

Klinik Seeschau AG

Revisionsbericht Kodierung

Revision der Daten 2020

März 2021

Revisorin
Santacatterina Helena
für CHB GmbH Schweiz

Inhaltsverzeichnis

ZUSAMMENFASSUNG	4
REVISIONSERGEBNISSE IM ÜBERBLICK	4
KENNZAHLENVERGLEICH GRUNDGESAMTHEIT UND STICHPROBE.....	5
1 DURCHFÜHRUNG DER REVISION	6
1.1 BERICHTSPERIODE.....	6
1.2 GÜLTIGE VERSIONEN.....	6
1.3 BERECHNUNG UND ZIEHUNG DER STICHPROBE	6
1.4 BESCHREIBUNG DER ZEITLICHEN ABFOLGE DER REVISION.....	6
1.5 QUALIFIKATION DES REVISORS	7
1.6 UNABHÄNGIGKEIT DES REVISORS	7
1.7 BEMERKUNGEN	7
2 FESTSTELLUNGEN	8
2.1 GENERELLE FESTSTELLUNGEN	8
2.2 ADMINISTRATIVE GRUNDLAGEN	8
2.2.1 <i>Patientendossiers</i>	8
2.2.2 <i>Administrative Falldaten</i>	9
2.2.3 <i>Fallkombinationsfehler (Fallspütt, Fallzusammenführung)</i>	9
2.2.4 <i>Kongruenz der Rechnungsstellung</i>	10
2.3 DIAGNOSEN UND BEHANDLUNGEN	11
2.3.1 <i>Festgestellte Fehler</i>	11
2.3.2 <i>Angaben zu den Kodierfehlern</i>	12
2.3.3 <i>Zuweisung der Hauptdiagnose</i>	14
2.3.4 <i>Zuweisung der Zusatzdiagnose</i>	14
2.3.5 <i>Zuweisung der Hauptbehandlung</i>	14
2.3.6 <i>Lateralität der Diagnosen und Prozeduren</i>	15
2.3.7 <i>Ambulante Behandlung auswärts</i>	15
2.3.8 <i>Vergleich Grundgesamtheit und Stichprobe</i>	16
2.4 INTENSIVMEDIZIN UND IMCU.....	17
2.4.1 <i>Basisdaten Intermediate Care Unit (IMCU)</i>	17
2.4.2 <i>Basisdaten Intensivmedizin</i>	17
2.5 ZUSATZENTGELTE	18
2.6 MEDIKAMENTE UND SUBSTANZEN	18
2.7 DRG-WECHSEL	19
2.7.2 <i>Anzahl und Prozentsatz der Fälle mit DRG-Wechsel</i>	19
2.7.3 <i>Differenzen mit/ohne Vorlage an das BFS</i>	19
2.8 KOSTENGEWICHTE.....	20
2.8.1 <i>Schätzung des CMI des Spitals vor und nach Revision</i>	20
2.8.2 <i>Kostengewichtsdifferenzen</i>	20
2.8.3 <i>Geschätzte Standardabweichung der Kostengewichtsdifferenzen und des Anteils der Kostengewichtsdifferenzen, welche ungleich Null sind</i>	20
2.9 VERGLEICH MIT FRÜHEREN REVISIONEN	21
3 EMPFEHLUNGEN	22
3.1 EMPFEHLUNGEN FÜR DIE VERBESSERUNG DER KODIERUNG IM SPITAL	22
3.2 EMPFEHLUNGEN FÜR DIE WEITERENTWICKLUNG VON SWISSDRG.....	22
3.3 WEITERE HINWEISE DES REVISORS.....	22
4 ANMERKUNGEN GESCHÄFTSLEITUNG	23
ANHANG 1: NACHWEISE	24
VERPFLICHTUNGSERKLÄRUNG.....	24

ANHANG 2: LEISTUNGSÜBERSICHT DES SPITALS IN DER BERICHTSPERIODE	26
<i>Anzahl der stationär behandelten Fälle gesamte Institution.....</i>	<i>26</i>
SWISSDRG-FÄLLE	26
<i>Nach Herkunftskanton und Versicherungsart.....</i>	<i>26</i>
<i>Anzahl und Prozentsatz nach Ausreisserkategorie und Versicherungsart.....</i>	<i>27</i>
<i>Anzahl und Prozentsatz nach Ausreisserkategorie und Herkunftskanton</i>	<i>27</i>
CMI.....	28
<i>Nach Ausreisserkategorie und Versicherungsart.....</i>	<i>28</i>
<i>Nach Ausreisserkategorie und Herkunftskanton.....</i>	<i>28</i>
ANZAHL ZUSATZENTGELTE	28
ANZAHL UND PROZENTSATZ DER FÄLLE, WELCHE IN DIE BASIS-DRGs 901, 902, 960, 961, 962 UND 963 GRUPPIERT WURDEN	29
PROZENTSATZ DER LANGLIEGER OHNE NEBENDIAGNOSE UND PROZEDUR UND MIT PCCL <= 2.....	29
PROZENTSATZ DER FÄLLE MIT ÜBER 5 TAGE AUFENTHALTSDAUER UND MIT R-HAUPTDIAGNOSEKODE.....	29
<i>Glossar.....</i>	<i>30</i>

Zusammenfassung

Ziel der jährlichen obligatorischen Kodierrevision ist eine Beurteilung der Kodierqualität, der vorhandenen Dokumentation und Überprüfung der korrekten Rechnungsstellung durch einen unabhängigen Revisor.

Die Bestimmungen zur Organisation und Durchführung einer Revision sind im "Reglement für die Durchführung der Kodierrevision unter SwissDRG", herausgegeben von der SwissDRG AG, festgehalten.

Aufgrund des Revisionsergebnisses des Vorjahres wurde eine Stichprobengrösse von 100 Fällen bestimmt.

Revisionsergebnisse im Überblick

Kennzahl	Wert	Anteil
Stichprobengrösse	100	
CMI des Spitals vor Revision (Stichprobe)	1.081480	
Geschätzter CMI des Spitals nach Revision (Stichprobe)	1.081480	
Statistische Signifikanz der Abweichung des CMI des Spitals vor und nach Revision	Nein	
Geschätzte Differenz des CMI des Spitals vor und nach Revision	0.000000	0.0%
Revidierte Fälle mit DRG Wechsel	0	0.000%
Richtige Hauptdiagnosen	98	98.0%
Richtiger Zusatz zur Hauptdiagnose	0	0.0%
Richtige Nebendiagnosen	273	99.6%
Richtige Hauptbehandlung	99	99.0%
Richtige Nebenbehandlung	131	100.0%
Revidierte Fälle mit richtigen Basisdaten Intensivmedizin	-	-
Revidierte Fälle mit richtigen Basisdaten Intermediate Care Unit	-	-
Richtige Zusatzentgelte	-	-
Richtige Medikamente und Substanzen	-	-
Beanstandete Fallkombinationsfehler	0	0.0%
Beanstandete Rechnungslegungen	0	0.0%
Fehlende Krankengeschichten	0	0.0%
Richtig erfasste externe ambulante Leistungen	-	-

Kennzahlenvergleich Grundgesamtheit und Stichprobe

	Grundgesamtheit		Stichprobe	
Fälle mit Zusatzentgelt	0	0.0%	0	0.0%
Fälle mit erfasster Beatmung	0	0.0%	0	0.0%
Fälle mit IPS-Aufenthalt	0	0.0%	0	0.0%
Fälle mit IMC Unit-Aufenthalt	0	0.0%	0	0.0%
Fälle mit extern erbrachten Leistungen	0	0.0%	0	0.0%
CMI	1.081026		1.081480	
Zusatzentgelte	0		0	

1 Durchführung der Revision

1.1 Berichtsperiode

Revidiert wurden die Falldaten mit Austritt vom 1.1. bis zum 31.12.2020.

1.2 Gültige Versionen

SwissDRG Katalog	Fallpauschalenkatalog Version 9.0
SwissDRG Grouper	Abrechnungsversion 2020/2020
SwissDRG Abrechnungsregeln	Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG Version Juni/2019 , Stand 14. Juni 2019
	Klarstellung und Fallbeispiele zu den Anwendungsregeln Version 4.5, Stand 06.Juli 2020
Kodierregeln	BFS Kodierungshandbuch Version 2020, FAQs und Rundschreiben für Kodiererinnen und Kodierer mit Gültigkeit bis 31.12.2020
Diagnosekodes	ICD-10 GM 2018
Behandlungskodes	CHOP 2020
Fehlertypologie	MedPlaus 6.0.4.0

1.3 Berechnung und Ziehung der Stichprobe

Für Planung und Auswertung der Revision wurde die Methode von Prof. Lutz Dümbgen und Qiyu Li vom Institut für Angewandte Statistik der Universität Bern benutzt. Die Beschreibung der Methode liegt diesem Bericht bei.

Anhand der Ergebnisse der Revision des Vorjahres mit einer CW-Wechselquote von 0.0% kann gemäss Reglement die minimale Stichprobengrösse von 100 Fällen angewendet werden.

Aus den 1'943 stationären akutsomatischen und mit SwissDRG abgerechneten Fällen wurde eine Stichprobe von 100 Fällen gezogen. 1 potenzielle Wiederkehrer wurden der Stichprobe hinzugefügt.

Die Stichprobengrösse vor Revision beträgt somit 101 Fälle.

1.4 Beschreibung der zeitlichen Abfolge der Revision

Die Dokumentationen der 101 Fälle der Stichprobe wurden der Revisorin per Post zugesandt und am 08.04.2021 kontrolliert.

Die Ergebnisse der Revision wurden Frau Daniela Greco, der Verantwortlichen für die Revision, am 14.04.2021 per Mail mitgeteilt.

1.5 Qualifikation des Revisors

Der Revisor erfüllt alle relevanten fachlichen Voraussetzungen zur Durchführung einer Swiss-DRG-Kodierrevision.

1.6 Unabhängigkeit des Revisors

Der Revisor bestätigt im Anhang 1 die Unabhängigkeit vom revidierten Betrieb.

1.7 Bemerkungen

Keine.

2 Feststellungen

2.1 Generelle Feststellungen

Es gibt keine speziellen Feststellungen genereller Art. Die Kodierung ist insgesamt von sehr guter Qualität. Es sind keine systematischen Fehler festzustellen, welche Auswirkungen auf DRG oder Kostengewicht haben könnten.

2.2 Administrative Grundlagen

2.2.1 Patientendossiers

Gesamt:

Urteil	Anzahl	Anteil
Vollständig	100	100.0%
Unvollständig	0	0.0%
Fehlend	0	0.0%

Nach Dokument:

Dokument	vollständig	unvollständig	fehlend	irrelevant	Total
Austrittsberichte	100/100.0%	0/0.0%	0/0.0%	0/0.0%	100
OP Berichte	99/100.0%	0/0.0%	0/0.0%	1/1.0%	99
Histologieberichte	38/100.0%	0/0.0%	0/0.0%	62/62.0%	38
Endoskopieberichte	0/0.0%	0/0.0%	0/0.0%	100/100.0%	0
Labordokumentation	1/100.0%	0/0.0%	0/0.0%	99/99.0%	1
IPS Berichte	0/0.0%	0/0.0%	0/0.0%	100/100.0%	0
Pflegedokumentation	89/100.0%	0/0.0%	0/0.0%	11/11.0%	89
Konsilien Fachärzte	0/0.0%	0/0.0%	0/0.0%	100/100.0%	0
Sonstige Unters.berichte	0/0.0%	0/0.0%	0/0.0%	100/100.0%	0

Auflistung der Beanstandungen:

Fall	Bemerkungen

Qualität der Dossierführung

Die Dossierführung ist sehr gut. Alles elektronisch abgelegt sehr übersichtlich und gut zu finden. Die Operations- und Austrittsberichte sind ausführlich und gut zu verstehen

2.2.2 Administrative Falldaten

Gesamt:

Urteil	Anzahl	Anteil
Keine Änderungen	100	100.0%
Änderungen	0	0.0%

Änderungen im Detail:

Fehler bei:	Anzahl	Anteil
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%

Auflistung der Beanstandungen:

Fall	Bemerkungen

2.2.3 Fallkombinationsfehler (Fallsplitt, Fallzusammenführung)

In der Stichprobe fanden sich insgesamt 2 Fallkonstellationen für die Möglichkeit einer Fallzusammenführung. Dabei wurde das Fallmanagement in allen Fällen korrekt gehandhabt.

Festgestellte Fehler

	Typ	Fall	Eintritt	Austritt	LOS	DRG	CW Spital	CW Rev.	CW Diff.
Total							0.0000	0.0000	0.0000

Es wurden keine Fehler festgestellt.

Abweichung Kostengewicht

Es wurden keine Fehler festgestellt.

2.2.4 Kongruenz der Rechnungsstellung

100 von 100 Rechnungen wurden von der Revisorin kontrolliert. Im Rahmen der Revision wurde in keinem Fall der Stichprobe eine Abweichung in der Rechnungslegung festgestellt.

Urteil	DRG	Kostengewicht	Zusatzentgelte
richtig	100	100	0
falsch	0	0	0
nicht beurteilbar	0	0	
sonstige	0	0	
fehlend			0

Auflistung der Beanstandungen:

Fall	Bemerkungen
------	-------------

Abweichung Kostengewicht

Der CMI der Spalkodierung ist 1.081480. Der fakturierte CMI ist 1.081480. Die Abweichung ist somit 0.0%.

2.3 Diagnosen und Behandlungen

2.3.1 Festgestellte Fehler

Auflistung der Beanstandungen:

Fall	Bemerkungen				
16-0000114347	Wechsel HD Patientin tritt ein mit Schenkelhalsfraktur nach Sturz bei bestehender Koxarthrose				
26-0000110358	HD geändert ist im Bericht als Adenom der Prostata beschrieben				
42-0000112644	Seitenangabe fehlt Knie links				
90-0000112121	54.21.20 wird nicht als Hauptprozedur codiert und ist der Zugang für Interventionen				
	Anmerkungen Kodierung	Anmerkungen Revision			
16-0000114347	O.K.	Somit erledigt.			
26-0000110358	Kodierung nach Histologie: benigner Prostatahyperplasie. Exkl.: unter D29.1	Somit erledigt.			
42-0000112644	O.K.	Somit erledigt.			
90-0000112121	Reihenfolge der Nebendiagnosen: Es gibt keine Kodierrichtlinie, die die Reihenfolge der Nebendiagnosen regelt. Siehe Kodierungshandbuch G54g auf Seite 35.	Die Reihenfolge der Nebendiagnosen bewerten wir hier als irrelevant. Primär relevant für uns ist, dass der operative Zugang nicht als Hauptbehandlung codiert wurde			

2.3.2 Angaben zu den Kodierfehlern

Anzahl der Kodierfehler nach Fehlertyp

	richtig	falsch	fehlend	ungerechtfertigt	unnötig	total
Hauptdiagnose	99	0	0	0	1	100
Zusatz zur HD	0	0	0	0	0	0
Nebendiagnosen	273	0	1	0	0	274
Diagnosen total	372	0	1	0	1	374
Hauptbehandlung	100	0	0	0	0	100
Nebenbehandlungen	131	0	0	0	0	131
Behandlungen total	231	0	0	0	0	231

Betroffene Fälle

ND fehlend: 26-0000110358

Anzahl der falsch kodierten Codes mit Stellenangabe

(Spalte 3 der Tabelle „Anzahl der Kodierfehler nach Fehlertyp“)

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

Prozentsatz der Kodierfehler nach Fehlertyp

	richtig	falsch	fehlend	ungerechtfertigt	unnötig
Hauptdiagnose	99.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.0%
Zusatz zur HD	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Nebendiagnosen	99.6%	0.0%	0.4%	0.0%	0.0%
Diagnosen total	99.5%	0.0%	0.3%	0.0%	0.3%
Hauptbehandlung	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Nebenbehandlungen	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Behandlungen total	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

Prozentsatz der falsch kodierten Codes mit Stellenangabe

(Spalte 3 der Tabelle „Prozentsatz der Kodierfehler nach Fehlertyp“)

	falsch 1. Stelle	falsch 2. Stelle	falsch 3. Stelle	falsch 4. Stelle	falsch 5. Stelle	falsch 6. Stelle	total
Hauptdiagnose	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Zusatz zur HD	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Nebendiagnosen	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Diagnosen total	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Hauptbehandlung	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Nebenbehandlungen	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Behandlungen total	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

2.3.3 Zuweisung der Hauptdiagnose

Zuweisung	Anzahl	Prozent
Keine Änderung der Spitalkodierung	98	98.0%
Kode durch richtigen Code ersetzt ^{1*}	0	0.0%
Fehlenden Code durch neuen ersetzt ^{2*}	1	1.0%
Durch bestehende Nebendiagnose zugeordnet ^{3*}	1	1.0%

Betroffene Fälle

1*

2* 26-0000110358

3* 16-0000114347

2.3.4 Zuweisung der Zusatzdiagnose

Zuweisung	Anzahl	Prozent
Keine Änderung der Spitalkodierung	0	0.0%
Kode durch richtigen Code ersetzt ^{1*}	0	0.0%
Fehlenden Code durch neuen ersetzt ^{2*}	0	0.0%
Durch bestehende Nebendiagnose zugeordnet ^{3*}	1	100.0%

Betroffene Fälle

1*

2*

3* 16-0000114347

2.3.5 Zuweisung der Hauptbehandlung

Zuweisung	Anzahl	Prozent
Keine Änderung der Spitalkodierung	99	99.0%
Kode durch richtigen Code ersetzt ^{1*}	0	0.0%
Fehlenden Code durch neuen ersetzt ^{2*}	0	0.0%
Durch bestehende Nebenbehandlung zugeordnet ^{3*}	1	1.0%

Betroffene Fälle

1*

2*

3* 90-0000112121

2.3.6 Lateralität der Diagnosen und Prozeduren

Lateralität der Diagnosen

Urteil	Anzahl Urteile	Prozentualer Anteil
richtig	124	100.0%
falsch	0	0.0%
fehlend	0	0.0%
unnötig	0	0.0%
nicht beurteilbar	0	0.0%
Gesamt	124	100.0%

Lateralität der Prozeduren

Urteil	Anzahl Urteile	Prozentualer Anteil
richtig	145	99.3%
falsch	0	0.0%
fehlend	1	0.7%
unnötig	0	0.0%
nicht beurteilbar	0	0.0%
Gesamt	146	100.0%

2.3.7 Ambulante Behandlung auswärts

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

2.3.8 Vergleich Grundgesamtheit und Stichprobe

Anzahl Fälle

Anzahl Fälle (Stichprobe)	100
Anzahl Fälle (Grundgesamtheit)	1'943

CMI

CMI der Stichprobe	1.081480
CMI der Grundgesamtheit	1.081026

Anzahl und Prozentsatz unspezifischer Codes an der Spalkodierung

	unspezifische Codes der Grundgesamtheit		unspezifische Codes der Stichprobe	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Diagnosen	1'422	21.0%	81	21.7%
Prozeduren	0	0.0%	0	0.0%

Anzahl Nebendiagnosen/Patient

Anzahl Nebendiagnosen/Patient (Stichprobe nach Revision)	2.72
Anzahl Nebendiagnosen/Patient (Grundgesamtheit)	2.49

Anzahl Behandlungen/Patient

Anzahl Behandlungen/Patient (Stichprobe nach Revision)	2.31
Anzahl Behandlungen/Patient (Grundgesamtheit)	2.48

Anzahl DRG Fallgruppen

Anzahl DRG Fallgruppen (Stichprobe nach Revision)	39
Anzahl DRG Fallgruppen (Grundgesamtheit)	137

Anzahl Zusatzentgelte und Prozentsatz Fälle mit Zusatzentgelt

Zusatzentgelte (Stichprobe vor Revision)	0	
Zusatzentgelte (Grundgesamtheit)	0	
Fälle mit Zusatzentgelt (Stichprobe vor Revision)	0	0.0%
Fälle mit Zusatzentgelt (Grundgesamtheit)	0	0.0%

Anzahl und Prozentsatz Fälle mit erfassten Beatmungen

Prozentsatz maschineller Beatmungen (Stichprobe vor Revision)	0	0.0%
Prozentsatz maschineller Beatmungen (Grundgesamtheit)	0	0.0%

Anzahl und Prozentsatz Fälle mit IPS-Behandlung

Fälle mit IPS Aufenthalt (Stichprobe vor Revision)	0	0.0%
Fälle mit IPS Aufenthalt (Grundgesamtheit)	0	0.0%

Anzahl und Prozentsatz Fälle mit ICMU-Behandlung

Fälle mit ICMU Aufenthalt (Stichprobe vor Revision)	0	0.0%
Fälle mit ICMU Aufenthalt (Grundgesamtheit)	0	0.0%

Anzahl und Prozentsatz Fälle mit externen ambulanten Leistungen

Fälle mit externen ambulanten Leistungen (Stichprobe vor Revision)	0	0.0%
Fälle mit externen ambulanten Leistungen (Grundgesamtheit)	0	0.0%

2.4 Intensivmedizin und IMCU

2.4.1 Basisdaten Intermediate Care Unit (IMCU)

Die Klinik Seeschau AG betreibt keine SGI-anerkannte Intermediate Care Unit.

NEMS + Schweregrad (S/P/C)

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

Auflistung der Beanstandungen:

Fall	Bemerkungen

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

2.4.2 Basisdaten Intensivmedizin

Die Klinik Seeschau AG betreibt keine SGI-anerkannte Intensivpflegestation.

Maschinelle Beatmung

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

Auflistung der Beanstandungen:

Fall	Bemerkungen

Nems

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

Auflistung der Beanstandungen:

Fall	Bemerkungen

Schweregrad

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

Auflistung der Beanstandungen:

Fall	Bemerkungen

Revidierte Fälle mit richtigen Basisdaten IPS	- von -	-
---	---------	---

2.5 Zusatzentgelte

In der Klinik Seeschau AG wurden keine Zusatzentgelte generiert.

Urteil	Anzahl Urteile	Prozentualer Anteil
richtig	0	0.0%
falsch	0	0.0%
fehlend	0	0.0%
Gesamt	0	0.00%

Auflistung der Beanstandungen:

Fall	Bemerkungen

2.6 Medikamente und Substanzen

Die Klinik Seeschau AG hat keine Medikamente und Substanzen erfasst.

Urteil	Anzahl Urteile	Prozentualer Anteil
richtig	-	-
falsch	-	-
fehlend	-	-
Gesamt	-	-

Auflistung der Beanstandungen:

Fall	Bemerkungen

2.7 DRG-Wechsel

2.7.2 Anzahl und Prozentsatz der Fälle mit DRG-Wechsel

	Höheres Kostengewicht nach Revision		Tieferes Kostengewicht nach Revision		Kein Einfluss auf Kostengewicht	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Aufgrund Änderung Hauptdiagnose	0	0.00%	0	0.00%	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%	0	0.00%	0	0.00%
Total	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%

2.7.3 Differenzen mit/ohne Vorlage an das BFS

	DRG vor Revision	DRG nach Revision	Kostengewicht vor Revision	Kostengewicht nach Revision	Differenz Kostengewicht	Ursachen

Es wurde kein Fall dem BFS zur Beurteilung vorgelegt.

Legende zu DRG Wechsel:

DRG	Bezeichnung

2.8 Kostengewichte

2.8.1 Schätzung des CMI des Spitals vor und nach Revision

	Summe CW	Anzahl	CMI
Gesamtdatei vor der Revision	2100.4	1'943	1.081026
CMI der Stichprobe vor der Revision	108.1480	100	1.081480
CMI der Stichprobe nach der Revision	108.1480	100	1.081480
Geschätzte Differenz des CMI des Spitals vor und nach Revision			0.000000%
95%-Vertrauensintervall der Differenz des CMI des Spitals vor und nach Revision		Untere Grenze:	-0.098607
		Obere Grenze:	0.098607

Da die Vertrauensbereiche den Wert „0“ einschliessen, bedeutet dies, dass es keine statistisch signifikante Abweichung des CMI vor und nach Revision gibt.

2.8.2 Kostengewichtsdifferenzen

Fallnummer	Kostengewicht vor Revision	Kostengewicht nach Revision

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

Geschätzte Standardabweichung der Kostengewichtsdifferenzen des Spitals vor und nach Revision	0.000000
Geschätzte Standardabweichung der Kostengewichtsdifferenzen des Spitals vor und nach Revision, welche ungleich Null sind	nv
Geschätzter Anteil der Kostengewichtsdifferenzen, welche ungleich Null sind	0.000%.

2.9 Vergleich mit früheren Revisionen

Bewertung	Prozentuale Anteile 2019	Prozentuale Anteile 2020
Stichprobengrösse	100	100
Fehlende Krankengeschichten	0.0%	0.0%
Richtige Hauptdiagnosen	100.0%	98.0%
Richtige Diagnosen	98.4%	99.5%
Falsche Diagnosen	0.0%	0.0%
Fehlende Diagnosen	1.6%	0.3%
Richtige Hauptbehandlungen	100.0%	99.0%
Richtige Behandlungen	97.8%	100.0%
Falsche Behandlungen	0.4%	0.0%
Fehlende Behandlungen	1.3%	0.0%
Richtige Basisdaten Intensivmedizin	-	-
Richtige Zusatzentgelte	0.0%	0.0%
Richtige Medikamente und Substanzen	-	-
Beanstandungen Fallmanagement	0.0%	0.0%
Beanstandungen Rechnungslegung	0.0%	0.0%
Anzahl DRG Wechsel	0	0
DRG Wechsel	0.000%	0.000%
CMI Abweichung	0.0%	0.0%

3 Empfehlungen

3.1 Empfehlungen für die Verbesserung der Kodierung im Spital

Es gibt von Seiten der Revisorin keine nennenswerten Verbesserungsvorschläge.

3.2 Empfehlungen für die Weiterentwicklung von SwissDRG

Es gibt von Seiten der Revisorin keine Empfehlung an SwissDRG.

3.3 Weitere Hinweise des Revisors

Keine.

4 Anmerkungen Geschäftsleitung

Keine.

Anhang 1: Nachweise

Verpflichtungserklärung

1. Der Revisor verpflichtet sich, die Kodierrevision auf der Grundlage des Reglements für die Durchführung der Kodierrevision unter SwissDRG, Version 8.0 vom 14.06.2019 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 Geburtshaus. Er bestätigt insbesondere, dass er während der Revisionsperiode und während der Dauer der Revision nicht als Kodierer im revidierten Geburtshaus tätig war und auch in keinem anderen Anstellungs- oder Mandatsverhältnis oder in anderweitig finanziellen Abhängigkeiten mit dem revidierten Geburtshaus steht. Allfällige Abhängigkeiten von einem Kostenträger sind im Revisionsbericht vollständig offengelegt.

Männedorf, den 26. April 2021



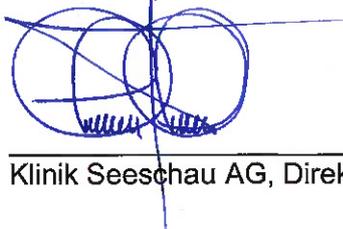
CHB Schweiz GmbH, Geschäftsleitung

Vollständigkeitserklärung in der Klinik Seeschau AG bezüglich Datenlieferung für Kodierrevision der Daten 2020

Wir bestätigen, dass den Revisoren für die Stichprobenziehung alle in der Klinik Seeschau AG nach SwissDRG fakturierten Fälle mit Austritt zwischen 1. Januar und 31. Dezember 2020 übermittelt wurden.

Kreuzlingen, 06. Mai 2021

Ort, Datum

A handwritten signature in blue ink, consisting of several overlapping loops and a vertical line extending downwards.

Klinik Seeschau AG, Direktion

Anhang 2: Leistungsübersicht des Spitals in der Berichtsperiode

Anzahl der stationär behandelten Fälle gesamte Institution

	KV	UV	MV	IV	SZ	Andere	Total
Akutsomatik (SwissDRG-Fälle)	1'832	85	8	7	11	0	1'943
Psychiatrie							
Rehabilitation							
Wartepatienten und andere nicht mit swissDRG abgerechnete Fälle							
Total	1'832	85	8	7	11	0	1'943

SwissDRG-Fälle

Nach Herkunftskanton und Versicherungsart

	KV	UV	MV	IV	SZ	Andere	Total
TG	1'650	75	6	7	7	0	1'745
AG	4	2	0	0	0	0	6
AI	2	0	0	0	0	0	2
AR	4	1	0	0	0	0	5
BE	5	0	0	0	0	0	5
GL	9	0	0	0	0	0	9
GR	1	0	1	0	0	0	2
LU	3	0	0	0	0	0	3
SG	51	3	0	0	0	0	54
SH	5	0	0	0	0	0	5
SZ	6	0	0	0	0	0	6
ZH	82	1	1	0	0	0	84
Sonstige	10	3	0	0	4	0	17
Total	1'832	85	8	7	11	0	1'943

Anzahl und Prozentsatz nach Ausreisserkategorie und Versicherungsart

	Normalfälle				Untere Ausreisser		Obere Ausreisser		Unbewertete DRG		Total
	Ohne Abschlag		Mit Abschlag								
KV	1'647	89.9%	2	0.1%	141	7.7%	42	2.3%	0	0.0%	1'832
UV	77	90.6%	0	0.0%	7	8.2%	1	1.2%	0	0.0%	85
MV	7	87.5%	0	0.0%	0	0.0%	1	12.5%	0	0.0%	8
IV	5	71.4%	0	0.0%	2	28.6%	0	0.0%	0	0.0%	7
SZ	10	90.9%	0	0.0%	0	0.0%	1	9.1%	0	0.0%	11
Andere	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0
Total	1'746	89.9%	2	0.1%	150	7.7%	45	2.3%	0	0.0%	1'943

Anzahl und Prozentsatz nach Ausreisserkategorie und Herkunftskanton

	Normalfälle				Untere Ausreisser		Obere Ausreisser		Unbewertete DRG		Total
	Ohne Abschlag		Mit Abschlag								
TG	1'576	90.3%	2	0.1%	126	7.2%	41	2.3%	0	0.0%	1'745
AG	6	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	6
AI	2	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2
AR	5	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	5
BE	4	80.0%	0	0.0%	1	20.0%	0	0.0%	0	0.0%	5
GL	5	55.6%	0	0.0%	4	44.4%	0	0.0%	0	0.0%	9
GR	2	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2
LU	3	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	3
SG	45	83.3%	0	0.0%	8	14.8%	1	1.9%	0	0.0%	54
SH	3	60.0%	0	0.0%	1	20.0%	1	20.0%	0	0.0%	5
SZ	6	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	6
ZH	74	88.1%	0	0.0%	9	10.7%	1	1.2%	0	0.0%	84
Sonstige	15	88.2%	0	0.0%	1	5.9%	1	5.9%	0	0.0%	17
Total	1'746	89.9%	2	0.1%	150	7.7%	45	2.3%	0	0.0%	1'943

CMI

Nach Ausreisserkategorie und Versicherungsart

	Normalfälle		Untere Ausreisser	Obere Ausreisser	Total
	Ohne Abschlag	Mit Abschlag			
KV	1.128410	1.224500	0.547766	1.325095	1.088335
UV	0.984805	-	0.471857	0.857000	0.941059
MV	0.968714	-	-	1.497000	1.034750
IV	1.049200	-	1.072000	-	1.055714
SZ	0.976800	-	-	1.178000	0.995091
Andere	-	-	-	-	-
Total	1.120341	1.224500	0.551213	1.315244	1.081026

Nach Ausreisserkategorie und Herkunftskanton

	Normalfälle		Untere Ausreisser	Obere Ausreisser	Total
	Ohne Abschlag	Mit Abschlag			
TG	1.122655	1.224500	0.538667	1.314024	1.085101
AG	1.381000	-	-	-	1.381000
AI	1.729500	-	-	-	1.729500
AR	1.161400	-	-	-	1.161400
BE	0.881750	-	0.759000	-	0.857200
GL	0.820200	-	0.625750	-	0.733778
GR	0.925000	-	-	-	0.925000
LU	0.687000	-	-	-	0.687000
SG	1.028600	-	0.617750	0.973000	0.966704
SH	1.251667	-	0.633000	2.062000	1.290000
SZ	1.268167	-	-	-	1.268167
ZH	1.145973	-	0.593333	1.098000	1.086190
Sonstige	1.017800	-	0.633000	1.178000	1.004588
Total	1.120341	1.224500	0.551213	1.315244	1.081026

Anzahl Zusatzentgelte

Es wurden keine Zusatzentgelte verrechnet.

Zusatzentgelt	Bezeichnung	Betrag	KV	UV	MV	IV	SZ	Andere	Total
	Total	0.00	0	0	0	0	0	0	0

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

DRG	Anzahl	Prozentsatz
901 Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose	0	0.00%
902 Nicht ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose	0	0.00%
960 Nicht gruppierbar	0	0.00%
961 Unzulässige Hauptdiagnose	0	0.00%
962 Unzulässige geburtshilfliche Diagnosekombination	0	0.00%
963 Neonatale Diagnose unvereinbar mit Alter oder Gewicht	0	0.00%

Grundgesamtheit: 347

Prozentsatz der Langlieger ohne Nebendiagnose und Prozedur und mit PCCL ≤ 2

Anzahl Langlieger in der Grundgesamtheit	0
Prozentsatz der Langlieger ohne Nebendiagnose und ohne Prozedur und mit PCCL ≤ 2 in der Grundgesamtheit	0

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

Anzahl Fälle mit über 5 Tagen Aufenthaltsdauer in der Grundgesamtheit	0
Prozentsatz der Fälle mit über 5 Tagen Aufenthaltsdauer und mit R-Hauptdiagnosekode in der Grundgesamtheit	0

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