



Kantonsspital Glarus

Kodierrevision ²⁰²⁰ Akut





Validierung der medizinischen Kodierung mit einer Auswertung der Variation des Case Mix-Wertes unter SwissDRG

Kantonsspital Glarus

Schlussbericht

Revision der Daten 2020

Revisorin

Frau Hager Daniela

Herr Krimo Bouslami, Informatik
Herr Gianmarco Arrigo, Verwaltung
Herr Patrick Weber, Geschäftsführer

2021

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	3
Zusammenfassung	4
1 Durchführung der Revision	5
1.1 <i>Berichtsperiode</i>	5
1.2 <i>Gültige Versionen</i>	5
1.3 <i>Berechnung und Ziehung der Stichprobe</i>	5
1.4 <i>Beschreibung der zeitlichen Abfolge der Revision</i>	5
1.5 <i>Qualifikation der Revisorin</i>	6
1.6 <i>Unabhängigkeit der Revisorin</i>	6
1.7 <i>Bemerkungen</i>	6
1.8 <i>Bewertung der Codes und Fehlertypologie</i>	7
2 Feststellungen	8
2.1 <i>Generelle Feststellungen</i>	8
2.2 <i>Administrative Grundlagen</i>	8
2.3 <i>Diagnosen und Behandlungen</i>	10
2.4 <i>Intensivmedizin (IMCU und IPS)</i>	17
2.5 <i>Zusatzentgelte (exkl. Medikamente)</i>	18
2.6 <i>Medikamente (Substanzen)</i>	18
2.7 <i>Kostengewichts-Änderungen</i>	19
2.8 <i>Kostengewichte</i>	20
2.9 <i>Vergleich mit früheren Revisionen</i>	23
3 Empfehlungen	23
3.1 <i>Empfehlungen für die Verbesserung der Kodierung</i>	23
3.2 <i>Empfehlungen für die Weiterentwicklung von SwissDRG</i>	23
3.3 <i>Weitere Hinweise der Revisorin</i>	23
4 Anmerkungen der Spitaldirektion	24
Anhang 1: Nachweise	25
Anhang 2: Leistungsübersicht des Spitals	27
<i>Anzahl der stationär behandelten Fälle der gesamten Institution</i>	27
<i>SwissDRG Fälle</i>	27
<i>Case Mix Index (CMI)</i>	29
<i>Anzahl Zusatzentgelte</i>	30
<i>Anzahl und Prozentsatz der Fälle, welche in die Basis-DRGs 901, 902, 960, 961, 962 und 963 gruppiert wurden</i> ..	32
<i>Prozentsatz der Langlieger ohne Nebendiagnose und Prozedur</i>	32
<i>Prozentsatz der Fälle mit über 5 Tage Aufenthaltsdauer und mit R-Hauptdiagnosekode</i>	32
Anhang 3: Methoden und Referenzen	33
<i>Analyse des Case Mix</i>	33
<i>Statistische Methoden</i>	34
<i>Bibliographische Angaben</i>	36
<i>Abkürzungen</i>	37

Einleitung

Die tarifwirksame Anwendung von SwissDRG ab dem 01.01.2012 setzt die korrekte Umsetzung der Kodiergrundlagen durch die Spitäler zwingend voraus, da die Kodierung eines Behandlungsfalles einen unmittelbaren Einfluss auf die Rechnungsstellung hat.

Ziel der Kodierrevision unter SwissDRG ist es, die Qualität der Kodierung in den Spitälern zu beurteilen und die Resultate in einem Bericht je Spital festzuhalten. Die Kodierrevision basiert auf der verdachtsunabhängigen stichprobenbasierten Kontrolle zur Beurteilung der Kodierung. Die Kodierrevision ist damit auch ein Mittel zur Sicherstellung der Kodierqualität. Nebst der Kontrollaufgabe dient die Revision der Weiterentwicklung des Kodiersystems.

Um die Vergleichbarkeit der Resultate zu gewährleisten, müssen die Durchführung der Kodierrevision und die Erstellung des Revisionsberichts schweizweit einheitlich sein.

Die Bestimmungen über die Durchführung der Kodierrevision werden von SwissDRG vorgegeben und im *Reglement für die Durchführung der Kodierrevision unter SwissDRG, Version 9.0*, festgehalten und haben nationale Gültigkeit.

Die Durchführung der Kodierrevision nach diesem Reglement ist ein zwingender Bestandteil der Tarifverträge sowie der Leistungsaufträge der Kantone.

Das Spital übermittelt Nice Computing den Datensatz des zu revidierenden Jahres. Dieser muss nach den Vorgaben vom BFS formatiert sein und wird im Revisionsbericht als BFS-Datensatz bezeichnet. Daraus wird die Stichprobe gezogen. Entsprechend dem Revisionsreglement wurden für das Kantonsspital Glarus 100 Fälle gezogen.

Die diesjährige Kodierrevision erfolgt im Auftrag des Kantonsspitals Glarus. Die Revision wurde entsprechend den Vorgaben von SwissDRG durchgeführt und in folgende Teilschritte gegliedert:

- Bestimmung und Ziehung einer Stichprobe mit Inklusionswahrscheinlichkeiten, proportional zu den Kostengewichten. Dabei wurden alle SwissDRG-Fälle der Monate Januar bis Dezember 2020 aus dem BFS-Datensatz berücksichtigt.
- Revision der Kodierqualität und der daraus resultierenden Rechnungsstellung nach SwissDRG.
- Bericht über alle Kodierabweichungen: Jede Differenz zur Originalkodierung wird dem Spital mit Begründung schriftlich vorgelegt. Das Spital hat die Möglichkeit, zu den Abweichungen Stellung zu nehmen.
- Schlussbericht: Zusammenfassung der Kodierabweichungen, statistische Auswertungen der Abweichungen.

Zusammenfassung

Kapitel	Revisionsergebnisse im Überblick	2020	
2.3.8	Stichprobengrösse	100	
2.8.1	CMI des Spitals vor Revision (Grundgesamtheit)	1.0135	
2.8.1	CMI des Spitals nach Revision, geschätzt (Stichprobe)	1.0115	
2.8.1	Statistische Signifikanz der Abweichung des CMI vor und nach Revision ¹	Nein	
2.8.1	Differenz des CMI vor und nach Revision, geschätzt	-0.0020	-0.20%
2.7.1	Revidierte Fälle mit Kostengewichts-Änderungen	1	1.00%
2.3.2	Richtige Hauptdiagnosen	99	99.00%
2.3.2	Richtiger Zusatz zur Hauptdiagnose	25	100%
2.3.2	Richtige Nebendiagnosen	772	99.10%
2.3.2	Richtige Hauptbehandlungen	92	100%
2.3.2	Richtige Nebenbehandlungen	295	98.66%
2.4.1	Revidierte Fälle mit richtigen Basisdaten IMCU	-	-
2.4.2	Revidierte Fälle mit richtigem Basisdatensatz IPS	17	100%
2.5	Richtige Zusatzentgelte (exkl. Medikamente)	8	100%
2.6	Richtige Medikamente (Substanzen)	11	100%
2.2.3	Beanstandete Fallkombinationen	0	0.00%
2.2.1	Fehlende Patientenakten	0	0.00%
2.3.7	Richtig erfasste externe ambulante Leistungen	0	0.00%

¹ Siehe Kapitel 2.8

Kennzahlenvergleich Grundgesamtheit und Stichprobe	Stichprobe ungewichtet		Stichprobe gewichtet		Grundgesamtheit	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Fälle mit Zusatzentgelt	6	6.00%	85	2.01%	59	1.40%
Fälle mit erfassten Beatmungen	9	9.00%	43	1.02%	103	2.44%
Fälle mit IPS-Aufenthalt	17	17.00%	205	4.85%	502	11.89%
Fälle mit IMCU-Aufenthalt	0	-	0	-	0	-
Fälle mit ext. ambulanten Leistungen	0	0.00%	0	0.00%	85	2.01%
CMI	2.6182		1.0135		1.0135	
Zusatzentgelte	15		369		136	

Diese Tabelle bezieht sich auf die Daten vor Revision.

Gemäss Stichprobenplan wurde in der Stichprobe eine höhere Proportion von komplexen Fällen als in der Grundgesamtheit des Spitals gezogen. Dies erklärt die im Allgemeinen höheren Zahlen (einfache Mittelwerte) der ersten Spalte. Die gewichteten Mittelwerte (zweite Spalte) liegen ziemlich nahe bei den Zahlen der Grundgesamtheit (dritte Spalte).

1 Durchführung der Revision

1.1 Berichtsperiode

Die Berichtsperiode umfasst den Zeitraum von Januar bis Dezember 2020.

1.2 Gültige Versionen

- Offizielles BFS Kodierungshandbuch der Schweiz (2020)
- Aktuell gültige BFS-Rundschreiben für Kodierer und Kodiererinnen (2020)
- Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme – 10. Auflage (ICD10-GM 2018)
- Schweizerische Operationsklassifikation (CHOP 2020)
- BFS Variablen der Medizinischen Statistik (2020)
- Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG und TARPSY (Juni 2019)
- Klarstellungen und Fallbeispiele zu den Anwendungsregeln, Version 4
- SwissDRG-Grouper 9.0
- SwissDRG-Fallpauschalenkatalog Version 9.0/2020 (Juni 2019)
- Reglement für die Durchführung der Kodierrevision unter SwissDRG, Version 9.0 (Juni 2020)

1.3 Berechnung und Ziehung der Stichprobe

Die Stichprobengrösse wird entsprechend dem Revisionsreglement auf 100 Fälle für das neunte Revisionsjahr nach SwissDRG festgelegt.

Die Methode der Stichprobenziehung wird im Anhang 3 beschrieben.

1.4 Beschreibung der zeitlichen Abfolge der Revision

1.4.1 Vorbereitung

Die Stichprobe wurde dem Spital am 22.02.2021 zugestellt.

Die Koordination und Gestaltung der Revision wurden in Zusammenarbeit mit Frau Aggeler organisiert. Der Termin für die Revision wurde gemeinsam festgelegt.

1.4.2 Durchführung

Die Revision wurde vom 26.02. bis 01.03.2021 per remote Zugriff durchgeführt.

Alle revidierten Fälle konnten danach von den Kodierern¹ auf der Internetplattform von Nice Computing eingesehen und kommentiert werden. Am 05.03.2021 wurden alle Fälle abgeschlossen.

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Text vorwiegend die männliche Form verwendet. Diese gilt für alle Geschlechtsidentitäten.

1.5 Qualifikation der Revisorin

Frau Hager ist Medizinische Kodiererin mit eidgenössischem Fachausweis, erfüllt die Anforderungen als Revisorin gemäss Revisionsreglement von SwissDRG und ist auf der offiziellen Liste der Revisoren/Revisorinnen vom BFS aufgeführt.

1.6 Unabhängigkeit der Revisorin

Frau Hager steht in keinerlei Beziehung oder Abhängigkeit zum Kantonsspital Glarus.

1.7 Bemerkungen

Die Revision konnte durch die gute Zusammenarbeit mit Frau Aggeler unter optimalen Bedingungen durchgeführt werden.

1.8 Bewertung der Codes und Fehlertypologie

Die Analyse erfolgte anhand der Codes, die vom Spital übermittelt wurden und jenen, die von der Revisorin erfasst wurden betreffend die Hauptdiagnose, den Zusatz zur HD, bis 49 Nebendiagnosen, der Hauptbehandlung und bis 99 Nebenbehandlungen.

Die Kodierung wird beurteilt als:

- **richtig**, wenn alle Stellen der Codes identisch sind
- **falsch**, wenn Unterschiede bei einer oder mehreren Stellen der ICD-10 oder CHOP Codes vorliegen
- **fehlend, ungerechtfertigt oder unnötig**

Fehlertyp	Diagnosekode (ICD-10)	Behandlungskode (CHOP)
richtig	😊😊😊😊	😊😊😊😊
falsch 1. Stelle	😞😊😊😊😊	😞😊😊😊😊
falsch 2. Stelle	😊😞😊😊😊😊	😊😞😊😊😊😊
falsch 3. Stelle	😊😊😊😞😊😊	😊😊😊😞😊😊
falsch 4. Stelle	😊😊😊😊😞😊	😊😊😊😊😞😊
falsch 5. Stelle	😊😊😊😊😊😞	😊😊😊😊😊😞
falsch 6. Stelle	-	😊😊😊😊😊😞
fehlender Kode	Der Diagnosekode wird nicht angegeben, obwohl die entsprechende Diagnose in den für die Kodierung verwendeten Dokumenten erwähnt ist und für die Hospitalisierung von Belang ist.	Der Behandlungskode wird nicht angegeben, obwohl die entsprechende Behandlung in den für die Kodierung verwendeten Dokumenten erwähnt ist und während der Hospitalisierung vorgenommen wurde.
ungerechtfertigter Kode	Der Diagnosekode wird angegeben, obwohl die entsprechende Diagnose in den für die Kodierung verwendeten Dokumenten nicht erwähnt ist oder für die Hospitalisierung nicht von Belang ist.	Der Behandlungskode wird angegeben, obwohl die entsprechende Behandlung in den für die Kodierung verwendeten Dokumenten nicht erwähnt ist oder für die Hospitalisierung nicht von Belang ist.
unnötiger Kode	Der Diagnosekode wird angegeben, obwohl die Information bereits in einem anderen Kode enthalten ist oder der Kode gemäss Kodierrichtlinien des BFS nicht kodiert werden muss.	Der Behandlungskode wird angegeben, obwohl die Information bereits in einem anderen Kode enthalten ist oder der Kode gemäss Kodierrichtlinien des BFS nicht kodiert werden muss.

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 „richtig“ 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).

2 Feststellungen

2.1 Generelle Feststellungen

Die Kodierung des Kantonsspitals Glarus erfolgt vor Ort durch interne Kodierer mit Unterstützung einer externen Kodierfirma. Die Krankenakten stehen den Kodierern in elektronischer Form im KIS zur Verfügung. Für die Revisorin wurde ein Zugriff aufs KIS eingerichtet. Somit konnte die Revision mit identischer Datengrundlage durchgeführt werden.

Die Kodierung erfolgt nach den offiziellen Kodierregeln, die im BFS-Kodierungshandbuch Version 2020 festgehalten sind. Die Richtlinien zu den Fallzusammenführungen werden korrekt angewendet.

Von 100 revidierten Fällen kam es in 1 Fall aufgrund von Kodierabweichungen zu einer DRG-Änderung mit einem tieferen CW nach der Revision.

2.2 Administrative Grundlagen

2.2.1 Patientenakten

Anzahl und Prozentsatz fehlender Patientenakten

Für alle Stichprobenfälle waren die entsprechenden Krankengeschichten verfügbar.

Qualität der Aktenführung

Auswertung der Dokumente	vorhanden	ungenügend	fehlt
Austrittsberichte	96	4	
OP-Berichte	58		
IPS-Berichte	16		
Histologieberichte	14		1
Endoskopieberichte	3		
Komplexbehandlungen	11		
sonstige Untersuchungsberichte	22		

Im Kantonsspital Glarus werden elektronische Patientenakten geführt. Die Aktenführung ist übersichtlich und entspricht der zeitlichen Abfolge. Die Berichte sind standardisiert, Diagnosen und Behandlungen werden gelistet und im Verlauf beschrieben. Die Berichte sind verständlich, gut lesbar und vollständig.

Kodiert wird nach der vollständigen Krankengeschichte inklusive Pflegedokumentation.

In den Austrittsberichten werden die geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlungen mit der Anzahl Tage erwähnt. Die geforderten Kriterien, Dauer und Anzahl der Therapien, sind im KIS ersichtlich. Blutprodukte sind in den Austrittsberichten gelistet. Die kodierrelevanten SOFA-Scores bei Sepsisdiagnosen sind nicht in jedem Fall im Austrittsbericht dokumentiert.

2.2.2 Administrative Falldaten

Die administrativen Falldaten wurden vollständig in den BFS-Datensatz übertragen. Es wurden keine Fehler festgestellt.

Fehler	Anzahl	%
Eintrittsart	0	-
Einweisende Instanz	0	-
Aufenthaltort vor Eintritt	0	-
Wechsel Aufenthaltsart ¹	0	-
Entscheid für Austritt	0	-
Aufenthalt nach Austritt	0	-
Behandlung nach Austritt	0	-
Verweildauer	0	-
Administrativer Urlaub	0	-
Grund Wiedereintritt	0	-
Neugeborenenendatensatz	0	-
Aufnahmegewicht	0	-
Gestationsalter ²	0	-

¹ Ambulant, stationär, Rehabilitation, Psychiatrie

² Unabhängig vom Neugeborenenendatensatz, unverschlüsselt, bis zu einem Alter < 366 Tage

2.2.3 Fallzusammenführung und Fallsplitt

4 Fälle der Stichprobe enthielten Fallzusammenführungen / Fallsplitts. Sie konnten von der Revisorin überprüft werden. Die Regeln zu Fallzusammenführungen und/oder Fallsplitts sind korrekt angewendet worden.

Festgestellte Fehler

Fehlertyp	DRG	CW Spital	CW Revision	CW-Differenz
Kein Fehler	-	-	-	-

Abweichung Kostengewicht

Keine Abweichung.

2.2.4 Kongruenz der Rechnungsstellung

Die Abrechnungs-DRG und das CW der Fakturierung konnte von der Revisorin im Abrechnungsprogramm eingesehen werden. Es stimmt in jedem Fall mit der DRG und dem CW der Kodierung überein.

Festgestellte Fehler

	DRG	CW	Zusatzentgelte
Falsch	-	-	-
Noch keine Rechnung vorhanden	-	-	-
Sonstige	-	-	-
Fehlend	-	-	-

Abweichung Kostengewicht

Keine Abweichung.

2.3 Diagnosen und Behandlungen

2.3.1 Festgestellte Fehler

Eine Sepsis darf nur kodiert werden, wenn Organdysfunktionen über eine Zunahme des SOFA-Scores ≥ 2 innerhalb von maximal 72 Stunden, dokumentiert sind.

Anzahl und Prozentsatz Kodierfehler nach Fehlertyp - ohne unnötige Kodes

2020	richtig	falsch	fehlend	ungerechtfertigt	Total
Hauptdiagnose	99	1			100
Zusatz zur HD	25				25
Nebendiagnosen	772		6	1	779
Total Diagnosen	896	1	6	1	904
Hauptbehandlung	92				92
Nebenbehandlungen	295		4		299
Total Behandlungen	387	0	4	0	391

2020	richtig	falsch	fehlend	ungerechtfertigt
Hauptdiagnose	99.00%	1.00%		
Zusatz zur HD	100%			
Nebendiagnosen	99.10%		0.77%	0.13%
Total Diagnosen	99.12%	0.11%	0.66%	0.11%
Hauptbehandlung	100%			
Nebenbehandlungen	98.66%		1.34%	
Total Behandlungen	98.98%	0.00%	1.02%	0.00%

2.3.2 Angaben zu den Kodierfehlern

Anzahl Kodierfehler nach Fehlertyp

2020	richtig	falsch	fehlend	ungerechtfertigt	unnötig	Total
Hauptdiagnose	99	1				100
Zusatz zur HD	25					25
Nebendiagnosen	772		6	1		779
Total Diagnosen	896	1	6	1	0	904
Hauptbehandlung	92					92
Nebenbehandlungen	295		4			299
Total Behandlungen	387	0	4	0	0	391

2019	richtig	falsch	fehlend	ungerechtfertigt	unnötig	Total
Hauptdiagnose	99	1				100
Zusatz zur HD	17			1		18
Nebendiagnosen	759		3	2	2	766
Total Diagnosen	875	1	3	3	2	884
Hauptbehandlung	90					90
Nebenbehandlungen	402	2	2			406
Total Behandlungen	492	2	2	0	0	496

Anzahl der falsch kodierten Codes mit Stellenangabe

2020	falsch 1	falsch 2	falsch 3	falsch 4	falsch 5	falsch 6	Total
Hauptdiagnose				1			1
Zusatz zur HD							-
Nebendiagnosen							-
Total Diagnosen				1			1
Hauptbehandlung							-
Nebenbehandlungen							-
Total Behandlungen							0

2019	falsch 1	falsch 2	falsch 3	falsch 4	falsch 5	falsch 6	Total
Hauptdiagnose			1				1
Zusatz zur HD							-
Nebendiagnosen							-
Total Diagnosen			1				1
Hauptbehandlung							-
Nebenbehandlungen			2				2
Total Behandlungen			2				2

Prozentsatz der Kodierfehler nach Fehlertyp

2020	richtig	falsch	fehlend	ungerechtfertigt	unnötig
Hauptdiagnose	99.00%	1.00%	-	-	-
Zusatz zur HD	100%				
Nebendiagnosen	99.10%		0.77%	0.13%	
Total Diagnosen	99.12%	0.11%	0.66%	0.11%	
Hauptbehandlung	100%				
Nebenbehandlungen	98.66%		1.34%		
Total Behandlungen	98.98%		1.02%		

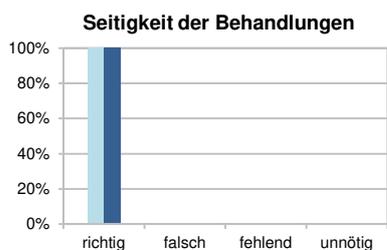
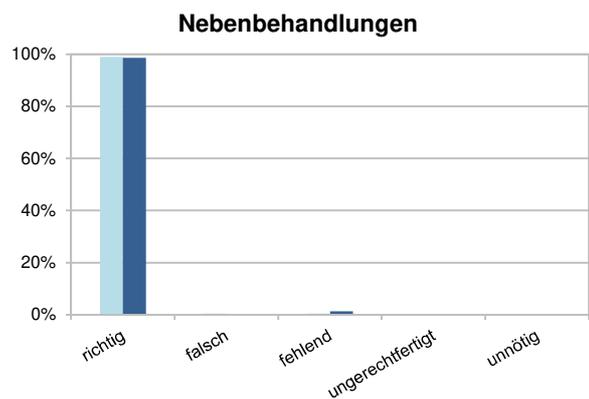
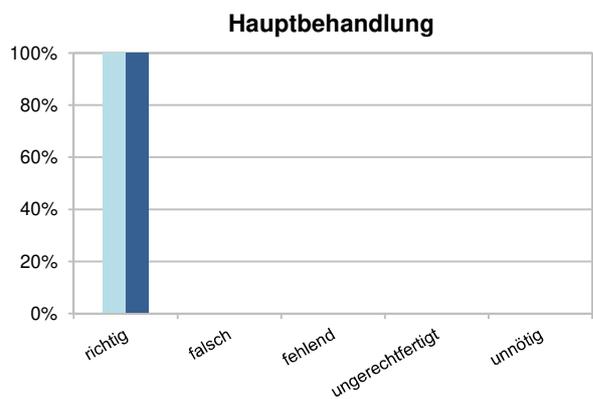
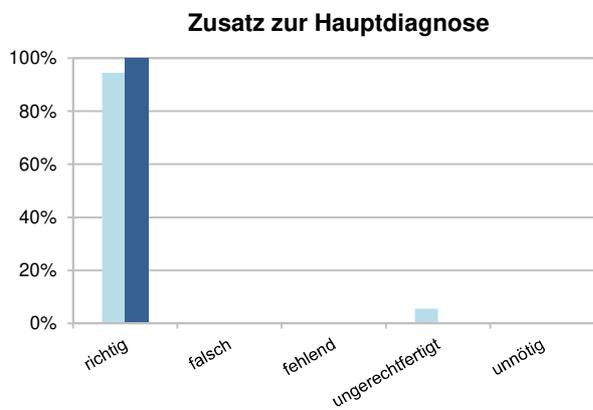
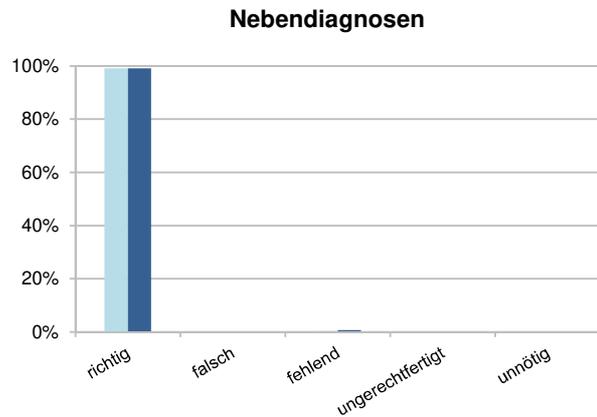
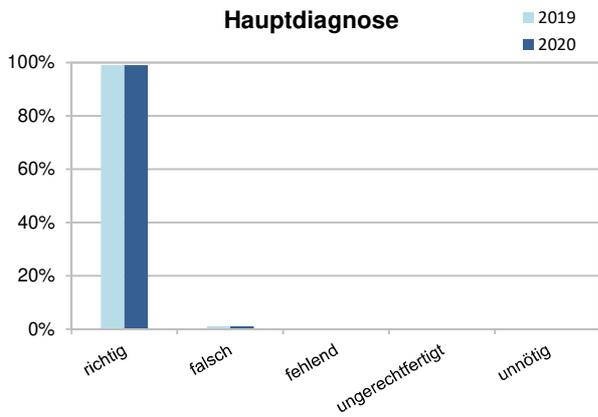
2019	richtig	falsch	fehlend	ungerechtfertigt	unnötig
Hauptdiagnose	99.00%	1.00%	-	-	-
Zusatz zur HD	94.44%			5.56%	
Nebendiagnosen	99.09%		0.39%	0.26%	0.26%
Total Diagnosen	98.98%	0.11%	0.34%	0.34%	0.23%
Hauptbehandlung	100%				
Nebenbehandlungen	99.01%	0.49%	0.49%		
Total Behandlungen	99.19%	0.40%	0.40%		

Prozentsatz der falsch kodierten Codes mit Stellenangabe

2020	falsch 1	falsch 2	falsch 3	falsch 4	falsch 5	falsch 6	Total
Hauptdiagnose				1.00%			1.00%
Zusatz zur HD							-
Nebendiagnosen							-
Total Diagnosen				0.11%			0.11%
Hauptbehandlung							-
Nebenbehandlungen							-
Total Behandlungen							-

2019	falsch 1	falsch 2	falsch 3	falsch 4	falsch 5	falsch 6	Total
Hauptdiagnose			1.00%				1.00%
Zusatz zur HD							-
Nebendiagnosen							-
Total Diagnosen			0.11%				0.11%
Hauptbehandlung							-
Nebenbehandlungen			0.49%				0.49%
Total Behandlungen			0.40%				0.40%

Grafiken der Codes



2.3.3 Auswahl der Hauptdiagnose

In 1 Fall konnte die Hauptdiagnose präziser kodiert werden. Daraus resultierte eine DRG-Änderung mit einem tieferen CW nach der Revision.

2.3.4 Auswahl der Zusatzdiagnose

Es wurden keine Fehler festgestellt.

2.3.5 Auswahl der Hauptbehandlung

Es wurden keine Fehler festgestellt.

2.3.6 Lateralität der Diagnosen und Prozeduren

Es wurden keine wiederholten Fehler festgestellt.

2.3.7 Externe ambulante Leistungen

Es wurden 6 ambulante Behandlungen auswärts durchgeführt, die nicht als solche erfasst wurden.

	Anzahl	Prozent
Richtig erfasst	0	0.00%
Falsch erfasst	0	0.00%
Nicht erfasst	6	100%

2.3.8 Vergleich Grundgesamtheit und Stichprobe

Folgende Tabellen betreffen die Daten vor der Revision.

Anzahl Fälle	2020	2019
Fälle der Stichprobe	100	100
Fälle der Grundgesamtheit	4'223	4'605

CMI	2020	2019
CMI der Stichprobe, ungewichtet	2.6182	2.7132
CMI der Stichprobe, gewichtet	1.0135	1.0064
CMI der Grundgesamtheit	1.0135	1.0064

Anzahl und Prozentsatz unspezifischer Codes an der Spitalkodierung

Unspezifische Codes	Stichprobe ungewichtet		Stichprobe gewichtet		Grundgesamtheit	
	Anz.	% ¹	Anz.	% ¹	Anz.	% ¹
Diagnosen	217	24.19%	7'520	28.25%	6'152	23.11%
Behandlungen	0	0.00%	0	0.00%	34	0.40%

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!

¹ Der Prozentsatz wurde berechnet aus den gesamten Codes, jeweils ICD-10 und CHOP.

Anzahl DRG-Fallgruppen	2020	2019
Anzahl DRG-Fallgruppen, Stichprobe	81	78
Anzahl DRG-Fallgruppen, Grundgesamtheit	502	506

Bemerkungen zu den nachfolgenden Tabellen

Gemäss Stichprobenplan wurde in der Stichprobe eine höhere Proportion von komplexen Fällen als in der Grundgesamtheit des Spitals gezogen. Dies erklärt die im Allgemeinen höheren Zahlen (einfache Mittelwerte) der ersten Zeile. Die gewichteten Mittelwerte (zweite Zeile) liegen ziemlich nahe bei den Zahlen der Grundgesamtheit (dritte Zeile).

Anzahl Nebendiagnosen pro Patient	2020	2019
Anzahl ND pro Patient, ungewichtet, Stichprobe	7.97	7.81
Anzahl ND pro Patient, gewichtet, Stichprobe	5.94	4.87
Anzahl ND pro Patient, ungewichtet, Grundgesamtheit	5.30	5.04

Anzahl Behandlungskodes pro Patient	2020	2019
Anzahl Behandlungskodes pro Patient, ungewichtet, Stichprobe	3.87	4.94
Anzahl Behandlungskodes pro Patient, gewichtet, Stichprobe	2.11	2.02
Anzahl Behandlungskodes pro Patient, ungewichtet, Grundgesamtheit	2.03	1.85

Anzahl Zusatzentgelte	2020	2019
Anzahl Zusatzentgelte, ungewichtet, Stichprobe	15	32
Anzahl Zusatzentgelte, gewichtet, Stichprobe	369	55
Anzahl Zusatzentgelte, ungewichtet, Grundgesamtheit	136	174

Anzahl und Prozentsatz Fälle mit Zusatzentgelt

Fälle mit Zusatzentgelten, ungewichtet, Stichprobe	6	6.00%
Fälle mit Zusatzentgelten, gewichtet, Stichprobe	85	2.01%
Fälle mit Zusatzentgelten, ungewichtet, Grundgesamtheit	59	1.40%

Anzahl und Prozentsatz Fälle mit erfassten Beatmungen

Fälle mit erfasster Beatmung, ungewichtet, Stichprobe	9	9.00%
Fälle mit erfasster Beatmung, gewichtet, Stichprobe	43	1.02%
Fälle mit erfasster Beatmung, ungewichtet, Grundgesamtheit	103	2.44%

Anzahl und Prozentsatz Fälle mit IPS-Behandlung

Fälle mit IPS-Aufenthalt, ungewichtet, Stichprobe	17	17.00%
Fälle mit IPS-Aufenthalt, gewichtet, Stichprobe	205	4.85%
Fälle mit IPS-Aufenthalt, ungewichtet, Grundgesamtheit	502	11.89%

Anzahl und Prozentsatz Fälle mit IMCU-Behandlung

Fälle mit IMCU-Aufenthalt, ungewichtet, Stichprobe	0	-
Fälle mit IMCU-Aufenthalt, gewichtet, Stichprobe	0	-
Fälle mit IMCU-Aufenthalt, ungewichtet, Grundgesamtheit	0	-

Anzahl und Prozentsatz Fälle mit externen ambulanten Leistungen

Fälle mit ext. ambulanten Leistungen, ungewichtet, Stichprobe	0	0.00%
Fälle mit ext. ambulanten Leistungen, gewichtet, Stichprobe	0	0.00%
Fälle mit ext. ambulanten Leistungen, ungewichtet, Grundgesamtheit	85	2.01%

2.4 Intensivmedizin (IMCU und IPS)

2.4.1 Basisdaten Intermediate Care Unit (IMCU)

Das Spital führt keine anerkannte IMCU.

NEMS und Schweregrad (S/P/C)

	Anzahl	Prozent
Richtig erfasst	-	-
Falsch erfasst	-	-
Nicht erfasst	-	-

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

2.4.2 Basisdaten Intensivmedizin (IPS)

Die Kodierer übertragen die Daten der MDSi (Dauer des IPS-Aufenthaltes und der künstlichen Beatmung, Schweregrad der akuten Erkrankung und IS spezifischer Aufwand-Score) ins Kodiertool.

Die Daten der MDSi konnten von der Revisorin im elektronischen System eingesehen werden.

Maschinelle Beatmungen

In 9 Fällen der Stichprobe wurde maschinell beatmet. Es wurden keine Fehler festgestellt.

	Anzahl	Prozent
Richtig erfasst	9	100%
Falsch erfasst	0	0.00%
Nicht erfasst	0	0.00%

NEMS

17 Fälle der Stichprobe wurden auf der IPS behandelt. Es wurden keine Fehler betreffend der NEMS festgestellt.

	Anzahl	Prozent
Richtig erfasst	17	100%
Falsch erfasst	0	0.00%
Nicht erfasst	0	0.00%

Schweregrad

17 Fälle der Stichprobe wurden auf der IPS behandelt. Es wurden keine Fehler betreffend des Schweregrads SAPS II festgestellt.

	Anzahl	Prozent
Richtig erfasst	17	100%
Falsch erfasst	0	0.00%
Nicht erfasst	0	0.00%

Revidierte Fälle mit richtigen Basisdaten IPS	17	100%
---	----	------

2.5 Zusatzentgelte (exkl. Medikamente)

2 Fälle der Stichprobe enthielten Zusatzentgelte. Es wurden keine Fehler festgestellt.

	Anzahl	Prozent
Richtig erfasst	8	100%
Falsch erfasst	0	0.00%
Nicht erfasst	0	0.00%

2.6 Medikamente (Substanzen)

Massgebend ist die Liste der auf Fallebene in der medizinischen Statistik erfassbaren Medikamente (Substanzen) gemäss SwissDRG. Bei 7 Fällen der Stichprobe wurden hochteure Medikamente / Substanzen erfasst. Es wurden keine Fehler festgestellt.

	Anzahl	Prozent
Richtig erfasst	11	100%
Falsch erfasst	0	0.00%
Nicht erfasst	0	0.00%

2.7 Kostengewichts-Änderungen

2.7.1 Anzahl und Prozentsatz der Kostengewichts-Änderungen

2020	Höheres Kostengewicht nach Revision	Tieferes Kostengewicht nach Revision		Kein Einfluss auf Kostengewicht	
Aufgrund Änderung Hauptdiagnose		1	1.00%		
Aufgrund Änderung Nebendiagnosen					
Aufgrund Änderung Behandlungen					
Aufgrund sonstigen Änderungen					
Total		1	1.00%	99	99.00%

2.7.2 Differenzen mit/ohne Vorlage an das BFS

Differenzen	Vorlage an das BFS	Anmerkungen
1x Hauptdiagnose	Nein	-

2.8 Kostengewichte

Die angewendeten statistischen Methoden sind im Anhang 3 beschrieben.

Die nachstehenden aufgeführten Ergebnisse umfassen:

- den CMI vor der Revision (a), die Schätzung des CMI (\hat{b}) nach der Revision, die Differenz $\hat{e} = \hat{b} - a$ und den 95%-Vertrauensbereich für die Differenz e der Grundgesamtheit des Spitals
- den CM vor der Revision (A), die Schätzung des CM (\hat{B}) nach der Revision, die Differenz $\hat{E} = \hat{B} - A$ und den 95%-Vertrauensbereich für die Differenz E der Grundgesamtheit des Spitals
- eine graphische Darstellung des CMI vor der Revision, des (geschätzten) CMI nach der Revision und seines Vertrauensbereichs
- eine graphische Darstellung der Differenzen \hat{e} und ihre Vertrauensbereiche
- die Prozentsätze der geänderten Kostengewichte

Ein 95% Vertrauensbereich, der den Wert „0“ einschliesst bedeutet, dass keine statistisch signifikante Abweichung zwischen den Werten vor und nach der Revision vorliegt.

Der Vertrauensbereich zeigt keine Verzerrung der Kodierung.

Die Abwesenheit einer Verzerrung kann bei einer nächsten Revision bestätigt oder widerlegt werden.

2.8.1 CMI vor und nach Revision

Schätzung des Case Mix Index und seines Vertrauensbereichs

	2020		2019	
CMI vor der Revision, Grundgesamtheit	1.0135		1.0064	
CMI vor der Revision, geschätzt, Stichprobe	1.0135		1.0064	
CMI nach der Revision, geschätzt, Stichprobe	1.0115		1.0101	
Statistische Signifikanz der Abweichung des CMI vor und nach der Revision	Nein		Nein	
Geschätzter CMI-Variation infolge der Revision	-0.0020	-0.20%	0.0037	0.37%
Untergrenze / Obergrenze des 95%-Vertrauensbereichs	-0.0059	0.0019	-0.0035	0.0109
Standardabweichung der CMI-Variation	0.0020		0.0037	

Schätzung des Case Mix und seines Vertrauensbereichs

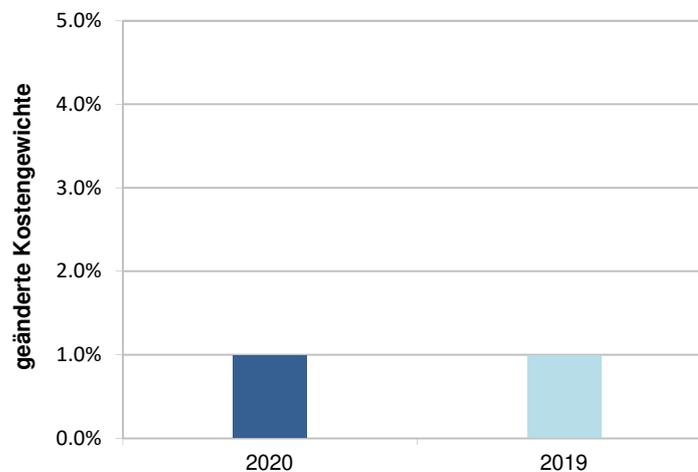
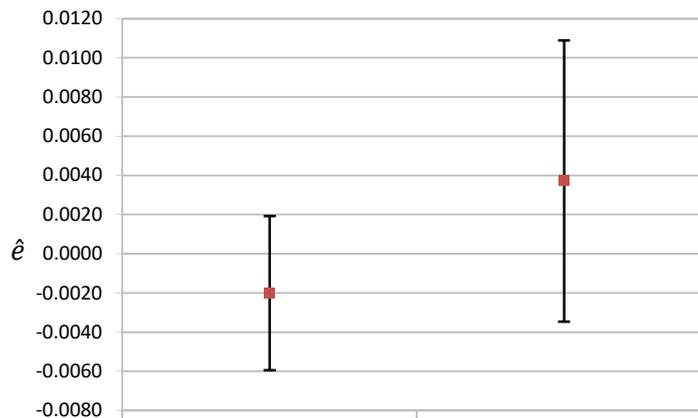
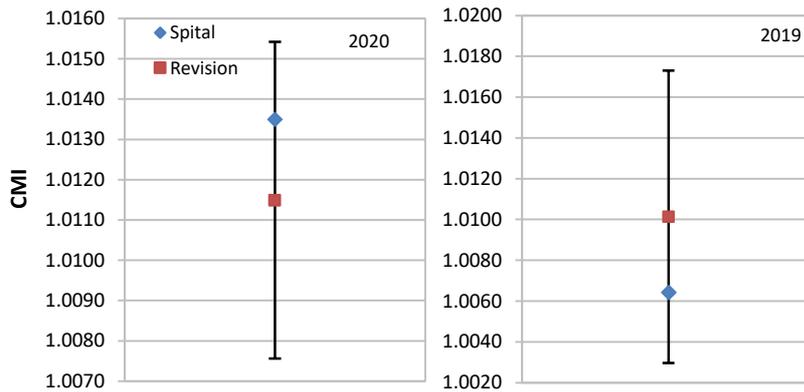
	2020		2019	
CM vor der Revision	4'280		4'635	
CM-Variation infolge der Revision	4'272		4'652	
Geschätzter CM nach der Revision	-8.48		17.07	
Untergrenze / Obergrenze des 95%-Vertrauensbereichs	-25.08	8.11	-15.93	50.10
Anzahl der Aufenthalte	4'223		4'605	
Anzahl der revidierten Aufenthalte	100		100	

2.8.2 Liste der Fälle mit geänderten Kostengewichten

Fallnummer	CW vor Revision	CW nach Revision	Differenz
17	0.2570	0.2060	-0.0510

Grafiken

- CMI vor der Revision (blau), geschätzter CMI nach der Revision (rot) und Vertrauensbereich für den CMI nach der Revision
- Differenzen \hat{e} (CMI-Variation infolge der Revision) mit den entsprechenden Vertrauensbereichen
- Prozentsätze der geänderten Kostengewichte



2.9 Vergleich mit früheren Revisionen

Revisionsergebnisse im Überblick	2020		2019	
	Stichprobengrösse	100		100
CMI vor Revision (Grundgesamtheit)	1.0135		1.0064	
CMI nach Revision, geschätzt (Stichprobe)	1.0115		1.0101	
Differenz des CMI nach Revision, geschätzt ¹	-0.0020	-0.20%	0.0037	0.37%
Revidierte Fälle mit DRG-Wechsel	1	1.00%	1	1.00%
Richtige Hauptdiagnosen	99	99.00%	99	99.00%
Richtiger Zusatz zur Hauptdiagnose	25	100%	17	94.44%
Richtige Nebendiagnosen	772	99.10%	759	99.09%
Richtige Hauptbehandlungen	92	100%	90	100%
Richtige Nebenbehandlungen	295	98.66%	402	99.01%
Revidierte Fälle mit richtigen Basisdaten IMCU	-	-	0	0.00%
Revidierte Fälle mit richtigem Basisdatensatz IPS	17	100%	33	100%
Richtige Zusatzentgelte ²	8	100%	32	100%
Richtige Medikamente und Substanzen	11	100%	1	100%
Beanstandete Fallkombinationen	0	0.00%	0	0.00%
Fehlende Krankengeschichten	0	0.00%	0	0.00%
Richtige erfasste externe ambulante Leistungen	0	0.00%	87	100%

¹ Betreffend statistische Signifikanz der Abweichung des CMI, siehe Kapitel 2.8.

² 2020: exkl. Medikamente (Substanzen)

3 Empfehlungen

3.1 Empfehlungen für die Verbesserung der Kodierung

Die standardmässige Übernahme der SOFA Scores bei Sepsis in den Austrittsbericht kann sich positiv auf die Effizienz der Kodierung auswirken. Mögliche kostenrelevante Fehler können vermieden werden.

Bei der Revision zeigte sich eine sehr professionelle Kodierung. In Bezug auf die Verbesserung der Kodierqualität kann keine Empfehlung abgegeben werden.

3.2 Empfehlungen für die Weiterentwicklung von SwissDRG

Es liegen keine weiteren Hinweise der Revisorin vor.

3.3 Weitere Hinweise der Revisorin

Es liegen keine weiteren Hinweise der Revisorin vor.

4 Anmerkungen der Spitaldirektion

Die Revision durch Frau Daniela Hager war konstruktiv und zielführend. Wir danken ihr, wie auch der Firma Nice Computing für die angenehme Zusammenarbeit.

Anhang 1: Nachweise

Verpflichtungserklärung und Unabhängigkeitsbestätigung der Revisorin bezüglich Kodierrevision der Daten 2020 im Kantonsspital Glarus.

1. Die Revisorin verpflichtet sich, die Kodierrevision auf der Grundlage des Reglements für die Durchführung der Kodierrevision unter SwissDRG, in der jeweils gültigen Version, sach- und fachgerecht durchzuführen.
2. Die Revisorin verpflichtet sich, die während der Prüfungstätigkeit in Erfahrung gebrachten Inhalte gegenüber Dritten dauerhaft vertraulich zu behandeln und die Ergebnisse nicht weiterzuverwenden.
3. Die Revisorin verpflichtet sich, die Anonymität der Patientendaten im Rahmen der Übermittlung der Revisionsdatensätze jederzeit sicherzustellen, so dass kein Rückschluss auf die Patientenidentität möglich ist.
4. Die Revisorin bestätigt ihre Unabhängigkeit vom revidierten Spital. Er bestätigt insbesondere, dass er während der Revisionsperiode und während der Dauer der Revision in keinem anderen Anstellungs- und Mandatsverhältnis oder anderweitigen finanziellen Abhängigkeiten mit dem revidierten Spital stand. Allfällige Abhängigkeiten von einem Kostenträger sind im Revisionsbericht vollständig offengelegt.
5. Die Revisorin bestätigt, dass Nice Computing nicht gleichzeitig die medizinischen Leistungen des betreffenden Spitals kodierte und/oder das betreffende Spital im Medizincontrolling beriet.

Für den Schlussbericht:

Le Mont, 8. April 2021



Patrick Weber (Geschäftsführer)

Daniela Hager (Revisorin)

Verteiler:

- Herr Marc Vermeë, Leiter Controlling, KSGL
- Frau Brigitt Aggeler, Leiterin med. Kodierung, KSGL

Vollständigkeitserklärung Kantonsspitals Glarus bezüglich Datenlieferung für Kodierrevision der Daten 2020.

Wir bestätigen, dass der Revisorin für die Stichprobenziehung alle im Kantonsspital Glarus nach SwissDRG fakturierten Fälle mit Austritt zwischen 1. Januar und 31. Dezember 2020 übermittelt wurden.

Ort und Datum

Spitaldirektion

Anhang 2: Leistungsübersicht des Spitals

Folgende Zahlen wurden aus dem BFS-Datensatz übernommen.

Anzahl der stationär behandelten Fälle der gesamten Institution

2020	KV	UV	MV	IV	Selbst-zahler	Andere	Un-bekannt	Total
Akutsomatik (SwissDRG-Fälle)	4'017	188	7	10	1			4'223
Wartepatienten								-
Psychiatrie								-
Rehabilitation								-

SwissDRG Fälle

Nach Herkunftskanton und Versicherungsart

Kanton	KV	UV	MV	IV	Selbst-zahler	Andere	Unbekannt	Total
AG	7	2						9
AR	2	1						3
BE	4							4
BL	4							4
BS	2							2
GL	3'651	148	5	9				3'813
GR	4	2						6
JU	1							1
LU	3	1						4
NW	1							1
SG	194	10	1	1				206
SH	3							3
SO	2	2						4
SZ	49	6						55
TG	4	3						7
TI	1							1
VD	1							1
VS			1					1
ZG	1	1						2
ZH	66	12						78
Andere	17				1			18
Total	4'017	188	7	10	1	-	-	4'223

Nach Ausreisserkategorie und Versicherungsart

	Normalfälle ohne Verlegungsabschlag		Normalfälle mit Verlegungsabschlag		untere Ausreisser		obere Ausreisser		Total
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	
KV	3'582	84.82%	44	1.04%	175	4.14%	216	5.11%	4'017
UV	161	3.81%	1	0.02%	19	0.45%	7	0.17%	188
MV	6	0.14%					1	0.02%	7
IV	10	0.24%							10
Selbstzahler	1	0.02%							1
Andere									-
Unbekannt									-
Total	3'760	89.04%	45	1.07%	194	4.59%	224	5.30%	4'223

Nach Ausreisserkategorie und Herkunftskanton

Kanton	Normalfälle ohne Verlegungsabschlag		Normalfälle mit Verlegungsabschlag		untere Ausreisser		obere Ausreisser		Total
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	
AG	7	0.17%			1	0.02%	1	0.02%	9
AR	2	0.05%			1	0.02%			3
BE	3	0.07%			1	0.02%			4
BL	4	0.09%							4
BS	1	0.02%			1	0.02%			2
GL	3'409	80.72%	41	0.97%	158	3.74%	205	4.85%	3'813
GR	5	0.12%			1	0.02%			6
JU	1	0.02%							1
LU	3	0.07%			1	0.02%			4
NW	1	0.02%							1
SG	172	4.07%	2	0.05%	22	0.52%	10	0.24%	206
SH	3	0.07%							3
SO	3	0.07%	1	0.02%					4
SZ	50	1.18%			2	0.05%	3	0.07%	55
TG	6	0.14%			1	0.02%			7
TI	1	0.02%							1
VD	1	0.02%							1
VS	1	0.02%							1
ZG	2	0.05%							2
ZH	69	1.63%	1	0.02%	5	0.12%	3	0.07%	78
Andere	16	0.38%					2	0.05%	18
Total	3'760	89.04%	45	1.07%	194	4.59%	224	5.30%	4'223

Case Mix Index (CMI)

Nach Ausreisserkategorie und Versicherungsart

	Normalfälle ohne Verlegungsabschlag	Normalfälle mit Verlegungsabschlag	untere Ausreisser	obere Ausreisser	CMI
KV	1.0140	1.1217	0.4960	1.6142	1.0249
UV	0.8044	0.8090	0.6057	1.3900	0.8061
MV	1.0182			1.1330	1.0346
IV	0.4106				0.4106
Selbstzahler	0.2730				0.2730
Andere					-
Unbekannt					-
Total	1.0032	1.1148	0.5067	1.6050	1.0135

Nach Ausreisserkategorie und Herkunftskanton

Kanton	Normalfälle ohne Verlegungsabschlag	Normalfälle mit Verlegungsabschlag	untere Ausreisser	obere Ausreisser	CMI
AG	1.3656		0.6080	1.9720	1.3488
AR	1.3605		1.3950		1.3720
BE	0.5833		0.4440		0.5485
BL	0.6645				0.6645
BS	1.1380		0.5340		0.8360
GL	1.0111	1.1813	0.5060	1.6301	1.0253
GR	1.1648		0.8490		1.1122
JU	0.2730				0.2730
LU	0.3820		0.2350		0.3453
NW	1.1290				1.1290
SG	0.9357	0.2530	0.4725	1.2777	0.8962
SH	1.2010				1.2010
SO	0.7660	0.8090			0.7768
SZ	0.8825		0.3885	1.3357	0.8892
TG	0.4223		0.5710		0.4436
TI	0.6140				0.6140
VD	1.0380				1.0380
VS	1.0380				1.0380
ZG	0.2700				0.2700
ZH	0.9210	0.4160	0.5082	1.3683	0.9053
Andere	1.1718			1.2495	1.1804
Total	1.0032	1.1148	0.5067	1.6051	1.0135

Anzahl Zusatzentgelte

Zusatzentgelt	Bezeichnung	Betrag	KV	UV	MV	IV	Selbstzahler	Andere	Unbekannt	Total
ZE-2020-01.01	Hämodialyse, Hämofiltration, Hämodiafiltration, intermittierend, Alter > 11 Jahre	42'820.30	95							95
ZE-2020-02.02	Hämodialyse, Hämofiltration, Hämodiafiltration, kontinuierlich, Mehr als 24 bis 72 Stunden	2'342.00	1							1
ZE-2020-126.05	Transfusion von Thrombozytenkonzentraten, 6 bis 8 Konzentrate	7'829.60	1							1
ZE-2020-133.01	Isavuconazol, oral, 2000 mg bis unter 3000 mg	1'420.80	1							1
ZE-2020-14.21	Amphotericin B, intravenös, 8650 mg bis unter 11150 mg	44'378.83	1							1
ZE-2020-148.01	C1-Inhibitor, aus Plasma gewonnen, intravenös, 250 U bis unter 750 U	733.41	1							1
ZE-2020-16.45	Voriconazol, intravenös, 23200 mg bis unter 26400 mg	6'051.45	1							1
ZE-2020-161.07	550 mg bis unter 650 mg	15'449.70	7							7
ZE-2020-24.90	Einlage oder Wechsel von selbstexpandierendem, (nicht) beschichtetem Stent in den Gallengang, 1 Stent	2'076.20	2							2
ZE-2020-30.30	Fibrinogen, human, intravenös, 1.5 g bis unter 2.5 g	626.09	1							1
ZE-2020-30.33	Fibrinogen, human, intravenös, 5.5 g bis unter 7.5 g	2'034.78	1							1
ZE-2020-30.34	Fibrinogen, human, intravenös, 7.5 g bis unter 10 g	2'739.13	1							1
ZE-2020-30.41	Fibrinogen, human, intravenös, 60 g bis unter 80 g	21'913.06	1							1
ZE-2020-31.27	Blutgerinnungsfaktoren IX, II, VII und X in Kombination, intravenös, 3500 U bis unter 4500 U	2'045.84	2							2
ZE-2020-51.04	Bortezomib, intravenös / subkutan, 3.5 mg bis unter 4.5 mg	1'834.17	1							1
ZE-2020-52.31	Immunglobuline, normal human, zur intravasalen Anwendung, intravenös, 15 g bis unter 25 g	942.23	1							1
ZE-2020-52.38	Immunglobuline, normal human, zur intravasalen Anwendung, intravenös, 85 g bis unter 105 g	4'475.61	1							1
ZE-2020-52.39	Immunglobuline, normal human, zur intravasalen Anwendung, intravenös, 105 g bis unter 125 g	10'835.70	2							2
ZE-2020-52.40	Immunglobuline, normal human, zur intravasalen Anwendung, intravenös, 125 g bis unter 145 g	6'360.08	1							1
ZE-2020-52.41	Immunglobuline, normal human, zur intravasalen Anwendung, intravenös, 145 g bis unter 165 g	7'302.32	1							1
ZE-2020-52.45	Immunglobuline, normal human, zur intravasalen Anwendung, intravenös, 225 g bis unter 245 g	11'071.26	1							1

Zusatzentgelt	Bezeichnung	Betrag	KV	UV	MV	IV	Selbst- zahler	Andere	Un- bekannt	Total
ZE-2020-52.47	Immunglobuline, normal human, zur intravasalen Anwendung, intravenös, 285 g bis unter 325 g	14'369.08	1							1
ZE-2020-62.06	Rituximab, intravenös, 650 mg bis unter 750 mg	1'523.24	1							1
ZE-2020-62.07	Rituximab, intravenös, 750 mg bis unter 850 mg	1'740.84	1							1
ZE-2020-62.10	Rituximab, intravenös, 1050 mg bis unter 1250 mg	2'502.46	1							1
ZE-2020-67.08	Einsetzen von Coils, peripher, Einsetzen von 8 endovaskulären Coils	1'298.00	1							1
ZE-2020-68.22	Blutgerinnungsfaktor XIII, intravenös, 2000 U bis unter 3000 U	1'712.63	1							1
ZE-2020-69.05	Caspofungin, intravenös, 250 mg bis unter 300 mg	1'504.69	1							1
ZE-2020-69.08	Caspofungin, intravenös, 400 mg bis unter 450 mg	2'325.43	1							1
ZE-2020-69.09	Caspofungin, intravenös, 450 mg bis unter 500 mg	2'599.01	1							1
ZE-2020-69.13	Caspofungin, intravenös, 800 mg bis unter 900 mg	4'650.85	1							1
ZE-2020-73.20	Pflege-Komplexbehandlung, 31 bis 50 Aufwandspunkte, Alter > 15 Jahre	1'692.30	1							1
ZE-2020-73.21	Pflege-Komplexbehandlung, 51 und mehr Aufwandspunkte, Alter > 15 Jahre	2'538.45	1							1
Total Zusatzentgelte		233'739.54	136	0	0	0	0	0	0	136

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

DRG	Anzahl	Prozent
901	2	0.05%
902	1	0.02%
960	0	-
961	0	-
962	0	-
963	0	-

Prozentsatz der Langlieger ohne Nebendiagnose und Prozedur

Anzahl Langlieger in der Grundgesamtheit	224
Anzahl Langlieger ohne Nebendiagnosen und ohne Prozedur	1
Prozentsatz Langlieger ohne Nebendiagnosen und ohne Prozedur	0.02%

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

Anzahl Fälle mit über 5 Tagen Aufenthaltsdauer in der Grundgesamtheit	1'369
Anzahl Fälle mit über 5 Tagen Aufenthaltsdauer und mit R-Hauptdiagnosekode in der Grundgesamtheit	40
Prozentsatz der Fälle mit über 5 Tagen Aufenthaltsdauer und mit R-Hauptdiagnosekode in der Grundgesamtheit	0.95%

Anhang 3: Methoden und Referenzen

Analyse des Case Mix

Einleitung

Jeder Spitalaufenthalt kann in eine SwissDRG eingeteilt werden. Die Einteilung in eine SwissDRG-Fallgruppe wird vom SwissDRG-Grouper vorgenommen. Jeder SwissDRG wird ein **Kostengewicht** zugeteilt, d.h. ein relativer Wert (ein „relatives Gewicht“), der die Kosten der darin eingruppierten Hospitalisierungen widerspiegelt.

Je nach Aufenthaltsdauer kann ein Fall als **Normallieger**, **Kurzlieger** oder **Langlieger** Typ gelten. Die Grenzwerte, welche die Unterscheidung zwischen diesen drei Typen ermöglichen, variieren von einer SwissDRG zur anderen. Diese Grenzwerte werden als untere (Grenz-)Verweildauer (UVWD) und obere (Grenz-)Verweildauer (OVWD) bezeichnet.

Jeder Hospitalisierung wird eine Anzahl von **Vergütungspunkten** zugeordnet, abhängig einerseits vom Kostengewicht der SwissDRG, in der sie eingeteilt wurde und andererseits von der Art dieser Hospitalisierung. Die Anzahl der Vergütungspunkte für einen Normallieger ist gleich dem Kostengewicht der SwissDRG, in die sie eingeteilt wird; für Hospitalisierungen, die nicht Normallieger sind, wird die Anzahl ihrer Vergütungspunkte mit Hilfe von **Vergütungsformeln** berechnet, die von der SwissDRG AG erstellt wurden. Diese Vergütungspunkte werden danach mit der **Baserate** (Referenzwert) multipliziert.

Der **Case Mix** ist gleich der Summe aller betrachteten Vergütungspunkte (z.B. Summe aller Vergütungspunkte aller stationären Fälle eines Spitals). Der **Case Mix Index** (CMI) ist gleich dem Case Mix einer bestimmten Menge von Fällen, geteilt durch ihre Anzahl.

Auswertungsgrundlagen

Für die Kodierrevision, deren Auswertungen in diesem Bericht beschrieben sind, wurden folgende Elemente berücksichtigt:

- die Spitalaufenthalte wurden eingeordnet in SwissDRG unter Berücksichtigung der Hauptdiagnose, dem Zusatz zur Hauptdiagnose, maximal 49 Nebendiagnosen, der Hauptbehandlung und maximal 99 Nebenbehandlungen sowie anderen BFS-Daten wie z.B. Aufenthaltsort vor Eintritt, Eintrittsart, Entscheid für Austritt, Aufenthalt und Behandlung nach Austritt sowie Geburtsgewicht.
- die Kostengewichte werden nach den Richtlinien des "Fallpauschalen-Katalogs" von SwissDRG berechnet.

Statistische Methoden

Zielgrössen

Wir betrachten N Aufenthalte eines bestimmten Krankenhauses. Seien:

u_1, \dots, u_N : die Kostengewichte vor Revision,
 v_1, \dots, v_N : die Kostengewichte nach Revision.

Wir interessieren uns in erster Linie für folgende Grössen:

$a = \text{Mittelwert}_i(u_i)$
 $b = \text{Mittelwert}_i(v_i)$
 $A = \text{Summe}_i(u_i) = Na$
 $B = \text{Summe}_i(v_i) = Nb.$

a ist der *Case Mix Index* (CMI) vor Revision; b ist der CMI nach Revision; A ist der *Case Mix (Summe der Kostengewichte)* vor Revision; B ist der Case Mix nach Revision.

Eine weitere Zielgrösse ist der Mittelwert der Unterschiede zwischen den Kostengewichten vor und nach Revision:

$$e = \text{Mittelwert}_i(v_i - u_i) = b - a.$$

Manchmal interessieren wir uns auch für eine Menge von K Spitälern mit den Aufenthaltsanzahlen N_1, \dots, N_K . In diesem Fall verwenden wir die Bezeichnungen u_{hi} und v_{hi} für die Kostengewichte des Spitals h ($h = 1, \dots, K$) und die Bezeichnungen a_h, b_h, A_h, B_h für die CMI (vor/nach) und die Case Mixe (vor/nach) des Spitals h . Es sei:

$$N = \sum N_h$$

die Gesamtzahl der Aufenthalte aller Spitäler. Wir interessieren uns für die CMI a und b und für die Case Mixe A und B aller Spitäler.

$a = \text{Mittelwert}_{hi}(u_{hi}) = \sum a_h N_h / N,$
 $b = \text{Mittelwert}_{hi}(v_{hi}) = \sum b_h N_h / N,$
 $A = \text{Summe}_{hi}(u_{hi}) = \sum A_h,$
 $B = \text{Summe}_{hi}(v_{hi}) = \sum B_h.$

Stichprobenplan

Der CMI b und der Case Mix B nach Revision sind unbekannt, und um sie genau berechnen zu können, müssten alle Aufenthalte geprüft werden. Wir schätzen sie anhand einer aus den geprüften Fällen zufällig gezogenen Stichprobe. Dazu verwenden wir einen „Stichprobenplan mit Inklusionswahrscheinlichkeiten, die proportional zu den Kostengewichten u_1, \dots, u_N sind“. Die Inklusionswahrscheinlichkeit für den Fall k in einer Stichprobe mit Umfang n beträgt:

$$\pi_k = \frac{nu_k}{A}.$$

Ausserdem ist unsere Stichprobe in Bezug auf die Aufenthaltsdauer „ausgewogen“ (balanced) und nach Standorten „geschichtet“. Die Techniken zum Erhalt dieser Art von Stichproben werden in Tillé (2006), Nedyalkova und Tillé (2008), Marazzi und Tillé (2016) beschrieben. Sie stehen im „Sampling“ Software (Tillé und Matei, 2012) zur Verfügung.

Schätzungen

Wir bezeichnen mit H die Gesamtheit der Aufenthalte und mit S die Gesamtheit der in der Stichprobe enthaltenen Fälle. Dann bezeichnet Σ_H eine Summe, die alle Aufenthalte umfasst und Σ_S eine Summe, die sich nur auf die in der Stichprobe enthaltenen Aufenthalte bezieht. Wenn die Inklusionswahrscheinlichkeiten ungleich sind, entspricht der unverzerzte Schätzer von B dem Horvitz-Thompson-Schätzer (HT-Schätzer):

$$\hat{B} = \sum_S y_k / \pi_k$$

und der entsprechende Schätzer des CMI lautet

$$\hat{b} = \hat{B} / N.$$

Der Schätzer von e lautet

$$\hat{e} = \hat{b} - a,$$

wobei a nicht von der Stichprobe abhängig ist (siehe Bemerkung).

Bemerkung: Anhand der Definition von π_k erhält man

$$\hat{A} = \sum_S u_k / \pi_k = A \text{ und } \hat{a} = a.$$

In anderen Worten sind die HT-Schätzer des Case Mix und des CMI vor Revision gleich dem Case Mix und CMI vor Revision. Wenn ausserdem l_1, \dots, l_N die Aufenthaltsdauern in H sind, erhält man

$$\sum_S l_k / \pi_k \approx \sum_H l_k,$$

weil die Stichprobe auf die Aufenthaltsdauer ausgewogen ist. Das bedeutet, dass der HT-Schätzer der Gesamtaufenthaltsdauer näherungsweise der Summe der Aufenthaltsdauer aller Fälle im Spital entspricht.

Die Standardabweichung $s(\hat{B})$ von \hat{B} wird mit Hilfe des Verfahrens von Deville und Tillé (2005) und Marazzi und Tillé (2016) geschätzt. Die Standardabweichung von \hat{b} ist

$$s(\hat{b}) = s(\hat{B})/N$$

und diejenige von $\hat{\mathbf{b}}$

$$s(\hat{\mathbf{b}}) = \left[\sum (N_h / N)^2 s(\hat{b}_h)^2 \right]^{1/2}.$$

Somit entspricht die Standardabweichung von \hat{e} der von \hat{b} .

Das Vertrauensintervall für b wird mit Hilfe seiner Standardabweichung berechnet: zum Beispiel, ein 95%-Vertrauensintervall für b ist

$$(\hat{b} - 1.96s(\hat{b}), \hat{b} + 1.96s(\hat{b})).$$

Zur Prüfung verwenden wir ein spezielles Bootstrapverfahren für Stichproben gezogen mit Inklusionswahrscheinlichkeiten proportional zum Kostengewicht (Barbiero, Manzi, Mecatti; 2013).

Die Intervalle für B und e können leicht hergeleitet werden.

Bibliographische Angaben

Barbiero A., Manzi G., Mecatti F. (2013). Bootstrapping probability-proportional-to-size samples via calibrated empirical population. *Journal of Statistical Computation and Simulation*, 85(3), 608-620.

Deville J.-C., Tillé Y. (2005). Variance approximation under balanced sampling. *Journal of Statistical Planning and Inference*, 128, 569--591.

Marazzi A., Tillé Y. (2016). Using past experience to optimize audit sampling design. *Rev Quant Finan Acc*. DOI 10.1007/s11156-016-0596-7.

Nedyalkova D., Tillé Y. (2008). Optimal sampling and estimation strategies under the linear model. *Biometrika*, 95, 3, 521--537.

Tillé Y. (2006). *Sampling algorithms*. Springer, New York.

Tillé Y., Matei A. (2012). *Package Sampling*, <http://cran.r-project.org>

Abkürzungen

BFS	Bundesamt für Statistik
CHOP	Schweizerische Operationsklassifikation
CM	Case Mix
CMI	Case Mix Index
CW	Cost-weight (Kostengewicht)
HD	Hauptdiagnose
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision
IV	Invalidenversicherung
KIS	Krankenhausinformationssystem
KV	Krankenversicherung
MDSi	Minimaler Datensatz der Schweizerischen Gesellschaft für Intensivmedizin
MV	Militärversicherung
NEMS	Nine equivalents of nursing manpower use score
SAPS II	Simplified acute physiology score
SwissDRG	Swiss Diagnosis Related Groups
UV	Unfallversicherung
ZHD	Zusatz zur Hauptdiagnose