

# *Kantonsspital Baden AG*

*Bericht über die SwissDRG  
Kodierrevision der Daten  
2021  
Version 10.0*

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	10
1.5 Qualifikation des Revisors	10
1.6 Unabhängigkeit des Revisors	10
1.7 Bemerkungen	11
2 Feststellungen	12
2.1 Generelle Feststellungen	12
2.2 Administrative Grundlagen	13
2.2.1 Patientenakten	13
2.2.1.1 Anzahl und Prozentsatz fehlender Patientenakten	13
2.2.1.2 Qualität der Aktenführung	13
2.2.2 Administrative Falldaten	13
2.2.3 Fallkombinationsfehler (Fallsplit, Fallzusammenführung)	14
2.2.3.1 Festgestellte Fehler	14
2.2.3.2 Abweichung Kostengewicht	14
2.2.4 Kongruenz der Rechnungsstellung	14
2.2.4.1 Festgestellte Fehler	14
2.2.4.2 Abweichung Kostengewicht	14
2.3 Diagnosen und Behandlungen	15
2.3.1 Festgestellte Fehler	15
2.3.2 Angaben zu den Kodierfehlern	16
2.3.2.1 Anzahl der Kodierfehler nach Fehlertyp	16
2.3.2.2 Anzahl der falsch kodierten Codes mit Stellenangabe	16
2.3.2.3 Prozentsatz der Kodierfehler nach Fehlertyp	17
2.3.2.4 Prozentsatz der falsch kodierten Codes mit Stellenangabe	17
2.3.3 Zuweisung der Hauptdiagnose	18
2.3.4 Zuweisung der Zusatzdiagnose und Nebendiagnosen	18
2.3.5 Zuweisung der Hauptbehandlung	18
2.3.6 Zuweisung der Nebenbehandlung	19
2.3.7 Lateralität der Diagnosen und Prozeduren	19
2.3.8 Externe ambulante Leistungen	20
2.3.9 Vergleich Grundgesamtheit und Stichprobe	20
2.4 Intensivmedizin (IMCU und IPS)	23
2.4.1 Basisdaten IMCU	23
2.4.2 Basisdaten IPS	23
2.4.2.1 Maschinelle Beatmungen	23
2.4.2.2 NEMS	23
2.5 Zusatzentgelte exkl. Medikamente (Substanzen)	25

2.6	Medikamente (Substanzen)	25
2.7	Kostengewichtswechsel	26
2.7.1	Anzahl und Prozentsatz der Fälle mit Kostengewichtswechsel	26
2.7.2	Differenzen mit/ohne Vorlage an das BfS	26
2.8	Kostengewichte	27
2.8.1	CMI des Spitals vor und nach der Revision	27
2.8.2	Kostengewichtsdifferenzen	28
2.9	Vergleich mit früheren Revisionen	29
	Kennzahlenvergleich Grundgesamtheit und Stichprobe	31
3	Empfehlungen	32
3.1	Empfehlungen für die Verbesserung der Kodierung im Spital	32
3.2	Empfehlungen für die Weiterentwicklung von SwissDRG	32
3.3	Weitere Hinweise des Revisors	32
4	Anmerkungen der Spitaldirektion	33
5	Schlussbemerkungen	34
A	Anhang	35

# Zusammenfassung

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

Diese Überprüfung erfolgte aufgrund einer verdachtsunabhängigen und stichprobenbasierten Kontrolle der Kodierung von 100 Fällen aus der Grundgesamtheit von 21'543 nach SwissDRG abgerechneten Fällen.

Im gelieferten BfS-Datensatz wurden 21'561 Statistik-A-Fälle im Datenjahr 2021 ausgewiesen. Abzüglich 18 Non-DRG-Fällen (Wartepatient-Status) ergibt sich die zu prüfende Grundgesamtheit von 21'543 Fällen.

Die Stichprobe wurde analog des Reglements zur Durchführung von Kodierrevisionen unter SwissDRG geschichtet und verdachtsunabhängig gezogen. Der CMI von 1.278 der Stichprobe fällt höher aus als der CMI von 1.028 der Grundgesamtheit.

Die Revision erfolgte durch zwei Revisoren. Änderungsempfehlungen wurden von diesen Revisoren miteinander besprochen, bevor diese dem Spital vorgelegt wurden. Durch dieses Vorgehen konnte ein Vier-Augenprinzip gewährleistet werden. Ferner wurde das Prüfteam bei den Auswertungsarbeiten durch eine Statistikerin unterstützt.

Aufgrund der Revisionsfeststellungen und nach Rücksprache mit den Kodierverantwortlichen der Kantonsspital Baden AG wurde bei zwei Fällen eine andere DRG- und Kostengewichtsermittlung empfohlen. Dies ergibt eine DRG-Änderungsquote von 2.0 Prozent.

Aufgrund unserer Prüfung wurde zweimal der effektive Kostengewichtswert von den Revisoren heraufgestuft. Insgesamt wurde das Kostengewicht von den Revisoren um 0.264 nach oben 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**

<b>Kapitel</b>	<b>Messgrösse</b>	<b>Ergebnis</b>	
2.3.8	Stichprobengrösse	100	
2.8.1	CMI des Spitals vor Revision (Grundgesamtheit)	1.028	
2.8.1	CMI des Spitals vor Revision (Stichprobe)	1.278	
2.8.1	Geschätzter CMI des Spitals nach Revision (Stichprobe)	1.281	
2.8.1	Statistische Signifikanz der Abweichung des CMI vor und nach Revision	nein	
2.8.1	Geschätzte Differenz des CMI vor und nach Revision	0.003	0.21%
2.7.1	Revidierte Fälle mit Kostengewichtswechsel	2	2.0%
2.3.2	Richtige Hauptdiagnosen	96	96.0%
2.3.2	Richtiger Zusatz zur Hauptdiagnose	14	87.5%
2.3.2	Richtige Nebendiagnosen	558	98.2%
2.3.2	Richtige Hauptbehandlungen	88	100%
2.3.2	Richtige Nebenbehandlungen	332	98.8%

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

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

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

2.4.1	Revidierte Fälle mit richtigen Basisdaten IMCU	9	100%
2.4.2	Revidierte Fälle mit richtigem Basisdatensatz IPS	4	100%
2.5	Richtige Zusatzentgelte exkl. Medikamente (Substanzen)	16	100%
2.6	Richtige Medikamente (Substanzen)	5	100%
2.2.3	Beanstandete Fallkombinationen	0	0.0%
2.2.1	Fehlende Patientenakten	0	0.0%
2.3.7	Richtig erfasste externe ambulante Leistungen	-	-

## **Kennzahlenvergleich Grundgesamtheit und Stichprobe**

Messgrösse	Grundgesamtheit		Stichprobe	
Fälle mit Zusatzentgelt	502	2.3%	4	4.0%
Fälle mit erfassten Beatmungen	472	2.2%	4	4.0%
Fälle mit IPS-Aufenthalt	636	3.0%	4	4.0%
Fälle mit IMCU-Aufenthalt	1'656	7.7%	9	9.0%
Fälle mit externen ambulanten Leistungen	31	0.1%	0	0.0%
CMI	1.028		1.278	
Zusatzentgelte gesamt	1'181		16	
Ambulante Leistungen gesamt	99		0	

Die Angaben beziehen sich jeweils auf die Daten vor Revision.

# 1 Durchführung der Revision

## 1.1 Berichtsperiode

Der Prüfungszeitraum berücksichtigte alle stationären Fälle mit Austritt vom 01. Januar 2021 bis 31. Dezember 2021.

## 1.2 Gültige Versionen

Nachfolgende Tabelle zeigt die für das Berichtsjahr gültigen Regeln und Richtlinien, Klassifikationen, Tarfdokumente und Groupversion auf.

### Regeln und Richtlinien

Kodierungshandbuch. Der offizielle Leitfaden der Kodierrichtlinien in der Schweiz Version 2021

BFS-Gesundheit – Rundschreiben für Kodiererinnen und Kodierer 2021 Nr.1 und Nr.2

BFS-Gesundheit – Offizielle Kommunikation 2021 Kodierung COVID-19 Nr.1 und Nr.2

### Klassifikationen

ICD-10-GM 2021 – Alphabetisches und Systematisches Verzeichnis

Schweizerische Operationsklassifikation (CHOP) – Alphabetisches und Systematisches Verzeichnis 2021

### Tarfdokumente

Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG und TARPSY (Version Juni /2020)

Klarstellung und Fallbeispiele zu den Anwendungsregeln (Version 4.5)

Fallpauschalenkatalog SwissDRG 10.0 Abrechnungsversion

SwissDRG – Reglement zur Durchführung von Kodierrevisionen unter SwissDRG 10.0, Revision der Daten 2021

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 unter 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  $\geq 1000$  Fällen pro Jahr für die Revision auf 100 Fälle festgelegt.

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 2021 nach dem Reglement für die Durchführung der Kodierrevision unter SwissDRG Version 10.0 vom 28. Februar 2022 bis zum 03. März 2022 durchgeführt.

Die gezogene Stichprobe wurde der Kantonsspital Baden AG am 16. Februar 2022 innert der im Revisionsreglement aufgezeigten Frist von 10-15 Tagen vor Revision zugestellt.

Die Kodierrevision wurde 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 des Reglements 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 14. März 2022 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 vom Bundesamt für Statistik (BfS).

**Katrin von Varchmin**, 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**, Dipl. Betriebswirt Fachrichtung Gesundheitswesen und exam. Krankenpfleger, ist seit 18 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 der Kantonsspital Baden AG. Es bestehen auch keine Abhängigkeiten seitens der Revisoren zu den 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 2021 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 100 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.

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 alle 100 Fälle aufgrund vorliegender Akten revidiert werden. 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 kodierrelevante 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. Diese Feststellung betrifft vor allem die Chirurgie, die Orthopädie und die Urologie.

Es ist wie auch in den Vorjahren weiter erkennbar, dass Diagnoseinformationen von Voraufenthalten in die aktuelle Diagnoseliste übernommen werden, ohne dass die Relevanz aller Nebendiagnosen für den aktuellen Aufenthalt nochmals geprüft wird.

### 2.2.2 Administrative Falldaten

Fehler bei	Anzahl	Prozentsatz
Eintrittsart	0	0.0%
Einweisende Instanz	0	0.0%
Aufenthaltssort vor Eintritt	0	0.0%
Wechsel Aufenthaltsart (ambulant, stationär, Rehabilitation, Psychiatrie)	0	0.0%
Entscheid für Austritt	0	0.0%
Aufenthalt nach Austritt	0	0.0%
Behandlung nach Austritt	0	0.0%
Verweildauer	0	0.0%
Administrativer Urlaub	0	0.0%
Grund Wiedereintritt	0	0.0%
Neugeborenenendatensatz	0	0.0%
Aufnahmegewicht	0	0.0%
Gestationsalter	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. Diese Fälle werden nicht in die Berechnung der auszuweisenden Kennzahlen einbezogen.

Die drei in der Stichprobe analysierten Fallzusammenführungen wurden korrekt vorgenommen. Es wurde von den Revisoren keine noch nicht durchgeführte Fallzusammenführung empfohlen.

Fehlertyp	DRG	Kostengewicht des Spital	Kostengewicht des Revisors	Kostengewichtsdifferenz
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.

Es wurden keine Stornofälle, die die Stichprobe betreffen, vor Revisionsbeginn gemeldet.

#### 2.2.4.1 Festgestellte Fehler

	DRG	Kostengewicht	Zusatzentgelte
Falsch	Keine Feststellungen		
Noch keine Rechnung vorhanden			
Sonstiges			
Fehlend			

#### 2.2.4.2 Abweichung Kostengewicht

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

Die Abweichung der Kostengewichte durch diese Unterschiede beträgt 0.000 Kostengewichte.

## **2.3 Diagnosen und Behandlungen**

### **2.3.1 Festgestellte Fehler**

Es wurde von den Revisoren keine Änderung der Spalkodierung vorgeschlagen.

Von insgesamt 17 Änderungsempfehlungen (Fehlertypologie falsch, fehlend und ungerechtfertigt) bezüglich der Diagnose- und Prozedurenkodierung haben zwei Änderungsempfehlungen zu einem DRG-Wechsel geführt.

Die Regeln des Kodierhandbuchs werden von der Kodierung berücksichtigt und korrekt umgesetzt. Die zwei DRG Änderungsempfehlungen beruhen auf folgende Beanstandungen:

-Revision-ID 53: Änderung der Hauptdiagnose; ICD-10 GM alphabetisches Verzeichnis

-Revision-ID 83: Änderung der Hauptdiagnose; ICD-10 GM alphabetisches Verzeichnis, sowie Exklusiva P28.9

Es wurden keine Hinweise für systematische 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	96	4	0	0	0	100
Zusatz zur HD	14	1	0	0	1	16
Nebendiagnose	558	4	3	1	2	568
<b>Diagnosen Total</b>	<b>668</b>	<b>9</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>684</b>
Hauptbehandlung	88	0	0	0	0	88
Nebenbehandlungen	332	1	3	0	0	336
<b>Behandlungen Total</b>	<b>420</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>424</b>

### 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	2	2	0	0	0	0	4
Zusatz zur HD	1	0	0	0	0	0	1
Nebendiagnose	1	1	1	1	0	0	4
<b>Diagnosen Total</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>9</b>
Hauptbehandlung	0	0	0	0	0	0	0
Nebenbehandlungen	0	1	0	0	0	0	1
<b>Behandlungen Total</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>

### 2.3.2.3 Prozentsatz der Kodierfehler nach Fehlertyp

Fehlertyp	Richtig	Falsch	Fehlend	ungerechtfertigt	Unnötig	Total
Hauptdiagnose	96.0%	4.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100%
Zusatz zur HD	87.5%	6.3%	0.0%	0.0%	6.3%	100%
Nebendiagnose	98.2%	0.7%	0.5%	0.2%	0.4%	100%
<b>Diagnosen Total</b>	97.7%	1.3%	0.4%	0.1%	0.4%	100%
Hauptbehandlung	100%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100%
Nebenhandlungen	98.8%	0.3%	0.9%	0.0%	0.0%	100%
<b>Behandlungen Total</b>	99.1%	0.2%	0.7%	0.0%	0.0%	100%

### 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	Total
Hauptdiagnose	50.0%	50.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100%
Zusatz zur HD	100%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100%
Nebendiagnose	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	0.0%	0.0%	100%
<b>Diagnosen Total</b>	44.4%	33.3%	11.1%	11.1%	0.0%	0.0%	100%
Hauptbehandlung	-	-	-	-	-	-	-
Nebenhandlungen	0.0%	100%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100%
<b>Behandlungen Total</b>	0.0%	100%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100%

### 2.3.3 Zuweisung der Hauptdiagnose

Zuweisung der Hauptdiagnose	Anzahl	Prozent
Keine Änderung der Spalkodierung	96	96.0%
Kode durch richtigen Code ersetzt	3	3.0%
Fehlenden Code durch neuen ersetzt	0	0.0%
Durch bestehende Nebendiagnose zugeordnet	1	1.0%

Die Änderungen sind von den Kodierverantwortlichen nach Besprechung akzeptiert worden.

Der Wechsel der Hauptdiagnose hat zu zwei DRG-Änderungsempfehlungen geführt.

### 2.3.4 Zuweisung der Zusatzdiagnose und Nebendiagnosen

Zuweisung der Zusatzdiagnose	Anzahl	Prozent
Keine Änderung der Spalkodierung	14	87.5%
Kode durch richtigen Code ersetzt	1	6.3%
Fehlenden Code durch neuen ersetzt	0	0.0%
Durch bestehende Nebendiagnose zugeordnet	0	0.0%

Zuweisung der Nebendiagnosen	Anzahl	Prozent
Keine Änderung der Spalkodierung	558	98.2%
Kode durch richtigen Code ersetzt	4	0.7%
Fehlenden Code durch neuen ersetzt	3	0.5%
Durch bestehende Hauptdiagnose zugeordnet	0	0.0%

Der Wechsel der Nebendiagnose hat zu keiner DRG-Änderungsempfehlung geführt.

### 2.3.5 Zuweisung der Hauptbehandlung

Zuweisung der Hauptbehandlung	Anzahl	Prozent
Keine Änderung der Spalkodierung	88	100%
Kode durch richtigen Code ersetzt	0	0.0%
Fehlenden Code durch neuen ersetzt	0	0.0%

Der Wechsel der Hauptbehandlung hat zu keiner DRG-Änderungsempfehlung geführt.

### 2.3.6 Zuweisung der Nebenbehandlung

Zuweisung der Hauptbehandlung	Anzahl	Prozent
Keine Änderung der Spalkodierung	332	98.8%
Kode durch richtigen Kode ersetzt	1	0.3%
Fehlenden Kode durch neuen ersetzt	3	0.9%

Die Änderungen sind von den Kodierverantwortlichen nach Besprechung akzeptiert worden.

Der Wechsel der Nebenbehandlungen hat zu keiner DRG-Änderungsempfehlung geführt.

### 2.3.7 Lateralität der Diagnosen und Prozeduren

Die Lateralität der Diagnosen und Behandlungen wurde in keinem Fall geändert.

Lateralität der Diagnosen und Prozeduren	Anzahl	Prozent
Keine Änderung der Spalkodierung	Keine Änderungen empfohlen	
Kode durch richtigen Kode ersetzt		
Fehlenden Kode durch neuen ersetzt		

### 2.3.8 Externe ambulante Leistungen

In der Stichprobe wurden keine externen ambulanten Behandlungen ausgewiesen und auch keine von den Revisoren zusätzlich erfasst.

	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.

#### 2.3.9.1 Anzahl Fälle

	Anzahl
Anzahl Fälle (Stichprobe)	100
Anzahl Fälle (Grundgesamtheit)	21'543

#### 2.3.9.2 CMI

	Anzahl
CMI in der Stichprobe, ungewichtet	1.278
CMI in der Stichprobe, gewichtet	Es wurde keine Gewichtung und keine ungleiche Wahrscheinlichkeit angewendet.
CMI der Grundgesamtheit	1.028

#### 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	%	Anzahl	%
Diagnosen	19'615	14.4%	97	13.8%
Behandlungen	205	0.3%	1	0.2%

#### 2.3.9.4 Anzahl Nebendiagnosen pro Patient

	Anzahl
Anzahl Nebendiagnosen / Patient (Stichprobe)	6.01
Anzahl Nebendiagnosen / Patient (Grundgesamtheit)	5.33

#### 2.3.9.5 Anzahl Behandlungskodes pro Patient

	Anzahl
Anzahl Behandlungskodes / Patient (Stichprobe)	4.24
Anzahl Behandlungskodes / Patient (Grundgesamtheit)	3.17

#### 2.3.9.6 Anzahl DRG-Fallgruppen

	Anzahl
Anzahl DRG-Fallgruppen (Stichprobe)	76
Anzahl DRG-Fallgruppen (Grundgesamtheit)	805

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

	Anzahl	Prozentsatz
Zusatzentgelt (Stichprobe)	16	
Zusatzentgelt (Grundgesamtheit)	1'181	
Fälle mit Zusatzentgelt (Stichprobe)	4	4.0%
Fälle mit Zusatzentgelt (Grundgesamtheit)	502	2.3%

#### 2.3.9.8 Anzahl und Prozentsatz Fälle mit erfassten Beatmungen

	Anzahl	Prozentsatz
Fälle mit erfassten Beatmungen (Stichprobe)	4	4.0%
Fälle mit erfassten Beatmungen (Grundgesamtheit)	472	2.2%

#### 2.3.9.9 Anzahl und Prozentsatz Fälle mit IPS-Behandlungen

	Anzahl	Prozentsatz
Fälle mit IPS-Aufenthalt (Stichprobe)	4	4.0%
Fälle mit IPS-Aufenthalt (Grundgesamtheit)	636	3.0%

### 2.3.9.10 Anzahl und Prozentsatz Fälle mit IMCU-Behandlungen

	Anzahl	Prozentsatz
Fälle mit IMCU-Aufenthalt (Stichprobe)	9	9.0%
Fälle mit IMCU-Aufenthalt (Grundgesamtheit)	1'656	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)	31	0.1%
Ambulante Leistungen gesamt (Stichprobe)	0	
Ambulante Leistungen gesamt (Grundgesamtheit)	99	

## 2.4 Intensivmedizin (IMCU und IPS)

Das 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

Bei den überprüften Fällen sind alle Basisdaten richtig erfasst und auch in der Kodierung mit den CHOP Kode richtig übernommen worden.

#### 2.4.1.1 NEMS + Schweregrad (S/P/C)

	Anzahl	Prozentsatz
Richtig erfasst	9	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	9	100%

### 2.4.2 Basisdaten IPS

Bei den überprüften Fällen sind alle intensivmedizinischen Basisdaten richtig erfasst und auch in der Kodierung mit den CHOP Kode richtig übernommen worden.

#### 2.4.2.1 Maschinelle Beatmungen

	Anzahl	Prozentsatz
Richtig erfasst	4	100%
Falsch erfasst	0	0.0%
Nicht erfasst	0	0.0%

#### 2.4.2.2 NEMS

	Anzahl	Prozentsatz
Richtig erfasst	4	100%
Falsch erfasst	0	0.0%
Nicht erfasst	0	0.0%

### 2.4.2.3 Schweregrad

	Anzahl	Prozentsatz
Richtig erfasst	4	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	4	100%

## 2.5 Zusatzentgelte exkl. Medikamente (Substanzen)

Es wurden bei vier Fällen insgesamt 16 Zusatzentgelte erfasst.

	Anzahl	Prozentsatz
Richtig erfasst	16	100%
Falsch erfasst	0	0.0%
Nicht erfasst	0	0.0%

## 2.6 Medikamente (Substanzen)

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

Es wurden bei drei Fällen insgesamt fünf relevante Medikamente (Substanzen) erfasst.

	Anzahl	Prozentsatz
Richtig erfasst	5	100%
Falsch erfasst	0	0.0%
Nicht erfasst	0	0.0%

## 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	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Aufgrund Änderung Hauptdiagnose	2	2.0%	0	0.0%	0	0.0%
Aufgrund Änderung Nebendiagnose	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Aufgrund Änderung Behandlung	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Aufgrund sonstiger Änderungen	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>2.0%</b>	<b>0</b>	<b>0.0%</b>	<b>0</b>	<b>0.0%</b>

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

Rev. ID	Revisor			Spital			Veränderung		Vorlage an das BfS	Differenzen / Anmerkungen
	DRG	eff.CW	rel.CW	DRG	eff.CW	rel.CW	eff. CW	rel. CW		
53	U64A	0.782	0.782	B66B	0.774	0.774	0.008	0.008	nein	Änderung der Hauptdiagnose
83	P67B	0.715	0.715	P67C	0.459	0.459	0.256	0.256	nein	Änderung der Hauptdiagnose
<b>Total</b>							0.264	0.264		

## 2.8 Kostengewichte

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

CMI des Spitals vor der Revision (Grundgesamtheit)	1.028	
Geschätzter CMI des Spitals vor der Revision (Stichprobe)	1.278	
Geschätzter CMI des Spitals nach der Revision (Stichprobe)	1.281	
Statistische Signifikanz der Abweichung des CMI vor und nach Revision	nein	
Geschätzte Differenz des CMI des Spitals vor und nach Revision (absoluter Wert)	0.003	
Geschätzte Differenz des CMI des Spitals vor und nach Revision (Prozent)	0.21%	
95%-Vertrauensintervall (VI) der Differenz des Spitals vor und nach der Revision	Unteres VI	Oberes VI
Relevant und aussagekräftig, falls mindestens drei Kostengewichte korrigiert wurden.	-0.003	0.008
Standardabweichung eff. CW	0.026	

Aus der Tabelle ist ersichtlich, dass die prozentuale Veränderung des Case Mix Index vor und nach der Revision für den effektiven Case Mix Index sehr gering ist.

Wir haben den Case Mix-Index vor und nach der Revision berechnet und jeweils das 95% Konfidenzintervall angegeben. Dabei sind wir wie in Anhang 3 (Statistische Grundlagen) beschrieben vorgegangen. Die Resultate sind in der unten aufgeführten Tabelle zusammengefasst.

Hierbei verwenden wir die folgende Notation (siehe auch Anhang 3):

$\bar{x}$  und  $\bar{y}$  bezeichnen den CMI vor und nach der Revision,  $\bar{z}$  ist die Differenz des CMI nach der Revision und CMI vor der Revision.

Zudem bezeichnet  $\hat{R}$  die relative Änderung zwischen der Differenz des CMI  $\bar{z}$  und des CMI vor der Revision (d.h.  $\hat{R} = \bar{z}/\bar{x}$ ).

Die Werte  $\bar{z}_-$  und  $\bar{z}_+$  bezeichnen jeweils die Unter und Obergrenze des 95% Konfidenzintervalls für  $\bar{z}$ . Analog bezeichnen  $\hat{R}_-$  und  $\hat{R}_+$  die Unter und Obergrenzen des 95% Konfidenzintervalls für  $\hat{R}$ .

	$\bar{x}$	$\bar{y}$	$\bar{z}_-$	$\bar{z}$	$\bar{z}_+$	$\hat{R}_-$	$\hat{R}$	$\hat{R}_+$
Eff. CW	1.038	1.041	-0.003	0.003	0.008	-0.003	0.003	0.008

Aus der obigen Tabelle ist insbesondere ersichtlich, dass die Konfidenzintervalle für  $\bar{z}$  und  $\hat{R}$  sehr klein sind oder den Wert 0 beinhalten.

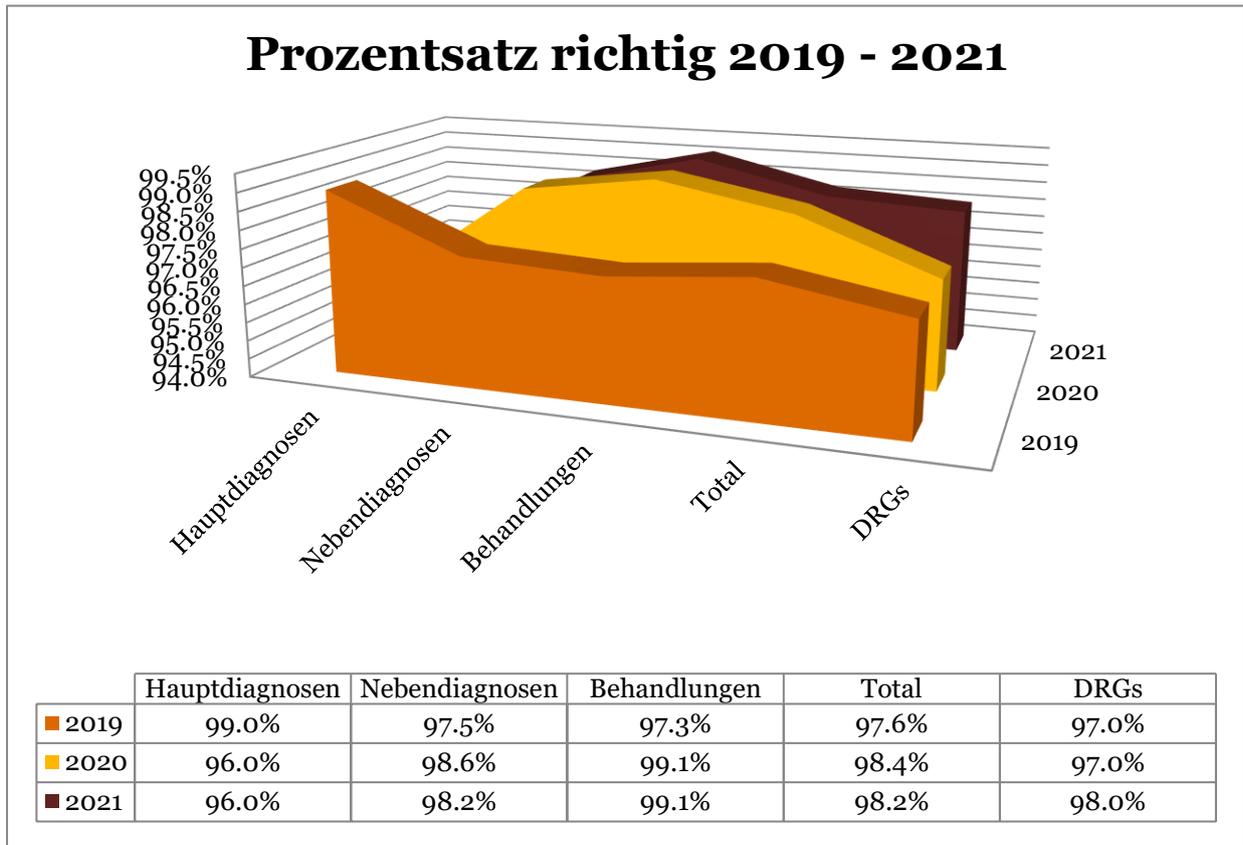
Daraus können wir schliessen, dass es keine statistisch signifikante Abweichung zwischen den Werten vor und nach der Revision gibt (in Bezug auf  $\bar{z}$  und  $\hat{R}$ ).

### 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
53	0.774	0.782
83	0.459	0.715

## 2.9 Vergleich mit früheren Revisionen



<b>Kennzahlen im Vergleich</b>				
	<b>2020</b>		<b>2021</b>	
Stichprobengrösse	100		100	
CMI des Spitals vor Revision (Grundgesamtheit)	1.055		1.028	
CMI des Spitals vor Revision (Stichprobe)	1.226		1.278	
Geschätzter CMI des Spitals nach Revision (Stichprobe)	1.229		1.281	
Statistische Signifikanz der Abweichung des CMI vor und nach Revision	keine		nein	
Geschätzte Differenz des CMI vor und nach Revision	0.003	0.21%	0.003	0.21%
Revidierte Fälle mit Kostengewichts-Wechsel	3	3.0%	2	2.0%
Richtige Hauptdiagnosen	96	96.0%	96	96.0%
Richtiger Zusatz zur Hauptdiagnose	17	100%	14	87.5%
Richtige Nebendiagnosen	470	98.6%	558	98.2%
Richtige Hauptbehandlungen	79	100%	88	100%
Richtige Nebenbehandlungen	208	98.5%	332	98.8%
Revidierte Fälle mit richtigen Basisdaten Intensivmedizin	9	100%	9	100%
Revidierte Fälle mit richtigem Basisdatensatz Intermediate Care Unit	5	100%	4	100%
Richtige Zusatzentgelte	3	100%	16	100%
Richtige Medikamente (Substanzen)	4	100%	5	100%
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**

	2020				2021			
	Grundgesamtheit		Stichprobe		Grundgesamtheit		Stichprobe	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Fälle mit Zusatzentgelt	427	2.1%	2	2.0%	502	2.3%	4	4.0%
Fälle mit erfassten Beatmungen	489	2.4%	3	3.0%	472	2.2%	4	4.0%
Fälle mit IPS Aufenthalt	646	3.2%	5	5.0%	636	3.0%	4	4.0%
Fälle mit IMCU-Aufenthalt	1'714	8.6%	9	9.0%	1'656	7.7%	9	9.0%
Fälle mit externen ambulanten Leistungen	38	0.2%	0	0.0%	31	0.1%	0	0.0%
CMI	1.055		1.226		1.028		1.278	
Zusatzentgelte	1'061		3		1'181		16	

---

## **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:

Wir empfehlen weiterhin eine engere Zusammenarbeit zwischen den Kliniken und der Kodierung zu prüfen. Eventuell lohnt es sich zu evaluieren ob pro Abteilung ein DRG-Verantwortlicher Arzt als Ansprechpartner der Kodierung ernannt werden kann, und diese dann vom Medizincontrolling geschult werden.

Wir empfehlen die Copy and Paste Funktion bei der Diagnosestellung nur bei weiterhin bestehender Relevanz einzusetzen.

### **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.

---

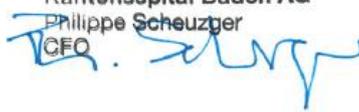
## 4 Anmerkungen der Spitaldirektion

Es gibt keine Anmerkungen zum Revisionsbericht.

Baden, 12.4.2022

Ort, Datum

Kantonsspital Baden AG  
Philippe Scheuzger  
CEO



Kantonsspital Baden AG, Direktion

---

# 5 *Schlussbemerkungen*

Der provisorische Bericht ist der Kantonsspital Baden AG am 23. März 2022 zugestellt worden.

Nach Rückmeldungen von der Kantonsspital Baden AG wurden am 06. April 2022 die statistischen Angaben zur Grundgesamtheit im Bericht und Anhang korrigiert und dem Spital vorgelegt.

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, 2. Mai 2022

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	5
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	8
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	17
A2.6 Prozentsatz der Langlieger ohne Nebendiagnose und Prozedur	17
A2.7 Prozentsatz der Fälle mit über 5 Tage Aufenthaltsdauer und mit R-Hauptdiagnosekode	17
A3 Statistische Grundlagen	19
A4 Berechnung der Stichprobengrösse	23

# A1 Nachweise

## **Verpflichtungs- und Unabhängigkeits- erklärung der Revisoren bezüglich Kodierrevision der Daten 2021 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, 01. März 2022

Katrin von Varchmin  
Kodierrevisorin

Tobias Pfinninger  
Kodierrevisor

---

***Vollständigkeitserklärung der  
Kantonsspital Baden AG bezüglich  
Datenlieferung für die Kodierrevision der  
Daten 2021***

Wir bestätigen, dass dem Revisor für die Stichprobenziehung alle im Spital nach SwissDRG fakturierten Fälle mit Austritt zwischen 01. Januar 2021 und 31. Dezember 2021 übermittelt wurden.

Ort, Datum *Baden, 23.2.2022*

Direktion *P. Scheuzger*

**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.VO2 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	Unbekannt	Total
Akutsomatik (SwissDRG-Fälle)	20'668	635	25	137	78	0	0	21'543
Wartepatienten / NonDRG-Fälle	18	0	0	0	0	0	0	18
Psychiatrie	-	-	-	-	-	-	-	-
Rehabilitation	-	-	-	-	-	-	-	-

## A2.2 SwissDRG-Fälle

### A2.2.1 Nach Herkunftskanton und Versicherungsart

Kanton	KV	UV	MV	IV	SZ	Andere	Unbekannt	Total
<b>INNERKANTONAL (Kanton Aargau)</b>	<b>19'464</b>	<b>592</b>	<b>15</b>	<b>120</b>	<b>22</b>	-	-	<b>20'213</b>
Ausland	82	4	-	-	53	-	-	139
Aargau	19'464	592	15	120	22	-	-	20'213
Appenzell Ausserrhoden	1	1	-	-	-	-	-	2
Basel-Landschaft	17	2	-	-	-	-	-	19
Basel-Stadt	11	1	-	-	-	-	-	12
Bern	44	2	2	-	-	-	-	48
Freiburg	5	1	-	-	-	-	-	6
Genf	3	-	1	-	-	-	-	4
Glarus	6	-	-	-	-	-	-	6
Graubünden	5	-	-	-	-	-	-	5
Jura	1	-	-	-	-	-	-	1
Luzern	44	2	-	-	-	-	-	46
Neuenburg	2	-	-	-	-	-	-	2
Nidwalden	2	-	-	-	-	-	-	2
Obwalden	5	1	-	-	-	-	-	6
St. Gallen	13	-	1	-	1	-	-	15
Schaffhausen	9	-	-	-	-	-	-	9
Schwyz	17	-	-	-	-	-	-	17
Solothurn	57	1	1	-	-	-	-	59
Tessin	8	-	-	-	-	-	-	8
Thurgau	8	-	1	-	-	-	-	9
Waadt	5	-	-	-	-	-	-	5
Wallis	4	1	-	-	-	-	-	5
Zug	18	1	-	-	-	-	-	19
Zürich	837	26	4	17	2	-	-	886
<b>Total</b>	<b>20'668</b>	<b>635</b>	<b>25</b>	<b>137</b>	<b>78</b>	-	-	<b>21'543</b>

A2.2.2 Nach Ausreisserkategorie und Versicherungsart

	Normalfälle ohne Verlegungsabschlag		Normalfälle mit Verlegungsabschlag		untere Ausreisser		obere Ausreisser		Total
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	
KV	18'040	83.7%	158	0.7%	984	4.6%	1'486	6.9%	20'668
UV	500	2.3%	5	0.0%	91	0.4%	39	0.2%	635
MV	24	0.1%	1	0.0%		0.0%		0.0%	25
IV	113	0.5%	3	0.0%	7	0.0%	14	0.1%	137
SZ	64	0.3%	2	0.0%	9	0.0%	3	0.0%	78
Andere	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Unbekannt	--	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>18'741</b>	<b>87.0%</b>	<b>169</b>	<b>0.8%</b>	<b>1'091</b>	<b>5.1%</b>	<b>1'542</b>	<b>7.2%</b>	<b>21'543</b>

A2.2.3 Nach Ausreisserkategorie und Herkunftskanton

Kanton	Normalfälle ohne Verlegungsabschlag		Normalfälle mit Verlegungsabschlag		untere Ausreisser		obere Ausreisser		Total
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	
Ausland	122	0.6%	2	0.0%	5	0.0%	10	0.0%	139
Aargau	17'618	81.8%	149	0.7%	984	4.6%	1'462	6.8%	20'213
Appenzell Ausserrhodon	2	0.0%	-	-	-	-	-	-	2
Basel-Landschaft	15	0.1%	1	0.0%	2	0.0%	1	0.0%	19
Basel-Stadt	7	0.0%	1	0.0%	2	0.0%	2	0.0%	12
Bern	43	0.2%	1	0.0%	2	0.0%	2	0.0%	48
Freiburg	6	0.0%	-	-	-	-	-	-	6
Genf	4	0.0%	-	-	-	-	-	-	4
Glarus	5	0.0%	-	-	-	-	1	0.0%	6
Graubünden	4	0.0%	-	-	1	0.0%	-	-	5
Jura		0.0%	-	-	-	-	1	0.0%	1
Luzern	41	0.2%	-	-	4	0.0%	1	0.0%	46
Neuenburg	1	0.0%	1	0.0%	-	-	-	-	2
Nidwalden	2	0.0%	-	-	-	-	-	-	2
Obwalden	5	0.0%	-	-	-	-	1	0.0%	6
St. Gallen	13	0.1%	-	-	2	0.0%	-	-	15
Schaffhausen	8	0.0%	-	-	-	-	1	0.0%	9
Schwyz	14	0.1%	-	-	1	0.0%	2	0.0%	17
Solothurn	49	0.2%	4	0.0%	3	0.0%	3	0.0%	59
Tessin	7	0.0%	1	0.0%	-	-	-	-	8
Thurgau	9	0.0%	-	-	-	-	-	-	9
Waadt	5	0.0%	-	-	-	-	-	-	5
Wallis	4	0.0%	-	-		0.0%	1	0.0%	5
Zug	16	0.1%	-	-	3	0.0%	-	-	19
Zürich	741	3.4%	9	0.0%	82	0.4%	54	0.3%	886
<b>Total</b>	<b>18'741</b>	<b>87.0%</b>	<b>169</b>	<b>0.8%</b>	<b>1'091</b>	<b>5.1%</b>	<b>1'542</b>	<b>7.2%</b>	<b>21'543</b>

## A2.3 CMI

### A2.3.1 Nach Ausreisserkategorie und Versicherungsart

	Normalfälle ohne Verlegungsabschlag	Normalfälle mit Verlegungsabschlag	untere Ausreisser	obere Ausreisser	Total
KV	0.9857	0.7155	0.5747	1.8445	1.0258
UV	0.9666	0.6582	0.5796	1.8382	0.9622
MV	0.9721	0.5180	-	-	0.9539
IV	1.5308	0.3960	0.7207	4.4331	1.7612
SZ	0.9449	0.9730	0.5799	1.8193	0.9371
Andere	-	-	-	-	-
Unbekannt	-	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>0.9883</b>	<b>0.7100</b>	<b>0.5761</b>	<b>1.8678</b>	<b>1.0282</b>

A2.3.2 Nach Ausreisserkategorie und Herkunftskanton

Kanton	Normalfälle ohne Verlegungsabschlag	Normalfälle mit Verlegungsabschlag	untere Ausreisser	obere Ausreisser	Total
Ausland	0.9525	0.9730	0.5576	2.9617	1.0832
Aargau	0.9900	0.7396	0.5751	1.8673	1.0314
Appenzell Ausserrhoden	0.9220	-	-	-	0.9220
Basel-Landschaft	0.8708	0.2530	0.5525	1.3170	0.8283
Basel-Stadt	1.2136	0.3920	0.6665	0.9365	1.0078
Bern	0.9746	0.5180	0.5325	1.6620	0.9753
Freiburg	0.9213	-	-	-	0.9213
Genf	0.5683	-	-	-	0.5683
Glarus	0.6684	-	-	0.870	0.7020
Graubünden	0.5240	-	0.6440	-	0.5480
Jura	-	-	-	0.682	0.682
Luzern	1.0675	-	0.6358	3.010	1.0722
Neuenburg	1.4380	0.2640	-	-	0.8510
Nidwalden	0.9315	-	-	-	0.9315
Obwalden	2.2146	-	-	1.4800	2.0922
St. Gallen	0.7955	-	0.6120	-	0.7710
Schaffhausen	1.6951	-	-	2.302	1.7626
Schwyz	0.8526	-	0.4140	1.661	0.9219
Solothurn	0.7466	0.4123	0.4060	2.4497	0.7932
Tessin	1.0227	0.4910	-	-	0.9563
Thurgau	1.0359	-	-	-	1.0359
Waadt	0.5806	-	-	-	0.5806
Wallis	1.6673	-	-	2.1980	1.7734
Zug	0.9961	-	0.5767	-	0.9298
Zürich	0.9639	0.4759	0.5918	1.71660	0.9704
<b>Total</b>	<b>0.9883</b>	<b>0.7100</b>	<b>0.5761</b>	<b>1.8678</b>	<b>1.0282</b>

## A2.4 Anzahl Zusatzentgelte

Zusatzentgelt/ Bezeichnung	Betrag CHF	KV	UV	MV	IV	SZ	Andere	Unbekannt	Total
ZE-2021-01.01 - Hämodialyse, Hämofiltration, Hämodiafiltration, intermittierend, Alter > 11 Jahre	327'638.08	754	-	-	-	-	-	-	754
ZE-2021-02.01 - Hämodialyse, Hämofiltration, Hämodiafiltration, kontinuierlich, Bis 24 Stunden	9'955.44	11	-	-	-	-	-	-	11
ZE-2021-02.02 - Hämodialyse, Hämofiltration, Hämodiafiltration, kontinuierlich, Mehr als 24 bis 72 Stunden	44'300.97	21	-	-	-	-	-	-	21
ZE-2021-02.03 - Hämodialyse, Hämofiltration, Hämodiafiltration, kontinuierlich, Mehr als 72 bis 144 Stunden	41'171.10	10	-	-	-	-	-	-	10
ZE-2021-02.04 - Hämodialyse, Hämofiltration, Hämodiafiltration, kontinuierlich, Mehr als 144 bis 264 Stunden	36'645.85	5	-	-	-	-	-	-	5
ZE-2021-02.06 - Hämodialyse, Hämofiltration, Hämodiafiltration, kontinuierlich, mehr als 432 Stunden	18'972.9	1	-	-	-	-	-	-	1
ZE-2021-03.20 - Peritonealdialyse, kontinuierlich, nicht maschinell unterstützt (CAPD), mehr als 24 bis 72 Stunden	3'654.12	3	-	-	-	-	-	-	3
ZE-2021-03.21 - Peritonealdialyse, kontinuierlich, nicht maschinell unterstützt (CAPD), mehr als 72 bis 144 Stunden	12'478.95	5	-	-	-	-	-	-	5
ZE-2021-03.22 - Peritonealdialyse, kontinuierlich, nicht maschinell unterstützt (CAPD), mehr als 144 bis 264 Stunden	13'620.51	3	-	-	-	-	-	-	3
ZE-2021-03.23 - Peritonealdialyse, kontinuierlich, nicht maschinell unterstützt (CAPD), mehr als 264 bis 432 Stunden	15'213.52	2	-	-	-	-	-	-	2
ZE-2021-03.24 - Peritonealdialyse, kontinuierlich, nicht maschinell unterstützt (CAPD), mehr als 432 Stunden	11'951.09	1	-	-	-	-	-	-	1
ZE-2021-07.23 - Pemetrexed, intravenös, 850 mg bis unter 950 mg	2'546.92	2	-	-	-	-	-	-	2
ZE-2021-07.24 - Pemetrexed, intravenös, 950 mg bis unter 1050 mg	1'414.96	1	-	-	-	-	-	-	1
ZE-2021-10.09 - Cetuximab, intravenös, 1250 mg bis unter 1450 mg	3'083.75	1	-	-	-	-	-	-	1

Zusatzentgelt/ Bezeichnung	Betrag CHF	KV	UV	MV	IV	SZ	Andere	Unbekannt	Total
ZE-2021-102.04 - Crizotinib, oral, 5000 mg bis unter 6000 mg	2'008.82	1	-	-	-	-	-	-	1
ZE-2021-109.04 - Einsetzen von Bronchialventil(en), vier Ventile	8'513.6	1	-	-	-	-	-	-	1
ZE-2021-11.23 - Bevacizumab, intravenös, 250 mg bis unter 350 mg	980.81	1	-	-	-	-	-	-	1
ZE-2021-11.26 - Bevacizumab, intravenös, 550 mg bis unter 650 mg	1'961.62	1	-	-	-	-	-	-	1
ZE-2021-11.29 - Bevacizumab, intravenös, 850 mg bis unter 950 mg	2'942.43	1	-	-	-	-	-	-	1
ZE-2021-110.28 - Von Willebrand-Faktor, intravenös, 1000 U bis unter 2500 U	1'460.24	1	-	-	-	-	-	-	1
ZE-2021-110.34 - Von Willebrand-Faktor, intravenös, 25000 U bis unter 30000 U	22'946.55	1	-	-	-	-	-	-	1
ZE-2021-123.10 - Einsetzen von Grafts an der Aorta abdominalis, Endovaskuläre Implantation in die Aorta abdominalis von Stent-Grafts (Stent-Prothesen), mit 3 Öffnungen	40'059.1	2	-	-	-	-	-	-	2
ZE-2021-125.02 - Carfilzomib, intravenös, 80 mg bis unter 120 mg	1'751.18	1	-	-	-	-	-	-	1
ZE-2021-126.03 - Transfusion von Thrombozytenkonzentraten, 4 Konzentrate	8'948.12	2	-	-	-	-	-	-	2
ZE-2021-126.04 - Transfusion von Thrombozytenkonzentraten, 5 Konzentrate	5'592.57	1	-	-	-	-	-	-	1
ZE-2021-126.05 - Transfusion von Thrombozytenkonzentraten, 6 bis 8 Konzentrate	23'488.8	3	-	-	-	-	-	-	3
ZE-2021-126.06 - Transfusion von Thrombozytenkonzentraten, 9 bis 11 Konzentrate	11'185.14	1	-	-	-	-	-	-	1
ZE-2021-131.03 - Romiplostim, subkutan, 600 mcg bis unter 750 mcg	2'068.62	1	-	-	-	-	-	-	1
ZE-2021-131.05 - Romiplostim, subkutan, 900 mcg bis unter 1200 mcg	3'217.85	1	-	-	-	-	-	-	1
ZE-2021-132.07 - Isavuconazol, intravenös, 1900 mg bis unter 2300 mg	12'847.18	2	-	-	-	-	-	-	2
ZE-2021-132.09 - Isavuconazol, intravenös, 2700 mg bis unter 3500 mg	9'482.44	1	-	-	-	-	-	-	1

Zusatzentgelt/ Bezeichnung	Betrag CHF	KV	UV	MV	IV	SZ	Andere	Unbekannt	Total
ZE-2021-132.11 - Isavuconazol, intravenös, 4300 mg bis unter 5100 mg	14'376.6	1	-	-	-	-	-	-	1
ZE-2021-135.01 - Obinutuzumab, intravenös, 500 mg bis unter 1500 mg	3'153.4	1	-	-	-	-	-	-	1
ZE-2021-136.06 - Nivolumab, intravenös, 210 mg bis unter 250 mg	3'075.07	1	-	-	-	-	-	-	1
ZE-2021-136.10 - Nivolumab, intravenös, 430 mg bis unter 510 mg	6'283.85	1	-	-	-	-	-	-	1
ZE-2021-137.02 - Pembrolizumab, intravenös, 150 mg bis unter 250 mg	73'342.08	16	-	-	-	-	-	-	16
ZE-2021-146.00 - Enzalutamid, oral, 560 mg bis unter 880 mg	605.07	1	-	-	-	-	-	-	1
ZE-2021-146.02 - Enzalutamid, oral, 1200 mg bis unter 1520 mg	1'142.9	1	-	-	-	-	-	-	1
ZE-2021-146.07 - Enzalutamid, oral, 3120 mg bis unter 3600 mg	2'823.64	1	-	-	-	-	-	-	1
ZE-2021-148.04 - C1-Inhibitor, aus Plasma gewonnen, intravenös, 1750 U bis unter 2250 U	2'877.54	1	-	-	-	-	-	-	1
ZE-2021-161.03 - Remdesivir (ausserplanmässig), intravenös, 150 mg bis unter 250 mg	4'414.2	5	-	-	-	1	-	-	6
ZE-2021-161.05 - Remdesivir (ausserplanmässig), intravenös, 350 mg bis unter 450 mg	11'771.2	8	-	-	-	-	-	-	8
ZE-2021-161.06 - Remdesivir (ausserplanmässig), intravenös, 450 mg bis unter 550 mg	5'517.75	3	-	-	-	-	-	-	3
ZE-2021-161.07 - Remdesivir (ausserplanmässig), intravenös, 550 mg bis unter 650 mg	44'142	20	-	-	-	-	-	-	20
ZE-2021-161.08 - Remdesivir (ausserplanmässig), intravenös, 650 mg bis unter 850 mg	13'794.35	5	-	-	-	-	-	-	5
ZE-2021-18.29 - Anidulafungin, intravenös, 250 mg bis unter 350 mg	2'016.36	2	-	-	-	-	-	-	2
ZE-2021-18.30 - Anidulafungin, intravenös, 350 mg bis unter 450 mg	2'688.48	2	-	-	-	-	-	-	2
ZE-2021-18.32 - Anidulafungin, intravenös, 550 mg bis unter 750 mg	13'106.28	6	-	-	-	-	-	-	6
ZE-2021-18.33 - Anidulafungin, intravenös, 750 mg bis unter 950 mg	8'569.5	3	-	-	-	-	-	-	3

Zusatzentgelt/ Bezeichnung	Betrag CHF	KV	UV	MV	IV	SZ	Andere	Unbekannt	Total
ZE-2021-18.34 - Anidulafungin, intravenös, 950 mg bis unter 1150 mg	3'528.62	1	-	-	-	-	-	-	1
ZE-2021-18.36 - Anidulafungin, intravenös, 1350 mg bis unter 1650 mg	5'040.89	1	-	-	-	-	-	-	1
ZE-2021-18.37 - Anidulafungin, intravenös, 1650 mg bis unter 1950 mg	18'147.18	3	-	-	-	-	-	-	3
ZE-2021-18.38 - Anidulafungin, intravenös, 1950 mg bis unter 2250 mg	7'057.24	1	-	-	-	-	-	-	1
ZE-2021-18.40 - Anidulafungin, intravenös, 2550 mg bis unter 2950 mg	9'241.62	1	-	-	-	-	-	-	1
ZE-2021-19.24 - Infliximab, intravenös / subkutan, 400 mg bis unter 500 mg	1'585.29	1	-	-	-	-	-	-	1
ZE-2021-196.01 - Casirivimab und Imdevimab, 1200 mg	117'875.00	50	1	-	-	-	-	-	50
ZE-2021-20.03 - Transfusion von Erythrozytenkonzentrat, 16 TE bis 20 TE	15'682.52	4	-	-	-	-	-	-	4
ZE-2021-20.04 - Transfusion von Erythrozytenkonzentrat, 21 TE bis 30 TE	5'554.22	1	-	-	-	-	-	-	1
ZE-2021-23.06 - Transfusion von patientenbezogenen Thrombozytenkonzentraten, 6 bis 8 Konzentrate	10'323.25	1	-	-	-	-	-	-	1
ZE-2021-24.50 - Einsetzen und Wechsel einer selbstexpandierenden Prothese (permanenter Tubus) in den Ösophagus	1'038.10	1	-	-	-	-	-	-	1
ZE-2021-24.60 - Einlegen oder Wechsel einer selbstexpandierenden Prothese am Magen	1'038.10	1	-	-	-	-	-	-	1
ZE-2021-24.70 - Einlegen oder Wechsel einer selbstexpandierenden Prothese am Darm	1'038.10	1	-	-	-	-	-	-	1
ZE-2021-24.80 - Einlage oder Wechsel eines selbstexpandierenden Stents (Prothese) in den Pankreasgang	4'152.4	4	-	-	-	-	-	-	4
ZE-2021-24.90 - Einlage oder Wechsel von selbstexpandierendem, (nicht) beschichtetem Stent in den Gallengang, 1 Stent	22'838.20	22	-	-	-	-	-	-	2
ZE-2021-24.91 - Einlage oder Wechsel von selbstexpandierenden, (nicht) beschichteten Stents in den Gallengang, 2 Stents	4'152.38	2	-	-	-	-	-	-	2
ZE-2021-30.51 - Fibrinogen, human, intravenös, 1.5 g bis unter 2.5 g	6'127.80	10	-	-	-	-	-	-	10

Zusatzentgelt/ Bezeichnung	Betrag CHF	KV	UV	MV	IV	SZ	Andere	Unbekannt	Total
ZE-2021-30.52 - Fibrinogen, human, intravenös, 2.5 g bis unter 3.5 g	2'757.48	3	-	-	-	-	-	-	3
ZE-2021-30.53 - Fibrinogen, human, intravenös, 3.5 g bis unter 5.5 g	4'136.25	3	-	-	-	-	-	-	3
ZE-2021-30.54 - Fibrinogen, human, intravenös, 5.5 g bis unter 7.5 g	3'983.04	2	-	-	-	-	-	-	2
ZE-2021-30.55 - Fibrinogen, human, intravenös, 7.5 g bis unter 10 g	8'042.70	3	-	-	-	-	-	-	3
ZE-2021-31.27 - Blutgerinnungsfaktoren IX, II, VII und X in Kombination, intravenös, 3500 U bis unter 4500 U	1'022.92	1	-	-	-	-	-	-	1
ZE-2021-33.29 - Blutgerinnungsfaktor VIII, rekombinant, intravenös, 2000 U bis unter 5000 U	2'763.81	1	-	-	-	-	-	-	1
ZE-2021-37.25 - Von Willebrand-Faktor und Blutgerinnungsfaktor VIII in Kombination, intravenös, 4500 U bis unter 6500 U	2'987.88	1	-	-	-	-	-	-	1
ZE-2021-47.11 - Tocilizumab, intravenös, 400 mg bis unter 560 mg	3'038.94	3	-	-	-	-	-	-	3
ZE-2021-47.12 - Tocilizumab, intravenös, 560 mg bis unter 720 mg	12'155.76	9	-	-	-	-	-	-	9
ZE-2021-47.13 - Tocilizumab, intravenös, 720 mg bis unter 880 mg	8'441.50	5	-	-	-	-	-	-	5
ZE-2021-49.09 - Extrakorporale Membranoxygenation (ECMO), weniger als 24 Stunden	8'517.52	1	-	-	-	-	-	-	1
ZE-2021-51.02 - Bortezomib, intravenös / subkutan, 1.5 mg bis unter 2.5 mg	915.53	1	-	-	-	-	-	-	1
ZE-2021-51.04 - Bortezomib, intravenös / subkutan, 3.5 mg bis unter 4.5 mg	1'831.05	1	-	-	-	-	-	-	1
ZE-2021-51.06 - Bortezomib, intravenös / subkutan, 5.5 mg bis unter 6.5 mg	2'746.58	1	-	-	-	-	-	-	1
ZE-2021-51.09 - Bortezomib, intravenös / subkutan, 8.5 mg bis unter 9.5 mg	8'239.74	2	-	-	-	-	-	-	2
ZE-2021-51.11 - Bortezomib, intravenös / subkutan, 10.5 mg bis unter 11.5 mg	5'035.40	1	-	-	-	-	-	-	1
ZE-2021-52.29 - Immunglobuline, normal human, zur intravasalen Anwendung, intravenös, 5 g bis unter 10 g, Alter < 12 Jahre	677.44	2	-	-	-	-	-	-	2

Zusatzentgelt/ Bezeichnung	Betrag CHF	KV	UV	MV	IV	SZ	Andere	Unbekannt	Total
ZE-2021-52.31 - Immunglobuline, normal human, zur intravasalen Anwendung, intravenös, 15 g bis unter 25 g	2'709.81	3	-	-	-	-	-	-	3
ZE-2021-52.32 - Immunglobuline, normal human, zur intravasalen Anwendung, intravenös, 25 g bis unter 35 g	2'709.80	2	-	-	-	-	-	-	2
ZE-2021-52.33 - Immunglobuline, normal human, zur intravasalen Anwendung, intravenös, 35 g bis unter 45 g	5'419.59	3	-	-	-	-	-	-	3
ZE-2021-52.36 - Immunglobuline, normal human, zur intravasalen Anwendung, intravenös, 65 g bis unter 75 g	3'161.43	1	-	-	-	-	-	-	1
ZE-2021-52.37 - Immunglobuline, normal human, zur intravasalen Anwendung, intravenös, 75 g bis unter 85 g	10'839.18	3	-	-	-	-	-	-	3
ZE-2021-52.38 - Immunglobuline, normal human, zur intravasalen Anwendung, intravenös, 85 g bis unter 105 g	30'033.57	7	-	-	-	-	-	-	7
ZE-2021-52.39 - Immunglobuline, normal human, zur intravasalen Anwendung, intravenös, 105 g bis unter 125 g	15'581.34	3	-	-	-	-	-	-	3
ZE-2021-52.40 - Immunglobuline, normal human, zur intravasalen Anwendung, intravenös, 125 g bis unter 145 g	12'194.08	2	-	-	-	-	-	-	2
ZE-2021-52.41 - Immunglobuline, normal human, zur intravasalen Anwendung, intravenös, 145 g bis unter 165 g	7'000.31	1	-	-	-	-	-	-	1
ZE-2021-52.42 - Immunglobuline, normal human, zur intravasalen Anwendung, intravenös, 165 g bis unter 185 g	7'903.57	1	-	-	-	-	-	-	1
ZE-2021-52.43 - Immunglobuline, normal human, zur intravasalen Anwendung, intravenös, 185 g bis unter 205 g	8'806.84	1	-	-	-	-	-	-	1
ZE-2021-52.44 - Immunglobuline, normal human, zur intravasalen Anwendung, intravenös, 205 g bis unter 225 g	9'710.1	1	-	-	-	-	-	-	1
ZE-2021-52.45 - Immunglobuline, normal human, zur intravasalen Anwendung, intravenös, 225 g bis unter 245 g	10'613.37	1	-	-	-	-	-	-	1

Zusatzentgelt/ Bezeichnung	Betrag CHF	KV	UV	MV	IV	SZ	Andere	Unbekannt	Total
ZE-2021-52.46 - Immunglobuline, normal human, zur intravasalen Anwendung, intravenös, 245 g bis unter 285 g	11'968.27	1	-	-	-	-	-	-	1
ZE-2021-56.26 - Eculizumab, intravenös, 2250 mg bis unter 2550 mg	38'190.26	1	-	-	-	-	-	-	1
ZE-2021-62.05 - Rituximab, intravenös, 550 mg bis unter 650 mg	5'516.55	5	-	-	-	-	-	-	5
ZE-2021-62.06 - Rituximab, intravenös, 650 mg bis unter 750 mg	18'020.80	14	-	-	-	-	-	-	14
ZE-2021-62.07 - Rituximab, intravenös, 750 mg bis unter 850 mg	11'768.64	8	-	-	-	-	-	-	8
ZE-2021-62.08 - Rituximab, intravenös, 850 mg bis unter 950 mg	1'654.97	1	-	-	-	-	-	-	1
ZE-2021-62.09 - Rituximab, intravenös, 950 mg bis unter 1050 mg	3'677.70	2	-	-	-	-	-	-	2
ZE-2021-62.10 - Rituximab, intravenös, 1050 mg bis unter 1250 mg	2'114.68	1	-	-	-	-	-	-	1
ZE-2021-62.11 - Rituximab, intravenös, 1250 mg bis unter 1450 mg	4'964.90	2	-	-	-	-	-	-	2
ZE-2021-67.01 - Einsetzen von Coils, peripher, Einsetzen von 1 endovaskulären Coil	649.00	3	1	-	-	-	-	-	4
ZE-2021-67.02 - Einsetzen von Coils, peripher, Einsetzen von 2 endovaskulären Coils	649.00	2	-	-	-	-	-	-	2
ZE-2021-67.03 - Einsetzen von Coils, peripher, Einsetzen von 3 endovaskulären Coils	2'920.5	6	-	-	-	-	-	-	6
ZE-2021-67.04 - Einsetzen von Coils, peripher, Einsetzen von 4 endovaskulären Coils	649.00	-	1	-	-	-	-	-	1
ZE-2021-67.05 - Einsetzen von Coils, peripher, Einsetzen von 5 endovaskulären Coils	4'867.50	6	-	-	-	-	-	-	6
ZE-2021-67.06 - Einsetzen von Coils, peripher, Einsetzen von 6 endovaskulären Coils	2'920.50	3	-	-	-	-	-	-	3
ZE-2021-67.07 - Einsetzen von Coils, peripher, Einsetzen von 7 endovaskulären Coils	1'135.75	-	1	-	-	-	-	-	1
ZE-2021-67.09 - Einsetzen von Coils, peripher, Einsetzen von 9 endovaskulären Coils	2'920.50	1	1	-	-	-	-	-	2
ZE-2021-67.10 - Einsetzen von Coils, peripher, Einsetzen von 10 endovaskulären Coils	1'622.50	1	-	-	-	-	-	-	1

Zusatzentgelt/ Bezeichnung	Betrag CHF	KV	UV	MV	IV	SZ	Andere	Unbekannt	Total
ZE-2021-67.11 - Einsetzen von Coils, peripher, Einsetzen von 11 endovaskulären Coils	1'784.75	1	-	-	-	-	-	-	1
ZE-2021-68.22 - Blutgerinnungsfaktor XIII, intravenös, 2000 U bis unter 3000 U	3'387.40	2	-	-	-	-	-	-	2
ZE-2021-72.01 - Implantation einer intravasalen, axialen Pumpe zur Kreislaufunterstützung	12'172.25	1	-	-	-	-	-	-	1
ZE-2021-86.18 - Pegfilgrastim, subkutan, 3 mg bis unter 9 mg	751.05	-	-	-	-	1	-	-	1
ZE-2021-89.49 - Lenalidomid, oral, 15 mg bis unter 25 mg	518.86	1	-	-	-	-	-	-	1
ZE-2021-89.50 - Lenalidomid, oral, 25 mg bis unter 35 mg	1'556.58	2	-	-	-	-	-	-	2
ZE-2021-89.55 - Lenalidomid, oral, 125 mg bis unter 155 mg	4'008.24	2	-	-	-	-	-	-	2
ZE-2021-89.63 - Lenalidomid, oral, 545 mg bis unter 665 mg	7'256.93	1	-	-	-	-	-	-	1
ZE-2021-94.01 - Azacitidin, subkutan / intravenös, 225 mg bis unter 300 mg	603.37	1	-	-	-	-	-	-	1
ZE-2021-94.04 - Azacitidin, subkutan / intravenös, 450 mg bis unter 600 mg	2'413.48	2	-	-	-	-	-	-	2
ZE-2021-94.05 - Azacitidin, subkutan / intravenös, 600 mg bis unter 750 mg	3'103.06	2	-	-	-	-	-	-	2
ZE-2021-94.07 - Azacitidin, subkutan / intravenös, 900 mg bis unter 1200 mg	4'826.98	2	-	-	-	-	-	-	2
ZE-2021-95.06 - Trabectedin, intravenös, 1.5 mg bis unter 1.75 mg	3'308.41	1	-	-	-	-	-	-	1
ZE-2021-95.08 - Trabectedin, intravenös, 2 mg bis unter 2.25 mg	4'326.39	1	-	-	-	-	-	-	1
ZE-2021-98.30 - Terlipressin, intravenös / endotracheopulmonal, 10 mg bis unter 20 mg	0.00	3	-	-	-	-	-	-	3
ZE-2021-98.31 - Terlipressin, intravenös / endotracheopulmonal, 20 mg bis unter 30 mg	0.00	2	-	-	-	-	-	-	2
ZE-2021-98.32 - Terlipressin, intravenös / endotracheopulmonal, 30 mg bis unter 40 mg	0.00	2	-	-	-	-	-	-	2
ZE-2021-98.33 - Terlipressin, intravenös / endotracheopulmonal, 40 mg bis unter 50 mg	0.00	2	-	-	-	-	-	-	2

Zusatzentgelt/ Bezeichnung	Betrag CHF	KV	UV	MV	IV	SZ	Andere	Unbekannt	Total
ZE-2021-98.34 - Terlipressin, intravenös / endotracheopulmonal, 50 mg bis unter 60 mg	0.00	3	-	-	-	-	-	-	3
<b>Total Zusatzentgelte</b> Version 9.0	<b>1'520'419.71</b>	<b>1'181</b>	<b>5</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>2</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>1'119</b>

### **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	15	0.07%
902	4	0.02%
960	9	0.04%
961	0	0.0%
962	0	0.0%
963	0	0.0%
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>0.13%</b>

### **A2.6 Prozentsatz der Langlieger ohne Nebendiagnose und Prozedur**

	Anzahl	Prozentsatz
Langlieger in der Grundgesamtheit	1'542	7.2%
Langlieger <b>ohne</b> Nebendiagnose und ohne Prozedur	0	0.0%

### **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	6'542	30.4%

	Anzahl	Prozentsatz
Fälle mit über 5 Tagen Aufenthaltsdauer und R-Hauptdiagnosekode in der Grundgesamtheit	142	0.7%

# 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 Intervallschätzungen 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 Revisionsystem 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  $\sigma_e$  Fehlern vom Vorjahr.

Die Stichprobengrösse wird dann wie folgt definiert:

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

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

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

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](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](https://ec.europa.eu/regional_policy/sources/docgener/informat/2014/guidance_sampling_method_en.pdf)) nachvollzogen werden.

### Berechnung der Stichprobengrösse

Populationsgrösse (vom Revisionszeitraum Grundgesamtheit)	21'543
Vertrauensniveau für die (hohe) Gewissheit	0.842
Gesamtausgaben = Total expenditure (CaseMix des Revisionszeitraums)	22'151.16
% tolerierbarer Fehler (analog Reglement SwissDRG -3 Fälle bei Stichprobengrösse 100)	3.0%
Standardabweichung von letzter Revision	0.029
Vertrauensniveau vom Reglement (95% Warscheinlichkeit=1.96)	1.960
Differenz zwischen CMI vom Reglement	0.02
<b>Stichprobengrösse</b>	<b>kleiner 100</b>

### Vorgaben Revisionsreglement

Für Einrichtungen mit  $\geq 1000$  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 Stichproben-grösse  $< 20$ , so wird eine Stichprobe von minimal 20 Fällen verwendet.

Wenn in der letzten Kodierrevision nicht mehr als drei Kostengewichte korrigiert wurden, wird die Stichprobengrösse für Einrichtungen mit  $\geq 1000$  Fällen pro Jahr für die nächste Revision auf 100 Fälle festgelegt und für Einrichtungen mit  $< 1000$  Fällen pro Jahr auf 20 Fälle.

### Angewendete Stichprobengrösse

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

# Allgemeine Auftragsbedingungen für Prüfungsdienstleistungen

## 1. Prüfungsauftrag und Geltungsbereich

1.1. Diese Allgemeinen Auftragsbedingungen („AAB“) bilden einen integralen Bestandteil der zwischen dem Auftraggeber und der PricewaterhouseCoopers AG, Schweiz, („PwC“) vereinbarten Auftragsbestätigung über die Erbringung von Prüfungsdienstleistungen.

- a. Bei gesetzlich vorgeschriebenen Prüfungsdienstleistungen konkretisieren die Auftragsbestätigung und die AAB den gesetzlichen Prüfungsauftrag.
- b. Bei gesetzlich nicht vorgeschriebenen Prüfungsdienstleistungen begründen die Auftragsbestätigung und die AAB den entsprechenden vertraglichen Prüfungsauftrag.

1.2. Der Inhalt dieser AAB gilt, soweit nicht ausdrücklich eine Abweichung davon in der Auftragsbestätigung schriftlich vereinbart ist. Änderungen des Prüfungsauftrags bedürfen der schriftlichen, rechtsgültig unterzeichneten Zustimmung der Parteien.

1.3. Die Abtretung einer Forderung aus dem Prüfungsauftrag oder ein Parteiwechsel bedürfen der vorgängigen schriftlichen Zustimmung der jeweils anderen Partei.

## 2. Prüfungsdienstleistungen von PwC

2.1. Gegenstand des Prüfungsauftrags sind die in der Auftragsbestätigung aufgeführten Prüfungsdienstleistungen.

2.2. Der Auftraggeber ist für die Erstellung des Prüfungsgegenstands (Abschluss, Zwischenabschluss, etc.) verantwortlich. Die Aufgabe von PwC besteht darin, den Prüfungsgegenstand zu prüfen und über die Durchführung und das Ergebnis Bericht zu erstatten. Aufgrund der inhärenten Grenzen von Prüfungsdienstleistungen (z.B. dem Vorgehen auf der Basis von Stichproben) und jedes internen Kontrollsystems besteht ein nicht vermeidbares Risiko, dass wesentliche falsche Angaben im Prüfungsgegenstand möglicherweise unaufgedeckt bleiben. Verantwortlich für die Verhinderung und Aufdeckung von Fehlern im Prüfungsgegenstand ist das oberste Leitungsorgan des Auftraggebers.

2.3. Prüfungsdienstleistungen beinhalten keine gezielte Suche nach Unregelmässigkeiten und Verstössen gegen gesetzliche oder andere Vorschriften (z.B. Statuten, Organisationsreglemente, Sozialversicherungs-, Steuer-, Geldwäscherei- und Umweltgesetze), sofern sie nicht ausdrücklich Gegenstand der Prüfungsdienstleistungen gemäss Prüfungsauftrag ist.

## 3. Mitwirkung des Auftraggebers

3.1. Der Auftraggeber stellt sicher, dass PwC sämtliche für die Prüfungsdienstleistungen notwendigen Unterlagen und Auskünfte rechtzeitig erhält. Vor Abgabe des Berichts übergibt der Auftraggeber PwC ein unterzeichnetes Exemplar des Prüfungsgegenstands und eine unterzeichnete Vollständigkeitsklärung.

3.2. Der Auftraggeber stellt PwC Kopien der Dokumente zu, welche er von einer Aufsichtsbehörde oder Börse erhält oder dieser zustellt und die für die Prüfungsdienstleistung von Bedeutung sein können.

## 4. Arbeitsergebnisse und Berichterstattung

4.1. Die Arbeitsergebnisse richten sich nach der Auftragsbestätigung und den anwendbaren Prüfungsstandards sowie – bei gesetzlich vorgeschriebenen Prüfungsdienstleistungen – dem Gesetz. Aufgrund von Prüfungsfeststellungen kann der Prüfungsbericht vom voraussichtlichen Inhalt oder dem Standardwortlaut abweichen.

4.2. Entwürfe oder mündliche Auskünfte von PwC sind nicht verbindlich, da sie erheblich von definitiven Arbeitsergebnissen abweichen können. PwC lehnt jede Verantwortung für Schäden ab, die dem Auftraggeber oder Dritten infolge Vertrauens auf Entwürfe oder mündliche Auskünfte entstehen.

4.3. Sämtliche schriftlichen Arbeitsergebnisse, die für den Auftraggeber erstellt, ihm ausgehändigt und von ihm bezahlt wurden, gehören dem Auftraggeber zur vereinbarten Verwendung. Die damit verbundenen Immaterialgüterrechte (inklusive Know-how) verbleiben bei PwC.

4.4. Vertragliche Abmachungen zwischen dem Auftraggeber und einem Dritten (z.B. einer Bank) über eine direkte Berichterstattung durch PwC an den Dritten sind für PwC nur verbindlich, falls PwC dazu ihre Zustimmung ausdrücklich erteilt hat.

4.5. Sollte der Auftraggeber Berichte von PwC reproduzieren oder vervielfältigen (gedruckt oder elektronisch), ist der gesamte Prüfungsgegenstand ebenfalls wiederzugeben. Der Auftraggeber gewährt PwC vor Reproduktion oder Vervielfältigung Einblick in einen Entwurf und holt die Zustimmung von PwC zur Reproduktion oder Vervielfältigung ein.

4.6. Arbeitsergebnisse von PwC sind ausschliesslich für deren Adressaten bestimmt. Die Prüfungsdienstleistungen werden von PwC für den in der Auftragsbestätigung genannten Zweck und Empfängerkreis geplant und durchgeführt. Arbeitsergebnisse von PwC dürfen ohne vorgängige schriftliche Zustimmung von PwC nicht für einen anderen Zweck verwendet, an Dritte weitergegeben oder diesen zugänglich gemacht oder verändert werden.

4.7. Für eine Wiedergabe von Berichten von PwC oder eine Referenzierung darauf in Emissions- oder Kotierungsprospekten, in Prospekten oder Berichten zu einem öffentlichen Übernahmeangebot oder in ähnlichen Dokumenten bedarf es der vorgängigen Zustimmung durch PwC. Hinsichtlich der Informationen in Dokumenten, die den Prüfungsgegenstand und den Bericht enthalten, richtet sich PwC nach den einschlägigen Prüfungsstandards. Diese sehen keine Prüfung solcher Informationen vor.

4.8. Unabhängig von einer allfälligen Zustimmung haftet PwC nicht für Schäden, welche infolge Verwendung der Arbeitsergebnisse für andere Zwecke oder durch Dritte, beziehungsweise durch Veränderung der Arbeitsergebnisse, entstehen. Der Auftraggeber ersetzt PwC den Schaden, der ihr aufgrund der Geltendmachung von Ansprüchen Dritter im Zusammenhang mit dem Prüfungsauftrag entsteht.

## 5. Beizug von Dritten durch PwC

5.1. PwC ist Mitglied des globalen Netzwerks von PricewaterhouseCoopers, das aus rechtlich selbständigen und voneinander unabhängigen Gesellschaften besteht. Für die Auftrags Erfüllung sowie für regulatorische und administrative Zwecke kann PwC Gesellschaften aus dem PwC-Netzwerk oder andere Dritte als Subakkordanten beiziehen.

5.2. Der Prüfungsauftrag besteht jedoch nur zwischen PwC und dem Auftraggeber. PwC ist gegenüber dem Auftraggeber alleine für die Erbringung der Prüfungsdienstleistungen sowie den Schutz der an die Subakkordanten übertragenen Informationen und Daten verantwortlich.

5.3. Der Auftraggeber und seine mit ihm verbundenen Unternehmen haben, soweit gesetzlich zulässig, keine direkten Ansprüche gegen die von PwC beigezogenen PwC-Netzwerkgesellschaften und deren Partner und Mitarbeitende. Andere PwC-Netzwerkgesellschaften, deren Partner und Mitarbeitende haben ein eigenes Recht, sich auf diese Bestimmung zu berufen, wie wenn sie selbst Partei des Prüfungsauftrags wären.

## 6. Geheimhaltung und Datenschutz

6.1. Vorbehaltlich der nachfolgenden Bestimmungen behandeln die Parteien diesen Prüfungsauftrag sowie alle Informationen und Daten, von denen sie aufgrund des Prüfungsauftrags Kenntnis erhalten, während und nach Beendigung des Prüfungsauftrags vertraulich. Beide Parteien halten die Bestimmungen der anwendbaren Datenschutzgesetzgebungen jederzeit ein.

6.2. Ausgenommen sind Informationen, die aufgrund einer schriftlichen Einwilligung der berechtigten Partei offen gelegt werden dürfen, die öffentlich zugänglich sind, oder die einer Partei unabhängig vom Prüfungsauftrag bekannt sind.

6.3. Die Parteien dürfen Informationen und Daten offen legen aufgrund:

- a. gesetzlicher oder regulatorischer Vorschriften,
- b. eines gerichtlichen oder behördlichen Entscheids,
- c. von Verpflichtungen gegenüber Aufsichtsbehörden und Organisationen des Berufsstands sowie
- d. zur Wahrung ihrer Interessen gegenüber ihren Versicherern und Rechtsberatern.

## Allgemeine Auftragsbedingungen für Prüfungsdienstleistungen

6.4. PwC darf innerhalb des PwC-Netzwerks Informationen und Daten zu folgenden Zwecken offen legen:

- a. Qualitätskontrolle, Risikomanagement und Verfahren zur Annahme von Kunden und Aufträgen wie z.B. Abklärung von Interessenskonflikten und Durchführung von Sorgfaltspflichten (Bekämpfung von Geldwäscherei und Terrorismus, Embargos, Sanktionen etc.),
- b. Berichterstattung, und
- c. Customer Relationship Management beschränkt auf folgende Daten: Name und Adresse des Auftraggebers, Kontaktpersonen, Beschreibung der Dienstleistungen, Honorarhöhe und dergleichen.

6.5. PwC darf Informationen und Daten im Rahmen der Auftragsbefreiung im In- und Ausland weitergeben:

- a. an Subakkordanten, die einer gesetzlichen oder vertraglichen Geheimhaltungspflicht unterliegen, z.B. zur Aufbewahrung oder für den Druck, die Vervielfältigung und den Versand von Berichten oder anderen Arbeitsergebnissen von PwC;
- b. an den Konzernprüfer, falls der Auftraggeber PwC mit der Prüfung oder prüferischen Durchsicht von Konsolidierungsunterlagen beauftragt. Diesfalls richtet sich PwC nach den Instruktionen des Konzernprüfers; und
- c. an Teilbereichsprüfer, falls der Auftraggeber PwC mit der Prüfung oder prüferischen Durchsicht der Konzernrechnung beauftragt.

6.6. Der Auftraggeber ist damit einverstanden, dass PwC oder in den Fällen gemäss Ziff. 6.4. und 6.5. von PwC beigezogene Dritte (Ziff. 5), Informationen und Daten des Auftraggebers und/oder seiner Mitarbeitenden (Finanzinformationen und Personendaten) im In- und Ausland im Sinne von Art. 3 Bst. e des Bundesgesetzes über den Datenschutz (DSG) bearbeiten und entbindet PwC, soweit anwendbar, von ihrer gesetzlichen Geheimhaltungspflicht als Revisionsstelle. PwC trifft angemessene Vorkehrungen bezüglich Geheimhaltung und Datenschutz.

6.7. PwC darf Informationen und Daten im In- und Ausland für Analysen und Leistungsvergleiche in anonymer Form (Benchmarking) verwenden.

### 7. Honorar, Spesen und sonstige Auslagen

7.1. PwC rechnet das Honorar gemäss Auftragsbestätigung ab.

7.2. Sind Tageshonorarsätze vereinbart, basieren diese auf acht Arbeitsstunden. Überstunden werden zusätzlich in Rechnung gestellt. Reisezeit gilt als Arbeitszeit.

7.3. Ist in der Auftragsbestätigung ein Pauschal- oder Festhonorar vereinbart worden, erfordern es die Standes- und Berufsregeln von EXPERTsuisse, dass bei Eintritt von für PwC nicht vorhersehbaren Umständen im Umfang oder in der Abwicklung des Mandats, die zu einer Erhöhung des Prüfungsaufwands führen, das Honorar angepasst wird.

7.4. Spesen (z.B. Reise- und Übernachtungskosten, Vergütungen für Mahlzeiten) und sonstige im Zusammenhang mit der Erbringung von Prüfungsdienstleistungen anfallende Auslagen sind im Honorar nicht inbegriffen und werden dem Auftraggeber zu den effektiven Kosten oder zu branchenüblichen Ansätzen als Auslagenpauschale in Rechnung gestellt.

7.5. Honorare, Spesen und sonstige Auslagen verstehen sich exklusive Mehrwertsteuer, anderer Steuern und Abgaben.

### 8. Rechnungsstellung und Zahlungsbedingungen

8.1. Die von PwC gestellten Rechnungen sind vom Auftraggeber innert zehn Tagen nach Erhalt zu beanstanden, andernfalls sie als genehmigt gelten.

8.2. Falls von den Parteien nicht anders vereinbart gilt eine Zahlungsfrist von dreissig Tagen ab Rechnungsdatum.

8.3. Die Parteien können die Verrechnung nur für unbestrittene oder rechtskräftige Forderungen geltend machen.

### 9. Haftung

9.1. PwC erbringt die vereinbarten Prüfungsdienstleistungen mit der nötigen Sorgfalt. PwC haftet bei gesetzlich vorgeschriebenen Prüfungsdienstleistungen als Organ gemäss den anwendbaren Vorschriften. Ansonsten haftet PwC bei Vertragsverletzungen durch PwC nur für den nachgewiesenen unmittelbaren Schaden des Auftraggebers, den sie absichtlich oder grobfahrlässig verursacht hat, und ist jede weitere Haftung aus Vertrag oder aus einem anderen Rechtsgrund ausdrücklich ausgeschlossen.

### 10. Elektronische Kommunikation und Einsatz elektronischer Zusammenarbeitsplattformen

10.1. Während der Dauer des Prüfungsauftrags sind die Parteien berechtigt, auf elektronischem Wege zu kommunizieren und Daten zu transferieren.

10.2. Jede Partei ist für ihre elektronische Kommunikation selbst verantwortlich und trifft angemessene, dem aktuellen technischen Stand entsprechende Vorkehrungen für eine sichere und fehlerfreie Kommunikation. Sofern besondere Sicherheitsvorkehrungen gelten sollen (z.B. Passwortschutz, Verschlüsselung), sind diese in der Auftragsbestätigung ausdrücklich festzuhalten.

10.3. Sofern die Parteien in der Auftragsbestätigung den Einsatz einer elektronischen Zusammenarbeitsplattform vereinbaren, darf jeder berechtigte Nutzer (einschliesslich Nutzer im Ausland) des Kunden und von PwC gemäss seinen jeweiligen Benutzerrechten Informationen und Daten auf dieser Plattform im Sinne von Art. 3 DSG bearbeiten, insbesondere Daten und Information auf diese Plattform hochladen und davon herunterladen und darauf zugreifen sowie die Daten und Informationen auf dieser Plattform einsehen, editieren, unterhalten, löschen und speichern. Für die Zuteilung der Benutzer und Benutzerrechte von PwC sowie für die Verwaltung der Benutzer und der Benutzerrechte des Kunden und von PwC sowie für den Unterhalt der Plattform sowie des entsprechenden Servers ist PwC verantwortlich, und PwC trifft angemessene Vorkehrungen bezüglich Geheimhaltung und Datenschutz der auf der Plattform gespeicherten Informationen und Daten. Der Kunde ist für die Zuteilung seiner Benutzer und Benutzerrechte verantwortlich sowie dafür, diesbezügliche Änderungen PwC mitzuteilen. Die Instruktion für den Gebrauch der elektronischen Zusammenarbeitsplattform erfolgt durch PwC.

10.4. Soweit gesetzlich zulässig, lehnen beide Parteien jegliche Haftung für Schäden ab, die im Zusammenhang mit elektronischer Kommunikation und dem Einsatz elektronischer Zusammenarbeitsplattformen entstehen.

### 11. Beendigung des Prüfungsauftrags

11.1. PwC darf zur Einhaltung ihrer gesetzlichen und regulatorischen Aufbewahrungspflichten eine Kopie derjenigen Unterlagen behalten, auf denen ihre Prüfungsdienstleistungen basieren. Der Auftraggeber hat keinen Anspruch auf die Herausgabe von Arbeitspapieren von PwC. Diese verbleiben im Eigentum von PwC.

11.2. Unter Vorbehalt von Ziff. 11.1. sind die Parteien verpflichtet, nach Beendigung dieses Prüfungsauftrags auf schriftliche Anforderung der jeweils anderen Partei alle von dieser Partei erhaltenen schriftlichen und/oder auf andere Weise aufgezeichneten Informationen, einschliesslich sämtlicher angefertigter Kopien, unverzüglich an die anfordernde Partei auszuhändigen oder zu vernichten. Die vollständige Rückgabe oder Vernichtung aller diesbezüglichen Informationen ist der anfordernden Partei schriftlich zu bestätigen. Jede Partei trägt ihre durch die Rückgabeverpflichtung entstandenen Kosten selbst.

11.3. Bei einer vorzeitigen Beendigung des Prüfungsauftrags zahlt der Auftraggeber PwC das vereinbarte Honorar für bereits erbrachte Prüfungsdienstleistungen sowie angefallene Spesen und sonstige Auslagen gemäss Ziff. 7.

### 12. Anwendbares Recht und Gerichtsstand

12.1. Auf den Prüfungsauftrag ist ausschliesslich schweizerisches Recht anwendbar.

12.2. Ausschliesslicher Gerichtsstand für sämtliche Streitigkeiten aus dem Prüfungsauftrag ist Zürich, soweit nicht ein anderes Gericht aufgrund zwingender gesetzlicher Vorschriften ausschliesslich zuständig ist.