



Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland, Bericht über die Kodierrevision Daten 2021

27. April 2022

Inhaltsverzeichnis

ZUSAMMENFASSUNG	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 ZEITLICHE ABFOLGE DER REVISION	6
1.5 QUALIFIKATION DES REVISORS	6
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>	14
2.3.4 <i>Zuweisung der Zusatzdiagnose zur Hauptdiagnose</i>	15
2.3.5 <i>Zuweisung der Hauptbehandlung</i>	15
2.3.6 <i>Zuweisung der Nebenbehandlungen</i>	15
2.3.7 <i>Lateralität der Diagnosen und Prozeduren</i>	16
2.3.8 <i>Externe ambulante Leistungen</i>	16
2.3.9 <i>Vergleich Grundgesamtheit und Stichprobe</i>	17
2.4 INTENSIVMEDIZIN (IMCU UND IPS)	18
2.4.1 <i>Basisdaten Intermediate Care Unit (IMCU)</i>	18
2.4.2 <i>Basisdaten Intensivmedizin</i>	18
2.5 ZUSATZENTGELTE (EXKL. MEDIKAMENTE UND SUBSTANZEN)	19
2.6 MEDIKAMENTE UND SUBSTANZEN	19
2.7 KOSTENGEWICHTSWECHSEL	20
2.7.1 <i>Anzahl und Prozentsatz der Fälle mit DRG-Wechsel</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.....	23
3.3 WEITERE HINWEISE DES REVISORS	23
4 ANMERKUNGEN SPITALDIREKTION	24
ANHANG 1: NACHWEISE.....	25
VERPFLICHTUNGSERKLÄRUNG	25
ANHANG 2: LEISTUNGSÜBERSICHT DES SPITALS IN DER BERICHTSPERIODE	27
<i>Anzahl der stationär behandelten Fälle gesamte Institution</i>	27
SWISSDRG-FÄLLE	27
<i>Nach Herkunftskanton und Versicherungsart</i>	27

<i>Anzahl und Prozentsatz nach Ausreisserkategorie und Versicherungsart</i>	<i>28</i>
<i>Nach Ausreisserkategorie und Herkunftskanton</i>	<i>28</i>
CMI	29
<i>Nach Ausreisserkategorie und Versicherungsart</i>	<i>29</i>
<i>Nach Ausreisserkategorie und Herkunftskanton</i>	<i>29</i>
ANZAHL ZUSATZENTGELTE	30
ANZAHL UND PROZENTSATZ DER FÄLLE, WELCHE IN DIE BASIS-DRGS 901, 902, 960, 961, 962 UND 963 GRUPPIERT WURDEN	33
PROZENTSATZ DER LANGLEIEGER OHNE NEBENDIAGNOSE UND PROZEDUR UND MIT PCCL ≤ 2	33
PROZENTSATZ DER FÄLLE MIT ÜBER 5 TAGE AUFENTHALTSDAUER UND MIT R-HAUPTDIAGNOSEKODE	33
<i>Glossar</i>	<i>34</i>

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 2021 bis 31. Dezember 2021 wurde eine geschichtete Stichprobe von 100 Fällen und deren zusätzlich möglichen Rehospitalisationsfälle (2 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.

In 2 Fällen, dies entspricht einem Prozentsatz von 2.0%, 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 0.2% ab. Es ergibt sich damit keine statistisch signifikante Abweichung des CMI nach Revision.

Revisionsergebnisse im Überblick

Kennzahl	Wert	Anteil
Stichprobengrösse	100	
CMI des Spitals vor Revision (Grundgesamtheit)	0.891624	
Stichprobengrösse nach Revision	100	
Geschätzter CMI des Spitals nach Revision (Stichprobe)	0.889340	
Statistische Signifikanz der Abweichung des CMI des Spitals vor und nach Revision	Nein	
Geschätzte Differenz des CMI des Spitals vor und nach Revision	0.001580	0.2%
Revidierte Fälle mit DRG Wechsel	2	2.0%
Richtige Hauptdiagnosen	96	96.0%
Richtiger Zusatz zur Hauptdiagnose	15	93.8%
Richtige Nebendiagnosen	360	91.1%
Richtige Hauptbehandlung	73	88.0%
Richtige Nebenbehandlung	95	79.2%
Revidierte Fälle mit richtigen Basisdaten Intensivmedizin	5 von 5	100.0%
Revidierte Fälle mit richtigen Basisdaten Intermediate Care Unit	-	-
Richtige Zusatzentgelte	1 von 1	100.0%
Richtige Medikamente und Substanzen	1 von 1	100.0%
Beanstandete Fallkombinationsfehler	0 von 6	0.0%
Beanstandete Rechnungslegungen	0	0.0%
Fehlende Krankengeschichten	0	0.0%
Richtig erfasste externe ambulante Leistungen	-	-

Kennzahlenvergleich Grundgesamtheit und Stichprobe

	Grundgesamtheit		Stichprobe	
Fälle mit Zusatzentgelt	122	0.8%	1	1.0%
Fälle mit erfassten Beatmungen	120	0.8%	0	0.0%
Anzahl Fälle mit IPS-Aufenthalt	606	4.1%	5	5.0%
Fälle mit IMCU-Aufenthalt	451	3.1%	0	0.0%
Fälle mit externen ambulanten Leistungen	51	0.3%	0	0.0%
CMI	0.891624		0.887760	
Zusatzentgelte	266		1	

1 Durchführung der Revision

1.1 Berichtsperiode

Revidiert wurden die Falldaten mit Austritt vom 1.1. bis zum 31.12.2021.

1.2 Gültige Versionen

SwissDRG Katalog	Fallpauschalenkatalog Version 10.0
SwissDRG Grouper	SwissDRG Version 10.0 Abrechnungsversion 2021/2021
SwissDRG Abrechnungsregeln	Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG Version März 2020, Stand 19. März 2020
	Klarstellung und Fallbeispiele zu den Anwendungsregeln Version 4.5, Stand 06.Juli 2020
Kodierregeln	BFS Kodierungshandbuch Version 2021, FAQs und Rundschreiben für Kodiererinnen und Kodierer mit Gültigkeit bis 31.12.2021
Diagnosekodes	ICD-10 GM 2021
Behandlungskodes	CHOP 2021
Fehlertypologie	Medplaus 6.0.5

1.3 Berechnung und Ziehung der Stichprobe

Die Ziehung der Stichprobe erfolgte aus dem Datensatz der Medizinischen Statistik BFS aus dem Jahre 2021 des revidierten Spitals. Dabei wurden alle stationären akutsomatischen Fälle berücksichtigt, die nach SwissDRG abgerechnet wurden.

Für die Planung und die 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 die Stichprobengrösse auf 100 Fälle festgelegt. Aus den 14'726 Akutpatienten wurde eine geschichtete Stichprobe von 100 Fällen gezogen und 2 potenzielle Wiederkehrer hinzugefügt. Die Stichprobengrösse vor Revision beträgt somit 102 Fälle.

1.4 Beschreibung der zeitliche Abfolge der Revision

Die Dokumentationen der 102 Fälle der Stichprobe wurden der Revisorin durch die Firma Freudiger elektronisch zugesandt und am 03.03.2022 kontrolliert.

Die Stichprobe wurde der Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland am 03.03.2022 elektronisch zur Verfügung gestellt. Die Revision erfolgte am 14.03.2022 und 15.03.2022 vor Ort am Standort Rebstein. Die Revisionsergebnisse wurden zur Stellungnahme am 18.03.2022 dem Spital elektronisch zugestellt und mit Herrn Patric Fuchs, Leiter Medizincontrolling am 30.03.2022 in einem telefonischen Fallgespräch erörtert. 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 Revisorin 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.

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

2.2.1.1 Anzahl und Prozentsatz fehlender Patientenakten

Gesamt:

Urteil	Anzahl	Anteil
Vollständig	100	100.0%
Unvollständig	0	0.0%
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	47/100.0%	0/0.0%	0/0.0%	53/53.0%	47
Histologieberichte	2/100.0%	0/0.0%	0/0.0%	98/98.0%	2
Endoskopieberichte	1/100.0%	0/0.0%	0/0.0%	99/99.0%	1
Labordokumentation	2/100.0%	0/0.0%	0/0.0%	98/98.0%	2
IPS Berichte	5/100.0%	0/0.0%	0/0.0%	95/95.0%	5
Pflegedokumentation	8/100.0%	0/0.0%	0/0.0%	92/92.0%	8
Konsilien Fachärzte	0/0.0%	0/0.0%	0/0.0%	100/100.0%	0
Sonstige Unters.berichte	10/100.0%	0/0.0%	0/0.0%	90/90.0%	10

2.2.1.2 Qualität der Aktenführung

Die Aktenführung und Ablage sind je nach Standort und Spital unterschiedlich. Das elektronische Dossier im KIS enthält nicht alle relevanten Dokumente. Im Einzelbedarf muss der Kodierer auf Dokumentationen zugreifen, die an einer anderen Stelle im Spital elektronisch abgelegt sind. Bsp. Nachweis Therapieeinheiten bei Komplexbehandlungen.

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. Zudem befinden sich im Austrittsbericht Hinweise auf pathologische Zustände, die einen Behandlungsaufwand nach sich gezogen haben, die genaue ärztliche Diagnosen Benennung fehlt allerdings hierzu. Bsp. Geburtsberichte.

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. 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%

Auflistung der Beanstandungen:

Fall	Bemerkungen
64	Behandlung nach Austritt geändert auf: ambulante Behandlung nach Angaben im Austrittsbericht.

2.2.3 Fallkombinationsfehler (Fallsplitt, Fallzusammenführung)

In der Stichprobe fanden sich insgesamt 6 Fallkonstellationen für die Möglichkeit einer Fallzusammenführung oder eines Fallsplitts. Dabei wurde das Fallmanagement in allen Fällen korrekt gehandhabt.

2.2.3.1 Festgestellte Fehler

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

Es wurden keine Fehler festgestellt.

2.2.3.2 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.

2.2.4.1 Festgestellte Fehler

100 von 100 Rechnungen wurden von den Revisoren kontrolliert.

Urteil	DRG	Kostengewicht	Zusatzentgelte
richtig	100	100	1
falsch	0	0	0
nicht beurteilbar	0	0	
sonstige	0	0	
fehlend			0

Es wurden keine Fehler festgestellt.

2.2.4.2 Abweichung Kostengewicht

Der CMI der Spalkodierung ist 0.887760. Der fakturierte CMI ist 0.887760. Die Abweichung ist somit 0.0%.

2.3 Diagnosen und Behandlungen

2.3.1 Festgestellte Fehler

Innerhalb der 100 Fälle der Stichprobe waren 510 Diagnosen und 203 Behandlungen zu beurteilen. Es wurden von der Revisorin insgesamt 1 Hauptdiagnose korrigiert. 28 fehlende Nebendiagnosen wurden ergänzt und 2 Nebendiagnosen korrigiert.

Bei den Behandlungen wurden 29 Prozeduren ergänzt und 3 korrigiert.

Folgende Beanstandungen wurden festgestellt:

1. 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, Geburtsprotokoll, Interventionsprotokolle/Konsile; KHB G54g).
2. Es fanden sich unspezifische Diagnose- und Prozedurenkodierungen, deren Spezifizierung mit der Einsicht in die vollständige Dokumentation möglich gewesen wäre (KHB G40g).
3. Die Regeländerung der im Kodierungshandbuch unter P01j aufgeführten signifikanten Prozeduren, im speziellen die Aufnahme von CT bei den Grossgeräten, wurde nicht beachtet.
4. Das Rundschreiben zur Kodierung von COVID wurde im Fall eines negativen Testergebnisses nicht nach Vorgabe umgesetzt. Es wurde nur der U99.0! erfasst ohne den dazugehörigen Z11 Kode.

Ursächlich für die DRG-Wechsel waren folgende Beanstandungen:

- Rev.-Nr. 24 Nichtbeachtung der KHB S0202j Auswahl und Reihenfolge der Diagnosen bei Malignom assoziierten Erkrankungen.
- Rev.-Nr. 78 Kodierung einer unspezifischen Leistung, die im Operationsbericht klar benannt war (G30a).

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

2.3.2 Angaben zu den Kodierfehlern

2.3.2.1 Anzahl der Kodierfehler nach Fehlertyp

	richtig	falsch	fehlend	ungerechtfertigt	unnötig	total
Hauptdiagnose	99	1	0	0	0	100
Zusatz zur HD	15	0	0	0	0	15
Nebendiagnosen	360	2	28	5	0	395
Diagnosen total	474	3	28	5	0	510
Hauptbehandlung	74	0	8	1	0	83
Nebenbehandlungen	95	3	21	1	0	120
Behandlungen total	169	3	29	2	0	203

Betroffene Fälle

HD falsch: 1-2070352473

ND falsch: 54-2010276716, 91-2070362192

ND fehlend: 1-2070352473, 16-2070328041, 23-2010278417, 24-2010277940, 30-2070326237, 3-2070342261, 37-2010274954, 40-2010278085, 4-2070358641, 47-2070349511, 48-2070338427, 55-2070339633, 63-2070334797, 66-2010277260, 69-2010283682, 72-2070352102, 74-2070334449, 87-2010301046, 91-2070362192

ND ungerechtfertigt: 23-2010278417, 24-2010277940, 72-2070352102, 91-2070362192

BEH falsch: 20-2010297233, 39-2010282713

BEH fehlend: 100-2010300488, 20-2010297233, 23-2010278417, 24-2010277940, 26-2010298019, 35-2070335616, 38-2010271608, 39-2010282713, 40-2010278085, 46-2010278323, 47-2070349511, 48-2070338427, 50-2010272106, 5-2070323308, 54-2010276716, 69-2010283682, 70-2070332698, 75-2010272426, 78-2070351650, 82-2070339704, 86-2010281765, 91-2070362192, 97-2070327386

BEH ungerechtfertigt: 54-2010276716, 78-2070351650

2.3.2.2 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	0	1	0	0	0	0	1
Zusatz zur HD	0	0	0	0	0	0	0
Nebendiagnosen	0	1	0	1	0	0	2
Diagnosen total	0	2	0	1	0	0	3
Hauptbehandlung	0	0	0	0	0	0	0
Nebenbehandlungen	1	0	1	1	0	0	3
Behandlungen total	1	0	1	1	0	0	3

2.3.2.3 Prozentsatz der Kodierfehler nach Fehlertyp

	richtig	falsch	fehlend	ungerechtfertigt	unnötig
Hauptdiagnose	99.0%	1.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Zusatz zur HD	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Nebendiagnosen	91.1%	0.5%	7.1%	1.3%	0.0%
Diagnosen total	92.9%	0.6%	5.5%	1.0%	0.0%
Hauptbehandlung	89.2%	0.0%	9.6%	1.2%	0.0%
Nebenbehandlungen	79.2%	2.5%	17.5%	0.8%	0.0%
Behandlungen total	83.3%	1.5%	14.3%	1.0%	0.0%

2.3.2.4 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	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.0%
Zusatz zur HD	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Nebendiagnosen	0.0%	50.0%	0.0%	50.0%	0.0%	0.0%	0.5%
Diagnosen total	0.0%	66.7%	0.0%	33.3%	0.0%	0.0%	0.6%
Hauptbehandlung	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Nebenbehandlungen	33.3%	0.0%	33.3%	33.3%	0.0%	0.0%	33.3%
Behandlungen total	33.3%	0.0%	33.3%	33.3%	0.0%	0.0%	33.3%

2.3.3 Zuweisung der Hauptdiagnose

Zuweisung	Anzahl	Prozent
Keine Änderung der Spalkodierung	96	96.0%
Kode durch richtigen Code ersetzt ^{1*}	1	1.0%
Fehlenden Code durch neuen ersetzt ^{2*}	2	2.0%
Durch bestehende Nebendiagnose zugeordnet ^{3*}	1	1.0%

Betroffene Fälle

^{1*} 1-2070352473

^{2*} 69-2010283682, 87-2010301046

^{3*} 24-2010277940

2.3.4 Zuweisung der Zusatzdiagnose zur Hauptdiagnose

Zuweisung	Anzahl	Prozent
Keine Änderung der Spitalkodierung	15	93.8%
Kode durch richtigen Code ersetzt ^{1*}	0	0.0%
Fehlenden Code durch neuen ersetzt ^{2*}	0	0.0%
Durch bestehende Nebendiagnose zugeordnet ^{3*}	1	6.3%

Betroffene Fälle

^{1*}

^{2*}

^{3*} 51-2070362930

2.3.5 Zuweisung der Hauptbehandlung

Zuweisung	Anzahl	Prozent
Keine Änderung der Spitalkodierung	73	88.0%
Kode durch richtigen Code ersetzt ^{1*}	8	9.6%
Fehlenden Code durch neuen ersetzt ^{2*}	1	1.2%
Durch bestehende Nebenbehandlung zugeordnet ^{3*}	1	1.2%

Betroffene Fälle

^{1*} 26-2010298019, 35-2070335616, 50-2010272106, 69-2010283682, 75-2010272426, 82-2070339704, 86-2010281765, 97-2070327386

^{2*} 78-2070351650

^{3*} 87-2010301046

2.3.6 Zuweisung der Nebenbehandlungen

Zuweisung	Anzahl	Prozent
Keine Änderung der Spitalkodierung	95	79.2%
Kode durch richtigen Code ersetzt	3	2.5%
Fehlenden Code durch neuen ersetzt	21	17.5%

2.3.7 Lateralität der Diagnosen und Prozeduren

2.3.7.1 Lateralität der Diagnosen

Urteil	Anzahl Urteile	Prozentualer Anteil
richtig	85	95.5%
falsch	0	0.0%
fehlend	3	3.4%
unnötig	1	1.1%
nicht beurteilbar	0	0.0%
Gesamt	89	100.0%

2.3.7.2 Lateralität der Prozeduren

Urteil	Anzahl Urteile	Prozentualer Anteil
richtig	60	96.8%
falsch	0	0.0%
fehlend	1	1.6%
unnötig	1	1.6%
nicht beurteilbar	0	0.0%
Gesamt	62	100.0%

2.3.8 Externe ambulante Leistungen

Urteil	Anzahl Urteile	Prozentualer Anteil
richtig	-	-
falsch	-	-
fehlend	-	-
Unnötig	-	-
nicht beurteilbar	-	-
Gesamt	-	-

2.3.9 Vergleich Grundgesamtheit und Stichprobe

2.3.9.1 Anzahl Fälle

Anzahl Fälle (Stichprobe)	100
Anzahl Fälle (Grundgesamtheit)	14'726

2.3.9.2 CMI

CMI der Stichprobe	0.887760
CMI der Grundgesamtheit	0.891624

2.3.9.3 Anzahl und Prozentsatz unspezifischer Codes an der Spalkodierung

	unspezifische Codes der Grundgesamtheit		unspezifische Codes der Stichprobe	
Diagnosen	13'038	16.4%	79	16.4%
Prozeduren	35	0.1%	1	0.6%

2.3.9.4 Anzahl Nebendiagnosen/Patient

Anzahl Nebendiagnosen/Patient (Stichprobe nach Revision)	3.89
Anzahl Nebendiagnosen/Patient (Grundgesamtheit)	4.23

2.3.9.5 Anzahl Behandlungen/Patient

Anzahl Behandlungen/Patient (Stichprobe nach Revision)	2.01
Anzahl Behandlungen/Patient (Grundgesamtheit)	1.83

2.3.9.6 Anzahl DRG Fallgruppen

Anzahl DRG Fallgruppen (Stichprobe nach Revision)	71
Anzahl DRG Fallgruppen (Grundgesamtheit)	591

2.3.9.7 Anzahl Zusatzentgelte und Prozentsatz Fälle mit Zusatzentgelt

Zusatzentgelte (Stichprobe vor Revision)	1	
Zusatzentgelte (Grundgesamtheit)	266	
Fälle mit Zusatzentgelt (Stichprobe vor Revision)	1	1.0%
Fälle mit Zusatzentgelt (Grundgesamtheit)	122	0.8%

2.3.9.8 Anzahl und Prozentsatz Fälle mit erfassten Beatmungen

Prozentsatz maschineller Beatmungen (Stichprobe vor Revision)	0	0.0%
Prozentsatz maschineller Beatmungen (Grundgesamtheit)	120	0.8%

2.3.9.9 Anzahl und Prozentsatz Fälle mit IPS-Behandlung

Fälle mit IPS Aufenthalt (Stichprobe vor Revision)	5	5.0%
Fälle mit IPS Aufenthalt (Grundgesamtheit)	606	4.1%

2.3.9.10 Anzahl und Prozentsatz Fälle mit ICMU-Behandlung

Fälle mit ICMU Aufenthalt (Stichprobe vor Revision)	0	0.0%
Fälle mit ICMU Aufenthalt (Grundgesamtheit)	451	3.1%

2.3.9.11 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)	51	0.3%

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 Intermediate Care Unit (IMCU)

2.4.1.1 NEMS + Schweregrad (S/P/C)

Urteil	Anzahl Urteile	Prozentualer Anteil
richtig	-	-
falsch	-	-
fehlend	-	-
unnötig	-	-
nicht beurteilbar	-	-
Gesamt	-	-

2.4.1.2 Revidierte Fälle

Revidierte Fälle mit richtigen Basisdaten IMCU	-	-
--	---	---

In der Stichprobe befanden sich keine IMCU Fälle.

2.4.2 Basisdaten Intensivmedizin

In der Stichprobe fanden sich 5 Fälle mit Basisdaten der Intensivmedizin, in keinem Fall konnte eine Abweichung festgestellt werden.

2.4.2.1 Maschinelle Beatmung

Urteil	Anzahl Urteile	Prozentualer Anteil
richtig	-	-
falsch	-	-
fehlend	-	-
unnötig	-	-
nicht beurteilbar	-	-
Gesamt	-	-

In der Stichprobe befanden sich keine beatmeten Fälle.

2.4.2.2 Nems

Urteil	Anzahl Urteile	Prozentualer Anteil
richtig	5	100.0%
falsch	0	0.0%
fehlend	0	0.0%
unnötig	0	0.0%
nicht beurteilbar	0	0.0%
Gesamt	5	100.0%

2.4.2.3 Schweregrad

Urteil	Anzahl Urteile	Prozentualer Anteil
richtig	5	100.0%
falsch	0	0.0%
fehlend	0	0.0%
unnötig	0	0.0%
nicht beurteilbar	0	0.0%
Gesamt	5	100.0%

2.4.2.4 Revidierte Fälle

Revidierte Fälle mit richtigen Basisdaten IPS	5 von 5	100.0%
---	---------	--------

2.5 Zusatzentgelte (exkl. Medikamente und Substanzen)

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

2.6 Medikamente und Substanzen

In der Stichprobe war ein 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%

2.7 Kostengewichtswechsel

2.7.1 Anzahl und Prozentsatz der Fälle mit DRG-Wechsel

	Höheres Kostengewicht nach Revision		Tieferes Kostengewicht nach Revision		Kein Einfluss auf Kostengewicht	
Aufgrund Änderung Hauptdiagnose	0	0.00%	1	1.00%	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	1	1.00%	1	1.00%	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
24	E77A	E71A	1.468	1.262	-0.2060	Änderung Hauptdiagnose
78	I18B	I30C	0.614	0.978	0.3640	Änderung Behandlungen

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

Legende zu DRG Wechsel:

DRG	Bezeichnung
E71A	Neubildungen der Atmungsorgane mit äusserst schwere CC oder starrer Bronchoskopie, mehr als ein Belegungstag
E77A	Andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit komplizierender Diagnose bei Zst. nach Organtransplantation od. mit äusserst schweren CC oder komplizierender Prozedur oder MRE, mehr als ein Belegungstag
I18B	Arthroskopie einschliesslich Biopsie oder andere Eingriffe an Knochen oder Gelenken, Alter > 15 Jahre, mehr als ein Belegungstag
I30C	Komplexe Eingriffe am Kniegelenk, Alter > 15 Jahre

2.8 Kostengewichte

2.8.1 Schätzung des CMI des Spitals vor und nach Revision

	Summe CW	Anzahl	CMI
CMI des Spitals vor Revision (Grundgesamtheit)	13122.0	14'726	0.891624
Geschätzter CMI des Spitals vor Revision (Stichprobe)	88.7760	100	0.887760
Geschätzter CMI des Spitals nach Revision (Stichprobe)	88.9340	100	0.889340
Statistische Signifikanz der Abweichung des CMI vor und nach Revision	nein		
Geschätzte Differenz des CMI des Spitals vor und nach Revision	0.1580		0.177976%
95%-Vertrauensintervall der Differenz des CMI des Spitals vor und nach Revision		Untere Grenze:	-0.044466
		Obere Grenze:	0.058158

2.8.2 Kostengewichtsdifferenzen

Fallnummer	Kostengewicht vor Revision	Kostengewicht nach Revision
24	1.468	1.262
78	0.614	0.978

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	0.042006
Geschätzte Standardabweichung der Kostengewichtsdifferenzen des Spitals vor und nach Revision, welche ungleich Null sind.	0.000176
Geschätzter Anteil der Kostengewichtsdifferenzen, welche ungleich Null sind :	2.0%.

2.9 Vergleich mit früheren Revisionen

Bewertung	Prozentuale Anteile 2019	Prozentuale Anteile 2020	Prozentuale Anteile 2021
Stichprobengrösse	100	100	100
Fehlende Krankengeschichten	0.0%	0.0%	0.0%
Richtiger Hauptdiagnosen	89.0%	92.0%	96.0%
Richtige Diagnosen	90.6%	93.3%	92.9%
Falsche Diagnosen	4.5%	3.2%	0.6%
Fehlende Diagnosen	3.9%	2.5%	5.5%
Richtige Hauptbehandlungen	100.0%	93.6%	88.0%
Richtige Behandlungen	92.8%	94.6%	83.3%
Falsche Behandlungen	2.0%	1.5%	1.5%
Fehlende Behandlungen	3.9%	1.5%	14.3% ^{1*}
Richtige Basisdaten Intensivmedizin	100.0%	85.7%	100.0%
Richtige Zusatzentgelte	-	100.0%	100.0%
Richtige Medikamente und Substanzen	-	100.0%	100.0%
Beanstandungen Fallmanagement	0.0%	0.0%	0.0%
Beanstandungen Rechnungslegung	0.0%	0.0%	0.0%
Anzahl DRG Wechsel	2	4	2
DRG Wechsel	2.000%	4.000%	2.000%
CMI Abweichung	-0.1%	0.3%	0.2%

1* Bemerkung Spital: Der relativ hohe Anteil der fehlenden Behandlungen (2021 14.3%) ist geschuldet, durch das Nichtcodieren von CT's.

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 Patientenakten

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.

Es ist auf eine vollständige und spezifische Benennung der Diagnosen im Austrittsbericht zu achten, die den Leitlinien der Diagnosenerstellung nach WHO zugrunde liegen. Sind in den Verlaufsbeschreibungen Hinweise für fehlende Diagnosestellungen zu finden, ist eine dokumentierte Rückfrage beim behandelten Arzt durch die Kodierung unerlässlich, um allfällige relevante Diagnosen zu sichern.

Zu 2.3.1. Diagnosen und Prozeduren festgestellte Fehler

Da in vielen Fällen die Erfassung des signifikanten Grossgerätes CT nicht erfolgte, sowie die korrekte Kreuz-Stern Kodierung für negative COVID Testungen, ist eine gezielte Schulung zum Jahreswechsel mit Inhalt der Klassifikationsänderungen und Anpassungen des Kodierungshandbuch zu empfehlen.

Allenfalls lassen sich signifikante Radiologieleistungen im KIS zum jeweiligen Fall ausleiten und dem Kodierer als Plausibilisierungsdaten zur Verfügung stellen.

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

Die Codierrevision der Daten 2021 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 2022

Ort und Datum *Rebstein, 26.04.2022*

S. Lillackiger

Anhang 1: Nachweise

Verpflichtungserklärung

1. Der Revisor verpflichtet sich, die Kodierrevision auf der Grundlage des Reglements für die Durchführung der Kodierrevision unter SwissDRG, Version 8.0 vom 14.Juni 2019 sach- und fachgerecht durchzuführen.
2. Der Revisor verpflichtet sich, die während der Prüfungstätigkeit in Erfahrung gebrachten Inhalte gegenüber Dritten dauerhaft vertraulich zu behandeln und die Ergebnisse nicht weiterzuverwenden.
3. Der Revisor verpflichtet sich, die Anonymität der Patientendaten im Rahmen der Übermittlung der Revisionsdatensätze jederzeit sicherzustellen, so dass kein Rückschluss auf die Patientenidentität möglich ist.
4. Der Revisor bestätigt seine Unabhängigkeit vom revidierten Spital. Er bestätigt insbesondere, dass er während der Revisionsperiode und während der Dauer der Revision nicht als Kodierer im revidierten Spital tätig war und auch in keinem anderen Anstellungs- oder Mandatsverhältnis oder in anderweitig finanziellen Abhängigkeiten mit dem revidierten Spital steht. Allfällige Abhängigkeiten von einem Kostenträger sind im Revisionsbericht vollständig offengelegt.
5. Der Revisor bestätigt, dass die Kodierrevisionsfirma bei der er angestellt ist, nicht gleichzeitig die medizinischen Leistungen des betreffenden Spitals kodierte und/oder das betreffende Spital im Medizincontrolling beriet.

Rebstein, 14.03.2022

Ort, Datum



Kodierrevisorin

Vollständigkeitserklärung im Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland bezüglich Datenlieferung für Kodierrevision der Daten 2021

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 2021 übermittelt wurden.

Rebstein, 14. März 2022
Ort und Datum


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)	13'622	926	21	14	48	95	14'726
Pflege- und Wartepatienten							
Psychiatrie							
Rehabilitation							
Total	13'622	926	21	14	48	95	14'726

SwissDRG-Fälle

Nach Herkunftskanton und Versicherungsart

	KV	UV	MV	IV	SZ	Andere	Total
SG	10'930	708	18	5	14	80	11'755
AG	23	6	0	0	0	0	29
AI	23	3	0	3	1	0	30
AR	65	3	0	0	0	0	68
BE	6	2	0	0	0	0	8
BL	3	1	0	0	0	0	4
BS	6	2	0	0	0	1	9
FR	2	0	0	0	0	0	2
GE	1	0	0	0	0	0	1
GL	48	6	0	0	1	0	55
GR	113	18	0	2	0	1	134
LU	8	3	1	0	0	0	12
SH	2	1	0	0	0	0	3
SO	1	0	0	0	0	0	1
SZ	18	4	0	0	0	0	22
TG	24	6	0	2	0	0	32
TI	10	0	1	0	0	0	11
UR	1	0	1	0	0	0	2
VD	5	0	0	0	0	0	5
VS	1	0	0	0	0	0	1
ZG	5	2	0	0	0	0	7
ZH	106	23	0	0	1	0	130
Sonstige	2'221	138	0	2	31	13	2'405
Total	13'622	926	21	14	48	95	14'726

Anzahl und Prozentsatz nach Ausreisserkategorie und Versicherungsart

	Normalfälle				Untere Ausreisser		Obere Ausreisser		Unbe- wertete DRG		Total
	Ohne Abschlag		Mit Abschlag								
KV	12'033	88.3%	268	2.0%	701	5.1%	611	4.5%	9	0.1%	13'622
UV	787	85.0%	10	1.1%	102	11.0%	27	2.9%	0	0.0%	926
MV	16	76.2%	0	0.0%	2	9.5%	3	14.3%	0	0.0%	21
IV	11	78.6%	0	0.0%	1	7.1%	2	14.3%	0	0.0%	14
SZ	39	81.3%	0	0.0%	8	16.7%	1	2.1%	0	0.0%	48
Andere	86	90.5%	0	0.0%	5	5.3%	4	4.2%	0	0.0%	95
Total	12'972	88.1%	278	1.9%	819	5.6%	648	4.4%	9	0.1%	14'726

Nach Ausreisserkategorie und Herkunftskanton

	Normalfälle				Untere Ausreisser		Obere Ausreisser		Unbewertete DRG		Total
	Ohne Abschlag		Mit Abschlag								
SG	10'360	88.1%	228	1.9%	620	5.3%	540	4.6%	7	0.1%	11'755
AG	26	89.7%	0	0.0%	1	3.4%	2	6.9%	0	0.0%	29
AI	26	86.7%	1	3.3%	1	3.3%	2	6.7%	0	0.0%	30
AR	61	89.7%	2	2.9%	2	2.9%	3	4.4%	0	0.0%	68
BE	4	50.0%	3	37.5%	1	12.5%	0	0.0%	0	0.0%	8
BL	4	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	4
BS	9	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	9
FR	2	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2
GE	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1
GL	46	83.6%	1	1.8%	3	5.5%	5	9.1%	0	0.0%	55
GR	114	85.1%	2	1.5%	15	11.2%	3	2.2%	0	0.0%	134
LU	8	66.7%	1	8.3%	2	16.7%	1	8.3%	0	0.0%	12
SH	3	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	3
SO	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1
SZ	20	90.9%	0	0.0%	2	9.1%	0	0.0%	0	0.0%	22
TG	30	93.8%	1	3.1%	0	0.0%	1	3.1%	0	0.0%	32
TI	10	90.9%	1	9.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	11
UR	2	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2
VD	5	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	5
VS	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1
ZG	7	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	7
ZH	111	85.4%	5	3.8%	5	3.8%	9	6.9%	0	0.0%	130
Sonstige	2'121	88.2%	33	1.4%	167	6.9%	82	3.4%	2	0.1%	2'405
Total	12'972	88.1%	278	1.9%	819	5.6%	648	4.4%	9	0.1%	14'726

CMI

Nach Ausreisserkategorie und Versicherungsart

	Normalfälle		Untere Ausreisser	Obere Ausreisser	Total
	Ohne Abschlag	Mit Abschlag			
KV	0.880266	0.752183	0.539071	1.685884	0.896334
UV	0.740592	0.767900	0.540294	1.819444	0.750281
MV	1.581188	-	0.399500	1.321000	1.431476
IV	1.180273	-	0.682000	2.475000	1.329643
SZ	0.711487	-	0.579000	0.630000	0.687708
Andere	1.494512	-	0.764200	2.859750	1.513558
Total	0.876476	0.752748	0.540822	1.697812	0.891624

Nach Ausreisserkategorie und Herkunftskanton

	Normalfälle		Untere Ausreisser	Obere Ausreisser	Total
	Ohne Abschlag	Mit Abschlag			
SG	0.893149	0.776697	0.548568	1.698959	0.909743
AG	0.700038	-	0.644000	2.710500	0.836759
AI	0.816231	0.723000	0.682000	1.770000	0.872233
AR	0.800164	0.286000	0.565000	1.297000	0.800044
BE	0.514250	0.917000	0.393000	-	0.650125
BL	0.723750	-	-	-	0.723750
BS	0.582333	-	-	-	0.582333
FR	0.243500	-	-	-	0.243500
GE	0.270000	-	-	-	0.270000
GL	0.874326	0.642000	0.750333	1.610000	0.930218
GR	0.828939	0.903000	0.454867	1.289333	0.798478
LU	0.619750	0.259000	0.492000	1.732000	0.661083
SH	0.907333	-	-	-	0.907333
SO	0.267000	-	-	-	0.267000
SZ	0.796600	-	0.578500	-	0.776773
TG	1.070133	0.275000	-	2.995000	1.105438
TI	1.152900	0.451000	-	-	1.089091
UR	0.489000	-	-	-	0.489000
VD	0.391400	-	-	-	0.391400
VS	0.655000	-	-	-	0.655000
ZG	1.127857	-	-	-	1.127857
ZH	0.745036	0.390000	0.597800	1.430889	0.773200
Sonstige	0.811421	0.689333	0.513581	1.711817	0.819770
Total	0.876476	0.752748	0.540822	1.697812	0.891624

Anzahl Zusatzentgelte

Zusatz-entgelt	Bezeichnung	Betrag	KV	UV	MV	IV	SZ	An-dere	To-tal
ZE-2021-01.01	Hämodialyse, Hämofiltration, Hämodiafiltration, intermittierend, Alter > 11 Jahre	79'082.64	182	0	0	0	0	0	182
ZE-2021-02.01	Hämodialyse, Hämofiltration, Hämodiafiltration, kontinuierlich, Bis 24 Stunden	5'430.24	6	0	0	0	0	0	6
ZE-2021-02.02	Hämodialyse, Hämofiltration, Hämodiafiltration, kontinuierlich, Mehr als 24 bis 72 Stunden	8'438.28	4	0	0	0	0	0	4
ZE-2021-02.03	Hämodialyse, Hämofiltration, Hämodiafiltration, kontinuierlich, Mehr als 72 bis 144 Stunden	8'234.22	2	0	0	0	0	0	2
ZE-2021-02.04	Hämodialyse, Hämofiltration, Hämodiafiltration, kontinuierlich, Mehr als 144 bis 264 Stunden	7'329.17	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2021-116.14	Dabrafenib, oral, 900 mg bis unter 1500 mg	645.58	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2021-117.01	Vedolizumab, intravenös, 150 mg bis unter 450 mg	2'503.64	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2021-118.23	Pomalidomid, oral, 13.5 mg bis unter 20.5 mg	2'028.90	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2021-137.02	Pembrolizumab, intravenös, 150 mg bis unter 250 mg	4'583.88	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2021-139.07	Daratumumab, intravenös, 1700 mg bis unter 2100 mg	9'746.94	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2021-14.09	Amphotericin B, intravenös, 850 mg bis unter 950 mg	2'882.44	0	0	1	0	0	0	1
ZE-2021-146.00	Enzalutamid, oral, 560 mg bis unter 880 mg	1'210.14	2	0	0	0	0	0	2
ZE-2021-147.00	Abirateron, oral, 4500 mg bis unter 5500 mg	1'172.50	2	0	0	0	0	0	2
ZE-2021-147.02	Abirateron, oral, 7500 mg bis unter 9500 mg	1'993.26	2	0	0	0	0	0	2
ZE-2021-147.06	Abirateron, oral, 17500 mg bis unter 21500 mg	2'286.38	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2021-16.68	Voriconazol, intravenös, 16800 mg bis unter 20000 mg	3'762.06	1	0	0	0	0	0	1

ZE-2021-161.03	Remdesivir (ausserplanmässig), intravenös, 150 mg bis unter 250 mg	1'471.40	2	0	0	0	0	0	2
ZE-2021-161.04	Remdesivir (ausserplanmässig), intravenös, 250 mg bis unter 350 mg	1'103.55	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2021-161.05	Remdesivir (ausserplanmässig), intravenös, 350 mg bis unter 450 mg	1'471.40	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2021-161.06	Remdesivir (ausserplanmässig), intravenös, 450 mg bis unter 550 mg	5'517.75	3	0	0	0	0	0	3
ZE-2021-161.07	Remdesivir (ausserplanmässig), intravenös, 550 mg bis unter 650 mg	33'106.50	14	1	0	0	0	0	15
ZE-2021-161.09	Remdesivir (ausserplanmässig), intravenös, 850 mg bis unter 1050 mg	3'494.57	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2021-161.10	Remdesivir (ausserplanmässig), intravenös, 1050 mg und mehr	12'690.81	3	0	0	0	0	0	3
ZE-2021-18.33	Anidulafungin, intravenös, 750 mg bis unter 950 mg	2'856.50	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2021-24.90	Einlage oder Wechsel von selbstexpandierendem, (nicht) beschichtetem Stent in den Gallengang, 1 Stent	3'114.30	3	0	0	0	0	0	3
ZE-2021-30.51	Fibrinogen, human, intravenös, 1.5 g bis unter 2.5 g	1'838.34	3	0	0	0	0	0	3
ZE-2021-47.11	Tocilizumab, intravenös, 400 mg bis unter 560 mg	2'025.96	2	0	0	0	0	0	2
ZE-2021-47.12	Tocilizumab, intravenös, 560 mg bis unter 720 mg	8'103.84	6	0	0	0	0	0	6
ZE-2021-47.13	Tocilizumab, intravenös, 720 mg bis unter 880 mg	6'753.20	4	0	0	0	0	0	4
ZE-2021-49.09	Extrakorporale Membranoxygenation (ECMO), weniger als 24 Stunden	8'517.52	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2021-51.04	Bortezomib, intravenös / subkutan, 3.5 mg bis unter 4.5 mg	1'831.05	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2021-52.35	Immunglobuline, normal human, zur intravasalen Anwendung, intravenös, 55 g bis unter 65 g	2'709.80	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2021-52.41	Immunglobuline, normal human, zur intravasalen Anwendung, intravenös, 145 g bis unter 165 g	14'000.62	2	0	0	0	0	0	2

ZE-2021-52.42	Immunglobuline, normal human, zur intravasalen Anwendung, intravenös, 165 g bis unter 185 g	7'903.57	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2021-62.05	Rituximab, intravenös, 550 mg bis unter 650 mg	1'103.31	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2021-67.01	Einsetzen von Coils, peripher, Einsetzen von 1 endovaskulären Coil	486.75	3	0	0	0	0	0	3
ZE-2021-89.54	Lenalidomid, oral, 95 mg bis unter 125 mg	1'574.67	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2021-98.31	Terlipressin, intravenös / endotracheopulmonal, 20 mg bis unter 30 mg	0.00	1	0	0	0	0	0	1
	Total	263'005.68	264	1	1	0	0	0	266

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	1	0.01%
902 Nicht ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose	2	0.01%
960 Nicht gruppierbar	8	0.05%
961 Unzulässige Hauptdiagnose	0	0.00%
962 Unzulässige geburtshilfliche Diagnosekombination	0	0.00%
963 Neonatale Diagnose unvereinbar mit Alter oder Gewicht	0	0.00%

Grundgesamtheit: 14'726

Prozentsatz der Langlieger ohne Nebendiagnose und Prozedur und mit PCCL ≤ 2

Anzahl Langlieger in der Grundgesamtheit	648
Prozentsatz der Langlieger ohne Nebendiagnose und ohne Prozedur und mit PCCL ≤ 2 in der Grundgesamtheit	1.39%

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

Anzahl Fälle mit über 5 Tagen Aufenthaltsdauer in der Grundgesamtheit	3'464
Prozentsatz der Fälle mit über 5 Tagen Aufenthaltsdauer und mit R-Hauptdiagnosekode in der Grundgesamtheit	3.00%

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