



**Validierung der medizinischen Kodierung
mit einer Auswertung der Variation des
Case Mix-Wertes unter SwissDRG**

**Kantonsspital Baselland (KSBL)
Standorte Liestal, Bruderholz und Laufen**

Schlussbericht

Revision der Daten 2019

Revisorin

Frau Yvonne Zbinden

Herr Krimo Bouslami, Informatik
Herr Gianmarco Arrigo, Verwaltung
Herr Patrick Weber, Geschäftsführer

2020

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	3
Zusammenfassung	4
1 Durchführung der Revision	5
1.1 <i>Berichtsperiode</i>	5
1.2 <i>Gültige Versionen</i>	5
1.3 <i>Berechnung und Ziehung der Stichprobe</i>	5
1.4 <i>Beschreibung der zeitlichen Abfolge der Revision</i>	5
1.5 <i>Qualifikation der Revisorin</i>	6
1.6 <i>Unabhängigkeit der Revisorin</i>	6
1.7 <i>Bemerkungen</i>	6
1.8 <i>Bewertung der Codes und Fehlertypologie</i>	7
2 Feststellungen	8
2.1 <i>Generelle Feststellungen</i>	8
2.2 <i>Administrative Grundlagen</i>	8
2.3 <i>Diagnosen und Behandlungen</i>	10
2.4 <i>Intensivmedizin (IMCU und IPS)</i>	17
2.5 <i>Zusatzentgelte</i>	18
2.6 <i>Medikamente und Substanzen</i>	18
2.7 <i>DRG-Wechsel</i>	19
2.8 <i>Kostengewicht</i>	20
2.9 <i>Vergleich mit früheren Revisionen</i>	22
3 Empfehlungen	23
3.1 <i>Empfehlungen für die Verbesserung der Kodierung</i>	23
3.2 <i>Empfehlungen für die Weiterentwicklung von SwissDRG</i>	23
3.3 <i>Weitere Hinweise der Revisorin</i>	23
4 Anmerkungen der Spitaldirektion	24
Anhang 1: Nachweise	25
Anhang 2: Leistungsübersicht des Spitals	27
<i>Anzahl der stationär behandelten Fälle der gesamten Institution</i>	27
<i>SwissDRG Fälle</i>	27
<i>Case Mix Index (CMI)</i>	29
<i>Anzahl Zusatzentgelte</i>	30
<i>Anzahl und Prozentsatz der Fälle, welche in die Basis-DRGs 901, 902, 960, 961, 962 und 963 gruppiert wurden</i> ..	32
<i>Prozentsatz der Langlieger ohne Nebendiagnose und Prozedur und mit PCCL ≤ 2</i>	32
<i>Prozentsatz der Fälle mit über 5 Tage Aufenthaltsdauer und mit R-Hauptdiagnosekode</i>	32
Anhang 3: Methoden und Referenzen	33
<i>Analyse des Case Mix</i>	33
<i>Statistische Methoden</i>	34
<i>Bibliographische Angaben</i>	36
<i>Abkürzungen</i>	37

Einleitung

Die tarifwirksame Anwendung von SwissDRG ab dem 01.01.2012 setzt die korrekte Umsetzung der Kodiergrundlagen durch die Spitäler zwingend voraus, da die Kodierung eines Behandlungsfalles einen unmittelbaren Einfluss auf die Rechnungsstellung hat.

Ziel der Kodierrevision unter SwissDRG ist es, die Qualität der Kodierung in den Spitälern zu beurteilen und die Resultate in einem Bericht je Spital festzuhalten. Die Kodierrevision basiert auf der verdachtsunabhängigen stichprobenbasierten Kontrolle zur Beurteilung der Kodierung. Die Kodierrevision ist damit auch ein Mittel zur Sicherstellung der Kodierqualität. Nebst der Kontrollaufgabe dient die Revision der Weiterentwicklung des Kodiersystems.

Um die Vergleichbarkeit der Resultate zu gewährleisten, müssen die Durchführung der Kodierrevision und die Erstellung des Revisionsberichts schweizweit einheitlich sein.

Die Bestimmungen über die Durchführung der Kodierrevision werden von SwissDRG vorgegeben und im *Reglement für die Durchführung der Kodierrevision unter SwissDRG, Version 8.0*, festgehalten und haben nationale Gültigkeit.

Die Durchführung der Kodierrevision nach diesem Reglement ist ein zwingender Bestandteil der Tarifverträge sowie der Leistungsaufträge der Kantone.

Das Spital übermittelt Nice Computing den Datensatz des zu revidierenden Jahres. Dieser muss nach den Vorgaben vom BFS formatiert sein und wird im Revisionsbericht als BFS-Datensatz bezeichnet. Daraus wird die Stichprobe gezogen. Entsprechend dem Revisionsreglement wurden für das Kantonsspital Baselland 100 Fälle gezogen.

Die diesjährige Kodierrevision erfolgt im Auftrag des Kantonsspitals Baselland. Die Revision wurde entsprechend den Vorgaben von SwissDRG durchgeführt und in folgende Teilschritte gegliedert:

- Bestimmung und Ziehung einer Stichprobe mit Inklusionswahrscheinlichkeiten, proportional zu den Kostengewichten. Dabei wurden alle SwissDRG-Fälle der Monate Januar bis Dezember 2019 aus dem BFS-Datensatz berücksichtigt.
- Revision der Kodierqualität und der daraus resultierenden Rechnungsstellung nach SwissDRG.
- Bericht über alle Kodierabweichungen: Jede Differenz zur Originalkodierung wird dem Spital mit Begründung schriftlich vorgelegt. Das Spital hat die Möglichkeit, zu den Abweichungen Stellung zu nehmen.
- Schlussbericht: Zusammenfassung der Kodierabweichungen, statistische Auswertungen der Abweichungen.

Zusammenfassung

Revisionsergebnisse im Überblick	2019	
Stichprobengrösse ¹	100	
CMI des Spitals vor Revision (Grundgesamtheit)	1.0315	
CMI des Spitals nach Revision, geschätzt (Stichprobe)	1.0315	
Differenz des CMI vor und nach Revision, geschätzt ²	0.0000	0.00%
Revidierte Fälle mit DRG-Wechsel	0	0.00%
Richtige Hauptdiagnosen	100	100%
Richtiger Zusatz zur Hauptdiagnose	35	97.22%
Richtige Nebendiagnosen	832	98.93%
Richtige Hauptbehandlungen	80	100%
Richtige Nebenbehandlungen	247	93.92%
Revidierte Fälle mit richtigen Basisdaten Intensivmedizin	16	94.12%
Revidierte Fälle mit richtigem Basisdatensatz IMCU	-	-
Richtige Zusatzentgelte	1	100%
Richtige Medikamente und Substanzen	0	0.00%
Beanstandete Fallzusammenführungen	0	0.00%
Fehlende Krankengeschichten	0	0.00%
Richtig erfasste externe ambulante Leistungen	-	-

¹ Grösse der Grundgesamtheit: 22'268

² Betreffend statistische Signifikanz der Abweichung des CMI, siehe Kapitel 2.8

Kennzahlenvergleich Grundgesamtheit und Stichprobe	Stichprobe ungewichtet		Stichprobe gewichtet		Grundgesamtheit	
	Zahl	Prozent	Zahl	Prozent	Zahl	Prozent
Fälle mit Zusatzentgelt	1	1.00%	74	0.33%	281	1.26%
Fälle mit erfassten Beatmungen	6	6.00%	262	1.18%	303	1.36%
Fälle mit IPS-Aufenthalt	17	17.00%	1'809	8.12%	1'819	8.17%
Fälle mit IMCU-Aufenthalt	0	-	0	-	0	-
Fälle mit ext. ambulanten Leistungen	0	0.00%	0	0.00%	66	0.30%
CMI	2.1037		1.0315		1.0315	
Zusatzentgelte	1		74		1'171	

Diese Tabelle bezieht sich auf die Daten vor Revision.

Gemäss Stichprobenplan wurde in der Stichprobe eine höhere Proportion von komplexen Fällen als in der Grundgesamtheit des Spitals gezogen. Dies erklärt die im Allgemeinen höheren Zahlen (einfache Mittelwerte) der ersten Spalte. Die gewichteten Mittelwerte (zweite Spalte) liegen ziemlich nahe bei den Zahlen der Grundgesamtheit (dritte Spalte).

1 Durchführung der Revision

1.1 Berichtsperiode

Die Berichtsperiode umfasst den Zeitraum von Januar bis Dezember 2019.

1.2 Gültige Versionen

- Offizielles BFS Kodierungshandbuch der Schweiz, Version 2019
- Aktuell gültige BFS-Rundschreiben
- Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme – 10. Auflage (ICD10-GM 2018)
- Schweizerische Operationsklassifikation (CHOP 2019)
- BFS Variablen der Medizinischen Statistik (2019)
- Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG (Juni 2018)
- Klarstellungen und Fallbeispiele zu den Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG, Version 4.4
- SwissDRG-Groupier 8.0
- SwissDRG-Fallpauschalenkatalog Version 8.0/2019 (Juni 2018)
- Reglement für die Durchführung der Kodierrevision unter SwissDRG, Version 8.0 (Juni 2019)

1.3 Berechnung und Ziehung der Stichprobe

Die Stichprobengrösse wird entsprechend dem Revisionsreglement auf 100 Fälle für das achte Revisionsjahr nach SwissDRG festgelegt.

Die Methode der Stichprobenziehung wird im Anhang 3 beschrieben.

1.4 Beschreibung der zeitlichen Abfolge der Revision

1.4.1 Vorbereitung

Die Stichprobe wurde dem Spital am 16. März 2020 zugestellt.

Die Koordination und Gestaltung der Revision wurden in Zusammenarbeit mit Frau Dr. Regina Classen (Leiterin Medizincontrolling/Qualität) organisiert. Der Termin für die Revision wurde gemeinsam festgelegt.

1.4.2 Durchführung

Die Revision wurde vom 30. März bis 01. April 2020 über eine Remote-Verbindung durchgeführt.

Alle revidierten Fälle konnten danach von den Kodierern¹ auf der Internetplattform von Nice Computing eingesehen und kommentiert werden. Am 07. April 2020 wurden alle Fälle abgeschlossen.

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Text vorwiegend die männliche Form verwendet. Diese gilt für alle Geschlechtsidentitäten.

1.5 Qualifikation der Revisorin

Frau Zbinden ist Medizinische Kodiererin mit eidgenössischem Fachausweis, erfüllt die Anforderungen als Revisorin gemäss Revisionsreglement von SwissDRG und ist auf der offiziellen Liste der Revisoren/Revisorinnen vom BFS aufgeführt.

1.6 Unabhängigkeit der Revisorin

Frau Zbinden steht in keinerlei Beziehung oder Abhängigkeit zum Kantonsspital Baselland.

1.7 Bemerkungen

Wegen der aktuellen COVID-19-Situation wurde entschieden die Revision über eine Remoteverbindung durchzuführen. Durch die gute Zusammenarbeit mit den Verantwortlichen konnte die Revision unter optimalen Bedingungen durchgeführt werden.

1.8 Bewertung der Codes und Fehlertypologie

Die Analyse erfolgte anhand der Codes, die vom Spital übermittelt wurden und jenen, die von der Revisorin erfasst wurden betreffend die Hauptdiagnose, den Zusatz zur HD, bis 49 Nebendiagnosen, der Hauptbehandlung und bis 99 Nebenbehandlungen.

Die Kodierung wird beurteilt als:

- **richtig**, wenn alle Stellen der Codes identisch sind
- **falsch**, wenn Unterschiede bei einer oder mehreren Stellen der ICD-10 oder CHOP Codes vorliegen
- **fehlend, ungerechtfertigt oder unnötig**

Fehlertyp	Diagnosekode (ICD-10)	Behandlungskode (CHOP)
richtig	😊😊😊😊	😊😊😊😊
falsch 1. Stelle	😞😊😊😊😊	😞😊😊😊😊
falsch 2. Stelle	😊😞😊😊😊😊	😊😞😊😊😊😊
falsch 3. Stelle	😊😊😊😞😊😊	😊😊😊😞😊😊
falsch 4. Stelle	😊😊😊😊😞😊	😊😊😊😊😞😊
falsch 5. Stelle	😊😊😊😊😊😞	😊😊😊😊😊😞
falsch 6. Stelle	-	😊😊😊😊😊😞
fehlender Kode	Der Diagnosekode wird nicht angegeben, obwohl die entsprechende Diagnose in den für die Kodierung verwendeten Dokumenten erwähnt ist und für die Hospitalisierung von Belang ist.	Der Behandlungskode wird nicht angegeben, obwohl die entsprechende Behandlung in den für die Kodierung verwendeten Dokumenten erwähnt ist und während der Hospitalisierung vorgenommen wurde.
ungerechtfertigter Kode	Der Diagnosekode wird angegeben, obwohl die entsprechende Diagnose in den für die Kodierung verwendeten Dokumenten nicht erwähnt ist oder für die Hospitalisierung nicht von Belang ist.	Der Behandlungskode wird angegeben, obwohl die entsprechende Behandlung in den für die Kodierung verwendeten Dokumenten nicht erwähnt ist oder für die Hospitalisierung nicht von Belang ist.
unnötiger Kode	Der Diagnosekode wird angegeben, obwohl die Information bereits in einem anderen Kode enthalten ist oder der Kode gemäss Kodierrichtlinien des BFS nicht kodiert werden muss.	Der Behandlungskode wird angegeben, obwohl die Information bereits in einem anderen Kode enthalten ist oder der Kode gemäss Kodierrichtlinien des BFS nicht kodiert werden muss.

Bei den richtigen Hauptdiagnosen, Zusätzen zur Hauptdiagnose und Hauptbehandlungen, muss der Kode nicht nur richtig sein, sondern er muss auch an der richtigen Position kodiert worden sein (eine als „richtig“ beurteilte Hauptdiagnose muss zum Beispiel an der Position „Hauptdiagnose“ erfasst sein. Wurde eine Nebendiagnose mit dem für die Hauptdiagnose korrekten Kode kodiert, so darf diese Nebendiagnose nicht als richtige Hauptdiagnose gewertet werden).

2 Feststellungen

2.1 Generelle Feststellungen

Die Kodierung des Kantonsspitals Baselland erfolgt vor Ort durch interne Kodierer. Die Krankenakten stehen den Kodierern in elektronischer Form im KIS zur Verfügung. Für die Revisorin wurde ein Zugriff auf das KIS eingerichtet. Somit konnte die Revision mit identischer Datengrundlage durchgeführt werden.

Die Kodierung erfolgt nach den offiziellen Kodierregeln, die im BFS-Kodierungshandbuch Version 2019 festgehalten sind. Die Richtlinien zu den Fallzusammenführungen werden korrekt angewendet.

In keinem der 100 Fälle ist es aufgrund von Kodierabweichungen zu einer DRG-Änderung gekommen.

2.2 Administrative Grundlagen

2.2.1 Patientendossiers

Prozentsatz fehlender Krankengeschichten

Für alle Stichprobenfälle waren die entsprechenden Krankengeschichten verfügbar.

Qualität der Dossierführung

Auswertung der Dokumente	vorhanden	ungenügend	fehlt
Austrittsberichte	100		
OP-Berichte	52		
IPS-Berichte	17		
Histologieberichte	13		
Endoskopieberichte	8		
Komplexbehandlungen	11		
sonstige Untersuchungsberichte			

Im Kantonsspital Baselland werden elektronische Patientenakten geführt. Die Aktenführung ist übersichtlich und entspricht der zeitlichen Abfolge. Die Berichte sind standardisiert, gut lesbar und vollständig. Diagnosen und Behandlungen werden gelistet und im Verlauf beschrieben.

In der Medizin werden tendenziell immer noch viele Diagnosen als **aktuell** bezeichnet, die aktuell gar nicht behandelt werden. Anhand des dazu dokumentierten Datums ist ersichtlich dass es sich dabei um Diagnosen und deren Behandlungen aus einer vorangehenden Hospitalisation handelt. Für die Kodierer erschwert dies die Übersicht im Bericht und die Wahl der zu kodierenden Diagnosen.

In der Orthopädie von Liestal gilt bei komplikationslosem Verlauf der OP-Bericht als Austrittsbericht. Die Berichte werden dann auch so bezeichnet.

Die einzelnen Therapien und die standardisierten Assessments der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung und der multimodalen Schmerztherapie werden separat und detailliert dokumentiert. Art und Anzahl der Therapieeinheiten können im KIS überprüft werden.

2.2.2 Administrative Falldaten

Die administrativen Falldaten wurden vollständig in den BFS-Datensatz übertragen. Es wurden keine Fehler festgestellt.

Fehler	Anzahl	%
Eintrittsart	0	-
Einweisende Instanz	0	-
Aufenthaltort vor Eintritt	0	-
Wechsel Aufenthaltsart*	0	-
Entscheid für Austritt	0	-
Aufenthalt nach Austritt	0	-
Behandlung nach Austritt	0	-
Verweildauer	0	-
Administrativer Urlaub	0	-
Grund Wiedereintritt	0	-
Neugeborenenendatensatz	0	-
Aufnahmegewicht	0	-

* ambulant, stationär, Rehabilitation, Psychiatrie

2.2.3 Fallzusammenführung und Fallsplitt

4 Fälle der Stichprobe enthielten Fallzusammenführungen. Sie konnten von der Revisorin überprüft werden. Die Regeln zu Fallzusammenführungen sind korrekt angewendet worden. Ein Fallsplitt lag nicht vor.

Festgestellte Fehler

Fehlertyp	DRG	CW Spital	CW Revision	CW-Differenz
Kein Fehler	-	-	-	-

Abweichung Kostengewicht

Keine Abweichung.

2.2.4 Kongruenz der Rechnungsstellung

Die Abrechnungs-DRG und das CW der Fakturierung konnte von der Revisorin im Abrechnungsprogramm eingesehen werden. Es stimmt in jedem Fall mit der DRG und dem CW der Kodierung überein.

Festgestellte Fehler

	DRG	CW	Zusatzentgelte
Falsch	-	-	-
Noch keine Rechnung vorhanden	-	-	-
Sonstige	-	-	-
Fehlend	-	-	-

Abweichung Kostengewicht

Keine Abweichung.

2.3 Diagnosen und Behandlungen

2.3.1 Festgestellte Fehler

Es sind nur wenige Kodierabweichungen festgestellt worden. Diese haben keinen kostenwirksamen Einfluss auf die Gruppierung.

2.3.2 Angaben zu den Kodierfehlern**Anzahl Kodierfehler nach Fehlertyp**

2019	richtig	falsch	fehlend	ungerechtfertigt	unnötig	Total
Hauptdiagnose	100					100
Zusatz zur HD	35		1			36
Nebendiagnosen	832	1	8			841
Total Diagnosen	967	1	9	0	0	977
Hauptbehandlung	80					80
Nebenbehandlungen	247	1			15	263
Total Behandlungen	327	1	0	0	15	343

2018	richtig	falsch	fehlend	ungerechtfertigt	unnötig	Total
Hauptdiagnose	99	1				100
Zusatz zur HD	26					26
Nebendiagnosen	824		4	2	7	837
Total Diagnosen	949	1	4	2	7	963
Hauptbehandlung	86					86
Nebenbehandlungen	393	4	1			398
Total Behandlungen	479	4	1	0	0	484

Anzahl der falsch kodierten Codes mit Stellenangabe

2019	falsch 1	falsch 2	falsch 3	falsch 4	falsch 5	falsch 6	Total
Hauptdiagnose							-
Zusatz zur HD							-
Nebendiagnosen				1			1
Total Diagnosen				1			1
Hauptbehandlung							-
Nebenbehandlungen	1						1
Total Behandlungen	1						1

2018	falsch 1	falsch 2	falsch 3	falsch 4	falsch 5	falsch 6	Total
Hauptdiagnose				1			1
Zusatz zur HD							-
Nebendiagnosen							-
Total Diagnosen				1			1
Hauptbehandlung							-
Nebenbehandlungen		1	1	2			4
Total Behandlungen		1	1	2			4

Prozentsatz der Kodierfehler nach Fehlertyp

2019	richtig	falsch	fehlend	ungerechtfertigt	unnötig
Hauptdiagnose	100%		-	-	-
Zusatz zur HD	97.22%		2.78%		
Nebendiagnosen	98.93%	0.12%	0.95%		
Total Diagnosen	98.98%	0.10%	0.92%		
Hauptbehandlung	100%				
Nebenbehandlungen	93.92%	0.38%			5.70%
Total Behandlungen	95.34%	0.29%			4.37%

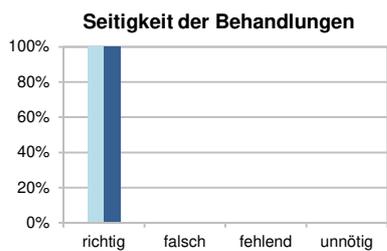
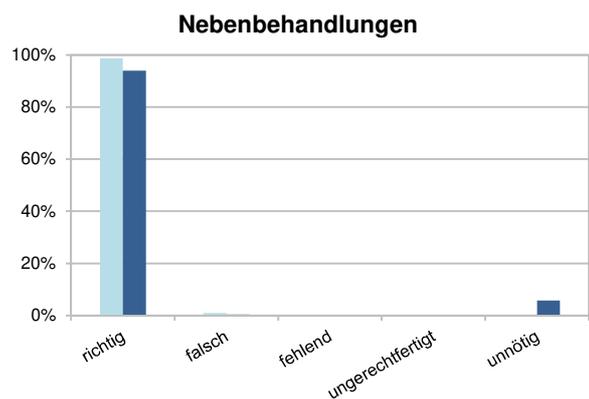
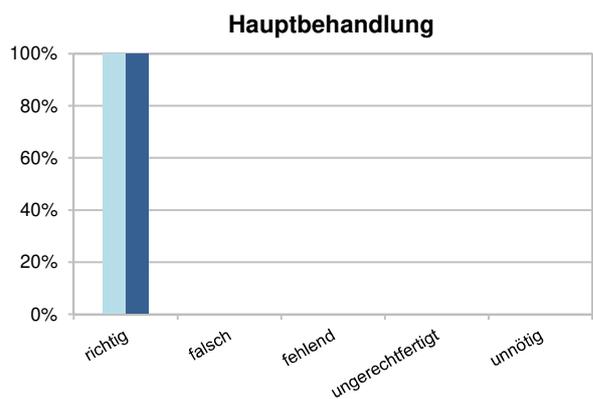
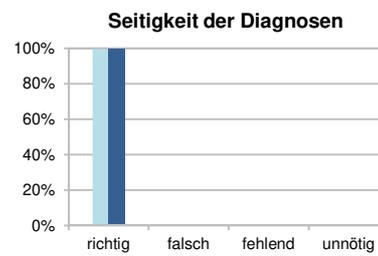
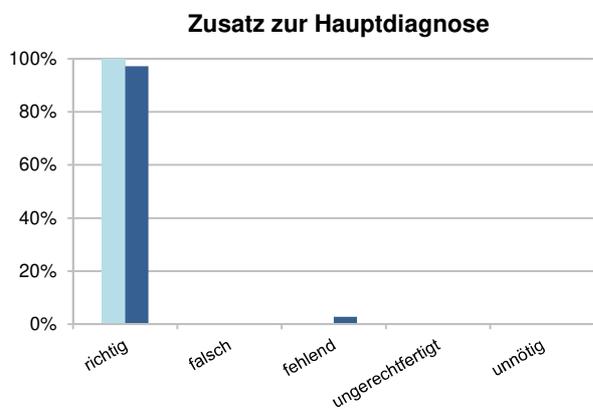
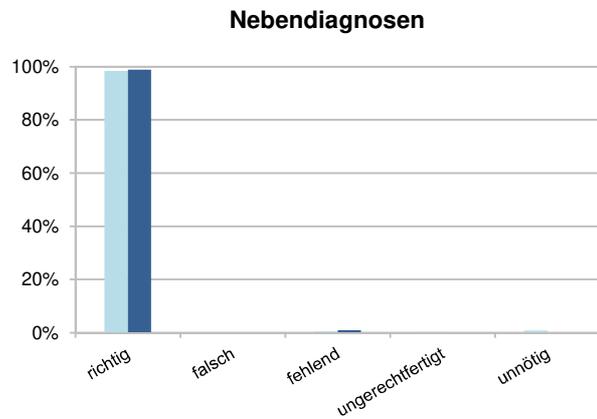
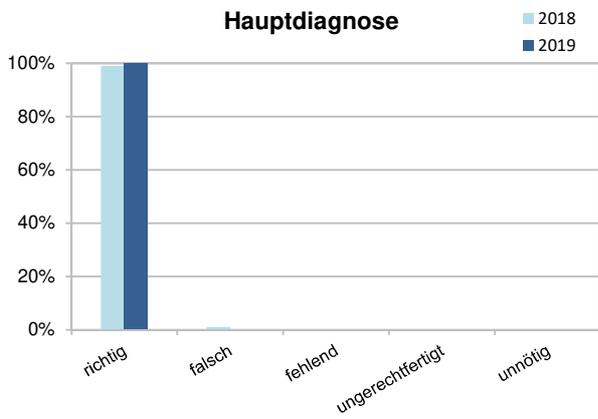
2018	richtig	falsch	fehlend	ungerechtfertigt	unnötig
Hauptdiagnose	99.00%	1.00%			
Zusatz zur HD	100%				
Nebendiagnosen	98.45%		0.48%	0.24%	0.84%
Total Diagnosen	98.55%	0.10%	0.42%	0.21%	0.73%
Hauptbehandlung	100%				
Nebenbehandlungen	98.74%	1.01%	0.25%		
Total Behandlungen	98.97%	0.83%	0.21%		

Prozentsatz der falsch kodierten Codes mit Stellenangabe

2019	falsch 1	falsch 2	falsch 3	falsch 4	falsch 5	falsch 6	Total
Hauptdiagnose							-
Zusatz zur HD							-
Nebendiagnosen				0.12%			0.12%
Total Diagnosen				0.10%			0.10%
Hauptbehandlung							-
Nebenbehandlungen	0.38%						0.38%
Total Behandlungen	0.29%						0.29%

2018	falsch 1	falsch 2	falsch 3	falsch 4	falsch 5	falsch 6	Total
Hauptdiagnose				1.00%			1.00%
Zusatz zur HD							-
Nebendiagnosen							-
Total Diagnosen				0.10%			0.10%
Hauptbehandlung							-
Nebenbehandlungen		0.25%	0.25%	0.50%			1.01%
Total Behandlungen		0.21%	0.21%	0.41%			0.83%

Grafiken der Codes



2.3.3 Auswahl der Hauptdiagnose

Es wurden keine Fehler festgestellt.

2.3.4 Auswahl der Zusatzdiagnose

Es wurden keine wiederholten Fehler festgestellt.

2.3.5 Auswahl der Hauptbehandlung

Es wurden keine Fehler festgestellt.

2.3.6 Lateralität der Diagnosen und Prozeduren

Es wurden keine Fehler festgestellt.

2.3.7 Externe ambulante Leistungen

Bei keinem Fall der Stichprobe wurde eine ambulante Behandlung auswärts durchgeführt.

	Anzahl	Prozent
Richtig erfasst	-	-
Falsch erfasst	-	-
Nicht erfasst	-	-

2.3.8 Vergleich Grundgesamtheit und Stichprobe

Folgende Tabellen betreffen die Daten vor der Revision.

CMI	2019	2018
CMI der Stichprobe, ungewichtet	2.1037	2.3835
CMI der Stichprobe, gewichtet	1.0315	1.0067
CMI der Grundgesamtheit	1.0315	1.0067

Anzahl und Prozentsatz unspezifischer Codes an der Spitalkodierung

Unspezifische Codes	Stichprobe ungewichtet		Stichprobe gewichtet		Grundgesamtheit	
	Anz.	% ¹	Anz.	% ¹	Anz.	% ¹
Diagnosen	239	24.69%	35'211	22.78%	40'554	26.23%
Behandlungen	0	0.00%	0	0.00%	177	0.38%

Als unspezifische Codes gelten alle CHOP- und ICD-10-Kodes, welche die Bezeichnung „nicht näher bezeichnet“ (n.n. bez.) enthalten. Eine Ausnahme bilden die ICD Codes V01!-Y84!

¹ Der Prozentsatz wurde berechnet aus den gesamten Codes, jeweils ICD-10 und CHOP.

Anzahl DRG-Fallgruppen	2019	2018
Anzahl DRG-Fallgruppen, Stichprobe	81	79
Anzahl DRG-Fallgruppen, Grundgesamtheit	739	734

Bemerkungen zu den nachfolgenden Tabellen

Gemäss Stichprobenplan wurde in der Stichprobe eine höhere Proportion von komplexen Fällen als in der Grundgesamtheit des Spitals gezogen. Dies erklärt die im Allgemeinen höheren Zahlen (einfache Mittelwerte) der ersten Zeile. Die gewichteten Mittelwerte (zweite Zeile) liegen ziemlich nahe bei den Zahlen der Grundgesamtheit (dritte Zeile).

Anzahl Nebendiagnosen pro Patient	2019	2018
Anzahl ND pro Patient, ungewichtet, Stichprobe	8.68	8.59
Anzahl ND pro Patient, gewichtet, Stichprobe	5.72	5.61
Anzahl ND pro Patient, ungewichtet, Grundgesamtheit	5.94	5.81

Anzahl Behandlungen pro Patient	2019	2018
Anzahl Behandlungen pro Patient, ungewichtet, Stichprobe	3.43	4.83
Anzahl Behandlungen pro Patient, gewichtet, Stichprobe	1.89	2.32
Anzahl Behandlungen pro Patient, ungewichtet, Grundgesamtheit	2.12	1.98

Anzahl Zusatzentgelte	2019	2018
Anzahl Zusatzentgelte, ungewichtet, Stichprobe	1	16
Anzahl Zusatzentgelte, gewichtet, Stichprobe	74	686
Anzahl Zusatzentgelte, ungewichtet, Grundgesamtheit	1'171	831

Anzahl und Prozentsatz Fälle mit Zusatzentgelt

Fälle mit Zusatzentgelten, ungewichtet, Stichprobe	1	1.00%
Fälle mit Zusatzentgelten, gewichtet, Stichprobe	74	0.33%
Fälle mit Zusatzentgelten, ungewichtet, Grundgesamtheit	281	1.26%

Anzahl und Prozentsatz Fälle mit erfassten Beatmungen

Fälle mit erfasster Beatmung, ungewichtet, Stichprobe	6	6.00%
Fälle mit erfasster Beatmung, gewichtet, Stichprobe	262	1.18%
Fälle mit erfasster Beatmung, ungewichtet, Grundgesamtheit	303	1.36%

Anzahl und Prozentsatz Fälle mit IPS-Behandlung

Fälle mit IPS-Aufenthalt, ungewichtet, Stichprobe	17	17.00%
Fälle mit IPS-Aufenthalt, gewichtet, Stichprobe	1'809	8.12%
Fälle mit IPS-Aufenthalt, ungewichtet, Grundgesamtheit	1'819	8.17%

Anzahl und Prozentsatz Fälle mit IMCU-Behandlung

Fälle mit IMCU-Aufenthalt, ungewichtet, Stichprobe	0	-
Fälle mit IMCU-Aufenthalt, gewichtet, Stichprobe	0	-
Fälle mit IMCU-Aufenthalt, ungewichtet, Grundgesamtheit	0	-

Anzahl und Prozentsatz Fälle mit externen ambulanten Leistungen

Fälle mit ext. ambulanten Leistungen, ungewichtet, Stichprobe	0	0.00%
Fälle mit ext. ambulanten Leistungen, gewichtet, Stichprobe	0	0.00%
Fälle mit ext. ambulanten Leistungen, ungewichtet, Grundgesamtheit	66	0.30%

2.4 Intensivmedizin (IMCU und IPS)

Das Kantonsspital Baselland führt keine SGI-anerkannte IMCU.
Die Standorte Liestal und Bruderholz führen eine SGI-anerkannte IPS.

2.4.1 Basisdaten Intermediate Care Unit (IMCU)

NEMS und Schweregrad (S/P/C)

	Anzahl	Prozent
Richtig erfasst	-	-
Falsch erfasst	-	-
Nicht erfasst	-	-

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

2.4.2 Basisdaten Intensivmedizin (IPS)

Die Daten der MDSi (Dauer des IPS-Aufenthaltes und der künstlichen Beatmung, Schweregrad der akuten Erkrankung und IS spezifischer Aufwand-Score) werden per Schnittstelle automatisch ins Kodiertool übertragen und von den Kodierern entsprechend verschlüsselt.

Maschinelle Beatmungen

In 6 Fällen der Stichprobe wurde maschinell beatmet. Es wurden keine Fehler festgestellt.

	Anzahl	Prozent
Richtig erfasst	6	100%
Falsch erfasst	0	0.00%
Nicht erfasst	0	0.00%

NEMS

17 Fälle der Stichprobe wurden auf der IPS behandelt. Es wurden keine Fehler betreffend der NEMS festgestellt.

	Anzahl	Prozent
Richtig erfasst	17	100%
Falsch erfasst	0	0.00%
Nicht erfasst	0	0.00%

Schweregrad

17 Fälle der Stichprobe wurden auf der IPS behandelt. In einem Fall (Revision Nr. 47) wurde der Schweregrad nicht in den BFS-Datensatz übermittelt.

	Anzahl	Prozent
Richtig erfasst	16	94.12%
Falsch erfasst	0	0.00%
Nicht erfasst	1	5.88%

Revidierte Fälle mit richtigen Basisdaten IPS	16	94.12%
---	----	--------

2.5 Zusatzentgelte

Ein Fall der Stichprobe enthielt ein Zusatzentgelt (*Einsetzen von 2 endovaskulären Coils*). Es wurden keine Fehler festgestellt.

Der fakturierbare Betrag für das Zusatzentgelt wurde korrekt abgerechnet.

	Anzahl	Prozent
Richtig erfasst	1	100%
Falsch erfasst	0	0.00%
Nicht erfasst	0	0.00%

2.6 Medikamente und Substanzen

Massgebend ist die Liste der auf Fallebene in der medizinischen Statistik erfassbaren Medikamente und Substanzen gemäss SwissDRG. Bei Revisionsfall Nr. 1 wurde der verabreichte Blutgerinnungsfaktor *Beriplex* (B02BD01) nicht erfasst. Die verabreichte Menge ist nicht abrechenbar, es geht einzig um die Erfassung für die medizinische Statistik.

	Anzahl	Prozent
Richtig erfasst	0	0.00%
Falsch erfasst	0	0.00%
Nicht erfasst	1	100%

2.7 DRG-Wechsel

2.7.1 Anzahl und Prozentsatz der DRG-Änderungen

2019	Höheres Kostengewicht nach Revision	Tieferes Kostengewicht nach Revision	Kein Einfluss auf Kostengewicht	
Aufgrund Änderung Hauptdiagnose				
Aufgrund Änderung Nebendiagnosen				
Aufgrund Änderung Behandlungen				
Aufgrund sonstigen Änderungen				
Total			100	100%

2018	Höheres Kostengewicht nach Revision	Tieferes Kostengewicht nach Revision	Kein Einfluss auf Kostengewicht	
Aufgrund Änderung Hauptdiagnose				
Aufgrund Änderung Nebendiagnosen				
Aufgrund Änderung Behandlungen				
Aufgrund sonstigen Änderungen				
Total			100	100%

2.7.2 Differenzen mit/ohne Vorlage an das BFS

Differenzen	Vorlage an das BFS	Anmerkungen
Keine	Nein	-

2.8 Kostengewicht

Die angewendeten statistischen Methoden sind im Anhang 3 beschrieben.

Die nachstehenden aufgeführten Ergebnisse umfassen:

- den CMI vor der Revision (a), die Schätzung des CMI (\hat{b}) nach der Revision, die Differenz $\hat{e} = \hat{b} - a$ und den 95%-Vertrauensbereich für die Differenz e der Grundgesamtheit des Spitals
- den CM vor der Revision (A), die Schätzung des CM (\hat{B}) nach der Revision, die Differenz $\hat{E} = \hat{B} - A$ und den 95%-Vertrauensbereich für die Differenz E der Grundgesamtheit des Spitals

Ein 95% Vertrauensbereich, der den Wert „0“ einschliesst bedeutet, dass keine statistisch signifikante Abweichung zwischen den Werten vor und nach der Revision vorliegt.

Der Vertrauensbereich zeigt keine Verzerrung der Kodierung.

Die Abwesenheit einer Verzerrung kann bei einer nächsten Revision bestätigt oder widerlegt werden.

2.8.1 CMI vor und nach Revision

Kantonsspital Baselland	2019	2018
CMI vor der Revision, Grundgesamtheit	1.0315	1.0067
CMI nach der Revision, geschätzt, Stichprobe	1.0315	1.0067
Prozentuale Veränderung des CMI	0.00%	0.00%

2.8.2 Kostengewichtsdifferenzen

Schätzung des Case Mix Index und seines Vertrauensbereichs

Kantonsspital Baselland	a	\hat{b}	\hat{e}^-	\hat{e}	\hat{e}^+	$s(\hat{e})$
2019	1.0315	1.0315	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
2018	1.0067	1.0067	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

a : CMI vor der Revision

\hat{b} : geschätzter CMI nach der Revision

\hat{e} : CMI-Variation infolge der Revision

\hat{e}^- : Untergrenze des 95%-Vertrauensbereichs

\hat{e}^+ : Obergrenze des 95%-Vertrauensbereichs

$s(\hat{e})$: Standardabweichung der CMI-Variation

Schätzung des Case Mix und seines Vertrauensbereichs

Kantonsspital Baselland	A	\hat{B}	\hat{E}^-	\hat{E}	\hat{E}^+	N	n
2019	22'970	22'970	0.00	0.00	0.00	22'268	100
2018	22'841	22'841	0.00	0.00	0.00	22'689	100

A : CM vor der Revision

\hat{B} : geschätzter CM nach der Revision

\hat{E} : CM-Variation infolge der Revision

\hat{E}^- : Untergrenze des 95%-Vertrauensbereichs

\hat{E}^+ : Obergrenze des 95%-Vertrauensbereichs

N : Anzahl der Aufenthalte

n : Anzahl der revidierten Aufenthalte

Geschätzter Prozentsatz der Kostengewichtsdifferenzen, welche ungleich Null sind

Geschätzte Korrekturwahrscheinlichkeit	0.00%
Geschätzte Anzahl Fälle mit korrigiertem CW in der Grundgesamtheit	0
Anzahl Fälle mit korrigiertem CW in der Stichprobe	0

2.9 Vergleich mit früheren Revisionen

Revisionsergebnisse im Überblick	2019		2018	
	Stichprobengrösse	100		100
CMI vor Revision (Grundgesamtheit)	1.0315		1.0067	
CMI nach Revision, geschätzt (Stichprobe)	1.0315		1.0067	
Differenz des CMI nach Revision, geschätzt ¹	0.0000	0.00%	0.0000	0.00%
Revidierte Fälle mit DRG-Wechsel	0	0.00%	0	0.00%
Richtige Hauptdiagnosen	100	100%	99	99.00%
Richtiger Zusatz zur Hauptdiagnose	35	97.22%	26	100%
Richtige Nebendiagnosen	832	98.93%	824	98.45%
Richtige Hauptbehandlungen	80	100%	86	100%
Richtige Nebenbehandlungen	247	93.92%	393	98.74%
Revidierte Fälle mit richtigen Basisdaten Intensivmedizin	16	94.12%	22	100%
Revidierte Fälle mit richtigem Basisdatensatz IMCU	-	-	-	-
Richtige Zusatzentgelte	1	100%	16	100%
Richtige Medikamente und Substanzen	0	0.00%	-	-
Beanstandete Fallzusammenführungen	0	0.00%	0	0.00%
Fehlende Krankengeschichten	0	0.00%	0	0.00%
Richtige erfasste externe ambulante Leistungen	-	-	5	100%

¹ Betreffend statistische Signifikanz der Abweichung des CMI, siehe Kapitel 2.8.

3 Empfehlungen

3.1 Empfehlungen für die Verbesserung der Kodierung

Bei der Revision zeigte sich eine sehr professionelle Kodierung. In Bezug auf die Verbesserung der Kodierqualität kann keine Empfehlung abgegeben werden.

Dokumentation:

Zur besseren Übersicht innerhalb der Austrittsberichte und zur Abwägung der Kodierbarkeit empfehlen wir, an erster Stelle die aktuellen Erkrankungen und Behandlungen aufzulisten und frühere „Status nach“ - Diagnosen und Behandlungen nicht systematisch aus Berichten von vorgängigen Aufenthalten in den aktuellen Bericht zu übernehmen, sofern diese keinen Aufwand generieren oder in keinem Zusammenhang mit der aktuellen Hospitalisation stehen.

3.2 Empfehlungen für die Weiterentwicklung von SwissDRG

Vorschläge für Änderungen an der Klassifikation (ICD und CHOP), an den Kodierrichtlinien oder am Grouperalgorithmus.

3.3 Weitere Hinweise der Revisorin

Es liegen keine weiteren Hinweise der Revisorin vor.

4 Anmerkungen der Spitaldirektion

Anhang 1: Nachweise

Verpflichtungserklärung und Unabhängigkeitsbestätigung der Revisorin bezüglich Kodierrevision der Daten 2019 im Kantonsspital Baselland.

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

Für den Schlussbericht:

Le Mont, 17. April 2020

Patrick Weber (Geschäftsführer)



Yvonne Zbinden (Revisorin)

Verteiler:

- Frau Dr. med. Regina Classen, Leiterin Medizincontrolling/Qualität, KSBL

Vollständigkeitserklärung des Kantonsspitals Baselland bezüglich Datenlieferung für Kodierrevision der Daten 2019.

Wir bestätigen, dass der Revisorin für die Stichprobenziehung alle im Kantonsspital Baselland nach SwissDRG fakturierten Fälle mit Austritt zwischen 1. Januar und 31. Dezember 2019 übermittelt wurden.

Ort und Datum

Spitaldirektion

Anhang 2: Leistungsübersicht des Spitals

Folgende Zahlen wurden aus dem BFS-Datensatz übernommen.
Für die Gruppierung der Fälle wurde der SwissDRG Grouper 8.0 angewendet.

Anzahl der stationär behandelten Fälle der gesamten Institution

2019	KV	UV	MV	IV	Selbst-zahler	Andere	Un-bekannt	Total
Akutsomatik (SwissDRG-Fälle)	20'589	1'454	24	10	109	82		22'268
Wartepatienten	7							7
Psychiatrie								-
Rehabilitation	141	3				1		145

SwissDRG Fälle

Nach Herkunftskanton und Versicherungsart

Kanton	KV	UV	MV	IV	Selbst-zahler	Andere	Unbekannt	Total
AG	941	94	2		1			1'038
AR	3	1						4
BE	119	35			1	1		156
BL	16'468	885	14	8	25	28		17'428
BS	746	100	3			2		851
FR	11		1					12
GE	1	2			1	1		5
GL	1	1						2
GR	9	3	1					13
JU	68	13						81
LU	62	17	1					80
NE	6							6
NW	5	1						6
OW	6	2						8
SG	15	10	1		1	2		29
SH	4	4						8
SO	1'717	152		1	3	2		1'875
SZ	15							15
TG	11	6						17
TI	22	8						30
UR	3	2			1			6
VD	7							7
VS	59	15						74
ZG	10	3	1					14
ZH	108	30		1	1			140
Andere	172	70			75	46		363
Total	20'589	1'454	24	10	109	82	-	22'268

Nach Ausreisserkategorie und Versicherungsart

	Normalfälle ohne Verlegungsabschlag		Normalfälle mit Verlegungsabschlag		untere Ausreisser		obere Ausreisser		Total
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	
KV	16'564	74.38%	312	1.40%	2'195	9.86%	1'518	6.82%	20'589
UV	1'115	5.01%	9	0.04%	243	1.09%	87	0.39%	1'454
MV	17	0.08%	1	0.00%	6	0.03%			24
IV	7	0.03%			2	0.01%	1	0.00%	10
Selbstzahler	91	0.41%	1	0.00%	13	0.06%	4	0.02%	109
Andere	59	0.26%			16	0.07%	7	0.03%	82
Unbekannt									-
Total	17'853	80.17%	323	1.45%	2'475	11.11%	1'617	7.26%	22'268

Nach Ausreisserkategorie und Herkunftskanton

Kanton	Normalfälle ohne Verlegungsabschlag		Normalfälle mit Verlegungsabschlag		untere Ausreisser		obere Ausreisser		Total
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	
AG	759	3.41%	18	0.08%	186	0.84%	75	0.34%	1'038
AR	2	0.01%			1	0.00%	1	0.00%	4
BE	122	0.55%	2	0.01%	26	0.12%	6	0.03%	156
BL	14'115	63.39%	243	1.09%	1'807	8.11%	1'263	5.67%	17'428
BS	678	3.04%	18	0.08%	95	0.43%	60	0.27%	851
FR	10	0.04%					2	0.01%	12
GE	4	0.02%					1	0.00%	5
GL	2	0.01%							2
GR	11	0.05%			2	0.01%			13
JU	68	0.31%	2	0.01%	6	0.03%	5	0.02%	81
LU	51	0.23%	1	0.00%	23	0.10%	5	0.02%	80
NE	5	0.02%			1	0.00%			6
NW	4	0.02%					2	0.01%	6
OW	6	0.03%			2	0.01%			8
SG	25	0.11%	1	0.00%	2	0.01%	1	0.00%	29
SH	7	0.03%			1	0.00%			8
SO	1'488	6.68%	30	0.13%	216	0.97%	141	0.63%	1'875
SZ	10	0.04%			3	0.01%	2	0.01%	15
TG	14	0.06%			2	0.01%	1	0.00%	17
TI	25	0.11%			3	0.01%	2	0.01%	30
UR	5	0.02%			1	0.00%			6
VD	6	0.03%	1	0.00%					7
VS	54	0.24%			10	0.04%	10	0.04%	74
ZG	8	0.04%			3	0.01%	3	0.01%	14
ZH	87	0.39%	3	0.01%	36	0.16%	14	0.06%	140
Andere	287	1.29%	4	0.02%	49	0.22%	23	0.10%	363
Total	17'853	80.17%	323	1.45%	2'475	11.11%	1'617	7.26%	22'268

Case Mix Index (CMI)

Nach Ausreisserkategorie und Versicherungsart

	Normalfälle ohne Verlegungsabschlag	Normalfälle mit Verlegungsabschlag	untere Ausreisser	obere Ausreisser	CMI
KV	1.0477	0.6805	0.5412	1.7885	1.0428
UV	0.9230	0.2863	0.5884	1.3920	0.8912
MV	1.0017	0.2700	0.4787		0.8405
IV	0.9601		0.6310	0.6220	0.8605
Selbstzahler	0.9118	0.2840	0.5937	1.1127	0.8755
Andere	0.9947		0.7881	1.4034	0.9893
Unbekannt					-
Total	1.0390	0.6670	0.5476	1.7631	1.0315

Nach Ausreisserkategorie und Herkunftskanton

Kanton	Normalfälle ohne Verlegungsabschlag	Normalfälle mit Verlegungsabschlag	untere Ausreisser	obere Ausreisser	CMI
AG	1.0125	0.8371	0.5844	1.7579	0.9866
AR	2.1345		0.4290	1.0950	1.4483
BE	1.2359	0.7925	0.7343	0.8953	1.1335
BL	1.0341	0.6498	0.5515	1.8168	1.0354
BS	1.0716	0.8059	0.4888	1.5228	1.0327
FR	0.8259			1.1435	0.8788
GE	2.5938			0.8510	2.2452
GL	0.8460				0.8460
GR	1.1081		0.2860		0.9816
JU	0.9220	0.3100	0.3517	2.2576	0.9471
LU	1.2584	0.4700	0.5318	1.2050	1.0363
NE	1.3484		0.2080		1.1583
NW	0.9210			1.1400	0.9940
OW	1.2568		0.2080		0.9946
SG	1.0145	0.9650	0.3135	0.7220	0.9543
SH	1.2951		0.4800		1.1933
SO	1.0523	0.6334	0.5415	1.6383	1.0308
SZ	1.5897		0.2683	0.8585	1.2279
TG	1.0658		0.4405	1.0690	0.9924
TI	1.2690		0.3263	0.9985	1.1567
UR	1.8290		0.5900		1.6225
VD	1.3838	0.3710			1.2391
VS	1.0781		0.3559	1.6966	1.0641
ZG	1.1754		0.3587	1.0000	0.9628
ZH	1.0910	1.2597	0.3025	1.4776	0.9305
Andere	0.9845	0.2925	0.6477	1.1618	0.9427
Total	1.0390	0.6670	0.5476	1.7631	1.0315

Anzahl Zusatzentgelte

Zusatzentgelt	Bezeichnung	Betrag	KV	UV	MV	IV	Selbstzahler	Andere	Unbekannt	Total
ZE-2019-01.01	Hämodialyse, Hämofiltration, Hämodiafiltration, intermittierend, Alter > 11 Jahre	512'511.52	1'096							1'096
ZE-2019-02.01	Hämodialyse, Hämofiltration, Hämodiafiltration, kontinuierlich, Bis 24 Stunden	1'960.10	2							2
ZE-2019-03.07	Peritonealdialyse, kontinuierlich, nicht maschinell unterstützt (CAPD), bis 24 Stunden	714.84	2							2
ZE-2019-03.08	Peritonealdialyse, kontinuierlich, nicht maschinell unterstützt (CAPD), mehr als 24 bis 72 Stunden	2'669.04	3							3
ZE-2019-03.09	Peritonealdialyse, kontinuierlich, nicht maschinell unterstützt (CAPD), mehr als 72 bis 144 Stunden	5'330.34	3							3
ZE-2019-03.10	Peritonealdialyse, kontinuierlich, nicht maschinell unterstützt (CAPD), mehr als 144 bis 264 Stunden	12'784.52	4							4
ZE-2019-03.11	Peritonealdialyse, kontinuierlich, nicht maschinell unterstützt (CAPD), mehr als 264 bis 432 Stunden	21'300.68	4							4
ZE-2019-03.12	Peritonealdialyse, kontinuierlich, nicht maschinell unterstützt (CAPD), mehr als 432 Stunden	8'341.31	1							1
ZE-2019-105.01	Autogene matrixinduzierte Chondrozytentransplantation am Kniegelenk	12'973.50	2							2
ZE-2019-105.01	Autogene matrixinduzierte Chondrozytentransplantation am Kniegelenk	6'486.75		1						1
ZE-2019-126.03	Transfusion von Thrombozytenkonzentraten, 4 Konzentrate	8'948.12	2							2
ZE-2019-20.03	Transfusion von Erythrozytenkonzentrat, 16 TE bis 20 TE	3'920.63	1							1
ZE-2019-24.01	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt, Einsetzen und Wechsel einer selbstexpandierenden Prothese (permanenter Tubus) in den Ösophagus, endoskopisch	6'856.20	6							6
ZE-2019-24.10	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt, Einlegen oder Wechsel einer selbstexpandierenden Prothese am Magen, endoskopisch	1'142.70	1							1
ZE-2019-24.13	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt, Einlegen oder Wechsel einer selbstexpandierenden Prothese am Darm, endoskopisch	2'285.40	2							2
ZE-2019-24.17	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt, Endoskopische Einlage oder Wechsel von selbstexpandierendem, nicht beschichtetem, Stent in den Gallengang, 1 Stent	3'428.10	3							3

Zusatzentgelt	Bezeichnung	Betrag	KV	UV	MV	IV	Selbst- zahler	Andere	Un- bekannt	Total
ZE-2019-24.20	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt, Endoskopische Einlage oder Wechsel von selbstexpandierendem, beschichtetem, Stent in den Gallengang, 1 Stent	12'569.70	11							11
ZE-2019-24.23	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt, Perkutan-transhepatische Einlage oder Wechsel von selbstexpandierendem, (nicht) beschichtetem Stent in den Gallengang, 1 Stent	1'142.70	1							1
ZE-2019-66.29	Einsetzen von Coils, intrakraniell und extrakraniell (Kopf, Hals), spinal, Einsetzen von 28 und mehr endovaskulären Coils	18'264.40	1							1
ZE-2019-67.02	Einsetzen von Coils, peripher, Einsetzen von 2 endovaskulären Coils	1'622.50	5							5
ZE-2019-67.03	Einsetzen von Coils, peripher, Einsetzen von 3 endovaskulären Coils	486.75	1							1
ZE-2019-67.04	Einsetzen von Coils, peripher, Einsetzen von 4 endovaskulären Coils	3'245.00	5							5
ZE-2019-67.05	Einsetzen von Coils, peripher, Einsetzen von 5 endovaskulären Coils	811.25	1							1
ZE-2019-67.06	Einsetzen von Coils, peripher, Einsetzen von 6 endovaskulären Coils	973.50	1							1
ZE-2019-67.07	Einsetzen von Coils, peripher, Einsetzen von 7 endovaskulären Coils	2'271.50	2							2
ZE-2019-67.15	Einsetzen von Coils, peripher, Einsetzen von 15 endovaskulären Coils	2'433.75	1							1
ZE-2019-67.18	Einsetzen von Coils, peripher, Einsetzen von 18 endovaskulären Coils	2'920.50	1							1
ZE-2019-67.19	Einsetzen von Coils, peripher, Einsetzen von 19 endovaskulären Coils	3'082.75	1							1
ZE-2019-67.29	Einsetzen von Coils, peripher, Einsetzen von 28 und mehr endovaskulären Coils	4'543.00	1							1
ZE-2019-72.01	Implantation einer intravasalen, univentrikulären, axialen Pumpe zur Kreislaufunterstützung	73'033.50	6							6
Total Zusatzentgelte		739'054.55	1'170	1	0	0	0	0	0	1'171

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

DRG	Anzahl	Prozent
901	36	0.16%
902	10	0.05%
960	0	-
961	0	-
962	0	-
963	0	-

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

Anzahl Langlieger in der Grundgesamtheit	1'617
Anzahl Langlieger ohne Nebendiagnose und ohne Prozedur und mit PCCL ≤ 2 in der Grundgesamtheit	9
Prozentsatz Langlieger ohne Nebendiagnose und ohne Prozedur und mit PCCL ≤ 2 in der Grundgesamtheit	0.04%

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

Anzahl Fälle mit über 5 Tagen Aufenthaltsdauer in der Grundgesamtheit	7'994
Anzahl Fälle mit über 5 Tagen Aufenthaltsdauer und mit R-Hauptdiagnosekode in der Grundgesamtheit	310
Prozentsatz der Fälle mit über 5 Tagen Aufenthaltsdauer und mit R-Hauptdiagnosekode in der Grundgesamtheit	1.39%

Anhang 3: Methoden und Referenzen

Analyse des Case Mix

Einleitung

Jeder Spitalaufenthalt kann in eine SwissDRG eingeteilt werden. Die Einteilung in eine SwissDRG-Fallgruppe wird vom SwissDRG-Grouper vorgenommen. Jeder SwissDRG wird ein **Kostengewicht** zugeteilt, d.h. ein relativer Wert (ein „relatives Gewicht“), der die Kosten der darin eingruppierten Hospitalisierungen widerspiegelt.

Je nach Aufenthaltsdauer kann ein Fall als **Normallieger**, **Kurzlieger** oder **Langlieger** Typ gelten. Die Grenzwerte, welche die Unterscheidung zwischen diesen drei Typen ermöglichen, variieren von einer SwissDRG zur anderen. Diese Grenzwerte werden als untere (Grenz-)Verweildauer (UVWD) und obere (Grenz-)Verweildauer (OVWD) bezeichnet.

Jeder Hospitalisierung wird eine Anzahl von **Vergütungspunkten** zugeordnet, abhängig einerseits vom Kostengewicht der SwissDRG, in der sie eingeteilt wurde und andererseits von der Art dieser Hospitalisierung. Die Anzahl der Vergütungspunkte für einen Normallieger ist gleich dem Kostengewicht der SwissDRG, in die sie eingeteilt wird; für Hospitalisierungen, die nicht Normallieger sind, wird die Anzahl ihrer Vergütungspunkte mit Hilfe von **Vergütungsformeln** berechnet, die von der SwissDRG AG erstellt wurden. Diese Vergütungspunkte werden danach mit der **Baserate** (Referenzwert) multipliziert.

Der **Case Mix** ist gleich der Summe aller betrachteten Vergütungspunkte (z.B. Summe aller Vergütungspunkte aller stationären Fälle eines Spitals). Der **Case Mix Index** (CMI) ist gleich dem Case Mix einer bestimmten Menge von Fällen, geteilt durch ihre Anzahl.

Auswertungsgrundlagen

Für die Kodierrevision, deren Auswertungen in diesem Bericht beschrieben sind, wurden folgende Elemente berücksichtigt:

- die Spitalaufenthalte wurden eingeordnet in SwissDRG unter Berücksichtigung der Hauptdiagnose, dem Zusatz zur Hauptdiagnose, maximal 49 Nebendiagnosen, der Hauptbehandlung und maximal 99 Nebenbehandlungen sowie anderen BFS-Daten wie z.B. Aufenthaltsort vor Eintritt, Eintrittsart, Entscheid für Austritt, Aufenthalt und Behandlung nach Austritt sowie Geburtsgewicht.
- die Kostengewichte werden nach den Richtlinien des "Fallpauschalen-Katalogs" von SwissDRG berechnet.

Statistische Methoden

Zielgrössen

Wir betrachten N Aufenthalte eines bestimmten Krankenhauses. Seien:

u_1, \dots, u_N : die Kostengewichte vor Revision,
 v_1, \dots, v_N : die Kostengewichte nach Revision.

Wir interessieren uns in erster Linie für folgende Grössen:

$$\begin{aligned} a &= \text{Mittelwert}_i(u_i) \\ b &= \text{Mittelwert}_i(v_i) \\ A &= \text{Summe}_i(u_i) = Na \\ B &= \text{Summe}_i(v_i) = Nb. \end{aligned}$$

a ist der *Case Mix Index* (CMI) vor Revision; b ist der CMI nach Revision; A ist der *Case Mix (Summe der Kostengewichte)* vor Revision; B ist der Case Mix nach Revision.

Eine weitere Zielgrösse ist der Mittelwert der Unterschiede zwischen den Kostengewichten vor und nach Revision:

$$e = \text{Mittelwert}_i(v_i - u_i) = b - a.$$

Manchmal interessieren wir uns auch für eine Menge von K Spitälern mit den Aufenthaltsanzahlen N_1, \dots, N_K . In diesem Fall verwenden wir die Bezeichnungen u_{hi} und v_{hi} für die Kostengewichte des Spitals h ($h = 1, \dots, K$) und die Bezeichnungen a_h, b_h, A_h, B_h für die CMI (vor/nach) und die Case Mixe (vor/nach) des Spitals h . Es sei:

$$N = \sum N_h$$

die Gesamtzahl der Aufenthalte aller Spitäler. Wir interessieren uns für die CMI a und b und für die Case Mixe A und B aller Spitäler.

$$\begin{aligned} \mathbf{a} &= \text{Mittelwert}_{hi}(u_{hi}) = \sum a_h N_h / N, \\ \mathbf{b} &= \text{Mittelwert}_{hi}(v_{hi}) = \sum b_h N_h / N, \\ \mathbf{A} &= \text{Summe}_{hi}(u_{hi}) = \sum A_h, \\ \mathbf{B} &= \text{Summe}_{hi}(v_{hi}) = \sum B_h. \end{aligned}$$

Stichprobenplan

Der CMI b und der Case Mix B nach Revision sind unbekannt, und um sie genau berechnen zu können, müssten alle Aufenthalte geprüft werden. Wir schätzen sie anhand einer aus den geprüften Fällen zufällig gezogenen Stichprobe. Dazu verwenden wir einen „Stichprobenplan mit Inklusionswahrscheinlichkeiten, die proportional zu den Kostengewichten u_1, \dots, u_N sind“. Die Inklusionswahrscheinlichkeit für den Fall k in einer Stichprobe mit Umfang n beträgt:

$$\pi_k = \frac{nu_k}{A}.$$

Ausserdem ist unsere Stichprobe in Bezug auf die Aufenthaltsdauer „ausgewogen“ (balanced) und nach Standorten „geschichtet“. Die Techniken zum Erhalt dieser Art von Stichproben werden in Tillé (2006), Nedyalkova und Tillé (2008), Marazzi und Tillé (2016) beschrieben. Sie stehen im „Sampling“ Software (Tillé und Matei, 2012) zur Verfügung.

Schätzungen

Wir bezeichnen mit H die Gesamtheit der Aufenthalte und mit S die Gesamtheit der in der Stichprobe enthaltenen Fälle. Dann bezeichnet Σ_H eine Summe, die alle Aufenthalte umfasst und Σ_S eine Summe, die sich nur auf die in der Stichprobe enthaltenen Aufenthalte bezieht. Wenn die Inklusionswahrscheinlichkeiten ungleich sind, entspricht der unverzerzte Schätzer von B dem Horvitz-Thompson-Schätzer (HT-Schätzer):

$$\hat{B} = \sum_S y_k / \pi_k$$

und der entsprechende Schätzer des CMI lautet

$$\hat{b} = \hat{B} / N.$$

Der Schätzer von e lautet

$$\hat{e} = \hat{b} - a,$$

wobei a nicht von der Stichprobe abhängig ist (siehe Bemerkung).

Bemerkung: Anhand der Definition von π_k erhält man

$$\hat{A} = \sum_S u_k / \pi_k = A \text{ und } \hat{a} = a.$$

In anderen Worten sind die HT-Schätzer des Case Mix und des CMI vor Revision gleich dem Case Mix und CMI vor Revision. Wenn ausserdem l_1, \dots, l_N die Aufenthaltsdauern in H sind, erhält man

$$\sum_S l_k / \pi_k \approx \sum_H l_k,$$

weil die Stichprobe auf die Aufenthaltsdauer ausgewogen ist. Das bedeutet, dass der HT-Schätzer der Gesamtaufenthaltsdauer näherungsweise der Summe der Aufenthaltsdauer aller Fälle im Spital entspricht.

Die Standardabweichung $s(\hat{B})$ von \hat{B} wird mit Hilfe des Verfahrens von Deville und Tillé (2005) und Marazzi und Tillé (2016) geschätzt. Die Standardabweichung von \hat{b} ist

$$s(\hat{b}) = s(\hat{B})/N$$

und diejenige von $\hat{\mathbf{b}}$

$$s(\hat{\mathbf{b}}) = \left[\sum (N_h / N)^2 s(\hat{b}_h)^2 \right]^{1/2}.$$

Somit entspricht die Standardabweichung von \hat{e} der von \hat{b} .

Das Vertrauensintervall für b wird mit Hilfe seiner Standardabweichung berechnet: zum Beispiel, ein 95%-Vertrauensintervall für b ist

$$(\hat{b} - 1.96s(\hat{b}), \hat{b} + 1.96s(\hat{b})).$$

Zur Prüfung verwenden wir ein spezielles Bootstrapverfahren für Stichproben gezogen mit Inklusionswahrscheinlichkeiten proportional zum Kostengewicht (Barbiero, Manzi, Mecatti; 2013).

Die Intervalle für B und e können leicht hergeleitet werden.

Bibliographische Angaben

Barbiero A., Manzi G., Mecatti F. (2013). Bootstrapping probability-proportional-to-size samples via calibrated empirical population. *Journal of Statistical Computation and Simulation*, 85(3), 608-620.

Deville J.-C., Tillé Y. (2005). Variance approximation under balanced sampling. *Journal of Statistical Planning and Inference*, 128, 569--591.

Marazzi A., Tillé Y. (2016). Using past experience to optimize audit sampling design. *Rev Quant Finan Acc*. DOI 10.1007/s11156-016-0596-7.

Nedyalkova D., Tillé Y. (2008). Optimal sampling and estimation strategies under the linear model. *Biometrika*, 95, 3, 521--537.

Tillé Y. (2006). *Sampling algorithms*. Springer, New York.

Tillé Y., Matei A. (2012). *Package Sampling*, <http://cran.r-project.org>

Abkürzungen

BFS	Bundesamt für Statistik
CHOP	Schweizerische Operationsklassifikation
CM	Case Mix
CMI	Case Mix Index
CW	Cost-weight (Kostengewicht)
HD	Hauptdiagnose
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision
IV	Invalidenversicherung
KIS	Krankenhausinformationssystem
KV	Krankenversicherung
MDSi	Minimaler Datensatz der Schweizerischen Gesellschaft für Intensivmedizin
MV	Militärversicherung
NEMS	Nine equivalents of nursing manpower use score
SAPS II	Simplified acute physiology score
SwissDRG	Swiss Diagnosis Related Groups
UV	Unfallversicherung
ZHD	Zusatz zur Hauptdiagnose