



Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland, Bericht über die Kodierrevision Daten 2022

17. April 2022

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 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>	15
2.3.4 <i>Zuweisung der Zusatzdiagnose</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
2.6.1 <i>Medikamente und Substanzen gesamt</i>	19
2.6.2 <i>ATC Codes mit Zusatzentgelten</i>	19
2.6.3 <i>ATC Codes ohne Zusatzentgelte</i>	19
2.6.4 <i>Blutprodukte CHOP</i>	20
2.7 KOSTENGEWICHTSWECHSEL	21
2.7.1 <i>Anzahl und Prozentsatz der Fälle mit DRG-Wechsel</i>	21
2.7.2 <i>Differenzen mit/ohne Vorlage an das BFS</i>	21
2.8 KOSTENGEWICHTE.....	22
2.8.1 <i>Schätzung des CMI des Spitals vor und nach Revision</i>	22
2.8.2 <i>Kostengewichtsdifferenzen</i>	22
2.8.3 <i>Geschätzte Standardabweichung der Kostengewichtsdifferenzen und des Anteils der Kostengewichtsdifferenzen, welche ungleich Null sind</i>	22
2.9 VERGLEICH MIT FRÜHEREN REVISIONEN.....	23
3 EMPFEHLUNGEN.....	24
3.1 EMPFEHLUNGEN FÜR DIE VERBESSERUNG DER KODIERUNG IM SPITAL	24
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 2022	27
ANHANG 2: LEISTUNGSÜBERSICHT DES SPITALS IN DER BERICHTSPERIODE	28
<i>Anzahl der stationär behandelten Fälle gesamte Institution</i>	<i>28</i>
SWISSDRG-FÄLLE	28
<i>Nach Herkunftskanton und Versicherungsart.....</i>	<i>28</i>
<i>Anzahl und Prozentsatz nach Ausreisserkategorie und Versicherungsart</i>	<i>29</i>
<i>Nach Ausreisserkategorie und Herkunftskanton</i>	<i>29</i>
CMI	30
<i>Nach Ausreisserkategorie und Versicherungsart</i>	<i>30</i>
<i>Nach Ausreisserkategorie und Herkunftskanton</i>	<i>30</i>
ANZAHL ZUSATZENTGELTE	30
ANZAHL UND PROZENTSATZ DER FÄLLE, WELCHE IN DIE BASIS-DRGs 901, 902, 960, 961, 962 UND 963 GRUPPIERT WURDEN	35
PROZENTSATZ DER LANGLIEGER OHNE NEBENDIAGNOSE UND PROZEDUR UND MIT PCCL ≤ 2.....	35
PROZENTSATZ DER FÄLLE MIT ÜBER 5 TAGE AUFENTHALTSDAUER UND MIT R-HAUPTDIAGNOSEKODE.....	35
<i>Glossar</i>	<i>36</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 2022 bis 31. Dezember 2022 wurde eine geschichtete Stichprobe von 100 Fällen und deren zusätzlich möglichen Rehospitalisationsfälle (1 Fall) 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 3 Fällen, dies entspricht einem Prozentsatz von 3.0%, 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 0.7% 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)	0.890737	
Stichprobengrösse nach Revision	100	
Geschätzter CMI des Spitals nach Revision (Stichprobe)	0.896960	
Statistische Signifikanz der Abweichung des CMI des Spitals vor und nach Revision	Nein	
Geschätzte Differenz des CMI des Spitals vor und nach Revision	0.006120	0.7%
Revidierte Fälle mit DRG Wechsel	3	3.000%
Richtige Hauptdiagnosen	90	90.0%
Richtiger Zusatz zur Hauptdiagnose	18	90.0%
Richtige Nebendiagnosen	360	91.1%
Richtige Hauptbehandlung	70	84.3%
Richtige Nebenbehandlung	82	70.1%
Revidierte Fälle mit richtigen Basisdaten Intensivmedizin	1 von 1	100.0%
Revidierte Fälle mit richtigen Basisdaten Intermediate Care Unit	-	-
Richtige Zusatzentgelte	-	-
Richtige Medikamente und Substanzen	1 von 2	50.0%
Beanstandete Fallkombinationsfehler	0 von 4	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	175	1.2%	0	0.0%
Fälle mit erfassten Beatmungen	99	0.7%	0	0.0%
Anzahl Fälle mit IPS-Aufenthalt	646	4.3%	1	1.0%
Fälle mit IMCU-Aufenthalt	400	2.7%	1	1.0%
Fälle mit externen ambulanten Leistungen	68	0.5%	0	0.0%
CMI	0.890737		0.890840	
Zusatzentgelte	365		0	

1 Durchführung der Revision

1.1 Berichtsperiode

Revidiert wurden die Falldaten mit Austritt vom 1.1. bis zum 31.12.2022.

1.2 Gültige Versionen

SwissDRG Katalog	Fallpauschalenkatalog Version 11.0
SwissDRG Grouper	SwissDRG 11.0 Abrechnungsversion 2022/2022
SwissDRG Abrechnungsregeln	Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG Version Mai 2021, Stand 29. Oktober 2021
	Klarstellung und Fallbeispiele zu den Anwendungsregeln Version 4.7, Stand 08. Dezember 2022
Kodierregeln	BFS Kodierungshandbuch Version 2022, FAQs und Rundschreiben für Kodiererinnen und Kodierer mit Gültigkeit bis 31.12.2022
Diagnosekodes	ICD-10 GM 2022
Behandlungskodes	CHOP 2022
Fehlertypologie	Medplaus 6.0.6

1.3 Berechnung und Ziehung der Stichprobe

Die Ziehung der Stichprobe erfolgte aus dem Datensatz der Medizinischen Statistik BFS aus dem Jahre 2022 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 15'094 Akutpatienten wurde eine geschichtete Stichprobe von 100 Fällen gezogen und 1 potenzielle Wiederkehrer hinzugefügt. Die Stichprobengrösse vor Revision beträgt somit 101 Fälle.

1.4 Beschreibung der zeitliche Abfolge der Revision

Die Dokumentationen der 101 Fälle der Stichprobe wurden der Revisorin durch die Firma Freudiger elektronisch zugesandt und am 24.02.2023 kontrolliert.

Die Stichprobe wurde der Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland am 03.03.2023 elektronisch zur Verfügung gestellt. Die Revision erfolgte am 06.03.2023 und 08.03.2023 vor Ort am Standort Rebstein. Die Revisionsergebnisse wurden zur Stellungnahme am 17.03.2023 dem Spital elektronisch zugestellt und mit Herrn Patric Fuchs, Leiter Medizincontrolling und Markus Frank, Kodierteam am 24.03.2023 in einer Ms Teams Sitzung 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 und Markus Frank.

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 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	98/99.0%	1/1.0%	0/0.0%	1/1.0%	99
OP Berichte	46/100.0%	0/0.0%	0/0.0%	54/54.0%	46
Histologieberichte	8/100.0%	0/0.0%	0/0.0%	92/92.0%	8
Endoskopieberichte	1/100.0%	0/0.0%	0/0.0%	99/99.0%	1
Labordokumentation	3/100.0%	0/0.0%	0/0.0%	97/97.0%	3
IPS Berichte	1/100.0%	0/0.0%	0/0.0%	99/99.0%	1
Pflegedokumentation	0/0.0%	0/0.0%	0/0.0%	100/100.0%	0
Konsilien Fachärzte	0/0.0%	0/0.0%	0/0.0%	100/100.0%	0
Sonstige Unters.berichte	24/100.0%	0/0.0%	0/0.0%	76/76.0%	24

Auflistung der Beanstandungen:

Fall	Bemerkungen
71	Es ist nur Verlegungsbericht vom 21.10.2022 vorhanden. Dieser umfasst den Aufenthalt bis 21.10.2022. Die Angaben über den Gesamtaufenthalt fehlen.

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.

Der Austrittsbericht ist insgesamt einheitlich strukturiert und nachvollziehbar.

Für die Nachvollziehbarkeit der Mindestkriterien der Komplexbehandlungen (Akutgeriatrie und Palliativmedizin) 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	92	92.0%
Änderungen	8	8.0%

Auflistung der Beanstandungen nach Ereignis:

Änderungen im Detail:

Fehler bei:	Anzahl	Anteil
Eintrittsart	1	1.0%
Einweisende Instanz	0	0.0%
Aufenthaltort vor Eintritt	1	1.0%
Wechsel Aufenthaltsart (ambulant, stationär, Rehabilitation, Psychiatrie)	0	0.0%
Entscheid für Austritt	0	0.0%
Aufenthalt nach Austritt	2	2.0%
Behandlung nach Austritt	6	6.0%
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
2	Eintritt die nachbehandelnde Institution erst nach mehreren Tagen. Behandlung nach = auf ambulante Behandlung geändert.
11	Laut AB ambulante Weiterbehandlung.
26	Weitere ambulante Weiterbehandlung geplant.
40	Entlassung ins Altersheim, weitere ambulante Weiterbetreuung.
42	Procedere: ambulante zeitnahe pulmologische Vorstellung; Blutzuckereinstellung = auf ambulante Behandlung geändert.
55	Pat. hat Spital auf eigene Verantwortung verlassen. Aufenthalt unbekannt.
65	Laut AB wird der Pat. aus dem Spital W. verlegt.
67	Keine Nachbehandlung erforderlich = geheilt.

2.2.3 Fallkombinationsfehler (Fallsplitt, Fallzusammenführung)

In der Stichprobe fanden sich insgesamt 4 Fallkonstellationen für die Möglichkeit einer Fallzusammenführung. 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	0
falsch	0	0	0
nicht beurteilbar	0	0	
sonstige	0	0	
fehlend			0

Auflistung der Beanstandungen:

Fall	Bemerkungen
------	-------------

2.2.4.2 Abweichung Kostengewicht

Der CMI der Spalkodierung ist 0.890840. Der fakturierte CMI ist 0.890840. Die Abweichung ist somit 0.0%.

2.3 Diagnosen und Behandlungen

2.3.1 Festgestellte Fehler

Innerhalb der 100 Fälle der Stichprobe waren 513 Diagnosen und 200 Behandlungen zu beurteilen. Es wurden von der Revisorin insgesamt 7 Hauptdiagnose korrigiert. 22 fehlende Nebendiagnosen wurden ergänzt und 11 Nebendiagnosen korrigiert.

Bei den Behandlungen wurden 38 Prozeduren ergänzt und 6 korrigiert.

Folgende Beanstandungen wurden festgestellt:

1. Teilweises Fehlen von behandlungsaufwändigen Nebendiagnose in der Kodierung, die im Austrittsbericht benannt oder in der vollständigen medizinischen Dokumentation aufgeführt sind (z.B. ärztlicher Verlauf, Operationsberichte, Histologiebefunde 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 wie bereits im Vorjahr, nicht beachtet.

Ursächlich für die DRG-Wechsel waren folgende Beanstandungen:

- Rev.-Nr. 26 Die Kodierungsregel G40g wurde in diesem Fall nicht korrekt angewendet. *„Die Diagnosestellung und die Dokumentation aller Diagnosen und/oder Prozeduren während eines gesamten Spitalaufenthaltes liegen in der Verantwortung der behandelnden Ärztin bzw. des behandelnden Arztes. Resultate von im Aufenthalt durchgeführten Untersuchungen/Eingriffen gehören zur Dokumentation, auch wenn sie erst nach dem Austritt der Patientin, bzw. des Patienten eintreffen. Diese Angaben bilden die Grundlage für die Kodiererinnen und Kodierer zur regelkonformen Abbildung des Falles.“* Die Histologie zeigte in diesem Fall ein Malignom.
- Rev.-Nr. 86 Kodierung einer anderen Leistung als im Operationsbericht benannt (G30a).
- Rev.-Nr. 80 Nichtbeachtung der Kodierungsregel G52h. *Die Definition der Hauptdiagnose entspricht der Definition der WHO. Die Hauptdiagnose ist definiert als: «Derjenige Zustand, der am Ende des Spitalaufenthaltes als Diagnose feststeht und der der Hauptanlass für die Behandlung und Untersuchung der Patientin, bzw. des Patienten war».*

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	93	5	0	0	2	100
Zusatz zur HD	18	0	0	0	0	18
Nebendiagnosen	360	8	22	3	2	395
Diagnosen total	471	13	22	3	4	513
Hauptbehandlung	71	1	11	0	0	83
Nebenbehandlungen	82	5	27	0	3	117
Behandlungen total	153	6	38	0	3	200

Betroffene Fälle

HD falsch: 16, 38, 79, 86, 94

ND falsch: 17, 27, 3, 34, 43, 63, 71, 80

ND fehlend: 10, 12, 17, 18, 25, 26, 30, 35, 42, 43, 56, 65, 69, 74, 80, 86, 9

ND ungerechtfertigt: 17, 26, 35

BEH falsch: 10, 13, 27, 35, 86

BEH fehlend: 11, 12, 16, 20, 23, 24, 25, 27, 3, 34, 43, 47, 55, 58, 59, 6, 65, 66, 67, 69, 79, 80, 83, 85, 9

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	3	1	0	5
Zusatz zur HD	0	0	0	0	0	0	0
Nebendiagnosen	0	0	6	2	0	0	8
Diagnosen total	0	1	6	5	1	0	13
Hauptbehandlung	0	0	0	1	0	0	1
Nebenbehandlungen	0	0	0	3	0	2	5
Behandlungen total	0	0	0	4	0	2	6

2.3.2.3 Prozentsatz der Kodierfehler nach Fehlertyp

	richtig	falsch	fehlend	ungerechtfertigt	unnötig
Hauptdiagnose	93.0%	5.0%	0.0%	0.0%	2.0%
Zusatz zur HD	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Nebendiagnosen	91.1%	2.0%	5.6%	0.8%	0.5%
Diagnosen total	91.8%	2.5%	4.3%	0.6%	0.8%
Hauptbehandlung	85.5%	1.2%	13.3%	0.0%	0.0%
Nebenbehandlungen	70.1%	4.3%	23.1%	0.0%	2.6%
Behandlungen total	76.5%	3.0%	19.0%	0.0%	1.5%

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%	20.0%	0.0%	60.0%	20.0%	0.0%	5.0%
Zusatz zur HD	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Nebendiagnosen	0.0%	0.0%	75.0%	25.0%	0.0%	0.0%	2.0%
Diagnosen total	0.0%	7.7%	46.2%	38.5%	7.7%	0.0%	2.5%
Hauptbehandlung	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Nebenbehandlungen	0.0%	0.0%	0.0%	60.0%	0.0%	40.0%	0.0%
Behandlungen total	0.0%	0.0%	0.0%	66.7%	0.0%	33.3%	0.0%

2.3.3 Zuweisung der Hauptdiagnose

Zuweisung	Anzahl	Prozent
Keine Änderung der Spitalkodierung	90	90.0%
Kode durch richtigen Code ersetzt ^{1*}	4	4.0%
Fehlenden Code durch neuen ersetzt ^{2*}	5	5.0%
Durch bestehende Nebendiagnose zugeordnet ^{3*}	1	1.0%

Betroffene Fälle

^{1*} 16, 38, 79, 94

^{2*} 26, 35, 80, 86, 9

^{3*} 73

2.3.4 Zuweisung der Zusatzdiagnose

Zuweisung	Anzahl	Prozent
Keine Änderung der Spitalkodierung	18	90.0%
Kode durch richtigen Code ersetzt ^{1*}	0	0.0%
Fehlenden Code durch neuen ersetzt ^{2*}	0	0.0%
Durch bestehende Nebendiagnose zugeordnet ^{3*}	2	10.0%

Betroffene Fälle

^{1*}

^{2*}

^{3*} 37, 96

2.3.5 Zuweisung der Hauptbehandlung

Zuweisung	Anzahl	Prozent
Keine Änderung der Spitalkodierung	70	84.3%
Kode durch richtigen Code ersetzt ^{1*}	11	13.3%
Fehlenden Code durch neuen ersetzt ^{2*}	1	1.2%
Durch bestehende Nebenbehandlung zugeordnet ^{3*}	1	1.2%

Betroffene Fälle

^{1*} 11, 16, 43, 47, 55, 6, 67, 69, 83, 85, 86

^{2*} 80

^{3*} 30

2.3.6 Zuweisung der Nebenbehandlungen

Zuweisung	Anzahl	Prozent
Keine Änderung der Spitalkodierung	82	70.1%
Kode durch richtigen Code ersetzt	5	4.3%
Fehlenden Code durch neuen ersetzt	27	23.1%

2.3.7 Lateralität der Diagnosen und Prozeduren

2.3.7.1 Lateralität der Diagnosen

Urteil	Anzahl Urteile	Prozentualer Anteil
richtig	92	90.2%
falsch	1	1.0%
fehlend	7	6.9%
unnötig	2	2.0%
nicht beurteilbar	0	0.0%
Gesamt	102	100.0%

2.3.7.2 Lateralität der Prozeduren

Urteil	Anzahl Urteile	Prozentualer Anteil
richtig	59	93.7%
falsch	0	0.0%
fehlend	3	4.8%
unnötig	1	1.6%
nicht beurteilbar	0	0.0%
Gesamt	63	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)	15'094

2.3.9.2 CMI

CMI der Stichprobe	0.890840
CMI der Grundgesamtheit	0.890737

2.3.9.3 Anzahl und Prozentsatz unspezifischer Codes an der Spalkodierung

unspezifische Codes der Grundgesamtheit			unspezifische Codes der Stichprobe	
Diagnosen	14'687	17.7%	81	16.5%
Prozeduren	25	0.1%	0	0.0%

2.3.9.4 Anzahl Nebendiagnosen/Patient

Anzahl Nebendiagnosen/Patient (Stichprobe nach Revision)	3.86
Anzahl Nebendiagnosen/Patient (Grundgesamtheit)	4.35

2.3.9.5 Anzahl Behandlungen/Patient

Anzahl Behandlungen/Patient (Stichprobe nach Revision)	1.97
Anzahl Behandlungen/Patient (Grundgesamtheit)	1.78

2.3.9.6 Anzahl DRG Fallgruppen

Anzahl DRG Fallgruppen (Stichprobe nach Revision)	73
Anzahl DRG Fallgruppen (Grundgesamtheit)	576

2.3.9.7 Anzahl Zusatzentgelte und Prozentsatz Fälle mit Zusatzentgelt

Zusatzentgelte (Stichprobe vor Revision)	0	
Zusatzentgelte (Grundgesamtheit)	365	
Fälle mit Zusatzentgelt (Stichprobe vor Revision)	0	0.0%
Fälle mit Zusatzentgelt (Grundgesamtheit)	175	1.2%

2.3.9.8 Anzahl und Prozentsatz Fälle mit erfassten Beatmungen

Prozentsatz maschineller Beatmungen (Stichprobe vor Revision)	0	0.0%
Prozentsatz maschineller Beatmungen (Grundgesamtheit)	99	0.7%

2.3.9.9 Anzahl und Prozentsatz Fälle mit IPS-Behandlung

Fälle mit IPS Aufenthalt (Stichprobe vor Revision)	1	1.0%
Fälle mit IPS Aufenthalt (Grundgesamtheit)	646	4.3%

2.3.9.10 Anzahl und Prozentsatz Fälle mit ICMU-Behandlung

Fälle mit ICMU Aufenthalt (Stichprobe vor Revision)	1	1.0%
Fälle mit ICMU Aufenthalt (Grundgesamtheit)	400	2.7%

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)	68	0.5%

2.4 Intensivmedizin (IMCU und IPS)

2.4.1 Basisdaten Intermediate Care Unit (IMCU)

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.

2.4.1.1 NEMS + Schweregrad (S/P/C)

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

2.4.1.2 Revidierte Fälle

Revidierte Fälle mit richtigen Basisdaten IMCU	1	100.0%
--	---	--------

2.4.2 Basisdaten Intensivmedizin

In der Stichprobe fanden sich 1 Fall 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	1	100.0%
falsch	0	0.0%
fehlend	0	0.0%
unnötig	0	0.0%
nicht beurteilbar	0	0.0%
Gesamt	1	100.0%

2.4.2.3 Schweregrad

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

2.4.2.4 Revidierte Fälle

Revidierte Fälle mit richtigen Basisdaten IPS	1	100.0%
---	---	--------

2.5 Zusatzentgelte (exkl. Medikamente und Substanzen)

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

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

2.6 Medikamente und Substanzen

In der Stichprobe waren 2 Fälle vorhanden, in denen erfassbare Medikamente und Substanzen verabreicht wurden. In einem Fall wurde die Verabreichung beanstandet.

2.6.1 Medikamente und Substanzen gesamt

Urteil	Anzahl Urteile	Prozentualer Anteil
richtig	1	50.00%
falsch	0	0.00%
fehlend	1	50.00%
Gesamt	2	100.00%

2.6.2 ATC Codes mit Zusatzentgelten

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

2.6.3 ATC Codes ohne Zusatzentgelte

Urteil	Anzahl Urteile	Prozentualer Anteil
richtig	1	50.00%
falsch	0	0.00%
fehlend	1	50.00%
Gesamt	2	100.00%

2.6.4 Blutprodukte CHOP

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

Auflistung der Beanstandungen:

Fall	Bemerkungen
56	Fehlen von Filgrastim 48 mio E nach Austrittsbericht.

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	2	2.00%	0	0.00%	0	0.00%
Aufgrund Änderung Nebendiagnose	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
Aufgrund Änderung Behandlung	0	0.00%	1	1.00%	0	0.00%
Aufgrund sonstiger Änderungen	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
Total	2	2.00%	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
26	G71C	G60B	0.526	0.777	0.2510	Änderung Hauptdiagnose
80	J64D	J64C	0.611	1.154	0.5430	Änderung Hauptdiagnose
86	J11B	J64D	0.717	0.535	-0.1820	Änderung Behandlungen

Es wurde kein Fall dem BFS zur Beurteilung vorgelegt.

Legende zu DRG Wechsel:

DRG	Bezeichnung
G60B	Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane
G71C	Andere mässig schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane, Alter > 15 Jahre, mehr als ein Belegungstag
J11B	Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma
J64C	Infektion / Entzündung der Haut und Unterhaut, Alter > 15 Jahre und schwere CC, mehr als ein Belegungstag
J64D	Infektion / Entzündung der Haut und Unterhaut und Alter > 15 Jahre, mehr als ein Belegungstag

2.8 Kostengewichte

2.8.1 Schätzung des CMI des Spitals vor und nach Revision

	Summe CW	Anzahl	CMI
Gesamtdatensatz vor der Revision	13441.2	15'094	0.890737
CMI der Stichprobe vor der Revision	89.0840	100	0.890840
CMI der Stichprobe nach der Revision	89.6960	100	0.896960
Geschätzte Differenz des CMI des Spitals vor und nach Revision			0.686992%
95%-Vertrauensintervall der Differenz des CMI des Spitals vor und nach Revision		Untere Grenze:	-0.023950
		Obere Grenze:	0.065787

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
26	0.526	0.777
80	0.611	1.154
86	0.717	0.535

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	0.062541
Geschätzte Standardabweichung der Kostengewichtsdifferenzen des Spitals vor und nach Revision, welche ungleich Null sind.	0.364778
Geschätzter Anteil der Kostengewichtsdifferenzen, welche ungleich Null sind :	3.000%.

2.9 Vergleich mit früheren Revisionen

Bewertung	Prozentuale Anteile 2020	Prozentuale Anteile 2021	Prozentuale Anteile 2022
Stichprobengrösse	100	100	100
Fehlende Krankengeschichten	0.0%	0.0%	0.0%
Richtiger Hauptdiagnosen	92.0%	96.0%	90.0%
Richtige Diagnosen	93.3%	92.9%	91.8%
Falsche Diagnosen	3.2%	0.6%	2.5%
Fehlende Diagnosen	2.5%	5.5%	4.3%
Richtige Hauptbehandlungen	93.6%	88.0%	84.3%
Richtige Behandlungen	94.6%	83.3%	76.5%
Falsche Behandlungen	1.5%	1.5%	3.0%
Fehlende Behandlungen	1.5%	14.3%	19.0%
Richtige Basisdaten Intensivmedizin	85.7%	100.0%	100.0%
Richtige Zusatzentgelte	100.0%	100.0%	0.0%
Richtige Medikamente und Substanzen	100.0%	100.0%	50.0%
Beanstandungen Fallmanagement	0.0%	0.0%	0.0%
Beanstandungen Rechnungslegung	0.0%	0.0%	0.0%
Anzahl DRG Wechsel	4	2	3
DRG Wechsel	4.000%	2.000%	3.000%
CMI Abweichung	0.3%	0.2%	0.7%

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 2.3.1. Diagnosen und Prozeduren festgestellte Fehler

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

„Die Diagnosestellung und die Dokumentation aller Diagnosen und/oder Prozeduren während eines gesamten Spitalaufenthaltes liegen in der Verantwortung der behandelnden Ärztin bzw. des behandelnden Arztes. Resultate von im Aufenthalt durchgeführten Untersuchungen/Eingriffen gehören zur Dokumentation, auch wenn sie erst nach dem Austritt der Patientin, bzw. des Patienten eintreffen. Diese Angaben bilden die Grundlage für die Kodiererinnen und Kodierer zur regelkonformen Abbildung des Falles»

Es ist auf eine vollständige und spezifische Benennung der Diagnosen im Austrittsbericht zu achten, die den Leitlinien der Diagnosenerstellung nach WHO zugrunde liegen. Histologieberichte die die genaue Ätiologie einer Neubildung darlegen sind bei der Benennung der Diagnosenstellung im Austrittsbericht zu berücksichtigen.

Zu vermeiden sind Kombinationssätze, die eine mehrfache Benennung von möglichen Hauptdiagnosen beinhalten. An erster Stelle sollte nur eine Hauptdiagnose und deren medizinischer Aufwand abgebildet werden.

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.

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

Aufgrund der Anzahl von 3 DRG Wechseln und den Vorgaben zur Ziehung der Stichprobe (Anhang 1, Reglement für die Durchführung der Kodierrevision unter SwissDRG) erfolgt für das kommende Datenjahr 2023 eine Erhöhung der Anzahl der Stichprobenfälle auf 199 Fällen.

4 Anmerkungen Spitaldirektion

Anmerkungen der Spitaldirektion:

Die Codierrevision der Daten 2022 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 2023

Ort und Datum



Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland, die Direktion

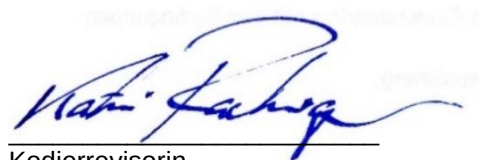
Anhang 1: Nachweise

Verpflichtungserklärung

1. Der Revisor verpflichtet sich, die Kodierrevision auf der Grundlage des Reglements für die Durchführung der Kodierrevision unter SwissDRG, Version 11.0 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, 06.03.2023

Ort, Datum



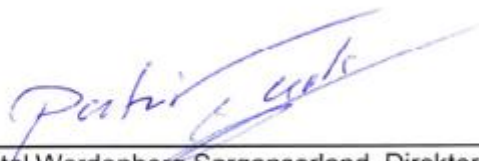
Kodierrevisorin

Vollständigkeitserklärung im Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland bezüglich Datenlieferung für Kodierrevision der Daten 2022

Wir bestätigen, dass den Revisoren für die Stichprobenziehung alle im Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland nach SwissDRG fakturierten Fälle mit Austritt zwischen 1. Januar und 31. Dezember 2022 übermittelt wurden.

Rebstein, 06.03.2023

Ort, 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)	14'171	823	23	15	52	10	15'094
Pflege- und Wartepatienten	1	0	0	0	0	0	1
Psychiatrie							
Rehabilitation							
Total	14'172	823	23	15	52	10	15'095

SwissDRG-Fälle

Nach Herkunftskanton und Versicherungsart

	KV	UV	MV	IV	SZ	Andere	Total
SG	11'205	620	18	10	16	3	11'872
AG	31	9	1	0	0	0	41
AI	47	4	1	0	0	0	52
AR	101	10	1	0	0	0	112
BE	15	1	0	0	0	0	16
BL	5	1	0	0	0	0	6
BS	4	0	0	0	0	0	4
GL	57	2	0	0	0	0	59
GR	172	11	1	1	1	1	187
LU	4	2	0	0	0	0	6
NW	1	1	0	0	0	0	2
OW	0	1	0	0	0	0	1
SH	5	1	0	1	0	0	7
SO	4	1	0	0	0	0	5
SZ	13	3	0	0	0	0	16
TG	39	10	0	1	0	0	50
TI	6	2	0	0	1	0	9
UR	1	0	0	0	0	0	1
VD	2	0	0	0	0	0	2
VS	1	0	0	0	1	0	2
ZG	8	1	0	0	0	0	9
ZH	114	29	1	0	1	0	145
Sonstige	2'336	114	0	2	32	6	2'490
Total	14'171	823	23	15	52	10	15'094

Anzahl und Prozentsatz nach Ausreisserkategorie und Versicherungsart

	Normalfälle				Untere Ausreisser		Obere Ausreisser		Unbe- wertete DRG		Total
	Ohne Abschlag		Mit Abschlag								
KV	12'642	89.2%	246	1.7%	687	4.8%	592	4.2%	4	0.0%	14'171
UV	703	85.4%	5	0.6%	89	10.8%	26	3.2%	0	0.0%	823
MV	20	87.0%	2	8.7%	1	4.3%	0	0.0%	0	0.0%	23
IV	14	93.3%	0	0.0%	1	6.7%	0	0.0%	0	0.0%	15
SZ	44	84.6%	0	0.0%	7	13.5%	1	1.9%	0	0.0%	52
Andere	9	90.0%	0	0.0%	1	10.0%	0	0.0%	0	0.0%	10
Total	13'432	89.0%	253	1.7%	786	5.2%	619	4.1%	4	0.0%	15'094

Nach Ausreisserkategorie und Herkunftskanton

	Normalfälle				Untere Ausreisser		Obere Ausreisser		Unbewertete DRG		Total
	Ohne Abschlag		Mit Abschlag								
SG	10'580	89.1%	205	1.7%	583	4.9%	501	4.2%	3	0.0%	11'872
AG	38	92.7%	1	2.4%	2	4.9%	0	0.0%	0	0.0%	41
AI	48	92.3%	1	1.9%	3	5.8%	0	0.0%	0	0.0%	52
AR	93	83.0%	6	5.4%	6	5.4%	7	6.3%	0	0.0%	112
BE	12	75.0%	3	18.8%	1	6.3%	0	0.0%	0	0.0%	16
BL	5	83.3%	0	0.0%	0	0.0%	1	16.7%	0	0.0%	6
BS	3	75.0%	0	0.0%	1	25.0%	0	0.0%	0	0.0%	4
GL	44	74.6%	3	5.1%	8	13.6%	4	6.8%	0	0.0%	59
GR	167	89.3%	1	0.5%	13	7.0%	6	3.2%	0	0.0%	187
LU	4	66.7%	0	0.0%	1	16.7%	1	16.7%	0	0.0%	6
NW	1	50.0%	1	50.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2
OW	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1
SH	7	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	7
SO	5	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	5
SZ	16	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	16
TG	48	96.0%	0	0.0%	2	4.0%	0	0.0%	0	0.0%	50
TI	8	88.9%	0	0.0%	1	11.1%	0	0.0%	0	0.0%	9
UR	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1
VD	1	50.0%	0	0.0%	1	50.0%	0	0.0%	0	0.0%	2
VS	2	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2
ZG	8	88.9%	0	0.0%	1	11.1%	0	0.0%	0	0.0%	9
ZH	127	87.6%	4	2.8%	11	7.6%	3	2.1%	0	0.0%	145
Sonstige	2'213	88.9%	28	1.1%	152	6.1%	96	3.9%	1	0.0%	2'490
Total	13'432	89.0%	253	1.7%	786	5.2%	619	4.1%	4	0.0%	15'094

CMI

Nach Ausreisserkategorie und Versicherungsart

	Normalfälle		Untere Ausreisser	Obere Ausreisser	Total
	Ohne Abschlag	Mit Abschlag			
KV	0.882629	0.787004	0.520550	1.737149	0.899119
UV	0.742333	0.505000	0.548876	1.722385	0.750932
MV	0.935700	0.479500	0.433000	-	0.874174
IV	1.290429	-	1.134000	-	1.280000
SZ	0.756045	-	0.518571	1.012000	0.729000
Andere	0.852444	-	0.502000	-	0.817400
Total	0.875356	0.779000	0.524385	1.735357	0.890737

Nach Ausreisserkategorie und Herkunftskanton

	Normalfälle		Untere Ausreisser	Obere Ausreisser	Total
	Ohne Abschlag	Mit Abschlag			
SG	0.886751	0.770263	0.524940	1.803515	0.905665
AG	0.623684	0.273000	0.620000	-	0.614951
AI	0.927896	0.291000	0.416667	-	0.886154
AR	0.818849	0.654167	0.494333	1.276714	0.821259
BE	0.450500	0.390667	0.619000	-	0.449813
BL	0.510000	-	-	1.396000	0.657667
BS	0.450333	-	0.571000	-	0.480500
GL	0.799795	0.281667	0.478875	1.807500	0.798254
GR	0.834689	0.254000	0.417615	1.186000	0.813861
LU	1.195750	-	0.619000	1.610000	1.168667
NW	0.837000	0.980000	-	-	0.908500
OW	0.269000	-	-	-	0.269000
SH	0.721286	-	-	-	0.721286
SO	0.430000	-	-	-	0.430000
SZ	0.663063	-	-	-	0.663063
TG	0.781208	-	0.401000	-	0.766000
TI	0.621750	-	0.306000	-	0.586667
UR	0.568000	-	-	-	0.568000
VD	0.269000	-	0.370000	-	0.319500
VS	0.849500	-	-	-	0.849500
ZG	0.412750	-	0.325000	-	0.403000
ZH	0.779661	3.308750	0.630000	1.436000	0.851655
Sonstige	0.848007	0.650286	0.532033	1.458625	0.850038
Total	0.875356	0.779000	0.524385	1.735357	0.890737

Anzahl Zusatzentgelte

Zusatz-entgelt	Bezeichnung	Betrag	KV	UV	MV	IV	SZ	An-dere	To-tal
ZE-2022-01.01	Hämodialyse, Hämofiltration, Hämodiafiltration, intermittierend, Alter > 11 Jahre	94'290.84	217	0	0	0	0	0	217

ZE-2022-02.01	Hämodialyse, Hämofiltration, Hämodiafiltration, kontinuierlich, Bis 24 Stunden	1'810.08	2	0	0	0	0	0	2
ZE-2022-02.02	Hämodialyse, Hämofiltration, Hämodiafiltration, kontinuierlich, Mehr als 24 bis 72 Stunden	8'438.28	4	0	0	0	0	0	4
ZE-2022-02.03	Hämodialyse, Hämofiltration, Hämodiafiltration, kontinuierlich, Mehr als 72 bis 144 Stunden	4'117.11	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2022-02.04	Hämodialyse, Hämofiltration, Hämodiafiltration, kontinuierlich, Mehr als 144 bis 264 Stunden	21'987.51	3	0	0	0	0	0	3
ZE-2022-11.23	Bevacizumab, intravenös, 250 mg bis unter 350 mg	740.18	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2022-11.24	Bevacizumab, intravenös, 350 mg bis unter 450 mg	986.91	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2022-116.33	Dabrafenib, oral, 1650 mg bis unter 2250 mg	1'049.06	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2022-126.03	Transfusion von Thrombozytenkonzentrate n, 4 Konzentrate	4'474.06	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2022-137.02	Pembrolizumab, intravenös, 150 mg bis unter 250 mg	4'583.88	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2022-143.03	Trametinib, oral, 11 mg bis unter 13 mg	1'142.30	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2022-144.01	Ibrutinib, oral, 2000 mg bis unter 2800 mg	1'152.98	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2022-144.03	Ibrutinib, oral, 3600 mg bis unter 4400 mg	1'921.64	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2022-147.00	Abirateron, oral, 4500 mg bis unter 5500 mg	1'172.50	2	0	0	0	0	0	2
ZE-2022-147.06	Abirateron, oral, 17500 mg bis unter 21500 mg	2'286.38	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2022-147.07	Abirateron, oral, 21500 mg bis unter 25500 mg	2'755.38	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2022-16.60	Voriconazol, intravenös, 4800 mg bis unter 5600 mg	1'063.19	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2022-161.03	Remdesivir, intravenös, 150 mg bis unter 250 mg	735.70	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2022-161.04	Remdesivir, intravenös, 250 mg bis unter 350 mg	1'103.55	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2022-161.05	Remdesivir, intravenös, 350 mg bis unter 450 mg	13'242.60	9	0	0	0	0	0	9
ZE-2022-161.06	Remdesivir, intravenös, 450 mg bis unter 550 mg	12'874.75	7	0	0	0	0	0	7
ZE-2022-161.07	Remdesivir, intravenös, 550 mg bis unter 650 mg	72'833.97	33	0	0	0	0	0	33
ZE-2022-161.08	Remdesivir, intravenös, 650 mg bis unter 850 mg	5'517.74	1	0	0	0	1	0	2

ZE-2022-161.10	Remdesivir, intravenös, 1050 mg und mehr	12'690.78	3	0	0	0	0	0	3
ZE-2022-163.01	Iloprost, intravenös, 300 mcg bis unter 400 mcg	870.68	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2022-167.02	Atezolizumab, intravenös, 1000 mg bis unter 1400 mg	9'292.90	2	0	0	0	0	0	2
ZE-2022-179.01	Eingesetzte endovaskuläre Coils in thorakale, abdominale und periphere Gefässe, 1 Coil	162.25	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2022-18.29	Anidulafungin, intravenös, 250 mg bis unter 350 mg	862.72	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2022-18.33	Anidulafungin, intravenös, 750 mg bis unter 950 mg	4'888.76	2	0	0	0	0	0	2
ZE-2022-18.36	Anidulafungin, intravenös, 1350 mg bis unter 1650 mg	4'313.61	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2022-188.01	Venetoclax, oral, 1800 mg bis unter 2200 mg	1'054.92	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2022-20.03	Transfusion von Erythrozytenkonzentrat, 16 TE bis 20 TE	4'308.08	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2022-201.01	Sotrovimab (ausserplanmässig), intravenös, 500 mg	23'982.20	11	0	0	0	0	0	11
ZE-2022-201.02	Sotrovimab (ausserplanmässig), intravenös, 1000 mg	4'360.40	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2022-23.04	Transfusion von patientenbezogenen Thrombozytenkonzentrate n, 4 Konzentrate	5'899.00	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2022-24.90	Einlage oder Wechsel von selbstexpandierendem, (nicht) beschichtetem Stent in den Gallengang, 1 Stent	2'802.90	3	0	0	0	0	0	3
ZE-2022-24.91	Einlage oder Wechsel von selbstexpandierenden, (nicht) beschichteten Stents in den Gallengang, 2 Stents	1'868.60	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2022-30.51	Fibrinogen, human, intravenös, 1.5 g bis unter 2.5 g	1'794.24	3	0	0	0	0	0	3
ZE-2022-30.52	Fibrinogen, human, intravenös, 2.5 g bis unter 3.5 g	897.12	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2022-30.53	Fibrinogen, human, intravenös, 3.5 g bis unter 5.5 g	1'345.68	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2022-30.55	Fibrinogen, human, intravenös, 7.5 g bis unter 10 g	2'616.60	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2022-30.56	Fibrinogen, human, intravenös, 10 g bis unter 15 g	3'738.00	1	0	0	0	0	0	1

ZE-2022-31.28	Blutgerinnungsfaktoren IX, II, VII und X in Kombination, intravenös, 4500 U bis unter 5500 U	1'254.30	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2022-41.23	Clofarabin, intravenös, 600 mg bis unter 760 mg	0.00	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2022-47.11	Tocilizumab, intravenös, 400 mg bis unter 560 mg	925.75	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2022-47.12	Tocilizumab, intravenös, 560 mg bis unter 720 mg	6'171.65	5	0	0	0	0	0	5
ZE-2022-47.13	Tocilizumab, intravenös, 720 mg bis unter 880 mg	3'085.82	2	0	0	0	0	0	2
ZE-2022-52.33	Immunglobuline, normal human, zur intravasalen Anwendung, intravenös, 35 g bis unter 45 g	1'806.53	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2022-52.35	Immunglobuline, normal human, zur intravasalen Anwendung, intravenös, 55 g bis unter 65 g	13'549.00	5	0	0	0	0	0	5
ZE-2022-52.38	Immunglobuline, normal human, zur intravasalen Anwendung, intravenös, 85 g bis unter 105 g	4'290.51	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2022-52.40	Immunglobuline, normal human, zur intravasalen Anwendung, intravenös, 125 g bis unter 145 g	6'097.04	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2022-52.41	Immunglobuline, normal human, zur intravasalen Anwendung, intravenös, 145 g bis unter 165 g	35'001.55	5	0	0	0	0	0	5
ZE-2022-52.42	Immunglobuline, normal human, zur intravasalen Anwendung, intravenös, 165 g bis unter 185 g	7'903.57	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2022-52.43	Immunglobuline, normal human, zur intravasalen Anwendung, intravenös, 185 g bis unter 205 g	8'806.84	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2022-62.06	Rituximab, intravenös, 650 mg bis unter 750 mg	994.33	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2022-62.07	Rituximab, intravenös, 750 mg bis unter 850 mg	2'272.76	2	0	0	0	0	0	2
ZE-2022-69.08	Caspofungin, intravenös, 400 mg bis unter 450 mg	1'497.40	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2022-89.49	Lenalidomid, oral, 15 mg bis unter 25 mg	1'037.40	2	0	0	0	0	0	2
ZE-2022-89.53	Lenalidomid, oral, 75 mg bis unter 95 mg	1'544.39	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2022-94.00	Azacitidin, subkutan / intravenös, 150 mg bis unter 225 mg	344.78	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2022-98.31	Terlipressin, intravenös / endotracheopulmonal / inhalativ, 20 mg bis unter 30 mg	0.00	2	0	0	0	0	0	2
	Total	444'613.65	364	0	0	0	1	0	365

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	5	0.03%
902 Nicht ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose	0	0.00%
960 Nicht gruppierbar	4	0.03%
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: 15'094

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

Anzahl Langlieger in der Grundgesamtheit	619
Prozentsatz der Langlieger ohne Nebendiagnose und ohne Prozedur und mit PCCL ≤ 2 in der Grundgesamtheit	0.81%

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

Anzahl Fälle mit über 5 Tagen Aufenthaltsdauer in der Grundgesamtheit	3'551
Prozentsatz der Fälle mit über 5 Tagen Aufenthaltsdauer und mit R-Hauptdiagnosekode in der Grundgesamtheit	3.52%

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