



SwissDRG Revisionsbericht

**Revision der Daten 2024
Version 13.0
06.06.2025
in der ADUS Klinik**

Leonardo Narda
Vorstadtstrasse 6
5722 Gränichen AG
T 062 842 44 29
N 076 384 82 47
mail@ln-revision.ch
www.ln-revision.ch
Revisor seit 2012

Inhaltsverzeichnis

ZUSAMMENFASSUNG	4
REVISIONSERGEBNISSE IM ÜBERBLICK.....	5
KENNZAHLENVERGLEICH GRUNDGESAMTHEIT UND STICHPROBE	5
1 DURCHFÜHRUNG DER REVISION	6
1.1 BERICHTSPERIODE	6
1.2 GÜLTIGE VERSIONEN	6
1.3 BERECHNUNG UND ZIEHUNG DER STICHPROBE	6
1.4 BESCHREIBUNG DER ZEITLICHEN ABFOLGE DER REVISION.....	6
1.5 QUALIFIKATION DES REVISORS.....	6
1.7 BEMERKUNGEN	6
2 FESTSTELLUNGEN	7
2.1 GENERELLE FESTSTELLUNGEN	7
2.2 ADMINISTRATIVE GRUNDLAGEN.....	7
2.2.1 <i>Patientendossiers</i>	7
2.2.2 <i>Administrative Falldaten</i>	8
2.2.3 <i>Fallkombinationsfehler (Fallsplitt, Fallzusammenführung)</i>	9
2.2.4 <i>Kongruenz der Rechnungsstellung</i>	9
2.3 DIAGNOSEN UND BEHANDLUNGEN	10
2.3.1 <i>Festgestellte Fehler</i>	10
2.3.2 <i>Angaben zu den Kodierfehlern</i>	11
2.3.3 <i>Zuweisung der Hauptdiagnose</i>	13
2.3.4 <i>Zuweisung der Zusatzdiagnose</i>	13
2.3.5 <i>Zuweisung der Hauptbehandlung</i>	13
2.3.6 <i>Zuweisung der Nebenbehandlungen</i>	13
2.3.7 <i>Lateralität der Diagnosen und Prozeduren</i>	14
2.3.8 <i>Externe ambulante Leistungen</i>	14
2.3.9 <i>Vergleich Grundgesamtheit und Stichprobe</i>	15
2.4 INTENSIVMEDIZIN (IMCU UND IPS).....	16
2.4.1 <i>Basisdaten Intermediate Care Unit (IMCU)</i>	16
2.4.2 <i>Basisdaten Intensivmedizin</i>	16
2.5 ZUSATZENTGELTE (EXKL. MEDIKAMENTE UND SUBSTANZEN).....	18
2.6 MEDIKAMENTE UND SUBSTANZEN.....	18
2.6.1 <i>Medikamente und Substanzen gesamt</i>	18
2.6.2 <i>ATC Codes mit Zusatzentgelten</i>	18
2.6.3 <i>ATC Codes ohne Zusatzentgelte</i>	18
2.6.4 <i>Blutprodukte CHOP</i>	18
2.7 KOSTENGEWICHTSWECHSEL.....	19
2.7.1 <i>Anzahl und Prozentsatz der Fälle mit DRG-Wechsel</i>	19
2.7.2 <i>Differenzen mit/ohne Vorlage an das BFS</i>	19
2.8 KOSTENGEWICHTE.....	20
2.8.1 <i>Schätzung des CMI des Spitals vor und nach Revision</i>	20
2.8.2 <i>Kostengewichtsdifferenzen</i>	20
2.8.3 <i>Geschätzte Standardabweichung der Kostengewichtsdifferenzen und des Anteils der Kostengewichtsdifferenzen, welche ungleich Null sind</i>	20
2.9 VERGLEICH MIT FRÜHEREN REVISIONEN.....	21
3 EMPFEHLUNGEN	22
3.1 EMPFEHLUNGEN FÜR DIE VERBESSERUNG DER KODIERUNG IM SPITAL	22
3.2 EMPFEHLUNGEN FÜR DIE WEITERENTWICKLUNG VON SWISSDRG	22
3.3 WEITERE HINWEISE DES REVISORS	22
4 ANMERKUNGEN SPITALDIREKTION	23
ANHANG 1: NACHWEISE	24
VERPFLICHTUNGSERKLÄRUNG	24
VOLLSTÄNDIGKEITSERKLÄRUNG IN DER ADUS KLINIK BEZÜGLICH DATENLIEFERUNG FÜR KODIERREVISION DER DATEN 2024.....	25
ANHANG 2: LEISTUNGSÜBERSICHT DES SPITALS IN DER BERICHTSPERIODE	26

<i>Anzahl der stationär behandelten Fälle gesamte Institution</i>	26
SWISSDRG-FÄLLE	26
<i>Nach Herkunftskanton und Versicherungsart</i>	26
<i>Anzahl und Prozentsatz nach Ausreisserkategorie und Versicherungsart</i>	27
<i>Nach Ausreisserkategorie und Herkunftskanton</i>	27
CMI.....	28
<i>Nach Ausreisserkategorie und Versicherungsart</i>	28
<i>Nach Ausreisserkategorie und Herkunftskanton</i>	28
ANZAHL ZUSATZENTGELTE	28
ANZAHL UND PROZENTSATZ DER FÄLLE, WELCHE IN DIE BASIS-DRGs 901, 902, 960, 961, 962 UND 963 GRUPPIERT WURDEN.....	29
PROZENTSATZ DER LANGLIEGER OHNE NEBENDIAGNOSE UND PROZEDUR UND MIT PCCL <= 2	29
PROZENTSATZ DER FÄLLE MIT ÜBER 5 TAGE AUFENTHALTSDAUER UND MIT R-HAUPTDIAGNOSEKODE	29
<i>Glossar</i>	30

Zusammenfassung

Die ADUS Klinik hat LN Revision mit der Kodierrevision der Fälle des Jahres 2024 der ADUS Klinik beauftragt.

Die Revision richtete sich nach den vom BfS herausgegebenen Kodierungsgrundlagen (Kodierungshandbuch, Rundschreiben sowie die ergänzenden FAQ's) sowie den Diagnosen (ICD)- und Prozedurenklassifikationen (CHOP) in der, für die Revisionsperiode, gültigen Version. Jeder Fall wurde aufgrund der vollständigen Krankengeschichte geprüft.

Ziel der Kodierrevision war es, sowohl die Qualität der Kodierung im Spital zu beurteilen, als auch auf bestehende Mängel und Fehler hinsichtlich der Dokumentation hinzuweisen und die Resultate in einem Bericht festzuhalten.

Die Revision konnte in vollem Umfang (30 Fälle plus 0 potenzieller Wiederkehrer) und entsprechend der Stichprobe durchgeführt werden. Die Revision erfolgte in den Räumlichkeiten der ADUS Klinik am 06.06. 2025. Der Revisor hatte Zugang zu allen Unterlagen der Stichprobe und somit zu den Daten, über die auch die Spitalkodierung zum Zeitpunkt der Kodierung verfügte.

Die eigentliche Rekodierung und Gruppierung erfolgte auf einem speziellen Notebook mittels integrierter Software von Freudiger EDV Beratung GmbH, die Einhaltung der Datenschutzbestimmungen war zu jedem Zeitpunkt gewährleistet.

Systematische schwerwiegende Kodierfehler wurden nicht festgestellt, der Anteil der „richtigen“ Codes betrug bei den Hauptdiagnosen 96.7%, bei den Nebendiagnosen 89.4% und bei den Behandlungskodes konnten 98.1% als richtig eingeschätzt werden. Die Revision führte in 0 Fällen zu einer DRG-Änderung, Da die Vertrauensbereiche den Wert «0» einschliessen, bedeutet dies, dass es keine statistisch signifikante Abweichung des CMI vor und nach Revision gibt.

Insgesamt kann man von einem ausgezeichnetem Revisionsergebnis sprechen. Es fanden sich keine gravierenden oder systematischen Mängel, es konnte kein „Upcoding“ nachgewiesen werden.

Das Revisionsergebnis wurde mit Katrin Schwyter einvernehmlich besprochen.

Revisionsergebnisse im Überblick

Kennzahl	Wert	Anteil
Stichprobengrösse	30	
CMI des Spitals vor Revision (Grundgesamtheit)	0.913029	
Stichprobengrösse nach Revision	30	
Geschätzter CMI des Spitals nach Revision (Stichprobe)	0.913467	
Statistische Signifikanz der Abweichung des CMI des Spitals vor und nach Revision	Nein	
Geschätzte Differenz des CMI des Spitals vor und nach Revision	0.000000	0.0%
Revidierte Fälle mit DRG Wechsel	0	0.000%
Richtige Hauptdiagnosen	29	96.7%
Richtiger Zusatz zur Hauptdiagnose	0	0.0%
Richtige Nebendiagnosen	42	89.4%
Richtige Hauptbehandlung	30	100.0%
Richtige Nebenbehandlung	53	98.1%
Revidierte Fälle mit richtigen Basisdaten Intensivmedizin	-	-
Revidierte Fälle mit richtigen Basisdaten Intermediate Care Unit	-	-
Richtige Zusatzentgelte	-	-
Richtige Medikamente und Substanzen	-	-
Beanstandete Fallkombinationsfehler	0 von 0	0.0%
Beanstandete Rechnungslegungen	0	0.0%
Fehlende Krankengeschichten	0	0.0%
Richtig erfasste externe ambulante Leistungen	-	-

Kennzahlenvergleich Grundgesamtheit und Stichprobe

	Grundgesamtheit		Stichprobe	
Fälle mit Zusatzentgelt	0	0.0%	0	0.0%
Fälle mit erfassten Beatmungen	0	0.0%	0	0.0%
Anzahl Fälle mit IPS-Aufenthalt	0	0.0%	0	0.0%
Fälle mit IMCU-Aufenthalt	0	0.0%	0	0.0%
Fälle mit externen ambulanten Leistungen	0	0.0%	0	0.0%
CMI	0.913029		0.913467	
Zusatzentgelte	0		0	

1 Durchführung der Revision

1.1 Berichtsperiode

Revidiert wurden die Falldaten mit Austritt vom 1.1. bis zum 31.12.2024.

1.2 Gültige Versionen

SwissDRG Katalog	Fallpauschalenkatalog Version 13.0
SwissDRG Grouper	Abrechnungsversion 2024/2024
SwissDRG Abrechnungsregeln	Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG Version Mai 2023, Stand 23.Juni 2023
	Klarstellung und Fallbeispiele zu den Anwendungsregeln Version 4.8, Stand 14. Mai 2024
Kodierregeln	BFS Kodierungshandbuch Version 2024, FAQs und Rundschreiben für Kodiererinnen und Kodierer mit Gültigkeit bis 31.12.2024
Diagnosekodes	ICD-10 GM 2022
Behandlungskodes	CHOP 2024
Fehlertypologie	Medplaus 6.0.8

1.3 Berechnung und Ziehung der Stichprobe

Die Ziehung der Stichprobe erfolgte aus dem Datensatz der Medizinischen Statistik BFS aus dem Jahre 2024 des revidierten Spitals. Dabei wurden alle stationären akutsomatischen Fälle berücksichtigt, die nach SwissDRG abgerechnet wurden.

Für die Planung und die Auswertung der Revision wurde die Methode von Prof. Lutz Dümbgen und Qiyu Li vom Institut für Angewandte Statistik der Universität Bern benutzt. Die Beschreibung der Methode liegt diesem Bericht bei.

Anhand der Ergebnisse der Revision des Vorjahres wurde die Stichprobengrösse auf 30 Fälle festgelegt. Aus den 754 Akutpatienten wurde eine geschichtete Stichprobe von 30 Fällen gezogen und 0 potenzielle Wiederkehrer hinzugefügt. Die Stichprobengrösse vor Revision beträgt somit 30 Fälle.

1.4 Beschreibung der zeitlichen Abfolge der Revision

Erhaltener Datensatz am: 30.04.2025

Stichprobenziehung am: 09.05.2025

Revision inklusive Besprechung der Revision vor Ort in Dielsdorf am: 06.06.2025

Provisorischen Revisionsbericht versendet am: 20.06.2025

Antwort der ADUS Klinik bezüglich provisorischen Revisionsbericht am: 03.07.2025

Definitiver Revisionsbericht versendet am: 04.07.2025

1.5 Qualifikation des Revisors

Herr Narda ist seit 2012 auf der Liste der schweizerischen Revisoren in der medizinischen Kodierung und hat somit die Qualifikation, die Revision regelkonform durchzuführen.

1.6 Unabhängigkeit des Revisors

Der Revisor bestätigt im Anhang 1 die Unabhängigkeit vom revidierten Spital.

1.7 Bemerkungen

Keine.

2 Feststellungen

2.1 Generelle Feststellungen

Es gibt keine speziellen Feststellungen genereller Art. Die Kodierung war in sehr guter Qualität. Es gab keine systematischen Fehler, dass eine Konsequenz auf die DRG oder CW gehabt hätte. Es gibt keine Tendenz zu upcoding.

2.2 Administrative Grundlagen

2.2.1 Patientendossiers

2.2.1.1 Prozentsatz fehlender Krankengeschichten

Die gesamte Dokumentation war in digitaler Form vorhanden. Es war somit möglich die Revision korrekt und komplett durchzuführen. In allen Fällen der Stichprobe konnte anhand der vorgelegten Informationen die Kodierung und Rechnungsstellung überprüft werden.

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%	30/100.0%	30
Histologieberichte	0/0.0%	0/0.0%	0/0.0%	30/100.0%	0
Endoskopieberichte	0/0.0%	0/0.0%	0/0.0%	30/100.0%	0
Labordokumentation	0/0.0%	0/0.0%	0/0.0%	30/100.0%	0
IPS Berichte	0/0.0%	0/0.0%	0/0.0%	30/100.0%	0
Pflegedokumentation	0/0.0%	0/0.0%	0/0.0%	30/100.0%	0
Konsilien Facharzt	0/0.0%	0/0.0%	0/0.0%	30/100.0%	0
Sonstige	0/0.0%	0/0.0%	0/0.0%	30/100.0%	0
Unters.berichte					

Auflistung der Beanstandungen:

Fall	Bemerkungen

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.

Die Austritts – und Operationsberichte waren gut beschrieben respektive stellen eine komplette Zusammenfassung aller notwendigen Informationen über den stationären Aufenthalt für die Weiterbehandlung des Patienten sowie für die Kodierung dar. Diese sind 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:

Fehler 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%

Auflistung der Beanstandungen:

Fall	Bemerkungen

2.2.3 Fallkombinationsfehler (Fallsplitt, Fallzusammenführung)

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

In der Stichprobe befanden sich insgesamt 0 Fallkonstellationen für die Möglichkeit einer Fallzusammenführung. Dabei wurde das Fallmanagement in 0 Fällen korrekt gehandhabt. 0 Fälle wurden durch die Revision als nicht korrekt identifiziert.

2.2.3.1 Festgestellte Fehler

Typ	Fall	Eintritt	Austritt	LOS	DRG	CW Spital	CW Rev.	CW Diff.
Total						0.0000	0.0000	0.0000

Es wurden keine Fehler festgestellt.

2.2.3.2 Abweichung Kostengewicht

Es wurden keine Fehler festgestellt.

2.2.4 Kongruenz der Rechnungsstellung

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

2.2.4.1 Festgestellte Fehler

30 von 30 Rechnungen wurden von den Revisoren kontrolliert.

Urteil	DRG	Kostengewicht	Zusatzentgelte
richtig	30	30	0
falsch	0	0	0
nicht beurteilbar	0	0	
sonstige	0	0	
fehlend			0

Auflistung der Beanstandungen:

Fall	Bemerkungen

2.2.4.2 Abweichung Kostengewicht

Der CMI der Spitalkodierung ist 0.913467. Der fakturierte CMI ist 0.913467. Die Abweichung ist somit 0.0%.

2.3 Diagnosen und Behandlungen

2.3.1 Festgestellte Fehler

Auflistung der Beanstandungen:

Fall	Bemerkungen
9	Die Seitigkeit beim Kode des Netz Implantation noch ergänzt.
11	T84.16 durch T84.8 ersetzt da keine mechanische Komplikation beschrieben ist.
15	M65.87 Synovitis dazu kodiert da zusätzlich in der Operation radikal entfernt worden ist. 80.78.19 dazu kodiert, da Synovitis radikal entfernt worden ist.
17	M95.0 dazu kodiert da er nicht nur eine Septumdeviation hat, sondern auch eine Schiefnase, hatte auch nicht nur eine Septumplastik, sondern eine Septorhinoplastik, deswegen M95.0 zusätzlich gerechtfertigt.
21	M65.81 Synovitis ergänzt da Synovektomie gemacht wurde.
22	D68.22 (Faktor 5 leiden) mit Z92.1 (eliquis) dazu kodiert, Erhielt 2 mal pro Tag Fragmin als Überbrückung.
30	M20.2 Hallux rigidus ergänzt.

2.3.2 Angaben zu den Kodierfehlern

2.3.2.1 Anzahl der Kodierfehler nach Fehlertyp

	richtig	falsch	fehlend	ungerechtfertigt	unnötig	total
Hauptdiagnose	29	1	0	0	0	30
Zusatz zur HD	0	0	1	0	0	1
Nebendiagnosen	42	0	5	0	0	47
Diagnosen total	71	1	6	0	0	78
Hauptbehandlung	30	0	0	0	0	30
Nebenbehandlungen	53	0	1	0	0	54
Behandlungen total	83	0	1	0	0	84

Betroffene Fälle

HD falsch: 11

ZD fehlend: 30

ND fehlend: 15, 17, 21, 22

BEH fehlend: 15

2.3.2.2 Anzahl der falsch kodierten Codes mit Stellenangabe

(Spalte 3 der Tabelle „Anzahl der Kodierfehler nach Fehlertyp“)

	falsch 1. Stelle	falsch 2. Stelle	falsch 3. Stelle	falsch 4. Stelle	falsch 5. Stelle	falsch 6. Stelle	total
Hauptdiagnose	0	0	0	1	0	0	1
Zusatz zur HD	0	0	0	0	0	0	0
Nebendiagnosen	0	0	0	0	0	0	0
Diagnosen total	0	0	0	1	0	0	1
Hauptbehandlung	0	0	0	0	0	0	0
Nebenbehandlungen	0	0	0	0	0	0	0
Behandlungen total	0	0	0	0	0	0	0

2.3.2.3 Prozentsatz der Kodierfehler nach Fehlertyp

	richtig	falsch	fehlend	ungerechtfertigt	unnötig
Hauptdiagnose	96.7%	3.3%	0.0%	0.0%	0.0%
Zusatz zur HD	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%
Nebendiagnosen	89.4%	0.0%	10.6%	0.0%	0.0%
Diagnosen total	91.0%	1.3%	7.7%	0.0%	0.0%
Hauptbehandlung	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Nebenbehandlungen	98.1%	0.0%	1.9%	0.0%	0.0%
Behandlungen total	98.8%	0.0%	1.2%	0.0%	0.0%

2.3.2.4 Prozentsatz der falsch kodierten Codes mit Stellenangabe

(Spalte 3 der Tabelle „Prozentsatz der Kodierfehler nach Fehlertyp“)

	falsch 1. Stelle	falsch 2. Stelle	falsch 3. Stelle	falsch 4. Stelle	falsch 5. Stelle	falsch 6. Stelle	total
Hauptdiagnose	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	3.3%
Zusatz zur HD	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Nebendiagnosen	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Diagnosen total	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	1.3%
Hauptbehandlung	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Nebenbehandlungen	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Behandlungen total	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

2.3.3 Zuweisung der Hauptdiagnose

Zuweisung	Anzahl	Prozent
Keine Änderung der Spitalkodierung	29	96.7%
Kode durch richtigen Kode ersetzt ^{1*}	1	3.3%
Fehlenden Kode durch neuen ersetzt ^{2*}	0	0.0%
Durch bestehende Nebendiagnose zugeordnet ^{3*}	0	0.0%

Betroffene Fälle

^{1*} 11

^{2*}

^{3*}

2.3.4 Zuweisung der Zusatzdiagnose

Zuweisung	Anzahl	Prozent
Keine Änderung der Spitalkodierung	0	0.0%
Kode durch richtigen Kode ersetzt ^{1*}	0	0.0%
Fehlenden Kode durch neuen ersetzt ^{2*}	1	100.0%
Durch bestehende Nebendiagnose zugeordnet ^{3*}	0	0.0%

Betroffene Fälle

^{1*}

^{2*} 30

^{3*}

2.3.5 Zuweisung der Hauptbehandlung

Zuweisung	Anzahl	Prozent
Keine Änderung der Spitalkodierung	30	100.0%
Kode durch richtigen Kode ersetzt ^{1*}	0	0.0%
Fehlenden Kode durch neuen ersetzt ^{2*}	0	0.0%
Durch bestehende Nebenbehandlung zugeordnet ^{3*}	0	0.0%

Betroffene Fälle

^{1*}

^{2*}

^{3*}

2.3.6 Zuweisung der Nebenbehandlungen

Zuweisung	Anzahl	Prozent
Keine Änderung der Spitalkodierung	53	98.1%
Kode durch richtigen Kode ersetzt	0	0.0%
Fehlenden Kode durch neuen ersetzt	1	1.9%

2.3.7 Lateralität der Diagnosen und Prozeduren

2.3.7.1 Lateralität der Diagnosen

Urteil	Anzahl Urteile	Prozentualer Anteil
richtig	59	95.2%
falsch	0	0.0%
fehlend	3	4.8%
unnötig	0	0.0%
nicht beurteilbar	0	0.0%
Gesamt	62	100.0%

2.3.7.2 Lateralität der Prozeduren

Urteil	Anzahl Urteile	Prozentualer Anteil
richtig	76	97.4%
falsch	0	0.0%
fehlend	2	2.6%
unnötig	0	0.0%
nicht beurteilbar	0	0.0%
Gesamt	78	100.0%

2.3.8 Externe ambulante Leistungen

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

2.3.9 Vergleich Grundgesamtheit und Stichprobe

2.3.9.1 Anzahl Fälle

Anzahl Fälle (Stichprobe)	30
Anzahl Fälle (Grundgesamtheit)	754

2.3.9.2 CMI

CMI der Stichprobe	0.913467
CMI der Grundgesamtheit	0.913029

2.3.9.3 Anzahl und Prozentsatz unspezifischer Codes an der Spitalkodierung

	unspezifische Codes der Grundgesamtheit		unspezifische Codes der Stichprobe	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Diagnosen	50	2.7%	1	1.4%
Prozeduren	1	0.0%	0	0.0%

2.3.9.4 Anzahl Nebendiagnosen/Patient

Anzahl Nebendiagnosen/Patient (Stichprobe nach Revision)	1.57
Anzahl Nebendiagnosen/Patient (Grundgesamtheit)	1.42

2.3.9.5 Anzahl Behandlungen/Patient

Anzahl Behandlungen/Patient (Stichprobe nach Revision)	2.80
Anzahl Behandlungen/Patient (Grundgesamtheit)	3.02

2.3.9.6 Anzahl DRG Fallgruppen

Anzahl DRG Fallgruppen (Stichprobe nach Revision)	18
Anzahl DRG Fallgruppen (Grundgesamtheit)	51

2.3.9.7 Anzahl Zusatzentgelte und Prozentsatz Fälle mit Zusatzentgelt

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

2.3.9.8 Anzahl und Prozentsatz Fälle mit erfassten Beatmungen

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

2.3.9.9 Anzahl und Prozentsatz Fälle mit IPS-Behandlung

Fälle mit IPS Aufenthalt (Stichprobe vor Revision)	0	0.0%
Fälle mit IPS Aufenthalt (Grundgesamtheit)	0	0.0%

2.3.9.10 Anzahl und Prozentsatz Fälle mit ICMU-Behandlung

Fälle mit ICMU Aufenthalt (Stichprobe vor Revision)	0	0.0%
Fälle mit ICMU Aufenthalt (Grundgesamtheit)	0	0.0%

2.3.9.11 Anzahl und Prozentsatz Fälle mit externen ambulanten Leistungen

Fälle mit externen ambulanten Leistungen (Stichprobe vor Revision)	0	0.0%
Fälle mit externen ambulanten Leistungen (Grundgesamtheit)	0	0.0%

2.4 Intensivmedizin (IMCU und IPS)

2.4.1 Basisdaten Intermediate Care Unit (IMCU)

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

2.4.1.1 NEMS + Schweregrad (S/P/C)

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

Auflistung der Beanstandungen:

Fall	Bemerkungen

2.4.1.2 Revidierte Fälle

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

2.4.2 Basisdaten Intensivmedizin

Die ADUS Klinik betreibt keine SGI-anerkannte Intensivpflegestation.

2.4.2.1 Maschinelle Beatmung

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

Auflistung der Beanstandungen:

Fall	Bemerkungen

2.4.2.2 Nems

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

Auflistung der Beanstandungen:

Fall	Bemerkungen

2.4.2.3 Schweregrad

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

Auflistung der Beanstandungen:

Fall	Bemerkungen

2.4.2.4 Revidierte Fälle

Revidierte Fälle mit richtigen Basisdaten IPS	-	-
---	---	---

2.5 Zusatzentgelte (exkl. Medikamente und Substanzen)

Die ADUS Klinik wurden keine Zusatzentgelte generiert.

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

Auflistung der Beanstandungen:

Fall	Bemerkungen

2.6 Medikamente und Substanzen

Die ADUS Klinik hat keine Medikamente und Substanzen erfasst.

2.6.1 Medikamente und Substanzen gesamt

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

2.6.2 ATC Codes mit Zusatzentgelten

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

2.6.3 ATC Codes ohne Zusatzentgelte

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

2.6.4 Blutprodukte CHOP

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

Auflistung der Beanstandungen:

Fall	Bemerkungen

2.7 Kostengewichtswechsel

2.7.1 Anzahl und Prozentsatz der Fälle mit DRG-Wechsel

	Höheres Kostengewicht nach Revision		Tieferes Kostengewicht nach Revision		Kein Einfluss auf Kostengewicht	
Aufgrund Änderung Hauptdiagnose	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

	DRG vor Revision	DRG nach Revision	Kostengewicht vor Revision	Kostengewicht nach Revision	Differenz Kostengewicht	Ursachen

Es wurde kein Fall dem BFS zur Beurteilung vorgelegt.

Legende zu DRG Wechsel:

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

2.8 Kostengewichte

2.8.1 Schätzung des CMI des Spitals vor und nach Revision

	Summe CW	Anzahl	CMI
Gesamtdatensatz vor der Revision	688.4	754	0.913029
CMI der Stichprobe vor der Revision	27.4040	30	0.913467
CMI der Stichprobe nach der Revision	27.4040	30	0.913467
Geschätzte Differenz des CMI des Spitals vor und nach Revision			0.000000%
95%-Vertrauensintervall der Differenz des CMI des Spitals vor und nach Revision		Untere Grenze:	-0.098607
		Obere Grenze:	0.098607

Da die Vertrauensbereiche den Wert «0» einschliessen, bedeutet dies, dass es keine statistisch signifikante Abweichung des CMI vor und nach Revision gibt.

2.8.2 Kostengewichtsdifferenzen

Fallnummer	Kostengewicht vor Revision	Kostengewicht nach Revision

2.8.3 Geschätzte Standardabweichung der Kostengewichtsdifferenzen und des Anteils der Kostengewichtsdifferenzen, welche ungleich Null sind

Geschätzte Standardabweichung der Kostengewichtsdifferenzen des Spitals vor und nach Revision	0.000000
Geschätzte Standardabweichung der Kostengewichtsdifferenzen des Spitals vor und nach Revision, welche ungleich Null sind.	nv
Geschätzter Anteil der Kostengewichtsdifferenzen, welche ungleich Null sind :	0.000%.

2.9 Vergleich mit früheren Revisionen

Bewertung	Prozentuale Anteile 2022	Prozentuale Anteile 2023	Prozentuale Anteile 2024
Stichprobengrösse			30
Fehlende Krankengeschichten			0.0%
Richtiger Hauptdiagnosen			96.7%
Richtige Diagnosen			91.0%
Falsche Diagnosen			1.3%
Fehlende Diagnosen			7.7%
Richtige Hauptbehandlungen			100.0%
Richtige Behandlungen			98.8%
Falsche Behandlungen			0.0%
Fehlende Behandlungen			1.2%
Richtige Basisdaten Intensivmedizin			-
Richtige Zusatzentgelte			0.0%
Richtige Medikamente und Substanzen			-
Beanstandungen Fallmanagement			0.0%
Beanstandungen Rechnungslegung			0.0%
Anzahl DRG Wechsel			0
DRG Wechsel			0.000%
CMI Abweichung			0.0%

3 Empfehlungen

3.1 Empfehlungen für die Verbesserung der Kodierung im Spital

Keine da sehr gut kodiert wurde.

3.2 Empfehlungen für die Weiterentwicklung von SwissDRG

Keine.

3.3 Weitere Hinweise des Revisors

Gerne möchte ich mich bei Katrin Schwyter bedanken für die sehr gute Organisation dieser Revision und Support vor Ort.

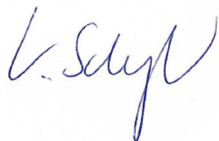
4 Anmerkungen Spitaldirektion

Anmerkungen der Spitaldirektion:

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

Dielsdorf, 02.07.2025

Ort und Datum



ADUS Klinik, Katrin Schwyter, Geschäftsführerin

Anhang 1: Nachweise

Verpflichtungserklärung

1. Der Revisor verpflichtet sich, die Kodierrevision auf der Grundlage des Reglements für die Durchführung der Kodierrevision unter SwissDRG, Version 13.0 vom 23.Juni 2024 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 er nicht gleichzeitig die medizinischen Leistungen des betreffenden Spitals kodierte und/oder das betreffende Spital im Medizincontrolling beriet.

Gränichen, 03.07.2025

Ort, Datum



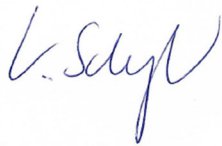
Kodierrevisor, Leonardo Narda

Vollständigkeitserklärung in der ADUS Klinik bezüglich Datenlieferung für Kodierrevision der Daten 2024

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 2024 übermittelt wurden.

Dielsdorf, 06.06.2025

Ort, Datum



ADUS Klinik, Katrin Schwyter, Geschäftsführerin

Anhang 2: Leistungsübersicht des Spitals in der Berichtsperiode

Anzahl der stationär behandelten Fälle gesamte Institution

	KV	UV	MV	IV	SZ	Andere	Total
Akutsomatik (SwissDRG-Fälle)	599	152	0	0	1	2	754
Pflege- und Wartepatienten							
Psychiatrie							
Rehabilitation							
Total	599	152	0	0	1	2	754

SwissDRG-Fälle

Nach Herkunftskanton und Versicherungsart

	KV	UV	MV	IV	SZ	Andere	Total
ZH	436	121	0	0	0	1	558
AG	105	22	0	0	0	0	127
BE	3	0	0	0	0	0	3
BL	1	0	0	0	0	0	1
GL	0	1	0	0	0	0	1
GR	6	1	0	0	0	0	7
LU	3	0	0	0	0	0	3
SG	5	1	0	0	0	0	6
SH	3	0	0	0	0	0	3
SZ	9	1	0	0	0	0	10
TG	10	1	0	0	0	0	11
TI	3	0	0	0	0	0	3
VD	1	0	0	0	0	0	1
ZG	14	2	0	0	0	0	16
Sonstige	0	2	0	0	1	1	4
Total	599	152	0	0	1	2	754

Anzahl und Prozentsatz nach Ausreisserkategorie und Versicherungsart

	Normalfälle				Untere Ausreisser		Obere Ausreisser		Unbewertete DRG		Total
	Ohne Abschlag		Mit Abschlag								
KV	558	93.2%	0	0.0%	39	6.5%	2	0.3%	0	0.0%	599
UV	147	96.7%	0	0.0%	5	3.3%	0	0.0%	0	0.0%	152
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	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1
Andere	2	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2
Total	708	93.9%	0	0.0%	44	5.8%	2	0.3%	0	0.0%	754

Nach Ausreisserkategorie und Herkunftskanton

	Normalfälle				Untere Ausreisser		Obere Ausreisser		Unbewertete DRG		Total
	Ohne Abschlag		Mit Abschlag								
ZH	530	95.0%	0	0.0%	27	4.8%	1	0.2%	0	0.0%	558
AG	110	86.6%	0	0.0%	16	12.6%	1	0.8%	0	0.0%	127
BE	3	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	3
BL	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1
GL	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1
GR	7	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	7
LU	2	66.7%	0	0.0%	1	33.3%	0	0.0%	0	0.0%	3
SG	6	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	6
SH	3	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	3
SZ	10	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	10
TG	11	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	11
TI	3	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	3
VD	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1
ZG	16	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	16
Sonstige	4	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	4
Total	708	93.9%	0	0.0%	44	5.8%	2	0.3%	0	0.0%	754

CMI

Nach Ausreisserkategorie und Versicherungsart

	Normalfälle		Untere Ausreisser	Obere Ausreisser	Total
	Ohne Abschlag	Mit Abschlag			
KV	0.952364	-	0.538821	0.746000	0.924750
UV	0.878565	-	0.577000	-	0.868645
MV	-	-	-	-	-
IV	-	-	-	-	-
SZ	0.516000	-	-	-	0.516000
Andere	0.974500	-	-	-	0.974500
Total	0.936487	-	0.543159	0.746000	0.913029

Nach Ausreisserkategorie und Herkunftskanton

	Normalfälle		Untere Ausreisser	Obere Ausreisser	Total
	Ohne Abschlag	Mit Abschlag			
ZH	0.946864	-	0.520148	0.770000	0.925900
AG	0.797682	-	0.577188	0.722000	0.769307
BE	1.429333	-	-	-	1.429333
BL	0.833000	-	-	-	0.833000
GL	1.009000	-	-	-	1.009000
GR	1.187857	-	-	-	1.187857
LU	0.934000	-	0.620000	-	0.829333
SG	0.944667	-	-	-	0.944667
SH	1.372333	-	-	-	1.372333
SZ	1.170500	-	-	-	1.170500
TG	1.048455	-	-	-	1.048455
TI	0.920000	-	-	-	0.920000
VD	0.817000	-	-	-	0.817000
ZG	1.066438	-	-	-	1.066438
Sonstige	0.868500	-	-	-	0.868500
Total	0.936487	-	0.543159	0.746000	0.913029

Anzahl Zusatzentgelte

Zusatzentgelt	Bezeichnung	Betrag	KV	UV	MV	IV	SZ	An-dere	To-tal
	Total	0.00	0	0	0	0	0	0	0

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

ADRG	Anzahl	Prozentsatz
901 Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose	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: 754

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

Anzahl Langlieger in der Grundgesamtheit	2
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 und mit R-Hauptdiagnosekode in der Grundgesamtheit	0.00%

Glossar

BfS	Bundesamt für Statistik
KV	Krankenversicherung
UV	Unfallversicherung
MV	Militärversicherung
IV	Invalidenversicherung
SZ	Selbstzahler
Untere Ausreisser	Spitalfälle mit Aufenthaltsdauer unterhalb der unteren Grenzverweildauer
Obere Ausreisser	Spitalfälle mit Aufenthaltsdauer oberhalb der oberen Grenzverweildauer
Normalfälle	Spitalfälle mit Aufenthaltsdauer zwischen der unteren und oberen Grenzverweildauer
CMI	CaseMixIndex = ökonomischer Schweregrad der Spitalfälle in einem festen Zeitraum
ICD	Internationale Klassifikation von Diagnosen
CHOP	Nationale Klassifikation von Operationen, Behandlungen & Diagnostik
HD	Hauptdiagnose
ND	Nebendiagnose
zHD	Zusatz zur Hauptdiagnose
BEH	Behandlungen
DIA	Diagnosen
FID	Fallidentifikationsnummer
PID	Patientenidentifikationsnummer in einem Spital
NF	Normaler Fall
RFF	Führender Fall bei Rehospitalisation
RNF	Rehospitalisation nächster Fall
SFF	Split führender Fall bei Fallzusammenführungen
SNF	Split neuer Fall bei Fallzusammenführungen
KHB	Kodierungshandbuch des Bundesamtes für Statistik
AB	Austrittsbericht
CC	Komplikationen und Komorbidität