

Revisionsbericht

Revision der Daten 2023

**Klinik Seeschau AG
Kreuzlingen**

16.4. und 17.04.2024

Inhaltsverzeichnis

ZUSAMMENFASSUNG	4
REVISIONSERGEBNISSE IM ÜBERBLICK	5
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 ZEITLICHE ABFOLGE DER REVISION	6
1.5 QUALIFIKATION DES REVISORS	6
1.6 UNABHÄNGIGKEIT DES REVISORS	6
1.7 BEMERKUNGEN	6
2 FESTSTELLUNGEN	7
2.1 GENERELLE FESTSTELLUNGEN	7
2.2 ADMINISTRATIVE GRUNDLAGEN	7
2.2.1 Patientendossiers	7
2.2.2 Administrative Falldaten	8
2.2.3 Fallkombinationsfehler (Fallsplitt, Fallzusammenführung)	9
2.2.4 Kongruenz der Rechnungsstellung	9
2.3 DIAGNOSEN UND BEHANDLUNGEN	10
2.3.1 Festgestellte Fehler	10
2.3.2 Angaben zu den Kodierfehlern	10
2.3.3 Zuweisung der Hauptdiagnose	11
2.3.4 Zuweisung der Zusatzdiagnose	11
2.3.5 Zuweisung der Hauptbehandlung	11
2.3.6 Zuweisung der Nebenbehandlungen	11
2.3.7 Lateralität der Diagnosen und Prozeduren	12
2.3.8 Externe ambulante Leistungen	12
2.3.9 Vergleich Grundgesamtheit und Stichprobe	13
2.4 INTENSIVMEDIZIN (IMCU UND IPS)	14
2.4.1 Basisdaten Intermediate Care Unit (IMCU)	14
2.4.2 Basisdaten Intensivmedizin	14
2.5 ZUSATZENTGELTE (EXKL. MEDIKAMENTE UND SUBSTANZEN)	16
2.6 MEDIKAMENTE UND SUBSTANZEN	16
2.6.1 Medikamente und Substanzen gesamt	16
2.6.2 ATC Codes mit Zusatzentgelten	16
2.6.3 ATC Codes ohne Zusatzentgelte	16
2.6.4 Blutprodukte CHOP	16
2.7 KOSTENGEWICHTSWECHSEL	17
2.7.1 Anzahl und Prozentsatz der Fälle mit DRG-Wechsel	17
2.7.2 Differenzen mit/ohne Vorlage an das BFS	17
2.8 KOSTENGEWICHTE	18
2.8.1 Schätzung des CMI des Spitals vor und nach Revision	18
2.8.2 Kostengewichtsdifferenzen	18
2.8.3 Geschätzte Standardabweichung der Kostengewichtsdifferenzen und des Anteils der Kostengewichtsdifferenzen, welche ungleich Null sind	18
2.9 VERGLEICH MIT FRÜHEREN REVISIONEN	19
3 EMPFEHLUNGEN	20
3.1 EMPFEHLUNGEN FÜR DIE VERBESSERUNG DER KODIERUNG IM SPITAL	20
3.2 EMPFEHLUNGEN FÜR DIE WEITERENTWICKLUNG VON SWISSDRG	20
3.3 WEITERE HINWEISE DES REVISORS	20
4 ANMERKUNGEN SPITALDIREKTION	21

ANHANG 1: NACHWEISE	22
VERPFLICHTUNGSERKLÄRUNG	22
VOLLSTÄNDIGKEITSERKLÄRUNG IN DER KLINIK SEESCHAU AG BEZÜGLICH DATENLIEFERUNG FÜR KODIERREVISION DER DATEN 2023	23
ANHANG 2: LEISTUNGSÜBERSICHT DES SPITALS IN DER BERICHTSPERIODE	24
<i>Anzahl der stationär behandelten Fälle gesamte Institution</i>	<i>24</i>
SWISSDRG-FÄLLE	24
<i>Nach Herkunftskanton und Versicherungsart</i>	<i>24</i>
<i>Anzahl und Prozentsatz nach Ausreisserkategorie und Versicherungsart</i>	<i>25</i>
<i>Nach Ausreisserkategorie und Herkunftskanton</i>	<i>25</i>
CMI	25
<i>Nach Ausreisserkategorie und Versicherungsart</i>	<i>25</i>
<i>Nach Ausreisserkategorie und Herkunftskanton</i>	<i>26</i>
ANZAHL ZUSATZENTGELTE	26
ANZAHL UND PROZENTSATZ DER FÄLLE, WELCHE IN DIE BASIS-DRGs 901, 902, 960, 961, 962 UND 963 GRUPPIERT WURDEN	27
PROZENTSATZ DER LANGLIEGER OHNE NEBENDIAGNOSE UND PROZEDUR UND MIT PCCL ≤ 2	27
PROZENTSATZ DER FÄLLE MIT ÜBER 5 TAGE AUFENTHALTSDAUER UND MIT R-HAUPTDIAGNOSEKODE	27
Glossar	28

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 (Grundgesamtheit)	1.087430	
Stichprobengrösse nach Revision	100	
Geschätzter CMI des Spitals nach Revision (Stichprobe)	1.087720	
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	100	100.0%
Richtiger Zusatz zur Hauptdiagnose	0	0.0%
Richtige Nebendiagnosen	226	100.0%
Richtige Hauptbehandlung	99	100.0%
Richtige Nebenbehandlung	138	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 von 3	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 erfassten Beatmungen	0	0.0%	0	0.0%
Anzahl Fälle mit IPS-Aufenthalt	0	0.0%	0	0.0%
Fälle mit IMCU-Aufenthalt	0	0.0%	0	0.0%
Fälle mit externen ambulanten Leistungen	0	0.0%	0	0.0%
CMI	1.087430		1.087720	
Zusatzentgelte	0		0	

1 Durchführung der Revision

1.1 Berichtsperiode

Revidiert wurden die Falldaten mit Austritt vom 1.1. bis zum 31.12.2023.

1.2 Gültige Versionen

SwissDRG Katalog	Fallpauschalenkatalog Version 12.0
SwissDRG Grouper	Abrechnungsversion 2023/2023
SwissDRG Abrechnungsregeln	Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG Version Mai 2022, Stand 20. Juni 2022
	Klarstellung und Fallbeispiele zu den Anwendungsregeln Version 4.7, Stand 08. Dezember 2022
Kodierregeln	BFS Kodierungshandbuch Version 2023, FAQs und Rundschreiben für Kodiererinnen und Kodierer mit Gültigkeit bis 31.12.2023
Diagnosekodes	ICD-10 GM 2022
Behandlungskodes	CHOP 2023
Fehlertypologie	Medplaus 6.0.7

1.3 Berechnung und Ziehung der Stichprobe

Die Ziehung der Stichprobe erfolgte aus dem Datensatz der Medizinischen Statistik BFS aus dem Jahre 2023 des revidierten Spitals. Dabei wurden alle stationären akutsomatischen Fälle berücksichtigt, die nach SwissDRG abgerechnet wurden. Für die Planung und die 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 wurde die Stichprobengrösse auf 100 Fälle festgelegt. Aus den 2'166 Akutpatienten wurde eine geschichtete Stichprobe von 100 Fällen gezogen und 1 potenzielle Wiederkehrer hinzugefügt. Die Stichprobengrösse vor Revision beträgt somit 101 Fälle.

1.4 Beschreibung der zeitlichen Abfolge der Revision

Die Dokumentationen der 100 Fälle der Stichprobe wurden der Revisorin per Mail zugesandt und am 05.04.2023 kontrolliert

Die Revision hat vom 16.04.-17.04.2024 direkt vor Ort stattgefunden. Der Revisorin wurde ein ruhiges Büro mit Computer zur Verfügung gestellt

Eine Besprechung der Ergebnisse fand direkt am Anschluss der Revision, mit Herrn Philipp Juchli Leiter der Patientenadministration, statt

1.5 Qualifikation des Revisors

Die externe Revision wurde durch Helena Santacatterina durchgeführt, welche vom BfS als Revisorin anerkannt ist.

1.6 Unabhängigkeit des Revisors

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

1.7 Bemerkungen

Keine

2 Feststellungen

2.1 Generelle Feststellungen

Es gibt keine speziellen Feststellungen genereller Art.

2.2 Administrative Grundlagen

2.2.1 Patientendossiers

2.2.1.1 Prozentsatz fehlender Krankengeschichten

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	0/0.0%	0/0.0%	0/0.0%	100/100.0%	0
Endoskopieberichte	0/0.0%	0/0.0%	0/0.0%	100/100.0%	0
Labordokumentation	0/0.0%	0/0.0%	0/0.0%	100/100.0%	0
IPS Berichte	1/100.0%	0/0.0%	0/0.0%	99/99.0%	1
Pflegedokumentation	97/100.0%	0/0.0%	0/0.0%	3/3.0%	97
Konsilien Facharzt	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
------	-------------

2.2.1.2 Qualität der Dossier

Die Dossierführung ist sehr gut. Alle Unterlagen sind elektronisch gut strukturiert abgelegt und daher sehr übersichtlich und gut zu bearbeiten. Die Operations- und Austrittsberichte sind ausführlich und gut zu verstehen wie auch umfassend dokumentiert.

2.2.2 Administrative Falldaten

Gesamt:

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

Auflistung der Beanstandungen nach Ereignis:

Änderungen im Detail:

Fehler bei:	Anzahl	Anteil
Eintrittsart	0	0.0%
Einweisende Instanz	0	0.0%
Aufenthaltssort 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 3 Fallkonstellationen für die Möglichkeit einer Fallzusammenführung oder eines Fallsplitts. Dabei wurde das Fallmanagement in allen Fällen korrekt gehandhabt.

2.2.3.1 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.

2.2.3.2 Abweichung Kostengewicht

Es wurden keine Fehler festgestellt.

2.2.4 Kongruenz der Rechnungsstellung

Im Rahmen der Revision wurde in keinem Fall der Stichprobe eine Abweichung in der Rechnungslegung festgestellt.

2.2.4.1 Festgestellte Fehler

100 von 100 Rechnungen wurden von den Revisoren kontrolliert.

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
------	-------------

2.2.4.2 Abweichung Kostengewicht

Der CMI der Spalkodierung ist 1.087720. Der fakturierte CMI ist 1.087720. Die Abweichung ist somit 0.0%.

2.3 Diagnosen und Behandlungen

2.3.1 Festgestellte Fehler

Auflistung der Beanstandungen:

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

Es gibt keine Beanstandungen festgestellter Fehler.

2.3.2 Angaben zu den Kodierfehlern

2.3.2.1 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	226	0	0	0	0	226
Diagnosen total	326	0	0	0	0	326
Hauptbehandlung	99	0	0	0	0	99
Nebenbehandlungen	138	0	0	0	0	138
Behandlungen total	237	0	0	0	0	237

2.3.2.2 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

2.3.2.3 Prozentsatz der Kodierfehler nach Fehlertyp

	richtig	falsch	fehlend	ungerechtfertigt	unnötig
Hauptdiagnose	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Zusatz zur HD	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Nebendiagnosen	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Diagnosen total	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
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%

2.3.2.4 Prozentsatz der falsch kodierten Kodes 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 Spalkodierung	100	100.0%
Kode durch richtigen Code ersetzt ^{1*}	0	0.0%
Fehlenden Code durch neuen ersetzt ^{2*}	0	0.0%
Durch bestehende Nebendiagnose zugeordnet ^{3*}	0	0.0%

2.3.4 Zuweisung der Zusatzdiagnose

Zuweisung	Anzahl	Prozent
Keine Änderung der Spalkodierung	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*}	0	0.0%

2.3.5 Zuweisung der Hauptbehandlung

Zuweisung	Anzahl	Prozent
Keine Änderung der Spalkodierung	99	100.0%
Kode durch richtigen Code ersetzt ^{1*}	0	0.0%
Fehlenden Code durch neuen ersetzt ^{2*}	0	0.0%
Durch bestehende Nebenbehandlung zugeordnet ^{3*}	0	0.0%

2.3.6 Zuweisung der Nebenbehandlungen

Zuweisung	Anzahl	Prozent
Keine Änderung der Spalkodierung	138	100.0%
Kode durch richtigen Code ersetzt	0	0.0%
Fehlenden Code durch neuen ersetzt	0	0.0%

2.3.7 Lateralität der Diagnosen und Prozeduren

2.3.7.1 Lateralität der Diagnosen

Urteil	Anzahl Urteile	Prozentualer Anteil
richtig	130	100.0%
falsch	0	0.0%
fehlend	0	0.0%
unnötig	0	0.0%
nicht beurteilbar	0	0.0%
Gesamt	130	100.0%

2.3.7.2 Lateralität der Prozeduren

Urteil	Anzahl Urteile	Prozentualer Anteil
richtig	174	100.0%
falsch	0	0.0%
fehlend	0	0.0%
unnötig	0	0.0%
nicht beurteilbar	0	0.0%
Gesamt	174	100.0%

2.3.8 Externe ambulante Leistungen

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

2.3.9 Vergleich Grundgesamtheit und Stichprobe

2.3.9.1 Anzahl Fälle

Anzahl Fälle (Stichprobe)	100
Anzahl Fälle (Grundgesamtheit)	2'166

2.3.9.2 CMI

CMI der Stichprobe	1.087720
CMI der Grundgesamtheit	1.087430

2.3.9.3 Anzahl und Prozentsatz unspezifischer Kodes an der Spalkodierung

unspezifische Kodes der Grundgesamtheit			unspezifische Kodes der Stichprobe	
Diagnosen	1'390	20.0%	67	20.6%
Prozeduren	0	0.0%	0	0.0%

2.3.9.4 Anzahl Nebendiagnosen/Patient

Anzahl Nebendiagnosen/Patient (Stichprobe nach Revision)	2.26
Anzahl Nebendiagnosen/Patient (Grundgesamtheit)	2.20

2.3.9.5 Anzahl Behandlungen/Patient

Anzahl Behandlungen/Patient (Stichprobe nach Revision)	2.37
Anzahl Behandlungen/Patient (Grundgesamtheit)	2.21

2.3.9.6 Anzahl DRG Fallgruppen

Anzahl DRG Fallgruppen (Stichprobe nach Revision)	41
Anzahl DRG Fallgruppen (Grundgesamtheit)	140

2.3.9.7 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%

2.3.9.8 Anzahl und Prozentsatz Fälle mit erfassten Beatmungen

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

2.3.9.9 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%

2.3.9.10 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%

2.3.9.11 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 (IMCU und IPS)

2.4.1 Basisdaten Intermediate Care Unit (IMCU)

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

2.4.1.1 NEMS + Schweregrad (S/P/C)

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

Auflistung der Beanstandungen:

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

2.4.1.2 Revidierte Fälle

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

2.4.2 Basisdaten Intensivmedizin

Die Klinik Seeschau AG betreibt keine SGI-anerkannte Intensivpflegestation.

2.4.2.1 Maschinelle Beatmung

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

Auflistung der Beanstandungen:

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

2.4.2.2 Nems

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

Auflistung der Beanstandungen:

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

2.4.2.3 Schweregrad

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

Auflistung der Beanstandungen:

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

2.4.2.4 Revidierte Fälle

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

2.5 Zusatzentgelte (exkl. Medikamente und Substanzen)

Die Klinik Seeschau AG wurden keine Zusatzentgelte generiert.

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

Auflistung der Beanstandungen:

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

2.6 Medikamente und Substanzen

In der Stichprobe waren keine Fälle vorhanden, in denen erfassbare Medikamente und Substanzen verabreicht wurden.

2.6.1 Medikamente und Substanzen gesamt

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

2.6.2 ATC Codes mit Zusatzentgelten

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

2.6.3 ATC Codes ohne Zusatzentgelte

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

2.6.4 Blutprodukte CHOP

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

2.7 Kostengewichtswechsel

2.7.1 Anzahl und Prozentsatz der Fälle mit DRG-Wechsel

		Höheres Kostengewicht nach Revision	Tieferes Kostengewicht nach Revision		Kein Einfluss auf Kostengewicht	
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%

2.7.2 Differenzen mit/ohne Vorlage an das BFS

	DRG vor Revision	DRG nach Revision	Kosten- gewicht vor Revision	Kosten- gewicht nach Revision	Differenz Kosten- gewicht	Ursachen

Es wurde kein Fall dem BFS zur Beurteilung vorgelegt.

2.8 Kostengewichte

2.8.1 Schätzung des CMI des Spitals vor und nach Revision

	Summe CW	Anzahl	CMI
Gesamtdatensatz vor der Revision	2355.4	2'166	1.087430
CMI der Stichprobe vor der Revision	108.7720	100	1.087720
CMI der Stichprobe nach der Revision	108.7720	100	1.087720
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 2021	Prozentuale Anteile 2022	Prozentuale Anteile 2023
Stichprobengrösse	100	100	100
Fehlende Krankengeschichten	0.0%	0.0%	0.0%
Richtiger Hauptdiagnosen	99.0%	97.0%	100.0%
Richtige Diagnosen	99.4%	98.6%	100.0%
Falsche Diagnosen	0.3%	0.6%	0.0%
Fehlende Diagnosen	0.3%	0.9%	0.0%
Richtige Hauptbehandlungen	99.0%	100.0%	100.0%
Richtige Behandlungen	98.4%	99.6%	100.0%
Falsche Behandlungen	0.0%	0.4%	0.0%
Fehlende Behandlungen	1.2%	0.0%	0.0%
Richtige Basisdaten Intensivmedizin	-	-	-
Richtige Zusatzentgelte	-	-	-
Richtige Medikamente und Substanzen	-	100.0%	-
Beanstandungen Fallmanagement	0.0%	0.0%	0.0%
Beanstandungen Rechnungslegung	0.0%	0.0%	0.0%
Anzahl DRG Wechsel	1	0	0
DRG Wechsel	1.000%	0.000%	0.000%
CMI Abweichung	0.1%	0.0%	0.0%

3 Empfehlungen

3.1 Empfehlungen für die Verbesserung der Kodierung im Spital

Keine Empfehlungen

3.2 Empfehlungen für die Weiterentwicklung von SwissDRG

Keine Empfehlungen

3.3 Weitere Hinweise des Revisors

Keine Hinweise

4 Anmerkungen Spitaldirektion

Anmerkungen der Spitaldirektion:

Ort und Datum

Kreuzlingen, 10. Mai 2024

Klinik Seeschau AG, Direktor

A handwritten signature in blue ink, consisting of several loops and a long vertical stroke, positioned below the text 'Klinik Seeschau AG, Direktor'.

Anhang 1: Nachweise

Verpflichtungserklärung

1. Der Revisor verpflichtet sich, die Kodierrevision auf der Grundlage des Reglements für die Durchführung der Kodierrevision unter SwissDRG, Version 12.0 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.
5. Der Revisor bestätigt, dass die Kodierrevisionsfirma bei der er angestellt ist, nicht gleichzeitig die medizinischen Leistungen des betreffenden Spitals kodierte und/oder das betreffende Spital im Medizincontrolling beriet.

Uetikon am See, den 08.05.2024

medCare GmbH
Seestrasse 108
CH-8707 Uetikon am See

medCare GmbH

Vollständigkeitserklärung in der Klinik Seeschau AG bezüglich Datenlieferung für Kodierrevision der Daten 2023

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 2023 übermittelt wurden.

Kienzingen, 10. Mai 2024

Ort, Datum



Klinik Seeschau AG, Direktor

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)	1'977	179	5	0	5	0	2'166
Pflege- und Wartepatienten							
Psychiatrie							
Rehabilitation							
Total	1'977	179	5	0	5	0	2'166

SwissDRG-Fälle

Nach Herkunftskanton und Versicherungsart

	KV	UV	MV	IV	SZ	Andere	Total
TG	1'847	170	4	0	3	0	2'024
AG	2	0	0	0	0	0	2
AI	5	0	0	0	0	0	5
AR	4	0	1	0	0	0	5
BE	1	0	0	0	0	0	1
BS	1	0	0	0	0	0	1
GL	1	0	0	0	0	0	1
GR	6	0	0	0	0	0	6
LU	1	0	0	0	0	0	1
SG	28	1	0	0	0	0	29
SH	11	0	0	0	0	0	11
SZ	1	0	0	0	0	0	1
VS	1	0	0	0	0	0	1
ZH	50	4	0	0	0	0	54
Sonstige	18	4	0	0	2	0	24
Total	1'977	179	5	0	5	0	2'166

Anzahl und Prozentsatz nach Ausreisserkategorie und Versicherungsart

	Normalfälle				Untere Ausreisser		Obere Ausreisser		Unbe- wertete DRG		Total
	Ohne Abschlag		Mit Abschlag								
KV	1'824	92.3%	5	0.3%	109	5.5%	39	2.0%	0	0.0%	1'977
UV	168	93.9%	0	0.0%	6	3.4%	5	2.8%	0	0.0%	179
MV	5	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	5
IV	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0
SZ	4	80.0%	0	0.0%	1	20.0%	0	0.0%	0	0.0%	5
Andere	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0
Total	2'001	92.4%	5	0.2%	116	5.4%	44	2.0%	0	0.0%	2'166

Nach Ausreisserkategorie und Herkunftskanton

	Normalfälle				Untere Ausreisser		Obere Ausreisser		Unbewertete DRG		Total
	Ohne Abschlag		Mit Abschlag								
TG	1'880	92.9%	5	0.2%	100	4.9%	39	1.9%	0	0.0%	2'024
AG	1	50.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	50.0%	0	0.0%	2
AI	4	80.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	20.0%	0	0.0%	5
AR	3	60.0%	0	0.0%	2	40.0%	0	0.0%	0	0.0%	5
BE	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1
BS	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1
GL	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1
GR	4	66.7%	0	0.0%	2	33.3%	0	0.0%	0	0.0%	6
LU	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1
SG	25	86.2%	0	0.0%	4	13.8%	0	0.0%	0	0.0%	29
SH	11	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	11
SZ	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1
VS	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1
ZH	46	85.2%	0	0.0%	6	11.1%	2	3.7%	0	0.0%	54
Sonstige	21	87.5%	0	0.0%	2	8.3%	1	4.2%	0	0.0%	24
Total	2'001	92.4%	5	0.2%	116	5.4%	44	2.0%	0	0.0%	2'166

CMI

Nach Ausreisserkategorie und Versicherungsart

	Normalfälle		Untere Ausreisser	Obere Ausreisser	Total
	Ohne Abschlag	Mit Abschlag			
KV	1.126393	0.728400	0.526872	1.453462	1.098784
UV	0.982667	-	0.466667	1.219400	0.971983
MV	0.899600	-	-	-	0.899600
IV	-	-	-	-	-
SZ	0.948500	-	0.800000	-	0.918800
Andere	-	-	-	-	-
Total	1.113403	0.728400	0.526112	1.426864	1.087430

Nach Ausreisserkategorie und Herkunftskanton

	Normalfälle		Untere Ausreisser	Obere Ausreisser	Total
	Ohne Abschlag	Mit Abschlag			
TG	1.109546	0.728400	0.494730	1.403949	1.083901
AG	0.756000	-	-	0.782000	0.769000
AI	1.463500	-	-	0.794000	1.329600
AR	1.353000	-	0.399000	-	0.971400
BE	0.654000	-	-	-	0.654000
BS	1.795000	-	-	-	1.795000
GL	0.654000	-	-	-	0.654000
GR	1.448000	-	2.016500	-	1.637500
LU	0.758000	-	-	-	0.758000
SG	1.072920	-	0.574250	-	1.004138
SH	0.887091	-	-	-	0.887091
SZ	3.831000	-	-	-	3.831000
VS	1.011000	-	-	-	1.011000
ZH	1.252696	-	0.537333	2.584500	1.222537
Sonstige	1.076381	-	0.602000	1.283000	1.045458
Total	1.113403	0.728400	0.526112	1.426864	1.087430

Anzahl Zusatzentgelte

Zusatz- entgelt	Bezeichnung	Betrag	KV	UV	MV	IV	SZ	An- dere	To- tal
	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

ADRG	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: 2'166

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

Anzahl Langlieger in der Grundgesamtheit	44
Prozentsatz der Langlieger ohne Nebendiagnose und ohne Prozedur und mit PCCL ≤ 2 in der Grundgesamtheit	0.00%

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

Anzahl Fälle mit über 5 Tagen Aufenthaltsdauer in der Grundgesamtheit	319
Prozentsatz der Fälle mit über 5 Tagen Aufenthaltsdauer und mit R-Hauptdiagnosekode in der Grundgesamtheit	0.00%

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