

# Bericht

## Kodierrevision 2015

### Klinik Seeschau

Verfasserin:

Helena Santacatterina

Medizinische Kodiererin mit eidg. Fachausweis

BfS-anerkannte Kodierrevisorin

25. Mai 2016

## INHALTSVERZEICHNIS

<b>1. EINLEITUNG</b> .....	<b>4</b>
1.1 <b>AUSGANGSLAGE</b> .....	4
1.2 <b>QUALIFIKATION DES REVISORS</b> .....	4
1.3 <b>UNABHÄNGIGKEIT DES REVISORS</b> .....	4
1.4 <b>BESCHREIBUNG DER ZEITLICHEN ABFOLGE</b> .....	4
<b>2. ZUSAMMENFASSUNG</b> .....	<b>5</b>
2.1 <b>REVISIONSERGEBNISSE IM ÜBERBLICK</b> .....	5
2.2 <b>STATISTISCHE KENNZAHLEN IM ÜBERBLICK</b> .....	5
2.3 <b>KENNZAHLENVERGLEICH GRUNDGESAMTHEIT UND STICHPROBE</b> .....	5
<b>3. LEISTUNGSÜBERSICHT IN DER BERICHTSPERIODE</b> .....	<b>5</b>
3.1 <b>ANZAHL DER STATIONÄR BEHANDELTEN FÄLLE GESAMTE INSTITUTION</b> .....	5
3.2 <b>FALLANALYSE</b> .....	6
3.3 <b>ANZAHL NACH HERKUNFTSKANTON UND VERSICHERUNGSART</b> .....	6
3.3.1 <b>NACH AUSREISSERKATEGORIE UND VERSICHERUNGSART</b> .....	6
3.3.2 <b>NACH AUSREISSERKATEGORIE UND HERKUNFTSKANTON</b> .....	7
3.4 <b>CMI</b> .....	7
3.4.1 <b>NACH AUSREISSERKATEGORIE UND VERSICHERUNGSART</b> .....	7
3.4.2 <b>NACH AUSREISSERKATEGORIE UND HERKUNFTSKANTON</b> .....	8
3.4.3 <b>ANZAHL ZUSATZENTGELTE</b> .....	8
<b>4. DURCHFÜHRUNG DER REVISION</b> .....	<b>9</b>
4.1 <b>BERICHTSPERIODE UND GRUNDLAGE FÜR DIE BEURTEILUNG</b> .....	9
4.1.1 <b>BERICHTSJAHR</b> .....	9
4.1.2 <b>GÜLTIGE VERSIONEN</b> .....	9
4.2 <b>ZIEHUNG DER STICHPROBE</b> .....	9
4.3 <b>BEMERKUNGEN</b> .....	9
<b>5. FESTSTELLUNGEN</b> .....	<b>9</b>
5.1 <b>GENERELLE FESTSTELLUNGEN</b> .....	9
5.2 <b>PATIENTENDOSSIER</b> .....	9
5.2.1 <b>ANTEIL FEHLENDER KRANKHEITSGESCHICHTEN</b> .....	9
5.2.2 <b>QUALITÄT DER DOSSIERFÜHRUNG</b> .....	10
5.3 <b>FESTGESTELLTE FEHLER</b> .....	10
5.3.1 <b>ADMINISTRATIVE FALLDATEN</b> .....	10
5.3.2 <b>MEDIZINISCHE FALLDATEN (DIAGNOSEN UND BEHANDLUNGEN)</b> .....	10
5.3.2.1 <b>ANZAHL KODIERFEHLER NACH FEHLERTYP</b> .....	10

5.3.2.2	ANZAHL DER FALSCH KODIERTEN CODES MIT STELLENANGABE.....	11
5.3.2.3	PROZENTSATZ DER KODIERFEHLER NACH FEHLERTYP.....	11
5.3.2.4	PROZENTSATZ DER FALSCH KODIERTEN CODES MIT STELLENANGABE.....	11
5.3.2.5	ANZAHL UND PROZENTSATZ UNSPEZIFISCHER KODES .....	11
5.3.3	LATERALITÄT DER DIAGNOSEN .....	12
5.3.4	AMBULANTE BEHANDLUNGEN AUSWÄRTS.....	12
5.3.5	ABGRENZUNG INTENSIVMEDIZIN .....	12
<b>5.4</b>	<b>BASISDATEN INTENSIVMEDIZIN .....</b>	<b>12</b>
5.4.1	MASCHINELLE BEATMUNG.....	12
5.4.2	NEMS .....	12
5.4.3	SCHWEREGRAD .....	12
5.4.4	ZUSATZENTGELTE.....	12
5.4.5	MEDIKAMENTE UND SUBSTANZEN .....	13
<b>5.5</b>	<b>DRG-WECHSEL.....</b>	<b>13</b>
5.5.1	ANZAHL UND PROZENTSATZ DER FÄLLE MIT DRG-WECHSEL.....	13
5.5.2	DIFFERENZEN MIT/OHNE VORLAGE AN DAS BFS.....	13
5.5.3	CMI .....	13
<b>5.6</b>	<b>FALLKOMBINATIONSFEHLER (FALLSPLIT, FALLZUSAMMENFÜHRUNGEN).....</b>	<b>14</b>
5.6.1	FESTGESTELLTE FEHLER / ABWEICHUNG KOSTENGEWICHT .....	14
<b>5.7</b>	<b>KONGRUENZ DER RECHNUNGEN .....</b>	<b>14</b>
5.7.1	FESTGESTELLTE FEHLER .....	14
<b>5.8</b>	<b>VERGLEICH GRUNDGESAMTHEIT UND STICHPROBE .....</b>	<b>14</b>
5.8.1	ANZAHL BEHANDLUNGEN PRO PATIENT .....	14
5.8.2	ANZAHL DRG-FALLGRUPPEN .....	15
5.8.3	ANZAHL FÄLLE MIT ZUSATZENTGELT.....	15
5.8.4	ANZAHL MASCHINELLER BEATMUNGEN .....	15
5.8.5	ANZAHL FÄLLE MIT IPS-BEHANDLUNGEN.....	15
<b>5.9</b>	<b>VERGLEICHSWERTE.....</b>	<b>15</b>
<b>6.</b>	<b><u>EMPFEHLUNGEN FÜR DIE VERBESSERUNG DER KODIERUNG UND WEITERENTWICKLUNG VON SWISSDRG / HINWEISE DES REVISORS .....</u></b>	<b><u>15</u></b>
<b>7.</b>	<b><u>ANMERKUNGEN SPITALDIREKTION.....</u></b>	<b><u>16</u></b>

## 1. Einleitung

### 1.1 Ausgangslage

Die Direktion der Klinik Seeschau hat medCare mit der Durchführung einer offiziellen Kodierrevision für das Geschäftsjahr 2015 gemäss den SwissDRG-Vorgaben beauftragt.

### 1.2 Qualifikation des Revisors

Frau Helena Santacatterina ist eine langjährig erfahrene Kodierexpertin und verfügt über den eidgenössischen Fachausweis der medizinischen Kodierung. Sie entspricht dem SwissDRG-Profil für Kodierrevisoren und ist zum Zeitpunkt der Revision in der öffentlich einsehbaren Liste vom BfS namentlich aufgeführt.

### 1.3 Unabhängigkeit des Revisors

Frau Helena Santacatterina steht in keinerlei Interessenskonflikt zum Auftraggeber sowie dessen Kostenträger und erfüllt damit die notwendigen Kriterien der Unabhängigkeit des Revisors.

### 1.4 Beschreibung der zeitlichen Abfolge

Das Vorgehen zur Durchführung der oben beschriebenen Kodierrevision war im beidseitigen Einverständnis in folgende Teilschritte unterteilt:

- |   |          |
|---|----------|
| 1. Auftragsvorbereitung und –abstimmung | KW 2     |
| 2. Datenaufbereitung und -zustellung    | KW 5     |
| 3. Durchführung der Stichprobenziehung  | KW 6     |
| 4. Vor Ort Kodierrevision               | KW 16    |
| 5. Nachbereitung                        | KW 17-18 |
| 6. Berichtsverfassung                   | KW 19-21 |
| 7. Abschlussabstimmung                  | KW 20-21 |

## 2. Zusammenfassung

### 2.1 Revisionsergebnisse im Überblick

CMI des Spitals vor Revision		1.0574
Geschätzter CMI des Spitals nach Revision		1.0574
Statistische Signifikanz der Abweichung des CMI vor und nach Revision		nein
Geschätzte Differenz des CMI des Spitals vor und nach Revision		0
Revidierte Fälle mit DRG-Wechsel	0	0.0%
Richtige Hauptdiagnosen <sup>1</sup>	0	0.0%
Richtiger Zusatz zur Hauptdiagnose <sup>1</sup>	100	100.0%
Richtige Nebendiagnosen	0	0.0%
Richtige Hauptbehandlungen <sup>1</sup>	186	93.0%
Richtige Nebenbehandlungen	100	100.0%
Richtige Basisdaten Intensivmedizin <sup>2</sup>	122	93.1%
Richtige Zusatzentgelte <sup>2</sup>	0	0.0%
Richtige Medikamente und Substanzen <sup>2</sup>	0	0.0%
Beanstandete Fallzusammenführungen	0	0.0%
Beanstandete Kongruenz der Rechnungstellung	0	0.0%

### 2.2 Statistische Kennzahlen im Überblick

Stichprobengrösse	100
Anteil fehlender Krankengeschichten	0%

### 2.3 Kennzahlenvergleich Grundgesamtheit und Stichprobe

	Grundgesamtheit	Stichprobe
Anzahl Fälle mit Zusatzentgelt	0%	0
Anzahl erfasster Beatmungen <sup>3</sup>	0%	0
Anzahl Fälle mit IPS-Aufenthalt	0%	0
CMI	1.0574	1.0427

## 3. Leistungsübersicht in der Berichtsperiode

### 3.1 Anzahl der stationär behandelten Fälle gesamte Institution

	KV	UV	MV	IV	Andere	Total
Akutsomatik (SwissDRG-Fälle)	1385	110	3	5	16	1519
Wartepatienten	0	0	0	0	0	0
Psychiatrie	0	0	0	0	0	0
Rehabilitation	0	0	0	0	0	0

<sup>1</sup> Bei den richtigen Hauptdiagnosen, Zusätzen zur Hauptdiagnose und Hauptbehandlungen, muss der Kode nicht nur richtig sein, sondern er muss auch an der richtigen Position kodiert worden sein (eine als „richtige“ beurteilte Hauptdiagnose muss zum Beispiel an der Position „Hauptdiagnose“ erfasst sein. Wurde eine Nebendiagnose mit dem für die Hauptdiagnose korrekten Kode kodiert, so darf diese Nebendiagnose nicht als richtige Hauptdiagnose gewertet werden.).

<sup>2</sup> Angabe je Fall

<sup>3</sup> Vgl. jeweils gültige Kodierrichtlinien

## 3.2 Fallanalyse

### 3.3 Anzahl nach Herkunftskanton und Versicherungsart

Kanton	IV	KV	MV	UV	Selbstzahler	Sonstige	Summen
Aargau	0	4	0	0	0	0	4
Appenzell A	0	2	0	0	0	0	2
Appenzell I	0	0	0	2	0	0	2
Bern	0	1	0	0	0	0	1
Basel/Land	0	0	0	0	0	0	0
Basel/Stadt	0	0	0	0	0	0	0
Freiburg	0	0	0	0	0	0	0
Genf	0	0	0	0	0	0	0
Glarus	0	5	0	0	0	0	5
Graubünden	0	3	0	0	0	0	3
Jura	0	0	0	0	0	0	0
Luzern	0	1	0	0	1	0	2
Neuenburg	0	0	0	0	0	0	0
Nidwalden	0	0	0	0	0	0	0
Obwalden	0	0	0	0	0	0	0
St. Gallen	0	30	0	3	1	0	34
Schaffhausen	2	7	0	0	0	0	9
Solothurn	0	0	0	0	0	0	0
Schwyz	0	0	0	0	0	0	0
Thurgau	3	1289	3	99	9	0	1403
Tessin	0	1	0	0	0	0	1
Uri	0	0	0	0	0	0	0
Waadt	0	0	0	0	0	0	0
Wallis	0	0	0	0	0	0	0
Zug	0	0	0	0	0	0	0
Zürich	0	40	0	5	0	0	45
Ausland	0	2	0	1	5	0	8
Summen	5	1385	3	110	16	0	1519

#### 3.3.1 Nach Ausreisserkategorie und Versicherungsart

	Normalfälle mit Verlegungsabschlag		Normalfälle ohne Verlegungsabschlag		Untere Ausreisser		Obere Ausreisser		TOTAL
	Anzahl	100.0%	Anzahl	100.0%	Anzahl	100.0%	Anzahl	100.0%	
KV	8	100.0%	1242	91.3%	110	88.7%	25	96.2%	1385
UV	0	0.0%	102	7.5%	7	5.6%	1	3.8%	110
MV	0	0.0%	3	0.2%	0	0.0%	0	0.0%	3
IV	0	0.0%	2	0.1%	3	2.4%	0	0.0%	5
Selbstzahler	0	0.0%	12	0.9%	4	3.2%	0	0.0%	16
Andere	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0
Unbekannt	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0
Total	8	100.0%	1361	100.0%	124	100.0%	26	100.0%	1519

### 3.3.2 Nach Ausreisserkategorie und Herkunftskanton

	Normalfälle mit Verlegungsabschlag	%	Normalfälle ohne Verlegungsabschlag	%	Untere Ausreisser	%	Obere Ausreisser		TOTAL
Aargau	0	0.0%	3	0.2%	0	0.0%	1	3.8%	4
Appenzell A	0	0.0%	2	0.1%	0	0.0%	0	0.0%	2
Appenzell I	0	0.0%	2	0.1%	0	0.0%	0	0.0%	2
Bern	0	0.0%	1	0.1%	0	0.0%	0	0.0%	1
Basel/Land	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0
Basel/Stadt	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0
Freiburg	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0
Genf	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0
Glarus	0	0.0%	5	0.4%	0	0.0%	0	0.0%	5
Graubünden	0	0.0%	1	0.1%	2	1.6%	0	0.0%	3
Jura	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0
Luzern	0	0.0%	1	0.1%	1	0.8%	0	0.0%	2
Neuenburg	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0
Nidwalden	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0
Obwalden	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0
St. Gallen	0	0.0%	34	2.5%	0	0.0%	0	0.0%	34
Schaffhausen	0	0.0%	7	0.5%	2	1.6%	0	0.0%	9
Solothurn	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0
Schwyz	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0
Thurgau	8	100%	1256	92.3%	115	92.7%	24	92.3%	1403
Tessin	0	0.0%	1	0.1%	0	0.0%	0	0.0%	1
Uri	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0
Waadt	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0
Wallis	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0
Zug	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0
Zürich	0	0.0%	42	3.1%	2	1.6%	1	3.8%	45
Ausland	0	0.0%	6	0.4%	2	1.6%	0	0.0%	8
Total	8	100%	1361	100%	124	100%	26	100%	1519

## 3.4 CMI

### 3.4.1 Nach Ausreisserkategorie und Versicherungsart

	Normalfälle mit Verlegungsabschlag	Normalfälle ohne Verlegungsabschlag	Untere Ausreisser	Obere Ausreisser	TOTAL
KV	1.0885		1.104		0.5084
UV	0		1.1012		0.4286
MV	0		1.1367		0
IV	0		1.522		1.3127
Selbstzahler	0		1.0187		0.5568
Andere	0		0		0
Unbekannt	0		0		0
Total	1.0885		1.1037		0.525

### 3.4.2 Nach Ausreisserkategorie und Herkunftskanton

	Normalfälle mit Verlegungsabschlag	Normalfälle ohne Verlegungsabschlag	Untere Ausreisser	Obere Ausreisser	TOTAL
Aargau	0		1.1253		0
Appenzell A	0		0.728		0
Appenzell I	0		0.668		0
Bern	0		1.248		0
Basel/Land	0		0		0
Basel/Stadt	0		0		0
Freiburg	0		0		0
Genf	0		0		0
Glarus	0		0.8784		0
Graubünden	0		0.551		0.4255
Jura	0		0		0
Luzern	0		0.764		0.622
Neuenburg	0		0		0
Nidwalden	0		0		0
Obwalden	0		0		0
St. Gallen	0		1.0983		0
Schaffhausen	0		0.9524		1.108
Solothurn	0		0		0
Schwyz	0		0		0
Thurgau	1.0885		1.1075		0.5145
Tessin	0		0.67		0
Uri	0		0		0
Waadt	0		0		0
Wallis	0		0		0
Zug	0		0		0
Zürich	0		1.0844		0.493
Ausland	0		1.3108		0.6285
<b>Total</b>	<b>1.0885</b>		<b>1.1037</b>		<b>0.525</b>

### 3.4.3 Anzahl Zusatzentgelte

Im Berichtszeitraum sind keine Zusatzentgelte generiert worden. Demnach entfällt die entsprechende Darstellung derer in der nachfolgenden Tabelle.

Zusatzentgelt	Bezeichnung	Betrag	Anzahl KVG	Anzahl UV/MV/IV	Anzahl Selbstzahler
Keine					
Total Zusatzentgelte 5.0					

## 4. Durchführung der Revision

### 4.1 Berichtsperiode und Grundlage für die Beurteilung

#### 4.1.1 Berichtsjahr

Die Berichtsperiode beginnt zum 01. Januar 2015 und endet am 31. Dezember 2015.

#### 4.1.2 Gültige Versionen

- Fallpauschalkatalog
- Abrechnungsregeln ("Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG" sowie "Klarstellungen und Fallbeispiele zu den Anwendungsregeln")
- Kodierungshandbuch
- Klassifikationen (CHOP und ICD-10-GM)
- Fehlertypologie

### 4.2 Ziehung der Stichprobe

Es wurden in dieser offiziellen Revision die nach dem SwissDRG-Kalkulationsmechanismus resultierenden 100 Fälle nach dem Zufallsprinzip gezogen, welche alle in der Berichtsperiode abgerechnet wurden. Das Vorgehen entsprach dem geforderten Ablauf, welcher im offiziellen Reglement für die Durchführung der Kodierrevision unter SwissDRG vorgegeben ist.

### 4.3 Bemerkungen

Die vorgängige Übersendung der relevanten Informationen und Daten war ebenso wie die Vorbereitung und Zurverfügungstellung der relevanten Stichprobendossiers wie auch des Revisionsarbeitsplatzes vorbildlich. Dafür sowie für die ausnahmslos partnerschaftliche Zusammenarbeit danken wir den Verantwortlichen bestens.

## 5. Feststellungen

### 5.1 Generelle Feststellungen

Im Rahmen der Vor Ort Revision hatte die Revisorin den identischen Zugang wie die vom Haus eingesetzten Kodierer. Demnach waren die Rahmenbedingungen realitätsgerecht und wurden abgerundet durch eine umfassende Organisation sowie die Gewährleistung von Ansprechbarkeiten bei Rückfragen.

### 5.2 Patientendossiers

#### 5.2.1 Anteil fehlender Krankheitsgeschichten

Für die oben beschriebene Revision lagen alle zu prüfenden Krankengeschichten vor.

## 5.2.2 Qualität der Dossierführung

Kriterium	Beurteilung
<b>Übersichtlichkeit</b>	Sehr gut, die Dossiers weisen eine logische und nachvollziehbare Struktur auf und generieren keine zusätzlichen Aufwände.
<b>Zeitliche Abfolge</b>	Sehr gut, die chronologische Abfolge ist gewährleistet und ermöglicht dem Kodierer eine Beurteilung des Behandlungsverlaufs entsprechend deren realem Verlauf ohne wesentliche Sortieraufwände zu generieren.
<b>Vollständigkeit</b>	Sehr gut, die Dossiers sind vollständig, so konnte die Revision ohne Rückfragen bzw. Nachbearbeitungsaufwand durchgeführt werden.
<b>Nebendiagnosen</b>	Sehr gut, die Nebendiagnosen sind im ausreichenden Mass dokumentiert und erlauben eine adäquate Verschlüsselung.

## 5.3 Festgestellte Fehler

### 5.3.1 Administrative Falldaten

Fehler bei:	Anzahl	Prozentsatz
Eintrittsart	0	0.0%
Einweisende Instanz	0	0.0%
Aufenthaltort 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%

### 5.3.2 Medizinische Falldaten (Diagnosen und Behandlungen)

#### 5.3.2.1 Anzahl Kodierfehler nach Fehlertyp

2015	richtig	falsch	fehlend	ungerechtfertigt	unnötig	total
Hauptdiagnose	100	0	0	0	0	100
Zusatz zur HD	0	0	1	0	0	1
Nebendiagnosen	186	0	7	7	0	200
Diagnosen total	286	0	8	7	0	301
Hauptbehandlung	100	0	0	0	0	100
Nebenbehandlungen	122	1	6	1	1	131

### 5.3.2.2 Anzahl der falsch kodierten Codes mit Stellenangabe

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

### 5.3.2.3 Prozentsatz der Kodierfehler nach Fehlertyp

	richtig	falsch	fehlend	ungerechtfertigt	unnötig
Hauptdiagnose	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Zusatz zur HD	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%
Nebendiagnosen	93.0%	0.0%	3.5%	3.5%	0.5%
Diagnosen total	95.0%	0.0%	2.7%	2.3%	0.0%
Hauptbehandlung	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Nebenbehandlungen	93.1%	0.8%	4.6%	0.8%	0.8%

### 5.3.2.4 Prozentsatz der falsch kodierten Codes mit Stellenangabe

	falsch 1. Stelle	falsch 2. Stelle	falsch 3. Stelle	falsch 4. Stelle	falsch 5. Stelle	falsch 6. Stelle	total
Hauptdiagnose							
Zusatz zur HD							
Nebendiagnosen							
Diagnosen total							
Hauptbehandlung						100.0%	100.0%
Nebenbehandlungen							

### 5.3.2.5 Anzahl und Prozentsatz unspezifischer Codes

#### Grundgesamtheit

	Anzahl unspezifischer Codes <sup>4</sup>	Prozentsatz unspezifischer Codes
Diagnosen	958	22.5%
Behandlungen	83	2.3%

#### Stichprobe

	Anzahl unspezifischer Codes <sup>5</sup>	Prozentsatz unspezifischer Codes
Diagnosen	43	14.2%
Behandlungen	5	2.1%

<sup>4</sup> Als unspezifische Codes gelten alle CHOP- und ICD-10-Kodes, welche die Bezeichnung „nicht näher bezeichnet“ (n.n.bez.) enthalten. Eine Ausnahme bilden die ICD Codes V01!-Y84!.

<sup>5</sup> Als unspezifische Codes gelten alle CHOP- und ICD-10-Kodes, welche die Bezeichnung „nicht näher bezeichnet“ (n.n.bez.) enthalten. Eine Ausnahme bilden die ICD Codes V01!-Y84!.

### 5.3.3 Lateralität der Diagnosen

Die Diagnosenlateralitäten der geprüften Falldossiers wiesen bei keinem der revidierten Fälle einen zu beanstandenden Zustand auf.

### 5.3.4 Ambulante Behandlungen auswärts

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

### 5.3.5 Abgrenzung Intensivmedizin

Die Klinik Seeschau verfügt über keine Intensivmedizin.

## 5.4 Basisdaten Intensivmedizin

Die Klinik Seeschau verfügt über keine Intensivmedizin.

### 5.4.1 Maschinelle Beatmung

	Anzahl	Prozentsatz
Richtig erfasst	Nicht vorhanden	Nicht vorhanden
Falsch erfasst	Nicht vorhanden	Nicht vorhanden
Nicht erfasst	Nicht vorhanden	Nicht vorhanden

### 5.4.2 NEMS

	Anzahl	Prozentsatz
Richtig erfasst	Nicht vorhanden	Nicht vorhanden
Falsch erfasst	Nicht vorhanden	Nicht vorhanden
Nicht erfasst	Nicht vorhanden	Nicht vorhanden

### 5.4.3 Schweregrad

	Anzahl	Prozentsatz
Richtig erfasst	Nicht vorhanden	Nicht vorhanden
Falsch erfasst	Nicht vorhanden	Nicht vorhanden
Nicht erfasst	Nicht vorhanden	Nicht vorhanden

### 5.4.4 Zusatzentgelte

	Anzahl	Prozentsatz
Richtig erfasst	Nicht vorhanden	Nicht vorhanden
Falsch erfasst	Nicht vorhanden	Nicht vorhanden
Nicht erfasst	Nicht vorhanden	Nicht vorhanden

### 5.4.5 Medikamente und Substanzen

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

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

## 5.5 DRG-Wechsel

### 5.5.1 Anzahl und Prozentsatz der Fälle mit DRG-Wechsel

	Höheres Kostengewicht nach Revision		Tieferes Kostengewicht nach Revision		Kein Einfluss auf Kostengewicht	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Aufgrund Änderung der Hauptdiagnose	0	0%	0	0	0	0
Aufgrund Änderung der Nebendiagnose	0	0%	0	0	0	0
Aufgrund Änderung der Behandlung	0	0%	0	0	0	0
Aufgrund sonstiger Änderungen	0	0%	0	0	0	0
Total	0	0%	0	0	0	0

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

Differenzen	Vorlage an das BfS	Anmerkungen
Keine	Keine	

### 5.5.3 CMI

CMI vor der Revision	1.0574
CMI nach der Revision	1.0574
% Veränderung des CMI	0.00%

<b>CMI vorher</b>	<b>CMI nachher</b>	<b>Untergrenze 1</b>	<b>CMI Differenz 1</b>
1.0574	1.0574	1.031180124	0

<b>Obergrenze 1</b>	<b>Untergrenze 2</b>	<b>CMI Differenz 2</b>	<b>Obergrenze 2</b>
1.083601179	97.52%	1	102.48%

<b>Standardabweichung CW-Differenzen</b>
0

## 5.6 Fallkombinationsfehler (Fallsplit, Fallzusammenführungen)

### 5.6.1 Festgestellte Fehler / Abweichung Kostengewicht

Fehlertyp	DRG-Nr.	Kostengewicht des Spital	Kostengewicht des Revisors	Kostengewichts differenz
Keine				

## 5.7 Kongruenz der Rechnungen

### 5.7.1 Festgestellte Fehler

	DRG-Nummer	Kostengewicht	Zusatzentgelte
Falsch	Keine		
Noch keine Rechnung vorhanden	Keine		
Sonstige	Keine		
Fehlend	Keine		

## 5.8 Vergleich Grundgesamtheit und Stichprobe

### 5.8.1 Anzahl Nebendiagnosen pro Patient

Anzahl Nebendiagnosen/Patient (Stichprobe)	1.93
Anzahl Nebendiagnosen/Patient (Grundgesamtheit)	1.79

### 5.8.2 Anzahl Behandlungen pro Patient

Anzahl Behandlungen/Patient (Stichprobe)	2.33
Anzahl Behandlungen/Patient (Grundgesamtheit)	2.35

### 5.8.3 Anzahl DRG-Fallgruppen

Anzahl DRG-Fallgruppen (Stichprobe)	38
Anzahl DRG-Fallgruppen (Grundgesamtheit)	121

### 5.8.4 Anzahl Fälle mit Zusatzentgelt

Anzahl Fälle mit Zusatzentgelten (Stichprobe)	0
Anzahl Fälle mit Zusatzentgelten (Grundgesamtheit)	0

### 5.8.5 Anzahl maschineller Beatmungen

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

### 5.8.6 Anzahl Fälle mit IPS-Behandlungen

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

## 5.9 Vergleichswerte

Insgesamt weist wie bereits auch die Jahre 2013 und 2014 ebenso das Jahr 2015 eine sehr gute Kodierqualität sowie Abrechnungskongruenz aus. So gibt es keine CMI-Differenz zum Vorjahr und der Kodierdifferenzierungsgrad sowie dessen Richtigkeit nahm in allen Bewertungskategorien zu, was als Ergebnis neben den sonstig dokumentierten Sachverhalten für sich und die sehr gute interne Leistungsqualität spricht (Vgl. im Wesentlichen Abschnitt 5.3.2 ff.). All dies dokumentiert ein vorbildliches Ergebnis.

## 6. Empfehlungen für die Verbesserung der Kodierung und Weiterentwicklung von SwissDRG / Hinweise des Revisors

Generell sind die Austritts- und OP-Berichte sehr gut und detailliert verfasst. Dies ermöglicht dem Kodierer eine optimale Abbildung der Fälle. Ergänzend wird empfohlen, die Berichte der unterschiedlichen Fachrichtungen inhaltlich einheitlicher zu gestalten. Die Standardisierung der Berichtsstruktur ist in einem ersten Schritt bereits sehr gut gelungen, nun wird nahe gelegt, die inhaltliche Berichtsdarlegung ebenso mehr zu vereinheitlichen, was so dann insgesamt einen vorbildlichen formalen wie inhaltlichen Berichtsstandard gewährleisten würde.

## 7. Anmerkungen Spitaldirektion

Die Spitaldirektion hat den vorliegenden Bericht geprüft sowie am 25. Mai 2016 nach Klärung weniger Rückfragen freigegeben.

---

Bei Rückfragen sind wir gerne erreichbar und hoffen, Ihnen mit unseren Dienstleistungen gedient zu haben. Wir danken herzlich für Ihr Vertrauen und die ausnahmslos konstruktive Zusammenarbeit!

**Bei Rückfragen sind wir gerne für Sie erreichbar:**

via Telefon: 043 - 508 25 47 oder Email: [kontakt@medCare-schweiz.ch](mailto:kontakt@medCare-schweiz.ch)

25. Mai 2016 / Helena Santacatterina

## Anhang 1

### Verpflichtungserklärung und Unabhängigkeitsbestätigung des Revisors bezüglich der Kodierrevision der Daten 2015 im revidierten Betrieb.

1. Der Revisor verpflichtet sich, die Kodierrevision auf der Grundlage des aktuellen Reglements für die Durchführung der Kodierrevision unter SwissDRG 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 er während der Revisionsperiode und während der Dauer der Revision nicht als Kodierer 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.

Männedorf, den 25. Mai 2016

medCare Schweiz AG  
Leisibüelstrasse 19  
CH-8708 Männedorf / Zürich  
www.medCare-schweiz.ch

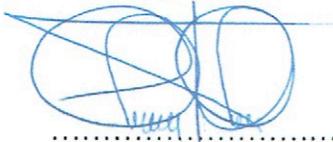
.....  
Helena Santacatterina  
Kodierrevisorin

## Anhang 2

### Vollständigkeitserklärung des revidierten Betriebes bezüglich der Datenlieferung für Kodierrevision der Daten 2015.

Wir bestätigen, dass der Revisorin für die Stichprobenziehung alle nach SwissDRG fakturierten Fälle mit Austritt zwischen 1. Januar 2015 und 31. Dezember 2015 übermittelt wurden.

Kreuzlingen, den 25. Mai 2016



.....  
Klinik Seeschau  
Christian Juchli  
Direktor