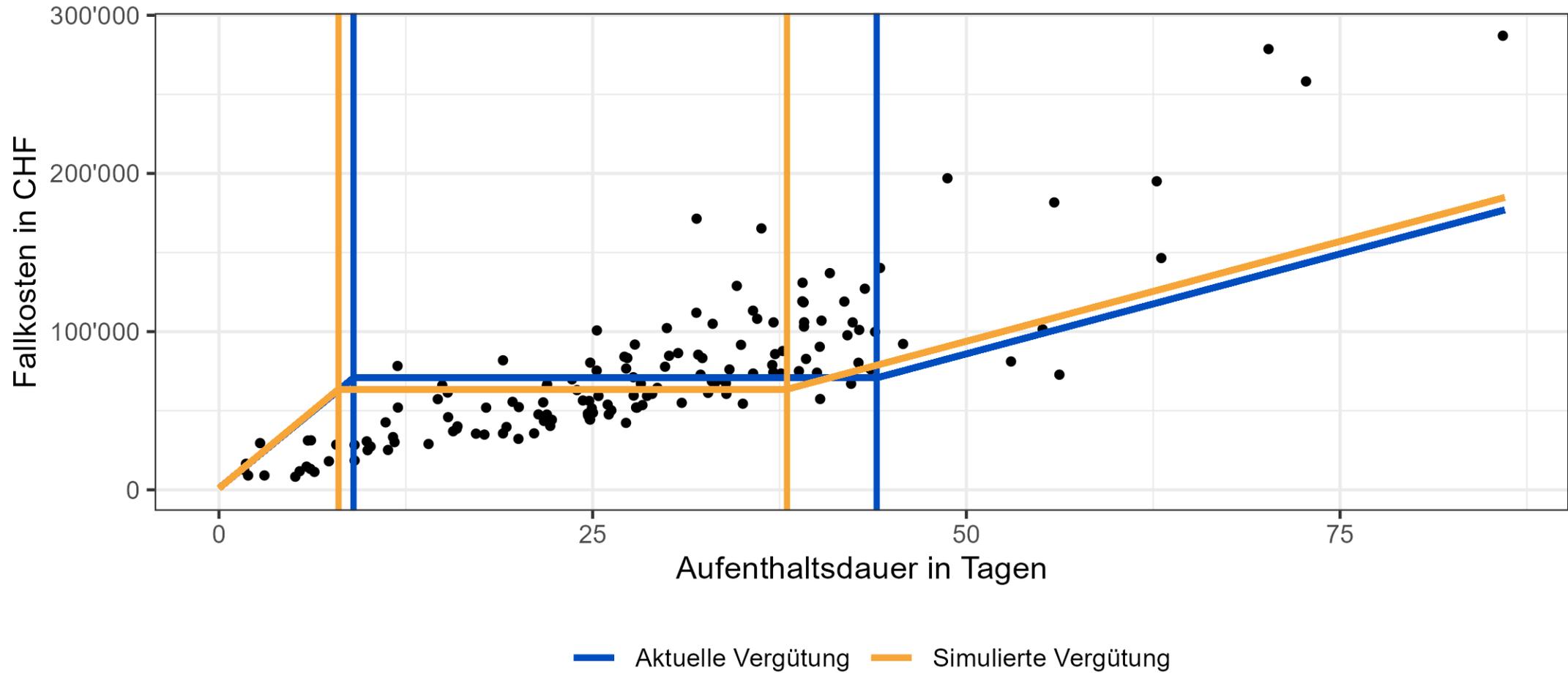
$$\mathit{korr}_{mvd} \in (0,1) \text{ und } \mathit{korr}_{sd} > 0$$

Idee I – Vorgehen

- im iterativen Verfahren wurden die optimalen Parameter $korr_{mvd}$ und $korr_{sd}$ ermittelt
- die folgenden Parameterwerte wurden geprüft:
 - $korr_{mvd} \in (0.0, 0.1, 0.2, \dots, 1.0)$
 - $korr_{sd} \in (0.0, 0.1, 0.2, \dots, 2.0)$
- pro mögliche Kombination (242 Kombinationen)
 - Simulation einer Kalkulation mit diesen Parameterwerten
 - Beurteilung der Modellgüte anhand des Mean Absolute Errors (MAE)
- folgende Kombination minimiert den MAE:
 - $korr_{mvd} = 0.8$
 - $korr_{sd} = 0.4$

Idee I – Auswirkung auf Vergütungsstruktur

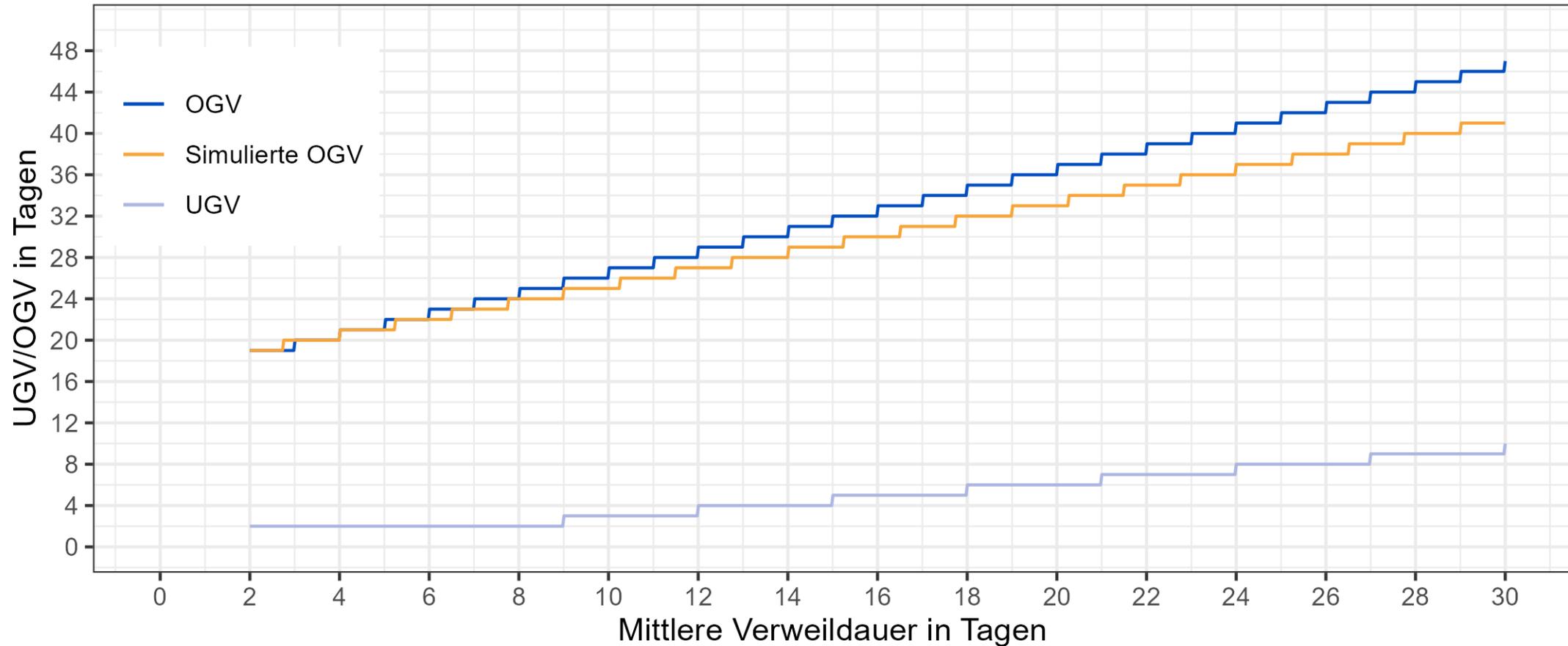
Vergütungsstruktur der Fälle aus der DRG R60A



Idee I – Auswirkung auf Vergütungsstruktur

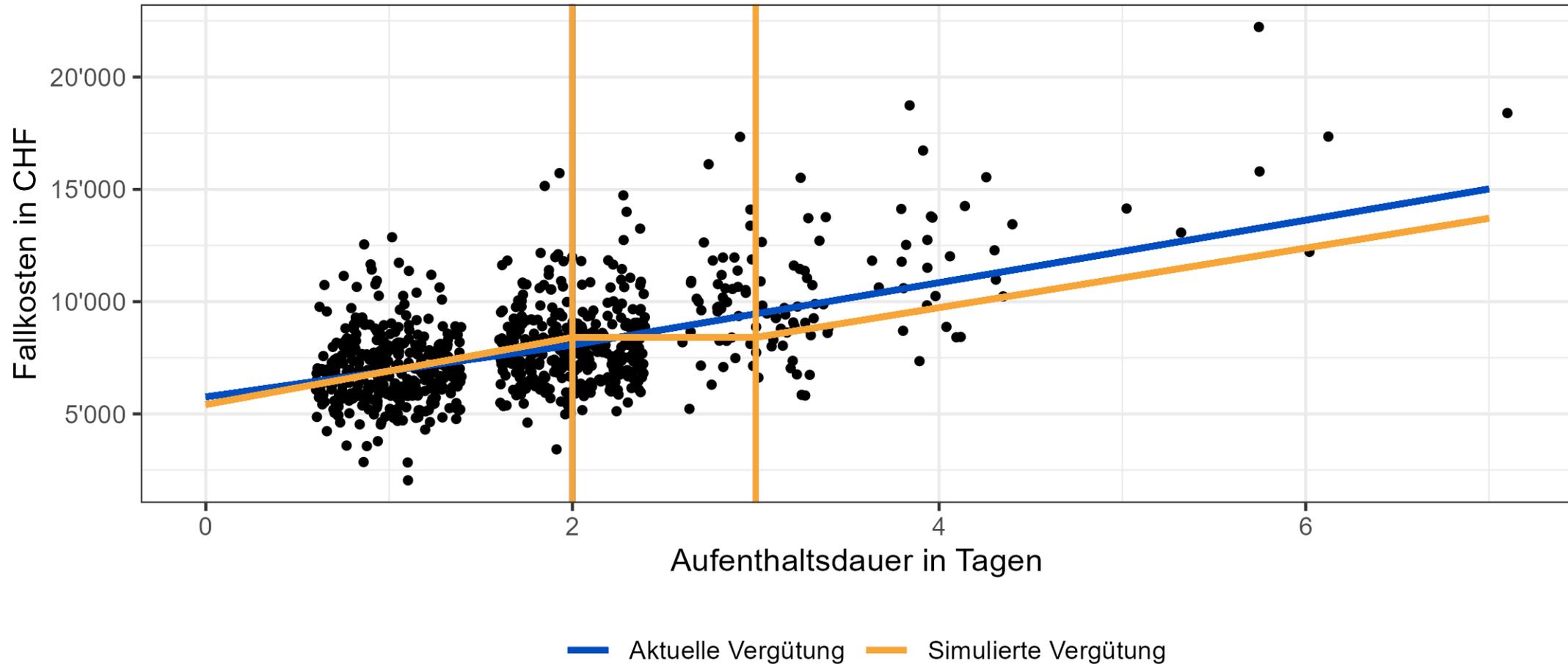
UGV/OGV in Abhängigkeit der mittleren Verweildauer

Standardabweichung ≥ 8.5



Idee I – Auswirkung auf Vergütungsstruktur

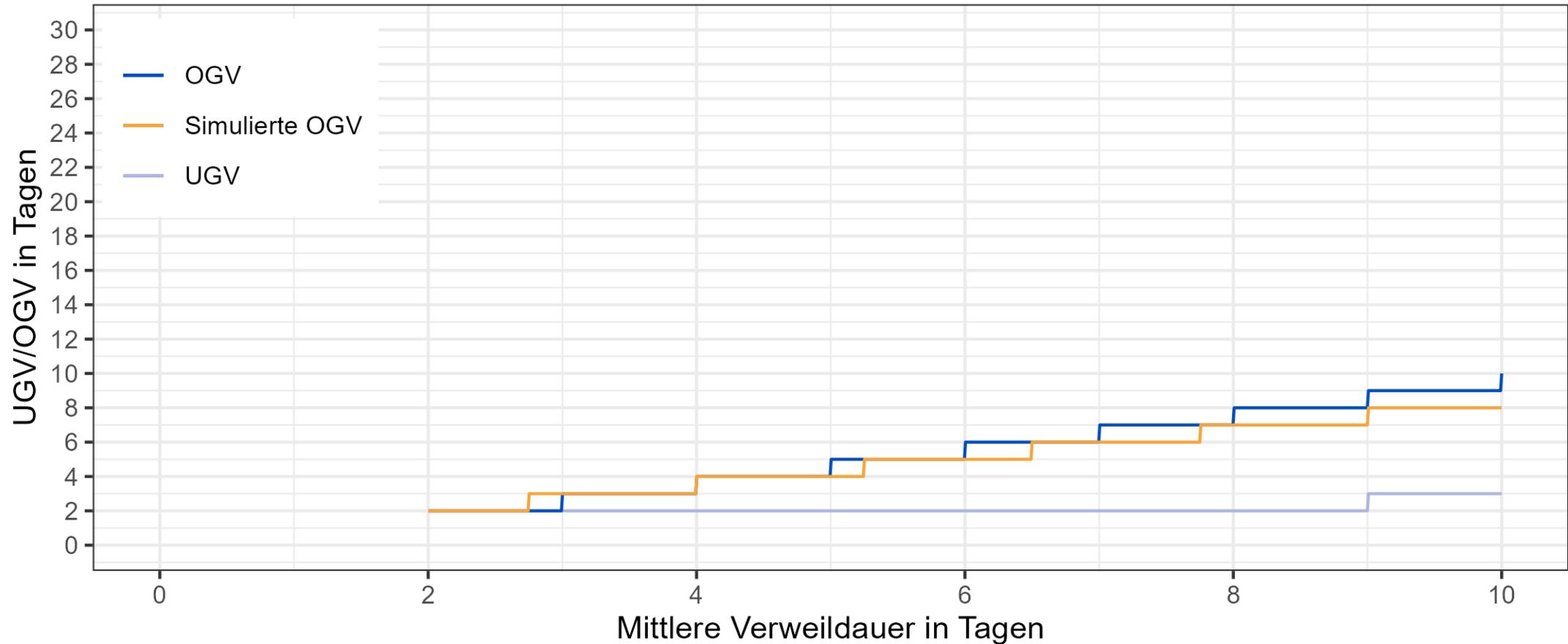
Vergütungsstruktur der Fälle aus der DRG O03Z



Idee I – Auswirkung auf Vergütungsstruktur

UGV/OGV in Abhängigkeit der mittleren Verweildauer

Standardabweichung 0



Fazit Idee I

- beide Probleme werden adressiert und entschärft
- Situation $UGV = OGV = 2$ ist immer noch möglich, aber weniger wahrscheinlich
- Fallmengenverschiebung (viel mehr High Outlier)
- gewisse Fallgruppen werden damit deutlich besser abgebildet
- andere Fallgruppen leiden massiv unter einer solchen Anpassung
- Verbesserungen der Abbildungsgüte bestimmter Fallgruppen führen nicht zur Erhöhung der Gesamtsystemgüte
- grundsätzlich Auswirkungen auf Gesamtsystemgüte entscheidend für weitere Anpassungen

Idee I wurde aus diesen Gründen nicht umgesetzt

Idee II

Anpassung der OGV-Berechnung für $OGV = UGV = 2$

- die Berechnungsformel der OGV wird leicht angepasst (Fallunterscheidung)
- somit ist die Situation $OGV = UGV = 2$ künftig nicht mehr möglich
- jede OGV, welche unter 3 Tagen zu liegen kommt, wird um 1 Tag erhöht (untere Zeile in folgender Formel)

$$OGV_i = \begin{cases} \lfloor \min(mVD_i + 2 \cdot sdVD_i; mVD_i + 17) \rfloor, & \text{falls } mVD_i + 2 \cdot sdVD_i \geq 3 \\ \lfloor \min(mVD_i + 2 \cdot sdVD_i; mVD_i + 17) \rfloor + 1, & \text{sonst} \end{cases}$$



Fazit Idee II

- die Situation $OGV = UGV = 2$ ist zukünftig nicht mehr möglich
- betrifft eine kleine Fallmenge
- Wirkungsbereich der Anpassung klar eingegrenzt

Idee II wurde aus diesen Gründen umgesetzt

Zusammenfassung Kalkulationsmethodik

- Problem I: sehr grosser Abstand zwischen UGV und OGV
- Problem II: kein Abstand zwischen UGV und OGV
- Idee I: Korrekturparameter in OGV-Formel ❌
- Idee II: Fallunterscheidung in OGV-Formel ✓

SwissDRG – Version 14.0 / 2025

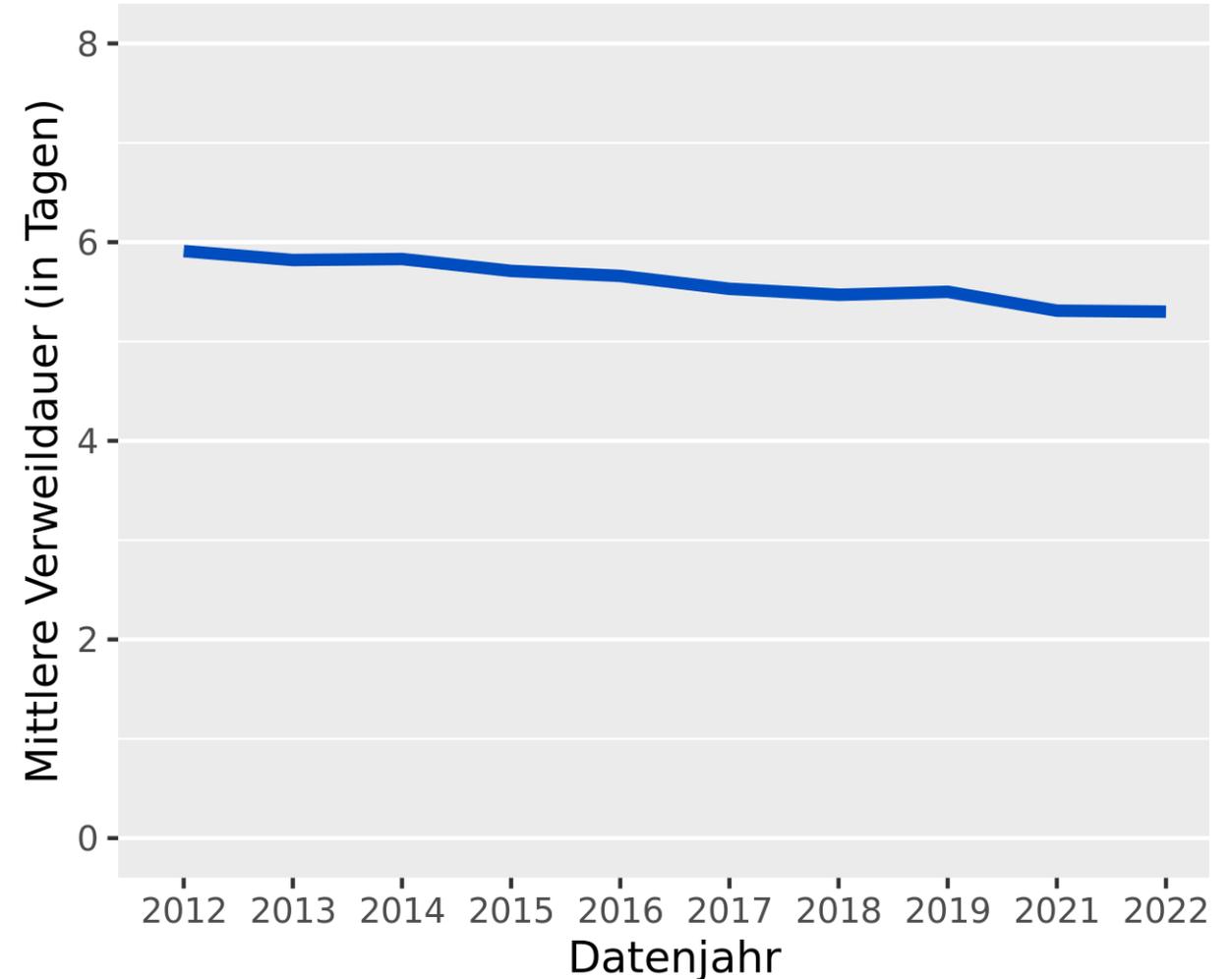
1. Datengrundlagen
2. Grupperweiterentwicklung
3. Kalkulationsmethodik
- 4. Ergebnisse**

Zusammenfassung der Änderungen

	V14.0	V13.0	V12.0
Anzahl DRGs	1'071	1'082	1'077
nicht bewertete DRGs	0	0	0
nicht abrechenbare DRGs	4	4	4
Ein-Belegungstag DRGs	242	241	244
explizit	56	57	54
implizit	186	184	190
Zusatzentgelte	190	166	157
bewertet	189	165	156
unbewertet	1	1	1

Entwicklung der Verweildauer

Datenjahr	Verweildauer
2012	5.91 Tage
2013	5.82 Tage (- 1.52%)
2014	5.83 Tage (+ 0.17%)
2015	5.71 Tage (- 2.06%)
2016	5.66 Tage (- 0.88%)
2017	5.53 Tage (- 2.30%)
2018	5.47 Tage (- 1.08%)
2019	5.50 Tage (+ 0.55%)
2021	5.31 Tage (- 3.45%)
2022	5.30 Tage (- 0.19%)



Datenbasis: 2012-2022, SwissDRG Daten Anwendungsbereich

Fallzahlen nach Status

	V14.0		V13.0	
	Fallzahl	Anteil	Fallzahl	Anteil
Inlier	871'006	78.7%	866'483	78.3%
High Outlier	76'794	6.9%	79'020	7.1%
Low Outlier	67'233	6.1%	69'530	6.3%
verlegte Fälle	91'919	8.3%	91'919	8.3%
unbewertete DRG	0	0.0%	0	0.0%
nicht abrechenbare DRG	120	0.0%	120	0.0%
Alle	1'107'072	100.0%	1'107'072	100.0%

Datenbasis: 2022, Kalkulationsdaten

Kostenhomogenität R^2

Katalogversionen im Vergleich

Grouperversion	Datenjahr	Alle Fälle	Inlier
V14.0	2022	0.763	0.861
V13.0	2021	0.781	0.867

Bemerkung: Die hier ersichtliche Veränderung im R^2 ist sowohl auf die Grupperentwicklung als auch auf die Veränderung der Datengrundlage zurückzuführen.

Datenbasis: 2021 resp. 2022, Kalkulationsdaten

Kostenhomogenität R²

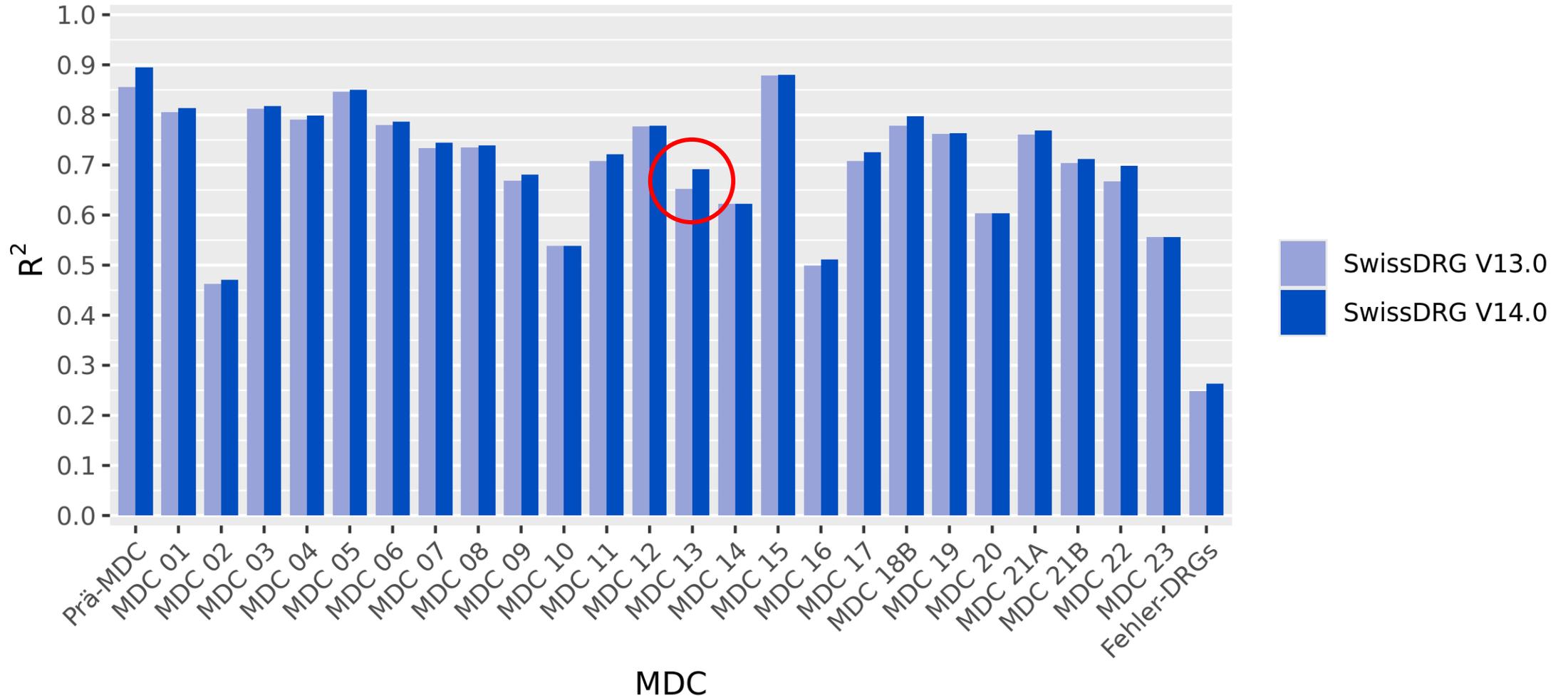
Version V14.0 im Vergleich zu Vorversionen

Grouperversion	Datenjahr	alle Fälle	Inlier (gemäss V14.0)
V14.0	2022	0.763	0.861
V13.0		0.753	0.842
V12.0		0.742	0.825

Datenbasis: 2022, Kalkulationsdaten

Kostenhomogenität R^2 nach MDC

Version V14.0 im Vergleich zur Vorversion



Datenbasis:2022, Kalkulationsdaten, Inlier gemäss V14.0

Ermittlung der Kostengewichte

	Anzahl DRG kalkuliert	davon auf 2 oder 3 Datenjahren
V14.0	1'067	17/8
V13.0	1'078	21/9
V12.0	1'073	23/6
V11.0	1'059	19/7
V10.0	1'064	15/6
V9.0	1'052	16/6
V8.0	1'033	27/3



Kriterien:

- geringe Fallzahl
- kein Grupperumbau oder klare Abgrenzung in Vorjahres-Daten möglich

Berechnung der Bezugsgrösse

Bezugsgrösse wird so berechnet, dass bei identischer Datengrundlage 2022

Summe der effektiven Kostengewichte gruppiert mit V14.0

=

Summe der effektiven Kostengewichte gruppiert mit V13.0

SwissDRG V14.0	SwissDRG V13.0	SwissDRG V12.0
10'715 CHF	10'617 CHF	10'314 CHF

Datenbasis: 2022, SwissDRG Daten Anwendungsbereich, bewertet über V13.0 und V14.0

Casemix Index nach Typologie

Versorgungsstufe	Anzahl	CMI V14.0	CMI V13.0	Delta V13.0/V14.0
K111 Zentrumsversorgung 1	217'809	1.480	1.469	+0.8%
K112 Zentrumsversorgung 2	679'980	1.062	1.064	-0.2%
K121 Grundversorgung 3	130'039	0.924	0.928	-0.4%
K122 Grundversorgung 4	82'179	0.875	0.878	-0.3%
K123 Grundversorgung 5	29'452	0.920	0.926	-0.6%
K221 Rehabilitationskliniken	6'649	2.356	2.304	+2.2%
K231 Chirurgie	50'497	1.128	1.136	-0.7%
K232 Gyn/ Neonatologie	4'738	0.379	0.366	+3.5%
K233 Pädiatrie	19'278	1.321	1.328	-0.5%
K234 Geriatrie	5'713	1.594	1.582	+0.7%
K235 Spezialkliniken	8'425	2.055	2.042	+0.7%
Alle	1'234'759	1.126	1.126	+0.0%

Datenbasis: 2022, SwissDRG Daten Anwendungsbereich, bewertet über V13.0 und V14.0

Casemix Index nach Partition

Partition	Anzahl	CMI V14.0	CMI V13.0	Delta V13.0/V14.0
andere	42'873	1.038	1.035	+0.3%
medizinische	622'762	0.714	0.724	-1.4%
operative	569'124	1.583	1.572	+0.7%

Datenbasis: 2022, SwissDRG Daten Anwendungsbereich, bewertet über V13.0 und V14.0

Casemix Index nach Alter

Altersklasse	Anzahl Fälle	CMI V14.0	CMI V13.0	Delta V13.0/V14.0
0 -16 Jahre	156'041	0.686	0.684	+0.3%
ab 17 Jahre	1'078'718	1.189	1.189	0.0%

Datenbasis: 2022, SwissDRG Daten Anwendungsbereich, bewertet über V13.0 und V14.0

Deckungsgrad pro Gruppe mit hypothetischen Einheitsbasispreisen

	Anzahl Fälle	Anteil Gesamtfälle	Deckungsgrad V14.0	Deckungsgrad V13.0	Veränderung V13.0/V14.0
Unispitäler K111	206'433	18.65%	90.47%	89.81%	+0.7%
selbständige Kinderspitäler	18'630	1.68%	99.81%	100.27%	-0.5%
nicht Unispitäler	900'519	81.35%	103.55%	103.79%	-0.2%
Inlier	950'703	85.88%	103.56%	103.80%	-0.2%
Low Outlier	72'554	6.55%	103.45%	101.64%	+1.8%
High Outlier	83'695	7.56%	83.79%	83.16%	+0.8%
aufnahmeverlegte Patienten	49'299	4.45%	99.74%	98.96%	+0.8%
aufnahmeverlegte Inlier-Patienten	41'485	3.75%	103.50%	103.16%	+0.3%
Kinder <16 Jahre ohne DRG P66D, P67D	74'639	6.74%	102.28%	102.61%	-0.3%

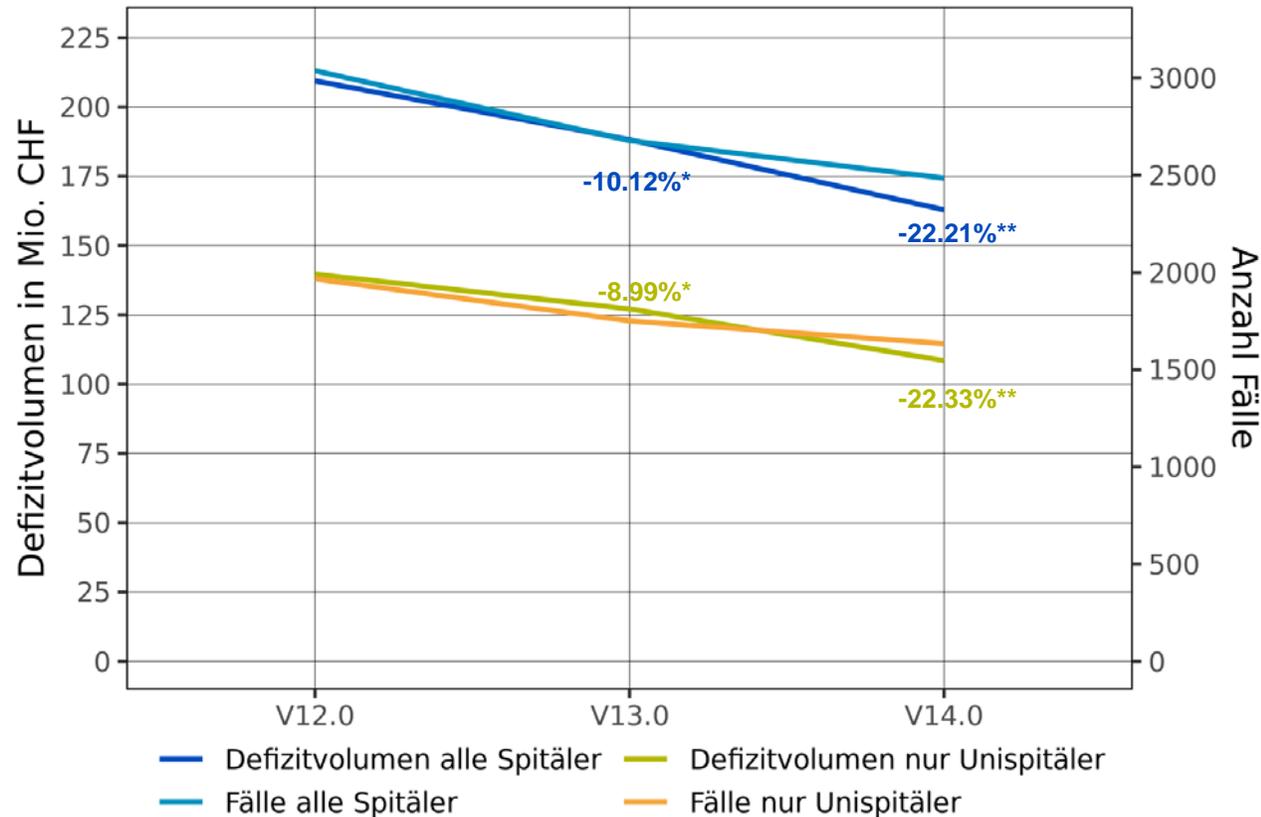
hypothetische Baserate für Nullgewinne inkl. ANK V14.0: CHF 11'045

hypothetische Baserate für Nullgewinne inkl. ANK V13.0: CHF 11'036

Datenbasis: 2022, Kalkulationsdaten, bewertet über V13.0 und V14.0

Defizitfälle

Fälle mit Defizit > CHF 40'000.-



*: Veränderung (Volumen) von V12.0 zu V13.0 (in %)
 **: Veränderung (Volumen) von V12.0 zu V14.0 (in %)

Datenbasis: 2022, Kalkulationsdaten, bewertet über V12.0, V13.0 und V14.0

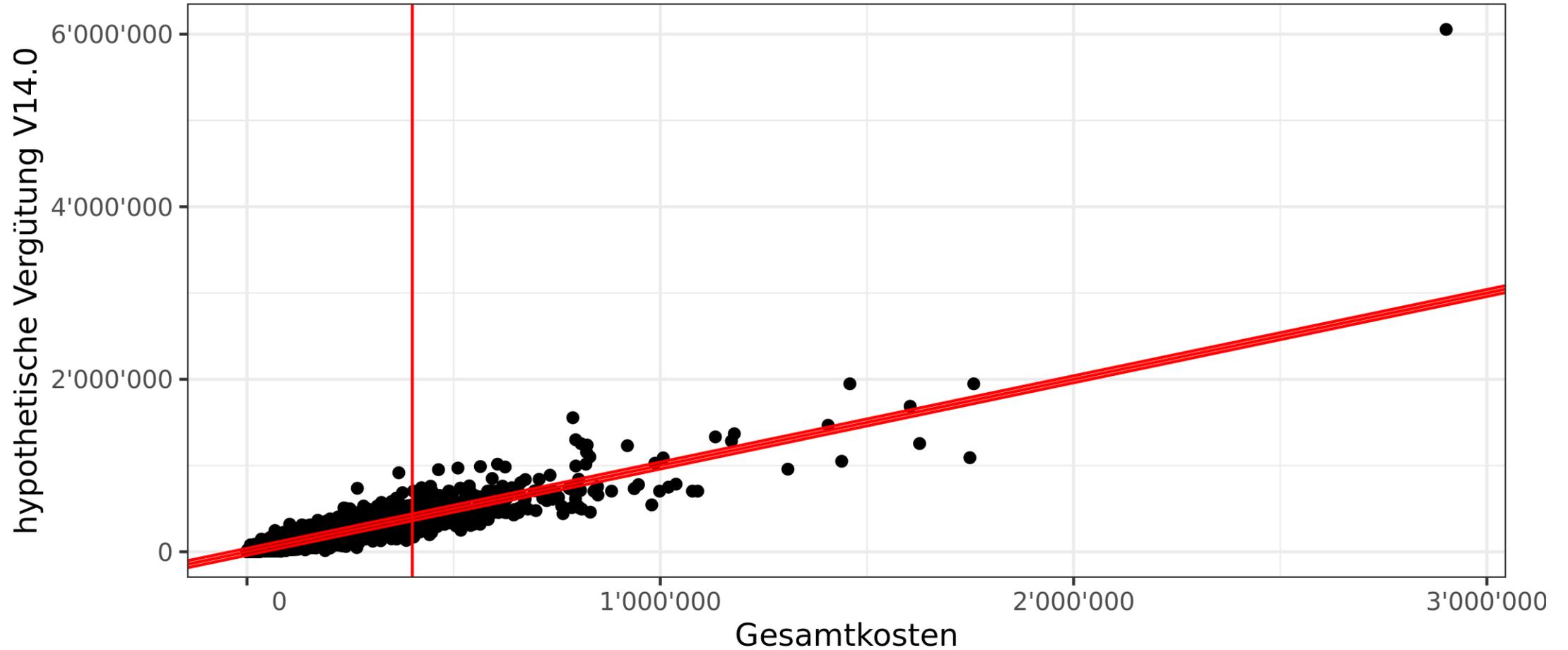
Definition VR:

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



- 139 Fälle
- 15 betroffene Spitäler
- Defizitvolumen CHF 21.9 Mio.

Hochkostenfälle Verteilung

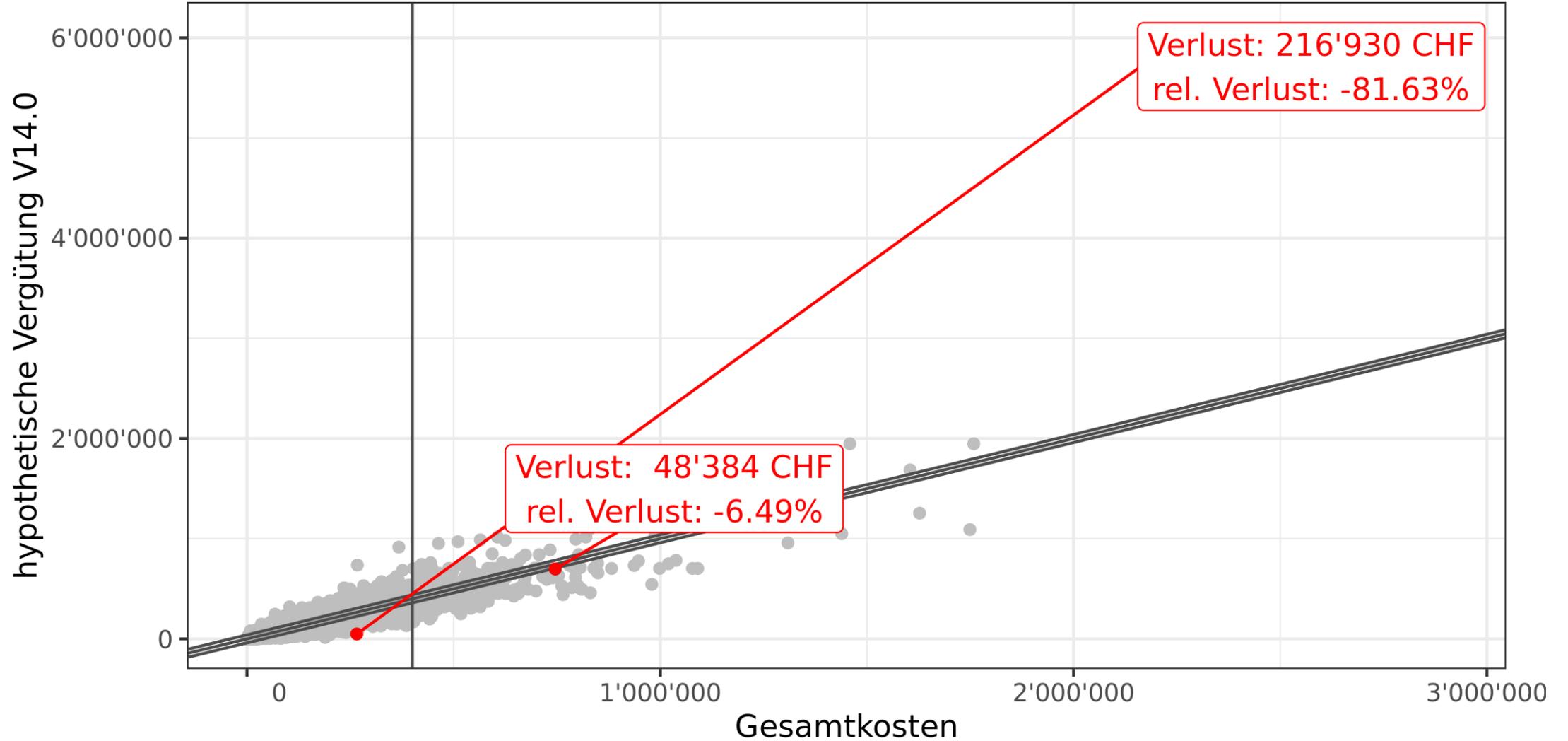


Hochkostenfälle (Kosten > 400'000 CHF): 287
Anzahl Hochdefizitfälle: 139
Anzahl Hochgewinnfälle: 97

Defizitvolumen: 21.9 Mio. CHF
Gewinnvolumen: 19.5 Mio. CHF

Hochkostenfälle 2

Verteilung



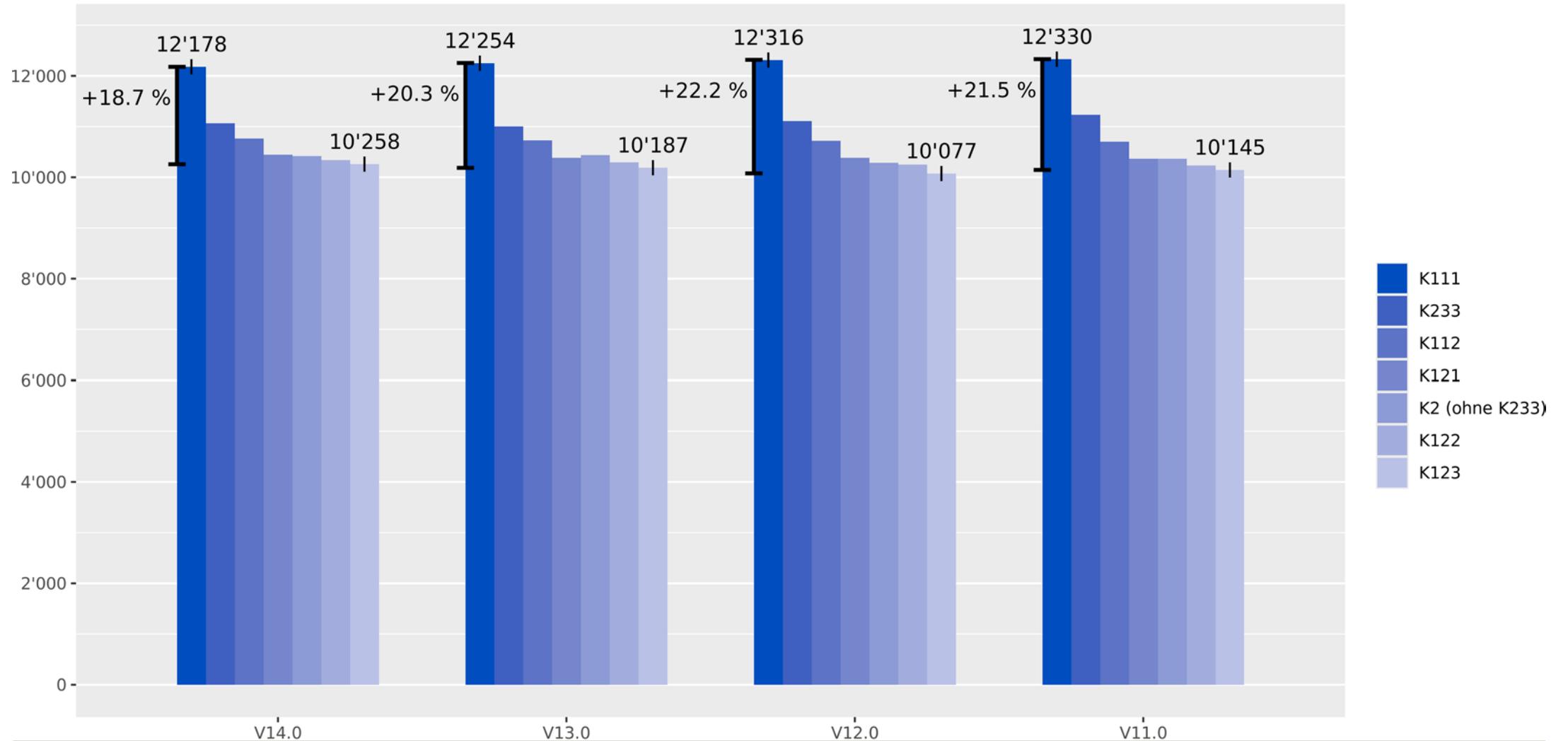
Hochkostenfälle

Verteilung

- 287 Hochkostenfälle
 - 0.026% der Gesamt-Fälle
 - ein Fall auf 3900 Fälle
- 4 von 5 Hochkostenfällen weisen Gewinn / Defizit von über 40'000 CHF auf
- 74% der Hochkostenfälle sind High Outlier
- 4 von 5 Hochkostenfällen stammen aus 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 Gesamtkosten

Fallnormkosten pro Typologie

Versionseffekt



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

SwissDRG AG

Länggassstrasse 31
3012 Bern

 +41 (0)31 310 05 50

e-mail: info@swissdrg.org