

# **Revisionsbericht<sup>1</sup>**

## **Revision der Daten 2018**

### **Im Spital Clinica Santa Chiara**

Version 7.0

---

<sup>1</sup> Konkretisierung des statistischen Teils und der Beurteilungskriterien



# Inhaltsverzeichnis

<b>ZUSAMMENFASSUNG .....</b>	<b>5</b>
<b>REVISIONSERGEBNISSE IM ÜBERBLICK .....</b>	<b>5</b>
<b>KENNZAHLENVERGLEICH GRUNDGESAMTHEIT UND STICHPROBE .....</b>	<b>5</b>
<b>1 DURCHFÜHRUNG DER REVISION.....</b>	<b>6</b>
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
1.6 UNABHÄNGIGKEIT DES REVISORS.....	6
1.7 BEMERKUNGEN .....	6
<b>2 FESTSTELLUNGEN .....</b>	<b>7</b>
2.1 GENERELLE FESTSTELLUNGEN .....	7
2.2 ADMINISTRATIVE GRUNDLAGEN.....	7
2.2.1 PATIENTENDOSSIER .....	7
2.2.2 ADMINISTRATIVE FALLDATEN .....	7
2.2.3 FALLKOMBINATIONSFehler (FALLSPLITT, FALLZUSAMMENFÜHRUNG) .....	8
2.2.4 KONGRUENZ DER RECHNUNGSSTELLUNG.....	8
2.3 DIAGNOSEN UND BEHANDLUNGEN.....	8
2.3.1 FESTGESTELLTE FEHLER.....	8
2.3.2 ANGABEN ZU DEN KODIERFEHLERN.....	9
2.3.3 ZUWEISUNG DER HAUPTDIAGNOSE.....	10
2.3.4 ZUWEISUNG DER ZUSATZDIAGNOSE .....	10
2.3.5 ZUWEISUNG DER HAUPTBEHANDLUNG .....	10
2.3.6 LATERALITÄT DER DIAGNOSEN UND PROZEDUREN .....	10
2.3.7 EXTERNE AMBULANTE LEISTUNGEN.....	10
2.3.8 VERGLEICH GRUNDGESAMTHEIT UND STICHPROBE .....	11
2.4 INTENSIVMEDIZIN .....	12
2.4.1 ABGRENZUNG INTENSIVMEDIZIN/INTERMEDIATE CARE UNIT .....	12
2.4.2 BASISDATEN INTERMEDIATE CARE UNIT .....	12
2.4.3 BASISDATEN INTENSIVMEDIZIN.....	12
2.5 ZUSATZENTGELTE .....	13
2.6 MEDIKAMENTE UND SUBSTANZEN .....	13
2.7 DRG-WECHSEL .....	13
2.7.1 ANZAHL UND PROZENTSATZ DER FÄLLE MIT DRG-WECHSEL .....	13
2.7.2 DIFFERENZEN MIT/OHNE VORLAGE AN DAS BFS.....	14
2.8 KOSTENGEWICHTE .....	14
2.8.1 SCHÄTZUNG DES CMI DES SPITALS VOR UND NACH REVISION .....	14
2.8.2 KOSTENGEWICHTSDIFFERENZEN .....	14

2.9	VERGLEICH MIT FRÜHEREN REVISIONEN .....	15
<b>3</b>	<b><u>EMPFEHLUNGEN</u></b> .....	<b>16</b>
3.1	EMPFEHLUNGEN FÜR DIE VERBESSERUNG DER KODIERUNG IM SPITAL.....	16
3.2	EMPFEHLUNGEN FÜR DIE WEITERENTWICKLUNG VON SWISSDRG .....	16
3.3	WEITERE HINWEISE DES REVISORS .....	16
<b>4</b>	<b><u>ANMERKUNGEN SPITALDIREKTION</u></b> .....	<b>17</b>

## Zusammenfassung

### Revisionsergebnisse im Überblick

Stichprobengrösse	100	
CMI des Spitals vor Revision (Grundgesamtheit)	0.7652	
Geschätzter CMI des Spitals nach Revision (Stichprobe) <sup>2</sup>	0.7655	
Statistische Signifikanz der Abweichung des CMI vor und nach Revision	nein	
Geschätzte Differenz des CMI des Spitals vor und nach Revision	-0.0003	0.0%
Revidierte Fälle mit DRG-Wechsel	1	1.0%
Richtige Hauptdiagnosen <sup>3</sup>	98	98.0%
Richtiger Zusatz zur Hauptdiagnose <sup>3</sup>	11	100.0%
Richtige Nebendiagnosen	402	95.5%
Richtige Hauptbehandlungen <sup>3</sup>	100	100.0%
Richtige Nebenbehandlungen	61	95.3%
Revidierte Fälle mit richtigen Basisdaten Intensivmedizin	0	0.0%
Revidierte Fälle mit richtigem Basisdatensatz Intermediate Care Unit	0	0.0%
Richtige Zusatzentgelte	1	100.0%
Richtige Medikamente und Substanzen	1	100.0%
Beanstandete Fallzusammenführungen	0	0.0%
Fehlende Krankengeschichten	0	0.0%
Richtig erfasste externe ambulante Leistungen	0	0.0%

### Kennzahlenvergleich Grundgesamtheit und Stichprobe<sup>4,5</sup>

	Grundgesamtheit		Stichprobe	
Fälle mit Zusatzentgelt	26	0.81%	1	1.00%
Fälle mit erfassten Beatmungen	0	0.00%	0	0.00%
Fälle mit IPS-Aufenthalt	0	0.00%	0	0.00%
Fälle mit IMCU-Aufenthalt	0	0.00%	0	0.00%
Fälle mit externen ambulanten Leistungen	0	0.00%	0	0.00%
CMI	0.7652			
Zusatzentgelte	26		0.81%	

<sup>2</sup> Bei einer gewichteten Stichprobe (dies gilt auch für geschichtete Stichprobenziehungen, bei welchen die Fälle nicht mit gleicher Wahrscheinlichkeit in die Stichprobe aufgenommen werden) muss der gewichtete Schätzer ausgewiesen werden.

<sup>3</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>4</sup> Die Angaben beziehen sich jeweils auf die Daten vor Revision (z.B. CMI: es werden die effektiven Kostengewichte vor Revision betrachtet).

<sup>5</sup> Falls eine gewichtete Stichprobenziehung durchgeführt wurde (dies gilt auch für geschichtete Stichprobenziehungen, bei welchen die Fälle nicht mit gleicher Wahrscheinlichkeit in die Stichprobe aufgenommen werden), so sind sowohl die gewichteten als auch die ungewichteten Werte auszuweisen.

# 1 Durchführung der Revision

---

## 1.1 Berichtsperiode

Die Berichtsperiode beginnt zum 01. Januar 2018 und endet am 31. Dezember 2018.

## 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 9
3. Durchführung der Stichprobenziehung	KW 10
4. Vor Ort Kodierrevision	KW 11
5. Nachbereitung	KW 14
6. Berichtsverfassung	KW 15
7. Abschlussabstimmung	KW 16

## 1.5 Qualifikation des Revisors

Frau Helena Santacatterina und Herr Uwe Höhnel sind zwei langjährig erfahrene Kodierexperten und verfügen über den eidgenössischen Fachausweis der medizinischen Kodierung bzw. gültige Äquivalente dessen. Sie entsprechen 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

Beide Revisoren sind unabhängig von der revidierten Organisation im Sinne der Definition dessen vom Bundesamt für Statistik.

## 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<sup>6,7</sup>

### 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

##### Prozentsatz 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 / Fehlen von Einzeldokumenten</b>	Gut, die Dossiers sind vollständig, so konnte die Revision ohne Rückfragen bzw. Nachbearbeitungsaufwand durchgeführt werden.

#### 2.2.2 Administrative Falldaten

Fehler bei:	Anzahl	Prozentsatz
Eintrittsart	1	1.00%
Einweisende Instanz	0	0.00%
Aufenthaltort vor Eintritt	0	0.00%
Wechsel Aufenthaltsart (ambulant, stationär, Rehabilitation, Psychiatrie)	0	0.00%
Entscheid für Austritt	0	0.00%
Aufenthalt nach Austritt	1	1.00%
Behandlung nach Austritt	2	2.00%
Verweildauer	0	0.00%
Administrativer Urlaub	0	0.00%
Grund Wiedereintritt	0	0.00%
Neugeborenenendatensatz	0	0.00%
Aufnahmegewicht	0	0.00%

<sup>6</sup> Falls eine gewichtete Stichprobenziehung durchgeführt wurde (dies gilt auch für geschichtete Stichprobenziehungen, bei welchen die Fälle nicht mit gleicher Wahrscheinlichkeit in die Stichprobe aufgenommen werden) müssen die Resultate in Kapitel 2.3.8 gewichtet und ungewichtet ausgewiesen werden.

<sup>7</sup> Die Anzahl bzw. der Prozentsatz in den Kapiteln 2.2.2 Administrative Falldaten, 2.3 Diagnosen und Behandlungen, 2.4 Intensivmedizin, 2.5 Zusatzentgelte, 2.6 Medikamente und Substanzen, 2.7 DRG-Wechsel bezieht sich auf die Fälle der Stichprobe

## 2.2.3 Fallkombinationsfehler (Fallsplitt, Fallzusammenführung)

### Festgestellte Fehler

Fehlertyp	DRG-Nr.	Kostengewicht des Spitals	Kostengewicht des Revisors	Kostengewichtsdifferenz
keine				

### 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	243601	0.515	0.515	0
Fehlender Kode	245183	0.7	0.7	0
Fehlender Kode	245183	0.7	0.7	0
Ungerechtfertigter Kode	245183	0.7	0.7	0
Falscher Kode	245236	2.007	2.957	0.95
Falscher Kode	245236	2.007	2.957	0.95
Ungerechtfertigter Kode	245236	2.007	2.957	0.95
Fehlender Kode	246515	0.607	0.607	0
Fehlender Kode	248179	1.344	1.344	0
Fehlender Kode	248179	1.344	1.344	0
Fehlender Kode	248179	1.344	1.344	0
Fehlender Kode	247833	1.866	1.866	0
Falscher Kode	249467	3.015	3.015	0
Fehlender Kode	249467	3.015	3.015	0
Fehlender Kode	254390	1.018	1.018	0
Fehlender Kode	254753	1.128	1.128	0
Fehlender Kode	257909	0.621	0.621	0

Fehlender Kode	257909	0.621	0.621	0
Falscher Kode	262735	0.514	0.514	0
Fehlender Kode	264467	1.947	1.947	0
Falscher Kode	264467	1.947	1.947	0
Falscher Kode	264467	1.947	1.947	0
Falscher Kode	265070	0.865	0.865	0
Fehlender Kode	267515	0.754	0.754	0
Fehlender Kode	267515	0.754	0.754	0
Falscher Kode	267693	0.531	0.531	0
Unnötiger Kode	271331	0.625	0.625	0
Ungerechtfertigter Kode	271981	0.613	0.613	0

### 2.3.2 Angaben zu den Kodierfehlern

#### Anzahl der Kodierfehler nach Fehlertyp

	richtig	falsch	fehlend	ungerechtfertigt	unnötig	total
Hauptdiagnose	98	2	0	0	0	100
Zusatz zur HD	11	0	0	0	0	11
Nebendiagnosen	402	7	12	3	1	425
Diagnosen total	510	9	13	3	1	536
Hauptbehandlung	100	0	0	0	0	100
Nebenbehandlungen	61	0	3	0	0	64

#### Anzahl der falsch kodierten Kodes mit Stellenangabe

	falsch 1. Stelle	falsch 2. Stelle	falsch 3. Stelle	falsch 4. Stelle	falsch 5. Stelle	falsch 6. Stelle	total
Hauptdiagnose			1	1			2
Zusatz zur HD							0
Nebendiagnosen	4	1	4	2			11
Diagnosen total							0
Hauptbehandlung							0
Nebenbehandlungen			1	1			2

#### Prozentsatz der Kodierfehler nach Fehlertyp

	richtig	falsch	fehlend	ungerechtfertigt	unnötig	total
Hauptdiagnose	98.00%	2.00%	0.00%	0.00%	0.00%	100.00%
Zusatz zur HD	100.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	100.00%
Nebendiagnosen	94.59%	1.65%	2.82%	0.00%	0.24%	100.00%
Diagnosen total	95.15%	1.68%	2.43%	0.56%	0.19%	100.00%
Hauptbehandlung	100.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	100.00%
Nebenbehandlungen	95.31%	0.00%	4.69%	0.00%	0.00%	100.00%

## Prozentsatz der falsch kodierten Kodes mit Stellenangabe

	falsch 1. Stelle	falsch 2. Stelle	falsch 3. Stelle	falsch 4. Stelle	falsch 5. Stelle	falsch 6. Stelle	total
Hauptdiagnose			1.00%	1.00%			2.00%
Zusatz zur HD							0.00%
Nebendiagnosen	0.94%	0.24%	0.94%	0.47%			2.59%
Diagnosen total							0.00%
Hauptbehandlung							0.00%
Nebenbehandlungen			1.00%	1.00%			2.00%

### 2.3.3 Zuweisung der Hauptdiagnose

Die Zuweisung der Hauptdiagnose war bei allen revidierten Fällen korrekt, ausser bei den folgenden Fällen:

Fallnummer	Kode Klinik	Kode Revision
245236	C180	C182
264467	M161	M171

### 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 korrekt.

### 2.3.6 Lateralität der Diagnosen und Prozeduren

Die Lateralitäten der Diagnose- bzw. Prozedurenkodes der geprüften Falldossiers wiesen keine Fehler auf, ausser im folgenden Fall:

Fallnummer	Kode-Nr.	Kode Klinik	Seite	Kode Revision	Seite
245236	ICD005	J948	links	J9580	rechts

### 2.3.7 Externe ambulante Leistungen

	Anzahl	Prozentsatz
Richtig erfasst	1	100%
Falsch erfasst	0	0%
Nicht erfasst	0	0%

### 2.3.8 Vergleich Grundgesamtheit und Stichprobe<sup>8,9,10</sup>

#### CMI

CMI der Stichprobe, ungewichtet	0.7655
CMI der Stichprobe, gewichtet	0.7655
CMI der Grundgesamtheit	0.7652

#### Anzahl und Prozentsatz unspezifischer Codes an der Spalkodierung

	unspezifische Codes <sup>11</sup> der Grundgesamtheit		unspezifische Codes der Stichprobe	
Diagnosen	2153	13.87%	72	14.04%
Behandlungen	9	0.17%	0	0.00%

#### Anzahl Nebendiagnosen/Patient

Anzahl Nebendiagnosen/Patient (Stichprobe)	4.13
Anzahl Nebendiagnosen/Patient (Grundgesamtheit)	3.97

#### Anzahl Behandlungen/Patient

Anzahl Behandlungen/Patient (Stichprobe)	1.61
Anzahl Behandlungen/Patient (Grundgesamtheit)	1.64

#### Anzahl DRG-Fallgruppen

Anzahl DRG-Fallgruppen (Stichprobe)	72
Anzahl DRG-Fallgruppen (Grundgesamtheit)	385

#### Anzahl Zusatzentgelte und Anzahl und Prozentsatz Fälle mit Zusatzentgelt

Zusatzentgelte (Stichprobe)	1	
Zusatzentgelte (Grundgesamtheit)	20	
Fälle mit Zusatzentgelten (Stichprobe)	1	1.00%
Fälle mit Zusatzentgelten (Grundgesamtheit)	26	0.81%

#### Anzahl und Prozentsatz Fälle mit erfassten Beatmungen

Fälle mit erfassten Beatmungen (Stichprobe)	0	0.00%
Fälle mit erfassten Beatmungen (Grundgesamtheit)	0	0.00%

#### Anzahl und Prozentsatz Fälle mit ICMU-Behandlung

<sup>8</sup> Angaben beziehen sich jeweils auf nicht revidierte Daten.

<sup>9</sup> Die Angaben beziehen sich jeweils auf die Daten vor Revision (z.B. CMI: es werden die effektiven Kostengewichte vor Revision betrachtet).

<sup>10</sup> Falls eine gewichtete Stichprobenziehung durchgeführt wurde (dies gilt auch für geschichtete Stichprobenziehungen, bei welchen die Fälle nicht mit gleicher Wahrscheinlichkeit in die Stichprobe aufgenommen werden) so sind sowohl die gewichteten als auch die ungewichteten Werte auszuweisen.

<sup>11</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 Kodes V01!-Y84!.

Fälle mit IPS-Fälle (Stichprobe)	0	0.00%
Fälle mit IPS-Fälle (Grundgesamtheit)	0	0.00%

#### Anzahl und Prozentsatz Fälle mit IPS-Behandlung

Fälle mit IMCU-Aufenthalt (Stichprobe)	0	0.00%
Fälle mit IMCU-Aufenthalt (Grundgesamtheit)	0	0.00%

#### Anzahl und Prozentsatz Fälle mit externen ambulanten Leistungen

Fälle mit externen ambulanten Leistungen (Stichprobe)	1	1.00%
Fälle mit externen ambulanten Leistungen (Grundgesamtheit)	13	0.41%

## 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 Intermediate Care Unit

#### NEMS

	Anzahl	Prozentsatz
Richtig erfasst	0	0.0%
Falsch erfasst	0	0.0%
Nicht erfasst	0	0.0%

#### Schweregrad

	Anzahl	Prozentsatz
Richtig erfasst	0	0.0%
Falsch erfasst	0	0.0%
Nicht erfasst	0	0.0%

Revidierte Fälle mit richtigen Basisdaten Intermediate Care Unit	0	0.00%
--	---	-------

### 2.4.3 Basisdaten Intensivmedizin

#### Maschinelle Beatmungen

	Anzahl	Prozentsatz
Richtig erfasst	0	0.0%
Falsch erfasst	0	0.0%
Nicht erfasst	0	0.0%

## NEMS

	Anzahl	Prozentsatz
Richtig erfasst	0	0.0%
Falsch erfasst	0	0.0%
Nicht erfasst	0	0.0%

## Schweregrad

	Anzahl	Prozentsatz
Richtig erfasst	0	0.0%
Falsch erfasst	0	0.0%
Nicht erfasst	0	0.0%

Revidierte Fälle mit richtigen Basisdaten Intensivmedizin	0	0.00%
---	---	-------

## 2.5 Zusatzentgelte

	Anzahl	Prozentsatz
Richtig erfasst	1	100.0%
Falsch erfasst	0	0.0%
Nicht erfasst	0	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	1	100.0%
Falsch erfasst	0	0.0%
Nicht erfasst	0	0.0%

Angaben zur Art des Fehlers (Dosiseinheit, Verabreichungsart, usw.).

## 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	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%
Aufgrund Änderung Nebendiagnose	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Aufgrund Änderung Behandlung	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Aufgrund sonstiger Änderungen	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>100.0%</b>	<b>0</b>	<b>0.0%</b>	<b>0</b>	<b>0.0%</b>

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

Differenzen	Vorlage an das BfS	Anmerkungen
	Nein	

## 2.8 Kostengewichte<sup>12</sup>

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

CMI des Spitals vor Revision (Grundgesamtheit)

CMI vor der Revision:	0.7652
-----------------------	--------

Geschätzter CMI des Spitals nach Revision (Stichprobe)

CMI nach der Revision:	0.7655
------------------------	--------

Geschätzte Differenz des CMI des Spitals vor und nach Revision:

CMI Differenz vor und nach Revision:	-0.0003
--------------------------------------	---------

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

95%-Vertrauensintervall:	0.489772916
--------------------------	-------------

### 2.8.2 Kostengewichtsdifferenzen

Geschätzte Standardabweichung der Kostengewichtsdifferenzen des Spitals vor und nach Revision

<b>Standardabweichung CW-Differenzen</b>
-0.025639309

Geschätzter Prozentsatz der Kostengewichtsdifferenzen, welche ungleich Null sind

<b>Geschätzte Prozentsatz der Kostengewichtsdifferenzen welche ungleich Null sind</b>
0.00%

<sup>12</sup> Bei einer gewichteten Stichprobe (dies gilt auch für geschichtete Stichprobenziehungen, bei welchen die Fälle nicht mit gleicher Wahrscheinlichkeit in die Stichprobe aufgenommen werden) muss der gewichtete Schätzer ausgewiesen werden.

## 2.9 Vergleich mit früheren Revisionen

Insgesamt weist die Kodierung des Datenjahres 2018 eine sehr gute Kodierqualität sowie Abrechnungskongruenz als im Vorjahr aus. Es gab nur einen Fall mit DRG-Wechsel mit einer CW-Erhöhung zugunsten der Klinik. 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 15. April 2019 nach Klärung weniger Rückfragen freigegeben.

Locarno, den 15. April 2019

.....

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

## Anhang 1: Nachweise

### Verpflichtungserklärung und Unabhängigkeitsbestätigung des Revisors bezüglich Kodierrevision der Daten 2018 in der Clinica Santa Chiara

---

1. Die Revisoren verpflichten 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. Die Revisoren verpflichten sich, die während der Prüfungstätigkeit in Erfahrung gebrachten Inhalte gegenüber Dritten dauerhaft vertraulich zu behandeln und die Ergebnisse nicht weiterzuverwenden.
3. Die Revisoren verpflichten sich, die Anonymität der Patientendaten im Rahmen der Übermittlung der Revisionsdatensätze jederzeit sicherzustellen, so dass kein Rückschluss auf die Patientenidentität möglich ist.
4. Die Revisoren bestätigen ihre Unabhängigkeit vom revidierten Spital. Sie bestätigen insbesondere, dass sie während der Revisionsperiode und während der Dauer der Revision nicht als Kodierer im revidierten Spital tätig waren 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 15. April 2019

.....

medCare Schweiz AG

**Vollständigkeitserklärung der Clinica Santa Chiara bezüglich Datenlieferung  
für Kodierrevision der Daten 2018**

---

Wir bestätigen, dass dem Revisor für die Stichprobenziehung alle in der Clinica Santa Chiara nach SwissDRG fakturierten Fälle mit Austritt zwischen 1. Januar 2018 und 31. Dezember 2018 übermittelt wurden.

Locarno, den 15. April 2019

.....

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 <sup>13</sup>	Andere	Unbekannt	Total
Akutsomatik (SwissDRG-Fälle)	3112	61	4	4	18	0	0	3199
Wartepatienten								
Psychiatrie								
Rehabilitation								

### SwissDRG-Fälle

Nach Herkunftskanton und Versicherungsart:

Kanton	KV	UV	MV	IV	SZ <sup>13</sup>	Andere	Unbekannt	Total
Aargau	4	0	0	0	0	0	0	4
Appenzell A	0	0	0	0	0	0	0	0
Appenzell I	0	0	0	0	0	0	0	0
Bern	5	0	0	0	0	0	0	5
Basel/Land	3	0	0	0	0	0	0	3
Basel/Stadt	0	1	0	0	0	0	0	1
Freiburg	2	2	0	0	0	0	0	4
Genf	2	0	0	0	0	0	0	2
Glarus	0	0	0	0	0	0	0	0
Graubünden	61	1	0	0	0	0	0	62
Jura	0	0	0	0	0	0	0	0
Luzern	3	0	0	0	0	0	0	3
Neuenburg	1	0	0	0	0	0	0	1
Nidwalden	2	0	0	0	0	0	0	2
Obwalden	0	0	0	0	0	0	0	0
St. Gallen	2	0	0	0	0	0	0	2
Schaffhausen	1	0	0	0	0	0	0	1
Solothurn	1	1	0	0	0	0	0	2
Schwyz	4	0	0	0	0	0	0	4
Thurgau	2	1	0	0	0	0	0	3
Tessin	2944	51	4	4	10	0	0	3013
Uri	1	0	0	0	0	0	0	1
Waadt	2	0	0	0	0	0	0	2
Wallis	0	0	0	0	0	0	0	0
Zug	6	0	0	0	0	0	0	6
Zürich	28	1	0	0	0	0	0	29
Ausland	38	3	0	0	8	0	0	49
<b>Total</b>	<b>3112</b>	<b>61</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>18</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>3199</b>

<sup>13</sup> SZ = Selbstzahler

### Nach Ausreisserkategorie und Versicherungsart

	Normalfälle mit Verlegungsabschlag		Normalfälle ohne Verlegungsabschlag		Untere Ausreisser		Obere Ausreisser		TOTAL
KV	58	100.0%	2747	97.8%	218	90.1%	88	98.9%	3112
UV	0	0.0%	44	1.6%	16	6.6%	1	1.1%	61
MV	0	0.0%	4	0.1%	0	0.0%	0	0.0%	4
IV	0	0.0%	4	0.1%	0	0.0%	0	0.0%	4
SZ <sup>13</sup>	0	0.0%	10	0.4%	8	3.3%	0	0.0%	18
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>58</b>	<b>100.0%</b>	<b>2809</b>	<b>100.0%</b>	<b>242</b>	<b>100.0%</b>	<b>89</b>	<b>100.0%</b>	<b>3199</b>

### Nach Ausreisserkategorie und Herkunftskanton

	Normalfälle mit Verlegungsabschlag		Normalfälle ohne Verlegungsabschlag		Untere Ausreisser		Obere Ausreisser		TOTAL
Aargau	0	0.0%	3	0.1%	1	0.4%	0	0.0%	4
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%	3	0.1%	2	0.8%	0	0.0%	5
Basel/Land	0	0.0%	3	0.1%	0	0.0%	0	0.0%	3
Basel/Stadt	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	1.1%	1
Freiburg	0	0.0%	2	0.1%	2	0.8%	0	0.0%	4
Genf	0	0.0%	2	0.1%	0	0.0%	0	0.0%	2
Glarus	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0
Graubünden	1	1.7%	61	2.2%	0	0.0%	0	0.0%	62
Jura	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0
Luzern	0	0.0%	1	0.0%	2	0.8%	0	0.0%	3
Neuenburg	0	0.0%	1	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1
Nidwalden	0	0.0%	2	0.1%	0	0.0%	0	0.0%	2
Obwalden	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0
St. Gallen	0	0.0%	2	0.1%	0	0.0%	0	0.0%	2
Schaffhausen	0	0.0%	0	0.0%	1	0.4%	0	0.0%	1
Solothurn	0	0.0%	1	0.0%	1	0.4%	0	0.0%	2
Schwyz	0	0.0%	3	0.1%	1	0.4%	0	0.0%	4
Thurgau	0	0.0%	2	0.1%	1	0.4%	0	0.0%	3
Tessin	53	91.4%	2652	94.4%	219	90.5%	88	98.9%	3013
Uri	0	0.0%	0	0.0%	1	0.4%	0	0.0%	1
Waadt	1	1.7%	0	0.0%	1	0.4%	0	0.0%	2
Wallis	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0
Zug	0	0.0%	6	0.2%	0	0.0%	0	0.0%	6
Zürich	1	1.7%	21	0.7%	7	2.9%	0	0.0%	29
Ausland	2	3.4%	44	1.6%	3	1.2%	0	0.0%	49
<b>Total</b>	<b>58</b>	<b>100.0%</b>	<b>2809</b>	<b>100.0%</b>	<b>242</b>	<b>100.0%</b>	<b>89</b>	<b>100.0%</b>	<b>3199</b>

## CMI

### Nach Ausreisserkategorie und Versicherungsart

	Normalfälle mit Verlegungsabschlag	Normalfälle ohne Verlegungsabschlag	Untere Ausreisser	Obere Ausreisser	TOTAL
KV	0.5077	0.7847	0.4289	1.2052	0.7662
UV	0	0.817	0.5164	0.692	0.7361
MV	0	0.6878	0	0	0.6878
IV	0	0.4425	0	0	0.4425
Selbstzahler	0	0.8873	0.6198	0	0.7684
Andere	0	0	0	0	0
Unbekannt	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>0.5077</b>	<b>0.7849</b>	<b>0.441</b>	<b>1.1995</b>	<b>0.7652</b>

### Nach Ausreisserkategorie und Herkunftskanton

	Normalfälle mit Verlegungsabschlag	Normalfälle ohne Verlegungsabschlag	Untere Ausreisser	Obere Ausreisser	TOTAL
Aargau	0	0.5727	0.328	0	0.5115
Appenzell A	0	0	0	0	0
Appenzell I	0	0	0	0	0
Bern	0	0.7213	0.2375	0	0.5278
Basel/Land	0	0.4933	0	0	0.4933
Basel/Stadt	0	0	0	0.692	0.692
Freiburg	0	0.5365	0.326	0	0.4312
Genf	0	1.1575	0	0	1.1575
Glarus	0	0	0	0	0
Graubünden	1.4548	0.9046	0	0	0.9134
Jura	0	0	0	0	0
Luzern	0	0.283	0.2485	0	0.26
Neuenburg	0	0.858	0	0	0.858
Nidwalden	0	0.78	0	0	0.78
Obwalden	0	0	0	0	0
St. Gallen	0	0.4925	0	0	0.4925
Schaffhausen	0	0	0.251	0	0.251
Solothurn	0	0.514	0.276	0	0.395
Schwyz	0	1.0013	1.051	0	1.0138
Thurgau	0	0.62	0.276	0	0.5053
Tessin	0.4973	0.7868	0.4513	1.2052	0.7692
Uri	0	0	0.276	0	0.276
Waadt	0.4848	0	0.247	0	0.3659
Wallis	0	0	0	0	0
Zug	0	0.728	0	0	0.728
Zürich	0.6306	0.5725	0.3139	0	0.5121
Ausland	0.261	0.6724	0.448	0	0.6419
<b>Total</b>	<b>0.5077</b>	<b>0.7849</b>	<b>0.441</b>	<b>1.1995</b>	<b>0.7652</b>

## Anzahl Zusatzentgelte

Zusatzentgelt	Bezeichnung	Betrag	KV	UV	MV	IV	Selbstzahler	Andere	Unbekannt	Total
ZE-2018-01.01	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	431.02	9							3'879.18
ZE-2018-07.01	Pemetrexed	897.30	1							897.30
ZE-2018-108.01	Inhalationsanästhesie	774.95	2							1'549.90
ZE-2018-110.01	Transfusion von Thrombozytenkonzentraten, 2 Konzentrate	2'301.76	1							2'301.76
ZE-2018-110.03	Transfusion von Thrombozytenkonzentraten, 4 Konzentrate	4'603.53	1							4'603.53
ZE-2018-14.01	Liposomales Amphotericin B	601.35	1							601.35
ZE-2018-14.02	Liposomales Amphotericin B	929.35	1							929.35
ZE-2018-15.01	Voriconazol	287.40	2							574.80
ZE-2018-15.02	Voriconazol	444.15	2							888.30
ZE-2018-15.03	Voriconazol	627.00	2							1'254.00
ZE-2018-16.02	Voriconazol	664.70	2							1'329.40
ZE-2018-16.04	Voriconazol	1'196.45	2							2'392.90
ZE-2018-16.05	Voriconazol	1'462.35	1							1'462.35
ZE-2018-16.06	Voriconazol	1'861.15	1							1'861.15
ZE-2018-16.07	Voriconazol	2'392.90	1							2'392.90
ZE-2018-20.01	Transfusion von Erythrozytenkonzentrat, 6 TE bis 10 TE	1'700.00	1							1'700.00
ZE-2018-20.02	Transfusion von Erythrozytenkonzentrat, 11 TE bis 15 TE	2'762.50	1							2'762.50
ZE-2018-24.17	Endoskopische Einlage oder Wechsel von selbstexpandierendem, nicht beschichtetem, Stent in den Gallengang, 1 Stent	1'142.70	1							1'142.70

ZE-2018-52.04	Human-Immunglobulin, polyvalent	970.25	1								970.25
ZE-2018-62.05	Rituximab	1'967.65	1								1'967.65
<b>Total</b>			<b>34</b>	<b>0</b>	<b>28'018.46</b>						

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

DRG	Anzahl	Prozentsatz
901	2	0.06%
902	3	0.09%
906	0	0.00%
961	0	0.00%
962	0	0.00%
963	2	0.06%

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

Anzahl Langlieger in der Grundgesamtheit	89
Prozentsatz Langlieger ohne Nebendiagnose und Prozedur und mit PCCL ≤ 2 in der Grundgesamtheit	0.0%

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

Anzahl Fälle mit über 5 Tagen Aufenthaltsdauer in der Grundgesamtheit	868
Prozentsatz der Fälle mit über 5 Tagen Aufenthaltsdauer und mit R-Hauptdiagnosekode in der Grundgesamtheit	0.56%