

**Revisionsbericht**  
**Kodierrevision Datenjahr 2017**  
**Clinica Santa Chiara**

## Inhaltsverzeichnis

<b>ZUSAMMENFASSUNG.....</b>	<b>4</b>
<b>REVISIONSERGEBNISSE IM ÜBERBLICK.....</b>	<b>4</b>
<b>KENNZAHLENVERGLEICH GRUNDGESAMTHEIT UND STICHPROBE .....</b>	<b>4</b>
<b>1 DURCHFÜHRUNG DER REVISION.....</b>	<b>5</b>
1.1 BERICHTSPERIODE.....	5
1.2 GÜLTIGE VERSIONEN.....	5
1.3 BERECHNUNG UND ZIEHUNG DER STICHPROBE.....	5
1.4 BESCHREIBUNG DER ZEITLICHEN ABFOLGE DER REVISION .....	5
1.5 QUALIFIKATION DES REVISORS .....	5
1.6 UNABHÄNGIGKEIT DES REVISORS .....	5
1.7 BEMERKUNGEN.....	5
<b>2 FESTSTELLUNGEN.....</b>	<b>6</b>
2.1 GENERELLE FESTSTELLUNGEN .....	6
2.2 ADMINISTRATIVE GRUNDLAGEN .....	6
2.2.1 PATIENTENDOSSIER.....	6
2.2.2 ADMINISTRATIVE FALLDATEN.....	6
2.2.3 FALLKOMBINATIONSFehler (FALLSPLITT, FALLZUSAMMENFÜHRUNG).....	7
2.2.4 KONGRUENZ DER RECHNUNGSSTELLUNG .....	7
2.3 DIAGNOSEN UND BEHANDLUNGEN .....	7
2.3.1 FESTGESTELLTE FEHLER.....	7
2.3.2 ANGABEN ZU DEN KODIERFEHLERN.....	8
2.3.3 ZUWEISUNG DER HAUPTDIAGNOSE.....	9
2.3.4 ZUWEISUNG DER ZUSATZDIAGNOSE .....	9
2.3.5 ZUWEISUNG DER HAUPTBEHANDLUNG .....	9
2.3.6 LATERALITÄT DER DIAGNOSEN UND PROZEDUREN .....	9
2.3.7 AMBULANTE BEHANDLUNG AUSWÄRTS.....	9
2.3.8 VERGLEICH GRUNDGESAMTHEIT UND STICHPROBE.....	9
2.4 INTENSIVMEDIZIN.....	10
2.4.1 ABGRENZUNG INTENSIVMEDIZIN/INTERMEDIATE CARE UNIT.....	10
2.4.2 BASISDATEN INTENSIVMEDIZIN .....	10
2.5 ZUSATZENTGELTE.....	11
2.6 MEDIKAMENTE UND SUBSTANZEN.....	11
2.7 DRG-WECHSEL .....	11
2.7.1 ANZAHL UND PROZENTSATZ DER FÄLLE MIT DRG-WECHSEL.....	11
2.7.2 DIFFERENZEN MIT/OHNE VORLAGE AN DAS BFS .....	11
2.8 KOSTENGEWICHTE.....	11
2.8.1 SCHÄTZUNG DES CMI DES SPITALS VOR UND NACH REVISION .....	11
2.8.2 KOSTENGEWICHTSDIFFERENZEN.....	12
2.9 VERGLEICH MIT FRÜHEREN REVISIONEN .....	12

<b>3</b>	<b>EMPFEHLUNGEN .....</b>	<b>13</b>
3.1	EMPFEHLUNGEN FÜR DIE VERBESSERUNG DER KODIERUNG IM SPITAL.....	13
3.2	EMPFEHLUNGEN FÜR DIE WEITERENTWICKLUNG VON SWISSDRG .....	13
3.3	WEITERE HINWEISE DES REVISORS.....	13
<b>4</b>	<b>ANMERKUNGEN SPITALDIREKTION.....</b>	<b>14</b>

## Zusammenfassung

### Revisionsergebnisse im Überblick

Stichprobengrösse	100	
CMI des Spitals vor Revision	0.7651	
Geschätzter CMI des Spitals nach Revision	0.7651	
Statistische Signifikanz der Abweichung des CMI vor und nach Revision	nein	
Geschätzte Differenz des CMI des Spitals vor und nach Revision	0	0.0%
Revidierte Fälle mit DRG-Wechsel	0	0.0%
Richtige Hauptdiagnosen <sup>1</sup>	100	100.0%
Richtiger Zusatz zur Hauptdiagnose <sup>1</sup>	10	100.0%
Richtige Nebendiagnosen	368	99.5%
Richtige Hauptbehandlungen <sup>1</sup>	99	99.0%
Richtige Nebenbehandlungen	55	98.2%
Richtige Basisdaten Intensivmedizin <sup>2</sup>	0	0.0%
Richtige Zusatzentgelte <sup>2</sup>	18	100.0%
Richtige Medikamente und Substanzen <sup>2</sup>	22	100.0%
Beanstandete Fallzusammenführungen	0	0.0%
Fehlende Krankengeschichten	0	0.0%

### Kennzahlenvergleich Grundgesamtheit und Stichprobe

	Grundgesamtheit		Stichprobe	
Anzahl Fälle mit Zusatzentgelt	17	0.52%	0	0%
Anzahl erfasster Beatmungen <sup>3</sup>	0	0%	0	0%
Anzahl Fälle mit IPS-Aufenthalt	0	0%	0	0%
CMI	0.7651		0.7437	

<sup>1</sup> Bei den richtigen Hauptdiagnosen, Zusätzen zur Hauptdiagnose und Hauptbehandlungen, muss der Kode nicht nur richtig sein, sondern er muss auch an der richtigen Position kodiert worden sein (Eine als „richtige“ beurteilte Hauptdiagnose muss zum Beispiel an der Position „Hauptdiagnose“ erfasst sein. Wurde eine Nebendiagnose mit dem für die Hauptdiagnose korrekten Kode kodiert, so darf diese Nebendiagnose nicht als richtige Hauptdiagnose gewertet werden)

<sup>2</sup> Angabe je Fall

<sup>3</sup> Vgl. jeweils gültige Kodierrichtlinien

# 1 Durchführung der Revision

---

## 1.1 Berichtsperiode

Die Berichtsperiode beginnt zum 01. Januar 2017 und endet am 31. Dezember 2017.

## 1.2 Gültige Versionen

Fallpauschalenkatalog, Abrechnungsregeln ("Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG" sowie "Klarstellungen und Fallbeispiele zu den Anwendungsregeln"), Kodierungshandbuch, Klassifikationen (CHOP und ICD-10-GM); Fehlertypologie.

## 1.3 Berechnung und Ziehung der Stichprobe

Es wurden in dieser offiziellen Revision die nach dem Swiss DRG-Kalkulationsmechanismus resultierenden 100 Fälle nach dem Zufallsprinzip gezogen, welche alle in der Berichtsperiode abgerechnet wurden. Das Vorgehen entsprach dem geforderten Ablauf, welcher im offiziellen Reglement für die Durchführung der Kodierrevision unter SwissDRG vorgegeben ist.

## 1.4 Beschreibung der zeitlichen Abfolge der Revision

Das Vorgehen zur Durchführung der oben beschriebenen Kodierrevision war im beidseitigen Einverständnis in folgende Teilschritte unterteilt.

1. Auftragsvorbereitung und-abstimmung	KW 2-3
2. Datenaufbereitung und-zustellung	KW 5
3. Durchführung der Stichprobenziehung	KW 6
4. Vor Ort Kodierrevision	KW 9
5. Nachbereitung	KW 10-11
6. Berichtsverfassung	KW 12-15
7. Abschlussabstimmung	KW 15

## 1.5 Qualifikation des Revisors

Frau Helena Santacatterina ist eine langjährig erfahrene Kodierexpertin und verfügt über den eidgenössischen Fachausweis der medizinischen Kodierung. Sie entspricht dem SwissDRG-Profil für Kodierrevisoren und ist zum Zeitpunkt der Revision in der öffentlich einsehbaren Liste vom BfS namentlich aufgeführt.

## 1.6 Unabhängigkeit des Revisors

Frau Helena Santacatterina ist eine langjährig erfahrene Kodierexpertin und verfügt über den eidgenössischen Fachausweis der medizinischen Kodierung. Sie entspricht dem SwissDRG-Profil für Kodierrevisoren und ist zum Zeitpunkt der Revision in der öffentlich einsehbaren Liste vom BfS namentlich aufgeführt.

## 1.7 Bemerkungen

Die vorgängige Übersendung der relevanten Informationen und Daten war ebenso wie die Vorbereitung und Zurverfügungstellung der relevanten Stichprobendossiers wie auch des Revisionsarbeitsplatzes vorbildlich. Dafür sowie für die ausnahmslos partnerschaftliche Zusammenarbeit danken wir den Verantwortlichen bestens.

## 2 Feststellungen

### 2.1 Generelle Feststellungen

Im Rahmen der Vor Ort Revision hatte der Revisor den identischen Zugang wie die vom Haus eingesetzten Kodierer. Demnach waren die Rahmenbedingungen realitätsgerecht und wurden abgerundet durch eine umfassende Organisation sowie die Gewährleistung von Ansprechbarkeiten bei Rückfragen.

### 2.2 Administrative Grundlagen

#### 2.2.1 Patientendossiers

##### Anteil fehlender Krankengeschichten

Für die oben beschriebene Revision lagen alle zu prüfenden Krankengeschichten vor.

##### Qualität der Dossierführung

Kriterium	Beurteilung
<b>Übersichtlichkeit</b>	Gut, die Dossiers weisen im Branchenvergleich eine sehr logische und nachvollziehbare Struktur auf und generieren keine zusätzlichen Aufwände.
<b>Zeitliche Abfolge</b>	Gut, die chronologische Abfolge ist gewährleistet und ermöglicht dem Kodierer eine Beurteilung des Behandlungsverlaufs entsprechend deren realem Verlauf ohne wesentliche Such- und Sortieraufwände zu generieren.
<b>Vollständigkeit</b>	Gut, die Dossiers sind vollständig, so konnte die Revision ohne Rückfragen bzw. Nachbearbeitungsaufwand durchgeführt werden.
<b>Nebendiagnosen</b>	Gut, die Nebendiagnosen sind im ausreichenden Mass dokumentiert und erlauben eine adäquate Verschlüsselung.

#### 2.2.2 Administrative Falldaten

Fehler bei:	Anzahl	Prozentsatz
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	1	1.0%
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 (Fallsplitt, Fallzusammenführung)

### Festgestellte Fehler

Fehlertyp	DRG-Nr.	Kostengewicht des Spitals	Kostengewicht des Revisors	Kostengewichtsdifferenz
Falscher Kode	I68C	0.775	0.775	0.0000
Fehlender Kode	T60C	1.67	1.67	0.0000
Fehlender Kode	O01D	1.131	1.131	0.0000
Falscher Kode	L62C	0.59	0.59	0.0000

### Abweichung Kostengewicht

Keine

## 2.2.4 Kongruenz der Rechnungsstellung

### Festgestellte Fehler

	DRG-Nummer	Kostengewicht	Zusatzentgelte
Falsch	keine		
Noch keine Rechnung vorhanden	keine		
Sonstige	keine		
Fehlend	keine		

### Abweichung Kostengewicht

Es wurden bei der Rechnungsstellung keine Abweichungen der Kostengewichte festgestellt.

## 2.3 Diagnosen und Behandlungen

### 2.3.1 Festgestellte Fehler

Fehlertyp	DRG-Nr.	Kostengewicht des Spitals	Kostengewicht des Revisors	Kostengewichtsdifferenz
Falscher Kode	I68C	0.775	0.775	0.0000
Fehlender Kode	T60C	1.67	1.67	0.0000
Fehlender Kode	O01D	1.131	1.131	0.0000
Falscher Kode	L62C	0.59	0.59	0.0000
Falscher Kode	F62C	0.883	0.883	0.0000

## 2.3.2 Angaben zu den Kodierfehlern

### Anzahl der Kodierfehler nach Fehlertyp

	richtig	falsch	fehlend	ungerechtfertigt	unnötig	total
Hauptdiagnose	100	0	0	0	0	100
Zusatz zur HD	10	0	0	0	0	10
Nebendiagnosen	368	1	1	0	0	370
Diagnosen total	478	1	1	0	0	480
Hauptbehandlung	99	1	0	0	0	100
Nebenbehandlungen	55	0	1	0	0	56

### Anzahl der falsch kodierten Codes mit Stellenangabe

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

### Prozentsatz der Kodierfehler nach Fehlertyp

	richtig	falsch	fehlend	ungerechtfertigt	unnötig	total
Hauptdiagnose	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
Zusatz zur HD	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
Nebendiagnosen	99.5%	0.3%	0.3%	0.0%	0.0%	100.0%
Diagnosen total	99.6%	0.2%	0.2%	0.0%	0.0%	100.0%
Hauptbehandlung	99.0%	1.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
Nebenbehandlungen	98.2%	0.0%	1.8%	0.0%	0.0%	100.0%

### Prozentsatz der falsch kodierten Codes mit Stellenangabe

	falsch 1. Stelle	falsch 2. Stelle	falsch 3. Stelle	falsch 4. Stelle	falsch 5. Stelle	falsch 6. Stelle	total
Hauptdiagnose	3.3%						0.00%
Zusatz zur HD							0.00%
Nebendiagnosen					0.27%		0.27%
Diagnosen total					0.27%		0.27%
Hauptbehandlung						1.00%	1.00%
Nebenbehandlungen							0.00%

### Anzahl und Prozentsatz unspezifischer Codes an der Spitalkodierung

#### Grundgesamtheit

	Anzahl unspezifischer Codes <sup>4</sup>	Prozentsatz unspezifischer Codes
Diagnosen	1931	12.14%
Behandlungen	4	0.07%

<sup>4</sup> 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 V01I-Y84I.

### Stichprobe

	Anzahl unspezifischer Codes <sup>5</sup>	Prozentsatz unspezifischer Codes
Diagnosen	59	12.58%
Behandlungen	0	0.00%

#### 2.3.3 Zuweisung der Hauptdiagnose

Die Zuweisung der Hauptdiagnose war bei allen revidierten Fällen korrekt.

#### 2.3.4 Zuweisung der Zusatzdiagnose

Die Zuweisung der Zusatzdiagnose war bei allen revidierten Fällen korrekt.

#### 2.3.5 Zuweisung der Hauptbehandlung

Die Zuweisung der Hauptbehandlung war bei allen revidierten Fällen, ausser bei Fall 238811 (CHOP-Kode 99.25.51 statt CHOP-Kode 99.25.52) korrekt.

#### 2.3.6 Lateralität der Diagnosen und Prozeduren

Die Diagnosenlateralitäten der geprüften Falldossiers wiesen keine Fehler auf

Die Prozedurenlateralitäten der geprüften Falldossiers wiesen ebenfalls keine Fehler auf

#### 2.3.7 Ambulante Behandlung auswärts

	Anzahl	Prozentsatz
Richtig erfasst	0	0%
Falsch erfasst	0	0%
Nicht erfasst	0	0%

#### 2.3.8 Vergleich Grundgesamtheit und Stichprobe

##### Anzahl Nebendiagnosen/Patient

Anzahl Nebendiagnosen/Patient (Stichprobe)	3.69
Anzahl Nebendiagnosen/Patient (Grundgesamtheit)	3.97

##### Anzahl Behandlungen/Patient

Anzahl Nebendiagnosen/Patient (Stichprobe)	1.55
Anzahl Nebendiagnosen/Patient (Grundgesamtheit)	1.72

<sup>5</sup> 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!.

### Anzahl DRG-Fallgruppen

Anzahl DRG-Fallgruppen (Stichprobe)	68
Anzahl DRG-Fallgruppen (Grundgesamtheit)	364

### Prozentsatz Fälle mit Zusatzentgelt

Prozentsatz Fälle mit Zusatzentgelten (Stichprobe)	0%
Prozentsatz Fälle mit Zusatzentgelten (Grundgesamtheit)	0.52%

### Prozentsatz maschineller Beatmungen

Prozentsatz maschineller Beatmungen (Stichprobe)	0%
Prozentsatz maschineller Beatmungen (Grundgesamtheit)	0%

### Prozentsatz Fälle mit IPS-Behandlung

Prozentsatz IPS-Fälle (Stichprobe)	0%
Prozentsatz IPS-Fälle (Grundgesamtheit)	0%

## 2.4 Intensivmedizin

Die revidierte Organisation verfügt über keine Intensivmedizin noch über einen Intermediate Care Unit.

### 2.4.1 Abgrenzung Intensivmedizin/Intermediate Care Unit

### 2.4.2 Basisdaten Intensivmedizin

#### Maschinelle Beatmungen

	Anzahl	Prozentsatz
Richtig erfasst	Nicht vorhanden	Nicht vorhanden
Falsch erfasst	Nicht vorhanden	Nicht vorhanden
Nicht erfasst	Nicht vorhanden	Nicht vorhanden

#### NEMS

Richtig erfasst	Nicht vorhanden	Nicht vorhanden
Falsch erfasst	Nicht vorhanden	Nicht vorhanden
Nicht erfasst	Nicht vorhanden	Nicht vorhanden

#### Schweregrad

	Anzahl	Prozentsatz
Richtig erfasst	Nicht vorhanden	Nicht vorhanden
Falsch erfasst	Nicht vorhanden	Nicht vorhanden
Nicht erfasst	Nicht vorhanden	Nicht vorhanden

## 2.5 Zusatzentgelte

	Anzahl	Prozentsatz
Richtig erfasst	18	100%
Falsch erfasst	0	0%
Nicht erfasst	0	0%

## 2.6 Medikamente und Substanzen

Massgebend ist die Liste der auf Fallebene in der medizinischen Statistik erfassbaren Medikamente und Substanzen gemäss SwissDRG.

	Anzahl	Prozentsatz
Richtig erfasst	22	100%
Falsch erfasst	0	0%
Nicht erfasst	0	0%

## 2.7 DRG-Wechsel

### 2.7.1 Anzahl und Prozentsatz der Fälle mit DRG-Wechsel

	Höheres Kostengewicht nach Revision		Tieferes Kostengewicht nach Revision		Kein Einfluss auf Kostengewicht	
	Anzahl	Prozentsatz	Anzahl	Prozentsatz	Anzahl	Prozentsatz
Aufgrund Änderung Hauptdiagnose	0	0%	0	0%	0	0%
Aufgrund Änderung Nebendiagnose	0	0%	0	0%	0	0%
Aufgrund Änderung Behandlung	0	0%	0	0%	0	0%
Aufgrund sonstiger Änderungen	0	0%	0	0%	0	0%
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>

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

Differenzen	Vorlage an das BfS	Anmerkungen
	Nein	

## 2.8 Kostengewichte

### 2.8.1 Schätzung des CMI des Spitals vor und nach Revision

#### CMI des Spitals vor Revision

CMI vor der Revision	0.7651
CMI nach der Revision	0.7651
% Veränderung des CMI	0.00%

### Geschätzter CMI des Spitals nach Revision

CMI vorher	CMI nachher	Untergrenze 1	CMI Differenz 1
0.7651	0.7651	0.748727109	0

  

Obergrenze 1	Untergrenze 2	CMI Differenz 2	Obergrenze 2
0.781455367	97.86%	1	102.14%

Geschätzte Differenz des CMI des Spitals vor und nach Revision: 0

95%-Vertrauensintervall der Differenz des CMI des Spitals vor und nach Revision: 0

### 2.8.2 Kostengewichtsdifferenzen

Geschätzte Standardabweichung der Kostengewichtsdifferenzen des Spitals vor und nach Revision

Standardabweichung CW-Differenzen	
vorher	nachher
0.228965133	0.228965133

Geschätzter Anteil der Kostengewichtsdifferenzen, welche ungleich Null sind

Geschätzter Anteil der Kostengewichtsdifferenzen welche ungleich Null sind	
vorher	nachher
0	0

### 2.9 Vergleich mit früheren Revisionen

Insgesamt weist die Kodierung des Datenjahres 2017 eine sehr gute Kodierqualität sowie Abrechnungskongruenz als im Vorjahr aus. So gibt es keinen DRG-Wechsel sowie resultierend ebenso keine CMI-Differenz was als Ergebnis neben den sonstig dokumentierten Sachverhalten für sich und die deutlich verbesserte interne Leistungsqualität spricht. All dies dokumentiert ein diesjährig sehr gutes Ergebnis.

## 3 Empfehlungen

---

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

Generell sind die Austritts- und OP-Berichte sehr gut und detailliert verfasst. Dies ermöglicht dem Kodierer eine optimale Abbildung der Fälle. Ergänzend wird empfohlen, die Berichte der unterschiedlichen Fachrichtungen inhaltlich einheitlicher zu gestalten.

Die Standardisierung der Berichtsstruktur ist im Jahrestrend bereits stets verbessert worden, es wird nahegelegt, die inhaltliche Berichtsdarlegung ebenso mehr zu vereinheitlichen, was so dann insgesamt einen vorbildlichen formalen wie inhaltlichen Berichtsstandard als erlössichernde Abrechnungsgrundlage gewährleisten würde.

### 3.2 Empfehlungen für die Weiterentwicklung von SwissDRG

Siehe oben.

### 3.3 Weitere Hinweise des Revisors

Keine

## 4 Anmerkungen Spitaldirektion

---

Die Spitaldirektion hat den vorliegenden Bericht geprüft sowie am 11. April 2018 nach Klärung weniger Rückfragen freigegeben.

Locarno, den 11. April 2018



Clinica Santa Chiara  
Frau Dr. Daniela Soldati  
Direttore / Membro di CdA

## Anhang 1: Nachweise

### Verpflichtungserklärung und Unabhängigkeitsbestätigung des Revisors bezüglich Kodierrevision der Daten 2017 in der Clinica Santa Chiara

---

1. Der Revisor verpflichtet sich, die Kodierrevision auf der Grundlage des Reglements für die Durchführung der Kodierrevision unter SwissDRG, Version 1.0 vom 12.06.09 (oder aktueller) 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, den 11. April 2018

medCare Schweiz AG  
Seefeldstrasse 214  
CH-8008 Zürich  
www.medCare-schweiz.ch

.....  
medCare Schweiz AG

**Vollständigkeitserklärung der Clinica Santa Chiara bezüglich Datenlieferung  
für Kodierrevision der Daten 2017**

---

Wir bestätigen, dass dem Revisor für die Stichprobenziehung alle in der Clinica Santa Chiara nach SwissDRG fakturierten Fälle mit Austritt zwischen 1. Januar 2017 und 31. Dezember 2017 übermittelt wurden.

Locarno, den 11. April 2018



Clinica Santa Chiara  
Frau Dr. Daniela Soldati  
Direttore / Membro di CdA

## Anhang 2: Leistungsübersicht des Spitals

### Anzahl der stationär behandelten Fälle gesamte Institution

	KV	UV	MV	IV	SZ	Andere	Unbekannt	Total
Akutsomatik (SwissDRG-Fälle)	3157	94	0	11		25		3287
Wartepatienten								
Psychiatrie								
Rehabilitation								

### SwissDRG-Fälle

Nach Herkunftskanton und Versicherungsart:

Kanton	KV	UV	MV	IV	SZ	Andere	Unbekannt	Total
Aargau	3	2	0	0	0	0	0	5
Appenzell A	0	0	0	0	0	0	0	0
Appenzell I	0	0	0	0	0	0	0	0
Bern	1	1	0	0	0	0	0	2
Basel/Land	1	0	0	0	0	0	0	1
Basel/Stadt	4	0	0	0	0	0	0	4
Freiburg	0	0	0	0	0	0	0	0
Genf	1	0	0	0	0	0	0	1
Glarus	0	0	0	0	0	0	0	0
Graubünden	67	3	0	0	1	0	0	71
Jura	0	0	0	0	0	0	0	0
Luzern	2	0	0	0	0	0	0	2
Neuenburg	0	0	0	0	0	0	0	0
Nidwalden	1	0	0	0	0	0	0	1
Obwalden	0	0	0	0	0	0	0	0
St. Gallen	3	1	0	0	0	0	0	4
Schaffhausen	0	0	0	0	0	0	0	0
Solothurn	2	0	0	0	0	0	0	2
Schwyz	3	0	0	0	0	0	0	3
Thurgau	0	1	0	0	0	0	0	1
Tessin	3001	83	0	11	15	0	0	3110
Uri	0	0	0	0	0	0	0	0
Waadt	2	1	0	0	0	0	0	3
Wallis	1	0	0	0	0	0	0	1
Zug	1	0	0	0	0	0	0	1
Zürich	20	0	0	0	0	0	0	20
Ausland	44	2	0	0	9	0	0	55
<b>Total</b>	<b>3157</b>	<b>94</b>	<b>0</b>	<b>11</b>	<b>25</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>3287</b>

### Nach Ausreisserkategorie und Versicherungsart

	Normalfälle mit Verlegungsabschlag		Normalfälle ohne Verlegungsabschlag		Untere Ausreisser		Obere Ausreisser		TOTAL
KV	85	100.0%	2772	96.5%	211	89.0%	89	95.7%	3157
UV	0	0.0%	73	2.5%	17	7.2%	4	4.3%	94
MV	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0
IV	0	0.0%	11	0.4%	0	0.0%	0	0.0%	11
Selbstzahler	0	0.0%	16	0.6%	9	3.8%	0	0.0%	25
Andere	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0
Unbekannt	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0
<b>Total</b>	<b>85</b>	<b>100.0%</b>	<b>2872</b>	<b>100.0%</b>	<b>237</b>	<b>100.0%</b>	<b>93</b>	<b>100.0%</b>	<b>3287</b>

### Nach Ausreisserkategorie und Herkunftskanton

	Normalfälle mit Verlegungsabschlag		Normalfälle ohne Verlegungsabschlag		Untere Ausreisser		Obere Ausreisser		TOTAL
Aargau	1	1.2%	2	0.1%	2	0.8%	0	0.0%	5
Appenzell A	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0
Appenzell I	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0
Bern	0	0.0%	2	0.1%	0	0.0%	0	0.0%	2
Basel/Land	0	0.0%	0	0.0%	1	0.4%	0	0.0%	1
Basel/Stadt	2	2.4%	1	0.0%	1	0.4%	0	0.0%	4
Freiburg	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0
Genf	0	0.0%	0	0.0%	1	0.4%	0	0.0%	1
Glarus	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0
Graubünden	2	2.4%	60	2.1%	3	1.3%	6	6.5%	71
Jura	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0
Luzern	0	0.0%	0	0.0%	2	0.8%	0	0.0%	2
Neuenburg	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0
Nidwalden	0	0.0%	1	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1
Obwalden	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0
St. Gallen	0	0.0%	3	0.1%	1	0.4%	0	0.0%	4
Schaffhausen	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0
Solothurn	2	2.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2
Schwyz	0	0.0%	3	0.1%	0	0.0%	0	0.0%	3
Thurgau	0	0.0%	0	0.0%	1	0.4%	0	0.0%	1
Tessin	73	85.9%	2745	95.6%	206	86.9%	86	92.5%	3110
Uri	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0
Waadt	0	0.0%	3	0.1%	0	0.0%	0	0.0%	3
Wallis	0	0.0%	1	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1
Zug	0	0.0%	0	0.0%	1	0.4%	0	0.0%	1
Zürich	4	4.7%	11	0.4%	5	2.1%	0	0.0%	20
Ausland	1	1.2%	40	1.4%	13	5.5%	1	1.1%	55
<b>Total</b>	<b>85</b>	<b>100.0%</b>	<b>2872</b>	<b>100.0%</b>	<b>237</b>	<b>100.0%</b>	<b>93</b>	<b>100.0%</b>	<b>3287</b>

## CMI

### Nach Ausreisserkategorie und Versicherungsart

	Normalfälle mit Verlegungsabschlag	Normalfälle ohne Verlegungsabschlag	Untere Ausreisser	Obere Ausreisser	TOTAL
KV	0.6209	0.7846	0.3731	1.1353	0.7626
UV	0	0.8475	0.3341	1.091	0.765
MV	0	0	0	0	0
IV	0	1.3755	0	0	1.3755
Selbstzahler	0	0.9655	0.5354	0	0.8107
Andere	0	0	0	0	0
Unbekannt	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>0.6209</b>	<b>0.7895</b>	<b>0.3764</b>	<b>1.1334</b>	<b>0.7651</b>

### Nach Ausreisserkategorie und Herkunftskanton

	Normalfälle mit Verlegungsabschlag	Normalfälle ohne Verlegungsabschlag	Untere Ausreisser	Obere Ausreisser	TOTAL
Aargau	0.2696	1.1835	0.27	0	0.6353
Appenzell A	0	0	0	0	0
Appenzell I	0	0	0	0	0
Bern	0	0.61	0	0	0.61
Basel/Land	0	0	0.341	0	0.341
Basel/Stadt	0.5104	0.443	0.244	0	0.4269
Freiburg	0	0	0	0	0
Genf	0	0	0.266	0	0.266
Glarus	0	0	0	0	0
Graubünden	0.2853	0.9223	0.2923	0.9958	0.8839
Jura	0	0	0	0	0
Luzern	0	0	0.2705	0	0.2705
Neuenburg	0	0	0	0	0
Nidwalden	0	0.559	0	0	0.559
Obwalden	0	0	0	0	0
St. Gallen	0	0.5313	0.256	0	0.4625
Schaffhausen	0	0	0	0	0
Solothurn	0.3635	0	0	0	0.3635
Schwyz	0	0.7543	0	0	0.7543
Thurgau	0	0	0.265	0	0.265
Tessin	0.653	0.7885	0.3876	1.1429	0.7685
Uri	0	0	0	0	0
Waadt	0	0.6043	0	0	0.6043
Wallis	0	1.092	0	0	1.092
Zug	0	0	0.257	0	0.257
Zürich	0.4371	0.6795	0.2574	0	0.5255
Ausland	0.771	0.723	0.3452	1.138	0.6421
<b>Total</b>	<b>0.6209</b>	<b>0.7895</b>	<b>0.3764</b>	<b>1.1334</b>	<b>0.7651</b>

## Anzahl Zusatzentgelte

Zusatzentgelt	Bezeichnung	Betrag	KV	UV	MV	IV	Selbstzahler	Andere	Unbekannt	Total
ZE-2017-07.01	Pemetrexed. 600 mg bis unter 700 mg	1'156.05	2							2'312.10
ZE-2017-10.01	Cetuximab.	794.45	5							3'972.25
ZE-2017-11.02	Bevacizumab. 250 mg bis unter 350 mg	1'148.80	1							1'148.80
ZE-2017-15.01	Voriconazol.	287.40	5							1'437.00
ZE-2017-28.01	Human-Immunglobulin gegen Hepatitis-B. 1000 U bis unter 2000 U	1'162.00	1							1'162.00
ZE-2017-52.01	Human-Immunglobulin, polyvalent.	181.95	1							181.95
ZE-2017-62.01	Rituximab.	655.90	2							1'311.80
ZE-2017-64.02	Trastuzumab. 150 mg bis unter 200 mg	802.80	1							802.8
Total			18							12'328.70

## Anzahl und Prozentsatz der Fälle, welche in die BasisDRGs 901, 902, 960, 961, 962 und 963 gruppiert wurden

DRG	Anzahl	Prozentsatz
901	1	0.03%
902	1	0.03%
906	0	0.00%
961	0	0.00%
962	0	0.00%
963	0	0.00%

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

Anzahl Langlieger in der Grundgesamtheit	93
Prozentsatz Langlieger ohne Nebendiagnose und Prozedur und mit PCCL ≤ 2 in der Grundgesamtheit	0

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

Anzahl Fälle mit über 5 Tagen Aufenthaltsdauer in der Grundgesamtheit	848
Prozentsatz der Fälle mit über 5 Tagen Aufenthaltsdauer und mit R-Hauptdiagnosekode in der Grundgesamtheit	0.73%