

Revisionsbericht
Kodierrevision Datenjahr 2017
Klinik Seeschau

Inhaltsverzeichnis

ZUSAMMENFASSUNG.....	4
REVISIONSERGEBNISSE IM ÜBERBLICK.....	4
KENNZAHLENVERGLEICH GRUNDGESAMTHEIT UND STICHPROBE	4
1 DURCHFÜHRUNG DER REVISION.....	5
1.1 BERICHTSPERIODE.....	5
1.2 GÜLTIGE VERSIONEN	5
1.3 BERECHNUNG UND ZIEHUNG DER STICHPROBE.....	5
1.4 BESCHREIBUNG DER ZEITLICHEN ABFOLGE DER REVISION	5
1.5 QUALIFIKATION DES REVISORS	5
1.6 UNABHÄNGIGKEIT DES REVISORS	5
1.7 BEMERKUNGEN.....	5
2 FESTSTELLUNGEN.....	6
2.1 GENERELLE FESTSTELLUNGEN	6
2.2 ADMINISTRATIVE GRUNDLAGEN	6
2.2.1 PATIENTENDOSSIER.....	6
2.2.2 ADMINISTRATIVE FALLDATEN.....	6
2.2.3 FALLKOMBINATIONSFehler (FALLSPLITT, FALLZUSAMMENFÜHRUNG).....	7
2.2.4 KONGRUENZ DER RECHNUNGSSTELLUNG	7
2.3 DIAGNOSEN UND BEHANDLUNGEN	7
2.3.1 FESTGESTELLTE FEHLER.....	7
2.3.2 ANGABEN ZU DEN KODIERFEHLERN.....	8
2.3.3 ZUWEISUNG DER HAUPTDIAGNOSE.....	9
2.3.4 ZUWEISUNG DER ZUSATZDIAGNOSE	9
2.3.5 ZUWEISUNG DER HAUPTBEHANDLUNG	9
2.3.6 LATERALITÄT DER DIAGNOSEN UND PROZEDUREN	9
2.3.7 AMBULANTE BEHANDLUNG AUSWÄRTS.....	10
2.3.8 VERGLEICH GRUNDGESAMTHEIT UND STICHPROBE	10
2.4 INTENSIVMEDIZIN.....	10
2.4.1 ABGRENZUNG INTENSIVMEDIZIN/INTERMEDIATE CARE UNIT	11
2.4.2 BASISDATEN INTENSIVMEDIZIN	11
2.5 ZUSATZENTGELTE.....	11
2.6 MEDIKAMENTE UND SUBSTANZEN.....	11
2.7 DRG-WECHSEL	12
2.7.1 ANZAHL UND PROZENTSATZ DER FÄLLE MIT DRG-WECHSEL	12
2.7.2 DIFFERENZEN MIT/OHNE VORLAGE AN DAS BFS	12
2.8 KOSTENGEWICHTE.....	12
2.8.1 SCHÄTZUNG DES CMI DES SPITALS VOR UND NACH REVISION	12
2.8.2 KOSTENGEWICHTSDIFFERENZEN.....	13
2.9 VERGLEICH MIT FRÜHEREN REVISIONEN	13

3	<u>EMPFEHLUNGEN</u>	14
3.1	EMPFEHLUNGEN FÜR DIE VERBESSERUNG DER KODIERUNG IM SPITAL.....	14
3.2	EMPFEHLUNGEN FÜR DIE WEITERENTWICKLUNG VON SWISSDRG	14
3.3	WEITERE HINWEISE DES REVISORS.....	14
4	<u>ANMERKUNGEN SPITALDIREKTION</u>	15

Zusammenfassung

Revisionsergebnisse im Überblick

Stichprobengrösse	100	
CMI des Spitals vor Revision	1.1025	
Geschätzter CMI des Spitals nach Revision	1.1025	
Statistische Signifikanz der Abweichung des CMI vor und nach Revision	nein	
Geschätzte Differenz des CMI des Spitals vor und nach Revision	0	0.0000%
Revidierte Fälle mit DRG-Wechsel	0	0.0%
Richtige Hauptdiagnosen ¹	100	100.0%
Richtiger Zusatz zur Hauptdiagnose ¹	0	0.0%
Richtige Nebendiagnosen	187	99.5%
Richtige Hauptbehandlungen ¹	100	100.0%
Richtige Nebenbehandlungen	104	96.3%
Richtige Basisdaten Intensivmedizin ²	0	0.0%
Richtige Zusatzentgelte ²	0	0.0%
Richtige Medikamente und Substanzen ²	0	0.0%
Beanstandete Fallzusammenführungen	0	0.0%
Fehlende Krankengeschichten	0	0.0%

Kennzahlenvergleich Grundgesamtheit und Stichprobe

	Grundgesamtheit		Stichprobe	
Anzahl Fälle mit Zusatzentgelt	0	0.00%	0	0.00%
Anzahl erfasster Beatmungen ³	0	0.00%	0	0.00%
Anzahl Fälle mit IPS-Aufenthalt	0	0.00%	0	0.00%
CMI	1.1025		1.1041	

¹ Bei den richtigen Hauptdiagnosen, Zusätzen zur Hauptdiagnose und Hauptbehandlungen, muss der Code 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 Code kodiert, so darf diese Nebendiagnose nicht als richtige Hauptdiagnose gewertet werden)

² Angabe je Fall

³ Vgl. jeweils gültige Kodierrichtlinien

1 Durchführung der Revision

1.1 Berichtsperiode

Die Berichtsperiode beginnt zum 01. Januar 2017 und endet am 31. Dezember 2017.

1.2 Gültige Versionen

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

1.3 Berechnung und Ziehung der Stichprobe

Es wurden in dieser offiziellen Revision die nach dem Swiss DRG-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.

1.4 Beschreibung der zeitlichen Abfolge der Revision

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

1. Auftragsvorbereitung und-abstimmung	KW 2-3
2. Datenaufbereitung und-zustellung	KW 5
3. Durchführung der Stichprobenziehung	KW 13
4. Vor Ort Kodierrevision	KW 17
5. Nachbereitung	KW 18
6. Berichtsverfassung	KW 19-20
7. Abschlussabstimmung	KW 22

1.5 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.

1.6 Unabhängigkeit 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.

1.7 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.

2 Feststellungen

2.1 Generelle Feststellungen

Im Rahmen der Vor Ort Revision hatte der Revisor 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.

2.2 Administrative Grundlagen

2.2.1 Patientendossiers

Anteil fehlender Krankengeschichten

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

Qualität der Dossierführung

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

2.2.2 Administrative Falldaten

Fehler bei:	Anzahl	Prozentsatz
Eintrittsart	0	0.0%
Einweisende Instanz	0	0.0%
Aufenthaltsort vor Eintritt	0	0.0%
Wechsel Aufenthaltsart (ambulant, stationär, Rehabilitation, Psychiatrie)	0	0.0%
Entscheid für Austritt	0	0.0%
Aufenthalt nach Austritt	1	1.0%
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%

2.2.3 Fallkombinationsfehler (Fallsplitt, Fallzusammenführung)

Festgestellte Fehler

Fehlertyp	DRG-Nr.	Kostengewicht des Spitals	Kostengewicht des Revisors	Kostengewichtsdifferenz
Keine				

Abweichung Kostengewicht

Keine

2.2.4 Kongruenz der Rechnungsstellung

Festgestellte Fehler

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

Abweichung Kostengewicht

Es wurden bei der Rechnungsstellung keine Abweichungen der Kostengewichte festgestellt.

2.3 Diagnosen und Behandlungen

2.3.1 Festgestellte Fehler

Fehlertyp	DRG-Nr.	Kostengewicht des Spitals	Kostengewicht des Revisors	Kostengewichtsdifferenz
Fehlender Kode	I20F	0.635	0.635	0.0000
Fehlender Kode	I43B	1.965	1.965	0.0000
Fehlender Kode	J23Z	1.19	1.19	0.0000
Fehlender Kode	M02B	0.765	0.765	0.0000
Fehlender Kode	I43B	1.965	1.965	0.0000

2.3.2 Angaben zu den Kodierfehlern

Anzahl der Kodierfehler nach Fehlertyp

	richtig	falsch	fehlend	ungerechtfertigt	unnötig	total
Hauptdiagnose	100	0	0	0	0	100
Zusatz zur HD	0	0	0	0	0	0
Nebendiagnosen	187	0	1	0	0	188
Diagnosen total	287	0	1	0	0	288
Hauptbehandlung	100	0	0	0	0	100
Nebenbehandlungen	104	0	4	0	0	108

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						0	0
Nebenbehandlungen							0

Prozentsatz der Kodierfehler nach Fehlertyp

	richtig	falsch	fehlend	ungerechtfertigt	unnötig	total
Hauptdiagnose	100.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	100.00%
Zusatz zur HD	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
Nebendiagnosen	99.47%	0.00%	0.53%	0.00%	0.00%	100.00%
Diagnosen total	99.65%	0.00%	0.35%	0.00%	0.00%	100.00%
Hauptbehandlung	100.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	100.00%
Nebenbehandlungen	96.30%	0.00%	3.70%	0.00%	0.00%	100.00%

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	3.3%						0.00%
Zusatz zur HD							0.00%
Nebendiagnosen							0.00%
Diagnosen total							0.00%
Hauptbehandlung							0.00%
Nebenbehandlungen							0.00%

Anzahl und Prozentsatz unspezifischer Codes an der Spalkodierung

Grundgesamtheit

	Anzahl unspezifischer Codes ⁴	Prozentsatz unspezifischer Codes
Diagnosen	1078	21.92%
Behandlungen	11	0.29%

⁴ 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!.

Stichprobe

	Anzahl unspezifischer Codes ⁵	Prozentsatz unspezifischer Codes
Diagnosen	62	61.60%
Behandlungen	0	0.00%

2.3.3 Zuweisung der Hauptdiagnose

Die Zuweisung der Hauptdiagnose war bei allen revidierten Fällen korrekt.

2.3.4 Zuweisung der Zusatzdiagnose

Die Zuweisung der Zusatzdiagnose war bei allen revidierten Fällen korrekt.

2.3.5 Zuweisung der Hauptbehandlung

Die Zuweisung der Hauptbehandlung war bei allen revidierten Fällen korrekt.

2.3.6 Lateralität der Diagnosen und Prozeduren

Die Lateralitäten der Diagnose- bzw. Prozedurenkodes der geprüften Falldossiers zeigten folgende systematischen Probleme:

Bei 201 der 287 revidierten ICD10 Codes wurde die Seitenangabe "beidseitig" angegeben, obwohl sich bei vielen dieser Codes die Frage der Seitigkeit gar nicht stellt (z.B. I1090 - Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise), oder bei unpaarigen Organen sogar unzutreffend ist (z.B. N40 - Prostatahyperplasie).

Bei der Überprüfung der CHOP-Kodes fiel grundsätzlich die hohe Anzahl der Seitigkeitsangabe "Unbekannt" auf (bei 80 von 208 CHOP-Kodes), so zum Beispiel bei Prozeduren, die Eingriffe an unpaarigen Organen bezeichnen (z.B. 5123 - Laparoskopische Cholezystektomie)

Die Besprechung mit der Klinik bezüglich der vielen fehlerhaften Lateralitätsangaben bei Diagnosen und Prozeduren ergab, dass der Grund dafür in technischen Fehlern bei der Generierung des BFS-Files durch eine externe Firma begründet war. Die Klinik hat mit der externen Firma inzwischen unmittelbar Kontakt aufgenommen, um die Korrektur der Fehler zu veranlassen. Die Abklärungen dabei ergaben, dass auch andere Spitäler von diesen Fehlern betroffen waren. Die Fehler bei der Herstellung des BFS-Files werden zeitnah behoben und ein korrigiertes BFS-File von der Klinik in der Woche vom 7. bis 11. Mai 2018 an alle relevanten Stellen gesandt.

⁵ 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!.

2.3.7 Ambulante Behandlung auswärts

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

2.3.8 Vergleich Grundgesamtheit und Stichprobe

Anzahl Nebendiagnosen/Patient

Anzahl Nebendiagnosen/Patient (Stichprobe)	1.87
Anzahl Nebendiagnosen/Patient (Grundgesamtheit)	1.87

Anzahl Behandlungen/Patient

Anzahl Nebendiagnosen/Patient (Stichprobe)	2.04
Anzahl Nebendiagnosen/Patient (Grundgesamtheit)	2.25

Anzahl DRG-Fallgruppen

Anzahl DRG-Fallgruppen (Stichprobe)	41
Anzahl DRG-Fallgruppen (Grundgesamtheit)	147

Prozentsatz Fälle mit Zusatzentgelt

Prozentsatz Fälle mit Zusatzentgelten (Stichprobe)	0%
Prozentsatz Fälle mit Zusatzentgelten (Grundgesamtheit)	0%

Prozentsatz maschineller Beatmungen

Prozentsatz maschineller Beatmungen (Stichprobe)	0%
Prozentsatz maschineller Beatmungen (Grundgesamtheit)	0%

Prozentsatz Fälle mit IPS-Behandlung

Prozentsatz IPS-Fälle (Stichprobe)	0%
Prozentsatz IPS-Fälle (Grundgesamtheit)	0%

2.4 Intensivmedizin

Die revidierte Organisation verfügt über keine Intensivmedizin, seit August 2017 verfügt sie aber über eine neu gebaute Intermediate Care Unit (IMCU).

2.4.1 Abgrenzung Intensivmedizin/Intermediate Care Unit

2.4.2 Basisdaten Intensivmedizin

Maschinelle Beatmungen

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

NEMS

Richtig erfasst	Nicht vorhanden	Nicht vorhanden
Falsch erfasst	Nicht vorhanden	Nicht vorhanden
Nicht erfasst	Nicht vorhanden	Nicht vorhanden

Schweregrad

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

2.5 Zusatzentgelte

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

2.6 Medikamente und Substanzen

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

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

2.7 DRG-Wechsel

2.7.1 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%	0	0%	0	0%
Aufgrund Änderung Nebendiagnose	0	0%	0	0%	0	0%
Aufgrund Änderung Behandlung	0	0%	0	0%	0	0%
Aufgrund sonstiger Änderungen	0	0%	0	0%	0	0%
Total	0	0%	0	0%	0	0%

2.7.2 Differenzen mit/ohne Vorlage an das BfS

Differenzen	Vorlage an das BfS	Anmerkungen
Keine	Nein	Keine

2.8 Kostengewichte

2.8.1 Schätzung des CMI des Spitals vor und nach Revision

CMI des Spitals vor Revision

CMI vor der Revision	1.1025
----------------------	--------

Geschätzter CMI des Spitals nach Revision

CMI nach der Revision	1.1025
-----------------------	--------

Geschätzte Differenz des CMI des Spitals vor und nach Revision:

CMI Differenz vor und nach Revision:	0
--------------------------------------	---

95%-Vertrauensintervall der Differenz des CMI des Spitals vor und nach Revision:

95%-Vertrauensintervall:	0
--------------------------	---

2.8.2 Kostengewichtsdifferenzen

Geschätzte Standardabweichung der Kostengewichtsdifferenzen des Spitals vor und nach Revision

Standardabweichung:	0
---------------------	---

Geschätzter Anteil der Kostengewichtsdifferenzen, welche ungleich Null sind

%Anteil CW-Differenzen ungleich Null:	0.00%
---------------------------------------	-------

2.9 Vergleich mit früheren Revisionen

Insgesamt weist die Kodierung des Datenjahres 2017 wie im Vorjahr eine sehr gute Kodierqualität sowie Abrechnungskongruenz aus. So gibt es keinen DRG-Wechsel sowie resultierend ebenso keine CMI-Differenz was als Ergebnis neben den sonstig dokumentierten Sachverhalten für sich und die sehr gute interne Leistungsqualität spricht. All dies dokumentiert auch dieses Jahr ein sehr gutes Ergebnis. Einzig die Lateralitäten der Diagnose- bzw. Prozedurenkodes der geprüften Falldossiers zeigen gemäss deren Auffälligkeitsdarstellung in Kapitel 2.3.6. die dort genannten und im Vergleich zum Vorjahr neu aufgefallenen Potenziale.

3 Empfehlungen

3.1 Empfehlungen für die Verbesserung der Kodierung im Spital

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 im Jahrestrend bereits stets verbessert worden, es wird nahegelegt, die inhaltliche Berichtsdarlegung ebenso mehr zu vereinheitlichen, was so dann insgesamt einen vorbildlichen formalen wie inhaltlichen Berichtsstandard als erlössichernde Abrechnungsgrundlage gewährleisten würde.

Das Vorgehen bei Lateralitäten der Diagnose- bzw. Prozedurenkodes sollte gemäss Kapitel 2.3.6 aufgrund der in diesem genannten Potenziale überprüft und verbessert werden.

3.2 Empfehlungen für die Weiterentwicklung von SwissDRG

Siehe oben.

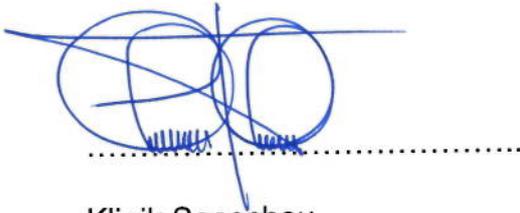
3.3 Weitere Hinweise des Revisors

Keine.

4 Anmerkungen Spitaldirektion

Die Spitaldirektion hat den vorliegenden Bericht geprüft sowie am 07. Mai 2018 nach Klärung weniger Rückfragen freigegeben.

Kreuzlingen, den 07. Mai 2018



Klinik Seeschau
Christian Juchli
Direktor

Anhang 1: Nachweise

Verpflichtungserklärung und Unabhängigkeitsbestätigung des Revisors bezüglich Kodierrevision der Daten 2017

1. Der Revisor verpflichtet sich, die Kodierrevision auf der Grundlage des Reglements für die Durchführung der Kodierrevision unter SwissDRG, Version 1.0 vom 12.06.09 (oder aktueller) 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.

Zürich, den 07. Mai 2018

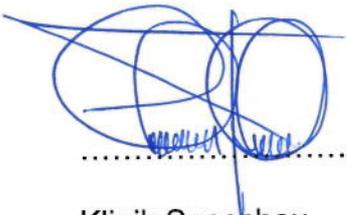
medCare Schweiz AG
Seefeldstrasse 214
CH-8008 Zürich
www.medCare-schweiz.ch

.....
medCare Schweiz AG

**Vollständigkeitserklärung bezüglich Datenlieferung für Kodierrevision der
Daten 2017**

Wir bestätigen, dass dem Revisor für die Stichprobenziehung alle in der Klinik Seeschau nach SwissDRG fakturierten Fälle mit Austritt zwischen 1. Januar 2017 und 31. Dezember 2017 übermittelt wurden.

Kreuzlingen, den 07. Mai 2018



A handwritten signature in blue ink, consisting of several overlapping loops and a vertical line extending downwards from the center of the loops. The signature is positioned above a horizontal dotted line.

Klinik Seeschau
Christian Juchli
Direktor

Anhang 2: Leistungsübersicht des Spitals

Anzahl der stationär behandelten Fälle gesamte Institution

	KV	UV	MV	IV	SZ	Andere	Unbekannt	Total
Akutsomatik (SwissDRG-Fälle)	1608	96	4	1	5	0	0	1714
Wartepatienten								
Psychiatrie								
Rehabilitation								

SwissDRG-Fälle

Nach Herkunftskanton und Versicherungsart:

Kanton	KV	UV	MV	IV	SZ	Andere	Unbekannt	Total
Aargau	0	4	0	1	0	0	5	0
Appenzell A	0	6	0	0	0	0	6	0
Appenzell I	0	8	0	0	0	0	8	0
Bern	0	1	0	0	0	0	1	0
Basel/Land	0	0	0	0	0	0	0	0
Basel/Stadt	0	0	0	0	0	0	0	0
Freiburg	0	0	0	0	0	0	0	0
Genf	0	0	0	1	0	0	1	0
Glarus	0	3	0	0	0	0	3	0
Graubünden	0	3	0	0	0	0	3	0
Jura	0	0	0	0	0	0	0	0
Luzern	0	0	0	0	0	0	0	0
Neuenburg	0	0	0	0	0	0	0	0
Nidwalden	0	0	0	0	0	0	0	0
Obwalden	0	0	0	0	0	0	0	0
St. Gallen	0	46	0	4	0	0	50	0
Schaffhausen	1	8	0	0	0	0	9	1
Solothurn	0	1	0	0	0	0	1	0
Schwyz	0	2	0	0	0	0	2	0
Thurgau	0	1459	4	85	2	0	1550	0
Tessin	0	2	0	0	0	0	2	0
Uri	0	0	0	0	0	0	0	0
Waadt	0	0	0	0	0	0	0	0
Wallis	0	0	0	0	0	0	0	0
Zug	0	1	0	0	0	0	1	0
Zürich	0	59	0	3	0	0	62	0
Ausland	0	5	0	2	3	0	10	0
Total	1	1608	4	96	5	0	1714	1

Nach Ausreisserkategorie und Versicherungsart

	Normalfälle mit Verlegungsabschlag		Normalfälle ohne Verlegungsabschlag		Untere Ausreisser		Obere Ausreisser		TOTAL
KV	4	100.0%	1462	94.1%	101	91.0%	41	91.1%	1608
UV	0	0.0%	85	5.5%	8	7.2%	3	6.7%	96
MV	0	0.0%	3	0.2%	1	0.9%	0	0.0%	4
IV	0	0.0%	1	0.1%	0	0.0%	0	0.0%	1
Selbstzahler	0	0.0%	3	0.2%	1	0.9%	1	2.2%	5
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	4	100.0%	1554	100.0%	111	100.0%	45	100.0%	1714

Nach Ausreisserkategorie und Herkunftskanton

	Normalfälle mit Verlegungsabschlag		Normalfälle ohne Verlegungsabschlag		Untere Ausreisser		Obere Ausreisser		TOTAL
Aargau	0	0.0%	4	0.3%	1	0.9%	0	0.0%	5
Appenzell A	0	0.0%	5	0.3%	0	0.0%	1	2.2%	6
Appenzell I	0	0.0%	8	0.5%	0	0.0%	0	0.0%	8
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%	1	0.1%	0	0.0%	0	0.0%	1
Glarus	0	0.0%	2	0.1%	0	0.0%	1	2.2%	3
Graubünden	0	0.0%	3	0.2%	0	0.0%	0	0.0%	3
Jura	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0
Luzern	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0
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%	47	3.0%	1	0.9%	2	4.4%	50
Schaffhausen	0	0.0%	8	0.5%	1	0.9%	0	0.0%	9
Solothurn	0	0.0%	1	0.1%	0	0.0%	0	0.0%	1
Schwyz	0	0.0%	2	0.1%	0	0.0%	0	0.0%	2
Thurgau	4	100.0%	1411	90.8%	98	88.3%	37	82.2%	1550
Tessin	0	0.0%	2	0.1%	0	0.0%	0	0.0%	2
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%	1	0.9%	0	0.0%	1
Zürich	0	0.0%	51	3.3%	8	7.2%	3	6.7%	62
Ausland	0	0.0%	8	0.5%	1	0.9%	1	2.2%	10
Total	4	100.0%	1554	100.0%	111	100.0%	45	100.0%	1714

CMI

Nach Ausreisserkategorie und Versicherungsart

	Normalfälle mit Verlegungsabschlag	Normalfälle ohne Verlegungsabschlag	Untere Ausreisser	Obere Ausreisser	TOTAL
KV	0.663	1.1431	0.5965	1.1114	1.1068
UV	0	1.0992	0.4075	0.9613	1.0373
MV	0	1.3337	0.274	0	1.0688
IV	0	0.804	0	0	0.804
Selbstzahler	0	1.1273	0.711	1.181	1.0548
Andere	0	0	0	0	0
Unbekannt	0	0	0	0	0
Total	0.663	1.1408	0.581	1.103	1.1025

Nach Ausreisserkategorie und Herkunftskanton

	Normalfälle mit Verlegungsabschlag	Normalfälle ohne Verlegungsabschlag	Untere Ausreisser	Obere Ausreisser	TOTAL
Aargau	0	1.3775	0.418	0	1.1856
Appenzell A	0	1.0244	0	1.344	1.0777
Appenzell I	0	1.2265	0	0	1.2265
Bern	0	1.19	0	0	1.19
Basel/Land	0	0	0	0	0
Basel/Stadt	0	0	0	0	0
Freiburg	0	0	0	0	0
Genf	0	1.953	0	0	1.953
Glarus	0	0.888	0	1.181	0.9857
Graubünden	0	0.644	0	0	0.644
Jura	0	0	0	0	0
Luzern	0	0	0	0	0
Neuenburg	0	0	0	0	0
Nidwalden	0	0	0	0	0
Obwalden	0	0	0	0	0
St. Gallen	0	1.2212	0.591	0.68	1.187
Schaffhausen	0	1.1655	0.33	0	1.0727
Solothurn	0	0.635	0	0	0.635
Schwyz	0	0.8485	0	0	0.8485
Thurgau	0.663	1.1348	0.5989	1.135	1.0997
Tessin	0	1.316	0	0	1.316
Uri	0	0	0	0	0
Waadt	0	0	0	0	0
Wallis	0	0	0	0	0
Zug	0	0	0.578	0	0.578
Zürich	0	1.1981	0.4194	0.8573	1.0811
Ausland	0	1.448	0.527	1.181	1.3292
Total	0.663	1.1408	0.581	1.103	1.1025

Anzahl Zusatzentgelte

Zusatzentgelt	Bezeichnung	Betrag								
			KV	UV	MV	IV	Selbstzahler	Andere	Unbekannt	Total
Total	Keine	0	0	0	0	0	0	0	0	0

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

DRG	Anzahl	Prozentsatz
901	0	0.00%
902	0	0.00%
906	0	0.00%
961	0	0.00%
962	0	0.00%
963	0	0.00%

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

Anzahl Langlieger in der Grundgesamtheit	45
Prozentsatz Langlieger ohne Nebendiagnose und 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	447
Prozentsatz der Fälle mit über 5 Tagen Aufenthaltsdauer und mit R-Hauptdiagnosekode in der Grundgesamtheit	0.00%