



Informationsveranstaltung SwissDRG AG

SwissDRG – Version 14.0 / 2025

03. Juli 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

Datengrundlagen

Allgemeine Übersicht

- Daten des Jahres 2022
- Kodiert mit CHOP 2022 und ICD-10 GM 2022
- Leistungs- und Kostendaten der Spitäler
- Ohne Psychiatrie und Rehabilitation
- Inklusive Paraplegie und Frührehabilitation

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 %

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)

Lieferumfang (Anzahl Spitäler)

Medikamente / Implantate / teure Verfahren

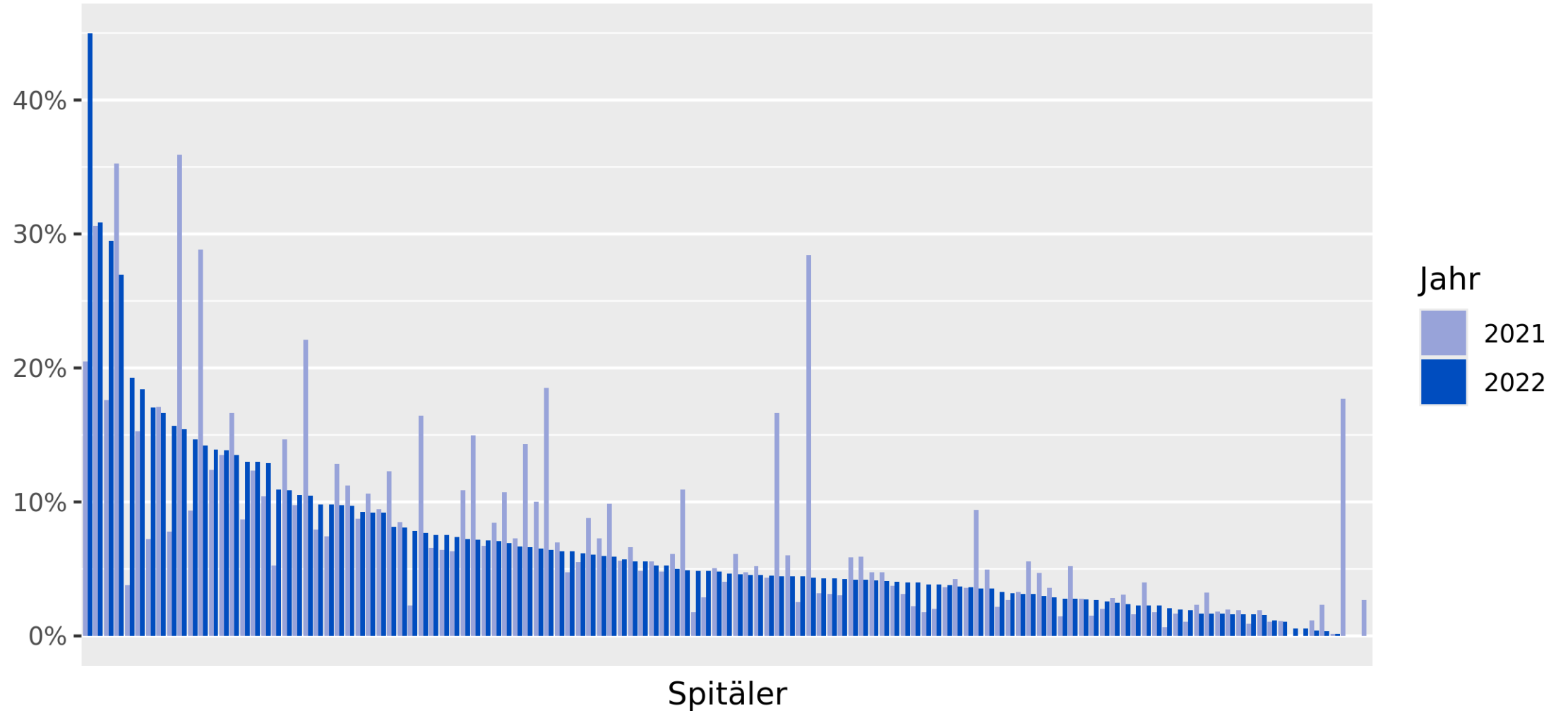
	V14.0			V13.0	V12.0
Datenjahr	2022	2022 Uni- spitäler	2022 Kinder- spitäler	2021	2020
teure Medikamente in der medizinischen Statistik					
	117	5	3	109	105
Detailerhebung, Angabe von Kosten....					
... teurer Medikamente	58	5	2	62	65
... teurer Implantate	27	5	2	41	47
-davon Kunstherzen	4	3	1	3	4
...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

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



Datenbasis: 2021/2022, SwissDRG Anwendungsbereich

Plausibilisierung

Extern erbrachte Behandlungen

Ausgangslage:

- Bei einigen Plausibilisierungs-Tests wird bei externen Behandlungen jeweils zusätzlich die Kostenkomponente v105 (Medizinische, diagnostische und therapeutische Fremdleistungen (exkl. Arzthonorare)) berücksichtigt
- Beispiel aB.4.7:
Anzahl Fälle mit CHOP-Code für Endoskopie und Kosten (v210 + v230 + v240 + v360) < 50 CHF (**bei extern erbrachten Behandlungen zusätzliche Berücksichtigung von v105**)

Für den Einbezug von v105 muss in der Medizinischen Statistik eine externe Behandlung kodiert sein!

Plausibilisierung

Extern erbrachte Behandlungen

Nötige Angaben in der Medizinischen Statistik:

Variable	Bezeichnung	Ausprägungen für extern erbrachte Behandlung		
4.3.V016	Ambulante Behandlungen auswärts, Hauptbehandlung	1 = eigenes Krankenhausareal, anderer Betrieb	2 = ausserhalb eigenem Krankenhausareal, gleicher Betrieb	3 = ausserhalb eigenem Krankenhausareal, anderer Betrieb
4.3.V026	1. Nebenbehandlung auswärts			
...	...			
4.3.V1006	99. Nebenbehandlung auswärts			

- Häufig wird das Feld leer gelassen → dann wird v105 nicht berücksichtigt
- Ausblick: Bei der SpiGes-Erhebung betrifft es die Variable «behandlung_auswaerts». Die Ausprägungen bleiben gleich

Plausibilisierung Kommentare

- 2022 im Vergleich zu 2021 weniger Fehler bei den Plausibilisierungs-Tests
- 2022 wurden bei rund 35'000 Fällen Kommentare erfasst
- Der Anteil der kommentierten Fälle nahm leicht zu, der Anteil entlöschter Fälle blieb praktisch stabil
- Bitte möglichst genaue Kommentare erfassen, damit wir diese prüfen können

Datenjahr	Anzahl Fehler-Fälle in den Plausibilisierungs-Tests	Anzahl Fälle mit Kommentar/en	Anteil Fälle mit Kommentar/en	Anzahl entlöschter Fälle	Anteil entlöschter Fälle
2022	77'857	35'420	45%	10'977	31%
2021	100'040	41'799	42%	13'428	32%

Information Datenerhebung 2024 (Datenjahr 2023)

Doppelerhebung der ANK

Ausgangslage:

- Die SwissDRG AG wird im Rahmen der Genehmigung der Tarifstruktur vom Bundesrat aufgefordert, die Anlagenutzungskosten (ANK) nach VKL zu erheben
- Für das Datenjahr 2023 wurden die ANK sowohl nach betriebswirtschaftlichen Grundsätzen (wie bisher) als auch nach VKL erhoben: 138 von 154 Spitälern (90%) konnten die ANK nach VKL liefern

Weiteres Vorgehen:

- Die SwissDRG AG wird die Auswirkungen einer allfälligen Umstellung nun im Rahmen einer umfassenden Vergleichsanalyse prüfen und auf dieser Grundlage das weitere Vorgehen mit den Partnern diskutieren

Ausblick Datenerhebung 2025 (Datenjahr 2024)

Projekt SpiGes

Projekt SpiGes (**S**pitalstationäre **G**esundheitsversorgung) des BFS

- Umfasst neue Erhebungsinhalte, neue Erhebungsformate sowie eine neue Erhebungsplattform
- Gilt für die Datenlieferung ans BFS ab der Erhebung 2025 (Datenjahr 2024)

Datenlieferung an die SwissDRG AG

- Die SwissDRG AG wird die neuen Erhebungsinhalte und -formate übernehmen, die Datenlieferungen und -prüfungen erfolgen aber weiterhin über die eigene Erhebungsplattform. Es gelten auch die bisherigen Fristen
- Für das Datenjahr 2024 wird auch noch das alte Format akzeptiert

Gruppierung von SpiGes-Daten

- Sowohl der Batchgrouper als auch der Onlinegrouper der SwissDRG AG können beide Formate verarbeiten
- Mit dem Datenformatkonverter können Sie einen MedStat- oder SpiGes-Datensatz ins jeweils andere Datenformat umwandeln:
<https://converter.swissdrg.org/de>

SwissDRG – Version 14.0 / 2025

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

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

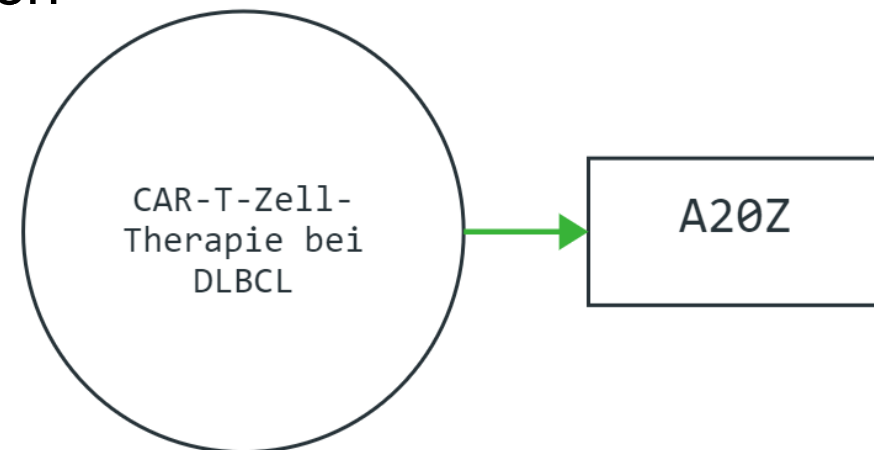


Abbildung aufwendiger Fälle CAR-T Zell Therapie / TILs

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

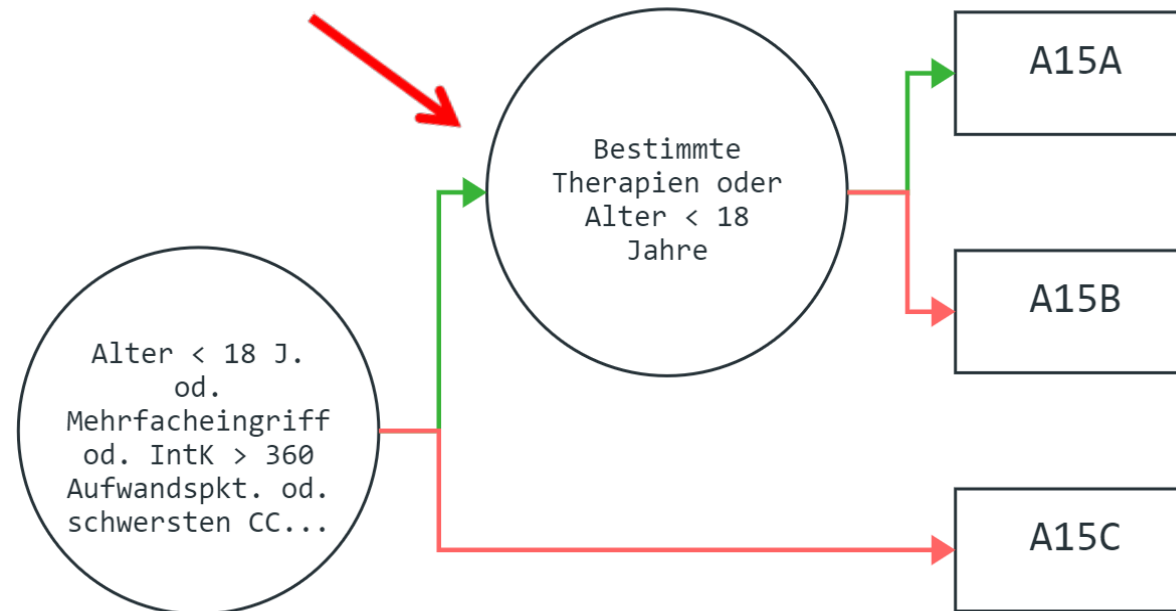


Abbildung aufwendiger Fälle Tumorboard

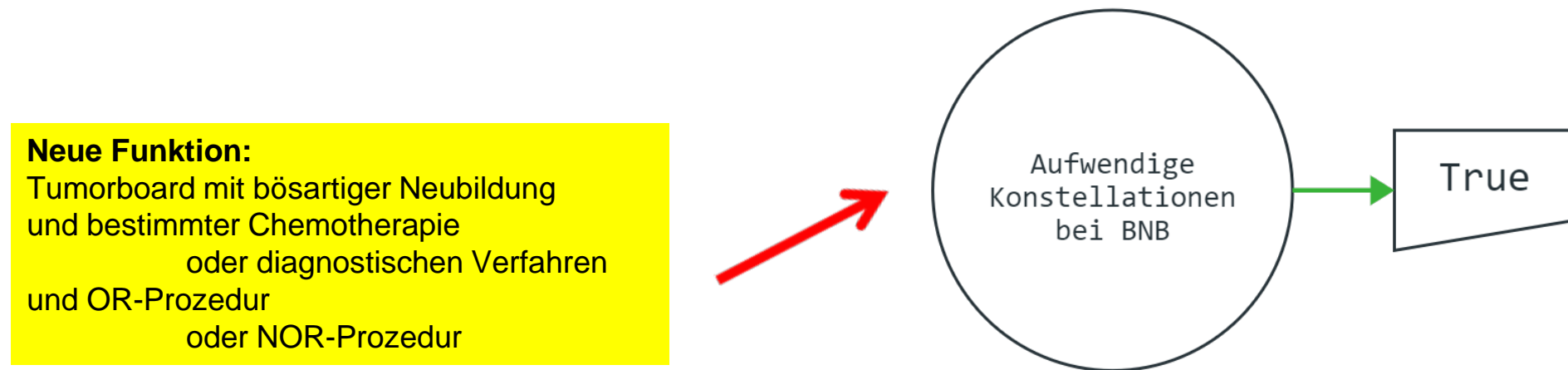
Analysen:

- 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

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

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:

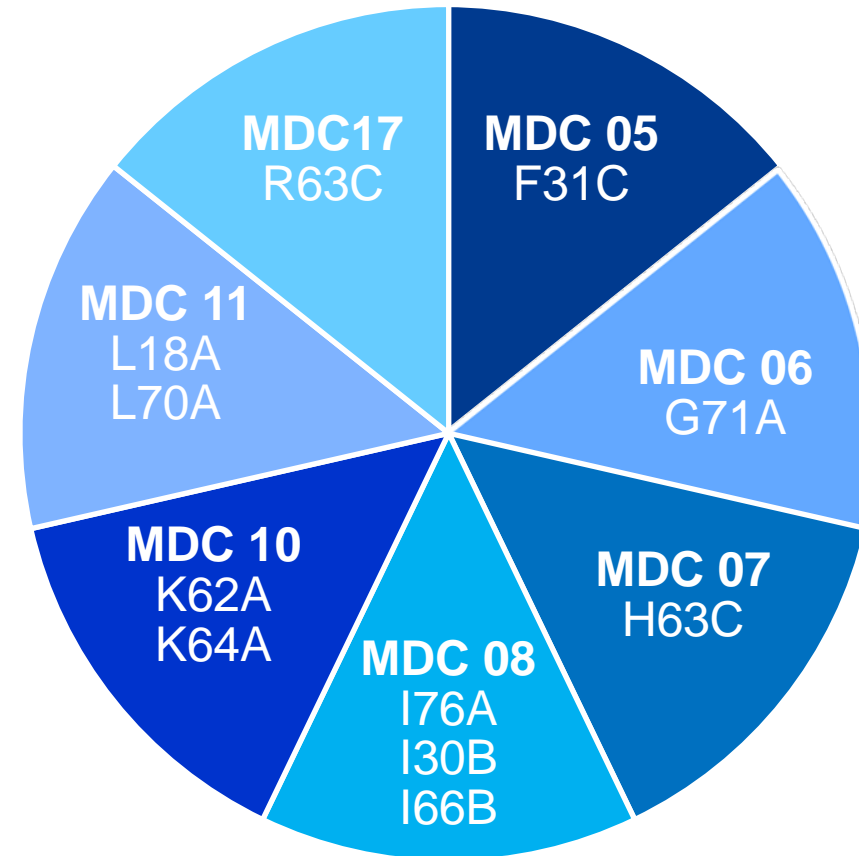
- Fachgesellschaft hat eine Textüberarbeitung vorgenommen «*Basisabklärung bei Risiko- und Gefährdungssituationen im Neugeborenen....*»
- Anpassung erfolgt für CHOP Katalog 2025

Kindermedizin

Kindersplits

Umbau:

- bestehende Kindersplits wurden überarbeitet und / oder neue Splits erstellt



Paraplegiologie

Prä-MDC

Neue Hinweise / Anträge:

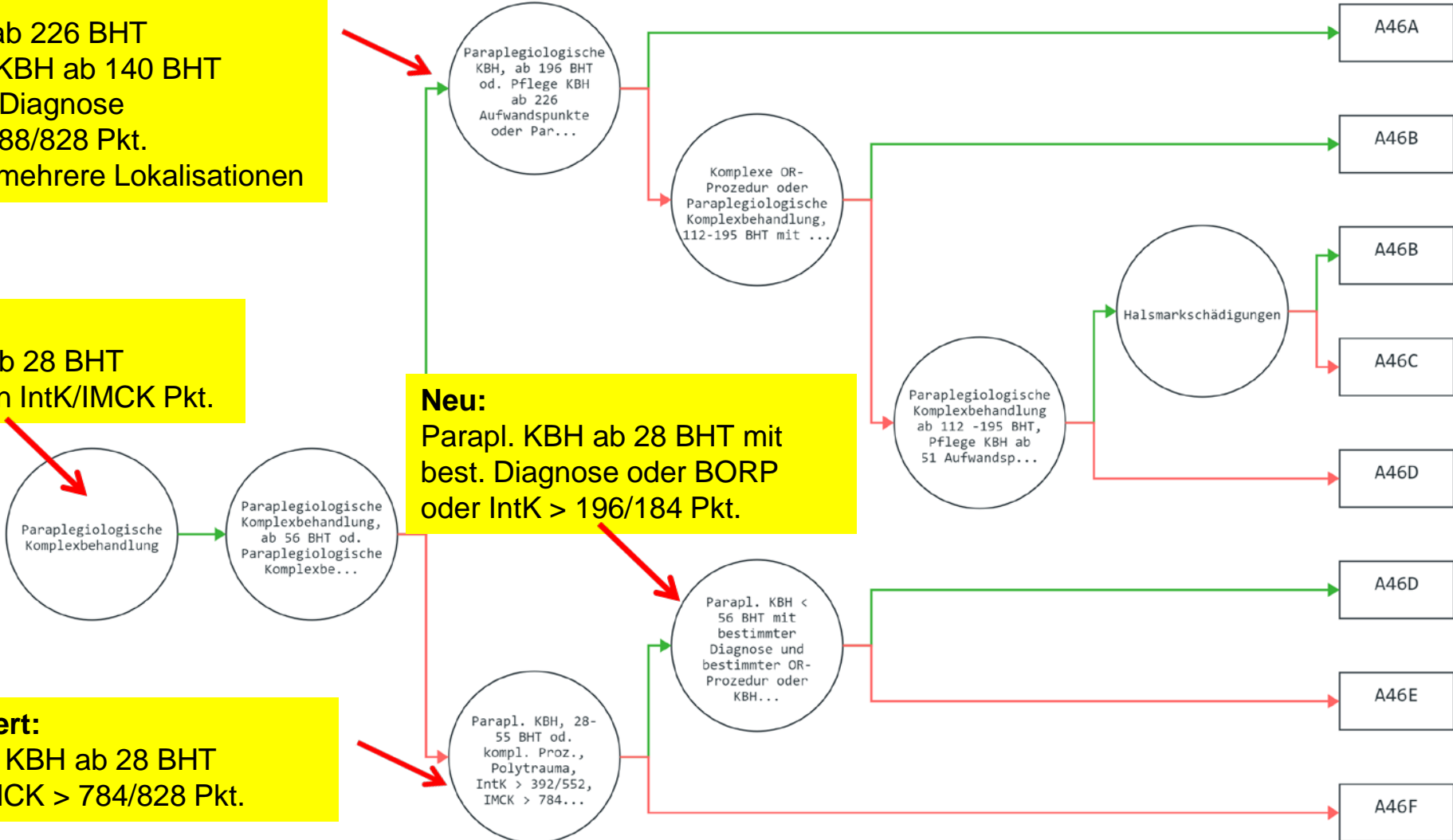
- zur Abbildung von Para-/Tetraplegie Fällen
- Prüfungen von Einzelfällen mit Paraplegiologie
- Aufwertung paraplegiologischer Fälle mit Harntraktinfektionen

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

MDC übergreifend

Umbau:

- Aufwertung Diagnosetabelle
«*Para-/Tetraplegie*»

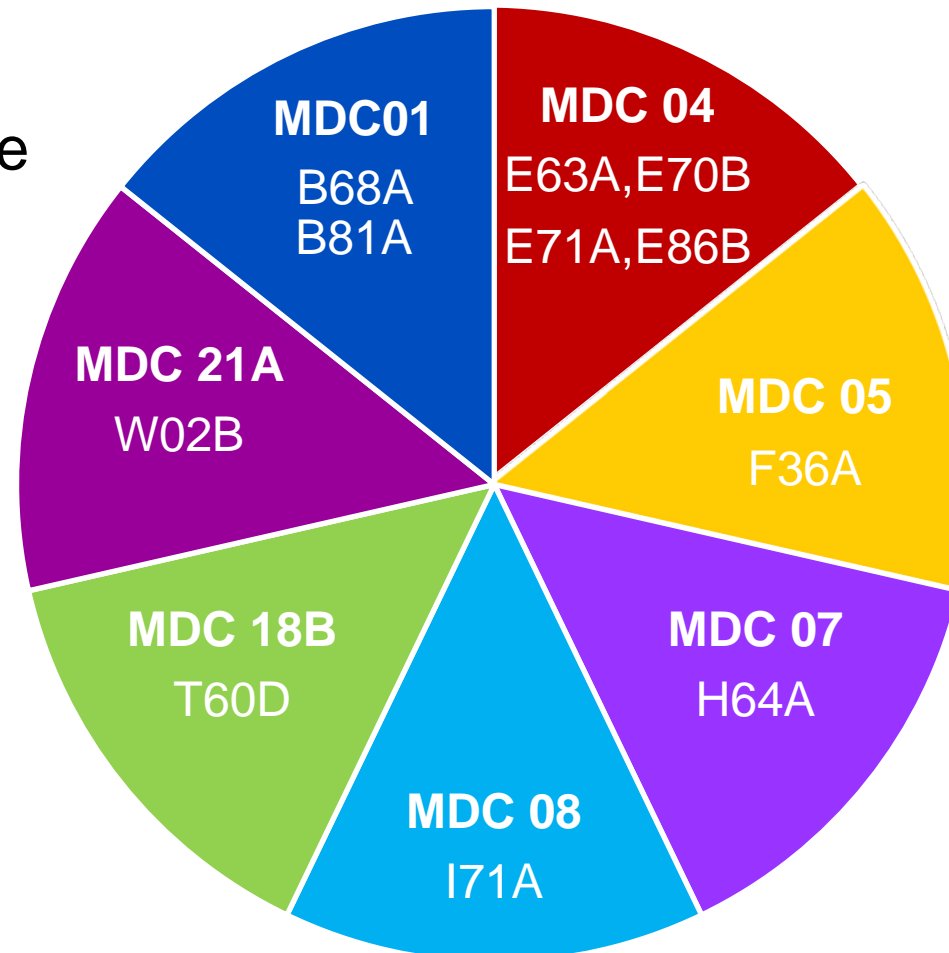


Abbildung aufwendiger Fälle

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

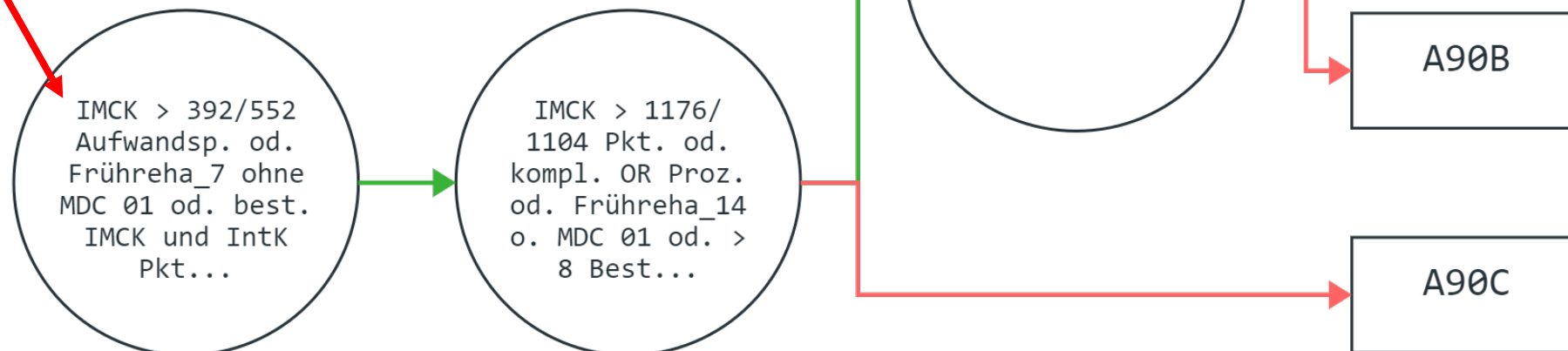
→ Fälle wie bisher sehr gut abgebildet

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

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

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

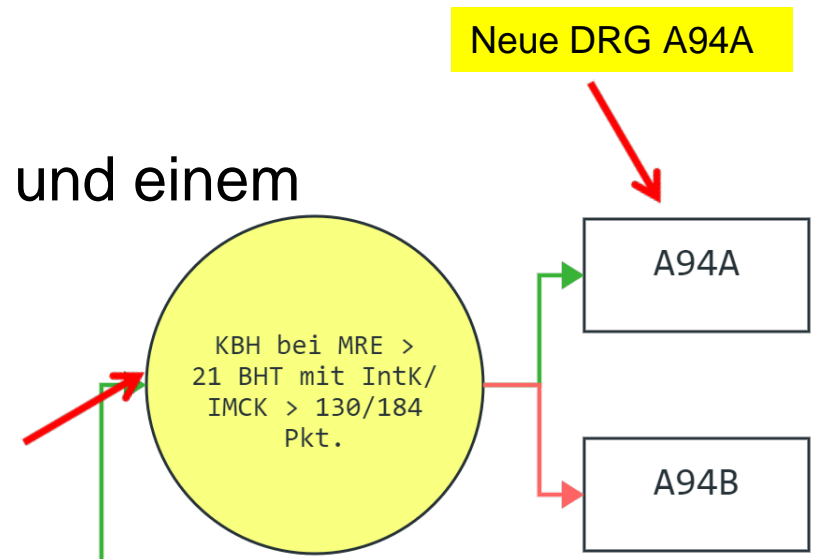
Komplexbehandlung bei MRE

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

Geriatrische Akutrehabilitation (GAR)

Vormerkungen:

- über viele Entwicklungsjahre immer wieder Anträge aufgrund «*Mindervergütung bei Mehrleistung*»
- 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

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

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

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

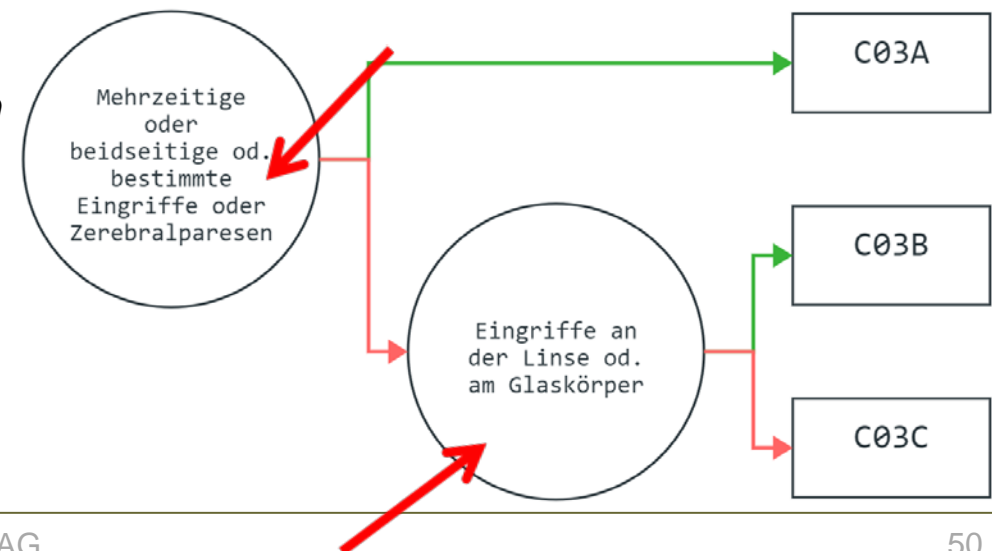
Augenerkrankungen MDC 02

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



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:

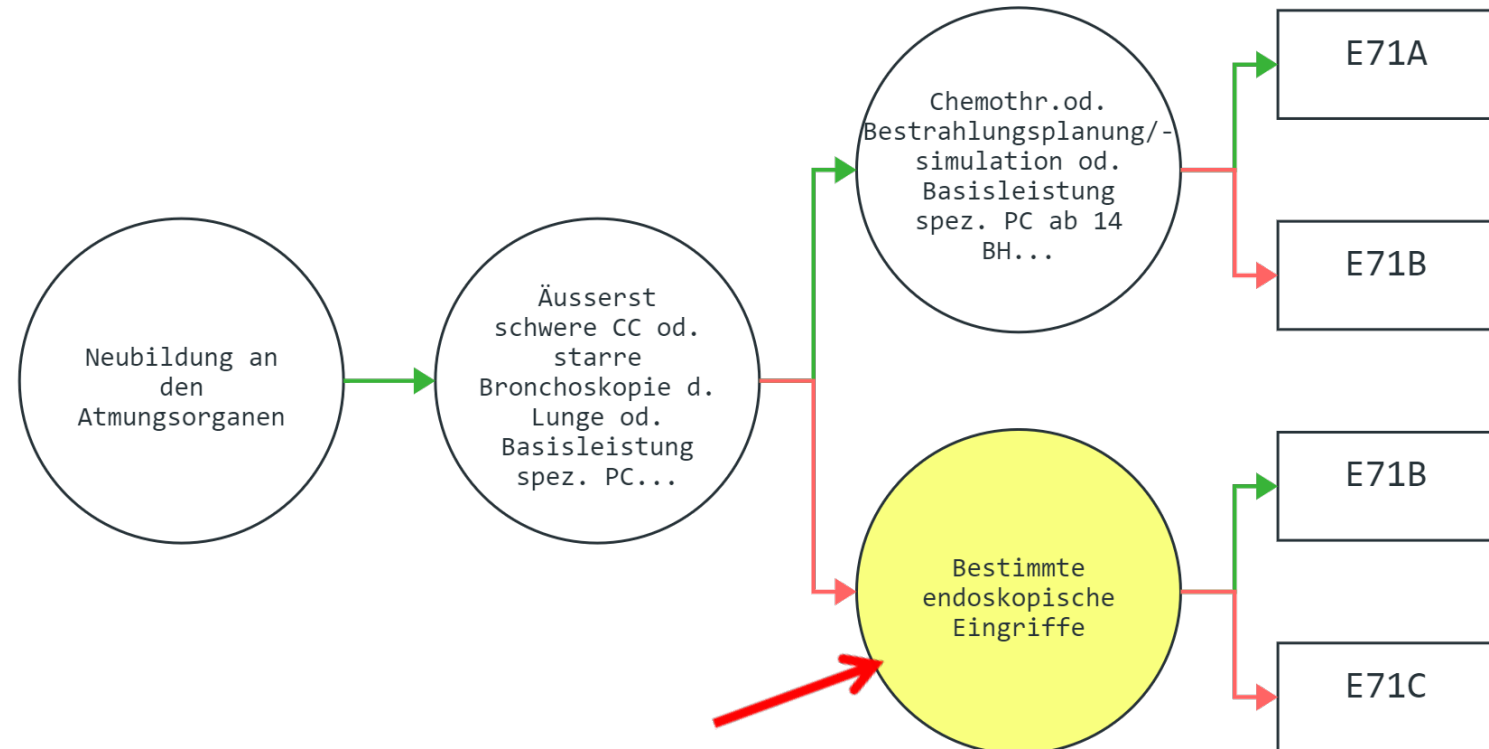
- Erstellen einer Tabelle mit bestimmten endoskopischen Eingriffen am Verdauungssystem in MDC 04
- Aufwertung dieser Fälle in DRG E77A «*Andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit...*» und E75A «*Andere Krankheiten der Atmungsorgane,...*»

Atmungsorgane MDC 04

Endoskopische Eingriffe

Weiterer Umbau:

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



Pause



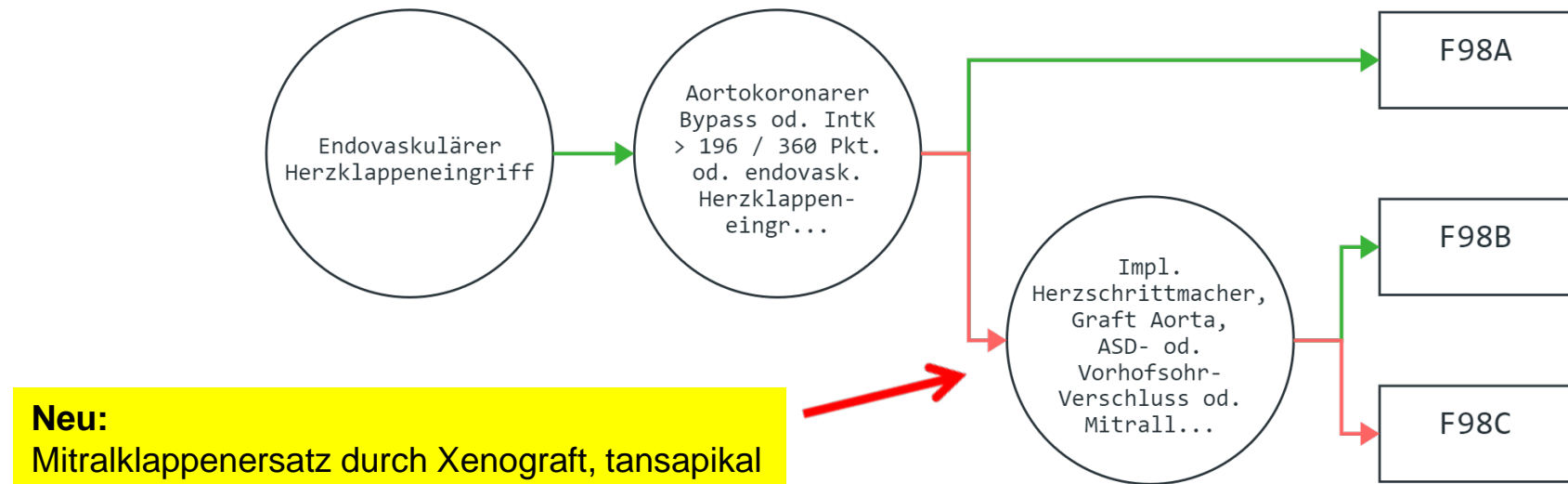
Kreislaufsystem MDC 05

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

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

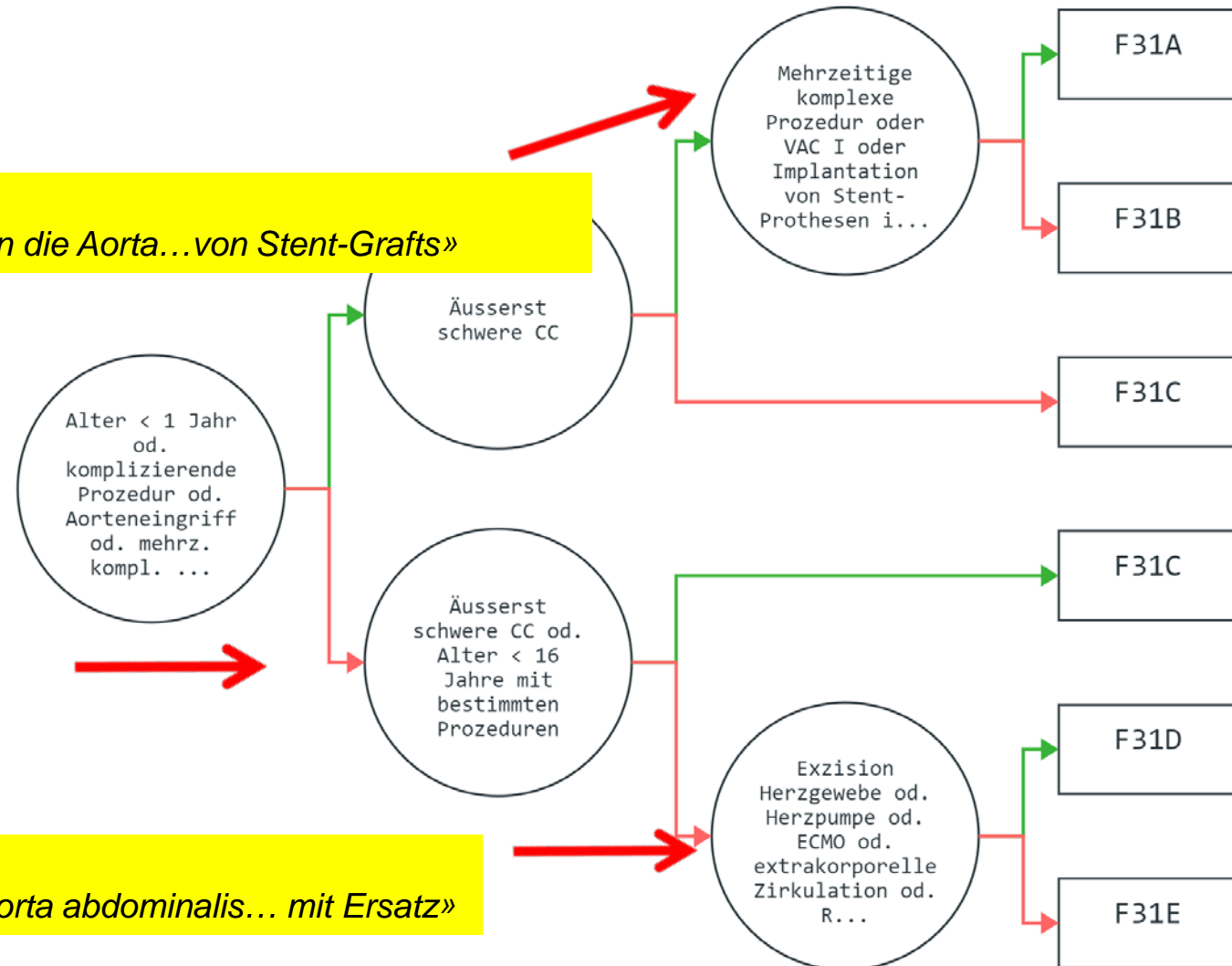
Kardiothorakale Eingriffe

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

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

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*»

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

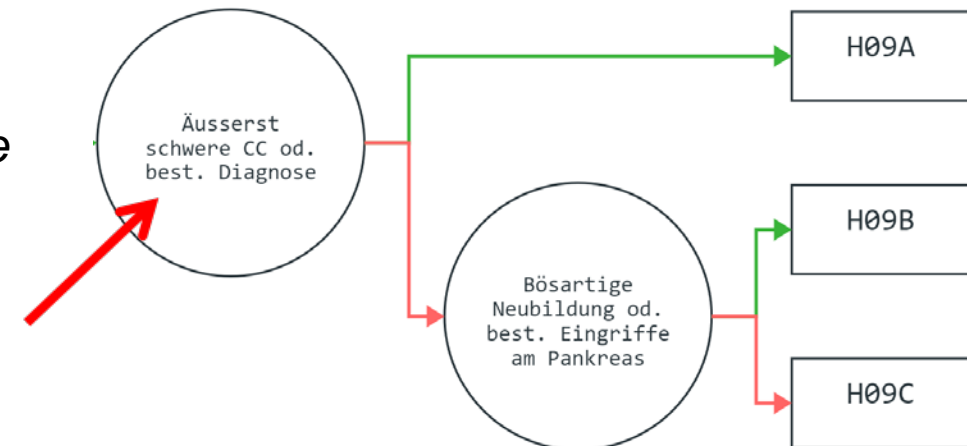
Pankreasfistel

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

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

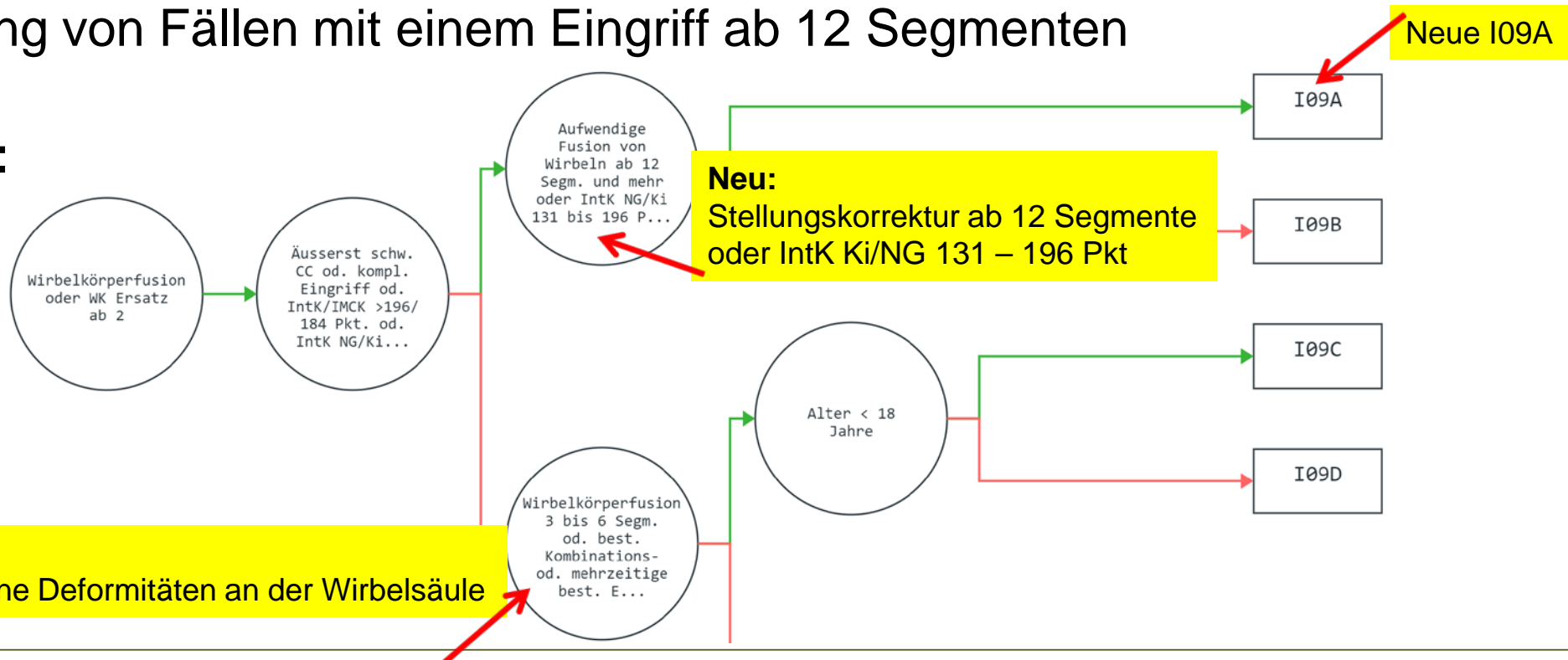
Bewegungssystem MDC 08

Eingriffe an der Wirbelsäule

Antrag:

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

Umbau:

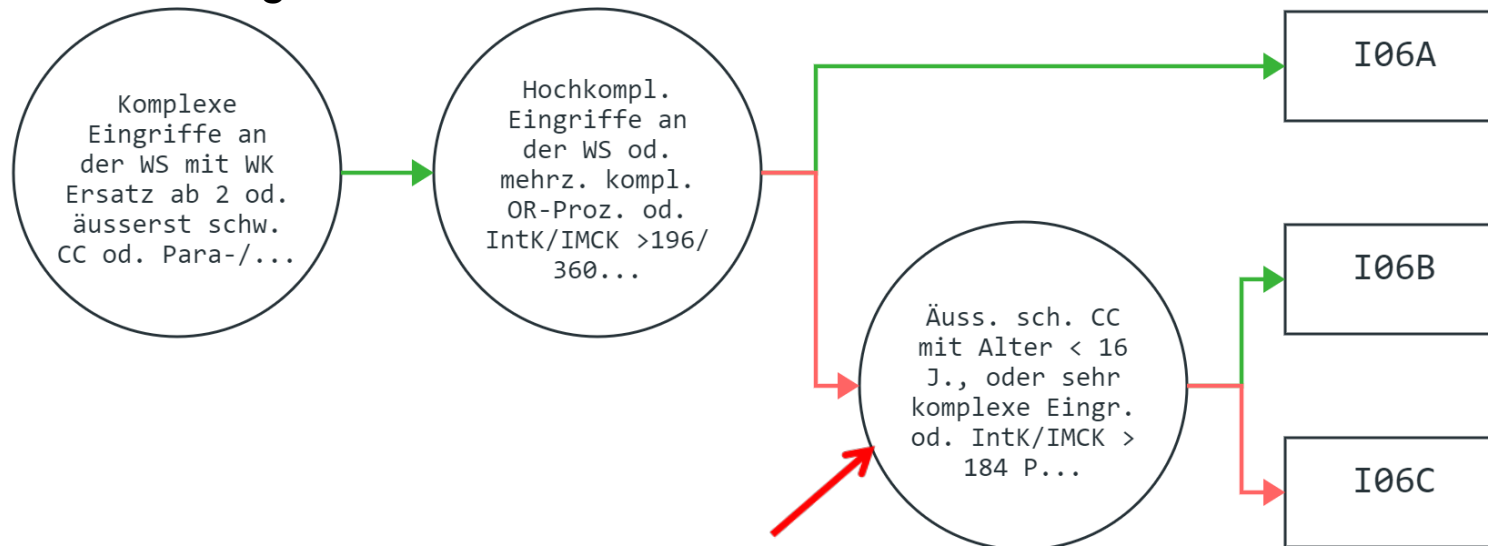


Bewegungssystem MDC 08

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

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

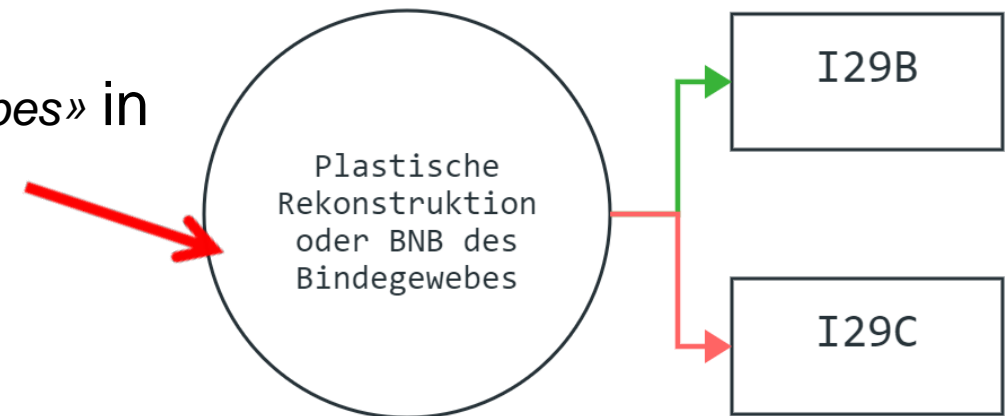
Bösartige Neubildung

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



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

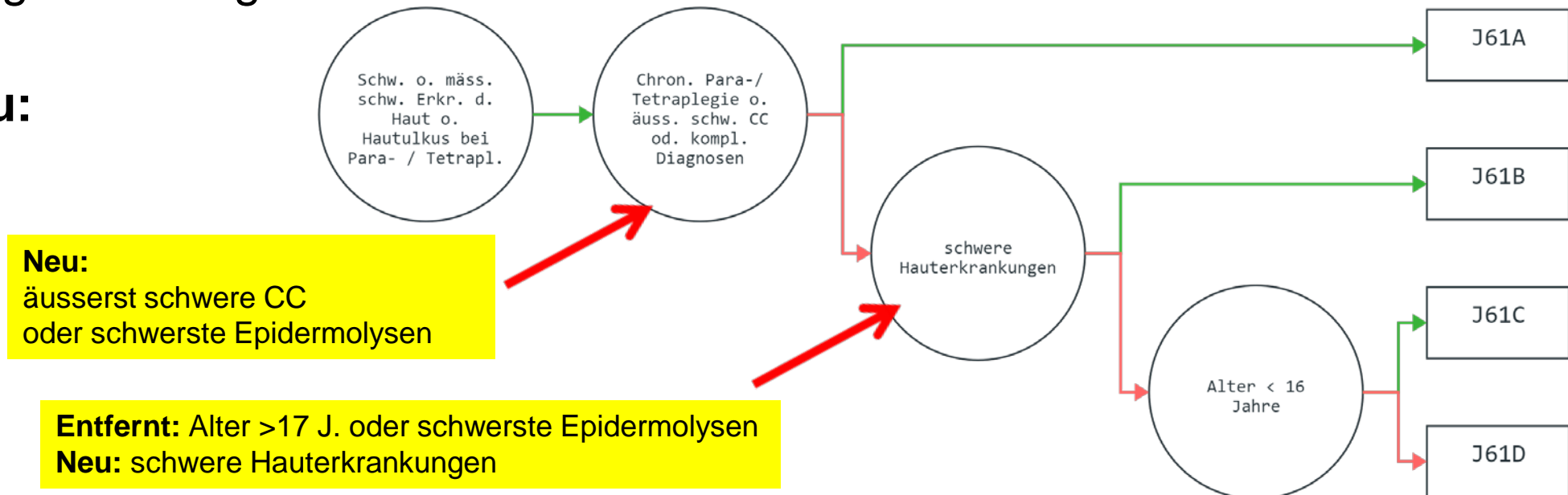
Haut und Mamma MDC 09

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:



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

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
 - Deszensus Eingriffe 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:

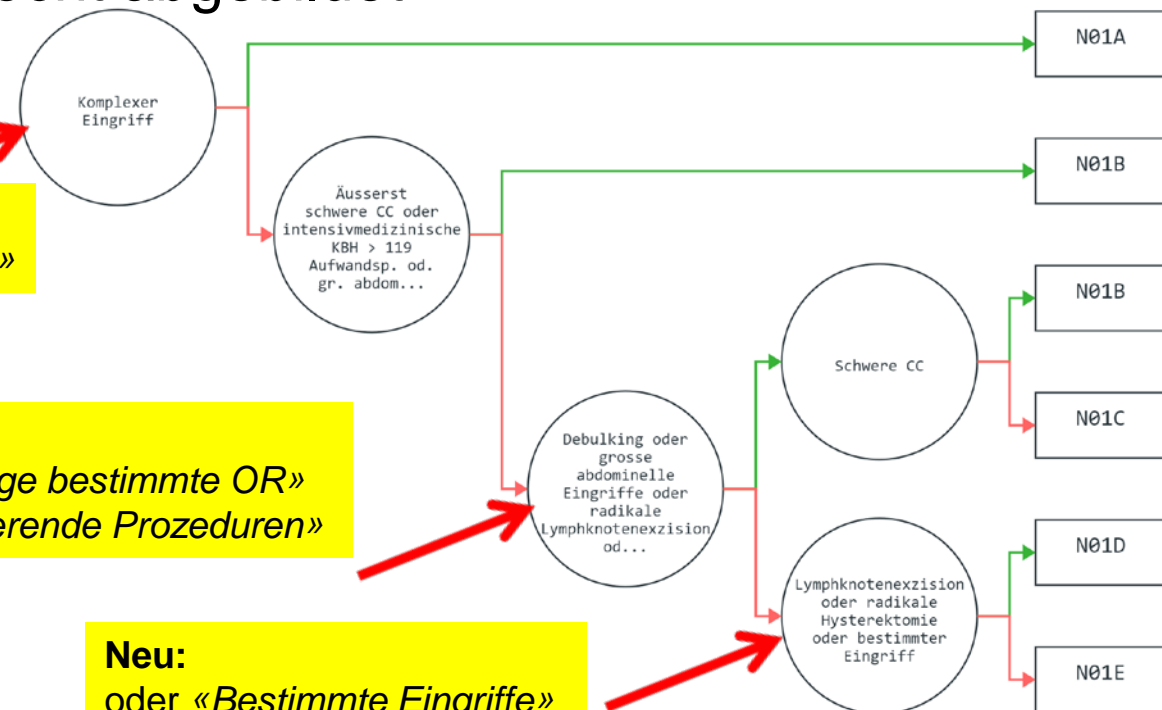
- aufwendige Fälle in Basis DRG N01 «*Hysterektomie oder Debulking oder grosser abdominaler Eingriff...*» nicht sachgerecht abgebildet

Umbau:

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

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

Neu:
oder «*Bestimmte Eingriffe*»



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

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»

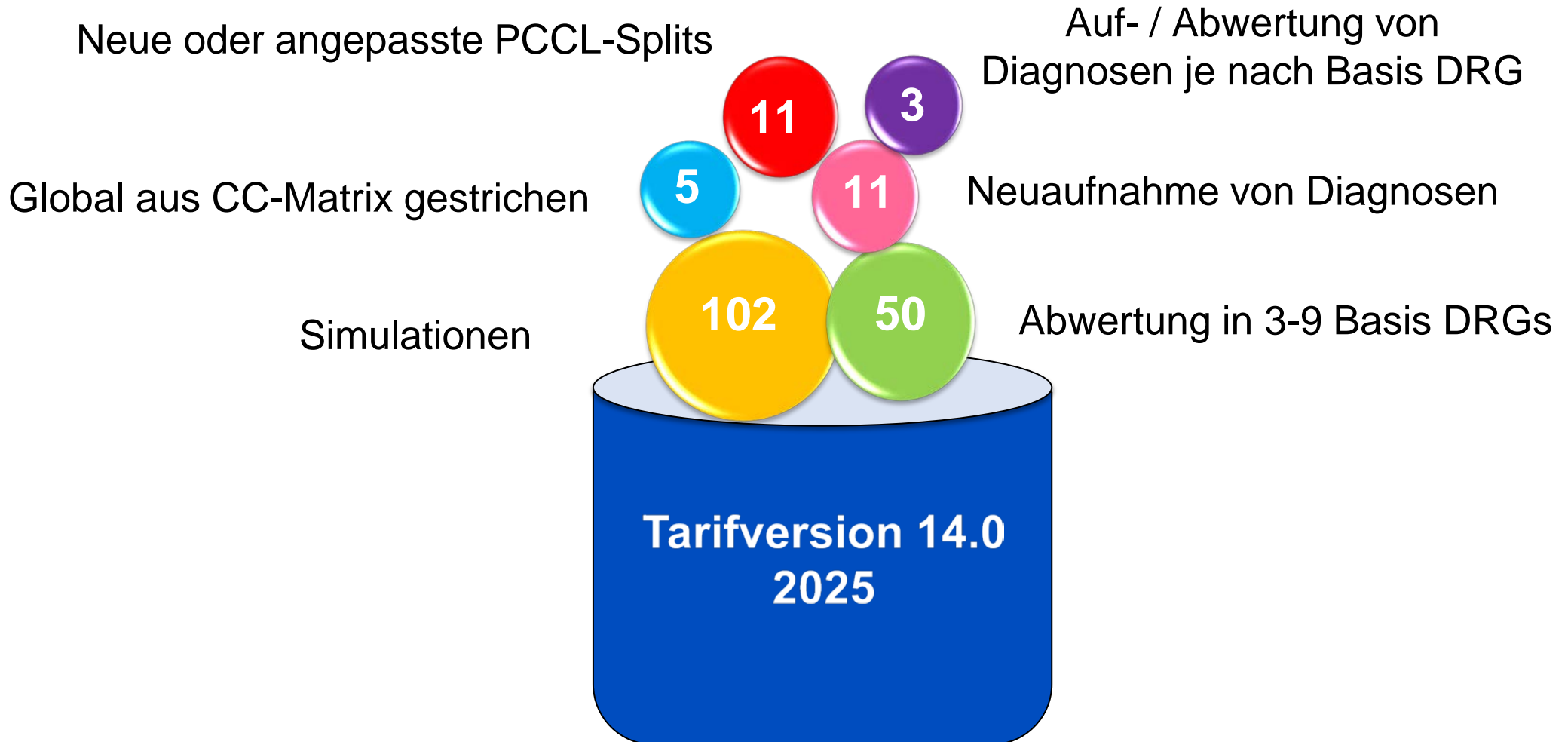
Verbrennungen MDC 22

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
- Nirsevimab (*Vorbehalt KLV/SL*)
- Pemigatinib
- Polatuzumab vedotin
- Ponatinib
- Tabelecleucel
- Tafamidis
- Tagraxofusp
- Talquetamab
- Tebentafusp

Zusatzentgelte – ATC

Weitere Anpassungen:

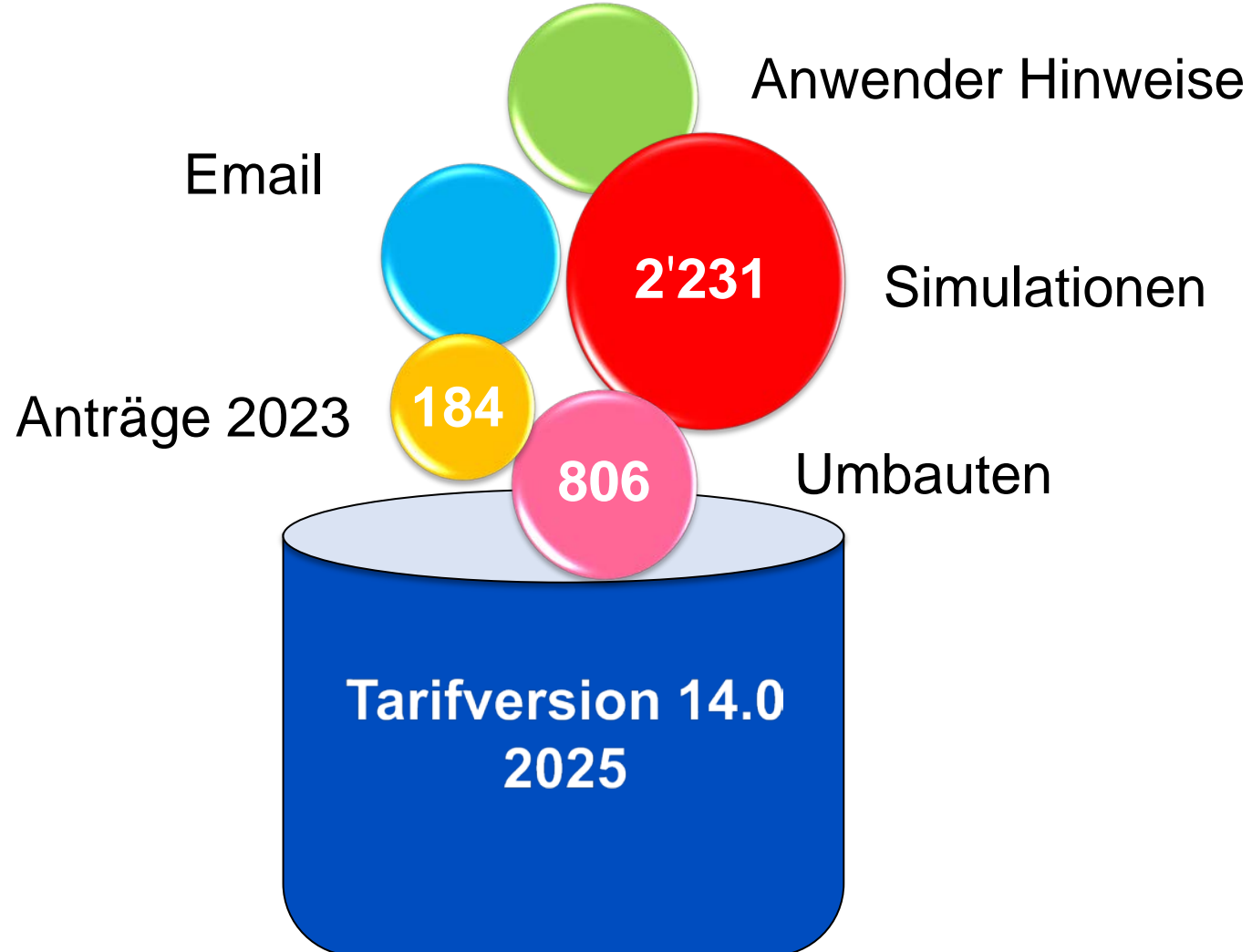
- 6 Zusatzentgelte Iloprost, Posaconazol (oral) und Rituximab wurden zu 3 Zusatzentgelten zusammengefasst
- Erweiterung und / oder neue Gruppierung der Dosisklassen bei
 - 21 Zusatzentgelten nach oben
 - 12 Zusatzentgelten nach unten
- Löschung der untersten Dosisklassen bei 3 Zusatzentgelten
- Löschung 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 Simulationen



Überarbeitung der DRG – Klassifikation

Antragsverfahren

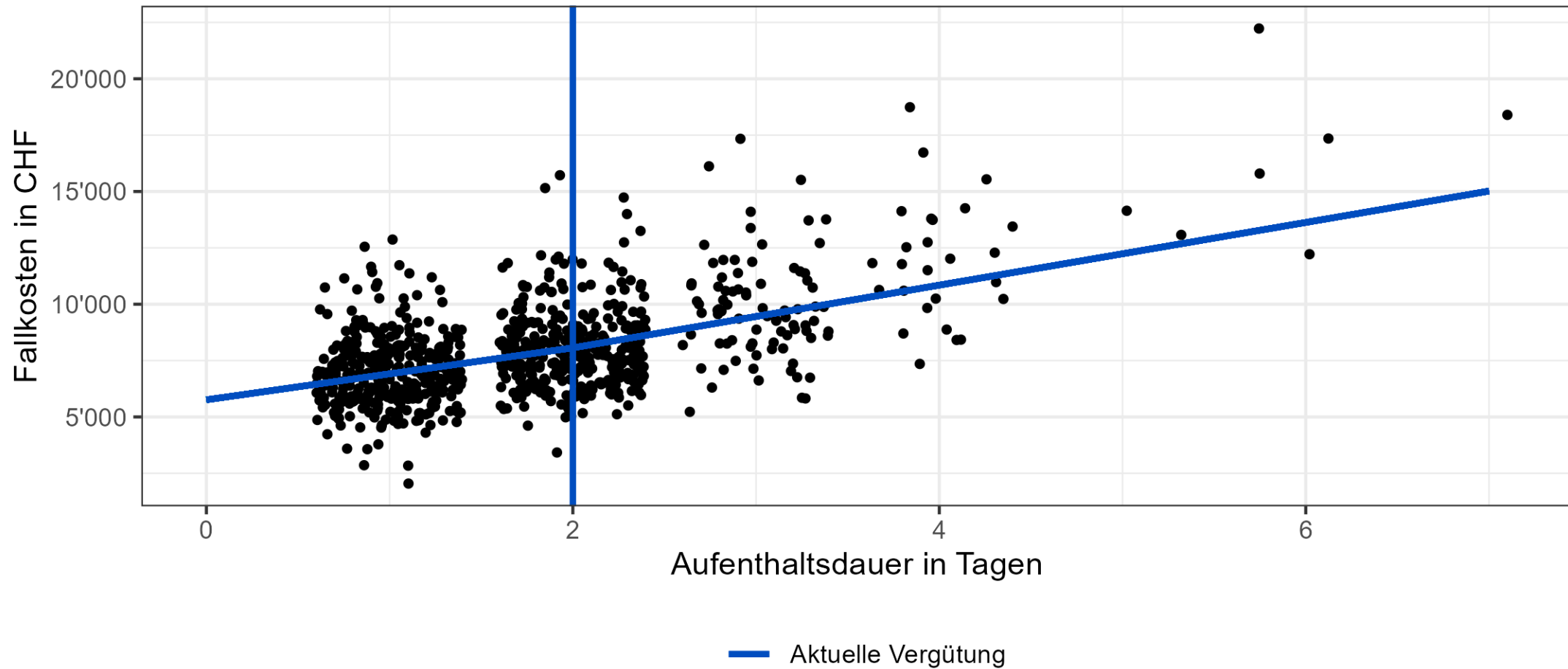
	2023	2022	2021	2020
Anträge	184	176	108	188
umgesetzt	114	119	47	111
Quote	62%	67%	43%	59%

SwissDRG – Version 14.0 / 2025

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

Problem

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**

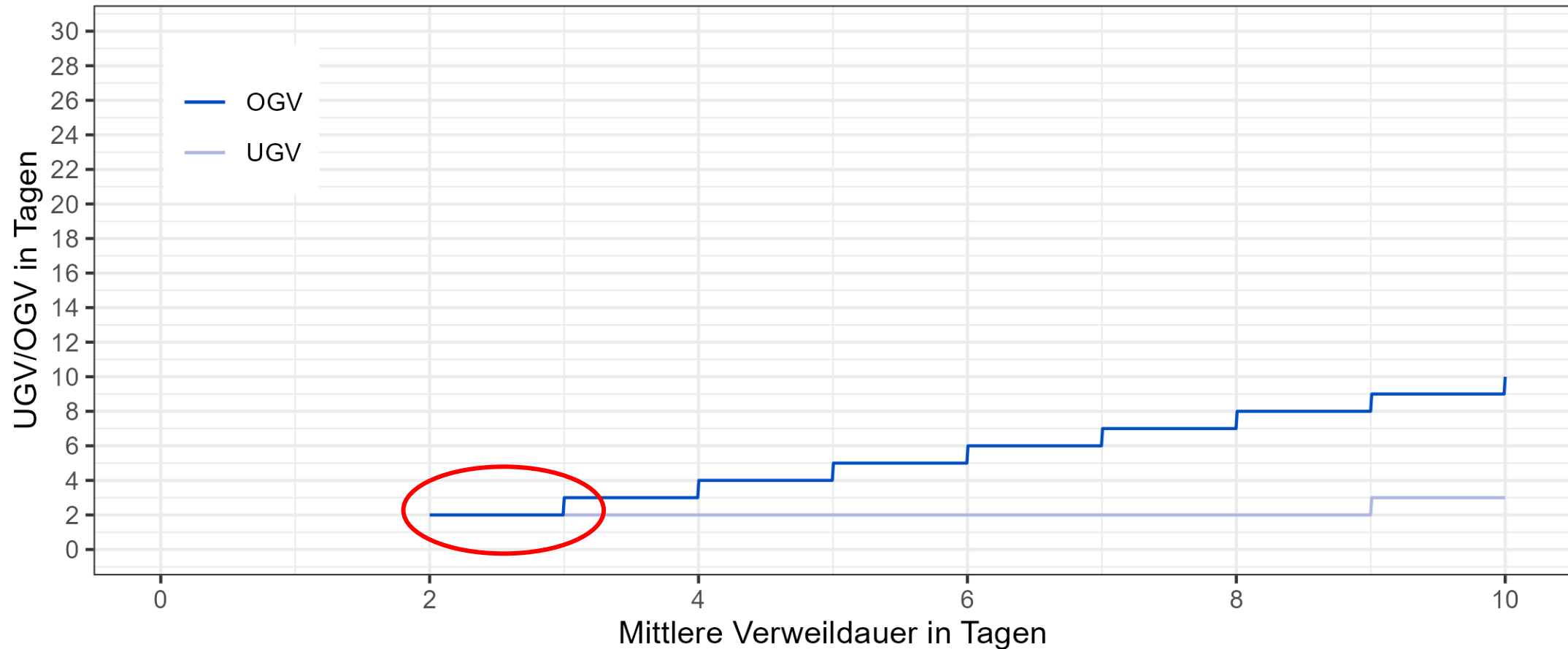
→ im FP-Katalog „erster Tag mit Zuschlag“ = $OGV + 1$ ausgewiesen

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

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

Motivation

UGV/OGV in Abhängigkeit der mittleren Verweildauer
Standardabweichung 0



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

- die Situation $OGV = UGV = 2$ ist zukünftig nicht mehr möglich
- Pauschalierender Charakter für alle DRG sichergestellt
- Wirkungsbereich der Anpassung klar eingegrenzt
- Kein negativer Einfluss auf Gesamtsystemgüte

Anpassung wurde aus diesen Gründen umgesetzt

SwissDRG – Version 14.0 / 2025

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

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 R²

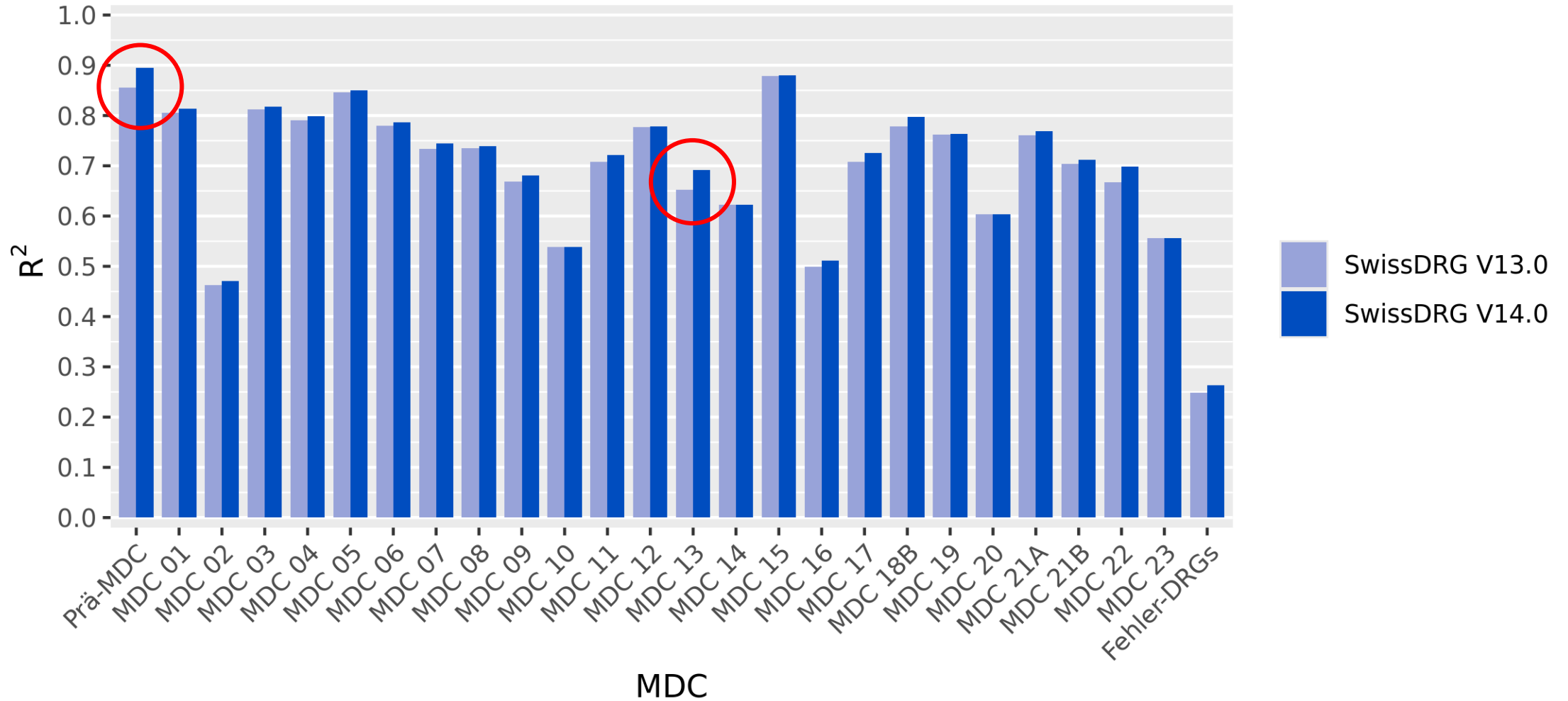
Version V14.0 im Vergleich zu Vorversionen

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

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

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

Ursache für Veränderungen im Deckungsgrad K233

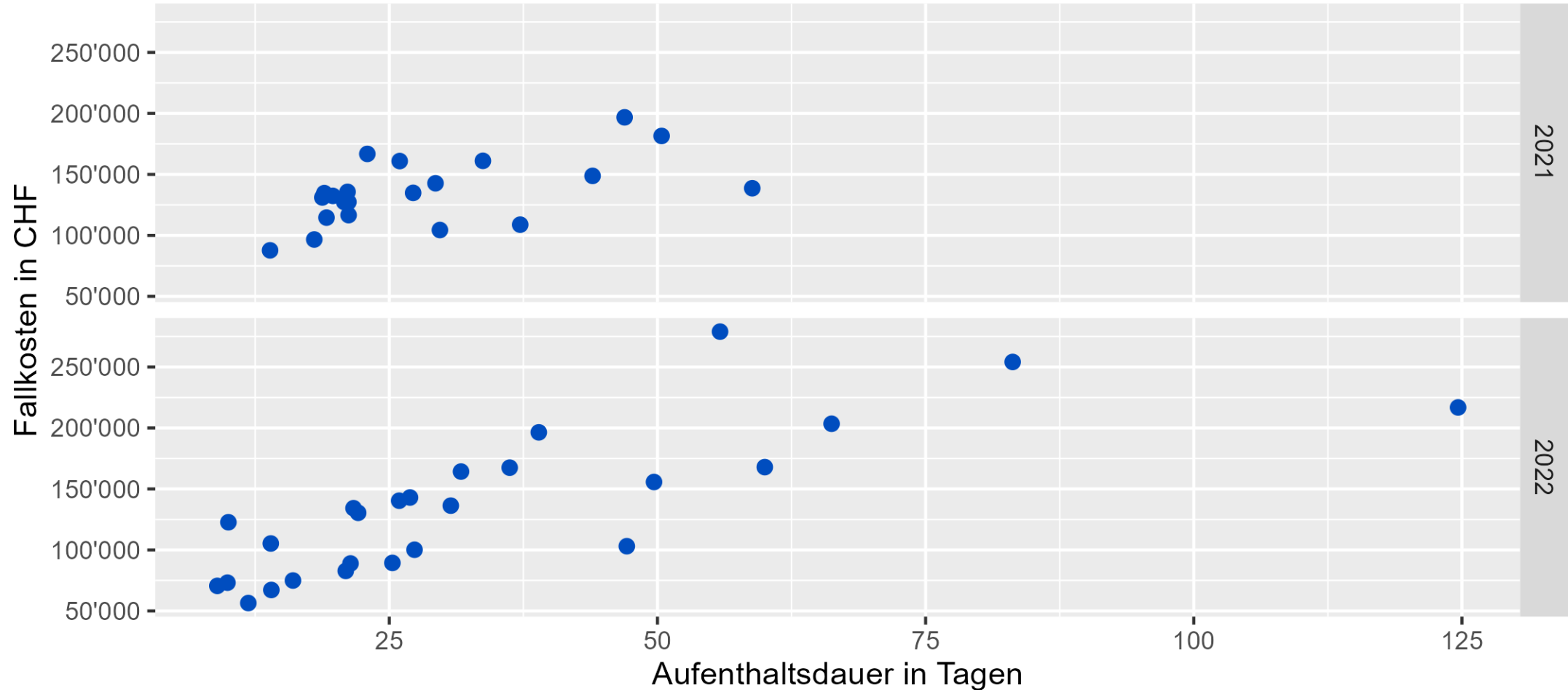
Vergleich Kostengewichte P02

Version	Datenjahr	DRG	Inlier-KGW	1. Tag mit Abschlag	Abschlag	1. Tag mit Zuschlag	Zuschlag
V13.0	2021	P02A	23.121	15	1.262	67	0.399
V13.0	2021	P02B	12.301	6	1.54	32	0.328
V13.0	2021	P02C	7.342	5	1.02	35	0.253
V14.0	2022	P02A	20.612	20	0.858	83	0.378
V14.0	2022	P02B	11.452	7	1.171	44	0.28
V14.0	2022	P02C	6.852	5	0.897	35	0.21

Datenbasis: 2021 resp. 2022, Kalkulationsdaten

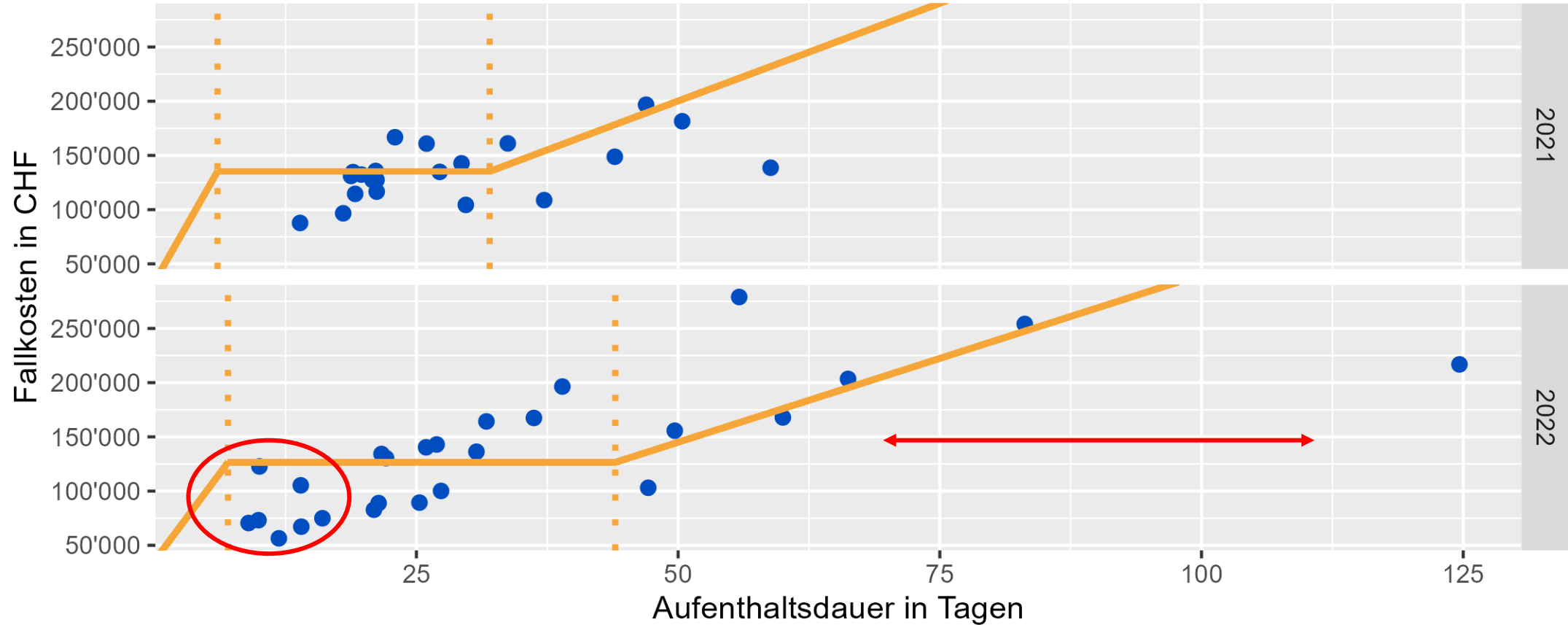
Kostenverteilung Fälle P02B

Kostenverteilung der Fälle aus der DRG P02B



Kostenverteilung Fälle P02B

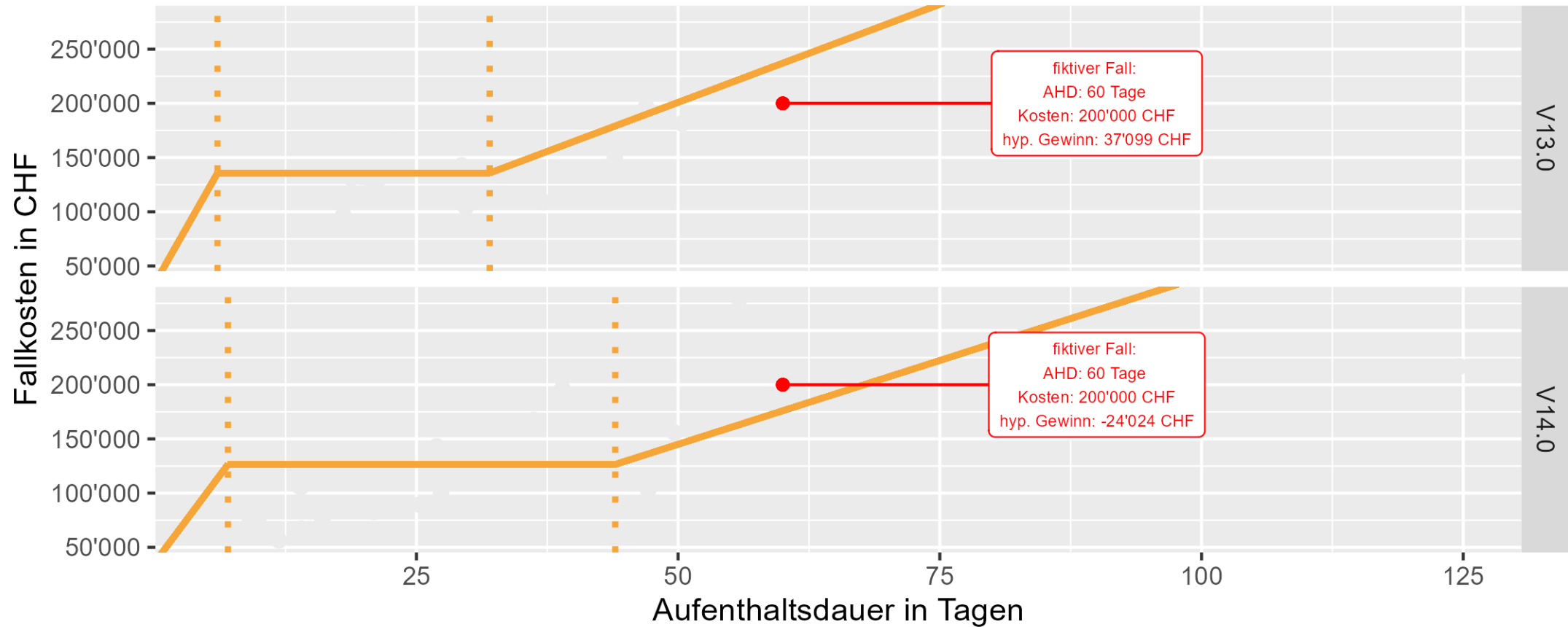
Kostenverteilung der Fälle aus der DRG P02B



Hypothetische Baserate V13.0, Daten 2021: 10'995 CHF
Hypothetische Baserate V14.0, Daten 2022: 11'045 CHF

Kostenverteilung Fälle P02B

Kostenverteilung der Fälle aus der DRG P02B



Hypothetische Baserate V13.0, Daten 2022: 11'036 CHF
 Hypothetische Baserate V14.0, Daten 2022: 11'045 CHF

Kostenverteilung Fälle P02B

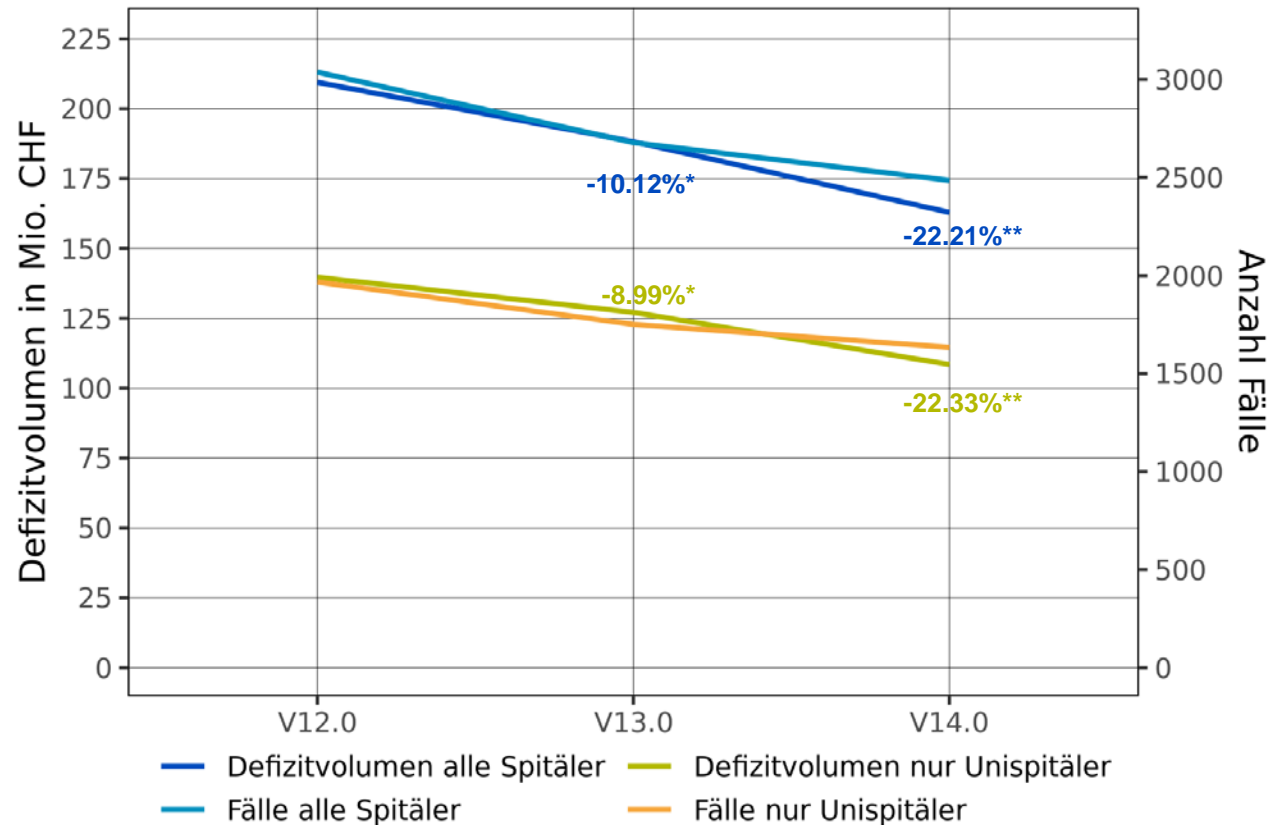
- Datenlage 2022 weicht wesentlich von 2021 ab
- vergleichsweise günstige Fälle mit tiefer Aufenthaltsdauer
 - Inlierkostengewicht sinkt
- einige Fälle mit extrem langer Aufenthaltsdauer
 - OGV steigt an

Konsequenz:

- Deckungsgrad der Fälle, die 2022 in DRG P02B gruppieren, nimmt im Vergleich zur V13.0 deutlich ab
- dies ist einzig und alleine der Datenlage geschuldet
- es wurden keine DRG-Umbauten vorgenommen

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

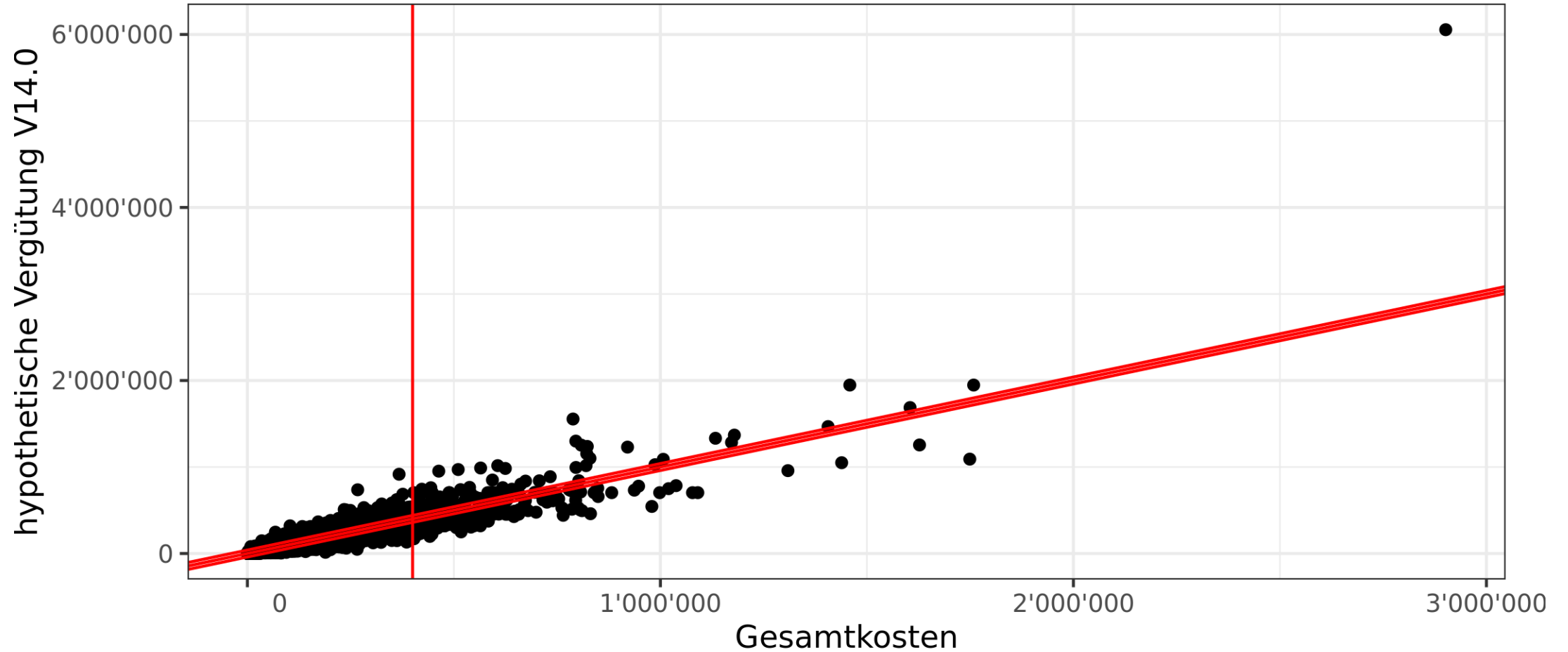
Definition VR:

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



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

Hochkostenfälle Verteilung

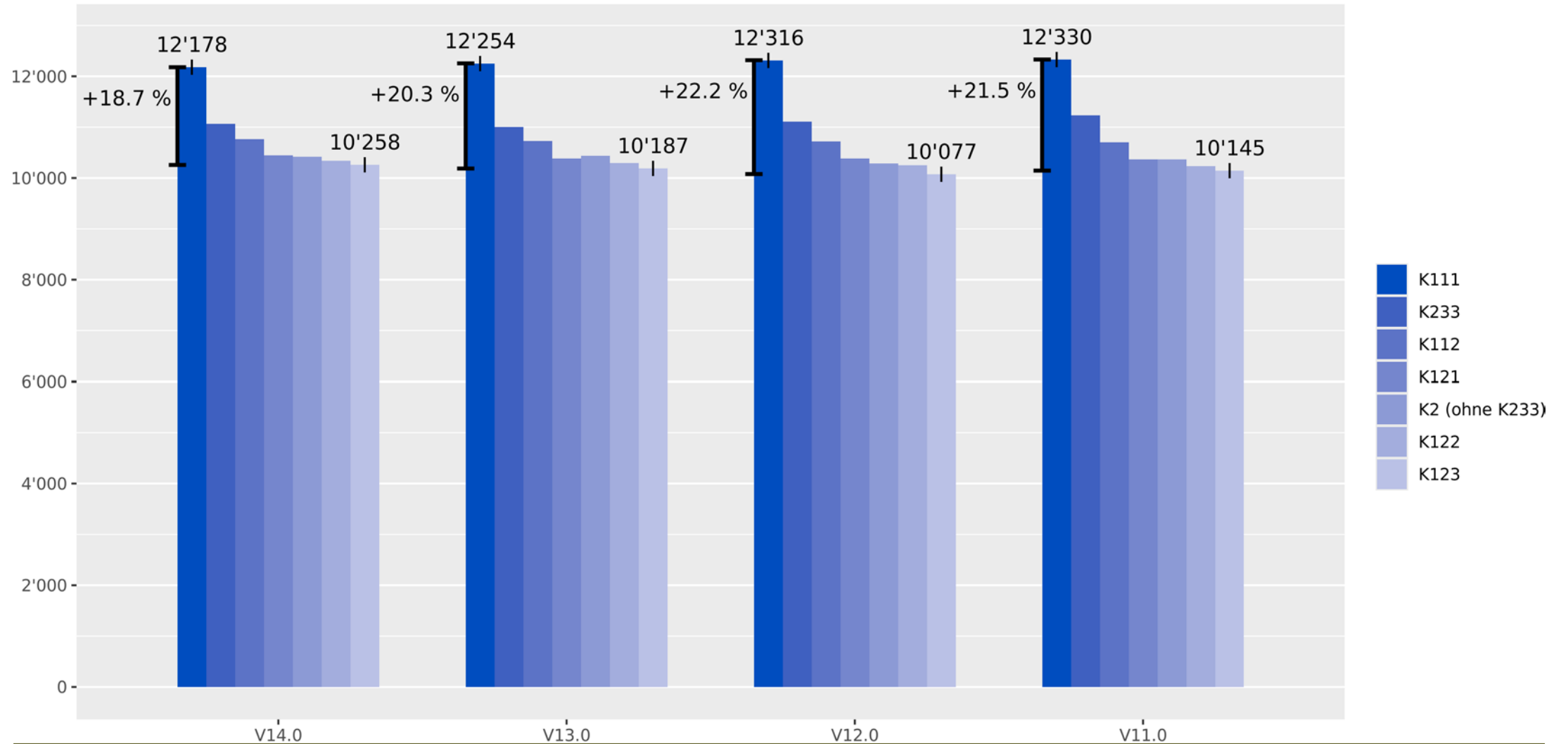


Hochkostenfälle (Kosten > 400'000 CHF): 287
Anzahl Hochdefizitfälle: 139
Anzahl Hochgewinnfälle: 97

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

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