



Änderungen in SwissDRG Version 14.0 gegenüber Version 13.0

- Datenerhebung
- Datenbearbeitung
- Grouperentwicklung
- Berechnungsmethode

Inhaltsverzeichnis

EINLEITUNG.....	3
1. DATENERHEBUNG	3
1.1. ANPASSUNG DER MEDIZINISCHEN KODIERUNG	3
1.2. ERFASSUNG TEURER MEDIKAMENTE UND SUBSTANZEN	3
1.3. DETAILERHEBUNG	3
1.4. DOPPELERHEBUNG ANLAGENUTZUNGSKOSTEN	4
2. DATENBEARBEITUNG	4
2.1. FALLKOSTENDATEI	4
2.2. BEREINIGUNG AUF BASIS DER KOSTENKOMPONENTEN	4
2.3. PLAUSIBILITÄTSPRÜFUNG DER FÄLLE	5
2.4. DATENQUALITÄT DETAILERHEBUNG	5
3. GROUPEMENTWICKLUNG	6
3.1. ÜBERSICHT ÜBER DIE ENTWICKLUNGSSCHWERPUNKTE DER VERSION 14.0	6
3.1.1. <i>Abbildung aufwendiger Fälle.....</i>	6
3.1.2. <i>Kindermedizin.....</i>	8
3.1.3. <i>Paraplegiologie</i>	10
3.1.4. <i>Palliativmedizin</i>	11
3.1.5. <i>Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane MDC 13</i>	12
3.1.6. <i>CC-Matrix</i>	13
3.1.7. <i>Anpassungen der Kalkulationsmethodik.....</i>	14
3.2. WEITERE ÜBERARBEITUNG DER DRG-KLASSIFIKATION	14
3.2.1. <i>MDC-übergreifende Umbauten Prä-MDC</i>	14
3.2.2. <i>Weitere MDC-übergreifende Umbauten</i>	15
3.2.3. <i>Prä-MDC.....</i>	21
3.2.4. <i>Krankheiten und Störungen des Nervensystems MDC 01</i>	21
3.2.5. <i>Krankheiten und Störungen des Auges MDC 02.....</i>	23
3.2.6. <i>Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes u. des Halses MDC 03</i>	24
3.2.7. <i>Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane MDC 04</i>	24
3.2.8. <i>Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems MDC 05</i>	26
3.2.9. <i>Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane MDC 06</i>	31
3.2.10. <i>Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas MDC 07.....</i>	32
3.2.11. <i>Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe MDC 08</i>	33
3.2.12. <i>Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma MDC 09</i>	36
3.2.13. <i>Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten MDC 10</i>	37
3.2.14. <i>Krankheiten und Störungen der Harnorgane MDC 11.....</i>	37
3.2.15. <i>Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane MDC 12</i>	38
3.2.16. <i>Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett MDC 14.....</i>	38
3.2.17. <i>Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems MDC 16</i>	40
3.2.18. <i>Hämatologische und solide Neubildungen MDC 17</i>	41
3.2.19. <i>Infektiöse und parasitäre Krankheiten MDC 18B.....</i>	42
3.2.20. <i>Verletzungen, Vergiftungen und toxische Wirkung von Drogen u. Medikamenten MDC 21B</i>	42
3.2.21. <i>Zusatzentgelte – Kostenbereinigung</i>	43
3.2.22. <i>Zusatzentgelte – Änderungen.....</i>	43
4. BERECHNUNGSMETHODE	46
4.1. ERMITTLUNG DER KOSTENGEWICHTE	46
4.2. BERECHNUNG DER BEZUGSGRÖSSE	46
4.3. BERECHNUNG DER ZU- UND ABSCHLÄGE	46



ANHANG A: KENNZAHLEN DER SYSTEMENTWICKLUNG.....	47
EINLEITUNG.....	47
DATENGRUNDLAGE.....	47
ANZAHL DRG.....	48
SYSTEMGÜTE.....	48

Einleitung

Das folgende Dokument zeigt die Änderungen im Bearbeitungsprozess zur Erstellung der Tarifstruktur, die zwischen der Version 14.0 (Daten 2022) und der Version 13.0 (Daten 2021) vorgenommen wurden. Die Änderungen betreffen die Datenerhebung und -bearbeitung sowie die Berechnung der Kostengewichte und die dazugehörigen Kennzahlen. Das Dokument versteht sich als ein Abgleich zu den Dokumenten, welche für die Tarifgenehmigung der SwissDRG Version 14.0 eingereicht wurden. Die detaillierten Angaben zu den verschiedenen Punkten können den entsprechenden Dokumenten entnommen werden.

1. Datenerhebung

Die Datenerhebung und die entsprechende Dokumentation (siehe Dokument 03b Vorgaben Daten 2022, Teil A Format und Inhalt der Stammdaten) wurde in folgender Hinsicht angepasst:

- Anpassung an die 2022 gültigen Kodierinstrumente
- Laufende Weiterentwicklung der Detailerhebung der Kosten für teure Medikamente, Implantate, Verfahren, Blutprodukte und andere Prozeduren

1.1. Anpassung der medizinischen Kodierung

Für das Datenjahr 2022 waren folgende Klassifikationen gültig:

- ICD-10-GM 2022
- CHOP 2022

1.2. Erfassung teurer Medikamente und Substanzen

Die Liste der in der Medizinischen Statistik erfassbaren Medikamente/Substanzen wurde betreffend der Daten 2022 überarbeitet, wobei der Liste Wirkstoffe hinzugefügt oder entfernt wurden.

1.3. Detailerhebung

Die Liste der teuren Medikamente, Implantate und Verfahren der Detailerhebung wurde angepasst. Die meisten Anpassungen betrafen die Angleichung der abgefragten CHOP Codes an die neue Version. Vereinzelt wurden aufgrund des Antragsverfahrens neue CHOP Codes in die Detailerhebung aufgenommen oder entfernt. Es wurden für den akutstationären Bereich keine Registerblätter hinzugefügt oder gelöscht, aber das Arbeitsblatt «SIRT» wurde um das Tumorprofiling ergänzt.

Die Zusatzentgelte wurden mit Hilfe der Kostendaten des Jahres 2022 weiterentwickelt. Zudem wurden die Medikamenten-Preisdaten unter anderem mit Hilfe der Spezialitätenlisten 2023 und 2024 plausibilisiert.

Anlässlich der Datenlieferung der Daten 2022 musste mit Bedauern festgestellt werden, dass die Anzahl der Spitäler, die der SwissDRG AG Detailinformationen zu teuren Verfahren und Implantaten zur Verfügung gestellt haben, im Vergleich zu den Vorjahren deutlich zurückgegangen ist. Um eine datenbasierte Weiterentwicklung der Zusatzentgelte sicherzustellen, ist die SwissDRG AG dringend auf diese Informationen angewiesen. Als Reaktion auf diesen Rückgang wurde dieses Thema an der Systempräsentation aber auch gegenüber den Spitätern mehrfach angesprochen. Sowohl die Spitäler als auch die Partnerorganisationen der SwissDRG AG wurden erneut auf die Wichtigkeit der Detailerhebung für die Weiterentwicklung der Tarifstruktur hingewiesen und sensibilisiert. Mit einzelnen Spitätern konnte zudem im Rahmen eines bilateralen Austausches das gegenseitige Verständnis geschärft und konkrete Probleme bei der Erstellung der Detailerhebung geklärt werden.

Hinsichtlich zukünftiger Detailerhebungen erhofft sich die SwissDRG AG damit nebst einer quantitativen Steigerung der gelieferten Detailinformationen auch eine Steigerung der Datenqualität.

Um die Abbildung der PSMA-Radioliganden in der SwissDRG Tarifstruktur zu verbessern, wurde den Spitälern zusätzlich zur Detailerhebung die Möglichkeit geboten, die von Dritten finanzierten Leistungen im Sinne einer nachgelagerten Datenlieferung an die SwissDRG AG zu übermitteln. Damit konnte sichergestellt werden, dass die wahren Kosten, die bei diesem Verfahren anfallen, in die Berechnung des Kostengewichts einfließen und dass die Fälle somit sachgerecht abgebildet werden.

1.4. Doppelerhebung Anlagenutzungskosten

Im Zuge der Genehmigungsverfahren vergangener Tarifstrukturversionen wurde die SwissDRG AG darauf hingewiesen, dass die Anlagenutzungskosten (ANK) nach der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL) zu bewerten sind. In Zusammenarbeit mit H+ führt die SwissDRG AG für die Daten 2023 eine Doppelerhebung (Erhebung der ANK sowohl nach betriebswirtschaftlichen Grundsätzen als auch nach VKL) durch. Dies ermöglicht eine umfassende Vergleichsanalyse und liefert somit die Grundlage für die Diskussion zur Art der Bewertung der ANK im Rahmen zukünftiger Datenerhebungen. Die angesprochene Analyse wird im Sommer/Herbst 2024 durchgeführt. Die Resultate können anschliessend mit den Partnern der SwissDRG AG diskutiert werden. Es wird angestrebt, die Resultate der durchgeführten Vergleichsanalysen im Dezember 2024 dem Verwaltungsrat der SwissDRG AG vorzulegen. Informationen zum weiteren Vorgehen können dem BAG seitens SwissDRG AG also im ersten Quartal 2025 vorgelegt werden.

2. Datenbearbeitung

Der Prozess der Datenbearbeitung wird ausführlich im Dokument «Vorgaben Daten 2022» in Teil B dargestellt. Der Prozess wurde im Vergleich zur Vorversion leicht überarbeitet. Wie auch schon in den Vorjahren wurde die Plausibilitätsprüfung der Fälle an die neuen Klassifikationen angepasst und weiterentwickelt.

2.1. Fallkostendatei

Die Spitäler mussten die Kostendaten 2022 analog zum Vorjahr im Format mit 80 Spalten liefern (siehe Vorgaben Daten 2022, Teil A, Anhang D).

2.2. Bereinigung auf Basis der Kostenkomponenten

Analog zur Vorversion wurden die Kosten in der Version 14.0 ausschliesslich auf Basis der einzelnen Kostenkomponenten bereinigt. Konkret bedeutet dies, dass der zu bereinigende Betrag nicht von den Gesamtkosten abgezogen wird, sondern die Kosten dort bereinigt werden, wo sie tatsächlich angefallen sind. Da die Gesamtkosten aus der Summe der einzelnen Kostenkomponenten gebildet werden, hat auch diese Bereinigung einen Einfluss auf die Gesamtkosten. Damit wird eine bessere Vergleichbarkeit der Kostenkomponenten gewährleistet, da beispielsweise Kosten für Zusatzentgelte direkt auf den betroffenen Kostenkomponenten selbst bereinigt werden (z.B. Medikamente, Implantate).

Nach der Identifizierung zusatzentgeltberechtigter Fälle wird der zu bereinigende Betrag pro Fall ermittelt. Dieser Betrag beruht auf der Bewertung der Zusatzentgelte und der im Leistungsdatensatz angegebenen Informationen (z.B. Dosis bei Medikamenten, Dauer der kontinuierlichen Dialyse). Der ermittelte Betrag wird im Anschluss auf der jeweils betroffenen Kostenkomponente abgezogen. Hierzu

werden auch Informationen der Spitäler aus dem Fragebogen der Datenlieferung verwendet. Dies sind Angaben über die Verbuchung von zusatzentgeltrelevanten Kosten für verschiedene Verfahren.

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

2.3. Plausibilitätsprüfung der Fälle

Im Rahmen der Datenlieferung der Daten 2022 wurden die Daten eines jeden Spitals einer Plausibilitätsprüfung unterzogen, um systematische Fehler bei der Datenerfassung zu erkennen und mutmasslich fehlerhafte Fälle zu identifizieren. Die Ergebnisse der Tests wurden den Spitalern über eine gesicherte, spitalindividuelle Schnittstelle zur Verfügung gestellt. Die frühzeitige Rückmeldung an die Spitäler ermöglicht allfällige Fallkorrekturen sowie eine Neulieferung im Rahmen der regulären Lieferfrist und trägt so zu einer Verbesserung der Datenqualität bei. Zudem wird den Spitalern via Kommentarfunktion ermöglicht, Erklärungen zu den aufgefallenen Fällen abzugeben. Von der Kommentarfunktion wurde in über 40'000 Fällen Gebrauch gemacht. Die SwissDRG AG sucht regelmässig mit einzelnen Spitalern das vertiefte Gespräch, um systematische Probleme zu erläutern und für die Qualität der gelieferten Daten zu sensibilisieren.

2.4. Datenqualität Detailerhebung

Grundsätzlich muss zur Verwendung einer gelieferten Detailerhebung mindestens ein Fall dieses Spitals vorliegen, um diesen Preis bei der Kalkulation zu berücksichtigen. Seitens der SwissDRG AG werden die Detailerhebungen hinsichtlich der Medikamente daraufhin geprüft, dass zu allen gelieferten Fällen mit Medikamenten auch entsprechende Detailangaben vorhanden sind und umgekehrt. Bei den Implantaten ist dies leider nicht möglich, da diese nicht immer eindeutig den CHOP Codes zugewiesen werden können. Weiter ist zu bemerken, dass einige Leistungen nur von ganz wenigen Spitalern angeboten werden. Bei den Verfahren ist eine komplexe Kostenkalkulation im Spital nötig. Diesen Aufwand in der gewünschten Qualität zu leisten, ist für viele Spitäler herausfordernd.

Bei den Medikamenten ist zusätzlich zu erwähnen, dass die Bewertung bestimmter Zusatzentgelte dem Preis der Spezialitätenliste (SL) entspricht und viele Spitäler eben diesen Preis ausweisen. Auf die Verwendung der SL-Preise wird im Dokument zu den Detailangaben der Zusatzentgelte hingewiesen. Zudem enthält das Dokument zu den Detailangaben weitere statistische Verteilungsmasse (Quantile, Mittelwert, Standardabweichung) der gelieferten Preisdaten. Durch die regelmässige Anpassung der Spezialitätenliste sind die bei der Erhebung gültigen Preise nicht mehr zwingend aktuell. Die gelieferten Preise werden deshalb mehrmals mit der Spezialitätenliste verglichen. In Einzelfällen wurden die Preise der Vorversion (Version 13.0) bei der Kalkulation berücksichtigt, falls nur wenige Datensätze vorhanden waren.

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

3. Grouperentwicklung

3.1. Übersicht über die Entwicklungsschwerpunkte der Version 14.0

Im Hinblick auf die Entwicklungsschwerpunkte ist die Prüfung besonders aufwendiger Fälle zu erwähnen. Dabei konnten für bestimmte Fälle mit einer CAR-T Zell Therapie ebenfalls die Produktkosten einer Fallpauschale zugeordnet werden. Mit der Etablierung der neuen Funktion «Aufwendige Konstellationen mit bösartigen Neubildungen» als Splittkriterium hat sich die Abbildung kostenintensiver Fälle bei der Behandlung bösartiger Neubildungen verbessert. Während der Entwicklung zur Version 14.0 erfolgte eine intensive Analyse von Fällen mit einer «Frührehabilitation». Wiederum wurde die Weiterentwicklung für den Bereich der Kindermedizin vorangetrieben und ebenfalls die CC-Matrix überarbeitet. Die MDC 13 «Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane» konnte mit Unterstützung der Fachgesellschaft umfassend angepasst werden. Zusätzlich wurde wiederholt die Abbildung der Patienten mit einer «Paraplegiologie» oder «palliativmedizinischer Komplexbehandlung» anhand der Daten aus dem Jahr 2022 analysiert und weiter differenziert.

Die Kalkulationsmethodik wurde einer intensiven Überprüfung unterzogen und weiterentwickelt.

3.1.1. Abbildung aufwendiger Fälle

CAR-T Zell Therapie

Für die Wirkstoffe zur CAR-T Zell Therapie bestehen seit Jahren spezielle Tarif- und Lieferverträge. Die SwissDRG AG wurde vom Bundesrat/Bundesamt für Gesundheit (BAG) aufgefordert, so bald wie möglich die Produkte für die CAR-T Zell Therapie in die Tarifstruktur aufzunehmen und die Sonderregelungen damit aufzuheben.

Dazu wurde die ATC Liste für die Substanzen und Wirkstoffe in die Entwicklungssoftware implementiert. In einem ersten Schritt wurden nur Fälle mit der Diagnose «Diffuses grosszelliges B-Zell-Lymphomen (DLBCL)» in Kombination mit den Wirkstoffen «CH00102 Lisocabtagene Maraleucel; L01XX70 Axicabtagen Ciloleucel; L01XX71 Tisagenlecleucel» und dem CHOP Kode 41.0F.13 «Transplantation von CAR [chimeric antigen receptor] T-Zellen» inklusive der Produktkosten in die Tarifstruktur integriert. Im Ergebnis wurde eine neue Basis DRG A20 «CAR-T Zell Therapie bei DLBCL» in der Prä-MDC gebildet. Alle weiteren Wirkstoffe für CAR-T Zell Therapien werden in der Version 14.0 weiterhin als Zusatzentgelt und mit der DRG A15A «Knochenmarktransplantation oder Stammzelltransfusion, autolog mit Mehrfacheingriff oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 360 Aufwandspunkte oder schwerste CC oder hochgradig komplexe Chemotherapie und aufwendige Konstellation, Alter < 18 Jahre oder bestimmte Zelltherapie» vergütet. Neben der CAR-T Zell Therapie wurde zusätzlich der CHOP Kode für TILs 41.0F.14 «Transplantation von TILs [tumor infiltrating lymphocytes]» ohne weitere Bedingung in die DRG A15A aufgenommen.

Tumorboard

Interdisziplinäre Tumorfallbesprechungen (Tumorboards) sind aufwendig und kostenintensiv. Die Abbildung des Tumorboards in der Tarifstruktur wurde bereits mit Daten aus 2021 geprüft, wobei der CHOP Kode 89.93 «Interdisziplinäre (Tumor)fallbesprechung (Tumorboard)» kein guter Kostentrenner war. Diese Analysen wurden mit den Daten aus 2022 weitergeführt, was zu über 150 Simulationen und zahlreichen Datenanalysen führte.

Die Auswertungen zeigten, dass das Tumorboard allein kein guter Kostentrenner ist. In Kombination mit verschiedenen Konstellationen wie bestimmten Biopsien, komplexen Chemotherapien, operativen Prozeduren (OR-Prozeduren) oder aufwendigen und teuren Diagnostikmethoden war eine differenzierte Abbildung jedoch möglich. Dabei wurde festgestellt, dass Biopsien teilweise nicht gleich abgebildet sind, was eine Neu Beurteilung und Bereinigung der Biopsien in der Grouperlogik erforderte.

CHOP Codes für Biopsien mit «*nicht näher bezeichnet*» wurden abgewertet, während offene Biopsien als «*OR-Prozedur*» und geschlossene Biopsien als «*NOR-Prozedur*» (Medizinische Prozedur) definiert wurden. Aufwendige Diagnostikmethoden wie PET-CTs oder genetische Diagnostikmethoden erhielten eine grössere Relevanz für die Gruppierung.

Um die Abbildung des Tumorboards MDC-übergreifend verbessern zu können, wurde eine neue globale Funktion «*Aufwendige Konstellationen bei BNB*» etabliert. Diese Funktion enthält folgende Bedingungen:

- «*Interdisziplinäre Tumorfallbesprechung (Tumorboard)*»
- in Verbindung mit einer Diagnose für «*Bösartige Neubildungen*»
- und «*mittel- oder hochgradig komplexe Chemotherapie*» oder «*PET-CT*» oder «*bestimmte genetische Diagnostik*»
- und «*OR-Prozedur*» oder «*medizinische Biopsie*»

Diese neue Funktion wurde in der Version 14.0 in 15 verschiedene Basis DRGs implementiert und führt zu einer verbesserten Abbildung aufwendiger Fälle:

- A93 «*Strahlentherapie, mehr als 8 Bestrahlungen*»
- B02 «*Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation*»
- E02 «*Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen oder aufwendiger Eingriff am Bronchus*»
- E08 «*Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane, mehr als ein Belegungstag*»
- E71 «*Neubildungen der Atmungsorgane*»
- H41 «*ERCP und photodynamische Therapie oder endoskopische Eingriffe am Ösophagus*»
- H61 «*Bösartige Neubildung an hepatobiliärem System und Pankreas oder Evaluationsaufenthalt vor Lebertransplantation*»
- L62 «*Neubildungen der Harnorgane*»
- M60 «*Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane*»
- N60 «*Bösartige Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane*»
- R01 «*Operative Eingriffe bei hämatologischen und soliden Neubildungen und mehr als ein Belegungstag oder...*»
- R60 «*Akute myeloische Leukämie, mehr als ein Belegungstag oder autologe Stammzell-Entnahme oder Graft versus Host Disease*»
- R61 «*Lymphom und nicht akute Leukämie, mehr als ein Belegungstag*»
- R62 «*Andere hämatologische und solide Neubildungen, mehr als ein Belegungstag*»
- R63 «*Andere akute Leukämie, mehr als ein Belegungstag*»

Frührehabilitation

Die Abbildung der Fälle mit einer «*Neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation*» oder «*Fachübergreifenden Frührehabilitation*» wurde für die Version 14.0 intensiv anhand der Daten aus dem Jahr 2022 analysiert. Besonders Fälle mit einer hohen Anzahl an Behandlungstagen oder komplexen Behandlungen wurden gründlich untersucht. Zudem erhalten wir regelmässig Hinweise, dass Fälle mit kürzeren Behandlungsepisoden nicht ausreichend abgebildet werden.

- Mit der Aufwertung der «*Frührehabilitation ab 7 Behandlungstagen*» in der Basis DRG A90, anstatt wie bisher ab 14 Behandlungstagen, werden neu kurze Behandlungsepisoden gut abgebildet.
- Anhand eines Splits der DRG A90A wurde eine neue A90A mit der Funktion «*Mehrzeitig bestimmte OR*» implementiert. Dies hatte eine Umbenennung der nachfolgenden DRGs zur Folge.
- Die Splitbedingung für die A90B (vorher A90A) wurde von PCCL > 5 auf PCCL > 4 gesenkt.

3.1.2. Kindermedizin

In den Daten 2022 wurden erstmals Kosten für die neuen CHOP Codes mit tiefen Aufwandspunkten für Neugeborene und Kinder mit einem Aufenthalt auf einer Intensiv- und/oder Intermediate-Care-Station übermittelt. Dabei wurden die bestehenden Splitkriterien mit niedrigen Aufwandspunkten für Erwachsene systematisch analysiert, um festzustellen, ob die neuen CHOP Codes für Neugeborene und Kinder mit einer vergleichbaren Aufwandspunktzahl integriert werden sollten.

Abbildung von tieferen Aufwandspunkten

Eine umfassende Prüfung der Abbildung von < 197 IntK/IMCK Aufwandspunkten bei Neugeborenen und Kindern wurde durchgeführt. Es wurde insbesondere untersucht, ob bestehende Splitkriterien mit niedrigen Aufwandspunkten bei Erwachsenen angepasst werden müssen, um die neuen CHOP Codes für Neugeborene und Kinder mit ähnlicher Aufwandspunktzahl zu berücksichtigen.

- Eine Aufwertung von > 65 IntK/IMCK Aufwandspunkten bei Neugeborenen oder Kindern konnte in folgenden Basis DRGs und DRGs umgesetzt werden:
 - Basis DRG E87 «Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung/IMCK > 65/59 Aufwandspunkten»
 - F73A «Synkope und Kollaps mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung/IMCK > 65/59 Aufwandspunkten oder Para-/Tetraplegie»
 - X62B «Vergiftungen/Toxische Wirkungen von Drogen, Medikamenten und anderen Substanzen oder Folgen einer medizinischen Behandlung mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung/IMCK 66 bis 130/60 bis 119 Aufwandspunkten»
 - X86A «Verletzungen, Vergiftungen und toxische Wirkungen von Drogen und Medikamenten mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung/IMCK 66 bis 130/60 bis 119 Aufwandspunkten, ein Belegungstag»
- Mehr als 130 IntK/IMCK Aufwandspunkte bei Neugeborenen oder Kindern wurden in folgenden Basis DRGs und DRGs aufgewertet:
 - B02A «Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation, Alter < 6 Jahre oder < 18 Jahre mit grossem intrakraniellen Eingriff, mit äusserst schweren CC, oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung/IMCK > 130/119 Aufwandspunkte oder aufwendige Konstellationen bei BNB»
 - B03A «Operative Eingriffe bei Para-/Tetraplegie, zerebrale Erkrankung und Eingriffe bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie, Neuropathie oder Eingriffe an WS und RM, und IntK/IMCK > 130/119 Aufwandspunkte»
 - E87A «Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung/IMCK > 130/119 Aufwandspunkten und mehr als ein Belegungstag oder bestimmte Prozedur oder äussert schwere CC oder...»
 - G67A «Ulkerkrankung mit gastrointest. Blutung, mehr als ein Belegungstag und äusserst schwere CC, oder bestimmte Diagnose mit Dialyse oder Alter < 3 Jahre oder Para-/Tetraplegie, oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 130/119 oder...»
 - Basis DRG J87 «Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung/IMCK > 130/119 Aufwandspunkten»
 - Basis DRG L87 «Krankheiten und Störungen der Harnorgane mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung/IMCK > 130/119 Aufwandspunkten»
 - P66B «Neugeborenes, Aufnahmegewicht 2000-2499g oder Aufnahmegewicht > 2499g mit bestimmten Konstellationen oder mit schwerem Problem, oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung/IMCK > 130 Aufwandspunkte oder...»
 - P67B «Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499g mit schwerem Problem oder intensivmedizinische Komplexbehandlung/IMCK > 130 Aufwandspunkte, oder mit anderem Problem mehr als ein Belegungstag oder...»

- Basis DRG O38 «*Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung/IMCK > 130/119 Aufwandspunkten oder komplexe oder komplizierende Prozeduren*»

Schweres Problem bei Neugeborenen

Bei der Durchführung von Analysen stiessen wir auf untervergütete Fälle in der Basis DRG P05 «*Neugeborenes, Aufnahmegegewicht > 1999g mit signifikanter OR-Prozedur*».

- In der DRG P05B sahen wir nicht sachgerecht abgebildete Fälle, konnten aber keinen Kostentrenner identifizieren.
- Auch in der DRG P05C fielen untervergütete Fälle auf, welche die Splitbedingung «*Mehrere schwere Probleme beim Neugeborenen*» für die DRG P05B nicht erfüllten.
- Hier sahen wir aber den Mehraufwand aufgrund der Intensivbehandlung mit der Bedingung «*Schweres Problem beim Neugeborenen*».
- Durch die Erweiterung der Splitbedingung für die DRG P05B mit «*Schweres Problem beim Neugeborenen und Intk > 588 Pkt. oder IMCK > 980 Pkt.*» konnte eine sachgerechte Abbildung dieser aufwendigen Fälle erreicht werden.

Darmperforation in der Perinatalperiode

Patientenfälle aus der DRG 963Z wurden im Zuge der Systementwicklung ebenfalls untersucht. Auffällig war dabei die Häufung der Hauptdiagnose P78.0 «*Darmperforation in der Perinatalperiode*» bei einem Aufnahmegegewicht von über 2500g. Um solche Fälle dennoch angemessen abbilden zu können, wurden Anpassungen vorgenommen.

- Der ICD Kode P78.0 «*Darmperforation in der Perinatalperiode*» wurde in die Hauptdiagnosenliste der MDC 06 aufgenommen.
- Die Aufnahme dieses Kodes in die Basis DRG G70 führt dazu, dass Fälle mit der beschriebenen Fallkonstellation zukünftig in eine entsprechende DRG aus der MDC 06 gruppiert werden, während Fälle mit einem Aufnahmegegewicht von weniger als 2500g oder einem Alter unter 28 Tagen weiterhin in die MDC 15 gruppieren.

Kondensation MDC 15

In der P04 «*Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 1500–1999g*» ergaben Analysen fehlende Kostenunterschiede zwischen der DRG P04B und P04C.

- Die beiden DRGs P04B und P04C wurden deshalb kondensiert.

Kindersplits

Die Abbildung von Kindern ist jedes Jahr ein Schwerpunkt in der Weiterentwicklung der Tarifstruktur. Für die Version 14.0 wurden bestehende Alterssplits analysiert und auf Basis der Daten des Jahres 2022 angepasst. Zusätzlich konnten weitere Alterssplits etabliert werden.

- In den folgenden elf DRGs wurden bestehende Kindersplits überarbeitet und/oder neue Splits erstellt:
 - F31C: Aufnahme «*Alter > 16 Jahre und bestimmte Prozeduren*», ein reiner Kindersplit erwies sich hier als nicht sachgerecht
 - G71A: Aufnahme «*Alter < 16 Jahre*»
 - H63C: Änderung von «*Alter < 6 Jahre*» zu «*Alter < 16 Jahre*»
 - I30B: Änderung von «*Alter < 16 Jahre*» zu «*Alter < 18 Jahren*»
 - I66B: Aufnahme «*Alter < 16 Jahre*»
 - I76A: Aufnahme «*Alter < 16 Jahre*»
 - K62A: Änderung von «*Alter < 6 Jahre*» zu «*Alter < 16 Jahre*»
 - K64A: Aufnahme «*Alter < 16 Jahre und bestimmte Diagnosen*», Kinder mit «*Alter < 16 Jahre*» ohne weitere Bedingungen sind in der K64B sachgerecht abgebildet

- L18A: Aufnahme «Alter < 16 Jahre»
- L70A: Aufnahme «Alter < 16 Jahre»
- R63C: Aufnahme «Alter < 18 Jahre und komplexe Chemotherapie»
- Mit diesen Umbauten konnte die Abbildung von Kindern in der Tarifstruktur erheblich verbessert werden.

3.1.3. Paraplegiologie

In der Version 14.0 bestand erneut die Herausforderung, Fälle mit einer paraplegiologischen Komplexbehandlung angemessen abzubilden, ähnlich wie in den vorherigen Versionen 12.0 und 13.0. Aufgrund von Anwenderhinweisen sowie umfangreichen eigenen Analysen wurde die Weiterentwicklung vorangetrieben. Die Anpassungen, insbesondere betreffend der DRG A46 und der Basis DRG B61, wurden aufgrund eingegangener Anträge und Hinweise sowie umfangreicher Fallanalysen vorgenommen. Die Umbauten in der DRG A46 betrafen vor allem Fallkonstellationen mit intensivmedizinischem Aufenthalt, mit Pflegekomplexbehandlung oder mit spezifischen Aufwandspunkten der paraplegiologischen Komplexbehandlung. Zudem wurden operative und konservative Behandlungsfälle ohne eine paraplegiologische Komplexbehandlung in den Analysen berücksichtigt. Darüber hinaus wurden in verschiedenen Organ-MDCs DRG-Splits mit einer Nebendiagnosen-Tabelle aus der Gruppe der Querschnittslähmung ergänzt.

In der DRG A46 wurden dazu folgende Umbauten vorgenommen:

- Aufnahme in A46A:
 - IntK > 588/828 Aufwandspunkte (vorher > 1176/1380)
 - Pflege-Komplexbehandlung, ab 226 Behandlungstagen
 - Paraplegiologische Komplexbehandlung, 140-195 Aufwandspunkte mit Diagnose Dekubitus Stadium 3 und 4
 - Funktion «Eingriffe an mehreren Lokalisationen»
- Kondensation der A46D und A46E aufgrund Kostenhomogenität.
- Aufnahme in A46D:
 - Paraplegiologische Komplexbehandlung, 28-55 Behandlungstage in Kombination mit bestimmten IntK oder mit bestimmten IntK- UND IMCK-Aufwandspunkten
 - Aufnahme von IntK > 196/184
 - Paraplegiologische Komplexbehandlung, 28-55 Behandlungstage nur noch in Kombination mit Dekubitus und bestimmte OR-Prozedur in A46D
- Aufnahme in A46E (ehemals A46F):
 - Paraplegiologische Komplexbehandlung, 28-55 Behandlungstage
 - IMCK > 784/828 Aufwandspunkte
- Die DRG A46G wurde infolge der Kondensation gelöscht.

In einem Antrag wurde beschrieben, dass Fälle mit einer akuten Querschnittslähmung nichttraumatischer Genese in die DRG B61C gruppieren und damit die Prozedur in Zusammenhang mit einer Hauptdiagnose aus einer anderen MDC übersteuern. Dabei wurden verschiedene DRGs aufgeführt, in welche Fälle ohne die beschriebene Nebendiagnose gruppieren würden.

- Als Beispiel wurden Fälle aus der Gefässchirurgie mit einer Aortendissektion oder einem Aortenaneurysma beschrieben, welche als Komplikation eine Parese aufweisen. Aufgrund der Nebendiagnose G82.- «Akute nichttraumatische Querschnittslähmung» gruppiert ein solcher Fall nun nicht mehr in die DRG F51A, sondern in die DRG B61C.
- Es hat sich gezeigt, dass die beschriebenen Fallkonstellationen aufwendig sind. Aus diesem Grund wurde die Diagnosegruppe G82 «Akute nichttraumatische Querschnittslähmung» in Kombination mit der Bedingung für die DRGs F51, I06 und I95Z in die DRG B61A aufgenommen.

- Zusätzlich wurden bestimmte Kombinationen von IntK- und IMCK-Aufwandspunkten in der DRG B61 als Kostentrenner identifiziert und in die B61A aufgewertet:
 - IntK Kind > 197 UND IMCK Kind > 197
 - IntK Erw > 361 UND IMCK Erw > 185
 - IntK Erw > 185 UND IMCK Erw > 361
- In den DRGs B61B und C wurden Fälle sichtbar, welche aufgrund von Eingriffen wie Wirbelkörperperfusion oder -ersatz sehr aufwendig sind. Sie erfüllen zugleich die Bedingung der DRG I09 und würden ohne die Nebendiagnose der Querschnittslähmung in ebendiese DRG gruppieren.
- Um den Ressourcenaufwand sachgerecht abzubilden, wurde die DRG I09 in der B61 als Splitkriterium angewendet:
 - Es wurde die DRG I09A in die B61A aufgenommen, da diese Fälle aufgrund Ihres Eingriffs aufwendig sind
 - Es wurden neue Splits der DRGs B61B und B61C mit Bedingung I09B (Wirbelkörperperfusion und Wirbelkörperersatz) etabliert

In den nachfolgenden DRGs wurden Fälle mit den Diagnosen der Para-/Tetraplegie aufgewertet:

- MDC 01: B68A, B81A
- MDC 04: E63A, E70B, E71A, E86B
- MDC 05: F36A
- MDC 07: H64A
- MDC 08: I71A
- MDC 18B: T60D
- MDC 21A: W02B

3.1.4. Palliativmedizin

Die Abbildung der Kinder mit einer «Palliativmedizinischen Komplexbehandlung» wurde in der Version 14.0 ebenfalls intensiv geprüft und überarbeitet. Dabei wurden wiederholt die Abbildung und Vergütung der Palliativfälle anhand der Daten aus den verschiedenen Spitalkategorien analysiert. Es wurde festgestellt, dass Kinder mit «Basisleistung spezialisierte Palliative Care, nach Anzahl Behandlungstage» oder «spezialisierte Palliative Care» nicht in den Daten enthalten sind. Laut Angaben eines Antragstellers kodieren nicht alle Kliniken bei Kindern den Code «palliativmedizinische Komplexbehandlung».

- In der Basis DRG A97 wurde die «Palliativmedizinische Komplexbehandlung ab 7 Behandlungstagen» in bestehende Logiken aufgenommen:
 - DRG A97A: «palliativmedizinische Komplexbehandlung ab 28 Behandlungstagen und Alter < 16 Jahre...»
 - DRG A97B: «palliativmedizinische Komplexbehandlung ab 21 Behandlungstagen und Alter < 16 Jahre...»
 - DRG A97C: «palliativmedizinische Komplexbehandlung ab 14 Behandlungstagen und Alter < 16 Jahre...»
 - DRG A97D: «palliativmedizinische Komplexbehandlung ab 7 Behandlungstagen und Alter < 16 Jahre...»
- Weitere Prüfungen zeigten in der Basis DRG A97, dass die Fallzahlen für zusätzliche Umbauten nicht ausreichen.

Weiterhin wurde in einem Antrag beschrieben, dass aufwendige Konstellationen die DRG A97A nicht erreichen, aufgrund der Unvollständigkeit der Tabelle «Komplexe OR-Prozedur».

- Aufwendige Konstellationen wurden durch Aufnahme der CHOP Codes 01.24.2-/99 «Zugang zur Kalotte,...», 01.24.3- «Zugang zur Schädelbasis,...» in die Funktion «Komplexe OR-Prozedur (KORP)» in die DRG A97A aufgewertet.

- Mit Aufnahme der Bedingung «*palliativmedizinische Komplexbehandlung ab 28 Behandlungstagen und ADRG (A93)*» für die DRG A97A sowie dem Splitkriterium «*DRG (R60A)*» für die DRG A97B und «*DRG (R60B)*» für die DRG A97D, konnten weitere aufwendige Fälle sachgerecht abgebildet werden.

Im Rahmen der Analysen und Aufwertungen wurde die DRG A97G entfernt.

3.1.5. Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane MDC 13

In Zusammenarbeit mit der Fachgesellschaft konnten Anträge und Hinweise, die die Abbildung von Fällen mit einem gynäkologischen «*Deszensuseingriff mit oder ohne Hysterektomie*» betreffen, umfangreich überprüft und angepasst werden. Im Ergebnis kam es zu einem komplexen Umbau innerhalb der Basis DRG N04 «*Hysterektomie oder Ovarektomie oder komplexe Eingriffe an den Tuba uterina, ausser bei bösartiger Neubildung*». Eine weitere Herausforderung bestand darin, dass mit dem CHOP Katalog 2024 die Struktur für die CHOP Codes «*Deszensuschirurgie*» komplett überarbeitet wurde. Diese Situation musste bei den Umbauten bereits berücksichtigt werden.

Aufwendige Eingriffe

In der DRG N01A «*Hysterektomie mit äusserst schwerer CC oder... bei bösartiger Neubildung*» wurde infolge von anderen Umbauten eine aufwendige Fallgruppe identifiziert. Alle diese Fälle wurden einem zusätzlichen Eingriff, einer Rektumresektion unterzogen. Dieser Eingriff erwies sich als Kostentreiber.

- Es wurde ein neuer Split der N01A etabliert. Als Splitkriterium dienen die CHOP Codes 48.41-48.69 für die verschiedenen Eingriffsarten bei Rektumresektion, Tabelle N01-6.
- In die neue N01C (vorherige N01B) wurde ausserdem neu die globale Funktion «*Mehrzeitige bestimmte OR-Prozedur*» aufgenommen.
- In die neue N01D (vorherige N01C) wurden mit Tabelle N01-12 bestimmte Eingriffe an Darm, Ureter, Harnblase usw. aufgenommen, welche als kostensteigernde, zusätzliche Prozeduren identifiziert wurden.

Suspensionseingriffe bei gleichzeitiger Hysterektomie

In der Version 13.0 wurden bereits grössere Umbauten um die DRGs N01 und N04 in Bezug auf Hysterektomie-Eingriffe vorgenommen. Im Anschluss gingen Rückmeldungen und Anträge ein, und auch im Rahmen eines persönlichen Austauschs wurde weiterer Entwicklungsbedarf eruiert.

So wurde die Bewertung von rekonstruktiven und Suspensionseingriffen bei Prolaps bei gleichzeitig durchgeführter Hysterektomie beanstandet. Insbesondere die Konstellation Sakrokolpopexie mit suprazervikaler Hysterektomie wurde als sehr aufwendig beschrieben. Dabei werden zwei Eingriffe vereint: 70.78 «*Suspension und Fixation der Vagina mit Transplantat oder Prothese*» und 68.31 «*Subtotale Hysterektomie, laparoskopisch*». Ganz allgemein zeigte sich, dass eine Hysterektomie häufig zusammen mit weiteren Eingriffen an den weiblichen Geschlechtsorganen einhergeht.

- Die beschriebene Konstellation der CHOP Codes 70.78 und 68.31 wurde neu in der DRG N04A abgebildet und erfährt damit eine sachgerechte Aufwertung.
- Darüber hinaus wurden innerhalb der DRG N04 folgende Eingriffe in die N04B aufgewertet:
 - Rekonstruktive Eingriffe mit Transplantat und Prothese, Tabelle N04-10
 - Hysterektomie mit Lösung von peritonealen Adhäsionen, Tabellen N04-11 und N04-12
 - Bestimmte Eingriffe bei Endometriose, Tabellen N04-13, N04-3 und N04-4
- Weiterhin trägt die sorgfältige Prüfung und Anpassung der Abfragereihenfolge von DRGs zu einer sachgerechten Gruppierung in die vorgesehene DRG und damit zu einer aufwandsgerechten Vergütung bei.

Umbau innerhalb Basis DRG N04

Es zeigte sich eine weitere Kombination von Eingriffen an Teilstrukturen der weiblichen Geschlechtsorgane. Eingriffe an den Ovarien und der Tuba Uterina gehen häufig mit einem Hysterektomie-Eingriff einher.

- Aus diesem Grund war eine Trennung dieser Eingriffe in separaten DRGs nicht mehr sachgerecht.
- Es folgte eine Zusammenführung der DRG N05 «Ovariectomie und komplexe Eingriffe an der Tuba Uterina» und der DRG N04 «Hysterektomie ausser bei bösartigen Neubildungen».
- Dabei wurden die CHOP Codes aus der Basis der N05 in die Basis DRG N04 integriert. Die ehemalige DRG N05 wurde aufgelöst.
- Anschliessend wurde ein neuer Split der DRG N04C vorgenommen, und folgende Eingriffsarten wurden darin abgebildet:
 - Hysterektomie oder rekonstruktiver Eingriff mit Ovariectomie oder
 - Komplexer Eingriff an Uterus, Adnexen oder Ovarien
 - Peritoneale Adhäsionen

Peritoneale Adhäsionen

Bereits mehrmals wurden die CHOP Codes für peritoneale Adhäsionen erwähnt. Sie wurden in der MDC 13 an verschiedenen Stellen als Kostentrenner identifiziert.

- Die CHOP Codes für peritoneale Adhäsionen wurden anhand der Tabelle N06-8 in die Splitbedingungen der N06B aufgenommen und aufgewertet.

Kondensation DRG N13A und N13B

Die Splitbedingungen «Bestimmte Diagnosen oder Alter < 16 Jahre» für die DRG N13A erwiesen sich nicht mehr als kostentrennendes Merkmal.

- Die DRGs N13A und N13B wurden zur DRG N13Z «Grosse Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva» kondensiert.

Neubewertung von ressourcenintensiven Fällen DRG N60A

In der DRG N60A zeigten sich übervergütete Fälle, welche vor allem einen PCCL-Wert von 3 aufwiesen.

- Mit der Erhöhung des PCCL-Splits von > 2 auf «PCCL > 3» konnten die teuren und aufwendigen Fälle in der DRG N60A «Bösartige Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane, Alter < 16 Jahre oder äusserst schwere CC oder bestimmte Prozedur oder aufwendige Konstellationen bei bösartiger Neubildung» aufgewertet werden.

3.1.6. CC-Matrix

Die Arbeiten an der CC-Matrix, den Exklusions-Tabellen und den PCCL-Splits wurden für die Version 14.0 weitergeführt und haben zu einer noch differenzierteren Abbildung komplexer Fälle geführt. Im Ergebnis wurden elf ICD Diagnosen neu in die CC-Matrix aufgenommen, während fünf Diagnosen entfernt wurden. Drei ICD Diagnosen erfuhren eine DRG-spezifische Auf- oder Abwertung, es kam zu insgesamt 51 DRG-spezifischen Abwertungen. Zusätzlich wurden bei fünf PCCL-Splits Anpassungen vorgenommen und sechs neue PCCL-Splits etabliert, was eine zunehmende Differenzierung der Schwergradlogik gewährleistet.

Im Zuge des Antragsverfahrens wurden insgesamt acht Anträge zur Anpassung der CC-Matrix eingereicht. Davon wurden drei Anträge weitgehend umgesetzt und drei abgelehnt. In zwei Anträgen wurde eine Bewertung in der CC-Matrix unter bestimmten Bedingungen gefordert, wie etwa einer bestimmten Anzahl an Laborkontrollen. Diese Anträge wurden als nicht rechenbar eingestuft, da die CC-Matrix keine Verknüpfung mit Bedingungen ermöglicht. Die detaillierten Änderungen in der CC-Matrix sind in der «Liste der Änderungen in der CCL-Matrix» festgehalten.

3.1.7. Anpassungen der Kalkulationsmethodik

Die bisherige Kalkulationsmethodik der oberen und unteren Grenzverweildauer kann bei einer DRG mit tiefer mittlerer Verweildauer und sehr tiefer Standardabweichung der Verweildauer dazu führen, dass die OGV und die UGV rechnerisch beide bei genau zwei Tagen zu liegen kommen. Diese Situation wird dem pauschalierenden Charakter des SwissDRG Tarifsystems nicht gerecht, da die betroffene DRG de facto keinen Inlierbereich aufweist. Fälle mit einer Aufenthaltsdauer von einem Tag erhalten einen Abschlag. Ab einer Verweildauer von drei Tagen wird ein Zuschlag pro Tag verrechnet. Obwohl für die Fälle mit einer Verweildauer von zwei Tagen ein Inlierkostengewicht berechnet wird, entspricht diese Vergütungsstruktur faktisch einer Tagespauschale.

Für die Version 14.0 wurde die Kalkulationsmethodik dahingehend angepasst, dass in solchen Fällen die berechnete OGV um einen Tag hochgesetzt wird. Der Inlierbereich liegt neu zwischen zwei und drei Tagen, ein Zuschlag wird erst ab dem vierten Tag verrechnet. Damit wird auch in solchen Fällen eine pauschale Vergütung über den Zeitraum eines mehrtägigen Inlierbereichs sichergestellt.

3.2. Weitere Überarbeitung der DRG-Klassifikation

3.2.1. MDC-übergreifende Umbauten Prä-MDC

Temporäre Tracheostomie

Für die Systementwicklung 13.0 im vergangenen Jahr erreichte uns ein Antrag bezüglich Mindervergütung bei Mehrleistung. In diesem Zusammenhang wurden Fälle aus der DRG D15B angesprochen mit einer Hauptdiagnose C32.8 «*Bösartige Neubildung: Larynx, mehrere Teilbereiche überlappend*» und einer Prozedur 31.1 «*Temporäre Tracheostomie*», die bei der zusätzlichen Kodierung von 93.59.51 «*Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern, mindestens 7 bis 13 Behandlungstage*» in die DRG A94C, mit einem niedrigeren Kostengewicht gruppieren. Verschiedene Umbauten erschienen vielversprechend, konnten jedoch aufgrund zu geringer Fallzahlen nicht umgesetzt werden und wurden daher für die diesjährige Systementwicklung 14.0 wiederholt.

- Die Tabelle D15-1 wurde in den Split für DRG A94B aufgenommen.
- Zukünftig werden Fälle mit der vorliegenden Fallkonstellation in die DRG A94B mit einem höheren Kostengewicht gruppiert.

Transplantationen solider Organe

Neben der Transplantation von CAR-T Zellen und Tumor infiltrierenden Lymphozyten wurde ebenfalls die Abbildung der Transplantationen von soliden Organen überprüft. Dabei wiesen die Basis DRGs A01 «*Lebertransplantation*», A02 «*Transplantation von Niere und Pankreas oder Darm*», A16 «*Transplantation von Langerhans-Zellen*» und A17 «*Nierentransplantation*» eine Kosteninhomogenität auf.

- Gleichzeitige Transplantationen von Niere- und Langerhans-Zellen wurden aus der Basis DRG A02 «*Transplantation von Pankreas oder Darm*» entfernt.
- Neu gruppieren Transplantationen von Langerhans-Zellen Transplantationen in die DRG A01A «*Transplantation von Leber- oder Langerhans-Zellen... etc.*».
- Mehrfache Nierentransplantationen wurden in die DRG A17A aufgenommen.
- Die Basis DRG A16 wurde aufgelöst.

Leberkomplexbehandlung

Ein Antragsteller hat uns Fälle beschrieben, welche nach dekompenzierter Lebererkrankung mit Funktionsverschlechterung eine Transplantation erhalten. Diese Fälle gruppieren häufig in die DRG A01B.

Der Aufwand könne aber infolge der durchgeführten Leberkomplexbehandlung nicht aufwandsgerecht vergütet werden und es wird um eine Prüfung zur Aufwertung der Leberkomplexbehandlung gebeten.

- Eine höhere Gruppierung der Fälle mit einer Leberkomplexbehandlung aus der DRG A01B in DRG A01A hat sich aufgrund einer zu geringen Fallzahl als nicht sachgerecht erwiesen.
- Es erfolgte stattdessen eine Aufwertung von Fällen mit einer «*Lebertransplantation*» mit «*bestimmten IntK und IMCK-Aufwandspunkten*» in die DRG A01A, da in der A01B die Kostendeckung nicht gegeben war.
- Fälle mit einer «*Evaluation vor Lebertransplantation*» waren in der Basis DRG H63 «*Erkrankungen der Leber ausser bösartiger Neubildung, Leberzirrhose und bestimmte nichtinfektiöse Hepatitiden oder Evaluationsaufenthalt vor Lebertransplantation*» nicht mehr sachgerecht abgebildet. Für diese Fallmenge konnte durch die Aufwertung in die DRG H63A eine verbesserte Abbildung erreicht werden.

Geriatrische Akutrehabilitation

Bisher waren bestimmte MDCs in der Basis A95 «*Geriatrische Akutrehabilitation*» (GAR) ausgeschlossen. Die Konstellation mit bestimmten Ausschlüssen stellte sich als unübersichtlich heraus.

- Es wurden sämtliche Ausschlüsse aus der Basis A95 entfernt.
- Aufwertung in die A95A:
 - IntK/IMCK > 184 Pkt. und geriatrische Akutrehabilitation ab 14 Behandlungstagen
 - oder mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren
 - oder komplizierende Prozeduren
 - oder schwerste CC
- Aufwertung in A95B:
 - Eingriff an mehreren Lokalisationen
 - oder DRG (I03A)
 - oder DRG (I04A)
 - oder DRG (I95Z)
- Aufwertung in A95C:
 - Geriatrische Akutrehabilitation ab 21 Behandlungstagen
 - Oder schwerste CC
- Aufwertung in A95D:
 - Geriatrische Akutrehabilitation ab 14 Behandlungstagen und PCCL > 3
- Aufwertung in A95E:
 - Geriatrische Akutrehabilitation ab 14 Behandlungstagen
- Gleichzeitig wurde die «*Geriatrische Akutrehabilitation*» aus verschiedenen DRGs als Splitkriterium entfernt:
 - DRG I06B: «*Geriatrische Akutrehabilitation ab 14 Behandlungstagen*» entfernt
 - Basis DRG G38: «*Geriatrische Akutrehabilitation ab 14 Behandlungstagen*» entfernt
 - DRG G38B: «*Geriatrische Akutrehabilitation ab 21 Behandlungstagen*» entfernt
 - DRG G12A: «*Geriatrische Akutrehabilitation ab 21 Behandlungstagen*» entfernt

3.2.2. Weitere MDC-übergreifende Umbauten

Tabellenbereinigungen

Im Rahmen der Systementwicklung 14.0 wurde MDC-übergreifend eine umfassende Überprüfung und Bearbeitung von Tabellen durchgeführt. Dabei wurden etwaige Duplizitäten innerhalb der Tabellen behoben, um eine optimale Datenstruktur zu gewährleisten. Zudem wurden relevante Verknüpfungen sowohl innerhalb der DRGs als auch zwischen DRGs und MDCs hergestellt oder aufgehoben, um eine präzise Abbildung sicherzustellen. Eine eingehende Analyse der Abbildung zahlreicher Codes wurde

durchgeführt, was zu entsprechenden Anpassungen führte – entweder durch Aufwertung oder durch Abwertung –, um die Genauigkeit der Kodierung zu verbessern.

Infantile Zerebralparese

Anlässlich von Analysen der Daten aus dem Jahr 2022 wurde festgestellt, dass eine Nebendiagnose aus der Gruppe der infantilen Zerebralparesen (G80) MDC-übergreifend als bedeutender Kostentreiber fungierte. Insbesondere die Diagnose G80.- «*Infantile Zerebralparese*» wurde in verschiedenen DRGs als Splitkriterium angewendet, wodurch die betroffenen Fälle sachgerecht aufgewertet wurden. Die betroffenen DRGs umfassen:

- MDC 01: B17A
- MDC 02: C03A
- MDC 08: I06A, I20A
- MDC 18B: T01B

Zusätzlich wurde beobachtet, dass Fälle mit der Hauptdiagnose G80.9 «*Infantile Zerebralparese, nicht näher bezeichnet*» ursprünglich in die Basis DRG B81 «*Vaskuläre Myelopathien oder andere Erkrankungen des Nervensystems, mehr als ein Behandlungstag*» gruppiert wurden. Um die medizinische Homogenität zu fördern, wurde der ICD Kode G80.9 in die Hauptdiagnosen-Tabelle der Basis DRG B85 «*Degenerative Krankheiten des Nervensystems oder zerebrale Lähmungen, mehr als ein Behandlungstag*» verschoben, wodurch die Fälle dort sachgerecht abgebildet werden.

Kontaktisolation

Im Zuge der Weiterentwicklung der Tarifstruktur V14.0 wurde die Abbildung der CHOP Kodegruppe 99.84.1- «*Kontaktisolierung nach Anzahl Behandlungstage*» MDC-übergreifend geprüft.

- Eine Aufwertung in mehreren Basis DRGs erwies sich als sachgerecht.
- Innerhalb der MDC 04 konnte die «*Kontaktisolierung ab 7 Behandlungstage*» in den folgenden sechs DRGs aufgewertet werden:
 - E60A, E64A, E65A, E70A, E75A und E87A
- Ausserhalb der MDC 04 wurde die «*Kontaktisolierung ab 7 Behandlungstage*» in folgenden DRGs aufgewertet:
 - F62A «*Herzinsuffizienz und Schock mit äusserst schweren CC und Dialyse oder Reanimation oder bestimmter Prozedur oder komplizierender Diagnose oder Kontaktisolierung ab 7 Behandlungstagen*»
 - P67A «*Neugeborenes, Aufnahmegegewicht > 2499g mit mehreren schweren Problemen oder Gestationsalter < 35 Wochen oder intensivmedizinische Komplexbehandlung/IMCK > 196 Aufwandspunkte oder Kontaktisolierung ab 7 Behandlungstagen, oder...*»
 - T01C «*OR-Prozedur oder grossflächiges Débridement bei infektiösen und parasitären Krankheiten bei Sepsis oder Kontaktisolierung ab 7 Behandlungstagen*»
 - T60C «*Sepsis mit komplizierender Prozedur oder Zustand nach Organtransplantation oder Komplexbehandlung bei MRE ab 7 Behandlungstagen oder Kontaktisolierung ab 7 Behandlungstagen, und Alter > 15 Jahre, oder...*»
 - T63A «*Virale Erkrankung bei Zustand nach Organtransplantation oder erschwerender Diagnose oder Infektionen mit Zytomegalieviren oder Kontaktisolierung ab 7 Behandlungstagen*»
- In den DRGs E77A und F62A wurde dafür die bestehende Tabelle mit «*Multiresistenten Erregern*» entfernt.
- Zusätzlich konnte in folgenden DRGs die Abbildung der «*Kontaktisolierung ab 14 Behandlungstage*» aufgewertet werden:
 - L63A «*Infektionen der Harnorgane mit schweren CC oder schwere motorische Funktionseinschränkung, und Pyonephrose oder Alter < 6 Jahre oder Para-/Tetraplegie oder erschwerende Diagnose oder Kontaktisolierung ab 14 Behandlungstagen*»

- T60A «Sepsis mit komplizierender Prozedur oder bei Zustand nach Organtransplantation, mit äusserst schweren CC, oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung/IMCK > 196/184 Aufwandspunkte oder Komplexbehandlung bei MRE ab 14 Behandlungstagen oder Kontaktisolation ab 14 Behandlungstagen».

Globale Funktion «Eingriff an mehreren Lokalisationen»

Wir erhielten die Rückmeldung, dass die Funktion «Eingriff an mehreren Lokalisationen» ausserhalb der MDC 08 «Bewegungssystem» zu wenig berücksichtigt ist. Eine MDC übergreifende Analyse zeigte, dass es sich um geringe Fallzahlen in den einzelnen DRGs handelt und diese meist sachgerecht abgebildet sind. Nur in den Basis DRGs A46 und A95 war eine Untervergütung von mehreren Fällen ersichtlich.

- So wurde die Funktion «Eingriff an mehreren Lokalisationen» in die Splitbedingungen für die DRG A46A «Paraplegiologische Komplexbehandlung ab 196 Behandlungstagen oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588/828 Aufwandspunkte oder Eingriff an mehreren Lokalisationen oder...» und für die DRG A95B «Geriatrische Akutrehabilitation ab 7 Behandlungstagen mit komplexer Prozedur oder intensivmedizinische Komplexbehandlung/IMCK > 360 Aufwandspunkte oder... oder Eingriff an mehreren Lokalisationen» aufgenommen und diese Fälle damit aufgewertet.

Gerinnungsstörungen

Ebenfalls erreichten uns mehrere Anträge und Rückmeldungen mit Bitte um Abwertung von bestimmten ICDs für Gerinnungsstörungen in der Tarifstruktur.

Es wurde unter anderem um eine Abwertung der ICD Kodegruppe D68.- «Sonstige Koagulopathien» und insbesondere der ICD Codes D68.4 «Erworbener Mangel an Gerinnungsfaktoren» und D65.0 «Erworbene Afibrinogenämie», vor allem in Verbindung mit einer Herz-Lungen-Maschine, gebeten. Laut dem Antragsteller wird eine Herabsetzung/Aufhebung der Gerinnung am Anfang einer Herzoperation bei Einsatz einer Herz-Lungen-Maschine und am Ende die Gabe von 2g Fibrinogen standardmässig vorgenommen und ist als Bestandteil des operativen Gerinnungsmanagements anzusehen. Ausnahme wäre nur ein Gerinnungsmanagement im Rahmen einer disseminierten intravasalen Gerinnungsstörung, welches höhere Gaben von Fibrinogen in Kombination mit anderen Gerinnungsfaktoren zur Folge hat. Man bat darum, dass die ICD Kodegruppe D68.- und insbesondere der ICD Code D68.4 bei Einsatz einer Herz-Lungen-Maschine nicht bewertet wird, ausser bei Gabe mehrerer Gerinnungsfaktoren.

- Eine generelle Abwertung in der CC-Matrix, sowie eine Abwertung der ICD Kodegruppe D68.- oder der ICD Codes D68.4 und D65.0 in der CC-Matrix der DRGs mit einer Herz-Lungen-Maschine erwies sich nicht als sachgerecht.
- Eine CCL-Bewertung in Kombination mit Angabe einer bestimmten Menge an Medikamenten ist in der CC-Matrix nicht möglich.
- Einzig die Abwertung des ICD Codes D68.34 «Hämorrhagische Diathese durch Heparine» in der CC-Matrix in allen DRGs mit einer Herz-Lungen-Maschine auf Level 0 führte zu einer sachgerechten Abbildung der Fälle.
- Im Rahmen der intensiven Analysen und Simulationen wurden folgende ICD Codes in der CC-Matrix abgewertet:
 - D65.9 «Defibrinationssyndrom, nicht näher bezeichnet»
 - D68.38 «Sonstige hämorrhagische Diathese durch sonstige und n.n.bez. Antikörper»
 - D68.9 «Koagulopathie, nicht näher bezeichnet»
 - D69.9 «Hämorrhagische Diathese, nicht näher bezeichnet»
- Zusätzlich wurden die ICD Codes D65.0 und D65.9 als erschwerende Diagnosen aus Tabellen in mehreren globalen Funktionen entfernt.

- Unspezifische ICD Codes aus der Gruppe der Anämien und Gerinnungsstörungen wurden aus der Tabelle «*Komplizierende Diagnosen*» in der DRG A11C entfernt.

Diese Umbauten führten zu einer sachgerechteren Abbildung von Gerinnungsstörungen in der Tarifstruktur, zusätzlich wurden die Kodierrichtlinien für diese Thematik präzisiert.

Rektusdiastasen

Laut einem Antragsteller erfolgt die Behandlung einer Rektusdiastase oft gemeinsam mit der Behandlung einer Hernie und ist dann untervergütet.

- Unsere Analysen bestätigten eine Untervergütung von Hernienoperationen mit gleichzeitiger Rekonstruktion bei Rektusdiastase.
- Je nachdem, ob die Hernie oder die Rektusdiastase als Hauptdiagnose kodiert wurde, gruppierten diese Fälle entweder in die DRG G09G in der MDC 06 oder in die DRG I27D in der MDC 08.
- Da der ICD Kode M62.08 «*Muskeldiastase: sonstige*» und der CHOP Kode 83.65.14 «*Sonstige Naht an Muskel oder Faszie, Brustwand, Bauch und Rücken*» eher unspezifisch sind, konnte eine reine Aufwertung dieser Codes nicht erfolgen.
- Mit den folgenden Logiken konnte eine sachgerechte Abbildung dieser Fälle erreicht werden:
 - Für die DRG G09E: Gleichzeitige Hernienoperation MIT CHOP Kode 83.65.14 «*Sonstige Naht an Muskel oder Faszie, Brustwand, Bauch und Rücken*» UND ICD Kode M62.08 «*Muskeldiastase: sonstige*».
 - Für die DRG I27B: Gleichzeitige Hernienoperation MIT CHOP Kode 83.65.14 «*Sonstige Naht an Muskel oder Faszie, Brustwand, Bauch und Rücken*» UND ICD Kode der ICD Gruppe K40-46 «*Hernien*».

Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen

Es waren Codes aufgefallen, welche in der MDC 13 noch nicht sachgerecht abgebildet waren, sondern nur in Basis DRG U01 «*Geschlechtsumwandelnde Operation*».

- Es wurde eine neue Tabelle mit 71.79 «*Plastische Rekonstruktion an Vulva und Perineum, sonstige*», 71.8 «*Sonstige Operationen an der Vulva*», 71.9 «*Sonstige Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen*» in die Basis DRG N23 «*Andere rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen...*» und O02 «*Vaginale Entbindung mit aufwendigem Eingriff oder bestimmte Prozedur mit bestimmter Diagnose*» aufgenommen.

Abwertungsprüfung spezifischer CHOP Codes

Ein weiterer Antrag bezog sich auf die Abwertungsprüfung der CHOP Codes 86.7A.1- «*Dehnungsplastik, kleinflächig...*», 86.7A.2- «*Dehnungsplastik, grossflächig...*» und 86.7A.9- «*Lokale Lappenplastik an Haut und Subkutangewebe, sonstige...*», 51.04 «*Sonstige Cholezystotomie*», 39.95.B- «*Hämodiafiltration: Intermittierend...*» in Kombination mit 39.95.2- «*Hämodialyse: Intermittierend...*» sowie 54.12.10 «*Second-look-Laparotomie*», um potenzielle Überbewertungen oder den Anreiz der Überkodierung zu minimieren.

- Für 86.7A.1- «*Dehnungsplastik, kleinflächig...*», 51.04 «*Sonstige Cholezystotomie*» und die Kombination von 39.95.B- «*Hämodiafiltration: Intermittierend...*» und 39.95.2- «*Hämodialyse: Intermittierend...*» konnten keine Überbewertungen nachgewiesen werden. Die Codes sind aufwandsgerecht abgebildet, weshalb keine Notwendigkeit für eine Abwertung besteht.
- Jedoch wurde die Überbewertung für die beiden Codegruppen 86.7A.2- «*Dehnungsplastik, grossflächig...*» und 86.7A.9- «*Lokale Lappenplastik an Haut und Subkutangewebe, sonstige...*» sowie 54.12.10 «*Second-look-Laparotomie*» bestätigt. Infolgedessen wurden diese CHOP Codes für die Version 14.0 abgewertet.

Patientenindividuelle Implantate

Ein Antragsteller machte darauf aufmerksam, dass die Planung und Herstellung von individuell angefertigten Implantaten für Patienten sowohl hochaufwändig als auch mit signifikanten präoperativen Kosten verbunden sind, die sich von den Standardimplantaten unterscheiden. Insbesondere sind Implantate im Kopfbereich betroffen, wie das Mittelgesicht, die Mandibula und das Kiefergelenk. Aufgrund der geringen Fallzahlen, die sich auf verschiedene DRGs und MDCs verteilen, wird vorgeschlagen, eine Vergütung der folgenden CHOP Codes über ein Zusatzentgelt zu erwägen:

- 00.9A.6- «Verwendung von präoperativ patientenindividuell angepassten und gefertigten Implantaten...»
- 02.05.10-30 «Einsetzen eines CAD-Implantats an Hirnschädel...»
- 76.43.11-12 «Einsetzen eines CAD-Implantats an Mandibula, zur plastischen Rekonstruktion...»
- 76.5X.71 «Implantation einer Totalendoprothese am Kiefergelenk mit CAD-CAM gefertigten Komponenten»
- 76.92.20-31 «Einsetzen von CAD-Implantat an Gesichtsschädel...»
- 81.47.26 «Implantation eines patientenindividuellen metallischen Knorpelersatzes am Kniegelenk»

Analysen der aufgeführten CHOP Codes zeigten, dass Fälle im Schnitt über das DRG-System abgegolten werden können. Des Weiteren ergaben die Analysen, dass vor allem die Codegruppe 00.9A.6- «Verwendung von präoperativ patientenindividuell angepassten und gefertigten Implantaten...», 02.05.10-11 «Einsetzen eines CAD-Implantats am Hirnschädel ohne Beteiligung des Gesichtsschädels...» sowie 76.92.20 «Einsetzen von CAD-Implantat am Gesichtsschädel ohne Beteiligung des Hirnschädels, bis zu 2 Regionen» von einer Aufwertung profitieren. Obschon die vorliegende Implantatkostenstreuung im DRG-System die Aufwertung erschwerte, konnten folgende Umbauten umgesetzt werden:

- Die CHOP 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.63 «Intraoperative Anwendung von präoperativ mittels 3D-Bildgebung individuell gefertigter Schablonen zur Navigation» und 00.9A.64 «Verwendung von präoperativ patientenindividuell mittels 3D-Bildgebung sowie 3D-Drucker gefertigte Implantate» wurden in die D24A aufgewertet.
- Der CHOP Code 02.05.10 «Einsetzen eines CAD-Implantats am Hirnschädel ohne Beteiligung des Gesichtsschädels, einfacher Defekt» wurde durch die Aufnahme in Tabellen B20-9, D25-4 und I15-2 aufgewertet.
- Die Codes 02.05.10-30 «Einsetzen eines CAD-Implantats am Hirnschädel...», 76.43.12 «Einsetzen eines CAD-Implantats an der Mandibula zur plastischen Rekonstruktion eines grossen oder komplexen Defekts» und 76.92.20-31 «Einsetzen von CAD-Implantat am Gesichtsschädel...» wurden in den Split für DRG D02A sowie in eine speziell dafür neu geschaffene DRG B09B aufgenommen.

Weitere Aufwertungsversuche führten wegen der Inhomogenität für zahlreiche Fälle zu einem nachteiligen Ergebnis und konnten folglich nicht umgesetzt werden.

Inzision im Gebiet der Schilddrüse

Uns erreichte der Hinweis, dass der CHOP Code 06.09.12 «Sonstige Inzision im Gebiet der Schilddrüse, Exploration» verglichen mit den restlichen Codes aus der Codegruppe 06.09* «Sonstige Inzision im Gebiet der Schilddrüse...» nicht gleichwertig abgebildet ist. Dies konnte im Rahmen von Analysen bestätigt werden.

- Der Code 06.09.12 «Sonstige Inzision im Gebiet der Schilddrüse, Exploration» wurde der Codegruppe 06.09* «Sonstige Inzision im Gebiet der Schilddrüse...» gleichgestellt.
- Zusätzlich wurde die Codegruppe 06.09* «Sonstige Inzision im Gebiet der Schilddrüse...» aus der Splitbedingung für DRG D30A entfernt, zumal eine Überbewertung festgestellt wurde.

Geschlechtskonflikt

Da seit 2022 eine einfache Änderung des Geschlechtseintrags im Personenregister möglich ist, wurden unter diesem Aspekt die Tabellen «*Geschlechtskonflikt – Diagnosen/Prozeduren beim Mann/bei der Frau*» als Prüflogik in der Tarifstruktur bedeutungslos.

- Prüfungen zum Geschlechtskonflikt wurden aus der Logik entfernt. Entsprechende Tabellen wurden gelöscht, ebenso die Umleitungen «*Geschlechtskonflikt*» in die DRG 960Z aus den MDCs 12, 13 und 14.
- Ebenfalls werden keine geschlechtsspezifischen Alterskonflikte mehr geprüft: «*Alterskonflikt-Prozeduren/Diagnosen im gebärfähigen Alter*», Alter > 12 Jahre und < 55 Jahre, wurden entfernt.

Vakuumbehandlung

Wir erhielten per Antrag und in globalen Analysen vermehrt Hinweise, dass Vakuumbehandlungen an einigen Stellen nicht sachgerecht abgebildet sind. Infolge der gezielten Überprüfung der Tarifmechanik bei Erfassung einer Vakuumbehandlung wurden an verschiedenen Stellen in der Tarifstruktur Anpassungen vorgenommen:

- Die Funktion «*Komplexe Vakuumbehandlung*» wurde in die DRG F31A aufgenommen und Fälle damit aufgewertet.
- Man konnte aber ebenfalls sehen, dass das Splitkriterium «*Komplexe Vakuumbehandlung und Alter < 16 Jahre*» in der Basis DRG A43 «*Frührehabilitation bei Wachkoma und Locked-in-Syndrom mit Frührehabilitation...*» zu hoch bewertet ist. Infolgedessen wurde diese Fallkonstellation aus der Basis DRG A43 entfernt. Um aber den damit verschobenen Fällen trotzdem gerecht zu werden, wurde die Konstellation «*Alter < 16 Jahre mit komplexer Vakuumbehandlung*» in die DRG G35A aufgenommen.
- Eine weitere Ergänzung gab es in den Splitbedingungen der J11A. Diese wurden mit der Funktion «*Vakuumbehandlung*» erweitert.

Lymphknotenexzision

In verschiedenen MDCs war eine uneinheitliche Abbildung von Codes zur Lymphknoten- und Sentinel-Lymphknotenexzision aufgefallen. Durch die wiederholte Überarbeitung der entsprechenden CHOP Codes wurde die Tabellenpflege erschwert und führte infolgedessen zu inkonsistenten Tabellen.

- Es wurden neue Tabellen erstellt: «*Exzision von Sentinel-Lymphknoten*» mit Codes 40.2*.11 und «*Exzision von Lymphknoten*» mit Codes 40.2*.
- Alle alten Tabellen wurden entfernt und mit den neu erstellten Tabellen ersetzt.

Extrakorporale Adsorption

Ein Antragsteller wies darauf hin, dass Fälle mit dem CHOP Kode 99.76.31 «*Extrakorporale Adsorption hydrophober, niedrig- und mittelmolekularer Substanzen*» und zusätzlichem operativen Eingriff bei einem Belegungstag in die DRG A91Z gruppieren. Es ist jedoch nicht sachgerecht, auch operative Behandlungsfälle dieser DRG zuzuordnen.

- Die Logik in der DRG A91Z wurde angepasst, indem die Tabelle A91-1 um die Bedingung ergänzt wurde, dass sämtliche operative Prozeduren ausgeschlossen sind. Dies dient dazu, etwaige zukünftige Mindervergütungen aufgrund von Mehrleistungen zu verhindern.

Spenderhaut

Patienten mit grossflächigen Hautverletzungen (z.B. bei schweren Verbrennungen) sind sehr komplex. Spenderhaut kann autolog (vom Patienten selber), allogene (von anderen menschlichen Spendern) oder xenogene (von artfremden Lebewesen) gewonnen werden. Die Fälle sind in ihren Kosten heterogen. Eine hohe Fallzahl gruppiert in die Prä-MDC, zahlreiche Fälle streuen über viele DRGs.

- Es wurden neue Tabellen für «*Permanenter Hautersatz, kleinflächig*» und «*Permanenter Hautersatz, grossflächig*» erstellt und in DRGs wie X06 und F21 aufgenommen.
- In die Funktion «*schwere/schwerste Verbrennung*» wurden weitere ICD Codes mit Verbrennungen 3. Grades aufgenommen.
- In der Basis DRG Y02 «*Andere Verbrennungen mit Hauttransplantation...*» wurde eine neue Tabelle «*Schwerste Verbrennungen (ab 20% KöOF und 3. Grades)*» etabliert und IntK Punkte herabgesetzt auf >119 Pkt.

3.2.3. Prä-MDC

Ein Antragsteller bat uns um eine Kostenhomogenitätsprüfung für die DRG A94C. Zudem sollte geprüft werden, ob der PCCL-Split für die DRG A94B auf > 3 oder > 2 herabgesetzt werden könnte, da ein PCCL von > 4 äusserst schwer zu erreichen ist.

- Das Herabsetzen des PCCL-Splits auf > 3 erwies sich nicht als sachgerecht und konnte nicht umgesetzt werden.
- Es zeigte sich aber, dass eine «*Komplexbehandlung bei MRE ab 21 Behandlungstagen*» in Kombination mit einem Aufenthalt auf einer ICU oder IMCU klar als Kostentrenner erkennbar ist.
- So wurde eine neue DRG A94A «*Komplexbehandlung bei Besiedlung oder Infektion mit multi-resistenten Erregern ab 21 Behandlungstage und intensivmedizinische Komplexbehandlung/IMCK > 130/119 Aufwandspunkte*» etabliert.

3.2.4. Krankheiten und Störungen des Nervensystems MDC 01

Wir wurden darauf hingewiesen, dass die DRG B09C eine erhebliche Kostenheterogenität sowie einen niedrigen Kostendeckungsgrad aufweist. Vor allem Fälle mit dem CHOP Kode 02.34 «*Ventrikel-shunt zu Bauchhöhle und Bauchorganen*» würden mehr Kosten verursachen als andere Fälle. Somit wurde um eine Homogenitätsprüfung und Prüfung eines CHOP abhängigen Splits gebeten.

- In den gesamtschweizerischen Daten aus dem Jahr 2022 war ein Mehraufwand bei Ein- oder Ersetzen von Ventrikelshunts ersichtlich.
- So wurden die CHOP Codes 02.31-35 «*Ventrikelshunt zu...*» und 02.42.10-99 «*Ersetzen eines Ventrikelshunts,...*» in die Splitbedingung für die DRG B09C «*Andere Eingriffe am Schädel bei bösartigen Neubildungen am Nervensystem oder bestimmter Prozedur*» aufgenommen.
- Dadurch konnte die Kostenhomogenität gesteigert und eine sach- und aufwandsgerechte Abbildung von Fällen innerhalb der Basis DRG B09 «*Andere Eingriffe am Schädel*» erreicht werden.

Analysen zeigten untervergütete Fälle in der Basis DRG B76 «*Anfälle oder Video-EEG oder Komplexbehandlung Epilepsie ab 7 Behandlungstage, mehr als ein Belegungstag*».

- Als Kostentrenner erwiesen sich die CHOP Codes 89.19.21 «*Invasive Video-EEG-Intensivdiagnostik bei Epilepsie*» und 89.19.15 «*Nicht-invasive Video-EEG-Intensivdiagnostik, Aufzeichnungsdauer von mehr als 120 Stunden*»
- Mit der Abbildung dieser beiden CHOP Codes in einer neuen DRG B76A konnte eine aufwands- und sachgerechte Abbildung von bestimmten Video-EEG-Intensivdiagnostikmethoden erreicht werden.

Ein Antragsteller bat um eine Homogenitätsanalyse der B20C mit besonderem Fokus auf den CHOP Kode 00.94.30 «*Intraoperatives neurophysiologisches Monitoring, bis 4 Stunden*» als möglichen zusätzlichen Split.

- Der CHOP Kode 00.94.30 «*Intraoperatives neurophysiologisches Monitoring, bis 4 Stunden*» weist keine Mindestzahl auf und kann somit nicht berücksichtigt werden.
- In den Analysen konnte kein Kostentrenner innerhalb der B20C identifiziert werden.
- Im Rahmen dieser Analysen fiel aber eine Überbewertung der CHOP Kodes 39.77.00 «*Perkutan-transluminale endovaskuläre Intervention an intrakraniellen(en) Gefäss(en), n.n.bez.*» und 39.77.09 «*Perkutan-transluminale endovaskuläre Intervention an intrakraniellen(en) Gefäss(en), sonstige*» in der Basis DRG B20 auf.
- Wir nahmen eine Abwertung dieser CHOP Kodes durch das Löschen aus den globalen Funktionen und der Tabelle «*Intrakranielle endovaskuläre Eingriffe*» innerhalb der Basis DRG B20 «*Bestimmte oder komplexe intrakranielle Eingriffe oder grosse Wirbelsäulen-Operation*» vor.

Mit den Daten 2022 konnte erstmals die Abbildung des CHOP Kodes 99.2B.12 «*Ersteinstellung der Behandlung von Morbus Parkinson im fortgeschrittenen Stadium mit einer Arzneimittelpumpe mit Levodopa/Carbidopa*» geprüft werden.

- In den Daten war ein klarer Mehraufwand innerhalb der Basis DRG B67 erkennbar.
- Der CHOP Kode 99.2B.12 wurde als «*NOR-Prozedur*» in die Basis DRG B67 aufgenommen.
- Da der CHOP Kode ein klarer Kostentrenner ist, wurde die bisherige DRG B67A gesplittet und eine neue DRG B67A «*Morbus Parkinson mit schwerster Beeinträchtigung oder Ersteinstellung Levodopa-Arzneimittelpumpe*» etabliert.

Die Splitbedingung «*Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls bis 72 Std.*» in der Basis DRG B69 «*Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefässverschlüsse*» für die DRG B69B erwies sich nicht mehr als kostentrennendes Merkmal.

- Die DRG B69B und B69C wurden zur DRG B69B «*Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefässverschlüsse mit anderer neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls oder neurologische Komplexdiagnostik oder äusserst schwere CC*» kondensiert.

Ein Antragsteller wies uns auf eine mögliche Inkohärenz zwischen dem, was kodiert wurde, und der daraus resultierenden DRG hin. Er nahm Bezug auf die Kodierung des ICD Kodes I67.7 «*Zerebrale Arteriitis, anderenorts nicht klassifiziert*», welcher bisher in die Basis DRG B76 «*Anfälle oder Video-EEG oder Komplexbehandlung Epilepsie ab 7 Behandlungstagen...*» gruppierte.

- Zur Förderung der medizinischen Homogenität wurde der ICD Kode I67.7 aus der Basis DRG B76 entfernt und in die Basis DRG B81 «*Vaskuläre Myelopathien oder andere Erkrankungen des Nervensystems*» aufgenommen.
- Auf den gesamtschweizerischen Daten aus dem Jahr 2022 zeigte sich, dass diese Fälle dort sachgerecht abgebildet sind.

Anlässlich der Bearbeitung eines Anwenderhinweises fiel auf, dass die Abbildung des ICD Kodes C41.01 «*Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Kraniofazial*» als Hauptdiagnose in der MDC 03 vor allem aufgrund der Prozeduren medizinisch nicht sinnvoll ist.

- Der ICD Kode C41.01 wurde aus der Hauptdiagnosen-Tabelle der MDC 03 in die Hauptdiagnosen-Tabelle der MDC 01 verschoben und in die Basis DRG B66 «*Neubildungen des Nervensystems oder Stupor und Koma, nicht traumatisch bedingt*» aufgenommen.
- Dadurch konnte eine aufwands- und sachgerechte Abbildung des ICD Kodes C41.0 innerhalb der MDC 01 erreicht werden.

Die Splitbedingung «*Neurologische Frührehabilitation ab 21 Behandlungstagen*» erwies sich in der Basis DRG B90 nicht mehr als eindeutig kostentrennendes Merkmal.

- Die DRG B90A und B90B wurden zur DRG B90A «*Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit neurologische Frührehabilitation ab 21 Behandlungstagen oder IMC Komplexbehandlung > 1176/1104 Aufwandspunkte oder komplexe OR-Prozedur*» kondensiert.

In der DRG B17 waren aufwendige Fälle mit Lymphknotenexzisionen aufgefallen.

Diese Fälle erfahren nun durch die Aufnahme der CHOP Codes 40.2- «*Einfache Exzision und Destruktion einer lymphatischen Struktur*» in die Splitkriterien für die DRG B17A eine sachgerechte Aufwertung.

3.2.5. Krankheiten und Störungen des Auges MDC 02

Es zeigte sich, dass der CHOP Kode 38.12 «*Endarteriektomie von anderen Gefässen an Kopf und Hals*» bisher in der MDC 02 nicht abgebildet ist.

- Mit der Aufnahme des CHOP Kode 38.12 in die Tabelle für die DRG C14Z «*Eingriffe an der Konjunktiva oder andere Prozeduren*» konnte eine sachgerechte Abbildung des CHOP Codes innerhalb der MDC 02 erreicht werden.

In einem Antrag wurden wir auf Fälle hingewiesen, bei denen neben einem Eingriff an der Linse auch eine Pars-plana-Vitrektomie vorgenommen wird. Laut dem Antragsteller ist die Kombination der beiden Eingriffe in der Basis DRG C03 «*Eingriffe an Retina, Choroidea, Glaskörper und hinterer Augenkammer*» nur unzureichend abgebildet, weshalb um eine eigene DRG für diese Fälle gebeten wurde.

- Unsere Analysen bestätigten eine leichte Untervergütung von Fällen mit dem CHOP Kode 14.73.10 «*Mechanische Vitrektomie durch anterioren Zugang, Pars-plana-Vitrektomie*» in der DRG C03C.
- Mit Aufnahme dieses CHOP Codes in die Splitbedingung für die DRG C03B konnte eine sachgerechte Abbildung dieser Fälle erreicht werden.
- Für eine eigene DRG mit der Kombination von Eingriffen an der Linse und einer Pars-plana-Vitrektomie innerhalb der Basis DRG C03 war der Kostenunterschied zur DRG C03B zu gering.

In einem weiteren Antrag wurde um die Aufwertung von Glaukom-Eingriffen in Kombination mit einer Pars-plana-Vitrektomie oder dem Vorhandensein eines Linsenimplantats mit dem ICD Kode Z96.1 gebeten. Laut Antragsteller sind diese Eingriffe komplexer und entsprechend auch teurer, als wenn lediglich ein Glaukom-Eingriff vorgenommen wird. Innerhalb der Basis DRG C06 «*Eingriffe an Iris, Corpus ciliare, Sklera und vorderer Augenkammer*» sind diese Fälle untervergütet.

- Die gesamtschweizerischen Daten aus dem Jahr 2022 bestätigten eine Untervergütung von Fällen mit einem Glaukom-Drainage-Implantat und einer Pars-Plana-Vitrektomie in der DRG C06A.
- Für eine eigene DRG innerhalb der Basis DRG C06, wie von Antragsteller gewünscht, war die Fallzahl zu gering.
- Um diese Fälle aufwands- und sachgerecht abzubilden, wird der CHOP Kode 12.79.20 «*Implantation eines Glaukom-Drainage-Implantats*» nun in Kombination mit dem CHOP Kode 14.73.10 «*Mechanische Vitrektomie durch anterioren Zugang, Pars-plana-Vitrektomie*» in die DRG C03A gruppiert, wodurch eine entsprechende Aufwertung erfolgt.

Im Rahmen der Analysen zum Tumorboard und den Auf- und Abwertungen von Biopsien fielen uns zusätzlich untervergütete Fälle innerhalb der MDC 02 auf.

- Es zeigte sich, dass diese Fälle einen Mehraufwand aufgrund von Biopsien am Auge aufwiesen.
- Neu sind Fälle mit einer geschlossenen Biopsie am Auge in der DRG C14Z «*Eingriffe an der Konjunktiva oder andere Prozeduren*» sachgerecht abgebildet.

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

Innerhalb der MDC 03 war eine nicht sachgerechte Abbildung von Fällen mit mehrzeitigen Eingriffen erkennbar.

- Mit der Aufnahme der Funktion «*Mehrzeitige bestimmte OR-Prozeduren*» in die DRG D12A «*Andere aufwendige Eingriffe oder Strahlentherapie oder mehrzeitige bestimmte OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses*» konnten diese Fälle aufgewertet und eine sachgerechte Abbildung erreicht werden.

In einem früheren Antrag wurde darum gebeten, die Splitbedingung «*Blutstillung nach Tonsillektomie oder Adenektomie oder Abszessonsillektomie*» für die DRG D13B «*Blutstillung nach Tonsillektomie oder Adenektomie oder Tonsillektomie bei Abszess, ausser bei bösartiger Neubildung, Alter < 16 Jahre*» auch in späteren Datenjahren zu prüfen. Der Umbau erfolgte auf dem Datenjahr 2017 für die Version 9.0.

- Die Überprüfung des alten Antrages auf den Daten des Jahres 2022 ergab, dass die Nachblutungen bei Tonsillektomien sich weiterhin als Kostentrenner erweisen und in der DRG D13B sachgerecht abgebildet sind.

Die Darstellung von Gewebetransplantationen unter Verwendung mikrovaskulärer Anastomosierung wurde innerhalb der MDC 03 im Zuge der Systementwicklung überprüft und entsprechend modifiziert.

- Die Logik für die Tabelle D24-3, welche die Codes für Gewebetransplantationen mit mikrovaskulärer Anastomosierung enthält, wurde in der Basis DRG D24 so angepasst, dass Fälle in die D24 gruppieren, ohne weitere Bedingungen erfüllen zu müssen.

Der ICD Kode D21.0 «*Sonstige gutartige Neubildungen: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe des Kopfes, des Gesichtes und des Halses*» war bisher in der MDC 08 abgebildet.

- Zur Förderung der medizinischen Homogenität wurde dieser ICD Kode aus der Hauptdiagnosen-Tabelle der MDC 08 in die Hauptdiagnosen-Tabelle der MDC 03 verschoben.
- In der Basis DRG D66 «*Andere Krankheiten an Ohr, Nase, Mund und Hals*» sind Fälle mit dem ICD Kode D21.0 ohne weitere Prozedur sachgerecht abgebildet.

Im Zuge von Analysen zum Tumorboard und den Auf- und Abwertungen von Biopsien fielen uns untervergütete Fälle in der Ein-Belegungstag DRG D86Z auf.

- Die DRG D86Z wurde gesplittet und eine neue DRG mit geschlossenen oder sonstigen Biopsien als DRG D86A «*Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses mit bestimmter Prozedur, ein Belegungstag*» etabliert.

3.2.7. Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane MDC 04

Im Rahmen der Bearbeitung eines Antrages fielen übervergütete Fälle in der DRG E87A auf.

- Analysen zeigten, dass diese übervergüteten Fälle einen PCCL-Wert von 3 hatten.
- Mit der Erhöhung des PCCL-Splits von > 2 auf «*PCCL > 3*» wurden aufwendige Fälle aufgewertet.

In einem Antrag wurde um die Abwertung des ICD Kodes E87.1 «*Hypoosmolalität und Hyponatriämie*» in der CC-Matrix gebeten.

- Eine Abwertung des ICD Kodes in der CC-Matrix erwies sich nicht als sachgerecht.
- Im Rahmen der Analysen zu diesem Antrag fielen aber stark untervergütete Fälle in den Basis DRGs E77, E71 und E75 auf.
- Bei all diesen Fällen war ein Mehraufwand aufgrund von endoskopischen Eingriffen am Verdauungssystem erkennbar.

- Es wurde eine neue Tabelle mit endoskopischen Eingriffen am Verdauungssystem innerhalb der MDC 04 etabliert.
- Für die folgenden DRGs wurde diese neue Tabelle als Splitkriterium eingefügt:
 - E71B «*Neubildungen der Atmungsorgane mit äusserst schweren CC oder starrer Bronchoskopie oder bestimmte Prozedur oder Para-/Tetraplegie oder bestimmte endoskopische Eingriffe*»
 - E75A «*Andere Krankheiten der Atmungsorgane, Alter < 18 Jahre oder mit äusserst schweren CC oder Kontaktisolation ab 7 Behandlungstagen mit bestimmter Diagnose oder bestimmtem Eingriff*»
 - E77A «*Andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit komplizierender Diagnose bei Zustand nach Organtransplantation oder mit äusserst schweren CC, oder komplizierender Prozedur oder Kontaktisolation ab 7 Behandlungstagen oder bestimmte endoskopische Prozeduren oder schwerste CC oder Para-/Tetraplegie*»
- Innerhalb der Basis DRG E75 konnte ein weiterer Kostentrenner identifiziert werden und so wurden die «*Bronchoskopien*» ebenfalls in die DRG E75A aufgewertet.

Aufgrund der vorherigen Umbauten in der Basis DRG E77 «*Andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane*» mit Aufwertung der «*Kontaktisolation ab 7 Behandlungstagen*» und «*Bestimmte endoskopische Eingriffe am Verdauungssystem*» in die DRG E77A, erwiesen sich die Splitbedingungen für die DRG E77C und DRG E77D nicht mehr als eindeutig kostentrennende Merkmale.

- Die DRGs E77C, E77D und E77E wurden zur DRG E77C «*Andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane*» kondensiert.

Anlässlich von weiteren Analysen fiel auf, dass ICD Codes mit «*Symptomen oder abnormen Befunden, die das Atmungssystem betreffen*» nicht gleichwertig abgebildet sind und bisher entweder in die Basis DRG E65 «*Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankungen*» oder in die Basis DRG E75 «*Andere Krankheiten der Atmungsorgane*» gruppierten.

- Zur Förderung der medizinischen Homogenität gruppieren nun ICD Codes aus den ICD Kodegruppen R04.- bis R09.- «*Symptome, die das Atmungssystem betreffen*» und der ICD Code R91 «*Abnorme Befunde bei der bildgebenden Diagnostik der Lunge*» in die Basis DRG E75 «*Andere Krankheiten der Atmungsorgane*» und sind dort medizinisch sinnvoll und sachgerecht abgebildet.

Bei Analysen zur Abbildung der «*Kontaktisolation ab 7 Behandlungstagen*» in der Tarifstruktur sahen wir eine breite Kostenstreuung und nicht sachgerecht abgebildete Fälle innerhalb der Basis DRG E64 «*Respiratorische Insuffizienz oder Lungenembolie*».

- Neben der «*Kontaktisolation ab 7 Behandlungstagen*» konnten weitere Kostentrenner identifiziert werden.
- Es wurde eine neue DRG E64A mit folgenden Splitbedingungen etabliert:
 - «*Kontaktisolation ab 7 Behandlungstagen*» oder
 - «*Bronchoskopie*» oder
 - «*PCCL > 3*»

Es zeigte sich, dass die CHOP Codes der Codegruppe 33.79 «*Endoskopisches Einsetzen von sonstiger Bronchialvorrichtung oder Substanz*» in der Basis DRG E65 «*Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankungen*» im Gegensatz zur Codegruppe 33.72 «*Endoskopisches Einsetzen oder Ersetzen von Coil(s) in den Bronchien oder der Lunge*» weniger Aufwand generieren und übervergütet sind.

- Die Codegruppe 33.79 «*Endoskopisches Einsetzen von sonstiger Bronchialvorrichtung oder Substanz*» wurde in der Tarifstruktur abgewertet.

Dies führte zu einer Aufwertung der Fälle in der DRG E65A «*Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankungen mit Zustand nach Transplantation oder bestimmtem Eingriff oder komplizierender Prozedur oder mit äusserst schweren CC oder bestimmte Prozedur*».

3.2.8. Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems MDC 05

Auf der Grundlage von Analysen wurde festgestellt, dass der CHOP Kode 37.8E.31 «*Implantation eines subkutanen Defibrillatorsystems*» in der DRG F01 untervergütet ist.

- Durch die Aufnahme des CHOP Kodes in den F01C Split wurde 37.8E.31 «*Implantation eines subkutanen Defibrillatorsystems*» aus der DRG F01D in die DRG F01C aufgewertet und die Abbildung verbessert.

Ein relevanter Anteil der aktuell implantierten Schrittmacher soll in Zukunft mittels Conduction System Pacing 39.A1.21 «*Platzierung einer Elektrode zur direkten Stimulation des intrakardialen Leitungssystems (His Bundle Pacing)*» durchgeführt werden. Am häufigsten werden dabei Herzschrittmacher mit Zweikammerelektroden verwendet. Die Prozedur verursacht aufgrund der Verwendung spezieller Sonden, Katheter und eines umfangreichen Mappingverfahrens bei der Platzierung der Reizleitungselektroden höhere Kosten, welche entsprechend abgebildet werden sollen.

- Nach zahlreichen Analysen wurde der CHOP Kode 39.A1.21 «*Platzierung einer Elektrode zur direkten Stimulation des intrakardialen Leitungssystems (His Bundle Pacing)*» in folgende Tabellen implementiert: F01-2, F02-2, F03-8, F06-6, F12-2, F17-2, F18-1 und F98-6.
- Da all diese Tabellen in einer zusätzlichen Verbindung abgebildet sind, gelangen Fälle mit 39.A1.21 nur in Verbindung mit anderen Prozeduren, wie zum Beispiel der Implantation eines Defibrillators oder der Implantation von 1-, 2- oder 3-Kammerschrittmachern in die jeweiligen DRGs.
- Der Kode wurde zusätzlich den Funktionen «*Bestimmte OR-Prozedur*» hinzugefügt.

Die DRGs F02A und F02B fielen aufgrund der homogenen Kosten- und Leistungsdaten beider Fallmengen auf, die Splitbedingungen erfüllten ihren Zweck nicht mehr.

- Die Simulationen einer Kondensation dieser beiden DRGs erwiesen sich als vorteilhaft, so dass nun aus diesen beiden DRGs eine neue F02Z entstanden ist.

In einem anderen Antrag wurde darauf hingewiesen, dass Fälle mit minimalinvasiver Implantation einer Herzklappenprothese in der DRG F03E untervergütet sind. Bisher führe ausschliesslich der CHOP Kode 35.F1.B2 «*Aortenklappenersatz durch kalziumabweisendes Xenograft, über minimalinvasive Thorakotomie (partielle obere Sternotomie, laterale Thorakotomie)*» in die DRG F03C, in der diese Fälle angemessen vergütet seien. Es sei anzunehmen, dass bei dem CHOP Kode 35.F1.B2 der Mehraufwand, der die Gruppierung in die F03C rechtfertigt, nicht durch die Art der Klappe, sondern hauptsächlich durch den minimalinvasiven Zugang bedingt ist, da dieser im Vergleich zum offenen Zugang deutlich zeitaufwändiger ist. Deshalb sollte die Aufwertung der nachfolgenden CHOP Kodes aus der F03E in die F03C geprüft werden:

- 35.F1.32 «*Aortenklappenersatz durch Xenograft, stentless, über minimalinvasive Thorakotomie (partielle obere Sternotomie, laterale Thorakotomie)*»
- 35.F1.62 «*Aortenklappenersatz durch klappentragende Gefässprothese, biologisch, über minimalinvasive Thorakotomie (partielle obere Sternotomie, laterale Thorakotomie)*»
- 35.F2.22 «*Mitralklappenersatz durch Xenograft (Bioprothese), über minimalinvasive Thorakotomie (partielle obere Sternotomie, laterale Thorakotomie)*»
- 35.F2.32 «*Mitralklappenersatz durch Xenograft, stentless, über minimalinvasive Thorakotomie (partielle obere Sternotomie, laterale Thorakotomie)*»

- 35.F3.22 «Pulmonalklappenersatz durch Xenograft (Bioprothese), über minimalinvasive Thorakotomie (partielle obere Sternotomie, laterale Thorakotomie)»
- 35.F3.32 «Pulmonalklappenersatz durch Xenograft, stentless, über minimalinvasive Thorakotomie (partielle obere Sternotomie, laterale Thorakotomie)»
- 35.F3.62 «Pulmonalklappenersatz durch klappentragende Gefässprothese, biologisch, über minimalinvasive Thorakotomie (partielle obere Sternotomie, laterale Thorakotomie)»
- 35.F4.22 «Trikuspidalklappenersatz durch Xenograft (Bioprothese), über minimalinvasive Thorakotomie (partielle obere Sternotomie, laterale Thorakotomie)»
- 35.F4.32 «Trikuspidalklappenersatz durch Xenograft, stentless, über minimalinvasive Thorakotomie (partielle obere Sternotomie, laterale Thorakotomie)»

Analysen ergaben, dass sowohl 35.F1.B2 «Aortenklappenersatz durch kalziumabweisendes Xenograft, über minimalinvasive Thorakotomie (partielle obere Sternotomie, laterale Thorakotomie)» als auch die anderen aufgeführten Codes in der DRG F03C übervergütet sind, manche davon jedoch von einer Aufwertung profitieren würden.

- Die Prozeduren-Tabelle F03-19, welche den CHOP Kode 35.F1.B2 «Aortenklappenersatz durch kalziumabweisendes Xenograft, über minimalinvasive Thorakotomie (partielle obere Sternotomie, laterale Thorakotomie)» enthält, wurde vom F03C in den F03D Split abgewertet.
- Zusätzlich wurden die CHOP Codes 35.F1.22 «Aortenklappenersatz durch Xenograft (Bioprothese), über minimalinvasive Thorakotomie (partielle obere Sternotomie, laterale Thorakotomie)», 35.F2.22 «Mitralklappenersatz durch Xenograft (Bioprothese), über minimalinvasive Thorakotomie (partielle obere Sternotomie, laterale Thorakotomie)», 35.F3.22 «Pulmonalklappenersatz durch Xenograft (Bioprothese), über minimalinvasive Thorakotomie (partielle obere Sternotomie, laterale Thorakotomie)» sowie 35.F4.22 «Trikuspidalklappenersatz durch Xenograft (Bioprothese), über minimalinvasive Thorakotomie (partielle obere Sternotomie, laterale Thorakotomie)» in die Prozeduren-Tabelle F03-19 aufgenommen.
- Durch die Abwertung der F03-19 Tabelle bei gleichzeitiger Aufnahme der Prozeduren gruppieren diese neu in die DRG F03D.

Gemäss einem Antragsteller sei das Einsetzen einer Clip-Vorrichtung zum Verschluss des linken Vorhofes in den DRGs F03, F06 und F31 untervergütet. Es wurde daher um eine Überprüfung der Abbildung von 37.90.09 «Einsetzen von Vorrichtungen ins linke Herzohr, sonstige» und 37.99.30 «Ligatur eines Herzohres» gebeten, wobei insbesondere die Aufnahme von 37.90.09 «Einsetzen von Vorrichtungen ins linke Herzohr, sonstige» in die Tabellen F03-22, F06-14 und F31-1 untersucht werden soll.

- Analysen ergaben, dass sowohl 37.90.09 «Einsetzen von Vorrichtungen ins linke Herzohr, sonstige» als auch 37.99.30 «Ligatur eines Herzohres» angemessen abgebildet sind.
- Die Integration der CHOP Codes in die Tabellen F03-22, F06-14 und F31-1 wurde dennoch mittels verschiedener Simulationen geprüft, woraufhin 37.90.09 «Einsetzen von Vorrichtungen ins linke Herzohr, sonstige» in die Tabelle F31-1 aufgenommen wurde, um ihn mit dem in dieser Tabelle bereits vorhandenen Kode 37.99.30 «Ligatur eines Herzohres» gleichzustellen.
- Die Aufnahme in andere Tabellen war aufgrund schlechter Resultate nicht umsetzbar.

Während der Bearbeitung eines Antrages fielen uns Fälle innerhalb der Basis DRG F12 «Implantation eines Herzschrittmachers» auf, welche untervergütet waren. Als Kostentrenner erwiesen sich einerseits ein PCCL > 3 sowie die Implantation eines Drei-Kammer-Schrittmachers in Kombination mit der globalen Funktion «Mehrzeitige bestimmte OR-Prozeduren» in der DRG F12C.

- Diese Kombination wurde als Splitbedingung für die DRG F12B aufgenommen.
- Der PCCL-Split > 3 wurde von der DRG F12B in die DRG F12A verschoben.

- Durch diese Umbauten waren aber die Splitbedingungen für die DRG F12A nicht mehr kostentrennend und so wurden die DRGs F12A und F12B zur DRG F12A «*Implantation eines Herzschrittmachers mit äusserst schweren CC oder einer Zwei- oder Drei-Kammer-Stimulation mit komplexem Eingriff oder Alter < 16 Jahre oder bestimmter Prozedur, oder Drei-Kammer-Stimulation mit mehrfach bestimmter OR-Prozedur*» kondensiert.
- Daraufhin zeigte sich, dass die Splitbedingungen für die bisherige DRG F12C nun ebenfalls nicht mehr kostentrennend zur bisherigen DRG F12D waren. So wurden auch diese beiden DRGs zur DRG F12C «*Implantation eines Herzschrittmachers mit einer Zwei-Kammer-Stimulation*» kondensiert.

Die CHOP Codes 39.99.31-38 «*Katheterinterventioneller Verschluss des Ductus arteriosus Botalli, mit...*» waren bisher in der Basis DRG F59 abgebildet. Zur Förderung der medizinischen Homogenität wurde eine Abbildung dieser CHOP Codes in der Basis DRG F19 «*Andere perkutan-transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefässen oder bestimmten Verfahren*» geprüft. Es zeigte sich, dass mit diesem Umbau eine sachgerechtere und medizinisch sinnvollere Abbildung dieser CHOP Codes erreicht werden kann, weshalb die Änderung umgesetzt wurde.

Medikamentenfreisetzende Ballons 00.4C.11-14 «*Einsetzen von 1-4 und mehr medikamentenfreisetzenden Ballons*» und Stents nach Anzahl 39.C1.11-1M «*1-20 und mehr implantierte Stents*» sind laut mehreren Antragstellern in der MDC 05 nicht sachgerecht abgebildet. Es wurde um eine Aufwertung innerhalb der DRG F24, DRG F59 und gegebenenfalls weiterer DRGs oder einer Funktion als «*Komplizierende Prozeduren*» gebeten.

- Im Vergleich zum Vorjahr gruppieren Fälle bereits ab dem Einsatz von zwei medikamentenfreisetzenden Ballons 00.4C.12 «*Einsetzen von 2 medikamentenfreisetzenden Ballons*» und nicht erst ab mindestens drei 00.4C.13 «*Einsetzen von 3 medikamentenfreisetzenden Ballons*» in die DRG F13B.
- Durch die Integration von 00.4C.13-14 «*Einsetzen von 3-4 und mehr medikamentenfreisetzenden Ballons*» in den F59E Split wurden die entsprechenden CHOP Codes über die gesamte DRG F59 aufgewertet.
- In der DRG F24A wurden Stents ab einer Anzahl von mindestens zwei Stents 39.C1.12 «*2 implantierte Stents*» aufgewertet.
- In der DRG F24C erfolgte eine Aufwertung ab mindestens drei medikamentenfreisetzenden Ballons 00.4C.13 «*Einsetzen von 3 medikamentenfreisetzenden Ballons*» oder einer Kombination aus Stents und Ballons, beginnend bereits mit 39.C1.11 «*1 implantierter Stent*» und 00.4C.11 «*Einsetzen von 1 medikamentenfreisetzenden Ballon*».
- Die Aufwertung von 00.4C.11-12 «*Einsetzen von 1-2 medikamentenfreisetzenden Ballons*» fand in der DRG F24D statt.

In einem Antrag wurde von aortalen Stent-Prothesen in bestimmten Konstellationen berichtet, welche für eine Aufwertung geprüft werden sollten.

Die Kodegruppe 39.7- «*Implantation von Stent-Grafts*» wurde in die DRG F31A aufgewertet und in die Funktion «*Komplexe OR*» aufgenommen.

Ein weiterer Antragsteller wies darauf hin, dass klassische offene gefässchirurgische Eingriffe wie 38.44.- «*Resektion der Aorta abdominalis mit Ersatz...*» und 39.29.- «*Sonstiger (peripherer) Gefäss-Shunt oder -Bypass...*» in der gesamten DRG F31 nicht kostendeckend abgebildet sind. Er bat um eine Aufwertung durch die Ergänzung dieser Codes in Tabelle F59-6 oder um die Einführung eines neuen Splitkriteriums in der DRG F31, um solche Codes angemessen zu berücksichtigen.

- Aufwertungsversuche der Kodegruppe 39.29.- «*Sonstiger (peripherer) Gefäss-Shunt oder -Bypass...*» erwiesen sich sowohl in der DRG F31 als auch in der F59 als nachteilig.

- Die Einbeziehung der Kodegruppe 38.44.- «Resektion der Aorta abdominalis mit Ersatz» in die Tabelle F59-6 sowie andere Aufwertungsbemühungen in der DRG F59 führten ebenfalls zu unbefriedigenden Ergebnissen.
- In der DRG F31 wurde jedoch eine neue Tabelle mit 38.44.- «Resektion der Aorta abdominalis mit Ersatz...» erstellt und in den Split für F31D integriert.

Die CHOP Codes 38.48.- «Resektion von Arterien der unteren Extremität mit Ersatz», 39.79.7 «Kathetertechnischer Verschluss von Arterien mittels Laser», 39.79.8 «Kathetertechnischer Verschluss von Arterien mittels Radiofrequenz» welche bisher in der Basis DRG F31 «Andere kardiothorakale Eingriffe oder bestimmte Gefässeingriffe» abgebildet waren, sollten eine neue und sachgerechte medizinische Zuordnung erhalten.

- Die CHOP Codes wurden aus der Basis DRG F31 in die Basis DRG F59 «Komplexe oder mässig kompl. Gefässeingriffe» verschoben.

In einem Antrag wurde um Präzisierung des Zusatzentgeltes bezüglich der Position von 39.7A.11-16 «Endovaskuläre Implantation, iliakal, 1-6 und mehr Stent-Prothesen, ohne Seitenarm» gebeten. Obschon ein Zusatzentgelt existiert, werde dieses nicht entsprechend der Anzahl der Stents angepasst.

- Eine Präzisierung des Zusatzentgeltes für 39.7A.11-16 «Endovaskuläre Implantation, iliakal, 1-6 und mehr Stent-Prothesen, ohne Seitenarm» nach Anzahl verwendeter iliakaler Stent-Prothesen erwies sich aufgrund der Fallkonstellationen in den verfügbaren Daten als nicht zielführend.
- Nach einer weiteren Prüfung der Abbildung der Codes innerhalb des DRG-Systems wurden 39.7A.13-16 «Endovaskuläre Implantation, iliakal, 3-6 und mehr Stent-Prothesen, ohne Seitenarm» in den F51B Split aufgenommen und somit entsprechend ihrer Anzahl in der F51 aufgewertet.

Infolge von durchgeführten Simulationen und Anpassungen sind die beiden CHOP Codes 39.56.31/32 «Plastische Rekonstruktion der thorakalen Aorta/V. pulmonalis» aufgefallen, da sie in der Basis DRG F51 nicht mehr sachgerecht abgebildet sind.

- Die beiden CHOP Codes wurden daraufhin aus der Basis DRG F51 entfernt und verbleiben wie bisher in der Basis DRG F59.

Ein Antragsteller machte darauf aufmerksam, dass gemäss der vorherrschenden Logik in DRG F59C nur Fälle in die DRG gruppiert werden, die an zwei verschiedenen Tagen praktisch denselben Eingriff aus derselben Tabelle aufweisen. Es wurde ein neues Splitkriterium für die DRG F59C vorgeschlagen, bei dem zwar zwei Behandlungen, die mindestens einen Behandlungstag auseinanderliegen, erreicht werden müssen, diese jedoch aus den drei verschiedenen Tabellen F59-3, F59-4 und F59-5 entnommen werden können und somit unterschiedliche Interventionen aufweisen können.

- Verschiedene Simulationen zeigten, dass die derzeitige Logik für Tabelle F59-4 sinnvoll ist, wonach Fälle mit zwei Behandlungen, die mindestens einen Behandlungstag auseinanderliegen, aus dieser Tabelle stammen.
- Für die Tabellen F59-3 und F59-5 wurde die Logik jedoch angepasst, sodass nun Fälle zwar zwei Behandlungen an mindestens zwei unterschiedlichen Behandlungstagen aufweisen müssen, diese aber entweder aus Tabelle F59-3 oder aus Tabelle F59-5 stammen können.

Interventionen bei venösen Thrombosen gelten laut eines Antragstellers als Verfahren mit hohem Ressourcenverbrauch, die generell unterfinanziert sind. Es wurde daher vorgeschlagen, Fälle mit einer Hauptdiagnose aus ICD I80.- «Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis», I81 «Pfortaderthrombose» und I82.- «Sonstige venöse Embolie und Thrombose» sowie einer Intervention von 39.75.15 «Perkutan-transluminale Gefässintervention, sonstige Gefässe, selektive Thrombolyse», 39.50.21 «Angioplastik

Thrombektomie an sonstigem(n) Nicht-Herzkranzgefäss(en)» oder 39.B* «*(Perkutan-) transluminale Implantation von Stents in Blutgefässe*» in die DRG F59C aufzuwerten.

- Fälle mit einer Hauptdiagnose aus I80.- «*Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis*» oder I82.- «*Sonstige venöse Embolie und Thrombose*», mit Ausnahme von I82.0 «*Budd-Chiari-Syndrom*», sowie einer Prozedur aus 39.75.15 «*Perkutan-transluminale Gefässintervention, sonstige Gefässe, selektive Thrombolysen*» oder 39.B* «*(Perkutan-) transluminale Implantation von Stents in Blutgefässe*», ausgenommen von allen unspezifischen 39.B* Codes mit einer .09-Endung, wurden in die DRG F59D aufgewertet.

Die nachfolgenden CHOP Codes sollten gemäss eines Antragstellers durch Ihre Integration in die Tabelle F59-17 von der F59G in die F59F aufgewertet werden, um sie sachgerecht abzubilden.

- 39.B3.C1/C3/D1 «*(Perkutan-)transluminale Implantation von gecoverten Stents ohne Medikamenten-Freisetzung, andere abdominale und pelvine Arterien [L]/A. iliaca [L]/viszerale Gefässe*»
- 39.B4.C1/C3/D1 «*(Perkutan-)transluminale Implantation von gecoverten Stents mit Medikamenten-Freisetzung, andere abdominale und pelvine Arterien [L]/A. iliaca [L]/viszerale Gefässe*»
- 39.B5.C1/C3/D1 «*(Perkutan-)transluminale Implantation von ungecoverten Cheatham-Platinum-Stents, andere abdominale und pelvine Arterien [L]/A. iliaca [L]/viszerale Gefässe*»
- 39.B6.C1/C3/D1 «*(Perkutan-)transluminale Implantation von gecoverten Cheatham-Platinum-Stents, andere abdominale und pelvine Arterien [L]/A. iliaca [L]/viszerale Gefässe*»
- 39.B8.C1/C3/D1 «*(Perkutan-)transluminale Implantation von gecoverten grosslumige Stents, andere abdominale und pelvine Arterien [L]/A. iliaca [L]/viszerale Gefässe*»
- 39.BG.C1/C3 «*(Perkutan-)transluminale Implantation von aus Einzeldrähten verwobenen Nitinolstents, andere abdominale und pelvine Arterien [L]/A. iliaca [L]*»

Nach sorgfältiger Prüfung der aufgeführten Codes im SwissDRG System wurde folgendes in der DRG F59 angepasst:

- Die Aufnahme aller aufgelisteten Codes in die Tabelle F59-17 führte zu ihrer Aufwertung von der DRG F59G in die F59F.
- Darüber hinaus wurde die Tabelle F59-17 zusätzlich in den F59C Split mit der Bedingung der Mehrzeitigkeit aufgenommen. Entsprechende Fälle werden demnach in die DRG F59C aufgewertet.

Mehrere Antragssteller machten uns auf eine unsachgerechte Vergütung von 39.50.15 «*Angioplastik oder Atherektomie an sonstigem(n) Nicht-Herzkranzgefäss(en) mittels Lithotripsie*» in der F59G aufmerksam. Die Abbildung des Codes sollte geprüft werden und gegebenenfalls in die F59E aufgewertet werden.

- Der CHOP Code 39.50.15 «*Angioplastik oder Atherektomie an sonstigem(n) Nicht-Herzkranzgefäss(en) mittels Lithotripsie*» wurde in die Splitbedingung für die DRG F59F aufgenommen und somit aus der F59G in die F59F aufgewertet.
- Bei einer zusätzlichen Kodierung von 00.4C.11-14 «*Einsetzen von 1-4 und mehr medikamentenfreisetzenden Ballons*» gruppieren Fälle mit 39.50.15 «*Angioplastik oder Atherektomie an sonstigem(n) Nicht-Herzkranzgefäss(en) mittels Lithotripsie*» zukünftig in die F59E.

In der DRG F90A werden gemäss eines Antragstellers Hochdefizitfälle identifiziert, die zwar mehrzeitig komplexe Prozeduren aufweisen, jedoch niedrige IMCK-Aufwandspunkte haben. Die betroffenen Fälle sollten daher entweder in die DRG F36A oder F36B gruppieren, indem sie in Tabelle F36-5 aufgenommen werden, oder es sollte ein neues Splitkriterium in der ADRG F90 eingeführt werden,

welches die komplexe Natur und die zeitliche Dimension der Eingriffe berücksichtigt und gleichzeitig niedrige IMCK-Aufwandspunkte aufweist.

- Die Zuordnung in die DRG F36A und F36B sowie die Einführung eines neuen Splitkriteriums in der F90, das mehrzeitige komplexe Eingriffe in Verbindung mit niedrigeren IMCK-Aufwandspunkten berücksichtigt, wurde nach gründlicher Prüfung als nicht zielführend erachtet.
- Um dennoch eine bessere Abbildung von Fällen mit mehrzeitigen komplexen Prozeduren zu ermöglichen, wurde eine neue DRG F90A mit dem Splitkriterium «*Mehrzeitige komplexe OR*» über der bereits bestehenden DRG F90A eingeführt. Die frühere DRG F90A behält ihre Splitbedingungen und wird nun zur neuen DRG F90B; dasselbe gilt für die frühere DRG F90B, die nun als F90C fungiert.

Der Mitralklappenersatz mit Tendyne 35.F2.25 «*Mitralklappenersatz durch Xenograft (Bioprothese), transapikal mit Verwendung eines perkutanen apikalen Zugangs und Verschlussystems*» sei laut eines Antragstellers derzeit in DRG F98C untervergütet und sollte in einen höheren F98 Split eingestuft werden. Gleiches gelte auch für den CHOP Kode 35.F2.26 «*Mitralklappenersatz durch Xenograft (Bioprothese) mit transapikaler Verankerung*».

- Der Kode 35.F2.26 «*Mitralklappenersatz durch Xenograft (Bioprothese) mit transapikaler Verankerung*» wurde im CHOP 2023 aufgenommen. Da sich die Systementwicklung 14.0 auf Daten vom Jahr 2022 sowie auf die ICD und CHOP Codes desselben Jahres stützt, konnten keine Analysen bezüglich dieses Kodes durchgeführt werden.
- Nach Überprüfung der Abbildung des Kodes 35.F2.25 «*Mitralklappenersatz durch Xenograft (Bioprothese), transapikal mit Verwendung eines perkutanen apikalen Zugangs und Verschlussystems*» konnte eine Untervergütung bestätigt werden, weshalb der Kode in den höheren F98B Split aufgenommen wurde.
- Eine Aufwertung in DRG F98A wurde ebenfalls geprüft, jedoch aufgrund schlechter Ergebnisse nicht umgesetzt.

3.2.9. Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane MDC 06

Für Fälle in der DRG G12 ging ein Antrag ein mit der Bitte zur Aufwertung von intensivmedizinischen oder Intermediate Care Aufenthalten.

- Infolge der Analysen konnten bestimmte IntK- und IMCK-Aufwandspunkte in die DRG G12A aufgewertet werden: IntK >130/119, IMCK >130/184.

Von einem Leistungserbringer erhielten wir einen ausführlichen Hinweis zu einer besonderen Fallkonstellation in der MDC 06. Es wurde eine Koloskopie sowie eine Ileoskopie durchgeführt, jeweils mit einer Biopsie. Dabei wurden die CHOP Codes 45.25 «*Geschlossene [endoskopische] Biopsie am Dickdarm*» und 45.14 «*Geschlossene [endoskopische] Biopsie am Dünndarm*» aufgeführt. Gemäss einer Regel im Kodierhandbuch darf jedoch nur der am weitesten eingesehene Bereich kodiert werden, in diesem Fall 45.14. In der V13.0 wird damit die DRG G46C angesteuert. Wird jedoch der Kode 45.25 verwendet, so gruppiert der Fall in die höher bewertete DRG G48A (sofern eine bestimmte Diagnose oder Alter < 16 Jahre gegeben ist).

- Nach verschiedenen Analysen und Simulationen hat sich gezeigt, dass eine strikte Trennung von endoskopischen Eingriffen an Magen oder Darmtrakt nicht mehr zielführend ist, da häufig mehrere Eingriffe durchgeführt werden. Eine Kondensation der beiden DRGs G46 und G48 erwies sich als angemessen.
- Das Splitting anhand der bestehenden Kriterien konnte weitestgehend beibehalten und ergänzt werden.

- Es wurden die beiden Tabellen für komplexe therapeutische Koloskopie und komplexe therapeutische Gastroskopie in G46A und B gleichgestellt (mit zusätzlicher Prozedur oder PCCL-Wert). Damit wurde die komplexe therapeutische Koloskopie aufgewertet.
- In die G46A wurden die Bedingungen «*Entzündliche Darmerkrankung und Alter < 16 Jahre*» sowie «*Mehrzeitige Eingriffe von komplexer therapeutischer Gastro- und Koloskopie*» aufgewertet.
- In der G46B wurde die Zusatzbedingung «*Schwere Erkrankung der Verdauungsorgane*» entfernt, so dass nun allein die Bedingung «*Alter < 16 Jahre*» in die G46B gruppiert.
- Die ehemalige G48A ist zur G46C geworden, die Bedingungen wie beispielsweise schwere oder entzündliche Darmerkrankungen oder komplizierende Prozeduren wurden übernommen. Ebenfalls wurde die Bedingung «*Mehrzeitige Eingriffe bei komplexer therapeutischer Gastro- und Koloskopie*» neu in die G46C aufgenommen.
- So wird eine sach- und aufwandsgerechte Abbildung von Fällen, auch mit mehreren Gastro- und Koloskopien erreicht.

Infolge der umfangreichen Umbauten von G46 und G48 zeigte sich ebenfalls, dass es unter den Ein-Belegungstagsfällen aufwendige Konstellationen gibt.

- Dabei zeigte sich, dass Fälle mit endoskopischen Magen- oder Darmeingriffen einen grösseren Aufwand darstellen.
- Mit Aufnahme der Tabelle G86-4 in den Split der DRG G86A werden die entsprechenden Fälle aufgewertet.

3.2.10. Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas MDC 07

In einem Antrag wurde beschrieben, dass Fälle in der H07C mit einer akuten Cholezystitis in der Hauptdiagnose untervergütet seien. In einem weiteren Antrag wurden höhere Kosten bei Fällen in der H07C mit notfallmässigem Eintritt beschrieben.

- Im Rahmen der Simulationen konnte nachgewiesen werden, dass Fälle mit Diagnose «*Akute Cholezystitis*» K80.00/K80.01 und K81.0 einen höheren Ressourcenaufwand darstellen.
- Die Diagnosen haben sich als Splitkriterium erwiesen. So konnte die DRG H07C anhand der beschriebenen Diagnosen und der entsprechenden Tabelle H07-3 gesplittet werden.

Darüber hinaus ereilte uns ein Antrag zur DRG H07C, wobei schwere Diagnosen und Komplikationen sowie das Vorhandensein von Adhäsionen als ressourcenintensiv aufgefallen sind.

- Es hat sich bestätigt, dass das Lösen von Adhäsionen zu einem erhöhten Kostenaufwand führt. So konnten die Prozeduren für Adhäsio lysen anhand der Tabelle H07-7 ebenfalls in die neue H07C aufgewertet werden.

Es wurde erneut die Pankreasfistel als Komplikation infolge einer Pankreatektomie geprüft, welche bereits im Vorjahr als Splitkriterium beantragt wurde. In der H09 seien solche Fälle nicht sachgerecht abgebildet. Zusätzliche Diagnostik und eine längere Aufenthaltsdauer machen diese Fälle teuer.

- Die Codegruppe K86.8- «*Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Pankreas*» wurde als Diagnose-Tabelle in die DRG H09A aufgewertet.

Fälle mit schweren CC und nur einem Belegungstag waren in der DRG H60A «*Leberzirrhose mit äusserst schweren CC oder Alter < 16 Jahre*» übervergütet.

- Durch die Verknüpfung des PCCL-Splits > 3 mit der Bedingung «*und mehr als ein Belegungstag*» konnte diese Übervergütung behoben werden.

Wir hatten uns vorgemerkt, die DRG H61B auf kostentrennende Eigenschaften zu überprüfen. In einem Antrag aus dem Vorjahr wurden bestimmte therapeutische Verfahren als ressourcenintensiv beschrieben. Jedoch liess sich der Antrag zuvor für die Version 13.0 noch nicht umsetzen.

- Die erneute Prüfung der Daten aus dem Jahr 2022 hat nun gezeigt, dass bestimmte endoskopische Darmeingriffe wie Koloskopie, Biopsie etc. in der MDC 07 kostentreibende Auswirkungen haben.
- Es wurde eine Aufwertung der Codes 44.43 «*Endoskopische Blutstillung in Magen oder Duodenum*», einige Codes aus der Gruppe 45.2* «*Diagnostische Massnahmen am Dickdarm*» und weitere anhand der Tabelle H61-3 in die DRG H61A vorgenommen.
- Ausserdem wurde wie bereits beschrieben die neue Funktion «*Aufwendige Konstellation bei bösartigen Neubildungen*» in die DRG H61A aufgenommen.

Lebererkrankungen ohne bösartige Neubildungen, welche eine Evaluation vor Lebertransplantationen erhielten, waren in der DRG H63B «*Erkrankungen der Leber ausser bösartige Neubildung, Leberzirrhose und bestimmte nichtinfektiöse Hepatitiden mehr als ein Belegungstag mit...*» nicht sachgerecht abgebildet.

- Vollständige oder Re-Evaluationen vor Lebertransplantation ohne bösartige Neubildungen gruppieren neu in die DRG H63A «*Erkrankungen der Leber ausser bösartige Neubildung, Leberzirrhose und bestimmte nichtinfektiöse Hepatitiden mehr als ein Belegungstag mit komplizierender Prozedur oder äusserst schweren CC mit Evaluationsaufenthalt vor Lebertransplantation oder schwerste CC oder komplexen Diagnosen*» und wurden somit aufgewertet.

Wir erhielten einen Antrag mit der Bitte, eine Homogenitätsanalyse der DRG H63D durchzuführen. Ein Hinweis bezog sich auf die Prüfung von intensivmedizinischen oder Intermediate Care Aufenthalten.

- Daraufhin konnte eine Aufwertung von «*IntK/IMCK 60-119 Aufwandspunkte*» bei Erwachsenen in die DRG H63C erfolgen.
- Ausserdem konnte der Alterssplit von «*Alter < 6 Jahre*» auf «*Alter < 16 Jahre*» erhöht werden, da sich auch die etwas älteren Kinder als aufwendiger erwiesen.

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

Ein Antragsteller bat uns, die Knochentransplantationen mit mikrovaskulärer Anastomose abzuwerten. Laut dem Antragsteller benötige es für die Durchführung der mikrovaskulären Anastomose während der Operation zusätzlich nur eine Lupenbrille oder ein Mikroskop. Weitere zusätzliche Massnahmen, Investitionen oder Material wären nicht notwendig.

- Die Daten aus dem Jahr 2022 bestätigten, dass die Aufwände für eine «*Knochentransplantation, gefässgestielt mit mikrovaskulärer Anastomose*» im Vergleich zu «*Gewebetransplantationen, gefässgestielt mit mikrovaskulärer Anastomose*» nicht identisch sind.
- Die CHOP Codes 78.01.10-78.09.90 «*Knochentransplantation an..., gefässgestielt mit mikrovaskulärer Anastomose*» und 7A.51.12 «*Knochentransplantation an der Wirbelsäule, gefässgestielt mit mikrovaskulärer Anastomose*» wurden aus den Tabellen für «*Gewebetransplantation, gefässgestielt mit mikrovaskulärer Anastomose*» entfernt und eine eigene Tabelle mit «*Knochentransplantation, gefässgestielt mit mikrovaskulärer Anastomose*» erstellt.
- Durch Aufnahme dieser Tabelle in die DRG I08A konnte eine aufwands- und sachgerechte Abbildung der CHOP Codes erreicht werden.
- Im Rahmen der Bearbeitung des Antrages fiel zusätzlich eine Überbewertung der CHOP Codes 78.01.00 und 78.01.09 «*Knochentransplantation und Knochentransposition an Skapula und Klavikula, n.n.bez/sonstige*» auf. Sie wurden abgewertet.

Laut eines anderen Antragstellers erfolgt bei Patienten mit einer Polymyalgie (ICD Kode M35.3) und einer Dauersteroidtherapie, welche aufgrund einer anderen Erkrankung stationär aufgenommen wurden, selten eine Medikamentenanpassung oder ein sonstiges Patientenmanagement. Der ICD Kode M35.3 «*Polymyalgia rheumatica*» ist als Nebendiagnose zu hoch bewertet.

- In der CC-Matrix ist der ICD Kode M35.3 nicht bewertet.
- Analysen bestätigten eine zu hohe Bewertung des ICD M35.3 als Nebendiagnose in der MDC 08.
- Durch das Entfernen des ICD Kodes M35.3 aus Tabellen in den Basis DRGs I08 und I12 konnte eine sachgerechte Abbildung des ICD Kodes als Nebendiagnose erreicht werden.

Die gesamte DRG I09A «*Wirbelkörperfusion mit äusserst schweren CC oder komplexem Eingriff oder Wirbelkörper-Ersatz ab 4 Implantaten mit bestimmtem Eingriff oder IntK/IMCK > 196/184 Aufwandspunkte*» wird als defizitär beschrieben. Insbesondere Fälle ab 12 Segmenten bedürfen einer Aufwertung.

- Die bisherige DRG I09A wurde gesplittet. In die neue DRG I09A gruppieren in der Version 14.0 Fälle mit einer «*Fusion von Wirbeln zur Stellungskorrektur, ab 12 und mehr Segmente*» oder mit «*IntK NG/Ki 131 bis 196 Aufwandspunkten*».
- Zusätzlich konnte in die DRG I09D bzw. I09C (Alter < 18 Jahre) ein weiteres Splitkriterium etabliert werden. Fälle mit einer Diagnose M41.0-/M41.1 oder Q67.5 aus der Gruppe «*angeborene Deformation an der Wirbelsäule*» werden in diese DRGs aufgewertet. Diese Diagnosen konnten ebenfalls in die DRG I06B aufgewertet werden.
- Mit diesen Anpassungen konnten die Homogenität der Fälle und das Gesamtsystem verbessert werden.

In einem Antrag wurden wir darauf hingewiesen, dass Fälle, welche notfallmässig eintreten und in die DRG I10C gruppieren, deutlich höhere Kosten aufweisen. Die Liegedauer solcher Fälle sei doppelt so lang wie bei regulären, geplanten Eintritten. Auch würden Kosten für Notaufnahme und Diagnostik bei elektiven Fällen wegfallen, weshalb die Variable «*Eintrittsart*» als Kostentrenner geprüft werden soll.

- Die daraufhin durchgeführten Analysen konnten diese These nicht bestätigen. Die Abweichungen fielen sehr gering aus.
- Unterschiede in den Kosten zeigten sich dagegen bei der Häufigkeit von Eingriffen. Dadurch konnten «*Mehrzeitig bestimmte OR*» als Splitkriterium in die DRG I10B aufgenommen und Fälle damit aufgewertet werden.

Über das Antragsverfahren wurden wir darauf hingewiesen, dass Revisionsoperationen mit Prothesenwechsel an der Schulter und am Ellenbogen nicht kostendeckend seien, insofern Komplikationen der ICD Kodes T84.0- und T84.5- vorhanden sind.

- Die CHOP Codes 81.80.21 «*Implantation Totalendoprothese Schultergelenk, anatomisch, bei Prothesenwechsel*», 81.80.22 «*Implantation Totalendoprothese Schultergelenk, invers, bei Prothesenwechsel*», 81.80.23 «*Implantation Totalendoprothese Schultergelenk, Sonderprothese, bei Prothesenwechsel*» wurden in die DRG I12B aufgewertet.

Wir mussten feststellen, dass der Eingriff «*komplexe (mehrdimensionale) Osteotomie (mit Achsenkorrektur)...*» in der Basis DRG I13 «*Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk...*» nicht sachgerecht vergütet wurde.

- Es mussten CHOP Codes aus der Logik «*Mehrfacheingriff*» in der DGR I13A entfernt werden:
 - 77.37.13 «*Komplexe (mehrdimensionale) Osteotomie (mit Achsenkorrektur) an der Tibia*»
 - 77.37.22 «*Komplexe (mehrdimensionale) Osteotomie (mit Achsenkorrektur) an der Fibula*»
- Stattdessen erfolgte eine Verschiebung in die DRG I13B, ohne weitere Bedingung.
- Fälle mit CHOP Codes 00.9A.6- «*Verwendung von präoperativ patientenindividuell mittels 3D-Bildgebung...*» waren in der DRG I13A zu hoch bewertet. Die Tabelle wurde entfernt.

Es wurden Fälle mit Mehrfacheingriffen beschrieben, welche infolge ihrer neurologischen Grunderkrankung untervergütet sind. Sie lassen sich anhand einer Diagnose von G80/G82 «Paresen» oder Q90-Q99 «Chromosomenanomalien anderenorts nicht klassifiziert» sowie mindestens zwei CHOP Codes aus 81.1* «Arthrodese und Arthrorise an Fuss und Sprunggelenk,...», 77* «Osteotomie...», 83* «Sehnentransfer» identifizieren. Die Fälle sind in der DRG I20B bzw. I20C untervergütet. Der Antrag bestand in der Aufwertung dieser Konstellation anhand eines Splits der DRGs I20B und I20C oder einer Aufwertung in die DRG I20A.

- Es wurden Codes aus der Mehrfachlogik für die DRGs I20B und I20C entfernt: 81.1* «Arthrodese und Arthrorise an Fuss und Sprunggelenk,...», 79.17.10-19 «Geschlossene Reposition einer Fraktur des Kalkaneus mit innerer Knochenfixation», 78.38.10-99 «Verlängerungsosteotomie am Kalkaneus, an Tarsalia und Metatarsalia».
- Dafür wurde eine Aufnahme dieser Codes in die Tabelle ohne weitere Bedingung für DRG I20B/C initiiert.
- Dadurch gelangen mit bestimmter Diagnose nun auch einige Fälle in die DRG I20A. Neu gruppieren auch Fälle mit «Zerebralparesen» in die I20A.
- Die Tabelle mit ICD Codes «Arthritis/Osteomyelitis» wurde dagegen aus der DRG I20A entfernt.

Infolge der Bearbeitung eines Anwenderhinweises fiel eine Überbewertung von CHOP Codes für «Durchtrennung von Gelenkkapsel, Ligament oder Knorpel an...» in bestimmten Basis DRGs der MDC 08 auf.

- Neu gruppieren die CHOP Codes 80.47* «Durchtrennung von Gelenkkapsel... am Sprunggelenk», 80.41* «Durchtrennung von Gelenkkapsel... an der Schulter» und 80.49.10 «Durchtrennung von Gelenkkapsel... am Sternoklavikulargelenk» in die Basis DRG I59 «Andere Eingriffe an den unteren Extremitäten und Humerus oder mässig komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm».
- In der Basis DRG I21 «Bestimmte Eingriffe an Hüftgelenk und Femur» sind nun neu auch die CHOP Codes 80.45 «Durchtrennung von Gelenkkapsel... an der Hüfte», 80.49.20 «Durchtrennung von Gelenkkapsel... am Iliosakralgelenk» und 80.49.30 «Durchtrennung von Gelenkkapsel... an der Symphyse» sachgerecht abgebildet.
- CHOP Codes dieser CHOP Codegruppen mit «nicht näher bezeichnet» wurden abgewertet und haben keine Gruppierungsrelevanz.

Anlässlich eines Austauschs wurde dargelegt, dass Fälle mit einer bösartigen Neubildung der Schulter in DRG I29C «Komplexe Eingriffe an Skapula, Klavikula, Rippen oder Schulter» untervergütet seien. Insbesondere die lange Operationsdauer schlägt sich in den Kosten nieder.

- Infolge der getätigten Simulationen wurde die Diagnosetabelle «Bösartige Neubildungen des Bindegewebes» in den Split für die DRG I29B aufgenommen. Die Fälle erfahren damit eine Aufwertung.

Aufgrund der Daten 2022 zeigten sich einige Splitbedingungen in der Basis DRG I30 «Komplexe Eingriffe am Kniegelenk» nicht mehr als kostentrennendes Merkmal.

- So wurde die Splitbedingung «Bestimmte Eingriffe oder bestimmte Verfahren» für die DRG I30B entfernt und das «Alter < 16 Jahre» auf «Alter < 18 Jahre» erhöht.
- Damit konnte eine sachgerechte Abbildung von komplexen Eingriffen am Knie in der Basis DRG I30 erreicht werden.

In der Basis DRG I31 «Komplexe Eingriffe an Ellenbogen und Unterarm» zeigten sich die Splitbedingungen ebenfalls nicht mehr als eindeutig kostentrennende Merkmale.

- Die DRGs I31A und I31B wurden zur DRG I31A «Komplexe Eingriffe an Ellenbogen und Unterarm mit beidseitigem oder mehrzeitigem Eingriff oder Eingriff an mehreren Lokalisationen oder bestimmtem Eingriff oder bestimmten Verfahren» kondensiert.

Weiter zeigte sich in den Daten 2022, dass die DRG I68B und die DRG I68C ähnliche Kosten aufwiesen und die Splitbedingung «Komplexe Diagnose oder Para-/Tetraplegie oder äusserst schwere CC» kein kostentrennendes Merkmal mehr war.

- Die DRGs I68B und I68C wurden zur DRG I68B «Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich mit schweren CC oder Para-/Tetraplegie» kondensiert.

Im Rahmen eines unterjährigen Austausches erhielten wir den Hinweis, dass es in der medizinischen Partition Fälle mit einem Hallux valgus gibt, welche in der Basis DRG I76 «Andere Erkrankungen des Bindegewebes...» höher bewertet sind, als Fälle mit operativem Eingriff in der Basis DRG I20 «Eingriffe am Fuss...».

- Durch die Verschiebung der ICD Codes M20.- «Hallux; Sonstige Deformitäten am Fuss» und M21.- «Valgus- oder Flexionsdeformität; Erworbene Deformitäten» in die Basis DRG I69 «Knochenkrankheiten und Arthropathien...» wird eine sachgerechte Vergütung von Fällen mit und ohne Eingriff erzielt.

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

Ein Antragsteller wies uns darauf hin, dass bei postbariatrischen Korrekturingriffen vermehrt eine Gewebereduktionsplastik an mehreren Lokalisationen oder beidseitig durchgeführt wird und dies in der DRG J10A nicht sachgerecht abgebildet ist.

- In den Daten 2022 waren die Gewebereduktionsplastiken an mehreren Lokalisationen oder beidseitig klar als Kostentrenner erkennbar.
- Die Splitbedingung für die DRG J10A wurde so geändert, dass nur noch Gewebereduktionsplastiken beidseits oder an mehreren Lokalisationen in diese DRG gruppieren.
- Einseitige Gewebereduktionsplastiken sind in der DRG J10B aufwands- und sachgerecht abgebildet.

Es wurde festgestellt, dass zwei ICD Codes aus der MDC 09 nicht sachgerecht abgebildet sind und einer Anpassung bedürfen.

- Infolgedessen wurde der ICD Code Z42.1 «Nachbehandlung unter Anwendung plastischer Chirurgie der Mamma» aus der Hauptdiagnosen-Tabelle J01-1 für bösartige Neubildungen der Basis DRG J01 entfernt, da ihm nicht die gleiche Relevanz beigemessen werden kann, wie anderen bösartigen Neubildungsdiagnosen.
- Der ICD Code C79.2 «Sekundäre bösartige Neubildung der Haut» wurde aus der AND NOT Tabelle J24-1 der DRG J24 «Eingriffe an der Mamma ausser bei bösartigen Neubildungen» entfernt.

Hinsichtlich der Weiterentwicklung der Tarifstruktur fielen Fälle auf, welche in der Basis DRG J61 «Schwere oder mässig schwere Erkrankungen der Haut oder Hautulkus bei chronischer Para-/Tetraplegie» nicht aufwandsgerecht abgebildet sind.

- Die Analysen zeigten, dass Fälle mit einer Para- oder Tetraplegie oder mit äusserst schweren CC in der DRG J61A sachgerecht abgebildet sind.
- Fälle mit schwersten Epidermolysen gruppieren bisher nur in Kombination mit anderen Bedingungen in DRG J61A.
- Diese Splitbedingung wurde angepasst und nun gruppieren schwerste Epidermolysen oder äusserst schwere CC ohne weitere Bedingungen in die DRG J61A.

- In die DRG J61B gruppieren Fälle mit schweren Hauterkrankungen.
- Die Abbildung der Fälle innerhalb der Basis DRG J61 konnte mit diesen Umbauten verbessert werden.

3.2.13. Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten MDC 10

Im Zuge von Analysen fielen Fälle mit einer Kombination aus einer Hauptdiagnose im Bereich E02-E05.- «Hyperthyreose» oder E06.3 «Autoimmunthyreoiditis» und der Prozedur 16.98.20 «Knöcherner Dekompression der Orbita» auf. Diese Fälle wurden fälschlicherweise der Basis DRG 901 zugeordnet.

- Die beschriebenen Fallkonstellationen wurden als neue Bedingung in die Basis DRG K09 aufgenommen, wodurch Fälle abhängig von ihrer Kodierung nun in die DRG K09A oder DRG K09B gruppieren.

Die DRGs K60B und K60C wiesen auf der Datengrundlage des Jahres 2022 ähnliche Kosten auf. Die Splitbedingungen erwiesen sich nicht mehr als eindeutig kostentrennendes Merkmal.

- So wurden die DRGs K60B und K60C zur DRG K60B «Diabetes mellitus oder schwere Ernährungsstörungen mit äusserst schweren CC, oder Diabetes mellitus mit komplizierender Diagnose oder mit Evaluation zur Transplantation oder Alter < 6 Jahre oder Alter < 16 Jahre mit schweren CC oder bestimmter Diagnose oder Para-/Tetraplegie» kondensiert.

Ein Antragsteller hat darauf hingewiesen, dass die beiden Hauptdiagnosekodes E87.1 «Hypoosmolalität und Hyponatriämie» und E22.2 «Syndrom der inadäquaten Sekretion von Adiuretin» (SIADH) in zwei unterschiedliche DRGs, nämlich in die Basis DRG K62 und K64, führen. Aufgrund der klinischen Herausforderung bei der Unterscheidung dieser beiden Diagnosen und ihrer möglichen Mischformen entstehen bei der Kodierung Unklarheiten.

Es wurde darum gebeten, die Grouperlogik so anzupassen, dass die beiden Diagnosen in die gleiche Basis DRG führen.

- Analysen ergaben, dass Fälle mit E87.1 «Hypoosmolalität und Hyponatriämie», die zuvor der DRG K62 zugeordnet waren, in der DRG K64 angemessen abgebildet werden.
- Folglich wurde E87.1 «Hypoosmolalität und Hyponatriämie» neu der DRG K64 zugeteilt, womit beide ICD Codes nun in die Basis DRG K64 gruppieren.

3.2.14. Krankheiten und Störungen der Harnorgane MDC 11

Ein Antragsteller hat um eine Homogenitätsprüfung in der DRG L18B «Komplexe transurethrale, perkutan-transrenale und andere retroperitoneale Eingriffe ohne extrakorporale Stosswellen-Lithotripsie (ESWL)» gebeten. Als Kostentrenner wurde ein PCCL-Split oder die perkutane Nephrostomie vorgeschlagen.

- Im Ergebnis konnte die DRG L18B anhand der neuen Tabelle L18-4 mit den CHOP Codes 55.02-55.04 «Nephrostomie» gesplittet werden.
- Ausserdem wurde eine weitere Fallgruppe als aufwendig identifiziert. Kinder mit «Alter < 18 Jahre» gruppieren deswegen neu in die DRG L18A.

Wir erhielten zudem einen Antrag auf Ausnahme von Wiederaufnahme der DRG L20 «Transurethrale Eingriffe...». Dabei ging es um die Entfernung von Nierensteinen mittels Harnleiterschienen, welche in zwei Aufenthalten erfolgt. Zuerst wird eine Harnleiterschiene ins Nierenbecken eingesetzt und in einem zweiten Schritt können die Steine operativ entfernt werden. Infolge der beiden Aufenthalte findet eine Fallzusammenführung statt, was zu einer Mindervergütung führt.

- Die Einlage der Harnleiterschiene wird mit dem CHOP Code 59.8X.10 «Ureter-Katheterisierung, Einlage, transurethral» abgebildet. Die Entfernung des Nierensteins wird

mit dem CHOP Kode 56.OX.10 «*Transurethrales Entfernen einer Obstruktion von Ureter und Nierenbecken, Entfernung eines Harnsteins*» kodiert.

- Anstatt einer Ausnahme von Wiederaufnahme wurde eine neue DRG implementiert, welche beide Eingriffe abbildet.
- Ein neuer Split der DRG L20B mit der Bedingung «*Mehrzeitigkeit von transurethralen Eingriffen*» mit den CHOP Kodegruppen 59.8X* «*Ureter-Katheterisierung*» und 56.OX* «*Transurethrales Entfernen einer Obstruktion von Ureter und Nierenbecken*» ermöglicht eine sachgerechte und aufwandsgerechte Abbildung dieser Fälle.

In einem Antrag wurde beschrieben, dass Fälle in der DRG L70C unterdeckt sind, welche den CHOP Kode 55.23 «*Geschlossene [perkutane] [Nadel-] Biopsie an der Niere*» beinhalten.

- Unsere Analysen bestätigten diese Feststellung und förderten ausserdem weitere auffällige CHOP Codes zutage.
- Anhand der Prozeduren-Tabelle L70-2 wurden mittelschwere Eingriffe an den Harnorganen in die DRG L70B aufgewertet. Darin enthalten sind bestimmte CHOP Codes der Gruppen 55* «*Operationen an der Niere*», 57* «*Operationen an der Harnblase*» und 59* «*Sonstige Operationen an den Harnwegen*».
- Zudem wurde der Kindersplit «*Alter < 16 Jahre*» aus der DRG L70B in die DRG L70A aufgewertet, da diese Fälle einen noch höheren Ressourcenverbrauch mit sich bringen. Dies führt zu einer sachgerechten Abbildung aller Fälle.

3.2.15. Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane MDC 12

Die CHOP Codes für Biopsien von Skrotum und Tunica vaginalis testis waren bisher nur in der MDC 10 abgebildet.

- Zur Förderung der medizinischen Homogenität und sachgerechten Abbildung wurden diese Biopsien zusätzlich in die MDC 12 und Basis DRG M04 «*Eingriffe am Hoden*» aufgenommen.

3.2.16. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett MDC 14

Im Rahmen des Antragsverfahrens wurde um eine Abwertung des ICD Kodes O63.1 «*Protrahiert verlaufende Austreibungsperiode (bei der Geburt)*» gebeten, da laut Antragsteller ein zusätzlicher Aufwand in vielen Fällen nicht nachvollziehbar ist (nur kurz über 60 Minuten oder bei PDA).

- Eine Abwertung der ICD Kodegruppe O63* «*Protrahierte Geburt*» in der Tarifstruktur erwies sich nicht als sachgerecht.
- Es war aber eine Überbewertung von CHOP Codes der Kodegruppe 66* «*Operationen an den Tubae uterinae*» mit den Zusatzbezeichnungen «*nicht näher bezeichnet*» erkennbar. Diese CHOP Codes wurden abgewertet.
- Weiter fiel im Rahmen der Analysen auf, dass der CHOP Kode 75.62 «*Naht eines frischen geburtsbedingten Risses von Rektum und Sphincter ani*» nicht gleich bewertet ist, wie andere CHOP Codes dieser Kodegruppe. Er wurde den anderen CHOP Codes gleichgestellt und somit aufgewertet.
- Die SwissDRG AG stellte zusätzlich einen Antrag an die AG Kodierungshandbuch für die Festlegung bestimmter Mindestmerkmale für die Kodierung der ICD Kodegruppe O63* «*Protrahierte Geburt*».

Ein anderer Antragsteller bat uns im Gegenzug darum, die ICD Kodegruppe O68 «*Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch fetalen Distress*» aufzuwerten, da Fälle mit diesen Diagnosen in der DRG O60D untervergütet sind.

- Unsere Analysen auf Grundlage der Daten 2022 haben dies bestätigt.

- Mit der Aufnahme der ICD Codes O68.0-O68.8 in der CC-Matrix auf Level 1 und einem neuen PCCL-Split > 2 für die DRG O60C konnte eine sachgerechte Abbildung dieser untervergüteten Fälle erreicht werden.

Bisher waren Operationen an der Vulva oder Perineum mit den CHOP Codes 71.79-71.9 nur in der MDC 13 «*Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane*» abgebildet.

- Zur Förderung der medizinischen Homogenität wurden diese CHOP Codes nun auch in die MDC 14 für die Basis DRG O02 «*Vaginale Entbindung mit aufwendigem Eingriff oder bestimmte Prozedur mit bestimmter Diagnose*» aufgenommen.

Infolge der zahlreichen Analysen zum Tumorboard fiel unter anderem auf, dass CHOP Codes für «*Prozeduren am Fetus*» nicht einheitlich abgebildet sind.

- Zahlreiche Analysen und Simulationen wurden durchgeführt. Es zeigte sich, dass einige aufwendige Prozeduren nicht gruppierungsrelevant und andere Prozeduren zu hoch bewertet waren. Dies erforderte eine Tabellenbereinigung:
- CHOP Codes mit der Zusatzbezeichnung «*nicht näher bezeichnet*» und der CHOP Code 69.93 «*Einsetzen von Laminarien*» wurden abgewertet.
- Folgende CHOP Codes wurden zusätzlich in die Tabelle für «*Intrauterine Prozeduren*» aufgenommen und sind in der DRG O02A abgebildet:
 - 75.B1.12 «*Ultraschallgesteuerte Amniozentese*»
 - 75.B1.14 «*Ultraschallgesteuerte Chorionzottenbiopsie*»
 - 75.B1.99 «*Ultraschallgesteuerte diagnostische Eingriffe am Fetus und Amnion, sonstige*»
 - 75.C1.99 «*Systemische fetale Gabe von Medikamenten, sonstige*»
 - 75.C7 «*Ultraschallgesteuerter selektiver Fetozid bei monochorialen Zwillingen*»
 - 75.D3 «*Fetoskopischer selektiver Fetozid bei monochorialen Zwillingen*»
 - 75.F1 «*Intraamniale Injektion zur Beendigung einer Schwangerschaft*»
 - 75.F2 «*Fetozid mittels ultraschallgesteuerter intrakardialer Injektion*»
 - 75.F9 «*Fetozide Eingriffe, sonstige*»
- Folgende CHOP Codes wurden in der Basis DRG O01 aufgewertet:
 - 75.B1.13 «*Ultraschallgesteuerte Punktion am Fetus*»
 - 75.B1.15 «*Ultraschallgesteuerte Zystoskopie beim Fetus*»
 - 75.B2.11 «*Diagnostische Endoskopie beim Fetus*»
 - 75.B2.12 «*Laryngoskopie und Tracheoskopie am Fetus*»
 - 75.B2.21 «*Fetoskopische Biopsie am Fetus*»
 - 75.B2.99 «*Fetoskopische diagnostische Eingriffe am Fetus, sonstige*»
 - 75.C5 «*Ultraschallgesteuerte lokale Instillation von Medikamenten am Fetus*»
 - 75.E1 «*Chirurgischer Eingriff am offenen Uterus zur Exzision von Gewebe am Fetus*»
 - 75.E2 «*Chirurgischer Eingriff am offenen Uterus zur plastischen Rekonstruktion am Fetus*»
 - 75.E9 «*Offen chirurgische fetale Eingriffe, sonstige*»

In den Daten 2022 war ersichtlich, dass die DRG O04Z nur noch wenige Fälle enthielt und die Kosten denjenigen Kosten der DRG O40Z entsprachen.

- Die Logik aus der Basis DRG O40 wurde in die Logik der Basis DRG O04 verschoben und somit wurden diese beiden Basis DRGs zur Basis DRG O04 «*Stationäre Aufnahme nach Entbindung oder Abort mit OR-Prozedur*» kondensiert.
- Die Basis DRG O40 «*Abort oder Hysterotomie, Kürettage*» wurde aufgelöst.

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

In einem Antrag wurden wir auf Fälle mit dem ICD Kode U10.9 «*Multisystemisches Entzündungssyndrom in Verbindung mit COVID-19, nicht näher bezeichnet*» als Hauptdiagnose hingewiesen, welche in den meisten Kliniken defizitär vergütet werden. Es wurde beantragt, eine Aufwertung innerhalb der MDC 16 in die DRG Q60A zu prüfen.

- Bisher gruppierten Fälle mit dieser Hauptdiagnose nur mit bestimmten Bedingungen in die DRG Q60A.
- Die Splitbedingung in der Q60A wurde angepasst. So gruppieren nun Fälle mit «*Hauptdiagnose U10.9 und mehr als ein Belegungstag*» in diese DRG und erhalten dadurch eine sachgerechte Vergütung.

Laut einem weiteren Antrag seien Fälle in der DRG Q61B defizitär, weswegen die Diagnosen des Kapitel III des ICD-10-GM sowie Z94.81 «*Zustand nach hämatopoetischer Stammzelltransplantation mit gegenwärtiger Immunsuppression*» auf eine Höherbewertung geprüft werden sollten.

- Die ICD Codes Z94.80 «*Zustand nach hämatopoetischer Stammzelltransplantation ohne gegenwärtiger Immunsuppression*» und Z94.81 «*Zustand nach hämatopoetischer Stammzelltransplantation mit gegenwärtiger Immunsuppression*» wurden als Nebendiagnosen in Verbindung mit mehr als einem Belegungstag in die DRG Q61A aufgewertet.
- Nach Analyse der Diagnosen aus Kapitel III des ICD-10-GM wurde die DRG Q61B gesplittet. In die neue DRG Q61B gruppieren die ICD Codes:
 - D69.0 «*Purpura anaphylactoides*»
 - D69.1 «*Qualitative Thrombozytendefekte*»
 - D69.3 «*Idiopathische thrombozytopenische Purpura*»
 - D69.40 «*Sonstige primäre Thrombozytopenie, als transfusionsrefraktär bezeichnet*»
 - D69.57 «*Sonstige sekundäre Thrombozytopenien, als transfusionsrefraktär bezeichnet*»
 - D70.0 «*Angeborene Agranulozytose und Neutropenie*»
 - D70.11 «*Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie: Kritische Phase 10 Tage bis unter 20 Tage*»
 - D70.12 «*Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie: Kritische Phase 20 Tage und mehr*»
 - D70.13 «*Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie: Kritische Phase 4 Tage bis unter 7 Tage*»
 - D70.14 «*Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie: Kritische Phase 7 Tage bis unter 10 Tage*»
 - D70.6 «*Sonstige Neutropenie*»
 - D71 «*Funktionelle Störungen der neutrophilen Granulozyten*»
 - D72.0 «*Genetisch bedingte Leukozytenanomalien*»
 - D73.0 «*Hyposplenismus*»
 - D73.1 «*Hypersplenismus*»
 - D73.2 «*Chronisch-kongestive Splenomegalie*»
 - D73.3 «*Abszess der Milz*»
 - D73.5 «*Infarzierung der Milz*»
 - D74.0 «*Angeborene Methämoglobinämie*»
- Aufgrund des Splits der DRG Q61B wird nun die bisherige Q61B zur DRG Q61C.

Anlässlich der Analysen zum Tumorboard und den Auf- und Abwertungen von Biopsien fielen uns weitere untervergütete Fälle in der Ein-Belegungstag DRG Q86B auf.

- Diese Fälle wiesen einen Mehraufwand aufgrund von geschlossenen Biopsien auf.

- Die Durchführung einer geschlossenen Biopsie wurde durch eine zusätzliche Splitbedingung für die DRG Q86A «*Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems mit bestimmtem Eingriff oder Alter < 16 Jahre, ein Belegungstag*» aufgewertet.
- So konnte eine sachgerechtere Abbildung der Fälle innerhalb der Basis DRG Q86 «*Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems, ein Belegungstag*» erreicht werden.

3.2.18. Hämatologische und solide Neubildungen MDC 17

Ein Antragsteller bat um die Abwertung des ICD Kodes C92.01 «*Akute myeloblastische Leukämie [AML]: In kompletter Remission*» in der CC-Matrix, da der Aufwand bei einer kompletten Remission der Erkrankung nicht nachvollziehbar ist.

- Eine generelle Abwertung des ICD Kodes C92.01 in der CC-Matrix erwies sich nicht als sachgerecht.
- Analysen zeigten aber, dass eine Vereinheitlichung des CC-Levels von ICD Kode C92.01 in der operativen Partition auf Level 2 und in der medizinischen/anderen Partition auf Level 1 zu einer sachgerechteren Abbildung der Fälle führt.
- Im Rahmen der Analysen fiel zudem auf, dass die ICD Gruppen J12 «*Viruspneumonien, andernorts nicht klassifiziert*» und B20-23 «*HIV-Krankheit*» nicht als «*Komplexe Diagnose*» bei Leukämien definiert sind.
- Mit Aufwertung dieser ICD Kodes in die Bedingung für die Umleitung aus der Prä-MDC in die MDC 17 konnten untervergütete Fälle aufgewertet werden.
- Aufgrund der Gruppierungsrelevanz der ICD Gruppe C92-C95 «*Leukämien*» in der MDC 17 wurden diese ICD Kodes in der CC-Matrix der MDC 17 abgewertet.

Im Zuge des Antragsverfahrens wurden wir ausserdem darauf hingewiesen, dass eine Kosteninhomogenität in der Basis DRG R01 «*Operative Eingriffe bei hämatologischen und soliden Neubildungen...*» und insbesondere der DRG R01C besteht. Der Antragsteller führte Hauptdiagnosen und bestimmte Prozeduren, sowie die Chemotherapie als kostentrennende Merkmale auf.

- Die vom Antragsteller aufgeführten Diagnosen und Prozeduren erwiesen sich nicht als alleinige Kostentrenner.
- In den Analysen konnten aber mehrzeitige bestimmte OR-Prozeduren und Chemotherapien als Kostentrenner identifiziert werden.
- So gruppieren Fälle mit «*Mehrzeitige bestimmte OR-Prozeduren*» neu in die DRG R01A.
- Mittel- oder hochgradig komplexe Chemotherapien wurden in die DRG R01B aufgewertet.
- Eine Aufwertung der Chemotherapien in die DRG R01A war nicht sachgerecht und für eine eigene DRG waren die Fallzahlen zu gering.
- Es zeigte sich danach, dass die Splitbedingungen für die DRG R01B nicht mehr kostentrennend sind, und so wurden die DRGs R01B und R01C zur R01B «*Operative Eingriffe bei hämatologischen und soliden Neubildungen und mehr als ein Belegungstag mit komplexer oder komplizierender Prozedur oder äusserst schwere CC oder Lymphknotenexzision oder komplexe Chemotherapie oder Alter < 18 Jahre*» kondensiert.

In einem anderen Antrag wurde darum gebeten, die Abbildung der Intensivbehandlung in der DRG R61A zu prüfen.

- In den Analysen stellten wir eine Untervergütung von Fällen mit einer intensivmedizinischen Komplexbehandlung > 184 Aufwandspunkten oder mit einem PCCL > 3 fest.
- So wurde die bisherige DRG R61A gesplittet und eine neue DRG R61A «*Lymphom und nicht akute Leukämie mit Dialyse oder protektive Isolierung ab 7 Behandlungstage oder Komplexdiagnostik oder Alter < 8 Jahre, und komplizierender Prozedur oder komplizierende*»

Diagnose, und intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 184 Aufwandspunkte oder äusserst schwere CC, mehr als ein Belegungstag» etabliert.

Auf der gesamtschweizerischen Datengrundlage des Jahres 2022 wiesen die DRG R62B und DRG R62C ähnliche Kosten auf. Die bestehenden Splitbedingungen erwiesen sich nicht mehr als kostentrennendes Merkmal.

- Die DRGs R62B und R62C wurden zur DRG R62B «*Andere hämatologische und solide Neubildungen, mehr als ein Belegungstag*» kondensiert.
- Zusätzlich gruppieren nun Fälle mit einer Para-/Tetraplegie ohne weitere Bedingungen in die DRG R62A «*Andere hämatologische und solide Neubildungen mit komplizierender Diagnose oder komplizierender Prozedur oder aufwendige Konstellationen bei bösartigen Neubildungen oder Alter < 18 Jahre und Osteolysen oder äusserst schwere CC, oder Para-/Tetraplegie, mehr als ein Belegungstag*».

Die DRGs R63C und R63D wiesen auf Grundlage der Daten 2022 in der Basis DRG R63 «*Andere akute Leukämie, mehr als ein Belegungstag*» geringere Fallzahlen auf.

- Die DRGs R63C und R63D wurden daher zur DRG R63C «*Andere akute Leukämie, mehr als ein Belegungstag mit äusserst schweren CC oder Dialyse oder Komplexdiagnostik oder komplexer Diagnose oder Alter < 1 Jahr oder Alter < 18 Jahre mit komplexer Chemotherapie*» kondensiert.
- Kinder mit einer Chemotherapie wurden damit aufgewertet.

3.2.19. Infektiöse und parasitäre Krankheiten MDC 18B

Ein Antragsteller wies uns darauf hin, dass in der Basis DRG T36 «*Infektiöse und parasitäre Krankheiten mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392/552 Aufwandspunkten oder...*» nur Aufenthalte auf der ICU berücksichtigt werden, während Aufenthalte auf der ICU und IMCU mit der sogenannten step down/step up Logik unsachgerecht abgebildet sind.

- Unsere Analysen bestätigten eine Untervergütung von Fällen mit einer intensivmedizinischen Komplexbehandlung ab 784/828 Aufwandspunkten und Fällen, welche auf einer ICU- und IMCU-Station betreut wurden.
- So wurde die Mindestanzahl an IntK-Aufwandspunkten für die DRG T36B auf > 784/828 Pkt. herabgesetzt und neu eine Logik mit der step down/step up Logik von IntK > 392/552 Pkt. mit IMCK > 197-392/185-552 Pkt. für die DRG T36B etabliert.
- Fälle mit reinen IntK Aufwandspunkten > 980/1104 gruppieren neu in die DRG T36A.

Infolge der Umbauten in der Basis DRG A95 «*Geriatrische Akutrehabilitation ab 7 Behandlungstage*» erwiesen sich die Splitkriterien für die DRG T63A nicht mehr als kostentrennend.

- So wurden die DRGs T63A und T63B zur T63A «*Virale Erkrankung bei Zustand nach Organtransplantation oder erschwerender Diagnose oder Infektionen mit Zytomegalieviren oder Kontaktisolation ab 7 Behandlungstagen*» kondensiert.

3.2.20. Verletzungen, Vergiftungen und toxische Wirkung von Drogen u. Medikamenten MDC 21B

In den Daten 2022 war ersichtlich, dass die DRG X07A nur noch wenige Fälle enthielt und die Kosten denjenigen Kosten der DRG X33Z entsprachen.

- So wurden die Bedingungen für die Basis DRG X33 in die Basis DRG X07 und in die Splitbedingung für die DRG X07A verschoben. Dort sind die Fälle aufwands- und sachgerecht abgebildet.

- Die Basis DRG X33 «*Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Verletzungen, Vergiftungen und toxischen Wirkungen von Drogen und Medikamenten*» wurde aufgelöst.
- Die DRG X07A heisst nun «*Replantation bei traumatischer Amputation mit Replantation mehr als einer Zehe oder mehr als eines Fingers oder mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren oder komplexe Vakuumbehandlung oder Vakuumbehandlung mit bestimmtem Eingriff*».

3.2.21. Zusatzentgelte – Kostenbereinigung

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

Insgesamt wurde bei 28'609 Fällen aus den Kalkulationsdaten eine Kostenbereinigung in den Kostenkomponenten in Höhe von total 136'010'101.84 CHF vorgenommen.

3.2.22. Zusatzentgelte – Änderungen

Folgende CHOP Zusatzentgelte wurden neu etabliert:

- Peritonealdialyse, intermittierend
- Einsatz eines Gerätes zur Fixierung von Stentgraftprothesen
- Implantation oder Wechsel einer vollständig implantierbaren Infusionspumpe zur intrathekalen und epiduralen Infusion

Neu wird bei den Zusatzentgelten für die linksventrikulären intravasalen Pumpen nach potentieller Pumpleistung unterschieden. Zudem wurde das Zusatzentgelt ZE-2025-73 nach unten erweitert. Neu wird hier bereits ab 26 Aufwandspunkten ein Zusatzentgelt für Pflege-Komplexbehandlung ausgelöst.

Folgende Medikamente wurden als Zusatzentgelt neu etabliert:

- Andexanet alfa, intravenös
- Bezlotoxumab, intravenös
- Capmatinib, oral
- Delandistrogene Moxeparvovec, intravenös
- Durvalumab, intravenös
- Elexacaftor, Tezacaftor und Ivacaftor, oral
- Emicizumab, subkutan
- Etranacogene dezaparvovec, intravenös
- Exagamglogene autotemcel, intravenös
- Gilteritinib, oral
- Glofitamab, intravenös
- Idarucizumab, intravenös
- Imlifidase, intravenös
- Mosunetuzumab, intravenös
- Nirsevimab, intramuskulär (vorbehaltlich KLV Anpassung und Aufnahme in SL)
- Pemigatinib, oral
- Polatuzumab vedotin, intravenös
- Ponatinib, oral
- Tabelecleucel, intravenös
- Tafamidis, oral
- Tagraxofusp, intravenös
- Talquetamab, intravenös
- Tebentafusp, intravenös

Folgende Medikamente wurden als Zusatzentgelt gelöscht:

- Iloprost, CVT, inhalativ
- Posaconazol, Suspension, oral
- Rituximab, subkutan

Gleichzeitig wurden die Verabreichungsarten oder Zusatzangaben für folgende Medikamenten geändert:

- Iloprost (neben der Verabreichungsart intravenös neu auch inhalativ und beiden Zusatzangaben gelöscht)
- Posaconazol (Zusatzangaben Tablette/Kapsel und Suspension wurden gelöscht bei oraler Verabreichungsart)
- Rituximab (neben der Verabreichungsart intravenös neu auch subkutan)

Eine Erweiterung der Dosisklassen gegen oben wurde für folgende Zusatzentgelte vorgenommen:

- Abatacept, subkutan
- Adalimumab, subkutan/intravenös
- Argatroban, intravenös
- Caplacizumab, intravenös/subkutan
- Dabrafenib, oral
- Daratumumab, subkutan
- Eculizumab, intravenös
- Hemin, intravenös
- Hepatitis-B-Immunglobulin, intravenös/subkutan/intramuskulär
- Iloprost, intravenös/inhalativ
- Infliximab, intravenös/subkutan
- Macitentan, oral
- Osimertinib, oral
- Palbociclib, oral
- Riociguat, oral
- Sofosbuvir und Velpatasvir, CEP, oral
- Tocilizumab, subkutan
- Trametinib, oral
- Ustekinumab, subkutan
- Vemurafenib, oral
- Von Willebrand-Faktor, intravenös

Bei folgenden Zusatzentgelten wurden untere Dosisklassen geändert:

- Argatroban, intravenös
- Azacitidin, subkutan/intravenös
- Decitabin, intravenös
- Ibrutinib, oral
- Isavuconazol, oral
- Lenalidomid, oral
- Letemovir, intravenös/oral
- Osimertinib, oral
- Palbociclib, oral
- Pemetrexed, intravenös
- Riociguat, oral
- Thiotepa, intravenös

- Venetoclax, oral
- Von Willebrand-Faktor, intravenös
- Voriconazol, oral

Bei folgenden Zusatzentgelten wurden Kinderdosisklassen geändert:

- Blutgerinnungsfaktor IX, CAI, intravenös (Kinderdosisklasse eingefügt)
- Blutgerinnungsfaktor XIII, intravenös (Kinderdosisklasse mit weiterem Alter eingefügt)
- Letemovir, intravenös/oral (Kinderdosisklasse eingefügt)
- Posaconazol, oral (untere Grenze der Kinderdosisklasse erhöht)
- Venetoclax, oral (Kinderdosisklassen eingefügt)
- Voriconazol, oral (Kinderdosisklassen gelöscht)

Bei folgenden Zusatzentgelten wurden die mittleren Dosisklassen geändert:

- Infliximab, intravenös/subkutan
- Palbociclib, oral
- Von Willebrand-Faktor, intravenös

4. Berechnungsmethode

Im Vergleich zur Version 13.0 wurde die Kalkulationsmethodik für die Version 14.0 leicht angepasst. Liegen die untere und die obere Grenzverweildauer (OGV) deckungsgleich bei zwei Tagen, wird die berechnete OGV neu um einen Tag hochgesetzt. Damit kann eine pauschale Vergütung innerhalb eines mehrtägigen Inlierbereichs für alle betroffenen DRGs sichergestellt werden.

4.1. Ermittlung der Kostengewichte

Für die SwissDRG Version 14.0 wurden im Ergebnis 1071 DRGs auf der Grundlage von Schweizer Daten kalkuliert.

Für 17 DRGs wurde aufgrund geringer Fallzahlen zusätzlich auf die Daten aus dem Datenjahr 2021 zurückgegriffen. Für acht weitere DRGs wurden Fälle aus drei Datenjahren berücksichtigt (2022/2021/2019). Die Fälle aus den Vorjahren konnten nur dann herangezogen werden, falls eine klare Abgrenzung in den Vorjahres-Daten möglich war. Diese Bedingung wird insbesondere dann erfüllt, falls kein Umbau in den betroffenen DRGs vorgenommen wurde.

4.2. Berechnung der Bezugsgrösse

Die Erhebung 2023 der Daten 2022 umfasst 96.0% der gesamtschweizerischen im Anwendungsbereich SwissDRG liegenden Fälle. Die Fallzahl dieser SwissDRG Datenerhebung ermöglicht die Berechnung der Bezugsgrösse mittels SwissDRG Daten. Dabei werden die im Anwendungsbereich liegenden Fälle berücksichtigt.

Die Bezugsgrösse wurde so gewählt, dass bei identischem Datenjahr die Summe der effektiven Kostengewichte (Casemix) der Fälle, gruppiert mit der Version 14.0, und die Summe der effektiven Kostengewichte dieser Fälle, gruppiert mit der Version 13.0, identisch sind:

$$\text{Casemix}_{\text{Version 14.0}}^{\text{Daten 2022}} = \text{Casemix}_{\text{Version 13.0}}^{\text{Daten 2022}}$$

Die Bezugsgrösse für die SwissDRG Version 14.0 beträgt 10'715 CHF. Für die Version 13.0 wurde eine Bezugsgrösse von 10'617 CHF ermittelt.

4.3. Berechnung der Zu- und Abschläge

Die Berechnung der Zu- und Abschläge für die Version 14.0 erfolgt nach derselben Methode wie für die Version 13.0.

Bei 722 DRGs wurde von der üblichen Methode zur Berechnung der Zuschläge für High Outlier abgewichen. Bei diesen DRGs wurde der High Outlier Zuschlag durch eine Anpassung des Grenzkostenfaktors angehoben oder auf Basis des Medians der mittleren Tageskosten der High Outlier berechnet. Bei der Anhebung des Grenzkostenfaktors werden die gesamten Differenzkosten für die Berechnung des Zuschlags berücksichtigt (der Grenzkostenfaktor wird von 0.7 auf 1.0 erhöht).

Für Version 14.0 ergeben sich 186 implizite Ein-Belegungstag DRGs, gegenüber 184 impliziten Ein-Belegungstag DRGs für die Version 13.0.

Anhang A: Kennzahlen der Systementwicklung

Einleitung

Im folgenden Anhang werden die wichtigsten Kennzahlen, wie z.B. die Datenerosion zur Systementwicklung der SwissDRG Tarifstruktur Version 14.0 dargelegt.

Datengrundlage

Für die Version 14.0 wurden die Daten 2022 verwendet. Die Gesamtdaten der medizinischen Statistik des Bundesamtes für Statistik enthielten die Daten von 187 akutsomatischen Spitälern. Die Stichprobe der SwissDRG Netzwerkspitäler beträgt 152.

Tabelle 1: Anzahl der Spitäler

	Version 14.0 Daten 2022	Version 13.0 Daten 2021
Netzwerkspitäler	152	149
Gesamtdaten	187	189

Insgesamt wurden mit der Datenlieferung der Netzwerkspitäler 1'235'163 SwissDRG-relevante Fälle übermittelt. Das entspricht 96.0% der Schweizer akutsomatischen Fälle.

Tabelle 2: Anzahl gelieferter Fälle

		Version 14.0 Daten 2022	Version 13.0 Daten 2021
Netzwerkspitäler	<i>Geliefert</i>	1'243'232	1'201'565
	<i>SwissDRG Anwendungsbereich</i>	1'235'163	1'197'531
Gesamtdaten	<i>Geliefert</i>	1'287'973	1'258'124
	<i>SwissDRG Anwendungsbereich</i>	1'287'215	1'257'147

Von den gelieferten Fällen wurden für die Version 14.0 24'709 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 13.0 wurden 23'264 private und halbprivate Fälle ausgeschlossen. Während der Plausibilisierungsphase wurden 102'898 Fälle (8.5% des Datensatzes vor Plausibilisierung) als unplausibel identifiziert. Unter anderem wurden 14 Spitäler/Kliniken komplett ausgeschlossen. Zudem wurde bei einem Spital ein klar abgrenzbarer Teilausschluss vorgenommen. Die plausibilisierten Daten entsprechen der Datengrundlage für die Entwicklung der SwissDRG Tarifstruktur 14.0. Damit konnten 89.0% der an die SwissDRG AG gelieferten Fälle für die Weiterentwicklung der Tarifstruktur verwendet werden.

Die Berechnung der Kostengewichte für die Version 14.0 basierte auf 1'107'072 Fällen aus dem Jahr 2022 zuzüglich 601 Fällen aus dem Jahr 2021 und 163 Fällen aus dem Jahr 2019.

Tabelle 3: Datenerosion

Gesamtdata	SwissDRG Erhebung	
1'287'973	1'243'232	gelieferte Fälle
↓	↓	- Psychiatrie / Rehabilitation - Ambulante Fälle - Austritt ausserhalb der Erhebungsperiode
1'287'215	1'235'163	Fälle im Anwendungsbereich (inkl. Geburtshäuser)
	↓	- nicht verwendbare, private Fälle - Fälle ohne Vollkosten
	1'209'970	Datensatz vor Plausibilisierung
	↓	- Plausibilisierung der Fälle (inkl. Gesamtlöschung von 14 Spitälern)
	1'107'072	Plausible Fälle 2022 (Kalkulationsdaten)
		+ 601 Fälle aus Daten 2021 + 163 Fälle aus Daten 2019

} Systementwicklung

Anzahl DRG

Tabelle 4: Anzahl DRG und Zusatzentgelte

	Version 14.0 Daten 2022	Version 13.0 Daten 2021
DRG gesamt	1071	1082
Abrechenbare DRG	1067	1078
DRG für Geburtshäuser	8	8
DRG unbewertet, Anlage 1	0	0
Zusatzentgelte bewertet, Anlage 2	189	165
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.

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

Streuung gesamt

Erklärte Streuung

Nicht erklärte Streuung

Mit:

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 gleich 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 gleich 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 12.0, 13.0 und 14.0, basierend jeweils auf den Daten 2022. Demnach zeigt Tabelle 5 den reinen Effekt der Grupperweiterentwicklung auf das R^2 .

Tabelle 5: R^2 -Koeffizient der Kalkulationsdaten 2022

Grouperversion	Datenjahr	Alle Fälle	Inlier (gemäss V14.0)
V14.0	2022	0.763	0.861
V13.0	2022	0.753	0.842
V12.0	2022	0.742	0.825

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.