

Bericht

Codierrevision 2014

Klinik Seeschau

Verfasserin:

Helena Santacatterina

Medizinische Codiererin mit eidg. Fachausweis
BfS-anerkannte Codierrevisorin

15. April 2015

INHALTSVERZEICHNIS

1. EINLEITUNG	4
1.1 AUSGANGSLAGE	4
1.2 QUALIFIKATION DES REVISORS	4
1.3 UNABHÄNGIGKEIT DES REVISORS	4
2. ZUSAMMENFASSUNG	4
3. LEISTUNGSÜBERSICHT IM GESCHÄFTSJAHR 2013	5
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 AUSSREISSERKATEGORIE 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
4. DURCHFÜHRUNG DER REVISION	8
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
5. FESTSTELLUNGEN	9
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.....	9
5.3.3 BASISDATEN INTENSIVMEDIZIN	10
5.3.4 ZUSATZENTGELTE	10
5.3.5 HOCHTEURE MEDIKAMENTE	10
5.4 BEURTEILUNG DER CODIERQUALITÄT	10

6. STATISTIKTEIL	10
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.	13
6.9.1 ANZAHL NEBENDIAGNOSEN PRO PATIENT	13
6.9.2 ANZAHL BEHANDLUNGEN PRO PATIENT	13
6.7 VERGLEICHSWERTE	13
7. EMPFEHLUNGEN FÜR DIE VERBESSERUNG DER CODIERUNG UND WEITERENTWICKLUNG VON SWISSDRG	13
8. ANMERKUNGEN SPITALDIREKTION	14

1. Einleitung

1.1 Ausgangslage

Die Direktion der Klinik Seeschau hat medCare mit der Durchführung einer offiziellen Codierrevision für das Geschäftsjahr 2014 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 geforderten 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 eines Revisors.

2. Zusammenfassung

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

- | | |
|--|----------|
| 1. Auftragsvorbereitung und –abstimmung | KW 6 |
| 2. Datenaufbereitung und -zustellung | KW 7-8 |
| 3. Durchführung der Stichprobenziehung | KW 8 |
| 4. Vor Ort Codierrevision von 100 stationären Fällen | KW 9 |
| 5. Nachbereitung | KW 10 |
| 6. Berichtsverfassung | KW 11-13 |
| 7. Abschlussabstimmung | KW 14-15 |

3. Leistungsübersicht im Geschäftsjahr 2014

3.1 Anzahl der stationär behandelten Fälle

Akutsomatik (SwissDRG-Fälle)	1502
Psychiatrie	0
Rehabilitation	0

3.2 Anzahl SwissDRG-Fälle nach Herkunftskanton und Versicherungsart

Kanton / Versicherung	IV	KV	MV	UV	Selbstzahler	Sonstige	Summen
Aargau		5					5
Appenzell A		1		1			2
Appenzell I		1		1			2
Bern		1					1
Basel Land		2					2
Basel Stadt							0
Freiburg							0
Genf							0
Glarus		2					2
Graubünden		1			2		3
Jura							0
Luzern		1			2		3
Neuenburg							0
Nidwalden							0
Obwalden							0
St. Gallen		24		8	2		34
Schaffhausen	2	8		1			11
Solothurn		1					1
Schwyz							0
Thurgau	5	1179	3	162	11		1360
Tessin							0
Uri		1					1
Waadt							0
Wallis		1					1
Zug		1		1			2
Zürich		51	1	3	2		57
Ausland		10		2	3		15
Summen	7	1290	4	179	22	0	1502

3.3 Anzahl und Prozentsatz der Fälle

3.3.1 Nach Ausreisserkategorie und Versicherungsart

Versicherungsart	Normalfälle	Untere Ausreisser	Obere Ausreisser	Total
IV	6	1		7
KV	1147	128	15	1290
MV	3	1		4
UV	162	14	3	179
Selbstzahler	15	7		22
Undefiniert				0
Total	1333	151	18	1502

Anmerkung: Es lagen keine unbewerteten DRG's vor.

3.3.2 Nach Ausreisserkategorie und Herkunftskanton

Kanton	Normalfälle	%-Anteil	Untere Ausreisser	%-Anteil	Obere Ausreisser	%-Anteil	Total
Aargau	4	0.30%			1	5.56%	5
Appenzell A	2	0.15%					2
Appenzell I	2	0.15%					2
Bern			1	0.66%			1
Basel Land	2	0.15%					2
Basel Stadt							0
Freiburg							0
Genf							0
Glarus	2	0.15%					2
Graubünden	1	0.08%	2	1.32%			3
Jura							0
Luzern	3	0.23%					3
Neuenburg							0
Nidwalden							0
Obwalden							0
St. Gallen	29	2.18%	5	3.31%			34
Schaffhausen	10	0.75%	1	0.66%			11
Solothurn	1	0.08%					1
Schwyz							0
Thurgau	1210	90.77%	133	88.08%	17	94.44%	1360
Tessin							0
Uri	1	0.08%					1
Waadt							0
Wallis	1	0.08%					1
Zug	1	0.08%	1	0.66%			2
Zürich	53	3.98%	4	2.65%			57
Ausland	11	0.83%	4	2.65%			15
Undefiniert							0
Summen	1333	100.00%	151	100.00%	18	100.00%	1502

3.4 CMI

3.4.1 Nach Ausreisserkategorie und Versicherungsart

Versicherung	Normalfälle	Untere Ausreisser	Obere Ausreisser	Total
IV	1.0602	1.4530		1.1163
KV	1.1309	0.4509	1.9155	1.0726
MV	1.4953	0.4820		1.2420
UV	1.0482	0.4954	1.1610	1.0068
Selbstzahler	0.8289	0.5223		0.7313
Undefiniert				0.0000
Total	1.1180	0.4651	1.7897	1.0604

Anmerkung: Im ERP-System der Klinik Seeschau wird für 2014 ein CMI von 1.0603 ausgewiesen. Aufgrund der marginalen Differenz von 0.0001 wird im Anschluss an die beidseits erfolgte Prüfung dessen von einer weitergehenden Untersuchung abgesehen.

3.4.2 Nach Ausreisserkategorie und Herkunftskanton

Kanton	Normalfälle	Untere Ausreisser	Obere Ausreisser	Total
Aargau	1.0590	0.0000	4.3020	1.7076
Appenzell A	1.1665	0.0000	0.0000	1.1665
Appenzell I	0.7850	0.0000	0.0000	0.7850
Bern	0.0000	0.6940	0.0000	0.6940
Basel Land	1.5055	0.0000	0.0000	1.5055
Basel Stadt				
Freiburg				
Genf				
Glarus	0.7755	0.0000	0.0000	0.7755
Graubünden	2.0100	0.5605	0.0000	1.0437
Jura				
Luzern	0.8373	0.0000	0.0000	0.8373
Neuenburg				
Nidwalden				
Obwalden				
St. Gallen	1.1434	0.4654	0.0000	1.0437
Schaffhausen	1.3016	1.4530	0.0000	1.3154
Solothurn	1.0010	0.0000	0.0000	1.0010
Schwyz				
Thurgau	1.1181	0.4456	1.6419	1.0589
Tessin				
Uri	1.0010	0.0000	0.0000	1.0010
Waadt				
Wallis	1.0650	0.0000	0.0000	1.0650
Zug	0.7710	0.3620	0.0000	0.5665
Zürich	1.1131	0.8600	0.0000	1.0953
Ausland	1.0098	0.3940	0.0000	0.8456
Total	1.1180	0.4651	1.7897	1.0604

4. Durchführung der Revision

4.1 Berichtsperiode und Grundlage für die Beurteilung

4.1.1 Berichtsjahr

Die Berichtsperiode beginnt zum 01. Januar 2014 und endet am 31. Dezember 2014.

4.1.2 Gültige Versionen

- Codierungshandbuch des BfS, Fassung 2014
- FAQ vom BfS, sowie die Rundschreiben publiziert bis zum 31. Dezember 2014
- ICD-10-GM 2014
- CHOP 2014
- Reglement für die Durchführung der Codierrevision unter SwissDRG, Version 4.0
- SwissDRG-Grouper 2014 (Abrechnungsversion)
- SwissDRG-Katalog 3.0

4.2 Ziehung der Stichprobe

Es wurden in dieser dritten 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
Übersichtlichkeit	Sehr gut, die Dossiers weisen eine logische und nachvollziehbare Struktur auf und generieren keine zusätzlichen Aufwände.
Zeitliche Abfolge	Sehr gut, die chronologische Abfolge ist gewährleistet und ermöglicht dem Codierer eine Beurteilung des Behandlungsverlaufs entsprechend deren realem Verlauf ohne wesentliche Sortieraufwände zu generieren.
Vollständigkeit	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 vollständig in die medizinische Statistik des BfS-Datensatzes importiert. Es kam im Gegensatz zum Vorjahr dieses Jahr zu keinen undefinierten Datensätzen, was auf eine deutliche Verbesserung im Rahmen des administrativen Falldatenmanagements schliessen lässt.

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 Medikamente und Substanzen

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

5.4 Beurteilung der Codierqualität

Die eingesehene Fallcodierung entspricht den Vorgaben des Codierhandbuches des Geschäftsjahres 2014. Der Codierstil sowie das Vorgehen bei Fallzusammenführungen sind konsistent zur Beurteilung des Vorjahres einheitlich und weisen im Rahmen des fokussierten Behandlungsspektrums keine heterogene Anwendungsform bzw. wiederkehrend systematischen Fehler auf. Es wurde ein vergleichsweise hoher Anteil ungerechtfertigter Nebendiagnosen codiert und teilweise in geringerer Ausprägung falscher Behandlungen. Details zu diesen beiden und weiteren Punkten sind in Abschnitt 6.4 dokumentiert.

6. Statistikteil

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

CMI vor der Revision	1.0604
CMI nach der Revision	1.0604
Prozentuale Veränderung des CMI	0.00%

CMI vorher	CMI nachher	Untergrenze 1	CMI Differenz 1	Obergrenze 1	Untergrenze 2	CMI Differenz 2	Obergrenze 2
1.0604	1.0604	1.0316	0.0000	1.0892	0.9728	1.0000	1.0272

Standardabweichung CW-Differenzen
-0.000961459

6.2 Anteil DRG-Fallwechsel

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

Anmerkung: Somit liegt der Anteil von DRG-Wechseln im Rahmen der Revision bei 1%.

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	94	6	0	0	0	100
Zusatz zur Hauptdiagnose	0	0	0	0	0	0
Nebendiagnosen	181	3	5	39	2	230
Diagnosen total	275	9	5	39	2	330
Behandlungen	259	17	11	1	3	291

	richtig	falsch	fehlend	ungerechtfertigt	unnötig	total
Hauptdiagnose	94.00%	6.00%	0.00%	0.00%	0.00%	100.00%
Zusatz zur Hauptdiagnose	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
Nebendiagnosen	78.70%	1.30%	2.20%	17.00%	0.90%	100.00%
Diagnosen total	83.30%	2.70%	1.50%	11.80%	0.60%	100.00%
Behandlungen	89.00%	5.80%	3.80%	0.30%	1.00%	100.00%

	1. Stelle	2. Stelle	3. Stelle	4. Stelle	5. Stelle	6. Stelle	total
Hauptdiagnose	6						6
Zusatz zur Hauptdiagnose							0
Nebendiagnosen	2	1					3
Behandlungen					16	1	17

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

Anzahl Nebendiagnosen/Patient (Stichprobe)	2.25
Anzahl Nebendiagnosen/Patient (Grundgesamtheit)	1.87

6.9.2 Anzahl Behandlungen pro Patient

Anzahl Behandlungen/Patient (Stichprobe)	2.80
Anzahl Behandlungen/Patient (Grundgesamtheit)	2.63

6.7 Vergleichswerte

Insgesamt weist wie bereits auch das Jahr 2013 ebenso das Jahr 2014 eine sehr gute Codierqualität sowie Abrechnungskongruenz aus. So gibt es keine CMI-Differenz zum Vorjahr und der Codierdifferenzierungsgrad nahm zu, was als Ergebnis neben den sonstig dokumentierten Sachverhalten für sich und die interne Leistungsqualität spricht. Diese ist aus unserer Erfahrung im Branchenvergleich als sehr gut zu bewerten.

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 inhaltlich einheitlicher zu gestalten. Die Standardisierung der Berichtsstruktur ist in einem ersten Schritt bereits sehr gut gelungen, nun wird nahe gelegt, die inhaltliche Berichtsdarlegung ebenso mehr zu vereinheitlichen, was so dann insgesamt einen vorbildlichen formalen wie inhaltlichen Berichtsstandard gewährleisten würde.

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 09. April 2015 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

15. April 2015, Helena Santacatterina