



Kanton Zürich
Gesundheitsdirektion
Amt für Gesundheit
Versorgungsplanung

Beate Mauz
Kodierrevisorin

144-2023 /2023-06-3184 / mab

ADUS-Klinik, Bericht über die Kodierrevision Akutsomatik Daten 2022

22. Juni 2023



Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	4
Revisionsergebnisse im Überblick	4
Kennzahlenvergleich Grundgesamtheit und Stichprobe	5
1 Durchführung der Revision	6
1.1 Berichtsperiode	6
1.2 Grundlagen	6
1.3 Berechnung und Ziehung der Stichprobe	6
1.4 Beschreibung der zeitlichen Abfolge der Revision	6
1.5 Qualifikation der Revisorin	6
1.6 Unabhängigkeit der Revisorin	7
1.7 Bemerkungen	7
2 Feststellungen	8
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	11
2.3.4 Zuweisung der Zusatzdiagnose	12
2.3.5 Zuweisung der Hauptbehandlung	12
2.3.6 Lateralität der Diagnosen und Prozeduren	12
2.3.7 Ambulante Behandlung auswärts	12
2.3.8 Vergleich der Stichprobe mit der Grundgesamtheit	13
2.4 Intensivmedizin	14
2.4.1 Basisdaten Intermediate Care Unit	14
2.4.2 Basisdaten Intensivmedizin	14
2.5 Zusatzentgelte (exkl. Medikamente und Substanzen)	14
2.6 Medikamente und Substanzen	14
2.6.1 Medikamente und Substanzen gesamt	14
2.6.2 ATC Codes mit Zusatzentgelte	14
2.6.3 ATC Codes ohne Zusatzentgelte	14
2.6.4 Blutprodukte CHOP mit Zusatzentgelte	14
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	16
2.8.1 CMI	16
2.8.2 Kostengewichtsdifferenzen	17
2.9 Vergleich mit früheren Revisionen	18
3 Empfehlungen	19
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
4	Anmerkungen Spitaldirektion	20
	Anhang 1: Nachweise	22
	Verpflichtungserklärung	22
	Vollständigkeitserklärung	23
	Anhang 2: Leistungsübersicht des Gesamtpitals	24
	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<=2	29
	Anhang 3: Diverses	30
	Abkürzungsverzeichnis und Glossar	30
	Legende zu DRG-Wechseln	31

Zusammenfassung

Im Rahmen der ordentlichen Kodierrevision unter SwissDRG hat das Amt für Gesundheit des Kantons Zürich die Datenlieferung, die Qualität der Dossierführung, die Schlüsselung (Kodierung) der medizinischen Leistungen sowie die Angabe der administrativen Daten und der Rechnungsstellung im ADUS geprüft.

In keinem Fall ergab sich eine Abweichung im Kostengewicht. In keinem Fall resultierte aufgrund einer Änderung in der Kodierung ein Wechsel der Fallgruppe (DRG). In keinem Fall erfolgte durch die Korrektur der administrativen Daten ausschliesslich ein Wechsel des Kostengewichts (CW). In allen Fällen wurde ein Konsens erreicht.

Das Revisionsergebnis schliesst mit einer Veränderung des Case Mix Index (CMI) von 0.0% ab.

Revisionsergebnisse im Überblick

Zentrale Kennzahlen der Stichprobe:

Stichprobengrösse			30
CMI vor der Revision			0.904100
CMI nach der Revision			0.904100
Differenz des CMI gegenüber vor der Revision (absolut und in %)	0.000000		0.0%
Statistische Signifikanz der Abweichung des CMI vor und nach Revision			Nein
Revidierte Fälle mit DRG/CW-Wechsel (absolut und Anteil in %)	0		0.0%
Revidierte Fälle mit DRG-Wechsel	0		0.0%
Revidierte Fälle mit CW-Wechsel	0		0.0%

Angaben zur Kodierung:

Richtige Hauptdiagnosen	27	90.0%
Richtiger Zusatz zur Hauptdiagnose	3	60.0%
Richtige Nebendiagnosen	31	83.8%
Richtige Hauptbehandlung	30	100.0%
Richtige Nebenbehandlung	52	81.3%
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	0.904520	0.904100

1 Durchführung der Revision

1.1 Berichtsperiode

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

1.2 Grundlagen

SwissDRG Katalog	Fallpauschalenkatalog Version 11.0
SwissDRG Grouper	Abrechnungsversion 2022/2022
Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG	Version Mai 2021 sowie Klarstellungen und Fallbeispiele Version 4.6 vom 17. Mai 2022
Kodierregeln	BFS Kodierungshandbuch Version 2022, Rundschreiben für Kodierer und Kodierer sowie offizielle Dokumentation 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 BFS-Datensatz 2022. 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 30 Fälle, so wird die Stichprobe auf 30 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 30 Fälle festgelegt.

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 2 Schichten gebildet.

1.4 Beschreibung der zeitlichen Abfolge der Revision

Die Adus-Klinik hat das Amt für Gesundheit beauftragt, die Kodierrevision der Daten 2022 gemäss den gesamtschweizerischen Vorgaben, die im Reglement 11.0 vom 20. Juni 2022 aufgeführt sind, durchzuführen.



Auf der Grundlage dieses Reglements fand die Kodierrevision der Daten 2022 in der ADUS-Klinik vom 5. Juni bis 6. Juni 2023 per Fernzugriff (remote access) statt. Infolge Einigkeit bezüglich der in der Revision festgestellten Änderungen sowie fehlender DRG-Wechsel wurde im gegenseitigen Einverständnis auf das Fallgespräch verzichtet.

Aus den Falldaten mit Austritt vom 1. Januar 2022 bis 31. Dezember 2022 wurden eine geschichtete Stichprobe von 30 Fällen revidiert. Die Stichprobe wurde der ADUS-Klinik am 22. Mai 2023 elektronisch zugestellt.

1.5 Qualifikation der Revisoren

Die hier zum Einsatz kommende Revisorin Beate Mauz ist im Besitz des Titels „Medizinische Kodiererin“ mit Eidgenössischem Fachausweis. Sie ist auf der offiziellen Revisorenliste des BFS aufgeführt und erfüllt damit die Anforderungen, die im Reglement zur Kodierrevision festgelegt wurden.

1.6 Unabhängigkeit der Revisoren

Die Revisorin gewährleistet, dass sie während der Revisionsperiode und während der Dauer der Revision nicht als Kodiererin im revidierten Spital tätig war und auch in keinem anderen Anstellungs- oder Mandatsverhältnis mit diesem Spital oder in anderweitig finanziellen Abhängigkeiten gegenüber diesem Spital steht.

Die Revisorin ist bei der Gesundheitsdirektion Kanton Zürich im festen Anstellungsverhältnis beschäftigt.

1.7 Bemerkungen

Die Absprache bezüglich der Organisation der Kodierrevision erfolgte mit Frau Katrin Schwyter, Geschäftsführerin Adus-Klinik.

Die Kodierrevision wurde remote durchgeführt, das elektronische Dossier war komplett einsehbar.

2 Feststellungen

2.1 Generelle Feststellungen

Die Kodierrevision wurde durch die Adus-Klinik 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	30	100.0%
unvollständig	0	0.0%
fehlend	0	0.0%

Nach Dokument:

Dokument	vollständig	unvollständig	fehlend	irrelevant	Total
Austrittsberichte	30/100.0%	0/0.0%	0/0.0%	0/0.0%	30
OP Berichte	30/100.0%	0/0.0%	0/0.0%	0/0.0%	30

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	30	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.

2.2.4.1 Feststellungen

30 von 30 Rechnungen wurden von der Revisorin kontrolliert.

Urteil	DRG	CW	Zusatzentgelte
Richtig	30	30	0
Falsch	0	0	0
Nicht beurteilbar	0	0	0
Sonstige	0	0	0
Fehlend	0	0	0

Wie im Revisionsreglement 10.0 vom 11. Juni 2021, 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 0.904100. Der fakturierte CMI ist 0.904100. Die Abweichung beträgt somit 0.0%.

2.3 Diagnosen und Behandlungen

2.3.1 Festgestellte Beanstandungen

Innerhalb der 30 Fälle der Stichprobe waren 69 Diagnosen und 92 Behandlungen zu beurteilen. Es wurden von der Revision insgesamt 3 Hauptdiagnosen korrigiert, 2 Zusätze zur Hauptdiagnose wurden berichtigt, 3 fehlende Nebendiagnosen wurden ergänzt und 3 Nebendiagnosen korrigiert.

Bei den Behandlungen wurden 2 Prozeduren ergänzt und 10 korrigiert.

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	27	3	0	0	0	30
Zusatz zur HD	3	0	0	1	1	5
NDs	31	1	3	2	0	37
DIA total	61	4	3	3	1	72
HB	30	0	0	0	0	30
NB	52	2	2	1	7	64
BEH total	82	2	2	1	7	94

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	0	1	0	0	0	3
HD-Zusatz	0	0	0	0	0	0	0
NDs	1	0	0	0	0	0	1
DIA total	3	0	1	0	0	0	4
HB	0	0	0	0	0	0	0
NB	0	0	0	0	0	2	2
B total	0	0	0	0	0	2	2

2.3.2.3 Prozentsatz der Kodierfehler nach Fehlertyp

	Richtig	Falsch	Fehlend	Ungerechtfertigt	Unnötig
HD	90.0%	10.0%	0.0%	0.0%	0.0%
HD-Zusatz	60.0%	0.0%	0.0%	20.0%	20.0%



NDs	83.8%	2.7%	8.1%	5.4%	0.0%
DIA total	84.7%	5.6%	4.2%	4.2%	1.4%
HB	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
NB	81.3%	3.1%	3.1%	1.6%	10.9%
B total	87.2%	2.1%	2.1%	1.1%	7.4%

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	66.7%	0.0%	33.3%	0.0%	0.0%	0.0%
HD-Zusatz	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
NDs	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
DIA total	75.0%	0.0%	25.0%	0.0%	0.0%	0.0%
HB	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
NB	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
B total	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%

2.3.2.5 Anzahl und Prozentsatz unspezifischer Codes bei falschen Codes

Stichprobe	Anzahl unspezifischer Codes	Prozentsatz unspezifischer Codes
Diagnosen	3	4.3%
Prozeduren	0	0.0%
Grundgesamtheit	Anzahl unspezifischer Codes	Prozentsatz unspezifischer Codes
Diagnosen	63	3.4%
Prozeduren	0	0.0%

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 Spalkodierung	27	90.0%
Kode durch richtigen Code ersetzt ^{1*}	3	10.0%
Fehlenden Code durch neuen ersetzt	0	0.0%
Durch bestehende Nebendiagnose zugeordnet	0	0.0%

Betroffene Fälle

1* 12, 16, 21

2.3.4 Zuweisung der Zusatzdiagnose

Zuweisung	Anzahl	Prozent
Keine Änderung der Spitalkodierung	3	60.0%
Kode durch richtigen Kode ersetzt ^{1*}	2	40.0%
Fehlenden Kode durch neuen ersetzt	0	0.0%
Durch bestehende Nebendiagnose zugeordnet	0	0.0%

Betroffene Fälle

1* 12, 16

2.3.5 Zuweisung der Hauptbehandlung

Zuweisung	Anzahl	Prozent
Keine Änderung der Spitalkodierung	30	100.0%
Kode durch richtigen Kode ersetzt	0	0.0%
Fehlenden Kode durch neuen ersetzt	0	0.0%
Durch bestehende Nebenbehandlung zugeordnet	0	0.0%

2.3.6 Lateralität der Diagnosen und Prozeduren

Lateralität der Diagnosen:

Urteil	Anzahl Urteile	Prozentualer Anteil
Richtig	53	96.4%
falsch	0	0.0%
fehlend	0	0.0%
unnötig	2	3.6%
nicht beurteilbar	0	0.0%
Gesamt	55	100.0%

Lateralität der Prozeduren:

Urteil	Anzahl Urteile	Prozentualer Anteil
richtig	71	88.8%
falsch	0	0.0%
fehlend	1	1.3%
unnötig	8	10.0%
nicht beurteilbar	0	0.0%
Gesamt	80	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)	1.17
Anzahl Nebendiagnosen/Patient (Grundgesamtheit)	1.17

Anzahl Behandlungen/Patient:

Anzahl Behandlungen/Patient (Stichprobe nach Revision)	2.87
Anzahl Behandlungen/Patient (Grundgesamtheit)	3.01

Anzahl DRG Fallgruppen:

Anzahl DRG Fallgruppen (Stichprobe nach Revision)	18
Anzahl DRG Fallgruppen (Grundgesamtheit)	57

Prozentsatz Fälle mit Zusatzentgelt:

Prozentsatz Fälle mit Zusatzentgelt (Stichprobe nach Revision)	0
Prozentsatz Fälle mit Zusatzentgelt (Grundgesamtheit)	0.0%

Prozentsatz maschineller Beatmungen:

Prozentsatz maschineller Beatmungen (Stichprobe nach Revision)	0
Prozentsatz maschineller Beatmungen (Grundgesamtheit)	0.0%

Prozentsatz Fälle mit IPS-Behandlung:

Prozentsatz IPS-Fälle (Stichprobe nach Revision)	0
Prozentsatz IPS-Fälle (Grundgesamtheit)	0.0%

2.4 Intensivmedizin

2.4.1 Basisdaten Intermediate Care Unit

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

2.4.2 Basisdaten Intensivmedizin

Die Adus-Klinik betreibt keine SGI-anerkannte Intensivpflegestation. Die Adus-Klinik betreibt keine SGI-anerkannte Intensivstation.

2.5 Zusatzentgelte (exkl. Medikamente und Substanzen)

Die Adus-Klinik wurden keine Zusatzentgelte generiert.

2.6 Medikamente und Substanzen

In der Stichprobe waren keine Fälle vorhanden, in denen erfassbare Medikamente und Substanzen verabreicht wurden.

2.6.1 Medikamente und Substanzen gesamt

Urteil	Anzahl Urteile	Prozentualer Anteil
Richtig	-	-
Falsch	-	-
Fehlend	-	-
Gesamt	-	-

2.6.2 ATC Codes mit Zusatzentgelte

Urteil	Anzahl Urteile	Prozentualer Anteil
Richtig	-	-
Falsch	-	-
Fehlend	-	-
Gesamt	-	-

2.6.3 ATC Codes ohne Zusatzentgelte

Urteil	Anzahl Urteile	Prozentualer Anteil
Richtig	-	-
Falsch	-	-
Fehlend	-	-
Gesamt	-	-

2.6.4 Blutprodukte CHOP mit Zusatzentgelte

Urteil	Anzahl Urteile	Prozentualer Anteil
Richtig	-	-

Falsch	-	-
Fehlend	-	-
Gesamt	-	-

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	
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%	0	0.00%	0	0.00%
Aufgrund sonstiger Änderungen	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
Total	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%

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
----------	------------------	-------------------	----------------------------	-----------------------------	-------------------------	----------

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
Gesamtdatensatz vor der Revision	704.6	779	0.904520
CMI der Stichprobe vor der Revision	27.1230	30	0.904100
CMI der Stichprobe nach der Revision	27.1230	30	0.904100
Differenz des CMI der Stichprobe vor und nach Revision			0.000000
95%-Vertrauensintervall der Differenz des CMI vor und nach Revision		Untere Grenze:	0.000000
		Obere Grenze:	0.000000



2.8.2 Kostengewichtsdifferenzen

Geschätzte Standardabweichung der Kostengewichtsdifferenzen des Spitals	0.000000
Geschätzter Anteil der Kostengewichtsdifferenzen, welche ungleich Null sind	0.000%

2.9 Vergleich mit früheren Revisionen

Bewertung	Prozentualer Anteil in der Stichprobe 2021	Prozentualer Anteil in der Stichprobe 2022
Stichprobengrösse	20	30
Anzahl fehlender Krankengeschichten	0.0%	0.0%
Richtige Diagnosekodes Spitalkodierung	90.9%	84.7%
Fehlende Diagnosekodes von der Revision ergänzt	2.3%	4.2%
Richtige Hauptbehandlung Spitalkodierung	100.0%	100.0%
Richtige Nebenbehandlung Spitalkodierung	91.3%	81.3%
Fehlende Behandlungskodes von der Revision ergänzt	1.5%	2.1%
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	0.0%	(0 von 0) 0.0%
Beanstandungen Rechnungslegung	0.0%	0.0%
DRG/CW-Wechsel	0.0%	0.0%
DRG-Wechsel	0.0%	0.0%
CW-Wechsel	0.0%	0.0%
CMI Abweichung	0.0%	0.0%



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 im ADUS bei 84.7% richtigen Diagnosen und 87.2% 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 Kodierinnen 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.

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:

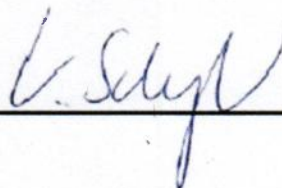
Die ermittelten Ergebnisse der Revision sind plausibel in den Erklärungen und die Kommentare nachvollziehbar.

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

Ort, Datum

Dielsdorf, den 8.6.2023

Adus Medica, Direktion





Den Entwurf des vorliegenden Berichtes haben wir am 7. Juni 2023 der Adus-Klinik 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.

AMT FÜR GESUNDHEIT
KANTON ZÜRICH

Beate Mauz
Kodierrevisorin



Anhang 1: Nachweise

Verpflichtungserklärung

Verpflichtungserklärung und Unabhängigkeitsbestätigung des Revisors bezüglich Kodierrevision der Daten 2022 in der Adus Medica

1. Der Revisor verpflichtet sich, die Kodierrevision auf der Grundlage des Reglements für die Durchführung der Kodierrevision unter SwissDRG, Version **11.0 vom 20. Juni 2022** 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.

Zürich, 7. Juni 2023

Beate Mauz

Kodierrevisorin



Vollständigkeitserklärung

Vollständigkeitserklärung der Adus Medica bezüglich Datenlieferung für Kodierrevision der Daten 2022

Wir bestätigen, dass dem Revisor für die Stichprobenziehung alle in der Adus Medica nach SwissDRG fakturierten Fälle mit Austritt zwischen 1. Januar und 31. Dezember 2022 übermittelt wurden.

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

Ort, Datum

Deisdorf, 5.6.2023

Adus Medica, Direktion

[Handwritten Signature]



Anhang 2: Leistungsübersicht des Gesamspitals

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)	608	163	1	0	0	7	779
3 = Akutspital anderes Tarifsystem	0	0	0	0	0	0	0
4 = Abrechnung mit Pflorgetaxe							
5 = Psychiatrie	0	0	0	0	0	0	0
6 = Rehabilitation	0	0	0	0	0	0	0
7 = Palliative Care							
Total	608	163	1	0	0	7	779

SwissDRG-Fälle

Nach Herkunftskanton und Versicherungsart:

	KV	UV	MV	IV	SZ	Andere	Total
ZH	439	119	1	0	0	1	560
AG	116	20	0	0	0	0	136
AR	0	1	0	0	0	0	1
BE	6	1	0	0	0	0	7
BS	1	0	0	0	0	0	1
FR	1	0	0	0	0	0	1
GE	2	0	0	0	0	0	2
GL	3	0	0	0	0	0	3
GR	4	0	0	0	0	0	4
LU	3	1	0	0	0	0	4
NW	0	1	0	0	0	0	1
OW	0	1	0	0	0	0	1
SG	5	5	0	0	0	0	10
SH	3	1	0	0	0	0	4
SO	1	1	0	0	0	0	2
SZ	4	5	0	0	0	0	9
TG	7	2	0	0	0	0	9
TI	1	0	0	0	0	0	1
VS	1	0	0	0	0	0	1
ZG	10	4	0	0	0	0	14
Sonstige	1	1	0	0	0	6	8
Total	608	163	1	0	0	7	779

Nach Ausreisserkategorie und Versicherungsart:

	Normalfälle				Untere Ausreisser		Obere Ausreisser		Unbewertete DRG		Total
	Ohne Abschlag		Mit Abschlag								
KV	570	93.8%	0	0.0%	38	6.3%	0	0.0%	0	0.0%	608
UV	157	96.3%	0	0.0%	6	3.7%	0	0.0%	0	0.0%	163
MV	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1
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	7	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	7
Total	735	94.4%	0	0.0%	44	5.6%	0	0.0%	0	0.0%	779

Nach Ausreisserkategorie und Herkunftskanton:

	Normalfälle				Untere Ausreisser		Obere Ausreisser		Unbewertete DRG		Total
	Ohne Abschlag		Mit Abschlag								
ZH	534	95.4%	0	0.0%	26	4.6%	0	0.0%	0	0.0%	560
AG	122	89.7%	0	0.0%	14	10.3%	0	0.0%	0	0.0%	136
AR	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1
BE	7	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	7
BS	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1
FR	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1
GE	2	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2
GL	3	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	3
GR	4	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	4
LU	4	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	4
NW	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1
O	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1
W											
SG	10	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	10
SH	3	75.0%	0	0.0%	1	25.0%	0	0.0%	0	0.0%	4
SO	2	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2
SZ	8	88.9%	0	0.0%	1	11.1%	0	0.0%	0	0.0%	9
TG	9	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	9
TI	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1
VS	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1
ZG	12	85.7%	0	0.0%	2	14.3%	0	0.0%	0	0.0%	14
So nsti ge	8	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	8
To- tal	735	94.4%	0	0.0%	44	5.6%	0	0.0%	0	0.0%	779



Case Mix Index (CMI)

Nach Ausreisserkategorie und Versicherungsart:

	Normalfälle		Untere Ausreisser	Obere Ausreisser	Total
	Ohne Abschlag	Mit Abschlag			
KV	0.926993	-	0.666500	-	0.910712
UV	0.894408	-	0.490167	-	0.879528
MV	0.847000	-	-	-	0.847000
IV	-	-	-	-	-
SZ	-	-	-	-	-
Andere	0.956857	-	-	-	0.956857
Total	0.920208	-	0.642455	-	0.904520

Nach Ausreisserkategorie und Herkunftskanton:

	Normalfälle		Untere Ausreisser	Obere Ausreisser	Total
	Ohne Abschlag	Mit Abschlag			
ZH	0.918170	-	0.628654	-	0.904729
AG	0.853475	-	0.589000	-	0.826250
AR	0.847000	-	-	-	0.847000
BE	0.906286	-	-	-	0.906286
BS	0.927000	-	-	-	0.927000
FR	1.062000	-	-	-	1.062000
GE	1.584000	-	-	-	1.584000
GL	1.155333	-	-	-	1.155333
GR	1.584000	-	-	-	1.584000
LU	1.028500	-	-	-	1.028500
NW	0.672000	-	-	-	0.672000
OW	1.062000	-	-	-	1.062000
SG	0.979400	-	-	-	0.979400
SH	0.802000	-	0.598000	-	0.751000
SO	0.828500	-	-	-	0.828500
SZ	1.015500	-	0.455000	-	0.953222
TG	1.231778	-	-	-	1.231778
TI	0.674000	-	-	-	0.674000
VS	1.071000	-	-	-	1.071000
ZG	0.986417	-	1.312000	-	1.032929
Sonstige	0.909875	-	-	-	0.909875
Total	0.920208	-	0.642455	-	0.904520

Anzahl Zusatzentgelte

Zusatz- entgelt	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: 779

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	1
Prozentsatz der Fälle mit über 5 Tagen Aufenthaltsdauer	0.00%

Anhang 3: Diverses

Abkürzungsverzeichnis und Glossar

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



Legende zu DRG-Wechseln

DRG	Bezeichnung
-----	-------------