

Bericht

Kodierrevision 2016

Klinik Seeschau

Verfasserin:

Helena Santacatterina

Medizinische Kodiererin mit eidg. Fachausweis

BfS-anerkannte Kodierrevisorin

04. Mai 2017

INHALTSVERZEICHNIS

1. EINLEITUNG	4
1.1 AUSGANGSLAGE	4
1.2 QUALIFIKATION DES REVISORS	4
1.3 UNABHÄNGIGKEIT DES REVISORS	4
1.4 BESCHREIBUNG DER ZEITLICHEN ABFOLGE	4
2. ZUSAMMENFASSUNG	5
2.1 REVISIONSERGEBNISSE IM ÜBERBLICK	5
2.2 STATISTISCHE KENNZAHLEN IM ÜBERBLICK	5
2.3 KENNZAHLENVERGLEICH GRUNDGESAMTHEIT UND STICHPROBE	5
3. LEISTUNGSÜBERSICHT IN DER BERICHTSPERIODE	5
3.1 ANZAHL DER STATIONÄR BEHANDELTEN FÄLLE GESAMTE INSTITUTION	5
3.2 FALLANALYSE	6
3.3 ANZAHL NACH HERKUNFTSKANTON UND VERSICHERUNGSART	6
3.3.1 NACH AUSREISSERKATEGORIE UND VERSICHERUNGSART	6
3.3.2 NACH AUSREISSERKATEGORIE UND HERKUNFTSKANTON	7
3.4 CMI	7
3.4.1 NACH AUSREISSERKATEGORIE UND VERSICHERUNGSART	7
3.4.2 NACH AUSREISSERKATEGORIE UND HERKUNFTSKANTON	8
3.4.3 ANZAHL ZUSATZENTGELTE	8
4. DURCHFÜHRUNG DER REVISION	9
4.1 BERICHTSPERIODE UND GRUNDLAGE FÜR DIE BEURTEILUNG	9
4.1.1 BERICHTSJAHR	9
4.1.2 GÜLTIGE VERSIONEN	9
4.2 ZIEHUNG DER STICHPROBE	9
4.3 BEMERKUNGEN	9
5. FESTSTELLUNGEN	9
5.1 GENERELLE FESTSTELLUNGEN	9
5.2 PATIENTENDOSSIER	9
5.2.1 ANTEIL FEHLENDER KRANKHEITSGESCHICHTEN	9
5.2.2 QUALITÄT DER DOSSIERFÜHRUNG	10
5.3 FESTGESTELLTE FEHLER	10
5.3.1 ADMINISTRATIVE FALLDATEN	10
5.3.2 MEDIZINISCHE FALLDATEN (DIAGNOSEN UND BEHANDLUNGEN)	10
5.3.2.1 ANZAHL KODIERFEHLER NACH FEHLERTYP	10

5.3.2.2	ANZAHL DER FALSCH KODIERTEN CODES MIT STELLENANGABE.....	11
5.3.2.3	PROZENTSATZ DER KODIERFEHLER NACH FEHLERTYP.....	11
5.3.2.4	PROZENTSATZ DER FALSCH KODIERTEN CODES MIT STELLENANGABE.....	11
5.3.2.5	ANZAHL UND PROZENTSATZ UNSPEZIFISCHER KODES	11
5.3.3	LATERALITÄT DER DIAGNOSEN	12
5.3.4	AMBULANTE BEHANDLUNGEN AUSWÄRTS.....	12
5.3.5	ABGRENZUNG INTENSIVMEDIZIN	12
5.4	BASISDATEN INTENSIVMEDIZIN	12
5.4.1	MASCHINELLE BEATMUNG.....	12
5.4.2	NEMS	12
5.4.3	SCHWEREGRAD	12
5.4.4	ZUSATZENTGELTE.....	12
5.4.5	MEDIKAMENTE UND SUBSTANZEN	13
5.5	DRG-WECHSEL.....	13
5.5.1	ANZAHL UND PROZENTSATZ DER FÄLLE MIT DRG-WECHSEL.....	13
5.5.2	DIFFERENZEN MIT/OHNE VORLAGE AN DAS BFS.....	13
5.5.3	CMI	13
5.6	FALLKOMBINATIONSFEHLER (FALLSPLIT, FALLZUSAMMENFÜHRUNGEN).....	14
5.6.1	FESTGESTELLTE FEHLER / ABWEICHUNG KOSTENGEWICHT	14
5.7	KONGRUENZ DER RECHNUNGEN	14
5.7.1	FESTGESTELLTE FEHLER	14
5.8	VERGLEICH GRUNDGESAMTHEIT UND STICHPROBE	14
5.8.1	ANZAHL BEHANDLUNGEN PRO PATIENT	14
5.8.2	ANZAHL DRG-FALLGRUPPEN	14
5.8.3	ANZAHL FÄLLE MIT ZUSATZENTGELT.....	14
5.8.4	ANZAHL MASCHINELLER BEATMUNGEN	14
5.8.5	ANZAHL FÄLLE MIT IPS-BEHANDLUNGEN.....	15
5.9	VERGLEICHSWERTE.....	15
6.	<u>EMPFEHLUNGEN FÜR DIE VERBESSERUNG DER KODIERUNG UND WEITERENTWICKLUNG VON SWISSDRG / HINWEISE DES REVISORS</u>	<u>15</u>
7.	<u>ANMERKUNGEN SPITALDIREKTION.....</u>	<u>15</u>

1. Einleitung

1.1 Ausgangslage

Die Direktion der Klinik Seeschau hat medCare mit der Durchführung einer offiziellen Kodierrevision für das Geschäftsjahr 2016 gemäss den SwissDRG-Vorgaben beauftragt.

1.2 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.

1.3 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.

1.4 Beschreibung der zeitlichen Abfolge

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

- | | |
|---|----------|
| 1. Auftragsvorbereitung und –abstimmung | KW 7 |
| 2. Datenaufbereitung und -zustellung | KW 11 |
| 3. Durchführung der Stichprobenziehung | KW 13 |
| 4. Vor Ort Kodierrevision | KW 15 |
| 5. Nachbereitung | KW 15 |
| 6. Berichtsverfassung | KW 16-17 |
| 7. Abschlussabstimmung | KW 17 |

2. Zusammenfassung

2.1 Revisionsergebnisse im Überblick

CMI des Spitals vor Revision		1.1263
Geschätzter CMI des Spitals nach Revision		1.1263
Statistische Signifikanz der Abweichung des CMI vor und nach Revision		nein
Geschätzte Differenz des CMI des Spitals vor und nach Revision		0
Revidierte Fälle mit DRG-Wechsel	0	0.0%
Richtige Hauptdiagnosen ¹	100	100.0%
Richtiger Zusatz zur Hauptdiagnose ¹	0	0.0%
Richtige Nebendiagnosen	165	100.0%
Richtige Hauptbehandlungen ¹	100	100.0%
Richtige Nebenbehandlungen	146	99.3%
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%
Beanstandete Kongruenz der Rechnungstellung	0	0.0%

2.2 Statistische Kennzahlen im Überblick

Stichprobengrösse	100
Anteil fehlender Krankengeschichten	0%

2.3 Kennzahlenvergleich Grundgesamtheit und Stichprobe

	Grundgesamtheit	Stichprobe
Anzahl Fälle mit Zusatzentgelt	0%	0
Anzahl erfasster Beatmungen ³	0%	0
Anzahl Fälle mit IPS-Aufenthalt	0%	0
CMI	1.1263	1.1132

3. Leistungsübersicht in der Berichtsperiode

3.1 Anzahl der stationär behandelten Fälle gesamte Institution

	KV	UV	MV	IV	Selbstzahler	Total
Akutsomatik (SwissDRG-Fälle)	1457	91	4	7	11	1570
Wartepatienten	0	0	0	0	0	0
Psychiatrie	0	0	0	0	0	0
Rehabilitation	0	0	0	0	0	0

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

² Angabe je Fall

³ Vgl. jeweils gültige Kodierrichtlinien

3.2 Fallanalyse

3.3 Anzahl nach Herkunftskanton und Versicherungsart

Kanton	IV	KV	MV	UV	Selbstzahler	Sonstige	Summen
Aargau	0	2	0	2	0	0	4
Appenzell A	0	1	0	0	0	0	1
Appenzell I	0	0	0	0	0	0	0
Bern	0	1	0	0	0	0	1
Basel/Land	0	0	0	0	0	0	0
Basel/Stadt	0	0	0	0	0	0	0
Freiburg	0	0	0	0	0	0	0
Genf	0	0	0	0	0	0	0
Glarus	0	3	0	0	0	0	3
Graubünden	0	2	0	0	0	0	2
Jura	0	0	0	0	0	0	0
Luzern	0	1	0	0	1	0	2
Neuenburg	0	0	0	0	0	0	0
Nidwalden	0	0	0	0	0	0	0
Obwalden	0	0	0	0	0	0	0
St. Gallen	0	36	0	0	1	0	37
Schaffhausen	0	10	0	1	0	0	11
Solothurn	0	2	0	0	0	0	2
Schwyz	0	1	0	0	0	0	1
Thurgau	7	1347	4	81	5	0	1444
Tessin	0	0	0	0	0	0	0
Uri	0	0	0	0	0	0	0
Waadt	0	0	0	0	0	0	0
Wallis	0	0	0	0	0	0	0
Zug	0	0	0	0	0	0	0
Zürich	0	50	0	5	2	0	57
Ausland	0	1	0	2	2	0	5
Summen	7	1457	4	91	11	0	1570

3.3.1 Nach Ausreisserkategorie und Versicherungsart

	Normalfälle mit Verlegungsabschlag		Normalfälle ohne Verlegungsabschlag		Untere Ausreisser		Obere Ausreisser		TOTAL
KV	5	100.0%	1295	92.4%	125	97.7%	32	88.9%	1457
UV	0	0.0%	87	6.2%	1	0.8%	3	8.3%	91
MV	0	0.0%	4	0.3%	0	0.0%	0	0.0%	4
IV	0	0.0%	6	0.4%	1	0.8%	0	0.0%	7
Selbstzahler	0	0.0%	9	0.6%	1	0.8%	1	2.8%	11
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	5	100.0%	1401	100.0%	128	100.0%	36	100.0%	1570

3.3.2 Nach Ausreisserkategorie und Herkunftskanton

	Normalfälle mit Verlegungsabschlag	%	Normalfälle ohne Verlegungsabschlag	%	Untere Ausreisser	%	Obere Ausreisser	%	TOTAL
Aargau	0	0.0%	4	0.3%	0	0.0%	0	0.0%	4
Appenzell A	0	0.0%	1	0.1%	0	0.0%	0	0.0%	1
Appenzell I	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0
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%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0
Glarus	0	0.0%	3	0.2%	0	0.0%	0	0.0%	3
Graubünden	0	0.0%	1	0.1%	1	0.8%	0	0.0%	2
Jura	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0
Luzern	0	0.0%	2	0.1%	0	0.0%	0	0.0%	2
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%	28	2.0%	9	7.0%	0	0.0%	37
Schaffhausen	0	0.0%	9	0.6%	2	1.6%	0	0.0%	11
Solothurn	0	0.0%	2	0.1%	0	0.0%	0	0.0%	2
Schwyz	0	0.0%	1	0.1%	0	0.0%	0	0.0%	1
Thurgau	5	100.0%	1294	92.4%	113	88.3%	32	88.9%	1444
Tessin	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0
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%	0	0.0%	0	0.0%	0
Zürich	0	0.0%	51	3.6%	3	2.3%	3	8.3%	57
Ausland	0	0.0%	4	0.3%	0	0.0%	1	2.8%	5
Total	5	100.0%	1401	100.0%	128	100.0%	36	100.0%	1570

3.4 CMI

3.4.1 Nach Ausreisserkategorie und Versicherungsart

	Normalfälle mit Verlegungsabschlag	Normalfälle ohne Verlegungsabschlag	Untere Ausreisser	Obere Ausreisser	TOTAL
KV	0.9632	1.1809	0.5465	1.1475	1.125
UV	0	1.1076	0.298	1.0163	1.0957
MV	0	1.1705	0	0	1.1705
IV	0	1.5855	1.119	0	1.5189
Selbstzahler	0	1.2042	0.654	2.679	1.2883
Andere	0	0	0	0	0
Unbekannt	0	0	0	0	0
Total	0.9632	1.1782	0.5498	1.1791	1.1263

3.4.2 Nach Ausreisserkategorie und Herkunftskanton

	Normalfälle mit Verlegungsabschlag	Normalfälle ohne Verlegungsabschlag	Untere Ausreisser	Obere Ausreisser	TOTAL
Aargau	0	0.8575	0	0	0.8575
Appenzell A	0	1.039	0	0	1.039
Appenzell I	0	0	0	0	0
Bern	0	0.616	0	0	0.616
Basel/Land	0	0	0	0	0
Basel/Stadt	0	0	0	0	0
Freiburg	0	0	0	0	0
Genf	0	0	0	0	0
Glarus	0	0.8963	0	0	0.8963
Graubünden	0	1.039	0.689	0	0.864
Jura	0	0	0	0	0
Luzern	0	0.797	0	0	0.797
Neuenburg	0	0	0	0	0
Nidwalden	0	0	0	0	0
Obwalden	0	0	0	0	0
St. Gallen	0	1.2006	0.709	0	1.081
Schaffhausen	0	1.2382	0.4145	0	1.0885
Solothurn	0	0.885	0	0	0.885
Schwyz	0	0.85	0	0	0.85
Thurgau	0.9632	1.1793	0.5406	1.1592	1.1281
Tessin	0	0	0	0	0
Uri	0	0	0	0	0
Waadt	0	0	0	0	0
Wallis	0	0	0	0	0
Zug	0	0	0	0	0
Zürich	0	1.1989	0.4637	0.891	1.144
Ausland	0	1.4275	0	2.679	1.6778
Total	0.9632	1.1782	0.5498	1.1791	1.1263

3.4.3 Anzahl Zusatzentgelte

Im Berichtszeitraum sind keine Zusatzentgelte generiert worden. Demnach entfällt die entsprechende Darstellung derer in der nachfolgenden Tabelle.

Zusatzentgelt	Bezeichnung	Betrag	Anzahl KVG	Anzahl UV/MV/IV	Anzahl Selbstzahler
Keine					
Total Zusatzentgelte					

4. Durchführung der Revision

4.1 Berichtsperiode und Grundlage für die Beurteilung

4.1.1 Berichtsjahr

Die Berichtsperiode beginnt zum 01. Januar 2016 und endet am 31. Dezember 2016.

4.1.2 Gültige Versionen

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

4.2 Ziehung der Stichprobe

Es wurden in dieser offiziellen Revision die nach dem SwissDRG-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.

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 vorbildlich. Dafür sowie für die ausnahmslos partnerschaftliche Zusammenarbeit danken wir den Verantwortlichen bestens.

5. Feststellungen

5.1 Generelle Feststellungen

Im Rahmen der Vor Ort Revision hatte die Revisorin 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.

5.2 Patientendossiers

5.2.1 Anteil fehlender Krankheitsgeschichten

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

5.2.2 Qualität der Dossierführung

Kriterium	Beurteilung
Übersichtlichkeit	Sehr gut, die Dossiers weisen im Branchenvergleich eine sehr logische und nachvollziehbare Struktur auf und generieren keine zusätzlichen Aufwände.
Zeitliche Abfolge	Sehr 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	Sehr gut, die Dossiers sind vollständig, so konnte die Revision ohne Rückfragen bzw. Nachbearbeitungsaufwand durchgeführt werden.
Nebendiagnosen	Sehr gut, die Nebendiagnosen sind im ausreichenden Mass dokumentiert und erlauben eine adäquate Verschlüsselung.

5.3 Festgestellte Fehler

5.3.1 Administrative Falldaten

Fehler bei:	Anzahl	Prozentsatz
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%

5.3.2 Medizinische Falldaten (Diagnosen und Behandlungen)

5.3.2.1 Anzahl 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	165	0	0	0	0	165
Diagnosen total	265	0	0	0	0	265
Hauptbehandlung	99	1	0	0	0	100
Nebenbehandlungen	146	0	1	0	0	147

5.3.2.2 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
Nebenbehandlungen							0

5.3.2.3 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	99.0%	1.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Nebenbehandlungen	99.3%	0.0%	0.7%	0.0%	0.0%

5.3.2.4 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							0.0%
Zusatz zur HD							0.0%
Nebendiagnosen							0.0%
Diagnosen total							0.0%
Hauptbehandlung							0.0%
Nebenbehandlungen							0.0%

5.3.2.5 Anzahl und Prozentsatz unspezifischer Codes

Grundgesamtheit

	Anzahl unspezifischer Codes ⁴	Prozentsatz unspezifischer Codes
Diagnosen	1065	6.2%
Behandlungen	6	0.1%

Stichprobe

	Anzahl unspezifischer Codes ⁵	Prozentsatz unspezifischer Codes
Diagnosen	71	17.3%
Behandlungen	0	0.0%

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!.

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!.

5.3.3 Lateralität der Diagnosen

Die Diagnosenlateralitäten der geprüften Falldossiers wiesen bei keinem der revidierten Fälle einen zu beanstandenden Zustand auf.

5.3.4 Ambulante Behandlungen auswärts

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

5.3.5 Abgrenzung Intensivmedizin

Die Klinik Seeschau verfügt über keine Intensivmedizin.

5.4 Basisdaten Intensivmedizin

Die Klinik Seeschau verfügt über keine Intensivmedizin.

5.4.1 Maschinelle Beatmung

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

5.4.2 NEMS

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

5.4.3 Schweregrad

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

5.4.4 Zusatzentgelte

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

5.4.5 Medikamente und Substanzen

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

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

5.5 DRG-Wechsel

5.5.1 Anzahl und Prozentsatz der Fälle mit DRG-Wechsel

	Höheres Kosten- gewicht nach Revision	%	Tieferes Kosten- gewicht nach Revision	%	Kein Einfluss auf Kosten- gewicht	%
	Aufgrund Änderung der Hauptdiagnose	0	0%	0	0	0%
Aufgrund Änderung der Nebendiagnose	0	0%	0	0	0%	0
Aufgrund Änderung der Behandlung	0	0%	0	0	0%	0
Aufgrund sonstiger Änderungen	0	0%	0	0	0%	0
Total	0	0%	0	0	0%	0

5.5.2 Differenzen mit/ohne Vorlage an das BfS

Differenzen	Vorlage an das BfS	Anmerkungen
	Nein	

5.5.3 CMI

CMI vor der Revision	1.1263
CMI nach der Revision	1.1263
% Veränderung des CMI	0.00%

CMI vorher	CMI nachher	Untergrenze 1	CMI Differenz 1
1.1263	1.1263	1.097423281	0

Obergrenze 1	Untergrenze 2	CMI Differenz 2	Obergrenze 2
1.155176464	97.44%	1	102.56%

Standardabweichung CW-Differenzen
0

5.6 Fallkombinationsfehler (Fallsplit, Fallzusammenführungen)

5.6.1 Festgestellte Fehler / Abweichung Kostengewicht

Fehlertyp	DRG-Nr.	Kostengewicht des Spital	Kostengewicht des Revisors	Kostengewichts differenz
Keine				

5.7 Kongruenz der Rechnungen

5.7.1 Festgestellte Fehler

	DRG-Nummer	Kostengewicht	Zusatzentgelte
Keine			

5.8 Vergleich Grundgesamtheit und Stichprobe

5.8.1 Anzahl Nebendiagnosen pro Patient

Anzahl Nebendiagnosen/Patient (Stichprobe)	1.65
Anzahl Nebendiagnosen/Patient (Grundgesamtheit)	1.89

5.8.2 Anzahl Behandlungen pro Patient

Anzahl Behandlungen/Patient (Stichprobe)	2.46
Anzahl Behandlungen/Patient (Grundgesamtheit)	2.33

5.8.3 Anzahl DRG-Fallgruppen

Anzahl DRG-Fallgruppen (Stichprobe)	41
Anzahl DRG-Fallgruppen (Grundgesamtheit)	120

5.8.4 Anzahl Fälle mit Zusatzentgelt

Anzahl Fälle mit Zusatzentgelten (Stichprobe)	0
Anzahl Fälle mit Zusatzentgelten (Grundgesamtheit)	0

5.8.5 Anzahl maschineller Beatmungen

Anzahl maschineller Beatmungen (Stichprobe)	0
Anzahl maschineller Beatmungen (Grundgesamtheit)	0

5.8.6 Anzahl Fälle mit IPS-Behandlungen

Anzahl IPS-Fälle (Stichprobe)	0
Anzahl IPS-Fälle (Grundgesamtheit)	0

5.9 Vergleichswerte

Insgesamt weist wie bereits auch in den Vorjahren ebenso das Jahr 2016 eine sehr gute Kodierqualität sowie Abrechnungskongruenz aus. So gibt es keine CMI-Differenz zum Vorjahr was als Ergebnis neben den sonstig dokumentierten Sachverhalten für sich und die sehr gute interne Leistungsqualität spricht. All dies dokumentiert erneut ein sehr gutes Ergebnis.

6. Empfehlungen für die Verbesserung der Kodierung und Weiterentwicklung von SwissDRG / Hinweise des Revisors

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 geworden, es wird nahe gelegt, die inhaltliche Berichtsdarlegung ebenso mehr zu vereinheitlichen, was so dann insgesamt einen vorbildlichen formalen wie inhaltlichen Berichtsstandard als erlössichernde Abrechnungsgrundlage gewährleisten würde.

7. Anmerkungen Spitaldirektion

Nach Datensatzübermittlung wurde der Fall 95825 neu kodiert (CMI 1.079 anstatt zuvor 1.29). Dies hat zur Folge, dass der neue CM eff. 1'768.1658 und der CMI 1.1262 beträgt.

Die Spitaldirektion hat den vorliegenden Bericht geprüft sowie am 04. Mai 2017 nach Klärung weniger Rückfragen freigegeben.

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: 043 - 508 25 47 oder Email: kontakt@medCare-schweiz.ch

04. Mai 2017 / Helena Santacatterina