

Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland, Bericht über die Kodierrevision Daten 2020

23. April 2020

Inhaltsverzeichnis

ZUSAMMENFASSUNG	4
REVISIONSERGEBNISSE IM ÜBERBLICK	4
KENNZAHLENVERGLEICH GRUNDGESAMTHEIT UND STICHPROBE	5
1 DURCHFÜHRUNG DER REVISION	6
1.1 BERICHTSPERIODE	6
1.2 GÜLTIGE VERSIONEN	6
1.3 BERECHNUNG UND ZIEHUNG DER STICHPROBE	6
1.4 BESCHREIBUNG DER ZEITLICHEN ABFOLGE DER REVISION	6
1.5 QUALIFIKATION DES REVISORS	7
1.6 UNABHÄNGIGKEIT DES REVISORS	7
1.7 BEMERKUNGEN	7
2 FESTSTELLUNGEN	8
2.1 GENERELLE FESTSTELLUNGEN	8
2.2 ADMINISTRATIVE GRUNDLAGEN	8
2.2.1 <i>Patientenakten</i>	8
2.2.2 <i>Administrative Falldaten</i>	10
2.2.3 <i>Fallkombinationsfehler (Fallsplitt, Fallzusammenführung)</i>	11
2.2.4 <i>Kongruenz der Rechnungsstellung</i>	11
2.3 DIAGNOSEN UND BEHANDLUNGEN	12
2.3.1 <i>Festgestellte Fehler</i>	12
2.3.2 <i>Angaben zu den Kodierfehlern</i>	13
2.3.3 <i>Zuweisung der Hauptdiagnose</i>	15
2.3.4 <i>Zuweisung der Zusatzdiagnose</i>	15
2.3.5 <i>Zuweisung der Hauptbehandlung</i>	15
2.3.6 <i>Lateralität der Diagnosen und Prozeduren</i>	16
2.3.7 <i>Ambulante Behandlung auswärts</i>	16
2.3.8 <i>Vergleich Grundgesamtheit und Stichprobe</i>	17
2.4 INTENSIVMEDIZIN (IMCU UND IPS)	18
2.4.1 <i>Basisdaten IMCU</i>	18
2.4.2 <i>Basisdaten IPS</i>	18
2.5 ZUSATZENTGELTE EXKL. MEDIKAMENTE (SUBSTANZEN)	19
2.6 MEDIKAMENTE UND SUBSTANZEN	19
2.7 DRG-WECHSEL	20
2.7.1 <i>Anzahl und Prozentsatz der Fälle mit Kostengewichtswechsel</i>	20
2.7.2 <i>Differenzen mit/ohne Vorlage an das BfS</i>	20
2.8 KOSTENGEWICHTE	21
2.8.1 <i>Schätzung des CMI des Spitals vor und nach Revision</i>	21
2.8.2 <i>Kostengewichtsdifferenzen</i>	21
2.8.3 <i>Geschätzte Standardabweichung der Kostengewichtsdifferenzen und des Anteils der Kostengewichtsdifferenzen, welche ungleich Null sind</i>	21
2.9 VERGLEICH MIT FRÜHEREN REVISIONEN	22
3 EMPFEHLUNGEN	23
3.1 EMPFEHLUNGEN FÜR DIE VERBESSERUNG DER KODIERUNG IM SPITAL	23
3.2 EMPFEHLUNGEN FÜR DIE WEITERENTWICKLUNG VON SWISSDRG	24
3.3 WEITERE HINWEISE DES REVISORS	24
4 ANMERKUNGEN SPITALDIREKTION	25
ANHANG 1: NACHWEISE	26
VERPFLICHTUNGSERKLÄRUNG	26
VOLLSTÄNDIGKEITSERKLÄRUNG IM SPITALREGION RHEINTAL WERDENBERG SARGANSERLAND BEZÜGLICH DATENLIEFERUNG FÜR KODIERREVISION DER DATEN 2020	27
ANHANG 2: LEISTUNGSÜBERSICHT DES SPITALS IN DER BERICHTSPERIODE	28
<i>Anzahl der stationär behandelten Fälle gesamte Institution</i>	28

SWISSDRG-FÄLLE	28
<i>Nach Herkunftskanton und Versicherungsart</i>	28
<i>Anzahl und Prozentsatz nach Ausreisserkategorie und Versicherungsart</i>	29
<i>Nach Ausreisserkategorie und Herkunftskanton</i>	29
CMI	30
<i>Nach Ausreisserkategorie und Versicherungsart</i>	30
<i>Nach Ausreisserkategorie und Herkunftskanton</i>	30
ANZAHL ZUSATZENTGELTE	31
ANZAHL UND PROZENTSATZ DER FÄLLE, WELCHE IN DIE BASIS-DRGs 901, 902, 960, 961, 962 UND 963 GRUPPIERT WURDEN	34
PROZENTSATZ DER LANGLIEGER OHNE NEBENDIAGNOSE UND PROZEDUR	34
PROZENTSATZ DER FÄLLE MIT ÜBER 5 TAGE AUFENTHALTSDAUER UND MIT R-HAUPTDIAGNOSEKODE.....	34
<i>Glossar</i>	35

Zusammenfassung

Im Rahmen der ordentlichen Kodierrevision unter SwissDRG hat die RACHINGER kodierexpert die Datenlieferung, die Qualität der Dossierführung, sowie die Verschlüsselung der medizinischen Leistungen, die Angabe der administrativen Daten, das Fallmanagement, die Erfassung der Medikamente und Substanzen und der Rechnungsstellung in der Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland geprüft.

Aus den Falldaten mit Austritt vom 1. Januar 2020 bis 31. Dezember 2020 wurde eine geschichtete Stichprobe von 100 Fällen und deren zusätzlich möglichen Rehospitalisationsfälle (5 Fälle) revidiert.

Aufgrund der guten Vorbereitung seitens der Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland konnte die Kodierrevision zügig und effizient durchgeführt werden. Im Revisionsverlauf auftauchende Fragen zur korrekten Interpretation von Austrittsberichten und Interventionsberichten konnten während der Revision und im Fallgespräch geklärt werden. Hier zeigt sich ein Verbesserungspotenzial in der medizinischen Dokumentation an.

In 4 Fällen, dies entspricht einem Prozentsatz von 4.0%, ergaben sich Abweichungen in der Kodierung, die einen Wechsel der DRG zur Folge hatten.

Das Revisionsergebnis schliesst mit einer geschätzten Differenz des CaseMixIndex von minus 0.3% ab. Es ergibt sich damit keine statistisch signifikante Abweichung des CMI nach Revision.

Revisionsergebnisse im Überblick

Kapitel	Messgrösse	Wert	Anteil
2.3.8	Stichprobengrösse	100	
2.8.1	CMI des Spitals vor Revision (Grundgesamtheit)	0.882530	
2.8.1	Geschätzter CMI des Spitals nach Revision (Stichprobe)	0.882480	
2.8.1	Statistische Signifikanz der Abweichung des CMI des Spitals vor und nach Revision	Nein	
2.8.1	Geschätzte Differenz des CMI des Spitals vor und nach Revision	-0.002600	-0.3%
2.7.1	Revidierte Fälle mit DRG Wechsel	4	4.000%
2.3.2	Richtige Hauptdiagnosen	92	92.0%
2.3.2	Richtiger Zusatz zur Hauptdiagnose	17	70.8%
2.3.2	Richtige Nebendiagnosen	414	92.6%
2.3.2	Richtige Hauptbehandlung	73	93.6%
2.3.2	Richtige Nebenbehandlung	121	95.3%
2.4.1	Revidierte Fälle mit richtigen Basisdaten IPS	6 von 7	85.7%
2.4.2	Revidierte Fälle mit richtigen Basisdaten IMC	4 von 4	100.0%
2.5	Richtige Zusatzentgelte	15 von 15	100.0%
2.6	Richtige Medikamente und Substanzen	1 von 1	100.0%
2.2.3	Beanstandete Fallkombinationen	0 von 8	0.0%
2.2.1	Fehlende Patientenakten	0	0.0%
2.3.7	Richtig erfasste externe ambulante Leistungen	-	-

Kennzahlenvergleich Grundgesamtheit und Stichprobe

Messgrösse	Grundgesamtheit		Stichprobe	
Fälle mit Zusatzentgelt	93	0.7%	2	2.0%
Fälle mit erfassten Beatmungen	111	0.8%	2	2.0%
Anzahl Fälle mit IPS-Aufenthalt	655	4.7%	7	7.0%
Fälle mit IMCU-Aufenthalt	469	3.4%	4	4.0%
Fälle mit externen ambulanten Leistungen	50	0.4%	0	0.0%
CMI	0.881771		0.882530	
Zusatzentgelte	265		12	

1 Durchführung der Revision

1.1 Berichtsperiode

Revidiert wurden die Falldaten mit Austritt vom 1.1. bis zum 31.12.2020.

1.2 Gültige Versionen

SwissDRG Katalog	Fallpauschalenkatalog Version 9.0
SwissDRG Grouper	SwissDRG Version 9.0 Abrechnungsversion 2020/2020
SwissDRG Abrechnungsregeln	Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG Version Juni/2019, Stand 14. Juni 2019
	Klarstellung und Fallbeispiele zu den Anwendungsregeln Version 4.4, Stand 15. November 2019
Kodierregeln	BFS Kodierungshandbuch Version 2020, FAQs und Rundschreiben für Kodiererinnen und Kodierer mit Gültigkeit bis 31.12.2020
Diagnosekodes	ICD-10 GM 2018
Behandlungskodes	CHOP 2020
Fehlertypologie	MedPlaus 6.0.4.0
Beurteilungskriterien	Reglement für die Durchführung der Kodierrevision der Daten 2020 gültig ab 1.1.2021 „Musterrevisionsbericht“, Version 9.0, Revision der Daten 2020 gültig ab 1.1.2021

1.3 Berechnung und Ziehung der Stichprobe

Für Planung und Auswertung der Revision wurde die Methode von Prof. Lutz Dümbgen und Qiyu Li vom Institut für Angewandte Statistik der Universität Bern benutzt. Die Beschreibung der Methode liegt diesem Bericht bei.

Anhand der Ergebnisse der Revision des Vorjahres wurde gemäss Reglement die Stichprobengrösse auf 100 Fälle festgelegt.

Aus den 13'941 stationären akutsomatischen und mit SwissDRG abgerechneten Fällen wurde eine Stichprobe von 100 Fällen gezogen. 5 potenzielle Wiederkehrer wurden der Stichprobe hinzugefügt.

Die Stichprobengrösse vor Revision beträgt somit 105 Fälle.

1.4 Beschreibung der zeitlichen Abfolge der Revision

Die Dokumentationen der 105 Fälle der Stichprobe wurden der Revisorin durch die Firma Freudiger elektronisch zugesandt und am 19.02.2021 kontrolliert.

Die Stichprobe wurde der Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland am 22.02.2021 elektronisch zur Verfügung gestellt. Die Revision erfolgte am 08.03.2021 und 10.03.2021 vor Ort am Standort Rebstein. Die Revisionsergebnisse wurden zur Stellungnahme am 16.03.2021 dem Spital elektronisch zugestellt und mit Herrn Patric Fuchs, Leiter Medizincontrolling am 09.04.2021 in einem telefonischen Fallgespräch erörtert. Nach einer letzten Abklärung innerhalb des Spitals erfolgte am 12.04.2021 die Rückmeldung der noch offenen Fragestellungen an die Revisorin. Die Fälle konnten alle im Konsens abgeschlossen werden.

1.5 Qualifikation des Revisors

Gemäss „Reglement für die Durchführung der Kodierrevision Kap. 3.1, müssen die Revisoren über folgende Qualifikationen verfügen:

1. Um die Aufgabe eines Kodierrevisors wahrnehmen zu können, muss der Revisor im Besitz des Eidgenössischen Fachausweises „Medizinische Kodiererin / Medizinischer Kodierer“ oder eines gleichwertigen Ausweises sein sowie insgesamt über eine 3-jährige Berufspraxis im Bereich Kodierung im 100% Pensum verfügen.
2. Um die Fälle in der entsprechenden Landessprache revidieren zu können, muss der Revisor entsprechende Sprachkenntnisse aufweisen.
3. Der Revisor verpflichtet sich zur regelmässigen, kodierungsbezogenen Fortbildung.
4. Der Revisor kann für das Jahr der zu revidierenden Daten mindestens eine 50%-Beschäftigung im Bereich der Kodierung nachweisen (Revisionen, Kodierung im Spital, Weiterbildungen, usw.).

Die Revisorin verfügt über die erforderlichen Qualifikationen und ist in der „Liste der schweizerischen Revisoren/innen“ des BfS in der aktuellen Fassung aufgeführt.

1.6 Unabhängigkeit des Revisors

Gemäss „Reglement für die Durchführung der Kodierrevision unter 3.3.3, muss der Revisor seine Unabhängigkeit vom revidierten Spital gewährleisten und diese im Revisionsbericht bestätigen. Dies bedeutet insbesondere, dass er während der Revisionsperiode und während der Dauer der Revision nicht als Kodierer im revidierten Spital tätig sein darf und auch in keinem anderen Anstellungs- oder Mandatsverhältnis oder in anderweitig finanziellen Abhängigkeiten mit dem revidierten Spital stehen darf. Allfällige Abhängigkeiten von einem Kostenträger sind offenzulegen.

Die Unabhängigkeit der Revision wird im Anhang 1 bestätigt.

1.7 Bemerkungen

Die Absprache bezüglich der Organisation der Kodierrevision erfolgte mit Herrn Patric Fuchs, Leiter Medizincontrolling.

Die Revision fand unter den vom Bundesamt für Gesundheit vorgegebenen Verhaltens- und Hygieneregeln zur Ausnahmesituation COVID-19 statt.

Die Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland stellte für die Revision einen geeigneten Raum vor Ort zur Verfügung. Die Patientendossiers lagen als elektronisches Dossier vor. Im Einzelbedarf standen auch die physischen Krankenakten zur Verfügung.

2 Feststellungen

2.1 Generelle Feststellungen

Die Kodierrevision wurde durch die Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland sorgfältig vorbereitet, so dass die Revision zeitnah durchgeführt werden konnte. Eine detaillierte Darstellung der Beanstandungen wurde dem Spital zugestellt und im Rahmen des Fallgespräches erörtert. Hierbei konnte in allen Fällen ein Konsens erreicht werden.

Es gibt keine speziellen Feststellungen genereller Art. Die Kodierung ist insgesamt von guter Qualität. Es sind keine systematischen Fehler festzustellen, welche Auswirkungen auf DRG oder Kostengewicht haben könnten. Die Richtlinien zu den Fallzusammenführungen werden korrekt angewendet.

2.2 Administrative Grundlagen

2.2.1 Patientenakten

Anzahl und Prozentsatz fehlender Patientenakten

Gesamt:

Urteil	Anzahl	Anteil
Vollständig	99	99.0%
Unvollständig	1	1.0%
Fehlend	0	0.0%

Nach Dokument:

Dokument	vollständig	unvollständig	fehlend	irrelevant	Total
Austrittsberichte	100/100.0%	0/0.0%	0/0.0%	0/0.0%	100
OP Berichte	44/100.0%	0/0.0%	0/0.0%	56/56.0%	44
Histologieberichte	5/100.0%	0/0.0%	0/0.0%	95/95.0%	5
Endoskopieberichte	1/100.0%	0/0.0%	0/0.0%	99/99.0%	1
Labordokumentation	6/100.0%	0/0.0%	0/0.0%	94/94.0%	6
IPS Berichte	7/100.0%	0/0.0%	0/0.0%	93/93.0%	7
Pflegedokumentation	50/100.0%	0/0.0%	0/0.0%	50/50.0%	50
Konsilien Facharzt	0/0.0%	0/0.0%	0/0.0%	100/100.0%	0
Sonstige Unters.berichte	16/94.1%	1/5.9%	0/0.0%	83/83.0%	17

Auflistung der Beanstandungen:

Im Revisionsfall 14 wurde nach Angabe im Austrittsbericht eine Zytostatikatherapie durchgeführt. Ein entsprechendes Chemotherapieprotokoll oder Angabe im Kardex waren nicht verifizierbar.

Qualität der Aktenführung

Die Aktenführung und Ablage sind je nach Standort und Spital unterschiedlich. Das elektronische Dossier enthält nicht alle relevanten Dokumente. Im Einzelbedarf muss der Kodierer auf die physische Akte zurückgreifen, Bsp. Pflegedokumentation, Zytostatikaprotokolle, Intensivprotokolle.

Es ist elektronisch nachvollziehbar sichergestellt, wer der verantwortliche Dokumentenersteller ist. Es können keine elektronischen Änderungen an Dokumenten vorgenommen werden.

Der Austrittsbericht stellt eine komplette Zusammenfassung aller notwendigen Informationen über den Behandlungsfall, für den weiterbehandelnden Arzt/Institution dar. Für die Kodierung ist dieser jedoch nicht immer ausreichend, um eine spezifische Kodierung der behandlungsrelevanten Diagnosen und Therapien anfertigen zu können. Hierfür muss der Kodierer auf das Gesamtdossier zurückgreifen, um den Behandlungsaufwand der im Austrittsbericht benannten Diagnosen zu verifizieren und den Detaillierungsgrad zu eruieren, Bsp. Niereninsuffizienzstadium, Größenangabe der Wundflächen, Zytostatikaprotokolle.

Der Austrittsbericht ist insgesamt einheitlich strukturiert und nachvollziehbar. In Einzelfällen (Kurzaufenthalte in der HNO) werden Operationsberichte auch als Austrittsberichte deklariert.

Für die Nachvollziehbarkeit der Mindestkriterien der Komplexbehandlungen (Akutgeriatrie, Palliativmedizin und COVID Isolierung) stehen dem Kodierer mehrere Dokumentationsgrundlagen zur Verfügung. Die Assessments sind nachvollziehbar dokumentiert. In einem Revisionsfall waren die Angaben der Erfassungszeiten nicht kongruent. Es ist darauf zu achten, dass vor Abschluss der Kodierung die Daten kongruent sind. Ein Gesamtnachweis übermittelt einen Überblick der erbrachten Therapieeinheiten(-zeiten)/Woche. Im intradisziplinären Verlauf sind die Einzelnachweise der Therapeuten verzeichnet. Das intradisziplinäre wöchentliche Fallgespräch ist mit allen an der Therapie beteiligten Berufsdisziplinen nachvollziehbar dokumentiert.

2.2.2 Administrative Falldaten

Gesamt:

Urteil	Anzahl	Anteil
keine Änderungen	99	99.0%
Änderungen	1	1.0%

Auflistung der Beanstandungen nach Ereignis:

Änderungen im Detail:

Fehler bei:	Anzahl	Anteil
Eintrittsart	0	0.0%
Einweisende Instanz	0	0.0%
Aufenthaltort vor Eintritt	0	0.0%
Wechsel Aufenthaltsart (ambulant, stationär, Rehabilitation, Psychiatrie)	0	0.0%
Entscheid für Austritt	0	0.0%
Aufenthalt nach Austritt	0	0.0%
Behandlung nach Austritt	1	1.0%
Verweildauer	0	0.0%
Administrativer Urlaub	0	0.0%
Grund Wiedereintritt	0	0.0%
Neugeborenenendatensatz	0	0.0%
Aufnahmegewicht	0	0.0%
Gestationsalter	0	0.0%

Auflistung der Beanstandungen:

Fall	Bemerkungen
14	Eine Chemotherapie ist im weiteren Verlauf geplant. Behandlung nach, von «geheilt» auf «ambulante Behandlung» geändert.

2.2.3 Fallkombinationsfehler (Fallsplitt, Fallzusammenführung)

In der Stichprobe fanden sich insgesamt 8 Fallkonstellationen für die Möglichkeit einer Fallzusammenführung oder eines Fallsplitts. Dabei wurde das Fallmanagement in allen Fällen korrekt gehandhabt.

Fehlertyp	DRG-Nr.	Kostengewicht des Spitals	Kostengewicht des Revisors	Kostengewichtsdifferenz
-	-	-	-	-

Festgestellte Fehler

Es wurden keine Fehler festgestellt.

Abweichung Kostengewicht

Es wurden keine Fehler festgestellt.

2.2.4 Kongruenz der Rechnungsstellung

Im Rahmen der Revision wurde in keinem Fall der Stichprobe eine Abweichung in der Rechnungslegung festgestellt.

Im Revisionsfall 83 wurde ein Wunschleistungseingriff korrekt für die Ermittlung der Rechnung ausgenommen.

Festgestellte Fehler

100 von 100 Rechnungen wurden von den Revisoren kontrolliert.

Urteil	DRG	Kostengewicht	Zusatzentgelte
richtig	100	100	2
falsch	0	0	0
nicht beurteilbar	0	0	
sonstige	0	0	
fehlend			0

Auflistung der Beanstandungen:

Es wurden keine Fehler festgestellt.

Abweichung Kostengewicht

Der CMI der Spitalkodierung ist 0.879880. Der fakturierte CMI ist 0.879880. Die Abweichung ist somit 0.0%.

2.3 Diagnosen und Behandlungen

2.3.1 Festgestellte Fehler

Innerhalb der 100 Fälle der Stichprobe waren 523 Diagnosen und 194 Behandlungen zu beurteilen. Es wurden von der Revisorin insgesamt 5 Hauptdiagnosen korrigiert. 14 fehlende Nebendiagnosen wurden ergänzt und 13 Nebendiagnosen korrigiert.

Bei den Behandlungen wurden 3 Prozeduren ergänzt und 3 korrigiert.

Folgende Beanstandungen wurden festgestellt:

1. In einigen Fällen nicht vollumfängliches Beachten der Kodierungsregel bei der Wahl zur Haupt- bzw. Nebendiagnosen (KHB G52h).
2. Teilweises Fehlen von behandlungsaufwändigen Nebendiagnose in der Kodierung, die zwar nicht im Austrittsbericht benannt, aber in der vollständigen medizinischen Dokumentation aufgeführt sind (z.B. ärztlicher Verlauf, Operationsberichte, Interventionsprotokolle/Konsile; KHB G54g).
3. Es fanden sich unspezifische Diagnose- und Prozedurenkodierungen, deren Spezifizierung mit der Einsicht in die vollständige Dokumentation möglich gewesen wäre (KHB G40g).
4. Bei 7 Fällen nicht korrekte Zuweisung des Zusatzes zur Hauptdiagnose bei traumatischen Ereignissen (KHB G53g). Sie konnten durch bestehende Nebendiagnosen zugeordnet werden.

Ursächlich für die DRG-Wechsel waren folgende Beanstandungen:

- Rev.-Nr. 33 Nichtbeachtung der Wahl der Hauptdiagnose bei zwei oder mehr Diagnosen, die die HD-Definition erfüllen (KHB G52h).
- Rev.-Nr. 83 Kodierung einer unspezifischen Leistung, die im Operationsbericht klar benannt war (G30a).
- Rev.-Nr. 93 Nichtbeachtung der Wahl der Hauptdiagnose bei Verdachtsdiagnose (D09g Absatz 2 „Keine Diagnosenstellung“).
- Rev.-Nr. 100 Kodierung einer unspezifischen Diagnose, die aber im Austrittsbericht differenziert benannt war und entsprechenden Behandlungsaufwand generierte (G30a).

Es fanden sich **keine** Hinweise für einen systematischen Kodierfehler.

2.3.2 Angaben zu den Kodierfehlern

Anzahl der Kodierfehler nach Fehlertyp

	richtig	falsch	fehlend	ungerechtfertigt	unnötig	total
Hauptdiagnose	95	5	0	0	0	100
Zusatz zur HD	17	0	0	0	0	17
Nebendiagnosen	414	13	14	2	4	447
Diagnosen total	526	18	14	2	4	564
Hauptbehandlung	73	3	0	2	0	78
Nebenbehandlungen	121	0	3	2	1	127
Behandlungen total	194	3	3	4	1	205

Betroffene Fälle

HD falsch: 100-2070298772, 38-2070303606, 67-2070301325, 70-2010258121, 83-2010256582

ND falsch: 100-2070298772, 15-2070293999, 21-2070297512, 26-2070311316, 33-2010250277, 4-2070318038, 47-2010254360, 5-2010266987, 52-2010255339, 78-2070323079, 8-2010243437

ND fehlend: 100-2070298772, 33-2010250277, 44-2010250637, 47-2010254360, 53-2010250973, 67-2070301325, 81-2070321809, 82-2070314808, 88-2070302719, 95-2070306001, 97-2010261648

ND ungerechtfertigt: 13-2070315928, 88-2070302719

BEH falsch: 47-2010254360, 52-2010255339, 83-2010256582

BEH fehlend: 19-2070294158, 23-2070296221, 83-2010256582

BEH ungerechtfertigt: 14-2070314261, 15-2070293999, 67-2070301325, 97-2010261648

Anzahl der falsch kodierten Codes mit Stellenangabe

(Spalte 3 der Tabelle „Anzahl der Kodierfehler nach Fehlertyp“)

	falsch 1. Stelle	falsch 2. Stelle	falsch 3. Stelle	falsch 4. Stelle	falsch 5. Stelle	falsch 6. Stelle	total
Hauptdiagnose	1	1	0	3	0	0	5
Zusatz zur HD	0	0	0	0	0	0	0
Nebendiagnosen	3	0	3	6	1	0	13
Diagnosen total	4	1	3	9	1	0	18
Hauptbehandlung	0	0	0	1	1	1	3
Nebenbehandlungen	0	0	0	0	0	0	0
Behandlungen total	0	0	0	1	1	1	3

Prozentsatz der Kodierfehler nach Fehlertyp

	richtig	falsch	fehlend	ungerechtfertigt	unnötig
Hauptdiagnose	95.0%	5.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Zusatz zur HD	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Nebendiagnosen	92.6%	2.9%	3.1%	0.4%	0.9%
Diagnosen total	93.3%	3.2%	2.5%	0.4%	0.7%
Hauptbehandlung	93.6%	3.8%	0.0%	2.6%	0.0%
Nebenbehandlungen	95.3%	0.0%	2.4%	1.6%	0.8%
Behandlungen total	94.6%	1.5%	1.5%	2.0%	0.5%

Prozentsatz der falsch kodierten Codes mit Stellenangabe

(Spalte 3 der Tabelle „Prozentsatz der Kodierfehler nach Fehlertyp“)

	falsch 1. Stelle	falsch 2. Stelle	falsch 3. Stelle	falsch 4. Stelle	falsch 5. Stelle	falsch 6. Stelle	total
Hauptdiagnose	20.0%	20.0%	0.0%	60.0%	0.0%	0.0%	5.0%
Zusatz zur HD	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Nebendiagnosen	23.1%	0.0%	23.1%	46.2%	7.7%	0.0%	2.9%
Diagnosen total	22.2%	5.6%	16.7%	50.0%	5.6%	0.0%	3.2%
Hauptbehandlung	0.0%	0.0%	0.0%	33.3%	33.3%	33.3%	0.0%
Nebenbehandlungen	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Behandlungen total	0.0%	0.0%	0.0%	33.3%	33.3%	33.3%	0.0%

2.3.3 Zuweisung der Hauptdiagnose

Zuweisung	Anzahl	Prozent
Keine Änderung der Spalkodierung	92	92.0%
Kode durch richtigen Kode ersetzt ^{1*}	5	5.0%
Fehlenden Kode durch neuen ersetzt ^{2*}	0	0.0%
Durch bestehende Nebendiagnose zugeordnet ^{3*}	3	3.0%

Betroffene Fälle

^{1*} 100-2070298772, 38-2070303606, 67-2070301325, 70-2010258121, 83-2010256582

^{2*}

^{3*} 33-2010250277, 88-2070302719, 93-2010269805

2.3.4 Zuweisung der Zusatzdiagnose

Zuweisung	Anzahl	Prozent
Keine Änderung der Spalkodierung	17	70.8%
Kode durch richtigen Kode ersetzt ^{1*}	0	0.0%
Fehlenden Kode durch neuen ersetzt ^{2*}	0	0.0%
Durch bestehende Nebendiagnose zugeordnet ^{3*}	7	29.2%

Betroffene Fälle

^{1*} -

^{2*} -

^{3*} 100-2070298772, 10-2070306217, 18-2010263070, 23-2070296221, 33-2010250277, 74-2070306433, 86-2070315154

2.3.5 Zuweisung der Hauptbehandlung

Zuweisung	Anzahl	Prozent
Keine Änderung der Spalkodierung	73	93.6%
Kode durch richtigen Kode ersetzt ^{1*}	5	6.4%
Fehlenden Kode durch neuen ersetzt ^{2*}	0	0.0%
Durch bestehende Nebenbehandlung zugeordnet ^{3*}	0	0.0%

Betroffene Fälle

^{1*} 47-2010254360, 52-2010255339, 67-2070301325, 83-2010256582, 97-2010261648

^{2*} -

^{3*} -

2.3.6 Lateralität der Diagnosen und Prozeduren

Lateralität der Diagnosen

Urteil	Anzahl Urteile	Prozentualer Anteil
richtig	111	97.4%
falsch	0	0.0%
fehlend	2	1.8%
unnötig	1	0.9%
nicht beurteilbar	0	0.0%
Gesamt	114	100.0%

Lateralität der Prozeduren

Urteil	Anzahl Urteile	Prozentualer Anteil
richtig	62	96.9%
falsch	0	0.0%
fehlend	0	0.0%
unnötig	2	3.1%
nicht beurteilbar	0	0.0%
Gesamt	64	100.0%

2.3.7 Ambulante Behandlung auswärts

Urteil	Anzahl Urteile	Prozentualer Anteil
richtig erfasst	-	-
falsch erfasst	-	-
nicht erfasst	-	-

Es fanden sich keine ambulanten Behandlungen auswärts in den Revisionsfällen.

2.3.8 Vergleich Grundgesamtheit und Stichprobe

Anzahl Fälle

Anzahl Fälle (Stichprobe)	100
Anzahl Fälle (Grundgesamtheit)	13'941

CMI

CMI der Stichprobe	0.882530
CMI der Grundgesamtheit	0.881771

Anzahl und Prozentsatz unspezifischer Codes an der Spalkodierung

	unspezifische Codes der Grundgesamtheit		unspezifische Codes der Stichprobe	
Diagnosen	12'651	16.5%	101	18.4%
Prozeduren	31	0.1%	0	0.0%

Anzahl Nebendiagnosen pro/Patient

Anzahl Nebendiagnosen/Patient (Stichprobe nach Revision)	4.34
Anzahl Nebendiagnosen/Patient (Grundgesamtheit)	4.34

Anzahl Behandlungskodes pro/Patient

Anzahl Behandlungen/Patient (Stichprobe nach Revision)	2.00
Anzahl Behandlungen/Patient (Grundgesamtheit)	1.92

Anzahl DRG Fallgruppen

Anzahl DRG Fallgruppen (Stichprobe nach Revision)	69
Anzahl DRG Fallgruppen (Grundgesamtheit)	582

Anzahl Zusatzentgelte und Prozentsatz Fälle mit Zusatzentgelt

Zusatzentgelte (Stichprobe vor Revision)	16	
Zusatzentgelte (Grundgesamtheit)	265	
Fälle mit Zusatzentgelt (Stichprobe vor Revision)	2	2.0%
Fälle mit Zusatzentgelt (Grundgesamtheit)	93	0.7%

Anzahl und Prozentsatz Fälle mit erfassten Beatmungen

Prozentsatz maschineller Beatmungen (Stichprobe vor Revision)	2	2.0%
Prozentsatz maschineller Beatmungen (Grundgesamtheit)	111	0.8%

Anzahl und Prozentsatz Fälle mit IPS-Behandlung

Fälle mit IPS Aufenthalt (Stichprobe vor Revision)	7	7.0%
Fälle mit IPS Aufenthalt (Grundgesamtheit)	655	4.7%

Anzahl und Prozentsatz Fälle mi ICMU-Behandlung

Fälle mit ICMU Aufenthalt (Stichprobe vor Revision)	4	4.0%
Fälle mit ICMU Aufenthalt (Grundgesamtheit)	469	3.4%

Anzahl und Prozentsatz Fälle mit externen ambulanten Leistungen

Fälle mit externen ambulanten Leistungen (Stichprobe vor Revision)	0	0.0%
Fälle mit externen ambulanten Leistungen (Grundgesamtheit)	50	0.4%

2.4 Intensivmedizin (IMCU und IPS)

Die Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland führt eine SGI anerkannte IPS und eine IMCU. Die MDSI Daten werden aus einer elektronisch zur Verfügung gestellten Datengrundlage manuell ins Kodiererfassungsprogramm übertragen. Hierbei konnte ein Fehler eruiert werden.

2.4.1 Basisdaten IMCU

Nems und Schweregrad

Urteil	Anzahl Urteile	Prozentualer Anteil
richtig	4	100.0%
falsch	0	0.0%
fehlend	0	0.0%
unnötig	0	0.0%
nicht beurteilbar	0	0.0%
Gesamt	4	100.0%

Revidierte Fälle mit richtigen Basisdaten IMCU	4	100.0%
--	---	--------

2.4.2 Basisdaten IPS

In der Stichprobe fanden sich 7 Fälle mit Basisdaten der Intensivmedizin, in einem Fall konnte eine Abweichung festgestellt werden.

Maschinelle Beatmung

Urteil	Anzahl Urteile	Prozentualer Anteil
richtig	1	50.0%
falsch	1	50.0%
fehlend	0	0.0%
unnötig	0	0.0%
nicht beurteilbar	0	0.0%
Gesamt	2	100.0%

Auflistung der Beanstandungen:

Im Revisionsfall 8, wurde laut Datenrapport der Fall mit einer Beatmungsschicht (NIV Beatmung) ermittelt. Durch die Revision wurde die Beatmungszeit entsprechend ergänzt.

Nems

Urteil	Anzahl Urteile	Prozentualer Anteil
richtig	7	100.0%
falsch	0	0.0%
fehlend	0	0.0%
unnötig	0	0.0%
nicht beurteilbar	0	0.0%
Gesamt	7	100.0%

Schweregrad

Urteil	Anzahl Urteile	Prozentualer Anteil
richtig	7	100.0%
falsch	0	0.0%
fehlend	0	0.0%
unnötig	0	0.0%
nicht beurteilbar	0	0.0%
Gesamt	7	100.0%

Revidierte Fälle mit richtigen Basisdaten IPS	6 von 7	85.7%
---	---------	-------

2.5 Zusatzentgelte exkl. Medikamente (Substanzen)

In der Stichprobe waren 2 Fälle vorhanden, in denen Zusatzentgelte generiert wurden.

Urteil	Anzahl Urteile	Prozentualer Anteil
richtig	2	100.0%
falsch	0	0.0%
fehlend	0	0.0%
Gesamt	2	100.00%

Auflistung der Beanstandungen:
Es wurden keine Fehler festgestellt.

2.6 Medikamente und Substanzen

In der Stichprobe war 1 Fall vorhanden, in dem erfassbare Medikamente und Substanzen verabreicht und korrekt erfasst wurden.

Urteil	Anzahl Urteile	Prozentualer Anteil
richtig	1	100.0%
falsch	0	0.0%
fehlend	0	0.0%
Gesamt	1	100.0%

Auflistung der Beanstandungen:
Es wurden keine Fehler festgestellt

2.7 DRG-Wechsel

2.7.1 Anzahl und Prozentsatz der Fälle mit Kostengewichtswechsel

		Höheres Kostengewicht nach Revision	Tieferes Kostengewicht nach Revision		Kein Einfluss auf Kostengewicht	
Aufgrund Änderung Hauptdiagnose	1	1.00%	2	2.00%	0	0.00%
Aufgrund Änderung Nebendiagnose	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
Aufgrund Änderung Behandlung	1	1.00%	0	0.00%	0	0.00%
Aufgrund sonstiger Änderungen	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
Total	2	2.00%	2	2.00%	0	0.00%

2.7.2 Differenzen mit/ohne Vorlage an das BfS

	DRG vor Revision	DRG nach Revision	Kostengewicht vor Revision	Kostengewicht nach Revision	Differenz Kostengewicht	Ursachen
33-2010250277	Q60A	T64C	0.92	0.849	-0.0710	Änderung Hauptdiagnose
83-2010256582	N86Z	N23A	0.330	0.516	0.1860	Änderung Behandlungen
93-2010269805	Z64B	F75D	0.584	0.755	0.1710	Änderung Hauptdiagnose
100-2070298772	X62C	X60D	0.281	0.255	-0.0260	Änderung Hauptdiagnose

Es wurde **kein** Fall dem BfS zur Beurteilung vorgelegt.

Legende zu DRG Wechsel:

DRG	Bezeichnung
F75D	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems oder Gefäßeingriff, Alter > 17 Jahre, mehr als ein Belegungstag
N23A	Andere rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen mit Myomenukleation
N86Z	Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag
Q60A	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen mit bestimmter komplexer Diagnose oder komplizierender Prozedur und mehr als ein Belegungstag
T64C	Andere infektiöse und parasitäre Krankheiten, Alter > 17 Jahre, mehr als ein Belegungstag
X60D	Verletzungen und allergische Reaktionen, ein Belegungstag
X62C	Vergiftungen / Toxische Wirkungen von Drogen, Medikamenten und anderen Substanzen oder Folgen einer medizinischen Behandlung, ein Belegungstag
Z64B	Andere Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und Nachbehandlung nach abgeschlossener Behandlung, mehr als ein Belegungstag

2.8 Kostengewichte

2.8.1 Schätzung des CMI des Spitals vor und nach Revision

	Summe CW	Anzahl	CMI
Grundgesamtheit vor der Revision	12289.2	13'941	0.881771
Geschätzter CMI des Spitals vor Revision (Stichprobe)	88.2530	100	0.882530
Geschätzter CMI des Spitals nach Revision (Stichprobe)	88.2480	100	0.882480
Statistische Signifikanz der Abweichung des CMI vor und nach Revision	nein		
Geschätzte Differenz des CMI des Spitals vor und nach Revision			0.295495%
95%-Vertrauensintervall der Differenz des CMI des Spitals vor und nach Revision		Unteres VI:	-0.014457
		Obers VI:	0.014163

Da die Vertrauensbereiche den Wert „0“ einschliessen, bedeutet dies, dass es keine statistisch signifikante Abweichung des CMI vor und nach Revision gibt.

2.8.2 Kostengewichtsdifferenzen

Fallnummer	Kostengewicht vor Revision	Kostengewicht nach Revision
33-2010250277	0.92	0.849
83-2010256582	0.330	0.516
93-2010269805	0.584	0.755
100-2070298772	0.281	0.255

2.8.3 Geschätzte Standardabweichung der Kostengewichtsdifferenzen und des Anteils der Kostengewichtsdifferenzen, welche ungleich Null sind

Geschätzte Standardabweichung der Kostengewichtsdifferenzen des Spitals vor und nach Revision	0.026377
Geschätzte Standardabweichung der Kostengewichtsdifferenzen des Spitals vor und nach Revision, welche ungleich Null sind.	0.117179
Geschätzter Anteil der Kostengewichtsdifferenzen, welche ungleich Null sind :	4.000%.

2.9 Vergleich mit früheren Revisionen

Bewertung	Prozentuale Anteile 2018	Prozentuale Anteile 2019	Prozentuale Anteile 2020
Stichprobengrösse	100	100	100
Fehlende Krankengeschichten	0.0%	0.0%	0.0%
Richtiger Hauptdiagnosen	100%	89.0%	92.0%
Richtige Diagnosen	99.04%	90.6%	93.3%
Falsche Diagnosen	0.35%	4.5%	3.2%
Fehlende Diagnosen	0.24%	3.9%	2.5%
Richtige Hauptbehandlungen	98.81%	100.0%	93.6%
Richtige Behandlungen	98.63%	92.8%	94.6%
Falsche Behandlungen	0.69%	2.0%	1.5%
Fehlende Behandlungen	0.34%	3.9%	1.5%
Richtige Basisdaten Intensivmedizin	90.0%	100.0%	85.7%
Richtige Zusatzentgelte	100%	-	100.0%
Richtige Medikamente und Substanzen	100%	-	100.0%
Beanstandungen Fallmanagement	0.0%	0.0%	0.0%
Beanstandungen Rechnungslegung	0.0%	0.0%	0.0%
Anzahl DRG Wechsel	1	2	4
DRG Wechsel	1.000%	2.000%	4.000%
CMI Abweichung	-0.21%	-0.1%	-0.3%

3 Empfehlungen

3.1 Empfehlungen für die Verbesserung der Kodierung im Spital

Die Empfehlungen für die Verbesserung der Kodierung orientieren sich an den festgestellten Fehlern.

Zu 2.2.1 Qualität der Dossierführung

Im Kodierungshandbuch ist unter der Regel «G40g Dokumentation der Diagnosen und der Prozeduren», folgendes benannt:

Die Bedeutung einer kohärenten und vollständigen Dokumentation im Patientendossier kann nicht genug betont werden. Fehlt eine solche Dokumentation, ist es schwierig, ja unmöglich, die Kodierrichtlinien umzusetzen.

.....

Zur Wahl eines präzisen und endständigen ICD-Kodes zu einer von der Ärztin, bzw. dem Arzt gestellten Diagnose, ist es der Kodiererin, bzw. dem Kodierer aber erlaubt, die entsprechende Präzisierung aus der gesamten Dokumentation zu entnehmen.

Das SwissDRG System ist ein lernendes System. Die Entwicklung ist abhängig von einer spezifischen und vollständigen Kodierung der behandlungsaufwändigen Diagnosen und Therapien. Fehlt diese Datengrundlage, ist eine richtige Zuordnung des Falles in eine kostenhomogene Fallgruppe nur bedingt möglich. Daher ist auf eine vollständige und spezifische Benennung der Diagnosen im Austrittsbericht zu achten, die den Leitlinien der Diagnosenerstellung nach WHO zugrunde liegen.

Das Spital hat Sorge zu tragen, dass alle erforderlichen Dokumente (Bsp. Chemotherapieprotokoll) für den Kodierer einsehbar sind.

Bei der Dokumentation der Assessments ist darauf zu achten, dass keine inkongruenten Datumserfassungen vorliegen.

Zu 2.3.1. Diagnosen und Prozeduren festgestellte Fehler

Da in 7 Fällen die Zuweisung des Zusatzes zur Hauptdiagnose nicht richtig erfolgte, ist es zu empfehlen, dass die EDV technische Erfassung überprüft wird.

Gerade bei mehreren benannten Diagnosen, die für die Wahl der Hauptdiagnose in Frage kommen, ist eine dokumentierte Rückfrage beim behandelten Arzt durch die Kodierung unerlässlich.

3.2 Empfehlungen für die Weiterentwicklung von SwissDRG

Es ergeben sich aus dieser Revision keine Empfehlungen für die Weiterentwicklung der SwissDRG Systems.

3.3 Weitere Hinweise des Revisors

Es ergeben sich von Seiten der Revisorin keine weiteren Hinweise.

4 Anmerkungen Spitaldirektion

Anmerkungen der Spitaldirektion:

Die Codierrevision der Daten 2020 bestätigt eine gute Codierung in der SR RWS.
Für die Hinweise sind wir dankbar und werden entsprechende Verbesserungsmassnahmen
möglichst bald in die Wege leiten.

Wir bedanken uns bei der Firma «Rachinger Kodierexpert» für die konstruktive und angenehme
Zusammenarbeit.

Rebstein, im April 2021

Ort und Datum



Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland, der Direktor

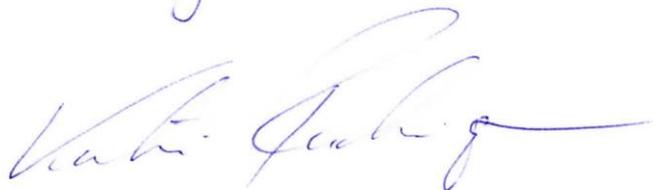
Spitalregion
Rheintal Werdenberg Sarganserland
9440 Rebstein

Anhang 1: Nachweise

Verpflichtungserklärung

1. Die Revisorin verpflichtet sich, die Kodierrevision auf der Grundlage des Reglements für die Durchführung der Kodierrevision unter SwissDRG, Version 9.0 vom 19.06.2020 sach- und fachgerecht durchzuführen.
2. Die Revisorin verpflichtet sich, die während der Prüfungstätigkeit in Erfahrung gebrachten Inhalte gegenüber Dritten dauerhaft vertraulich zu behandeln und die Ergebnisse nicht weiterzuverwenden.
3. Die Revisorin verpflichtet sich, die Anonymität der Patientendaten im Rahmen der Übermittlung der Revisionsdatensätze jederzeit sicherzustellen, so dass kein Rückschluss auf die Patientenidentität möglich ist.
4. Die Revisorin bestätigt seine Unabhängigkeit vom revidierten Spital. Sie bestätigt insbesondere, dass sie während der Revisionsperiode und während der Dauer der Revision in keinem anderen Anstellungs- und Mandatsverhältnis oder anderweitigen finanziellen Abhängigkeiten mit dem revidierten Spital stand. Allfällige Abhängigkeiten von einem Kostenträger sind im Revisionsbericht vollständig offengelegt.
5. Die Revisorin bestätigt, dass die Kodierrevisionsfirma nicht gleichzeitig die medizinischen Leistungen des betreffenden Spitals kodiert und/oder das betreffende Spital im Medizincontrolling beriet.

Kreuzlingen, 8.02.2021



Vollständigkeitserklärung im Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland bezüglich Datenlieferung für Kodierrevision der Daten 2020

Wir bestätigen, dass der Revisorin für die Stichprobenziehung alle im Spitalregion Rheintal
Werdenberg Sarganserland nach SwissDRG fakturierten Fälle mit Austritt zwischen 1. Januar
und 31. Dezember 2020 übermittelt wurden.

Rebsfin, 16.02.2021
Ort und Datum

S. Lillschlager
Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland, Direktor

Anhang 2: Leistungsübersicht des Spitals in der Berichtsperiode

Anzahl der stationär behandelten Fälle gesamte Institution

	KV	UV	MV	IV	SZ	Andere	Total
Akutsomatik (SwissDRG-Fälle)	12'919	907	37	18	40	20	13'941
Psychiatrie							
Rehabilitation							
Wartepatienten und andere nicht mit swissDRG abgerechnete Fälle							
Total	12'919	907	37	18	40	20	13'941

SwissDRG-Fälle

Nach Herkunftskanton und Versicherungsart

	KV	UV	MV	IV	SZ	Andere	Total
SG	10'381	680	28	7	13	9	11'118
AG	17	10	3	0	1	0	31
AI	14	0	0	0	0	0	14
AR	25	2	0	2	0	0	29
BE	11	2	0	0	0	0	13
BL	7	3	0	0	0	0	10
BS	4	0	0	0	0	0	4
FR	2	0	1	0	0	0	3
GE	2	1	0	0	0	0	3
GL	50	5	0	0	1	0	56
GR	76	12	1	6	2	0	97
LU	6	3	0	0	0	0	9
NE	1	0	0	0	0	0	1
NW	2	1	0	0	0	0	3
SH	7	0	0	0	0	0	7
SO	9	4	0	0	0	0	13
SZ	20	4	0	0	0	0	24
TG	19	6	0	0	0	0	25
TI	7	0	0	0	0	0	7
VD	0	0	1	0	0	0	1
VS	0	1	1	0	0	0	2
ZG	6	1	0	0	0	0	7
ZH	95	31	2	1	0	0	129
Sonstige	2'158	141	0	2	23	11	2'335
Total	12'919	907	37	18	40	20	13'941

Anzahl und Prozentsatz nach Ausreisserkategorie und Versicherungsart

	Normalfälle				Untere Ausreisser		Obere Ausreisser		Unbewertete DRG		Total
	Ohne Abschlag		Mit Abschlag								
KV	11'441	88.6%	209	1.6%	772	6.0%	494	3.8%	3	0.0%	12'919
UV	772	85.1%	4	0.4%	106	11.7%	25	2.8%	0	0.0%	907
MV	31	83.8%	0	0.0%	3	8.1%	3	8.1%	0	0.0%	37
IV	16	88.9%	0	0.0%	2	11.1%	0	0.0%	0	0.0%	18
SZ	32	80.0%	0	0.0%	5	12.5%	2	5.0%	1	2.5%	40
Andere	18	90.0%	0	0.0%	2	10.0%	0	0.0%	0	0.0%	20
Total	12'310	88.3%	213	1.5%	890	6.4%	524	3.8%	4	0.0%	13'941

Nach Ausreisserkategorie und Herkunftskanton

	Normalfälle				Untere Ausreisser		Obere Ausreisser		Unbewertete DRG		Total
	Ohne Abschlag		Mit Abschlag								
SG	9'843	88.5%	164	1.5%	675	6.1%	435	3.9%	1	0.0%	11'118
AG	27	87.1%	3	9.7%	1	3.2%	0	0.0%	0	0.0%	31
AI	10	71.4%	1	7.1%	2	14.3%	1	7.1%	0	0.0%	14
AR	26	89.7%	1	3.4%	1	3.4%	1	3.4%	0	0.0%	29
BE	11	84.6%	1	7.7%	1	7.7%	0	0.0%	0	0.0%	13
BL	9	90.0%	1	10.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	10
BS	3	75.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	25.0%	0	0.0%	4
FR	2	66.7%	0	0.0%	1	33.3%	0	0.0%	0	0.0%	3
GE	2	66.7%	1	33.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	3
GL	50	89.3%	1	1.8%	5	8.9%	0	0.0%	0	0.0%	56
GR	84	86.6%	1	1.0%	11	11.3%	1	1.0%	0	0.0%	97
LU	8	88.9%	0	0.0%	1	11.1%	0	0.0%	0	0.0%	9
NE	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1
NW	2	66.7%	1	33.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	3
SH	5	71.4%	1	14.3%	1	14.3%	0	0.0%	0	0.0%	7
SO	12	92.3%	0	0.0%	1	7.7%	0	0.0%	0	0.0%	13
SZ	22	91.7%	0	0.0%	2	8.3%	0	0.0%	0	0.0%	24
TG	24	96.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	4.0%	0	0.0%	25
TI	7	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	7
VD	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1
VS	2	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2
ZG	6	85.7%	0	0.0%	1	14.3%	0	0.0%	0	0.0%	7
ZH	114	88.4%	4	3.1%	9	7.0%	2	1.6%	0	0.0%	129
Sonstige	2'039	87.3%	33	1.4%	178	7.6%	82	3.5%	3	0.1%	2'335
Total	12'310	88.3%	213	1.5%	890	6.4%	524	3.8%	4	0.0%	13'941

CMI

Nach Ausreisserkategorie und Versicherungsart

	Normalfälle		Untere Ausreisser	Obere Ausreisser	Total
	Ohne Abschlag	Mit Abschlag			
KV	0.889742	0.831670	0.489222	1.653287	0.894066
UV	0.719860	0.468250	0.514047	1.495360	0.716073
MV	0.759323	-	0.408000	2.133667	0.842270
IV	1.230375	-	0.738000	-	1.175667
SZ	0.626906	-	0.542000	2.752500	0.725026
Andere	0.592889	-	0.364000	-	0.570000
Total	0.878085	0.824845	0.492479	1.652698	0.881771

Nach Ausreisserkategorie und Herkunftskanton

	Normalfälle		Untere Ausreisser	Obere Ausreisser	Total
	Ohne Abschlag	Mit Abschlag			
SG	0.890628	0.875665	0.492784	1.731087	0.899137
AG	0.848778	0.312000	0.571000	-	0.787871
AI	1.743900	0.293000	0.270500	1.275000	1.396286
AR	0.888346	1.969000	0.393000	2.077000	0.949517
BE	0.581273	0.350000	0.608000	-	0.565538
BL	0.715889	0.809000	-	-	0.725200
BS	0.834333	-	-	1.686000	1.047250
FR	1.414500	-	0.482000	-	1.103667
GE	0.644500	1.391000	-	-	0.893333
GL	0.875320	0.338000	0.493400	-	0.831625
GR	0.927679	1.261000	0.597364	1.718000	0.901804
LU	0.953250	-	0.563000	-	0.909889
NE	1.191000	-	-	-	1.191000
NW	1.393000	0.235000	-	-	1.007000
SH	0.485600	0.682000	0.307000	-	0.488143
SO	0.739083	-	0.608000	-	0.729000
SZ	0.774273	-	0.471500	-	0.749042
TG	0.574042	-	-	0.816000	0.583720
TI	0.474714	-	-	-	0.474714
VD	0.267000	-	-	-	0.267000
VS	0.527000	-	-	-	0.527000
ZG	0.694000	-	0.640000	-	0.686286
ZH	0.813430	0.738750	0.477333	1.373000	0.796341
Sonstige	0.825367	0.632242	0.487006	1.252110	0.811813
Total	0.878085	0.824845	0.492479	1.652698	0.881771

Anzahl Zusatzentgelte

Zusatzentgelt	Bezeichnung	Betrag	KV	UV	MV	IV	SZ	Andere	Total
ZE-2020-01.01	Hämodialyse, Hämofiltration, Hämodiafiltration, intermittierend, Alter > 11 Jahre	96'458.36	212	0	§0	0	2	0	214
ZE-2020-02.01	Hämodialyse, Hämofiltration, Hämodiafiltration, kontinuierlich, Bis 24 Stunden	4'659.65	5	0	0	0	0	0	5
ZE-2020-02.02	Hämodialyse, Hämofiltration, Hämodiafiltration, kontinuierlich, Mehr als 24 bis 72 Stunden	11'710.00	5	0	0	0	0	0	5
ZE-2020-02.03	Hämodialyse, Hämofiltration, Hämodiafiltration, kontinuierlich, Mehr als 72 bis 144 Stunden	23'460.60	5	0	0	0	0	0	5
ZE-2020-02.04	Hämodialyse, Hämofiltration, Hämodiafiltration, kontinuierlich, Mehr als 144 bis 264 Stunden	16'904.60	2	0	0	0	0	0	2
ZE-2020-03.24	Peritonealdialyse, kontinuierlich, nicht maschinell unterstützt (CAPD), mehr als 432 Stunden	11'951.09	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2020-10.05	Cetuximab, intravenös, 650 mg bis unter 750 mg	1'600.98	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2020-11.27	Bevacizumab, intravenös, 650 mg bis unter 750 mg	2'350.54	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2020-116.15	Dabrafenib, oral, 1500 mg bis unter 2100 mg	1'029.85	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2020-118.01	Pomalidomid, oral, 2 mg bis unter 6 mg	478.97	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2020-123.09	Einsetzen von Grafts an der Aorta abdominalis, Endovaskuläre Implantation in die Aorta abdominalis von Stent-Grafts (Stent-Prothesen), mit 2 Öffnungen	16'529.55	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2020-125.03	Carfilzomib, intravenös, 120 mg bis unter 160 mg	2'451.65	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2020-126.03	Transfusion von Thrombozytenkonzentrate n, 4 Konzentrate	4'474.06	1	0	0	0	0	0	1

ZE-2020-139.02	Daratumumab, intravenös, 300 mg bis unter 500 mg	2'053.09	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2020-139.05	Daratumumab, intravenös, 900 mg bis unter 1300 mg	5'645.99	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2020-144.09	Ibrutinib, oral, 11600 mg bis unter 14800 mg	6'450.18	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2020-147.03	Abirateron, oral, 9500 mg bis unter 11500 mg	1'231.13	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2020-147.05	Abirateron, oral, 13500 mg bis unter 17500 mg	1'817.38	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2020-147.06	Abirateron, oral, 17500 mg bis unter 21500 mg	2'286.38	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2020-18.31	Anidulafungin, intravenös, 450 mg bis unter 550 mg	2'097.51	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2020-18.37	Anidulafungin, intravenös, 1650 mg bis unter 1950 mg	7'551.02	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2020-19.24	Infliximab, intravenös, 400 mg bis unter 500 mg	1'640.77	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2020-24.80	Einlage oder Wechsel eines selbstexpandierenden Stents (Prothese) in den Pankreasgang	1'038.10	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2020-24.90	Einlage oder Wechsel von selbstexpandierendem, (nicht) beschichtetem Stent in den Gallengang, 1 Stent	3'114.30	3	0	0	0	0	0	3
ZE-2020-30.30	Fibrinogen, human, intravenös, 1.5 g bis unter 2.5 g	626.09	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2020-30.35	Fibrinogen, human, intravenös, 10 g bis unter 15 g	3'913.05	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2020-44.12	Adalimumab, subkutan, 20 mg bis unter 60 mg	627.33	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2020-51.04	Bortezomib, intravenös / subkutan, 3.5 mg bis unter 4.5 mg	1'834.17	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2020-52.32	Immunglobuline, normal human, zur intravasalen Anwendung, intravenös, 25 g bis unter 35 g	1'413.35	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2020-52.33	Immunglobuline, normal human, zur intravasalen Anwendung, intravenös, 35 g bis unter 45 g	1'884.47	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2020-52.37	Immunglobuline, normal human, zur intravasalen Anwendung, intravenös, 75 g bis unter 85 g	3'768.94	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2020-52.41	Immunglobuline, normal human, zur intravasalen Anwendung, intravenös, 145 g bis unter 165 g	14'604.64	2	0	0	0	0	0	2

ZE-2020-89.25	Lenalidomid, oral, 50 mg bis unter 75 mg	749.68	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2020-89.26	Lenalidomid, oral, 75 mg bis unter 100 mg	1'049.56	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2020-89.31	Lenalidomid, oral, 200 mg bis unter 225 mg	2'548.92	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2020-98.29	Terlipressin, intravenös, 360 mg und mehr	0.00	1	0	0	0	0	0	1
	Total	262'005.95	263	0	0	0	2	0	265

Anzahl und Prozentsatz der Fälle, welche in die Basis-DRGs 901, 902, 960, 961, 962 und 963 gruppiert wurden

ADRG	Anzahl	Prozentsatz
901 Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose	2	0.01%
902 Nicht ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose	2	0.01%
960 Nicht gruppierbar	1	0.01%
961 Unzulässige Hauptdiagnose	1	0.01%
962 Unzulässige geburtshilfliche Diagnosekombination	0	0.00%
963 Neonatale Diagnose unvereinbar mit Alter oder Gewicht	0	0.00%

Grundgesamtheit: 13'941

Prozentsatz der Langlieger ohne Nebendiagnose und Prozedur

Anzahl Langlieger in der Grundgesamtheit	524
Prozentsatz der Langlieger ohne Nebendiagnosen und ohne Prozedur	1.72%

Prozentsatz der Fälle mit über 5 Tage Aufenthaltsdauer und mit R-Hauptdiagnosekode

Anzahl Fälle mit über 5 Tagen Aufenthaltsdauer in der Grundgesamtheit	3'313
Prozentsatz der Fälle mit über 5 Tagen Aufenthaltsdauer und mit R-Hauptdiagnosekode in der Grundgesamtheit	2.17%

Glossar

BfS	Bundesamt für Statistik
KV	Krankenversicherung
UV	Unfallversicherung
MV	Militärversicherung
IV	Invalidenversicherung
SZ	Selbstzahler
Untere Ausreisser	Spitalfälle mit Aufenthaltsdauer unterhalb der unteren Grenzverweildauer
Obere Ausreisser	Spitalfälle mit Aufenthaltsdauer oberhalb der oberen Grenzverweildauer
Normalfälle	Spitalfälle mit Aufenthaltsdauer zwischen der unteren und oberen Grenzverweildauer
CMI	CaseMixIndex = ökonomischer Schweregrad der Spitalfälle in einem festen Zeitraum
ICD	Internationale Klassifikation von Diagnosen
CHOP	Nationale Klassifikation von Operationen, Behandlungen & Diagnostik
HD	Hauptdiagnose
ND	Nebendiagnose
zHD	Zusatz zur Hauptdiagnose
BEH	Behandlungen
DIA	Diagnosen
FID	Fallidentifikationsnummer
PID	Patientenidentifikationsnummer in einem Spital
NF	Normaler Fall
RFF	Führender Fall bei Rehospitalisation
RNF	Rehospitalisation nächster Fall
SFF	Split führender Fall bei Fallzusammenführungen
SNF	Split neuer Fall bei Fallzusammenführungen
KHB	Kodierungshandbuch des Bundesamtes für Statistik
AB	Austrittsbericht
CC	Komplikationen und Komorbidität