

# **Revisionsbericht**

## **Klinik Seeschau AG**

**Revision der Daten 2021  
Version 10.0**

**12.04.2022 & 13.04.2022**

Revisorin  
Helena Santacatterina

## Inhaltsverzeichnis

<b>ZUSAMMENFASSUNG</b> .....	<b>4</b>
REVISIONSERGEBNISSE IM ÜBERBLICK .....	5
KENNZAHLENVERGLEICH GRUNDGESAMTHEIT UND STICHPROBE .....	5
<b>1 DURCHFÜHRUNG DER REVISION</b> .....	<b>6</b>
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 .....	7
<b>2 FESTSTELLUNGEN</b> .....	<b>8</b>
2.1 GENERELLE FESTSTELLUNGEN .....	8
2.2 ADMINISTRATIVE GRUNDLAGEN .....	8
2.2.1 <i>Patientendossiers</i> .....	8
2.2.2 <i>Administrative Falldaten</i> .....	9
2.2.3 <i>Fallkombinationsfehler (Fallsplitt, Fallzusammenführung)</i> .....	10
2.2.4 <i>Kongruenz der Rechnungsstellung</i> .....	10
2.3 DIAGNOSEN UND BEHANDLUNGEN .....	11
2.3.1 <i>Festgestellte Fehler</i> .....	11
2.3.2 <i>Angaben zu den Kodierfehlern</i> .....	12
2.3.3 <i>Zuweisung der Hauptdiagnose</i> .....	13
2.3.4 <i>Zuweisung der Zusatzdiagnose</i> .....	13
2.3.5 <i>Zuweisung der Hauptbehandlung</i> .....	13
2.3.6 <i>Zuweisung der Nebenbehandlungen</i> .....	14
2.3.7 <i>Lateralität der Diagnosen und Prozeduren</i> .....	14
2.3.8 <i>Externe ambulante Leistungen</i> .....	14
2.3.9 <i>Vergleich Grundgesamtheit und Stichprobe</i> .....	15
2.4 INTENSIVMEDIZIN (IMCU UND IPS) .....	16
2.4.1 <i>Basisdaten Intermediate Care Unit (IMCU)</i> .....	16
2.4.2 <i>Basisdaten Intensivmedizin</i> .....	16
2.5 ZUSATZENTGELTE (EXKL. MEDIKAMENTE UND SUBSTANZEN) .....	17
2.6 MEDIKAMENTE UND SUBSTANZEN .....	17
2.6.1 <i>Medikamente und Substanzen gesamt</i> .....	17
2.6.2 <i>ATC Codes mit Zusatzentgelten</i> .....	17
2.6.3 <i>ATC Codes ohne Zusatzentgelte</i> .....	17
2.6.4 <i>Blutprodukte CHOP</i> .....	18
2.7 KOSTENGEWICHTSWECHSEL .....	18
2.7.1 <i>Anzahl und Prozentsatz der Fälle mit DRG-Wechsel</i> .....	18
2.7.2 <i>Differenzen mit/ohne Vorlage an das BFS</i> .....	18
2.8 KOSTENGEWICHTE .....	19
2.8.1 <i>Schätzung des CMI des Spitals vor und nach Revision</i> .....	19
2.8.2 <i>Kostengewichtsdifferenzen</i> .....	19
2.8.3 <i>Geschätzte Standardabweichung der Kostengewichtsdifferenzen und des Anteils der Kostengewichtsdifferenzen, welche ungleich Null sind</i> .....	19
2.9 VERGLEICH MIT FRÜHEREN REVISIONEN .....	20
<b>3 EMPFEHLUNGEN</b> .....	<b>21</b>
3.1 EMPFEHLUNGEN FÜR DIE VERBESSERUNG DER KODIERUNG IM SPITAL .....	21
3.2 EMPFEHLUNGEN FÜR DIE WEITERENTWICKLUNG VON SWISSDRG .....	21
3.3 WEITERE HINWEISE DES REVISORS .....	21

<b>4 ANMERKUNGEN SPITALDIREKTION .....</b>	<b>21</b>
<b>ANHANG 1: NACHWEISE .....</b>	<b>22</b>
VERPFLICHTUNGSERKLÄRUNG .....	22
VOLLSTÄNDIGKEITSERKLÄRUNG IN DER KLINIK SEESCHAU AG BEZÜGLICH DATENLIEFERUNG FÜR KODIERREVISION DER DATEN 2021 .....	23
<b>ANHANG 2: LEISTUNGSÜBERSICHT DES SPITALS IN DER BERICHTSPERIODE .....</b>	<b>24</b>
<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 .....	26
PROZENTSATZ DER LANGLIEGER OHNE NEBENDIAGNOSE UND PROZEDUR UND MIT PCCL <= 2 .....	26
PROZENTSATZ DER FÄLLE MIT ÜBER 5 TAGE AUFENTHALTSDAUER UND MIT R-HAUPTDIAGNOSEKODE .....	27
<i>Glossar .....</i>	<i>27</i>

# 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)	1.084650	
Stichprobengröße nach Revision	100	
Geschätzter CMI des Spitals nach Revision (Stichprobe)	1.085630	
Statistische Signifikanz der Abweichung des CMI des Spitals vor und nach Revision	Nein	
Geschätzte Differenz des CMI des Spitals vor und nach Revision	0.000920	0.1%
Revidierte Fälle mit DRG Wechsel	1	1.000%
Richtige Hauptdiagnosen	99	99.0%
Richtiger Zusatz zur Hauptdiagnose	0	0.0%
Richtige Nebendiagnosen	209	99.5%
Richtige Hauptbehandlung	99	99.0%
Richtige Nebenbehandlung	140	97.9%
Revidierte Fälle mit richtigen Basisdaten Intensivmedizin	-	-
Revidierte Fälle mit richtigen Basisdaten Intermediate Care Unit	-	-
Richtige Zusatzentgelte	-	-
Richtige Medikamente und Substanzen	-	-
Beanstandete Fallkombinationsfehler	0 von 1	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	1.084650		1.084710	
Zusatzentgelte	0		0	

# 1 Durchführung der Revision

## 1.1 Berichtsperiode

Revidiert wurden die Falldaten mit Austritt vom 1.1. bis zum 31.12.2021.

## 1.2 Gültige Versionen

SwissDRG Katalog	Fallpauschalenkatalog Version 10.0
SwissDRG Grouper	Abrechnungsversion 2021/2021
SwissDRG Abrechnungsregeln	Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG Version März 2020, Stand 19. März 2020
	Klarstellung und Fallbeispiele zu den Anwendungsregeln Version 4.5, Stand 06.Juli 2020
Kodierregeln	BFS Kodierungshandbuch Version 2021, FAQs und Rundschreiben für Kodiererinnen und Kodierer mit Gültigkeit bis 31.12.2021
Diagnosekodes	ICD-10 GM 2021
Behandlungskodes	CHOP 2021
Fehlertypologie	Medplaus 6.0.5

## 1.3 Berechnung und Ziehung der Stichprobe

Die Ziehung der Stichprobe erfolgte aus dem Datensatz der Medizinischen Statistik BFS aus dem Jahre 2021 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 2'055 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 des zeitlichen Ablaufs der Revision

Die Dokumentationen der 101 Fälle der Stichprobe wurden der Revisorin per Mail zugesandt und am 05.04.2022 kontrolliert.

Die Revision fand direkt in der Klinik Seeschau AG in Kreuzlingen statt. Dem Revisor wurde ein Arbeitsplatz in einem ruhigen Büro zur Verfügung gestellt. Die Revision fand in einer angenehmen Umgebung statt und es stand jederzeit jemand zur Verfügung bei Problemen.

Eine Besprechung der Ergebnisse fand im Anschluss der Revision vor Ort mit Herrn Philipp Juchli, Patientenadministration/Abrechnung, Verantwortlicher der Revision, am 13.04.2022 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. Die Kodierung ist insgesamt von guter Qualität. Es sind keine systematischen Fehler festzustellen, welche Auswirkungen auf DRG oder Kostengewicht haben.

### 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	100/100.0%	0/0.0%	0/0.0%	0/0.0%	100
Histologieberichte	20/100.0%	0/0.0%	0/0.0%	80/80.0%	20
Endoskopieberichte	0/0.0%	0/0.0%	0/0.0%	100/100.0%	0
Labordokumentation	7/100.0%	0/0.0%	0/0.0%	93/93.0%	7
IPS Berichte	0/0.0%	0/0.0%	0/0.0%	100/100.0%	0
Pflegedokumentation	100/100.0%	0/0.0%	0/0.0%	0/0.0%	100
Konsilien Fachärztl	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 Dossierführung

Die Dossierführung ist sehr gut. Alles elektronisch abgelegt sehr übersichtlich und gut zu finden. Die Operations- und Austrittsberichte sind ausführlich und gut zu verstehen

## 2.2.2 Administrative Falldaten

**Gesamt:**

<b>Urteil</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Anteil</b>
keine Änderungen	100	100.0%
Änderungen	0	0.0%

Auflistung der Beanstandungen nach Ereignis:

**Änderungen im Detail:**

<b>Fehler bei:</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Anteil</b>
Eintrittsart	0	0.0%
Einweisende Instanz	0	0.0%
Aufenthaltort 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 fand sich insgesamt 1 Fallkonstellation für die Möglichkeit einer Fallzusammenführung. 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 1.084710. Der fakturierte CMI ist 1.084710. Die Abweichung ist somit 0.0%.

## 2.3 Diagnosen und Behandlungen

### 2.3.1 Festgestellte Fehler

Auflistung der Beanstandungen:

Fall	Bemerkungen
6-0000118350	Fehlende Spongiosaplastik
44-0000116701	In der Histo kein Tumor Rezidiv nachgewiesen.
72-0000118275	Hauptbehandlung geändert Plasma Behandlung beschrieben 60.22
87-0000115025	Spongiosaanlagerung Sprunggelenk ergänzt

## 2.3.2 Angaben zu den Kodierfehlern

### 2.3.2.1 Anzahl der Kodierfehler nach Fehlertyp

	richtig	falsch	fehlend	ungerechtfertigt	unnötig	total
Hauptdiagnose	99	1	0	0	0	100
Zusatz zur HD	0	0	0	0	0	0
Nebendiagnosen	209	0	1	0	0	210
Diagnosen total	308	1	1	0	0	310
Hauptbehandlung	99	0	0	1	0	100
Nebenbehandlungen	140	0	3	0	0	143
Behandlungen total	239	0	3	1	0	243

Betroffene Fälle

HD falsch: 44-0000116701

ND fehlend: 44-0000116701

BEH fehlend: 6-0000118350, 72-0000118275, 87-0000115025

BEH ungerechtfertigt: 72-0000118275

### 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	1	0	0	0	0	0	1
Zusatz zur HD	0	0	0	0	0	0	0
Nebendiagnosen	0	0	0	0	0	0	0
Diagnosen total	1	0	0	0	0	0	1
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	99.0%	1.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Zusatz zur HD	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Nebendiagnosen	99.5%	0.0%	0.5%	0.0%	0.0%
Diagnosen total	99.4%	0.3%	0.3%	0.0%	0.0%
Hauptbehandlung	99.0%	0.0%	0.0%	1.0%	0.0%
Nebenbehandlungen	97.9%	0.0%	2.1%	0.0%	0.0%
Behandlungen total	98.4%	0.0%	1.2%	0.4%	0.0%

### 2.3.2.4 Prozentsatz der falsch kodierten Codes 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	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.0%
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	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.3%
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	99	99.0%
Kode durch richtigen Code ersetzt <sup>1*</sup>	1	1.0%
Fehlenden Code durch neuen ersetzt <sup>2*</sup>	0	0.0%
Durch bestehende Nebendiagnose zugeordnet <sup>3*</sup>	0	0.0%

Betroffene Fälle

<sup>1\*</sup> 44-0000116701

<sup>2\*</sup>

<sup>3\*</sup>

### 2.3.4 Zuweisung der Zusatzdiagnose

Zuweisung	Anzahl	Prozent
Keine Änderung der Spalkodierung	0	0.0%
Kode durch richtigen Code ersetzt <sup>1*</sup>	0	0.0%
Fehlenden Code durch neuen ersetzt <sup>2*</sup>	0	0.0%
Durch bestehende Nebendiagnose zugeordnet <sup>3*</sup>	0	0.0%

Betroffene Fälle

<sup>1\*</sup>

<sup>2\*</sup>

<sup>3\*</sup>

### 2.3.5 Zuweisung der Hauptbehandlung

Zuweisung	Anzahl	Prozent
Keine Änderung der Spalkodierung	99	99.0%
Kode durch richtigen Code ersetzt <sup>1*</sup>	0	0.0%
Fehlenden Code durch neuen ersetzt <sup>2*</sup>	1	1.0%
Durch bestehende Nebenbehandlung zugeordnet <sup>3*</sup>	0	0.0%

Betroffene Fälle

<sup>1\*</sup>

<sup>2\*</sup> 72-0000118275

<sup>3\*</sup>

## 2.3.6 Zuweisung der Nebenbehandlungen

Zuweisung	Anzahl	Prozent
Keine Änderung der Spitalkodierung	140	97.9%
Kode durch richtigen Kode ersetzt	0	0.0%
Fehlenden Kode durch neuen ersetzt	3	2.1%

## 2.3.7 Lateralität der Diagnosen und Prozeduren

### 2.3.7.1 Lateralität der Diagnosen

Urteil	Anzahl Urteile	Prozentualer Anteil
richtig	123	100.0%
falsch	0	0.0%
fehlend	0	0.0%
unnötig	0	0.0%
nicht beurteilbar	0	0.0%
Gesamt	123	100.0%

### 2.3.7.2 Lateralität der Prozeduren

Urteil	Anzahl Urteile	Prozentualer Anteil
richtig	165	99.4%
falsch	0	0.0%
fehlend	1	0.6%
unnötig	0	0.0%
nicht beurteilbar	0	0.0%
Gesamt	166	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)	2'055

### 2.3.9.2 CMI

CMI der Stichprobe	1.084710
CMI der Grundgesamtheit	1.084650

### 2.3.9.3 Anzahl und Prozentsatz unspezifischer Codes an der Spitalkodierung

	unspezifische Codes der Grundgesamtheit		unspezifische Codes der Stichprobe	
Diagnosen	1'452	21.4%	54	17.5%
Prozeduren	0	0.0%	0	0.0%

### 2.3.9.4 Anzahl Nebendiagnosen/Patient

Anzahl Nebendiagnosen/Patient (Stichprobe nach Revision)	2.10
Anzahl Nebendiagnosen/Patient (Grundgesamtheit)	2.30

### 2.3.9.5 Anzahl Behandlungen/Patient

Anzahl Behandlungen/Patient (Stichprobe nach Revision)	2.42
Anzahl Behandlungen/Patient (Grundgesamtheit)	2.33

### 2.3.9.6 Anzahl DRG Fallgruppen

Anzahl DRG Fallgruppen (Stichprobe nach Revision)	42
Anzahl DRG Fallgruppen (Grundgesamtheit)	148

### 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	-	-

Auflistung der Beanstandungen:

Fall	Bemerkungen

## 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	1 1.00%	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	1 1.00%	0 0.00%	0 0.00%

### 2.7.2 Differenzen mit/ohne Vorlage an das BFS

	DRG vor Revision	DRG nach Revision	Kostengewicht vor Revision	Kostengewicht nach Revision	Differenz Kostengewicht	Ursachen
44-0000116701	L18B	Z01Z	0.647	0.739	0.0920	Änderung Hauptdiagnose

Es wurde kein Fall dem BFS zur Beurteilung vorgelegt.

Legende zu DRG Wechsel:

DRG	Bezeichnung
L18B	Komplexe transurethrale, perkutan-transrenale und andere retroperitoneale Eingriffe ohne extrakorporale Stosswellen-Lithotripsie (ESWL)
Z01Z	OR-Prozeduren bei anderen Zuständen, die zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen

## 2.8 Kostengewichte

### 2.8.1 Schätzung des CMI des Spitals vor und nach Revision

	Summe CW	Anzahl	CMI
Gesamtdatei vor der Revision	2229.0	2'055	1.084650
CMI der Stichprobe vor der Revision	108.4710	100	1.084710
CMI der Stichprobe nach der Revision	108.5630	100	1.085630
Geschätzte Differenz des CMI des Spitals vor und nach Revision			0.084815%
95%-Vertrauensintervall der Differenz des CMI des Spitals vor und nach Revision		Untere Grenze:	-0.005389
		Obere Grenze:	0.138769

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
44-0000116701	0.647	0.739

### 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	0.009200
Geschätzte Standardabweichung der Kostengewichtsdifferenzen des Spitals vor und nach Revision, welche ungleich Null sind.	nv
Geschätzter Anteil der Kostengewichtsdifferenzen, welche ungleich Null sind :	1.000%.

## 2.9 Vergleich mit früheren Revisionen

Bewertung	Prozentuale Anteile 2019	Prozentuale Anteile 2020	Prozentuale Anteile 2021
Stichprobengrösse	100	100	100
Fehlende Krankengeschichten	0.0%	0.0%	0.0%
Richtiger Hauptdiagnosen	100.0%	98.0%	99.0%
Richtige Diagnosen	98.4%	99.5%	99.4%
Falsche Diagnosen	0.0%	0.0%	0.3%
Fehlende Diagnosen	1.6%	0.3%	0.3%
Richtige Hauptbehandlungen	100.0%	99.0%	99.0%
Richtige Behandlungen	97.8%	100.0%	98.4%
Falsche Behandlungen	0.4%	0.0%	0.0%
Fehlende Behandlungen	1.3%	0.0%	1.2%
Richtige Basisdaten Intensivmedizin	-	-	-
Richtige Zusatzentgelte	-	-	-
Richtige Medikamente und Substanzen	-	-	-
Beanstandungen Fallmanagement	0.0%	0.0%	0.0%
Beanstandungen Rechnungslegung	0.0%	0.0%	0.0%
Anzahl DRG Wechsel	0	0	1
DRG Wechsel	0.000%	0.000%	1.000%
CMI Abweichung	0.0%	0.0%	0.1%

## **3 Empfehlungen**

### **3.1 Empfehlungen für die Verbesserung der Kodierung im Spital**

Es gibt von Seiten der Revisorin keine nennenswerten Verbesserungsvorschläge.

### **3.2 Empfehlungen für die Weiterentwicklung von SwissDRG**

Keine Empfehlungen an SwissDRG.

### **3.3 Weitere Hinweise des Revisors**

Keine Hinweise.

## **4 Anmerkungen Spitaldirektion**

Anmerkungen der Spitaldirektion:

Ort und Datum

**Kreuzlingen, 12. Mai 2022**

~~Klinik Seeschau AG, Direktion~~



**Christian Juchli**

# Anhang 1: Nachweise

## Verpflichtungserklärung

1. Der Revisor verpflichtet sich, die Kodierrevision auf der Grundlage des Reglements für die Durchführung der Kodierrevision unter SwissDRG, Version 10.0 vom 14.Juni 2021 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, 11. Mai 2022

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum



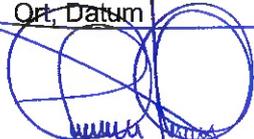
\_\_\_\_\_  
medCare GmbH

## **Vollständigkeitserklärung in der Klinik Seeschau AG bezüglich Datenlieferung für Kodierrevision der Daten 2021**

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 2021 übermittelt wurden.

**Kreuzlingen, 12. Mai 2022**

Ort, Datum

A handwritten signature in blue ink, consisting of several overlapping loops and a long horizontal stroke extending to the left.

Klinik Seeschau AG, Direktor  
Christian Juchli

## 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)	1'949	94	2	4	6	0	2'055
Pflege- und Wartepatienten							
Psychiatrie							
Rehabilitation							
Total	1'949	94	2	4	6	0	2'055

### SwissDRG-Fälle

#### Nach Herkunftskanton und Versicherungsart

	KV	UV	MV	IV	SZ	Andere	Total
TG	1'763	90	2	3	4	0	1'862
AG	3	0	0	0	0	0	3
AI	4	0	0	0	0	0	4
AR	3	0	0	0	0	0	3
BE	3	0	0	0	0	0	3
GL	3	0	0	0	0	0	3
GR	4	0	0	0	0	0	4
LU	1	0	0	0	0	0	1
SG	51	2	0	0	0	0	53
SH	15	0	0	0	0	0	15
SO	1	0	0	0	0	0	1
SZ	4	0	0	0	0	0	4
ZG	1	0	0	0	0	0	1
ZH	83	1	0	1	0	0	85
Sonstige	10	1	0	0	2	0	13
Total	1'949	94	2	4	6	0	2'055

## Anzahl und Prozentsatz nach Ausreisserkategorie und Versicherungsart

	Normalfälle				Untere Ausreisser		Obere Ausreisser		Unbewertete DRG		Total
	Ohne Abschlag		Mit Abschlag								
KV	1'777	91.2%	11	0.6%	105	5.4%	56	2.9%	0	0.0%	1'949
UV	81	86.2%	0	0.0%	4	4.3%	9	9.6%	0	0.0%	94
MV	2	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2
IV	2	50.0%	0	0.0%	2	50.0%	0	0.0%	0	0.0%	4
SZ	6	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	6
Andere	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0
Total	1'868	90.9%	11	0.5%	111	5.4%	65	3.2%	0	0.0%	2'055

## Nach Ausreisserkategorie und Herkunftskanton

	Normalfälle				Untere Ausreisser		Obere Ausreisser		Unbewertete DRG		Total
	Ohne Abschlag		Mit Abschlag								
TG	1'694	91.0%	10	0.5%	100	5.4%	58	3.1%	0	0.0%	1'862
AG	3	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	3
AI	4	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	4
AR	3	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	3
BE	3	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	3
GL	3	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	3
GR	4	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	4
LU	0	0.0%	0	0.0%	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	1
SG	47	88.7%	0	0.0%	4	7.5%	2	3.8%	0	0.0%	53
SH	12	80.0%	1	6.7%	2	13.3%	0	0.0%	0	0.0%	15
SO	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1
SZ	4	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	4
ZG	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1
ZH	80	94.1%	0	0.0%	2	2.4%	3	3.5%	0	0.0%	85
Sonstige	9	69.2%	0	0.0%	2	15.4%	2	15.4%	0	0.0%	13
Total	1'868	90.9%	11	0.5%	111	5.4%	65	3.2%	0	0.0%	2'055

## CMI

### Nach Ausreisserkategorie und Versicherungsart

	Normalfälle		Untere Ausreisser	Obere Ausreisser	Total
	Ohne Abschlag	Mit Abschlag			
KV	1.108887	0.595636	0.521381	1.272911	1.079052
UV	1.160160	-	0.501500	1.631222	1.177234
MV	1.982000	-	-	-	1.982000
IV	0.810000	-	1.632500	-	1.221250
SZ	1.062333	-	-	-	1.062333
Andere	-	-	-	-	-
Total	1.111576	0.595636	0.540685	1.322523	1.084650

## Nach Ausreisserkategorie und Herkunftskanton

	Normalfälle		Untere Ausreisser	Obere Ausreisser	Total
	Ohne Abschlag	Mit Abschlag			
TG	1.114488	0.620100	0.519080	1.315241	1.086110
AG	1.130000	-	-	-	1.130000
AI	0.837000	-	-	-	0.837000
AR	1.186000	-	-	-	1.186000
BE	1.128333	-	-	-	1.128333
GL	0.759000	-	-	-	0.759000
GR	1.357750	-	-	-	1.357750
LU	-	-	0.597000	-	0.597000
SG	0.890638	-	0.771000	0.843000	0.879811
SH	1.238667	0.351000	0.686500	-	1.105867
SO	0.851000	-	-	-	0.851000
SZ	0.702500	-	-	-	0.702500
ZG	0.610000	-	-	-	0.610000
ZH	1.215438	-	1.000500	1.809000	1.231329
Sonstige	0.984667	-	0.526500	1.283500	0.960154
Total	1.111576	0.595636	0.540685	1.322523	1.084650

## Anzahl Zusatzentgelte

Zusatzentgelt	Bezeichnung	Betrag	KV	UV	MV	IV	SZ	An-dere	Total
	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: 2'055

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

Anzahl Langlieger in der Grundgesamtheit	65
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	379
Prozentsatz der Fälle mit über 5 Tagen Aufenthaltsdauer und mit R-Hauptdiagnosekode in der Grundgesamtheit	0.00%

## Glossar

<b>BfS</b>	Bundesamt für Statistik
<b>KV</b>	Krankenversicherung
<b>UV</b>	Unfallversicherung
<b>MV</b>	Militärversicherung
<b>IV</b>	Invalidenversicherung
<b>SZ</b>	Selbstzahler
<b>Untere Ausreisser</b>	Spitalfälle mit Aufenthaltsdauer unterhalb der unteren Grenzverweildauer
<b>Obere Ausreisser</b>	Spitalfälle mit Aufenthaltsdauer oberhalb der oberen Grenzverweildauer
<b>Normalfälle</b>	Spitalfälle mit Aufenthaltsdauer zwischen der unteren und oberen Grenzverweildauer
<b>CMI</b>	CaseMixIndex = ökonomischer Schweregrad der Spitalfälle in einem festen Zeitraum
<b>ICD</b>	Internationale Klassifikation von Diagnosen
<b>CHOP</b>	Nationale Klassifikation von Operationen, Behandlungen & Diagnostik
<b>HD</b>	Hauptdiagnose
<b>ND</b>	Nebendiagnose
<b>zHD</b>	Zusatz zur Hauptdiagnose
<b>BEH</b>	Behandlungen
<b>DIA</b>	Diagnosen
<b>FID</b>	Fallidentifikationsnummer
<b>PID</b>	Patientenidentifikationsnummer in einem Spital
<b>NF</b>	Normaler Fall
<b>RFF</b>	Führender Fall bei Rehospitalisation
<b>RNF</b>	Rehospitalisation nächster Fall
<b>SFF</b>	Split führender Fall bei Fallzusammenführungen
<b>SNF</b>	Split neuer Fall bei Fallzusammenführungen
<b>KHB</b>	Kodierungshandbuch des Bundesamtes für Statistik
<b>AB</b>	Austrittsbericht
<b>CC</b>	Komplikationen und Komorbidität