



Änderungen in SwissDRG Version 16.0 gegenüber Version 15.0

- Datenerhebung
- Datenbearbeitung
- Grouperentwicklung
- Berechnungsmethode

Inhaltsverzeichnis

1	Datenerhebung.....	4
1.1	Anpassung der medizinischen Kodierung.....	4
1.2	Erfassung teurer Medikamente und Substanzen	4
1.3	Detailerhebung	4
2	Datenbearbeitung.....	5
2.1	Kostendaten.....	5
2.2	Bereinigung auf Basis der Kostenkomponenten.....	5
2.3	Plausibilitätsprüfung der Fälle	5
2.4	Datenqualität Detailerhebung	6
3	Grouperentwicklung	7
3.1	Übersicht über die Entwicklungsschwerpunkte der Version 16.0.....	7
3.1.1	Polytrauma	7
3.1.2	Schwere Verbrennungen.....	8
3.1.3	Frührehabilitation.....	9
3.1.4	Kindermedizin.....	9
3.1.5	Intensivmedizin	10
3.1.6	Palliativmedizin.....	12
3.1.7	CC-Matrix.....	13
3.1.8	Anpassung der Kalkulationsmethodik.....	13
3.2	Überarbeitung der DRG-Klassifikation.....	14
3.2.1	MDC-übergreifende Umbauten Prä-MDC.....	14
3.2.2	Weitere MDC-übergreifende Umbauten	14
3.2.3	Prä-MDC	17
3.2.4	MDC 01 Krankheiten und Störungen des Nervensystems	18
3.2.5	MDC 02 Krankheiten und Störungen des Auges	19
3.2.6	MDC 03 Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses	20
3.2.7	MDC 04 Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	21
3.2.8	MDC 05 Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	23
3.2.9	MDC 06 Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane.....	28
3.2.10	MDC 07 Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas.....	31
3.2.11	MDC 08 Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe.....	32
3.2.12	MDC 09 Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma.....	36
3.2.13	MDC 10 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	39
3.2.14	MDC 11 Krankheiten und Störungen der Harnorgane	39
3.2.15	MDC 12 Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane.....	40
3.2.16	MDC 13 Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane	40
3.2.17	MDC 14 Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	41
3.2.18	MDC 15 Neugeborene	42
3.2.19	MDC 17 Hämatologische und solide Neubildungen.....	42
3.2.20	MDC 19 Psychische Krankheiten und Störungen	44
3.2.21	MDC 21A Polytrauma	45
3.2.22	MDC 21B Verletzungen, Vergiftungen und toxische Wirkung von Drogen und Medikamenten	45
3.2.23	MDC 22 Verbrennungen.....	45
3.2.24	MDC 23 Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und andere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens.....	45

3.2.25	Zusatzentgelte-Kostenbereinigung	46
3.2.26	Zusatzentgelte-Änderungen	46
4	Berechnungsmethode	49
4.1	Ermittlung der Kostengewichte	49
4.2	Berechnung der Bezugsgrösse	49
4.3	Berechnung der Zu- und Abschläge	49
Anhang A:	Kennzahlen der Systementwicklung	50
	Datengrundlage	50
	Anzahl DRG	51
	Systemgüte	52

Einleitung

Das folgende Dokument zeigt die Änderungen im Bearbeitungsprozess zur Erstellung der Tarifstruktur, die zwischen der Version 16.0 (Daten 2024) und der Version 15.0 (Daten 2023) vorgenommen wurden. Die Änderungen betreffen die Datenerhebung und -bearbeitung sowie die Berechnung der Kostengewichte und die dazugehörigen Kennzahlen. Das Dokument dient als ein Abgleich zu den Dokumenten, welche für die Tarifgenehmigung der SwissDRG Version 16.0 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 2024 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 2025»* zu entnehmen.

1.1 Anpassung der medizinischen Kodierung

Für das Datenjahr 2024 waren folgende Klassifikationen gültig:

- ICD-10-GM 2022
- CHOP 2024

1.2 Erfassung teurer Medikamente und Substanzen

Die *«Liste der in der Medizinischen Statistik erfassbaren Medikamente/Substanzen»* wurde betreffend der Daten 2024 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-Kodes an die neue Version. Aufgrund des Antragsverfahrens wurden vereinzelt neue CHOP-Kodes in die Detailerhebung aufgenommen oder entfernt. Es wurde für den akutstationären Bereich das Registerblatt Eigenherstellungen hinzugefügt, um Daten insbesondere für eigenhergestellte Produkte wie TILs oder Radioliganden zu erheben.

Die Zusatzentgelte wurden mit Hilfe der Kostendaten des Jahres 2024 weiterentwickelt. Zudem wurden die Medikamenten-Preisdaten unter anderem mit Hilfe der Spezialitätenlisten 2025 und 2026 plausibilisiert.

Für das Datenjahr 2024 haben im Bereich der hochteuren Medikamente geringfügig mehr Spitäler Informationen an die SwissDRG AG übermittelt. Die Anzahl Spitäler mit einer Datenlieferung von teuren Implantaten und Verfahren ist dagegen minimal gesunken, liegt jedoch weiterhin über dem Niveau des Datenjahres 2022. Um eine datenbasierte Weiterentwicklung der Zusatzentgelte sicherzustellen, ist die SwissDRG AG weiterhin auf die Übermittlung dieser detaillierten Informationen angewiesen.

2 Datenbearbeitung

Der Prozess der Datenbearbeitung wird im Dokument «Vorgaben Daten 2024» in Teil B dargestellt. Der Prozess wurde im Vergleich zur Vorversion leicht überarbeitet. Wie auch in den Vorjahren wurde die Plausibilitätsprüfung der Fälle an die neuen Klassifikationen angepasst und weiterentwickelt.

2.1 Kostendaten

Die Spitäler konnten die Kostendaten 2024 analog zum Vorjahr im Format mit 80 Spalten (Fallkostendatei) oder im SpiGes-Format liefern. Für die weitere Verarbeitung wurden Daten im SpiGes-Format in das bisherige Format konvertiert. Diese Übergangslösung fand ausschliesslich Anwendung für das Datenjahr 2024.

2.2 Bereinigung auf Basis der Kostenkomponenten

Analog zur Vorversion wurden die Kosten in der Version 16.0 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 sich die Gesamtkosten aus der Summe der einzelnen Kostenkomponenten ergeben, hat diese Bereinigung auch 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 seitens der SwissDRG AG keine Bereinigung durchgeführt werden.

2.3 Plausibilitätsprüfung der Fälle

Im Rahmen der Datenlieferung 2025 (Daten 2024) 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 Spitätern 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 Spitätern via Kommentarfunktion ermöglicht, Erklärungen zu den aufgefallenen Fällen abzugeben. Die Kommentarfunktion wurde in über 45'000 Fällen genutzt. Die SwissDRG AG sucht regelmässig mit einzelnen Spitätern 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 ein Fall dieses Spitals vorliegen, um diesen Preis bei der Kalkulation zu berücksichtigen. Seitens der SwissDRG AG werden die Detailerhebungen hinsichtlich der Medikamente darauf hin 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-Kodes 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.

Zusätzlich ist bei den Medikamenten 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 SL verglichen. In Einzelfällen wurden die Preise der Vorversion (Version 15.0) 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, da diese Preise anderenfalls nicht verwendet werden können. Gleiches gilt auch, wenn anstelle des Preises der Packung derjenige einer 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 den Spitälern, die Datenqualität in der nächsten Detailerhebung weiter zu steigern.

3 Grouperentwicklung

3.1 Übersicht über die Entwicklungsschwerpunkte der Version 16.0

Im Hinblick auf die Entwicklungsschwerpunkte ist die Prüfung und verbesserte Abbildung besonders aufwendiger Fälle zu erwähnen. Dies betrifft insbesondere Fallkonstellationen mit einem «Polytrauma», «schweren Verbrennungen» bzw. einer «Frührehabilitation».

Wiederum wurde die Weiterentwicklung für den Bereich der «Kindermedizin» vorangetrieben und ebenfalls die Zuordnung der Fälle mit einer «Intensiv- bzw. Intermediate Care Komplexbehandlung» überarbeitet.

Zusätzlich wurde erneut die Abbildung der Patienten mit einer «palliativmedizinischen Komplexbehandlung» anhand der Daten aus dem Jahr 2024 analysiert und die Kalkulationsmethodik für die «impliziten Ein-Belegungstag DRGs» einer intensiven Überprüfung unterzogen und weiterentwickelt.

3.1.1 Polytrauma

In den Vorversionen wurde die MDC 21A «Polytrauma» bereits umfangreich überarbeitet. Analysen der Daten 2024 zeigten jedoch, dass die bestehende Funktion «Polytrauma» nicht mehr ausreichend trennscharf war. Während bestimmte Fälle deutlich untervergütet waren, erfüllten gleichzeitig auch Fälle ohne relevante Interventionen oder mit sehr kurzer Verweildauer die Funktion und erwiesen sich als übervergütet.

Es zeigte sich zudem, dass innerhalb der Funktion teilweise unspezifische ICD-Kodes enthalten waren, beziehungsweise überlappende ICD-Kodes in den Tabellen für traumatische Nebendiagnosen bestanden. Deshalb wurde die Logik der Funktion «Polytrauma» umfassend überarbeitet und die Tabellen für traumatische Haupt- und Nebendiagnosen bereinigt. Insgesamt wurden rund 1'000 ICD-Kodes geprüft, wovon 813 ICD-Kodes eine Neubewertung erfuhren.

- Zusätzlich wurde die neue Funktion «Schweres Polytrauma» etabliert. Für deren Erfüllung müssen die Fälle neben einer traumatischen Hauptdiagnose mehr als drei traumatische Nebendiagnosen an unterschiedlichen Lokalisationen aufweisen.
- Die neue Funktion wurde in die Basis DRG A11 «Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196/552 Aufwandspunkte mit komplexen Konstellationen oder... schweres Polytrauma» sowie als Splitkriterium in die DRG A07A «Hochkomplexe Eingriffe oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 2940/3680 Aufwandspunkte oder... schweres Polytrauma» aufgenommen.
- Die bestehende Funktion «Polytrauma» konnte innerhalb der Prä-MDC in der DRG A07B, in der Basis DRG A11 mit zusätzlichen Bedingungen sowie innerhalb der Basis DRG A46 «Paraplegiologische Komplexbehandlung» aufgewertet werden.
- In der operativen Partition der MDC 21A erfuhren ressourcenintensive Fälle mit der globalen Funktion «Mehrzeitig bestimmten OR-Prozeduren» eine Aufwertung in die DRG W01E.
- In der medizinischen Partition der MDC 21A konnten Fälle mit mehr als einem Belegungstag und mit einer medizinischen Prozedur in die DRG W61B aufgewertet werden.
- Durch die Bereinigung der Tabellen erfüllten bestimmte Fälle die Funktion «Polytrauma» nicht mehr und werden neu in den entsprechenden Organ-MDCs abgebildet. Unsachgerechte Fallverschiebungen wurden durch weitere Umbauten innerhalb der betroffenen MDCs ausgeglichen. Diese Umbauten sind unter den entsprechenden MDCs aufgeführt.

3.1.2 Schwere Verbrennungen

Aufgrund eingegangener Anträge sowie auffälligen Fallkonstellationen wurde die Abbildung von Fällen mit Verbrennungen umfassend geprüft, insbesondere im Hinblick auf hochaufwendige Fälle in den Schwerstverbranntenzentren der Schweiz.

Einerseits wurden die beiden globalen Funktionen «schwerste Verbrennungen» und «schwere Verbrennungen» für die Version 16.0 überarbeitet.

- Die überarbeitete Funktion «schwerste Verbrennungen» wurde in der Basis DRG A06 «Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 2352/2484 Aufwandspunkte mit hochaufwendigen Konstellationen...» neu mit der Logik «and LOS > 1» verknüpft. Fälle mit «Verbrennungen von mehr als 40% der Körperoberfläche und mehr als einem Tag Aufenthalt» gruppieren nun in die DRG A06B. Durch die Überarbeitung der Funktion gruppieren zusätzlich Fälle in die DRG A06A, welche vorher die Bedingung nicht erfüllten.
- Die Funktion «schwere Verbrennungen» konnte in die Basis DRG A07 «Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1470/2208 Aufwandspunkte oder IMCK > 3430/3680 Aufwandspunkte...» in Verbindung mit einem «PCCL > 5» etabliert werden. Fälle mit einer Diagnose «Verbrennungen Grad 2a, 2b, 3 mit mehrzeitigen bestimmten OR-Prozeduren» werden in die DRG A07A aufgewertet. Zusätzlich wurde die Bedingung für die DRG A07A «Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1176/1380 Aufwandspunkte» von «vierzeitige bestimmte OR-Prozeduren» durch die Funktion «mehrzeitige bestimmte OR-Prozeduren» ersetzt.
- Verbrennungen mit «intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 784/828 Aufwandspunkte» gruppieren neu in die Basis DRG A07. Auch Fälle mit einer «intensivmedizinischen Komplexbehandlung > 392/552 Aufwandspunkte» werden neu der Basis DRG A36 «Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392/552 Aufwandspunkte...» zugewiesen. Durch diese Umbauten werden hochaufwendige und teure Fälle anhand der Daten sachgerecht abgebildet.
- MDC-übergreifende Arbeiten betrafen die Bereinigung der Tabellen mit den CHOP-Kodes 86.88.- «Temporäre Weichteildeckung durch ..., grossflächig, ...», 86.8A.- «Weichteildeckung und Hautersatz mittels ..., grossflächig, ...», 86.6C.- «Permanenter Hautersatz durch ..., grossflächig, ...». Diese Verfahren wurden in der Tarifstruktur gleichgestellt. Der CHOP-Kode 86.A1.12 «Epifasziale Nekrosectomie oder tangentielle Exzision bei Verbrennungen/Verätzungen» wurde in verschiedene Tabellen aufgewertet.
- Innerhalb der MDC 22 wurde die Basis DRG Y02 «Andere Verbrennungen mit Hauttransplantation oder bestimmtem Eingriff oder vierzeitigen Eingriffen...» intensiv überarbeitet. Es konnten weitere Schweregrad-Splits für die DRGs Y02A und Y02B etabliert werden. Neu bestehen Logiken von mehrzeitigen «Débridements/Weichteildeckungen» im gleichen Aufenthalt für die DRGs Y02B, Y02C und Y02D.
- In der medizinischen Partition konnte für die Ein-Belegungstag DRG Y63 «Verbrennungen, ein Belegungstag» eine neue DRG aufgenommen werden. In die DRG Y63A gruppieren Fälle mit «Mehrfachen Verbrennungen» oder «Weichteildeckung/Hautersatz grossflächig» oder «Alter < 2 Jahre» oder «IntK > 65/59 Aufwandspunkte» oder Fälle, welche «wegverlegt» wurden.

Spätfolgen einer Verbrennung sind oft hypertrophe Narbenbildungen, welche im Laufe der Zeit auftreten und operativ korrigiert werden. Diese Fälle zeigten sich in den Daten 2024 nicht sachgerecht abgebildet.

- Im Ergebnis wurde innerhalb der MDC 09 «Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma» in der Basis DRG J10 «Plastische Operationen an...» die Bedingung «Hauttransplantationen» und «Folgen von Verbrennungen...» etabliert. Diese Fälle werden nun in der DRG J10B kostendeckend abgebildet.

3.1.3 Frührehabilitation

Zur Entwicklung der Version 16.0 wurde die Abbildung der Fälle mit einer Frührehabilitation MDC-übergreifend geprüft. Seit Januar 2024 erfolgt die Vergütung der Frührehabilitation ausschliesslich über die SwissDRG-Tarifstruktur für Spitäler und Rehabilitationskliniken mit einem Leistungsauftrag für Frührehabilitation. Dadurch war anhand der Daten 2024 erstmals eine vollständige Analyse der Abbildung möglich.

- In den globalen Funktionen *«Frührehabilitation, ab 7 Behandlungstagen»* und *«Frührehabilitation, ab 14 Behandlungstagen»* sind die CHOP-Kodes 93.8C.1- *«Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation, nach Anzahl Behandlungstage»* nebst den CHOP-Kodes 93.86.- *«Fachübergreifende Frührehabilitation, nach Anzahl der Behandlungstage»* abgebildet. Es zeigte sich, dass sich der Ressourcenaufwand der fachübergreifenden Frührehabilitation kaum von jenem der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation unterscheidet. Deshalb wurde eine Abbildung beider Frührehabilitationen in der Prä-MDC geprüft, aber schlussendlich die *«Fachübergreifende Frührehabilitation»* in der Basis DRG A07 der *«Neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation»* in den bereits bestehenden Splitbedingungen gleichgestellt.
- Bisher waren Fälle mit einer *«Frührehabilitation»* und einer Zuweisung zur MDC 01 in der Basis DRG A90 ausgeschlossen und wurden in die MDC 01 in die Basis DRG B90 gruppiert. Dieser Ausschluss wurde entfernt, sodass nun alle Fälle mit einer *«Frührehabilitation, ab 7 Behandlungstagen»* ohne weitere Bedingungen in der DRG A90C abgebildet sind. Fälle mit einer *«Frührehabilitation, ab 14 Behandlungstagen»* gruppieren ohne weitere Bedingungen in die DRG A90B.
- Zusätzlich konnten folgende Aufwertungen vorgenommen werden:
 - *«Frührehabilitation, ab 7 Behandlungstagen»*
 - Basis DRG A11: mit *«IntK > 392/552 Aufwandspunkte»* oder *«Mehrzeitig bestimmte OR-Prozeduren»* oder *«Polytrauma mit bestimmten OR-Prozeduren»*
 - DRG A11B: mit *«IntK > 980/1380 Aufwandspunkte»*
 - DRG A90A: mit *«IMCK Erw > 1104 Aufwandspunkte»*
 - DRG A90B: mit *«Bestimmte OR-Prozeduren»*
 - *«Frührehabilitation, ab 14 Behandlungstagen»*
 - DRG A11B: mit *«Operative Prozedur»*
- Mit diesen Umbauten wird eine sachgerechte Abbildung der Frührehabilitation erreicht, unabhängig davon, ob die Frührehabilitation im Anschluss an eine Akutbehandlung oder als isolierte Behandlung erfolgte.

3.1.4 Kindermedizin

Konsequent wird jährlich die Abbildung der Kindermedizin geprüft und bei Bedarf angepasst. In zahlreichen Fallgruppen innerhalb von 10 MDCs wurde entweder ein neuer Kindersplit etabliert oder ein bestehender überarbeitet. Sofern möglich wurde die Altersgrenze für Kindersplits auf *«Alter < 18 Jahre»* festgelegt, um eine einheitliche Abgrenzung zwischen Erwachsenen und Kindern zu gewährleisten.

- Prä-MDC:
 - DRG A15A → *«Alter < 18 Jahre»*
- MDC 04:
 - DRG E77B → *«Alter < 16 Jahre mit bestimmten Diagnosen»*
 - DRG E05A → *«Alter < 16 Jahre»*
- MDC 05:
 - DRG F03C → *«Alter < 16 Jahre»*
 - DRG F06A → *«Alter < 16 Jahre»*

- DRG F59C → «Alter < 16 Jahre»
- MDC 06:
 - DRG G16B → «Alter < 16 Jahre»
 - DRG G35A → «Alter < 16 Jahre»
 - DRG G60B → «Alter < 16 Jahre»
- MDC 08:
 - DRG I02B → «Alter < 16 Jahre mit bestimmten Diagnosen»
 - DRG I10B → «Alter < 18 Jahre»
 - DRG I21B → «Alter < 16 Jahre»
 - DRG I23A → «Alter < 16 Jahre»
 - DRG I60B → «Alter < 6 Jahre»
- MDC 11:
 - DRG L20A → «Alter < 10 Jahre»
 - DRG L20B → «Alter < 18 Jahre»
 - DRG L63A → «Alter < 16 Jahre mit bestimmten Bedingungen»
 - DRG L69A → «Alter < 16 Jahre»
- MDC 17:
 - DRG R60A → «Alter < 18 Jahre»
 - DRG R61C → «Alter < 16 Jahre»
 - DRG R62A → «Alter < 18 Jahre»
- MDC 19:
 - DRG U60B → «Alter < 12 Jahre»
- MDC 21A:
 - DRG W61B → «Alter < 16 Jahre»
- MDC 22:
 - DRG Y02B → «Alter < 6 Jahre»
 - DRG Y63A → «Alter < 2 Jahre»

3.1.5 Intensivmedizin

Auf Basis der gesamtschweizerischen Daten aus dem Jahr 2024 wurden erneut Fälle mit Kurzaufenthalten auf einer Intensiv- und/oder Intermediate Care Station geprüft und bestimmte Fallkonstellationen aufgewertet. Zusätzlich wurden Fälle mit hohen Aufwandspunkten in der Basis DRG B36 «Krankheiten und Störungen des Nervensystems...» und P37 «Neugeborene mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung...» bessergestellt. Insgesamt konnte sowohl für die Erwachsenen als auch für die Neugeborenen und Kinder in mehr als 14 MDCs eine verbesserte Abbildung erreicht werden.

Intensivmedizinische und IMC-Komplexbehandlung im Neugeborenen und Kindesalter

Für Neugeborene und Kinder wurden – in Fortsetzung der bereits im letzten Jahr durchgeführten Analysen – die CHOP-Kodes für intensivmedizinische Komplexbehandlung sowie IMC-Komplexbehandlung im Neugeborenen und Kindesalter intensiv geprüft. Im Ergebnis konnten die Aufwandspunkte für Neugeborene und Kinder in folgenden MDCs bzw. DRGs angepasst oder neu aufgenommen werden:

- MDC 01:
 - DRG B64A → «IntK/IMCK > 65 Pkt.»
 - DRG B20B → «IntK/IMCK > 130 Pkt.»
- MDC 02:
 - DRG C86A → «IntK > 65 Pkt.»

- MDC 03:
 - DRG D24A → «IntK > 65 Pkt.»
- MDC 05:
 - DRG F49E → «IntK/IMCK > 65 Pkt.»
- MDC 06:
 - DRG G03A → «IntK > 130 Pkt.»
 - DRG G38A → «IntK/IMCK > 130 Pkt.»
- MDC 08:
 - DRG I08A → «IntK > 65 Pkt.»
 - DRGs I12A, I32A → «IntK/IMCK > 65 Pkt.»
 - DRGs I06B, I29A → «IntK/IMCK > 65/190 Pkt.»
 - DRGs I03A, I27A → «IntK > 130 Pkt.»
 - Basis DRG I95, DRG I95A, Basis DRG I87 → «IntK/IMCK > 130 Pkt.»
 - DRG I28A → «IntK/IMCK > 130/196 Pkt.»
 - DRG I08B → «IMCK > 130 Pkt.»
- MDC 15:
 - Basis DRG P37 → «IntK > 3920 Pkt.»
- MDC 19:
 - DRG U60A → «IntK/IMCK > 65 Pkt.»
- MDC 22:
 - Basis DRG Y02, DRGs Y02A, Y63A → «IntK > 65 Pkt.»
- MDC 23:
 - Basis DRG Z02 → «IntK/IMCK > 130 Pkt.»

Intensivmedizinische und IMC-Komplexbehandlung im Erwachsenenalter

- MDC 01:
 - Basis DRG B36, DRG B36C → «IntK > 184 Pkt.»
 - DRG B36A → «IntK > 828 Pkt.»
 - DRG B20B → «IntK/IMCK > 119 Pkt.»
 - DRG B64A → «IntK/IMCK > 59 Pkt.»
- MDC 02:
 - DRG C86A → «IntK > 59 Pkt.»
- MDC 03:
 - DRG D24A → «IntK > 119 Pkt.»
- MDC 04:
 - DRGs E05A, E06A → «IntK > 119 Pkt.»
- MDC 05:
 - DRG F24A → «IntK > 119 Pkt.»
 - DRGs F24B, F59B → «IntK/IMCK > 119 Pkt.»
 - DRGs F12B, F31C, F98D → «IntK/IMCK > 119/184 Pkt.»
 - DRG F98C → «IntK/IMCK > 184/360 Pkt.»
- MDC 06:
 - DRG G35A → «IntK > 360 Pkt.»
 - DRG G21A → «IntK/IMCK > 119/184 Pkt.»
- MDC 08:
 - DRGs I06B, I08A, I10A, I23A, Basis DRG I87 → «IntK > 119 Pkt.»
 - DRGs I05B, I32B → «IntK/IMCK > 119 Pkt.»
 - DRGs I29A, I32A → «IntK/IMCK > 119/184 Pkt.»
 - DRGs I03A, I27A, I15A → «IntK > 184 Pkt.»
 - DRG I05A → «IntK/IMCK > 184 Pkt.»

- DRG I28A → «IntK/IMCK > 184/360 Pkt.»
- DRG I66A → «IMCK > 119 Pkt.»
- DRG I95A → «IMCK > 360 Pkt.»
- MDC 11:
 - DRG L20A → «IntK > 119 Pkt.»
 - DRG L20B → «IMCK > 119 Pkt.»
- MDC 17:
 - DRG R61C → «IntK/IMCK > 119 Pkt.»
- MDC 19:
 - DRG U64A → «IntK/IMCK > 59 Pkt.»
 - DRG U60A → «IMCK > 59 Pkt.»
- MDC 21B:
 - DRG W61B → «IntK/IMCK > 119/184 Pkt.»
- MDC 22:
 - DRG Y63A → «IntK > 59 Pkt.»

3.1.6 Palliativmedizin

Die Etablierung eines Zusatzentgeltes für die «*palliativmedizinische Komplexbehandlung*» und für die «*spezialisierte Palliative Care*» wurde auch im Datenjahr 2024 erneut geprüft. Insgesamt wiesen die Daten 8'276 Fälle aus, die entweder einen CHOP-Kode der Gruppe 93.8A.2* (palliativmedizinische Komplexbehandlung) oder einen CHOP-Kode der Gruppe 93.8B.2* (Spezialisierte Palliative Care) hatten. Der Deckungsgrad dieser Fälle lag im Schnitt bei 98.32%. 1'498 Palliativfälle aus den Universitätsspitälern waren jedoch nicht kostendeckend abgebildet.

Analysen der Daten 2024 haben gezeigt, dass ein differenziert bewertetes Zusatzentgelt für die «*palliativmedizinische Komplexbehandlung*» und die «*spezialisierte Palliative Care*» möglich ist.

Anhand der Daten 2024 wurde sowohl für die «*palliativmedizinische Komplexbehandlung*» als auch für die «*spezialisierte Palliative Care*» ein Zusatzentgelt pro Tag berechnet. Die Anwendung dieser Zusatzentgelte wurde in einem simulierten Arbeitsbereich getestet, in welchem die Basis DRG A97 aufgelöst wurde.

Somit konnte die Vergütung über die Tarifstruktur (DRG A97) mit der Vergütung via Zusatzentgelte verglichen werden. Dabei hat sich gezeigt, dass sich die aktuelle Vergütungssituation der Palliativfälle in den Universitätsspitälern durch die Einführung des berechneten Zusatzentgeltes verschlechtern würde. Eine deutliche Erhöhung des simulierten Zusatzentgeltes kann durch die Kostenstruktur der untersuchten Palliativfälle nicht begründet werden. Zudem würde ein deutlich höheres Zusatzentgelt dazu führen, dass die meisten Palliativfälle deutlich übervergütet werden. Dadurch würden erhebliche Fehlanreize entstehen.

Die SwissDRG AG kommt deshalb zum Schluss, dass die Vergütung über ein Zusatzentgelt auch bei einer differenzierten Betrachtung der «*spezialisierten Palliative Care*» und der «*palliativmedizinischen Komplexbehandlung*» zu keiner Verbesserung der Abbildung der universitären Fälle führt und somit nicht zielführend ist. Aus diesem Grund werden die Fälle der Palliativmedizin wie bisher über die Tarifstruktur vergütet.

Im Rahmen der Analysen zur Einführung eines Zusatzentgeltes zeigten sich innerhalb der Basis DRG A97 zusätzlich untervergütete Fälle aus der MDC 17 mit einer palliativmedizinischen Komplexbehandlung ab 7 Behandlungstagen.

- Fälle aus den DRGs R01A «*Operative Eingriffe bei hämatologischen und soliden Neubildungen...*» und R60A «*Akute myeloische Leukämie, ...*» sind von der Basis DRG A97 «*Palliativmedizinische Komplexbehandlung ab 7 Behandlungstage*» ausgenommen und gruppieren in die MDC 17.
- Fälle mit einer Palliativbehandlung aus der DRG R60B werden in die DRG A97A aufgewertet, aus der DRG R01B in die DRG A97B und aus der DRG R01C in die DRG A97D.

- Im CHOP-Katalog 2024 erfolgte eine weitere Ausdifferenzierung der Codes 93.8A.2- «*palliativmedizinische Komplexbehandlung*» sowie 93.8B.2- «*spezialisierte Palliative Care mit zusätzlicher Leistung ...*» für weniger als 7 Behandlungstage.
- Ausserhalb der Basis DRG A97 wurde der CHOP-Code 93.8B.27 «*spezialisierte Palliative Care mit zusätzlicher Leistung von Therapien, mindestens 4 bis 6 Behandlungstage*» in die DRGs B66A, D60A, E71B, G60B, H61A, J62A aufgewertet.

3.1.7 CC-Matrix

Die Arbeiten an der CC-Matrix, den Exklusions-Tabellen und den PCCL-Splits wurden für die Version 16.0 konsequent weitergeführt.

Bei der Weiterentwicklung der Tarifstruktur für die Version 15.0 fiel bereits eine inkonsistente Abbildung der ICD-Kodes für «*Bösartige Neubildungen*» und «*Sekundäre Neubildungen*» in der CC-Matrix auf. Eine Aufnahme aller fehlenden ICD-Kodes und eine Gleichstellung in der CC-Matrix wurden bereits auf Basis der Daten aus dem Jahr 2023 geprüft. Darauf aufbauend wurden diese Arbeiten anhand der Daten aus dem Jahr 2024 erneut verifiziert und finalisiert umgesetzt. Dadurch kam es zu zahlreichen Neuaufnahmen, aber auch zu Auf- und Abwertungen von ICD-Kodes innerhalb der CC-Matrix.

Basierend auf den neuen Daten und zahlreichen Anwenderhinweisen konnte die Abbildung komplexer Fälle noch differenzierter gestaltet werden. Insgesamt wurden 229 ICD-Kodes neu in die CC-Matrix aufgenommen, viele davon in mehr als drei Basis DRGs, während hingegen 19 ICD-Kodes gestrichen wurden. Zudem erfuhren 35 ICD-Kodes eine Aufwertung innerhalb der CC-Matrix, 18 ICD-Kodes eine Abwertung und 96 ICD-Kodes eine DRG-spezifische Auf- und Abwertung.

Auch die Schweregradlogik wurde weiterentwickelt: Insgesamt wurden 29 PCCL-Splits neu etabliert oder überarbeitet – darunter 15 neu eingeführte Splits und 14 mit gezielten Anpassungen. Drei PCCL-Splits wurden aufgrund fehlender Kostentrennung in den Daten 2024 entfernt, um die Trennschärfe der Logik weiter zu erhöhen. Entfernungen von PCCL-Splits im Zusammenhang mit Kondensationen von Basis DRGs oder DRGs sind dabei nicht berücksichtigt.

Im Rahmen des Antragsverfahrens gingen insgesamt 51 Anträge zur Anpassung der CC-Matrix ein. 23 Anträge wurden weitgehend umgesetzt, während 22 Anträge abgelehnt werden mussten. Sechs Anträge wurden als «*nicht rechenbar*» eingestuft, da sie einerseits Beantragungen für Abwertungen von ICD-Kodes enthielten, die nicht in der CC-Matrix enthalten waren oder mit der Version 15.0 bereits entfernt wurden und andererseits Anträge, in denen Aufwertungen von ICD-Kodes gewünscht wurden, die in die Kodierung für das Datenjahr 2024 noch nicht einfließen konnten. Für die Kodierung im Jahr 2024 wurde der ICD-Katalog ICD-10-GM Version 2022 verwendet.

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

3.1.8 Anpassung der Kalkulationsmethodik

Liegt die untere Grenzverweildauer (UGV) einer spezifischen DRG bei zwei Tagen und beinhaltet der Kalkulationsdatensatz mindestens 25 Fälle dieser DRG mit einer Aufenthaltsdauer von einem Tag, ist von einer «*impliziten Ein-Belegungstag DRG*» die Rede.

In solchen Fällen wurde bisher der Abschlag anhand der Differenz zwischen den mittleren Kosten der Inlier und den Median-Kosten der Kurzlieger berechnet. Das effektive Kostengewicht der Fälle mit einer Aufenthaltsdauer von einem Tag entsprach also dem Median ihrer Gesamtkosten.

Die SwissDRG AG wurde im Rahmen des jährlichen Antragsverfahrens mehrfach auf die Untervergütung der Kurzlieger in einzelnen Ein-Belegungstag DRGs hingewiesen. Eine derartige Konstellation tritt beispielsweise bei einer sehr ungleichmässigen Verteilung der Gesamtkosten der Kurzlieger einer betroffenen DRG auf.

Um die Problematik bei unregelmässigen Verteilungen zu entschärfen, ohne jedoch die Vorteile der Verwendung des Medians punkto Robustheit gegenüber Extremwerten zu verlieren, wurden

verschiedene Ansätze geprüft. Schliesslich wurde ein Verfahren gewählt, welches den Median nach oben und nach unten symmetrisch anpasst und so einer schiefen Verteilung besser gerecht werden kann.

Das effektive Kostengewicht der Kurzlieger einer impliziten Ein-Belegungstag DRG «i» wird ab der Version 16.0 neu wie folgt bestimmt:

$$effKGW_i^{CHF} = \frac{Med + Q20 + Q80}{3}$$

Wobei:

Med = Median der Gesamtkosten der Kurzlieger der DRG i
Q20 = 20% Quantil der Gesamtkosten der Kurzlieger der DRG i
Q80 = 80% Quantil der Gesamtkosten der Kurzlieger der DRG i

Diese Änderung in der Kalkulationsmethodik führte zu einer Reduzierung des mittleren quadrierten Fehlers (MSE) sowohl der betroffenen Fälle als auch aller Fälle im Kalkulationsdatensatz und stellt damit eine Verbesserung des Gesamtsystems dar.

3.2 Überarbeitung der DRG-Klassifikation

3.2.1 MDC-übergreifende Umbauten Prä-MDC

Geriatrische Akutbehandlung

Ein Antragsteller brachte das Anliegen vor, die Abbildung von bestimmten Fällen aus der MDC 08 «*Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe*» und einer geriatrischen Akutbehandlung innerhalb der Basis DRG A95 «*Geriatrische Akutrehabilitation ab 7 Behandlungstage*» zu überprüfen. Im Ergebnis konnten nachfolgende DRGs in der Basis DRG A95 aufgewertet werden:

- DRG I12A «*Knochen- und Gelenkinfektion/-entzündung mit verschiedenen Eingriffen am Muskel-Skelett-System und...*» in die DRG A95B.
- DRG I12B, DRG I46A «*Implantation, Wechsel oder Revision einer Hüftendoprothese...*» und DRG I46B in die DRG A95E.

3.2.2 Weitere MDC-übergreifende Umbauten

Gewebetransplantation mit mikrovaskulärer Anastomose

Im Rahmen eines Antrags führten wir eine MDC-übergreifende Analyse zur Abbildung von «*Gewebetransplantationen mit mikrovaskulärer Anastomose*» in der Tarifstruktur durch.

- Dabei sahen wir ressourcenintensive Fälle in den unterschiedlichsten MDCs.
- Im Ergebnis konnte die Tabelle «*Gewebetransplantation mit mikrovaskulärer Anastomose*» in den folgenden DRGs als neues Splitkriterium etabliert werden:
 - MDC 01: Basis DRG B09, DRG B01A
 - MDC 06: DRG G38A
 - MDC 08: DRG I02B mit «*Komplexe Vakuumbehandlung*»
 - MDC 13: Basis DRG N11
 - MDC 17: DRG R01B mit «*Neck Dissection*»
 - MDC 21B: Basis DRG X01

Isolierungsmassnahmen

Bereits für die letzten Swiss DRG-Versionen wurde die Abbildung der Isolierungen intensiv und MDC-übergreifend geprüft. Mit dem Antragsverfahren 2025 gingen erneut zwei Anträge mit der Bitte um Prüfung eines Zusatzentgeltes oder eine Aufwertung der verschiedenen Isolierungsmassnahmen, insbesondere der «*Tröpfchenisolierung*», ein.

- Wir führten wiederholt MDC-übergreifende Analysen zu den verschiedenen Isolierungsmassnahmen durch.
- Ein Zusatzentgelt konnte erneut nicht etabliert werden.
- Der Mehraufwand für die CHOP-Kodegruppe 99.84.2- «*Tröpfchenisolierung, nach Anzahl Behandlungstage*» war auch in den Daten aus dem Jahr 2024 nicht klar ersichtlich. Die Fälle zeigten zum Teil zwar höhere Kosten, welche aber eher der längeren Verweildauer geschuldet waren.
- Hingegen zeigte sich der Ressourcenaufwand der CHOP-Kodegruppe 99.84.3- «*Aerosolisierung, nach Anzahl Behandlungstage*» ähnlich erhöht wie derjenige der CHOP-Kodegruppe 99.84.1- «*Kontaktisolierung, nach Anzahl Behandlungstage*».
- So wurde die «*Aerosolisierung*» der «*Kontaktisolierung*» in der Tarifstruktur entsprechend der Behandlungstage gleichgestellt und in folgenden DRGs neu als Splittkriterium etabliert:
 - «*Kontakt- und Aerosolisierung, ab 7 Behandlungstagen*»
 - MDC 04: DRG E02A
 - MDC 06: DRGs G67A, G70A
 - MDC 09: DRGs J11A, J61B
 - MDC 16: DRG Q60A
 - MDC 17: DRGs R60D, R61C
 - «*Kontakt- und Aerosolisierung, ab 14 Behandlungstagen*»
 - MDC 04: DRGs E76B, E77A
 - MDC 17: DRG R61B
- Im Rahmen dieser Analysen wurde auch die CHOP-Kodegruppe 99.84.5- «*Protektive Isolierung in einem speziellen Zimmer, nach Anzahl Behandlungstage*» geprüft. Auch hier zeigte sich in bestimmten DRGs der ähnlich erhöhte Ressourcenverbrauch wie bei den anderen gruppierungsrelevanten Isolierungen.
- So wurde die «*Protektive Isolierung in einem speziellen Zimmer, nach Anzahl Behandlungstage*» der «*Kontakt- und Aerosolisierung*» entsprechend der Behandlungstage in der Tarifstruktur gleichgestellt und zusätzlich neu in folgende DRGs aufgewertet:
 - «*Protektive Isolierung in einem speziellen Zimmer, ab 14 Behandlungstage*»
 - MDC 17: Basis DRG R01, DRG R61B
 - «*Protektive Isolierung in einem speziellen Zimmer, ab 21 Behandlungstage*»
 - Prä-MDC: DRG A15B mit «*Mittel- oder hochgradig komplexe Chemotherapie*»
- Mit diesen Umbauten kann eine sachgerechte Abbildung von Fällen mit bestimmten Isolierungen erreicht werden.

Aufwendige Konstellationen bei bösartigen Neubildungen

Im Rahmen des Antragsverfahrens wurde darauf hingewiesen, dass trotz der Aufwertung von bestimmten Konstellationen und einem Tumorboard in den letzten Jahren weiterhin Fälle untervergütet sind. Es wurde beantragt, die Abbildung der globalen Funktion «*Aufwendige Konstellationen bei BNB*» als Splittkriterium erneut zu prüfen und eventuell den CHOP-Kode 89.93 «*Interdisziplinäre (Tumor-)fallbesprechung (Tumorboard)*» in andere globale Funktionen aufzunehmen.

Bereits in den letzten zwei Weiterentwicklungen der Tarifstruktur wurde die Abbildung des Tumorboards MDC-übergreifend geprüft. Diese Analysen führten wir nun auch auf Grundlage des Datenjahres 2024 erneut durch.

- In den Analysen zeigten sich sehr kleine, aber ressourcenintensive Fallgruppen.
- Eine Aufnahme des CHOP-Kodes 89.93 in weitere globale Funktionen erwies sich als nicht sachgerecht.
- Dafür konnte die globale Funktion «Aufwendige Konstellationen bei BNB» in folgende DRGs aufgewertet werden:
 - Prä-MDC: DRG A97C
 - MDC 01: DRG B20A
 - MDC 03: DRG D02A
 - MDC 06: DRGs G35A, G60A
 - MDC 07: DRGs H01B, H12A
 - MDC 08: DRG I54A
 - MDC 09: DRG J61A
 - MDC 13: DRG N01C

Patientenindividuelle Implantate

Zur Abbildung patientenindividueller Implantate wurde die Einführung eines separaten Zusatzentgelts beantragt. Begründet wurde dies mit einer Diskrepanz zwischen pauschaler DRG-Vergütung und effektiven Implantatkosten. Betroffen sind mehrere DRGs über verschiedene MDCs.

- Die Einführung eines separaten Zusatzentgelts wurde geprüft, erwies sich allerdings nicht als zielführend.
- Der CHOP-Kode 00.9A.61 «Verwendung von präoperativ patientenindividuell mittels 3D-Bildgebung gefertigten Implantaten» wurde in die DRG B20B aufgenommen.
- Innerhalb der Basis DRG D02 wurde eine neue, höher bewertete DRG D02A eingeführt. In diese DRG gruppieren Fälle bei Vorliegen folgender Codes:
 - 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.64 «Verwendung von präoperativ patientenindividuell mittels 3D-Bildgebung sowie 3D-Drucker gefertigten Implantaten»
 - 02.05.10 «Einsetzen eines CAD-Implantats an Hirnschädel ohne Beteiligung des Gesichtsschädels, einfacher Defekt»
 - 02.05.11 «Einsetzen eines CAD-Implantats an Hirnschädel ohne Beteiligung des Gesichtsschädels, grosser oder komplexer Defekt»
 - 02.05.20 «Einsetzen eines CAD-Implantats an Hirnschädel mit Beteiligung von Orbita, Temporalregion oder frontalem Sinus, bis zu 2 Regionen»
 - 02.05.30 «Einsetzen eines CAD-Implantats an Hirnschädel mit Beteiligung multipler Regionen des Gesichtsschädels, ab 3 Regionen»
 - 76.43.12 «Einsetzen eines CAD-Implantats an Mandibula, zur plastischen Rekonstruktion eines grossen oder komplexen Defekts [L]»
 - 76.92.20 «Einsetzen von CAD-Implantat an Gesichtsschädel ohne Beteiligung des Hirnschädels, bis zu 2 Regionen»
 - 76.92.21 «Einsetzen von CAD-Implantat an Gesichtsschädel ohne Beteiligung des Hirnschädels, ab 3 Regionen»
 - 76.92.31 «Einsetzen eines CAD-Implantats an Maxilla, zur plastischen Rekonstruktion eines grossen oder komplexen Defekts [L]»
- Zudem gruppieren Fälle in die neue DRG D02A bei Vorliegen einer der folgenden Bedingungen:
 - Funktion «Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren»
 - Funktion «Aufwendige Konstellationen bei BNB»

- oder bei Erfüllung der Bedingungen der Basis DRG D01 in Kombination mit einer «Gewebetransplantation mit mikrovaskulärer Anastomose».

Intraoperatives neurophysiologisches Monitoring

Zur Abbildung von 00.94.31-33 «Intraoperatives neurophysiologisches Monitoring, von mehr als 4 Stunden bis mehr als 12 Stunden» wurde eine Aufwertungsprüfung im Hinblick auf die DRG D24B «Komplexe Hautplastiken und grosse Eingriffe an Kopf und Hals mit Kombinationseingriff oder äusserst schwere CC» beantragt.

- Die nachfolgenden CHOP-Kodes konnten nach verschiedenen Prüfungen wie gewünscht in die DRG D24B aufgewertet werden:
 - 00.94.31 «Intraoperatives neurophysiologisches Monitoring, von mehr als 4 Stunden bis 8 Stunden»
 - 00.94.32 «Intraoperatives neurophysiologisches Monitoring, von mehr als 8 Stunden bis 12 Stunden»
 - sowie 00.94.33 «Intraoperatives neurophysiologisches Monitoring, von mehr als 12 Stunden»
- Zudem konnten die CHOP-Kodes innerhalb der MDC 01 ebenfalls in folgenden DRGs abgebildet werden:
 - DRG B01A «Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren oder extra- und intrakranielle Eingriffe bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung Erw > 184 Aufwandspunkten oder Alter < 16 Jahre»
 - DRG B20A «Bestimmte oder komplexe intrakranielle Eingriffe oder grosse Wirbelsäulen-Operation mit komplexer Prozedur oder intensivmedizinische Komplexbehandlung /IMCK > 130/119 Aufwandspunkte oder schwere CC, Alter > 15 Jahre»
 - sowie DRG B36C «Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196/360 Aufwandspunkte», hier in Verbindung mit niedrigen intensivmedizinischen Aufwandspunkten für Erwachsene (Kapitel 3.1.5 «Intensivmedizin»).

3.2.3 Prä-MDC

Paraplegiologie

Trotz bereits erfolgter Anpassungen in früheren Versionen zur verbesserten Abbildung paraplegiologischer Fälle wurden innerhalb der Basis DRG A46 erneut aufwendige Fälle mit langer Aufenthaltsdauer und hohen Kosten identifiziert, deren Ressourcenaufwand in der bestehenden Tarifstruktur noch nicht ausreichend berücksichtigt wurde. Dazu zählen Fälle, in denen mehrere operative Eingriffe zu verschiedenen Zeitpunkten durchgeführt wurden. Zudem wurden auch Fälle mit einem Polytrauma mit paraplegiologischer Komplexbehandlung identifiziert. Aus den Erkenntnissen der Analyse konnte eine Weiterentwicklung für die Version 16.0 erfolgen.

- Die Funktion «Vierzeitig bestimmte OR-Prozeduren» wurde in der Version 16.0 als Splitbedingung in die DRG A46B aufgenommen.
- Die Funktion «Polytrauma» wurde in die Splitbedingungen der DRGs A46B (in bestimmten Konstellationen) und A46E aufgenommen.
- Darüber hinaus stellt die Diagnose T83.5 «Infektion und entzündliche Reaktion durch Prothese, Implantat oder Transplantat im Harntrakt» eine häufige Komplikation bei paraplegiologischen Fällen dar. Diese Nebendiagnose führt zu einem erhöhten Ressourcenaufwand. Sie wurde somit in Kombination mit «Bestimmte OR-Prozeduren» in die Splitbedingungen der DRG A46D, gleichwertig zu Dekubitus-Diagnosen, abgebildet.

3.2.4 MDC 01 Krankheiten und Störungen des Nervensystems

Die Splitbedingungen «Schwere CC oder Hirninfarkt» für die DRG B04B erwiesen sich nicht mehr als eindeutiges kostentrennendes Merkmal.

- Die DRGs B04B und B04C wurden zur DRG B04B «Eingriffe an den extrakraniellen Gefässen, ASD Verschluss oder Herzschrittmacher mit schweren CC oder bei Hirninfarkt» kondensiert.

Im Zuge der Weiterentwicklung der Tarifstruktur fielen untervergütete Fälle in der DRG B09D «Andere Eingriffe am Schädel» auf.

- Mit der Aufwertung des CHOP-Kodes für «Stereotaktische Biopsie am Gehirn, Hirnhäuten, intrakranielle Blutgefässe» in die DRG B09B konnten diese Fälle aufgewertet werden.
- Jedoch zeigte sich, dass die restlichen Splitbedingungen der DRG B09B keine kostentrennenden Merkmale gegenüber der DRG B09C mehr aufweisen.
- Die DRGs B09B und B09C wurden zur DRG B09B kondensiert.

Anlässlich der Analysen zeigte sich, dass die Splitbedingungen für die DRG B20A sich nicht mehr als kostentrennendes Merkmal eignete.

- Die alte DRG B20A wurde entfernt und dafür die Splitbedingung «IntK/IMCK > 196/184 Pkt.» in der neuen DRG B20A aufgenommen.
- Weitere Umbauten in der Basis DRG B20 sind unter dem Kapitel 3.2.2 aufgeführt.

Fälle mit einer Hypoglossus-Stimulation bei Schlafapnoe sind laut einem Antragsteller in der Basis DRG B21 «Implantation eines Neurostimulators oder Elektroden» untervergütet. Die mit V15.0 neu etablierten Splitbedingungen für wiederaufladbare Neurostimulationen greifen bei dieser Therapieart nicht., weshalb eine Aufwertung innerhalb der Basis DRG B21 beantragt wurde.

- Die Untervergütung dieser Fälle war klar ersichtlich.
- Es wurde eine neue Splitbedingung mit der ICD-Kodegruppe G47.3- «Schlafapnoe-Syndrom» und den CHOP-Kodes 03.9A.1- «Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Neurostimulation, ...» und 04.95.1- «Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur peripheren Neurostimulation, ...» für die DRG B21C etabliert.
- Somit erfahren diese Fälle eine Aufwertung.

Im Rahmen von Analysen sahen wir sehr ressourcenintensive Fälle in den Basis DRGs B01 und B02, welche nicht sachgerecht vergütet waren.

- Mit Einfügen der globalen Funktion «Komplexe OR-Prozeduren» für die DRG B36C konnten wir eine sachgerechte Abbildung dieser komplexen Fälle erreichen.

Anlässlich von Analysen erkannten wir inhomogene Fallgruppen in der Basis DRG B63 «Demenz und andere chronische Störungen der Hirnfunktion».

- Der PCCL-Split und die neurologische Komplexdiagnostik erwiesen sich nicht mehr als geeignete Kostentrenner.
- So wurden die DRGs B63A und B63B zur DRG B63Z kondensiert.
- Dadurch sinkt zwar das Kostengewicht dieser DRG, die Fälle profitieren aber von einem früheren Langliegerzuschlag.

Innerhalb der Basis DRG B69 «Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefässverschlüsse» wies die DRG B69A in den Daten 2024 eine sehr geringe Fallzahl aus.

- Die DRGs B69A und B69B wurden zur DRG B69A kondensiert.

Ein Antragsteller wies uns auf eine Inhomogenität in der Basis DRG B70 «Apoplexie» hin und bat um Prüfung weiterer PCCL-Splits, vor allem um «PCCL > 2» und «PCCL > 3».

- Die Daten bestätigten eine Inhomogenität der Fälle in der Basis DRG B70. Neue PCCL-Splits, auch in Kombination mit anderen Bedingungen, erwiesen sich jedoch als nicht sachgerecht.
- In diversen Analysen fiel aber auf, dass bestimmte Splitbedingungen innerhalb der Basis DRG B70 keine kostentrennenden Merkmale mehr darstellten, weshalb die DRGs B70B und B70C zur DRG B70B kondensiert wurden.
- So konnte die Abbildungsgüte der Fälle innerhalb der Basis DRG B70 verbessert werden.

In der Basis DRG B72 «Infektion des Nervensystems ausser Virusmeningitis» zeigte sich, dass der PCCL-Split > 2 kein geeigneter Kostentrenner mehr ist.

- Der PCCL-Split wurde entfernt.

In den Daten aus dem Jahr 2024 zeigten sich Inhomogenitäten in der Basis DRG B76 «Anfälle oder Video-EEG oder Komplexbehandlung Epilepsie ab 7 Behandlungstage...».

- Einige Splitbedingungen erwiesen sich nicht mehr als kostentrennendes Merkmal und so wurden die folgenden DRGs kondensiert:
 - DRGs B76A und B76B zu DRG B76A
 - DRGs B76F und obere B76G zu DRG B76D
 - DRGs untere B76G und B76H zu DRG B76E
- Mit diesen Kondensationen konnte eine sachgerechtere Abbildung der Fälle in der Basis DRG B76 erreicht werden.

Im Zuge der Weiterentwicklung der Tarifstruktur fielen uns teure Fälle in der DRG B85B auf.

- Mit Herabsetzung des PCCL-Splits auf «PCCL > 2» konnten diese Fälle aufgewertet werden.

Ein Antragsteller wies auf die Untervergütung von Fällen mit dem CHOP-Kode 99.A7 «Komplexdiagnostik des akuten Hirnschlags in Stroke Unit oder Stroke Center, bis maximal 24 Stunden» in der Ein-Belegungstag DRG B86 «Krankheiten und Störungen des Nervensystems, ein Belegungstag» hin.

- Analysen zeigten, dass auch Fälle mit einer neurologischen Komplexdiagnostik in dieser Basis DRG untervergütet sind.
- So wurden die CHOP-Kodes 99.A7 «Komplexdiagnostik des akuten Hirnschlags in Stroke Unit oder Stroke Center, bis maximal 24 Stunden» und 99.A6.1* «Neurologische Komplexdiagnostik, mit...» als neue Splitbedingung für die DRG B86A aufgenommen.

3.2.5 MDC 02 Krankheiten und Störungen des Auges

In der Ein-Belegungstags DRG C86Z «Krankheiten und Störungen des Auges, ein Belegungstag» wurden wir ebenfalls auf eine Untervergütung von Stroke Mimics durch den CHOP-Kode 99.A7 «Komplexdiagnostik des akuten Hirnschlags in Stroke Unit oder Stroke Center, bis maximal 24 Stunden» hingewiesen.

- Die Analysen bestätigten die Untervergütung dieser Fälle, aber aufgrund der geringen Fallzahl wurde nach weiteren möglichen Kostentrennern gesucht.
- So konnte schlussendlich die DRG C86Z mit folgenden Bedingungen gesplittet und in der neuen DRG C86A sachgerecht abgebildet werden:
 - «Neurologische Komplexdiagnostik»
 - «Neurologische Komplexbehandlung 24-48 Stunden»
 - «Chemotherapie»

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

Die Tarifsystematik ist auf ein mehrzeitiges Vorgehen zur Behandlung von Lippen-Kiefer-Gaumenspalten (Q35-Q37) ausgelegt. Mit der Weiterentwicklung chirurgischer Techniken wird jedoch vermehrt ein einzeitiges Vorgehen gewählt, beispielsweise als kombinierter Hart- und Weichgaumenschluss oder als kompletter Verschluss von Lippe mit primärer Rhinoplastik sowie Hart- und Weichgaumenrekonstruktion.

Der einzeitige Eingriff ist mit einer längeren Operation- und Narkosedauer verbunden und verursacht entsprechend höhere Kosten, ohne dass sich die Verweildauer verändert. Dadurch entsteht in den DRGs D03A-C ein Missverhältnis zwischen Aufwand und Vergütung. Vorgeschlagen wurde daher die Einführung eines spezifischen DRG-Splits zur Abbildung der einzeitigen Versorgung anhand definierter ICD- und CHOP-Kombinationen.

- Es wurden verschiedene Aufwertungssimulationen sowie unterschiedliche Kodierungskombinationen geprüft.
- In die DRG D03A gruppieren neu Patientinnen und Patienten unter zwei Jahren mit der Hauptdiagnose Q37.5 *«Spalte des harten und des weichen Gaumens mit einseitiger Lippenspalte»* in Kombination mit einem der Eingriffe 27.54.10 *«Lippenplastik einer (angeborenen) Lippenspalte»*, 27.62.10 *«Primäre plastische Rekonstruktion am knöchernen Gaumen ohne Knochentransplantat»* oder 27.62.12 *«Primäre plastische Rekonstruktion am weichen Gaumen»*.
- In die DRG D03B gruppieren neu Fälle mit der Hauptdiagnose Q35.5 *«Spalte des harten und des weichen Gaumens»* in Kombination mit den Eingriffen 27.62.10 oder 27.62.12 oder weiterhin bei einem Alter unter zwei Jahren.

Eingriffe an den Nasennebenhöhlen gruppieren üblicherweise in die Basis DRG D06 *«Aufwendige Eingriffe an Nasennebenhöhlen...»*. Bei zusätzlicher Polypektomie mit 21.31.10 *«Lokale Exzision einer endonasalen Läsion, Zugang endonasal»* oder 21.31.12 *«Destruktion einer endonasalen Läsion»* gruppieren die Fälle jedoch in die DRG D38A *«Sehr komplexe Eingriffe an der Nase»* mit einem höheren Kostengewicht. Gemäss Antragsteller sind diese Fälle nicht sachgerecht abgebildet und beeinflussen die Homogenität der übrigen Fälle in der DRG D38A. Vorgeschlagen wurde deshalb die Entfernung dieser Codes aus der Tabelle D38-2 sowie deren Aufnahme in die Tabelle D12-1.

- Die Auswirkungen der Entfernung des Codes 21.31.10 *«Lokale Exzision einer endonasalen Läsion, Zugang endonasal»* und 21.31.12 *«Destruktion einer endonasalen Läsion»* aus der Tabelle D38-2 sowie deren Aufnahme in die Tabelle D12-1 wurden analysiert.
- Die verschobenen Fälle zeigten in den Analysen eine homogenere Kostenstruktur innerhalb der betroffenen DRGs, weshalb der vorgeschlagene Umbau umgesetzt wurde.

Septorhinoplastiken können sowohl mit lokalen als auch mit peripheren Knorpeltransplantaten durchgeführt werden. Insbesondere Fälle mit dem CHOP-Code 21.83.11 *«Septorhinoplastik mit Korrektur des Knorpels oder des Knochens, mit distalen autogenen Transplantaten, allogenen oder xenogenen Transplantaten»* innerhalb der DRG D38A *«Sehr komplexe Eingriffe an der Nase»* weisen laut Antragsteller höhere Kosten auf als das übrige Fallkollektiv und führen folglich zu einer Unterdeckung. Aus diesen Gründen wurde die Aufnahme des CHOP-Kodes als Splitbedingung innerhalb der Basis DRG D38, beziehungsweise eine Homogenitätsanalyse der Basis DRG D38 beantragt.

- Die Kostenstruktur der DRG D38A wurde analysiert und der CHOP-Code 21.83.11 vertieft geprüft.
- Auf Basis dieser Analysen wurde eine neue DRG D38A eingeführt, in welche Fälle mit zusätzlicher Kodierung der folgenden CHOP-Kodes gruppieren:
 - 21.83.11 *«Septorhinoplastik mit Korrektur des Knorpels oder des Knochens, mit distalen autogenen Transplantaten, allogenen oder xenogenen Transplantaten»* oder

- 21.83.20 «Totale plastische Nasenrekonstruktion mit Implantation von alloplastischen Materialien».
- Die alte DRG D38A wurde unter unveränderten Bedingungen zur neuen DRG D38B, während die bisherige DRG D38B zur neuen DRG D38C wurde.

Gemäss Antragsteller weist die Basis DRG D60 «Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals» eine Unterdeckung bei notfallmässig eingetretenen Patienten auf. Zudem werden einzelne Fälle seit der letztjährigen Systementwicklung aus der Basis DRG D60 in die Basis DRG D86 «Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, ein Belegungstag» umgruppiert und dadurch zusätzlich abgewertet, weshalb eine Neubeurteilung der Basis DRG D60 wünschenswert sei.

- Die Basis DRG D60 wurde hinsichtlich Kostenstruktur und Notfallanteil analysiert. Zwar zeigte sich ein erhöhter Anteil an Notfallpatienten, jedoch sind diese Fälle auf gesamtschweizerischer Ebene mehrheitlich kostendeckend. Ein relevantes Defizit war lediglich bei einem einzelnen Spital feststellbar, sodass sich Notfallfälle nicht als geeignete Kostentrenner erwiesen.
- Zudem zeigten Analysen, dass einzelne Fälle in der DRG D60A übervergütet sind. Durch eine Anpassung des PCCL-Splits von «PCCL > 2» auf «PCCL > 3» konnten betroffene Fälle sachgerecht abgebildet werden.
- Im Zusammenhang mit der angesprochenen Umgruppierung einzelner Fälle aus der Basis DRG D60 in die Basis DRG D86 wurden ebenfalls vertiefte Analysen innerhalb der Basis DRG D86 durchgeführt. Dadurch wurden folgende Prozeduren aus der DRG D86B in die DRG D86A aufgewertet, um eine sachgerechte Abbildung zu erreichen:
 - 43.11 «Perkutane [endoskopische] Gastrostomie [PEG]»
 - 99.25.52 «Mittelgradig komplexe und intensive Chemotherapie»
 - 99.25.53 «Hochgradig komplexe und intensive Chemotherapie»
 - 99.25.54 «Hochgradig komplexe und intensive Chemotherapie: zwei Chemotherapien während eines stationären Aufenthalts»

3.2.7 MDC 04 Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane

Die DRG E06B wies eine geringe Fallzahl auf und unterschied sich wenig von den mittleren Kosten der DRG E06A.

- Die DRGs E06A und E06B wurden zur DRG E06A «Andere Lungenresektionen, Biopsie an Thoraxorganen und Eingriffe an der Thoraxwand mit äusserst schweren CC oder chirurgischer Lungenvolumenreduktion oder bestimmter Eingriff» kondensiert.

In den Daten 2024 wiesen Fälle in der DRG E64C «Respiratorische Insuffizienz oder Lungen-embolie» mit einem «PCCL = 3» ähnliche Kosten auf wie Fälle in der DRG E64B.

- Die DRGs E64B und E64C wurden zur DRG E64B kondensiert.

Im Rahmen der Bearbeitung eines Antrages zur Aufwertung der CHOP-Kodes 93.9E.1- «NIV-Beatmung ausserhalb Intensivstation, ab...» in der MDC 04 und MDC 05 fiel eine Überbewertung von Fällen in der DRG E70A «Keuchhusten und akute Bronchitis...» auf.

- Die entsprechende Splitbedingung wurde für die DRG E70A entfernt, dafür aber in die Splitbedingung für die DRG E70B eingefügt.
- Dadurch erfahren auch Fälle mit einer «NIV-Beatmung ausserhalb der Intensivstation, ab 3 Behandlungstagen/High-flow-Nasenkanülen» aus der DRG E70C eine Aufwertung in die DRG E70B.

Im Zuge der Weiterentwicklung der Tarifstruktur fiel eine Überbewertung von Fällen mit einem «PCCL = 3» in der DRG E73A auf.

- Der PCCL-Split wurde auf «PCCL > 3» erhöht.

Mehrere Anträge erhielten wir zur Basis DRG E77 *«Andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane»*. In einem Antrag wurden bestimmte Pneumonien oder ein Pyothorax als mögliche Kostentrenner aufgeführt.

- In den Analysen zeigte sich, dass schwerwiegende Pneumonien innerhalb der Basis DRG E77 sachgerecht abgebildet waren.
- Wir sahen aber auch eine Kostenheterogenität in der DRG E77B, sodass wir diese DRG gesplittet und eine neue DRG E77B mit folgenden Splitkriterien etablieren konnten:
 - *«Äusserst schwere CC»*
 - *«Alter < 16 Jahre»* und *«Abszesse Thorax»*
- Die in einem weiteren Antrag beschriebene Fallgruppe mit dem CHOP-Kode 93.9E.1- *«NIV-Beatmung ausserhalb Intensivstation, ab 4 Tage»* konnte in die DRG E77A aufgewertet werden.
- Die *«Kontaktisolierung, ab 7 Behandlungstage»* wurde auf *«Bestimmte Isolierungen, ab 14 Behandlungstage»* für die DRG E77A erhöht. Dadurch sind Fälle mit *«Bestimmte Isolierungen, ab 7 Behandlungstagen»* in der DRG E77C abgebildet.
- Ebenfalls in die DRG E77C wurden *«Bestimmte Chromosomenanomalien»* aufgewertet und sind somit den *«Angeborenen Fehlbildungen»* gleichgestellt.

Mit diesen Umbauten konnte die Abbildung der Fälle in der Basis DRG E77 verbessert werden.

Laut einem Antragsteller sind Patienten mit Tuberkulose ungenügend abgebildet. Tuberkulose-Patienten seien aufwändig in der Behandlung, unabhängig vom Hauptgrund der Hospitalisation. Der Antragsteller beantragte die Aufnahme der ICD-Kodes für Tuberkulose in die CC-Matrix.

- Die im Antrag aufgeführten ICD-Kodes sind bereits in der CC-Matrix enthalten, bzw. wurden für die SwissDRG Version 15.0 aufgenommen oder aufgewertet.
- Laut der Rückmeldung der Schweizerischen Gesellschaft für Pneumologie sind aber vor allem Fälle mit einer Tuberkulose in der Ein-Belegungstag Basis DRG E86 und in der Basis DRG E02 *«Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen oder aufwendiger Eingriff am Bronchus»* untervergütet.
- In diesen DRGs handelt es sich um kleine Fallgruppen, gleichwohl konnte eine Aufwertung erfolgen.
- In der Basis DRG E86 wurden ICD-Kodes für Tuberkulose als Splitkriterium für die DRG E86B *«Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane bei bösartiger Neubildung oder ..., ein Belegungstag»* eingefügt und somit aufgewertet.
- In der Basis DRG E02 erfahren Fälle mit einer Tuberkulose indirekt durch die Aufnahme von *«Bestimmte Isolierungen, ab 7 Behandlungstage»* eine Aufwertung.
- Im Rahmen der Analysen zu diesem Antrag fiel eine Kostenheterogenität in der Basis DRG E76 auf, in welche bisher Fälle mit einer Tuberkulose oder einem Pneumothorax gruppierten.
- Der ICD-Kode für einen Pneumothorax oder ein interstitielles Emphysem wurden aus der Basis DRG E76 entfernt und in einer neuen Basis DRG E79 *«Pneumothorax»* etabliert. Infolgedessen erfolgte eine Auflösung von DRGs innerhalb der Basis DRG E76 *«Tuberkulose»* und eine Verbesserung der Kostenheterogenität.
- Fälle mit einem höheren Ressourcenverbrauch sind in der neuen Basis DRG E79 mit einem PCCL-Split > 3 in der DRG E79A sachgerecht abgebildet.

Durch den Umbau der Funktion *«Polytrauma»* gab es nun Fälle mit traumatischen Verletzungen an der Lunge, welche diese Funktion nicht mehr erfüllten und in die Ein-Belegungstag Basis DRG E86 gruppierten.

- Durch die neue Splitbedingung *«Traumatische Verletzungen an der Lunge»* für die DRG E86B konnte eine sachgerechte Abbildung dieser Fälle erreicht werden.

3.2.8 MDC 05 Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems

Innerhalb der Basis DRG F01 kam es zu Umstrukturierungen, nachdem Analysen zeigten, dass sich mehrere Splitkriterien nicht mehr als Kostentrenner eigneten.

- Die beiden DRGs F01A wurden zu einer einzigen DRG F01A zusammengeführt. Die Bedingungen aus der DRG F01E «PCCL > 3» und «LOS > 1» gingen zur DRG F01A über und anschliessend wurde die DRG F01E aufgelöst.
- Die DRGs F01C und F01B wurden ebenfalls kondensiert und zur neuen DRG F01B zusammengeführt.
- Dadurch wurde die vorherige DRG F01D unter unveränderten Bedingungen zur neuen DRG F01C umgestuft und die bisherige DRG F01F zur neuen DRG F01E.

Fälle mit Ersatz einer Aorten- oder Pulmonalklappe beziehungsweise einer Aorten- oder Pulmonalkappenprothese durch ein dezellularisiertes Allograft gruppieren derzeit in die DRGs F03D und F03E. Laut Antragsteller weisen sie hier aufgrund der hohen Implantatkosten eine Unterdeckung auf, welche durch Aufwertung in die DRG F03B ausgeglichen werden könnte.

- Die entsprechenden CHOP-Kodes wurden umfassend geprüft und bestätigten eine Unterdeckung.
- Eine Neugruppierung in die DRG F03B erwies sich als unzureichend.
- Die nachfolgenden Prozeduren wurden deshalb in die DRG F03A aufgewertet:
 - 35.F1.81 «Aortenklappenersatz durch dezellularisiertes Allograft [Homograft], über vollständige Sternotomie»
 - 35.F1.82 «Aortenklappenersatz durch dezellularisiertes Allograft [Homograft], über minimalinvasive Thorakotomie (partielle obere Sternotomie, laterale Thorakotomie)»
 - 35.F3.81 «Pulmonalklappenersatz durch dezellularisiertes Allograft [Homograft], über vollständige Sternotomie»
 - 35.F3.82 «Pulmonalklappenersatz durch dezellularisiertes Allograft [Homograft], über minimalinvasive Thorakotomie (partielle obere Sternotomie, laterale Thorakotomie)»
 - 35.H1.81 «Entfernen einer Aortenklappenprothese sowie Implantation eines dezellularisierten Allografts [Homograft], über vollständige Sternotomie»
 - 35.H1.82 «Entfernen einer Aortenklappenprothese sowie Implantation eines dezellularisierten Allografts [Homograft], über minimalinvasive Thorakotomie (partielle obere Sternotomie, laterale Thorakotomie)»
 - 35.H3.81 «Entfernen einer Pulmonalkappenprothese sowie Implantation eines dezellularisierten Allografts [Homograft], über vollständige Sternotomie»
 - 35.H3.82 «Entfernen einer Pulmonalkappenprothese sowie Implantation eines dezellularisierten Allografts [Homograft], über minimalinvasive Thorakotomie (partielle obere Sternotomie, laterale Thorakotomie)»

Zur Abbildung sondenloser Herzschrittmacher wurde eine erneute Prüfung der DRG F12B beantragt. Der Antragsteller wies darauf hin, dass sowohl der CHOP-Kode 37.8A.42 «Implantation eines transvenösen, sondenlosen Herzschrittmachers, Einkammerstimulation» als auch der CHOP-Kode 37.8A.43 «Implantation eines transvenösen, sondenlosen Herzschrittmachers, Zweikammerstimulation» derzeit in die DRG F12B gruppieren, obwohl Zweikammersysteme mit deutlich höheren Implantatkosten verbunden sind.

- Die Kostenstruktur innerhalb der Basis DRG F12 wurde analysiert, insbesondere im Hinblick auf Fälle mit dem CHOP-Kode 37.8A.43 «Implantation eines transvenösen, sondenlosen Herzschrittmachers, Zweikammerstimulation». Dabei zeigte sich ein Aufwertungsbedarf gegenüber Fällen mit sondenlosen Einkammersystemen.
- Der CHOP-Kode 37.8A.43 «Implantation eines transvenösen, sondenlosen Herzschrittmachers, Zweikammerstimulation» wurde aus der DRG F12B in die DRG F12A aufgewertet. Fälle mit dem

CHOP-Kode 37.8A.42 «*Implantation eines transvenösen, sondenlosen Herzschrittmachers, Einkammerstimulation*» gruppieren weiterhin in die DRG F12B.

- Die globale Funktion «*Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren*» wurde als zusätzliches Splittkriterium in die DRG F12A aufgenommen.
- Fälle mit den CHOP-Kodes 37.8A.21 «*Implantation eines Zweikammer-Schrittmachers, ohne antitachykarde Stimulation*» oder 37.8A.22 «*Implantation eines Zweikammer-Schrittmachers, mit antitachykarder Stimulation*» gruppieren zudem neu in die DRG F12B, sofern zusätzlich eine Implantation von Elektroden am Herzen sowie mehrzeitig bestimmte OR-Prozeduren vorliegen.

Im Rahmen des Antragverfahrens erreichte uns ein Antrag zur DRG F19Z «*Andere perkutan-transluminale Intervention am Herz, Aorta und Lungengefässen oder bestimmten Verfahren*», bezüglich bestimmter Fälle mit dem CHOP-Kode 37.90.10 «*Perkutaner Verschluss des linken Vorhofsohrs*», welche aufgrund höherer Implantatkosten innerhalb dieser DRG nicht sachgerecht abgebildet sind. Vorgeschlagen wurde eine Aufwertung innerhalb der DRG F19Z durch Einführung eines höheren F19-Splits.

- Die Kostenstruktur der DRG F19Z wurde analysiert, insbesondere im Hinblick auf Fälle mit dem CHOP-Kode 37.90.10 «*Perkutaner Verschluss des linken Vorhofsohrs*».
- Oberhalb der bisherigen DRG F19Z wurde eine neue DRG F19A eingeführt. In diese DRG gruppieren Fälle bei Vorliegen des CHOP-Kodes 37.90.10.
- Die bisherige DRG F19Z wurde unter unveränderten Bedingungen zur neuen DRG F19B.

Eine Prüfung des CHOP-Kodes 00.66.37 «*Perkutan-transluminale Gefässintervention an den Koronarien mittels Lithotripsie*» innerhalb der DRG-Gruppe F24 wurde beantragt. Gemäss Antragsteller sind diese Eingriffe aufgrund höherer Materialkosten und eines erhöhten zeitlichen Aufwands innerhalb der bestehenden DRGs nicht ausreichend abgebildet. Vorgeschlagen wurde die Gleichsetzung mit dem CHOP-Kode 00.66.30 «*Koronarangioplastik [PTCA] durch Rotablation*» durch die Aufnahme in Tabelle F24-10 in die DRG F24B.

- Die Kostenstruktur innerhalb der Basis DRG F24 wurde analysiert, insbesondere im Hinblick auf Fälle mit dem CHOP-Kode 00.66.37 «*Perkutan-transluminale Gefässintervention an den Koronarien mittels Lithotripsie*». Dabei bestätigte sich der Aufwertungsbedarf für diese Fälle.
- Die beantragte Aufnahme des CHOP-Kodes 00.66.37 «*Perkutan-transluminale Gefässintervention an den Koronarien mittels Lithotripsie*» in die Tabelle F24-10 wurde geprüft, erwies sich jedoch aufgrund der Analyseergebnisse sowie der bestehenden Logikstruktur der Basis DRG F24 als nicht zielführend.
- Innerhalb der DRG F24A wurde eine zusätzliche Kombinationslogik eingeführt. Fälle werden neu in die DRG F24A aufgewertet, sofern sie die Bedingungen der DRG F24B erfüllen und zusätzlich entweder die CHOP-Kodes 00.66.37 «*Perkutan-transluminale Gefässintervention an den Koronarien mittels Lithotripsie*» oder 00.66.36 «*Perkutan-transluminale Gefässintervention an den Koronarien mittels Thrombektomie*» sowie einen CHOP-Kode aus der CHOP-Kodegruppe 36.08.2- «*Implantation perkutan-transluminal von Stents in Koronararterien*» aufweisen.

Analysen der Basis DRG F36 zeigten, dass sich die DRGs F36A und F36B hinsichtlich Kostenstruktur und Aufenthaltsdauer kaum unterscheiden. Gleichzeitig weisen Fälle in der DRG F36C, die mehrere bestimmte Eingriffe an unterschiedlichen Tagen während des Aufenthalts erhalten, eine Unterdeckung auf.

- Die Funktion «*Mehrzeitig bestimmte OR-Prozeduren*» wurde daher als zusätzliche Splitbedingung in die DRG F36B aufgenommen, um entsprechende Fälle aus der DRG F36C aufzuwerten.

- Anschliessend wurden die bisherigen DRGs F36A und F36B zur neuen DRG F36A zusammengeführt.
- Die nachfolgenden DRGs rückten unter unveränderten Bedingungen nach:
 - Die bisherige DRG F36C wurde zur neuen DRG F36B,
 - die DRG F36D zur neuen DRG F36C
 - und die DRG F36E zur neuen DRG F36D

Im Rahmen von Analysen der Basis DRG F39 «*Unterbindung und Stripping von Venen oder bestimmte Therapie*» ergab sich, dass die Splitbedingung «*Beidseitiger Eingriff*» keine ausreichende Kostentrennung mehr bewirkt.

- Die Splitbedingung «*Beidseitiger Eingriff*» wurde daher aus der DRG F39A entfernt.
- In der Folge wurden die bisherigen DRGs F39A und F39B zur neuen DRG F39Z zusammengeführt.

Weitere interne Prüfungen zeigten, dass die bisherigen Splitkriterien der Basis DRGs F41 «*Invasive kardiologische Diagnostik bei akutem Myokardinfarkt*» und F49 «*Invasive kardiologische Diagnostik ausser bei akutem Myokardinfarkt*» keine ausreichende Kostentrennung mehr aufweisen.

- In mehreren Simulationen wurde eine Zusammenführung der beiden Basis DRGs geprüft und anschliessend umgesetzt.
- Daraus resultierte die neue Basis DRG F49 «*Invasive kardiologische Diagnostik*».
- Zusätzlich wurden in der DRG F49E niedrige IntK/IMCK Aufwandspunkte für Kinder aufgenommen (Kapitel 3.1.5 «*Intensivmedizin*»).

Fälle mit komplexer Ablation gruppieren derzeit in eine DRG der Basis DRG F50 «*Ablative Massnahmen bei Tachyarrhythmie*», unabhängig davon, ob zusätzlich eine intrakardiale Echokardiographie mit dem CHOP-Code 37.28 eingesetzt wird. Gemäss Antragsteller führt der Einsatz dieser kostenintensiven Prozedur zu einer Unterdeckung innerhalb der bestehenden DRGs, weshalb eine Aufwertung innerhalb der DRG oder die Einführung eines Zusatzentgelts angestrebt wird.

- Die Abbildung des CHOP-Kodes 37.28 «*Intrakardiale Echokardiographie (IKE)*» innerhalb der Basis DRG F50 wurde erneut analysiert.
- Aufgrund dieser Analysen wurde der CHOP-Code 37.28 «*Intrakardiale Echokardiographie (IKE)*» als zusätzliches Splitkriterium in die DRG F50A aufgenommen. Fälle mit entsprechender Kodierung gruppieren bei Erfüllung eines Splitkriteriums der DRG F50B und zusätzlichem Vorliegen des CHOP-Kodes 37.28 «*Intrakardiale Echokardiographie (IKE)*» neu in die DRG F50A.
- Die Einführung eines separaten Zusatzentgelts für den CHOP-Code 37.28 «*Intrakardiale Echokardiographie (IKE)*» wurde geprüft, erwies sich jedoch als unvorteilhaft.

Im Zuge von Analysen zu Stentimplantationen kam es zu strukturellen Anpassungen innerhalb der Basis DRG F51.

- Es wurde eine neue DRG F51A oberhalb der bisherigen DRG F51A eingeführt, in welche Fälle mit dem Einsetzen von mindestens fünf Gefässstents gruppieren.
- In die bisherige DRG F51A, neu DRG F51B, gruppieren weiterhin Fälle mit dem Einsetzen von mindestens drei Gefässstents, während die neue DRG F51C (vormals DRG F51B) Fälle mit mindestens zwei Gefässstents umfasst.

In der Basis DRG F59 «*Komplexe oder mässig komplexe Gefässeingriffe*» wurden aufgrund von Anträgen sowie internen Analysen mehrere Anpassungen vorgenommen. Die Analysen zeigten, dass sich einzelne Splitkriterien nicht mehr als geeignete Kostentrenner erwiesen, da es Schweregradprobleme innerhalb der DRG-Struktur verursachte. Zudem wurde im Rahmen eines Antrags eine Aufwertung der ICD-Kodegruppe I74.* «*Arterielle Embolie und Thrombose*» sowie der CHOP-

Kodegruppe 38.0* «Gefässinzisionen» geprüft. Ein weiterer Antrag aus der Vorjahresentwicklung zur Aufwertung intravaskulärer Bildgebung (IVUS) wurde aufgrund der aktualisierten Datenlage erneut analysiert.

Die Anpassungen führten zu folgenden strukturellen Änderungen innerhalb der Basis DRG F59:

- DRG F59A:
 - Die Logik bleibt unverändert.
- DRG F59B:
 - Die bisherigen DRGs F59B und F59C wurden zur neuen DRG F59B zusammengeführt.
 - Durch die Zusammenführung wurde die bisherige Logik der DRG F59C in die neue DRG F59B integriert.
 - Zusätzlich wurden Transpositionen von Arterien in die Basis DRG F59 und in die DRG F59B aufgenommen:
 - CHOP-Kode 39.59.11-19 «*Transposition von Arterien*»
 - Niedrige IntK/IMCK Aufwandspunkte für Erwachsene wurden ebenfalls in die DRG F59B aufgenommen (Kapitel 3.1.5 «*Intensivmedizin*»).
- DRG F59C:
 - Die bisherigen DRGs F59D und F59E wurden zur neuen DRG F59C zusammengeführt.
 - Die Logik der bisherigen DRG F59D blieb dabei bestehen und wurde um die Splitkriterien der früheren DRG F59E erweitert.
 - Durch die Aufnahme der Kodegruppe 39.B* «*(Perkutan-) transluminale Implantation von Stents in Blutgefässe*» gruppieren Fälle zudem in die DRG F59C, sofern mindestens zwei Prozeduren aus der CHOP-Kodegruppe 39.B* vorliegen.
 - Fälle mit arterieller Embolie oder Thrombose (ICD-Kodegruppe I74*) in Kombination mit den nachfolgenden arteriellen Gefässinzisionen wurden ebenfalls in die DRG F59C aufgenommen:
 - 38.03.11-21 und 38.03.41 «*Inzision von Gefässen der oberen Extremität*»
 - 38.04.10-40 «*Inzision der Aorta*»
 - 38.05.10 und 38.05.31 «*Inzision von anderen thorakalen Gefässen*»
 - 38.06.11-15 «*Inzision von abdominalen Arterien*»
 - 38.08.10-21 «*Inzision von Arterien der unteren Extremitäten*»
 - Zudem wurde ein Kindersplit für die DRG F59C etabliert (Kapitel 3.1.5 «*Intensivmedizin*»).
 - Darüber hinaus wurden Fälle mit intravaskulärer Bildgebung in die DRG F59C mit den folgenden CHOP-Kodes aufgenommen:
 - 00.2- «*Intravaskuläre Bildgebung von Blutgefässen*»
 - 37.23 «*Kombinierter Rechts- und Linksherzkatheter*»
 - 37.24.10 «*Geschlossene [perkutane] [Nadel-] Biopsie des Perikards*»
 - 37.24.99 «*Perikardbiopsie, sonstige*»
 - 37.25.10 «*Geschlossene [perkutane] [Nadel-] Biopsie des Myokards*»
 - 37.25.99 «*Herzbiopsie, sonstige*»
 - 37.26 «*Invasiver elektrophysiologischer Test durch Katheter*»
 - 37.2A.1- «*Intravaskuläre Bildgebung der Koronargefässe*»
 - 37.2A.21 «*Invasive intravaskuläre Koronardiagnostik mittels Katheter, Druckmessung*»
 - 37.9C.1- «*Transseptale Katheteruntersuchung des Herzens*»
 - 37.9C.2- «*Kathetertechnischer transseptaler Eingriff am Herzen*»
 - 92.05.0- «*Kardiovaskuläre und hämatopoetische Szintigraphie und Radioisotopen-funktionsstudie*»
- DRG F59D:
 - Die bisherigen DRGs F59F und F59G wurden zur neuen DRG F59D zusammengeführt.

Fälle mit den CHOP-Kodes 93.9E.1- «*Nicht-invasive Beatmung ausserhalb der Intensivstation*» gruppieren derzeit in die Basis DRG F62 «*Herzinsuffizienz und Schock*», ohne dass die kostenintensive Behandlung differenziert berücksichtigt wird. Gemäss Antragsteller führt dies insbesondere in der DRG F62D zu einer Unterdeckung.

- Die Abbildung der CHOP-Codegruppe 93.9E.1- «*Nicht-invasive Beatmung ausserhalb der Intensivstation*» innerhalb der Basis DRG F62 wurde analysiert.
- Dabei zeigten sich nicht sachgerecht abgebildete Fälle mit nicht-invasiver Beatmung ausserhalb der Intensivstation ab 4 Behandlungstagen.
- Fälle mit den CHOP-Kodes 93.9E.1- «*Nicht-invasive Beatmung ausserhalb der Intensivstation*» ab vier Behandlungstagen wurden deshalb in die DRG F62B aufgewertet.

Im Zuge von Analysen konnte eine Übervergütung von bestimmten Fällen innerhalb der DRG F63A festgestellt werden.

- Vertiefte Prüfungen zeigten, dass es sich hierbei um Fälle mit einem PCCL von 3 innerhalb der DRG F63A handelt.
- Der PCCL-Split wurde deshalb für die DRG F63A von «*PCCL > 2*» auf «*PCCL > 3*» erhöht.

Stationäre Aufenthalte mit Chemotherapie sind in der Regel von der Fallzusammenführung bei Wiederaufnahme ausgenommen. Für Tumoren am Herzen ist dies derzeit nicht vorgesehen. Fälle mit Chemotherapie und kardialer Neubildung gruppieren in die DRG F75D, wodurch es bei Wiederkehrfällen zu Fallzusammenführungen kommt. Beantragt wurde deshalb die Bildung einer eigenen DRG für Neubildungen des Herzens innerhalb der Basis DRG F75 «*Andere Krankheiten des Kreislaufsystems*», mit den Hauptdiagnosen D48.7 «*Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens am Herzen: Sonstige näher bezeichnete Lokalisationen*» und C38.0 «*Bösartige Neubildung des Herzens*».

- Die Abbildung des ICD-Kodes D48.7 wurde überprüft und zeigte keinen Anpassungsbedarf.
- Innerhalb der Basis DRG F75 wurden weiterführende Analysen durchgeführt, welche zur Kondensation der DRGs F75B und F75C zur neuen DRG F75B führten. Die DRG F75D wurde in der Folge zur neuen DRG F75C. Die DRG F75A blieb unverändert.
- In die neue DRG F75B wurden Fälle mit einer Hauptdiagnose bestimmter bösartiger Neubildungen des Herzens aufgenommen:
 - C38.0 «*Bösartige Neubildung des Herzens*»,
 - C45.2 «*Mesotheliom des Perikards*»,
 - C79.83 «*Sekundäre bösartige Neubildung des Perikards*» sowie
 - C79.84 «*Sonstige sekundäre bösartige Neubildung des Herzens*»
- Zudem werden die DRGs F75A und F75B neu mit «*Ausnahme von Wiederaufnahme*» ausgewiesen.

Zur Abbildung des endovaskulären Trikuspidalklappenersatzes wurde eine Prüfung des CHOP-Kodes 35.F4.23 «*Trikuspidalklappenersatz durch Xenograft (Bioprothese), endovaskulärer Zugang*» in Kombination mit den ICD-Kodes I07.1 «*Trikuspidalklappeninsuffizienz*» oder I36.1 «*Nicht-rheumatische Trikuspidalklappeninsuffizienz*» innerhalb der Basis DRG F98 beantragt. Gemäss Antragsteller führt die derzeitige Gruppierung dieser Fälle in die DRG F98B zu einer Unterdeckung.

- Die Abbildung des CHOP-Kodes 35.F4.23 «*Trikuspidalklappenersatz durch Xenograft (Bioprothese), endovaskulärer Zugang*» innerhalb der Basis DRG F98 wurde analysiert.
- Auf Basis der Analysen wurde oberhalb der bisherigen DRG F98B eine neue DRG F98B etabliert. In diese DRG gruppieren Fälle mit den folgenden CHOP-Kodes:
 - 35.F2.24 «*Mitralklappenersatz durch Xenograft (Bioprothese), transapikal*»
 - 35.F2.26 «*Mitralklappenersatz durch Xenograft (Bioprothese) mit transapikaler Verankerung, transapikaler Zugang*»

- 35.F4.23 «*Trikuspidalklappenersatz durch Xenograft (Bioprothese), endovaskulärer Zugang*»
- Eine zusätzliche Kombination mit den ICD-Kodes I07.1 «*Trikuspidalklappeninsuffizienz*» oder I36.1 «*Nicht-rheumatische Trikuspidalklappeninsuffizienz*» erwies sich nicht als zielführend.
- Die bisherige DRG F98B wurde zur neuen DRG F98C. Die nachfolgenden DRGs verschieben sich entsprechend.

3.2.9 MDC 06 Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane

In einem Antrag wurden wir gebeten, die Basis DRG G09 «*Eingriffe bei Hernien*» auf zusätzliche PCCL-Splits zu prüfen. Mit dem Ziel schwerwiegende Nebendiagnosen besser in dieser operativen DRG abzubilden. Infolge der Analysen konnten Splitkriterien mit PCCL-Bezug implementiert werden.

- Es wurde ein neuer Split der DRG G09A mit einem «*PCCL > 3*» eingeführt.
- In die DRG G09C wurde ein neuer PCCL-Split mit «*PCCL > 2*» aufgenommen.
- Es wurden ausserdem Kondensationen vorgenommen: Die Differenzierung zwischen den DRGs G09B und G09C (Narbenhernieneingriffe oder mehrzeitige Hernieneingriffe) hatte keine kostentrennende Funktion mehr. Es kam zu einer Zusammenführung dieser beiden DRGs.
- Die DRGs G09F und G09G wurden ebenfalls kondensiert.

Im Zuge der Weiterentwicklung der Tarifstruktur wurde entschieden, Eingriffe zur Rektumresektion, welche bisher in den verschiedenen Basis DRGs G16 und G17 streuen, in einer Basis DRG abzubilden.

- Die beiden Basis DRGs G16 und G17 wurden durch Aufnahme aller Eingriffe zur Rektumresektion in die Basis DRG G16 kondensiert.
- Aufgrund der hinzugewonnenen Fallgruppe wurde ein neuer Split der DRG G16B implementiert. Die folgenden Splitkriterien wurden dabei als Kostentrenner identifiziert:
 - «*Komplexe Prozeduren an der Milz*»
 - «*Alter < 16 Jahre*»
 - «*PCCL > 3*»
 - sowie die Logik der ehemaligen Basis DRG G16
- Dadurch gruppieren Fälle mit einer einzelnen Rektumresektion ohne weitere Bedingungen in die DRG G16C.

Ein Antragsteller hat um eine Neubeurteilung der Basis DRG G60 «*Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane*» gebeten. Wir erhielten darin den Hinweis, dass vor allem notfallmässig aufgenommene Fälle aufgrund der diagnostischen Massnahmen einen hohen Ressourcenverbrauch aufweisen.

- In den Analysen konnten andere aufwendige Konstellationen identifiziert werden. Infolgedessen wurde die Funktion «*Aufwendige Konstellation bei BNB*» in den Split der neuen DRG G60A aufgenommen.
- Auch die Sepsis-Diagnosen haben sich als aufwendig erwiesen und wurde in die DRG G60A aufgewertet.
- Zusätzlich wurde der Split für die DRG G60B erweitert für Kinder mit «*Alter < 16 Jahre*».
- Die beschriebenen Fälle werden dadurch aufgewertet.

Ein weiterer Antrag erreichte uns mit dem Hinweis, dass bei Patienten mit einer Enterokolitis durch *Clostridium difficile* besondere Hygienemassnahmen und verlängerte Aufenthalte zu einem hohen Ressourcenaufwand führen. Es wurde um eine Aufwertung der Diagnosen A04.7- in den Basis DRGs G67, G86 und G46 gebeten.

- Bereits in der Version 15.0 wurden die Diagnosen in den DRGs G86A und G67C sachgerecht aufgewertet.

- Für die Version 16.0 erfolgte eine Aufwertung der ICD-Kodegruppe A04.7- «*Enterokolitis durch Clostridium difficile*» innerhalb der Basis DRG G46 «*Gastroskopie oder Koloskopie...*» in die DRG G46C.

Im Rahmen der Analysen ist aufgefallen, dass Fälle mit Prothesen (Nicht-/Selbstexpandierend) am Ösophagus oder am Darm innerhalb der Basis DRG G46 sehr aufwendig sind und dieser Aufwand nicht ausreichend abgebildet wird.

- Die DRG G46A wurde gesplittet anhand der CHOP-Kodes 46.99.50-63 für «*Nicht-/Selbst-expandierende Prothese an Darm, endoskopisch*» oder 42.81.10-42 «*Nicht-/Selbst-expandierende Prothese in den Ösophagus, endoskopisch*».
- Die Fälle werden damit sachgerecht aufgewertet.

Betreffend der Basis DRG G46 ging ein zusätzlicher Antrag ein. Darin wurde geschildert, dass in der Basis DRG G46 heterogene Fälle mit hohem Notfallanteil verweilen, insbesondere bei Perforation, Blutung oder Verschluss.

- Die Prüfung hat ergeben, dass diese Fälle kostenintensiv sind und eine Aufwertung gerechtfertigt ist.
- Die nachfolgenden Diagnosegruppen konnten in die DRG G46C aufgenommen werden. Diese Aufwertung wird bei den betroffenen Fällen zu einer sachgerechten Vergütung beitragen.
 - ICD-Kodes K22.2 «*Ösophagusverschluss*» und K22.3 «*Perforation des Ösophagus*»
 - ICD-Kodes K25.0-2 «*Ulcus ventriculi: Akut: mit Blutung/mit Perforation/mit Blutung und Perforation*»
 - ICD-Kodes K26.0-2 «*Ulcus duodeni: Akut: mit Blutung/mit Perforation/mit Blutung und Perforation*»
 - ICD-Kode K31.82 «*Angiodysplasie des Magens und des Duodenums mit Blutung*»
 - ICD-Kodes K55.22 «*Angiodysplasie des Kolons: Mit Blutung*» und K55.32 «*Angiodysplasie des Dünndarmes mit Blutung*»

Ein weiterer Antrag ging auch in Bezug auf die Basis DRG G67 ein. Bestimmte Diagnosen zu perforierenden Erkrankungen am Gastrointestinaltrakt sollten für eine Aufwertung geprüft werden.

- Infolge der Analysen konnten bestimmte Diagnosen aus der ICD-Kodegruppe K57.- «*Divertikulitis mit Perforation*» in die DRG G67A aufgenommen werden, sodass die betroffenen Fälle aufgewertet werden.
- In den DRGs G67C und G67D haben sich Fälle mit weiteren Diagnosen als aufwendiger erwiesen. Die DRGs G67C und D wurden anhand von folgenden ICD-Kodes gesplittet:
 - K22.3 «*Perforation des Ösophagus*»
 - K25.1-6 «*Ulcus ventriculi: mit Blutung/Perforation*»
 - K26.1-6 «*Ulcus duodeni: mit Blutung/Perforation*»

Ein Hinweis befasste sich mit der Diagnose «*Sepsis*» bei Fällen innerhalb der MDC 06. Betroffene Fälle seien in diversen DRGs untervergütet.

- Infolge der Analysen konnte die Tabelle mit den Sepsis-Diagnosen in vier DRGs als neues Splitkriterium etabliert werden:
 - DRG G21A «*Eingriff bei Adhäsionen mit äusserst schweren CC oder Alter < 16 Jahre oder bestimmte Diagnose...*»
 - DRG G46B «*Komplexe Gastroskopie oder Koloskopie mit äusserst schweren CC oder komplizierender Prozedur bei schwerer Erkrankung...*»
 - DRG G60A «*Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane mit aufwendiger Konstellation bei bösartiger Neubildung oder...*»

- DRG G86C «*Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane mit komplizierender Diagnose oder...*»
- Damit wird dem Zusatzaufwand bei den betroffenen Fällen zukünftig Rechnung getragen und zu einer Aufwertung verholfen.

In einem anderen Antrag wurde darum gebeten, die Basis DRGs G70, G71 und G72 zu überarbeiten. Dabei wurden einige Hauptdiagnosen als Splitkriterien vorgeschlagen. Die Ergebnisse der Simulationen haben jedoch nicht dafürgesprochen. Stattdessen haben Analysen zu anderen Überarbeitungen in diesen DRGs geführt.

- Es wurde sichtbar, dass die Fälle in den Basis DRGs G71 und G72 eine ähnliche Kostenstruktur aufweisen. Aus diesem Grund wurden diese beiden Basis DRGs zusammengeführt. Neu gibt es nur noch die Basis DRG G71. Die Bedingungen der Basis G72 wurden aufgenommen.
- Dabei konnten zudem neue Splitkriterien eingeführt werden. Ein neuer PCCL-Split in eine neue DRG G71A wertet zukünftig Fälle mit einem «*PCCL > 3*» auf.
- Ein weiterer Split mit der Bedingung «*Zwei Belegungstage*» bildet zahlreiche Fälle mit einer besonderen Kostenstruktur ab. Dieser Split kommt allen Fällen innerhalb der Basis DRG G71 zugute.

Durch einen Anwender wurde beantragt, weitere Splitkriterien in der Basis DRG G86 «*Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, ein Belegungstag*» zu prüfen. Als Lösungsvorschlag wurden ein PCCL-Split sowie Diagnosen wie bösartige Neubildungen oder Enteritiden und andere Krankheiten der Verdauungsorgane vorgeschlagen. Diese Diagnosen und der PCCL-Split haben sich jedoch nicht als Kostentrenner erwiesen.

- Stattdessen fiel eine Gruppe von Fällen mit einem bestimmten Eingriff in den Analysen auf.
- Daraufhin konnte die Kodegruppe 42.33.2- «*Endoskopische Exzision oder Destruktion von Läsion oder Gewebe am Ösophagus*» anhand eines Splits der DRG G86C aufgewertet werden, da diese Eingriffe relevante Mehrkosten auslösen.

Im Rahmen von übergreifenden Analysen wurden in der DRG G86B Fälle identifiziert, welche ausserordentlich hohe Kosten aufweisen. Es handelt sich um Fälle mit der Hauptdiagnose T18.2 «*Fremdkörper im Magen*» und Nebendiagnose X84.9 «*Absichtliche Selbstschädigung*». Weitere Gründe für hohe Mehrkosten sind ressourcenintensive Verlegungen, welche wir bei einer Vielzahl der Fälle nachweisen konnten.

- Die Konstellation ICD-Kode X84.9 «*Absichtliche Selbstschädigung*» und die Variable «*Verlegung*» wurden in die DRG G86A aufgenommen.
- Diese betroffenen Fälle werden damit zukünftig sachgerecht aufgewertet.

Während der Arbeiten zur Systementwicklung fiel auf, dass der bisherige PCCL-Split der DRG G19A «*Andere Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum...mit schweren CC*» (PCCL > 3) keine ausreichende Kostentrennung mehr erzielte.

- Der PCCL-Split wurde geschärft. Neu ist für die DRG G19A ein «*PCCL > 4*» nötig, um in diese DRG zu gruppieren.
- Fälle mit einem «*PCCL > 3*» gelangen neu in die DRG G19B.

Ebenfalls wurde eine homogene Kostenstruktur in den DRGs G21A und B identifiziert.

- Die DRGs G21A und B wurden zusammengeführt, indem der Split anhand der IntK/IMCK-Aufwandspunkten aufgelöst wurde.

Infolge unserer Analysen präsentierten sich kostenintensive Fälle in der DRG G35B «Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane oder komplexe Diagnose mit komplexem Eingriff».

- Es konnten Anpassungen im Split der DRG G35A vorgenommen werden.
- Die Zusatzbedingung «Vakuumbehandlung» für die DRG G35A wurde gelöscht, so gruppieren Fälle mit «Alter < 16» ohne weitere Bedingung hinein.
- Ausserdem wurde die Bedingung «IntK Erwachsene > 360 Aufwandspunkte» in Kombination mit «Vierzeitig bestimmte OR» in die DRG G35A aufgenommen, sowie die Funktion «Aufwendige Konstellation bei BNB».

3.2.10 MDC 07 Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas

In einem Antrag wurden wir darauf hingewiesen, dass es in der MDC 07 Fälle gibt, die aufgrund einer Sepsis Diagnose (ICD-Kodegruppe A41.-) aufwendiger sind und eine heterogene Kostenstruktur aufweisen im Vergleich zu den übrigen Fällen.

- Die Tabelle mit Sepsis-Diagnosen wurde in folgenden DRGs als Kriterium zur Aufwertung aufgenommen:
 - DRG H01A «Eingriffe an Pankreas mit Vakuumbehandlung oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196/360 Aufwandspunkte...»
 - DRG H07B «Bestimmte Cholezystektomie mit Alter > 11 Jahre oder intensivmedizinische Komplexbehandlung/IMCK NG/Ki > 130 Aufwandspunkte...»
 - DRG H37A «Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung/IMCK > 196/360 Aufwandspunkte...»

Ein Antragsteller wies uns darauf hin, dass bei Interventionen an den Gallengängen, wie z.B. Biopsien ein Einweg-Cholangioskop zur Anwendung kommt. Dadurch entstehen hohe Materialkosten. Diese Zusatzkosten werden in den bisherigen DRGs nicht abgedeckt.

- Der Eingriff wird mit dem CHOP-Kode 51.17 «Direkte Endoskopie der Gallenwege» kodiert.
- Infolge der Analysen konnten die zusätzlichen Materialkosten in der Basis DRG H41 nachgewiesen werden.
- Der CHOP-Kode 51.17 wurde in die Splitbedingungen der DRGs H41A und H41C aufgenommen, wodurch die Fälle sachgerecht aufgewertet werden.

Ein weiterer Antrag ging ein und wies darauf hin, dass in den Basis DRGs H01 und H09 Eingriffe an den Organen Leber und Pankreas enthalten sind, obwohl sich diese in ihren Kosten unterscheiden. Während bei Leberresektion gemäss Antragsteller mehrheitlich minimalinvasive Techniken zum Einsatz kommen, werden Pankreatektomien immer noch offen durchgeführt. Dieses Vorgehen habe eine längere Verweildauer und höhere Kosten zur Folge. Es wurde beantragt, die Eingriffsarten nach Organsystem sowie zwischen invasiv und minimalinvasiv zu unterscheiden.

- Im Rahmen der Analysen konnte die beschriebene grundsätzliche Kostenheterogenität zwischen Pankreas- und Lebereingriffen nicht nachgewiesen werden.
- Einzig Fälle mit dem CHOP-Kode 52.52.11 «Distale Pankreatektomie, offen chirurgisch» gehen mit deutlich höheren Kosten einher.
- Der CHOP-Kode 52.52.11 wurde aus diesem Grund in die Basis DRG H01 aufgenommen, was einer Aufwertung gleichkommt.

Eine weitere aufwendige Fallgruppe wurde in diesem Zusammenhang identifiziert und konnte aufgewertet werden. Die Bedingung «Multiviszeraler Eingriff» in Kombination mit einer Diagnose «Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane» wurde in den Split für die DRG H01B aufgenommen und die Fälle werden damit zukünftig aufgewertet.

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

Bei internen Analysen fiel auf, dass Fälle mit einer «*Neck dissection*» in der Basis DRG I02 «*Hochaufwendige Gewebe- oder Hauttransplantationen, ausser an der Hand oder vierzeitige bestimmte OR-Prozeduren oder mikrovaskulärer Eingriff*» untervergütet waren.

- Eine Aufnahme der Tabelle «*Neck dissection*» mit den CHOP-Kodes 40.4- «*Selektive (funktionelle)/radikale Neck dissection, ...*» in die DRG I02A führte zu einer sachgerechten Abbildung dieser Fallgruppe.

Anlässlich einer Analyse hat sich gezeigt, dass das Splitkriterium «*Langschaftprothese*», CHOP-Kode 81.A1.13, an mehreren Stellen im System nicht mehr zur Kostentrennung geeignet ist.

- Der CHOP-Kode 81.A1.13 «*Langschaftprothese*» wurde entsprechend in der Basis DRG I04 «*Revision oder Ersatz des Kniegelenkes mit komplizierender Diagnose oder Arthrodesen*», der Basis DRG I43 «*Implantation oder vollständiger Wechsel einer Endoprothese am Kniegelenk*» und der Basis DRG I46 «*Implantation, Wechsel oder Revision einer Hüftendoprothese*» abgewertet.
- In der Basis DRG I04 wurde zusätzlich auch der CHOP-Kode 81.A1.12 «*Modulare Prothese*» abgewertet, da sich auch dieses Kriterium als nicht mehr kostentrennend erwies.
- Im Rahmen der Analysen sind zudem Fälle in der Basis DRG I46 aufgefallen, welche untervergütet sind. Durch den Einbau der globalen Funktion «*Mehrzeitige bestimmte OR-Prozeduren*» konnten diese Fälle in die DRG I46A aufgewertet und somit sachgerecht abgebildet werden.

Es erreichte uns ein Antrag mit dem Hinweis, dass Prothesenwechsel am Schultergelenk insbesondere bei der Verwendung von Langschaft- oder modularen Prothesen in der DRG I05B «*Gelenkersatz oder Revision an den oberen Extremitäten mit komplexem Eingriff*» unterdeckt seien. Entsprechend solle die CHOP-Kodegruppe 81.80.2- «*Implantation Totalendoprothese Schultergelenk bei Prothesenwechsel*» aufgewertet werden.

- Der Sachverhalt in Zusammenhang mit der Verwendung von «*Langschaftprothese*» (CHOP-Kode 81.A1.13) oder «*Modulare Prothese*» (CHOP-Kode 81.A1.12) konnte in den uns vorliegenden Daten nicht bestätigt werden.
- Ebenfalls sind Fälle mit einem CHOP-Kode 81.80.2- «*Implantation Totalendoprothese Schultergelenk bei Prothesenwechsel*» in der DRG I05B sachgerecht abgebildet und es konnte kein Mehraufwand im Unterschied zur «*Erstimplantation Totalendoprothese Schultergelenk*» CHOP-Kode 81.80.1- verzeichnet werden.
- Im Rahmen der durchgeführten Analysen sind jedoch Fälle mit einem Prothesenwechsel an unterschiedlichen Tagen aufgefallen, welche mit einem erhöhten Ressourcenverbrauch einhergehen. Entsprechend konnte mit Hilfe der globalen Funktion «*Mehrzeitig bestimmte OR-Prozeduren*» eine neue DRG I05B oberhalb der alten I05B gebildet werden.
- Die alte DRG I05B wurde bei gleichbleibender Splitbedingung zur neuen DRG I05C und die alte DRG I05C zur neuen DRG I05D.
- Ausserdem konnte der Schweregradsplit für die DRG I05A nach eingehender Testung von zuvor «*PCCL > 3*» auf «*PCCL > 4*» verschärft werden. Das Splitkriterium bildet eine geeignete Fallgruppe für die neu geschaffene DRG I05B und konnte demzufolge erneut eingebaut werden.
- Durch die erwähnten Umbauten haben sich die Fälle aus den DRGs I05C und I05D in ihren Kosten so angenähert, dass eine Trennung in zwei DRGs als nicht mehr sinnvoll erschien. Eine Kondensation der beiden DRGs ermöglichte die Bildung einer homogenen Fallgruppe, welche die neue DRG I05C bildet.
- IntK/IMCK Erw Aufwandspunkte wurden in den DRGs I05A und I05B mit unterschiedlichen Grenzen neu aufgenommen (Kapitel 3.1.5 «*Intensivmedizin*»).

Verschiedene Anträge erreichten uns hinsichtlich der Abbildung der Wirbelsäulen-Chirurgie. Wir wurden gebeten die Fälle nach Segmenthöhe, bzw. auch nach dorsalem oder ventralem Zugang des Eingriffs, differenzierter zu bewerten. Seit mehreren Jahren zeigt sich bei den Anwendern eine wiederkehrende Unsicherheit hinsichtlich der Kodierung von Wirbelsäuleneingriffen. Bereits unterjährig kam es bezüglich der CHOP-Kodes, sowie der Definitionen und Kodierungsempfehlungen zu Unstimmigkeiten. Die Analysen der Daten ergaben ein sehr heterogenes Bild. Die SwissDRG AG empfahl den Fachgesellschaften eine Überarbeitung der CHOP-Kodes, um eine einheitliche Kodierung zu erreichen. Folgende Umbauten konnten für die Version 16.0 vorgenommen werden:

- Die Eingriffe für «*Nicht-dynamische Stabilisierung der Wirbelsäule durch Osteosynthese ohne Fusion der Wirbel, ...*» wurden der «*Dynamische Stabilisierung der Wirbelsäule, ...*» gleichgestellt.
- Für die DRG I06B «*Komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule...*» wurden die Kombinationseingriffe «*dorsal*» und «*ventral*» bereits ab dem ersten Segment aufgenommen.
- Innerhalb der Basis DRG I09 «*Wirbelkörperfusion...*» konnte ein «*PCCL > 4*» für die DRG I09B und ein «*PCCL > 3*» für die DRG I09C etabliert werden.
- In die DRG I09C wurde das Splitkriterium «*Neubildung an Wirbelsäule/Rückenmark*» eingefügt.
- Fälle mit einem Kombinationseingriff «*dorsal*» und «*ventral*» ab einem Segment gruppieren in die DRG I09D.
- Eine «*Dekompression an der Wirbelsäule, 3 und mehr Segmente*» wurde in die DRG I09E aufgewertet.
- Der PCCL-Split für die DRG I10A wurde von einem «*PCCL > 3*» auf einen «*PCCL > 4*» verschärft.
- Fälle mit «*IntK Erw > 119 Aufwandspunkte*» wurden in die DRG I10C abgewertet.

Ein Antragsteller bat um eine Überprüfung aller Fälle mit ICD-Kodes für chronisches und/oder akutes Nierenversagen, mit allen Stadien.

- Im Ergebnis wurden die ICD-Kodes N17.*3 für das akute Nierenversagen Stadium 3 in die CC-Matrix aufgenommen.
- Zudem konnten Fälle mit dem ICD-Kode N18.3 «*Chronische Nierenkrankheit, Stadium 3*» in die DRG I13B «*Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk, ...*» und Fälle mit chronischen Nierenkrankheiten ab Stadium 4 (ICD-Kodes N18.4 / N18.5) in die DRG I13A aufgewertet werden.
- Fälle mit chronischer Nierenkrankheit ab Stadium 3 wurden neu auch als Splitkriterium in die DRG I08B «*Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit Mehrfacheingriff...*» aufgenommen.

Aufgrund der umfassenden Überarbeitung der globalen Funktion «*Polytrauma*» gruppieren neu Fälle in die MDC 08 und waren dort nicht kostendeckend abgebildet. Durch folgende Umbauten konnte eine sachgerechte Abbildung dieser Fälle erreicht werden:

- Aufnahme der Bedingung «*Mehrzeitige bestimmte OR-Prozeduren*» in DRG I08A «*Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit äusserst schweren CC und Mehrfacheingriff oder komplexer Prozedur...*»,
- In die DRG I21B «*Bestimmte Eingriffe an Hüftgelenk und Femur, Alter < 16 Jahre...*» erfolgte eine Aufnahme des Splitkriteriums «*Eingriff mehrere Lokalisationen*».

Laut einem Antrag sind Fälle mit einer Diagnose «*Riesenzellarteriitis*» und schweren Nebendiagnosen, welche eine Temporalisbiopsie erhalten, in der Basis DRG I28 «*Andere Eingriffe an Knochen oder Bindegewebe*» untervergütet. Es wurde um die Überprüfung eines PCCL-Splits gebeten.

- Die Daten ergaben, dass ein Schweregrad Split nicht sachgerecht ist und insgesamt die Fälle in der Tarifstruktur gut abgebildet sind.

- Analysen zeigten jedoch, dass die Splitbedingungen zwischen den DRGs I28B und I28C sich nicht mehr als kostentrennende Merkmale auswiesen. Im Ergebnis wurden diese beiden DRGs zu einer neuen DRG I28B kondensiert.

Wir erhielten die Rückmeldung, dass Fälle, welche im Rahmen von «*Läsionen der Rotatorenmanschette*» (ICD-Kode M75.1) oder einer «*Verletzung der Muskeln und der Sehnen der Rotatorenmanschette*» (ICD-Kode S46.0) eine «*Reinsertion einer Sehne an der Schulter*» (CHOP-Kode 83.73.11) benötigen, in der DRG I29C «*Komplexe Eingriffe an Skapula, Klavikula, Rippen oder Schulter*» untervergütet sind.

- Mit der Aufnahme der Diagnosen einer Rotatorenmanschettenläsion (ICD-Kode M75.1 oder S46.0) als Haupt- oder Nebendiagnose in Kombination mit einer Sehnenoperation an der Schulter (CHOP-Kodes 83.64.11, 83.73.11, 83.88.41 oder 83.88.91) als Splitkriterium für eine neue DRG I29C oberhalb der alten DRG I29C sind diese Fälle nun sachgerecht abgebildet.
- Zusätzlich wurden IntK/IMCK Aufwandspunkte in der DRG I29A herabgesetzt oder neu aufgenommen (Kapitel 3.1.5 «*Intensivmedizin*»).

Im Rahmen der Systementwicklung sind uns Fälle in der Basis DRG I30 «*Komplexe Eingriffe am Kniegelenk*» aufgefallen, welche untervergütet waren.

- Die Tabelle I30-1 konnte mit den CHOP-Kodes 81.43 «*Rekonstruktion am Kniegelenk nach unhappy triad*» und 81.45.10-29 «*sonstige Rekonstruktion an den Kreuzbändern*» ergänzt werden.

In einem Antrag wurde darauf hingewiesen, dass Fälle mit der Prozedur «*Implantation einer Daumensattelgelenkendoprothese*» (CHOP-Kode 81.74.10) sowohl in der Ein-Belegungstag DRG I32F «*Eingriffe an Handgelenk und Hand, ein Belegungstag*» als auch in der Mehr-Belegungstag DRG I32C «*Eingriffe an Handgelenk und Hand... mehr als ein Belegungstag*» untervergütet sind.

- Entsprechend wurde die Bildung einer neuen Ein-Belegungstag DRG I32F oberhalb der alten DRG I32F vorgenommen. Als Splitkriterium wurde die bereits vorhandene Tabelle I32-10, welche unter anderem die Implantation einer Daumensattelgelenkendoprothese beinhaltet, verwendet.
- Eine genauere Analyse der in der oben erwähnten Tabelle enthaltenen CHOP-Kodes zeigte, dass Fälle mit Eingriffen wie «*Totaler Handgelenkersatz inkl. Revision/Wechsel*» (CHOP-Kodes 81.73, 81.97.15), «*Transfer eines Fingers*» (CHOP-Kodes 82.81, 82.61, 82.89.16) oder «*Korrektur einer Syndaktylie der Hand*» (CHOP-Kodes 86.85.30, 86.85.50, 86.85.70, 86.85.99) nochmals deutlich ressourcenintensiver sind. Diese Fälle werden neu in die DRG I32E aufgewertet.
- Auch bei einer Belegung von mehr als einem Tag erwiesen sich die Eingriffe «*Transfer eines Fingers*» als ressourcenintensiv und konnten entsprechend in die DRG I32B aufgewertet werden. Ergänzt wurden die Splitkriterien der DRG I32B mit der Haupt- oder Nebendiagnose «*Nekrotisierende Faszitis der Hand/des Unterarms*» (ICD-Kodes M72.63-64) sowie mit der Funktion «*Mehrzeitige bestimmte OR-Prozeduren*».
- Als neues Splitkriterium für die DRG I32A eignete sich zudem ein «*PCCL > 3*» und wurde eingebaut.
- In der DRG I32C konnte der im Antrag beschriebene Sachverhalt auf schweizweiter Basis nicht bestätigt werden. Entsprechend weisen Fälle mit einer «*Implantation oder Revision/Wechsel einer Daumensattelgelenkendoprothese*» mit mehr als einem Belegungstag einen insgesamt guten Deckungsgrad auf.
- Aus einer ausführlicheren Betrachtung der Fälle in der DRG I32C stellten sich jedoch «*Arthroplastik mit Implantat*» (CHOP-Kodes 81.71.99, 81.74.21, 81.74.99), «*Transplantation, Transposition oder Naht an peripheren Nerven der Hand*» (CHOP-Kodes 04.3X.*4, 04.51.12,

04.6X.60, 04.6X.73, 04.74.99, 04.75, 04.76, 04.79.13, 04.79.24) oder «Korrektur einer Syndaktylie der Hand» als aufwändige Eingriffe heraus. Diese wurden zur Bildung einer neuen DRG I32C verwendet, sodass die DRG I32C (v15.0) nun der DRG I32D (v16.0) entspricht.

- Im Rahmen des oben beschriebenen Umbaus hat sich die DRG-Nummerierung auch in den Ein-Belegungstag DRGs jeweils um eine Stelle verschoben. Demgemäss entspricht die DRG I32E (v15.0) der DRG I32F (v16.0), die neue DRG I32F der DRG I32G (v16.0) und die DRG I32F (v15.0) der DRG I32H (v16.0).
- IntK/IMCK Aufwandspunkte wurden in den DRG I32A und DRG I32B mit unterschiedlichen Grenzen neu aufgenommen (Kapitel 3.1.5 «Intensivmedizin»).

Gemäss einem Antragsteller sind konservativ behandelte «Frakturen des Femurs» ICD-Kodes S72* in der DRG I60B «Frakturen am Becken, Schenkelhals und Femur, Alter > 2 Jahre» untervergütet, da sie insbesondere im Vergleich mit konservativ behandelten Beckenfrakturen deutlich mehr Aufwand verursachen. Zudem seien Fälle mit einem «PCCL > 2» in der DRG I60B nicht sachgerecht abgebildet.

- Konservativ behandelte Frakturen zeigten sich in unseren Analysen in ihrer Gesamtheit gut abgebildet. Einzig die Prozedur «Geschlossene Reposition einer Fraktur ohne innere Knochenfixation» mit dem CHOP-Kode 79.05 war mit einem erhöhten Ressourcenaufwand verknüpft und konnte in eine neue DRG I60B aufgewertet werden.
- Ergänzt wurde die neue DRG I60B mit dem Splitkriterium «PCCL > 2» oder «Alter < 6 Jahre». Während Fälle mit «Alter < 3 Jahre» unverändert in die DRG I60A gruppieren.

Im Zuge der Weiterentwicklung der MDC 21A «Polytrauma» sind Fälle in die Ein-Belegungstag DRG I61B «Krankheiten und Störungen an Muskel-, Skelett- und Bindegewebe, Alter > 15 Jahre und ein Belegungstag» abgewertet worden, welche dort untervergütet sind.

- Um diese Fälle erneut sachgerecht abzubilden, wurden die bestehenden Tabellen PTR-7, PTR-8 und PTR-9 (beinhalten traumatische Verletzungen an Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule sowie am Becken) aus der Funktion «Polytrauma» als Splitkriterium für die DRG I61A verwendet.

Ein weiterer Antrag bezog sich auf die Überprüfung einer sachgerechten Abbildung von Fällen mit einer «Polymyalgia rheumatica» (ICD-Kode M35.3) als Hauptdiagnose in der Basis DRG I66 «Erkrankungen des Bindegewebes oder bestimmte Arthritis».

- Auf Basis der gesamtschweizerischen Daten handelt es sich um eine kleine Fallgruppe mit der Hauptdiagnose «Polymyalgia rheumatica», welche in der Basis DRG I66 sachgerecht abgebildet ist.
- In den Analysen zeigte sich jedoch eine Überbewertung der ICD-Kodes M35.8 «Sonstige näher bezeichnete Krankheiten mit Systembeteiligung des Bindegewebes» und M35.9 «Krankheit mit Systembeteiligung des Bindegewebes, nicht näher bezeichnet» in der Basis DRG I66. Diese Codes wurden in die Basis DRG I76 «Andere Erkrankungen des Bindegewebes» verschoben.
- Im Gegensatz dazu stellte sich in der Basis DRG I76 eine Untervergütung der ICD-Kodes M00* «Eitrige Arthritis», A54.4 «Gonokokkeninfektion des Muskel-Skelett-Systems» und A66.6 «Knochen- und Gelenkveränderungen bei Frambösie» als Hauptdiagnose heraus. Deshalb wurden diese ICD-Kodes in die Basis DRG I66 verschoben.
- IMCK Aufwandspunkte für Erwachsene wurden in die DRG I66A neu aufgenommen (Kapitel 3.1.5 «Intensivmedizin»).

Mechanisch bestätigte Rückenerkrankungen wie ICD-Kodes M51.1 «Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Radikulopathie» oder M48.0- «Spinalkanalstenose» sind gemäss Antragsteller in der DRG I68D «Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulen-

bereich, Alter > 15 Jahre» untervergütet. Selbes gelte für Fälle mit ICD-Kodes M46.4- «Diszitis, nicht näher bezeichnet» und «PCCL < 3».

- Die im Antrag vorgeschlagene Differenzierung zwischen mechanisch bestätigten Rücken-erkrankungen (ICD-10 M51.1 und M48.0-) und unspezifischen Rückenbeschwerden zeigte sich in unseren Daten als ungeeignet.
- Hingegen konnte die Unterdeckung von Fällen mit «Diszitis, nicht näher bezeichnet» und «PCCL > 3» bestätigt werden, sodass Fälle mit einer Diszitis oder infektiösen Spondylopathie (ICD-Kodes M46.40-48 und M46.50-58) neu unabhängig vom Schweregrad in die DRG I68B aufgewertet werden. In Kombination mit einem «PCCL > 3» gruppieren sie in die DRG I68A.

Weiter erreichte uns ein Antrag zur Prüfung der Diagnose M80.0- «Osteoporose mit pathologischer Fraktur» als Splitkriterium in der Basis DRG I69 «Knochenkrankheiten und Arthropathien». Zudem solle die Grenze des PCCL-Splits überprüft werden.

- Fälle mit einer «Osteoporose mit pathologischer Fraktur» (ICD-Kode M80.0-) sind gemäss unserer Analyse sachgerecht abgebildet in der DRG I69C.
- Bei der Prüfung des PCCL-Splits stellten sich Fälle mit einem «PCCL > 3» als besonders ressourcenintensiv heraus. In der Folge wurde diese Splitbedingung verwendet zur Bildung einer neuen DRG I69A oberhalb der alten DRG I69A.
- Die bisherige DRG I69A wurde unter gleichbleibenden Bedingungen zur neuen DRG I69B, die bisherige DRG I69B zur DRG I69C und die bisherige DRG I69C zur DRG I69D.

Im Rahmen der Systementwicklung sind in der Basis DRG I95 «Implantation einer Tumorendoprothese oder mehrzeitige komplexe Prozeduren...» untervergütete Fälle aufgefallen.

- Mit dem Einbau des Splitkriteriums «PCCL > 3» gruppieren diese Fälle neu in die DRG I95A und werden ebenda sachgerecht abgebildet.
- IntK/IMCK Aufwandspunkte wurden in den DRG I95A herabgesetzt oder neu aufgenommen (Kapitel 3.1.5 «Intensivmedizin»).

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

Ein Hinweis erreichte uns, dass die ICD-Kodes für «...Komplikationen durch Mammaprothese oder -implantat» unterschiedlich in der Tarifstruktur abgebildet sind.

- Der ICD-Kode T85.83 «Sonstige Komplikationen durch Mammaprothese oder -implantat» wurde aus der MDC 21B in die MDC 09 verschoben und dem ICD-Kode T85.4 «Mechanische Komplikation durch Mammaprothese oder -implantat» gleichgestellt.

Im Rahmen von Analysen in der MDC 09 zeigten sich untervergütete Fälle in der DRG J11A mit einer Vakuumbehandlung. Bisher war die Funktion «Vakuumbehandlung» in der MDC 09 einzig in der Basis DRG J11 abgebildet.

- Neu wurde die Funktion «Vakuumbehandlung» in folgende DRGs aufgewertet:
 - DRG J02A «Hauttransplantation, Lappenplastik, ausgedehnte Lymphadenektomie, Gewebetransplantation mit mikrovaskulärer Anastomose mit...Vakuumbehandlung».
 - Basis DRG J03 und DRG J03A «Eingriffe an der Haut... mit äusserst schweren CC oder Vakuumbehandlung».
- Dadurch konnte die Abbildung der Fälle verbessert und die Funktion «Vakuumbehandlung» aus der Basis DRG J11 entfernt werden.

Gemäss Antragstellung erfolgt bei Patienten, beispielsweise mit einem malignen Melanom nach einer initialen Exzision im stationären dermatologischen Setting die Wiederaufnahme zur plastischen Defektdeckung regelhaft nach zirka einer Woche. Diese klinisch indizierte zweizeitige Vorgehensweise,

auch im Falle notwendiger Nachexzisionen, führt zu Fallzusammenführungen und einer nicht sachgerechten Abbildung dieser Fälle.

- Mit der Aufnahme der globalen Funktion «*Mehrzeitig bestimmte OR-Prozeduren*» in die DRG J10A «*Plastische Operationen an Haut, Unterhaut und Mamma mit bestimmtem Eingriff oder Eingriffe an mehreren Lokalisationen oder mehrzeitige bestimmte OR-Prozeduren, Alter < 16 Jahre*» konnten diese Fälle aufgewertet werden und sind nun sachgerecht abgebildet.

Aufgrund eines Hinweises wurde festgestellt, dass der ICD-Kode E88.29 «*Sonstige Lipomatose, anderenorts nicht klassifiziert*» als Hauptdiagnose in die MDC 10 gruppiert, während die anderen ICD-Kodes dieser Gruppe in der MDC 23 abgebildet sind. Zudem wurde darauf hingewiesen, dass bei Lipödem häufig Gewebereduktionen oder Fettabsaugungen durchgeführt werden und somit einen höheren Ressourcenaufwand generieren.

- Die Daten bestätigten den ähnlichen Ressourcenverbrauch der Diagnosen und der Prozeduren.
- Folgende ICD-Kodes wurden aus der Hauptdiagnosen-Tabelle der MDC 23 in die Hauptdiagnosen-Tabelle der MDC 10 und Basis DRG K62 verschoben:
 - E88.20 «*Lipödem, Stadium I*»
 - E88.21 «*Lipödem, Stadium II*»
 - E88.22 «*Lipödem, Stadium III*»
 - E88.28 «*Sonstiges oder nicht näher bezeichnetes Lipödem*»
- Die CHOP-Kodes 86.83.09 «*Gewebereduktionsplastik und Liposuktion, sonstige*» und 86.83.21 «*Absaugen von Fettgewebe*» wurden als medizinische Prozedur aufgewertet und in die Umleitung «*Andere Eingriffe bei Adipositas/Lipomatose*» zur MDC 09 aufgenommen.
- Zusätzlich sind diese beiden CHOP-Kodes in der Basis DRG J11 «*Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma*» abgebildet.
- Durch die bestehende Umleitung in die MDC 09 und Aufnahme der CHOP-Kodes als gruppierungsrelevante Prozeduren konnte eine sachgerechte Abbildung von Fällen mit einem Lipödem und Liposuktion innerhalb der MDC 09 erreicht werden.

Betreffend der Basis DRG J11 sahen wir ebenfalls eine unsachgerechte Abbildung von bestimmten Fallgruppen.

- So zeigte sich die Splitbedingung «*Ulcus/Erysipel*» für die DRG J11A als überbewertet, weshalb sie entfernt wurde
- Dafür konnten Fälle mit folgenden Bedingungen in die DRG J11A aufgewertet werden:
 - «*Chronische Nierenkrankheit, ab Stadium III*» mit den ICD-Kodes N18.3-5,
 - «*Komplizierende Prozeduren*» und
 - die bereits oben erwähnten Isolierungen (Kapitel 3.2.2 unter «

- Isolierungsmassnahmen»)
- In die Basis DRG J11 wurden CHOP-Kodes für bestimmte Harnwegseingriffe aufgenommen und somit untervergütete Fälle aus der medizinischen Partition aufgewertet.

In einem Antrag wurde darauf hingewiesen, dass einzeitige Mehrfacheingriffe in der Tarifsystematik nicht ausreichend differenziert sind. Konkret betraf der Antrag Mastektomien, bei denen im gleichen Eingriff Lymphknotenentfernungen und bereits plastische Eingriffe oder Prothesenimplantationen durchgeführt werden. Aufgrund der unzureichenden Abbildung dieser einzeitigen Eingriffe besteht gemäss dem Antragsteller ein Fehlanreiz zur Mengenausweitung und für Patienten belastende Mehrfacheingriffe.

- Wir konnten eine leichte Untervergütung von Fällen mit den oben beschriebenen Konstellationen in der MDC 09 erkennen.
- Fälle mit nachfolgenden Bedingungen gruppieren neu in die DRG J14Z, wo sie sachgerecht abgebildet sind:
 - «Bösartige Neubildung der Mamma» und
 - «Mastektomie» und
 - «Exzision von Sentinel-Lymphknoten» und
 - «Bestimmte plastische Eingriffe» oder «Prothesenimplantation»

Für eine Aufwertung in die Basis DRG J06 waren die Fälle zu günstig.

Im Rahmen von Analysen sahen wir eine Überbewertung des CHOP-Kodes 85.D1 «Intramammäre Injektion zur Augmentation».

- Der CHOP-Code wurde aus allen globalen Funktionen entfernt und innerhalb der MDC 09 abgewertet.
- Neu ist dieser CHOP-Code in den Basis DRGs J24 «Eingriffe an der Mamma ausser bei bösartiger Neubildung» und J25 «Kleine Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung» sachgerecht abgebildet.

Ein Antragsteller beantragte die Aufwertung der CHOP-Kodegruppe 93.59.7- «Multimodale dermatologische Komplexbehandlung: Ganzkörper-Dermatotherapie» in der Tarifstruktur. Laut dem Antragsteller ist die Balneo-Dermatotherapie als Modalität gut etabliert und bei korrekter Indikationsstellung und fachgerechter Durchführung sehr effektiv. Sie ist jedoch ressourcenintensiv und lässt sich – abhängig vom Krankheitsbild, dem Allgemeinzustand der Patienten und den bestehenden Komorbiditäten – ausschliesslich stationär durchführen und kann derzeit nicht sachgerecht abgebildet werden.

- In den Analysen war ein höherer Ressourcenverbrauch aufgrund der Balneo-Dermatotherapie nicht erkennbar.
- Aufgrund der bereits bestehenden Splitbedingungen sind diese Fälle in den entsprechenden DRGs gut abgebildet.
- In den Analysen konnten aber kostenintensive Fälle aufgrund der Durchführung einer nicht-chirurgischen Biopsie in der DRG J61D identifiziert werden. So wurde die Tabelle J61-6 neu als Splitkriterium für die DRG J61B etabliert.
- Ebenfalls aufgewertet wurden Fälle mit einem Tumorboard durch die bereits oben beschriebene Aufnahme (Kapitel 3.2.2 unter «Aufwendige Konstellationen bei bösartigen Neubildungen») der globalen Funktion «Aufwendige Konstellationen bei BNB» in die DRG J61A. Eine reine Aufwertung der BNBs war nicht sachgerecht.

Uns erreichte ein Antrag mit Bitte der Aufwertung der ICD-Kodegruppen L02.- «Hautabszess, Furunkel und Karbunkel» und L08.- «Sonstige lokale Infektionen der Haut und der Unterhaut» innerhalb der Basis DRG J64 «Infektion/Entzündung der Haut und Unterhaut».

- Die aufgeführten ICD-Kodes erwiesen sich nicht als geeignete Kostentrenner. In den Analysen zeigten sich jedoch Fälle mit Inzisionen an der Haut mit Drainagen oder Abszessspaltungen, welche leicht untervergütet waren.
- So wurden die CHOP-Kodegruppen 08.04.1- *«Inzision mit Drainage an Haut und Subkutangewebe»* und 86.0A.0- *«Inzision an Haut und Subkutangewebe»* (aufgrund des Inklusivum *«Abszessspaltung»*) als medizinische Prozedur und als Splitkriterium für die DRG J64B *«Infektion/Entzündung der Haut und Unterhaut mit bestimmtem Eingriff oder Alter < 16 Jahre»* aufgenommen.
- Im Rahmen dieser Analysen zeigte sich aber auch, dass die Fälle in der DRG J64C ähnliche Kosten auswiesen, wie Fälle in der DRG J64A. So wurden diese beiden DRGs zur DRG J64A *«Infektion/Entzündung der Haut und Unterhaut mit schweren CC oder bestimmte Erkrankungen mit bestimmter Prozedur oder bestimmte Isolierung ab 7 Behandlungstage»* kondensiert.

3.2.13 MDC 10 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten

Analysen im Zuge der Weiterentwicklung des Tarifsystems wiesen darauf hin, dass sich die beiden DRGs K06A und K06B hinsichtlich der Kostenstruktur kaum unterschieden.

- Die DRG K06A und die DRG K06B wurden zu einer neuen DRG K06A kondensiert.
- Die DRG K06C wurde unter gleichbleibenden Bedingungen zur neuen DRG K06B.

Fälle mit der Hauptdiagnose C74.- *«Bösartige Neubildung der Nebenniere»* weisen gemäss Antragsteller innerhalb verschiedener DRGs deutlich höhere Kosten auf als das übrige Fallkollektiv. Insbesondere in der Basis DRG K64 und der DRG K86A wird eine unzureichende Abbildung dieser Fälle beschrieben.

- Die Abbildung der ICD-Kodegruppe C74.- *«Bösartige Neubildung der Nebenniere»* wurde analysiert und in die CC-Matrix aufgenommen.
- In der DRG K86A erwiesen sich Fälle mit bösartiger Neubildung bereits als ausreichend differenziert, ein zusätzlicher Anpassungsbedarf zeigte sich nicht.
- Innerhalb der Basis DRG K64 wurde die Diagnosegruppe als Splitkriterium geprüft, erwies sich jedoch nicht als geeignet.
- In der DRG K64A wurde zusätzlich das Splitkriterium *«PCCL > 3»* aufgenommen. Fälle mit höherem Schweregrad gruppieren dadurch vermehrt in die DRG K64A.

Interne Analysen zeigten zudem kostenintensive Fälle in der DRG K86B, die nicht im Zusammenhang mit der ICD-Kodegruppe C74.- stehen. Durch die Aufnahme der Splitkriterien *«wegverlegt»* und *«aufnahmeverlegt»* werden diese Fälle neu in die DRG K86A aufgewertet und sachgerecht abgebildet.

3.2.14 MDC 11 Krankheiten und Störungen der Harnorgane

Analysen der Daten 2024 zeigten eine Kosteninhomogenität innerhalb der Basis DRG L42 *«Extrakorporale Stosswellen-Lithotripsie (ESWL) bei Harnsteinen»*. Die Splitbedingungen *«Mittelschwere Eingriffe an Harnorganen»* sowie die Nebendiagnosen *«Para-/Tetraplegie»* erwiesen sich nicht mehr als eindeutige Kostentrenner.

- Es erfolgte eine Kondensation der DRGs L42A und L42B zur neuen DRG L42Z.

Im Rahmen von übergreifenden Analysen ist in der Basis DRG L63 aufgefallen, dass mit den bisherigen Splitbedingungen nicht mehr die erwünschte Kostentrennung erzielt wird. Es wurde daraufhin eine Überarbeitung vorgenommen.

- Da sich Fälle im Kindesalter < 16 Jahren als aufwendig erwiesen, wurde der Alterssplit in der DRG L63A angepasst. Der Split wurde von *«Alter < 6»* zu *«Alter < 16»* ausgeweitet.

- Die Tabelle «*Nierenbiopsie*» eignete sich nicht mehr als Kostentrenner und wurde aus der Splitbedingung für die DRG L63A entfernt.
- Die DRGs L63B und L63C wurden aufgrund einer ähnlichen Kostenstruktur kondensiert.

3.2.15 MDC 12 Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane

Ein Antragsteller beschrieb einen Sachverhalt beim Peniskarzinom, bei dem die Prognose massgeblich vom Lymphknotenstatus abhängt. Insbesondere bei fortgeschrittenen Tumorstadien ab cN1 sei eine inguinale Lymphadenektomie sinnvoll. Der Antragsteller wies darauf hin, dass Penisamputationen (CHOP-Kode 64.3X.10-12) mit inguinaler Lymphadenektomie (CHOP-Kodes 40.24.11 oder 40.3X.25) wesentlich höhere Kosten verursachen als das übrige Fallkollektiv der DRG M03B.

- Wir konnten diesen Vorschlag zur Aufwertung von bestimmten CHOP-Kodes simulieren und die höheren Kosten nachweisen.
- Für die DRG M03A wurden neue Splitbedingungen aufgenommen:
 - Die Kombination der CHOP-Kodes 64.3X.10-12 «*Amputation des Penis*» mit 40.24.- «*Exzision inguinale Lymphknoten*» oder «*PCCL > 2*» wurde in die DRG M03A aufgewertet.

3.2.16 MDC 13 Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane

Im Rahmen eines Antrags wurde die Basis DRG N01 «*Hysterektomie bei bösartiger Neubildung*» hinsichtlich ihrer Kostendeckung analysiert. Dabei standen insbesondere Fälle mit dem ICD-Kode C56 «*Bösartige Neubildung des Ovars*» in Kombination mit dem CHOP-Kode 65.42 «*Salpingoovarektomie, offen chirurgisch*» im Fokus. Gemäss Antragsteller zeigte sich für diese Fallkonstellationen eine defizitäre Vergütung innerhalb der bestehenden Tarifstruktur.

- Diese Fälle wurden im Rahmen der Weiterentwicklung überprüft, jedoch gab es keinen Hinweis auf eine Untervergütung.
- Im Zuge der Analysen erwies sich eine andere Konstellation als nicht ausreichend abgebildet.
- Die Kombination der Prozeduren 68.6- «*Radikale Hysterektomie*», 65.3-, 65.4-, 66.4- und 66.7- «*Salpingoovarektomie*» sowie 40.5- «*Radikale Lymphknotenentfernung*» stellte sich als besonders ressourcenintensiv heraus. Die hohen Kosten führten dazu, dass diese Konstellation in die DRG N01B aufgewertet wurde.

Vor dem Hintergrund der Einführung neuer CHOP-Kodes zur Abbildung der Deszensuschirurgie ging ein Antrag zur Weiterentwicklung ein. Es wurde darauf hingewiesen, dass die Deszensuschirurgie mit Netzimplantation mit einem besonders hohen Ressourcenaufwand verbunden ist. Insbesondere laparoskopische Eingriffe in diesem Bereich sind im derzeitigen DRG-System nicht ausreichend abgebildet. Aus diesem Grund wurde die Etablierung eines differenzierenden Splits innerhalb der DRGs N04 und N06 vorgeschlagen. Dieser Split soll insbesondere den operativen Zugang berücksichtigen, um die unterschiedlichen Aufwände zwischen offenen und laparoskopischen Verfahren sachgerecht darzustellen.

Im Zuge der Weiterentwicklung der Basis DRG N06 «*Komplexe rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen*» wurde eine Überarbeitung der Splitkriterien vorgenommen:

- Die DRG N06B umfasst neu die CHOP-Kodes 70.A1/A2.22 «*Deszensuschirurgie, laparoskopisch, mit Netz*»
- In der DRG N06C werden offene chirurgische (CHOP-Kodes 70.A1/A2.12) und vaginale Eingriffe mit Netz (CHOP-Kodes 70.A1/A2.32) sowie laparoskopische Eingriffe ohne Netz (CHOP-Kodes 70.A1/A2.21) zusammengefasst.
- Die DRG N06D beinhaltet schliesslich offene chirurgische und vaginale Deszensusoperationen ohne Netzimplantation (CHOP-Kodes 70.A1.11/31 und 70.A2.11/31).
- Darüber hinaus wurde der PCCL-Split der DRG N06A geschärft von «*PCCL > 2*» auf künftig «*PCCL > 3*».

Auch in der Basis DRG N04 «*Hysterektomie oder Ovarektomie oder komplexe Eingriffe an der Tuba uterina, ohne BNB*» konnten Anpassungen im Hinblick auf die Deszensuschirurgie umgesetzt werden.

- Dabei wurden laparoskopische Deszensusoperationen mit Netzimplantaten (CHOP-Kodes 70.A1/A2.22) sowie der offene chirurgische Eingriff mit Netz an zwei oder drei Kompartimenten (CHOP-Kode 70.A2.12) in die DRG N04B aufgewertet.
- Diese Unterscheidung nach Zugangsweg und Ausdehnung des Eingriffs unterstützt eine präzisere und leistungsgerechte Vergütung

Uns erreichte ein Antrag mit dem Inhalt, dass die Behandlung der (tiefinfiltrierenden) Endometriose aufgrund der häufig aufwendigen operativen Eingriffe eine besondere Herausforderung darstellt. Oft sind komplexe Operationen an verschiedenen Organen erforderlich, die mit einer entsprechend langen Operationsdauer einhergehen. Vor diesem Hintergrund wurde die Einführung einer Basis DRG mit mehreren Schweregraden beantragt. Diese soll eine differenzierte Abbildung der Behandlungsrealität ermöglichen, insbesondere durch die Berücksichtigung der Anzahl und Lokalisation der durchgeführten Eingriffe.

- Infolge durchgeführter Simulationen konnten wir uns dem Lösungsvorschlag anschliessen und eine neue Basis DRG N17 einführen.
- Die Einstufung in die jeweiligen Schweregrade erfolgt anhand der Anzahl und Kombination von durchgeführten Prozeduren an verschiedenen Lokalisationen wie Ovar, Uterus, Bauchwand, Darm oder Ureter.
- In die DRG N17A gruppieren somit Fälle mit mindestens fünf Prozeduren an unterschiedlichen Lokalisationen.
- Die N17B wird angesteuert mit vier Prozeduren an verschiedenen Lokalisationen oder mindestens zwei Prozeduren an verschiedenen Lokalisationen mit Adhäsioolyse.

Im Rahmen eines weiteren Antrags wird die Basis DRG N23 «*Andere rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen oder Myomenukleation*» und die Fallgruppe junger Patientinnen in den Fokus gerückt. Dabei handelt es sich gemäss Antragsteller insbesondere um Fälle, in denen eine laparoskopische Exzision oder Destruktion eines oder mehrerer Myome am Uterus (CHOP-Kode 68.29.48) durchgeführt wird. Diese Eingriffe zielen häufig darauf ab, eine Hysterektomie zu vermeiden und somit die Gebärmutter zu erhalten. Gemäss Antragsteller sind diese Fälle defizitär.

- In der Weiterentwicklung der Tarifstruktur konnte ein neuer Split der DRG N23A eingeführt werden.
- Somit werden Fälle anhand der CHOP-Kodes 68.29.4- «*Exzision und Destruktion eines oder mehrerer Myome am Uterus*» innerhalb ihrer homogenen Fallgruppe sachgerecht aufgewertet.

3.2.17 MDC 14 Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett

Im Rahmen des Antragsverfahrens wurden mehrere Anträge bezüglich der Abbildung von Geburten gestellt. Einerseits wurde eine allgemeine Neubeurteilung der Basis DRG O60 beantragt. Ein anderer Antragsteller beantragte, dass vaginale Entbindungen mit oder ohne Komplikation oder besonderer Behandlung nicht schlechter vergütet werden sollten als geplante Kaiserschnitte auf Wunsch der Mutter oder geplante Kaiserschnitte nach erstem Kaiserschnitt. Hierfür sollten Geburten mit Induktionscodes der CHOP-Kodegruppe 73.* «*Sonstige einleitende oder unterstützende geburtshilfliche Massnahmen*» in der Basis DRG O60 aufgewertet werden oder alternativ CHOP-Kodes 73.7X.1- «*Stationäre Behandlung (Präpartale Behandlungsdauer) vor Entbindung im gleichen stationären Aufenthalt, nach Anzahl Behandlungstage*» in der Basis DRG O60 geprüft werden. Zuletzt beantragte ein weiterer Antragsteller, dass der CHOP-Kode 73.7X.11 «*Stationäre Behandlung vor Entbindung im gleichen Aufenthalt, mindestens 3 bis 6 Behandlungstage*» innerhalb der Basis DRGs O01, O02 und O60 oder alternativ in der Basis DRG O50 abgebildet wird.

- Die unterschiedliche Bewertung der verschiedenen Geburtsprozeduren wurde im Zuge der Analysen bestätigt.
- Die CHOP-Kodes 73.7X.1- «Stationäre Behandlung (Präpartale Behandlungsdauer) vor Entbindung im gleichen stationären Aufenthalt, nach Anzahl Behandlungstage» gruppieren, bis auf die unterste Ausprägung bereits in die Basis DRG O50 und sind dort besser bewertet. Die unterste Ausprägung mit dem CHOP-Kode 73.7X.11 «Stationäre Behandlung vor Entbindung im gleichen Aufenthalt, mindestens 3 bis 6 Behandlungstage» wird allerdings neu in die DRG O60B aufgewertet. Eine Aufwertung innerhalb der Basis DRGs O01 oder O02, oder eine Aufnahme in die Basis DRG O50 zeigten kein positives Potenzial.
- Induktionskodes der CHOP-Kodegruppe 73.* «Sonstige einleitende oder unterstützende geburtshilfliche Massnahmen» erwiesen sich jedoch nicht als geeignetes Splittkriterien.
- Hingegen ergab unsere Analyse, dass gewisse CHOP-Kodes der Gruppe 72.* «Entbindung mit Zange, Vakuum und bei Beckenendlage» mit relevanten Kosten einhergehen. Folgende CHOP-Kodes gruppieren nun in die DRG O60C:
 - 72.01 «Beckenausgangszange mit Episiotomie»
 - 72.09 «Beckenausgangszange, sonstige»
 - 72.11 «Tiefe Zange mit Episiotomie»
 - 72.19 «Tiefe Zange, sonstige»
 - 72.21 «Mittlere Zange mit Episiotomie»
 - 72.29 «Mittlere Zange, sonstige»
 - 72.31 «Hohe Zange mit Episiotomie»
 - 72.39 «Hohe Zange, sonstige»
 - 72.51 «Partielle Extraktion bei Beckenendlage mittels Zange am nachfolgenden Kopf»
 - 72.52 «Sonstige partielle Extraktion bei Beckenendlage»
 - 72.53 «Totale Extraktion bei Beckenendlage mittels Zange am nachfolgenden Kopf»
 - 72.54 «Sonstige totale Extraktion bei Beckenendlage mittels Zange»
 - 72.6 «Anwendung der Zange am nachfolgenden Kopf»
 - 72.71 «Vakuumextraktion mit Episiotomie»
 - 72.79 «Vakuumextraktion, sonstige»

3.2.18 MDC 15 Neugeborene

Es zeigte sich eine uneinheitliche Kodierung im Zusammenhang mit mechanischer Beatmung und Atmungsunterstützung mit kontinuierlichem positivem Druck (CPAP) bei Neugeborenen. Betroffen waren insbesondere die CHOP-Kodes 93.9F.11 «Mechanische Beatmung und Atmungsunterstützung mit kontinuierlichem positivem Druck [CPAP] bei Neugeborenen und Säuglingen» sowie 99.65 «Akute Behandlung einer Adaptionstörung beim Neugeborenen (sog. primäre Reanimation)».

In den Analysen wurde eine unterschiedliche Abbildung dieser Leistungen innerhalb des Tarifsystems festgestellt, wodurch es zu einer uneinheitlichen Kodierungspraxis kam.

- Die CHOP-Kodes 93.9F.11 «Mechanische Beatmung und Atmungsunterstützung mit kontinuierlichem positivem Druck [CPAP] bei Neugeborenen und Säuglingen» und 99.65 «Akute Behandlung einer Adaptionstörung beim Neugeborenen (sog. primäre Reanimation)» wurden im Tarifsystem gleichgestellt, um eine konsistente Abbildung sicherzustellen.

3.2.19 MDC 17 Hämatologische und solide Neubildungen

Im Rahmen von Analysen zeigten sich untervergütete Fälle in der Basis DRG R01 «Operative Eingriffe bei hämatologischen und soliden Neubildungen...» und Basis DRG R61 «Lymphom und nicht akute Leukämie...».

- Als Kostentrenner konnten mehrzeitige Prozeduren identifiziert werden.

- Die globale Funktion «*Mehrzeitig bestimmte OR-Prozeduren*» wurde in die DRG R01A «*Operative Eingriffe bei hämatologischen und soliden Neubildungen... und mehrzeitig bestimmte OR-Prozeduren*» aufgewertet.
- Eine Aufwertung für Fälle mit «*Mehrzeitig komplexe OR-Prozeduren*» erfolgte in die Basis DRG R50 «*Hochkomplexe Chemotherapie zwei Therapieblöcke oder hochkomplexe Chemotherapie mit...*».

Ein Antragsteller verwies auf unsachgerecht abgebildete Fälle in der Basis DRG R60 «*Akute myeloische Leukämie, ...oder autologe Stammzell-Entnahme oder Graft versus Host Disease*», insbesondere Fälle mit der Hauptdiagnose C92.00 «*Akute myeloblastische Leukämie [AML]: Ohne Angabe einer kompletten Remission*» seien von einer schweizweiten Unterdeckung betroffen. Als weitere mögliche Kostentrenner führte er die Aplasie in Verbindung mit konsekutiven Infektionen oder möglichem Zytokinsturm mit dem ICD-Kode D76.4 auf.

- Eine Aufwertung der ICD-Kodegruppe C92* «*Myeloische Leukämie*» als Hauptdiagnose innerhalb der Basis DRG R60 erwies sich nicht als sachgerecht.
- Auch eine Etablierung neuer PCCL-Splits oder Aufwertungen von Chemotherapien führte zu unsachgerechten Fallverschiebungen.
- Im Rahmen der Analysen zeigten sich jedoch sehr heterogene Fallgruppen in der DRG R60B mit bestimmten Chemotherapien.
- Im Ergebnis wurden folgende Umbauten vorgenommen:
 - Die DRG R60A wurde gesplittet und Fälle mit bestimmten Konstellationen und dem ICD-Kode D76.4 «*Zytokinfreisetzungssyndrom [cytokine release syndrome]*» oder mit «*Alter < 18 Jahre*» gruppieren in die neue DRG R60A.
 - Die Bedingung «*Komplexe Chemotherapie*» für die neue DRG R60C wurde mit der globalen Funktion «*Komplizierende Prozeduren*» verschärft.
 - Die Bedingung «*Nicht- oder mittelgradig komplexe OR-Prozeduren und PCCL > 3*» wurde ebenfalls geschärft. Neu gruppieren «*Mittel- oder hochgradig komplexe Chemotherapien und PCCL > 3*» in die DRG R60C.
 - «*Komplexe Chemotherapien*» ohne weitere Bedingungen sind neu in der DRG R60D abgebildet.
- Mit diesen Umbauten konnten komplexe Fälle aufgewertet und die Kostenhomogenität innerhalb der Basis DRG R60 stark verbessert werden.

Derselbe Antragsteller beschrieb in einem weiteren Antrag eine Unterdeckung von Fällen mit einem B-Zell-Lymphom in der Basis DRG R61 «*Lymphom und nicht akute Leukämie, mehr als ein Belegtag*».

- Die beschriebene Unterdeckung von Fällen mit einem B-Zell-Lymphom konnte anhand der Daten 2024 nicht bestätigt werden und eine Aufwertung dieser Diagnosen erwies sich als unsachgerecht.
- In den Analysen konnten aber andere Kostentrenner identifiziert und die bereits unter Kapitel 3.2.2 beschriebenen Isolierungen und Kinder entsprechend aufgewertet werden.
- Des Weiteren wurde innerhalb der bisherigen DRG R61E eine Fallgruppe mit erhöhtem Ressourcenverbrauch identifiziert, der primär auf die Durchführung von nichtoperativen Biopsien zurückzuführen ist. Infolgedessen wurde die bisherige DRG R61E hinsichtlich dieser kleinen Eingriffe gesplittet, sodass diese nun in der neu geschaffenen DRG R61E eine sachgerechte Abbildung finden.
- Im Rahmen dieser Umbauten erkannten wir deutlich übervergütete Fälle in der DRG R61D, sodass der PCCL-Split > 2 mit der Durchführung der kleinen Eingriffe für die DRG R61D geschärft und dadurch ressourcenintensivere Fälle aufgewertet wurden.

- Durch diese Umbauten konnten wir die Abbildungsgüte der Fälle in der Basis DRG R61 verbessern und die Kostenhomogenität steigern.

Im Rahmen der oben beschriebenen Umbauten in der MDC 17 zeigte sich, dass die Abbildungsgüte bestimmter Fälle der MDC 17 aufgrund zusätzlicher Strahlentherapie oder Palliativmedizinischer Komplexbehandlung in der Prä-MDC geringer ausfallen würde als in bestimmten DRGs der MDC 17.

- So wurden für die Basis DRG A93 *«Strahlentherapie, mehr als 8 Bestrahlungen»* folgende DRGs ausgeschlossen:
 - DRGs R60A und R60B
 - DRGs R50A und R50B
- Im Zusammenhang mit der palliativmedizinischen Komplexbehandlung wurden ebenfalls Ausschlüsse angepasst. Die entsprechenden Umbauten sind in Kapitel 3.1.6 *«Palliativmedizin»* aufgeführt.

Mit diesen Ausschlüssen konnte eine sachgerechte Abbildung der betroffenen Fälle erreicht werden.

3.2.20 MDC 19 Psychische Krankheiten und Störungen

In der Basis DRG U60 wurden im Rahmen unserer Analysen die Splitkriterien weiterentwickelt:

- IMCK Aufwandspunkte für Erwachsene sowie IntK/IMCK Aufwandspunkte für Neugeborene und Kinder wurden in der DRG U60A neu aufgenommen (Kapitel 3.1.5 *«Intensivmedizin»*).
- Die CHOP-Kodes 94.35.1- und 94.35.2- *«Psychiatrisch-psychotherapeutische Krisenintervention in der Erwachsenenpsychiatrie/Kinder- und Jugendpsychiatrie, > 4 Stunden pro Tag»* wurden in die DRG U60B aufgewertet.
- Die folgenden ICD-Kodes wurden in die DRG U60B aufgewertet:
 - F31.2 *«Bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode mit psychotischen Symptomen»*
 - F31.5 *«Bipolare affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen»*
 - F32.3 *«Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen»*
 - F33.3 *«Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen»*
- Eine neue DRG U60C *«Psychische Krankheiten und Störungen, Alter > 11 Jahre und verlegt, ein Belegungstag»* mit verlegten Fällen wurde geschaffen.

In einem Antrag wurde darauf hingewiesen, dass Fälle mit der Hauptdiagnose Anorexia nervosa an verschiedenen Stellen untervergütet sind. Insbesondere betreffe dies die folgenden DRGs: A36A, A36B, A90C, A96B, U60A, U60B, U66A.

- Die Analysen zeigten, dass eine Aufwertung in den DRGs der Prä-MDC nicht zielführend ist. Hingegen konnten die ICD-Kodes F50.0- und F50.1 in die DRG U60B aufgewertet werden.
- In der Basis DRG U66 waren mehrere Umbauten notwendig, aus denen unter anderem eine bessere Abbildung verschiedener Fallkonstellationen mit Anorexia nervosa resultierte:
 - Abwertung der CHOP-Kodes 94.3G.14 und 94.3G.15 *«Komplexbehandlung bei Essstörung in der Psychiatrie, mindestens 28/42 Behandlungstage»* und 99.BD.1E und 99.BD.1F *«Integrierte Komplexbehandlung bei schwerer Essstörung, mindestens 28/42 Behandlungstage»* in die DRG U66B
 - Abwertung der Anorexia nervosa (ICD-Kodes F50.0- und F50.1) in die DRG U66C
 - Entfernen von Bulimie und anderen Essstörungen (ICD-Kodes F50.*) aus der DRG U66C
 - Aufwertung der CHOP-Kodes 94.3G.12-1F *«Komplexbehandlung bei Essstörung in der Psychiatrie, mindestens 7 bis 238 und mehr Behandlungstage»* und 99.BD.1C-1P *«Integrierte Komplexbehandlung bei schwerer Essstörung, mindestens 7 bis 238 und mehr Behandlungstage»* in die DRG U66C

Im Zuge der Systementwicklung zeigte sich, dass auch die Komplexbehandlungen, welche bisher in die DRG U66B gruppierten, dort nicht mehr gut abgebildet sind. Im Zuge dessen wurden folgende CHOP-Kodes in die DRG U66C abgewertet:

- 94.35.1- *«Psychiatrisch-psychotherapeutische Krisenintervention in der Erwachsenen-psychiatrie und -psychosomatik, ...»*
- 94.35.2- *«Psychiatrisch-psychotherapeutische Krisenintervention in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, ...»*
- 94.3A.1- *«Psychotherapeutische und psychosomatische Komplexbehandlung, ...»*
- 94.3A.2- *«Integrierte klinisch-psychosomatische Komplexbehandlung, ...»*
- 94.3B.1- *«Komplexbehandlung der polymorbiden alterspsychiatrischen Akutpatientin/des polymorbiden alterspsychiatrischen Akutpatienten, ...»*
- 94.3C.1- *«Komplexbehandlung bei Demenz mit psychiatrischen und psychoorganischen Komplikationen, ...»*
- 94.3H.1- *«Komplexbehandlung der polymorbiden neuropsychiatrischen Akutpatientin/des polymorbiden neuropsychiatrischen Akutpatienten mit intellektueller Entwicklungsstörung, ...»*

Weitere Analysen zeigten zudem, dass IntK/IMCK Aufwandspunkte für Erwachsene ein geeignetes Splittkriterium in der DRG U64A darstellen. Entsprechend wurden sie neu aufgenommen (Kapitel 3.1.5 «Intensivmedizin»).

3.2.21 MDC 21A Polytrauma

Alle Umbauten zu dieser MDC sind unter dem Kapitel 3.1.1 «Polytrauma» aufgeführt.

3.2.22 MDC 21B Verletzungen, Vergiftungen und toxische Wirkung von Drogen und Medikamenten

Im Rahmen der Analysen und Umbauten zum «Polytrauma» zeigten sich untervergütete Fälle in der DRG X06B *«Andere Eingriffe bei anderen Verletzungen mit schweren CC oder mit komplexem Eingriff»*.

- Mit Aufnahme der globalen Funktion *«Komplexe OR-Prozeduren»* in die DRG X37A *«Verletzungen, Vergiftungen und toxische Wirkungen von Drogen und Medikamenten mit ...»* konnten diese ressourcenintensiven Fälle aufgewertet werden.
- Eine Aufwertung dieser Funktion in die DRG X06A war nicht sachgerecht.

3.2.23 MDC 22 Verbrennungen

Alle Umbauten zu dieser MDC sind unter dem Kapitel 3.1.2 «Schwere Verbrennungen» aufgeführt.

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

Bereits im Vorjahr erhielten wir einen Antrag zur Überprüfung der Homogenität der DRG Z02Z. Der Antragsteller beschrieb, dass die enthaltenen Fallgruppen der Leber- und Nierenlebenspenden eine starke Heterogenität aufweisen. So würden insbesondere Leberspender im Vergleich zu Nierenspendern eine höhere Verweildauer sowie häufiger einen Aufenthalt auf der Intensivpflegestation (IPS) aufweisen.

- Diesen Sachverhalt konnten wir in den Daten bestätigen. Aufgrund der niedrigen Fallzahlen war in der Version 15.0 noch keine Lösung möglich.
- Mit der Version 16.0 ist es jedoch gelungen, die DRG Z02Z zu splitten. Anhand des ICD-Kodes Z52.6 *«Leberspender»* gelangen die betroffenen Fälle nun in die neu geschaffene DRG Z02A.

Nierenspenden hingegen gruppieren in die DRG Z02B und es erfolgt damit eine sachgerechte Differenzierung dieser aufwendigen Fälle.

- Die Kalkulation erfolgte aufgrund der niedrigen Fallzahlen über vier Datenjahre.

3.2.25 Zusatzentgelte-Kostenbereinigung

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

Insgesamt wurde bei 35'977 Fällen aus den Kalkulationsdaten eine Kostenbereinigung in den Kostenkomponenten in Höhe von total 157'738'270.95 CHF vorgenommen.

3.2.26 Zusatzentgelte-Änderungen

Es gibt keine neuen CHOP-Kode basierten Zusatzentgelte.

Das Zusatzentgelt «Hämodialyse zur Entfernung von Proteinen mit einer Molekularmasse bis zu 60000» wurde aufgrund niedriger Fallzahlen in den letzten fünf Jahren aufgelöst und in das Zusatzentgelt «Hämodialyse, Hämofiltration, Hämodiafiltration, intermittierend» integriert.

Es gab strukturelle Anpassungen oder Präzisierungen bei den folgenden CHOP-Kodes basierten Zusatzentgelten:

- «Hämodialyse, Hämofiltration, Hämodiafiltration, intermittierend»: Aufnahme von CHOP-Kodes des gelöschten Zusatzentgeltes «Hämodialyse zur Entfernung von Proteinen mit einer Molekularmasse bis zu 60000».
- «Extrakorporale Membranoxygenation (ECMO)»: Die Ausnahme für die intraoperative Anwendung als Herz-Lungen-Maschine bei Eingriffen am Herzen wurde neu auch auf Eingriffe an der Lunge ausgeweitet.
- «Art und Typ von endovaskulär implantierten Grafts an Gefässen des Beckens»: Dieses Zusatzentgelt wurde weiter ausdifferenziert. Neu werden die endovaskulär implantierten Grafts an Gefässen des Beckens mit einer Pauschale pro Stent-Prothese vergütet.

Die folgenden ATC-Kode basierten Zusatzentgelte wurden neu etabliert:

- Alemtuzumab, intravenös
- Amivantamab, subkutan
- Belantamab mafodotin, intravenös
- Bromelain, topisch
- Capivasertib, oral
- Ceftazidim und Avibactam, intravenös, CZC
- Cladribin, oral
- Clesrovimab, intramuskulär
- Cultured Epidermal Autograft, topisch, CHUV (befristet für das Jahr 2027)
- Edaravon, intravenös sowie oral
- Fidaxomicin, oral
- Hautdeckung, alloplastisch, topisch, HNB (befristet für das Jahr 2027)
- Hautdeckung, allogene, topisch, HPS/HEB (befristet für das Jahr 2027)
- Hautdeckung, xenogen, topisch, HKR (befristet für das Jahr 2027)
- Icatibant, subkutan
- Immunglobuline, normal human, zur extravasalen Anwendung, subkutan
- Iptacopan, oral

- Ivosidenib, oral
- Lazertinib, oral
- Lebrikizumab, subkutan
- Lisocabtagene Maraleucel, autologe CAR-T Zelltherapie bei Mantelzell-Lymphom, intravenös, MCL
- Lurbinectedin, intravenös
- Maribavir, oral
- Mirvetuximab Soravtansin, intravenös
- Nirmatrelvir und Ritonavir, oral
- Nivolumab und Relatimab, intravenös
- Patisiran, intravenös
- Pegaspargase, intravenös/intramuskulär
- Pegcetacoplan, subkutan
- Quizartinib, oral
- Remdesivir, intravenös
- Ribociclib, oral
- Risankizumab, intravenös/subkutan
- Sarilumab, subkutan
- Tafasitamab, intravenös
- Vutrisiran, subkutan

Das folgende ATC-Kode basierte Zusatzentgelt wurde gelöscht:

- Pemetrexed, intravenös

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

- Binimetinib, oral
- Dabrafenib, oral
- Dinutuximab beta, intravenös, CQZ
- Elranatamab, subkutan
- Nivolumab, intravenös
- Pemigatinib, oral
- Rasburicase, intravenös
- Trametinib, oral

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

- Adalimumab, subkutan/intravenös
- Bevacizumab, intravenös
- Bortezomib, intravenös/subkutan
- Caspofungin, intravenös
- Pegfilgrastim, subkutan
- Posaconazol, oral
- Rituximab, intravenös/subkutan

Für die folgenden ATC-Kode basierten Zusatzentgelte wurden die Dosisklassen nach oben erweitert aufgrund der gelieferten Dosen der Daten aller Netzwerkhospitäler 2024:

- Amivantamab, intravenös
- Bortezomib, intravenös/subkutan
- C1-Inhibitor, aus Plasma gewonnen, intravenös
- Caplacizumab, intravenös/subkutan
- Cefiderocol, intravenös

- Cytarabin und Daunorubicin, intravenös
- Durvalumab, intravenös
- Elranatamab, subkutan
- Enfortumab vedotin, intravenös
- Enzalutamid, oral
- Gilteritinib, oral
- Glecaprevir und Pibrentasvir, oral, CMA
- Ipilimumab, intravenös
- Osimertinib, oral
- Posaconazol, intravenös
- Ruxolitinib, oral
- Sacituzumab govitecan, intravenös
- Talquetamab, subkutan
- Terlipressin, intravenös

Die Dosisklassen der folgenden ATC-Kode basierten Zusatzentgelte wurden neu strukturiert:

- Andexanet alfa, intravenös
- Rasburicase, intravenös

Für die folgenden ATC-Kode basierten Zusatzentgelte wurden die Verabreichungsarten verändert:

- Natalizumab, subkutan wurde hinzugefügt.
- Onasemnogen abeparvovec, intrathekal wurde hinzugefügt.
- Terlipressin, endotracheopulmonal und inhalativ wurden gelöscht.

4 Berechnungsmethode

Die detaillierte Berechnungsmethode ist dem Dokument «*Berechnungsmethode*» zu entnehmen.

Die SwissDRG AG wurde im Rahmen des jährlichen Antragsverfahrens mehrfach auf die Untervergütung der Kurzlieger in einzelnen Ein-Belegungstag DRGs hingewiesen. Eine derartige Konstellation tritt beispielsweise bei einer sehr ungleichmässigen Verteilung der Gesamtkosten der Kurzlieger einer betroffenen DRG auf.

Für eine bessere Abbildung der betroffenen Fälle, ohne jedoch auf die Vorzüge der Verwendung des Medians in Bezug auf extreme Outlier-Fälle zu verzichten, wurde die Berechnungsmethode zur Abschlagsberechnung bei impliziten Ein-Belegungstag DRGs dahingehend angepasst, dass neu neben dem Median der Gesamtkosten der Kurzlieger auch das 20%- und das 80%-Quantil der Gesamtkosten der Kurzlieger in die Berechnung des effektiven Kostengewichts dieser Fälle miteinbezogen werden.

4.1 Ermittlung der Kostengewichte

Für die SwissDRG Version 16.0 wurden im Ergebnis 1'081 DRGs auf der Grundlage von Schweizer Daten erarbeitet.

Für 18 DRGs wurde aufgrund geringer Fallzahlen zusätzlich auf die Daten aus dem Datenjahr 2023 zurückgegriffen. Für drei weitere DRGs wurden Fälle aus drei Datenjahren berücksichtigt (2022-2024). Neu wurden zudem bei einer DRG vier Datenjahre zur Kalkulation der Kostengewichte verwendet (2021-2024). Fälle aus den Vorjahren konnten nur herangezogen werden, wenn in den Vorjahresdaten eine eindeutige Abgrenzung möglich war. Diese Bedingung war erfüllt, wenn in den betreffenden DRGs kein Umbau vorgenommen wurde.

4.2 Berechnung der Bezugsgrösse

Zur Berechnung der Bezugsgrösse werden alle Fälle berücksichtigt, die im SwissDRG Anwendungsbereich liegen. Die effektiven Kostengewichte, welche in die Berechnung des Casemix zur Ermittlung der Bezugsgrösse einfließen, wurden um allfällige Veränderungen in der Leistungsmenge im Vergleich zum Vorjahr bereinigt. Somit wurde die Vergütung nach der Version 16.0 einer definierten Leistungsmenge mit der Vergütung dieser Leistungsmenge nach der Version 15.0 verglichen.

Die Bezugsgrösse wurde nun so gewählt, dass bei gleichbleibendem Datenjahr die Summe der effektiven Kostengewichte (Casemix) der Fälle, gruppiert nach der Version 16.0, und die Summe der effektiven Kostengewichte dieser Fälle, gruppiert nach der Version 15.0, identisch sind:

$$Casemix_{Version\ 16.0}^{Daten\ 2024} = Casemix_{Version\ 15.0}^{Daten\ 2024}$$

Die Bezugsgrösse für die SwissDRG Version 16.0 beträgt 11'104 CHF. Für die Version 15.0 wurde eine Bezugsgrösse von 11'097 CHF ermittelt.

4.3 Berechnung der Zu- und Abschläge

Die Berechnung der Zu- und Abschläge für die Version 16.0 erfolgt grundsätzlich nach derselben Methode wie für die Version 15.0.

Bei 740 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 Grenz-

kostenfaktors 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 die Version 16.0 ergeben sich 192 implizite Ein-Belegungstag DRGs, gegenüber 185 impliziten Ein-Belegungstag DRGs für die Version 15.0.

Anhang A: Kennzahlen der Systementwicklung

Datengrundlage

Für die Version 16.0 wurden die Daten 2024 verwendet. Die Gesamtdaten der medizinischen Statistik des Bundesamtes für Statistik enthielten die Daten von 185 akutsomatischen Spitälern. Die Stichprobe der SwissDRG Netzwerkspitäler beträgt 151.

Tabelle 1: Anzahl der Spitäler

	Version 16.0 Daten 2024	Version 15.0 Daten 2023
Netzwerkspitäler	151	153
Gesamtdaten	185	185

Insgesamt wurden mit der Datenlieferung der Netzwerkspitäler 1'234'879 SwissDRG-relevante Fälle übermittelt.

Tabelle 2: Anzahl gelieferter Fälle

		Version 16.0 Daten 2024	Version 15.0 Daten 2023
Netzwerkspitäler	<i>Geliefert</i>	1'236'012	1'243'232
	<i>SwissDRG Anwendungsbereich</i>	1'234'879	1'235'163

Für die Version 16.0 wurden von den gelieferten Fällen 24'106 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 15.0 wurden 25'129 private und halbprivate Fälle ausgeschlossen.

Während der Plausibilisierungsphase wurden 100'116 Fälle (8.3% des Datensatzes vor Plausibilisierung) als unplausibel identifiziert. Unter anderem wurden zehn Spitäler beziehungsweise Kliniken komplett ausgeschlossen. Die plausibilisierten Daten entsprechen der Datengrundlage für die Entwicklung der SwissDRG Tarifstruktur 16.0. Damit konnten 89.8% der an die SwissDRG AG gelieferten Fälle für die Weiterentwicklung der Tarifstruktur verwendet werden.

Die Berechnung der Kostengewichte für die Version 16.0 basierte auf 1'110'387 Fällen aus dem Jahr 2024 zuzüglich 584 Fällen aus dem Jahr 2023, 107 Fällen aus dem Jahr 2022 und zwei Fällen aus dem Jahr 2021.

Tabelle 3: Datenerosion

SwissDRG Erhebung	
1'236'012	gelieferte Fälle
↓	- Psychiatrie / Rehabilitation - Ambulante Fälle - Austritt ausserhalb der Erhebungsperiode
1'234'879	Fälle im Anwendungsbereich (inkl. Geburtshäuser)
↓	- nicht verwendbare, private Fälle - Fälle ohne Vollkosten
1'210'503	Datensatz vor Plausibilisierung
↓	- Plausibilisierung der Fälle (inkl. Gesamtlöschung von 10 Spitälern)
1'110'387	Plausible Fälle 2024 (Kalkulationsdaten)
	+ 584 Fälle 2023 + 107 Fälle 2022 + 2 Fälle 2021

} Systementwicklung

Anzahl DRG

Tabelle 4: Anzahl DRG und Zusatzentgelte

	Version 16.0 Daten 2024	Version 15.0 Daten 2023
DRG gesamt	1081	1081
Abrechenbare DRG	1077	1077
DRG für Geburtshäuser	8	8
DRG unbewertet, Anlage 1	0	0
Zusatzentgelte bewertet, Anlage 2	270	230
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 14.0, 15.0 und 16.0, basierend jeweils auf den Daten 2024. Demnach zeigt Tabelle 5 den reinen Effekt der Grupperweiterentwicklung auf das R^2 .

Tabelle 5: R^2 -Koeffizient der Kalkulationsdaten 2024

Grouperversion	Datenjahr	Alle Fälle	Inlier (gemäss V16.0)
V16.0	2024	0.788	0.871
V15.0	2024	0.786	0.862
V14.0	2024	0.783	0.858

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.