

SGFM/SSCM Herbstmeeting 2012

Erste Erfahrungen und Anpassungen von Version 1.0 zu 2.0

Bern, 23. Oktober 2012

1. Erste Erfahrungen

2. Datengrundlage der Version 2.0
3. Entwicklung des Systems 2.0
4. Fazit

Erste Erfahrungen

Problembereiche 2012:

- Implementierung der Abrechnungsregeln
- Ausserkantonale Hospitalisationen
- Basisfallpreise: Festsetzung
- Non-DRG Tarife für Listenspitäler
- Revisionen
- Zusatzentgeltdiskussion
- ANK-Zuschlag für 2013
- Mengenentwicklung
- Wirkungsanalyse, Betriebsvergleiche

1. Erste Erfahrungen
- 2. Datengrundlage der Version 2.0**
3. Entwicklung des Systems 2.0
4. Fazit

Erhebung 2011

- Daten aus dem Jahr **2010**
- Ohne Rehabilitation, Psychiatrie
- Kodiert mit CHOP 11 und ICD-10 GM 2008
 - Gleiche Kodierung, wie für Version 1.0
- Leistungs- und Kostendaten der Netzwerkspitäler
- Gesamtdaten der Medizinischen Statistik
- Detaildatenerhebung (auf Fallebene) zu VADs und Gerinnungsfaktoren bei Blutern

Erhebung 2011

Anzahl Spitäler

Datenjahr	2010 SwissDRG 2.0	2009 SwissDRG 1.0	2008 SwissDRG 0.3
Netzwerkspitäler (SwissDRG-Erhebung)	50	42	34
Schweiz (BFS)	161	166	166
Stichprobe	31 %	25 %	20 %

Anzahl gelieferte Fälle

Datenjahr	2010 SwissDRG 2.0	2009 SwissDRG 1.0	2008 SwissDRG 0.3
Netzwerkspitäler (SwissDRG-Erhebung)	609'938	578'573	493'001
Schweiz (BFS)	1'158'242	1'149'188	1'107'700
Stichprobe	52,7%	50,3%	44,5%

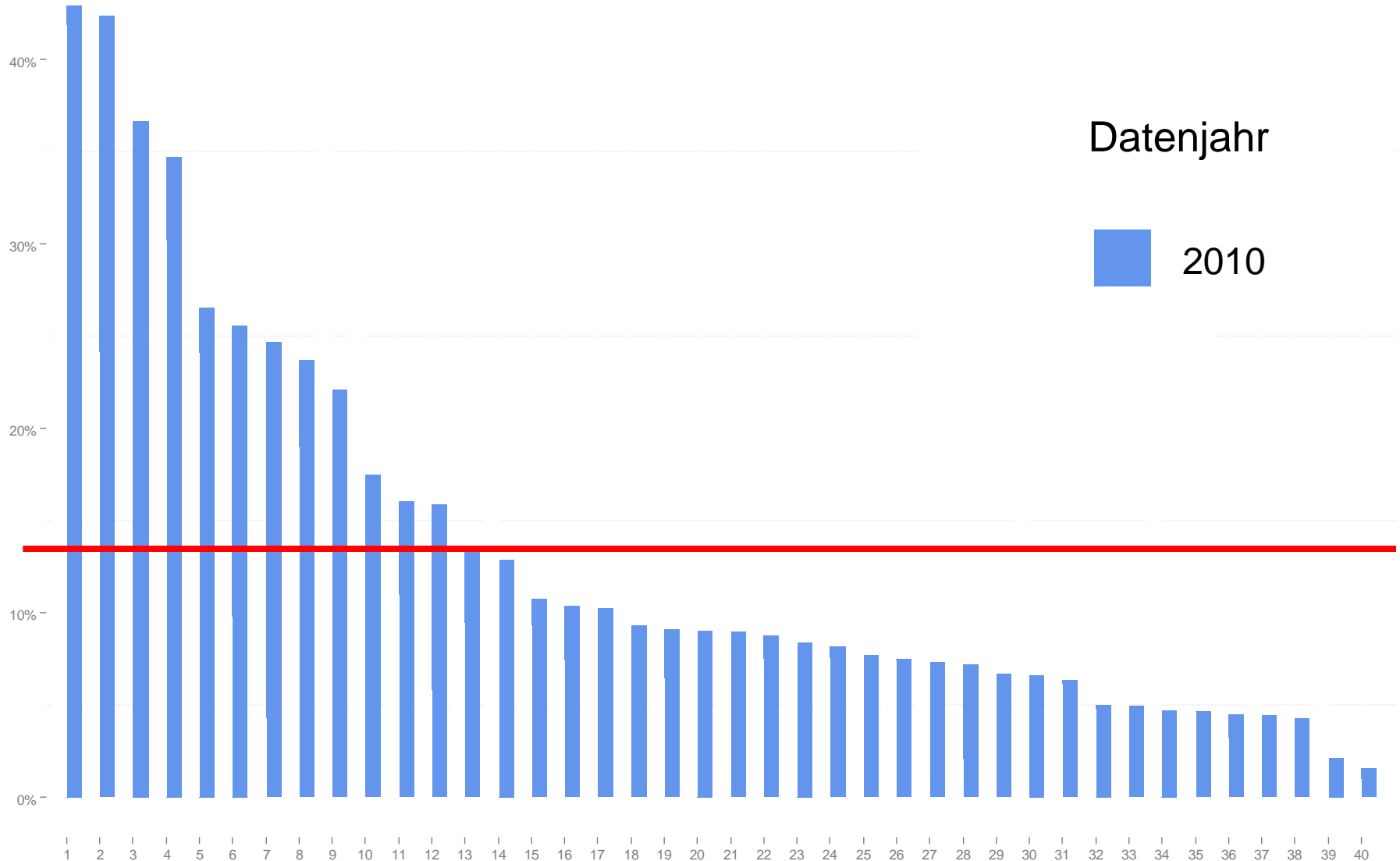
Erhebung 2011

Datenerosion



Erhebung 2011

Datenqualität



1. Erste Erfahrungen
2. Datengrundlage der Version 2.0
- 3. Entwicklung des Systems 2.0**
4. Fazit

Weiterentwicklung der DRG-Klassifikation

Vorgehen



- Prüfung der Anträge
- Überprüfung der jährlich übermittelten Anwenderfragen hinsichtlich Anpassungsbedarf des Groupers
- Untersuchung der Anfragen zu Kodierungsunsicherheiten in Bezug auf Relevanz für die DRG-Tarifstruktur
- Umfangreiche eigene Analysen und Simulationen
- Anregungen aus dem G-DRG-Umbau

Weiterentwicklung der DRG-Klassifikation

Grundsätzliche Erwägungen



In vielen DRGs noch sehr uneinheitlicher Aufwand

- Schärfung der DRG-Definition, jedoch noch Unsicherheiten aufgrund der CHOP 11 Codes
- Schaffung neuer DRGs meist nicht sinnvoll
- Aufwertung aufwendiger Fälle über Zuordnung zu einer „ressourcenadäquaten DRG“

Weiterentwicklung der DRG-Klassifikation

Grundsätzliche Erwägungen

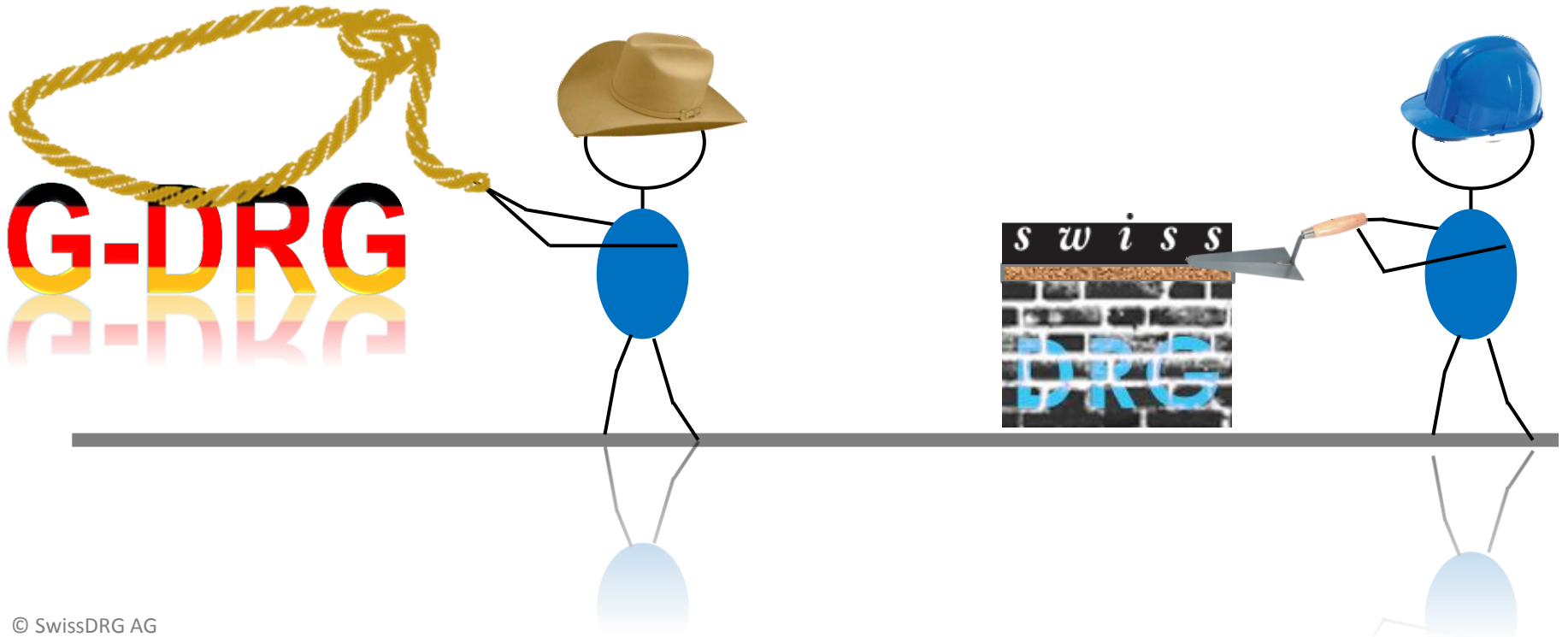


Umgang mit fallzahlschwachen DRGs?

Helvetisierung?

oder

Grupperumbau?

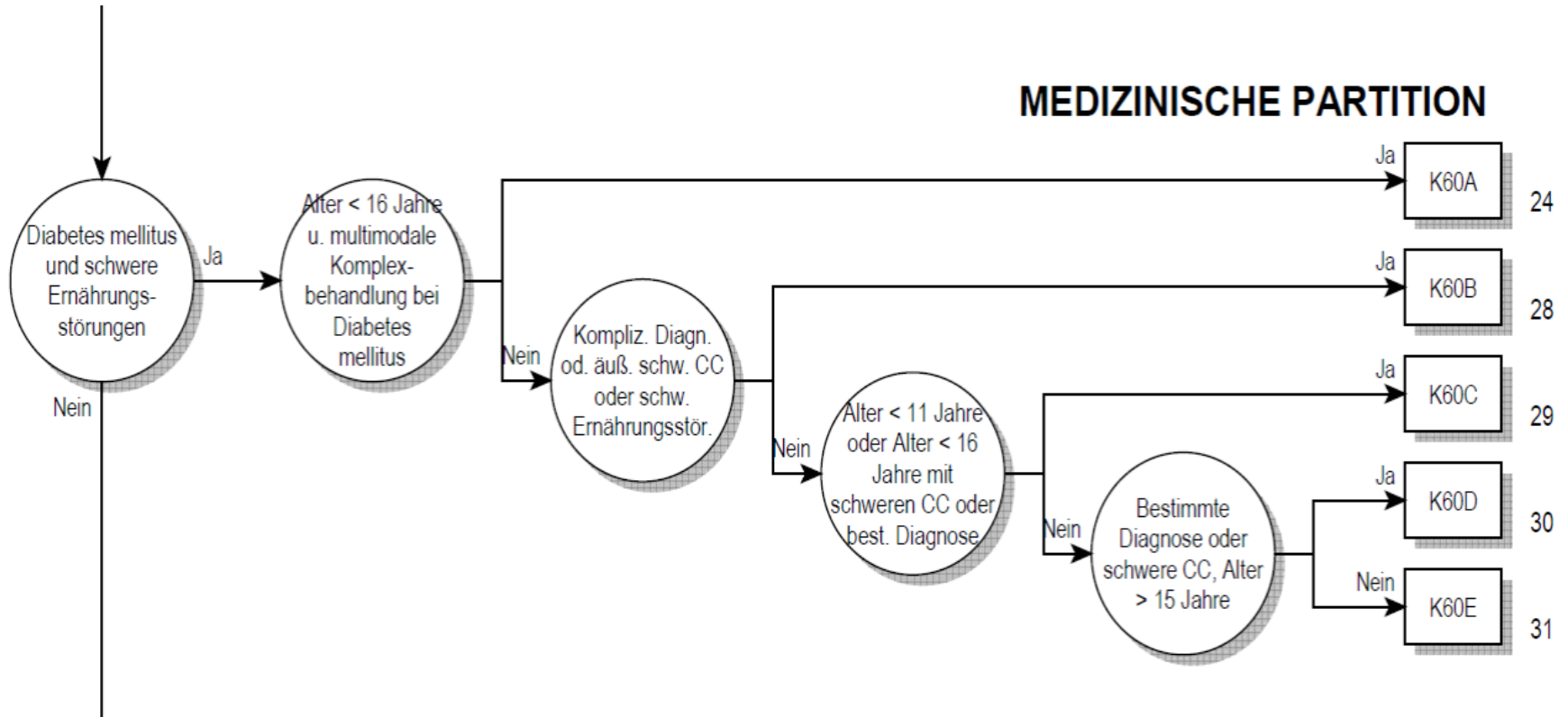


Vorteile der Helvetisierung:

- Helvetisierte DRGs bilden Platzhalter im DRG-System
 - Nur dann sinnvoll, wenn Belegung der DRGs mit Schweizer Daten zukünftig realistisch (Erweiterung CHOP)
 - Keine Lösung für fallzahlschwache Leistungsbereiche
- Überbrückung bei problematischer Datenlage

Weiterentwicklung der DRG-Klassifikation

Vorteile Helvetisierung



Vorteile der Anpassung an Schweizer Versorgungsstruktur:

- Auflage des Bundesrates: Kalkulation allein auf Schweizer Datengrundlage schnellstmöglich
- Abbildung fallzahlschwacher Bereiche
- Abweichenden Versorgungsstrukturen D/CH wird Rechnung getragen
 - In gleichen DRGs teils erhebliche Unterschiede in Aufenthaltsdauer und mittleren Kosten

Vorteile der Anpassung an Schweizer Versorgungsstruktur:

- Deutsche DRGs um zusatzentgeltfähige Leistungen bereinigt:
 - ggf. keine sachgerechte Bewertung für helvetisierte DRGs
- Teils problematische Konstellationen zwischen helvetisierten und kalkulierten DRGs:
 - Aufwandsadäquate Bewertung nicht immer möglich
 - Mindervergütung bei Mehrleistung

Weiterentwicklung der DRG-Klassifikation

Grundsätzliche Erwägungen



Kondensation:

- Zusammenlegen von zwei oder mehreren aufwandsähnlichen DRGs

Streichung:

- Auflösen der DRG, Fälle verteilen sich entsprechend der Kodierung gemäss Definition der übrigen DRGs

Weiterentwicklung der DRG-Klassifikation

Mapping- und Überleitungskorrekturen



Problem:

- Mischung operativer Verfahren an Hand und Fuss in Prozedurentabellen
- Eingruppierung von „Handfällen“ in „Fuss-DRGs“

Umbau:

- Kodestreichung bestimmter Prozeduren (z.B. Totale Resektion von Karpalia und Metakarpalia) aus der Basis-DRG I20 „Eingriffe am Fuss“

Weiterentwicklung der DRG-Klassifikation

Mapping- und Überleitungskorrekturen



Problem:

- Unterscheidung von Knochenmarkstransplantationen / Stammzelltransfusionen in HLA-identisch oder HLA-verschieden über Splitbedingung der A04BHLA-verschieden
- Jedoch Kodetabellen nicht überschneidungsfrei

Umbau:

- Kodestreichung HLA-identischer Verfahren
- DRG A04B nur HLA-verschieden
- DRG A04C nur HLA-identisch

Weiterentwicklung der DRG-Klassifikation

Umbenennung von Basis-DRGs



Problem:

- themengleiche DRGs innerhalb der MDC haben verschiedene Basis-DRG Bezeichnungen
- Antrag der Leistungserbringer auf Anpassung zur Verbesserung der Transparenz und Nachvollziehbarkeit

Umbau:

- Umbenennung dieser DRGs zu einer gemeinsamen Basis-DRG

Weiterentwicklung der DRG-Klassifikation

Umbenennung von Basis-DRGs



Herzklappeneingriff m. Herz-Lungen-Maschine:

F03, F04, F07, F11, F22

 F03A-E

Implantation eines Herzschrittmachers: F12, F25, F40, F24

 F12A-E

Wechsel eines Herzschrittmachers: F17, F26

 F17A-B

Koronare Bypass-Operation: F06, F16, F23, F32, F53

 F06A-E

Eingriffe an (Neben)Schilddrüse, Ductus thyreoglossus:

K10, K11, K12

 K06A-C

Problem:

- In bestimmten Funktionen noch Mischung aufwendiger und vergleichsweise günstiger Verfahren

Umbau der Funktion „Komplexe OR-Prozeduren“:

- Streichung von wenig aufwendigen Leistungen (50 Codes), z. B.:
 - Entfernen eines Magenballons
 - Exzision einer Läsion am Schädel
 - Andere Inzision am Ösophagus
 - Naht einer Brustwandverletzung

Grundsätzliche Erwägungen:

- Prüfung, ob Etablierung weiterer Kindersplits sinnvoll
 - In einigen Kinder-DRGs funktionieren die vorhandenen Kindersplits nicht
 - Geringe Fallzahl
 - keine Kostenunterschiede
- Prüfung dieser DRGs auf Anpassung der Alterssplits hinsichtlich eines sachgerechten Kostentrenners

- Ergänzung der Splitbedingung der DRG F18A „Revision eines Herzschrittmachers oder Kardioverters / Defibrillators (AICD) ohne Aggregatwechsel, mit äusserst schweren CC“ durch Aufnahme des Kriteriums „oder Alter < 16 Jahre“

→ Aufwertung der Kinderfälle

- Änderung der Splitbedingung der DRG I74B „Verletzungen an Unterarm, Handgelenk, Hand oder Fuss ohne äusserst Schwere oder schwere CC, ohne unspezifische Arthropathien, Alter < 16 Jahre“ von Alter < 10 Jahre in Alter < 16 Jahre
- Änderung der Splitbedingung der DRG I19A „Komplexe Wirbelkörperperfusion ohne äusserst schwere CC, Alter < 18 Jahre“ von Alter < 16 Jahre in Alter < 18 Jahre

Problem:

- Bisher keine sachgerechte Abbildung von Multiviszeral-Transplantationen

Umbau:

- Erweiterung der Splitbedingung der DRG A01A „Lebertransplantation mit Beatmung > 59 Stunden oder mit Transplantatabstossung“ um Prozeduren für bestimmte Organtransplantationen (z.B. Darm-, Nieren- und Pankreastransplantation)

→ Aufwertung dieser Fälle

Problem:

- Keine Kostenunterschiede innerhalb der DRGs aufgrund wenig belastbarer Splitbedingungen

Umbau:

- Komplexe Umgestaltung innerhalb der Basis-DRG A11 „Beatmung > 249 und < 500 Stunden“
 - Nur noch 4 statt bisher 6 DRGs
 - Schärfung der Splitbedingung der A11C: „Komplexe Diagnosen“ in Kombination mit „SAPS > 1‘104“

Problem:

- In der Basis-DRG F33 „Grosse rekonstruktive Gefässeingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, mit Mehretagen- oder Aorteneingriff oder Reoperation“ sollen über die Mehretagenlogik aufwendige Fälle abgebildet werden
- Erfüllt soll die Logik nur dann sein, wenn mehr als eine Lokalisation operiert wird

Umbau:

- Überarbeitung der Basis-DRG F33 mit Bereinigung der Tabellen für Mehretageneingriffe
- Schärfung der DRG Definition
- Führt zu Verschiebung von Fällen in die F34B

Problem:

- Viele DRGs der MDC 17 fallzahlschwach
 - Teilweise wenig belastbare Splitbedingungen
 - Diese MDC in Deutschland besonders stark von der Zusatzentgeltbereinigung betroffen
 - Helvetisierung nicht sinnvoll
- Grosser Umbaubedarf

- Kondensation der DRGs R60B/C zur DRG R60B „Akute myeloische Leukämie mit intensiver Chemotherapie, mit komplizierender Diagnose oder Dialyse oder Portimplantation oder äusserst schweren CC oder mit mässig komplexer Chemotherapie mit komplizierender Diagnose oder Dialyse oder Portimplantation“
- Kondensation der DRGs R65A/B zur DRG R65Z „Hämatologische und solide Neubildungen, ein Belegungstag“, der Kindersplit konnte nicht aufrecht erhalten werden

Problem:

- Einige aufwendige Konstellationen wurden bisher nicht der Polytrauma-MDC zugeordnet
- Identifikation aufwendiger Verletzungsmuster

Umbau:

- Aufnahme weiterer aufwendiger Verletzungen in die Polytrauma-Definition
 - Fraktur des 1. Halswirbels - Fraktur des 7. Halswirbels
 - Multiple Frakturen der Halswirbelsäule
 - Rippenserienfraktur: Mit Beteiligung von vier und mehr Rippen

Überarbeitung der DRG-Klassifikation

Problematische Konstellationen



- Kode 77.39 „Sonst. Knochendurchtrennung an and. näher bez. Knochen, ausser Gesichtsschädelknochen (Beckenknochen, Phalangen Hand / Fuss, Wirbel)“ weder differenziert nach Lokalisation noch nach Art des Eingriffs
 - Zuordnung dieses Kodes über Mapping in Basis-DRG I28 „Andere Eingriffe am Bindegewebe“ aufgrund Fallzahlen, mittl. Kosten und häufigster Grunderkrankung
 - Differenzierte Codes CHOP 2011 / 2012 (77.39.32 „.... Komplexe (mehrdimensionale) Osteotomie am Becken“ erhielten über klassifikatorische Überleitung Position des Altkodes im DRG-System
- Eingruppierung der Fälle in DRG I28

Überarbeitung der DRG-Klassifikation

Problematische Konstellationen



- Anpassung der Kodetabellen erst mit Daten des Jahres 2011 / 2012
 - Auswirkung auf die SwissDRG-Tarifstruktur 3.0 / 4.0
- Analyse dieser Konstellationen in Bezug auf Möglichkeit zur frühzeitigen Anpassung:
 - Kodaufnahme der Prozedur 77.39 in Kombination mit bestimmten Hauptdiagnosen (z.B. angeborene Deformität der Hüfte) in die Basis-DRG I08 „Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur oder Ersatz des Hüftgelenkes mit Eingriff an oberer Extremität oder Wirbelsäule“
 - Aufwertung dieser Eingriffe

Überarbeitung der DRG-Klassifikation I28 „Andere Eingriffe am Bindegewebe“

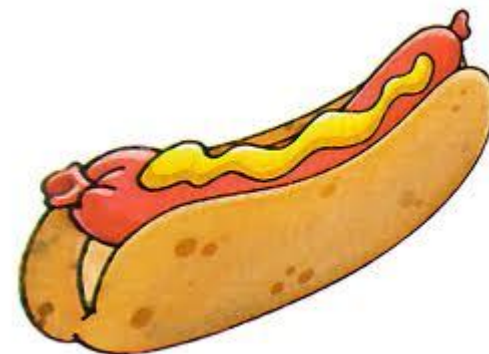
Sich nicht auf die DRG-Bezeichnung verlassen!

Hot Dog:

nicht:



sondern:



**Nur das Definitionshandbuch gibt Auskunft über
den Inhalt einer DRG!!!**

1. Erste Erfahrungen
2. Datengrundlage der Version 2.0
3. Entwicklung des Systems 2.0
- 4. Fazit**

	v2.0	v1.0	Veränderung
Anzahl DRG	991	1052	-5.8%
<i>Nicht bewertete DRGs</i>	16	16	0.0%
<i>Fehler DRGs</i>	2	2	0.0%
Einbelegungstag-DRGs	241	247	-2.4%
<i>Explizit</i>	19	20	-5.0%
<i>Implizit</i>	222	227	-2.2%
Zusatzentgelte	5	5	0.0%
<i>Bewertet</i>	3	3	0.0%
<i>Unbewertet</i>	2	2	0.0%

Fazit

Kostenhomogenität : R^2

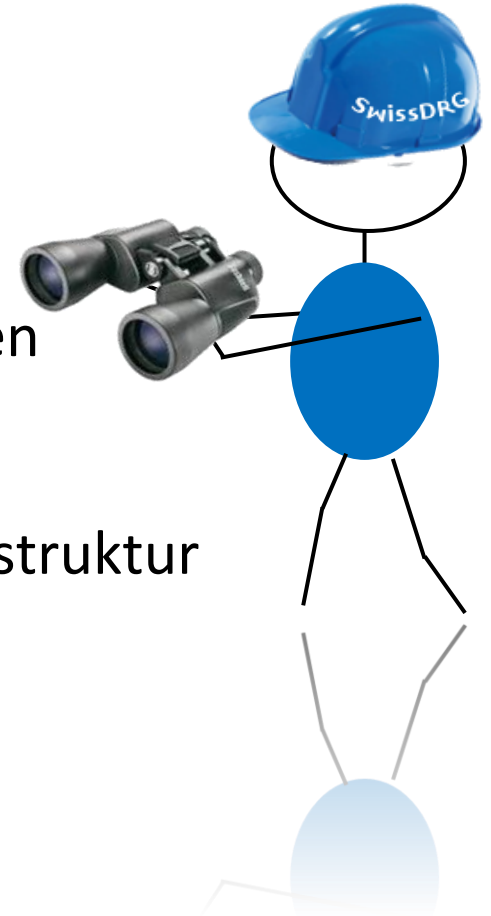
R^2 : Statistisches Mass zur Bewertung der Varianzreduktion

	R^2	Vergleich mit SwissDRG Version 1.0		Vergleich mit G-DRG	
		SwissDRG- Version 1.0	SwissDRG 1.0 vs. 2.0	G-DRG 2012	G-DRG 2011 vs. 2012
Alle Fälle	0,623	0,604	+3,1%	0,754	+0,2%
Inlier	0,777	0,749	+3,7%	0,844	+0,3%

Achtung: das R^2 misst die Güte der Klassifikation nicht der Vergütung!!!

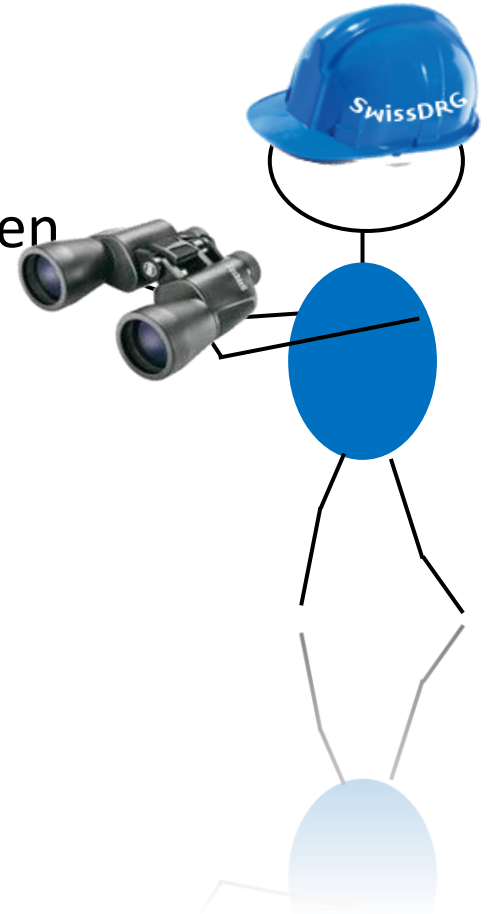


- SwissDRG-Tarifstruktur tarifwirksam
- Schweizweit einheitliche Rahmenbedingungen
- Einheitliche Vorgabe zur Datenerhebung
- Erweiterungen des CHOP können in der Tarifstruktur abgebildet werden



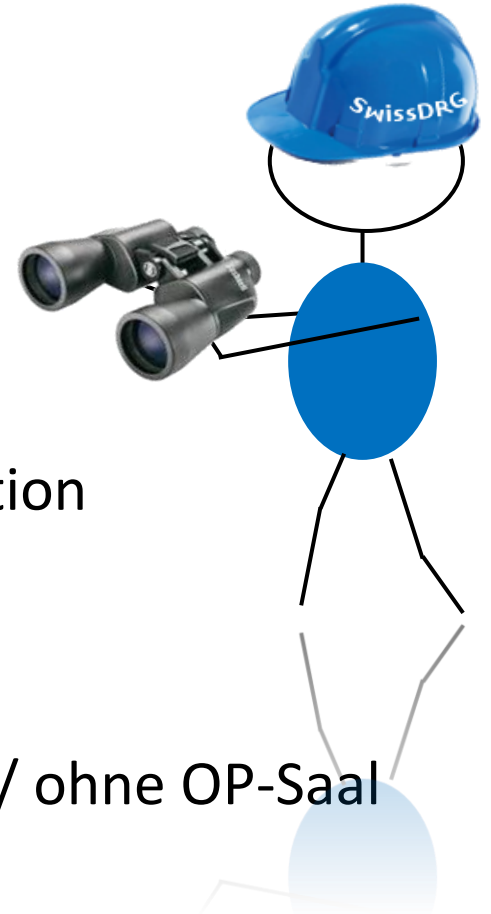


- Zuweisung der Kosten auf Kostenkomponenten weiterhin spitalindividuell sehr verschieden
- Implantate / Medikamente nicht einheitlich als Einzelkosten erfasst
 - Umlage auf alle Fälle
- Kostendaten nicht ausreichend detailliert
- Bestimmte Kosten werden nicht erfasst






- Kodierrichtlinien nicht ausreichend beachtet (Erfassung nur gruppierungsrelevanter Prozeduren oder von Einzelleistungen)
- Dringlich Konsolidierung der CHOP-Klassifikation notwendig
 - Eindeutige, trennscharfe Codes
 - Eindeutige Differenzierung von Codes mit / ohne OP-Saal Benutzung



Fragen ??!!

SwissDRG AG

Haslerstrasse 21
CH-3008 Bern

: +41 (0) 31 310 05 50

Fax: +41 (0) 31 310 05 57

E-mail: info@swissdrg.org