

Die SwissDRG – Tarifstruktur Wie geht es weiter ab 01.01.2015?

Herbst-Kolloquium der Chefärztevereinigung der SGIM

**Constanze Hergeth, Leiterin Geschäftsbereich Akutsomatik
SwissDRG AG, Bern**

Agenda

1. **SwissDRG – Version 4.0 / 2015**
2. **Grundlagen der SwissDRG – Tarifstruktur**
 - **Datenbasis**
 - **Antragsverfahren**

Schwerpunkte der klassifikatorischen Überarbeitung

- Abbildung aufwändiger nichtoperativer Behandlungen
- Abbildung komplexer und hochteurer Behandlungsfälle
- Überarbeitung der Zusatzentgelte und Etablierung weiterer ZE
- Sachgerechte Zuordnung der differenzierten CHOP 2011-Kodes

Überarbeitung der DRG-Klassifikation

MDC übergreifende Umbauten

Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung

Bisher:

- Uneinheitliche und ungenügende Abbildung der Fälle mit geriatrischer frührehabilitativer Komplexbehandlung
- besonders in operativer Partition wurde die Komplexbehandlung oft übersteuert
- In einigen MDCs fehlende Abbildung der Geriatrie

MDC übergreifende Umbauten der DRG-Klassifikation



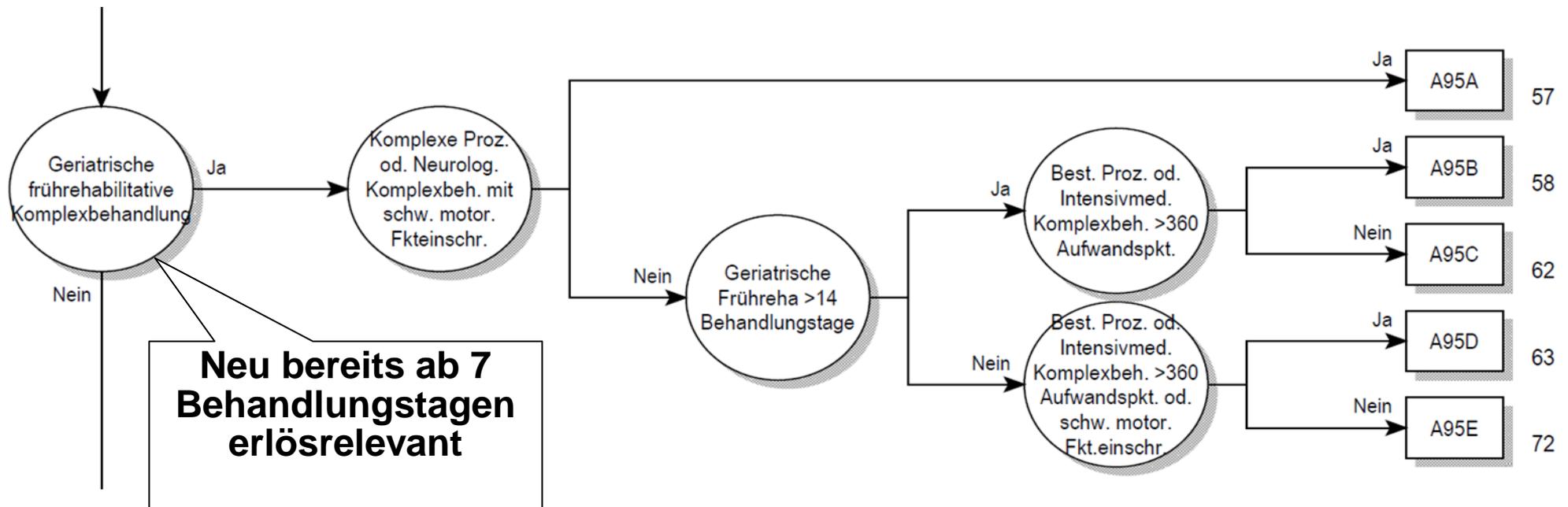
Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung

B44A-D	Geriatrische Frührehab. bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems
E42Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane
F48Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems
G14Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G52Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
I41Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
I34Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
K44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
L44Z	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, mit Frührehabilitation oder geriatrischer frührehabilitativer Komplexbehandlung
U40Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane

MDC übergreifende Umbauten der DRG-Klassifikation

Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung

→ neue Basis-DRG A95 in Prä-MDC, unabhängig von HD



- Differenzierte Abbildung von Fällen in Verbindung mit komplexen Eingriffen od. neurol. Komplexbehandlung d. akut. Schlaganfalls od. intensivmed. KB

→ Deutliche Aufwertung dieser Fälle

MDC übergreifende Umbauten der DRG-Klassifikation Multiresistente Erreger

Problem:

- Seit Jahren aufgrund zu geringer Fallzahlen Helvetisierung dieser DRGs notwendig
- Fehlende Abbildung in einigen MDCs
- Ungenügende Abbildung von Fällen mit Komplexbehandlung multiresistenter Erreger in Verbindung mit operativen Eingriffen

MDC übergreifende Umbauten der DRG-Klassifikation Multiresistente Erreger

Umbau:

- Etablierung einer neuen Basis-DRG A94 «Komplexbehandlung b. Besiedlung od. Infektion mit multires. Erregern ohne OR-Proz.» Hauptdiagnosen unabhängig in Prä-MDC
 - Split dieser Basis-DRG nach Alter < 16 Jahren und Dauer der Komplexbehandlung
 - Aufnahme der Codes für Komplexbehandlung bei Besiedlung oder Infektion mit multires. Erregern in die Funktionen Komplizierende Prozeduren und Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren
- Aufwertung dieser aufwändigen Fälle

Überarbeitung der DRG-Klassifikation Krankheiten der Atmungsorgane MDC 04

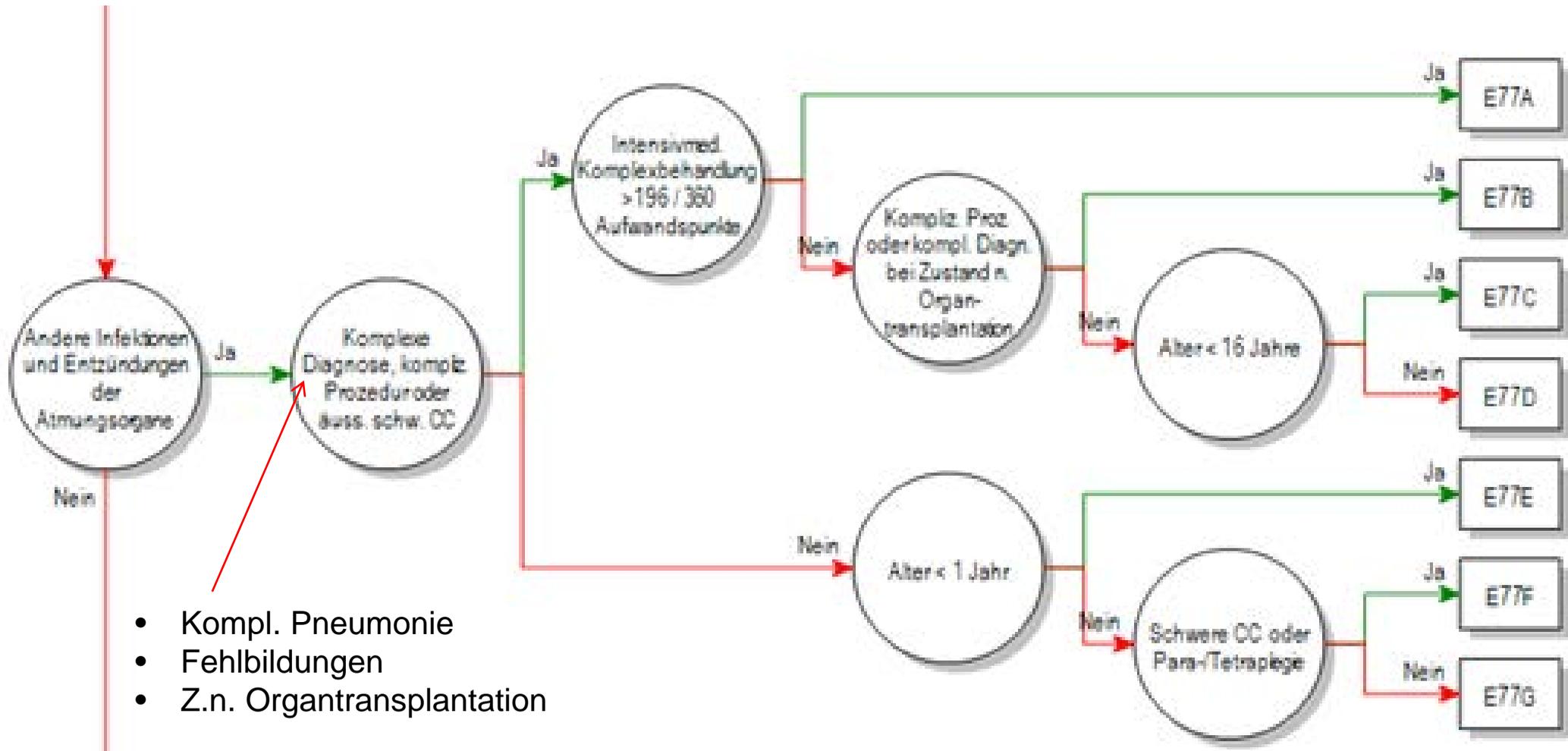
Problem:

- Kosteninhomogene Fälle in den Basis-DRGs E77 «Andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane» und E62 «Komplexe Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane»
- DRGs inhaltsähnlich

Umbau:

- Komplexe Umgestaltung mit Zusammenlegung der DRGs
- Aufwertung komplexer Pneumoniefälle mit Abbildung von Fällen mit IPS-Aufenthalt

Überarbeitung der DRG-Klassifikation Krankheiten der Atmungsorgane MDC 04



Überarbeitung der DRG-Klassifikation Krankheiten der Verdauungsorgane MDC 06

Problem:

- Fälle mit komplexen Endoskopien unterbewertet

Umbau:

- Etablierung einer neuen DRG G40Z «Komplizierende Prozeduren mit bestimmten endoskopischen Eingriff bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane»

→ Aufwertung dieser Fälle

Übersicht CCL – Matrix Überarbeitung

- Aufnahme von 1 Diagnose
 - Streichung von 31 Diagnosen
 - Abwertung von 14 Diagnosen
- **Sachgerechte Abbildung von 46 Diagnosen**

Übersicht CCL – Matrix

Gleichstellung von Diagnosen

Problem:

- Inhaltsähnliche Diagnosen unterschiedlich bewertet

Umbau:

- Gleichstellung der ICD K91.3 «Postoperativer Darmverschluss», K56.0 «Paralytischer Ileus» bis K56.7 «Ileus, nicht näher bezeichnet»

→ Vermeidung von Konfliktpotential

Zusatzentgelte

1. Etablierung neuer Zusatzentgelte Teil I

- Human-Fibrinogen
- Antithrombin III
- Prothrombinkomplex
- Etanercept
- Adalimumab
- Certolizumab
- Tocilizumab
- Golimumab

Zusatzentgelte

1. Etablierung neuer Zusatzentgelte Teil II
 - Nelarabin
 - Clofarabin
 - Flow-Diverter
 - Extrakorporale Membranoxygenation (nicht zur intraop. Herzunterstützung)
 - Palliativmedizinische Komplexbehandlung

Zusatzentgelte

2. Etablierung von Kinderdosisklassen
 - neu bei 13 Medikamenten
3. Anpassung der Einstiegsschwellen
4. Neubewertung der Zusatzentgelte
 - Alle Medikamente sind bewertet

Einbezug der ANK in die Tarifstruktur

DRG abhängiger fixer ANK-Anteil, keine Zu- oder Abschläge für Outlier / Verlegte

- Sachgerecht zur Finanzierung der ANK
- Einfach zu kalkulieren
- Bietet wenig Fehlanreize
- Bildet ANK-Kalkulation der Spitäler gut ab; ANK-Anteil der Hauptleistung zur Kalkulation der Zu- und Abschläge kaum identifizierbar
- Deckungsgrad für alle Spitalgruppen am besten

Zusammenfassung der Änderungen SwissDRG 4.0 / 2015

	v4.0	v3.0	v2.0
Anzahl DRG	974	988	991
Nicht bewertete DRGs	12	17	16
Nicht abrechenbare DRGs	3	3	2
Einbelegungstag-DRGs	276	257	256
Explizit	19	19	19
Implizit	257	238	237
Zusatzentgelte	49	28	5
Bewertet	48	26	3
Unbewertet	1	2	2

Explizite Einbelegungstag-DRG

- Definition der DRG: Vorgabe 1 Belegungstag und z.B. Prozedur

DRG A91Z

Photopherese und Apherese, ein Belegungstag

Prozedur A91-1

99.71‡↔ Therapeutische Plasmapherese
 99.72‡↔ Therapeutische Leukopherese
 99.73‡↔ Therapeutische Erythropherese
 99.74‡↔ Therapeutische Thrombopherese

99.76‡↔ Extrakorporale Immunadsorption
 99.78‡↔ Aquapherese
 99.79.00‡↔ Sonstige therapeutische Apherese, n.n.be
 99.88‡↔ Therapeutische Photopherese

- **Kalkulation des Kostengewichts aus mittleren Kosten für 1 Belegungstag**

Implizite Einbelegungstag-DRG

- **Unabhängig kalkulierte DRG**, die nicht separat im Fallpauschalenkatalog dargestellt ist, nur **implizit über Abschlag**
- Einbelegungstag-DRG ergibt sich rechnerisch
- Ziel: **sachgerechte Abbildung der Kurzlieger in DRGs mit unterer Grenzverweildauer von zwei Tagen**
- Hier **keine normative Kalkulation** der Abschlagshöhe aus Kosten der Normallieger
- Zur Berechnung des Abschlages werden **tatsächliche mittlere Kosten der Fälle mit 1 Belegungstag** verwendet

Gibt es ein Vergütungsproblem bei Kurzliegern?

- Detaillierte Prüfung der Kurzlieger in Bezug auf eine mögliche Untervergütung
 - Implizite Ein-Belegungstags-DRGs – Basis für Berechnung der Abschläge sind Ist-Kosten der Tagesfälle
 - Explizite Ein-Belegungstags-DRGs – Kalkulation des Kostengewichts anhand Ist-Kosten der Tagesfälle
 - DRGs ohne Ausweisung der Kurzliegerabschläge
→ per Definition/ rein rechnerisch gibt es keine Kurzlieger
- **Gesamtschweizerisch kein Anhalt für Untervergütung der Kurzlieger**

Ermittlung der Kostengewichte

DRGs Kalkuliert / Helvetisiert

	Kalkuliert	<i>davon kalkuliert auf 2 Datenjahren</i>	Helvetisiert
V4.0	957	22	2
V3.0	932	26	56
V2.0	812	-	161



Kriterien:

- Geringe Fallzahl
- Kein Grupperumbau zw. 3.0/4.0
- Helvetisierung nicht sinnvoll

Berechnung der Bezugsgrösse

Bezugsgrösse wird so berechnet, dass bei ident. Datengrundlage 2012

Summe der eff. Kostengewichte Schweiz gruppiert mit 4.0

=

Summe der eff. Kostengewichte Schweiz gruppiert mit 3.0

SwissDRG 4.0 (mit ANK)	SwissDRG 4.0 (ohne ANK)	SwissDRG 3.0
10'205 CHF	9'331 CHF	8'871 CHF

Casemix Index pro Versorgungsstufe

Daten 2012, alle Schweizer SwissDRG relevante Fälle

Versorgungsstufe	Anzahl Fälle	CMI 4.0 mit ANK	CMI 4.0 ohne ANK	CMI 3.0 ohne ANK	Delta durch ANK	Delta 3.0/4.0 ohne ANK	Delta 3.0 / 4.0 mit ANK
K111 Zentrumsversorgung 1	190'116	1.386	1.391	1.408	-0.38%	-1.16%	-1.54%
K112 Zentrumsversorgung 2	463'446	1.018	1.018	1.014	0.06%	0.37%	0.43%
K121 Grundversorgung 3	190'794	0.920	0.917	0.913	0.28%	0.44%	0.73%
K122 Grundversorgung 4	161'328	0.834	0.829	0.821	0.54%	1.07%	1.62%
K123 Grundversorgung 5	59'524	0.910	0.909	0.906	0.03%	0.37%	0.40%
K231 Chirurgie	49'400	1.074	1.072	1.108	0.18%	-3.25%	-3.07%
K232 Gyn / Neonatologie	6'766	0.550	0.545	0.552	0.97%	-1.27%	-0.30%
K233 Pädiatrie	16'864	1.238	1.243	1.264	-0.44%	-1.60%	-2.03%
K234 Geriatrie	6'509	1.609	1.631	1.454	-1.36%	12.23%	10.72%
K235 Spezialkliniken	9'116	1.953	2.001	1.951	-2.43%	2.54%	0.10%
Alle	1'153'864	1.045	1.045	1.044	0.01%	0.04%	0.04%

Agenda

1. **SwissDRG – Version 4.0 / 2015**
2. **Grundlagen der SwissDRG – Tarifstruktur**
 - **Datenbasis**
 - **Antragsverfahren**

Grundsatz

SwissDRG ist ein rein datengetriebenes System!

Die Kodierung eines Falls und die Kostenerfassung müssen eine Einheit bilden!

Dokumentation zur SwissDRG Erhebung

- **Jährlich in aktualisierter Form auf Homepage abrufbar**
- **Beschreibt:**
 - **Format und Inhalt der Daten**
 - **Lieferprozess**
 - **Detailerhebungen**

Warum ist die Kodierung wichtig?

- Erstellung der Rechnung mit Kodierung
→ Liegt in der Verantwortung des Spitals
- **Datengrundlage zur DRG-Weiterentwicklung**

Das DRG-System ist nur so gut wie die zugrunde liegende Datenbasis.

Was benötigen wir?

- Differenzierte Dokumentation
 - Sicherstellung einer einheitlichen Kodierqualität in allen Spitälern
 - Einheitliche Erfassung vergleichbarer Fälle über Diagnosen und Prozeduren
 - Fallbezogene Kostenzuordnung
- Aufwandsbezogene Zuordnung von Fällen in eine DRG
- Sachgerechte Bewertung der DRGs

Was geht aus Sicht SwissDRG bei der Kodierung schief?

- Exklusiva / Inklusiva im ICD / CHOP werden nicht beachtet
- Kodierung bildet Fall nicht ab:
 - lange Verweildauer nicht erklärbar (keine Prozedur, kaum Nebendiagnosen)
 - Sehr komplexe Eingriffe mit extrem kurzer Verweildauer (ohne Verlegung)
- Kodierung von Symptomen statt Grunderkrankung
- Bestimmte Leistungen werden nicht kodiert, → können nie gruppierungsrelevant werden

Neue Kodes

- „Sind denn all die neuen Kodes erlösrelevant?“
- In der Regel: Nein
- keine Kostendaten zur Bewertung der neu kodierbaren Leistungen vorhanden
- ggf. Aufnahme in den DRG-Algorithmus durch klassifikatorische Überleitung (z.B. bei Ausdifferenzierung)

Müssen neue Codes kodiert werden?

- Ja, die neuen Codes würden nie gruppierungsrelevant (fehlende Kalkulationsgrundlage)
- Ja, notwendig für Mengenschätzung und Leistungsplanung (Tarifverhandlungen)
- Ja, laut Kodierhandbuch

Erfassung der teuren Medikamente / Substanzen

- In Variablen 4.8.V02 bis 4.8.V14 können bis zu 14 teure Medikamente / Substanzen pro Fall erfasst werden
- Liste der erfassbaren Medikamente / Substanzen sowie die technische Beschreibung auf Homepage abrufbar

Definition / Kalkulation einer DRG

DRG ist **definiert** anhand

- **der medizinisch und ökonomisch bedeutsamen Parametern einer DRG** (z.B. grosser Gelenkersatz)

DRG ist **kalkuliert** anhand

- **sämtlicher Fallkosten** (z.B. Pflegeintensität, Narkose, Ultraschall, Labor, Röntgen, Physiotherapie)
- nicht nur die der gruppierungsrelevanten Leistungen

Definition einer DRG

ADRG I05

Anderer großer Gelenkersatz oder Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodesse, ohne komplexen Eingriff, mit äußerst schweren CC

Prozedur in Tabelle I05-1 oder mindestens eine Prozedur in Tabelle I05-2 und PCCL > 3

DRG I05Z

Anderer großer Gelenkersatz oder Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodesse, ohne komplexen Eingriff, mit äußerst schweren CC

Prozedur I05-1

81.56↔	Totalprothese des oberen Sprunggelenks	81.81↔	Partielle Prothese des Schultergelenks
81.59↔	Revision des Gelenks der unteren Extremität, n.n.bez.	81.84↔	Totalprothese des Ellbogens
81.73↔	Totaler Handgelenkersatz	81.97↔	Revision einer Gelenkprothese an der oberen Extremität
81.80↔	Totalprothese des Schultergelenks		

Prozedur I05-2

00.73↔	Revision von Hüftprothese, nur azetabulär	81.51↔	Totalendoprothese des Hüftgelenks
00.85↔	Ersatz Oberfläche Hüftgelenk total, Azetabulum/Femurkopf	81.52↔	Partielle Hüftarthroplastik
00.86↔	Ersatz Oberfläche Hüftgelenk, Femurkopf	81.53↔	Revision einer Hüftendoprothese, nicht näher bezeichnet

Kalkulation einer DRG auf Basis der Vollkosten

		CHF
Kostenkomponenten	Medikamente, Blut und Blutprodukte	2'154
	Implantate und medizinisches Material	4'670
	OP Säle und Anästhesie	5'267
	IPS und Intermediate Care (IC)	1'113
	Notfall	105
	Bildgebende Verfahren und Nuklearmedizin	307
	Internes Labor (inkl. Blutspende)	804
	Hämodialyse	41
	Ärztschaften	4'645
	Nicht-medizinische Therapien und Beratung (z.B. Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, usw.)	843
	Medizinische und therapeutische Diagnostik (z.B. Endoskopie, EEG, usw.)	110
	Pflege	7'395
	Hotellerie	2'245
	Gebärsaal	0
Übrige Leistungen	1'631	

DRG-definierende
Leistung

Fallkosten nach Anpassung uL&F und ANK

29'293

Gesamtkosten
→ Kostengewicht

Detailerhebung - Medikamente

Detailerhebung 2014 (Daten 2013): **Teure Medikamente / Substanzen** - AUF PRODUKTEBENE

Liste der in der Medizinischen Statistik erfassbaren Medikamente/Substanzen
Gültig ab dem 1. Januar 2013

Medikament / Substanz	Indikation / Verabreichungsart	ATC Code	ATC-Zusatzangaben	Einheit *	Einstandpreis pro Einheits [CHF] (Inkl. Rabatte, ohne Handlungskosten)	Bemerkung
Alglucerase		A16AB01		U		
Imiglucerase		A16AB02		U		
Agalsidase alfa		A16AB03		mg		
Agalsidase beta		A16AB04		mg		
Laronidase		A16AB05		IU		

Detailerhebung - Verfahren

Detailerhebung 2014 (Daten 2013): Teure Verfahren

Nr	CHOP 2013	Verfahren	Kosten [CHF]							Leistungsgesamtkosten [CHF] (Summe aller Kosten)	Kommentare		
			Ärztschaften	Pflegepersonal	Medikamente	Blutprodukte	Implantate	Medizinisches Material	Benutzung Geräte			Weitere	
1	39.95.31	Hämodialyse, kontinuierlich	fix (Aufstellung, Vorbereitung Verfahren)								0.00		
	39.95.41												
	39.95.42												
	39.95.33												
	39.95.43			variabel (Kosten für jede Stunde des Verfahrens)									0.00
	39.95.34												
	39.95.44												
	39.95.35												
	39.95.45												
39.95.39													
39.95.49													
2	39.95.E1	Hämodiafiltration, kontinuierlich	fix								0.00		
	39.95.C1												
	39.95.D1												
	39.95.E2												
	39.95.C2												
	39.95.D2												
	39.95.E3												
	39.95.C3												
	39.95.D3												
	39.95.E4			variabel (pro Stunde)									0.00
	39.95.C4												
	39.95.D4												
	39.95.E5												
39.95.C5													
39.95.D5													
39.95.E9													
39.95.C9													
39.95.D9													

Agenda

1. **SwissDRG – Version 4.0 / 2015**
2. **Grundlagen der SwissDRG – Tarifstruktur**
 - **Datenbasis**
 - **Antragsverfahren**

Antragsverfahren zur Weiterentwicklung von SwissDRG

Jährlich Anträge über Partner der SwissDRG AG möglich betreffend:

- DRG-System → SwissDRG AG
- Medikamentenliste → SwissDRG AG
- Klassifikationen (CHOP, ICD) → BFS / DIMDI
- Kodierrichtlinien → BFS

Abbildbarkeit einer neuen Leistung - CHOP

Wie lange dauern Veränderungen?

- 2014** Beantragung neuer CHOP-Kode
- 2015** Aufnahme in CHOP Version 2016
- 2016** erstmals Kodierung der beantragten Leistung und Kostenerfassung möglich
- 2017** Datenlieferung an SwissDRG
- 2017/18** Kalkulation für DRG-Version 2019 / 8.0
- 2019** **erstmals Vergütung dieser Leistung**

Antragsverfahren - Grundsätze

- Bearbeitung formal korrekter Anträge
- Komplexe Anträge, die intensive Rückfragen bei Fachgesellschaften bedürfen, können die Bearbeitung verzögern und werden dann im folgenden Antragsverfahren bearbeitet
- Notwendigkeit einer bestimmten Fallzahl
- Primat hat Lösungsfindung innerhalb des DRG-Systems, ergänzende Vergütungsformen sollten nur im Ausnahmefall etabliert werden

Überarbeitung der DRG-Klassifikation Antragsverfahren 2013

	<u>2013</u>	<u>2012</u>
• Anzahl der DRG-Anträge:	163	159
• Umgesetzt:	72	85

Welche Informationen sollte ein guter Antrag enthalten?

- Differenzierte Problembeschreibung
- Welche Leistung ist nicht sachgerecht abgebildet?
- Benennung konkreter Codes (ICD, CHOP)
- Bezug auf betroffene DRGs
- Informationen zu Fallzahlen, Kostendifferenzen

Aufgaben für das Medizincontrolling aus Sicht SwissDRG

Analyse von problematischen Konstellationen:

- Ist die fallbezogene Kostenzuweisung korrekt?
 - Wird der Fall richtig kodiert?
 - Gibt es differenzierte Codes zur Leistungsbeschreibung?
 - Was macht den Fall so aufwändig?
- Antrag an das BFS / SwissDRG AG

Braucht ein DRG-System Komplexbehandlungen?

- Möglichkeit zur differenzierten Leistungserfassung
- Identifikation aufwändiger Behandlungsfälle
- Kodebeschreibung umfasst:
 - Strukturvoraussetzungen, um Komplexpauschalen erbringen zu können,
 - zeitlichen und/oder mengenmäßigen Therapieumfang,
 - Zusammensetzung / Verfügbarkeit eines interdisziplinären Teams

Braucht ein DRG-System Komplexbehandlungen?

- Wenn Erfassungs- und Dokumentationsaufwand für KB gescheut wird, Einzelleistungserfassung von Standard-Teilkomponenten nicht sinnvoll
 - 99.84.10 Zusätzliche Hygienemassnahmen bei Kontaktinfektion
 - Abrechenbarkeit der Komplexpauschalen bedingt eine lückenlose, patientenbezogene Dokumentation zum Leistungsnachweis
 - Alle Bedingungen der KB müssen erfüllt sein

Wie sollten Komplexbehandlungen definiert sein?

- Funktionieren nur dann als Kostentrenner, wenn
 - trennscharf und ohne Interpretationsspielraum definiert
 - damit der Behandlungsumfang einer Fallmenge beschrieben werden kann, die sich von anderen Fällen im Ressourcenverbrauch deutlich unterscheidet
- Zur Abbildung des «Standards» nicht geeignet

Wie sollten Komplexbehandlungen definiert sein?

- Multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus

Mindestmerkmale: - Durchführung differenzierter Behandlungsprogramme ausgerichtet auf Patienten mit Typ 1 und Typ 2 Diabetes mellitus, Insulin-Pumpen-Therapie, Bluthochdruck, Adipositas, Dyslipidämie, Nephropathie und schwere Hypoglykämien, -

Multimodales Team unter fachärztlicher Leitung (Facharzt FMH für Endokrinologie und Diabetologie), - Einsatz von mind. 3 der folgenden Therapiebereichen: dipl.

Ernährungsfachperson, dipl. diabetische Pflegefachperson, Psychologie/Psychiater, Intervention des Sozialdienstes oder Physiotherapie, wobei ein

Therapiebereich/Tag eingesetzt werden muss mit entsprechender Dokumentation.

→ So nicht!

Abbildung multimorbider Patienten in SwissDRG

- Differenzierte Prozedurenkodes
 - Pflege-Komplex-Kode
 - Aufwandspunkte IPS / IMC
 - Geriatrische KB, KB multiresistenter Erreger
 - Palliativ-KB
 - Funktion komplizierende Prozeduren
- Haupt- und Nebendiagnosen

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

SwissDRG AG

Haslerstrasse 21
CH-3008 Bern

 +41 (0) 31 3100550

Fax: +41 (0) 31 3100557

e-mail: constanze.hergeth@swissdrg.org