



Kanton Zürich  
**Gesundheitsdirektion**  
Finanzen & Dienstleistungen

**Monika Stebler**  
**Katrin von Varchmin**  
Kodierrevisorinnen

153-2020 / 2020-09-1494/ stm

# **Adus Medica, Bericht über die Kodierrevision Daten 2019**

1. Oktober 2020







## Inhaltsverzeichnis

<b>Zusammenfassung</b>	<b>4</b>
Revisionsergebnisse im Überblick	4
Kennzahlenvergleich Grundgesamtheit und Stichprobe	5
<b>1 Durchführung der Revision</b>	<b>6</b>
1.1 Berichtsperiode	6
1.2 Grundlagen	6
1.3 Berechnung und Ziehung der Stichprobe	6
1.4 Beschreibung der zeitlichen Abfolge der Revision	7
1.5 Qualifikation der Revisorin	7
1.6 Unabhängigkeit der Revisorin	7
1.7 Bemerkungen	7
<b>2 Feststellungen</b>	<b>8</b>
2.1 Generelle Feststellungen	8
2.2 Administrative Grundlagen	8
2.2.1 Patientendossiers	8
2.2.2 Administrative Falldaten	8
2.2.3 Fallkombinationsfehler	9
2.2.4 Kongruenz der Rechnungsstellung	9
2.3 Diagnosen und Behandlungen	10
2.3.1 Festgestellte Beanstandungen	10
2.3.2 Angaben zu den Kodierfehlern	10
2.3.3 Zuweisung der Hauptdiagnose	12
2.3.4 Zuweisung der Zusatzdiagnose	12
2.3.5 Zuweisung der Hauptbehandlung	12
2.3.6 Lateralität der Diagnosen und Prozeduren	13
2.3.7 Ambulante Behandlung auswärts	13
2.3.8 Vergleich der Stichprobe mit der Grundgesamtheit	13
2.4 Intensivmedizin	15
2.4.1 Basisdaten Intermediate Care Unit	15
2.4.2 Basisdaten Intensivmedizin	15
2.5 Zusatzentgelte	16
2.6 Medikamente und Substanzen	16
2.7 DRG-Wechsel	16
2.7.1 Anzahl und Prozentsatz der SwissDRG-Änderungen	16
2.7.2 Differenzen mit/ohne Vorlage an das BfS	16
2.8 Kostengewichte	17
2.8.1 CMI	17
2.8.2 Kostengewichtsdifferenzen	17
2.9 Vergleich mit früheren Revisionen	18
<b>3 Empfehlungen</b>	<b>19</b>
3.1 Empfehlungen für die Verbesserung der Kodierung im Spital	19
3.2 Empfehlungen für die Weiterentwicklung von SwissDRG	19
3.3 Weitere Hinweise der Revisorin	19
<b>4 Anmerkungen Spitaldirektion</b>	<b>20</b>





<b>Anhang 1: Nachweise</b>	<b>22</b>
Verpflichtungserklärung	22
Vollständigkeitserklärung	23
<b>Anhang 2: Leistungsübersicht des Gesamspitals</b>	<b>24</b>
Anzahl der stationär behandelten Fälle	24
SwissDRG-Fälle	24
Case Mix Index (CMI)	27
Anzahl Zusatzentgelte	28
Anzahl und Prozentsatz der in 900er-Basis-DRGs gruppierten Fälle	29
Prozentsatz der Langlieger ohne Nebendiagnose und Prozedur und mit PCCL $\leq$ 2	29
<b>Anhang 3: Diverses</b>	<b>30</b>
Abkürzungsverzeichnis und Glossar	30
Legende zu DRG-Wechseln	31





## Zusammenfassung

Im Rahmen der ordentlichen Kodierrevision unter SwissDRG hat die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich die Datenlieferung, die Qualität der Dossierführung, die Schlüsselung (Kodierung) der medizinischen Leistungen sowie die Angabe der administrativen Daten und der Rechnungsstellung der Adus Medica geprüft.

In einem Fall, dies entspricht einem Prozentsatz von 1.2%, ergab sich eine Abweichung im Kostengewicht. In diesem Fall resultierte aufgrund einer Änderung in der Kodierung ein Wechsel der Fallgruppe (DRG). Dabei wurde ein Konsens erreicht. Es wurde kein Fall dem BFS zur Beurteilung vorgelegt.

Das Revisionsergebnis schliesst mit einer Veränderung des Case Mix Index (CMI) von minus -0.8% ab.

### Revisionsergebnisse im Überblick

Zentrale Kennzahlen der Stichprobe:

Stichprobengrösse		81
CMI vor der Revision		0.826815
CMI nach der Revision		0.820593
Differenz des CMI gegenüber vor der Revision (absolut und in %)	-0.006222	-0.8%
Statistische Signifikanz der Abweichung des CMI vor und nach Revision		Nein
<b>Revidierte Fälle mit DRG/CW-Wechsel (absolut und Anteil in %)</b>	<b>1</b>	<b>1.2%</b>
Revidierte Fälle mit DRG-Wechsel	1	1.2%
Revidierte Fälle mit CW-Wechsel	0	0.0%





Angaben zur Kodierung:

Richtige Hauptdiagnosen	72	88.9%
Richtiger Zusatz zur Hauptdiagnose	5	83.3%
Richtige Nebendiagnosen	114	80.9%
Richtige Hauptbehandlung	73	90.1%
Richtige Nebenbehandlung	117	86.7%
Richtige Basisdaten Intensivmedizin	-	-
Richtige Zusatzentgelte	0 von 0	0.0%
Richtige Medikamente und Substanzen	0 von 0	0.0%
Beanstandete Fallzusammenführung	0 von 0	0.0%
Beanstandete Rechnungslegungen	0	0.0%
Fehlende Krankengeschichten	0	0.0%

**Kennzahlenvergleich Grundgesamtheit und Stichprobe**

	Grundgesamt- heit	Stichprobe
Fälle mit Zusatzentgelt	0	0
Erfasste Beatmungen	0	0
Fälle mit IPS-Aufenthalt	0	0
CMI	0.830237	0.826815



# 1 Durchführung der Revision

## 1.1 Berichtsperiode

Revidiert wurden die Falldaten mit Austritt vom 1.1. bis zum 31.12.2019.

## 1.2 Grundlagen

SwissDRG Katalog	Fallpauschalenkatalog Version 8.0
SwissDRG Grouper	Abrechnungsversion 2019/2019
Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG	Version 6/2018 sowie Klarstellungen und Fallbeispiele Version 4.4 vom 15.11.2019
Kodierregeln	BfS Kodierungshandbuch Version 2019, FAQs und, Rundschreiben für Kodiererinnen und Kodierer mit Gültigkeit bis 31.12.2019
Diagnosekodes	ICD 10 GM 2018
Behandlungskodes	CHOP 2019
Fehlertypologie	MedPlaus 6.0.3.0

## 1.3 Berechnung und Ziehung der Stichprobe

Die Ziehung der Stichprobe erfolgte aus dem BFS-Datensatz 2019. Dabei wurden alle stationären akutsomatischen Fälle berücksichtigt, die nach SwissDRG abgerechnet wurden.

Die Stichprobengrösse wird gemäss Revisionsreglement derart festgelegt, dass die CMI-Abweichung aufgrund der Revision mit einer maximalen Fehlertoleranz von 0.02 und einer minimalen Vertrauenswahrscheinlichkeit von 95% bewertet wird. Für die Festlegung der Stichprobengrösse hat die Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften im Auftrag der Gesundheitsdirektion Kanton Zürich eine Methode entwickelt, die auf dem Bootstrap-Verfahren beruht (Bestimmung von Verteilungsparametern durch Simulation).

Für eine Gesamtfallzahl von weniger als 1000 Fällen sind im Revisionsreglement folgende Anforderungen gegeben: Die Stichprobengrösse wird gemäss der festgelegten Methode berechnet. Beträgt die errechnete Stichprobengrösse weniger als 20 Fälle, so wird die Stichprobe auf 20 Fälle festgelegt. Wenn in der letzten Kodierrevision nicht mehr als drei Kostengewichte korrigiert wurden, wird die Stichprobengrösse für Einrichtungen mit <1000 Fällen pro Jahr ebenfalls auf 20 Fälle festgelegt.

Aufgrund der Ergebnisse der Kodierrevision des Vorjahres (vgl. Kapitel 2.9) und der bereits erwähnten Fehlertoleranz ergibt sich für die Revision 2019 eine Stichprobengrösse von 81 Fällen.

Die Stichprobe wurde geschichtet, um in jeder Schicht über eine angemessene Anzahl von Kostengewichten zu verfügen. Der Prozess der Schichtung erfolgte wie im Revisionsreglement beschrieben. Es wurden 3 Schichten gebildet. Dabei wurde die 3. Schicht, das heisst die Schicht mit den höchsten Kostengewichten, nochmals in 3 Schichten unterteilt.





#### **1.4 Beschreibung der zeitlichen Abfolge der Revision**

Die Adus Medica hat die Gesundheitsdirektion beauftragt, die Kodierrevision der Daten 2019 gemäss den gesamtschweizerischen Vorgaben, die im Reglement 8.0 vom 14. Juni 2019 aufgeführt sind, durchzuführen.

Auf der Grundlage dieses Reglements fand die Kodierrevision der Daten 2019 in der Adus Medica vom 7. bis 10. Juli 2020 im remote Verfahren statt. Auf das Fallgespräch wurde im gegenseitigen Einvernehmen verzichtet.

Aus den Falldaten mit Austritt vom 1. Januar 2019 bis 31. Dezember 2019 wurden eine geschichtete Stichprobe von 81 Fällen revidiert. Die Stichprobe wurde der Adus Medica am 22. Juni 2020 elektronisch zugestellt.

#### **1.5 Qualifikation der Revisorin**

Die hier zum Einsatz kommenden Revisorinnen Monika Stebler und Katrin von Varchmin sind im Besitz des Titels „Medizinische Kodiererin“ mit Eidgenössischem Fachausweis. Sie sind auf der offiziellen Revisoren-Liste des BFS aufgeführt und erfüllen damit die Anforderungen, die im Reglement zur Kodierrevision festgelegt wurden.

#### **1.6 Unabhängigkeit der Revisorin**

Die Revisorinnen gewährleisten, dass sie während der Revisionsperiode und während der Dauer der Revision nicht als Kodiererinnen im revidierten Spital tätig waren und auch in keinem anderen Anstellungs- oder Mandatsverhältnis mit diesem Spital oder in anderweitig finanziellen Abhängigkeiten gegenüber diesem Spital stehen.

Die Revisorinnen sind bei der Gesundheitsdirektion Kanton Zürich im festen Anstellungsverhältnis beschäftigt.

#### **1.7 Bemerkungen**

Die Absprache bezüglich der Organisation der Kodierrevision erfolgte mit Frau Katrin Grosse, Geschäftsführerin.

Die Adus Medica stellte für die Revision einen einwandfreien remote Zugang zur Verfügung. Die Patientendossiers lagen als elektronische Dossiers vor. Die Kodierrevision wurde remote durchgeführt. Das elektronische Dossier war komplett einsehbar.



## 2 Feststellungen

### 2.1 Generelle Feststellungen

Die Kodierrevision wurde durch die Adus Medica sorgfältig vorbereitet, so dass die Revision effizient durchgeführt werden konnte. Eine detaillierte Darstellung der Beanstandungen wurde dem Spital zugestellt. Hierbei konnte in allen Fällen ein Konsens erreicht werden.

### 2.2 Administrative Grundlagen

#### 2.2.1 Patientendossiers

##### 2.2.1.1 Anteil fehlender Krankengeschichten

Gesamt:

Urteil	Anzahl	Anteil
vollständig	81	100.0%
unvollständig	0	0.0%
fehlend	0	0.0%

Nach Dokument:

Dokument	vollständig	unvollständig	fehlend	irrelevant	Total
Austrittsberichte	81/100.0%	0/0.0%	0/0.0%	0/0.0%	81
OP Berichte	81/100.0%	0/0.0%	0/0.0%	0/0.0%	81

In allen Fällen der Stichprobe konnte anhand der vorgelegten Informationen die Kodierung und Rechnungsstellung überprüft werden.

##### 2.2.1.2 Qualität der Dossierführung

Das Patientendossier ist elektronisch vorhanden. Das Dossier ist ordentlich und nachvollziehbar strukturiert. Es sind alle erforderlichen Dokumente verfügbar.

Der Austrittsbericht stellt eine komplette Zusammenfassung aller notwendigen Informationen über den stationären Aufenthalt für die Weiterbehandlung des Patienten sowie für die Kodierung dar. Er ist einheitlich strukturiert und nachvollziehbar. Es besteht keine Gefahr, dass kodierrelevante Informationen verlorengehen.

### 2.2.2 Administrative Falldaten

Gesamt:

Urteil	Anzahl	Anteil
keine Änderungen	81	100.0%
Änderungen	0	0.0%

Auflistung der Beanstandungen nach Ereignis:





### Änderungen im Detail:

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

### 2.2.3 Fallkombinationsfehler

In der Stichprobe fanden sich keine Fallkonstellationen für die Möglichkeit einer Fallzusammenführung

#### 2.2.3.1 Beanstandungen

Keine Beanstandungen.

#### 2.2.3.2 Abweichung Kostengewicht

Es ergibt sich keine Kostengewichtsdifferenz.

### 2.2.4 Kongruenz der Rechnungsstellung

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

Der Fall 9-435400 wurde vor Revisionsbeginn als Stornofall gemeldet. Diese Änderungen hat die Revision übernommen.

#### 2.2.4.1 Feststellungen

81 von 81 Rechnungen wurden von den Revisorinnen kontrolliert.

Urteil	DRG	CW	Zusatzentgelte
Richtig	81	81	0
Falsch	0	0	0
Nicht beurteilbar	0	0	0
Sonstige	0	0	0
Fehlend	0	0	0





Wie im Revisionsreglement 8.0 vom 14. Juni 2019, Abschnitt 4.2.3, beschrieben, ist darauf hinzuweisen, dass Rechnungskorrekturen aufgrund der Kodierrevision nicht zulässig sind, es sei denn, es liegt eine statistische Signifikanz vor.

### 2.2.4.2 Abweichung Kostengewicht

Der CMI der Spalkodierung ist 0.826815. Der fakturierte CMI ist 0.826815. Die Abweichung beträgt somit 0.0%.

## 2.3 Diagnosen und Behandlungen

### 2.3.1 Festgestellte Beanstandungen

Innerhalb der 81 Fälle der Stichprobe waren 224 Diagnosen und 206 Behandlungen zu beurteilen. Es wurden von der Revision insgesamt 6 Hauptdiagnosen korrigiert. Keinen Zusatz zur Hauptdiagnose wurde berichtigt. 3 fehlende Nebendiagnosen wurden ergänzt und 24 Nebendiagnosen korrigiert.

Bei den Behandlungen wurden 10 Prozeduren ergänzt und 14 korrigiert.

Ursächlich für den DRG- Wechsel ist folgende Beanstandung:

- Revisionsfall Nr. 42: Unpräzise Wahl eines operativen Prozedurenkodes.

Es fanden sich keine Hinweise für einen systematischen Kodierfehler.

### 2.3.2 Angaben zu den Kodierfehlern

#### 2.3.2.1 Anzahl der Kodierfehler nach Art Fehlertyp

	Richtig	Falsch	Fehlend	Ungerechtfertigt	Unnötig	Total
HD	75	6	0	0	0	81
Zusatz zur HD	5	0	0	0	0	5
NDs	114	2	3	18	4	141
DIA total	194	8	3	18	4	227
HB	75	5	0	0	1	81
NB	117	3	10	0	5	135
BEH total	192	8	10	0	6	216

#### 2.3.2.2 Anzahl und Aufschlüsselung der falsch kodierten Codes mit Stellenangabe

(Spalte 3 der Tabelle 2.3.2.1)

	Falsch 1. Stelle	Falsch 2. Stelle	Falsch 3. Stelle	Falsch 4. Stelle	Falsch 5. Stelle	Falsch 6. Stelle	Total
HD	2	1	0	3	0	0	6
HD-Zusatz	0	0	0	0	0	0	0
NDs	0	1	1	0	0	0	2
DIA total	2	2	1	3	0	0	8





HB	0	0	2	2	0	1	5
NB	0	0	2	0	0	1	3
B total	0	0	4	2	0	2	8

### 2.3.2.3 Prozentsatz der Kodierfehler nach Fehlertyp

	Richtig	Falsch	Fehlend	Ungerechtfertigt	Unnötig
HD	92.6%	7.4%	0.0%	0.0%	0.0%
HD-Zusatz	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
NDs	80.9%	1.4%	2.1%	12.8%	2.8%
DIA total	85.5%	3.5%	1.3%	7.9%	1.8%
HB	92.6%	6.2%	0.0%	0.0%	1.2%
NB	86.7%	2.2%	7.4%	0.0%	3.7%
B total	88.9%	3.7%	4.6%	0.0%	2.8%

### 2.3.2.4 Prozentsatz der Kodierfehler der falsch kodierten Codes mit Stellenangabe

(Spalte 3 der Tabelle 2.3.2.1)

	Falsch 1. Stelle	Falsch 2. Stelle	Falsch 3. Stelle	Falsch 4. Stelle	Falsch 5. Stelle	Falsch 6. Stelle
HD	33.3%	16.7%	0.0%	50.0%	0.0%	0.0%
HD-Zusatz	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
NDs	0.0%	50.0%	50.0%	0.0%	0.0%	0.0%
DIA total	25.0%	25.0%	12.5%	37.5%	0.0%	0.0%
HB	0.0%	0.0%	40.0%	40.0%	0.0%	20.0%
NB	0.0%	0.0%	66.7%	0.0%	0.0%	33.3%
B total	0.0%	0.0%	50.0%	25.0%	0.0%	25.0%

### 2.3.2.5 Anzahl und Prozentsatz unspezifischer Codes bei falschen Codes

Stichprobe	Anzahl unspezifischer Codes	Prozentsatz unspezifischer Codes
Diagnosen	30	13.4%
Prozeduren	0	0.0%
Grundgesamtheit	Anzahl unspezifischer Codes	Prozentsatz unspezifischer Codes
Diagnosen	268	12.8%
Prozeduren	6	0.3%

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!.





### 2.3.3 Zuweisung der Hauptdiagnose

Zuweisung	Anzahl	Prozent
Keine Änderung der Spitalkodierung	72	88.9%
Kode durch richtigen Code ersetzt <sup>1*</sup>	6	7.4%
Fehlenden Code durch neuen ersetzt	0	0.0%
Durch bestehende Nebendiagnose zugeordnet <sup>2*</sup>	3	3.7%

#### Betroffene Fälle

1\* 10-431760, 15-411140, 45-430260, 48-440860, 51-398820, 71-444460

2\* 37-417200, 64-396240, 76-3968403

### 2.3.4 Zuweisung der Zusatzdiagnose

Zuweisung	Anzahl	Prozent
Keine Änderung der Spitalkodierung	5	83.3%
Kode durch richtigen Code ersetzt	0	0.0%
Fehlenden Code durch neuen ersetzt	0	0.0%
Durch bestehende Nebendiagnose zugeordnet <sup>1*</sup>	1	16.7%

#### Betroffene Fälle

1\* 29-413420

### 2.3.5 Zuweisung der Hauptbehandlung

Zuweisung	Anzahl	Prozent
Keine Änderung der Spitalkodierung	73	90.1%
Kode durch richtigen Code ersetzt <sup>1*</sup>	5	6.2%
Fehlenden Code durch neuen ersetzt	0	0.0%
Durch bestehende Nebenbehandlung zugeordnet <sup>2*</sup>	3	3.7%

#### Betroffene Fälle

1\* 11-417080, 42-391860, 56-383180, 59-389740, 63-422520

2\* 37-417200, 65-381620, 69-423780





### 2.3.6 Lateralität der Diagnosen und Prozeduren

Lateralität der Diagnosen:

Urteil	Anzahl Urteile	Prozentualer Anteil
Richtig	145	93.5%
falsch	1	0.6%
fehlend	2	1.3%
unnötig	7	4.5%
nicht beurteilbar	0	0.0%
Gesamt	155	100.0%

Lateralität der Prozeduren:

Urteil	Anzahl Urteile	Prozentualer Anteil
richtig	161	92.5%
falsch	4	2.3%
fehlend	4	2.3%
unnötig	5	2.9%
nicht beurteilbar	0	0.0%
Gesamt	174	100.0%

### 2.3.7 Ambulante Behandlung auswärts

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

### 2.3.8 Vergleich der Stichprobe mit der Grundgesamtheit

Anzahl Nebendiagnosen/Patient:

Anzahl Nebendiagnosen/Patient (Stichprobe nach Revision)	1.46
Anzahl Nebendiagnosen/Patient (Grundgesamtheit)	1.47

Anzahl Behandlungen/Patient:

Anzahl Behandlungen/Patient (Stichprobe nach Revision)	2.59
Anzahl Behandlungen/Patient (Grundgesamtheit)	2.37

Anzahl DRG Fallgruppen:

Anzahl DRG Fallgruppen (Stichprobe nach Revision)	27
Anzahl DRG Fallgruppen (Grundgesamtheit)	53





Prozentsatz Fälle mit Zusatzentgelt:

<b>Prozentsatz Fälle mit Zusatzentgelt (Stichprobe nach Revision)</b>	<b>0.0%</b>
Prozentsatz Fälle mit Zusatzentgelt (Grundgesamtheit)	0.0%

Prozentsatz maschineller Beatmungen:

<b>Prozentsatz maschineller Beatmungen (Stichprobe nach Revision)</b>	<b>0.0%</b>
Prozentsatz maschineller Beatmungen (Grundgesamtheit)	0.0%

Prozentsatz Fälle mit IPS-Behandlung:

<b>Prozentsatz IPS-Fälle (Stichprobe nach Revision)</b>	<b>0.0%</b>
Prozentsatz IPS-Fälle (Grundgesamtheit)	0.0%





## **2.4 Intensivmedizin**

### **2.4.1 Basisdaten Intermediate Care Unit**

Die Adus Medica betreibt keine SGI-anerkannte Intermediate Care Unit.

### **2.4.2 Basisdaten Intensivmedizin**

Die Adus Medica betreibt keine SGI-anerkannte Intensivpflegestation.





## 2.5 Zusatzentgelte

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

## 2.6 Medikamente und Substanzen

Die Adus Medica hat keine Medikamente und Substanzen erfasst.

## 2.7 DRG-Wechsel

### 2.7.1 Anzahl und Prozentsatz der SwissDRG-Änderungen

	Höheres Kostengewicht nach Revision		Tieferes Kostengewicht nach Revision		Kein Einfluss auf Kostengewicht	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Aufgrund Änderung Hauptdiagnose	0	0.00%	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	1.23%	0	0.00%
Aufgrund sonstiger Änderungen	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>0.00%</b>	<b>1</b>	<b>1.23%</b>	<b>0</b>	<b>0.00%</b>

### 2.7.2 Differenzen mit/ohne Vorlage an das BfS

Rev. Nr.	DRG vor Revision	DRG nach Revision	Kostengewicht vor Revision	Kostengewicht nach Revision	Differenz Kostengewicht	Ursachen
42-391860	I31Z	I21C	1.305	0.801	-0.5040	Änderung Behandlungen

In allen Fällen wurde ein Konsens erreicht. Es wurde kein Fall dem BfS zur Beurteilung vorgelegt.





## 2.8 Kostengewichte

### 2.8.1 CMI

	Summe CW	Anzahl	CMI
<b>Gesamtdatset vor der Revision</b>	672.5	810	0.830237
CMI der Stichprobe vor der Revision	66.9720	81	0.826815
CMI der Stichprobe nach der Revision	66.4680	81	0.820593
Differenz des CMI der Stichprobe vor und nach Revision			-0.752553
95%-Vertrauensintervall der Differenz des CMI vor und nach Revision		Untere Grenze:	-0.020788
		Obere Grenze:	0.008344

### 2.8.2 Kostengewichtsdifferenzen

Geschätzte Standardabweichung der Kostengewichtsdifferenzen des Spitals	0.056000
Geschätzter Anteil der Kostengewichtsdifferenzen, welche ungleich Null sind	1.235%





## 2.9 Vergleich mit früheren Revisionen

Bewertung	Prozentualer Anteil in der Stichprobe 2018	Prozentualer Anteil in der Stichprobe 2019
Stichprobengrösse	142	81
Anzahl fehlender Krankengeschichten	0.0%	0.0%
Richtige Diagnosekodes Spitalkodierung	85.1%	85.5%
Fehlende Diagnosekodes von der Revision ergänzt	6.6%	1.3%
Richtige Hauptbehandlung Spitalkodierung	94.4%	92.6%
Richtige Nebenbehandlung Spitalkodierung	84.0%	86.7%
Fehlende Behandlungskodes von der Revision ergänzt	4.2%	4.6%
Richtige Basisdaten Intensivmedizin	-	-
Richtige Zusatzentgelte	(0 von 0) 0.0%	(0 von 0) 0.0%
Richtige Medikamente und Substanzen	(0 von 0) 0.0%	(0 von 0) 0.0%
Beanstandungen Fallmanagement	(0 von 0) 0.0%	(0 von 0) 0.0%
Beanstandungen Rechnungslegung	0.0%	0.0%
DRG/CW-Wechsel	3.5%	1.2%
DRG-Wechsel	3.5%	1.2%
CW-Wechsel	0.0%	0.0%
CMI Abweichung	0.6%	-0.8%





## **3 Empfehlungen**

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

Wie in der Auswertung dargestellt (Tabelle 2.3.2.3), liegt die Kodierqualität in der Adus Medica bei 85.5% richtigen Diagnosen und 88.9% richtigen Behandlungen. Die folgenden Empfehlungen beziehen sich ausschliesslich auf die im Rahmen der Revision festgestellten Beanstandungen mit und ohne DRG-Wechsel.

Zu 2.2.1.2 Qualität der Dossierführung

Die Kodierregel G40d Dokumentation der Diagnose und Prozeduren hält fest:

„Die Diagnosestellung und die Dokumentation aller Diagnosen und/oder Prozeduren während eines gesamten Spitalaufenthaltes liegt 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 Kodierenden und Kodierer zur regelkonformen Abbildung des Falles“. Um diesen Anforderungen gerecht zu werden, ist auf eine hohe Qualität von Austrittsbericht und Interventionsprotokollen zu achten.

Zu 2.3 Diagnosen und Behandlungen

Bei der Wahl der Hauptdiagnose und Kodierung der Nebendiagnosen sind die dazugehörenden Kodierungsregeln zu beachten.

Bei der Kodierung der Prozeduren sind Revisionsoperationen und Komplexe Operationen im Kodierhandbuch unter P00 bis P09 zu beachten.

Bei der Kodierung von Komplexbehandlungen sind die Minimal Kriterien zu beachten und so zu dokumentieren, dass Dritte diese überprüfen können.

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

Keine Empfehlung für SwissDRG.

### **3.3 Weitere Hinweise der Revisorin**

Keine weiteren Hinweise.





## 4 Anmerkungen Spitaldirektion

Anmerkungen der Spitaldirektion:

Die ermittelten Ergebnisse der Revision sind plausibel in den Erklärungen und die Kommentare nachvollziehbar.

Die Hinweise werden insbesondere im Fachdialog mit den Belegärzten berücksichtigt.

Die Spitaldirektion bedankt sich für die vorgängig gute Organisation und den reibungslosen Ablauf der Revision.

Ort, Datum

Dielsdorf, 25. August 2020

Adus Medica Klinik, Direktion







Den Entwurf des vorliegenden Berichtes haben wir am 24. August 2020 der Adus Medica zur Stellungnahme zugestellt.

Wir erstatten diesen Bericht nach bestem Wissen aufgrund der von uns mittels Analysen und Erhebungen durchgeführten Prüfungen sowie der uns zur Verfügung gestellten Unterlagen und erhaltenen Auskünfte.

GESUNDHEITSDIREKTION  
KANTON ZÜRICH

Monika Stebler  
Kodierrevisorin

Katrin von Varchmin  
Kodierrevisorin





## Anhang 1: Nachweise

### Verpflichtungserklärung

#### **Verpflichtungserklärung und Unabhängigkeitsbestätigung des Revisors bezüglich Kodierrevision der Daten 2019 in der Adus Klinik**

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

Zürich, 22. Juni 2020

Kodierrevisorinnen

Monika Stebler

Katrin von Varchmin





## Vollständigkeitserklärung

### **Vollständigkeitserklärung der Adus Medica Klinik bezüglich Datenlieferung für die Kodierrevision der Daten 2019**

Wir bestätigen, dass dem Revisor für die Stichprobenziehung alle in der Adus Klinik nach SwissDRG fakturierten Fälle mit Austritt zwischen 1. Januar und 31. Dezember 2019 übermittelt wurden.

Allfällige Veränderungen der zugestellten Daten z.B. im Rahmen einer Rechnungsänderung wurden dem Revisor vor Beginn der Revisionstätigkeit mitgeteilt.

Ort, Datum

Wädensdorf, 6.7.2020

Adus Medica, Direktion

[Handwritten Signature]





## Anhang 2: Leistungsübersicht des Gesamtsitals

Der Anhang 2 enthält statistische Kennzahlen der Berichtsperiode zu den Spitälern und dient insbesondere der Einordnung der Stichprobendaten in das Gesamtbild des Spitals.

### Anzahl der stationär behandelten Fälle

	KV	UV	MV	IV	SZ	Andere	Total
1 = Abrechnung mit SwissDRG Fallpauschale (Akutsomatik)	698	112	0	0	0	0	810
3 = Akutspital anderes Tarifsysteem	0	0	0	0	0	0	0
4 = Abrechnung mit Pflegegaxe							
5 = Psychiatrie	0	0	0	0	0	0	0
6 = Rehabilitation	0	0	0	0	0	0	0
7 = Palliative Care							
Total	698	112	0	0	0	0	810

### SwissDRG-Fälle

Nach Herkunftskanton und Versicherungsart:

	KV	UV	MV	IV	SZ	Andere	Total
ZH	582	90	0	0	0	0	672
AG	71	14	0	0	0	0	85
BE	2	1	0	0	0	0	3
BL	4	0	0	0	0	0	4
GL	1	0	0	0	0	0	1
GR	2	0	0	0	0	0	2
LU	2	1	0	0	0	0	3
NW	1	0	0	0	0	0	1
SG	5	2	0	0	0	0	7
SH	5	0	0	0	0	0	5
SO	2	0	0	0	0	0	2
SZ	2	0	0	0	0	0	2
TG	2	0	0	0	0	0	2
TI	3	0	0	0	0	0	3
ZG	14	3	0	0	0	0	17
Sonstige	0	1	0	0	0	0	1
Total	698	112	0	0	0	0	810





Nach Ausreisserkategorie und Versicherungsart:

	Normalfälle				Untere Ausreisser		Obere Ausreisser		Unbewertete DRG		Total
	Ohne Abschlag		Mit Abschlag								
KV	496	71.1%	0	0.0%	202	28.9%	0	0.0%	0	0.0%	698
UV	99	88.4%	0	0.0%	13	11.6%	0	0.0%	0	0.0%	112
MV	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0
IV	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0
SZ	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0
An- dere	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0
Total	595	73.5%	0	0.0%	215	26.5%	0	0.0%	0	0.0%	810





Nach Ausreisserkategorie und Herkunftskanton:

	Normalfälle				Untere Ausreisser		Obere Ausreisser		Unbewertete DRG		Total
	Ohne Abschlag		Mit Abschlag								
ZH	500	74.4%	0	0.0%	172	25.6%	0	0.0%	0	0.0%	672
AG	47	55.3%	0	0.0%	38	44.7%	0	0.0%	0	0.0%	85
BE	3	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	3
BL	4	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	4
GL	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1
GR	1	50.0%	0	0.0%	1	50.0%	0	0.0%	0	0.0%	2
LU	2	66.7%	0	0.0%	1	33.3%	0	0.0%	0	0.0%	3
NW	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1
SG	6	85.7%	0	0.0%	1	14.3%	0	0.0%	0	0.0%	7
SH	4	80.0%	0	0.0%	1	20.0%	0	0.0%	0	0.0%	5
SO	2	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2
SZ	2	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2
TG	1	50.0%	0	0.0%	1	50.0%	0	0.0%	0	0.0%	2
TI	3	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	3
ZG	17	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	17
Sonstige	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1
Total	595	73.5%	0	0.0%	215	26.5%	0	0.0%	0	0.0%	810





### Case Mix Index (CMI)

Nach Ausreisserkategorie und Versicherungsart:

	Normalfälle		Untere Ausreisser	Obere Ausreisser	Total
	Ohne Abschlag	Mit Abschlag			
KV	0.930986	-	0.542579	-	0.818582
UV	0.953889	-	0.514385	-	0.902875
MV	-	-	-	-	-
IV	-	-	-	-	-
SZ	-	-	-	-	-
Andere	-	-	-	-	-
Total	0.934797	-	0.540874	-	0.830237



Nach Ausreisserkategorie und Herkunftskanton:

	Normalfälle		Untere Ausreisser	Obere Ausreisser	Total
	Ohne Abschlag	Mit Abschlag			
ZH	0.934908	-	0.541727	-	0.834272
AG	0.941298	-	0.549842	-	0.766294
BE	1.055000	-	-	-	1.055000
BL	0.761750	-	-	-	0.761750
GL	1.305000	-	-	-	1.305000
GR	0.833000	-	0.599000	-	0.716000
LU	0.698000	-	0.429000	-	0.608333
NW	0.753000	-	-	-	0.753000
SG	0.997000	-	0.380000	-	0.908857
SH	0.973750	-	0.429000	-	0.864800
SO	1.265500	-	-	-	1.265500
SZ	0.836500	-	-	-	0.836500
TG	1.428000	-	0.380000	-	0.904000
TI	1.070667	-	-	-	1.070667
ZG	0.864353	-	-	-	0.864353
Sonstige	0.595000	-	-	-	0.595000
Total	0.934797	-	0.540874	-	0.830237

**Anzahl Zusatzentgelte**

Zusatzentgelt	Bezeichnung	Betrag	KV	UV	MV	IV	SZ	Andere	Total
	Total	0.00	0	0	0	0	0	0	0





### Anzahl und Prozentsatz der in 900er-Basis-DRGs gruppierten Fälle

ADRG	Anzahl	Prozentsatz
901 Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose	0	0.00%
902 Nicht ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose	0	0.00%
960 Nicht gruppierbar	0	0.00%
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: 810

### Prozentsatz der Langlieger ohne Nebendiagnose und Prozedur und mit PCCL<=2

Anzahl Langlieger in der Grundgesamtheit	0
Prozentsatz der Langlieger ohne Nebendiagnose und ohne Prozedur und mit PCCL ≤ 2 in der Grundgesamtheit	0.00%

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

Anzahl Fälle mit über 5 Tagen Aufenthaltsdauer in der Grundgesamtheit	43
Prozentsatz der Fälle mit über 5 Tagen Aufenthaltsdauer	0.00%





## Anhang 3: Diverses

### Abkürzungsverzeichnis und Glossar

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





### Legende zu DRG-Wechseln

DRG	Bezeichnung
I21C	Bestimmte Eingriffe an Hüftgelenk und Femur oder komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm
I31Z	Mehrere komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm oder gelenkübergreifende Weichteildistraktion bei angeborenen Anomalien der Hand

