

**Spitalregion Rheintal-
Werdenberg-Sarganserland,
Bericht über die Kodierrevision
Daten 2013 REVISION**

14.7.2014

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	4
1.1.	Ausgangslage	4
1.2.	Qualifikation des Revisors	4
1.3.	Unabhängigkeit des Revisors	4
2.	Zusammenfassung	5
3.	Leistungsübersicht des Spitals in der Berichtsperiode	6
3.1.	Anzahl der stationär behandelten Fälle gesamte Institution	6
3.2.	Anzahl SwissDRG-Fälle nach Herkunftskanton und Versicherungsart	6
3.3.	Anzahl und Prozentsatz Fälle	7
3.3.1.	Nach Ausreisserkategorie und Versicherungsart	7
3.3.2.	Nach Ausreisserkategorie und Herkunftskanton	8
3.4.	CMI	9
3.4.1.	Nach Ausreisserkategorie und Versicherungsart	9
3.4.2.	Nach Ausreisserkategorie und Herkunftskanton	9
4.	Durchführung der Revision	10
4.1.	Berichtsperiode und Grundlage für die Beurteilung	10
4.1.1.	Berichtsjahr	10
4.1.2.	Gültige Versionen	10
4.2.	Ziehung der Stichprobe	10
4.3.	Bemerkungen	10
5.	Feststellungen	11
5.1.	Generelle Feststellungen	11
5.2.	Patientendossiers	11
5.2.1.	Vollständigkeit der Dossiers	11
5.2.2.	Qualität der Dossierführung	11
5.3.	Festgestellte Fehler	12
5.3.1.	Administrative Falldaten	12
5.3.2.	Medizinische Kodierung	13
5.3.3.	Basisdaten Intensivmedizin	14
5.3.4.	Hochteure Medikamente	15
5.4.	Beurteilung der Kodierqualität	16
5.4.1.	Stat. Signifikanz der Abweichung CMI vor/nach Revision	16
5.4.2.	Anteil der Fälle mit DRG-Wechsel	16
5.4.3.	Anteil fehlender Krankengeschichten	16
5.4.4.	Anteil der richtigen Codes in der Diagnosenbeurteilung	16
5.4.5.	Anteil der richtigen Codes in der Prozedurenbeurteilung	16
5.5.	Fallzusammenführungen	16
5.5.1.	Festgestellte Fehler	16
5.5.2.	Kostengewichtsdifferenz	16
5.6.	Kongruenz der Rechnungsstellung	17
5.6.1.	Festgestellte Fehler	17
5.6.2.	Kostengewichtsdifferenz	17
5.7.	Differenzen mit/ohne Vorlage an das BFS	18
6.	Statistikteil	19

6.1.	Anzahl und Prozentsatz der Kodierfehler, nach Fehler- und Diagnosentyp	19
6.1.1.	Anzahl der Kodierfehler nach Art Fehlertyp	19
6.1.2.	Anzahl und Aufschlüsselung der falsch kodierten Codes	20
6.1.3.	Prozentsatz der Kodierfehler nach Fehlertyp	20
6.1.4.	Prozentsatz der Kodierfehler der falsch kodierten Codes	20
6.1.5.	Zuweisung der Hauptdiagnose	20
6.1.6.	Zuweisung der Zusatzdiagnose	21
6.1.7.	Lateralität der Diagnosen	22
6.1.8.	Tumoraktivität der Diagnosen	22
6.1.9.	Lateralität der Prozeduren	22
6.1.10.	Ambulante Behandlung Auswärts der Prozedurenkodes	22
6.2.	Anzahl und Prozentsatz der SwissDRG-Änderungen	23
6.3.	Prozentuale Veränderung des CMI vor und nach der Revision	23
6.4.	CMI vor und nach der Revision (mit Angabe 95%-Vertrauensintervall)	24
6.5.	Standardabweichung der einzelnen Differenzen der Kostengewichte	24
6.6.	Vergleich Nebendiagnosen/Behandlungen in Grundgesamtheit und Stichprobe	25
6.6.1.	Anzahl Nebendiagnosen/Patient	25
6.6.2.	Anzahl Behandlungen/Patient	25
6.7.	Vergleichswerte	25
7.	Empfehlungen	26
7.1.	Empfehlungen für die Verbesserung der Kodierung im Spital	26
7.2.	Empfehlungen für die Weiterentwicklung von SwissDRG	26
8.	Anmerkungen Spitaldirektion	27
9.	Anhang	28
9.1.	Verpflichtungserklärung	28
9.2.	Vollständigkeitserklärung	29
10.	Glossar	30

1. Einleitung

1.1. Ausgangslage

Gemäss den gesetzlichen Vorlagen muss per 2012 jährlich eine Codier-Revision sämtlicher stationärer Fälle durchgeführt werden. Durch die Revisionsstelle in Zusammenarbeit mit der Freudiger AG wird die Stichprobe nach vorgegebenen Kriterien gezogen und der Klinik 7 -10 Tage vor der Revision zur Verfügung gestellt.

1.2. Qualifikation des Revisors

Die externe Revision wurde durch Elisabeth Kuster, Med. Kodiererin mit eidgenössischem Fachausweis durchgeführt, welche über die notwendigen Qualifikationen verfügt und vom BfS als Revisorin anerkannt ist.

Begleitet wurde sie von Fr. Corina Schenkel, Med. Codiererin in Ausbildung, die Assistenzaufgaben übernommen hat.

1.3. Unabhängigkeit des Revisors

Die Revisorin bestätigt gemäss dem Anhang ihre Unabhängigkeit und bestätigt, dass sie in keinem Anstellungs- oder Mandatsverhältnis mit dem revidierten Spital steht.

Die Fälle wurden nach dem für das Jahr 2013 verwendeten Unterlagen und Richtlinien revidiert.

2. Zusammenfassung

Die wichtigsten Zahlen:

Kennzahl	Wert	Anteil
Stichprobengrösse	100	
Anzahl Fälle mit DRG-Wechsel	5	5.0%
Differenz CM	+1.3350	1.7%
Differenz CMI	+0.0134	1.7%
Richtige Hauptdiagnosen	91	91.0%
Vollständige Krankengeschichten	97	97.0%
Korrekte administrative Angaben	98	98.0%

Es wurden in der Stichprobe 100 Fälle revidiert. Generell kann eine gute Kodierqualität in allen Fachgebieten bestätigt werden. Die KodiererInnen kennen die Regeln des Kodierungshandbuchs und wenden diese auch konsequent an.

Bei 5 Fällen ist ein DRG-Wechsel durch die Anpassung der Kodierung zu verzeichnen, welcher sich jedoch nicht signifikant auf den CMI auswirkte.

Bei 2 Fällen wurden die Austrittsvariablen abgeändert (Details siehe Punkt 5.3.1), welche jedoch keinen Einfluss auf das CW hatte.

In 3 Fällen waren die Unterlagen nicht vollständig (Details siehe Punkt 5.2.1), Die fehlenden Austrittsberichte bei Kurzliegern wurden nicht als falsch gewertet, da dies in der Spitalgruppe dem Normalfall entspricht.

Bei der Berichtsqualität gibt es noch Optimierungsbedarf (Details siehe Punkt 5.2.2).

3. Leistungsübersicht des Spitals in der Berichtsperiode

3.1. Anzahl der stationär behandelten Fälle gesamte Institution

	Anzahl
Nicht mit DRG abgerechnete Fälle	0
Rehabilitation	0
Psychiatrie	0
Akutsomatik	15'265
Total	15'265

3.2. Anzahl SwissDRG-Fälle nach Herkunftskanton und Versicherungsart

	KV	UV	MV	IV	SZ	Andere	Total
Innerkantonal	11'531	922	32	21	18	21	12'545
AG	24	15	1	0	0	0	40
AI	13	2	0	0	0	0	15
AR	26	8	0	0	0	0	34
BE	15	3	1	0	0	0	19
BL	6	1	0	0	0	0	7
BS	5	3	0	0	0	0	8
FR	1	0	0	0	0	0	1
GL	70	10	0	0	0	0	80
GR	171	14	1	0	1	0	187
LU	11	2	0	0	0	0	13
NE	1	0	0	0	0	0	1
NW	1	0	0	0	0	0	1
SH	3	1	0	0	0	0	4
SO	10	1	0	0	0	0	11
SZ	11	6	2	0	0	0	19
TG	20	10	5	0	0	0	35
TI	5	1	1	0	0	0	7
UR	1	0	0	0	0	0	1
VD	2	0	3	0	0	0	5
VS	4	0	0	0	0	0	4
ZG	3	1	0	0	0	0	4
ZH	107	41	5	1	3	0	157
Sonstige	1'889	122	0	5	51	0	2'067
Total	13'930	1'163	51	27	73	21	15'265

3.3. Anzahl und Prozentsatz Fälle

3.3.1. Nach Ausreisserkategorie und Versicherungsart

	Normalfälle				Untere Ausreisser		Obere Ausreisser		Unbewertete DRG		Total
	Ohne Abschlag		Mit Abschlag								
KV	10'692	76.8%	429	3.1%	2'378	17.1%	425	3.1%	6	0.0%	13'930
UV	767	66.0%	38	3.3%	345	29.7%	13	1.1%	0	-	1'163
MV	25	49.0%	5	9.8%	18	35.3%	3	5.9%	0	-	51
IV	24	88.9%	2	7.4%	1	3.7%	0	-	0	-	27
SZ	54	74.0%	6	8.2%	13	17.8%	0	-	0	-	73
Andere	8	38.1%	0	-	11	52.4%	2	9.5%	0	-	21
Total	11'570	75.8%	480	3.1%	2'766	18.1%	443	2.9%	6	0.0%	15'265

3.3.2. Nach Ausreisserkategorie und Herkunftskanton

	Normalfälle				Untere Ausreisser		Obere Ausreisser		Unbewertete DRG		Total
	Ohne Abschlag		Mit Abschlag								
Inner- ner- kan- tonal	9'601	76.5%	368	2.9%	2'198	17.5%	372	3.0%	6	0.0%	12'545
AG	22	55.0%	5	12.5%	12	30.0%	1	2.5%	0	-	40
AI	12	80.0%	1	6.7%	2	13.3%	0	-	0	-	15
AR	17	50.0%	3	8.8%	12	35.3%	2	5.9%	0	-	34
BE	10	52.6%	2	10.5%	5	26.3%	2	10.5%	0	-	19
BL	4	57.1%	1	14.3%	2	28.6%	0	-	0	-	7
BS	5	62.5%	0	-	2	25.0%	1	12.5%	0	-	8
FR	1	100.0%	0	-	0	-	0	-	0	-	1
GL	57	71.3%	2	2.5%	17	21.3%	4	5.0%	0	-	80
GR	132	70.6%	7	3.7%	45	24.1%	3	1.6%	0	-	187
LU	7	53.8%	2	15.4%	4	30.8%	0	-	0	-	13
NE	1	100.0%	0	-	0	-	0	-	0	-	1
NW	0	-	0	-	1	100.0%	0	-	0	-	1
SH	3	75.0%	1	25.0%	0	-	0	-	0	-	4
SO	5	45.5%	1	9.1%	5	45.5%	0	-	0	-	11
SZ	12	63.2%	0	-	6	31.6%	1	5.3%	0	-	19
TG	17	48.6%	4	11.4%	14	40.0%	0	-	0	-	35
TI	3	42.9%	2	28.6%	2	28.6%	0	-	0	-	7
UR	0	-	0	-	1	100.0%	0	-	0	-	1
VD	1	20.0%	1	20.0%	3	60.0%	0	-	0	-	5
VS	4	100.0%	0	-	0	-	0	-	0	-	4
ZG	4	100.0%	0	-	0	-	0	-	0	-	4
ZH	91	58.0%	18	11.5%	45	28.7%	3	1.9%	0	-	157
Sons- tige	1'561	75.5%	62	3.0%	390	18.9%	54	2.6%	0	-	2'067
Total	11'570	75.8%	480	3.1%	2'766	18.1%	443	2.9%	6	0.0%	15'265

3.4. CMI

3.4.1. Nach Ausreisserkategorie und Versicherungsart

	Normalfälle		Untere Ausreisser	Obere Ausreisser	Total
	Ohne Abschlag	Mit Abschlag			
KV	0.873007	0.528811	0.400007	1.543932	0.802100
UV	0.826724	0.425813	0.383061	1.289308	0.687184
MV	0.717240	0.549900	0.436778	1.176000	0.628833
IV	1.020042	0.282150	0.272000	-	0.937678
SZ	0.885519	0.330200	0.314385	-	0.738167
Andere	0.460250	-	0.251727	1.186500	0.420190
Total	0.869680	0.517367	0.397094	1.532354	0.792171

3.4.2. Nach Ausreisserkategorie und Herkunftskanton

	Normalfälle		Untere Ausreisser	Obere Ausreisser	Total
	Ohne Abschlag	Mit Abschlag			
Innerkantonal	0.872254	0.554418	0.402833	1.559860	0.801039
AG	0.645909	0.225680	0.376667	0.528000	0.509660
AI	0.698750	1.554800	0.250000	-	0.695987
AR	0.904059	0.239867	0.343083	1.131500	0.660841
BE	0.601900	0.209100	0.278800	1.388000	0.558274
BL	0.855500	0.174200	0.226500	-	0.578457
BS	0.784200	-	0.239500	2.324000	0.840500
FR	0.422000	-	-	-	0.422000
GL	0.765193	0.682050	0.400706	1.318000	0.713301
GR	0.824750	0.295929	0.352044	1.250667	0.698035
LU	0.599143	0.212100	0.398000	-	0.477708
NE	1.082000	-	-	-	1.082000
NW	-	-	0.206000	-	0.206000
SH	0.498000	1.884600	-	-	0.844650
SO	1.352000	0.208200	0.285400	-	0.763200
SZ	0.830750	-	0.581667	1.297000	0.776632
TG	0.832118	0.283650	0.341429	-	0.573160
TI	0.798667	0.204700	0.287500	-	0.482914
UR	-	-	0.234000	-	0.234000
VD	0.922000	0.191600	0.365000	-	0.441720
VS	0.511000	-	-	-	0.511000
ZG	0.599250	-	-	-	0.599250
ZH	0.847978	0.321356	0.318356	0.831333	0.635480
Sonstige	0.871810	0.432944	0.387415	1.441833	0.782142
Total	0.869680	0.517367	0.397094	1.532354	0.792171

4. Durchführung der Revision

4.1. Berichtsperiode und Grundlage für die Beurteilung

4.1.1. Berichtsjahr

Revidiert wurden die Falldaten mit Austritt vom 1.1. bis zum 31.12. 2013

4.1.2. Gültige Versionen

SwissDRG Katalog	Fallpauschalenkatalog Version 2.0
SwissDRG Grouper	Abrechnungsversion 2.0
SwissDRG Abrechnungsregeln	Version 5/2012 und Klarstellungen und Fallbeispiele Stand 05.08.2013
Kodierregeln	BfS Kodierungshandbuch Version 2013, FAQs Veröffentlichung ab 01.01.2013, Rundschreiben Gültigkeit ab 01.01.2013
Diagnosekodes	ICD 10 GM 2012
Behandlungskodes	CHOP 2013
Fehlertypologie	MedPlaus 5.0.6.1

4.2. Ziehung der Stichprobe

Der Prozess der Schichtung wurde wie im Revisions-Reglement vorgeschrieben vorgenommen:

Die 15'265 Fälle wurden in 4 Schichten aufgeteilt. Die oberste Schicht wurde wiederum in 5 Schichten aufgeteilt. Aus diesen Schichten wurden 100 Fälle gezogen und 5 potenzielle Wiederkehrer hinzugefügt.

4.3. Bemerkungen

Die durch die Stichprobe gezogenen Fälle enthielten einen guten Querschnitt durch die in der Klinik vorhandenen Fachgebiete.

5. Feststellungen

5.1. Generelle Feststellungen

Die Revision fand vor Ort in den Räumlichkeiten der SRRWS statt. Der Revisorin standen die Papierakten zur Verfügung. Die KodiererInnen kodieren mit der elektronischen Version der Krankengeschichte, die der Revision nicht zur Verfügung stand.

5.2. Patientendossiers

5.2.1. Vollständigkeit der Dossiers

Auflistung der Beanstandungen:

Fall	Bemerkungen
23-2010090484	Kardex fehlt
26-2010092356	Histologie-Bericht fehlt.
34-2070088226	OP-Bericht fehlt.

5.2.2. Qualität der Dossierführung

Die Qualität der Dossiers variiert sehr stark, abhängig davon um welche Klinik und welches Fachgebiet es sich handelt. Teilweise sind sie geordnet und immer in derselben Reihenfolge abgelegt. Dann allerdings gibt es wieder Dossiers, bei denen nicht dieselbe Reihenfolge eingehalten wurde, neben den Originalberichten auch eine oder gar mehrere Kopien enthalten waren. Zudem befinden sich Berichte von zukünftigen ambulanten Leistungen in den stationären KGs. Diese dürfen nicht kodiert werden und somit muss der Kodierer/die Kodiererin detailliert darauf achten, dass nur die Diagnosen und Prozeduren kodiert werden, die im Aufenthalt relevant waren.

Detail-Auflistung nach Klinik

- Spital Grabs, Medizin:
 - keine konsequente Anordnung der KG-Unterlagen
 - viele Kopien, obwohl das Original in der KG ist
 - „zukünftige“ Berichte in der KG vom stationären Aufenthalt
- Spital Grabs, Chirurgie:
 - keine konsequente Anordnung der KG-Unterlagen

Es existieren nicht durchgehend Austrittsberichte (auch bei Aufenthalten mit mehr als einer Nacht). In den Verlaufsberichten der Ärzte finden sich Diagnosen und dazu gehörige Behandlungen, die in den Austrittsberichten fehlen. Das führt zu erhöhtem Arbeitsaufwand für die KodiererInnen, da das gesamte Dossier durchsucht werden muss, damit alle Nebendiagnosen und/oder Komplikation erfasst werden können.

5.3. Festgestellte Fehler

5.3.1. Administrative Falldaten

Gesamt:

Urteil	Anzahl	Anteil
keine Änderungen	98	98.0%
Änderungen	2	2.0%

Auflistung der Beanstandungen nach Ereignis kumuliert:

Änderungen im Detail:

Fehler bei:	Anzahl	Anteil
Eintrittsart	1	1.0%
Einweisende Instanz	0	-
Aufenthaltort vor Eintritt	1	1.0%
Behandlungsart	0	-
Entscheid für Austritt	0	-
Aufenthalt nach Austritt	0	-
Behandlung nach Austritt	1	1.0%
Verweildauer	0	-
Administrativer Urlaub	0	-
Grund Wiedereintritt	0	-

Eintrittsart und Aufenthaltort vor Eintritt sind beim selben Fall, deshalb die Diskrepanz.

Auflistung der Beanstandungen:

Fall	Bemerkungen
4-2070089288	Zuverlegt anderes Spital.
83-2010083153	Austritt nach Hause in haus- und spezialärztliche Nachsorge.

5.3.2. Medizinische Kodierung

Auflistung der Beanstandungen:

Fall	Bemerkungen
1-2070088655	Die Erreger-Codes dürfen dazu codiert werden, wenn die Probe während des Aufenthalts abgenommen wurde.
2-2070087223	I65.2 ist mit Aspirin cardio mitbehandelt und darf somit codiert werden.
5-2070058975	alle Metastasen werden zu einem CA dazu codiert, sie müssen die ND-Kriterien nicht erfüllen, s. KHB S. 67 oben, alle behandelten ND dürfen codiert werden
10-2070077412	Reihenfolge I50.- und I11.- siehe KHB Seite 87 und Hinweise bei den jeweiligen Codes.
19-2010087218	Ultrapro Netz ist teilresorbierbar.
22-2010101348	Pat. hat kein Hallux valgus. Diagnosen des Anästhesiearztes dürfen auch codiert werden, wenn die ND-Definition erfüllt ist.
26-2010092356	HD Wechsel: Siehe alph. Verzeichnis: LK -> Vergrösserung -> lokalisiert. HB: es wurde mehr als ein LK entfernt.
27-2010091497	T51.0 siehe KHB S134, Rundschreiben bezieht sich nur auf die Beispiele und nicht die Codierregel.
28-2070079898	Aufwand für F10.2 nicht gefunden.
29-2070079320	Bei Unfallereignissen, werden alle Verletzungen codiert. Die Vorcodierung der Ärzte ist nicht bindend, ausschlaggebend ist der Text.
32-2070069816	ND gestrichen da in diesem Aufenthalt keine Medikamente bekommen.
34-2070088226	HB gemäss AB Exzision und nicht Debridement.
37-2070078461	A41.9, da kein Erreger gefunden. T81.4 darf nur codiert werden, wenn lokal behandelt. Siehe Codierbeispiele 8 und 9 im KHB S. 60.
38-2010084968	Codierregel S1105a, kommt nur zur Anwendung wenn beide Diagnosen vom Arzt gestellt sind.
39-2010093730	Mehrfragemente für uns in der KG nicht ersichtlich.
40-2070069686	M51.2 in HD, siehe FAQ 0959.
41-2010094524	Es wurde nur ein Stent implantiert, wenn eine genaue Bezeichnung des Stents vorhanden ist, muss dieser auch genau codiert werden. Risikofaktoren dürfen nur codiert werden, wenn diese die ND-Kriterien erfüllen.
43-2070080552	Siehe Codierregel S0601a.
55-2010087674	Behandlungen angepasst: Biopsie ist nicht beschrieben, Konisat wurde zur Histo geschickt
56-2010087529	80.76.10 ist in den Berichten nicht beschrieben, Code-Aufzählung des Arztes ist für die Codierung nicht bindend.
63-2010084946	R18 mit Diuretika mitbehandelt.
64-2010085438	Siehe Exklusiva bei N 81.6.
69-2010090813	Ultrapro ist teilresorbierbar.
77-2010093180	Eintritt für diesen Aufenthalt wegen der HI. Keine neue Therapie des Infarktes
79-2010099747	Siehe KHB S. 30, Beispiel 1 und 2.
86-2070070026	Alle Verletzungen werden codiert, auch wenn sie keinen Aufwand generiert haben. Siehe S1906a.
87-2070065284	Siehe KHB S. 29, D01a.

	Siehe KHB S. 76, Beispiel 3 und 4.
--	------------------------------------

5.3.3. Basisdaten Intensivmedizin

Künstliche Beatmung:

Urteil	Anzahl Urteile	Prozentualer Anteil
Richtig	0	0.0%
Falsch	0	0.0%
Fehlend	0	0.0%
Unnötig	0	0.0%
Nicht beurteilbar	0	0.0%
Gesamt	0	0.0%

Auflistung der Beanstandungen:

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

Nems:

Urteil	Anzahl Urteile	Prozentualer Anteil
Richtig	0	0.0%
Falsch	0	0.0%
Fehlend	0	0.0%
Unnötig	0	0.0%
Nicht beurteilbar	0	0.0%
Gesamt	0	0.0%

Auflistung der Beanstandungen:

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

Schweregrad:

Urteil	Anzahl Urteile	Prozentualer Anteil
Richtig	0	0.0%
Falsch	0	0.0%
Fehlend	0	0.0%
Unnötig	0	0.0%
Nicht beurteilbar	0	0.0%
Gesamt	0	0.0%

Auflistung der Beanstandungen:

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

5.3.4. Hohteure Medikamente

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

Auflistung der Beanstandungen:

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

5.4. Beurteilung der Kodierqualität

5.4.1. Stat. Signifikanz der Abweichung CMI vor/nach Revision

Es gibt keine statistisch signifikante Abweichung des CMI vor und nach Revision.

5.4.2. Anteil der Fälle mit DRG-Wechsel

Es hat in der Stichprobe 5 Fälle mit einem DRG Wechsel. Dies sind 5.0% auf die Stichprobe von 100 Fällen gemessen.

5.4.3. Anteil fehlender Krankengeschichten

Urteil	Anzahl	Anteil
0 vollständig	97	97.0%
1 unvollständig	3	3.0%
2 fehlend	0	-

5.4.4. Anteil der richtigen Kodes in der Diagnosenbeurteilung

Anteil korrekte Hauptdiagnose	93.0%
Anteil korrekter Zusatz zur Hauptdiagnose	100.0%
Anteil korrekte Nebendiagnosen	72.5%

5.4.5. Anteil der richtigen Kodes in der Prozedurenbeurteilung

Anteil korrekte Behandlungen	76.6%
------------------------------	-------

5.5. Fallzusammenführungen

5.5.1. Festgestellte Fehler

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

5.5.2. Kostengewichtsdifferenz

5.6. Kongruenz der Rechnungsstellung

5.6.1. Festgestellte Fehler

100 von 100 Rechnungen wurden von den Revisoren kontrolliert.

Urteil	DRG	CW	Zusatzentgelte
Richtig	92	92	0
Falsch	0	0	0
Nicht beurteilbar	8	8	
Sonstige	0	0	
Fehlend			0

Auflistung der Beanstandungen:

Fall	Bemerkungen
6-2010095577	Keine Rechnung vorhanden. (DRG-Urteil: 3 CWC-Urteil: 3)
35-2010101392	Keine Rechnung vorhanden. (DRG-Urteil: 3 CWC-Urteil: 3)
47-2070066519	Keine Rechnung vorhanden. (DRG-Urteil: 3 CWC-Urteil: 3)
67-2010097742	Keine Rechnung vorhanden. (DRG-Urteil: 3 CWC-Urteil: 3)
68-2010098701	Keine Rechnung vorhanden (DRG-Urteil: 3 CWC-Urteil: 3)
70-2010087423	Keine Rechnung vorhanden. (DRG-Urteil: 3 CWC-Urteil: 3)
72-2070090356	Keine Rechnung vorhanden. (DRG-Urteil: 3 CWC-Urteil: 3)
85-2010098858	Keine Rechnung vorhanden. (DRG-Urteil: 3 CWC-Urteil: 3)

5.6.2. Kostengewichtsdifferenz

Der CMI der Spalkodierung ist 0.771114. Der fakturierte CMI ist 0.771114. Die Abweichung ist somit 0.0%.

5.7. Differenzen mit/ohne Vorlage an das BFS

	DRG vor Revisi-on	DRG nach Revisi-on	Kosten-gewicht vor Re-vision	Kosten-gewicht nach Revisi-on	Diffe-renz Kosten-gewicht	Ursachen
1-2070088655	L63F	L63C	0.469	0.836	0.3670	Änderung Nebendiagnosen
2-2070087223	B76E	B76C	0.683	1.145	0.4620	Änderung Nebendiagnosen
29-2070079320	I59Z	I21Z	0.722	0.814	0.0920	Änderung Behandlungen
77-2010093180	F60B	F62B	0.806	1.326	0.5200	Änderung Hauptdiagnose
87-2070065284	G66Z	G67D	0.576	0.47	-0.1060	Änderung Hauptdiagnose

Es wurde kein Fall dem BFS zur Beurteilung vorgelegt.

6. Statistikteil

6.1. Anzahl und Prozentsatz der Kodierfehler, nach Fehler- und Diagnosentyp

6.1.1. Anzahl der Kodierfehler nach Art Fehlertyp

	Richtig	Falsch	Fehlend	Unge- recht- fertigt	Unnötig	Total
HD	93	7	0	0	0	100
Zusatz zur HD	10	0	0	0	0	10
NDs	250	16	58	18	3	345
DIA total	353	23	58	18	3	455
BEH	118	17	13	4	2	154

Betroffene Fälle

HD falsch: 17-2070084859, 26-2010092356, 37-2070078461, 40-2070069686, 74-2070066870, 87-2070065284, 89-2070067000

ND falsch: 10-2070077412, 1-2070088655, 23-2010090484, 4-2070089288, 43-2070080552, 5-2070058975, 6-2010095577, 62-2070060223, 8-2070085736, 87-2070065284, 91-2070061964, 97-2010089341

ND fehlend: 10-2070077412, 1-2070088655, 12-2010088834, 19-2010087218, 20-2010093064, 2-2070087223, 22-2010101348, 23-2010090484, 26-2010092356, 27-2010091497, 29-2070079320, 3-2010093694, 37-2070078461, 38-2010084968, 40-2070069686, 41-2010094524, 4-2070089288, 43-2070080552, 48-2010095587, 5-2070058975, 57-2010095442, 63-2010084946, 64-2010085438, 65-2010101265, 68-2010098701, 77-2010093180, 79-2010099747, 8-2070085736, 86-2070070026, 87-2070065284, 89-2070067000, 91-2070061964, 95-2070078356

ND ungerechtfertigt: 26-2010092356, 28-2070079898, 30-2070074617, 32-2070069816, 37-2070078461, 38-2010084968, 41-2010094524, 48-2010095587, 5-2070058975, 7-2070059586, 77-2010093180, 80-2070063871, 91-2070061964

BEH falsch: 1-2070088655, 19-2010087218, 22-2010101348, 26-2010092356, 29-2070079320, 34-2070088226, 35-2010101392, 39-2010093730, 41-2010094524, 49-2010100751, 60-2070085807, 64-2010085438, 69-2010090813, 71-2010102268, 7-2070059586, 87-2070065284, 92-2010096050

BEH fehlend: 19-2010087218, 20-2010093064, 22-2010101348, 41-2010094524, 55-2010087674, 64-2010085438, 65-2010101265, 71-2010102268, 79-2010099747, 83-2010083153, 89-2070067000, 92-2010096050

BEH ungerechtfertigt: 20-2010093064, 55-2010087674, 56-2010087529

6.1.2. Anzahl und Aufschlüsselung der falsch kodierten Codes

(Spalte 3 der Tabelle 6.1.1)

	Falsch 1. Stelle	Falsch 2. Stelle	Falsch 3. Stelle	Falsch 4. Stelle	Falsch 5. Stelle	Falsch 6. Stelle	Total
HD	2	0	0	5	0	0	7
HD-Zusatz	0	0	0	0	0	0	0
NDs	0	3	2	8	3	0	16
DIA total	2	3	2	13	3	0	23
BEH	1	0	5	1	2	8	17

6.1.3. Prozentsatz der Kodierfehler nach Fehlertyp

	Richtig	Falsch	Fehlend	Ungerechtfertigt	Unnötig
HD	93.0%	7.0%	-	-	-
HD-Zusatz	100.0%	-	-	-	-
NDs	72.5%	4.6%	16.8%	5.2%	0.9%
DIA total	77.6%	5.1%	12.7%	4.0%	0.7%
BEH	76.6%	11.0%	8.4%	2.6%	1.3%

6.1.4. Prozentsatz der Kodierfehler der falsch kodierten Codes

(Spalte 3 der Tabelle 6.1.3.)

	Falsch 1. Stelle	Falsch 2. Stelle	Falsch 3. Stelle	Falsch 4. Stelle	Falsch 5. Stelle	Falsch 6. Stelle
HD	28.6%	-	-	71.4%	-	-
HD-Zusatz	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
NDs	-	18.8%	12.5%	50.0%	18.8%	-
DIA total	8.7%	13.0%	8.7%	56.5%	13.0%	-
BEH	5.9%	-	29.4%	5.9%	11.8%	47.1%

6.1.5. Zuweisung der Hauptdiagnose

Zuweisung	Anzahl	Prozent
Keine Änderung der Spitalkodierung	91	91.0%
Kode durch richtigen Code ersetzt ¹⁾	7	7.0%
Fehlenden Code durch neuen ersetzt ²⁾	0	-
Durch bestehende Nebendiagnose zugeordnet ³⁾	2	2.0%

Betroffene Fälle

1) 17-2070084859, 26-2010092356, 37-2070078461, 40-2070069686, 74-2070066870, 87-2070065284, 89-2070067000

2)

3) 10-2070077412, 77-2010093180

6.1.6. Zuweisung der Zusatzdiagnose

Zuweisung	Anzahl	Prozent
Keine Änderung der Spitalkodierung	10	100.0%
Kode durch richtigen Kode ersetzt ¹⁾	0	-
Fehlenden Kode durch neuen ersetzt ²⁾	0	-
Durch bestehende Nebendiagnose zugeordnet ¹⁾	1	10.0%

Betroffene Fälle

1)

2)

3) 37-2070078461

6.1.7. Lateralität der Diagnosen

Urteil	Anzahl Urteile	Prozentualer Anteil
richtig	105	86.8%
falsch	0	-
fehlend	16	13.2%
unnötig	0	-
nicht beurteilbar	0	-
Gesamt	121	100.0%

6.1.8. Tumoraktivität der Diagnosen

Urteil	Anzahl Urteile	Prozentualer Anteil
richtig	16	84.2%
falsch	0	-
fehlend	3	15.8%
unnötig	0	-
nicht beurteilbar	0	-
Gesamt	19	100.0%

6.1.9. Lateralität der Prozeduren

Urteil	Anzahl Urteile	Prozentualer Anteil
richtig	70	83.3%
falsch	1	1.2%
fehlend	13	15.5%
unnötig	0	-
nicht beurteilbar	0	-
Gesamt	84	100.0%

6.1.10. Ambulante Behandlung Auswärts der Prozedurenkodes

Urteil	Anzahl Urteile	Prozentualer Anteil
richtig	0	0.0%
falsch	0	0.0%
fehlend	0	0.0%
Unnötig	0	0.0%
nicht beurteilbar	0	0.0%
Gesamt	0	0.0%

6.2. Anzahl und Prozentsatz der SwissDRG-Änderungen

	Höheres Kostengewicht nach Revision		Tieferes Kostengewicht nach Resion		Kein Einfluss auf Kostengewicht	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Aufgrund Änderung Hauptdiagnose	1	1.00%	1	1.00%	0	-
Aufgrund Änderung Nebendiagnose	2	2.00%	0	-	0	-
Aufgrund Änderung Behandlung	1	1.00%	0	-	0	-
Aufgrund sonstiger Änderungen	0	-	0	-	0	-
Total	4	4.00%	1	1.00%	0	-

6.3. Prozentuale Veränderung des CMI vor und nach der Revision

	Summe CW	Anzahl	CMI
CMI Gesamtdatensatz vor der Revision	12087.7330	15'265	0.791859
CMI Stichprobe vor der Revision	77.1114	100	0.771114
CMI Stichprobe nach der Revision	78.4464	100	0.784464
Prozentuale Veränderung des CMI			1.731262

6.4. CMI vor und nach der Revision (mit Angabe 95%-Vertrauensintervall)

Formel	In Deutsch	Wert
X_h	CMI vor Revision	0.771114
Y_h	CMI nach Revision	0.784464
Z_{h^-}	Wert der unteren Grenze des 95%-Vertrauensbereichs	-0.002166
Z_h	Differenz CMI nach Revision und CMI vor Revision	0.013350
Z_{h^+}	Wert der oberen Grenze des 95%-Vertrauensbereichs	0.028866
R^{h^-}	Prozentualer Wert der unteren Grenze des 95%-Vertrauensbereichs	-0.280885%
R^h	Verhältnis Differenz CMI nach Revision und CMI vor Revision	1.731262%
R^{h^+}	Prozentualer Wert der oberen Grenze des 95%-Vertrauensbereichs	3.743408%

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

6.5. Standardabweichung der einzelnen Differenzen der Kostengewichte

$s(Z_h)$: 0.079163

Die Standardabweichung der einzelnen Differenzen der Kostengewichte $s(Z_h)$ wird benötigt für die korrekte Bestimmung der Stichprobengrösse im Folgejahr.

6.6. Vergleich Nebendiagnosen/Behandlungen in Grundgesamtheit und Stichprobe

6.6.1. Anzahl Nebendiagnosen/Patient

Anzahl Nebendiagnosen/Patient (Stichprobe)	2.87
Anzahl Nebendiagnosen/Patient (Grundgesamtheit)	3.09

6.6.2. Anzahl Behandlungen/Patient

Anzahl Behandlungen/Patient (Stichprobe)	1.41
Anzahl Behandlungen/Patient (Grundgesamtheit)	1.45

6.7. Vergleichswerte

Da die Daten 2012 nicht durch dieselbe Revisionsstelle revidiert wurden, ist ein Vergleich nicht möglich.

7. Empfehlungen

7.1. Empfehlungen für die Verbesserung der Kodierung im Spital

Auf eine vollständige Erfassung der erlaubten Diagnosen und Behandlungen ist zu achten. Hier speziell erwähnen möchte ich die Ausrufezeichenkodes und das Kapitel 16. Beide können in der richtigen Kombination kostenrelevant sein. Dabei helfen würde eine geordnete und vollständige Dokumentation, hier besteht noch Verbesserungspotenzial. Durch die Optimierung der Berichte (Vollständigkeit der ABs, geordnete KGs) könnten die Fälle durch die Kodierung vollständiger und korrekter abgebildet werden, was für eine korrekte Abrechnung unter Swiss-DRG Voraussetzung ist.

7.2. Empfehlungen für die Weiterentwicklung von SwissDRG

Je vollständiger ein Fall abgebildet werden kann, umso wahrscheinlicher ist eine gerechtere Gruppierung und somit eine gerechte Abgeltung.

8. Anmerkungen Spitaldirektion

Anmerkungen der Spitaldirektion:

Die Codierrevision der Daten 2013 bestätigt erfreulicherweise, dass die Codierqualität der SRRWS einheitlich und auf hohem Niveau ist.

Die vorliegende Codierrevision hat aufgezeigt, dass bei der Qualität der Dossierführung ein Optimierungspotential vorhanden ist. Für diesen Hinweis sind wir dankbar, entsprechende Verbesserungsmaßnahmen werden wir bald möglichst in die Wege leiten.

Wir haben die Revision als konstruktiv und zielführend erlebt und danken der Firma DRG Plus.

i.V.
Jürg Zwahlen
Mitglied GL
Leiter FB Finanzen / IT

9. Anhang

9.1. Verpflichtungserklärung

Verpflichtungserklärung und Unabhängigkeitsbestätigung des Revisors bezüglich Kodierrevision der Daten 2013 im Spitalregion Rheintal-Werdenberg- Sarganserland

1. Der Revisor verpflichtet sich, die Kodierrevision auf der Grundlage des Reglements für die Durchführung der Kodierrevision unter SwissDRG, Version 2.0 vom 03.12.2010 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.

Ort und Datum
Muri, den 14.7.2014

Kodierrevisor



9.2. Vollständigkeitserklärung

Vollständigkeitserklärung des Spitals Spitalregion Rheintal-Werdenberg-Sarganserland bezüglich Datenlieferung für Kodierrevision der Daten 2013

Wir bestätigen, dass dem Revisor für die Stichprobenziehung alle im Spital Spitalregion Rheintal-Werdenberg-Sarganserland nach SwissDRG fakturierten Fälle mit Austritt zwischen 1. Januar 2013 und 31. Dezember 2013 übermittelt wurden.

Ort und Datum

Rebstein, 13.6.14

Spitalregion Rheintal-Werdenberg-Sarganserland, Direktor

J. L. Müller

10. 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
B76C	Anfälle, mehr als 1 Belegungstag, ohne komplexe Diagnostik und Therapie, mit schweren CC, Alter > 2 J. ohne komplexe Diagnose, ohne angeb. Fehlbildung
B76E	Anfälle, ohne komplizierende oder komplexe Diagnose, Alter > 5 Jahre
F60B	Akuter Myokardinfarkt ohne invasive kardiologische Diagnostik ohne äusserst schwere CC
F62B	Herzinsuffizienz und Schock mit äusserst schweren CC, ohne Dialyse, ohne Reanimation, ohne komplexe Diagnose
G66Z	Abdominalschmerz oder mesenteriale Lymphadenitis, Alter > 55 Jahre und mit CC
G67D	Ösophagitis, Gastroent. u. verschied. Erkrank. d. Verdauungsg. ohne komplexe od. kompliz. Diagn., ohne Dialyse, Alter > 2 J., ohne äuss. schw. CC od. gastroint. Blutung od. Ulkuserkrank., ohne äuss. schw. od. schw. CC, ohne Para-/Tetrapl., Alter < 75 J.
I21Z	Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesematerial an Hüftgelenk und Femur oder komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm
I59Z	Andere Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk oder mässig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm
L63C	Infektionen der Harnorgane mit äusserst schweren CC, ohne Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern, Alter > 5 Jahre
L63F	Infektionen der Harnorgane ohne äusserst schwere CC, Alter > 5 Jahre