

# Bericht

## Codierrevision 2013

### Klinik Seeschau

Verfasserin:

Helena Santacatterina  
BfS-anerkannte Codierrevisorin

25. März 2014

# INHALTSVERZEICHNIS

<b>1. EINLEITUNG</b> .....	<b>4</b>
1.1 AUSGANGSLAGE .....	4
1.2 QUALIFIKATION DES REVISORS .....	4
1.3 UNABHÄNGIGKEIT DES REVISORS .....	4
<b>2. ZUSAMMENFASSUNG</b> .....	<b>4</b>
<b>3. LEISTUNGSÜBERSICHT IM GESCHÄFTSJAHR 2013</b> .....	<b>5</b>
3.1 ANZAHL DER STATIONÄR BEHANDELTEN FÄLLE .....	5
3.2 ANZAHL SWISSDRG-FÄLLE NACH HERKUNFTSKANTON UND VERSICHERUNGSART .....	5
3.3 ANZAHL UND PROZENTSATZ DER FÄLLE .....	6
3.3.1 NACH AUSREISSERKATEGORIE UND VERSICHERUNGSART .....	6
3.3.2 NACH AUSREISSERKATEGORIE UND HERKUNFTSKANTON .....	6
3.4 CMI .....	7
3.4.1 NACH AUSREISSERKATEGORIE UND VERSICHERUNGSART .....	7
3.4.2 NACH AUSREISSERKATEGORIE UND HERKUNFTSKANTON .....	7
<b>4. DURCHFÜHRUNG DER REVISION</b> .....	<b>8</b>
4.1 BERICHTSPERIODE UND GRUNDLAGE FÜR DIE BEURTEILUNG .....	8
4.1.1 BERICHTSJAHR .....	8
4.1.2 GÜLTIGE VERSIONEN .....	8
4.2 ZIEHUNG DER STICHPROBE .....	8
4.3 BEMERKUNGEN .....	8
<b>5. FESTSTELLUNGEN</b> .....	<b>9</b>
5.1 GENERELLE FESTSTELLUNGEN .....	9
5.2 PATIENTENDOSSIER .....	9
5.2.1 VOLLSTÄNDIGKEIT DER DOSSIERS .....	9
5.2.2 QUALITÄT DER DOSSIERFÜHRUNG .....	9
5.3 FESTGESTELLTE FEHLER .....	9
5.3.1 ADMINISTRATIVE FALLDATEN .....	9
5.3.2 MEDIZINISCHE FALLDATEN .....	10
5.3.3 BASISDATEN INTENSIVMEDIZIN .....	10
5.3.4 ZUSATZENTGELTE .....	10
5.3.5 HOCHTEURE MEDIKAMENTE .....	10
5.4 BEURTEILUNG DER CODIERQUALITÄT .....	10

<b>6. STATISTIKTEIL</b> .....	<b>10</b>
6.1 STATISTISCHE SIGNIFIKANZ DER CMI-ABWEICHUNG VOR/NACH DER REVISION .....	10
6.2 ANTEIL DRG-FALLWECHSEL .....	11
6.3 ANTEIL FEHLENDER KRANKENGESCHICHTEN .....	11
6.4 ANTEIL KODES IN DER DIAGNOSEN- UND PROZEDURENBEURTEILUNG .....	11
6.5 LATERALITÄT DER DIAGNOSEN.....	12
6.6 TUMORAKTIVITÄT DER DIAGNOSEN.....	12
6.7 LATERALITÄT DER PROZEDUREN .....	12
6.8 AMBULANTE BEHANDLUNG AUSWÄRTS DER PROZEDURENKODES .....	12
6.9 VERGLEICH NEBENDIAGNOSEN UND BEHANDLUNGEN IN DER GRUNDGESAMTHEIT UND DER STICHPROBE.	12
6.9.1 ANZAHL NEBENDIAGNOSEN PRO PATIENT .....	12
6.9.2 ANZAHL BEHANDLUNGEN PRO PATIENT .....	13
6.7 VERGLEICHSWERTE .....	13
<b>7. EMPFEHLUNGEN FÜR DIE VERBESSERUNG DER CODIERUNG UND WEITERENTWICKLUNG VON SWISSDRG</b> .....	<b>13</b>
<b>8. ANMERKUNGEN SPITALDIREKTION</b> .....	<b>13</b>

## 1. Einleitung

### 1.1 Ausgangslage

Die Direktion der Klinik Seeschau hat medCare mit der Durchführung einer offiziellen Codierrevision für das Geschäftsjahr 2013 gemäss den SwissDRG-Vorgaben beauftragt.

### 1.2 Qualifikation des Revisors

Frau Helena Santacatterina ist eine langjährig erfahrene Codierexpertin und verfügt über den eidgenössischen Fachausweis der medizinischen Codierung. Sie entspricht dem SwissDRG-Profil für Codierrevisoren 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.

## 2. Zusammenfassung

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

- |  |          |
|--|----------|
| 1. Auftragsvorbereitung und –abstimmung              | KW 3     |
| 2. Datenaufbereitung und -zustellung                 | KW 6-7   |
| 3. Durchführung der Stichprobenziehung               | KW 8     |
| 4. Vor Ort Codierrevision von 100 stationären Fällen | KW 10    |
| 5. Nachbereitung                                     | KW 11    |
| 6. Berichtsverfassung                                | KW 12-13 |
| 7. Abschlussabstimmung                               | KW 14    |

### 3. Leistungsübersicht im Geschäftsjahr 2013

#### 3.1 Anzahl der stationär behandelten Fälle

Akutsomatik (SwissDRG-Fälle)	1413
Psychiatrie	0
Rehabilitation	0

#### 3.2 Anzahl SwissDRG-Fälle nach Herkunftskanton und Versicherungsart

Kanton / Versicherung	IV	KV	MV	UV	Sonstige	Summen
Aargau		6				6
Appenzell A		1				1
Appenzell I						0
Bern		1				1
Basel Land						0
Basel Stadt						0
Freiburg		1				1
Genf						0
Glarus		2				2
Graubünden				1		1
Luzern		1				1
Nidwalden						0
Obwalden						0
St. Gallen		19	1	4		24
Schaffhausen						0
Solothurn		2				2
Schwyz						0
Thurgau		1081	5	108		1194
Tessin						0
Uri						0
Waadt						0
Wallis						0
Zug						0
Zürich		67		3		70
Ausland					10	10
Übrige BFS Regionen		14			86	100
Summen	0	1195	6	116	96*	1413

\* = Es lagen 18 Selbstzahler und 78 als „unbekannt“ klassifizierte Fälle vor.

### 3.3 Anzahl und Prozentsatz der Fälle

#### 3.3.1 Nach Ausreisserkategorie und Versicherungsart

	Normalfälle	Untere Ausreisser	Obere Ausreisser	Total
IV				0
KV	1032	131	32	1195
MV	6	0	0	6
UV	106	8	2	116
Undefiniert				96
Total	1220	158	35	1413

#### 3.3.2 Nach Ausreisserkategorie und Herkunftskanton

	Normalfälle	%-Anteil	Untere Ausreisser	%-Anteil	Obere Ausreisser	%-Anteil	Total
Aargau	3	0.25%	1	0.63%	2	5.88%	6
Appenzell A	2	0.17%	0	0.00%	0	0.00%	2
Appenzell I							0
Bern	1	0.08%	0	0.00%	0	0.00%	1
Basel Land							0
Basel Stadt							0
Freiburg	1	0.08%	0	0.00%	0	0.00%	1
Genf							0
Glarus	2	0.17%	0	0.00%	0	0.00%	2
Graubünden	5	0.41%	0	0.00%	1	2.94%	6
Luzern	1	0.08%	0	0.00%	0	0.00%	1
Nidwalden							0
Obwalden							0
St. Gallen	26	2.15%	5	3.16%	0	0.00%	31
Schaffhausen	8	0.66%	0	0.00%	0	0.00%	8
Solothurn	1	0.08%	0	0.00%	1	2.94%	2
Schwyz	1	0.08%	0	0.00%	0	0.00%	1
Thurgau	1096	90.50%	140	88.61%	30	88.24%	1266
Tessin							0
Uri							0
Waadt							0
Wallis							0
Zug							0
Zürich	64	5.28%	12	7.59%	0	0.00%	76
Undefiniert							10
Summen	1211	100.00%	158	100.00%	34	100.00%	1413

## 3.4 CMI

### 3.4.1 Nach Ausreisserkategorie und Versicherungsart

	Normalfälle	Untere Ausreisser	Obere Ausreisser	Total
IV	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
KV	1.0950	0.4490	1.5540	1.0360
MV	1.4020	0.0000	0.0000	1.4020
UV	1.0460	0.6030	1.2380	1.0180
Total	1.0930	0.4700	1.5240	1.0340

### 3.4.2 Nach Ausreisserkategorie und Herkunftskanton

	Normalfälle	Untere Ausreisser	Obere Ausreisser	Total
Aargau	1.7830	0.2620	1.5860	1.4640
Appenzell A	1.3310	0.0000	0.0000	1.3310
Appenzell I				
Bern	0.7450	0.0000	0.0000	0.7450
Basel Land				
Basel Stadt				
Freiburg	2.0260	0.0000	0.0000	2.0260
Genf				
Glarus	1.1360	0.0000	0.0000	1.1360
Graubünden	0.8500	0.0000	1.0510	0.8840
Luzern	0.7450	0.0000	0.0000	0.7450
Nidwalden				
Obwalden				
St. Gallen	0.9860	0.4250	0.0000	0.8960
Schaffhausen	1.2440	0.0000	0.0000	1.2440
Solothurn	1.2000	0.0000	1.0870	1.1440
Schwyz	1.0660	0.0000	0.0000	1.0660
Thurgau	1.0870	0.4660	1.5690	1.0300
Tessin				
Uri				
Waadt				
Wallis				
Zug				
Zürich	1.1990	0.5540	0.0000	1.0970
Undefiniert				
Summen	1.1845	0.4268	1.3233	1.1391

## **4. Durchführung der Revision**

### **4.1 Berichtsperiode und Grundlage für die Beurteilung**

#### **4.1.1 Berichtsjahr**

Die Berichtsperiode beginnt zum 01. Januar 2013 und endet am 31. Dezember 2013.

#### **4.1.2 Gültige Versionen**

- Codierungshandbuch des BfS, Fassung 2013
- FAQ vom BfS, sowie die Rundschreiben publiziert nach dem 01. Januar 2011
- ICD-10-GM 2012
- CHOP 2013
- Reglement für die Durchführung der Codierrevision unter SwissDRG, Version 3.0
- SwissDRG-Grouper 2013 (Abrechnungsversion)
- SwissDRG-Katalog 2.0

### **4.2 Ziehung der Stichprobe**

Es wurden in dieser zweiten offiziellen Revision die nach dem SwissDRG-Kalkulationsmechanismus für nicht universitäre Spitäler resultierenden 100 akutstationären Fälle nach dem Zufallsprinzip gezogen, welche alle in der Berichtsperiode nach SwissDRG abgerechnet wurden. Das Vorgehen entsprach dem geforderten Ablauf, welcher in Anhang 1 des offiziellen Reglements für die Durchführung der Codierrevision 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 zum wiederholten Mal vorbildlich. Dafür sowie für die ausnahmslos partnerschaftliche Zusammenarbeit danken wir den Verantwortlichen wie bereits im Vorjahr herzlich.



## 5. Feststellungen

### 5.1 Generelle Feststellungen

Im Rahmen der Vor Ort Revision hatte die Revisorin den identischen Zugang wie die vom Haus eingesetzten Codierer. 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 Vollständigkeit der Dossiers

Die Qualität der Dossiers ist gut und geeignet für eine professionelle Codierung. Bewertungsdetails werden im folgenden Abschnitt 5.2.2 beschrieben.

#### 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 Codierer 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 Rückfrage bzw. Nachbearbeitungsaufwand durchgeführt werden.

### 5.3 Festgestellte Fehler

#### 5.3.1 Administrative Falldaten

Die administrativen Falldaten wurden mehrheitlich vollständig in die medizinische Statistik des BfS-Datensatzes importiert. Wie in Abschnitt 3.2 erwähnt kam es zu undefinierten Datensätzen. Diesbezüglich wird die Klinik gebeten, die Ursache zu analysieren sowie diesen Zustand zeitnah zu überwinden.

### 5.3.2 Medizinische Falldaten

Die medizinischen Falldaten waren umfassend und wurden vollständig übertragen.

### 5.3.3 Basisdaten Intensivmedizin

Die Klinik Seeschau verfügt über keine Intensivstation, weswegen dieser Bewertungspunkt ausfällt.

### 5.3.4 Zusatzentgelte

Die Zusatzentgelte der geprüften Falldossiers wiesen keinerlei zu beanstandenden Zustand auf.

### 5.3.5 Hochteure Medikamente

Die hochteuren Medikamente der geprüften Falldossiers wiesen keinerlei zu beanstandenden Zustand auf.

## 5.4 Beurteilung der Codierqualität

Die eingesehene Fallcodierung entspricht den Vorgaben des Codierhandbuches des Geschäftsjahres 2013. Der Codierstil sowie das Vorgehen bei Fallzusammenführungen sind einheitlich und weisen im Rahmen des fokussierten Behandlungsspektrums keine heterogene Anwendungsform bzw. wiederkehrende Fehler auf. Teilweise wurden Nebendiagnosen codiert, welche nicht in der Verlaufsdokumentation ersichtlich waren. Ebenso wurde in Einzelfällen auf die Codierung von behandlungsrelevanten Diagnosen und Prozeduren verzichtet. Beide Zustände führten jedoch nur in den unten beschriebenen Fällen zu gruppierungsrelevanten DRG-Wechseln.

## 6. Statistikteil

### 6.1 Statistische Signifikanz der CMI-Abweichung vor/nach der Revision

<b>CMI vor der Revision</b>	<b>1.066</b>
CMI nach der Revision	1.068
Prozentuale Veränderung des CMI	0%

CMI vorher	CMI nachher	Untergrenze 1	CMI Differenz 1	Obergrenze 1	Untergrenze 2	CMI Differenz 2	Obergrenze 2
1.066	1.068	0.949344501	0.00198	1.182555499	89.06%	1.0018574 98	110.94%

---

**Standardabweichung CW-Differenzen**  
**0.00763300885905579**

---

## 6.2 Anteil DRG-Fallwechsel

	Höheres Kostengewicht nach Revision	%	Tieferes Kostengewicht nach Revision	%	Kein Einfluss auf Kostengewicht	%
Aufgrund Änderung der Hauptdiagnose	1	50%	0	0%	0	0%
Aufgrund Änderung der Nebendiagnose	0	0	0	0	0	0%
Aufgrund Änderung der Behandlung	1	50%	1	100%	0	0%
Aufgrund sonstiger Änderungen	0	0	0	0	0	0%
Total	2	100%	1	100%	0	0%

## 6.3 Anteil fehlender Krankengeschichten

Im Rahmen der durchgeführten Revision waren alle notwendigen Krankengeschichten verfügbar.

## 6.4 Anteil Kodes in der Diagnosen- und Prozedurenbeurteilung

	richtig	falsch	fehlend	ungerechtfertigt	unnötig	total
Hauptdiagnose	96	4	0	0	0	100
Zusatz zur HD	3	0	0	0	0	3
Nebendiagnosen	148	0	8	4	1	161
Diagnosen total	247	4	8	4	1	264
Behandlungen	227	3	14	1	0	245

	richtig	falsch	fehlend	ungerechtfertigt	unnötig	total
Hauptdiagnose	96.00%	4.00%	0.00%	0.00%	0.00%	100.00%
Zusatz zur HD	100.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	100.00%
Nebendiagnosen	91.90%	0.00%	5.00%	2.50%	0.60%	100.00%
Behandlungen	92.70%	1.20%	5.70%	0.40%	0.00%	100.00%

	1. Stelle	2. Stelle	3. Stelle	4. Stelle	5. Stelle	total
Hauptdiagnose	2			1		3
Zusatz zur HD						0
Nebendiagnosen						0
Behandlungen		2		1		3

## 6.5 Lateralität der Diagnosen

Die Diagnosenlateralitäten der geprüften Falldossiers wiesen keinerlei zu beanstandenden Zustand auf.

## 6.6 Tumoraktivität der Diagnosen

Die Diagnosentumoraktivitäten der geprüften Falldossiers wiesen keinerlei zu beanstandenden Zustand auf.

## 6.7 Lateralität der Prozeduren

Die Prozedurenlateralitäten der geprüften Falldossiers wiesen keinerlei zu beanstandenden Zustand auf.

## 6.8 Ambulante Behandlung auswärts der Prozedurenkodes

Die Prozedurenkodes der auswärtigen ambulanten Behandlungen der geprüften Falldossiers wiesen keinerlei zu beanstandenden Zustand auf.

## 6.9 Vergleich Nebendiagnosen und Behandlungen in der Grundgesamtheit und der Stichprobe

### 6.9.1 Anzahl Nebendiagnosen pro Patient

<b>Anzahl Nebendiagnosen/Patient (Stichprobe)</b>	<b>1.53</b>
<b>Anzahl Nebendiagnosen/Patient (Grundgesamtheit)</b>	<b>1.78</b>

### 6.9.2 Anzahl Behandlungen pro Patient

Anzahl Behandlungen/Patient (Stichprobe)	2.42
Anzahl Behandlungen/Patient (Grundgesamtheit)	2.57

### 6.7 Vergleichswerte

Insgesamt weist wie bereits auch das Jahr 2012 ebenso das Jahr 2013 eine ausgezeichnete Codierqualität aus. So liegt die CMI-Differenz vor und nach der Revision bei +0.002 zu Gunsten des Spitals, was als Ergebnis neben den sonstig dokumentierten Sachverhalten für sich und die interne Leistungsqualität spricht. Diese ist aus unserer Sicht weitestgehend einwandfrei und vorbildlich.

## 7. Empfehlungen für die Verbesserung der Codierung und Weiterentwicklung von SwissDRG

Die Relevanz der spezifischen Codierung von Haupt- und Nebendiagnose bedarf einem detaillierten Berichtsstudium. Aufgrund dessen werden wie oben beschrieben der Anteil der Codierung von nicht dokumentierten sowie der Nichtcodierung von dokumentierten Diagnosen und Prozeduren reduziert.

Generell sind die Austritts- und OP-Berichte sehr gut und detailliert verfasst. Dies ermöglicht dem Codierer eine optimale Abbildung der Fälle. Ergänzend wird empfohlen, die Berichte der unterschiedlichen Fachrichtungen einheitlicher zu gestalten, da dies die Codierung zusätzlich im Sinne aller Beteiligten vereinfachen würde.

Aufgrund der Vorgaben des Codierhandbuches sollte Einheitlichkeit gewährleistet werden hinsichtlich des Vorgehens bei unklaren Beschreibungen, da dem Codierer weder die selbstständige Interpretation, noch die aktive Codierveränderung ohne ärztliche Rücksprache und Dokumentation gestattet sind.

## 8. Anmerkungen Spitaldirektion

Die Spitaldirektion hat den vorliegenden Bericht geprüft sowie am 04.04.2014 nach Klärung weniger Rückfragen freigegeben und verdankt die partnerschaftliche und angenehme Zusammenarbeit.

---

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: 041 – 511 22 25  
oder  
Email: [kontakt@medCare-schweiz.ch](mailto:kontakt@medCare-schweiz.ch)

25. März 2014, Helena Santacatterina