

# **Spitalregion Rheintal-Werdenberg- Sarganserland**

## **Bericht über die Kodierrevision Daten 2014**

11. Juni 2015

## Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>EINLEITUNG</b>	<b>4</b>
1.1	AUSGANGSLAGE	4
1.2	REVISIONSERGEBNISSE IM ÜBERBLICK	4
1.3	STATISTISCHE KENNZAHLEN IM ÜBERBLICK	4
1.4	ZUSAMMENFASSUNG	5
<b>2</b>	<b>LEISTUNGSÜBERSICHT DES SPITALS IN DER BERICHTSPERIODE</b>	<b>6</b>
2.1	ANZAHL DER STATIONÄR BEHANDELTEN FÄLLE GESAMTE INSTITUTION	6
2.2	SWISSDRG-FÄLLE	6
2.2.1	Nach Herkunftskanton und Versicherungsart	6
2.2.2	Anzahl und Prozentsatz nach Ausreisserkategorie und Versicherungsart	7
2.2.3	Anzahl und Prozentsatz nach Ausreisserkategorie und Herkunftskanton	7
2.3	CMI	8
2.3.1	Nach Ausreisserkategorie und Versicherungsart	8
2.3.2	Nach Ausreisserkategorie und Herkunftskanton	8
<b>3</b>	<b>DURCHFÜHRUNG DER REVISION</b>	<b>9</b>
3.1	BERICHTSPERIODE	9
3.2	GÜLTIGE VERSIONEN	9
3.3	BERECHNUNG UND ZIEHUNG DER STICHPROBE	9
3.4	QUALIFIKATION DES REVISORS	9
3.5	UNABHÄNGIGKEIT DES REVISORS	9
3.6	BEMERKUNGEN	9
<b>4</b>	<b>FESTSTELLUNGEN</b>	<b>10</b>
4.1	GENERELLE FESTSTELLUNGEN	10
4.2	PATIENTENDOSSIERE	10
4.2.1	Vollständigkeit der Dossiers	10
4.2.2	Qualität der Dossierführung	10
4.3	ADMINISTRATIVE FALLDATEN	11
4.4	DIAGNOSEN UND BEHANDLUNGEN	12
4.4.1	Festgestellte Fehler	12
4.4.2	Anzahl der Kodierfehler nach Fehlertyp	14
4.4.3	Anzahl der falsch kodierten Codes mit Stellenangabe	14
4.4.4	Prozentsatz der Kodierfehler nach Fehlertyp	15
4.4.5	Prozentsatz der Kodierfehler der falsch kodierten Codes	15
4.4.6	Zuweisung der Hauptdiagnose	15
4.4.7	Zuweisung der Zusatzdiagnose	15
4.5	LATERALITÄT DER DIAGNOSEN UND PROZEDUREN	16
4.5.1	Lateralität der Diagnosen	16
4.5.2	Lateralität der Prozeduren	16
4.6	AMBULANTE BEHANDLUNG AUSWÄRTS	16
4.7	BASISDATEN INTENSIVMEDIZIN	17
4.7.1	Künstliche Beatmung	17
4.7.2	Nems	17
4.7.3	Schweregrad	17
4.8	ZUSATZENTGELTE	18
4.9	HOCHTEURE MEDIKAMENTE	18
4.10	DRG-WECHSEL	19
4.10.1	Anzahl und Prozentsatz der SwissDRG-Änderungen	19
4.10.2	Differenzen mit/ohne Vorlage an das BFS	19
4.11	PROZENTUALE VERÄNDERUNG DES CMI VOR UND NACH DER REVISION	20
4.12	CMI VOR UND NACH DER REVISION (MIT ANGABE 95%-VERTRAUENSINTERVALL)	20
4.13	STANDARDABWEICHUNG DER EINZELNEN DIFFERENZEN DER KOSTENGEWICHTE	20
4.14	FALLZUSAMMENFÜHRUNGEN	21
4.14.1	Festgestellte Fehler	21

4.14.2	Abweichung Kostengewicht.....	21
4.15	KONGRUENZ DER RECHNUNGSSTELLUNG.....	21
4.15.1	Festgestellte Fehler .....	21
4.15.2	Abweichung Kostengewicht.....	21
4.16	VERGLEICH NEBENDIAGNOSEN UND BEHANDLUNGEN IN DER GRUNDGESAMTHEIT UND STICHPROBE.....	22
4.16.1	Anzahl Nebendiagnosen/Patient .....	22
4.16.2	Anzahl Behandlungen/Patient .....	22
4.17	VERGLEICH MIT FRÜHEREN REVISIONEN.....	23
<b>5</b>	<b>EMPFEHLUNGEN.....</b>	<b>24</b>
5.1	EMPFEHLUNGEN FÜR DIE VERBESSERUNG DER KODIERUNG IM SPITAL .....	24
5.2	EMPFEHLUNGEN FÜR DIE WEITERENTWICKLUNG VON SWISSDRG .....	24
<b>6</b>	<b>ANMERKUNGEN SPITALDIREKTION .....</b>	<b>25</b>
<b>7</b>	<b>ANHANG .....</b>	<b>26</b>
7.1	VERPFLICHTUNGSERKLÄRUNG .....	26
7.2	VOLLSTÄNDIGKEITSERKLÄRUNG.....	27
<b>8</b>	<b>GLOSSAR .....</b>	<b>28</b>

# 1 Einleitung

## 1.1 Ausgangslage

Gemäss den gesetzlichen Vorlagen muss per 2012 jährlich eine Kodierrevision sämtlicher stationärer Fälle durchgeführt werden. Durch die Revisionsstelle wird die Stichprobe nach vorgegebenen Kriterien gezogen und der Klinik 7 -10 Tage vor der Revision zur Verfügung gestellt werden.

Der Termin für die Durchführung wurde mit Patric Fuchs, Leiter DRG Codierung und der Revisorin vereinbart.

Die Revision wurde gemäss dem Revisionsreglement in den Büroräumlichkeiten der Spitalregion Rheintal-Werdenberg-Sarganserland in Rebstein durchgeführt. Die Ergänzungen, Änderungen und DRG-Wechsel wurden nach der Revision in schriftlicher und mündlicher Form gemeinsam diskutiert.

## 1.2 Revisionsergebnisse im Überblick

Kennzahl	Wert	Anteil
CMI vor Revision	0.778466	
CMI nach Revision	0.796466	
Statistische Signifikanz der Abweichung des CMI vor und nach Revision	Nein	
Differenz des CMI vor und nach Revision	0.0180	2.3%
Revidierte Fälle mit DRG-Wechsel	6	6.0%
Richtige Hauptdiagnosen	88	88.0%
Richtiger Zusatz zur Hauptdiagnose	16	88.9%
Richtige Nebendiagnosen	241	64.8%
Richtige Behandlungskodes	135	80.4%

## 1.3 Statistische Kennzahlen im Überblick

Stichprobengrösse	100
Anteil fehlender Krankengeschichten	0

(Details dazu siehe Punkt 3.3)

## 1.4 Zusammenfassung

Kennzahl	Wert	Anteil
Stichprobengrösse	100	
Anzahl Fälle mit DRG-Wechsel	6	6%
Differenz CMI	+0.018	+2.3%
Richtige Hauptdiagnosen	88	88%
Vollständige Krankengeschichten	100	100%
Korrekte administrative Angaben	90	90%

Es wurden alle Krankengeschichten der 102 durch die Stichprobe gezogenen Fälle mit vollständigen Unterlagen der Revisorin zur Verfügung gestellt (Details unter Punkt 1.3 und Punkt 3.3).

Sämtliche Rechnungen zu den Revisionsfällen waren vorhanden und konnten somit überprüft werden. Es gab dazu keine Beanstandung (Details unter Punkt 4.15).

Es ergaben sich elf Änderungen der administrativen Angaben bei zehn Fällen, wobei sich in keinem Fall dadurch das Kostengewicht verändert hat (Details unter Punkt 4.3).

In sechs Fällen kam es zu einem DRG-Wechsel, wobei dieser in drei Fällen durch den Wechsel der Hauptdiagnose, in einem Fall durch eine Änderung der Nebendiagnose und in zwei Fällen durch die Veränderungen der Behandlungen entstanden ist (Details unter Punkt 4.10). Durch die DRG-Wechsel ergibt sich keine statistisch signifikante Abweichung des CMI vor und nach Revision (Details unter Punkt 4.12).

Bei den revidierten Fällen kann eine gute und konstante Kodierqualität nachgewiesen werden. Die Regeln des Kodierungshandbuchs und die Abrechnungsregeln werden korrekt angewendet. Zudem existieren interne Richtlinien zu den administrativen Angaben und zur Kodierung von Codes aus dem Kapitel 16 des CHOP-Katalogs.

Es wird auf eine vollständige Kodierung geachtet und es wird Wert darauf gelegt, dass exakt kodiert wird.

Einige Ergänzungen bei der Kodierung entstanden dadurch, dass der Revisorin die Pflegedokumentationen sämtlicher Fälle zur Rekodierung vorgelegt wurden, welche die Kodierer/innen des Spitals jedoch nicht bei allen Fällen zur Kodierung miteinbeziehen (Details unter Punkt 4.4.1). Diesbezüglich und auch in Bezug auf die Vollständigkeit der Arztbericht ergeben sich noch Optimierungsbedarf (Details unter Punkt 5.1)

## 2 Leistungsübersicht des Spitals in der Berichtsperiode

### 2.1 Anzahl der stationär behandelten Fälle gesamte Institution

	Anzahl
Akutsomatik (SwissDRG-Fälle)	15'724
Psychiatrie	0
Rehabilitation	0
Wartepatienten und andere nicht mit SwissDRG abgerechnete Fälle	0
<b>Total</b>	<b>15'724</b>

### 2.2 SwissDRG-Fälle

#### 2.2.1 Nach Herkunftskanton und Versicherungsart

	KV	UV	MV	IV	SZ	Andere	Total
Innerkantonal	11'872	885	29	26	24	50	12'886
AG	12	7	0	0	0	1	20
AI	10	1	0	0	0	0	11
AR	30	2	0	0	0	0	32
BE	12	5	2	0	0	0	19
BL	5	2	0	0	0	0	7
BS	2	2	0	1	0	0	5
FR	1	0	0	0	0	0	1
GE	2	0	0	0	0	0	2
GL	64	9	0	0	0	0	73
GR	143	15	2	2	6	0	168
LU	14	2	2	0	0	0	18
NE	1	0	0	0	0	0	1
OW	3	0	0	0	0	0	3
SH	2	0	0	0	0	0	2
SO	6	2	0	0	0	0	8
SZ	11	7	1	0	0	0	19
TG	19	5	0	0	0	0	24
TI	8	0	3	0	0	0	11
UR	1	0	0	0	0	0	1
VD	2	0	1	0	0	0	3
VS	5	0	3	0	0	0	8
ZG	3	2	0	0	0	0	5
ZH	103	24	2	1	0	0	130
Sonstige	2'103	109	0	4	46	5	2'267
<b>Total</b>	<b>14'434</b>	<b>1'079</b>	<b>45</b>	<b>34</b>	<b>76</b>	<b>56</b>	<b>15'724</b>

## 2.2.2 Anzahl und Prozentsatz nach Ausreisserkategorie und Versicherungsart

	Normalfälle				Untere Ausreisser		Obere Ausreisser		Unbewertete DRG		Total
	Ohne Abschlag		Mit Abschlag								
KV	11'202	77.6%	406	2.8%	2'378	16.5%	444	3.1%	4	0.0%	14'434
UV	706	65.4%	27	2.5%	334	31.0%	12	1.1%	0	0.0%	1'079
MV	38	84.4%	3	6.7%	4	8.9%	0	0.0%	0	0.0%	45
IV	32	94.1%	0	0.0%	2	5.9%	0	0.0%	0	0.0%	34
SZ	39	51.3%	2	2.6%	34	44.7%	1	1.3%	0	0.0%	76
Andere	39	69.6%	3	5.4%	11	19.6%	3	5.4%	0	0.0%	56
Total	12'056	76.7%	441	2.8%	2'763	17.6%	460	2.9%	4	0.0%	15'724

## 2.2.3 Anzahl und Prozentsatz nach Ausreisserkategorie und Herkunftskanton

	Normalfälle				Untere Ausreisser		Obere Ausreisser		Unbewertete DRG		Total
	Ohne Abschlag		Mit Abschlag								
Inner-kantonal	9'865	76.6%	379	2.9%	2'239	17.4%	400	3.1%	3	0.0%	12'886
AG	14	70.0%	1	5.0%	5	25.0%	0	0.0%	0	0.0%	20
AI	7	63.6%	1	9.1%	3	27.3%	0	0.0%	0	0.0%	11
AR	17	53.1%	4	12.5%	9	28.1%	2	6.3%	0	0.0%	32
BE	11	57.9%	1	5.3%	7	36.8%	0	0.0%	0	0.0%	19
BL	6	85.7%	0	0.0%	1	14.3%	0	0.0%	0	0.0%	7
BS	4	80.0%	0	0.0%	1	20.0%	0	0.0%	0	0.0%	5
FR	0	0.0%	0	0.0%	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	1
GE	0	0.0%	0	0.0%	2	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	2
GL	54	74.0%	1	1.4%	16	21.9%	2	2.7%	0	0.0%	73
GR	128	76.2%	1	0.6%	37	22.0%	2	1.2%	0	0.0%	168
LU	10	55.6%	1	5.6%	7	38.9%	0	0.0%	0	0.0%	18
NE	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1
OW	3	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	3
SH	0	0.0%	0	0.0%	2	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	2
SO	4	50.0%	0	0.0%	3	37.5%	1	12.5%	0	0.0%	8
SZ	13	68.4%	2	10.5%	3	15.8%	1	5.3%	0	0.0%	19
TG	18	75.0%	0	0.0%	6	25.0%	0	0.0%	0	0.0%	24
TI	10	90.9%	0	0.0%	1	9.1%	0	0.0%	0	0.0%	11
UR	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1
VD	2	66.7%	0	0.0%	1	33.3%	0	0.0%	0	0.0%	3
VS	7	87.5%	0	0.0%	1	12.5%	0	0.0%	0	0.0%	8
ZG	1	20.0%	0	0.0%	4	80.0%	0	0.0%	0	0.0%	5
ZH	74	56.9%	10	7.7%	45	34.6%	1	0.8%	0	0.0%	130
Sonstige	1'806	79.7%	40	1.8%	369	16.3%	51	2.2%	1	0.0%	2'267
Total	12'056	76.7%	441	2.8%	2'763	17.6%	460	2.9%	4	0.0%	15'724

## 2.3 CMI

### 2.3.1 Nach Ausreisserkategorie und Versicherungsart

	Normalfälle		Untere Ausreisser	Obere Ausreisser	Total
	Ohne Abschlag	Mit Abschlag			
KV	0.852715	0.598576	0.404439	1.484266	0.791123
UV	0.795071	0.352622	0.402521	1.254000	0.667591
MV	0.786711	0.351367	0.328750	-	0.716980
IV	1.134656	-	0.380500	-	1.090294
SZ	0.969000	0.219400	0.392353	1.272000	0.695287
Andere	0.732667	0.320867	0.394273	0.966333	0.656654
Total	0.849868	0.578227	0.403891	1.474420	0.782137

### 2.3.2 Nach Ausreisserkategorie und Herkunftskanton

	Normalfälle		Untere Ausreisser	Obere Ausreisser	Total
	Ohne Abschlag	Mit Abschlag			
Innerkantonal	0.861069	0.601687	0.414045	1.485790	0.795145
AG	0.847143	0.271400	0.279600	-	0.676470
AI	0.886857	1.687000	0.479333	-	0.848455
AR	0.876000	0.943875	0.443778	1.211000	0.783859
BE	0.639727	0.221400	0.288714	-	0.488389
BL	0.602000	-	0.220000	-	0.547429
BS	0.875500	-	0.252000	-	0.750800
FR	-	-	0.220000	-	0.220000
GE	-	-	0.254000	-	0.254000
GL	0.678685	0.190800	0.328688	1.182000	0.609079
GR	0.870086	0.415400	0.402054	1.379000	0.770360
LU	0.953700	0.198500	0.269000	-	0.645472
NE	0.459000	-	-	-	0.459000
OW	0.615667	-	-	-	0.615667
SH	-	-	0.440500	-	0.440500
SO	0.915250	-	0.379333	1.164000	0.745375
SZ	1.075846	0.230450	0.433667	1.804000	0.923784
TG	0.820000	-	0.322333	-	0.695583
TI	1.100800	-	0.288000	-	1.026909
UR	0.779000	-	-	-	0.779000
VD	0.325500	-	0.220000	-	0.290333
VS	0.973286	-	0.220000	-	0.879125
ZG	1.068000	-	0.256500	-	0.418800
ZH	0.872257	0.245680	0.297111	1.408000	0.629091
Sonstige	0.790317	0.432020	0.369802	1.411706	0.729500
Total	0.849868	0.578227	0.403891	1.474420	0.782137

## 3 Durchführung der Revision

### 3.1 Berichtsperiode

Revidiert wurden die Falldaten mit Austritt vom 1.1. bis zum 31.12.2014.

### 3.2 Gültige Versionen

SwissDRG Katalog	Fallpauschalenkatalog Version 3.0
SwissDRG Grouper	Abrechnungsversion 3.0
SwissDRG Abrechnungsregeln	Version Mai/2013 und Klarstellungen und Fall-beispiele Stand 19.12.2013
Kodierregeln	BfS Kodierungshandbuch Version 2014, FAQs Veröffentlichung ab 01.01.2014, Rundschreiben Gültigkeit ab 01.01.2014
Diagnosekodes	ICD 10 GM 2012
Behandlungskodes	CHOP 2014
Fehlertypologie	MedPlaus 5.0.7.2

### 3.3 Berechnung und Ziehung der Stichprobe

Der Prozess der Schichtung wurde wie im Revisionsreglement vorgeschrieben vorgenommen: Die 15'724 Akutpatienten wurden nach aufsteigenden Kostengewichten sortiert und in drei Schichten aufgeteilt. Die oberste Schicht wurde wiederum in drei Schichten aufgeteilt. Aus diesen fünf Schichten wurden dann 100 Fälle gezogen und 2 potenzielle Wiederkehrer hinzugefügt. Die Stichprobengrösse vor der Revision beträgt somit 102 Fälle.

### 3.4 Qualifikation des Revisors

Die externe Revision wurde durch Annina Kropf durchgeführt, welche über den Fähigkeitsausweis als medizinische Kodiererin mit eidgenössischem Fachausweis verfügt, die für die Durchführung der Revision notwendigen Qualifikationen abdeckt und vom BfS als Revisorin anerkannt ist.

Begleitet wurde Annina Kropf während der Durchführung der Revision von Frau Corina Schenkel, Medizinische Kodiererin in Ausbildung, welche Assistenzaufgaben übernommen hat.

### 3.5 Unabhängigkeit des Revisors

*Offenlegung allfälliger Abhängigkeiten von einem Kostenträger und Verweis auf Anhang 1.*

### 3.6 Bemerkungen

Die Revisorin bestätigt gemäss dem Anhang ihre Unabhängigkeit und bestätigt, dass sie in keinem Anstellungs- oder Mandatsverhältnis mit dem revidierten Spitaler Rheintal-Werdenberg-Sarganserland steht.

Die Fälle wurden nach dem für das Jahr 2014 verwendeten Unterlagen und Richtlinien revidiert.

## 4 Feststellungen

### 4.1 Generelle Feststellungen

Für die Durchführung der Revision stand der Revisorin und der Assistentin in den Büroräumlichkeiten der Spitalregion Rheintal-Werdenberg-Sarganserland ein separater Raum zur Verfügung. Sämtliche Akten waren in Papierform vorliegend: Arztberichte, Histologiebefunde, Pflegedokumentation und Rechnungsstellung.

Die Kodierer/innen der Spitalregion Rheintal-Werdenberg-Sarganserland kodieren anhand der elektronischen Version der Berichte, wobei sie nur bei Unklarheiten die Pflegedokumentation zur Rate ziehen. Der Zugriff auf die elektronischen Akten stand der Revisorin nicht zur Verfügung.

### 4.2 Patientendossiers

#### 4.2.1 Vollständigkeit der Dossiers

Es waren alle Dossiers vollständig vorliegend. Die zur Kodierung benötigten Berichte waren vollzählig darin enthalten.

#### 4.2.2 Qualität der Dossierführung

Die Dossiers sind in unterschiedlicher Ordnung und Reihenfolge anzutreffen. Einige Kliniken haben ausgesprochen übersichtliche und stets gleich geordnete Dokumentationen, bei anderen Kliniken wiederum ist eine einheitliche Reihenfolge nicht zu beobachten. Es ist keine generelle Feststellung pro Standort zu machen, ausser beim Spital Grabs, hier sind die Kardex oft ungeordnet. Ein besonders ungeordnetes Kardex wies der Revisionsfall Nummer 30 auf. Es existieren bei einigen Fällen kombinierte Operations- und Austrittsberichte. In einigen Fällen stehen wichtige medizinische Diagnosen in den ärztlichen Verlaufsberichten und wurden nicht in die Austrittsberichte übernommen. Dies führt dazu, dass für die Kodierer/innen der Aufwand für die Dokumentationseinsicht deutlich höher ist und nicht so effizient wie möglich gearbeitet werden kann. Zudem können schlecht dokumentierte Diagnosen rasch überlesen werden. Da zur Revision die Pflegedokumentation vorhanden war, ist aufgefallen, dass einige Nebendiagnosen, welche der Pflege einen Aufwand > 0 verursacht hat, von den Ärzten nirgends dokumentiert wurde (z. B. Harn- und Stuhlinkontinenz, Mykosen, Dekubiti, Phlebitiden, etc.). Nur durch die Dokumentation der Diagnosen durch den Arzt darf die Kodierung diese Angaben kodieren. Und nur so, kann der Fall vollständig abgebildet und verrechnet werden. Es existieren übersichtliche und exakte Dokumentationen zu der Pflegekomplexbehandlung, welche auch in allen geprüften Fällen korrekt abgebildet wurden.

## 4.3 Administrative Falldaten

### Gesamt:

Urteil	Anzahl	Anteil
keine Änderungen	90	90.0%
Änderungen	10	10.0%

Auflistung der Beanstandungen nach Ereignis:

### Änderungen im Detail:

Fehler bei:	Anzahl	Anteil
Eintrittsart	0	0.0%
Einweisende Instanz	0	0.0%
Aufenthaltsort vor Eintritt	1	1.0%
Behandlungsart	0	0.0%
Entscheid für Austritt	0	0.0%
Aufenthalt nach Austritt	0	0.0%
Behandlung nach Austritt	10	10.0%
Verweildauer	0	0.0%
Administrativer Urlaub	0	0.0%
Grund Wiedereintritt	0	0.0%

Auflistung der Beanstandungen:

Fall	Bemerkungen
49-2070102563	Ferienbett Altersheim ist eine stationäre Behandlung nach Austritt
61-2070116883	Nachkontrolle gemäss dem Austrittsbericht, daher ambulante Behandlung nach Austritt
66-2070095565	Neugeborene bitte einheitliche Behandlung nach Austritt (geheilt)
67-2070110265	Nachkontrolle gemäss Austrittsbericht, daher ambulante Behandlung nach Austritt
70-2010104064	Nachkontrolle gemäss Austrittsbericht, daher ambulante Behandlung nach Austritt
72-2070102836	Neugeborene bitte einheitliche Behandlung nach Austritt (geheilt)
74-2070097349	Neugeborene bitte einheitliche Behandlung nach Austritt (geheilt)
75-2010110759	Altersheim ist eine stationäre Behandlung nach Austritt
89-2010118706	Nachkontrolle gemäss Austrittsbericht, daher ambulante Behandlung nach Austritt
97-2070092195	Eintritt von Zuhause

## 4.4 Diagnosen und Behandlungen

### 4.4.1 Festgestellte Fehler

Auflistung der Beanstandungen:

Fall	Bemerkungen
1-2070122540	Syndrom - Lumbal-chronisch, alph. Verweis M54.16. E86 und E87.6 keine Diagnose ersichtlich. Isolation ist nicht genau dokumentiert und vom Arzt nicht festgehalten.
7-2010118586	Das Lösen der Synechien wird mit dem Code 21.91 codiert.
10-2070101637	Die im Austrittsbericht beschriebene sezernierende Wunde wurde mit Antibiotika therapiert, daher T81.8 ergänzt. Die Aortenklappenstenose wurde mit der Antikoagulation mitbehandelt.
15-2010105060	CPAP gemäss Pflegedokumentation HD-Wechsel, da der Aufwand für die Meniskusoperation grösser war. Restliche Ergänzungen aus den Arztberichten
18-2070111636	Alph. Verweis Geburtsstillstand O75.9.
20-2070090194	Gemäss Arztbericht 30.12.2014 sobald wie möglich Austritt, Wartepatient?
21-2070122092	Harnwegsinfekt bei liegendem Dauerkatheter wird gemäss alphabetischem Verzeichnis mit T83.5 codiert. Dies ist auch der genauere Code.
23-2010115140	Vd. auf Hypertriglyzeridämie: gemäss alph. Verzeichnis E78.1.
24-2010120631	Keine geplante Nachbehandlung. Hier handelt es sich um eine Komplikation der Prothese auf der linken Seite. Dies ist als HD zu wählen. Es wurde keine Mastopexie durchgeführt.
25-2070092082	Gemäss Rundschreiben E43 nicht gerechtfertigt.
27-2010106731	Gemäss Patric Fuchs ist die im Operationsbericht beschriebene Knorpelläsion femoropatellar, welche débridiert wird, als Zugang zur Plicaresektion zu verstehen.
28-2070111229	Der Aufwand der Hemiplegie ist in der Pflegedokumentation ersichtlich, daher codieren. Chronische Nierenkrankheit behandelt.
30-2070096616	EC kumulieren bei FZ. Y82.8 zu T84.1! Keine IMC-Komplexbehandlung codiert.
32-2010110420	OP-Zeit falsch. 86.72 und 86.71 ist mit dem Code 86.74.22 abgedeckt und soll nicht zusätzlich codiert werden.
38-2010109300	Grundgelenksendoprothese Zehe, es wird zwischen Metatarsale und Phalanx eine Prothese eingesetzt und nicht zwischen Metatarsale und Tarsus. Daher ist die Fusswurzelendoprothese nicht korrekt.
40-2070095426	Gemäss OP-Bericht, distale Fibulafraktur im Sinne einer Weber B Fraktur plus Fraktur der distalen Tibia.
42-2070116643	Der Appendix wird im OP-Bericht als perforiert beschrieben.
43-2010119662	Chronische Gastritis diagnostiziert und therapiert. O90.8 keine ärztliche Diagnose gefunden.
46-2070104005	Aussergewöhnlich starke Blutungsneigung, Behandlung mit mehreren Endoclips. Blutungsneigung erworben alph. Verweis D68.9. 45.43 endoskopische Blutstillung aufgrund Endoclip dargestellt, da grösserer Aufwand als normal. Polypektomien einzeln codieren.

50-2010114088	Schrittmacher: Ingevity MRI 7742 Bosten Scientific VVIM
52-2010108022	Im OP-Bericht Verwachsungen des Kniegelenks beschrieben, welche durch die intraoperative Mobilisation des Gelenkes gelöst wurden. Daher ist laut alphabetischem Verzeichnis (Adhäsionen Kniegelenk) mit M96.88 zu codieren. Im Bericht des Hausarztes ist eine sezernierende Wunde mit Eiter beschrieben, daher zusätzlich T84.5 zu codieren.
57-2010113323	Die Bursektomie ist nur der Zugang und wird nicht codiert.
58-2070111932	Keine IMC-Komplexbehandlung codiert
59-2070114025	Im Rahmen eines Eingriffes im Dickdarm wird die Koloskopie nicht zusätzlich codiert. Keine IMC-Komplexbehandlung codiert
60-2070105918	Fussödem links im Austrittsbericht ersichtlich, wurde mit Torasem behandelt. Harninkontinenz auch im Bericht ersichtlich, Patientin trägt Pants.
63-2070102640	Seitigkeiten nicht einheitliche Angaben im Notfall - und Austrittsbericht.
70-2010104064	PONV diagnostiziert.
71-2070100717	Infekt obere Atemwege bereits seit 2 Wochen bestehend, neu noch Sinusitis diagnostiziert. Beides spezifisch behandelt.
74-2070097349	P70.4 in HD. Fototherapie nicht gefunden.
79-2070112408	Gemäss Histologiebericht: chronische Cholezystitis mit akutem Entzündungsschub.
89-2010118706	Hämatom in Austrittsbericht ersichtlich. Pflegedokumentation: mit Hemeran behandelt.
92-2010115101	Psoriasis-Arthritis vom Arzt so dokumentiert. Ist ein Studienpatient und nimmt Medikamente weiterhin.

#### 4.4.2 Anzahl der Kodierfehler nach Fehlertyp

	richtig	falsch	fehlend	ungerechtfertigt	unnötig	total
Hauptdiagnose	92	8	0	0	0	100
Zusatz zur HD	16	1	1	0	0	18
Nebendiagnosen	241	20	83	14	14	372
Diagnosen total	349	29	84	14	14	490
Behandlungen	135	6	16	4	7	168

##### Betroffene Fälle

HD falsch: 18-2070111636, 21-2070122092, 40-2070095426, 42-2070116643, 52-2010108022, 56-2070107067, 75-2010110759, 79-2070112408

ZD falsch: 87-2010110833

ZD fehlend: 21-2070122092

ND falsch: 1-2070122540, 13-2070103780, 19-2070119076, 20-2070090194, 23-2010115140, 24-2010120631, 25-2070092082, 30-2070096616, 4-2010120593, 44-2010103275, 45-2070105113, 51-2070107531, 52-2010108022, 71-2070100717, 73-2010115899, 9-2070096592

ND fehlend: 100-2010107348, 10-2070101637, 1-2070122540, 13-2070103780, 15-2010105060, 24-2010120631, 25-2070092082, 27-2010106731, 28-2070111229, 30-2070096616, 32-2010110420, 37-2070112462, 39-2010124172, 40-2070095426, 41-2010109555, 4-2010120593, 43-2010119662, 44-2010103275, 45-2070105113, 46-2070104005, 51-2070107531, 5-2070117942, 52-2010108022, 57-2010113323, 58-2070111932, 59-2070114025, 60-2070105918, 61-2070116883, 63-2070102640, 68-2010105332, 70-2010104064, 71-2070100717, 74-2070097349, 75-2010110759, 79-2070112408, 80-2070123694, 89-2010118706, 90-2010110836, 92-2010115101, 99-2010106882

ND ungerechtfertigt: 15-2010105060, 39-2010124172, 43-2010119662, 58-2070111932, 59-2070114025, 61-2070116883, 68-2010105332, 71-2070100717, 75-2010110759, 93-2070106657

BEH falsch: 24-2010120631, 25-2070092082, 38-2010109300, 44-2010103275, 50-2010114088, 7-2010118586

BEH fehlend: 100-2010107348, 15-2010105060, 19-2070119076, 22-2070093448, 24-2010120631, 27-2010106731, 32-2010110420, 46-2070104005, 50-2010114088, 54-2010106935, 57-2010113323, 61-2070116883, 73-2010115899

BEH ungerechtfertigt: 24-2010120631, 25-2070092082, 30-2070096616, 74-2070097349

#### 4.4.3 Anzahl der falsch kodierten Codes mit Stellenangabe

(Spalte 3 der Tabelle 4.4.2)

	falsch 1. Stelle	falsch 2. Stelle	falsch 3. Stelle	falsch 4. Stelle	falsch 5. Stelle	falsch 6. Stelle	total
Hauptdiagnose	2	0	0	5	1	0	8
Zusatz zur HD	1	0	0	0	0	0	1
Nebendiagnosen	1	2	3	9	5	0	20
Diagnosen total	4	2	3	14	6	0	29
Behandlungen	0	0	2	2	0	2	6

#### 4.4.4 Prozentsatz der Kodierfehler nach Fehlertyp

	richtig	falsch	fehlend	ungerechtfertigt	unnötig
Hauptdiagnose	92.0%	8.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Zusatz zur HD	88.9%	5.6%	5.6%	0.0%	0.0%
Nebendiagnosen	64.8%	5.4%	22.3%	3.8%	3.8%
Diagnosen total	71.2%	5.9%	17.1%	2.9%	2.9%
Behandlungen	80.4%	3.6%	9.5%	2.4%	4.2%

#### 4.4.5 Prozentsatz der Kodierfehler der falsch kodierten Codes

(Spalte 3 der Tabelle 4.4.4.)

	falsch 1. Stelle	falsch 2. Stelle	falsch 3. Stelle	falsch 4. Stelle	falsch 5. Stelle	falsch 6. Stelle	total
Hauptdiagnose	25.0%	0.0%	0.0%	62.5%	12.5%	0.0%	8.0%
Zusatz zur HD	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	5.6%
Nebendiagnosen	5.0%	10.0%	15.0%	45.0%	25.0%	0.0%	5.4%
Diagnosen total	13.8%	6.9%	10.3%	48.3%	20.7%	0.0%	5.9%
Behandlungen	0.0%	0.0%	33.3%	33.3%	0.0%	33.3%	3.6%

#### 4.4.6 Zuweisung der Hauptdiagnose

Zuweisung	Anzahl	Prozent
Keine Änderung der Spalkodierung	88	88.0%
Kode durch richtigen Code ersetzt 1*	8	8.0%
Fehlenden Code durch neuen ersetzt 2*	2	2.0%
Durch bestehende Nebendiagnose zugeordnet 3*	2	2.0%

Betroffene Fälle

1\* 18-2070111636, 21-2070122092, 40-2070095426, 42-2070116643, 52-2010108022, 56-2070107067, 75-2010110759, 79-2070112408

2\* 24-2010120631, 74-2070097349

3\* 15-2010105060, 46-2070104005

#### 4.4.7 Zuweisung der Zusatzdiagnose

Zuweisung	Anzahl	Prozent
Keine Änderung der Spalkodierung	16	88.9%
Kode durch richtigen Code ersetzt 1*	1	5.6%
Fehlenden Code durch neuen ersetzt 2*	1	5.6%
Durch bestehende Nebendiagnose zugeordnet 3*	3	16.7%

Betroffene Fälle

1\* 87-2010110833

2\* 21-2070122092

3\* 14-2070110273, 2-2010117558, 48-2070093607

## 4.5 Lateralität der Diagnosen und Prozeduren

### 4.5.1 Lateralität der Diagnosen

Urteil	Anzahl Urteile	Prozentualer Anteil
richtig	84	76.4%
falsch	2	1.8%
fehlend	20	18.2%
unnötig	4	3.6%
nicht beurteilbar	0	0.0%
Gesamt	110	100.0%

### 4.5.2 Lateralität der Prozeduren

Urteil	Anzahl Urteile	Prozentualer Anteil
richtig	56	78.9%
falsch	2	2.8%
fehlend	9	12.7%
unnötig	4	5.6%
nicht beurteilbar	0	0.0%
Gesamt	71	100.0%

## 4.6 Ambulante Behandlung auswärts

Urteil	Anzahl Urteile	Prozentualer Anteil
richtig	0	-
falsch	0	-
fehlend	0	-
Unnötig	0	-
nicht beurteilbar	0	-
Gesamt	0	-

## 4.7 Basisdaten Intensivmedizin

### 4.7.1 Künstliche Beatmung

Urteil	Anzahl Urteile	Prozentualer Anteil
richtig	0	-
falsch	0	-
fehlend	0	-
unnötig	0	-
nicht beurteilbar	0	-
Gesamt	0	-

Auflistung der Beanstandungen:

Fall	Bemerkungen

### 4.7.2 Nems

Urteil	Anzahl Urteile	Prozentualer Anteil
richtig	0	-
falsch	0	-
fehlend	0	-
unnötig	0	-
nicht beurteilbar	0	-
Gesamt	0	-

Auflistung der Beanstandungen:

Fall	Bemerkungen

### 4.7.3 Schweregrad

Urteil	Anzahl Urteile	Prozentualer Anteil
richtig	0	-
falsch	0	-
fehlend	0	-
unnötig	0	-
nicht beurteilbar	0	-
Gesamt	0	-

Auflistung der Beanstandungen:

Fall	Bemerkungen

## 4.8 Zusatzentgelte

Urteil	Anzahl Urteile	Prozentualer Anteil
richtig	0	-
falsch	0	-
fehlend	0	-
Gesamt	0	-

Auflistung der Beanstandungen:

Fall	Bemerkungen

## 4.9 Hochteure Medikamente

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

Auflistung der Beanstandungen:

Fall	Bemerkungen

## 4.10 DRG-Wechsel

### 4.10.1 Anzahl und Prozentsatz der SwissDRG-Änderungen

In sechs Fällen kam es zu einem DRG-Wechsel nach der Revision:

	Höheres Kostengewicht nach Revision		Tieferes Kostengewicht nach Revision		Kein Einfluss auf Kostengewicht	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Aufgrund Änderung Hauptdiagnose	3	3.00%	0	0.00%	0	0.00%
Aufgrund Änderung Nebendiagnose	1	1.00%	0	0.00%	0	0.00%
Aufgrund Änderung Behandlung	1	1.00%	1	1.00%	0	0.00%
Aufgrund sonstiger Änderungen	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>5.00%</b>	<b>1</b>	<b>1.00%</b>	<b>0</b>	<b>0.00%</b>

### 4.10.2 Differenzen mit/ohne Vorlage an das BFS

	DRG vor Revision	DRG nach Revision	Kostengewicht vor Revision	Kostengewicht nach Revision	Differenz Kostengewicht	Ursachen
7-2010118586	D38A	D06C	0.695	0.704	0.0090	Änderung Behandlungen
21-2070122092	L63F	L69B	0.463	0.772	0.3090	Änderung Hauptdiagnose
42-2070116643	G23C	G22C	0.637	0.948	0.3110	Änderung Hauptdiagnose
46-2070104005	H62A	G13Z	0.287	1.08	0.7930	Änderung Hauptdiagnose
71-2070100717	B71C	B71B	0.726	1.292	0.5660	Änderung Nebendiagnosen
74-2070097349	P67C	P67D	0.386	0.198	-0.1880	Änderung Behandlungen

Es wurde kein Fall dem BFS zur Beurteilung vorgelegt.

#### 4.11 Prozentuale Veränderung des CMI vor und nach der Revision

	Summe CW	Anzahl	CMI
Gesamtdatensatz vor der Revision	12295.1900	15'724	0.782137
Stichprobe vor der Revision	77.8466	100	0.778466
Stichprobe nach der Revision	79.6466	100	0.796466
Prozentuale Veränderung des CMI			2.312240%

#### 4.12 CMI vor und nach der Revision (mit Angabe 95%-Vertrauensintervall)

Formel	In Deutsch	Wert
Xh	CMI vor Revision	0.778466
Yh	CMI nach Revision	0.796466
Zh-	Wert der unteren Grenze des 95%-Vertrauensbereichs	-0.003073
Zh	Differenz CMI nach Revision und CMI vor Revision	0.018000
Zh+	Wert der oberen Grenze des 95%-Vertrauensbereichs	0.039073
R^h-	Prozentualer Wert der unteren Grenze des 95%-Vertrauensbereichs	-0.394795%
R^h	Verhältnis Differenz CMI nach Revision und CMI vor Revision	2.312240%
R^h+	Prozentualer Wert der oberen Grenze des 95%-Vertrauensbereichs	5.019274%

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

#### 4.13 Standardabweichung der einzelnen Differenzen der Kostengewichte

$s(Z_h)$ : 0.107517

Die Standardabweichung der einzelnen Differenzen der Kostengewichte  $s(Z_h)$  wird benötigt für die korrekte Bestimmung der Stichprobengrösse im Folgejahr.

## 4.14 Fallzusammenführungen

### 4.14.1 Festgestellte Fehler

	Typ	Fall	Eintritt	Austritt	LOS	DRG	CW Spital	CW Rev.	CW Diff.
Total							0.0000	0.0000	0.0000

### 4.14.2 Abweichung Kostengewicht

Es ergaben sich keine Kostengewichtsveränderungen bei den Fallzusammenführungen, da die geprüften Fälle vom Spital korrekt codiert und abgerechnet wurden.

## 4.15 Kongruenz der Rechnungsstellung

### 4.15.1 Festgestellte Fehler

100 von 100 Rechnungen wurden von den Revisoren kontrolliert.

Urteil	DRG	CW	Zusatzentgelte
richtig	100	100	0
falsch	0	0	0
nicht beurteilbar	0	0	0
sonstige	0	0	0
fehlend	0	0	0

Auflistung der Beanstandungen:

Fall	Bemerkungen

### 4.15.2 Abweichung Kostengewicht

Der CMI der Spitalkodierung ist 0.778466. Der fakturierte CMI ist 0.778466. Die Abweichung ist somit 0.0%.

## 4.16 Vergleich Nebendiagnosen und Behandlungen in der Grundgesamtheit und Stichprobe

### 4.16.1 Anzahl Nebendiagnosen/Patient

Anzahl Nebendiagnosen/Patient (Stichprobe vor Revision)	2.89
Anzahl Nebendiagnosen/Patient (Stichprobe nach Revision)	3.41
Anzahl Nebendiagnosen/Patient (Grundgesamtheit)	2.58
Anzahl Nebendiagnosen/Patient (Grundgesamtheit Akutsomatik)	2.58

### 4.16.2 Anzahl Behandlungen/Patient

Anzahl Behandlungen/Patient (Stichprobe vor Revision)	1.52
Anzahl Behandlungen/Patient (Stichprobe nach Revision)	1.57
Anzahl Behandlungen/Patient (Grundgesamtheit)	1.39
Anzahl Behandlungen/Patient (Grundgesamtheit Akutsomatik)	1.39

## 4.17 Vergleich mit früheren Revisionen

Bewertung	Prozentuale Anteile 2013	Prozentuale Anteile 2014
Stichprobengrösse	100	100
Fehlende Krankengeschichten	0.0%	0.0%
Richtiger Hauptdiagnosen	91.0%	88.0%
Falsche Diagnosen	5.1%	5.9%
Fehlende Diagnosen	12.7%	17.1%
Richtige Behandlungen	76.6%	80.4%
Falsche Behandlungen	11.0%	3.6%
Fehlende Behandlungen	8.4%	9.5%
Richtige Basisdaten Intensivmedizin	-	-
Richtige Zusatzentgelte	-	-
Richtige Medikamente und Substanzen	-	-
Beanstandungen Fallmanagement	0.0%	0.0%
Beanstandungen Rechnungslegung	8.0%	0.0%
Anzahl DRG Wechsel	5	6
DRG Wechsel	5.0%	6.0%
CMI Abweichung	1.7%	2.3%

In der Revision 2014 wurden wie im Jahr zuvor 100 Fälle revidiert. In 12 Fällen wurde die Hauptdiagnose verändert, was drei Fällen mehr entspricht als im Vorjahr. Mit 17.1% fehlenden Diagnosen ergeben sich hier etwas mehr Ergänzungen als in der Revision 2013.

In der diesjährigen Revision konnte eine Steigerung der richtigen Behandlungen verzeichnet werden. Zudem waren weniger Behandlungen falsch oder fehlend als im Vergleichsjahr. Es kam zu einem DRG-Wechsel mehr als im Jahr zuvor, was auch die höhere CMI-Abweichung erklärt.

## **5 Empfehlungen**

### **5.1 Empfehlungen für die Verbesserung der Kodierung im Spital**

Ich empfehle der Kodierabteilung zum Kodieren der Fälle neben allen ärztlichen Berichten auch die Pflegedokumentation einzusehen. Nur so kann der Aufwand von gewissen Diagnosen kontrolliert und bestätigt werden und eine vollständige Kodierung ist möglich. Eine komplette Dokumentation macht erst eine korrekte Abbildung des Falles möglich. Die teilweise ungeordneten Dokumentationen könnten die Arbeit der Kodierer/innen erschweren. Daher ist eine einheitliche Reihenfolge eine Arbeitserleichterung und würde eine bessere Übersicht verschaffen. Zudem könnte so die Geschwindigkeit gesteigert werden.

### **5.2 Empfehlungen für die Weiterentwicklung von SwissDRG**

Der IMC-Kode wurde in keinem der geprüften Fälle angegeben. Durch das Erfassen aller Kodes, inklusive den Komplexkodes kann ein DRG-Fall erst vollständig abgebildet werden. Ich empfehle, die Ärzte darauf zu sensibilisieren, dass nur die Diagnosen, welche von ihnen schriftlich im Austritt- oder Operationsbericht festhalten wurden, auch kodiert werden können.

## 6 Anmerkungen Spitaldirektion

Anmerkungen der Spitaldirektion:

Die Codierrevision der Daten 2014 bestätigt erneut, dass die Codierqualität der SRRWS einheitlich und auf einem hohen Niveau ist.

Für die gelisteten Empfehlungen sind wir dankbar, entsprechende Verbesserungsmassnahmen werden wir bald möglichst in die Wege leiten.

Wir haben die Revision als konstruktiv und zielführend erlebt und danken der Firma DRG Plus.



Ort und Datum

Stefan Lichtensteiger

Rebstein, 22. Juni 2015

CEO, Vorsitzender der Geschäftsleitung SR RWS

# 7 Anhang

## 7.1 Verpflichtungserklärung

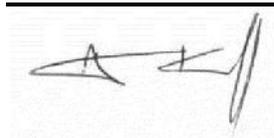
### **Verpflichtungserklärung und Unabhängigkeitsbestätigung der Revisorin bezüglich Kodierrevision der Daten 2014 im Spitalregion Rheintal-Werdenberg- Sarganserland**

1. Die Revisorin verpflichtet sich, die Kodierrevision auf der Grundlage des Reglements für die Durchführung der Kodierrevision unter SwissDRG, Version 4.0 vom 16.05.2014 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 ihre Unabhängigkeit vom revidierten Spital. Sie bestätigt insbesondere, dass sie während der Revisionsperiode und während der Dauer der Revision nicht als Kodiererin 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.

Ort und Datum

Muri bei Bern, 25. Juli 2015

---



Kodierrevisorin

Annina Kropf

---

## 7.2 Vollständigkeitserklärung

### **Vollständigkeitserklärung des Spitals Spitalregion Rheintal-Werdenberg-Sarganserland bezüglich Datenlieferung für Kodierrevision der Daten 2014**

Wir bestätigen, dass der Revisorin für die Stichprobenziehung alle im Spital Spitalregion Rheintal-Werdenberg-Sarganserland nach SwissDRG fakturierten Fälle mit Austritt zwischen 1. Januar 2014 und 31. Dezember 2014 übermittelt wurden.

Ort und Datum

Rebstein, 22. Juli 2015

---



Spitalregion Rheintal-Werdenberg-Sarganserland, Direktor

Stefan Lichtensteiger

---

## 8 Glossar

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

Legende zu DRG Wechsel:

DRG	Bezeichnung
B71B	Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven mit komplexer Diagnose, ausser bei Para- / Tetraplegie, ohne schw. CC oder ohne komplexe Diagn., mit äusserst schw. od. schw. CC ausser bei Para- / Tetrapl. oder ohne schwere CC bei Para- / Tetrapl.
B71C	Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven ohne komplexe Diagnose, ohne äusserst schwere oder schwere CC, ausser bei Para- / Tetraplegie
D06C	Aufwändige Eingriffe an Nasennebenhöhle, Mastoid, Mittelohr und andere Eingriffe an der Speicheldrüse, ohne komplexe Tympanoplastik, ohne komplexen Eingriff an Mastoid oder NNH, ohne komplexe Diagnose, Alter > 15 Jahre
D38A	Sehr komplexe Eingriffe an der Nase
G13Z	Andere Eingriffe an Darm oder Enterostoma mit äusserst schweren CC
G22C	Appendektomie bei Peritonitis oder mit äusserst schweren oder schweren CC, Alter > 15 Jahre
G23C	Appendektomie ausser bei Peritonitis, ohne äusserst schwere oder schwere CC, Alter > 13 Jahre
H62A	Erkrankungen des Pankreas ausser bösartige Neubildung mit akuter Pankreatitis oder Leberzirrhose und bestimmte nichtinfektiöse Hepatitiden ohne äusserst schwere CC oder Alter < 16 Jahre
L63F	Infektionen der Harnorgane ohne äusserst schwere CC, Alter > 5 Jahre
L69B	Andere schwere Erkrankungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag ohne äusserst schwere CC, Alter > 9 Jahre
P67C	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht > 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit anderem Problem, mehr als ein Belegungstag oder mit nicht signifikanter OR-Prozedur, ohne komplizierende Diagnose
P67D	Neugeborener Einling, Aufnahmegegewicht > 2499 g ohne OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne schweres Problem, ohne anderes Problem oder ein Belegungstag