



Änderungen in SwissDRG Version 15.0 gegenüber Version 14.0

- Datenerhebung
- Datenbearbeitung
- Grupperentwicklung
- Berechnungsmethode

Inhaltsverzeichnis

1	Datenerhebung	4
1.1	Anpassung der medizinischen Kodierung.....	4
1.2	Erfassung teurer Medikamente und Substanzen	4
1.3	Detailerhebung	4
1.4	Erhebung der Anlagenutzungskosten (ANK).....	5
2	Datenbearbeitung	6
2.1	Fallkostendatei.....	6
2.2	Bereinigung auf Basis der Kostenkomponenten.....	6
2.3	Plausibilitätsprüfung der Fälle	6
2.4	Datenqualität Detailerhebung	6
3	Grouparentwicklung	8
3.1	Übersicht über die Entwicklungsschwerpunkte der Version 15.0.....	8
3.1.1	Intensivmedizin	8
3.1.2	Kindermedizin.....	10
3.1.3	Abbildung aufwendiger Fälle.....	12
3.1.4	Palliativmedizin.....	13
3.1.5	Paraplegiologie	14
3.1.6	CC-Matrix.....	15
3.2	Weitere Überarbeitung der DRG-Klassifikation.....	16
3.2.1	MDC-übergreifende Umbauten Prä-MDC.....	16
3.2.2	Weitere MDC-übergreifende Umbauten	17
3.2.3	MDC 01 Krankheiten und Störungen des Nervensystems	22
3.2.4	MDC 02 Krankheiten und Störungen des Auges	25
3.2.5	MDC 03 Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses	25
3.2.6	MDC 04 Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	26
3.2.7	MDC 05 Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	28
3.2.8	MDC 06 Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane.....	33
3.2.9	MDC 07 Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas.....	34
3.2.10	MDC 08 Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe.....	35
3.2.11	MDC 09 Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma.....	37
3.2.12	MDC 10 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten.....	38
3.2.13	MDC 11 Krankheiten und Störungen der Harnorgane	38
3.2.14	MDC 12 Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane.....	39
3.2.15	MDC 14 Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	40
3.2.16	MDC 15 Neugeborene	40
3.2.17	MDC 16 Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems ...	41
3.2.18	MDC 17 Hämatologische und solide Neubildungen.....	41
3.2.19	MDC 18B Infektiöse und parasitäre Krankheiten	41
3.2.20	MDC 19 Psychische Krankheiten und Störungen	42
3.2.21	MDC 20 Alkohol- und Drogengebrauch und alkohol- und drogeninduzierte psychische Störungen	42
3.2.22	MDC 23 Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und andere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens	42
3.2.23	Zusatzentgelte – Kostenbereinigung.....	43
3.2.24	Zusatzentgelte – Änderungen	43



4	Berechnungsmethode	46
4.1	Ermittlung der Kostengewichte	46
4.2	Berechnung der Bezugsgrösse	46
4.3	Berechnung der Zu- und Abschläge	46
	Anhang A: Kennzahlen der Systementwicklung	47
	Einleitung.....	47
	Datengrundlage.....	47
	Anzahl DRG.....	48
	Systemgüte.....	49

Einleitung

Das folgende Dokument zeigt die Änderungen im Bearbeitungsprozess zur Erstellung der Tarifstruktur, die zwischen der Version 15.0 (Daten 2023) und der Version 14.0 (Daten 2022) vorgenommen wurden. Die Änderungen betreffen die Datenerhebung und -bearbeitung sowie die Berechnung der Kostengewichte und die dazugehörigen Kennzahlen. Das Dokument versteht sich als ein Abgleich zu den Dokumenten, welche für die Tarifgenehmigung der SwissDRG Version 15.0 eingereicht wurden. Die detaillierten Angaben zu den verschiedenen Punkten können den entsprechenden Dokumenten entnommen werden.

1 Datenerhebung

Die Datenerhebung und die entsprechende Dokumentation wurden in folgender Hinsicht angepasst:

- Anpassung an die 2023 gültigen Kodierinstrumente

Laufende Weiterentwicklung der Detailerhebung der Kosten für teure Medikamente, Implantate, Verfahren, Blutprodukte und andere Prozeduren. Weitere Informationen zur Datenerhebung sind dem Dokument «*Dokumentation zur SwissDRG Erhebung 2024*» zu entnehmen.

1.1 Anpassung der medizinischen Kodierung

Für das Datenjahr 2023 waren folgende Klassifikationen gültig:

- ICD10 GM 2022
- CHOP 2023

1.2 Erfassung teurer Medikamente und Substanzen

Die Liste der in der Medizinischen Statistik erfassbaren Medikamente/Substanzen wurde betreffend der Daten 2023 überarbeitet, wobei der Liste Wirkstoffe hinzugefügt oder entfernt wurden.

1.3 Detailerhebung

Die Liste der teuren Medikamente, Implantate und Verfahren der Detailerhebung wurde angepasst. Die meisten Anpassungen betrafen die Angleichung der abgefragten CHOP Codes an die neue Version. Vereinzelt wurden aufgrund des Antragsverfahrens neue CHOP Codes in die Detailerhebung aufgenommen oder entfernt. Es wurde für den akutstationären Bereich das Registerblatt Radio-rezeptorthérapie hinzugefügt. Das Arbeitsblatt SIRT/Tumorprofiling wurde in Tumorprofiling umbenannt, weil die Angaben zu SIRT nicht mehr benötigt werden.

Die Zusatzentgelte wurden mit Hilfe der Kostendaten des Jahres 2023 weiterentwickelt. Zudem wurden die Medikamenten-Preisdaten unter anderem mit Hilfe der Spezialitätenlisten 2024 und 2025 plausibilisiert.

Im Rahmen der Datenlieferung der Daten 2023 durften wir feststellen, dass sich die Anzahl der Spitäler, die der SwissDRG AG Detailinformationen zu teuren Verfahren und Implantaten zur Verfügung gestellt haben im Vergleich zum Jahr 2022 etwas erhöht hat. Um eine datenbasierte Weiterentwicklung der Zusatzentgelte sicherzustellen, ist die SwissDRG AG dringend auf diese Informationen angewiesen und ist dankbar, dass der letztjährige Aufruf an die Spitäler gehört wurde.

1.4 Erhebung der Anlagenutzungskosten (ANK)

Im Rahmen der Genehmigungsverfahren vergangener Tarifstrukturversionen wurde die SwissDRG AG darauf hingewiesen, dass die ANK nach VKL zu bewerten sind. In Zusammenarbeit mit H+ führte die SwissDRG AG im Rahmen der Erhebung 2024 für die Daten 2023 eine Doppelerhebung (Erhebung der ANK sowohl nach betriebswirtschaftlichen Grundsätzen als auch nach VKL) durch. Dies ermöglichte eine umfassende Vergleichsanalyse und lieferte somit die Grundlage für die Diskussion zur Art der Bewertung der ANK im Rahmen zukünftiger Datenerhebungen. Die potentiellen Auswirkungen einer künftigen Datenerhebung der ANK nach VKL wurden in der Fachgruppe REKOLE sowie im Verwaltungsrat der SwissDRG AG diskutiert. Um das Vorhaben umsetzen zu können, wurde schliesslich ein Antrag bei der Fachkommission SpiGes eingereicht, mit dem Vorschlag, die ANK ab dem Datenjahr 2027 im Rahmen der SpiGes-Erhebung nach VKL zu erheben. Dieser Antrag wurde am 13.05.2025 diskutiert und ohne Gegenstimme angenommen. Somit kann der Aufforderung des BAG stattgegeben und eine Bewertung der ANK nach VKL ab dem Datenjahr 2027 sichergestellt werden.

2 Datenbearbeitung

Der Prozess der Datenbearbeitung wird im Dokument Vorgaben Daten 2023 dargestellt. Der Prozess wurde im Vergleich zur Vorversion leicht überarbeitet. Wie auch schon in den Vorjahren wurde die Plausibilitätsprüfung der Fälle an die neuen Klassifikationen angepasst und weiterentwickelt.

2.1 Fallkostendatei

Die Spitäler mussten die Kostendaten 2023 analog zum Vorjahr im Format mit 80 Spalten liefern (siehe Erhebungsdokumentation zur SwissDRG Erhebung 2024).

2.2 Bereinigung auf Basis der Kostenkomponenten

Analog zur Vorversion wurden die Kosten in der Version 15.0 ausschliesslich auf Basis der einzelnen Kostenkomponenten bereinigt. Konkret bedeutet dies, dass der zu bereinigende Betrag nicht von den Gesamtkosten abgezogen wird, sondern die Kosten dort bereinigt werden, wo sie tatsächlich angefallen sind. Da die Gesamtkosten aus der Summe der einzelnen Kostenkomponenten gebildet werden, hat auch diese Bereinigung einen Einfluss auf die Gesamtkosten. Damit wird eine bessere Vergleichbarkeit der Kostenkomponenten gewährleistet, da beispielsweise Kosten für Zusatzentgelte direkt auf den betroffenen Kostenkomponenten selbst bereinigt werden (z.B. Medikamente, Implantate).

Nach der Identifizierung zusatzentgeltberechtigter Fälle wird der zu bereinigende Betrag pro Fall ermittelt. Dieser Betrag beruht auf der Bewertung der Zusatzentgelte und der im Leistungsdatensatz angegebenen Informationen (z.B. Dosis bei Medikamenten, Dauer der kontinuierlichen Dialyse). Der ermittelte Betrag wird im Anschluss auf der jeweils betroffenen Kostenkomponente abgezogen. Hierzu werden auch Informationen der Spitäler aus dem Fragebogen der Datenlieferung verwendet. Dies sind Angaben über die Verbuchung von zusatzentgeltrelevanten Kosten für verschiedene Verfahren.

Alle zur Systementwicklung verwendeten Spitäler weisen entweder keine Kosten für Forschung und universitäre Lehre (FuL) auf oder bereinigen die angefallenen Kosten intern vor der Lieferung der Daten an die SwissDRG AG. Es musste keine Bereinigung seitens SwissDRG AG durchgeführt werden.

2.3 Plausibilitätsprüfung der Fälle

Im Rahmen der Datenlieferung der Daten 2023 wurden die Daten eines jeden Spitals einer Plausibilitätsprüfung unterzogen, um systematische Fehler bei der Datenerfassung zu erkennen und mutmasslich fehlerhafte Fälle zu identifizieren. Die Ergebnisse der Tests wurden den Spitalern über eine gesicherte, spitalindividuelle Schnittstelle zur Verfügung gestellt. Die frühzeitige Rückmeldung an die Spitäler ermöglicht allfällige Fallkorrekturen sowie eine Neulieferung im Rahmen der regulären Lieferfrist und trägt so zu einer Verbesserung der Datenqualität bei. Zudem wird den Spitalern via Kommentarfunktion ermöglicht, Erklärungen zu den aufgefallenen Fällen abzugeben. Von der Kommentarfunktion wurde in über 39'500 Fällen Gebrauch gemacht. Die SwissDRG AG sucht regelmässig mit einzelnen Spitalern das vertiefte Gespräch, um systematische Probleme zu erläutern und für die Qualität der gelieferten Daten zu sensibilisieren.

2.4 Datenqualität Detailerhebung

Grundsätzlich muss zur Verwendung einer gelieferten Detailerhebung mindestens 1 Fall dieses Spitals vorliegen, um diesen Preis bei der Kalkulation zu berücksichtigen. Seitens der SwissDRG AG werden die Detailerhebungen hinsichtlich der Medikamente daraufhin geprüft, dass zu allen gelieferten Fällen mit Medikamenten auch entsprechende Detailangaben vorhanden sind und umgekehrt. Bei den

Implantaten ist dies leider nicht möglich, da diese nicht immer eindeutig den CHOP Codes zugewiesen werden können. Weiter ist zu bemerken, dass einige Leistungen nur von ganz wenigen Spitälern angeboten werden. Bei den Verfahren ist eine komplexe Kostenkalkulation im Spital nötig. Diesen Aufwand in der gewünschten Qualität zu leisten, ist für viele Spitäler herausfordernd.

Bei den Medikamenten ist zusätzlich zu erwähnen, dass viele der Zusatzentgelte dem Preis der Spezialitätenliste (SL) entsprechen und viele Spitäler eben diesen Preis ausweisen. Auf die Verwendung der SL-Preise wird im Dokument zu den Detailangaben der Zusatzentgelte hingewiesen. Zudem enthält das Dokument zu den Detailangaben weitere statistische Verteilungsmasse (Quantile, Mittelwert, Standardabweichung) der gelieferten Preisdaten. Durch die regelmässige Anpassung der Spezialitätenliste sind die bei der Erhebung gültigen Preise nicht mehr zwingend aktuell. Die gelieferten Preise werden deshalb mehrmals mit der Spezialitätenliste verglichen. In Einzelfällen wurden die Preise der Vorversion (Version 14.0) bei der Kalkulation berücksichtigt, falls nur wenige Datensätze vorhanden waren.

Einzelne Spitäler liefern Preise, die offensichtlich dem SL-Preis ohne MwSt. entsprechen. Die SwissDRG AG weist die Spitäler darauf hin, doch können im Anschluss diese Preise nicht verwendet werden. Gleiches gilt auch, wenn anstatt des Preises der Packung derjenige der einzelnen Tablette oder Phiole erfasst wird. Im Rahmen der unmittelbaren Rückmeldungen zur Detailerhebung werden Spitäler auf zu hohe, zu geringe oder stark veränderte Preise (verglichen mit der SL oder dem Vorjahr) aufmerksam gemacht. Dies ermöglicht es den Spitälern, dass die Datenqualität in der nächsten Detailerhebung weiter steigt.

3 Grouperentwicklung

3.1 Übersicht über die Entwicklungsschwerpunkte der Version 15.0

3.1.1 Intensivmedizin

Im Zuge der Weiterentwicklung der Version 14.0 wurden umfangreiche Analysen zu den Aufwandspunkten für Neugeborene und Kinder mit einem Aufenthalt auf einer Intensiv- und/oder Intermediate-Care Station durchgeführt. Mit den Daten aus dem Jahr 2022 konnten erstmals differenzierte niedrige Aufwandspunktzahlen «*IntK/IMCK Neugeborene/Kinder < 196 Aufwandspunkte*» für Neugeborene und Kinder erfasst und auf eine Gruppierungsrelevanz geprüft werden.

In Fortsetzung dieser Simulationen erfolgte mit Daten 2023 eine weitere detaillierte Überprüfung von Fällen mit Kurzaufenthalten auf einer ICU/IMCU. Infolgedessen wurde in sehr vielen DRGs von mehr als 20 MDCs eine verbesserte Abbildung dieser Behandlungsfälle erreicht.

Intensivmedizin auf einer ICU/IMCU

Für Neugeborene und Kinder wurden – in Fortsetzung der bereits im letzten Jahr durchgeführten Analysen – die CHOP Codes 99.B7.52/99.B7.42 «*Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Neugeborenenalter/Kindesalter (Basisprozedur), 66 bis 130 Aufwandspunkte*», 99.B7.53/99.B7.43 «*Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Neugeborenenalter/Kindesalter (Basisprozedur), 131 bis 196 Aufwandspunkte*» sowie 99.B8.52/99.B8.42 «*IMC-Komplexbehandlung im Neugeborenenalter/Kindesalter, 66 bis 130 Aufwandspunkte*» und 99.B8.53/99.B8.43 «*IMC-Komplexbehandlung im Neugeborenenalter/Kindesalter, 131 bis 196 Aufwandspunkte*» intensiv geprüft. Im Ergebnis konnten die Aufwandspunkte für Neugeborene und Kinder in folgenden MDCs bzw. DRGs angepasst oder neu aufgenommen werden:

- Prä-MDC: DRG A94B → «*IntK/IMCK > 130 Pkt.*»
- MDC 01:
 - DRG B09A → «*IntK/IMCK > 65/130 Pkt.*»
 - DRGs B70H, B80A, B81B und B86A → «*IntK/IMCK > 65 Pkt.*»
 - DRG B09B → «*IMCK > 65 Pkt.*»
 - DRGs B20A, B20C und Basis DRG B87 → «*IntK > 130 Pkt.*»
 - DRGs B76C und B87A → «*IntK/IMCK > 130 Pkt.*»
 - DRG B36C → «*IntK > 196 Pkt.*»
- MDC 03: Basis DRG D87 → «*IntK/IMCK > 65/130 Pkt.*»
- MDC 04:
 - Basis DRG E36 → «*IntK > 130 Pkt.*»
 - Basis DRG E90 → «*IntK > 130 Pkt. mit IMCK > 130 Pkt.*»
- MDC 05:
 - Basis DRGs F36 und F37 → «*IntK > 130 Pkt.*»
 - DRG F86A → «*IntK/IMCK > 130 Pkt.*»
 - DRG F36B → «*IntK > 588 Pkt.*»
- MDC 06:
 - DRGs G22A und G86B → «*IntK/IMCK > 65 Pkt.*»
 - DRG G09A und Basis DRG G87 → «*IntK/IMCK > 130 Pkt.*»
 - DRG G13A und Basis DRGs G38 und G87A → «*IntK > 130 Pkt.*»
 - DRG G03A → «*IntK > 196 Pkt.*»
 - DRGs G38A und G38B → «*IMCK > 196 Pkt.*»

- MDC 07:
 - DRGs H07B und H87Z → «IntK/IMCK > 130 Pkt.»
 - Basis DRG H37 → «IntK > 130 Pkt.»
- MDC 08:
 - DRGs I08A und I29A → «IntK > 130 Pkt.»
 - DRG I09B → «IMCK > 130 Pkt.»
 - DRGs I95A, I10A, I13A und I31A → «IntK/IMCK > 196 Pkt.»
 - DRGs I43A und I46A → «IntK > 196 Pkt.»
 - DRGs I08B, I43B und I46B → «IMCK > 196 Pkt.»
- MDC 09: Basis DRG J33 → «IntK > 130 Pkt.»
- MDC 10:
 - DRG K06A → «IntK/IMCK > 65 Pkt.»
 - Basis DRG K87 → «IntK/IMCK > 130 Pkt.»
 - Basis DRG K37 → «IntK > 130 Pkt.»
- MDC 11: Basis DRG L37 → «IntK/IMCK > 130/196 Pkt.»
- MDC 12: Basis DRG M38 → «IntK/IMCK > 130 Pkt.»
- MDC 13:
 - DRG N02A → «IntK/IMCK > 130 Pkt.»
 - DRGs N01B und N04A → «IntK > 130 Pkt.»
- MDC 14: DRG O02A → «IntK > 65 Pkt.»
- MDC 16:
 - Basis DRG Q37 → «IntK/IMCK > 130 Pkt.»
 - DRG Q37A → «IntK > 130 Pkt.»
- MDC 17: DRG R01A → «IntK/IMCK > 130 Pkt.»
- MDC 18B: Basis DRGs T60, T60A und T60F → «IntK/IMCK > 130 Pkt.»
- MDC 21A: DRG W60B → «IntK/IMCK > 130 Pkt.»
- MDC 21B: Basis DRG X37 und DRGs X37A und X86A → «IntK/IMCK > 130 Pkt.»
- MDC 22: Basis DRG Y02 sowie DRG Y02A → «IntK > 130 Pkt.»
- MDC 23: DRG Z86A → «IntK/IMCK > 65 Pkt.»

Gleichzeitig wurden die IntK/IMCK Aufwandspunkte auch für Erwachsene erneut intensiv betrachtet und mit den Daten 2023 angepasst:

- Prä-MDC: DRG A95D → «IntK/IMCK > 119/184 Pkt.»
- MDC 01: DRGs B70H, B77A, B78A, B80A und B86A → «IntK/IMCK > 59 Pkt.»
- MDC 04:
 - DRG E02A → «IntK/IMCK > 119 Pkt.»
 - DRG E87A → «IntK/IMCK > 184 Pkt.»
- MDC 05:
 - DRG F36B → «IntK > 1104 Pkt.»
 - DRGs F41A, F59E, F66A, F67A und F70A → «IntK/IMCK > 119 Pkt.»
 - DRGs F49E und F62C → «IntK/IMCK > 59 Pkt.»
- MDC 06:
 - DRGs G03A, G13A und Basis DRG G38 → «IntK > 184 Pkt.»
 - DRGs G38A und G38B → «IMCK > 184 Pkt.»
 - DRG G22A → «IntK > 119 Pkt.»
 - DRGs G46B und G86B → «IntK/IMCK > 59 Pkt.»

- MDC 07:
 - DRGs H07A und H41A → «IntK/IMCK > 119 Pkt.»
 - DRG H07B → «IMCK > 119 Pkt.»
- MDC 08:
 - DRGs I95A, I10A, I13A und I31A → «IntK/IMCK > 184 Pkt.»
 - DRGs I08A, I43A, I46A und I29B → «IntK > 184 Pkt.»
 - DRGs I08B, I43B und I46B → «IMCK > 184 Pkt.»
 - DRG I10B → «IntK > 119 Pkt.»
- MDC 10: DRG K06A → «IntK > 119 Pkt.»
- MDC 11: DRG L18B → «IntK/IMCK > 119 Pkt.»
- MDC 13: DRG N02A → «IMCK > 130 Pkt.»
- MDC 14: DRG O02A → «IntK > 59 Pkt.»
- MDC 19: DRG U60A → «IntK > 59 Pkt.»
- MDC 20: DRG V02A → «IntK/IMCK > 119 Pkt.»
- MDC 21B: DRG X86A → «IntK/IMCK > 119 Pkt.»
- MDC 21B: DRG X86B → «IntK/IMCK > 59 Pkt.»

3.1.2 Kindermedizin

Konsequent wird jährlich die Abbildung der Kindermedizin geprüft und bei Bedarf angepasst. In zahlreichen Fallgruppen innerhalb von 13 MDCs wurde entweder ein neuer Kindersplit etabliert oder ein bestehender überarbeitet. Wo möglich wurde die Altersgrenze für Kindersplits auf «Alter < 16 Jahre» festgelegt, um eine einheitliche Abgrenzung zwischen Erwachsenen und Kindern zu gewährleisten.

Pädiatrie und Neonatologie

Im Rahmen der Überprüfungen zeigte sich auch in der Prä-MDC ein Anpassungsbedarf. Dort bestehen zwei Umleitungen in die MDC 15 «Neugeborene». In beiden Logiken waren bisher Fälle mit «intensivmedizinischer Komplexbehandlungen/IMCK Neugeborene/Kinder > 9800 Aufwandspunkte» von den Umleitungen ausgeschlossen und gruppierten innerhalb der Prä-MDC in die DRG A06A. Weitere Fälle mit intensivmedizinischen Komplexbehandlungen über 4410 Aufwandspunkten bzw. IMCK über 4900 Aufwandspunkten bei Neugeborenen oder Kindern wurden bisher bis zu einer Aufwandspunktzahl von 9800 in die DRG P37Z abgebildet.

Analysen der Daten 2023 zeigten jedoch, dass bestimmte sehr hochkomplexe Fälle in der DRG P37Z nicht sachgerecht abgebildet werden können. Aus diesem Grund wurde in der Version 15.0 die Aufwandspunktzahl für die Umleitung angepasst. Neu sind auch Fälle mit «intensivmedizinischer Komplexbehandlungen/IMCK Neugeborene/Kinder > 7840 Aufwandspunkte» sowie «intensivmedizinischer Komplexbehandlungen Neugeborene/Kinder > 5880 Aufwandspunkte mit einer komplexer OR-Prozedur» von der Umleitung ausgenommen. Diese Fälle gruppieren nun innerhalb der Prä-MDC in die Basis DRG A06 «Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 2352/2484 Aufwandspunkte...» und werden dort sachgerechter abgebildet. Des Weiteren konnten anhand dieser Analysen der Daten 2023 neue Splits etabliert werden als auch bestehende Altersgrenzen überarbeitet werden:

- Prä-MDC: DRG A90B → «Alter < 16 Jahre»
- MDC 01: DRGs B03A, B70B, B71A und B78A → «Alter < 16 Jahre»
- MDC 03: DRG D62B → «Alter < 16 Jahre»
- MDC 04: DRGs E71B und E87A → «Alter < 16 Jahre»
- MDC 05: DRGs F12B, F24B, F62C, F67A und F70A → «Alter < 16 Jahre»
- MDC 06: DRGs G09F und G21A → «Alter < 16 Jahre»
- MDC 07: DRG H86Z → «Alter < 18 Jahre»

- MDC 08: DRGs I09C und I09D → «Alter < 16 Jahre»
- MDC 09: DRG J10A → «Alter < 16 Jahre»
- MDC 11: DRG L60A → «Alter < 16 Jahre»
- MDC 13: DRG N25Z → «Alter < 18 Jahre»
- MDC 16: DRG Q61B → «Alter < 16 Jahre»
- MDC 17: DRG R60C → «Alter < 16 Jahre»

Angeborene Fehlbildungen oder Deformitäten

Fälle mit angeborenen Fehlbildungen, etwa im Bereich der Gesichtsschädelknochen, gruppieren aufgrund ihrer Hauptdiagnose in bestimmte MDCs. Da diese Diagnosen häufig mit operativen Eingriffen einhergehen, wurde die Zuordnung zu den MDCs überprüft. Zur Förderung der medizinischen Homogenität wurden angeborene Fehlbildungen oder Deformitäten in die Hauptdiagnosentabellen der entsprechenden Organ-MDCs verschoben. Dort sind sie – auch im Zusammenspiel mit den zugehörigen Prozeduren – sachgerecht abgebildet. Folgende ICD Codes sind nun in den jeweiligen MDCs enthalten:

- MDC 01:
 - Q67.2 «Dolichocephalie»
 - Q67.3 «Plagiocephalie»
 - Q75.0 «Kraniosynostose»
 - Q75.1 «Dysostosis craniofacialis»
 - Q75.2 «Hypertelorismus»
 - Q75.3 «Makrocephalie»
 - Q75.8 «Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungen der Schädel- und Gesichtsschädelknochen»
 - Q75.9 «Angeborene Fehlbildung der Schädel- und Gesichtsschädelknochen, nicht näher bezeichnet»
- MDC 03:
 - Q75.4 «Dysostosis mandibulofacialis»
 - Q75.5 «Okulo-mandibulo-faziales Syndrom»
 - Q87.0 «Angeborene Fehlbildungssyndrome mit vorwiegender Beteiligung des Gesichtes»
- MDC 04: Q67.8 «Sonstige angeborene Deformitäten des Thorax»
- MDC 05: Q87.4 «Marfan-Syndrom»
- MDC 08:
 - Q87.2 «Angeborene Fehlbildungssyndrome mit vorwiegender Beteiligung der Extremitäten»
 - Q87.5 «Sonstige angeborene Fehlbildungssyndrome mit sonstigen Skelettveränderungen»

Zusätzlich erfolgte eine Aufwertung angeborener Fehlbildungen/Deformitäten am Kopf in die DRG B09C «Andere Eingriffe am Schädel bei bösartigen Neubildungen am Nervensystem oder angeborenen Fehlbildungen oder bestimmter Prozedur oder schwere CC».

Chromosomenanomalien

Kinder mit Chromosomenanomalien erwiesen sich in den Daten 2023 als untervergütet. Fälle z.B. mit einem Down-Syndrom sind im Klinikalltag aufwendiger und haben auch längere Verweildauern. In Analysen dazu zeigte sich, dass neben den Kindern auch Erwachsene häufig aufgrund von Neben-erkrankungen oder Komplikationen dieser Chromosomenanomalien einen höheren Ressourcenverbrauch in den Basis DRGs D30 «Verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals...», E70 «Keuchhusten und akute Bronchitis» und E86 «Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane, ein Belegungstag» aufweisen.

- So wurden bestimmte Chromosomenanomalien mit den folgenden ICD Kodegruppen in die Splitbedingungen für die DRGs D30A, E70B und E86B aufgenommen:
 - Q90.- «Down-Syndrom»
 - Q91.- «Edwards-Syndrom und Patau-Syndrom»
 - Q92.- «Sonstige Trisomien und...»
 - Q93.- «Monosomien und Deletionen der Autosomen,...»

3.1.3 Abbildung aufwendiger Fälle

CAR-T Zell Therapie

Fälle mit einer CAR-T Zell- oder TILS Therapie wiesen eine auffällig hohe Kosten- und Verweildauerheterogenität auf. Diese Unterschiede ergaben sich unter anderem daraus, dass die lymphodepletierende Therapie bei manchen Patientinnen und Patienten stationär, bei anderen ambulant durchgeführt wird. Daraus resultieren entsprechend unterschiedliche Angaben in den Daten.

- Herausforderungen in der Kostenkalkulation für die TILS Therapie konnten durch zahlreiche Rückfragen bei Anwendern teilweise geklärt werden. Daraus folgend wurde für die TILS Therapie ein Zusatzentgelt etabliert.
- Fälle mit einer CAR-T Zell/TILS Therapie in Kombination mit einer Chemotherapie im gleichen Aufenthalt zeigen besonders hohe Fallkosten und Verweildauern.
- Die DRG A15A «Knochenmarktransplantation oder Stammzelltransfusion,...» wurde entsprechend überarbeitet.
- Fälle mit einer CAR-T Zell/TILS Therapie in Verbindung mit einer «mittel- oder hochgradig komplexen Chemotherapie oder einer protektiven Isolierung in einem speziellen Zimmer, ab 28 Behandlungstage» gruppieren in die DRG A15A.

Hämatopoetische Stammzelltransplantation

Wir wurden gebeten, die Abbildung der Fälle in der Basis DRG A04 «Knochenmarktransplantation oder Stammzelltransfusion, allogene» zu überprüfen. Dadurch, dass nur Fälle mit «Alter < 16 Jahre» in die DRG A04A gruppieren, sind laut Antragsteller Fälle mit Alter > 15 Jahre untervergütet.

- Analysen zeigten Fälle mit einer Transplantatabstossung und einem hohen Ressourcenverbrauch in den DRGs A04B und A04C.
- Das Splitkriterium für die DRG A04A wurde um «PCCL > 5 und Graft versus Host Krankheit» erweitert.
- Die Logik von Fällen mit einer «Graft versus Host Krankheit», welche bisher aus der Prä-MDC in MDC 17 «Hämatologische und solide Neubildungen» umgeleitet wurden, wurde überarbeitet.
- Für Version 15.0 werden Fälle mit einem «Versagen und Abstossung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen, allogene» neu von der Umleitung ausgenommen.
- Dadurch und durch die neue Logik in der DRG A04A erfolgte eine Aufwertung der Fälle aus der DRG A04C in A04B bzw. A04A.

Transplantationen

In den generellen Analysen zeigte sich, dass die Fallmenge in der DRG A05A «Herz- oder Lungentransplantation oder Trennung von Siamesischen Zwillingen mit intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1176/1380 Aufwandspunkten oder Alter < 18 Jahre...» zu gering war für die Kalkulation, die Kosten dieser wenigen Fälle jedoch deutlich höher waren als in der DRG A05B.

- Die DRGs A05A und A05B wurden zur DRG A05Z «Herz- oder Lungentransplantation oder Trennung von Siamesischen Zwillingen, Alter > 17 Jahre» kondensiert.

- Die Logik der DRG A05A wurde in die Basis DRG A07 «*Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1470/2208 Aufwandspunkte... oder Herz- oder Lungentransplantation oder Trennung von Siamesischen Zwillingen mit bestimmten Konstellationen*» aufgenommen.

- Innerhalb der Basis DRG A07 verteilen sich die Fälle anhand der Aufwandspunkte der intensivmedizinische Komplexbehandlung sowie weiterer aufwendiger Konstellationen sachgerecht.

Die Splitbedingungen «*intensivmedizinische Komplexbehandlung > 360 Aufwandspunkte oder mit Transplantatabstossung oder mit bestimmter weiterer Organtransplantation oder Dialyse oder bestimmte IntK mit IMCK Aufwandspunkten oder Alter < 16 Jahre*» für die DRG A01A erwiesen sich zudem nicht mehr als kostentrennendes Merkmal.

- Die DRGs A01A und A01B wurden deshalb zur DRG A01Z «*Transplantation von Leber- oder Langerhans Zellen*» kondensiert.

Es zeigte sich ausserdem, dass das Splitkriterium in der DRG A17A «*Transplantation von Nieren...*» keinen erhöhten Ressourcenverbrauch mehr abbildete.

- Die DRGs A17A und A17B wurden ebenfalls zur DRG A17Z «*Transplantation von Nieren*» kondensiert.

Komplexe Vakuumbehandlung

Innerhalb der Basis DRG A90 «*IMC-Komplexbehandlung > 392/552 Aufwandspunkte, oder bestimmte IntK mit IMCK Aufwandspunkten oder Frührehabilitation ab 7 Behandlungstage, bei bestimmten Krankheiten*» zeigten sich in den Analysen untervergütete Fälle.

- Aufnahme des Splitkriteriums «*Komplexe Vakuumbehandlung [VAC I]*» in die DRG A90B «*IMC-Komplexbehandlung > 1104 Aufwandspunkte oder komplexer OR-Prozedur oder mehr als 8 Bestrahlungen oder Frührehabilitation ab 14 Behandlungstage bei bestimmten Krankheiten oder mit schwersten CC oder komplexe Vakuumentherapie...*» zur Verbesserung der Kostenhomogenität innerhalb der Basis DRG A90.

Mehrzeitige Eingriffe

Bei allgemeinen Analysen fiel auf, dass in der Basis DRG A36 «*Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392/552 Aufwandspunkte bei bestimmten Krankheiten und Störungen*» aufwendige Fälle unterdeckt waren. Eine weitere Betrachtung dieser Fälle ergab, dass es sich meist um Fälle mit einem Mehrzeitigen Eingriff handelte.

- Die Aufnahme eines weiteren Splitkriteriums «*vierzeitige bestimmte OR*» für die DRG A36A wertet diese Fälle zukünftig auf.

3.1.4 Palliativmedizin

Grundsätzlich sind palliativmedizinische Behandlungsfälle sachgerecht über die SwissDRG Tarifstruktur vergütet. Herausfordernd bleibt die Abbildung in Universitätskliniken, welche rund 25% aller stationären palliativmedizinischen Fälle in der Akutsomatik ausmachen. Zahlreiche Grupperweiterentwicklungen der letzten Jahre führten zu keiner wesentlichen Verbesserung für diese Fallgruppe.

Aufgrund umfangreicher Fallanalysen in der Basis DRG A97 «*Palliativmedizinische Komplexbehandlung ab 7 Behandlungstage*» zeigte sich eine übervergütete Fallmenge in einzelnen DRGs. Zudem wurde ein Antrag zur Prüfung der Abbildung von Fällen mit «*Pflege Komplexbehandlung*» innerhalb der DRG A97 eingereicht.

- Fälle einer «*Pflege Komplexbehandlung*» werden durch das Zusatzentgelt ausreichend vergütet.
- Alle Splitkriterien mit einer «*Pflege Komplexbehandlung*» wurden aus der DRG A97 entfernt.
- Die DRGs A97D und A97E wiesen 2023 sehr ähnliche Kosten und Verweildauern auf. Sie wurden in Version 15.0 kondensiert und die DRG A97F wurde gelöscht.

- Fälle mit «*Palliativmedizinischer Komplexbehandlung ab 7 Behandlungstagen*» und Logik der Basis DRG R50 werden neu direkt in die MDC 17 «*Hämatologische und solide Neubildungen*» umgeleitet und dort sachgerecht vergütet.

Zur Prüfung einer besseren Vergütung wurden Simulationen mit einem Zusatzentgelt für spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlungen durchgeführt. Gleichzeitig wurde geprüft, die Basis DRG A97 aus der Grouperlogik zu entfernen und Fälle gemäss Hauptdiagnose den Organ-MDCs zuzuordnen. Dieses Vorgehen erwies sich jedoch als nicht tragfähig: Die Abbildungsgüte würde mit einem Zusatzentgelt gegenüber der bisherigen Gruppierung in A97 sinken. Daher verbleiben Fälle mit einer palliativmedizinischen Komplexbehandlung (CHOP 93.8A.2* oder 93.8B.2* ab 7 Behandlungstagen) weiterhin in der Basis DRG A97.

Ab 2024 sind auch kurze Behandlungsepisoden gemäss CHOP 93.8A.2B «*...bis 3 Behandlungstage*» und 93.8A.2C «*...mindestens 4 bis 6 Behandlungstage*» erfassbar. In der weiteren Systementwicklung kann geprüft werden, ob diese Fälle besser abgebildet werden.

Ausserdem wurde beim BfS ein Antrag für den CHOP Katalog 2026 eingereicht, um für Komplexbehandlungen mit mehr als 28 Behandlungstagen eine differenzierte Erfassung in Wochenschritten zu ermöglichen.

3.1.5 Paraplegiologie

Seit mehreren Versionen ist die Paraplegiologie immer wieder ein Schwerpunkt bei der Überarbeitung der neuen Tarifstruktur. Auch in der Version 15.0 wurden infolge von Anträgen und eigenen Analysen einige Arbeiten daran vorgenommen. In einem Antrag wurde beschrieben, welchen Einfluss langanhaltende Spastiken an den oberen Extremitäten bei Fällen mit Querschnittslähmung haben können und dass operative Eingriffe dabei einen besseren Outcome erzielen als andere konservative Therapiemassnahmen. Die meisten Fälle mit einem CHOP Kode für «*Einzeitige Mehrfacheingriffe...*» 00.9C.- und 00.9E seien untervergütet und es wurde beantragt, die CHOP Kodes für eine Aufwertung zu prüfen.

- Fälle mit den CHOP Kodes 00.9C.1- «*Einzeitige Mehrfacheingriffe an der Hand*» und 00.9E «*Einzeitige Mehrfacheingriffe an Muskeln und Sehnen*» erwiesen sich als aufwendiger und die Kodes wurden neu innerhalb der DRG A46 in die A46D aufgenommen.

Diese Fälle werden damit sachgerecht abgebildet. Es wurden darüber hinaus Analysen innerhalb der Basis DRG A46 durchgeführt, mit dem Ziel, weitere kostentrennende Kriterien zu identifizieren. Dabei haben sich einige Massnahmen am Patienten als ressourcenintensiv dargestellt.

- Es wurde ein neuer Split der DRG A46D geschaffen, so dass Fälle mit den folgenden Kriterien in die DRG A46C hineingruppiert werden:
 - «*Vakuumbehandlung*» oder
 - «*IntK > 588/828 Aufwandspunkte*» oder
 - «*Pflege-Komplexbehandlung ab 225 Aufwandspunkte*»

In einem Antrag wurde die Diagnose Cauda- (equina-) Syndrom beschrieben. Hierbei wurde beanstandet, dass eine unterschiedliche Gruppierung erfolgt, abhängig davon, ob der Kode als Haupt- oder Nebendiagnose kodiert wird. So gelangt ein Fall mit G83.4 als Hauptdiagnose in die DRG B03 und mit Nebendiagnose je nach Eingriff in eine DRG der MDC 08. Obwohl diese Fallkollektive einen ähnlichen chirurgischen Aufwand darstellen wie andere Querschnittsverletzungen (G82), werden ebendiese Fälle mit Cauda-equina-Syndrom (G83.4-) unsachgerecht vergütet. Es wurde zudem auf das Inklusivum im ICD Katalog hingewiesen, dass eine Diagnose aus der Gruppe G83.- die Lähmung beinhaltet. Eine weitere Diagnose aus G82 darf also nicht hinzu kodiert werden. Es wurde beantragt, Wirbelsäuleneingriffe wegen oder mit neurologischen Defiziten fallgruppenhomogen, analog anderer Wirbelsäulenerkrankungen, abzubilden.

- Die ICD Kodes G83.40/G83.41 «*Komplettes/Inkomplettes Cauda-(equina-) Syndrom*» wurden in die Basis DRG B61 aufgenommen, wodurch sie nun eine sachgerechte Aufwertung erfahren.

Im Bereich der Para-/Tetraplegie konnte infolge interner Analysen eine Tabelle mit ICD Diagnosen vervollständigt werden.

- Folgende ICD Codes wurden in die Tabelle der chronischen Para-/Tetraplegie aufgenommen und gruppieren damit unter anderem in die DRG B61 (sowie A94B, B71A oder J61A):
 - G04.1 «*Humane T-Zell-lymphotrope Virus-assoziierte Myelopathie*»
 - G83.5 «*Locked-in-Syndrom*»
 - G93.80 «*Apallisches Syndrom*»
 - P11.51 «*Geburtsverletzung der Wirbelsäule und des Rückenmarkes: Mit chronischer Querschnittlähmung*»
 - P91.80 «*Locked-in-Syndrom und apallisches Syndrom beim Neugeborenen*»

In zwei Anträgen wurde die Situation von komplexer Endoprothetik bei paraplegiologischen Fällen beschrieben, insbesondere wurden Knie- und Hüftgelenksprothesen hervorgehoben. Diese seien bei Nicht-Paraplegikern höher vergütet als bei Paraplegikern (ohne Paraplegiologische Komplexbehandlung) in der DRG B61.

- Die Analysen haben ergeben, dass eine Aufwertung innerhalb der DRG B61 sachgerecht ist.
- Somit wurden die DRGs I46A/B «*Implantation einer Hüftendoprothese...*», I43A «*Endoprothese am Kniegelenk...*» als Splitbedingung in die DRG B61C und
- die I95Z «*Tumorendoprothese...*» als Splitbedingung für die DRG B61B aufgenommen.
- Aufgrund ähnlicher Kostenstruktur und fehlender Kostentrennung wurden die DRGs B61E und B61F (Split «*Bestimmte oder komplizierende Prozeduren*») kondensiert.

Gleichzeitig erreichten uns zwei Anträge, in denen auf Komplikationen hingewiesen wurde, welche in der DRG B61 aufgewertet werden sollten. Zum einen wurden Dekubiti als ressourcenintensiv beschrieben, und zum anderen sollten Infektionen an Knochen und Gelenken innerhalb der DRG B61 überprüft werden.

- Die ICD Codes L89.2-/3- «*Dekubitus Stadium 3 und 4*» wurden nach Prüfung in die Bedingungen der DRG B61B aufgewertet.
- Die DRG I12A «*Knochen- und Gelenkinfektionen mit verschiedenen Eingriffen...*» wurde als Bedingung für die DRG B61D aufgenommen.
- Des Weiteren wurde die Funktion «*Eingriffe an mehreren Lokalisationen*» in der B61D abgebildet.
- Somit werden diese Fälle sachgerecht aufgewertet.

Neben den spezialisierten DRGs für paraplegiologische Komplexbehandlungen oder operativen Eingriffen bei Paraplegie wurden auch in diesem Jahr wieder Fälle mit der Nebendiagnose einer Querschnittsverletzung mit rein konservativen Behandlungsmethoden geprüft. Hier wurden Fälle in zwei DRGs identifiziert, bei denen eine Aufwertung anhand der Diagnosentabelle «*Para-/Tetraplegie*» vorteilhaft wäre:

- Fälle mit Hauptdiagnose Hypertonie: Die Diagnosentabelle «*Para-/Tetraplegie*» wurde als Splitkriterium für die DRG F67A eingesetzt.
- Fälle mit Infektionen an den Harnorganen: Die Diagnosentabelle «*Para-/Tetraplegie*» wurde als Splitkriterium in die DRG L63C aufgenommen und wertet diese Fälle damit auf.

3.1.6 CC-Matrix

Die Arbeiten an der CC-Matrix, den Exklusions-Tabellen und den PCCL-Splits wurden in Version 15.0 konsequent weitergeführt. Auf Basis neuer Daten und zahlreicher Anwenderhinweise konnte die Abbildung komplexer Fälle noch differenzierter gestaltet werden. Insgesamt wurden 69 ICD Codes neu in die CC-Matrix aufgenommen, viele davon in mehr als drei Basis DRGs, während 18 Codes gestrichen

wurden. Zudem erfuhren 71 ICD Codes eine DRG-spezifische Auf- oder Abwertung. Im Detail resultierten daraus 88 Abwertungen und fünf Aufwertungen.

Auch die Schweregradlogik wurde weiterentwickelt: Insgesamt wurden 21 PCCL-Splits neu etabliert oder überarbeitet – darunter zwölf neu eingeführte Splits und sieben mit gezielten Anpassungen. Zwei PCCL-Splits wurden aufgrund fehlender Kostentrennung in den Daten 2023 entfernt, um die Trennschärfe der Logik weiter zu erhöhen.

Im Rahmen des Antragsverfahrens gingen insgesamt 28 Anträge zur Anpassung der CC-Matrix ein. Zwölf davon wurden weitgehend umgesetzt, während 16 Anträge abgelehnt werden mussten. Gründe hierfür lagen unter anderem in widersprüchlichen Angaben zu identischen ICD Codes, parallelen Anträgen für eine gleichzeitige Auf- und Abwertung sowie in der Beantragung einer Aufwertung unspezifischer ICD Codes. Letztere – wie etwa Codes mit «...nicht näher bezeichnet» – gelten nicht nur als medizinisch wenig aussagekräftig, sondern konnten auch in den Simulationen und Analysen keine ausreichende Kostentrennfunktion belegen.

Die detaillierten Änderungen sind in der «Liste der Änderungen in der CCL-Matrix» dokumentiert.

3.2 Weitere Überarbeitung der DRG-Klassifikation

3.2.1 MDC-übergreifende Umbauten Prä-MDC

Strahlentherapie

Onkologische Fälle mit Mehrfachbestrahlung sind in der Prä-MDC in Basis DRG A93 «Strahlentherapie, mehr als 8 Bestrahlungen» nicht sachgerecht abgebildet. Deshalb bat ein Antragsteller um eine Überprüfung der Logik.

- Analysen bestätigen die Aussage. Basis DRG R50 «Hochkomplexe Chemotherapie zwei Therapieblöcke oder hochkomplexe Chemotherapie mit protektiver Isolierung ab 14 Behandlungstage oder...» wurde daher von der Basis DRG A93 ausgenommen.
- Die Bedingung «9 und mehr Bestrahlungen» wurde in die DRG R50A in der MDC 17 «HämATOlogische und solide Neubildungen» aufgenommen.
- Zusätzlich wurde in den Split für die DRG A93A die DRG R60A «Akute myeloische Leukämie,...» aufgenommen.

Radioligandentherapie

Gemäss einem Antragsteller werden in der aktuellen Tarifstruktur die unterschiedlichen Kosten für PSMA-Ligandentherapien bei einem «Fertigarzneimittel» und als «Formularezeptur» in der Basis DRG A50 «Radioliganden-Therapie» nicht berücksichtigt. Es wurde daher um eine Überprüfung der Kostendaten gebeten.

- Der CHOP Kode 92.28.6C «Radiorezeptorthherapie mit sonstigen PSMA-Liganden» wurde für Version 15.0 in die DRG A50C (Fertigarzneimittel) aufgewertet.
- Der CHOP Kode 92.28.6B «Radiorezeptorthherapie mit 177Lu-PSMA I&T [177Lu-ITG-PSMA-1]» gruppiert in DRG A50D.

Weiter wurde der Ausschluss der Fälle mit einer operativen Prozedur aus der Basis DRG A50 entfernt. Es hat sich in den Daten gezeigt, dass diese Fälle mit den Therapiekosten in den operativen Partitionen der Organ MDCs nicht kostendeckend abgebildet werden können.

Geriatrische Akutrehabilitation

Ein Antragsteller bat um Überprüfung der Fälle aus der DRG W61B «Polytrauma mit komplizierender Diagnose» in Verbindung mit einer «Geriatrischen Akutrehabilitation, ab 14 Behandlungstage». Seiner Meinung nach wären diese Fälle besser in der DRG A95C abgebildet.

- Auf Grund wiederholter Anträge wurden bereits in der Version 14.0 alle Ausnahmen von MDCs aus der Basis DRG A95 «*Geriatrische Akutrehabilitation ab 7 Behandlungstage*» entfernt und die Fälle direkt innerhalb der Basis DRG A95 aufgewertet.
- Die Überprüfung der Daten zeigte, dass dieses Vorgehen auch für die Fälle aus der MDC 21A «*Polytrauma*» sachgerecht ist.
- Die Basis DRG A95 wurde in der Umleitung für Fälle mit einem Polytrauma ausgenommen, so dass diese Fallmenge in der Version 15.0 in die Basis DRG A95 gruppieren.
- Innerhalb der Basis DRG A95 wurde die Basis DRG W01 «*Polytrauma mit OR-Prozedur oder Halotraktion oder intensivmedizinische Komplexbehandlung/IMCK > 392/552 Aufwandspunkte oder Frührehabilitation ab 14 Behandlungstage*» in die DRG A95A und die DRG W61B in die DRG A95C aufgewertet.
- Bei den Analysen zu dem Antrag fiel auf, dass Fälle mit einer «*Gastroskopie oder Koloskopie*» und einer «*Geriatrischer Akutrehabilitation, ab 7 Behandlungstage*» in DRG A95D übervergütet sind. Als Konsequenz wurde die Bedingung «*OR ADRG (G46)*» aus der Logik für die DRG A95D entfernt.

3.2.2 Weitere MDC-übergreifende Umbauten

Patientenindividuell angepasste Implantate

Bereits für die Systementwicklung 14.0 wurden Anträge zur systematischen Aufwertung der Kodegruppe 00.9A.6* «*Verwendung von patientenindividuell angepassten und gefertigten Implantaten und Schablonen*» eingereicht. In der Folge wurden spezifische Codes dieser Kodegruppe für verschiedene DRGs aus unterschiedlichen MDCs aufgewertet.

Auch für die Entwicklung 15.0 wurde erneut eine solche Anpassung beantragt. Die Herausforderung bei der Abbildung dieser Codes liegt in ihrer Variabilität: Je nach Verwendungsort kann derselbe Code in einer anderen DRG oder MDC deutlich höhere Kosten verursachen.

Durch umfassende gesamtsystemische Analysen und wiederholte Simulationen konnten schliesslich weitere Codes aufgewertet und in die folgenden DRGs aufgenommen werden:

- In den DRGs B61D, D25A, R01A und U01A wurden folgende Codes aufgewertet:
 - 00.9A.61 «*Verwendung von präoperativ patientenindividuell mittels 3D-Bildgebung gefertigten Implantaten*»
 - 00.9A.62 «*Verwendung von präoperativ patientenindividuell mittels 3D-Bildgebung angepassten Implantaten*»
 - 00.9A.63 «*Intraoperative Anwendung von präoperativ mittels 3D-Bildgebung individuell gefertigter Schablonen zu Navigation (beinhaltet: Schnitt, Bohrung, Positionierung)*»
 - 00.9A.64 «*Verwendung von präoperativ patientenindividuell mittels 3D-Bildgebung sowie 3D-Drucker gefertigte Implantate*»
- In der DRG I32 wurde eine neue Ein-Belegungstags DRG geschaffen: I32E «*Eingriffe an Handgelenk und Hand und bestimmte Verfahren*», ebenfalls mit der Splitbedingung 00.9A.61-64.
- Die Aufwertung des Codes 00.9A.69 «*Verwendung von patientenindividuell angepassten und gefertigten Implantaten und Schablonen, sonstige*» wurde mehrfach geprüft, konnte anhand von unbefriedigenden Resultaten allerdings nicht umgesetzt werden.

Thrombozytenkonzentrate

Uns erreichte ein Antrag mit dem Hinweis, dass der Code 99.05.44 «*Transfusion von Thrombozytenkonzentraten, 4 Konzentrate*» möglicherweise zu hoch bewertet ist. Aufgrund dieses Antrags

wurde die gesamte Codegruppe 99.05.4- überprüft, was schliesslich zu einer systemweiten Abwertung der folgenden CHOP Codes führte:

- 99.05.41 «*Transfusion von Thrombozytenkonzentraten, 1 Konzentrat*»
 - 99.05.42 «*Transfusion von Thrombozytenkonzentraten, 2 Konzentrate*»
 - 99.05.43 «*Transfusion von Thrombozytenkonzentraten, 3 Konzentrate*»
 - 99.05.44 «*Transfusion von Thrombozytenkonzentraten, 4 Konzentrate*»
- Für Transfusionen von fünf oder mehr Konzentraten wurden keine Änderungen vorgenommen, da diese angemessen abgebildet sind.

Perkutan-transluminale Implantation von Stents

Anlässlich von Analysen wurde eine Abbildungsdiskrepanz der Codegruppe 39.B* «*(Perkutan-) transluminale Implantation von Stents...*» im Tarifsystem festgestellt. Bestimmte 39.B*-Codes waren im Gegensatz zu anderen nicht in der Funktion «*Bestimmte OR-Prozeduren*» abgebildet.

- Fehlende 39.B*-Codes wurden in die Funktion «*Bestimmte OR-Prozeduren*» aufgenommen.
- Eine Ausnahme bildeten die Codes der nachfolgenden Codegruppen, da sie in dieser Funktion andernfalls überbewertet wären:
 - 39.B*.00 «*(Perkutan-) transluminale Implantation von Stents..., n.n.bez.*»
 - 39.B*.09 «*(Perkutan-) transluminale Implantation von Stents..., sonstige*»

Endoskopische Eingriffe am Gastrointestinaltrakt

Ein Antrag wurde uns zugestellt, in dem bestimmte Drainageoperationen am Gastrointestinaltrakt als untervergütet beschrieben wurden. Fälle, welche via Endoskopie eine transluminale Verbindung zwischen der Wand eines Organs des Gastrointestinaltraktes und einem angrenzenden Hohlraum benötigen, sind demnach untervergütet. Beantragt wurde die Aufnahme von bestimmten endoskopischen Verfahren in die Funktion «*Komplizierende Prozeduren*», damit die Fälle in aufwandsgerechte DRGs gelangen.

- Die Prozeduren erwiesen sich infolge unserer Analysen als aufwendig, die beantragte Aufnahme in die Funktion «*Komplizierende Prozeduren*» war jedoch nicht sachgerecht.
- Es wurden stattdessen folgende CHOP Codes in Form einer neuen Tabelle in den nachfolgenden DRGs aufgewertet:
 - 44.33 «*Gastroenterostomie ohne Gastrektomie, endoskopisch*»
 - 44.99.60 «*Einlegen oder Wechsel einer selbstexpandierenden Prothese am Magen, endoskopisch*»
 - 46.99.60 «*Einlegen oder Wechsel einer selbstexpandierenden Prothese am Darm, endoskopisch*»
 - 51.38.31 «*Anastomose zwischen Gallenwegen und Gastrointestinaltrakt, endoskopisch*»
 - 52.96.31 «*Anastomose zwischen Pankreasgang und Gastrointestinaltrakt, endoskopisch*»
- in G46B «*Gastroskopie, Koloskopie...*»
- in H64A «*Erkrankungen an Gallenblase und Gallenwegen...*» und
- in H61A «*BNB hepatobiliäres System...*».

Plasmaproteine

Bei unklaren Infektionen wird häufig nicht mehr der ICD Code B99 «*Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten*» kodiert, sondern R77.88 «*Sonstige näher bezeichnete Veränderungen der Plasmaproteine*», wenn der CRP-Wert erhöht ist. Infolge dessen wurde die Codegruppe R77.- «*Sonstige Veränderungen der Plasmaproteine*» in der MDC 17 auf ihre Abbildungs-

güte überprüft und verschiedene Verschiebungen wurden vorgenommen, um diesen Fehlanreiz zu beseitigen:

- Der ICD Kode R77.80 «*Veränderung des prostataspezifischen Antigens [PSA]*» wurde von der MDC 17 in die MDC 12 verschoben und dort in die Basis DRG M64Z «*Andere Erkrankungen der männlichen Geschlechtsorgane*» integriert.
- Die folgenden ICD Kodes wurden in die MDC 23, DRG Z65 «*Beschwerden, Symptome, andere Anomalien etc.*» verschoben:
 - R77.0 «*Veränderungen der Albumine*»
 - R77.1 «*Veränderungen der Globuline*»
 - R77.88 «*Sonstige näher bezeichnete Veränderungen der Plasmaproteine*»
 - R77.9 «*Veränderung eines Plasmaproteins, nicht näher bezeichnet*»
- Der ICD Kode R77.2 «*Veränderungen des Alpha-Fetoproteins*» wurde von der MDC 14 in die DRG O65 verschoben.

Kathetersysteme

In einem weiteren Antrag wurde um ein Zusatzentgelt für den «*Einsatz von Retriever-Systemen, nach Anzahl*» mit der CHOP Kodegruppe 00.4F.1- gebeten, da sie in der Regel nicht ausreichend vergütet sind. Der Vorteil dieser Methode ist, dass damit neben frischen auch ältere Thromben entfernt werden können.

- Mit dem CHOP Katalog 2024 wird die CHOP Kodegruppe 00.4F.1- «*Einsatz von Retriever-Systemen, nach Anzahl*» auf «*Einsatz von kathetergeführten Thrombus- und Fremdkörperentfernungs-Systemen*» erweitert und die Anzahl der Systeme neu in der Elementgruppe 00.4F.2- ausdifferenziert.
- Für ein Zusatzentgelt konnte sich diese CHOP Kodegruppe nicht qualifizieren. Eine Beurteilung über den Ressourcenverbrauch bei Verwendung dieser Systeme wurde aber MDC-übergreifend geprüft. Die Analysen zeigten, dass vor allem in der MDC 04 und MDC 05 ein Mehraufwand ersichtlich ist.
- Im Rahmen dieser Analysen konnte zusätzlich ein höherer Ressourcenverbrauch bei den CHOP Kodegruppen 00.4H.13-16 und 00.4H.33-36 «*Verwendete Mikrokathetersysteme bei transluminalen Gefässinterventionen an..., ab 3 Systeme*» identifiziert werden.
- So sind neu die «*kathetergeführten Thrombus- und Fremdkörperentfernungs-Systeme*» und die «*Mikrokathetersysteme bei transluminalen Gefässinterventionen an thorakalen, abdominalen und peripheren Gefässen, ab 3 Systeme*» in Kombination mit vaskulären Eingriffen in der DRG E02A sachgerecht abgebildet.
- Innerhalb der Basis DRG F59 «*Komplexe oder mässig komplexe Gefässeingriffe*» wurden die CHOP Kodegruppen 00.4F.1-, 00.4H.13-16 und 00.4H.33-36 wie folgt aufgewertet:
 - in Kombination mit «*äusserst schwere CC*» und «*vaskuläre Eingriffe*» in die DRG F59A
 - in Kombination mit «*bestimmte Thrombektomien*» in die DRG F59D.
- Und auch in der Basis DRG F24 «*Perkutane Koronarangioplastie (PTCA)*» konnten diese CHOP Kodegruppen in Kombination mit bestimmten Ballon- oder Stentprozeduren in die DRG F24B aufgewertet werden.

Isolierungsmassnahmen und Komplexbehandlungen bei multiresistenten Erregern

Zusätzlich wurde ein Zusatzentgelt für verschiedene Isolierungsmassnahmen ab 7 Behandlungstagen beantragt, darunter die «*Kontaktisolierung*», «*Tröpfchen-isolierung*», «*Einfache protektive Isolierung*» sowie «*Protektive Isolierung in einem speziellen Zimmer*».

- Keine der Isolierungsarten eignet sich für ein Zusatzentgelt, deshalb wurde innerhalb der Tarifstruktur eine Aufwertung geprüft.

- Für die CHOP Kodegruppen 99.84.2* «Tröpfchenisolierung» und 99.84.4* «Einfache protektive Isolierung» wird es keine Aufwertung geben. Der Mehraufwand, wie auch teilweise der Grund der Isolierung, war nicht klar ersichtlich.
- Für die «Kontaktisolierung, ab 7 BHT» mit den CHOP Codes 99.84.16-1F erfolgte, wie bereits im letzten Jahr, eine MDC-übergreifende Analyse und konnte in folgenden Basis DRGs aufgewertet werden:
 - Aufwertung «Kontaktisolierung, ab 7 BHT»:
 - A95 «Geriatrische Akutrehabilitation ab 7 Behandlungstage»
 - B70 «Apoplexie»
 - D62 «Epistaxis oder Otitis media oder Infektionen...»
 - E71 «Neubildungen der Atmungsorgane»
 - J64 «Infektion/Entzündung der Haut und Unterhaut»
 - T61 «Postoperative und posttraumatische Infektionen»
 - T64 «Andere infektiöse und parasitäre Krankheiten»
 - Y02 «Andere Verbrennungen mit Hauttransplantation oder...»
 - Aufwertung «Kontaktisolierung, ab 14 BHT»:
 - F13 «Amputation bei Kreislauferkrankungen an...»
- Auch die CHOP Kodegruppe 99.84.56-5F «Protektive Isolierung in einem speziellen Zimmer, ab 7 BHT» wurde MDC-übergreifend geprüft und in folgenden Basis DRGs aufgewertet:
 - Aufwertung «protektive Isolierung in einem speziellen Zimmer, ab 7 BHT»:
 - E71 «Neubildungen der Atmungsorgane»
 - Q60 «Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und...»
 - R60 «Akute myeloische Leukämie...»
 - Aufwertung «protektive Isolierung in einem speziellen Zimmer, ab 14 BHT»:
 - E71 «Neubildungen der Atmungsorgane»

Im Zuge derselben Analysen wurden auch Fälle mit der CHOP Kodegruppe 93.59.51-53 «Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern, ab 7 BHT» identifiziert, die aufgrund operativer Prozeduren nicht in die Basis DRG A94 gruppierten. Zusätzlich erreichte uns ein Antrag zur Basis DRG A94, in dem dargelegt wurde, dass Fälle mit dem CHOP Code 93.8C.1- «Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation, nach Anzahl Behandlungstage» untervergütet sind, erfolgten deshalb auch hier mehrere MDC-übergreifende Analysen von Komplexbehandlungen und der DRG A94:

- Analysen der Daten 2023 zeigten, dass die Fälle mit 93.8C.1- in der Basis DRG A94 sachgerecht vergütet werden.
- Es fielen aber Fälle mit dem CHOP Code 99.BA.1- «Neurologische Komplexbehandlung des akuten Hirnschlags in Stroke Center [SC], mindestens 24 Stunden und mehr» - auf, die nicht kostendeckend abgebildet waren.
- Diese Fälle konnten in die DRG A94C «Komplexbehandlung bei Besiedlung oder Infektion mit multiresistenten Erregern ab 14 Behandlungstage oder Alter < 16 Jahre oder intensivmedizinische Komplexbehandlung/IMCK > 196/119 Aufwandspunkte oder bestimmte Diagnosen oder mit schwersten CC» aufgewertet werden.
- Zudem erfolgten Aufwertungen von «Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern, ab 7 BHT» für:
 - G35 «Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen...»
 - I08 «Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur...»
 - Y02 «Andere Verbrennungen mit Hauttransplantation oder...»
- und eine Aufwertung von «Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern, ab 14 BHT» in der DRG F13 «Amputation bei Kreislauferkrankungen an...»

Kryotherapie

Laut einem Antragsteller ist die Kryotherapie (Kryoablation) ein etablierter Pfeiler der Tumorthherapie und wird mit dem CHOP Kode 00.99.A7 «*Kryokoagulation*» kodiert. Es können damit gutartige sowie bösartige Tumore behandelt werden. Im Vergleich zu anderen ablativen Verfahren hat die Kryoablation mehrere Vorteile, wie z.B. präzise Steuerbarkeit oder gleichzeitigen Einsatz mehrerer Ablationsnadeln bei grösseren oder multiplen Tumoren. Es wurde ein Zusatzentgelt für den CHOP Kode 00.99.A7 «*Kryokoagulation*» nach Anzahl Nadeln beantragt.

- Ein Zusatzentgelt für den CHOP Kode 00.97.A7 «*Kryokoagulation*» konnte nicht etabliert werden. Das lag unter anderem an der fehlenden Ausdifferenzierung nach Anzahl der Nadeln und daran, dass es bereits CHOP Codes gibt, die organspezifisch die Kryokoagulation beinhalten, allerdings nicht für alle Organe.
- Wir haben die Abbildung der Kryotherapie MDC-übergreifend geprüft und dabei vor allem in den Basis DRGs E71 und L20 einen höheren Ressourcenverbrauch erkennen können. Zusätzlich prüften wir auch CHOP Codes, welche die Kryotherapie bereits enthalten. Dabei zeigte sich, dass diese Fälle gut in den entsprechenden DRGs abgebildet sind oder eine sehr geringe Fallzahl aufweisen. Einzig Fälle mit dem CHOP Kode 50.27.33 «*Lokale Destruktion von Läsion oder Gewebe der Leber, durch Kryotherapie, perkutan*» waren teilweise untervergütet, diese Fallmenge ist aber so heterogen, dass eine Aufwertung nicht erfolgen konnte.
- Durch die Aufnahme der CHOP Kodegruppen 32.01.* «*Endoskopische Exzision oder Destruktion von Läsion oder Gewebe an einem Bronchus*» und 32.2A.* «*Lokale Exzision und Destruktion von Läsion oder Gewebe an der Lunge*» in die DRG E71B «*Neubildungen der Atmungsorgane mit äusserst schweren CC oder starrer Bronchoskopie oder bestimmte Prozedur...*» konnten auch Fälle mit einer Kryotherapie indirekt aufgewertet werden.
- Ebenfalls wurden Fälle mit einer Kryotherapie in die DRG L20C «*Transurethrale Eingriffe ausser Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien mit extrakorporale Stosswellen-Lithotripsie (ESWL), bestimmtem Eingriff oder...*» aufgewertet und sind dort sachgerecht abgebildet.

Immuntherapie

Ebenfalls wurden wir gebeten uns eine Gruppierung der Immuntherapie in die Prä-MDC, ähnlich wie die Strahlentherapie, zu prüfen. Wir führten eine MDC-übergreifende Analyse durch.

- Dabei zeigte sich, dass nur bestimmte Codes der CHOP Kodegruppe 99.28.1- «*Andere Immuntherapien*» einen ersichtlichen Mehraufwand generieren.
- So wurden nur die CHOP Codes 99.28.11-13 «*Andere Immuntherapie...*» als «*NOR-Prozedur*» aufgenommen und in folgende DRGs als Splitbedingung etabliert:
 - MDC 01: DRG B71B mit «*PCCL > 2*»
 - MDC 01: DRG B72A
 - MDC 04: DRG E71A
 - MDC 09: DRG J61B
 - MDC 10: DRG K64A
 - MDC 10: DRG K86A
- Damit konnte eine sachgerechte Abbildung der Immuntherapien mit Antikörpern oder Immunmodulatoren erreicht werden.

Sekundäre Neubildungen

Im Rahmen diverser Analysen fielen Fälle mit sekundären bösartigen Neubildungen auf, welche bisher in der MDC 17 abgebildet waren. Aufgrund der jeweiligen Prozeduren erschien dies medizinisch nicht sinnvoll.

- Folgende ICD Codes wurden in die Hauptdiagnosentabellen der jeweiligen organspezifischen MDCs verschoben:

- C79.83 «Sekundäre bösartige Neubildung des Perikards» in die MDC 05
 - C79.85 «Sekundäre bösartige Neubildung des Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe des Halses» in die MDC 03
 - C79.86 «Sekundäre bösartige Neubildung des Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe der Extremitäten» in die MDC 08.
- Innerhalb der MDCs sind diese ICD Codes nun sachgerecht abgebildet.

3.2.3 MDC 01 Krankheiten und Störungen des Nervensystems

Im Zuge der Bearbeitung von Anträgen fielen uns nicht sachgerecht abgebildete Fälle in der DRG B01B auf.

- Die Analysen zeigten, dass es sich um Fälle mit mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren und zusätzlich komplexen intrakraniellen Eingriffen oder grossen Wirbelsäuleneingriffen handelt.
- Diese Kombinationen wurden als neue Splitbedingung für die DRG B01A «*Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren oder extra- und intrakranielle Eingriffe bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems,...*» aufgenommen.
- Ebenfalls wurden Kinder mit «*Alter < 16 Jahre*» in die DRG B01A aufgewertet.

Fälle mit neurologischen Problemen, inklusive Rückenmarksoperationen, werden eines Antragstellers zufolge nicht richtig abgebildet. Er bat um die Aufwertung der CHOP Codegruppe 00.94.3- «*Intraoperatives neurophysiologisches Monitoring, > 4 Stunden*» und des ICD Codes D36.1 «*Gutartige Neubildung an peripheren Nerven/autonomes Nervensystem*» in die DRG B03A «*Operative Eingriffe bei zerebraler Erkrankung oder Muskeldystrophie, oder Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark, und...*», damit langwierige und kostenintensive Operationen besser abgebildet werden.

- Der ICD Kode D36.1 erwies sich nicht als geeigneter Kostentrenner.
- Eine Aufwertung der CHOP Codegruppe 00.94.3- in die DRG B03A erwies sich als sachgerecht und wurde entsprechend umgesetzt.
- Im Rahmen der Analysen fiel aber auch auf, dass die Fälle in den DRGs B03A und B03B sehr heterogen sind. Eine Kondensation der beiden DRGs erschien also sinnvoll.
- Die DRGs B03A und B03B wurden zur DRG B03A «*Operative Eingriffe bei zerebraler Erkrankung oder Muskeldystrophie, oder Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark, und intensivmedizinische Komplexbehandlung/IMCK Erw > 119 Aufwandspunkte oder Alter < 16 Jahre oder intraoperatives Monitoring*» kondensiert.

Anlässlich der Weiterentwicklung der Tarifstruktur fielen untervergütete Fälle innerhalb der DRG B09D und der DRG B20D mit einem PCCL von 3 auf.

- Neben der Aufwertung der intensivmedizinischen und IMC-Komplexbehandlung und den angeborenen Fehlbildungen/Deformitäten am Kopf innerhalb der Basis DRG B09 wurde ein neuer PCCL-Split > 2 für die DRG B09C etabliert.
- Auch für die DRG B20C wurde ein PCCL-Split > 2 aufgenommen.

Gleich in zwei Anträgen wurde darauf hingewiesen, dass die Differenz der Kosten für wiederaufladbare und nicht wiederaufladbare Neurostimulatoren im System nicht abgebildet ist. Dies führt gemäss Antragsteller zu einer Untervergütung der Fälle mit wiederaufladbaren Stimulatoren und stellt einen Fehlanreiz zur Implantation nicht wiederaufladbarer Stimulatoren (bessere Kostendeckung, wiederholte stationäre Behandlungen mit Fallzahlausweitung) dar.

- Die gesamtschweizerischen Daten 2023 bestätigten, dass die Kosten für wiederaufladbare Mehrelektrodensysteme, vor allem für intrakranielle Neurostimulatoren, höher sind als für die nicht wiederaufladbaren Systeme.
- Es wurde eine neue DRG B21A etabliert, in die Fälle mit einer Implantation/Wechsel von Elektroden eines intrakraniellen Neurostimulators und den CHOP Codes 02.97.14

«Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur intrakraniellen Neurostimulation, Mehrelektrodensystem, wiederaufladbar, omnidirektional» oder 02.97.15 «Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur intrakraniellen Neurostimulation, Mehrelektrodensystem, wiederaufladbar, bidirektional» gruppieren.

- In der neuen DRG B21C sind nun alle Implantationen/Wechsel von Neurostimulatoren mit einem wiederaufladbaren Mehrelektrodensystem sachgerecht abgebildet.

Die Splitbedingungen «Neurologische KBH > 72 Stunden und bestimmte OR-Prozedur oder IntK > 119 Pkt.» für die DRG B39B erwiesen sich nicht mehr als eindeutiges kostentrennendes Merkmal.

- Die DRGs B39B und B39C wurden zur DRG B39B «Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mit operativem Eingriff» kondensiert.

In einem Antrag wurden wir auf bestimmte Fallgruppen hingewiesen, welche in der Basis DRG B66 «Neubildungen des Nervensystems oder Stupor und Koma, nicht traumatisch bedingt» untervergütet sind. Der Antragsteller führte Hauptdiagnosen auf, welche vor allem den Neubildungen des Nervensystems und anderen Krankheiten des Gehirns zuzuordnen waren.

- Mit dem Einfügen der globalen Funktion «Aufwendige Konstellationen bei BNB» für die DRG B66A konnten teure Fälle mit bösartigen Neubildungen des Nervensystems aufgewertet werden.
- Mit der Aufwertung folgender ICD Codes in der CC-Matrix und dem bereits bestehenden PCCL-Split für die DRG B66A profitierten ebenfalls untervergütete Fälle innerhalb der Basis DRG B66:
 - G93.0 «Hirnzysten»
 - G93.2 «Benigne intrakranielle Hypertension [Pseudotumor cerebri]»
 - G93.5 «Compressio cerebri»
 - G93.6 «Hirnödem»
 - G93.7 «Reye-Syndrom»
- In den Analysen sahen wir zusätzlich Fälle mit den Hauptdiagnosen R40.0 «Somnolenz» und R40.1 «Sopor», welche im Gegensatz zu den anderen Hauptdiagnosen übervergütet waren und es zu Fehlanreizen in der Kodierung kam. Diese Diagnosen wurden in die Hauptdiagnostentabelle der Basis DRG B64 «Delirium» verschoben, wo sie nun sachgerecht abgebildet sind.

In den Daten 2023 zeigten sich viele übervergütete Fälle in der Basis DRG B67 «Morbus Parkinson oder KBH bei extrapyramidal-motorischen Krankheiten...» mit dem CHOP Kode 89.1A.11 «Neurologische Einstellung von Stimulationsparametern, mehr als 5 Tage», aber auch untervergütete Fälle in den DRGs B67B und B67C. In den Analysen konnte die Ersteinstellung mit einer Arzneimittelpumpe mit Apomorphin bei einem Morbus Parkinson im fortgeschrittenen Stadium klar als Kostentrenner identifiziert werden.

- Neu gruppiert der CHOP Kode 89.1A.11 «Neurologische Einstellung von Stimulationsparametern, mehr als 5 Tage» nur noch in Kombination mit einem primären Parkinson-Syndrom mit mässiger bis schwerster Beeinträchtigung in die DRG B67B.
- Der CHOP Kode 99.2B.11 «Ersteinstellung der Behandlung von Morbus Parkinson im fortgeschrittenen Stadium mit einer Arzneimittelpumpe mit Apomorphin» wurde zusätzlich als Splitbedingung für die DRG B67B aufgenommen.

Anhand von Analysen fiel eine hohe Kostenstreuung in den DRGs B70C und B70D auf. Ebenfalls für die Basis DRG B70 «Apoplexie» ging ein Antrag ein, mit der Bitte, die PCCL-Splits innerhalb der Basis DRG herabzusetzen, da Fälle mit einem PCCL von 3 untervergütet sind.

- Das Herabsetzen der PCCL-Splits erwies sich nicht als sachgerecht und auch sonst konnten keine weiteren Kostentrenner ausser die bereits oben erwähnte intensivmedizinische oder IMC-Komplexbehandlung und die Kontaktisolierung > 7 Behandlungstage identifiziert werden.

- Bei den intensiven Analysen zeigte sich aber eine Fallgruppe innerhalb der DRG B70C, welche ähnliche Kosten aufwies wie Fälle in der DRG B70B. So gruppieren nun auch Fälle mit *«andere neurologische Komplexbehandlung > 72 Stunden oder äusserst schwere CC und mehr als ein Belegungstag»* in die DRG B70B.
- Ähnlich verhielt es sich mit einer Fallgruppe aus der DRG B70D mit *«andere neurologische Komplexbehandlung < 73 Std oder neurologische Komplexdiagnostik und mehr als 1 Belegungstag»*; diese Fallgruppe ist neu in der DRG B70C sachgerecht abgebildet.

In einem Antrag wurden zusätzlich verschiedenste ICD und CHOP Codes aufgeführt sowie ein PCCL-Split > 2, welche wir als Splitbedingungen in der Basis DRG B71 *«Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven»* prüfen sollten. Schlussendlich erwiesen sich folgende Konstellationen als eindeutige Kostentrenner und wurden in die Splitbedingung für die DRG B71A aufgenommen:

- globale Funktion *«Komplizierende Prozeduren»*
- *«Neurologische Komplexdiagnostik mit schweren CC»*
- *«Immuntherapie mit bestimmten Antikörpern/Immunmodulatoren und schweren CC»*
- *«Alter < 16 Jahre»*.

Eines Antragstellers zufolge sind Fälle in der Basis DRG B72 *«Infektion des Nervensystems ausser Virusmeningitis»* mit bestimmten ICDs bzw. CHOP Codes oder einem PCCL von 3 untervergütet, weshalb wir gebeten wurden, diese Konstellationen zu prüfen.

- Die aufgeführten ICD Codes erwiesen sich nicht als geeignete Kostentrenner.
- Bei der Immuntherapie mit bestimmten Antikörpern/Immunmodulatoren war ein höherer Ressourcenverbrauch klar ersichtlich und wurde als Splitbedingung für die DRG B72A eingefügt.
- Das Herabsetzen des PCCL-Splits auf *«PCCL > 2»* für die DRG B72A erwies sich als sachgerecht und wurde entsprechend umgesetzt.

Bei zwei Anträgen wurde um eine Überprüfung der Splitkriterien innerhalb der Basis DRG B76 *«Anfälle oder Video-EEG oder Komplexbehandlung Epilepsie ab 7 Behandlungstage,...»* gebeten. Bei dem ersten Antrag sollte die intensivmedizinische oder IMC-Komplexbehandlung in Kombination mit einer nicht-invasiven Video-EEG-Intensivdiagnostik < 120 Stunden in die DRG B76A aufgewertet werden. Im zweiten Antrag wies der Antragsteller darauf hin, dass Fälle mit einer nicht-invasiven Video-EEG-Intensivdiagnostik bis 48 Stunden ein höheres Kostengewicht in der DRG B76F erhalten als Fälle mit mehr als 48 Stunden in der DRG B76E und es sich um eine Mindervergütung bei Mehrleistung handelt.

- Fälle in der DRG B76F weisen zwar höhere Kosten auf, die mittlere Verweildauer ist aber länger.
- Fälle in der DRG B76E erhalten einen früheren Langlieger-Zuschlag.
- Des Weiteren sind in der DRG B76F Fälle mit bestimmten Diagnostiken oder Diagnosen abgebildet, welche nicht zwingend eine nicht-invasive Video-EEG-Intensivdiagnostik erhielten. Die Fallgruppen in der DRG B76E und B76F unterscheiden sich nicht nur in den Kosten, sondern auch in der medizinischen Behandlung. Es handelt sich nicht um Mindervergütung bei Mehrleistung.
- In den Analysen konnte aber ein Kostentrenner identifiziert werden und so wurde die CHOP Kodegruppe 99.A3.11-13 *«Komplexe neuropädiatrische Diagnostik, mit...»* in die DRG B76C aufgewertet.

Zusätzlich wurde um die Aufwertung des ICD Codes G92.0 *«Toxische Enzephalopathie unter Immuntherapie»* als komplexe Diagnose in die DRG B81A *«Vaskuläre Myelopathien oder andere Erkrankungen des Nervensystems mit komplexer Diagnose oder...»* und das Herabsetzen des bestehenden PCCL-Splits von > 3 auf PCCL > 2 gebeten.

- In den Daten 2023 war nur eine geringe Anzahl an Fällen mit einer toxischen Enzephalopathie in der Basis DRG B81 ersichtlich und ist in der DRG B81B aufwandsgerecht abgebildet.
- Ein Herabsetzen des PCCL-Splits auf > 2 erwies sich nicht als sachgerecht.
- In den Analysen sahen wir aber andere untervergütete Fälle in der DRG B81C.
- Mit der Aufnahme tiefer intensivmedizinischer und IMCK Aufwandspunkte für Neugeborene und Kinder in die Splitbedingungen für die DRGs B81A/B konnten diese Fälle aufgewertet werden.

In einem weiteren Antrag wurde um die Aufwertung bestimmter ICD und CHOP Codes innerhalb der Basis DRG B85 «*Degenerative Krankheiten des Nervensystems oder zerebrale Lähmungen*» und Prüfung eines PCCL-Splits gebeten.

- Alle aufgeführten ICD Codes und Prozeduren wurden geprüft.
- Einzig die ICD Codes G23.3 «*Multiple Systematrophie vom zerebellären Typ [MSA-C]*» und G72.4 «*Entzündliche Myopathie, anderenorts nicht klassifiziert*» erwiesen sich als geeignete Kostentrenner.
- So erfolgte eine Aufwertung dieser ICD Codes als komplizierende Diagnose in die DRG B85A «*Degenerative Krankheiten des Nervensystems mit äusserst schweren CC oder komplizierende Diagnosen oder neurologische Komplexdiagnostik, oder...*».
- Fälle mit einem PCCL von 3 in der DRG B85B sind sehr kostenheterogen und so konnte ein Herabsetzen des PCCL-Splits auf > 2 für die DRG B85A nicht umgesetzt werden.

Ein Antragsteller wies uns darauf hin, dass Fälle mit einer intensivmedizinischen Komplexbehandlung in der Ein-Belegungstag DRG B86B «*Krankheiten und Störungen des Nervensystems, ein Belegungstag*» höhere Kosten aufweisen, als Fälle ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung und bat um eine Überprüfung der Splitbedingungen. In einem weiteren Antrag wurde auf eine Kostenheterogenität in der DRG B86B mit Bezug zu Hauptdiagnosen aufmerksam gemacht. In diesem Antrag wurden diverse Diagnosen aufgeführt.

- In den Analysen zeigte sich eine weitere Fallgruppe, die einen ähnlich hohen Ressourcenverbrauch wie die intensivmedizinische und IMC-Komplexbehandlung aufwies. So wurde eine neue DRG B86A etabliert, in der nun Fälle mit einer intensivmedizinischen oder IMC-Komplexbehandlung > 65/59 Aufwandspunkten oder mit einer nicht-invasiven Video-EEG-Intensivdiagnostik von 24-48 Stunden abgebildet sind.
- Die im zweiten Antrag aufgeführten Diagnosen erwiesen sich nicht alle als geeigneter Kostentrenner. Es konnten aber Fälle mit Schädelfrakturen oder intrakraniellen Verletzungen in die DRG B86B aufgewertet werden. Ebenfalls in diese DRG gruppieren Fälle, welche eine Erstversorgung erhielten und dann verlegt wurden.
- Zusätzlich wurden die gutartigen Neubildungen am Nervensystem in die DRG B86B aufgewertet, da sie in der DRG B86C unsachgerecht abgebildet waren.

3.2.4 MDC 02 Krankheiten und Störungen des Auges

Auf Basis der gesamtschweizerischen Daten 2023 erwiesen sich die Splitbedingungen «*Eingriffe an der Linse oder am Glaskörper*» für die DRG C03B nicht mehr als eindeutige kostentrennende Merkmale.

- Die DRGs C03B und C03C wurden zur DRG C03B «*Eingriffe an Retina, Choroidea und hinterer Augenkammer mit Eingriff an der Linse oder am Glaskörper*» kondensiert.

3.2.5 MDC 03 Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses

Analysen haben gezeigt, dass der CHOP Kode 21.86.10 «*Rhinoplastik der Nasenweichteile, äussere Nase*» nicht ausreichend vergütet wird.

- Der Kode wurde in die DRG D38A *«sehr komplexe Eingriffe an der Nase»* aufgenommen.
- Dadurch erhielten betroffene, kostenintensive Fälle eine höhere Vergütung.

Bei den DRGs D62 *«Epistaxis oder Otitis media oder Infektionen der oberen Atemwege und Alter > 2 Jahre»* und D63Z *«Otitis media oder Infektionen der oberen Atemwege, Alter < 3 Jahre»* handelt es sich um Hybrid-DRGs, die gemäss einem Antrag niedrige Deckungsgrade aufweisen. Daher wurde vorgeschlagen, die Patientenfälle basierend auf ihrer Hauptdiagnose zu trennen und sie der MDC 03 in die DRG D62 sowie der MDC 04 in die DRG E70 zuzuweisen. In diesem Zuge sollte die DRG D63Z vollständig aufgelöst werden.

- Eine umfassende Prüfung der Auftrennung der Fälle und deren Neuzuteilung in die MDCs 03 und 04, sowohl in die DRG E70 als auch in weitere geeignete DRGs, ergab in keiner der durchgeführten Simulationen positive Ergebnisse. Daher wurde dieser Ansatz nicht weiterverfolgt.
- Die DRGs D63Z und D62 wurden zur neuen DRG D62 fusioniert und die Splitbedingungen innerhalb dieser DRG neu definiert:
 - Die Splitbedingung *«Alter > 2 Jahre»* wurde aus der Basis DRG D62 entfernt
 - Der Kindersplit *«Alter < 12 Jahre»* wurde aus dem Split für die DRG D62A entfernt und stattdessen wurden Kontaktisolationen ab sieben Behandlungstagen aufgenommen
 - Eine neue DRG D62B wurde entworfen, in welche Kinder unter 16 Jahre gruppieren
 - Die bisherige DRG D62B wurde unter gleichbleibenden Bedingungen zur neuen DRG D62C

3.2.6 MDC 04 Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane

Im Rahmen von Analysen zu einem Antrag fiel eine Überbewertung des CHOP Kodes 32.01.13 *«Endoskopische Exzision oder Destruktion von Läsion oder Gewebe an einem Bronchus, Thermoplastie der Bronchialmuskulatur»* in der Basis DRG E02 auf.

- Dieser CHOP Kode wurde aus der Basis DRG E02 *«Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen oder aufwendiger Eingriff am Bronchus»* entfernt.

Im Verlauf der Weiterentwicklung der Tarifstruktur zeigte sich, dass bestimmte CHOP Codes für Pleurektomien in der Basis DRG E33 *«Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren oder Pleurektomie bei malignem Pleuramesotheliom»* nicht abgebildet sind.

- Es erfolgte eine Aufnahme folgender CHOP Codes in die Basis DRG E33:
 - 34.51.11 *«Radikale Pleurektomie und Dekortikation der Lunge und Brustwand ohne Perikard- oder Zwerchfellresektion, offen chirurgisch»*
 - 34.51.12 *«Radikale Pleurektomie und Dekortikation der Lunge und Brustwand mit Perikardresektion, offen chirurgisch»*
 - 34.51.16 *«Subtotale Pleurektomie und Dekortikation, offen chirurgisch»*
 - 34.51.99 *«Pleurektomie und Dekortikation der Lunge, offen chirurgisch, sonstige»*
- Dies führte zu einer sachgerechten Abbildung von Fällen mit einem Pleuramesotheliom und Pleurektomie in der MDC 04.

Im Zuge des Antragsverfahrens wurden wir um eine Homogenitätsprüfung der Basis DRG E36 *«Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit intensivmedizinische Komplexbehandlung > 130/184 Aufwandspunkte oder vierzeitig bestimmte OR-Prozedur»* in Hinblick auf Herabsetzen oder Etablierung neuer PCCL-Splits gebeten.

- Ein Herabsetzen des bestehenden PCCL-Splits > 5 für die DRG E36A erwies sich nicht als sachgerecht.
- Für die DRG E36C konnte aber ein neuer PCCL-Split > 4 etabliert werden. Dadurch wurden Fälle mit einem höheren Ressourcenaufwand aufgewertet.

Ein Antragsteller führte in seinem Antrag auf, dass die Kodierung einer Atemunterstützung mit High-flow-Nasenkanülen (DRG E65A) und tiefen intensivmedizinischen oder IMCK-Aufwandspunkten (DRG E87B) das Kostengewicht reduzieren und es sich um eine Abwertung bei Zusatzleistung handeln würde.

- Dieser Umstand ergibt sich aus der Rangabfrage-Reihenfolge. Die Basis DRG E87 mit tiefen intensivmedizinischen/IMCK-Aufwandspunkten wird vor der Basis DRG E65 abgefragt.
- Die DRGs der Basis DRG E87 «*Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit intensivmedizinische Komplexbehandlung/IMCK > 65/59 Aufwandspunkte*» haben aber kürzere Verweildauern, und so profitieren die Fälle von einem früheren Langlieger-Zuschlag. Eine Änderung der Rangabfrage-Reihenfolge erwies sich nicht als sachgerecht.
- In den Daten 2023 war ebenfalls erkennbar, dass die meisten Fälle mit der Atemunterstützung mit High-flow-Nasenkanülen und einer intensivmedizinischen/IMC-Komplexbehandlung in den entsprechenden DRGs gut abgebildet sind.
- Im Rahmen der Analysen sahen wir allerdings sehr heterogene Fallgruppen innerhalb der Basis DRG E65 «*Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankungen*» und so wurden folgende sachgerechte Umbauten innerhalb der Basis DRG E65 durchgeführt:
 - Verschieben der Kontaktisolierung, ab 7 BHT in die DRG E65A
 - Entfernen der Funktion «*Komplizierende Prozeduren*» aus der DRG E65A
 - Verknüpfen der restlichen Splitbedingungen für die DRG E65A mit «*mehr als 1 Belegungstag*»
 - Aufwertung von Bronchoskopien in die DRG E65A (vorher nur starre Bronchoskopie)
 - Entfernen des PCCL-Splits für die DRG E65B

Anlässlich von Analysen zu einem Antrag mit Bitte um Aufwertung bestimmter Tuberkuloseerkrankungen in der CC-Matrix, fielen untervergütete Fälle in der DRG E76B «*Tuberkulose, mehr als 14 Belegungstage, Alter > 15 Jahre*» auf, welche einen operativen Eingriff erhielten.

- Mit der Aufnahme der Splitbedingung «*oder OR-Prozedur*» für die DRG E76A konnte eine sachgerechte Abbildung dieser Fälle erreicht werden.

Während der Analysen zu den bereits oben im Kapitel 3.2.2 beschriebenen Aufwertungen der Isolierungen, den Exzisionen an der Lunge und der Immuntherapie innerhalb der Basis DRG E71 «*Neubildungen der Atmungsorgane*» fielen weitere untervergütete Fälle auf.

- Die globale Funktion «*Aufwendige Konstellationen bei BNB*» wurde in die Splitbedingung für die DRG E71B aufgenommen.
- Ebenfalls für die DRG E71B wurde ein Kindersplit «*Alter < 16 Jahre*» neu hinzugefügt.

In der Ein-Belegungstag Basis DRG E86 fielen heterogene Fallgruppen auf. In der DRG E86A waren vor allem Fälle mit einer nicht komplexen Chemotherapie deutlich übervergütet. In der DRG E86C sahen wir hingegen untervergütete Fälle, welche vor allem die bereits unter Kapitel 3.1.2 aufgeführten bestimmten Chromosomenanomalien aufwiesen.

- In die DRG E86A gruppieren nun nur noch die mittelgradig komplexen Chemotherapien mit dem CHOP Kode 99.25.52 «*Mittelgradig komplexe und intensive Chemotherapie*».
- Die bestimmten Chromosomenanomalien wurden in die DRG E86B aufgewertet und der Para-/Tetraplegie gleichgestellt.

- In den Analysen sahen wir ebenfalls untervergütete Fälle in der DRG E86C mit Lungenembolien, die entweder überwacht wurden oder am nächsten Tag in ein anderes Spital verlegt wurden. Diese Fallgruppe gruppiert nun neu in die DRG E86B.
- Diese Umbauten führten zu einer Verbesserung der Gesamtgüte in der Basis DRG E86.

In den Daten 2023 waren übervergütete Fälle in der DRG E87A «*Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung/IMCK Erw > 119 Aufwandspunkte oder Alter < 16 Jahre oder...*» ersichtlich.

- Es handelte sich um Kurzlieger mit «*äusserst schwere CC*», welche trotz Kurzlieger-Abschlag immer noch übervergütet waren.
- Mit der Verknüpfung des PCCL-Splits > 3 und «*mehr als 1 Belegungstag*» konnte dieses Problem gelöst werden.
- Im Rahmen dieser Umbauten wurde die Basisleistung «*Spezialisierte Palliative Care, ab 7 BHT*» aus der DRG E87A entfernt.

3.2.7 MDC 05 Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems

Nach der Systementwicklung 14.0 wurde für die Entwicklung von 15.0 vorgemerkt, die Abbildung der Codes 39.56.3* «*Plastische Rekonstruktion von thorakalen Gefässen mit Gewebe-Patch*» im System zu überprüfen. Dies führte zu mehreren Änderungen:

- Die Kodegruppe 39.56.3- wurde aus der Basis DRG F59 sowie der zugeteilten DRG F59F entfernt.
- Die Kodegruppe wurde in die Basis DRG F31 sowie die DRG F31C und die DRG F90A aufgenommen.
- Zusätzlich wurde der Code 39.56.31 «*Plastische Rekonstruktion der thorakalen Aorta mit Gewebe-Patch*» durch Aufnahme in die DRG F06B mit den restlichen Codes der Gruppe 39.56.3- gleichgestellt.

Von einem Antragsteller wurde beschrieben, dass im Rahmen einer offenen Herzchirurgie zunehmend gleichzeitig eine offene Ablation am Herzen bei Tachyarrhythmie durchgeführt wird. Der intraoperative Mehraufwand durch diese zusätzliche ablativ Massnahme werde jedoch in der DRG-Logik nicht berücksichtigt. Um offene Ablationen am Herzen im Zuge einer offenen Herzchirurgie adäquat abbilden zu können, solle daher die Aufnahme der Codes 37.33.10, 37.33.11 und 37.33.19 «*Exzision oder Destruktion am Reizleitungssystem, offener Zugang...*» in die Tabelle F03-17 geprüft werden.

- Nach sorgfältiger Prüfung wurden die beiden CHOP Codes 37.33.11 «*Exzision oder Destruktion am Reizleitungssystem, offener Zugang, ablativ Massnahme bei Tachyarrhythmie*» und 37.33.19 «*Exzision oder Destruktion am Reizleitungssystem, offener Zugang, sonstige*» in die Tabelle F03-17 aufgenommen.
- Die Aufnahme des Codes 37.33.10 «*Exzision oder Destruktion am Reizleitungssystem, offener Zugang, n.n.bez.*» wurde überprüft, aber in Folge unzureichender Resultate nicht in die Tabelle aufgenommen.

Patienten mit diabetischem Fuss, bei denen während eines Aufenthalts kombinierte angiologische und chirurgische Massnahmen durchgeführt werden, werden eines Antrags zufolge nicht ausreichend vergütet. Vor einem chirurgischen Eingriff, wie beispielsweise einer Amputation, erfolgt häufig eine angiologische Intervention, etwa eine PTA oder ein Stenting, zur Verbesserung der Perfusion.

Ein möglicher Lösungsansatz für die Homogenitätsprüfung der DRG F13C wäre die Berücksichtigung der Mehrzeitigkeit, indem mindestens zwei Behandlungen mit einem Abstand von mindestens einem Tag geprüft werden. Falls die Fallzahlen für eine neue DRG nicht ausreichen würden, könnte stattdessen die Abfragereihenfolge so angepasst werden, dass die Mehrzeitigkeit vor der Bedingung «*PCCL > 3*» geprüft wird, um eine gerechtere Kostenverteilung zu gewährleisten.

- Die Homogenitätsprüfung der DRG F13C hinsichtlich der Kostentrennung für mehrzeitige Rekonstruktions- oder Revisionseingriffe ergab, dass die Einführung einer neuen DRG aufgrund unzureichender Fallzahlen nicht umsetzbar ist.
- Die Anpassung der Abfragereihenfolge, bei der die Mehrzeitigkeit vor der Prüfung des PCCL-Splits berücksichtigt wird, führte jedoch zu einer verbesserten Vergütung der betroffenen Fälle und wurde daher umgesetzt.

Es erreichten uns mehrere Anträge zur Abbildung von Drug Coated Ballons (DCB), Drug Eluting Stents (DES) sowie zur Prüfung eines Zusatzentgelts für bioresorbierbare Stents (BRS) in der DRG F24. Zudem zeigten externe Anfragen zur Logik innerhalb der F24, dass hier einige Unklarheiten und Verwirrungen bestanden.

Durch interne Fallanalysen der F24 wurde festgestellt, dass die Kodegruppe 39.C1* «Anzahl der implantierten Stents» fälschlicherweise in Kombination mit 36.08.2- «Implantation perkutan-transluminal von Stents mit Medikamentenfreisetzung in Koronararterien» (DES) kodiert wurde, um die Anzahl der Stents anzugeben, anstatt 36.08.2- mehrfach zu kodieren. Im CHOP steht unter 39.C1* ein Exklusivum, das die zusätzliche Kodierung eines 36.08*-Kodes ausschliesst. Diese fehlerhafte Kodierung führte zur Einstufung in höher bewertete DRGs innerhalb der F24 und somit zu einer unsachgemässen Aufwertung falsch kodierter Fälle.

Da es Kombinationsfälle gibt, bei denen sowohl eine DES-Implantation als auch eine Stentimplantation in periphere Gefässe vorliegt und somit die Kodierung eines 39.C1*-Kodes eigentlich erforderlich wäre, waren diese Codes bisher in der DRG F24 enthalten. Um Fehlanreize zukünftig allerdings zu minimieren und die Abbildung der DRG F24 verständlicher zu gestalten, wurde entschieden, für die Systementwicklung 15.0 sämtliche 39.C1*-Kodes aus der DRG F24 zu entfernen und die Logik innerhalb der DRG F24 durch verschiedene Anpassungen zusätzlich zu optimieren:

- Die bisherige untere F24B und die beiden F24Cs wurden zur neuen F24B fusioniert.
- Die beiden bisherigen F24D wurden zur neuen F24C zusammengeführt.
- Die DRGs F24E und F24F wurden zur neuen DRG F24D fusioniert.
- Fälle mit Globalinsuffizienz NYHA III/IV gruppieren weiterhin in die DRGs F24B oder F24C, jedoch nicht mehr in die neue DRG F24D.
- Der Kode 00.66.3A «Perkutan-transluminale Gefässintervention an den Koronarien über die Kollateralen des entsprechenden Gefässes» wurde in die DRG F24C aufgenommen.
- Um eine Gleichstellung mit dem CHOP Kode 00.66.37 «Perkutan-transluminale Gefässinterventionen an den Koronarien mittels Lithotripsie» zu erreichen, wurde 00.66.38 «Perkutan-transluminale Gefässintervention an den Koronarien, selektive Thrombolyse» in die Tabelle F24-10 aufgenommen.
- Kombinationsfälle aus 00.66.21 «Koronarangioplastik [PTCA] mit medikamentenfreisetzenden Ballons», 00.4C.1- «Einsetzen medikamentenfreisetzender Ballons, Anzahl» (DCB) und DES wurden innerhalb der DRG F24 aufgewertet.
- Bioresorbierbare Stents, die mit 36.08.2- für den DES plus dem Zusatzkode fürs Material, 39.C2.11 «Bioresorbierbarer Stent», kodiert werden, wurden analysiert. Die Analysen ergaben, dass die Mehrheit der Fälle sachgerecht abgegolten ist, Fälle mit einer Mehrfachkodierung von 36.08.2- hingegen von einer Aufwertung profitieren würden. Aus diesem Grund wurde die mehrfache Kodierung von DES in der DRG F24 überarbeitet und zusammen mit den Fusionierungen angepasst, jedoch kein Zusatzentgelt etabliert.
- Die Anzahl verwendeter DCBs wurde in diesem Rahmen ebenfalls neu geprüft und entsprechend aufgewertet.

Aufgrund auffällig hoher Fallkosten des Kinderspitals Zürich in der DRG F36 sowie einer komplexen Abfragelogik wurde die gesamte DRG überarbeitet:

- In die Basis DRG F36 wurden Fälle mit niedrigen Intensivpunkten «*IntK NG/Ki > 130 Pkt.*» in Verbindung mit einer OR-Prozedur aufgenommen. Dadurch gelangen diese bereits ab einer geringen Intensität und bei gleichzeitigem Eingriff in die DRG F36.
- Die Splitbedingung des Knotenpunkts für die bisherigen oberen DRGs F36A und F36B wurde in den Knotenpunkt der unteren DRGs F36A, F36B und F36C verschoben. Anschliessend wurde der ursprüngliche Knotenpunkt entfernt und die DRGs F36A und F36B gelöscht.
- Im verbleibenden Knotenpunkt für die DRGs F36A, F36B und F36C wurden die Intensivpunkte für Kinder und Erwachsene herabgesetzt, um Fälle mit niedrigeren Intensivpunkten in die F36B aufzuwerten.
- Die Splitbedingung «*Para-/Tetraplegie*» erwies sich nicht mehr als kostendifferenzierend, weshalb sie entfernt und die dadurch entstandene DRG F36A ebenfalls gestrichen wurde.
- Die DRG F36 besitzt nun neben den verbleibenden DRGs F36C, F36D und F36E nur noch eine DRG F36A und eine DRG F36B, wodurch die Abfragelogik vereinfacht wurde.

Während der Systementwicklung 15.0 wurden wir auf ein Problem bei der Abbildung der Implantation, Revision oder Entfernung von herzkreislauf- und lungenunterstützenden Systemen hingewiesen. Konkret betraf dies identische Codes mit den Zugangsformen «*perkutan*» und «*offen chirurgisch extra-thorakal (z. B. Gefässfreilegung)*», die in der Praxis zu Verwirrung führten. Für den CHOP 2026 wurde daher entschieden, diese Codes zusammenzuführen. Um die Zusammenführung für zukünftige Entwicklungen zu erleichtern, wurde die Abbildung jedes einzelnen Codes im System überprüft und entsprechend positiven Simulationen angeglichen.

- Identische Codes mit den beschriebenen Zugangswegen werden nun einheitlich abgebildet.
- Zusätzlich wurde eine gleichgestellte Codegruppe in die DRG F37A aufgenommen. Durch die Kodierung der folgenden Codes erfolgt nun die Aufwertung in die DRG F37A:
 - 37.6A.42 «*Implantation eines herzkreislaufunterstützenden Systems, mit Pumpe, ohne Gasaustauschfunktion, intravasal (inkl. Intrakardial), rechtsventrikulär, perkutan*»
 - 37.6A.44 «*Implantation eines herzkreislaufunterstützenden Systems, mit Pumpe, ohne Gasaustauschfunktion, intravasal (inkl. intrakardial), linksventrikulär, perkutan, mit einer potentiellen Pumpleistung bis maximal 2.5 l/min*»
 - 37.6A.45 «*Implantation eines herzkreislaufunterstützenden Systems, mit Pumpe, ohne Gasaustauschfunktion, intravasal (inkl. intrakardial), linksventrikulär, perkutan, mit einer potentiellen Pumpleistung von mehr als 2.5 l/min bis weniger als 5.0 l/min*»
 - 37.6A.46 «*Implantation eines herzkreislaufunterstützenden Systems, mit Pumpe, ohne Gasaustauschfunktion, intravasal (inkl. intrakardial), linksventrikulär, perkutan, mit einer potentiellen Pumpleistung von mindestens 5.0 l/min bis weniger als 5.5 l/min*»
 - 37.6A.47 «*Implantation eines herzkreislaufunterstützenden Systems, mit Pumpe, ohne Gasaustauschfunktion, intravasal (inkl. intrakardial), linksventrikulär, perkutan, mit einer potentiellen Pumpleistung von 5.5 l/min und mehr*»
 - 37.6A.4F «*Implantation eines herzkreislaufunterstützenden Systems, mit Pumpe, ohne Gasaustauschfunktion, intravasal (inkl. Intrakardial), rechtsventrikulär, offen chirurgisch extra-thorakal (z. B. Gefässfreilegung)*»
 - 37.6A.4H «*Implantation eines herzkreislaufunterstützenden Systems, mit Pumpe, ohne Gasaustauschfunktion, intravasal (inkl. intrakardial), linksventrikulär, offen chirurgisch extra-thorakal (z. B. Gefässfreilegung), mit einer potentiellen Pumpleistung bis maximal 2.5 l/min*»

- 37.6A.4I «Implantation eines herzkreislaufunterstützenden Systems, mit Pumpe, ohne Gasaustauschfunktion, intravasal (inkl. intrakardial), linksventrikulär, offen chirurgisch extra-thorakal (z. B. Gefässfreilegung), mit einer potentiellen Pumpleistung von mehr als 2.5 l/min bis weniger als 5.0 l/min»
- 37.6A.4J «Implantation eines herzkreislaufunterstützenden Systems, mit Pumpe, ohne Gasaustauschfunktion, intravasal (inkl. intrakardial), linksventrikulär, offen chirurgisch extra-thorakal (z. B. Gefässfreilegung), mit einer potentiellen Pumpleistung von mindestens 5.0 l/min bis weniger als 5.5 l/min»
- 37.6A.4K «Implantation eines herzkreislaufunterstützenden Systems, mit Pumpe, ohne Gasaustauschfunktion, intravasal (inkl. intrakardial), linksventrikulär, offen chirurgisch extra-thorakal (z. B. Gefässfreilegung), mit einer potentiellen Pumpleistung von 5.5 l/min und mehr»
- Zwei von der Zusammenführung nicht betroffene Codes wurden ebenfalls in die DRG F37A aufgewertet:
 - 37.6A.81 «Implantation einer intraaortalen Ballonpumpe [IABP], offen chirurgisch»
 - 37.6A.82 «Implantation einer intraaortalen Ballonpumpe [IABP], perkutan»

Es erreichten uns mehrere Anträge mit der Bitte um eine Neubeurteilung der DRG F50, insbesondere im Hinblick auf Patienten mit der Hauptbehandlung 37.34.12 «Ablation bei Tachyarrhythmie, gekühlte Radiofrequenzablation», die vor allem im Zusammenhang mit der Hauptdiagnose Vorhofflimmern (I48*) als hoch defizitär eingestuft wurden. Zudem wurden wir gebeten, für 37.28 «Intrakardiale Echokardiographie [IKE]» entweder ein Zusatzentgelt zu schaffen oder es innerhalb der DRG F50 als Splitkriterium zu implementieren.

- Die Einführung eines Zusatzentgeltes für 37.28 «Intrakardiale Echokardiographie [IKE]» wurde geprüft, jedoch aufgrund der Fallzusammensetzung nicht als sinnvoll erachtet. Wegen mangelnder Fallzahlen eignete sich 37.28 zudem nicht als Splitkriterium.
- Analysen der gesamten DRG F50 zeigten schweizweit einen guten Deckungsgrad, weshalb der geschilderte Sachverhalt nicht bestätigt werden konnte.
- Weiterführende Analysen wiesen jedoch auf eine defizitäre Abbildung von Fällen mit 37.34.1.-«Ablationsverfahren bei Tachyarrhythmien» hin.
- Zur Optimierung wurde eine neue DRG F50A oberhalb der bisherigen DRG F50A eingeführt. Diese umfasst Fälle, die entweder:
 - mindestens zwei Ablationen bei Tachyarrhythmien (37.34.1 und 37.34.31) an unterschiedlichen Tagen oder
 - einen perkutanen Verschluss des linken Vorhofs (37.90.10) in Kombination mit einer Ablation bei Tachyarrhythmie (37.34.1) und einer Lokalisation des Ablationsverfahrens im linken Vorhof oder Ventrikel (37.34.24 und 37.34.25) beinhalten.
- Kostenintensive Fälle mit diesen Fallkonstellationen gruppieren nun in die neue DRG F50A, wodurch sich die Vergütung der neuen F50A erhöht.
- Die bisherige DRG F50A wurde unter Beibehaltung der bisherigen Bedingungen zur neuen DRG F50B umbenannt.
- Die bisherige F50B wird künftig als neue F50C geführt.

Die DRG F59 betreffend erhielten wir ebenfalls mehrere Anträge, in denen unter anderem beantragt wurde, den Code 39.75.15 «Perkutan-transluminale Gefässintervention, sonstige Gefässe, selektive Thrombolyse» durch Aufnahme in die Tabellen F59-3 und F59-10 der DRG F59D zuzuweisen und ihn somit dem Code 39.75.16 «Perkutan-transluminale Gefässintervention, sonstige Gefässe, selektive Thrombolyse, ultraschallunterstützt» gleichzustellen.

Weiter wurde beantragt, die Diagnosen I81 «Pfortaderthrombose» und I87* «Sonstige Venenkrankheiten» in die Diagnoseliste F59-1 aufzunehmen, damit Fälle mit einer gleichzeitigen bestimmten Gefässintervention aus 39.B.-J- aus der Prozedurenliste mit bestimmten 39.B*-Kodes in die DRG F59D gruppiert werden.

- Bei der Prüfung des Sachverhalts wurde festgestellt, dass der Kode 39.75.15 bereits in der Tabelle F59-3 enthalten war.
- Die zusätzliche Aufnahme in die Tabelle F59-10 wurde als sinnvoll erachtet und durch ein positives Rechenergebnis gestützt, womit nun sowohl 39.75.15 als auch 39.75.16 in den Tabellen F59-3 und F59-10 enthalten sind.
- Die Aufnahme von I81 und I87* in die DRG F59 sowie deren Zuteilung zur DRG F59D wurde überprüft. Der Diagnosekode I81 «Pfortaderthrombose» ist zufriedenstellend in der MDC 07 abgebildet, wo er unseres Erachtens bleiben soll.
- Nach verschiedenen Simulationen wurde anhand der Resultate allerdings entschieden, die folgenden Venenkrankheiten in Verbindung mit bestimmten perkutanen transluminalen Gefässinterventionen aus Tabelle F59-11 in die DRG F59E aufzunehmen:
 - I87.00 «Postthrombotisches Syndrom ohne Ulzeration»
 - I87.01 «Postthrombotisches Syndrom mit Ulzeration»
 - I87.1 «Venenkompensation»
 - I87.20 «Venöse Insuffizienz (chronisch) (peripher) ohne Ulzeration»
 - I87.21 «Venöse Insuffizienz (chronisch) (peripher) mit Ulzeration»
 - I87.8 «Sonstige näher bezeichnete Venenkrankheiten»

Zur DRG F62 «Herzinsuffizienz und Schock» erzielte uns ein Antrag, in dem Defizite innerhalb der gesamten DRG, insbesondere jedoch in den DRGs F62A, F62B und F62D, aufgezeigt wurden. Vorgeschlagen wurde eine Anpassung der PCCL-Splits für die DRGs F62A und F62B, entweder durch eine Absenkung oder durch die Entkopplung von anderen Kriterien. Zudem sollte eine dem Antrag beiliegende Liste spezifischer Diagnosekodes für den Split zwischen F62C und F62D überprüft werden.

- Diverse Deckungsgradanalysen ergaben keine signifikanten Unterdeckungen.
- Nach mehrfachen Simulationen verschiedener PCCL-Split-Varianten wurde der Split für die DRG F62A um das Kriterium «PCCL > 4» ergänzt.
- Alle vorgeschlagenen Diagnosekodes wurden überprüft, jedoch eignete sich keiner als Splitkriterium, weshalb keine Anpassungen vorgenommen wurden.

Mehrere Antragsteller forderten die Prüfung der Gleichstellung der Codes 35.F4.23 «Trikuspidalklappenersatz durch Xenograft (Bioprothese), endovaskulärer Zugang» und 35.F2.26 «Mitralklappenersatz durch Xenograft (Bioprothese) mit transapikaler Verankerung» mit dem CHOP Kode 35.F2.25 «Mitralklappenersatz durch Xenograft (Bioprothese), transapikal mit Verwendung eines perkutanen apikalen Zugangs- und Verschlusssysteme». Dabei sollte geprüft werden, ob diese Codes in die Tabelle F98-10 aufgenommen und dadurch aus der DRG F98C in die DRG F98B aufgewertet werden können. Weiter wurde um eine Aufwertung von minimalinvasiven Valvuloplastiken an Mitralklappen gebeten, insbesondere im Zusammenhang mit der Anzahl verwendeter Clips gemäss 35.J1.- «Anzahl eingesetzte Clips bei einer Herzklappenrekonstruktion», auch hier mit dem Ziel, eine potenzielle Höherstufung dieser Verfahren aus der DRG F98C in die DRG F98B zu erreichen.

Nach umfassenden Simulationen wurden schliesslich folgende Anpassungen umgesetzt:

- Die genannten Codes wurden gemeinsam mit weiteren, minimalinvasiven Mitralklappen- oder Trikuspidalklappenersätzen durch Bioprothesen in die Tabelle F98-10 aufgenommen. Die neu hinzugefügten Codes sind:
 - 35.F2.24 «Mitralklappenersatz durch Xenograft (Bioprothese), transapikal»
 - 35.F2.26 «Mitralklappenersatz durch Xenograft (Bioprothese) mit transapikaler Verankerung»

- 35.F2.33 «Mitralklappenersatz durch Xenograft, stentless, endovaskulärer Zugang»
- 35.F2.34 «Mitralklappenersatz durch Xenograft, stentless, transapikal»
- 35.F4.23 «Trikuspidalklappenersatz durch Xenograft (Bioprothese), endovaskulärer Zugang»
- 35.F4.24 «Trikuspidalklappenersatz durch Xenograft (Bioprothese), transapikal»
- Eine neue DRG F98C wurde speziell für minimalinvasive Valvuloplastiken der Mitral- und Trikuspidalklappen geschaffen. Sie umfasst nun ohne zusätzliche Bedingungen die folgenden CHOP Codes:
 - 35.E2.13 «Valvuloplastik der Mitralklappe, endovaskulärer Zugang, transarteriell»
 - 35.E2.14 «Valvuloplastik der Mitralklappe, endovaskulärer Zugang, transvenös»
 - 35.E2.15 «Valvuloplastik der Mitralklappe kathetergesteuert, transapikal»
 - 35.E4.14 «Valvuloplastik der Trikuspidalklappe kathetergesteuert, transapikal»
 - 35.E4.15 «Valvuloplastik der Trikuspidalklappe, endovaskulärer Zugang, transarteriell»
 - 35.E4.16 «Valvuloplastik der Trikuspidalklappe, endovaskulärer Zugang, transvenös»
- Die bestehende DRG F98C wurde unverändert zur neuen DRG F98D umbenannt.

3.2.8 MDC 06 Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane

Es ist eine Anfrage per E-Mail eingegangen, in der beschrieben wurde, dass bei einer Inzision am Dünndarm (45.02) zusätzlich eine Laparotomie kodiert wurde, um damit eine höher bewertete DRG zu erreichen. Dies wurde mit einer Analogiekodierung begründet, welche für die Version 12.0 gültig war. Diese Analogiekodierung war jedoch lediglich für den bestimmten Eingriff 43.42.11 «Lokale Exzision von Läsion oder Gewebe am Magen, offen chirurgisch» zu verwenden und damit nicht übertragbar auf ähnliche CHOP Codes.

- Daraufhin haben wir die Abbildungsgüte für die CHOP Codes 45.01-.03 überprüft. Diese waren bis dato nicht gruppierungsrelevant. Es zeigte sich jedoch, dass eine Abbildung im System sachgerecht ist.
- Es konnte eine neue Tabelle gebildet werden und die Codes konnten in die DRG G04 aufgenommen werden.

In einem Antrag wurde dargelegt, dass eine Enterokolitis durch *Clostridium difficile* einen Spitalaufenthalt verlängern kann und zu höheren Kosten führt, z.B. aufgrund der zusätzlichen Hygienemassnahmen. Es wurde gefordert, diese Mehrkosten innerhalb der CC-Matrix aufzuwerten.

- Die ICD Kodegruppe A04.7* «Enterokolitis durch *Clostridium difficile*» wurden infolge unserer Analysen in die DRG G67C aufgenommen.
- Die Logik der DRG G67A wurde geschärft, indem alle Fälle mit Enterokolitis LOS > 1 erfüllen müssen.
- Die ADRG G46 wurde ausgeschlossen, damit Fälle mit Endoskopie dort weiterhin aufwandsgerecht abgebildet werden.

Im Rahmen des Antragsverfahrens wurde ein Antrag zu Rektumresektionen eingereicht. Dabei wurde beschrieben, dass bei Vorliegen von Endometrioseherden am Darm, welche im selben Eingriff reseziert werden, ein höherer operativer Zusatzaufwand entsteht. Es wurde eine Aufwertung der Diagnose in die DRG G17B beantragt.

- Die Analysen haben diese aufwendige Konstellation bestätigt.
- Daraufhin wurde die Diagnose N80.5 «*Endometriose des Darmes*» in die DRG G17B aufgenommen und die Fälle damit sachgerecht aufgewertet.

Wir wurden in einem weiteren Antrag darauf hingewiesen, dass der CHOP Kode 42.99.39 «*Sonstige Operation am Ösophagus, Antirefluxsystem zur Unterstützung der Funktion des ösophagealen Sphinkters, sonstige*» nicht gruppierungsrelevant ist und ein solcher Fall in die medizinische DRG G72 hineingruppiert.

- Unsere Analysen haben bestätigt, dass es aufgrund der Kostenstruktur sachgerecht ist, diesen operativen Eingriff in der Abfragelogik abzubilden.
- Der CHOP Kode 42.99.39 «*Sonstige Operation am Ösophagus, Antirefluxsystem zur Unterstützung der Funktion des ösophagealen Sphinkters, sonstige*» wurde daraufhin als OR-Prozedur in Basis DRG G19 aufgenommen.

Ein Antragsteller hat uns beauftragt, Fälle mit Eingriffen und dem CHOP Kode 47.11 «*Inzidente Appendektomie, während einer Laparoskopie aus anderem Grund*» in der Basis DRG G22 «*Appendektomie*» zu prüfen.

- Es wurde eine Schärfung der Logik in der Basis DRG G22 vorgenommen
- und der CHOP Kode 47.11 «*Inzidente Appendektomie, während einer Laparoskopie aus anderem Grund*» wurde aus der Funktion «*Bestimmte Prozeduren*» entfernt.

Im Zuge antragsübergreifender Fallprüfungen sind Fälle innerhalb der DRG G86 aufgefallen, welche nicht kostendeckend vergütet wurden. Diese Fälle wiesen den CHOP Kode 96.3A «*Fäkale Transplantation*» auf, welcher bis dato nicht gruppierungsrelevant war.

- Es konnte daraufhin ein neuer Split «*Bestimmte Prozedur bei entzündlichen Darm-erkrankungen*» mit dem CHOP Kode 96.3A «*Fäkale Transplantation*» für eine neue G86A implementiert werden.

3.2.9 MDC 07 Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas

In einem Antrag wurde um die Prüfung auf Kostendeckung in der DRG H01 gebeten. Ausserdem war dem Antragsteller aufgefallen, dass Fälle mit Pankreatektomien (52.5- und 52.6-) bei bestimmten Komplikationen in die DRG H33 gruppieren. Die Fälle sollten gemeinsam in der Basis DRG H01 abgebildet werden und mit entsprechenden Splits differenziert werden.

- Infolge des Antrags und unserer Analysen konnte eine neue Tabelle erstellt werden mit CHOP Codes 52.5-/6- und diese in die Basis H01 aufgenommen werden.
- Innerhalb der DRG H01 konnte ausserdem ein neuer Split und damit eine neue H01A geschaffen werden anhand der folgenden Splitkriterien:
 - «*Vakuumbehandlung*» oder
 - «*IntK > 196/360*» oder
 - «*IntK >185 und IMCK > 185 Aufwandspunkte*»
- Damit wird eine sachgerechte Vergütung für diese Fälle geschaffen.

Ein anderer Antragsteller bat um die Prüfung der Abwertung von 51.02 «*Cholezystostomie durch Trokar*». Es wurde begründet, dass eine Punktion der Gallenblase bei einer gleichzeitig durchgeführten Cholezystektomie enthalten ist und keinen grossen Zusatzaufwand darstellt, da sie zwei Minuten dauert und eine Punktionskanüle bereits im OP-Sieb enthalten ist.

- Unsere Analysen konnten bestätigen, dass Fälle mit diesem CHOP Kode in ein höher bewertete DRG hineingruppierten, obwohl keine relevanten Zusatzkosten erkennbar sind.
- Infolgedessen wurde eine Verschiebung dieser CHOP Codes von der bisherigen Basis DRG H05 zur H06 vorgenommen:

- 51.02 «Cholezystostomie durch Trokar»
- 51.03 «Sonstige Cholezystostomie»
- 51.04 «Sonstige Cholezystomie»
- Damit geht eine Abwertung einher, die Fälle gruppieren nun mit einer Cholezystektomie aufgrund der Abfragereihenfolge aufwandsgerecht in die Basis DRG H07, und mit einer einzeln durchgeführten Cholezystostomie in die H06.

Gemäss einem weiteren Antrag führen bestimmte Komplikationen wie Gallenleck, Delir oder IMC-Komplexbehandlungen innerhalb der Basis DRG H07 «Cholezystektomie» zu längeren Hospitalisationen. Sie werden gemäss Antragsteller nicht aufwandsgerecht vergütet.

- Unsere Analysen haben diese These nicht bestätigt. Stattdessen wurden andere Splitkriterien identifiziert und in die DRG H07A aufgewertet:
 - Neues Splitkriterium «PCCL > 3»
 - «IntK/IMCK Erw >119 Aufwandspunkte»
- Das Splitkriterium «Thrombozytopenie» wurde dagegen aus der DRG H07B entfernt, da es hier keine Fälle gegeben hat.

Ein weiterer Antrag befasste sich mit der DRG H41 «ERCP und photodynamische Therapie oder endoskopische Eingriffe am Ösophagus». Insbesondere seien die Kosten bei den Todesfällen deutlich höher und diese damit stark unterdeckt. Fälle sollten gemäss Antragsteller in die DRG H37 hineingruppiert werden.

- Dieser Vorschlag erwies sich nicht als geeignet.
- Es liessen sich bei der Analyse der genannten Fallmenge jedoch andere Kriterien identifizieren.
- Eine neue H41A mit folgenden Kriterien wurde geschaffen:
 - «ERCP und PCCL > 3» oder
 - «Aufwendige Konstellationen bei BNB»
 - «IntK/IMCK Erw > 119 Aufwandspunkte»

Im Rahmen der antragsübergreifenden Analysen sind aufwendige Fälle innerhalb der DRG H62 aufgefallen. Daraufhin konnten folgende Splitkriterien identifiziert und aufgewertet werden:

- In die DRG H62A wurde die Diagnosentabelle «Zerebralparese» aufgenommen.
- In die DRG H62B wurden ein Split mit «Alter < 16 Jahre» und die Kodegruppe S36.2-«Verletzung des Pankreas» aufgenommen.

3.2.10 MDC 08 Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe

In den Daten 2023 war ersichtlich, dass in der Basis DRG I02 «Hochaufwendige Gewebe- oder Hauttransplantationen, ausser an der Hand oder vierzeitige bestimmte OR-Prozeduren oder mikrovaskulärer Eingriff» sehr teure Fälle waren, welche nicht sachgerecht abgebildet wurden. Zusätzlich wies die DRG I12A «Knochen- und Gelenkinfektion/-entzündung mit verschiedenen Eingriffen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit äusserst schweren CC oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung/IMCK Erw > 119 Aufwandspunkte» Fälle mit einer Hauttransplantation aus, welche dort untervergütet waren.

- Die «DRG I12A» wurde in die Basis DRG I02 mit der Verknüpfung «vierzeitig bestimmte OR-Prozedur» aufgenommen.
- Aufwertung der Eingriffe mit einer «vierzeitig bestimmte OR-Prozedur» in die DRG I02B.
- Etablierung einer neuen DRG I02A mit der Bedingung «PCCL > 4».

Erneute Überprüfungen des Ressourcenverbrauches von «Fusionen von Wirbeln mit Stabilisierung der Wirbelsäule, ab 12 Segmente und mehr» innerhalb der ADRG I09 «Wirbelkörperfusion oder Wirbelkörper-Ersatz ab 2 Implantaten» in den Daten 2023 haben gezeigt, dass diese Fälle in der I09B untervergütet sind.

- Fälle mit einer Fusion zur Stabilisierung ab 12 Segmente gruppieren in der Version 15.0 neu in die DRG I09A «Komplexe Wirbelkörperfusion einer Stellungskorrektur oder Stabilisierung ab 12 Segmente oder intensivmedizinische Komplexbehandlung NG/Ki > 130 Aufwandspunkte».

Ein Antragsteller bat uns um Homogenitätsprüfung innerhalb der DRG I10B «Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit bestimmtem Eingriff oder Halotraktion oder Alter < 16 Jahre oder komplexe Diagnose oder mehrzeitige bestimmte OR-Prozedur oder intensivmedizinische Komplexbehandlung Erw > 119 Aufwandspunkte».

- Analysen zeigten, dass Fälle mit einem CHOP Kode 7A.73.13 bis -.1F /7A.73.23 bis -.2F «Nicht-dynamische Stabilisierung der Wirbelsäule durch Osteosynthese ohne Fusion der Wirbel, Zugang dorsal und dorsolateral/ventral, 3 Segmente und mehr» in der DRG I10B nicht sachgerecht vergütet werden.
- Diese Fallgruppe wurde in den Split für die DRG I10A «Andere Eingriffe an der Wirbelsäule oder Halotraktion mit äusserst schweren CC oder Eingriff an mehreren Lokalisationen oder bestimmtem Eingriff oder intensivmedizinische Komplexbehandlung/IMCK > 196/184 Aufwandspunkte» aufgenommen.

Analysen der Fälle in Basis DRG I11 «Rekonstruktion bei Fehlbildung oder Verlängerung von Extremitäten (alter Text)» wiesen teure Fälle aus, welche nicht sachgerecht vergütet waren.

- Die DRGs I11A und I11B wurden zu I11Z «Osteotomie an Extremitäten oder bestimmter Eingriff bei Fehlbildung» kondensiert.
- Eine neue DRG I19Z «Implantation einer internen Verlängerungsvorrichtung der Extremitäten» wurde etabliert.
- Bestimmte Fallmengen innerhalb der Basis DRGs I08 und I13 wurden aufgewertet. Fälle mit «Verlängerungsosteotomie» oder einer Hauptdiagnose «Fehlbildung an Extremitäten» und «Osteotomie» mit «externer Fixationsvorrichtung» gruppieren neu in DRGs I08B und I13A.

Ein Anwender wies uns darauf hin, dass das Anlegen einer externen Fixationsvorrichtung mittels Ringsystem in der Logik in Kombination mit weiteren externen Fixationsvorrichtungen medizinisch nicht sinnvoll ist. Wir wurden gebeten, diese Logik zu überprüfen.

- Im Ergebnis konnte die Kombinationslogik entfernt werden.
- Fälle mit einem CHOP Kode 84.72 «Anlegen einer externen Fixationsvorrichtung, Ringsystem» gruppieren nun ohne weitere Bedingung in DRG I13B «Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk, mit Mehrfacheingriff, bestimmtem beidseitigen Eingriff oder komplexer Prozedur/Diagnose».
- Zusätzlich konnte die Logik auch in den DRGs I07A «Amputation mit äusserst schweren CC oder bestimmte Prozedur» und I12A «Knochen- und Gelenkinfektion/-entzündung mit verschiedenen Eingriffen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit äusserst schweren CC oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung/IMCK Erw > 119 Aufwandspunkte» etabliert werden.

In einem Antrag wurde um die Aufwertung des CHOP Zusatzkodes 00.90.32 «Alloplastisches Implantat» gebeten, mit der Begründung, dass bei einer Augmentation, einer Ersatzplastik oder einer Rekonstruktion einer Sehne an der Schulter unter anderem alloplastische Materialien verwendet werden und diese deutlich teurer sind als zum Beispiel eine Naht oder ein Sehnenanker.

- Der CHOP Kode 00.90.32 zeigte sich in den Analysen als nicht geeignet für eine höhere Bewertung der aufgeführten Leistungen.
- Jedoch wiesen die CHOP Codes 83.88.11 und -.12 «Augmentation einer Sehne, Schulter und Axilla/ Oberarm und Ellenbogen» sowie 83.88.21 und -.22 «Sehnenerersatzplastik, Schulter und Axilla/Oberarm und Ellenbogen» einen hohen Ressourcenverbrauch auf.

- Diese CHOP Codes konnten in den Split für die DRG I29A «Komplexe Eingriffe an Skapula, Klavikula, Rippen oder Schulter mit bestimmtem Eingriff oder intensivmedizinische Komplexbehandlung NG/Ki > 130 Aufwandspunkte» aufgenommen werden. Damit werden diese Eingriffe in Version 15.0 aufgewertet.

3.2.11 MDC 09 Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma

Auf Basis der gesamtschweizerischen Daten 2023 erwies sich der PCCL-Split > 2 für die DRG J08A nicht mehr als eindeutiges kostentrennendes Merkmal.

- Die DRGs J08A und J08B wurden zur DRG J08Z «Andere Hauttransplantation oder Debridement mit komplexer Diagnose oder mit zusätzlichem Eingriff an Kopf und Hals» kondensiert.

Der CHOP Kode 86.83.1C «Gewebereduktionsplastik gleichzeitig Bauch, Flanke sowie Rücken» steht in der beidseitigen/an mehreren Lokalisationen-Logik für die DRG J10A. Da der CHOP Kode aber bereits mehrere Lokalisationen enthält, wurde er als alleinige Splitbedingung für die DRG J10A «Plastische Operationen an Haut, Unterhaut und Mamma mit bestimmtem Eingriff oder an mehreren Lokalisationen» aufgewertet.

- Zusätzlich wurde ein Kindersplit «Alter < 16 Jahre» für die DRG J10A eingefügt, womit ebenfalls eine Verbesserung der Abbildungsgüte in der Basis DRG J10 erreicht werden konnte.

Wir erhielten einen Hinweis, dass die Gruppierung des ICD Codes Z80.3 «Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma] in der Familienanamnese» in der Anwendung Fragen aufwirft.

- Bisher ist dieser ICD Kode in den Basis DRGs mit bösartigen Neubildungen abgebildet.
- Im Rahmen der Überprüfung fielen weitere ICD Codes auf.
- So wurden folgende ICD Codes aus den Tabellen für bösartige Neubildungen an der Mamma J06-1, J14-1, J23-1, J25-1 und J62-1 entfernt:
 - D48.6 «Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens: Brustdrüse [Mamma]»
 - N60.1 «Diffuse zystische Mastopathie»
 - Z80.3 «Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma] in der Familienanamnese»
- Zusätzlich wurden die Logiken in den Basis DRGs J06, J14, J23 und J25 so angepasst, dass die bösartigen Neubildungen an der Mamma nur noch als Hauptdiagnose in diese Basis DRGs gruppieren und somit eine Aufwertung erfahren.

Innerhalb der MDC 09 fielen uns untervergütete Fälle mit mehreren Eingriffen auf, welche die Bedingungen «Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren oder IntK/IMCK > 196/360 Pkt.» für die Basis DRG J33 bisher nicht erreichten.

- Mit der Aufnahme der globalen Funktion «Mehrzeitige bestimmte OR-Prozeduren» in Kombination mit «IntK/IMCK Erw > 184 Pkt.» in die Bedingungen für die Basis DRG J33 sind diese Fälle nun sachgerecht abgebildet.

Die Durchführung eines Tumorboards war bisher in der MDC 09 nicht abgebildet. In den Daten 2023 sahen wir weiterhin eine geringe Fallzahl mit dieser Konstellation. Diese Fälle waren aber deutlich untervergütet und sind nun mit der Aufnahme der globalen Funktion «Aufwendige Konstellationen bei BNB» in die Splitbedingung für die DRG J62A aufwandsgerecht abgebildet.

Laut einem Antragsteller weisen Fälle mit einer intravenösen antibiotischen Therapie mit mehr als 7 Behandlungstagen höhere Kosten innerhalb der DRG J64D «Infektion/Entzündung der Haut und Unterhaut und Alter > 15 Jahre» auf. Er bat uns um eine Aufwertung der CHOP Kodegruppe 99.22.18-1B «Injektion oder Infusion einer antiinfektiösen Substanz, ab 7 Behandlungstagen» in die DRG J64C.

- Eine reine Aufwertung der CHOP Kodegruppe 99.22.18-1B erachten wir aus Gründen des Fehlansreizes als nicht zielführend.
- Wir konnten aber teure Fälle identifizieren, welche aufgrund eines Erysipels oder einer Phlegmone in Kombination mit einer Antibiotikatherapie einen höheren Ressourcenverbrauch aufwiesen.
- So wurden Fälle mit der Hauptdiagnose eines Erysipels oder Phlegmone und einer venösen Antibiotikatherapie mit mindestens 14 Behandlungstagen in die DRG J64A aufgewertet.
- Ebenfalls in die DRG J64A wurden Fälle mit einem PCCL > 2 und einer venösen Antibiotikatherapie mit mindestens 14 Behandlungstagen aufgewertet.

3.2.12 MDC 10 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten

Ein Antragsteller bat um die Prüfung von Fällen mit der Hauptdiagnose Nebennierentumoren C74. Es wurde darauf hingewiesen, dass diese derzeit in die DRG K64 «Endokrinopathien» gruppiert werden, was den tatsächlichen Behandlungsaufwand nicht widerspiegelt. Insbesondere Fälle mit Neuroblastomen, malignen Phäochromozytomen/Paragangliomen und Nebennierenrindenzinomen weisen durch Immuntherapien eine deutlich längere Aufenthaltsdauer und höhere Kosten auf.

- Eine neue DRG K86A wurde über der alten DRG K86A geschaffen, mit einem Kindersplit von Alter < 16 Jahren in Verbindung entweder mit:
 - C74 «Bösartige Neubildung der Nebenniere» oder C75 «Bösartige Neubildung, sonstiger endokriner Drüsen und verwandter Strukturen»
 - oder 99.28.11-13 «Andere Immuntherapie...»
- Die alte DRG K86A wurde bei gleichbleibender Splitbedingung von Alter < 16 Jahren zur neuen DRG K86B.
- Die alte DRG K86B wurde zur neuen DRG K86C.

3.2.13 MDC 11 Krankheiten und Störungen der Harnorgane

Über das Antragsverfahren hinaus wurde ersichtlich, dass die DRGs L04A und L04B eine ähnliche Kostenstruktur und Durchschnittskosten aufweisen. Das Splitkriterium mit CHOP Kode 58.93.11 «Implantation eines künstlichen Harnblasensphinkters» hebt sich damit nicht mehr vom Kindersplit «Alter < 16 Jahre» in der DRG L04B ab.

- Die beiden DRGs L04A und L04B wurden deshalb zusammengeführt und in einer DRG abgebildet (L04A), die DRG L04C war damit hinfällig und wurde gelöscht.

Ein Antragsteller hat beschrieben, dass die partielle Nephrektomie im Vergleich zur totalen Nephrektomie untervergütet ist. Begründet wurde dies damit, dass die partielle Nephrektomie zur Organerhaltung dient und dadurch wegen längerer OP-Dauer und höherer Materialkosten aufwändiger ist.

- In unseren Analysen konnten wir einen höheren Aufwand nachweisen.
- Infolgedessen wurde der CHOP Kode 55.4 «Partielle Nephrektomie» in die DRG L13B aufgenommen.
- Zahlreiche Fälle werden dadurch aufgewertet und sachgerecht vergütet.

Ein Antragsteller bat darum, zu prüfen, ob eine Unterscheidung von Infektionen an den Harnorganen mit oder ohne Obstruktion sachgerecht ist. Es wurde dabei vor allem die DRG L63 hervorgehoben.

Unsere Analysen haben jedoch gezeigt, dass eine Unterscheidung nicht in der DRG L63, sondern in der DRG L42 sachgerecht ist.

- Infolgedessen wurde in der DRG L42 «ESWL bei Harnsteinen» die Diagnosentabelle «Steine an den Harnorganen» so bereinigt, dass nur Codes mit Stein in den Harnwegen enthalten bleiben. Folgende Codes wurden dabei entfernt:
 - K66.2 «Retroperitonealfibrose»
 - N13.- «Hydronephrose ...»

- N13.5 «*Abknickung und Striktur des Ureters ohne Hydronephrose*»
- N23 «*Nicht näher bezeichnete Nierenkolik*»

In der DRG L60 wurden im Rahmen unserer Analysen die Splitkriterien weiterentwickelt:

- In die DRG L60A wurden neben der bereits erwähnten Ureter-Katheterisierung zusätzlich mittelschwere Eingriffe an den Harnorganen aufgewertet.
- In die DRG L60C wurde die Ureter-Katheterisierung (in Kombination mit akutem Nierenversagen) aufgenommen und ebenfalls die Tabelle mit mittelschweren Eingriffen an den Harnorganen aufgewertet.

Wir erhielten einen Antrag zur Aufnahme der CHOP Kodegruppe 59.8X.- «*Ureter-Katheterisierung*» in die operative DRG L20, um damit eine Angleichung an die CHOP Codes 56.OX «*Transurethrale Desobstruktion des Ureters und des Nierenbeckens*» vorzunehmen.

- Eine Aufnahme in die DRG L20 erwies sich als nicht sachgerecht: Bei den Simulationen ergaben sich sehr viele Fallverschiebungen aus anderen DRGs, in welchen die Fälle besser abgebildet sind.
- Stattdessen wurden die CHOP Codes in unterschiedlichen Konstellationen in den DRGs L60/L63 aufgewertet:
 - In L60A (in Verbindung mit Dialyse und akutem Nierenversagen)
 - In L60C (in Verbindung mit akutem Nierenversagen)
 - In L63A

Ein weiterer Antrag wies auf eine heterogene Fallgruppe innerhalb der DRG L63 «*Infektionen der Harnorgane*» hin, ohne konkrete Hinweise zu liefern. Nach zahlreichen Analysen und Simulationen konnten dabei neue Splitkriterien abgeleitet werden:

In die DRG L63A gruppieren neu Fälle mit:

- «*Kontaktisolation ab 14 BHT*» oder
- «*PCCL > 3*» oder
- «*Mittelschwere Eingriffe Harnorgane*» oder
- «*Nierenbiopsie*» oder
- «*Ureter-Katheterisierung*»

Darüber hinaus haben sich im Rahmen der Analysen bestimmte diagnostische Eingriffe an den Harnorganen als aufwendig erwiesen.

- Die CHOP Codes 55.01.10 «*Nephrotomie, perkutan-transrenal*», 55.01.99 «*Nephrotomie, sonstige*», 55.11 «*Pyelotomie*», 55.21 «*Nephroskopie*», 55.22 «*Pyeloskopie*», 55.92 «*Perkutane Aspiration an der Niere (Nierenbecken)*» und 56.31 «*Ureteroskopie*» wurden in folgenden DRGs aufgenommen:
 - L63B
 - L64A
 - L68A

3.2.14 MDC 12 Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane

Bisher waren Gewebetransplantationen mit mikrovaskulärer Anastomose in der MDC 12 nicht abgebildet. Nun sind in den Daten 2023 teure Fälle in der MDC 12 aufgefallen, welche diesen Code aufweisen.

- In der Version 15.0 wurden deshalb die CHOP Codes für «*Gewebetransplantation mit mikrovaskulärer Anastomosierung*» in der DRG M37Z aufgenommen.

3.2.15 MDC 14 Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett

In der DRG O02B «*Vaginale Entbindung mit aufwendigem Eingriff oder bestimmte Prozedur mit bestimmter Diagnose*» sahen wir Fälle, welche nicht aufwandsgerecht abgebildet waren.

- In den Analysen konnte die intensivmedizinische und IMC-Komplexbehandlung als eindeutiger Kostentrenner identifiziert werden.
- Die intensivmedizinische und IMC-Komplexbehandlung mit mehr als 119 Aufwandspunkten ist bereits in der Basis DRG O38 abgebildet.
- Die Fälle in der DRG O02B wiesen aber tiefere Aufwandspunkte auf, und so wurde eine zusätzliche Splitbedingung mit «*IntK/IMCK Erw > 59 Pkt.*» für die DRG O02A etabliert.

Im Rahmen erneuter Analysen zur protrahierten Geburt fiel eine Überbewertung des ICD Kodes O63.9 «*Protrahierte Geburt, nicht näher bezeichnet*» in den DRGs O02A und O60C auf.

- Der ICD Kode O63.9 wurde aus den entsprechenden Splitbedingungen für die DRG O02A und DRG O60C entfernt.

Laut einem Antragsteller zeigen vaginale Geburten mit Weheneinleitung, abgebildet durch die CHOP Kodegruppe 73.* «*Sonstige einleitende oder unterstützende geburtshilfliche Massnahmen*», in den DRGs O60C und O60D eine signifikante Unterdeckung. Daher bat er um eine Aufwertung dieser CHOP Kodegruppe als alleinige Splitbedingung in die DRG O60B «*Vaginale Entbindung mit mehreren komplizierenden Diagnosen oder bestimmte Diagnose mit bestimmter Prozedur...*».

- Keine Prozedur der CHOP Kodegruppe 73.* eignete sich zur Aufwertung in die DRG O60B.
- Im Rahmen der Analysen liess sich jedoch ein anderes kostentrennendes Merkmal identifizieren, welches als Splitkriterium geeignet war.

So wurde der ICD Kode D62 «*Akute Blutungsanämie*» in Kombination mit der CHOP Kodegruppe 99.04.1- «*Transfusion von Erythrozytenkonzentraten, nach TE*» als Splitbedingung in die DRG O60B aufgenommen.

3.2.16 MDC 15 Neugeborene

Ein Antragsteller wies darauf hin, dass nicht gesunde Neugeborene im Vergleich zu gesunden Neugeborenen in den DRGs P66D und P67D unzureichend abgebildet sind. Die Bearbeitung des Antrags gestaltete sich aufgrund der unklaren Definition eines «*nicht gesunden*» Neugeborenen als besondere Herausforderung, konnte jedoch nach zahlreichen Analysen wie folgt bearbeitet werden:

- Die IntK/IMCK NG/Ki Aufwandspunkte wurden in den DRGs P66A, P66B, P66C, P67A und P67B herabgesetzt oder neu aufgenommen (siehe Kapitel 3.1.1 «*Intensivmedizin*»).
- In den Split für die DRG P66B wurde zudem die Variable «*wegverlegt*» aufgenommen, um Neugeborene, die aus bestimmten Gründen wie beispielsweise einer Erkrankung verlegt werden müssen, besser abbilden zu können.

In einem weiteren Antrag wurden wir auf eine mögliche Überbewertung des CHOP Kodes 93.9F.11 «*Mechanische Beatmung und Atmungsunterstützung mit kontinuierlichem positivem Druck [CPAP] bei Neugeborenen und Säuglingen*» hingewiesen.

- Analysen ergaben eine verbesserte Abbildung durch Verschieben der Tabelle P67-4 aus dem Split für DRG P67B in den Split für DRG P67C.
- Durch diesen Umbau gelangen Neugeborene mit einem Gewicht von über 2499 g und einem der folgenden Kodes nun ohne weitere Bedingung in die P67C:
 - 93.9F.11 «*Mechanische Beatmung und Atmungsunterstützung mit kontinuierlichem positivem Druck [CPAP] bei Neugeborenen und Säuglingen*»
 - 93.9G.21 «*Maskenüberdrucktherapie, CPAP, Kontrolle und Optimierung einer bestehenden Einstellung, innerhalb von 3 Tagen*»

- 93.9G.22 «Maskenüberdrucktherapie, CPAP, Kontrolle und Optimierung einer bestehenden Einstellung, über mehr als 3 Tage»
- 93.9G.41 «Maskenüberdrucktherapie, BiPAP, Kontrolle und Optimierung einer bestehenden Einstellung, innerhalb von 3 Tagen»
- 93.9G.42 «Maskenüberdrucktherapie, BiPAP, Kontrolle und Optimierung einer bestehenden Einstellung, über mehr als 3 Tage»

3.2.17 MDC 16 Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems

Im Zuge der Überprüfung der Abbildungsgüte von Fällen innerhalb der Basis DRG Q61 «Erkrankungen der Erythrozyten» zeigte sich, dass bestimmte Fälle in den DRGs Q61B und Q61C nicht sachgerecht vergütet werden.

- Die Logik für die Q61A «Erkrankungen der Erythrozyten mehr als ein Belegungstag mit schwersten CC oder bestimmter komplexer Diagnose, oder komplizierende Prozeduren» wurde dahingehend überarbeitet, dass der bestehende PCCL-Split von > 3 auf > 4 erhöht wurde. Weiter konnte die Bedingung «OR komplizierende Prozedur» etabliert werden.
- Neu wurde der PCCL-Split > 3 für die DRG Q61B «Erkrankungen der Erythrozyten mit bestimmter komplexer Diagnose oder äusserst schwere CC oder Alter < 16 Jahre» aufgenommen.

3.2.18 MDC 17 Hämatologische und solide Neubildungen

Fälle mit einer hochkomplexen Chemotherapie und protektiver Isolierung in einem speziellen Zimmer ab 28 Behandlungstagen sowie Fälle mit einem PCCL > 4 sind laut einem Antragsteller in der DRG R50B deutlich untervergütet. Eine Aufwertung in die DRG R50A wurde beantragt.

- Für eine Aufwertung in die DRG R50A waren die Fälle zu günstig. Eine Untervergütung der Fälle in der DRG R50B war aber klar ersichtlich und die vom Antragsteller genannten Konstellationen erwiesen sich als eindeutige Kostentrenner.
- Es wurde eine neue DRG R50B etabliert. Fälle mit dem CHOP Kode 99.25.53 «Hochgradig komplexe und intensive Chemotherapie» und der CHOP Kodegruppe 99.84.5B-5F «Protektive Isolierung in einem speziellen Zimmer, ab 28 BHT» oder Fälle mit einem PCCL > 4 gruppieren nun in diese neue DRG und sind dort sachgerecht abgebildet.

Im Rahmen des Antragsverfahrens wurden wir um die Abwertung des ICD Kodes E88.3 «Tumorlyse-Syndrom» in der CC-Matrix der MDC 17 gebeten. Laut Antragsteller erfolgt die Behandlung oft mit unspezifischen Lösungen bzw. Flüssigkeiten oder Elektrolytsubstitutionen und triggert dafür zu stark in der Gruppierung.

- Der ICD Kode ist als komplexe Diagnose innerhalb der MDC 17 in den Basis DRGs R60, R61 und R63 abgebildet.
- Eine Überbewertung in den oben genannten Basis DRGs konnte anhand der Daten 2023 bestätigt werden.
- Eine Abwertung des ICD Kodes in der CC-Matrix der MDC 17 erwies sich jedoch nicht als sachgerecht.
- Mit dem Entfernen des ICD Kodes aus den Splitbedingungen für die DRGs R60A, R61C und R63B konnte eine sachgerechte Abbildung in der MDC 17 erreicht werden.

3.2.19 MDC 18B Infektiöse und parasitäre Krankheiten

In einem Antrag wurde darauf hingewiesen, dass Fälle mit R57.2 «Septischer Schock» und einem Aufenthalt auf der Intensivstation in der DRG T60B eine Unterdeckung aufweisen. Um diesem Umstand entgegenzuwirken, wurde vorgeschlagen, die Splitbedingung im Knotenpunkt für die DRGs T60A/T60B

und T60B/T60C um das Kriterium «*Septischer Schock*» zu ergänzen, sodass diese Fälle in die DRG T60A gruppieren. Zusätzlich sollte geprüft werden, ob sich IntK und IMCK Aufwandspunkte innerhalb der DRG T60 als Splitkriterien eignen. Im Rahmen eines weiteren Antrages wurde zudem eine höhere Vergütung von Fällen innerhalb der DRG T64 angestrebt, beispielsweise durch die Implementierung eines PCCL-Splits in der DRG T64C.

- Nach zahlreichen Analysen wurden in der Basis DRG T60 sowie den DRGs T60A und T60F die IntK und IMCK Aufwandspunkte für Kinder gesenkt (siehe Kapitel 3.1.1 «*Intensivmedizin*»).
- R57.2 «*Septischer Schock*» wurde ohne zusätzliche Bedingung in den Knotenpunkt aufgenommen, womit betroffene Fälle in die DRG T60B gruppieren oder bei Erfüllung entsprechender Splitkriterien in die DRG T60A aufgewertet werden.
- Im Zuge der Bearbeitung des Antrages zur Aufwertung der DRG T64 wurden nach zahlreichen Simulationen der Kode R57.2 als Nebendiagnose sowie 99.84.16-1F «*Kontaktisolierung ab 7 BHT*» in den Split für die DRG T64A aufgenommen, wodurch auch hier betroffene Fälle aufgewertet wurden.

3.2.20 MDC 19 Psychische Krankheiten und Störungen

Im Rahmen der Weiterentwicklung der Tarifstruktur fielen uns Fälle in der Ein-Belegungstag Basis DRG U60 «*Psychische Krankheiten und Störungen, ein Belegungstag*» auf, welche einen kurzen Aufenthalt auf der ICU aufweisen und danach meist in eine psychiatrische Klinik verlegt wurden. Der Mehraufwand aufgrund der intensivmedizinischen Komplexbehandlung war klar ersichtlich.

- Es wurde eine neue DRG U60A etabliert, in die nun Erwachsene mit einer intensivmedizinischen Komplexbehandlung mit mehr als 59 Aufwandspunkten gruppieren.

3.2.21 MDC 20 Alkohol- und Drogengebrauch und alkohol- und drogeninduzierte psychische Störungen

In einem Antrag wurde die Prüfung eines Splits mit PCCL > 2 in der DRG V02A «*Abhängigkeit, Intoxikation, multiple Verhaltensstörungen...*» beantragt.

- Dieses Anliegen hat sich nicht als sachgerecht erwiesen.
- Hingegen konnten Fälle mit einem Entzugssyndrom mit Delir (F1*.4) sowie Fälle mit IntK/IMCK > 65/119 Aufwandspunkten in die DRG V02A aufgewertet werden und die angesprochene Fallmenge mit einem PCCL von 3 als Splitkriterium zwischen V02B und V02C etabliert werden.
- Auch die «*Emotional-instabilen Persönlichkeitsstörungen*» (F60.30 und F60.31) erwiesen sich als geeignete Hauptdiagnosen für eine weitere Differenzierung.
- Zugleich wurde das Kriterium «*Mehrfachabhängigkeit*» von zwei Diagnosen auf drei Diagnosen verschärft.

3.2.22 MDC 23 Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und andere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens

Gemäss Antragsteller zeichnen sich Leberlebenspenden in der DRG Z02Z «*Leber- oder Nierenspende (Lebenspende)...*» als defizitär ab. Die Leberspender weisen eine höhere Verweildauer auf, während Nierenspender eher Kurzlieger sind. Der Antrag zielte auf eine Trennung der beiden Fallkollektive ab.

- Wir haben die Daten des Jahres 2023 dahingehend überprüft und mussten feststellen, dass hier lediglich ein Fall mit dem ICD Kode Z52.6 «*Leberspender*» vorliegt und auch im Vorjahr nur eine so geringe Fallzahl vorhanden ist, dass eine Kalkulation nicht möglich ist.
- Eine Kalkulation über mehrere Datenjahre ist in diesem Fall erforderlich, und so wurde vorgemerkt, eine erneute Prüfung mit dem Datenjahr 2024 vorzunehmen.

3.2.23 Zusatzentgelte – Kostenbereinigung

Zur Identifikation der zu bereinigenden Fälle, welche zusatzentgeltfähige Leistungen erhielten, wurden die CHOP oder ATC Codes der Zusatzentgeltdefinition verwendet. Die Fälle, bei welchen keine sachgerechte Bereinigung möglich war, wurden aus der Kalkulation ausgeschlossen.

Insgesamt wurde bei 30'501 Fällen aus den Kalkulationsdaten eine Kostenbereinigung in den Kostenkomponenten in Höhe von total 147'996'993.05 CHF vorgenommen.

3.2.24 Zusatzentgelte – Änderungen

Folgende CHOP Code basierten Zusatzentgelte wurden neu etabliert:

- Einsetzen von embolisierenden Ballons, intrakraniell und extrakraniell (Kopf, Hals), spinal
- Einsetzen von embolisierenden Ballons, thorakal, abdominal und peripher
- Transplantation von TILs [tumor infiltrating lymphocytes]

Beim Zusatzentgelt «*Selektive Embolisation von intrakraniellen Gefässen durch Flow-Diverter*» wird nicht mehr nur der CHOP Code 39.BH.11 «*(Perkutan-)transluminale Implantation von Stents zur Strömungslaminierung bei Aneurysmen, intrakranielle Gefässe*», sondern die gesamte Gruppe 39.BH.* berücksichtigt.

Die folgenden ATC Code basierten Zusatzentgelte wurden neu etabliert:

- Alfa1-Antitrypsin, intravenös
- Amivantamab, intravenös
- Asparaginase, intravenös/intramuskulär, ACO
- Atezolizumab, subkutan
- Benralizumab, subkutan
- Binimetinib, oral
- Cabozantinib, oral
- Cefiderocol, intravenös
- Cytarabin und Daunorubicin, intravenös
- Dupilumab, subkutan
- Elranatamab, subkutan
- Encorafenib, oral
- Enfortumab vedotin, intravenös
- Epcoritamab, subkutan
- Gemtuzumab ozogamicin, intravenös
- Hydroxocobalamin, intravenös
- Irinotecan, intravenös
- Marstacimab, subkutan
- Natalizumab, intravenös
- Ocrelizumab, subkutan
- Sacituzumab govitecan, intravenös
- Satralizumab, subkutan
- Selpercatinib, oral
- Tepotinib, oral
- Trastuzumab deruxtecan, intravenös
- Vedolizumab, subkutan

Das folgende ATC Kode basierte Zusatzentgelt wurde gelöscht:

- Sofosbuvir, Velpatasvir und Voxilaprevir, oral

Für die folgenden ATC Kode basierten Zusatzentgelte wurden die Dosisklassen nach unten erweitert:

- Blutgerinnungsfaktoren IX, II, VII und X in Kombination, intravenös (betrifft eine Kinder-Dosisklasse)
- Blutgerinnungsfaktor VIIa, intravenös (betrifft eine Kinder-Dosisklasse)
- Blinatumomab, intravenös (betrifft eine Kinder-Dosisklasse)
- Capmatinib, oral
- Dinutuximab beta, intravenös, CQZ
- Durvalumab, intravenös
- Foscarnet, intravenös
- Fibrinogen, human, intravenös (betrifft eine Kinder-Dosisklasse)
- Gilteritinib, oral
- Ivacaftor, Tezacaftor und Elexacaftor, oral, CTK
- Nivolumab, intravenös
- Obinutuzumab, intravenös
- Teclistamab, subkutan
- Tocilizumab, subkutan
- Treosulfan, intravenös (betrifft eine Kinder-Dosisklasse)

Für die folgenden ATC Kode basierten Zusatzentgelte wurden die untersten Dosisklassen gelöscht:

- Abirateron, oral
- Anidulafungin, intravenös
- Bevacizumab, intravenös (betrifft eine Kinder-Dosisklasse)
- Bortezomib, intravenös/subkutan (betrifft auch Kinder-Dosisklassen)
- Caspofungin, intravenös
- Decitabin, intravenös
- Infliximab, intravenös/subkutan (betrifft eine Kinder-Dosisklasse)
- Lenalidomid, oral
- Pemetrexed, intravenös
- Voriconazol, oral
- Voriconazol, intravenös (betrifft auch Kinder-Dosisklassen)

Für die folgenden ATC Kode basierten Zusatzentgelte wurden die Dosisklassen nach oben erweitert aufgrund der gelieferten Dosen der Daten aller Netzwerkhospitäler 2023:

- Andexanet alfa, intravenös
- Bezlotoxumab, intravenös
- Blutgerinnungsfaktor VIII, intravenös, Rec
- Durvalumab, intravenös
- Emicizumab, subkutan
- Gilteritinib, oral
- Golimumab, subkutan/intravenös
- Hepatitis-B-Immunglobulin, intravenös/subkutan/intramuskulär
- Iloprost, intravenös/Inhalation
- Isavuconazol, intravenös
- Midostaurin, oral
- Treprostinil, intravenös/subkutan
- Polatuzumab vedotin, intravenös
- Pomalidomid, oral

- Romiplostim, subkutan
- Tafamidis, oral
- Venetoclax, oral
- von Willebrand-Faktor und Blutgerinnungsfaktor VIII in Kombination, intravenös

Die Dosisklassen des folgenden ATC Kode basierten Zusatzentgelts wurden neu strukturiert:

- Ponatinib, oral

4 Berechnungsmethode

Die detaillierte Berechnungsmethode ist dem Dokument «*Berechnungsmethode*» zu entnehmen. Abgesehen von einer technischen Anpassung bei der Ermittlung der Bezugsgrösse bleibt die Kalkulationsmethodik zur Berechnung der effektiven Kostengewichte der Version 15.0 im Vergleich zur Version 14.0 unverändert.

4.1 Ermittlung der Kostengewichte

Für die SwissDRG Version 15.0 wurden im Ergebnis 1081 DRGs auf der Grundlage von Schweizer Daten erarbeitet.

Für 12 DRGs wurde aufgrund geringer Fallzahlen zusätzlich auf die Daten aus dem Datenjahr 2022 zurückgegriffen. Für vier weitere DRGs wurden Fälle aus drei Datenjahren berücksichtigt (2023/2022/2021). Die Fälle aus den Vorjahren konnten nur dann herangezogen werden, falls eine klare Abgrenzung in den Vorjahresdaten möglich war. Diese Bedingung wird insbesondere dann erfüllt, falls kein Umbau in den betroffenen DRGs vorgenommen wurde.

4.2 Berechnung der Bezugsgrösse

Die Erhebung 2024 der Daten 2023 umfasst 96.2% der gesamtschweizerischen im Anwendungsbereich SwissDRG liegenden Fälle. Die Fallzahl dieser SwissDRG Datenerhebung ermöglicht die Berechnung der Bezugsgrösse mittels SwissDRG Daten. Dabei werden die im Anwendungsbereich liegenden Fälle berücksichtigt. Die effektiven Kostengewichte, welche in die Berechnung des Casemix zur Ermittlung der Bezugsgrösse verwendet werden, wurden um allfällige Veränderungen in der Leistungsmenge verglichen mit dem Vorjahr bereinigt. Somit wurde die Vergütung nach der Version 15.0 einer definierten Leistungsmenge mit der Vergütung dieser Leistungsmenge nach der Version 14.0 verglichen.

Die Bezugsgrösse wurde nun so gewählt, dass bei identischem Datenjahr die Summe der effektiven Kostengewichte (Casemix) der Fälle, gruppiert mit der Version 15.0, und die Summe der effektiven Kostengewichte dieser Fälle, gruppiert mit der Version 14.0, identisch sind:

$$Casemix_{Version\ 15.0}^{Daten\ 2023} = Casemix_{Version\ 14.0}^{Daten\ 2023}$$

Die Bezugsgrösse für die SwissDRG Version 15.0 beträgt 11'097 CHF. Für die Version 14.0 wurde eine Bezugsgrösse von 10'715 CHF ermittelt.

4.3 Berechnung der Zu- und Abschläge

Die Berechnung der Zu- und Abschläge für die Version 15.0 erfolgt nach derselben Methode wie für die Version 14.0.

Bei 780 DRGs wurde von der üblichen Methode zur Berechnung der Zuschläge für High Outlier abgewichen. Bei diesen DRGs wurde der High Outlier Zuschlag durch eine Anpassung des Grenzkostenfaktors angehoben oder auf Basis des Medians der mittleren Tageskosten der High Outlier berechnet. Bei der Anhebung des Grenzkostenfaktors werden die gesamten Differenzkosten für die Berechnung des Zuschlags berücksichtigt (der Grenzkostenfaktor wird von 0.7 auf 1.0 erhöht).

Für Version 15.0 ergeben sich 185 implizite Ein-Belegungstag DRGs, gegenüber 186 impliziten Ein-Belegungstag DRGs für die Version 14.0.

Anhang A: Kennzahlen der Systementwicklung

Einleitung

Im folgenden Anhang werden die wichtigsten Kennzahlen, wie z.B. die Datenerosion zur Systementwicklung der SwissDRG Tarifstruktur Version 15.0, dargelegt.

Datengrundlage

Für die Version 15.0 wurden die Daten 2023 verwendet. Die Gesamtdaten der medizinischen Statistik des Bundesamtes für Statistik enthielten die Daten von 185 akutsomatischen Spitälern. Die Stichprobe der SwissDRG Netzwerkspitäler beträgt 153.

Tabelle 1: Anzahl der Spitäler

	Version 15.0 Daten 2023	Version 14.0 Daten 2022
Netzwerkspitäler	153	152
Gesamtdaten	185	187

Insgesamt wurden mit der Datenlieferung der Netzwerkspitäler 1'248'647 SwissDRG-relevante Fälle übermittelt. Das entspricht 96.2% der Schweizer akutsomatischen Fälle.

Tabelle 2: Anzahl gelieferter Fälle

		Version 15.0 Daten 2023	Version 14.0 Daten 2022
Netzwerkspitäler	<i>Geliefert</i>	1'253'994	1'243'232
	<i>SwissDRG Anwendungsbereich</i>	1'248'647	1'235'163
Gesamtdaten	<i>Geliefert</i>	1'297'983	1'287'973
	<i>SwissDRG Anwendungsbereich</i>	1'297'432	1'287'215

Von den gelieferten Fällen wurden für die Version 15.0 25'129 private oder halbprivate Fälle ausgeschlossen. Für diese Fälle war keine Anpassung der durch die Versicherungsklasse bedingten Zusatzkosten möglich oder die Fälle erfüllten bestimmte Bedingungen nicht, welche einen Ausschluss verhindern könnten. Für die Version 14.0 wurden 24'709 private und halbprivate Fälle ausgeschlossen. Während der Plausibilisierungsphase wurden 96'275 Fälle (7.9% des Datensatzes vor Plausibilisierung) als unplausibel identifiziert. Unter anderem wurden 17 Spitäler/Kliniken komplett ausgeschlossen. Gelöschte Spitäler weisen oft systematische Unregelmässigkeiten in ihren Kostendaten auf. Auch unerwartet starke und unplausible Kostensteigerungen sowie ein deutlich überproportionaler ANK-Anteil lassen auf systematisch fehlerhafte Daten schliessen. Zudem werden teilweise Spitäler gelöscht, die in dem betreffenden Datenjahr zum ersten Mal Daten an die SwissDRG AG übermittelt haben. Grundsätzlich werden angesichts der grossen Fallzahl auch potentiell falsche Fälle gelöscht, um eine hohe Datenqualität sicherstellen zu können. Die plausibilisierten Daten entsprechen der Datengrundlage für die Entwicklung der SwissDRG Tarifstruktur 15.0. Damit konnten

89.9% der an die SwissDRG AG gelieferten Fälle für die Weiterentwicklung der Tarifstruktur verwendet werden.

Die Berechnung der Kostengewichte für die Version 15.0 basierte auf 1'127'018 Fällen aus dem Jahr 2023 zuzüglich 477 Fällen aus dem Jahr 2022 und 81 Fällen aus dem Jahr 2021.

Tabelle 3: Datenerosion

Gesamtdaten	SwissDRG Erhebung	
1'297'983	1'253'994	gelieferte Fälle
↓	↓	- Psychiatrie / Rehabilitation - Ambulante Fälle - Austritt ausserhalb der Erhebungsperiode
1'297'307	1'248'647	Fälle im Anwendungsbereich (inkl. Geburtshäuser)
	↓	- nicht verwendbare, private Fälle - Fälle ohne Vollkosten
	1'223'293	Datensatz vor Plausibilisierung
	↓	- Plausibilisierung der Fälle (inkl. Gesamtlöschung von 14 Spitälern)
	1'127'018	Plausible Fälle 2023 (Kalkulationsdaten)
		+ 477 Fälle aus Daten 2022 + 81 Fälle aus Daten 2021

} Systementwicklung

Anzahl DRG

Tabelle 4: Anzahl DRG und Zusatzentgelte

	Version 15.0 Daten 2023	Version 14.0 Daten 2022
DRG gesamt	1081	1071
Abrechenbare DRG	1077	1067
DRG für Geburtshäuser	8	8
DRG unbewertet, Anlage 1	0	0
Zusatzentgelte bewertet, Anlage 2	230	189
Zusatzentgelte unbewertet, Anlage 3	1	1

Systemgüte

Die Güte der SwissDRG Tarifstruktur wird durch die Varianzreduktion (R^2) gemessen. Das R^2 misst den Anteil der Streuung der Fallkosten, welche durch die Klassifikation erklärt wird. Je höher das R^2 desto besser die Systemgüte.

Die Gesamtstreuung der Kosten kann in zwei Komponenten geteilt werden:

- Die durch die DRG-Gruppierung erklärte Streuung, d.h. die Varianz zwischen den DRGs.
- Die nicht erklärte Streuung, d.h. die Varianz der Kosten innerhalb einer DRG.

$$\frac{1}{n} \sum_{i=1}^p \sum_{j=1}^{n_i} (x_{ij} - \bar{x})^2 = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^p n_i (\bar{x}_i - \bar{x})^2 + \frac{1}{n} \sum_{i=1}^p \sum_{j=1}^{n_i} (x_{ij} - \bar{x}_i)^2$$

Mit: Streuung gesamt Erklärte Streuung Nicht erklärte Streuung

x_{ij} : Kosten des Falls j in der DRG i
 \bar{x}_i : mittlere Kosten der DRG i
 n_i : Anzahl Fälle in der DRG i
 \bar{x} : mittlere Kosten über alle Fälle
 n : Anzahl Fälle
 p : Anzahl DRG

Der R^2 -Koeffizient ergibt sich durch die Division der erklärten Streuung durch die gesamte Streuung:

$$R^2 = \frac{\text{Erklärte Streuung}}{\text{Gesamte Streuung}}$$

Der R^2 -Koeffizient bewegt sich zwischen 0 und 1. Ein $R^2 = 1$ bedeutet, dass alle Fälle innerhalb einer DRG dieselben Kosten aufweisen. Die Gesamtabweichung wird alleine durch die Kostenunterschiede zwischen den DRGs erklärt. Ein $R^2 = 0$ bedeutet, dass der Mittelwert der Kosten aller DRGs gleich ist und die Varianz alleine von Kostenunterschieden innerhalb der DRG kommt.

Tabelle 5 zeigt das R^2 der Kalkulationsdaten und der Inlier für SwissDRG Versionen 13.0, 14.0 und 15.0, jeweils basierend auf den Daten 2023. Demnach zeigt Tabelle 5 den reinen Effekt der Grupperweiterentwicklung auf das R^2 .

Tabelle 5: R^2 -Koeffizient der Kalkulationsdaten 2023

Grouperversion	Datenjahr	Alle Fälle	Inlier (gemäss V15.0)
V15.0	2023	0.788	0.866
V14.0	2023	0.787	0.861
V13.0	2023	0.777	0.843

Bemerkung:

Das R^2 ist ein technischer Parameter, der zur Verbesserung und Weiterentwicklung der Gruppierung herangezogen wird. Es handelt sich um eine statistische Angabe der Qualität der Gruppierung, nicht aber der Qualität einer darauf basierenden Vergütung. Es gibt keine direkte Beziehung zwischen diesem Wert und der Vergütungsgerechtigkeit.