



Kanton Zürich  
**Gesundheitsdirektion**  
**Amt für Gesundheit**  
Versorgungsplanung

**Beate Mauz**  
Kodierrevisorin

336-2024 / 2024-07-1957 / mab

# **ADUS Klinik, Bericht über die Kodierrevision Akutsomatik Daten 2023**

15. Juli 2024





## 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	6
1.5 Qualifikation der Revisoren	7
1.6 Unabhängigkeit der Revisoren	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	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	13
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
2.7 DRG-Wechsel	14
2.7.1 Anzahl und Prozentsatz der SwissDRG-Änderungen	14
2.7.2 Differenzen mit/ohne Vorlage an das BfS	14
2.8 Kostengewichte	15
2.8.1 CMI	15
2.8.2 Kostengewichtsdifferenzen	15
2.9 Vergleich mit früheren Revisionen	16
<b>3 Empfehlungen</b>	<b>17</b>
3.1 Empfehlungen für die Verbesserung der Kodierung im Spital	17
3.2 Empfehlungen für die Weiterentwicklung von SwissDRG	17
3.3 Weitere Hinweise der Revisorin	17
<b>4 Anmerkungen Spitaldirektion</b>	<b>18</b>



<b>Anhang 1: Nachweise</b>	<b>20</b>
Verpflichtungserklärung	20
Vollständigkeitserklärung	21
<b>Anhang 2: Leistungsübersicht des Gesamtpitals</b>	<b>22</b>
Anzahl der stationär behandelten Fälle	22
SwissDRG-Fälle	22
Case Mix Index (CMI)	25
Anzahl Zusatzentgelte	26
Anzahl und Prozentsatz der in 900er-Basis-DRGs gruppierten Fälle	27
Prozentsatz der Langlieger ohne Nebendiagnose und Prozedur und mit PCCL $\leq$ 2	27
<b>Anhang 3: Diverses</b>	<b>28</b>
Abkürzungsverzeichnis und Glossar	28
Legende zu DRG-Wechseln	29

## 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 in der ADUS Klinik geprüft.

In 2 Fällen, dies entspricht einem Prozentsatz von 6.7%, ergaben sich Abweichungen im Kostengewicht. In beiden Fällen resultierte aufgrund einer Änderung in der Kodierung ein Wechsel der Fallgruppe (DRG). Es wurden beide Fälle dem BFS zur Beurteilung vorgelegt.

Das Revisionsergebnis schliesst mit einer Veränderung des Case Mix Index (CMI) von plus 0.2% ab.

### Revisionsergebnisse im Überblick

Zentrale Kennzahlen der Stichprobe:

Stichprobengrösse		30
CMI vor der Revision		0.896100
CMI nach der Revision		0.897900
Differenz des CMI gegenüber vor der Revision (absolut und in %)	0.001800	0.2%
Statistische Signifikanz der Abweichung des CMI vor und nach Revision		Nein
<b>Revidierte Fälle mit DRG/CW-Wechsel (absolut und Anteil in %)</b>	<b>2</b>	<b>6.7%</b>
Revidierte Fälle mit DRG-Wechsel	2	6.7%
Revidierte Fälle mit CW-Wechsel	0	0.0%

Angaben zur Kodierung:

Richtige Hauptdiagnosen	28	93.3%
Richtiger Zusatz zur Hauptdiagnose	1	33.3%
Richtige Nebendiagnosen	36	94.7%
Richtige Hauptbehandlung	30	100.0%
Richtige Nebenbehandlung	64	94.1%
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

	Grundgesamtheit	Stichprobe
Fälle mit Zusatzentgelt	0	0
Erfasste Beatmungen	0	0
Fälle mit IPS-Aufenthalt	0	0
CMI	0.896636	0.896100

# 1 Durchführung der Revision

## 1.1 Berichtsperiode

Revidiert wurden die Falldaten mit Austritt vom 1.1. bis zum 31.12.2023.

## 1.2 Grundlagen

SwissDRG Katalog	Fallpauschalenkatalog Version 12.0
SwissDRG Grouper	Abrechnungsversion 2023/2023
Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG	Version Juni 2022 sowie Klarstellungen und Fallbeispiele Version 4.7 vom 8. Dezember 2022
Kodierregeln	BFS Kodierungshandbuch Version 2023, Rundschreiben für Kodierer und Kodierer sowie offizielle Dokumentation mit Gültigkeit bis 31.12.2023
Diagnosekodes	ICD 10 GM 2022
Behandlungskodes	CHOP 2023
Fehlertypologie	MedPlaus 6.0.7.1

## 1.3 Berechnung und Ziehung der Stichprobe

Die Ziehung der Stichprobe erfolgte aus dem BFS-Datensatz 2023. 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.

Aufgrund der Ergebnisse der Kodierrevision des Vorjahres (vgl. Kapitel 2.9) und der bereits erwähnten Fehlertoleranz ergibt sich für die Revision 2023 eine Stichprobengrösse von 30 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.

## 1.4 Beschreibung der zeitlichen Abfolge der Revision

Die ADUS Medica Klinik hat das Amt für Gesundheit beauftragt, die Kodierrevision der Daten 2023 gemäss den gesamtschweizerischen Vorgaben, die im Reglement 12.0 vom 26. Juni 2023 aufgeführt sind, durchzuführen.



Auf der Grundlage dieses Reglements fand die Kodierrevision der Daten 2023 in der ADUS Klinik vom 4. bis 5. Juni 2024 per Fernzugriff (remote access) und das Fallgespräch fand telefonisch statt.

Aus den Falldaten mit Austritt vom 1. Januar 2023 bis 31. Dezember 2023 wurden eine geschichtete Stichprobe von 30 Fällen revidiert. Die Stichprobe wurde der ADUS Klinik am 21. Mai 2024 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 und telefonisch erörtert. Hierbei konnte kein 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 sowie in allen zusätzlichen Rehospitalisationsfällen 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%
Aufenthaltsort 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 den Revisorinnen 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 12.0 vom 23. Juni 2023, 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 Spitalkodierung ist 0.896100. Der fakturierte CMI ist 0.896100. Die Abweichung beträgt somit 0.0%.

## 2.3 Diagnosen und Behandlungen

### 2.3.1 Festgestellte Beanstandungen

Innerhalb der 30 Fälle der Stichprobe waren 70 Diagnosen und 95 Behandlungen zu beurteilen. Es wurden von der Revision insgesamt 2 Hauptdiagnosen korrigiert. 2 Zusätze zur Hauptdiagnose wurden berichtigt. Eine fehlende Nebendiagnose wurden ergänzt und eine Nebendiagnose korrigiert.

Bei den Behandlungen wurden 3 Prozeduren ergänzt und 1 korrigiert.

Ursächlich für die DRG-Wechsel waren folgende Beanstandungen:

- Revisionsfall Nr. 2: Nichtbeachtung KHB G56a „Die Nebenbehandlung“.
- Revisionsfall Nr. 8: Spezifizierung einer Nebenbehandlung.

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	28	2	0	0	0	30
Zusatz zur HD	1	0	0	2	0	3
NDs	36	1	1	0	0	38
DIA total	65	3	1	2	0	71
HB	30	0	0	0	0	30
NB	64	1	3	0	0	68
BEH total	94	1	3	0	0	98

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

### 2.3.2.3 Prozentsatz der Kodierfehler nach Fehlertyp

	Richtig	Falsch	Fehlend	Ungerechtfertigt	Unnötig
HD	93.3%	6.7%	0.0%	0.0%	0.0%
HD-Zusatz	33.3%	0.0%	0.0%	66.7%	0.0%
NDs	94.7%	2.6%	2.6%	0.0%	0.0%
DIA total	91.5%	4.2%	1.4%	2.8%	0.0%
HB	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
NB	94.1%	1.5%	4.4%	0.0%	0.0%
B total	95.9%	1.0%	3.1%	0.0%	0.0%

### 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	100.0%	0.0%	0.0%	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	100.0%	0.0%	0.0%	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%	100.0%	0.0%	0.0%
B total	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%

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

Stichprobe	Anzahl unspezifischer Codes	Prozentsatz unspezifischer Codes
Diagnosen	1	1.4%
Prozeduren	0	0.0%

Grundgesamtheit	Anzahl unspezifischer Codes	Prozentsatz unspezifischer Codes
Diagnosen	39	2.2%
Prozeduren	1	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 Spitalkodierung	28	93.3%
Kode durch richtigen Code ersetzt <sup>1*</sup>	2	6.7%

Fehlenden Kode durch neuen ersetzt	0	0.0%
Durch bestehende Nebendiagnose zugeordnet	0	0.0%

#### Betroffene Fälle

1\* 20, 22

#### 2.3.4 Zuweisung der Zusatzdiagnose

Zuweisung	Anzahl	Prozent
Keine Änderung der Spitalkodierung	1	33.3%
Kode durch richtigen Kode ersetzt <sup>1*</sup>	2	66.7%
Fehlenden Kode durch neuen ersetzt	0	0.0%
Durch bestehende Nebendiagnose zugeordnet	0	0.0%

#### Betroffene Fälle

1\* 20, 22

#### 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	57	96.6%
falsch	1	1.7%
fehlend	1	1.7%
unnötig	0	0.0%
nicht beurteilbar	0	0.0%
Gesamt	59	100.0%

Lateralität der Prozeduren:

Urteil	Anzahl Urteile	Prozentualer Anteil
richtig	81	98.8%
falsch	1	1.2%
fehlend	0	0.0%
unnötig	0	0.0%
nicht beurteilbar	0	0.0%
Gesamt	82	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:

<b>Anzahl Nebendiagnosen/Patient (Stichprobe nach Revision)</b>	<b>1.27</b>
Anzahl Nebendiagnosen/Patient (Grundgesamtheit)	1.19

Anzahl Behandlungen/Patient:

<b>Anzahl Behandlungen/Patient (Stichprobe nach Revision)</b>	<b>3.27</b>
Anzahl Behandlungen/Patient (Grundgesamtheit)	2.79

Anzahl DRG Fallgruppen:

<b>Anzahl DRG Fallgruppen (Stichprobe nach Revision)</b>	<b>14</b>
Anzahl DRG Fallgruppen (Grundgesamtheit)	49

Prozentsatz Fälle mit Zusatzentgelt:

<b>Prozentsatz Fälle mit Zusatzentgelt (Stichprobe nach Revision)</b>	<b>0</b>
Prozentsatz Fälle mit Zusatzentgelt (Grundgesamtheit)	0.0%

Prozentsatz maschineller Beatmungen:

<b>Prozentsatz maschineller Beatmungen (Stichprobe nach Revision)</b>	<b>0</b>
Prozentsatz maschineller Beatmungen (Grundgesamtheit)	0.0%

Prozentsatz Fälle mit IPS-Behandlung:

<b>Prozentsatz IPS-Fälle (Stichprobe nach Revision)</b>	<b>0</b>
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 hat keine Zusatzentgelte generiert.

## 2.6 Medikamente und Substanzen

Die Adus Klinik 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	2	6.67%	0	0.00%	0	0.00%
Aufgrund sonstiger Änderungen	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>6.67%</b>	<b>0</b>	<b>0.00%</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

2	I29C	I31C	0.817	0.844	0.0270	Änderung Behandlungen
8	I29C	I31C	0.817	0.844	0.0270	Änderung Behandlungen

Beide Fälle wurden dem BFS zur Beurteilung vorgelegt. In beiden Fällen bestätigt das BFS die Revisionskodierung.

## 2.8 Kostengewichte

### 2.8.1 CMI

	Summe CW	Anzahl	CMI
<b>Gesamtdatei vor der Revision</b>	700.3	781	0.896636
CMI der Stichprobe vor der Revision	26.8830	30	0.896100
CMI der Stichprobe nach der Revision	26.9370	30	0.897900
Differenz des CMI der Stichprobe vor und nach Revision			0.200870
95%-Vertrauensintervall der Differenz des CMI vor und nach Revision		Untere Grenze:	-0.055408
		Obere Grenze:	0.059008

### 2.8.2 Kostengewichtsdifferenzen

Geschätzte Standardabweichung der Kostengewichtsdifferenzen des Spitals	0.006850
Geschätzter Anteil der Kostengewichtsdifferenzen, welche ungleich Null sind	6.667%

## 2.9 Vergleich mit früheren Revisionen

Bewertung	Prozentualer Anteil in der Stichprobe 2022	Prozentualer Anteil in der Stichprobe 2023
Stichprobengrösse	30	30
Anzahl fehlender Krankengeschichten	0.0%	0.0%
Richtige Diagnosekodes Spitalkodierung	84.7%	91.5%
Fehlende Diagnosekodes von der Revision ergänzt	4.2%	1.4%
Richtige Hauptbehandlung Spitalkodierung	100.0%	100.0%
Richtige Nebenbehandlung Spitalkodierung	81.3%	94.1%
Fehlende Behandlungskodes von der Revision ergänzt	2.1%	3.1%
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 von 0) 0.0%	(0 von 0) 0.0%
Beanstandungen Rechnungslegung	0.0%	0.0%
DRG/CW-Wechsel	0.0%	6.7%
DRG-Wechsel	0.0%	6.7%
CW-Wechsel	0.0%	0.0%
CMI Abweichung	0.0%	0.2%



## **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 91.5% richtigen Diagnosen und 95.9% 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.

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

Ort, Datum

Dielsdorf, 10. Juli 2024

---

Adus Medica, Direktion



Den Entwurf des vorliegenden Berichtes haben wir am 24. Juni 2024 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 2023 in der Adus Klinik.

1. Der Revisor verpflichtet sich, die Kodierrevision auf der Grundlage des Reglements für die Durchführung der Kodierrevision unter **SwissDRG, Version 12.0 vom 23. Juni 2023** 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, 24. Juni 2024

Beate Mauz

Kodierrevisorin



## **Vollständigkeitserklärung**

### **Vollständigkeitserklärung der Adus Medica bezüglich Datenlieferung für Kodierrevision der Daten 2023**

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 2023 übermittelt wurden.

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

Ort, Datum

Dielsdorf, 04. Juni 2024

---

Adus Medica, Direktion

## 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)	620	156	0	0	2	3	781
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	620	156	0	0	2	3	781

### SwissDRG-Fälle

Nach Herkunftskanton und Versicherungsart:

	KV	UV	MV	IV	SZ	Andere	Total
ZH	452	123	0	0	1	0	576
AG	109	20	0	0	0	0	129
BE	3	1	0	0	0	0	4
BL	1	0	0	0	0	0	1
GL	4	0	0	0	0	0	4
GR	6	2	0	0	0	0	8
JU	1	0	0	0	0	0	1
LU	3	2	0	0	0	0	5
SG	5	3	0	0	0	0	8
SH	3	0	0	0	0	0	3
SO	2	0	0	0	0	0	2
SZ	9	0	0	0	0	0	9
TG	8	0	0	0	0	0	8
TI	3	1	0	0	0	0	4
VD	1	1	0	0	0	0	2
ZG	10	1	0	0	0	0	11
Sonstige	0	2	0	0	1	3	6
Total	620	156	0	0	2	3	781

Nach Ausreisserkategorie und Versicherungsart:

	Normalfälle				Untere Ausreisser		Obere Ausreisser		Unbewertete DRG		Total
	Ohne Abschlag		Mit Abschlag								
KV	592	95.5%	0	0.0%	28	4.5%	0	0.0%	0	0.0%	620
UV	149	95.5%	0	0.0%	7	4.5%	0	0.0%	0	0.0%	156
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	1	50.0%	0	0.0%	1	50.0%	0	0.0%	0	0.0%	2
An- dere	3	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	3
Total	745	95.4%	0	0.0%	36	4.6%	0	0.0%	0	0.0%	781

Nach Ausreisserkategorie und Herkunftskanton:

	Normalfälle				Untere Ausreisser		Obere Ausreisser		Unbewer-tete DRG		Total
	Ohne Abschlag		Mit Abschlag								
ZH	549	95.3%	0	0.0%	27	4.7%	0	0.0%	0	0.0%	576
AG	122	94.6%	0	0.0%	7	5.4%	0	0.0%	0	0.0%	129
BE	4	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	4
BL	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1
GL	4	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	4
GR	8	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	8
JU	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1
LU	5	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	5
SG	8	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	8
SH	3	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	3
SO	2	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2
SZ	9	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	9
TG	8	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	8
TI	4	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	4
VD	2	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2
ZG	10	90.9%	0	0.0%	1	9.1%	0	0.0%	0	0.0%	11
So nsti ge	5	83.3%	0	0.0%	1	16.7%	0	0.0%	0	0.0%	6
To- tal	745	95.4%	0	0.0%	36	4.6%	0	0.0%	0	0.0%	781



## Case Mix Index (CMI)

Nach Ausreisserkategorie und Versicherungsart:

	Normalfälle		Untere Ausreisser	Obere Ausreisser	Total
	Ohne Abschlag	Mit Abschlag			
KV	0.910360	-	0.610714	-	0.896827
UV	0.912604	-	0.482143	-	0.893288
MV	-	-	-	-	-
IV	-	-	-	-	-
SZ	1.067000	-	0.617000	-	0.842000
Andere	1.067667	-	-	-	1.067667
Total	0.911652	-	0.585889	-	0.896636

Nach Ausreisserkategorie und Herkunftskanton:

	Normalfälle		Untere Ausreisser	Obere Ausreisser	Total
	Ohne Abschlag	Mit Abschlag			
ZH	0.905641	-	0.606481	-	0.891618
AG	0.846311	-	0.500571	-	0.827550
BE	0.969750	-	-	-	0.969750
BL	0.479000	-	-	-	0.479000
GL	1.012250	-	-	-	1.012250
GR	1.387500	-	-	-	1.387500
JU	1.059000	-	-	-	1.059000
LU	0.858000	-	-	-	0.858000
SG	0.927125	-	-	-	0.927125
SH	1.096667	-	-	-	1.096667
SO	0.951500	-	-	-	0.951500
SZ	1.095333	-	-	-	1.095333
TG	1.196000	-	-	-	1.196000
TI	1.305250	-	-	-	1.305250
VD	1.004000	-	-	-	1.004000
ZG	0.942600	-	0.596000	-	0.911091
Sonstige	1.037400	-	0.617000	-	0.967333
Total	0.911652	-	0.585889	-	0.896636

### 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: 781

## 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	0
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
I29C	Komplexe Eingriffe an Skapula, Klavikula, Rippen oder Schulter
I31C	Komplexe Eingriffe an Ellenbogen und Unterarm