

Kantonsspital Baden AG

*Bericht über die SwissDRG
Kodierrevision der Daten
2023
Version 12.0*

Abschlussbericht

Präambel

Um eine Einheitlichkeit der Resultate zu erreichen, welche eine schweizweite Vergleichbarkeit ermöglicht, müssen bei der Erstellung des Musterrevisionsberichts folgende Punkte beachtet werden:

1. Der Musterrevisionsbericht ist ein bindendes Dokument und vollständig auszufüllen. Er gilt als Standardrevisionsbericht.
2. Die Reihenfolge der Kapitel muss dem Musterrevisionsbericht entsprechen.
3. Alle Anhänge sind dem Bericht beizulegen.
4. Sollte ein Kapitel des Musterrevisionsberichtes aufgrund der spitalindividuellen Struktur nicht zutreffen, muss dieses Kapitel beibehalten werden mit einer Begründung der Revisionsfirma zu den fehlenden Angaben.
5. Sämtliche Spalten- und Zeilenbeschriftungen sind unverändert beizubehalten.
6. Stellt die Revisionsfirma dem Spital zusätzliche Informationen oder Auswertungen zur Verfügung, können diese ohne Änderungen der Grundstruktur ergänzt werden.

Der Revisionsbericht kennt drei Typen von Resultaten:

- Auf die Grundgesamtheit bezogene Resultate: statistische Angaben zur Grundgesamtheit (vollständiger Datensatz des Spitals).
- Auf die Stichprobe bezogene Resultate: statistische Angaben zur Stichprobe. Wurden die Fälle nicht mit gleicher Wahrscheinlichkeit in die Stichprobe aufgenommen, so werden die Angaben als ungewichtete Summen und Mittelwerte aufgeführt, das heisst unverändert, gemäss tatsächlicher Stichprobe.
- Schätzungen: unverzerrte Schätzungen von Parametern der Grundgesamtheit. Entspricht die Verteilung der Fälle in der Stichprobe nach Kostengewicht nicht der Verteilung der Grundgesamtheit, so sind die Schätzergebnisse zu korrigieren und gewichtet anzugeben, damit sie Aussagen über die Grundgesamtheit erlauben.

Inhaltsverzeichnis

Präambel	2
Zusammenfassung	5
Revisionsergebnisse im Überblick	6
Kennzahlenvergleich Grundgesamtheit und Stichprobe	7
1 Durchführung der Revision	8
1.1 Berichtsperiode	8
1.2 Gültige Versionen	8
1.3 Berechnung und Ziehung der Stichproben	9
1.4 Beschreibung der zeitlichen Abfolge der Revision	9
1.5 Qualifikation des Revisors	10
1.6 Unabhängigkeit des Revisors	10
1.7 Bemerkungen	10
2 Feststellungen	11
2.1 Generelle Feststellungen	11
2.2 Administrative Grundlagen	11
2.2.1 Patientenakten	11
2.2.1.1 Anzahl und Prozentsatz fehlender Patientenakten	11
2.2.1.2 Qualität der Aktenführung	11
2.2.2 Administrative Falldaten	11
2.2.3 Fallkombinationsfehler (Fallsplit, Fallzusammenführung)	12
2.2.4 Kongruenz der Rechnungsstellung	12
2.3 Diagnosen und Behandlungen	14
2.3.1 Festgestellte Fehler	14
2.3.2 Angaben zu den Kodierfehlern	14
2.3.3 Zuweisung der Hauptdiagnose	15
2.3.4 Zuweisung der Zusatzdiagnose	15
2.3.5 Zuweisung der Hauptbehandlung	16
2.3.6 Zuweisung der Nebenbehandlung	16
2.3.7 Lateralität der Diagnosen und Prozeduren	16
2.3.8 Externe ambulante Leistungen	16
2.3.9 Vergleich Grundgesamtheit und Stichprobe	17
2.4 Intensivmedizin (IMCU und IPS)	19
2.4.1 Basisdaten IMCU	19
2.4.2 Basisdaten IPS	19
2.4.2.1 Maschinelle Beatmungen	19
2.4.2.2 NEMS	19
2.5 Zusatzentgelte exkl. Medikamente (Substanzen)	20
2.6 Medikamente (Substanzen)	20
2.7 Kostengewichtswechsel	21
2.7.1 Anzahl und Prozentsatz der Fälle mit Kostengewichtswechsel	21
2.7.2 Differenzen mit/ohne Vorlage an das BfS	21
2.8 Kostengewichte	22
2.8.1 CMI des Spitals vor und nach der Revision	22
2.8.2 Kostengewichtsdifferenzen	22
2.9 Vergleich mit früheren Revisionen	23

Kennzahlenvergleich Grundgesamtheit und Stichprobe	24
3 Empfehlungen	25
3.1 Empfehlungen für die Verbesserung der Kodierung im Spital	25
3.2 Empfehlungen für die Weiterentwicklung von SwissDRG	25
3.3 Weitere Hinweise des Revisors	25
4 Anmerkungen der Spitaldirektion	26
5 Schlussbemerkungen	27
A Anhang	

Zusammenfassung

Der nachfolgende Bericht zeigt die überprüfte Kodierqualität in der Kantonsspital Baden AG auf.

Diese Überprüfung erfolgte aufgrund einer verdachtsunabhängigen und stichprobenbasierten Kontrolle der Kodierung von 100 Fällen aus der Grundgesamtheit von 22'368 nach SwissDRG abgerechneten Fällen.

Die Stichprobe wurde analog dem Reglement zur Durchführung von Kodierrevisionen unter SwissDRG geschichtet und verdachtsunabhängig gezogen. Der CMI von 1.026730 der Stichprobe fällt niedriger aus als der CMI von 1.026939 der Grundgesamtheit.

Die errechnete und gemäss Revisionsreglement zur Anwendung kommende Stichprobengrösse beträgt 100 Fälle.

Die Revision erfolgte durch eine Revisorin. Änderungsempfehlungen wurden durch das Vier-Augenprinzip untereinander besprochen, bevor diese dem Spital vorgelegt wurden. Ferner wurde das Prüfteam bei den Auswertungsarbeiten durch eine Statistikerin unterstützt.

Aufgrund der Revisionsfeststellungen und nach Rücksprache (Konsens) mit den Kodierverantwortlichen wurde bei zwei Fällen eine andere DRG- und Kostengewichtsermittlung empfohlen. Dies ergibt eine DRG- und Kostengewichtsänderungsquote von 2.0%.

Aufgrund unserer Prüfung wurde zweimal der effektive Kostengewichtswert von den Revisoren herabgestuft. Insgesamt wurde das Kostengewicht von den Revisoren um 0.174 nach unten verändert.

Es wurden keine systematischen Veränderungen der Kodierung festgestellt.

Beim Vergleich zwischen den im Batchgroup des BfS-Medizinischen Datensatzes ermittelten DRGs und den fakturierten DRGs kam es zu keiner Abweichung.

Ein einheitliches Vorgehen und richtiges Anwenden der Regeln aller am Kodierprozess beteiligten Personen ist erkennbar.

Es ist eine sehr geringe Empfehlungsrate seitens der Revision festzuhalten. Berichtsdocumentation, Berichtserstattung und Kodierung sind nahezu kongruent.

Revisionsergebnisse im Überblick

Kapitel	Messgrösse	Ergebnis	
2.3.8	Stichprobengrösse	100	
2.8.1	CMI des Spitals vor Revision (Grundgesamtheit)	1.026939	
2.8.1	CMI des Spitals vor Revision (Stichprobe)	1.026730	
2.8.1	Geschätzter CMI des Spitals nach Revision (Stichprobe)	1.017370	
2.8.1	Statistische Signifikanz der Abweichung des CMI vor und nach Revision	keine	
2.8.1	Geschätzte Differenz des CMI vor und nach Revision	-0.009360	-0.9%
2.7.1	Revidierte Fälle mit Kostengewichtswechsel	2	2.0%
2.3.2	Richtige Hauptdiagnosen ¹	95	95.0%
2.3.2	Richtiger Zusatz zur Hauptdiagnose ¹	10	100%
2.3.2	Richtige Nebendiagnosen	541	97.3%
2.3.2	Richtige Hauptbehandlung ¹	88	98.9%
2.3.2	Richtige Nebenbehandlungen	247	96.9%

Oben aufgeführte prozentuale Angaben sind unverzerrte Schätzungen von Parametern der Grundgesamtheit nach Revision.

2.4.1	Revidierte Fälle mit richtigen Basisdaten IMCU	11	100%
2.4.2	Revidierte Fälle mit richtigem Basisdatensatz IPS	3	100%
2.5	Richtige Zusatzentgelte exkl. Medikamente (Substanzen)	1	100%
2.6	Richtige Medikamente (Substanzen)	4	66.67%
2.2.3	Beanstandete Fallkombinationen	0	0.0%
2.2.1	Fehlende Patientenakten	0	0.0%
2.3.7	Richtig erfasste externe ambulante Leistungen	0	0.0%

¹ Bei den richtigen Hauptdiagnosen, Zusätzen zur Hauptdiagnose und Hauptbehandlungen, muss der Code 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 Code kodiert, so darf diese Nebendiagnose nicht als richtige Hauptdiagnose gewertet werden).

Kennzahlenvergleich Grundgesamtheit und Stichprobe²

Messgrösse	Grundgesamtheit		Stichprobe	
Fälle mit Zusatzentgelt	615	2.8%	4	4.0%
Fälle mit erfassten Beatmungen	603	2.7%	5	100%
Fälle mit IPS-Aufenthalt	892	4.0%	3	3.0%
Fälle mit IMCU-Aufenthalt	1'724	7.7%	11	100.0%
Fälle mit externen ambulanten Leistungen	12	0.1%	0	0.0%
CMI	1.026939		1.026730	
Zusatzentgelte gesamt	1'186		4	
Externe ambulante Leistungen gesamt	42		0	

² Die Angaben beziehen sich jeweils auf die Daten vor Revision (z.B. CMI: es werden die effektiven Kostengewichte vor Revision betrachtet).

1 Durchführung der Revision

1.1 Berichtsperiode

Der Prüfungszeitraum berücksichtigte alle stationären Fälle mit Austritt vom 01. Januar 2023 bis 31. Dezember 2023.

1.2 Gültige Versionen

Nachfolgende Tabelle zeigt die für das Berichtsjahr gültigen Regeln und Richtlinien, Klassifikationen, Tarifdokumente und Grouperversion auf.

Regeln und Richtlinien

Kodierungshandbuch. Der offizielle Leitfaden der Kodierrichtlinien in der Schweiz Version 2023

BFS-Gesundheit – Rundschreiben für Kodiererinnen und Kodierer 2023 Nr.1 und Nr.2

Klassifikationen

ICD-10-GM 2022 – Alphabetisches und Systematisches Verzeichnis

Schweizerische Operationsklassifikation (CHOP) – Alphabetisches und Systematisches Verzeichnis 2023

Tarifdokumente

Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG und TARPSY (Version Mai /2022)

Klarstellung und Fallbeispiele zu den Anwendungsregeln (Version 4.7)

Fallpauschalkatalog SwissDRG 12.0 Abrechnungsversion

SwissDRG – Reglement zur Durchführung von Kodierrevisionen unter SwissDRG 12.0, Revision der Daten 2023

Die Diagnosen- und Behandlungskodierung ist analog dem Musterrevisionsbericht mit der Fehlertypologie richtig, falsch, fehlend, ungerechtfertigt und unnötig beurteilt.

Daraus folgt, dass eine Diagnose oder Behandlung, die von den Revisoren bestätigt wurde, als **richtig** bezeichnet wird. Wenn der Revisor zu einer abweichenden Diagnose kommt, wird die Spitaldiagnosekodierung als **falsch** ausgewiesen. Als **fehlend** werden die Codes dargestellt, die durch den Revisor hinzu erfasst wurden.

Ungerechtfertigt sind Diagnose- und Prozedurenkodes, welche vom Spital kodiert wurden, obwohl kein Ressourcenverbrauch diesbezüglich entstanden ist. Mit **unnötig** werden Codes, die durch andere Codes schon subsummiert sind, bezeichnet.

1.3 Berechnung und Ziehung der Stichproben

Die Stichprobenberechnung und die Stichprobenziehung wurden nach den Vorgaben unter Kapitel 4.2.2 des Reglements für die Durchführung der Kodierrevision unter SwissDRG und des Anhang 1 durchgeführt.

Es wurde eine geschichtete Zufallsstichprobe durchgeführt. Diese erfolgte anhand einer absteigenden Schichtung nach effektiven Kostengewicht-Werten. Diese Schichtung wurde in gleich grosse Gruppen (Cluster) unterteilt. Die Gruppe mit den höchsten Kostengewichten wurde nochmal in zwei gleich grosse Gruppen geteilt. Die Zufallsstichprobenziehung erfolgte durch Entnahme gleich grosser Mengen aus jedem Cluster. Die Auswahl der Fälle im jeweiligen Cluster erfolgt mit einer gleichen Wahrscheinlichkeit, das heisst jeder Fall des Clusters wird mit einer gleichen Wahrscheinlichkeit ausgewählt.

Im Verfahren der Stichprobenziehung haben wir eine Schätzung der Differenz D (Differenz zw. CMI der Grundgesamtheit und des CMI der Stichprobe) berücksichtigt. Der absolute Schätzfehler ist mit einer Wahrscheinlichkeit von mehr als 95% kleiner als 0.02.

Die Berechnung der Stichprobengrösse basiert hauptsächlich auf der Fehlerverteilung (Standardabweichung) der letzten Revision.

Die von uns verwendete Berechnung der Stichprobengrösse beruht auf den "Leitlinien für Stichprobenverfahren für Prüfbehörden - Programmplanungszeiträume 2007-2013 und 2014-2020" der Europäischen Kommission. Die Berechnungsgrundlage und die für diese Revision vorgenommene Berechnung sind in Anhang 4 dargestellt.

Die Grundgesamtheit der Kantonsspital Baden AG ist > 1'000 Fälle pro Jahr. Die errechnete Stichprobengrösse ist grösser 100 Fälle.

Des Weiteren gilt, dass wenn in der letzten Kodierrevision nicht mehr als drei Prozent der Kostengewichte korrigiert wurden, wird die Stichprobengrösse für Einrichtungen mit ≥ 1000 Fällen pro Jahr für die Revision auf 100 Fälle festgelegt und für Einrichtungen mit <1000 Fällen pro Jahr auf 30 Fälle.

Somit wird eine Stichprobengrösse von 100 Fällen gezogen.

Die zur Ziehung der Stichprobe übermittelte Datengrundlage wurde nach der Übermittlung durch den Revisor nicht geändert.

1.4 Beschreibung der zeitlichen Abfolge der Revision

Als Prüfer haben wir die Kodierrevision der Kantonsspital Baden AG für den Zeitraum vom 01. Januar bis 31. Dezember 2023 nach dem Reglement für die Durchführung der Kodierrevision unter SwissDRG Version 12.0 vom 26.02.2024 bis 28.02.2024 durchgeführt.

Die gezogene Stichprobe wurde der Kantonsspital Baden AG innert der im Revisionsreglement aufgezeigten Frist von 10-15 Tagen vor Revision zugestellt.

Die Kodierrevision wurde via vor Ort durch die Revisoren durchgeführt.

Das Vier-Augenprinzip bei spezifischen Kodierfragestellungen und Differenzen zur Spitalkodierung wurde sichergestellt.

Bei Fragestellungen standen die Kodierverantwortlichen sofort für die Beantwortung dieser zur Verfügung. Das Revisionsverfahren wurde analog dem

Reglement für die Durchführung von Kodierrevision unter SwissDRG durchgeführt. Dem Revisor war die Ursprungskodierung aller Parameter bekannt.

Die festgestellten Differenzen wurden nach der Revision mit den Kodierverantwortlichen am 29.02.2024 besprochen und sind in diesem Bericht, soweit ausgeräumt, nicht mehr aufgeführt.

1.5 Qualifikation des Revisors

Die von PricewaterhouseCoopers AG eingesetzten Revisoren stehen auf der Liste der Revisoren des Bundesamtes für Statistik (BfS). Die Revisoren nehmen regelmässig an kodierungsbezogenen Fortbildungen teil.

Katrin von Varchmin (Revisorin) ist medizinische Kodiererin mit eidgenössischem Fachausweis und exam. Pflegefachfrau. Seit 2015 hat Sie den eidgenössischen Fachausweis des Medizinischen Kodierers erworben und steht seit Ende 2015 auf der Liste der Revisoren des BfS.

Tobias Pfinninger (4-Augen Prinzip) Dipl. Betriebswirt Fachrichtung Gesundheitswesen und exam. Pflegefachmann, ist seit 20 Jahren in der Kodierung und im Medizincontrolling tätig. Seit 2010 hat er den eidgenössischen Fachausweis des Medizinischen Kodierers erworben und steht seit Ende 2011 auf der Liste der Revisoren des BfS.

1.6 Unabhängigkeit des Revisors

Die Revisoren standen in der Revisionsperiode und zur Zeit der Revision in keinem weiteren Anstellungsverhältnis mit der Kantonsspital Baden AG. Des Weiteren bestehen keine finanziellen Abhängigkeiten zwischen den Revisoren und die Kantonsspital Baden AG. Es bestehen auch keine Abhängigkeiten seitens der Revisoren zu Kostenträgern.

Die Kodierrevisoren verpflichten sich, die vom BfS herausgegebenen Kodierungsrichtlinien, die geltenden Tarifdokumente (insbesondere Revisionsreglement) und die aktuellen Klassifikationen sach- und fachgerecht anzuwenden. Die Revisoren unterstehen der Schweigepflicht gegenüber Dritten und behandeln die gemachten Wahrnehmungen, bzw. die während der Prüftätigkeit in Erfahrung gebrachten Informationen vertraulich.

1.7 Bemerkungen

Für die Kodierung der Datengrundlage 2023 ist die Kantonsspital Baden AG verantwortlich. Unsere Aufgabe ist es, auf der Grundlage der von uns durchgeführten Prüfungshandlungen eine Prüfungsaussage darüber abzugeben, ob die Kantonsspital Baden AG die Bestimmungen über die Kodierung eingehalten hat. Wir haben unsere Prüfung in Übereinstimmung mit dem International Standard on Assurance Engagements (ISAE) 3000 und den Grundsätzen der SwissDRG AG vorgenommen. Danach ist die Prüfung unter Beachtung des Grundsatzes der Wesentlichkeit so zu planen und durchzuführen, dass wir unsere Prüfungsaussage mit angemessener Sicherheit abgeben können. Die Auswahl der Prüfungshandlungen liegt im Ermessen der Prüfgesellschaft. Wir erlangten angemessene Prüfungsnachweise auf der Basis von Stichproben. Die im Reglement für die Durchführung der Kodierrevision vorgesehenen Prüfungshandlungen haben wir durchgeführt. Wir sind der Auffassung, dass unsere Prüfung eine ausreichende Grundlage für unsere Prüfungsaussage bildet.

2 Feststellungen

2.1 Generelle Feststellungen

In allen vorgelegten Fällen standen die Unterlagen in gleicher elektronischer Form wie sie die Spitalkodierung zur Ansicht hatte zur Verfügung.

Die Krankenakten sind logisch aufgebaut und konnten dadurch vom Revisor ohne Probleme geprüft werden.

Eine detaillierte Darstellung der Revisionsergebnisse wurde dem Spital im Anschluss der Revision zugestellt. Im Rahmen der Fallbesprechung wurden diese Feststellungen erörtert und vom Spital bestätigt oder widerlegt.

Die Kodierverantwortlichen setzen sich für die Erreichung einer vollständigen Dokumentation ein und erbringen dafür einen hohen zeitlichen Einsatz. Aus den Berichten bestehende offene Fragestellungen lassen sie sich von den Behandelnden beantworten und mit Visa bestätigen.

Beim Abschluss der Fallbesprechung bestand in allen Fällen ein Konsens zwischen beiden Parteien.

Es wurde kein Fall dem BfS durch die Revision zur Beurteilung vorgelegt.

2.2 Administrative Grundlagen

2.2.1 Patientenakten

2.2.1.1 Anzahl und Prozentsatz fehlender Patientenakten

Es konnten 100 Fälle aufgrund vorliegender Akten revidiert werden. Dies entspricht 100% der Stichprobengrösse.

Somit musste keine neue Stichprobe gezogen werden.

2.2.1.2 Qualität der Aktenführung

Die Dossiers enthielten meistens alle notwendigen Informationen. Die Arztberichte und Operationsberichte sind die relevanten Dokumente für die Kodierverantwortlichen der Klinik. Unsere Prüfung hat ergeben, dass teilweise kodierrrelevante Informationen in weiteren Dokumenten zu finden sind, welche in den zentralen Dokumenten nicht ausgewiesen waren. Teilweise ist die Spezifizierung der Diagnosen in den Verlaufsberichten besser zu erkennen als im Arztbericht aufgeführt.

Wichtig erscheint uns das der Ressourcenverbrauch im aktuellen Aufenthalt im Austrittsbericht präzise abgebildet wird.

Nachfolgend zeigen wir für die Fachbereiche weitere spezielle Feststellungen bezüglich der Dokumentation auf:

2.2.2 Administrative Falldaten

Fehler bei	Anzahl	Prozentsatz
Eintrittsart	0	0.0%
Einweisende Instanz	0	0.0%
Aufenthaltort vor Eintritt	2	2.0%

Wechsel Aufenthaltsart (ambulant, stationär, Rehabilitation, Psychiatrie)	0	0.0%
Entscheid für Austritt	0	0.0%
Aufenthalt nach Austritt	0	0.0%
Behandlung nach Austritt	0	0.0%
Verweildauer	0	0.0%
Administrativer Urlaub	0	0.0%
Grund Wiedereintritt	0	0.0%
Neugeborenenendatensatz	0	0.0%
Aufnahmegewicht	0	0.0%
Gestationsalter ³	0	0.0%

2.2.3 Fallkombinationsfehler (Fallsplit, Fallzusammenführung)

2.2.3.1 Festgestellte Fehler

Wenn ein gezogener Fall unter den Sachverhalt einer Fallzusammenführung mit einem oder mehreren anderen Fällen fällt, so erstreckt sich die Revision des Falles stets auf alle unter die Fallzusammenführung fallenden Aufenthalte.

Wenn in der Kodierrevision solche Fälle getrennt werden, die vom Spital zusammengeführt wurden bzw. wurden bei der Kodierrevision Fälle zusammengeführt, die vom Spital nicht zusammengeführt wurden und diese Fälle sind nicht in der Stichprobe enthalten, so sind die Ergebnisse separat im Revisionsbericht dargestellt.

Die zwei in der Stichprobe analysierten Fallzusammenführungen wurden korrekt vorgenommen. Es wurden in der Stichprobe sechs potenzielle Rehospitalisationen ausgewiesen. Von den Revisoren wurden keine noch nicht durchgeführte Fallzusammenführung empfohlen.

Fall	Typ	Fall	Eintritt	Austritt	LOS	DRG	CW des Spital	CW des Revisors	CW-differenz
Keine Feststellungen									

2.2.3.2 Abweichung Kostengewicht

Es besteht keine Abweichung der Kostengewichte durch Fallzusammenführung oder Wegnahme von Fallzusammenführungen.

2.2.4 Kongruenz der Rechnungsstellung

Die Revision der Rechnungsstellung erfolgte auf der Grundlage der Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG. Es wurden alle 100 ausgewiesenen Rechnungen mit dem BfS-Datensatz-Grouping abgeglichen.

³ Unabhängig vom Neugeborenenendatensatz, unverschlüsselt, bis zu einem Alter < 366 Tage. Gemäss Kodierungsvorgaben des Bundesamts für Statistik (BfS).

2.2.4.1 Festgestellte Fehler

100 von 100 Rechnungen wurden von den Revisorinnen kontrolliert.

	DRG	Kostengewicht	Zusatzentgelte
Richtig	100	100	4
Falsch	0	0	0
Noch keine Rechnung vorhanden	0	0	0
Sonstiges	0	0	0
Fehlend	0	0	0

Es sind keine Rechnungskorrekturen aufgrund des Reglements über die Kodierrevision, Punkt 4.2.3.5, zulässig. Es sei denn, eine statistische Relevanz liegt vor. Diese haben wir in Kapitel 2.8.1 ausgeschlossen.

2.2.4.2 Abweichung Kostengewicht

Die Revision der Rechnungsstellung erfolgte auf der Grundlage der Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG.

Es wurden von den Revisoren keine Unterschiede zwischen den Ergebnissen des BfS-Datensatz-Groupings und der Rechnungsstellung festgestellt.

Unterschiede aufzeigen. (Fehler in Rechnungsstellung oder BfS-Datensatz).

Die Abweichung der Kostengewichte durch diese Unterschiede beträgt 0.0 Kostengewichte.

2.3 Diagnosen und Behandlungen

2.3.1 Festgestellte Fehler

Innerhalb der 100 Fälle der Stichprobe waren 659 Diagnosen und 340 Behandlungen zu beurteilen. Es wurden von der Revision insgesamt fünf Hauptdiagnosen korrigiert. Kein Zusatz zur Hauptdiagnose wurden berichtet und keiner ergänzt. Sieben fehlende Nebendiagnosen wurden ergänzt und acht Nebendiagnosen korrigiert.

Bei den Behandlungen wurden vier Prozeduren ergänzt und fünf korrigiert.

Die DRG-Änderungsempfehlungen beruhen auf folgende Beanstandungen:

-Revision-ID 45: Streichung einer Nebendiagnose bei keinem Aufwand im jetzigen Aufenthalt KHB G54g

-Revision-ID 80: Spezifizierung der Hauptdiagnose aus einer bestehenden Nebendiagnose KHB G52h

Es wurden keine Hinweise für einen systematischen Kodierfehler gefunden.

In den folgenden Kapiteln sind die Feststellungen zusammengefasst.

2.3.2 Angaben zu den Kodierfehlern

2.3.2.1 Anzahl der Kodierfehler nach Fehlertyp

Fehlertyp	richtig	falsch	fehlend	ungerechtfertigt	unnötig	Total
Hauptdiagnose	95	4	0	1	0	100
Zusatz zur HD	10	0	0	0	0	10
Nebendiagnose	541	3	7	4	1	556
Diagnosen Total	646	7	7	5	1	666
Hauptbehandlung	88	1	0	0	0	89
Nebenbehandlungen	247	3	4	1	0	255

2.3.2.2 Anzahl der falsch kodierten Codes mit Stellenangabe

Fehlertyp	falsch 1. Stelle	falsch 2. Stelle	falsch 3. Stelle	falsch 4. Stelle	falsch 5. Stelle	falsch 6. Stelle	Total
Hauptdiagnose	0	1	0	3	0	0	4
Zusatz zur HD	0	0	0	0	0	0	0
Nebendiagnose	0	1	1	1	0	0	3
Diagnosen Total	0	2	1	4	0	0	7
Hauptbehandlung	1	0	0	0	0	0	1
Nebenbehandlungen	0	0	2	1	0	0	3

2.3.2.3 Prozentsatz der Kodierfehler nach Fehlertyp

Fehlertyp	Richtig	Falsch	Fehlend	ungerechtfertigt	Unnötig
Hauptdiagnose	95.0%	4.0%	0.0%	1.0%	0.0%
Zusatz zur HD	100%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Nebendiagnose	97.3%	0.5%	1.3%	0.7%	0.2%
Diagnosen Total	97.0%	1.1%	1.1%	0.8%	0.2%
Hauptbehandlung	98.9%	1.1%	0.0%	0.0%	0.0%
Nebenbehandlungen	96.9%	1.2%	1.6%	0.4%	0.0%

2.3.2.4 Prozentsatz der falsch kodierten Codes mit Stellenangabe

Fehlertyp	falsch 1. Stelle	falsch 2. Stelle	falsch 3. Stelle	falsch 4. Stelle	falsch 5. Stelle	falsch 6. Stelle
Hauptdiagnose	0.0%	25.0%	0.0%	75.0%	0.0%	0.0%
Zusatz zur HD	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Nebendiagnose	0.0%	33.3%	33.3%	33.3%	0.0%	0.0%
Diagnosen Total	0.0%	28.6%	14.3%	57.1%	0.0%	0.0%
Hauptbehandlung	100%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Nebenbehandlungen	0.0%	0.0%	66.7%	33.3%	0.0%	0.0%

2.3.3 Zuweisung der Hauptdiagnose

Zuweisung der Hauptdiagnose	Anzahl	Prozent
Keine Änderung der Spalkodierung	94	94.0%
Kode durch richtigen Code ersetzt	4	4.0%
Fehlenden Code durch neuen ersetzt	0	0.0%
Durch bestehende Nebendiagnose zugeordnet	2	2.0%

2.3.4 Zuweisung der Zusatzdiagnose

Zuweisung der Zusatzdiagnose	Anzahl	Prozent
Keine Änderung der Spalkodierung	10	100%
Kode durch richtigen Code ersetzt	0	0.0%
Fehlenden Code durch neuen ersetzt	0	0.0%
Durch bestehende Nebendiagnose zugeordnet	0	0.0%

2.3.5 Zuweisung der Hauptbehandlung

Zuweisung der Hauptbehandlung	Anzahl	Prozent
Keine Änderung der Spalkodierung	88	98.9%
Kode durch richtigen Kode ersetzt	1	1.1%
Fehlenden Kode durch neuen ersetzt	0	0.0%
Durch bestehende Nebenbehandlung zugeordnet	0	0.0%

2.3.6 Zuweisung der Nebenbehandlung

Zuweisung der Nebenbehandlung	Anzahl	Prozent
Keine Änderung der Spalkodierung	247	96.9%
Kode durch richtigen Kode ersetzt	3	1.2%
Fehlenden Kode durch neuen ersetzt	4	1.6%
Kode unnötig erfasst	0	0.0%
Kode ungerechtfertigt erfasst	1	0.4%

2.3.7 Lateralität der Diagnosen und Prozeduren

Lateralität der Diagnosen	Anzahl	Prozent
Keine Änderung der Spalkodierung	85	100%
Kode durch richtigen Kode ersetzt	0	0.0%
Fehlenden Kode durch neuen ersetzt	0	0.0%

Lateralität der Prozeduren	Anzahl	Prozent
Keine Änderung der Spalkodierung	54	98.2%
Kode durch richtigen Kode ersetzt	0	0.0%
Fehlenden Kode durch neuen ersetzt	0	0.0%

2.3.8 Externe ambulante Leistungen

	Anzahl	Prozentsatz
Richtig erfasst	-	-
Falsch erfasst	-	-
Nicht erfasst	-	-

2.3.9 Vergleich Grundgesamtheit und Stichprobe

Angaben beziehen sich jeweils auf nicht revidierte Daten.

Die Angaben beziehen sich jeweils auf die Daten vor Revision (z.B. CMI: Es werden die effektiven Kostengewichte vor Revision betrachtet).

2.3.9.1 Anzahl Fälle

	Anzahl
Anzahl Fälle (Stichprobe)	100
Anzahl Fälle (Grundgesamtheit)	22'368

2.3.9.2 CMI

	Anzahl
CMI in der Stichprobe, ungewichtet	1.026730
CMI in der Stichprobe, gewichtet	Es wurde keine Gewichtung und keine ungleiche Wahrscheinlichkeit angewendet.
CMI der Grundgesamtheit	1.026939

2.3.9.3 Anzahl und Prozentsatz unspezifischer Codes an der Spitalkodierung

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!

	Unspezifische Codes der Grundgesamtheit		Unspezifische Codes der Stichprobe	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Diagnosen	23'043	16.6%	114	17.3%
Behandlungen	120	0.2%	1	0.3%

2.3.9.4 Anzahl Nebendiagnosen pro Patienten

	Anzahl
Anzahl Nebendiagnosen / Patient (Stichprobe)	5.50
Anzahl Nebendiagnosen / Patient (Grundgesamtheit)	5.06

2.3.9.5 Anzahl Behandlungskodes pro Patienten

	Anzahl
Anzahl Behandlungskodes / Patient (Stichprobe)	3.43
Anzahl Behandlungskodes / Patient (Grundgesamtheit)	3.26

2.3.9.6 Anzahl DRG-Fallgruppen

	Anzahl
Anzahl DRG-Fallgruppen (Stichprobe)	73
Anzahl DRG-Fallgruppen (Grundgesamtheit)	803

2.3.9.7 Anzahl Zusatzentgelte und Anzahl und Prozentsatz Fälle mit Zusatzentgelt

	Anzahl	Prozentsatz
Zusatzentgelt (Stichprobe)	4	
Zusatzentgelt (Grundgesamtheit)	1'186	
Fälle mit Zusatzentgelt (Stichprobe)	4	4.0%
Fälle mit Zusatzentgelt (Grundgesamtheit)	615	2.8%

2.3.9.8 Anzahl und Prozentsatz Fälle mit erfassten Beatmungen

	Anzahl	Prozentsatz
Fälle mit erfassten Beatmungen (Stichprobe)	5	5.0%
Fälle mit erfassten Beatmungen (Grundgesamtheit)	603	4.0%

2.3.9.9 Anzahl und Prozentsatz Fälle mit IPS-Behandlungen

	Anzahl	Prozentsatz
Fälle mit IPS-Aufenthalt (Stichprobe)	3	3.0%
Fälle mit IPS-Aufenthalt (Grundgesamtheit)	892	4.0%

2.3.9.10 Anzahl und Prozentsatz Fälle mit IMCU-Behandlungen

	Anzahl	Prozentsatz
Fälle mit IMCU-Aufenthalt (Stichprobe)	11	100%
Fälle mit IMCU-Aufenthalt (Grundgesamtheit)	1'724	7.7%

2.3.9.11 Anzahl und Prozentsatz Fälle mit externen ambulanten Leistungen

	Anzahl	Prozentsatz
Fälle mit externen ambulanten Leistungen (Stichprobe)	0	0.0%
Fälle mit externen ambulanten Leistungen (Grundgesamtheit)	12	0.1%

2.4 Intensivmedizin (IMCU und IPS)

Die Kantonsspital Baden AG führt eine Intensivmedizinische Abteilung gemäss SGI und eine Intermediate Care Unit. Die Abgrenzung ist erkennbar und in der Kodierung berücksichtigt.

2.4.1 Basisdaten IMCU

2.4.1.1 NEMS + Schweregrad (S/P/C)

	Anzahl	Prozentsatz
Richtig erfasst	11	100%
Falsch erfasst	0	0.0%
Nicht erfasst	0	0.0%

2.4.1.2 Revidierte Fälle

	Anzahl	Prozentsatz
Revidierte Fälle mit richtigen Basisdaten IMCU	11	100.0%

2.4.2 Basisdaten IPS

2.4.2.1 Maschinelle Beatmungen

	Anzahl	Prozentsatz
Richtig erfasst	4	80.0%
Falsch erfasst	0	0.0%
Nicht erfasst	0	0.0%

2.4.2.2 NEMS

	Anzahl	Prozentsatz
Richtig erfasst	3	100%
Falsch erfasst	0	0.0%
Nicht erfasst	0	0.0%

2.4.2.3 Schweregrad

	Anzahl	Prozentsatz
Richtig erfasst	3	100%
Falsch erfasst	0	0.0%
Nicht erfasst	0	0.0%

2.4.2.3 Revidierte Fälle

	Anzahl	Prozentsatz
Revidierte Fälle mit richtigen Basisdaten IPS	3	100%

2.5 Zusatzentgelte exkl. Medikamente (Substanzen)

	Anzahl	Prozentsatz
Richtig erfasst	4	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.

	Anzahl	Prozentsatz
Richtig erfasst	4	66.67%
Falsch erfasst	2	33.33%
Nicht erfasst	0	0.00%

2.7 Kostengewichtswechsel

2.7.1 Anzahl und Prozentsatz der Fälle mit Kostengewichtswechsel

	Höheres Kostengewicht nach Revision		Tieferes Kostengewicht nach Revision		Kein Einfluss auf Kostengewicht	
Aufgrund Änderung Hauptdiagnose	0	0.00%	1	1.00%	0	0.00%
Aufgrund Änderung Nebendiagnose	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
Aufgrund Änderung Behandlung	0	0.00%	1	1.00%	0	0.00%
Aufgrund sonstiger Änderungen	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
Total	0	0.00%	2	2.00%	0	0.00%

2.7.2 Differenzen mit/ohne Vorlage an das BfS

Rev. ID	DRG vor Revision	DRG nach Revision	CW vor Revision	CW nach Revision	CW- Differenz	Wechselgrund/ Anmerkungen
45	G18A	G18B	2.853	1.92	-0.9330	Änderung Behandlungen
80	U66D	C63C	0.561	0.558	-0.0030	Änderung Hauptdiagnose

In allen Fällen wurde ein Konsens erreicht. Es wurde kein Fall dem BFS zur Beurteilung vorgelegt.

2.8 Kostengewichte

2.8.1 CMI des Spitals vor und nach der Revision

CMI des Spitals vor der Revision (Grundgesamtheit)	1.026939	
Geschätzter CMI des Spitals vor der Revision (Stichprobe) ⁴	1.026730	
Geschätzter CMI des Spitals nach der Revision (Stichprobe) ⁴	1.017370	
Statistische Signifikanz der Abweichung des CMI vor und nach Revision	Nein	
Geschätzte Differenz des CMI des Spitals vor und nach Revision	-0.009360	-0.9%
95%-Vertrauensintervall (VI) der Differenz des Spitals vor und nach der Revision Relevant und aussagekräftig, falls mindestens drei Kostengewichte korrigiert wurden.	Unteres VI -0.027646	Oberes VI 0.008926
Standardabweichung eff. CW	0.093297	

2.8.2 Kostengewichtsdifferenzen

Liste der gepaarten Kostengewichte vor und nach Revision bei Fällen mit Kostengewichtsdifferenzen, welche ungleich Null sind.

Revisions-ID	Kostengewicht vor Revision	Kostengewicht nach Revision
45	2.853	1.92
80	0.561	0.558

⁴ Inkl. Berücksichtigung Fallzusammenführungen gemäss Punkt 4.2.3 des Reglements.

2.9 Vergleich mit früheren Revisionen

Kennzahlen im Vergleich				
	2022		2023	
Stichprobengrösse	100		100	
CMI des Spitals vor Revision (Grundgesamtheit)	1.049789		1.026939	
CMI des Spitals vor Revision (Stichprobe)	1.050030		1.026730	
Geschätzter CMI des Spitals nach Revision (Stichprobe)	1.048550		1.017370	
Statistische Signifikanz der Abweichung des CMI vor und nach Revision	Nein		Nein	
Geschätzte Differenz des CMI vor und nach Revision	-0.00148	-0.1	-0.0094	-0.9116
Revidierte Fälle mit Kostengewichts-Wechsel	3	3.0%	2	2.0%
Richtige Hauptdiagnosen	93	93.0%	94	94.0%
Richtiger Zusatz zur Hauptdiagnose	16	100%	10	100%
Richtige Nebendiagnosen	439	96.5%	541	97.3%
Richtige Hauptbehandlungen	85	100%	88	98.9%
Richtige Nebenbehandlungen	243	100%	247	96.9%
Revidierte Fälle mit richtigen Basisdaten Intensivmedizin	4	100%	3	100%
Revidierte Fälle mit richtigem Basisdatensatz Intermediate Care Unit	9	90.0%	11	100%
Richtige Zusatzentgelte	6	100%	4	100%
Richtige Medikamente (Substanzen)	1	100%	3	75.0%
Beanstandete Fallzusammenführungen	0	0.0%	0	0.0%
Fehlende Krankengeschichten	0	0.0%	0	0.0%
Richtig erfasste externe ambulante Leistungen	-	-	-	-

Kennzahlenvergleich Grundgesamtheit und Stichprobe

	2022				2023			
	Grundgesamtheit		Stichprobe		Grundgesamtheit		Stichprobe	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Fälle mit Zusatzentgelt	590	2.7%	2	2.0%	615	2.8%	4	4.0%
Fälle mit erfassten Beatmungen	516	2.4%	4	4.0%	603	2.7%	5	5.0%
Fälle mit IPS-Aufenthalt	752	3.5%	4	4.0%	892	4.0%	3	3.0%
Fälle mit IMCU-Aufenthalt	1'696	7.8%	9	90.0%	1'724	7.7%	11	100%
Fälle mit externen ambulanten Leistungen	21	0.1%	0	0.0%	12	0.1%	0	0.0%
CMI	1.049789		1.050030		1.026939		1.026730	
Zusatzentgelte	1'395		6		1'186		4	

3 Empfehlungen

3.1 Empfehlungen für die Verbesserung der Kodierung im Spital

Nachfolgend werden die unterschiedlichen Empfehlungen analog der Feststellungen in Kapitel 2 aufgeführt, soweit das Spital unterjährig keine Anpassungen vorgenommen hat:

Integration von Diagnostikdokumentation (Histologie, relevante Laborparameter) im Austrittsbericht.

Wir empfehlen der Kodierung weiterhin bei Kodierunsicherheiten (Interpretationsspielraum) oder nicht klar formulierter Diagnosestellung eine direkte Rücksprache mit den behandelnden Ärzten vorzunehmen.

Wir empfehlen dem Kodierteam die vorgeschlagenen Kodieränderungsvorschläge aufzunehmen, im Team zu besprechen und ein einheitliches Vorgehen innerhalb des Kodierteams sicherzustellen.

3.2 Empfehlungen für die Weiterentwicklung von SwissDRG

In der Revision sind keine Auffälligkeiten aufgetreten, die Vorschläge für Änderungen an der Klassifikation (ICD und CHOP), an den Kodierrichtlinien oder am Grouperalgorithmus bedingen.

Bei der Umsetzung und Anwendung der Kodierrichtlinien ist im Rahmen der durchgeführten Stichprobe kein Fall aufgetreten, der einen Handlungsbedarf erklärt.

3.3 Weitere Hinweise des Revisors

Ein einheitliches Vorgehen zwischen den verschiedenen Kodierern ist erkennbar und der Austausch sollte weiterhin so gesichert werden.

Wir haben den konstruktiven Austausch mit den Kodierverantwortlichen sehr geschätzt.

4 Anmerkungen der Spitaldirektion

Entsprechend der Rückmeldung der Leiterin Medizincontrolling möchten wir anmerken, dass sich die Zusammenarbeit zwischen der Revisorin und dem KSB ein weiteres Mal sehr konstruktiv und unkompliziert gestaltet hat. Fachliche Diskussionen wurden respektvoll geführt, so dass in allen Fällen schnell und einvernehmlich ein Konsens gefunden werden konnte.

Ort, Datum *Baden, 7.3.24*



Kantonsspital Baden AG, Direktion

5 *Schlussbemerkungen*

Der provisorische Bericht ist der Kantonsspital Baden AG am 1. März 2024 zugestellt worden.

Wir erstatten diesen Bericht nach bestem Wissen aufgrund der von uns mittels Analysen und Erhebungen durchgeführten Prüfungen sowie der uns zur Verfügung gestellten Unterlagen und erhaltenen Auskünfte.

Zürich, 21. März 2024

PricewaterhouseCoopers AG

Gerhard Siegrist
Partner Kodierrevision

Katrin von Varchmin
Prüfungsleiter Kodierrevision

Anhang

Inhaltsverzeichnis

A1 Nachweise	1
A2 Leistungsübersicht des Spitals in der Berichtsperiode	3
A2.1 Anzahl der stationär behandelten Fälle gesamte Institution	3
A2.2 SwissDRG-Fälle	4
A2.2.1 Nach Herkunftskanton und Versicherungsart	4
A2.2.2 Nach Ausreisserkategorie und Versicherungsart	4
A2.2.3 Nach Ausreisserkategorie und Herkunftskanton	6
A2.3 CMI	7
A2.3.1 Nach Ausreisserkategorie und Versicherungsart	7
A2.3.2 Nach Ausreisserkategorie und Herkunftskanton	7
A2.4 Anzahl Zusatzentgelte	9
A2.5 Anzahl und Prozentsatz der Fälle, welche in die Basis-DRGs 901, 902, 960, 961, 962 und 963 gruppiert wurden	21
A2.6 Prozentsatz der Langlieger ohne Nebendiagnose und Prozedur	21
A2.7 Prozentsatz der Fälle mit über 5 Tage Aufenthaltsdauer und mit R-Hauptdiagnosekode	21
A3 Statistische Grundlagen	22
A4 Berechnung der Stichprobengrösse	26

A1 *Nachweise*

Verpflichtungs- und Unabhängigkeits- erklärung der Revisoren bezüglich Kodierrevision der Daten 2023 in der Kantonsspital Baden AG

1. Der Revisor 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. 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 sowohl der Revisor als auch die Revisionsfirma, von der er angestellt ist während der Revisionsperiode und während der Dauer der Revision in keinem anderen Anstellungs- oder Mandatsverhältnis oder in anderweitig finanziellen Abhängigkeiten mit dem revidierten Spital stand. Allfällige Abhängigkeiten von einem Kostenträger sind im Revisionsbericht vollständig offengelegt.
5. Der Revisor bestätigt, dass die Kodierrevisionsfirma bei der er angestellt ist, nicht gleichzeitig die medizinischen Leistungen des betreffenden Spitals kodierte und/oder das betreffende Spital im Medizincontrolling beriet.

Zürich, 1. Februar 2024



Tobias Pfinninger
Kodierrevisor



Katrin von Varchmin
Kodierrevisor

***Vollständigkeitserklärung der
Kantonsspital Baden AG bezüglich
Datenlieferung für die Kodierrevision der
Daten 2023***

Wir bestätigen, dass dem Revisor für die Stichprobenziehung alle im Spital nach SwissDRG fakturierten Fälle mit Austritt zwischen 01. Januar 2023 und 31. Dezember 2023 übermittelt wurden.

Ort, Datum *Baden, 14.2.24*

Direktion *[Signature]*
Kantonsspital Baden AG
Philippe Scheuzger
CFO

A2 Leistungsübersicht des Spitals in der Berichtsperiode

Der Anhang 2 enthält statistische Kennzahlen zu dem revidierten Spital und dient insbesondere der Einordnung der Stichprobendaten in das Gesamtbild des Spitals. Die Einteilung nach Versicherungsart erfolgt gemäss der Variable 1.4.V02 der medizinischen Statistik. Die Informationen wurden vom Revisor aus der .dat-Datei der medizinischen Statistik generiert und auf Inkohärenzen überprüft.

A2.1 Anzahl der stationär behandelten Fälle gesamte Institution

	KV	UV	MV	IV	SZ	Andere	Total
Akutsomatik (SwissDRG-Fälle)	21'614	635	16	41	62	0	22'368
Wartepatienten	6	2	0	0	0	0	8
Rehabilitation	0	0	0	0	0	0	0
Gesamt	21'620	637	16	41	62	0	22'376

A2.2 SwissDRG-Fälle

A2.2.1 Nach Herkunftskanton und Versicherungsart

Kanton	KV	UV	MV	IV	SZ	Andere	Total
AG	20'307	583	12	33	13	0	20'948
AI	1	0	0	0	0	0	1
BE	35	3	1	0	0	0	39
BL	19	4	0	0	0	0	23
BS	12	0	0	0	0	0	12
FR	4	0	0	0	0	0	4
GL	2	0	0	0	0	0	2
GR	17	1	1	0	0	0	19
LU	47	1	0	0	0	0	48
NE	2	0	0	0	0	0	2
NW	2	0	0	0	0	0	2
OW	4	1	0	0	0	0	5
SG	22	0	0	0	0	0	22
SH	20	0	0	0	0	0	20
SO	55	2	0	0	0	0	57
SZ	27	0	0	1	0	0	28
TG	16	2	0	0	0	0	18
TI	13	0	0	0	0	0	13
VD	7	0	0	0	0	0	7
VS	3	0	0	0	0	0	3
ZG	13	0	0	0	1	0	14
ZH	858	31	2	7	0	0	898
Sonstige	128	7	0	0	48	0	183
Total	21'614	635	16	41	62	0	22'368

A2.2.2 Nach Ausreisserkategorie und Versicherungsart

Kanton	Normalfälle ohne Verlegungsabschlag		Normalfälle mit Verlegungsabschlag		untere Ausreisser		obere Ausreisser		Andere		Total
KV	19'047	88.1%	163	0.8%	1'087	5.0%	1'302	6.0%	15	0.1%	21'614
UV	487	76.7%	2	0.3%	83	13.1%	63	9.9%	0	0.0%	635
MV	16	100%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	16
IV	28	68.3%	1	2.4%	10	24.4%	2	4.9%	0	0.0%	41

SZ	54	87.1%	2	3.2%	6	9.7%	0	0.0%	0	0.0%	62
Andere	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0
Total	19'632	87.8%	168	0.8%	1'186	5.3%	1'367	6.1%	15	0.1%	22'368

A2.2.3 Nach Ausreisserkategorie und Herkunftskanton

Kanton	Normalfälle ohne Verlegungsabschlag		Normalfälle mit Verlegungsabschlag		untere Ausreisser		obere Ausreisser		Andere		Total
AG	18'439	88.0%	140	0.7%	1'049	5.0%	1'305	6.2%	15	0.1%	20'948
AI	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1
BE	34	87.2%	1	2.6%	2	5.1%	2	5.1%	0	0.0%	39
BL	18	78.3%	1	4.3%	0	0.0%	4	17.4%	0	0.0%	23
BS	9	75.0%	0	0.0%	3	25.0%	0	0.0%	0	0.0%	12
FR	4	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	4
GL	1	50.0%	1	50.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2
GR	17	89.5%	0	0.0%	1	5.3%	1	5.3%	0	0.0%	19
LU	38	79.2%	3	6.3%	5	10.4%	2	4.2%	0	0.0%	48
NE	2	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2
NW	2	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2
OW	5	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	5
SG	20	90.9%	0	0.0%	1	4.5%	1	4.5%	0	0.0%	22
SH	11	55.0%	1	5.0%	7	35.0%	1	5.0%	0	0.0%	20
SO	47	82.5%	1	1.8%	5	8.8%	4	7.0%	0	0.0%	57
SZ	24	85.7%	0	0.0%	3	10.7%	1	3.6%	0	0.0%	28
TG	16	88.9%	0	0.0%	1	5.6%	1	5.6%	0	0.0%	18
TI	13	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	13
VD	6	85.7%	0	0.0%	1	14.3%	0	0.0%	0	0.0%	7
VS	3	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	3
ZG	12	85.7%	0	0.0%	1	7.1%	1	7.1%	0	0.0%	14
ZH	752	83.7%	18	2.0%	94	10.5%	34	3.8%	0	0.0%	898
Sonstige	158	86.3%	2	1.1%	13	7.1%	10	5.5%	0	0.0%	183
Total	19'632	87.8%	168	0.8%	1'186	5.3%	1'367	6.1%	15	0.1%	22'368

A2.3 CMI

A2.3.1 Nach Ausreisserkategorie und Versicherungsart

	Normalfälle ohne Verlegungs- abschlag	Normalfälle mit Verlegungs- abschlag	untere Ausreisser	obere Ausreisser	Total
KV	0.980387	0.811454	0.634480	2.097135	1.029022
UV	0.951255	0.703500	0.571410	1.661270	0.971268
MV	1.012188	-	-	-	1.012188
IV	0.838750	0.302000	0.621700	6.591000	1.053317
SZ	0.866204	0.757000	0.817000	-	0.857919
Andere	-	-	-	-	-
Total	0.979174	0.806488	0.630882	2.083623	1.026939

A2.3.2 Nach Ausreisserkategorie und Herkunftskanton

Kanton	Normalfälle ohne Verlegungs- abschlag	Normalfälle mit Verlegungs- abschlag	untere Ausreisser	obere Ausreisser	Total
AG	0.983614	0.806743	0.619438	2.076538	1.032317
AI	0.692000	-	-	-	0.692000
BE	0.816794	0.698000	0.450500	0.888500	0.798641
BL	0.733556	0.327000	-	1.814250	0.903826
BS	0.442111	-	0.520667	-	0.461750
FR	0.736500	-	-	-	0.736500
GL	1.543000	0.407000	-	-	0.975000
GR	0.899765	-	0.654000	1.356000	0.910842
LU	1.017842	0.714333	0.617400	1.687000	0.985042
NE	1.032500	-	-	-	1.032500
NW	1.308000	-	-	-	1.308000
OW	1.110400	-	-	-	1.110400
SG	1.019100	-	0.602000	4.409000	1.154227
SH	0.884818	1.536000	0.940429	2.301000	1.007650
SO	0.900681	0.296000	0.879600	2.370250	0.991351
SZ	0.973625	-	0.849333	0.909000	0.958000
TG	0.635625	-	1.101000	0.626000	0.660944
TI	0.968308	-	-	-	0.968308
VD	1.348333	-	0.430000	-	1.217143

VS	0.848667	-	-	-	0.848667
ZG	0.865833	-	0.514000	2.142000	0.931857
ZH	0.895668	0.868056	0.671532	1.603941	0.898469
Sonstige	1.005006	0.757000	0.994769	5.026400	1.221317
Total	0.979174	0.806488	0.630882	2.083623	1.026939

A2.4 Anzahl Zusatzentgelte

Zusatz- entgelt	Bezeichnung	Betrag CHF	KV	UV	MV	IV	SZ	Andere	Total
ZE-2023-01.01	Hämodialyse, Hämofiltration, Hämodiafiltration, intermittierend, Alter > 11 Jahre	263'753.64	607	0	0	0	0	0	607
ZE-2023-02.01	Hämodialyse, Hämofiltration, Hämodiafiltration, kontinuierlich, Kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben [CVVHD], Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation, bis 24 Stunden	9'050.40	10	0	0	0	0	0	10
ZE-2023-02.02	Hämodialyse, Hämofiltration, Hämodiafiltration, kontinuierlich, Kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben [CVVHD], Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation, von mehr als 24 Stunden bis 72 Stunden	40'081.83	19	0	0	0	0	0	19
ZE-2023-02.03	Hämodialyse, Hämofiltration, Hämodiafiltration, kontinuierlich, Kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben [CVVHD], Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation, von mehr als 72 Stunden bis 144 Stunden	49'405.32	12	0	0	0	0	0	12
ZE-2023-02.04	Hämodialyse, Hämofiltration, Hämodiafiltration, kontinuierlich, Kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben [CVVHD], Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation, von mehr als 144 Stunden bis 264 Stunden	65'962.53	9	0	0	0	0	0	9
ZE-2023-03.20	Peritonealdialyse, kontinuierlich, nicht maschinell unterstützt [CAPD], von mehr als 24 Stunden bis 72 Stunden	3'654.12	3	0	0	0	0	0	3
ZE-2023-03.21	Peritonealdialyse, kontinuierlich, nicht maschinell unterstützt [CAPD], von mehr als 72 Stunden bis 144	9'983.16	4	0	0	0	0	0	4

Zusatz- entgelt	Bezeichnung	Betrag CHF	KV	UV	MV	IV	SZ	Andere	Total
	Stunden								
ZE-2023-03.22	Peritonealdialyse, kontinuierlich, nicht maschinell unterstützt [CAPD], von mehr als 144 Stunden bis 264 Stunden	22'700.85	5	0	0	0	0	0	5
ZE-2023-03.23	Peritonealdialyse, kontinuierlich, nicht maschinell unterstützt [CAPD], von mehr als 264 Stunden bis 432 Stunden	15'213.52	2	0	0	0	0	0	2
ZE-2023-03.24	Peritonealdialyse, kontinuierlich, nicht maschinell unterstützt [CAPD], von mehr als 432 Stunden	23'902.18	2	0	0	0	0	0	2
ZE-2023-07.20	Pemetrexed, intravenös, 550 mg bis unter 650 mg	2'040.93	3	0	0	0	0	0	3
ZE-2023-07.21	Pemetrexed, intravenös, 650 mg bis unter 750 mg	1'587.40	2	0	0	0	0	0	2
ZE-2023-07.23	Pemetrexed, intravenös, 850 mg bis unter 950 mg	2'040.94	2	0	0	0	0	0	2
ZE-2023-07.27	Pemetrexed, intravenös, 1350 mg bis unter 1550 mg	1'644.08	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2023-107.01	Protonentherapie	8'476.20	6	0	0	0	0	0	6
ZE-2023-109.01	Einsetzen von Bronchialventil(en), ein Ventil	2'128.40	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2023-11.24	Bevacizumab, intravenös, 350 mg bis unter 450 mg	986.91	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2023-11.25	Bevacizumab, intravenös, 450 mg bis unter 550 mg	1'233.64	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2023-115.06	Decitabin, intravenös, 180 mg bis unter 210 mg	4'627.76	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2023-117.01	Vedolizumab, intravenös, 150 mg bis unter 450 mg	7'510.92	3	0	0	0	0	0	3
ZE-2023-121.11	Einsetzen von Grafts an der Aorta thoracabdominalis, Endovaskuläre Implantation in die Aorta thoracoabdominalis von Stent-Grafts	24'642.49	1	0	0	0	0	0	1

Zusatz- entgelt	Bezeichnung	Betrag CHF	KV	UV	MV	IV	SZ	Andere	Total
	[Stent-Prothesen], mit 4 und mehr Öffnungen								
ZE-2023-123.11	Einsetzen von Grafts an der Aorta abdominalis, Endovaskuläre Implantation in die Aorta abdominalis von Stent-Grafts [Stent-Prothesen], mit 4 und mehr Öffnungen	24'529.55	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2023-126.01	Transfusion von Thrombozytenkonzentraten, 2 Konzentrate, Alter < 15 Jahre	4'474.06	1	0	0	1	0	0	2
ZE-2023-126.03	Transfusion von Thrombozytenkonzentraten, 4 Konzentrate	22'370.30	5	0	0	0	0	0	5
ZE-2023-126.04	Transfusion von Thrombozytenkonzentraten, 5 Konzentrate	11'185.14	2	0	0	0	0	0	2
ZE-2023-126.05	Transfusion von Thrombozytenkonzentraten, 6 bis 8 Konzentrate	7'829.60	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2023-126.06	Transfusion von Thrombozytenkonzentraten, 9 bis 11 Konzentrate	11'185.14	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2023-127.20	Macitentan, oral, 95 mg bis unter 115 mg	1'096.45	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2023-132.04	Isavuconazol, intravenös, 900 mg bis unter 1100 mg	3'058.85	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2023-132.07	Isavuconazol, intravenös, 1900 mg bis unter 2300 mg	6'423.59	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2023-135.01	Obinutuzumab, intravenös, 500 mg bis unter 1500 mg	6'306.80	2	0	0	0	0	0	2
ZE-2023-136.06	Nivolumab, intravenös, 210 mg bis unter 250 mg	6'080.22	2	0	0	0	0	0	2
ZE-2023-137.02	Pembrolizumab, intravenös, 150 mg bis unter 250 mg	42'541.30	10	0	0	0	0	0	10
ZE-2023-137.04	Pembrolizumab, intravenös, 350 mg bis unter 450 mg	17'016.50	2	0	0	0	0	0	2
ZE-2023-137.09	Pembrolizumab, intravenös, 1250 mg bis unter 1550 mg	29'778.88	1	0	0	0	0	0	1

Zusatz- entgelt	Bezeichnung	Betrag CHF	KV	UV	MV	IV	SZ	Andere	Total
ZE-2023-139.05	Daratumumab, intravenös, 900 mg bis unter 1300 mg	20'472.80	4	0	0	0	0	0	4
ZE-2023-139.06	Daratumumab, intravenös, 1300 mg bis unter 1700 mg	6'979.37	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2023-139.09	Daratumumab, intravenös, 2500 mg bis unter 3100 mg	26'056.30	2	0	0	0	0	0	2
ZE-2023-139.10	Daratumumab, intravenös, 3100 mg bis unter 3700 mg	15'819.89	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2023-144.01	Ibrutinib, oral, 2000 mg bis unter 2800 mg	964.10	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2023-144.04	Ibrutinib, oral, 4400 mg bis unter 5200 mg	3'856.42	2	0	0	0	0	0	2
ZE-2023-146.00	Enzalutamid, oral, 560 mg bis unter 880 mg	1'021.48	2	0	0	0	0	0	2
ZE-2023-146.01	Enzalutamid, oral, 880 mg bis unter 1200 mg	737.73	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2023-146.02	Enzalutamid, oral, 1200 mg bis unter 1520 mg	964.73	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2023-146.05	Enzalutamid, oral, 2160 mg bis unter 2640 mg	1'702.46	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2023-152.02	Art und Typ von endovaskulär implantierten Grafts an Gefässen des Beckens	8'491.59	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2023-161.03	Remdesivir (ausserplanmässig), intravenös, 150 mg bis unter 250 mg	8'092.70	11	0	0	0	0	0	11
ZE-2023-161.04	Remdesivir (ausserplanmässig), intravenös, 250 mg bis unter 350 mg	8'828.40	8	0	0	0	0	0	8
ZE-2023-161.05	Remdesivir (ausserplanmässig), intravenös, 350 mg bis unter 450 mg	22'071.00	15	0	0	0	0	0	15
ZE-2023-161.06	Remdesivir (ausserplanmässig), intravenös, 450 mg bis unter 550 mg	27'588.75	15	0	0	0	0	0	15
ZE-2023-161.07	Remdesivir (ausserplanmässig), intravenös, 550 mg bis unter 650 mg	123'597.04	56	0	0	0	0	0	56
ZE-2023-161.08	Remdesivir (ausserplanmässig), intravenös, 650 mg bis unter 850 mg	57'936.27	21	0	0	0	0	0	21
ZE-2023-	Remdesivir (ausserplanmässig),	6'989.14	2	0	0	0	0	0	2

Zusatz- entgelt	Bezeichnung	Betrag CHF	KV	UV	MV	IV	SZ	Andere	Total
161.09	intravenös, 850 mg bis unter 1050 mg								
ZE-2023-161.11	Remdesivir (ausserplanmässig), intravenös, 1050 mg bis unter 1250 mg	4'230.26	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2023-162.01	Iloprost, CVT, inhalativ, 400 mcg bis unter 500 mcg	5'154.73	7	0	0	0	0	0	7
ZE-2023-162.02	Iloprost, CVT, inhalativ, 500 mcg bis unter 600 mcg	4'500.20	5	0	0	0	0	0	5
ZE-2023-162.03	Iloprost, CVT, inhalativ, 600 mcg bis unter 700 mcg	5'318.40	5	0	0	0	0	0	5
ZE-2023-162.04	Iloprost, CVT, inhalativ, 700 mcg bis unter 800 mcg	3'681.96	3	0	0	0	0	0	3
ZE-2023-162.05	Iloprost, CVT, inhalativ, 800 mcg bis unter 1000 mcg	1'472.79	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2023-162.06	Iloprost, CVT, inhalativ, 1000 mcg bis unter 1200 mcg	1'800.07	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2023-162.07	Iloprost, CVT, inhalativ, 1200 mcg bis unter 1400 mcg	2'127.36	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2023-162.09	Iloprost, CVT, inhalativ, 1600 mcg bis unter 2000 mcg	2'945.57	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2023-163.00	Iloprost, CIM, intravenös, 200 mcg bis unter 300 mcg	1'083.28	2	0	0	0	0	0	2
ZE-2023-163.04	Iloprost, CIM, intravenös, 600 mcg bis unter 700 mcg	1'408.26	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2023-167.02	Atezolizumab, intravenös, 1000 mg bis unter 1400 mg	32'402.23	7	0	0	0	0	0	7
ZE-2023-168.02	Ruxolitinib, oral, 140 mg bis unter 180 mg	688.43	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2023-170.01	Dauer der Behandlung mit einem herzkreislaufunterstützenden System, mit Pumpe, ohne Gasaustauschfunktion, intravasal (inkl. intrakardial), bis 48 Stunden	1'524.80	2	0	0	0	0	0	2
ZE-2023-174.01	Radiorezeptorthherapie mit dem DOTA-konjugierten Somatostatin-Analogon TATE [Octreotate]	85'219.68	16	0	0	0	0	0	16
ZE-2023-	Eingesetzte endovaskuläre Coils in	649.00	3	1	0	0	0	0	4

Zusatz- entgelt	Bezeichnung	Betrag CHF	KV	UV	MV	IV	SZ	Andere	Total
179.01	thorakale, abdominale und periphere Gefässe, 1 Coil								
ZE-2023-179.02	Eingesetzte endovaskuläre Coils in thorakale, abdominale und periphere Gefässe, 2 Coils	973.50	3	0	0	0	0	0	3
ZE-2023-179.03	Eingesetzte endovaskuläre Coils in thorakale, abdominale und periphere Gefässe, 3 Coils	3'407.25	7	0	0	0	0	0	7
ZE-2023-179.04	Eingesetzte endovaskuläre Coils in thorakale, abdominale und periphere Gefässe, 4 Coils	2'596.00	4	0	0	0	0	0	4
ZE-2023-179.05	Eingesetzte endovaskuläre Coils in thorakale, abdominale und periphere Gefässe, 5 Coils	811.25	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2023-179.06	Eingesetzte endovaskuläre Coils in thorakale, abdominale und periphere Gefässe, 6 Coils	1'947.00	2	0	0	0	0	0	2
ZE-2023-179.07	Eingesetzte endovaskuläre Coils in thorakale, abdominale und periphere Gefässe, 7 Coils	4'543.00	4	0	0	0	0	0	4
ZE-2023-179.08	Eingesetzte endovaskuläre Coils in thorakale, abdominale und periphere Gefässe, 8 Coils	3'894.00	3	0	0	0	0	0	3
ZE-2023-179.09	Eingesetzte endovaskuläre Coils in thorakale, abdominale und periphere Gefässe, 9 Coils	1'460.25	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2023-179.11	Eingesetzte endovaskuläre Coils in thorakale, abdominale und periphere Gefässe, 11 Coils	3'569.50	2	0	0	0	0	0	2
ZE-2023-179.13	Eingesetzte endovaskuläre Coils in thorakale, abdominale und periphere Gefässe, 13 Coils	4'218.50	2	0	0	0	0	0	2
ZE-2023-179.18	Eingesetzte endovaskuläre Coils in thorakale, abdominale und periphere Gefässe, 18 Coils	5'841.00	2	0	0	0	0	0	2
ZE-2023-179.19	Eingesetzte endovaskuläre Coils in thorakale, abdominale und periphere Gefässe, 19 Coils	3'082.75	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2023-	Anidulafungin, intravenös, 150 mg	1'873.44	4	0	0	0	0	0	4

Zusatz- entgelt	Bezeichnung	Betrag CHF	KV	UV	MV	IV	SZ	Andere	Total
18.28	bis unter 250 mg								
ZE-2023-18.30	Anidulafungin, intravenös, 350 mg bis unter 450 mg	3'746.88	4	0	0	0	0	0	4
ZE-2023-18.31	Anidulafungin, intravenös, 450 mg bis unter 550 mg	3'512.70	3	0	0	0	0	0	3
ZE-2023-18.32	Anidulafungin, intravenös, 550 mg bis unter 750 mg	9'133.02	6	0	0	0	0	0	6
ZE-2023-18.33	Anidulafungin, intravenös, 750 mg bis unter 950 mg	7'962.12	4	0	0	0	0	0	4
ZE-2023-18.34	Anidulafungin, intravenös, 950 mg bis unter 1150 mg	4'917.78	2	0	0	0	0	0	2
ZE-2023-18.35	Anidulafungin, intravenös, 1150 mg bis unter 1350 mg	8'781.75	3	0	0	0	0	0	3
ZE-2023-18.36	Anidulafungin, intravenös, 1350 mg bis unter 1650 mg	3'512.70	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2023-18.37	Anidulafungin, intravenös, 1650 mg bis unter 1950 mg	8'430.48	2	0	0	0	0	0	2
ZE-2023-18.39	Anidulafungin, intravenös, 2250 mg bis unter 2550 mg	5'620.32	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2023-18.42	Anidulafungin, intravenös, 3350 mg bis unter 3750 mg	8'313.39	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2023-180.02	Eingesetzte endovaskuläre überlange Coils, 2 überlange Coils	649.00	2	0	0	0	0	0	2
ZE-2023-180.03	Eingesetzte endovaskuläre überlange Coils, 3 überlange Coils	486.75	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2023-181.01	Eingesetzte vaskuläre Plugs in thorakale, abdominale und periphere Gefässe, 1 Plug	324.50	2	0	0	0	0	0	2
ZE-2023-181.02	Eingesetzte vaskuläre Plugs in thorakale, abdominale und periphere Gefässe, 2 Plugs	324.50	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2023-188.00	Venetoclax, oral, 1400 mg bis unter 1800 mg	1'687.88	2	0	0	0	0	0	2
ZE-2023-188.01	Venetoclax, oral, 1800 mg bis unter 2200 mg	2'109.84	2	0	0	0	0	0	2
ZE-2023-188.03	Venetoclax, oral, 2600 mg bis unter 3000 mg	1'476.89	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2023-	Infliximab, intravenös / subkutan,	3'118.66	2	0	0	0	0	0	2

Zusatz- entgelt	Bezeichnung	Betrag CHF	KV	UV	MV	IV	SZ	Andere	Total
19.25	500 mg bis unter 600 mg								
ZE-2023- 198.01	Daratumumab, subkutan, 900 mg bis unter 2700 mg	11'166.98	2	0	0	0	0	0	2
ZE-2023- 198.03	Daratumumab, subkutan, 4500 mg bis unter 6300 mg	16'750.48	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2023- 20.03	Transfusion von Erythrozytenkonzentrat, 16 TE bis 20 TE	12'924.24	3	0	0	0	0	0	3
ZE-2023- 20.04	Transfusion von Erythrozytenkonzentrat, 21 TE bis 30 TE	30'515.55	5	0	0	0	0	0	5
ZE-2023- 24.50	Einsetzen und Wechsel einer selbstexpandierenden Prothese (permanenter Tubus) in den Ösophagus	1'141.91	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2023- 24.60	Einlegen oder Wechsel einer selbstexpandierenden Prothese am Magen	2'283.82	2	0	0	0	0	0	2
ZE-2023- 24.70	Einlegen oder Wechsel einer selbstexpandierenden Prothese am Darm	2'283.82	2	0	0	0	0	0	2
ZE-2023- 24.80	Einlage oder Wechsel eines selbstexpandierenden Stents (Prothese) in den Pankreasgang	1'868.60	2	0	0	0	0	0	2
ZE-2023- 24.90	Einlage oder Wechsel von selbstexpandierendem, (nicht) beschichtetem Stent in den Gallengang, 1 Stent	38'306.30	41	0	0	0	0	0	41
ZE-2023- 24.91	Einlage oder Wechsel von selbstexpandierenden, (nicht) beschichteten Stents in den Gallengang, 2 Stents	5'605.80	3	0	0	0	0	0	3
ZE-2023- 24.92	Einlage oder Wechsel von selbstexpandierenden, (nicht) beschichteten Stents in den Gallengang, 3 Stents	2'802.90	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2023- 30.51	Fibrinogen, human, intravenös, 1.5 g bis unter 2.5 g	7'943.04	14	0	0	0	0	0	14
ZE-2023-	Fibrinogen, human, intravenös, 2.5 g	1'702.08	2	0	0	0	0	0	2

Zusatz- entgelt	Bezeichnung	Betrag CHF	KV	UV	MV	IV	SZ	Andere	Total
30.52	bis unter 3.5 g								
ZE-2023-30.71	Fibrinogen, human, intravenös, 3.5 g bis unter 4.5 g	1'134.72	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2023-30.73	Fibrinogen, human, intravenös, 5.5 g bis unter 6.5 g	3'404.16	2	0	0	0	0	0	2
ZE-2023-30.74	Fibrinogen, human, intravenös, 6.5 g bis unter 7.5 g	3'971.52	2	0	0	0	0	0	2
ZE-2023-30.75	Fibrinogen, human, intravenös, 7.5 g bis unter 8.5 g	2'269.44	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2023-30.76	Fibrinogen, human, intravenös, 8.5 g bis unter 10.5 g	5'389.92	2	0	0	0	0	0	2
ZE-2023-30.80	Fibrinogen, human, intravenös, 20 g bis unter 30 g	7'092.01	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2023-31.27	Blutgerinnungsfaktoren IX, II, VII und X in Kombination, intravenös, 3500 U bis unter 4500 U	1'003.44	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2023-33.28	Blutgerinnungsfaktor VIII, rekombinant, intravenös, 1000 U bis unter 2000 U	1'066.73	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2023-37.24	Von Willebrand-Faktor und Blutgerinnungsfaktor VIII in Kombination, intravenös, 3500 U bis unter 4500 U	2'625.56	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2023-39.55	Blutgerinnungsfaktor VIIa, intravenös, 1 mg bis unter 2 mg	1'285.55	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2023-47.33	Tocilizumab, intravenös, 300 mg bis unter 500 mg	756.40	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2023-51.28	Bortezomib, intravenös / subkutan, 3.5 mg bis unter 4.5 mg	307.23	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2023-51.31	Bortezomib, intravenös / subkutan, 7.5 mg bis unter 9.5 mg	1'958.61	3	0	0	0	0	0	3
ZE-2023-51.32	Bortezomib, intravenös / subkutan, 9.5 mg bis unter 11.5 mg	806.48	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2023-51.33	Bortezomib, intravenös / subkutan, 11.5 mg bis unter 13.5 mg	960.10	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2023-51.35	Bortezomib, intravenös / subkutan, 16.5 mg bis unter 19.5 mg	1'382.54	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2023-52.01	Immunglobuline, normal human, zur intravasalen Anwendung,	169.36	0	0	0	1	0	0	1

Zusatz- entgelt	Bezeichnung	Betrag CHF	KV	UV	MV	IV	SZ	Andere	Total
	intravenös, 2,5 g bis unter 5 g, Alter < 2 Jahre								
ZE-2023-52.29	Immunglobuline, normal human, zur intravasalen Anwendung, intravenös, 5 g bis unter 10 g, Alter < 12 Jahre	338.72	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2023-52.30	Immunglobuline, normal human, zur intravasalen Anwendung, intravenös, 10 g bis unter 15 g, Alter < 16 Jahre	564.54	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2023-52.31	Immunglobuline, normal human, zur intravasalen Anwendung, intravenös, 15 g bis unter 25 g	1'806.54	2	0	0	0	0	0	2
ZE-2023-52.32	Immunglobuline, normal human, zur intravasalen Anwendung, intravenös, 25 g bis unter 35 g	1'354.90	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2023-52.33	Immunglobuline, normal human, zur intravasalen Anwendung, intravenös, 35 g bis unter 45 g	9'032.65	4	0	0	0	1	0	5
ZE-2023-52.36	Immunglobuline, normal human, zur intravasalen Anwendung, intravenös, 65 g bis unter 75 g	3'161.43	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2023-52.37	Immunglobuline, normal human, zur intravasalen Anwendung, intravenös, 75 g bis unter 85 g	7'226.12	1	1	0	0	0	0	2
ZE-2023-52.38	Immunglobuline, normal human, zur intravasalen Anwendung, intravenös, 85 g bis unter 105 g	17'162.04	4	0	0	0	0	0	4
ZE-2023-52.39	Immunglobuline, normal human, zur intravasalen Anwendung, intravenös, 105 g bis unter 125 g	10'387.56	2	0	0	0	0	0	2
ZE-2023-52.41	Immunglobuline, normal human, zur intravasalen Anwendung, intravenös, 145 g bis unter 165 g	14'000.62	2	0	0	0	0	0	2
ZE-2023-52.42	Immunglobuline, normal human, zur intravasalen Anwendung, intravenös, 165 g bis unter 185 g	7'903.57	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2023-52.43	Immunglobuline, normal human, zur intravasalen Anwendung, intravenös, 185 g bis unter 205 g	35'227.36	4	0	0	0	0	0	4

Zusatz- entgelt	Bezeichnung	Betrag CHF	KV	UV	MV	IV	SZ	Andere	Total
ZE-2023-52.44	Immunglobuline, normal human, zur intravasalen Anwendung, intravenös, 205 g bis unter 225 g	9'710.10	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2023-56.21	Ecilizumab, intravenös, 750 mg bis unter 1050 mg	13'756.26	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2023-61.02	Panitumumab, intravenös, 300 mg bis unter 420 mg	1'392.79	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2023-61.03	Panitumumab, intravenös, 420 mg bis unter 540 mg	1'857.05	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2023-62.05	Rituximab, intravenös, 550 mg bis unter 650 mg	760.70	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2023-62.06	Rituximab, intravenös, 650 mg bis unter 750 mg	9'762.39	11	0	0	0	0	0	11
ZE-2023-62.07	Rituximab, intravenös, 750 mg bis unter 850 mg	5'071.35	5	0	0	0	0	0	5
ZE-2023-62.08	Rituximab, intravenös, 850 mg bis unter 950 mg	2'282.12	2	0	0	0	0	0	2
ZE-2023-62.09	Rituximab, intravenös, 950 mg bis unter 1050 mg	2'535.68	2	0	0	0	0	0	2
ZE-2023-62.12	Rituximab, intravenös, 1450 mg bis unter 1650 mg	1'965.15	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2023-62.13	Rituximab, intravenös, 1650 mg bis unter 1850 mg	2'218.72	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2023-62.14	Rituximab, intravenös, 1850 mg bis unter 2050 mg	2'472.29	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2023-68.22	Blutgerinnungsfaktor XIII, intravenös, 2000 U bis unter 3000 U	3'387.40	2	0	0	0	0	0	2
ZE-2023-68.23	Blutgerinnungsfaktor XIII, intravenös, 3000 U bis unter 6000 U	6'097.32	2	0	0	0	0	0	2
ZE-2023-72.02	Implantation einer intravasalen, axialen Pumpe zur Kreislaufunterstützung	24'344.50	2	0	0	0	0	0	2
ZE-2023-75.45	Bosentan, oral, 2000 mg bis unter 4000 mg	977.34	2	0	0	0	0	0	2
ZE-2023-86.18	Pegfilgrastim, subkutan, 3 mg bis unter 9 mg	2'253.15	3	0	0	0	0	0	3

Zusatz- entgelt	Bezeichnung	Betrag CHF	KV	UV	MV	IV	SZ	Andere	Total
ZE-2023-89.49	Lenalidomid, oral, 15 mg bis unter 25 mg	518.70	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2023-89.51	Lenalidomid, oral, 35 mg bis unter 55 mg	817.62	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2023-89.59	Lenalidomid, oral, 285 mg bis unter 335 mg	3'697.14	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2023-89.63	Lenalidomid, oral, 545 mg bis unter 665 mg	7'215.39	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2023-94.02	Azacitidin, subkutan / intravenös, 300 mg bis unter 375 mg	447.64	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2023-94.05	Azacitidin, subkutan / intravenös, 600 mg bis unter 750 mg	1'790.54	2	0	0	0	0	0	2
ZE-2023-94.07	Azacitidin, subkutan / intravenös, 900 mg bis unter 1200 mg	1'392.65	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2023-98.30	Terlipressin, intravenös / endotracheopulmonal / inhalativ, 10 mg bis unter 20 mg	0.00	3	0	0	0	0	0	3
ZE-2023-98.31	Terlipressin, intravenös / endotracheopulmonal / inhalativ, 20 mg bis unter 30 mg	0.00	3	0	0	0	0	0	3
	Total	1'748'976.72	1'181	2	0	2	1	0	1'186

A2.5 Anzahl und Prozentsatz der Fälle, welche in die Basis-DRGs 901, 902, 960, 961, 962 und 963 gruppiert wurden

DRG	Anzahl	Prozentsatz
901	12	0.05%
902	2	0.01%
960	11	0.05%
961	0	0.00%
962	0	0.00%
963	0	0.00%
Total	25	0.11%

A2.6 Prozentsatz der Langlieger ohne Nebendiagnose und Prozedur

	Anzahl	Prozentsatz
Langlieger in der Grundgesamtheit	1'367	6.11%
Langlieger ohne Nebendiagnose und ohne Prozedur	9	0.66%

A2.7 Prozentsatz der Fälle mit über 5 Tage Aufenthaltsdauer und mit R-Hauptdiagnosekode

	Anzahl	Prozentsatz
Fälle mit über 5 Tagen Aufenthaltsdauer in der Grundgesamtheit	6'345	28.37%
Fälle mit über 5 Tagen Aufenthaltsdauer und R-Hauptdiagnosekode in der Grundgesamtheit	4.07%	4.07%

A3 Statistische Grundlagen

Wir geben zunächst einen Überblick über die verwendete Notation:

Notation

Größen der Grundgesamtheit

N	Revisions Grundgesamtheit: Anzahl der stationär behandelten Fälle
X	CMI vor der Revision (Totalwert), $\hat{X} = N \sum w_h \bar{x}_h$
Y	CMI nach der Revision (Totalwert), $\hat{Y} = N \sum w_h \bar{y}_h$
Z	Differenz zwischen CMI nach und vor der Revision (Totalwert), $Z = Y - X$, $\hat{Z} = N \sum w_h \bar{z}_h$
R	Verhältnis der Differenz zwischen dem CMI nach und CMI vor Revision zum CMI vor Revision, $R = Z/X$, $\hat{R} = \hat{Z}/\hat{X} = \bar{z}/\bar{x}$

Größen der Schichten

N_h	Grösse der Schichten, $N = \sum_{h=1}^H N_h$
w_h	Gewichte, $w_h = \frac{N_h}{N}$
X_{hi}	CMI vor Revision in Schicht h , $h = 1, \dots, H$, $i = 1, \dots, N_h$
Y_{hi}	CMI nach Revision in Schicht h , $h = 1, \dots, H$, $i = 1, \dots, N_h$
Z_{hi}	Differenz zwischen CMI nach und CMI vor Revision in Schicht h , $h = 1, \dots, H$, $i = 1, \dots, N_h$, $Z_{hi} = Y_{hi} - X_{hi}$
$\bar{X}_h, \bar{Y}_h, \bar{Z}_h$	Mittelwerte Schicht h
$\bar{X}, \bar{Y}, \bar{Z}$	Gesamtdurchschnitt, $X = N\bar{X}$, $Y = N\bar{Y}$, $Z = N\bar{Z}$
n_h	Grösse der Stichprobe in Schicht h
f_h	$f_h = \frac{n_h}{N_h}$
x_{hi}	Daten der Stichprobe CMI vor Revision in Schicht h , $h = 1, \dots, H$, $i = 1, \dots, n_h$
y_{hi}	Daten der Stichprobe CMI nach Revision in Schicht h , $h = 1, \dots, H$, $i = 1, \dots, n_h$
z_{hi}	Daten der Stichprobe Differenz CMI nach und vor Revision in Schicht h , $h = 1, \dots, H$, $i = 1, \dots, n_h$
$\bar{x}_h$	Mittelwert CMI vor Revision in Schicht h , $\bar{x}_h = 1/n_h \sum x_{hi}$
$\bar{y}_h$	Mittelwert CMI nach Revision in Schicht h , $\bar{y}_h = 1/n_h \sum y_{hi}$
$\bar{z}_h$	Mittelwert Differenz CMI nach und vor Revision in Schicht h , $\bar{z}_h = 1/n_h \sum z_{hi}$
$s(\bar{z})$	Standardabweichung des Mittelwertes $\bar{z}$

Im Folgenden geben wir eine Übersicht über Punkt und Intervalschätzungen für die Populationsparameter X , Y , Z und R .

1 Punktschätzung

Wir teilen die Grundgesamtheit in H Schichten (auch Strata genannt) der Grösse N_h , wobei $N = \sum_{h=1}^H N_h$. Für die h -te Schicht schätzen wir den Mittelwert $\bar{X}_h$ in einer (einfachen und zufälligen) Stichprobe der Grösse n_h mit dem Stichproben Mittelwert in der Schicht, bezeichnet mit $\bar{x}_h$. Analog gehen wir für $\bar{Y}_h$ und $\bar{Z}_h$ vor.

Die Schätzer der Mittelwerte $\bar{X}$, $\bar{Y}$ und $\bar{Z}$ (Populationsparameter) sind dann gegeben als gewichtete Summe der Mittelwerte der Schichten. Genauer:

$$\bar{x} = \sum_{h=1}^H w_h \bar{x}_h, \quad \bar{y} = \sum_{h=1}^H w_h \bar{y}_h, \quad \bar{z} = \sum_{h=1}^H w_h \bar{z}_h$$

mit Gewichten

$$w_h = \frac{N_h}{N}$$

und wobei

$$\bar{x}_h = 1/n_h \sum_{i=1}^{n_h} x_{hi}, \quad \bar{y}_h = 1/n_h \sum_{i=1}^{n_h} y_{hi}, \quad \bar{z}_h = 1/n_h \sum_{i=1}^{n_h} z_{hi}.$$

Durch Übergang zum Totalwert (Multiplizieren mit N) erhalten wir die folgenden Schätzer für X , Y und Z :

$$\hat{X} = N\bar{x}, \quad \hat{Y} = N\bar{y}, \quad \hat{Z} = N\bar{z}.$$

Daraus erhalten wir einen Schätzer für R als:

$$\hat{R} = \hat{Z}/\hat{X} = \bar{z}/\bar{x}.$$

2 Intervallschätzung

Im Folgenden geben wir Intervallschätzungen für $\bar{Z}$ und Z , und R an. Diese Resultate finden sich beispielsweise in Cochran, W.G.(1977): "Sampling Techniques".

(i) Konfidenzintervall für $\bar{Z}$ und Z

Das Konfidenzintervall (zum Niveau $\alpha = 0.05$) für $\bar{Z}$ ist gegeben als:

$$[\bar{z} - t \cdot s(\bar{z}), \bar{z} + t \cdot s(\bar{z})], \quad (1)$$

wobei

$$s(\bar{z}) = \sqrt{\frac{1}{N^2} \sum_{h=1}^H N_h^2 \frac{N_h - n_h}{N_h} \frac{s(z_h)^2}{n_h}} \quad (2)$$

und mit

$$s(z_h) = \sqrt{\frac{1}{n_h - 1} \sum_{i=1}^{n_h} (z_{hi} - \bar{z}_h)^2}.$$

Bemerkung: 1) Die Zufallsvariable Z ist t verteilt, wobei die Freiheitsgrade mithilfe der Satterwaithen Approximation ermittelt werden können. Der Einfachheit halber nehmen wir für unsere Berechnung eine Normalverteilung an, d.h. wir setzen in (1) und im Folgenden $t = 1.96$ (für $\alpha = 0.05$).

2) Bei dem Term $\frac{N_h - n_h}{N_h}$ in (2) handelt es sich um einen Korrekturterm. Dieser ist nötig, da sich mit Ziehen der Stichprobe die Gesamtpopulationsgrösse verringert (Ziehen ohne Zurücklegen).

Wegen $\hat{Z} = N\bar{z}$, somit insbesondere $\text{Var}(\hat{Z}) = N^2 \text{Var}(\bar{z})$, ergibt sich folgendes Konfidenzintervall für Z :

$$[N\bar{z} - t \cdot Ns(\bar{z}), N\bar{z} + t \cdot Ns(\bar{z})]. \quad (3)$$

(ii) Konfidenzintervall für R

Das Konfidenzintervall (zum Niveau $\alpha = 0.05$) für R ist (approximativ) gegeben als:

$$[\hat{R} - t \cdot s(\hat{R}), \hat{R} + t \cdot s(\hat{R})], \quad (4)$$

wobei $\hat{R} = \bar{z}/\bar{x}$ und $t = 1.96$ (siehe Bemerkung 1)).

Die Standardabweichung in (4) wird berechnet als $s(\hat{R}) = \sqrt{v(\hat{R})}$,

wobei näherungsweise gilt, dass

$$v(\hat{R}) \approx \frac{1}{\bar{x}^2} \sum_{h=1}^H w_h^2 v(\bar{z}_h - \hat{R}\bar{x}_h),$$

wobei

$$v(\bar{z}_h - \hat{R}\bar{x}_h) = \frac{1}{n_h} (1 - f_h) s(d_h)^2,$$

$$s(d_h)^2 = \frac{1}{n_h - 1} \sum_{i=1}^{n_h} (d_{hi} - \bar{d}_h)^2,$$

und mit $d_{hi} = z_{hi} - \hat{R}x_{hi}$.

A4 Berechnung der Stichprobengrösse

Die von uns verwendete Berechnung der Stichprobengrösse beruht auf den "Leitlinien für Stichprobenverfahren für Prüfbehörden - Programmplanungszeiträume 2007-2013 und 2014-2020" der Europäischen Kommission.

Die folgenden Informationen werden verwendet, um die Stichprobengrösse n zu definieren, die im Rahmen einer Stichprobenauswahl überprüft werden soll:

- Populationsgrösse N (Grundgesamtheit des Revisionsjahres)
- Konfidenzniveau bestimmt nach dem Revisionssystem gemäß den Angaben in Artikel 28 des Dokuments "DELEGIERTE VERORDNUNG (EU) Nr. 480/2014 DER KOMMISSION" und den relativen z -Koeffizienten der Normalverteilung
- Maximal tolerierbarer Fehler TE (3% definiert durch Kodierrevisionsreglement)
- Erwarteter Fehler AE in Anbetracht des Ergebnisses der Überprüfung des Vorjahres
- Standardabweichung von σ_e Fehlern vom Vorjahr.

Die Stichprobengrösse wird dann wie folgt definiert:

$$n = \left\lceil \left(\frac{N \times z \times \sigma_e}{TE - AE} \right)^2 \right\rceil$$

Wenn die Populationsgrösse klein ist oder die endgültige Stichprobengrösse einen angemessenen Anteil (10%) der Grundgesamtheit ausmacht, wird die folgende Korrekturformel verwendet:

$$n' = \frac{N \times n}{N + n - 1}$$

Wenn die obigen Formeln eine Stichprobengrösse angeben, die nicht in den von der SwissDRG-Verordnung in Anhang 1 empfohlenen Bereich fällt, werden die letzteren Angaben verwendet.

Die von uns gewählte Methode kann auf der Webseite https://ec.europa.eu/regional_policy/sources/docgener/informat/2014/guidance_sampling_method_en.pdf im Abschnitt 6.1.1 nachvollzogen werden.

Die Erklärung für das Vertrauensniveau für die Gewissheit kann im Artikel 28 Punkt 11 vom Dokument "DELEGIERTE VERORDNUNG (EU) Nr. 480/2014 DER KOMMISSION" (<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/PDF/?uri=CELEX:32014R0480&from=en>) oder im Abschnitt 3 vom Dokument "Guidance on sampling methods for audit authorities - Programming periods 2007-2013 and 2014-2020" (https://ec.europa.eu/regional_policy/sources/docgener/informat/2014/guidance_sampling_method_en.pdf) nachvollzogen werden.

Berechnung der Stichprobengrösse

Populationsgrösse (vom Bezugszeitraum)	22'368
Vertrauensniveau für die Gewissheit (hoch 60%=0.842; moderat 70%=1.036; moderat 80%=1.282; niedrig 90%=1.645; keine Gewissheit 95%=1.96)	0.842
Gesamtausgaben=Total expenditure (vom Bezugszeitraum)	22955.2
% tolerierbarer Fehler	3.0%
Standardabweichung von letzter Revisionsfehler	0.027%
Vertrauensniveau vom Reglement (95% Wahrscheinlichkeit=1.96)	1.96
Differenz zwischen CMI vom Reglement	0.02
Stichprobengrösse	grösser 100

Vorgaben Revisionsreglement

Für Einrichtungen mit ≥ 1000 Fällen pro Jahr: ist die gemäss A) errechnete Stichproben-grösse < 100 oder > 300 Fälle, so wird eine Stichprobe von minimal 100 bzw. maximal 300 Fällen verwendet.

Für Einrichtungen mit < 1000 Fällen pro Jahr: ist die gemäss a) errechnete Stichprobengrösse < 30 , so wird eine Stichprobe von minimal 30 Fällen verwendet.

Wenn in der letzten Kodierrevision nicht mehr als drei Kostengewichte korrigiert wurden, wird die Stichprobengrösse für Einrichtungen mit ≥ 1000 Fällen pro Jahr für die nächste Revision auf 100 Fälle festgelegt und für Einrichtungen mit < 1000 Fällen pro Jahr auf 30 Fälle.

Angewendete Stichprobengrösse

Unter Berücksichtigung der Vorgaben des Revisionsreglements ist für die Revision eine Stichprobengrösse von 100 Fällen auszuwählen.