

## Blog 19 – Aktuelles zum Antragsverfahren

Die SGAIM beteiligt sich aktiv an den jährlichen Antragsverfahren und verfolgt das Ziel, das internistische Patientengut leistungsgerecht abgebildet wird. Der Fokus der SGAIM liegt insbesondere auf einer korrekten Abbildung des multimorbiden Patientenguts. In jedem Jahr können von Ende Juni bis Mitte Juli Anträge bei SwissDRG eingegeben werden, die darauf abzielen, DRGs umzubauen, genauer Anpassungen der DRG-Logik, der CCL-Matrix oder Zusatzentgelte zu thematisieren.

Bisher war es zudem möglich, von Juni bis September beim Bundesamt für Statistik (BfS) Anträge zum Kodierhandbuch und zum Prozeduren- / CHOP-Katalog zu stellen. In diesem Jahr musste das BfS das Antragsverfahren wegen Ressourcenknappheit einstellen.

Die SGAIM hat 2025 44 Anträge bei SwissDRG eingereicht. Alle Anträge der SwissDRG können unter [Antragsverfahren](#) eingesehen werden.

2024 hat die SGAIM 52 Anträge bei SwissDRG angegeben. Im Frühling mit der Kommunikation der Version V15.0 für 2026 wurde bereits kommuniziert, dass die medizinischen Partitionen für die nächste Version eine Steigerung von 2.1% CMI bei gleicher Leistung erwarten kann. Wir sehen diesen Erfolg für die Optimierung der Abbildung der medizinischen Fälle unter anderem als Erfolg durch das letztjährige Antragsverfahren, daher möchten wir gerne auf einige Anträge, die wir eingegeben haben, eingehen.

### Sepsis und septischer Schock

In der Basis-DRG T60 gelangt man mit einer Hauptdiagnose Sepsis. In unseren Analysen zeigte sich, dass Fälle mit der Diagnose des septischen Schockes wesentlich ressourcenintensiver sind. SwissDRG konnte dies auch mit ihren Daten nachvollziehen und führt auf 2026 das Splitkriterium R57.2 Septischer Schock beim Knotenpunkt T60D/E und T60B/C ein.

**Anmerkung Kodierung:** der septische Schock muss dokumentarisch belegt werden können mit der klinischen Definition: mit trotz adäquater Volumengabe ein mittlerer arterieller Druck von  $\geq 65$  mmHg nur mit Vasopressoren erreichbar und ein Laktatwert  $> 2$  mmol/l.

### Überarbeitung CCL-Matrix

Wir haben einige Anträge zu Neuaufnahmen und Aufwertungen von internistischen Diagnosen gestellt. Unter anderem dadurch wurde eines der Schwerpunkte in der Versionsentwicklung auf die CCL-Matrix gesetzt. Dadurch ergab es für die neue Version (2026) 69 Neuaufnahmen von Diagnosen, und 71 Auf-/Abwertungen von Diagnosen je nach Basis-DRGs. Neu aufgenommen, respektive aufgewertet wurden Diagnosen wie:

- Lungentuberkulose, durch mikroskopische Untersuchung des Sputums gesichert, mit oder ohne Nachweis durch Kultur oder molekularbiologische Verfahren
- Tuberkulose der Haut und des Unterhautgewebes
- Erysipel
- Creutzfeld-Jakob-Krankheit
- Enzephalitis fernöstlich, viral, durch Enteroviren, durch Adenoviren
- Enzephalopathien bei anderenorts klassifizierten endokrinen/infektiösen/parasitären Krankheiten
- Zoster generalisatus
- Akute Blutungsanämie
- Sideroplastische Anämien (sekundär, hereditär, sonstige)

- Kongenitale dyserythropoetische Anämie
- Zytokinfreisetzungs-Syndrom
- Delir mit/ohne Demenz
- Lewy-Körper-Krankheit
- Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol/Opiode/Cannabinoide/Sedativa oder Hypotika
- Dekubitus Stadium 3 und 4 bei sonstigen Lokalisationen
- Traumatische Muskelischämien (d.h. Liegetrauma o.ä.)
- Multisystemisches Entzündungssyndrom in Verbindung mit COVID-19

Die vollständige Liste von SwissDRG finden Sie hier: [Liste der Änderungen der CCL-Matrix SwissDRG Version 15.0 2026](#)

## Intensivmedizin

Der Aufenthalt auf einer Intensivmedizin wird in der Kodierung nach IPS-Aufwandspunkten kodiert. Diese sind die Summe von SAPS II und NEMS, die während des Aufenthaltes nach den MDSi-Kriterien der SGI<sup>1</sup> erfasst werden. Ab gewissen Aufwandspunkten wird der IPS-Aufenthalt DRG-relevant. In gewissen DRGs ist nun die Intensivmedizin bereits ab 59 Punkten (F59E, F62C, G46B, G86B), 119 Punkten (F41A, F59E, F67A, A95D) oder 184 Punkten (E87A, G38A/B). Die Relevanz von Intensivmedizin und IMC findet man direkt im DRG-Text bei «Intensivmedizinische Komplexbehandlung» / IntK / IMCK. Hier geht es zur Planungsversion des Fallpauschalenkataloges V15.0/2026: [https://www.swissdrg.org/download\\_file/view/5245/2330](https://www.swissdrg.org/download_file/view/5245/2330)

## Akutgeriatrie und Polytrauma

Erhalten ältere Patient:Innen, die ein Polytrauma aufweisen und keine grösseren Operationen bedürfen, eine geriatrische Frührehabilitation, so bleiben die Fälle aktuell in der DRG W61B *Polytrauma mit komplizierter Diagnose*. Die Frührehabilitation ist in dieser Konstellation nicht DRG-relevant. Ab nächstem Jahr gelangen diese Fälle wie andere akutgeriatrische Patienten in die DRG A95\* *Geriatrische Akutrehabilitation ab 7 Behandlungstagen* und werden somit aufgewertet.

## Nebendiagnosen aufgewertet

Viele DRGs haben ein Split-Kriterium, die den PCCL, eine Aufsummierung aller relevanten Nebendiagnosen, berücksichtigen. So kann die Hauptbehandlung die Gleiche sein, jedoch wird ein Fall bei mehreren aufwändigen Nebendiagnosen generell aufwändiger. Es wurden einige PCCL-Splits heruntergesetzt oder eingeführt, so dass es weiter relevant ist, vollständig die aufwändigen Nebendiagnosen zu dokumentieren.

Beispiele:

- Krankheiten der Atmungsorgane mit IPS >130 Aufwandspunkten (DRG E36) mit Spit PCCL >4 anstatt bisher >5
- Diabetischer Fuss mit chirurgischen Massnahmen in der DRG F13C → Split neu mit PCCL >3
- Herzinsuffizienz-Fälle in der DRG F62 haben neu das Splitkriterium PCCL >4 um in die F62A zu gelangen
- Cholezystektomien in der H07A haben neu ein PCCL >3 (oder IPS-Punkte >120)
- Die Basis-DRG L63 Infektionen der Harnorgane wurde umgebaut und es gibt neue Split-Bedingungen in die DRG L63A wie PCCL >3, Kontaktisolation ab 14 BHT, Biopsien o.ä.

---

<sup>1</sup> [Datensatz \(MDSi\) - SGI-SSMI-SSMI Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin](#)