

Spitalregion Rheintal-Werdenberg- Sarganserland

Schlussbericht über die Kodierrevision Daten 2015

Inhaltsverzeichnis

1. EINLEITUNG	4
1.1. REVISIONSERGEBNISSE IM ÜBERBLICK.....	4
1.2. STATISTISCHE KENNZAHLEN IM ÜBERBLICK.....	4
1.3. KENNZAHLENVERGLEICH GRUNDGESAMTHEIT UND STICHPROBE	4
2. LEISTUNGSÜBERSICHT DES SPITALS IN DER BERICHTSPERIODE	5
2.1 ANZAHL DER STATIONÄR BEHANDELTEN FÄLLE GESAMTE INSTITUTION.....	5
2.2 SWISSDRG-FÄLLE	6
2.2.1 Nach Herkunftskanton und Versicherungsart.....	6
2.2.2 Nach Ausreisserkategorie und Versicherungsart	6
2.2.3 Nach Ausreisserkategorie und Herkunftskanton	7
2.3 CMI	8
2.3.1 Nach Ausreisserkategorie und Versicherungsart	8
2.3.2 Nach Ausreisserkategorie und Herkunftskanton	8
2.4 ANZAHL ZUSATZENTGELTE	9
3. DURCHFÜHRUNG DER REVISION	11
3.1 BERICHTSPERIODE	11
3.2 GÜLTIGE VERSIONEN	11
3.3 BERECHNUNG UND ZIEHUNG DER STICHPROBE	11
3.4 BESCHREIBUNG DER ZEITLICHEN ABFOLGE DER REVISION	11
3.5. QUALIFIKATION DER REVISORINNEN.....	12
3.6 UNABHÄNGIGKEIT DER REVISORINNEN.....	12
3.7 BEMERKUNGEN	12
4. FESTSTELLUNGEN	13
4.1 GENERELLE FESTSTELLUNG.....	13
4.2 PATIENTENDOSSIERE	13
4.2.1 Vollständigkeit der Dossiers	13
4.2.2 Qualität der Dossierführung.....	14
4.3 ADMINISTRATIVE FALLDATEN.....	15
4.4 DIAGNOSEN UND BEHANDLUNGEN	16
4.4.1 Festgestellte Beanstandungen	16
4.4.2 Anzahl der Kodierfehler nach Art Fehlertyp.....	20
4.4.3 Anzahl und Aufschlüsselung der falsch kodierten Codes mit Stellenangabe.....	21
4.4.4 Prozentsatz der Kodierfehler nach Fehlertyp	21
4.4.5 Prozentsatz der Kodierfehler der falsch kodierten Codes mit Stellenangabe	21
4.4.6 Anzahl und Prozentsatz unspezifischer Codes an der Spitalkodierung	22
4.4.7 Zuweisung der Hauptdiagnose	22
4.4.8 Zuweisung der Zusatzdiagnose.....	22
4.4.9 Zuweisung der Hauptbehandlung.....	23
4.5 LATERALITÄT DER DIAGNOSEN UND PROZEDUREN.....	24
4.5.1 Lateralität der Diagnosen.....	24
4.5.2 Lateralität der Prozeduren	24
4.6 AMBULANTE BEHANDLUNG AUSWÄRTS.....	24
4.7 ABGRENZUNG INTENSIVMEDIZIN/INTERMEDIATE CARE UNIT	24
4.8 BASISDATEN INTENSIVMEDIZIN.....	25
4.8.1 Künstliche Beatmung.....	25
4.8.2 NEMS.....	25
4.8.3 Schweregrad.....	25
4.9 ZUSATZENTGELTE.....	26
4.10 MEDIKAMENTE UND SUBSTANZEN	26
4.11 DRG WECHSEL.....	27
4.11.1 Anzahl und Prozentsatz der SwissDRG-Änderungen	27
4.11.2 Differenzen mit/ohne Vorlage an das BfS	27
4.12 CMI	28

4.13	SCHÄTZUNG DES CMI DES SPITALS VOR UND NACH REVISION.....	28
4.14	GESCHÄTZTE STANDARDABWEICHUNG DER KOSTENGEWICHTSDIFFERENZEN UND DES ANTEILS DER KOSTENGEWICHTSDIFFERENZEN, WELCHE UNGLEICH NULL SIND	28
4.15	FALLKOMBINATIONSFEHLER.....	29
4.15.1	Beanstandungen.....	29
4.15.2	Abweichung Kostengewicht.....	29
4.16	KONGRUENZ DER RECHNUNGSSTELLUNG	29
4.16.1	Feststellungen	29
4.16.2	Abweichung Kostengewicht.....	29
4.17	VERGLEICH GRUNDGESAMTHEIT UND STICHPROBE	30
4.17.1	Anzahl Nebendiagnosen/Patient	30
4.17.2	Anzahl Behandlungen/Patient	30
4.17.3	Anzahl DRG Fallgruppen.....	30
4.17.4	Anzahl Fälle mit Zusatzentgelt.....	30
4.17.5	Anzahl maschineller Beatmungen	30
4.17.6	Anzahl Fälle mit IPS-Behandlung.....	30
4.18	VERGLEICH MIT FRÜHEREN REVISIONEN.....	31
6.	EMPFEHLUNGEN.....	32
6.1.	EMPFEHLUNGEN FÜR DIE VERBESSERUNG DER KODIERUNG IM SPITAL	32
6.2.	EMPFEHLUNGEN FÜR DIE WEITERENTWICKLUNG VON SWISSDRG.....	32
6.3.	WEITERE HINWEISE DES REVISORS	32
7.	ANMERKUNGEN SPITALDIREKTION	33
8.	ANHANG	34
1.2.	VERPFLICHTUNGSERKLÄRUNG.....	34
1.3.	VOLLSTÄNDIGKEITSERKLÄRUNG	35
2.	GLOSSAR	36

1. Einleitung

1.1. Revisionsergebnisse im Überblick

Kennzahl	Wert	Anteil
CMI des Spitals vor Revision	0.826350	
Geschätzter CMI des Spitals nach Revision	0.826911	
Statistische Signifikanz der Abweichung des CMI des Spitals vor und nach Revision	Nein	
Geschätzte Differenz des CMI des Spitals vor und nach Revision	0.000561	0.1%
Revidierte Fälle mit DRG Wechsel	4	4.0%
Richtige Hauptdiagnosen	85	85.9%
Richtiger Zusatz zur Hauptdiagnose	9	81.8%
Richtige Nebendiagnosen	283	66.7%
Richtige Hauptbehandlung	53	73.6%
Richtige Nebenbehandlung	78	67.2%
Richtige Basisdaten Intensivmedizin	-	-
Richtige Zusatzentgelte	1 von 1	100.0%
Richtige Medikamente und Substanzen	-	-
Beanstandete Fallkombinationsfehler	0 von 6	0.0%
Beanstandete Rechnungslegungen	0	0.0%

1.2 Statistische Kennzahlen im Überblick

Stichprobengrösse	100	
Anzahl fehlender Krankengeschichten	0	0.0%

1.3 Kennzahlenvergleich Grundgesamtheit und Stichprobe

	Grundgesamtheit	Stichprobe
Anzahl Fälle mit Zusatzentgelt	122	1
Anzahl erfasster Beatmungen	9	0
Anzahl Fälle mit IPS-Aufenthalt	6	0
CMI	0.825737	0.826350

2. Leistungsübersicht des Spitals in der Berichtsperiode

2.1 Anzahl der stationär behandelten Fälle gesamte Institution

	KV	UV	MV	IV	SZ	Andere	Total
Akutsomatik (SwissDRG-Fälle)	14'589	1'022	50	40	69	15	15'785
Psychiatrie							
Rehabilitation							
Wartepatienten und andere nicht mit SwissDRG abgerechnete Fälle							
Total	14'589	1'022	50	40	69	15	15'785

2.2 SwissDRG-Fälle

2.2.1 Nach Herkunftskanton und Versicherungsart

	KV	UV	MV	IV	SZ	Andere	Total
SG	12'123	818	31	28	26	12	13'038
AG	29	6	1	0	0	0	36
AI	4	3	0	0	0	0	7
AR	34	4	1	1	0	0	40
BE	16	2	1	0	0	0	19
BL	10	2	0	0	0	0	12
BS	8	1	1	0	0	0	10
FR	2	0	0	0	0	0	2
GL	71	6	0	0	0	0	77
GR	122	16	1	3	1	0	143
JU	1	0	0	0	0	0	1
LU	11	5	2	0	0	0	18
NE	1	0	1	0	0	0	2
NW	0	1	0	0	0	0	1
SH	10	0	0	0	0	0	10
SO	9	0	1	0	0	0	10
SZ	21	9	1	0	0	0	31
TG	24	11	3	0	0	0	38
TI	7	0	0	0	0	0	7
UR	1	0	0	0	0	0	1
VD	0	1	1	0	0	2	4
VS	2	1	0	0	0	0	3
ZG	3	0	0	0	0	0	3
ZH	114	29	4	1	1	0	149
Sonstige	1'966	107	1	7	41	1	2'123
Total	14'589	1'022	50	40	69	15	15'785

2.2.2 Nach Ausreisserkategorie und Versicherungsart

	Normalfälle				Untere Ausreisser		Obere Ausreisser		Unbewertete DRG		Total
	Ohne Abschlag		Mit Abschlag								
KV	11'485	78.7%	457	3.1%	2'228	15.3%	413	2.8%	6	0.0%	14'589
UV	695	68.0%	26	2.5%	287	28.1%	14	1.4%	0	0.0%	1'022
MV	32	64.0%	2	4.0%	16	32.0%	0	0.0%	0	0.0%	50
IV	40	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	40
SZ	42	60.9%	3	4.3%	24	34.8%	0	0.0%	0	0.0%	69
Andere	11	73.3%	0	0.0%	3	20.0%	1	6.7%	0	0.0%	15
Total	12'305	78.0%	488	3.1%	2'558	16.2%	428	2.7%	6	0.0%	15'785

2.2.3 Nach Ausreisserkategorie und Herkunftskanton

	Normalfälle				Untere Ausreisser		Obere Ausreisser		Unbewertete DRG		Total
	Ohne Abschlag		Mit Abschlag								
SG	10'245	78.6%	393	3.0%	2'031	15.6%	364	2.8%	5	0.0%	13'038
AG	20	55.6%	3	8.3%	13	36.1%	0	0.0%	0	0.0%	36
AI	5	71.4%	1	14.3%	1	14.3%	0	0.0%	0	0.0%	7
AR	24	60.0%	3	7.5%	11	27.5%	2	5.0%	0	0.0%	40
BE	13	68.4%	0	0.0%	6	31.6%	0	0.0%	0	0.0%	19
BL	8	66.7%	0	0.0%	4	33.3%	0	0.0%	0	0.0%	12
BS	6	60.0%	1	10.0%	3	30.0%	0	0.0%	0	0.0%	10
FR	1	50.0%	0	0.0%	1	50.0%	0	0.0%	0	0.0%	2
GL	61	79.2%	1	1.3%	14	18.2%	1	1.3%	0	0.0%	77
GR	96	67.1%	8	5.6%	37	25.9%	2	1.4%	0	0.0%	143
JU	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1
LU	9	50.0%	1	5.6%	7	38.9%	1	5.6%	0	0.0%	18
NE	2	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2
NW	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1
SH	8	80.0%	0	0.0%	2	20.0%	0	0.0%	0	0.0%	10
SO	7	70.0%	0	0.0%	3	30.0%	0	0.0%	0	0.0%	10
SZ	20	64.5%	3	9.7%	8	25.8%	0	0.0%	0	0.0%	31
TG	20	52.6%	2	5.3%	16	42.1%	0	0.0%	0	0.0%	38
TI	4	57.1%	0	0.0%	1	14.3%	2	28.6%	0	0.0%	7
UR	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1
VD	4	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	4
VS	2	66.7%	1	33.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	3
ZG	0	0.0%	0	0.0%	3	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	3
ZH	89	59.7%	10	6.7%	46	30.9%	4	2.7%	0	0.0%	149
Sonstige	1'658	78.1%	61	2.9%	351	16.5%	52	2.4%	1	0.0%	2'123
Total	12'305	78.0%	488	3.1%	2'558	16.2%	428	2.7%	6	0.0%	15'785

2.3 CMI

2.3.1 Nach Ausreisserkategorie und Versicherungsart

	Normalfälle		Untere Ausreisser	Obere Ausreisser	Total
	Ohne Abschlag	Mit Abschlag			
KV	0.891487	0.700165	0.425765	1.550540	0.833003
UV	0.852177	0.476650	0.428324	1.231714	0.728795
MV	0.656375	0.692100	0.334250	0	0.554724
IV	1.400075	0	0	0	1.400075
SZ	0.804643	0.653500	0.365500	0	0.645326
Andere	0.564636	0	0.317000	1.359000	0.568067
Total	0.889720	0.687936	0.424787	1.539664	0.825737

2.3.2 Nach Ausreisserkategorie und Herkunftskanton

	Normalfälle		Untere Ausreisser	Obere Ausreisser	Total
	Ohne Abschlag	Mit Abschlag			
SG	0.899106	0.691895	0.430890	1.550824	0.838096
AG	0.952550	0.348300	0.321769	0	0.674414
AI	0.864000	1.657000	0.254000	0	0.890143
AR	0.768583	1.262167	0.512727	0.913500	0.742488
BE	0.796462	0	0.285500	0	0.635105
BL	0.785250	0	0.262250	0	0.610917
BS	0.583667	0.359500	0.315333	0	0.480750
FR	0.640000	0	0.267000	0	0.453500
GL	0.776049	0.283800	0.493357	0.599000	0.715958
GR	0.989531	0.392700	0.458486	0.856000	0.816871
JU	0.545000	0	0	0	0.545000
LU	0.767667	0.274500	0.367000	1.156000	0.606028
NE	0.960000	0	0	0	0.960000
NW	1.114000	0	0	0	1.114000
SH	0.819875	0	0.348500	0	0.725600
SO	0.635000	0	0.394667	0	0.562900
SZ	0.845550	0.625633	0.747625	0	0.798997
TG	1.113800	0.807300	0.330688	0	0.767937
TI	0.799000	0	0.329000	1.829500	1.026286
UR	0.733000	0	0	0	0.733000
VD	0.618000	0	0	0	0.618000
VS	1.637000	0.278000	0	0	1.184000
ZG	0	0	0.302333	0	0.302333
ZH	0.799764	0.579720	0.362261	1.113500	0.658350
Sonstige	0.838480	0.716123	0.398638	1.559019	0.779865
Total	0.889720	0.687936	0.424787	1.539664	0.825737

2.4 Anzahl Zusatzentgelte

Zusatz-entgelt	Bezeichnung	Betrag							Andere	Total
			KV	UV	MV	IV	SZ			
ZE-2015-01	Hämodialyse, Hämofiltration, Hämodiafiltration, intermittierend	102'873.40	197	0	0	0	0	0	0	197
ZE-2015-02.01	Hämodialyse, Hämofiltration, Hämodiafiltration, kontinuierlich, bis 24 Stunden	2'574.75	3	0	0	0	0	0	0	3
ZE-2015-02.02	Hämodialyse, Hämofiltration, Hämodiafiltration, kontinuierlich, 24 bis 72 Stunden	2'296.75	1	0	0	0	0	0	0	1
ZE-2015-03.01	Peritonealdialyse, kontinuierlich bis 24 Stunden	467.75	1	0	0	0	0	0	0	1
ZE-2015-03.05	Peritonealdialyse, kontinuierlich, 264 bis 432 Stunden	7'523.75	1	0	0	0	0	0	0	1
ZE-2015-07.03	Pemetrexed, parenteral, 800 bis unter 900 mg	10'053.20	4	0	0	0	0	0	0	4
ZE-2015-07.05	Pemetrexed, parenteral, 1000 bis unter 1100 mg	3'104.65	1	0	0	0	0	0	0	1
ZE-2015-07.11	Pemetrexed, parenteral, 2000 bis unter 2200 mg	6'209.30	1	0	0	0	0	0	0	1
ZE-2015-08.06	Rituximab, parenteral, 650 bis unter 750 mg	2'315.90	1	0	0	0	0	0	0	1
ZE-2015-09.04	Trastuzumab, parenteral, 250 bis unter 300 mg	1'422.10	1	0	0	0	0	0	0	1
ZE-2015-10.03	Cetuximab, parenteral, 450 bis unter 550 mg	1'148.80	1	0	0	0	0	0	0	1
ZE-2015-10.07	Cetuximab, parenteral, 850 bis unter 1050 mg	2'182.70	1	0	0	0	0	0	0	1
ZE-2015-11.02	Bevacizumab, parenteral, 250 bis unter 350 mg	1'157.75	1	0	0	0	0	0	0	1
ZE-2015-11.06	Bevacizumab, parenteral, 650 bis unter 750 mg	2'701.45	1	0	0	0	0	0	0	1
ZE-2015-13.14	Caspofungin, parenteral, 800 bis unter 900 mg	8'710.10	1	0	0	0	0	0	0	1
ZE-2015-18.06	Anidulafungin, parenteral, 500 bis unter 600 mg	2'836.75	1	0	0	0	0	0	0	1
ZE-2015-21.01	Transfusion von Thrombozytenkonzentraten, 1 bis 3 Konzentrate	12'640.00	8	0	0	0	0	0	0	8
ZE-2015-21.02	Transfusion von Thrombozytenkonzentraten, 4 bis 5 Konzentrate	3'555.00	1	0	0	0	0	0	0	1
ZE-2015-24.13	Einlegen oder Wechsel einer selbstexpandierenden Prothese am Darm, endoskopisch	1'236.00	1	0	0	0	0	0	0	1

Zusatz- entgelt	Bezeichnung	Betrag							Andere	Total
			KV	UV	MV	IV	SZ			
ZE-2015-24.23	Sonstige perkutane Massnahmen an den Gallenwegen, Perkutan-transhepatische Einlage oder Wechsel eines selbstexpandierenden Stents (Prothese)	1'236.00	1	0	0	0	0	0	1	
ZE-2015-50.01	Palliativmedizinische Komplexbehandlung von mindestens 8 bis höchstens 14 Behandlungstage	8'481.00	3	0	0	0	0	0	3	
ZE-2015-50.02	Palliativmedizinische Komplexbehandlung von mindestens 15 bis höchstens 21 Behandlungstage	9'252.00	2	0	0	0	0	0	2	
ZE-2015-50.04	Spezialisierte Palliative Care, Komplexbehandlung von mindestens 8 bis höchstens 14 Behandlungstagen	48'059.00	16	0	1	0	0	0	17	
ZE-2015-50.05	Spezialisierte Palliative Care, Komplexbehandlung von mindestens 15 bis höchstens 21 Behandlungstagen	27'756.00	6	0	0	0	0	0	6	
ZE-2015-50.06	Spezialisierte Palliative Care, Komplexbehandlung von mehr als 21 Behandlungstagen	104'085.00	14	1	0	0	0	0	15	
ZE-2015-51.03	Bortezomib, parenteral, 2.5 bis unter 3.5 mg	1'153.45	1	0	0	0	0	0	1	
ZE-2015-51.04	Bortezomib, parenteral, 3.5 bis unter 4.5 mg	1'537.90	1	0	0	0	0	0	1	
ZE-2015-52.08	Human-Immunglobulin, polyvalent, parenteral, 55 bis unter 65 g	3'231.35	1	0	0	0	0	0	1	
ZE-2015-52.11	Human-Immunglobulin, polyvalent, parenteral, 85 bis unter 105 g	5'116.30	1	0	0	0	0	0	1	
ZE-2015-52.12	Human-Immunglobulin, polyvalent, parenteral, 105 bis unter 125 g	6'193.40	1	0	0	0	0	0	1	
ZE-2015-52.14	Human-Immunglobulin, polyvalent, parenteral, 145 bis unter 165 g	25'042.95	3	0	0	0	0	0	3	
ZE-2015-52.18	Human-Immunglobulin, polyvalent, parenteral, 225 bis unter 245 g	12'656.10	1	0	0	0	0	0	1	
	Total	428'810.55	278	1	1	0	0	0	280	

3. Durchführung der Revision

3.1 Berichtsperiode

Revidiert wurden die Falldaten mit Austritt vom 1.1. bis zum 31.12. 2015.

3.2 Gültige Versionen

SwissDRG Katalog	Fallpauschalenkatalog Version 4.0
SwissDRG Grouper	Abrechnungsversion 2015/2015
SwissDRG Abrechnungsregeln	Version 5/2014 und Klarstellungen und Fallbeispiele Version 3.1 vom 18.09.2014
Kodierregeln	BFS Kodierungshandbuch Version 2015, FAQs mit Gültigkeit bis 31.12.2015, Rundschreiben für Kodierinnen und Kodierer 2015 Nr. 1
Diagnosekodes	ICD-10 GM 2014
Behandlungskodes	CHOP 2015
Fehlertypologie	MedPlaus 5.0.8.1

3.3 Berechnung und Ziehung der Stichprobe

Der Prozess der Schichtung wurde wie im Revisionsreglement vorgeschrieben vorgenommen: Die 15'785 Akutpatienten wurden nach aufsteigenden Kostengewichten sortiert und in 3 Schichten aufgeteilt. Die oberste Schicht wurde wiederum in 3 Schichten aufgeteilt. Aus diesen 5 Schichten wurden dann 100 Fälle gezogen und 4 potenzielle Wiederkehrer hinzugefügt. Die Stichprobengrösse vor Revision beträgt somit 104 Fälle.

3.4 Beschreibung der zeitlichen Abfolge der Revision

Der Termin für die Revision wurde gemeinsam mit Patric Fuchs, Leiter Medizinische Codierung / Medizincontrolling vereinbart und die Vorgaben und Rahmenbedingungen zur Revision wurden gemeinsam besprochen. Die Stichprobe wurde ihm am 11.02.2016 zugestellt.

Die Revision fand vom 23.02.2016 – 25.02.2016 in den Büroräumlichkeiten in Rebstein statt. Alle Fälle wurden nach der Revision mit allen durch die Revisorinnen gemachten Änderungen zur Einsicht am 25.02.2016 an Herrn Fuchs gesendet. Am 10.03.2016 sendete Herrn Fuchs seine Anmerkungen zu den Fällen den Revisorinnen zurück. Zur Konsensfindung wurde am 06.04.2016 eine Telefonkonferenz durchgeführt. Einen Fall wurde am 08.04.2016 durch Herrn Fuchs ans Kodierungssekretariat BfS zur Beurteilung eingereicht. Die Empfehlung des Kodierungssekretariats vom 29.04.2016 wurde durch die Revisorinnen übernommen.

3.5. Qualifikation der Revisorinnen

Die externe Revision wurde durch Daniela Kunz-Tummarello und Regula Gehrig-Rentsch durchgeführt. Beide verfügen über den Fähigkeitsausweis als medizinische Kodiererin mit eidgenössischem Fachausweis. Die für die Durchführung der Revision notwendigen Qualifikationen werden von Daniela Kunz-Tummarello und Regula Gehrig-Rentsch abgedeckt und sie sind beide vom BfS als Revisorinnen anerkannt.

3.6 Unabhängigkeit der Revisorinnen

Die Revisorinnen bestätigen im Anhang 1 die Unabhängigkeit mit den revidierten Spitäler Rheintal-Werdenberg-Sarganserland.

3.7 Bemerkungen

Die Revision konnte dank guter Organisation, speditiver Arbeitsweise und guter Zusammenarbeit mit Patric Fuchs unter optimalen Bedingungen durchgeführt werden.

4. Feststellungen

4.1 Generelle Feststellung

In den Büroräumlichkeiten in Rebstein stand den Revisorinnen eine separate Räumlichkeit zur Durchführung der Revision zur Verfügung. Die Akten waren in papier- oder elektronischer Form vorhanden. Für die Revisorinnen wurde ein elektronischer Zugang zu den Akten eingerichtet. Die Akten beinhalteten: Arztberichte, Operationsberichte, Histologiebefunde, Pflegedokumentationen und die Rechnungsstellungen. Oftmals lagen sogar die Rechnungen der Zusatzversicherungen vor, welche für die Kodierrevision nicht notwendig sind. Aufgrund fehlender IPS-Anerkennung sind keine Beatmungsstunden und keine Aufwandpunkte erfasst. Auch die IMC wurde von der Spitalgruppe nicht kodiert.

4.2 Patientendossiers

4.2.1 Vollständigkeit der Dossiers

Gesamt:

Urteil	Anzahl	Anteil
vollständig	96	96.0%
unvollständig	4	4.0%
fehlend	0	0.0%

Nach Dokument:

Dokument	vollständig	unvollständig	fehlend	irrelevant	Total
Austrittsberichte	99/99.0%	1/1.0%	0/0.0%	0/0.0%	100
OP-Berichte	46/46.0%	0/0.0%	0/0.0%	54/54.0%	100
Histologieberichte	15/15.0%	0/0.0%	1/1.0%	84/84.0%	100
Endoskopieberichte	3/3.0%	0/0.0%	0/0.0%	97/97.0%	100
Labordokumentation	58/58.0%	0/0.0%	0/0.0%	42/42.0%	100
IPS-Berichte	1/1.0%	0/0.0%	0/0.0%	99/99.0%	100
Pflegedokumentation	89/89.0%	0/0.0%	2/2.0%	9/9.0%	100
Konsilien Fachärzte	9/9.0%	0/0.0%	0/0.0%	91/91.0%	100
Sonstige Untersuchungsberichte	24/24.0%	0/0.0%	0/0.0%	76/76.0%	100

Auflistung der Beanstandungen:

Fall	Bemerkungen
4-2010124608	ungenauere Diagnosestellung
11-2070156771	keine Pflegedokumentation vorhanden.
34-2010135961	Pflegedokumentation fehlend
99-2010136580	Kein Histologiebericht vorliegend.

4.2.2 Qualität der Dossierführung

Die Dossiers sind je nach Standort in unterschiedlicher Anordnung vorzufinden. Beispielsweise sind im Spital Altstätten die Austritts- und Operationsberichte in den Dossiers gut geordnet und die Spitalaufenthalte sind ausreichend dokumentiert. Ausserdem fanden sich in den Dossiers vielen Duplikate, was ein effizientes Arbeiten erschwert.

4.3 Administrative Falldaten

Gesamt:

Urteil	Anzahl	Anteil
keine Änderungen	90	90.0%
Änderungen	10	10.0%

Auflistung der Beanstandungen nach Ereignis kumuliert:

Änderungen im Detail:

Beanstandungen bei:	Anzahl	Anteil
Eintrittsart	0	0.0%
Einweisende Instanz	0	0.0%
Aufenthaltort vor Eintritt	6	6.0%
Wechsel Aufenthaltsart (ambulant, stationär, Re- habilitation, Psychiatrie)	0	0.0%
Entscheid für Austritt	0	0.0%
Aufenthalt nach Austritt	1	1.0%
Behandlung nach Austritt	4	4.0%
Verweildauer	0	0.0%
Administrativer Urlaub	0	0.0%
Grund Wiedereintritt	0	0.0%
Neugeborenenendatensatz	0	0.0%
Aufnahmegewicht	0	0.0%

Auflistung der Beanstandungen:

Fall	Bemerkungen
5-2010133090	Hatte zuhause Spitex
9-2070139235	INR-Kontrolle wird weiterhin stattfinden
13-2070142765	Behandlung nach «ambulant» - INR- Kontrollen etc.
18-2070146403	Hat Spitex zuhause
20-2010136124	Hatte zuhause Spitex
30-2010125111	Zuhause mit Spitex Austritt Psychiatrie
34-2010135961	Pat. kam aus dem Pflegeheim Berneck
42-2070147420	Behandlung nach: «ambulant» - Verlaufskontrolle war zum Aus- trittszeitpunkt bereits geplant.
65-2070137279	Pat. war laut AB bis zum 19.5. im Spital Linth.
80-2070139806	ambulante Reha

4.4 Diagnosen und Behandlungen

4.4.1 Festgestellte Beanstandungen

Folgende Beanstandungen wurden festgestellt:

Fall	Bemerkungen:
2-2070126960	Gemischtes Schlafapnoesyndrom mit CPAP- Therapie. Pat. hat eine hypoxische respiratorische Insuffizienz (AGBA), hat O2 erhalten.
3-2010136379	R03.0 ist unbegründet. Infektion obere Atemwege ist Status nach.
4-2010124608	Schmerztherapie- gemäss Kodierungshandbuch Seite 59 nicht zu codierende Prozedur. HD-Wechsel: Metastase Harnblase von Uterus-Ca, wegen Beschreibung Uterus-Ca. Metastase Douglas. Debulking durch genauere Codes, Exzision Läsion ersetzt. Adhäsionolyse perivesikal ergänzt und auch K66.0 (Darm) Serosa-Verletzungen und Naht codiert.
5-2010133090	Knochenmarkbiopsie wurde am 17.6. durchgeführt. Otoskopie ergänzt. Chronisches myeloproliferatives Syndrom mit ausgeprägter Knochenmarkfibrose ergänzt. Mangelernährung ergänzt wurde behandelt (Ernährungsberatung und proteinreicher Kost)
7-2010124996	Sigmadivertikulose hat Aufwand generiert.
8-2070155564	Prostata-Ca steht nicht im Zusammenhang mit diesem Spitalaufenthalt. Knochenmetastasen sind nicht dokumentiert. Orthostatische Hypotonie und Sturzneigung keine ärztliche Dokumentation Kein Klammerfall mit vorangehendem Fall- korrekt.
9-2070139235	Gangstörung infolge Schlaganfall codiert. Infektexazerbierte COPD mit J44.02 codiert und nicht mit J44.82
10-2010125694	kardiale Dekompensation zusätzlich mit I50.9 codiert. Harnverhalt mit R33 codiert. Hemi aufgrund zerebralen Ischämien. Zerebrale Vaskulitis wird weiterhin mit Imurek behandelt. Die Schulterarthrose wurde in der Codierung noch ergänzt, es war ausschliesslich die Nekrose codiert.
12-2070155323	Hyperkaliämie aufgrund Aldactone- Y57.9. I79.2 Mikro- und Makroangiopathie bei DM Typ 2. K66.0 zusätzlich codieren, es wurden Adhäsionen gelöst. Reflux wurde als Diagnose gestellt und behandelt. K80.10 dazu codiert. Pat hatte eine akute und chronische Cholezystitis. K65.0 dazu codiert. Steht in Histologiebericht und Pat. wurde mit AB behandelt.
13-2070142765	Kardiale Dekompensation ist als biventrikulär bezeichnet HD I50.01 ND I50.13 (Verlegungsbericht IPS) VHF ist als persistierend beschrieben im AB KHK ist im Kardiologiebericht (vom Mai 2015) als Zwei-Gefäss bezeichnet. Adipositas- kein dokumentierter Aufwand.

	EKV, Hypotonie (Medikamenten stopp als Konsequenz), AK, Stents (kronar) wurden nicht codiert.
14-2070140633	Gangunsicherheit als Symptom von Schlaganfall. I87.2 bds wurde als Diagnose gestellt (Bericht Hautarzt Juni 2015) Pat. wurden die Beine eingebunden. N19 zum Abbilden der acut on chronic Niereninsuffizienz ergänzt. CT Schädel am Eintrittstag.
17-2010127556	Cholezystitis ist in Histologiebericht als chronisch beschrieben.
18-2070146403	Non-STEMI im Mai 2015, hat Koronarstents Osteoporose-keine aktuellen Frakturen Folsäuremangel hat keinen Aufwand generiert. Mitralklappeninsuffizienz ist laut AB Grund für Rechtsherzbelastung
19-2010127836	27.41 labiale Frenulektomie- Lippenbandexzision. Krankheiten der Lippe- ist in den anderen Codes K07 genügend abgebildet. Genioaugmentationsplastik dazu codiert. Osteosynthese nach Osteotomie (Schrauben) noch dazu codiert.
21-2070130656	Hyperlipidämie wurde nicht behandelt. Allergie Analgetika
22-2070126403	IMC codieren, keine Aufwandpunkte ersichtlich. Arthrose und Rhizarthrose kein Aufwand. Gicht wurde mit Spiricort behandelt. Leukencephalopathie hat Aspirin.
24-2010132598	J84.0 = BOOP
25-2010127452	Es wurden keine Frakturen mit Osteosynthese versehen- diese innere Knochenfixation galt der Fixierung der Osteotomie- gibt spezifischen Code.
26-2070135518	Gastrointestinaler Infekt= A09.0 Kreuzschmerz kein Aufwand ersichtlich. M62.86 unnötig nach Z96.6 und keinen Aufwand ersichtlich.
27-2010143623	Progrip ist resorbierbar. Nur art. Hypertonie in den Unterlagen gefunden.
28-2010132900	suspektes CTG und BEL- Grund für Kaiserschnitt
29-2070149137	Korsakow- Syndrom codiert. IMC codieren, Angaben zu Aufwandpunkten fehlt. Gangstörung als Symptom der Stammganglienblutung. Stark eingeschränkte Kooperation des Patienten- NonCompliance Fazialisparese ist diagnostiziert= Symptom von Blutung
30-2010125111	Akute Verschlechterung der Niereninsuffizienz von GFR 42 auf GFR 14, Staphylokokken (Haufenkokken) in BK laut Labor- wurde mit Antibiotika behandelt. MMS ist nicht aktuell Pflegekompexbehandlung ist durch Geri-Kompexbehandlung genügend abgebildet
32-2010139398	Sodbrennen wurde behandelt. Reoperation nach Osteosynthese Tibia (gleiches Gelenk)
33-2010124433	Zyste Ovar links behandelt Exzision Läsion am Douglas Reflux ist behandelt
39-2070124550	T81.0 dazu codiert- Pat. hatte ein grosses Hämatom, welches die Mobilisation erschwerte und eine Reha zur Folge hatte. Azidose durch Opiode- Reduktion der Dosierung. Fraktur wurde offen reponiert, geschlossene Reposition gelang nicht.

40-2010133617	chronische Luxation nicht als habituelle Luxation codiert- sondern als pathologische Luxation
41-2010126638	Grund der Blutung in die HD gewählt. Reflux wurde behandelt
42-2070147420	Rückenschmerzen- kein Aufwand gefunden- aus Codierung entfernt. DM Typ 2- war laut Diabetesprotokoll am 1.9.2015 entgleist mit Nachspritzschema.
43-2010133353	Kissingballon ist ein Bifurkationsballon. Massnahme fand auf Bifurkation statt. Massnahmen fanden auf 3 Gefässen statt.
44-2010141800	Hyperlipidämie wurde behandelt. Laut Histologiebericht- chronische Osteomyelitis. Ulkus der Haut ist nicht zusätzlich zu Codieren.
45-2010141622	Die Laparoskopie in der ersten Operation ist bereits im Code des Klammernahtgerätes abgebildet und muss nicht zusätzlich codiert werden.
47-2070135757	Polyarthrose- kein Aufwand ersichtlich.
48-2070148908	Harninkontinenz, siehe Verlaufseintrag Neurologie- hatte Tena.
50-2070133411	Vorhofflattern und Niereninsuffizienz Stadium 2 ist dokumentiert und behandelt.
53-2010140528	Hypothyreose, Reflux, Depression ist laut Anästhesieprotokoll behandelt und diagnostiziert.
57-2070137096	HD- Wechsel: Dammriss in HD
59-2010140387	Am Septum wird Eigengewebe wieder implantiert. Die Operation an der Nasenmuschel ist durch einen Code ausreichend abgebildet. Hypothyreose ist beschrieben (Anästhesieprotokoll) und behandelt.
61-2010139437	Keine Reoperation, da es nicht das gleiche Organ oder Gelenk ist.
64-2010134343	Y57.9 ist interpretiert Behandlung geändert, es wurde eine Kürettage gemacht mit Hysteroskopie D25.0 in HD da Grund für Blutung
66-2070148953	Epilepsie ist in Bericht vom Neurologen genauer beschrieben.
67-2070124830	Hypercholesterinämie, Diagnose gestellt und behandelt. Mamma-Ca in der Eigenanamnese hat keinen Aufwand generiert. Pat hat Latexallergie. Reflux wird beschrieben und behandelt
69-2010133578	Es gibt einen spezifischeren Code, Splints wurden verwendet.
70-2070150234	HD-Wechsel Kodierungshandbuch Seite 95. IMC fehlt in der Behandlung (keine Informationen zu den Aufwandspunkten gefunden)
71-2070139596	Sono Abdomen 12.6. Blasenampoune durch Blutkoagel= N32.8 N40 wird nicht behandelt und wurde bereits operiert= aus Codierung entfernt Z87.4 ergänzt, da St. n. TURP
72-2070141168	Laut Endoskopiebericht könnte die Blutung am ehesten bei ausgeprägter Sigmadivertikulose aufgetreten sein. Kodierungshandbuch S. 114- codieren. Pat. ist unter Xarelto. Osteoporose= keine Behandlung in der Dokumentation gefunden. Sz- Mittel wurden erst im Spital gestartet, aufgrund der Prellung.
73-2010127636	Physiomesh ist teilresorbierbar. Hernie supraumbilical- Im OB steht es seien zwei Bruchlücken: eine im Oberbauchhernie= K43.98 und die Umbilikalhernie- beide werden operiert.

	Operation der Oberbauchhernie in der Codierung ergänzt.
75-2010135653	Hypertonie wurde behandelt.
77-2010142892	Mikrochir. Technik aus den Unterlagen nicht ersichtlich.
79-2070136363	Laut Diagnoseliste, ist die Stenose knöchern- ist spezifischer Code. Supraventrikuläre Tachykardie- kein Aufwand ersichtlich
80-2070139806	Klammerfall Non- STEMI war Vd.- Diagnose, Behandlungs- und Verlegungsgrund. Y57.9 als Zusatz zu Koronarspasmen
83-2010133994	PAVK und Reflux mit Oesophagitis wurden behandelt. Das Netz ist resorbierbar- CHOP- Code geändert. KHK ist als Dreifäß-Erkrankung beschrieben.
84-2010140575	Endometriumbtragung= Zerstörung Schleimhaut, keine Anwendung z.B. von Thermochoice oder Novasure. Zusatz zu HD ist interpretiert.
91-2070157413	Hypercholesterinämie: kein Aufwand ersichtlich Ventrikuläre Extrasystolie- wurde behandelt. Arterielle Hypertonie- wurde behandelt.
92-2010122349	Spezifischer Code im CHOP für Operation Ganglion. Seitigkeit Lumboischialgie im AB dokumentiert.
93-2010128312	Exploration einer Sehnenscheide- ist Zugangsweg- nicht codieren. Pat. hat Antibiotika intraoperativ erhalten und ist auf Penicillin allergisch.
95-2070156929	O68.0 ist dokumentiert und die Geburt wurde durch die Episiotomie be- schleunigt.
97-2070144548	Entfernung Eihäute steht auf Plazentar- und Postplazentarblatt.
99-2010136580	Ca Harnblase ist in Hinterwand, Seitenwand re und Blasendach.
100- 2070127916	Anhand alphabetischem Verzeichnis- Spondylose lumbal= M47.86 81.92.20 Infiltration Facettengelenk

4.4.2 Anzahl der Kodierfehler nach Art Fehlertyp

	Richtig	Falsch	Fehlend	Unge- rechtfer- tigt	Unnötig	Total
HD	94	5	0	0	0	99
Zusatz zur HD	9	0	1	1	0	11
NDs	283	28	86	22	5	424
DIA total	386	33	87	23	5	534
HB	54	9	8	0	1	72
NB	78	7	22	4	5	116
BEH total	132	16	30	4	6	188

Die Tabelle zählt Total lediglich 99 Hauptdiagnosen aufgrund einer Totgeburt, welche korrekterweise nicht codiert wurde.

Betroffene Fälle

HD falsch: 100-2070127916, 17-2010127556, 26-2070135518, 54-2010130970, 99-2010136580

ZD fehlend: 73-2010127636

ZD ungerechtfertigt: 84-2010140575

ND falsch: 10-2010125694, 13-2070142765, 18-2070146403, 20-2010136124, 22-2070126403, 24-2010132598, 27-2010143623, 30-2010125111, 40-2010133617, 42-2070147420, 44-2010141800, 47-2070135757, 50-2070133411, 5-2010133090, 65-2070137279, 66-2070148953, 67-2070124830, 72-2070141168, 79-2070136363, 8-2070155564, 83-2010133994, 91-2070157413, 9-2070139235

ND fehlend: 10-2010125694, 12-2070155323, 13-2070142765, 14-2070140633, 18-2070146403, 19-2010127836, 21-2070130656, 2-2070126960, 22-2070126403, 24-2010132598, 28-2010132900, 29-2070149137, 30-2010125111, 32-2010139398, 33-2010124433, 39-2070124550, 41-2010126638, 4-2010124608, 44-2010141800, 48-2070148908, 50-2070133411, 5-2010133090, 53-2010140528, 59-2010140387, 6-2010129056, 64-2010134343, 65-2070137279, 67-2070124830, 71-2070139596, 7-2010124996, 72-2070141168, 75-2010135653, 80-2070139806, 83-2010133994, 91-2070157413, 9-2070139235, 93-2010128312, 95-2070156929, 97-2070144548

ND ungerechtfertigt: 13-2070142765, 18-2070146403, 21-2070130656, 22-2070126403, 26-2070135518, 28-2010132900, 30-2010125111, 3-2010136379, 42-2070147420, 47-2070135757, 64-2010134343, 71-2070139596, 72-2070141168, 79-2070136363, 8-2070155564, 91-2070157413

BEH falsch: 100-2070127916, 19-2010127836, 25-2010127452, 33-2010124433, 39-2070124550, 4-2010124608, 43-2010133353, 54-2010130970, 59-2010140387, 64-2010134343, 69-2010133578, 73-2010127636, 84-2010140575

BEH fehlend: 13-2070142765, 14-2070140633, 19-2010127836, 22-2070126403, 29-2070149137, 32-2010139398, 4-2010124608, 42-2070147420, 43-2010133353, 48-2070148908, 5-2010133090, 64-2010134343, 70-2070150234, 72-2070141168, 73-2010127636, 8-2070155564, 82-2070133378, 84-2010140575, 9-2070139235, 97-2070144548

BEH ungerechtfertigt: 33-2010124433, 4-2010124608, 61-2010139437, 77-2010142892

4.4.3 Anzahl und Aufschlüsselung der falsch kodierten Codes mit Stellenangabe

(Spalte 3 der Tabelle 4.4.2)

	Falsch 1. Stelle	Falsch 2. Stelle	Falsch 3. Stelle	Falsch 4. Stelle	Falsch 5. Stelle	Falsch 6. Stelle	Total
HD	0	0	0	5	0	0	5
HD-Zusatz	0	0	0	0	0	0	0
NDs	3	5	5	10	5	0	28
DIA total	3	5	5	15	5	0	33
HB	0	3	1	1	0	4	9
NB	1	2	1	2	0	1	7
BEH total	1	5	2	3	0	5	16

4.4.4 Prozentsatz der Kodierfehler nach Fehlertyp

	Richtig	Falsch	Fehlend	Ungerechtfertigt	Unnötig
HD	94.9%	5.1%	0.0%	0.0%	0.0%
HD-Zusatz	81.8%	0.0%	9.1%	9.1%	0.0%
NDs	66.7%	6.6%	20.3%	5.2%	1.2%
DIA total	72.3%	6.2%	16.3%	4.3%	0.9%
HB	75.0%	12.5%	11.1%	0.0%	1.4%
NB	67.2%	6.0%	19.0%	3.4%	4.3%
B total	70.2%	8.5%	16.0%	2.1%	3.2%

4.4.5 Prozentsatz der Kodierfehler der falsch kodierten Codes mit Stellenangabe

(Spalte 3 der Tabelle 4.4.3.)

	Falsch 1. Stelle	Falsch 2. Stelle	Falsch 3. Stelle	Falsch 4. Stelle	Falsch 5. Stelle	Falsch 6. Stelle
HD	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%
HD-Zusatz	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
NDs	10.7%	17.9%	17.9%	35.7%	17.9%	0.0%
DIA total	9.1%	15.2%	15.2%	45.5%	15.2%	0.0%
HB	0.0%	33.3%	11.1%	11.1%	0.0%	44.4%
NB	14.3%	28.6%	14.3%	28.6%	0.0%	14.3%
B total	6.3%	31.3%	12.5%	18.8%	0.0%	31.3%

4.4.6 Anzahl und Prozentsatz unspezifischer Codes an der Spalkodierung

	Anzahl unspezifischer Codes ¹	Prozentsatz unspezifischer Codes
Falsche Hauptdiagnosen	1	20.0%
Falsche Zusatz zur HD	0	0.0%
Falsche Nebendiagnosen	3	10.7%
Falsche Diagnosen total	4	12.1%
Falsche Hauptbehandlungen	1	6.3%
Falsche Nebenbehandlungen	0	0.0%

	Anzahl unspezifischer Codes ¹	Prozentsatz unspezifischer Codes
Stichprobe	103	14.3%
Grundgesamtheit	13'320	13.7%

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!.

4.4.7 Zuweisung der Hauptdiagnose

Zuweisung	Anzahl	Prozent
Keine Änderung der Spalkodierung	85	85.9%
Kode durch richtigen Code ersetzt ^{1*}	5	5.1%
Fehlenden Code durch neuen ersetzt ^{2*}	4	4.0%
Durch bestehende Nebendiagnose zugeordnet ^{3*}	5	5.1%

Betroffene Fälle

^{1*} 100-2070127916, 17-2010127556, 26-2070135518, 54-2010130970, 99-2010136580

^{2*} 13-2070142765, 4-2010124608, 64-2010134343, 71-2070139596

^{3*} 41-2010126638, 57-2070137096, 70-2070150234, 75-2010135653, 80-2070139806

4.4.8 Zuweisung der Zusatzdiagnose

Zuweisung	Anzahl	Prozent
Keine Änderung der Spalkodierung	9	81.8%
Kode durch richtigen Code ersetzt ^{1*}	1	9.1%
Fehlenden Code durch neuen ersetzt ^{2*}	1	9.1%
Durch bestehende Nebendiagnose zugeordnet ^{3*}	2	18.2%

Betroffene Fälle

^{1*} 84-2010140575

^{2*} 73-2010127636

^{3*} 23-2070133495, 56-2070138222

4.4.9 Zuweisung der Hauptbehandlung

Zuweisung	Anzahl	Prozent
Keine Änderung der Spalkodierung	53	73.6%
Kode durch richtigen Kode ersetzt ^{1*}	17	23.6%
Fehlenden Kode durch neuen ersetzt ^{2*}	0	0.0%
Durch bestehende Nebenbehandlung zugeordnet ^{3*}	2	2.8%

Betroffene Fälle

^{1*} 14-2070140633, 22-2070126403, 25-2010127452, 33-2010124433, 39-2070124550, 4-2010124608, 42-2070147420, 43-2010133353, 48-2070148908, 59-2010140387, 64-2010134343, 69-2010133578, 70-2070150234, 72-2070141168, 82-2070133378, 84-2010140575, 9-2070139235

^{2*}

^{3*} 45-2010141622, 93-2010128312

4.5 Lateralität der Diagnosen und Prozeduren

4.5.1 Lateralität der Diagnosen

Urteil	Anzahl Urteile	Prozentualer Anteil
Richtig	92	80.0%
falsch	4	3.5%
fehlend	11	9.6%
unnötig	8	7.0%
nicht beurteilbar	0	0.0%
Gesamt	115	100.0%

4.5.2 Lateralität der Prozeduren

Urteil	Anzahl Urteile	Prozentualer Anteil
richtig	64	86.5%
falsch	1	1.4%
fehlend	5	6.8%
unnötig	4	5.4%
nicht beurteilbar	0	0.0%
Gesamt	74	100.0%

4.6 Ambulante Behandlung auswärts

Urteil	Anzahl Urteile	Prozentualer Anteil
richtig	0	-
falsch	0	-
fehlend	0	-
nicht beurteilbar	0	-
Gesamt	0	-

4.7 Abgrenzung Intensivmedizin/Intermediate Care Unit

Die Spitalgruppe betreibt im Spital Walenstadt und Altstätten eine Intermediate Care Unit und im Spital Grabs eine nicht anerkannte intensivmedizinische Station. Wir empfehlen eine IMC-Anmeldung vorzunehmen, damit diese Leistung im Jahr 2016 kodiert werden kann.

4.8 Basisdaten Intensivmedizin

4.8.1 Künstliche Beatmung

Urteil	Anzahl Urteile	Prozentualer Anteil
Richtig	0	0
Falsch	0	0
Fehlend	0	0
Unnötig	0	0
Nicht beurteilbar	0	0
Gesamt	0	0

4.8.2 NEMS

Urteil	Anzahl Urteile	Prozentualer Anteil
Richtig	0	0
Falsch	0	0
Fehlend	0	0
Unnötig	0	0
Nicht beurteilbar	0	0
Gesamt	0	0

4.8.3 Schweregrad

Urteil	Anzahl Urteile	Prozentualer Anteil
Richtig	0	0
Falsch	0	0
Fehlend	0	0
Unnötig	0	0
Nicht beurteilbar	0	0
Gesamt	0	0

4.9 Zusatzentgelte

Urteil	Anzahl Urteile	Prozentualer Anteil
Richtig	1	100.0%
Falsch	0	0.0%
Fehlend	0	0.0%
Gesamt	1	100.00%

Auflistung der Beanstandungen:

Fall	Bemerkungen
8-2070155564	ZE kontrolliert durch Palliative Care generiert. (Urteil: 1)

4.10 Medikamente und Substanzen

Urteil	Anzahl Urteile	Prozentualer Anteil
Richtig	0	0
Falsch	0	0
Fehlend	0	0
Gesamt	0	0

4.11 DRG Wechsel

4.11.1 Anzahl und Prozentsatz der SwissDRG-Änderungen

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

4.11.2 Differenzen mit/ohne Vorlage an das BfS

Rev. Nr	DRG vor Revision	DRG nach Revision	Kostengewicht vor Revision	Kostengewicht nach Revision	Differenz Kostengewicht	Ursachen
4-2010124608	N11B	L06B	1.068	0.817	-0.2510	Änderung Hauptdiagnose
65-2070137279	I75B	I75B	0.559	0.4861	-0.0729	sonstige Änderungen
71-2070139596	L64A	L68B	0.545	0.641	0.0960	Änderung Hauptdiagnose
80-2070139806	F72B	F60B	0.533	0.817	0.2840	Änderung Hauptdiagnose

In allen Fällen wurde ein Konsens erreicht. Es wurde einen Fall durch die Spitalgruppe dem BFS zur Beurteilung vorgelegt. Das BFS hat zu Gunsten der Spitalcodierung entschieden.

4.12 CMI

	Summe CW	Anzahl	CMI
Gesamtdatensatz vor der Revision	13029.3019	15'785	0.825737
Geschätzter CMI des Spitals vor der Revision	82.6350	100	0.826350
Geschätzter CMI des Spitals nach der Revision	82.6911	100	0.826911
Geschätzte Differenz des CMI des Spitals vor und nach Revision			0.067889%

4.13 Schätzung des CMI des Spitals vor und nach Revision

	Summe CW	Anzahl	CMI
CMI des Spitals vor der Revision	82.6350	100	0.826350
Geschätzter CMI des Spitals nach der Revision	82.6911	100	0.826911
Geschätzte Differenz des CMI des Spitals vor und nach Revision			0.067889%
95%-Vertrauensintervall der Differenz des CMI des Spitals vor und nach Revision		Untere Grenze:	-0.007273
		Obere Grenze:	0.008395

4.14 Geschätzte Standardabweichung der Kostengewichtsdifferenzen und des Anteils der Kostengewichtsdifferenzen, welche ungleich Null sind

Die Standardabweichung der einzelnen Differenzen der Kostengewichte $s(Z_H)$ ist: 0.039969

Geschätzter Anteil der Kostengewichtsdifferenzen, welche ungleich Null sind: 4.0%.

4.15 Fallkombinationsfehler

In der Stichprobe befanden sich insgesamt 6 Fallkonstellationen für die Möglichkeit einer Fallzusammenführung. Dabei wurde das Fallmanagement in 6 Fällen korrekt gehandhabt. Es wurde keinen Fall durch die Revisorinnen als nicht korrekt identifiziert.

4.15.1 Beanstandungen

	Typ	Fall	Eintritt	Aus- tritt	LOS	DRG	CW Spital	CW Rev.	CW Diff.
--	-----	------	----------	---------------	-----	-----	--------------	------------	-------------

4.15.2 Abweichung Kostengewicht

Es ergibt sich eine Kostengewichtsdifferenz von 0.0000.

4.16 Kongruenz der Rechnungsstellung

4.16.1 Feststellungen

100 von 100 Rechnungen wurden von den Revisoren kontrolliert.

Urteil	DRG	CW	Zusatzentgelte
Richtig	100	100	1
Falsch	0	0	0
Nicht beurteilbar	0	0	0
Sonstige	0	0	0
Fehlend	0	0	0

4.16.2 Abweichung Kostengewicht

Der CMI der Spalkodierung ist 0.826350. Der fakturierte CMI ist 0.826350. Die Abweichung ist somit 0.0%.

4.17 Vergleich Grundgesamtheit und Stichprobe

4.17.1 Anzahl Nebendiagnosen/Patient

Anzahl Nebendiagnosen/Patient (Stichprobe nach Revision)	3.95
Anzahl Nebendiagnosen/Patient (Grundgesamtheit)	3.50

4.17.2 Anzahl Behandlungen/Patient

Anzahl Behandlungen/Patient (Stichprobe nach Revision)	1.78
Anzahl Behandlungen/Patient (Grundgesamtheit)	1.52

4.17.3 Anzahl DRG Fallgruppen

Anzahl DRG Fallgruppen (Stichprobe nach Revision)	69
Anzahl DRG Fallgruppen (Grundgesamtheit)	525

4.17.4 Anzahl Fälle mit Zusatzentgelt

Anzahl Fälle mit Zusatzentgelt (Stichprobe nach Revision)	1
Anzahl Fälle mit Zusatzentgelt (Grundgesamtheit)	122

4.17.5 Anzahl maschineller Beatmungen

Anzahl maschineller Beatmungen (Stichprobe nach Revision)	0
Anzahl maschineller Beatmungen (Grundgesamtheit)	0

4.17.6 Anzahl Fälle mit IPS-Behandlung

Anzahl IPS-Fälle (Stichprobe nach Revision)	0
Anzahl IPS-Fälle (Grundgesamtheit)	0

4.18 Vergleich mit früheren Revisionen

Bewertung	Prozentuale Anteile 2014	Prozentuale Anteile 2015
Stichprobengrösse	100	100
Anzahl fehlender Krankengeschichten	0.0%	0.0%
Richtige Diagnosekodes Spitalkodierung	88.0%	72.3%
Fehlende Diagnosekodes von der Revision ergänzt	5.9%	16.3%
Richtige Hauptbehandlung Spitalkodierung	0.0%	75.0%
Richtige Nebenbehandlung Spitalkodierung	80.4%	67.2%
Fehlende Behandlungskodes von der Revision ergänzt	9.5%	16.0%
Richtige Basisdaten Intensivmedizin	0.0%	0.0%
Richtige Zusatzentgelte	0.0%	100.0%
Richtige Medikamente und Substanzen	0.0%	0.0%
Beanstandungen Fallmanagement	0.0%	0.0%
Beanstandungen Rechnungslegung	0.0%	0.0%
DRG Wechsel	6.0%	4.0%
CMI Abweichung	2.3%	0.1%

Die Revision im Jahr 2015 betraf wie im Vorjahr 100 Fälle. Die Hauptdiagnose wurde in fünf Fällen korrigiert, was eine Verbesserung zum Jahr 2014 ist. Von den Revisorinnen wurden mehr Nebendiagnosen und -behandlungen korrigiert. Erfreulich sind die besser ausgefallenen DRG- und CMI-Übereinstimmungen.

6. Empfehlungen

6.1. Empfehlungen für die Verbesserung der Kodierung im Spital

Wir empfehlen der Kodierabteilung zur Kodierung die Anästhesieprotokolle beizuziehen. Viele der fehlenden Diagnose wurden dort gesehen. Alle ärztlich gestellten Diagnosen, welche einen Aufwand > 0 generiert haben, sollen kodiert werden. Bei den administrativen Daten ist speziell beim Spital Grabs auf die Austrittsmerkmale zu achten. Die Effizienz kann durch eine einheitliche Anordnung der Dokumentation gesteigert werden.

6.2. Empfehlungen für die Weiterentwicklung von SwissDRG

Die Grundlage einer korrekten Kodierung ist die ärztliche Dokumentation. Wir empfehlen Ihnen die Ärzte wie auch die Kodierer/innen darauf zu sensibilisieren, dass alle für den Aufenthalt relevanten Diagnosen vom Arzt schriftlich gestellt und von der Kodierabteilung konsequent in der Kodierung erfasst werden.

6.3. Weitere Hinweise des Revisors

Da keine systematischen Fehler bei der Revision entdeckt wurden, muss auf nichts Spezielles hingewiesen werden.

7. Anmerkungen Spitaldirektion

Anmerkungen der Spitaldirektion

Die Codierrevision der Daten 2015 bestätigt eine gute Codierung der SR RWS.

Es wurde keine Tendenz zu Up- oder Downcoding festgestellt.

Für die Hinweise sind wir dankbar und werden entsprechende Verbesserungsmassnahmen möglichst bald in die Wege leiten.

Wir bedanken uns bei der Firma „DRG plus“ für die konstruktive und angenehme Zusammenarbeit.

Rebsk..., 19.05.2016

Ort und Datum

S. ...

Spitalregion Rheintal Werdenberg
Sarganserland, Der Direktor

8. Anhang

1.2. Verpflichtungserklärung

Verpflichtungserklärung und Unabhängigkeitsbestätigung der Revisorinnen bezüglich Kodierrevision der Daten 2015 im Spitalregion Rheintal-Werdenberg-Sarganserland

1. Die Revisorinnen verpflichten sich, die Kodierrevision auf der Grundlage des Reglements für die Durchführung der Kodierrevision unter SwissDRG, Version 5.0 vom 21.05.2015 sach- und fachgerecht durchzuführen.
2. Die Revisorinnen verpflichten sich, die während der Prüfungstätigkeit in Erfahrung gebrachten Inhalte gegenüber Dritten dauerhaft vertraulich zu behandeln und die Ergebnisse nicht weiterzuverwenden.
3. Die Revisorinnen verpflichten sich, die Anonymität der Patientendaten im Rahmen der Übermittlung der Revisionsdatensätze jederzeit sicherzustellen, so dass kein Rückschluss auf die Patientenidentität möglich ist.
4. Die Revisorinnen bestätigen ihre Unabhängigkeit vom revidierten Spital. Sie bestätigen insbesondere, dass sie während der Revisionsperiode und während der Dauer der Revision nicht als Kodiererinnen im revidierten Spital tätig war und auch in keinem anderen Anstellungs- oder Mandatsverhältnis oder in anderweitig finanziellen Abhängigkeiten mit dem revidierten Spital steht. Allfällige Abhängigkeiten von einem Kostenträger sind im Revisionsbericht vollständig offengelegt.

Ort und Datum

MARI, 19.5.2016

Kodierrevisorinnen

KRISTINA KENTHAL, Daniela Kuecz

1.3. Vollständigkeitserklärung

Vollständigkeitserklärung des Spitals Spitalregion Rheintal-Werdenberg-Sarganserland bezüglich Datenlieferung für Kodierrevision der Daten 2015

Wir bestätigen, dass dem Revisor für die Stichprobenziehung alle im Spital Spitalregion Rheintal-Werdenberg-Sarganserland nach SwissDRG fakturierten Fälle mit Austritt zwischen 1. Januar 2015 und 31. Dezember 2015 übermittelt wurden.

Ort und Datum

Rebstein, 20.5.16

Spitalregion Rheintal-Werdenberg-Sarganserland, Direktor

S. Lehmann

2. Glossar

BfS	Bundesamt für Statistik
KV	Krankenversicherung
UV	Unfallversicherung
MV	Militärversicherung
IV	Invalidenversicherung
SZ	Selbstzahler
Untere Ausreisser	Spitalfälle mit Aufenthaltsdauer unterhalb der unteren Grenzverweildauer
Obere Ausreisser	Spitalfälle mit Aufenthaltsdauer oberhalb der oberen Grenzverweildauer
Normalfälle	Spitalfälle mit Aufenthaltsdauer zwischen der unteren und oberen Grenzverweildauer
CMI	CaseMixIndex = ökonomischer Schweregrad der Spitalfälle in einem festen Zeitraum
ICD	Internationale Klassifikation von Diagnosen
CHOP	Nationale Klassifikation von Operationen, Behandlungen & Diagnostik
HD	Hauptdiagnose
ND	Nebendiagnose
zHD	Zusatz zur Hauptdiagnose
BEH	Behandlungen
DIA	Diagnosen
FID	Fallidentifikationsnummer
PID	Patientenidentifikationsnummer in einem Spital
NF	Normaler Fall
RFF	Führender Fall bei Rehospitalisation
RNF	Rehospitalisation nächster Fall
SFF	Split führender Fall bei Fallzusammenführungen
SNF	Split neuer Fall bei Fallzusammenführungen
KHB	Kodierungshandbuch des Bundesamtes für Statistik
AB	Austrittsbericht
CC	Komplikationen und Komorbidität

Legende zu DRG-Wechsel:

DRG	Bezeichnung
F60B	Akuter Myokardinfarkt ohne invasive kardiologische Diagnostik ohne äusserst schwere CC
F72B	Instabile Angina pectoris oder nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen, ohne schwere CC, ohne komplizierende Diagnose
I75B	Schwere Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk ohne CC oder Entzündungen von Sehnen, Muskeln und Schleimbeuteln ohne äusserst schwere oder schwere CC
L06B	Kleine Eingriffe an der Harnblase ohne äusserst schwere CC
L64A	Harnsteine und Harnwegsobstruktion, Alter > 75 J. od. mit äusserst schw. oder schw. CC oder Urethrastrikatur, andere leichte bis moderate Erkr. der Harnorgane, mehr als ein Beleg.tag oder Beschw. und Sympt. der Harnorg. oder Urethrozystoskopie
L68B	Andere mässig schwere Erkrankungen der Harnorgane oder Harnblasenlähmung, mehr als ein Belegungstag, Alter > 5 Jahre
N11B	Andere OR-Prozeduren an den weiblichen Geschlechtsorganen ohne bestimmten Eingriff, ohne äusserst schwere CC

Schichtung der Stichprobe:

Schicht	Anzahl Fälle gesamt	kleinstes CW	grösstes CW	häufigstes CW	Anz häufigstes CW	CL Gesamt	Anzahl Fälle Stichprobe	CL vor Revision	CL nach Revision	DRG Wechsel
1	5277	0	0.533	0.209	962	1881.828	34	12.337	12.621	1
2	5248	0.5337	0.807	0.573	720	3460.0125	33	21.882	21.9051	2
3	1760	0.808	0.985	0.874	165	1572.3723	11	9.71	9.71	0
4	1690	0.987	1.558	1.282	130	2073.5372	11	14.714	14.463	1
5	1726	1.559	16.037	2.305	387	3988.5034	11	23.992	23.992	0