

# Revisionsbericht<sup>1</sup>

## Revision der Daten 2018

### Klinik Seeschau

Version 7.0

---

<sup>1</sup> Konkretisierung des statistischen Teils und der Beurteilungskriterien

## Inhaltsverzeichnis

<b>ZUSAMMENFASSUNG.....</b>	<b>4</b>
<b>REVISIONSERGEBNISSE IM ÜBERBLICK .....</b>	<b>4</b>
<b>KENNZAHLENVERGLEICH GRUNDGESAMTHEIT UND STICHPROBE.....</b>	<b>4</b>
<b>1 DURCHFÜHRUNG DER REVISION .....</b>	<b>5</b>
1.1 BERICHTSPERIODE.....	5
1.2 GÜLTIGE VERSIONEN .....	5
1.3 BERECHNUNG UND ZIEHUNG DER STICHPROBE .....	5
1.4 BESCHREIBUNG DER ZEITLICHEN ABFOLGE DER REVISION .....	5
1.5 QUALIFIKATION UND UNABHÄNGIGKEIT DES REVISORS.....	5
1.6 BEMERKUNGEN.....	5
<b>2 FESTSTELLUNGEN.....</b>	<b>6</b>
2.1 GENERELLE FESTSTELLUNGEN .....	6
2.2 ADMINISTRATIVE GRUNDLAGEN.....	6
2.2.1 PATIENTENDOSSIERE .....	6
2.2.2 ADMINISTRATIVE FALLDATEN .....	6
2.2.3 FALLKOMBINATIONENFEHLER (FALLSPLITT, FALLZUSAMMENFÜHRUNG) .....	7
2.2.4 KONGRUENZ DER RECHNUNGSSTELLUNG .....	7
2.3 DIAGNOSEN UND BEHANDLUNGEN.....	7
2.3.1 FESTGESTELLTE FEHLER .....	7
2.3.2 ANGABEN ZU DEN KODIERFEHLERN.....	8
2.3.3 ZUWEISUNG DER HAUPTDIAGNOSE .....	8
2.3.4 ZUWEISUNG DER ZUSATZDIAGNOSE.....	9
2.3.5 ZUWEISUNG DER HAUPTBEHANDLUNG.....	9
2.3.6 LATERALITÄT DER DIAGNOSEN UND PROZEDUREN .....	9
2.3.7 EXTERNE AMBULANTE LEISTUNGEN .....	9
2.3.8 VERGLEICH GRUNDGESAMTHEIT UND STICHPROBE.....	10
2.4 INTENSIVMEDIZIN.....	11
2.4.1 ABGRENZUNG INTENSIVMEDIZIN/INTERMEDIATE CARE UNIT .....	11
2.4.2 BASISDATEN INTERMEDIATE CARE UNIT .....	11
2.4.3 BASISDATEN INTENSIVMEDIZIN .....	11
2.5 ZUSATZENTGELTE.....	12
2.6 MEDIKAMENTE UND SUBSTANZEN .....	12
2.7 DRG-WECHSEL .....	12
2.7.1 ANZAHL UND PROZENTSATZ DER FÄLLE MIT DRG-WECHSEL .....	12
2.7.2 DIFFERENZEN MIT/OHNE VORLAGE AN DAS BFS .....	13

<b>2.8 KOSTENGEWICHTE</b> .....	<b>13</b>
2.8.1 SCHÄTZUNG DES CMI DES SPITALS VOR UND NACH REVISION .....	13
2.8.2 KOSTENGEWICHTSDIFFERENZEN.....	13
<b>2.9 VERGLEICH MIT FRÜHEREN REVISIONEN</b> .....	<b>14</b>
<b><u>3 EMPFEHLUNGEN</u></b> .....	<b>14</b>
3.1 EMPFEHLUNGEN FÜR DIE VERBESSERUNG DER KODIERUNG IM SPITAL .....	14
3.2 EMPFEHLUNGEN FÜR DIE WEITERENTWICKLUNG VON SWISSDRG .....	14
3.3 WEITERE HINWEISE DES REVISORS .....	14
<b><u>4 ANMERKUNGEN SPITALDIREKTION</u></b> .....	<b>15</b>

## Zusammenfassung

### Revisionsergebnisse im Überblick

Stichprobengrösse	100	
CMI des Spitals vor Revision (Grundgesamtheit)	1.036	
Geschätzter CMI des Spitals nach Revision (Stichprobe) <sup>2</sup>	1.036	
Statistische Signifikanz der Abweichung des CMI vor und nach Revision	nein	
Geschätzte Differenz des CMI des Spitals vor und nach Revision	0	0.0%
Revidierte Fälle mit DRG-Wechsel	0	0.0%
Richtige Hauptdiagnosen <sup>3</sup>	98	98.0%
Richtiger Zusatz zur Hauptdiagnose <sup>3</sup>	1	100.0%
Richtige Nebendiagnosen	250	98.4%
Richtige Hauptbehandlungen <sup>3</sup>	98	99.0%
Richtige Nebenbehandlungen	118	92.9%
Revidierte Fälle mit richtigen Basisdaten Intensivmedizin	0	0.0%
Revidierte Fälle mit richtigem Basisdatensatz Intermediate Care Unit	0	0.0%
Richtige Zusatzentgelte	0	0.0%
Richtige Medikamente und Substanzen	0	0.0%
Beanstandete Fallzusammenführungen	0	0.0%
Fehlende Krankengeschichten	0	0.0%
Richtig erfasste externe ambulante Leistungen	0	0.0%

### Kennzahlenvergleich Grundgesamtheit und Stichprobe<sup>4,5</sup>

	Grundgesamtheit		Stichprobe	
Fälle mit Zusatzentgelt	0	0.00%	0	0.00%
Fälle mit erfassten Beatmungen	0	0.00%	0	0.00%
Fälle mit IPS-Aufenthalt	0	0.00%	0	0.00%
Fälle mit IMCU-Aufenthalt	0	0.00%	0	0.00%
Fälle mit externen ambulanten Leistungen	0	0.00%	0	0.00%
CMI	1.036		1.0503	
Zusatzentgelte	0		0.00%	

<sup>2</sup> Bei einer gewichteten Stichprobe (dies gilt auch für geschichtete Stichprobenziehungen, bei welchen die Fälle nicht mit gleicher Wahrscheinlichkeit in die Stichprobe aufgenommen werden) muss der gewichtete Schätzer ausgewiesen werden.

<sup>3</sup> 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)

<sup>4</sup> Die Angaben beziehen sich jeweils auf die Daten vor Revision (z.B. CMI: es werden die effektiven Kostengewichte vor Revision betrachtet).

<sup>5</sup> Falls eine gewichtete Stichprobenziehung durchgeführt wurde (dies gilt auch für geschichtete Stichprobenziehungen, bei welchen die Fälle nicht mit gleicher Wahrscheinlichkeit in die Stichprobe aufgenommen werden), so sind sowohl die gewichteten als auch die ungewichteten Werte auszuweisen.

# 1 Durchführung der Revision

---

## 1.1 Berichtsperiode

Die Berichtsperiode beginnt zum 01. Januar 2018 und endet am 31. Dezember 2018.

## 1.2 Gültige Versionen

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

## 1.3 Berechnung und Ziehung der Stichprobe

Es wurden in dieser offiziellen Revision die nach dem Swiss DRG-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.

## 1.4 Beschreibung der zeitlichen Abfolge der Revision

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

1. Auftragsvorbereitung und-abstimmung	KW 2-3
2. Datenaufbereitung und-zustellung	KW 10
3. Durchführung der Stichprobenziehung	KW 11
4. Vor Ort Kodierrevision	KW 14
5. Nachbereitung	KW 15-16
6. Berichtsverfassung	KW 17-18
7. Abschlussabstimmung	KW 19 - 20

## 1.5 Qualifikation und Unabhängigkeit des Revisors

Frau Helena Santacatterina und Herr Uwe Höhnel sind langjährig erfahrene Kodierexperten und verfügen über den eidgenössischen Fachausweis der medizinischen Kodierung bzw. entsprechend gültige Äquivalente. Sie entsprechen dem SwissDRG-Profil für Kodierrevisoren und sind zum Zeitpunkt der Revision in der öffentlich einsehbaren Liste vom BfS namentlich aufgeführt. Beide stehen in keinerlei Interessenskonflikt zur revidierten Organisation und sind somit unabhängig von dieser.

## 1.6 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.

## 2 Feststellungen<sup>6,7</sup>

### 2.1 Generelle Feststellungen

Im Rahmen der Vor Ort Revision hatte der Revisor 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.

### 2.2 Administrative Grundlagen

#### 2.2.1 Patientendossiers

##### Prozentsatz fehlender Krankengeschichten

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

##### Qualität der Dossierführung

Kriterium	Beurteilung
<b>Übersichtlichkeit</b>	Gut, die Dossiers weisen im Branchenvergleich eine sehr logische und nachvollziehbare Struktur auf und generieren keine zusätzlichen Aufwände.
<b>Zeitliche Abfolge</b>	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.
<b>Vollständigkeit / Fehlen von Einzeldokumenten</b>	Gut, die Dossiers sind vollständig, so konnte die Revision ohne Rückfragen bzw. Nachbearbeitungsaufwand durchgeführt werden.

#### 2.2.2 Administrative Falldaten

Fehler bei:	Anzahl	Prozentsatz
Eintrittsart	0	0.00%
Einweisende Instanz	0	0.00%
Aufenthaltort vor Eintritt	0	0.00%
Wechsel Aufenthaltsart (ambulant, stationär, Rehabilitation, Psychiatrie)	0	0.00%
Entscheid für Austritt	0	0.00%
Aufenthalt nach Austritt	0	0.00%
Behandlung nach Austritt	0	0.00%
Verweildauer	0	0.00%
Administrativer Urlaub	0	0.00%
Grund Wiedereintritt	0	0.00%
Neugeborenenendatensatz	0	0.00%
Aufnahmegewicht	0	0.00%

<sup>6</sup> Falls eine gewichtete Stichprobenziehung durchgeführt wurde (dies gilt auch für geschichtete Stichprobenziehungen, bei welchen die Fälle nicht mit gleicher Wahrscheinlichkeit in die Stichprobe aufgenommen werden) müssen die Resultate in Kapitel 2.3.8 gewichtet und ungewichtet ausgewiesen werden.

<sup>7</sup> Die Anzahl bzw. der Prozentsatz in den Kapiteln 2.2.2 Administrative Falldaten, 2.3 Diagnosen und Behandlungen, 2.4 Intensivmedizin, 2.5 Zusatzentgelte, 2.6 Medikamente und Substanzen, 2.7 DRG-Wechsel bezieht sich auf die Fälle der Stichprobe

## 2.2.3 Fallkombinationsfehler (Fallsplitt, Fallzusammenführung)

### Festgestellte Fehler

Fehlertyp	DRG-Nr.	Kostengewicht des Spitals	Kostengewicht des Revisors	Kostengewichtsdifferenz
keine				

### Abweichung Kostengewicht

Fehlertyp	DRG-Nr.	Kostengewicht des Spitals	Kostengewicht des Revisors	Kostengewichtsdifferenz
keine				

## 2.2.4 Kongruenz der Rechnungsstellung

### Festgestellte Fehler

Fehlertyp	DRG-Nummer	Kostengewicht	Zusatzentgelte
keine			

### Abweichung Kostengewicht

Es wurden bei der Rechnungsstellung keine Abweichungen der Kostengewichte festgestellt.

## 2.3 Diagnosen und Behandlungen

### 2.3.1 Festgestellte Fehler

Fehlertyp	DRG-Nr.	Kostengewicht des Spitals	Kostengewicht des Revisors	Kostengewichtsdifferenz
Fehlender Kode	101531	1.947	1.947	0
Fehlender Kode	100057	0.802	0.802	0
Fehlender Kode	100303	0.759	0.759	0
Fehlender Kode	100303	0.759	0.759	0
Fehlender Kode	100829	2.032	2.032	0
Falscher Kode	100903	0.689	0.689	0
Ungerechtfertigter Kode	100903	0.689	0.689	0
Fehlender Kode	101466	1.55	1.55	0
Fehlender Kode	101942	0.642	0.642	0
Fehlender Kode	101970	0.759	0.759	0
Fehlender Kode	102513	1.147	1.147	0
Fehlender Kode	102513	1.147	1.147	0
Fehlender Kode	103938	0.556	0.556	0
Falscher Kode	104669	1.947	1.947	0
Falscher Kode	104983	0.418	0.418	0

## 2.3.2 Angaben zu den Kodierfehlern

### Anzahl der Kodierfehler nach Fehlertyp

	richtig	falsch	fehlend	ungerechtfertigt	unnötig	total
Hauptdiagnose	98	2	0	0	0	100
Zusatz zur HD	1	0	0	0	0	1
Nebendiagnosen	250	0	4	2	0	256
Diagnosen total	349	2	4	2	0	357
Hauptbehandlung	98	1	0	0	0	99
Nebenbehandlungen	118	0	8	1	0	127

### 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				2			2
Zusatz zur HD							
Nebendiagnosen	2						2
Diagnosen total	2			2			4
Hauptbehandlung					1		1
Nebenbehandlungen							

### Prozentsatz der Kodierfehler nach Fehlertyp

	richtig	falsch	fehlend	ungerechtfertigt	unnötig	total
Hauptdiagnose	98.00%	2.00%	0.00%	0.00%	0.00%	100.00%
Zusatz zur HD	100.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	100.00%
Nebendiagnosen	97.66%	0.00%	1.56%	0.00%	0.00%	100.00%
Diagnosen total	97.76%	0.56%	1.12%	0.56%	0.00%	100.00%
Hauptbehandlung	98.99%	1.01%	0.00%	0.00%	0.00%	100.00%
Nebenbehandlungen	92.91%	0.00%	6.30%	0.79%	0.00%	100.00%

### 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				2.00%			2.00%
Zusatz zur HD							0.00%
Nebendiagnosen	0.78%						0.78%
Diagnosen total	0.78%			2.00%			2.78%
Hauptbehandlung					1.01%		1.01%
Nebenbehandlungen							

## 2.3.3 Zuweisung der Hauptdiagnose

Die Zuweisung der Hauptdiagnose war bei allen revidierten Fällen korrekt.

Fallnummer	Kode Klinik	Kode Revision
104669	M175	M179
104983	M171	M173

### 2.3.4 Zuweisung der Zusatzdiagnose

Die Zuweisung der Zusatzdiagnose war bei allen revidierten Fällen korrekt.

Fallnummer	Kode Klinik	Kode Revision

### 2.3.5 Zuweisung der Hauptbehandlung

Die Zuweisung der Hauptbehandlung war bei allen revidierten Fällen korrekt, ausser beim folgenden Fall:

Fallnummer	Kode Klinik	Kode Revision
100903	536121	536111

### 2.3.6 Lateralität der Diagnosen und Prozeduren

Die Lateralitäten der Diagnose- bzw. Prozedurenkodes der geprüften Falldossiers wiesen keine Fehler auf, ausser in folgenden zwei Fällen:

Fallnummer	Kode-Nr.	Kode Klinik	Seite	Kode Revision	Seite
100380	ICD001	M6747	leer	M6747	links
100380	CHOP001	808859	leer	808859	links

### 2.3.7 Externe ambulante Leistungen

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

### 2.3.8 Vergleich Grundgesamtheit und Stichprobe<sup>8,9,10</sup>

#### CMI

CMI der Stichprobe, ungewichtet	1.0503
CMI der Stichprobe, gewichtet	1.0503
CMI der Grundgesamtheit	1.036

#### Anzahl und Prozentsatz unspezifischer Kodes an der Spalkodierung

	unspezifische Kodes <sup>11</sup> der Grundgesamtheit		unspezifische Kodes der Stichprobe	
Diagnosen	1506	23.40%	85	24.15%
Behandlungen	1	0.02%	1	0.46%

#### Anzahl Nebendiagnosen/Patient

Anzahl Nebendiagnosen/Patient (Stichprobe)	2.52
Anzahl Nebendiagnosen/Patient (Grundgesamtheit)	2.36

#### Anzahl Behandlungen/Patient

Anzahl Behandlungen/Patient (Stichprobe)	2.18
Anzahl Behandlungen/Patient (Grundgesamtheit)	2.35

#### Anzahl DRG-Fallgruppen

Anzahl DRG-Fallgruppen (Stichprobe)	46
Anzahl DRG-Fallgruppen (Grundgesamtheit)	147

#### Anzahl Zusatzentgelte und Anzahl und Prozentsatz Fälle mit Zusatzentgelt

Zusatzentgelte (Stichprobe)	0	
Zusatzentgelte (Grundgesamtheit)	0	
Fälle mit Zusatzentgelten (Stichprobe)	0	0%
Fälle mit Zusatzentgelten (Grundgesamtheit)	0	0%

#### Anzahl und Prozentsatz Fälle mit erfassten Beatmungen

Fälle mit erfassten Beatmungen (Stichprobe)	0	0.00%
Fälle mit erfassten Beatmungen (Grundgesamtheit)	0	0.00%

8 Angaben beziehen sich jeweils auf nicht revidierte Daten.

9 Die Angaben beziehen sich jeweils auf die Daten vor Revision (z.B. CMI: es werden die effektiven Kostengewichte vor Revision betrachtet).

10 Falls eine gewichtete Stichprobenziehung durchgeführt wurde (dies gilt auch für geschichtete Stichprobenziehungen, bei welchen die Fälle nicht mit gleicher Wahrscheinlichkeit in die Stichprobe aufgenommen werden) so sind sowohl die gewichteten als auch die ungewichteten Werte auszuweisen.

11 Als unspezifische Kodes gelten alle CHOP- und ICD-10-Kodes, welche die Bezeichnung „nicht näher bezeichnet“ (n.n.bez.) enthalten. Eine Ausnahme bilden die ICD Kodes V01!-Y84!.

### Anzahl und Prozentsatz Fälle mit ICMU-Behandlung

Fälle mit IPS-Fälle (Stichprobe)	0	0.00%
Fälle mit IPS-Fälle (Grundgesamtheit)	0	0.00%

### Anzahl und Prozentsatz Fälle mit IPS-Behandlung

Fälle mit IMCU-Aufenthalt (Stichprobe)	0	0.00%
Fälle mit IMCU-Aufenthalt (Grundgesamtheit)	0	0.00%

### Anzahl und Prozentsatz Fälle mit externen ambulanten Leistungen

Fälle mit externen ambulanten Leistungen (Stichprobe)	0	0%
Fälle mit externen ambulanten Leistungen (Grundgesamtheit)	0	0%

## 2.4 Intensivmedizin

Die revidierte Organisation verfügt über keine Intensivmedizin, seit August 2017 verfügt sie aber über eine neu gebaute Intermediate Care Unit (IMCU)

### 2.4.1 Abgrenzung Intensivmedizin/Intermediate Care Unit

### 2.4.2 Basisdaten Intermediate Care Unit

#### NEMS

	Anzahl	Prozentsatz
Richtig erfasst	0	0.0%
Falsch erfasst	0	0.0%
Nicht erfasst	0	0.0%

#### Schweregrad

	Anzahl	Prozentsatz
Richtig erfasst	0	0.0%
Falsch erfasst	0	0.0%
Nicht erfasst	0	0.0%

Revidierte Fälle mit richtigen Basisdaten Intermediate Care Unit	0	0.00%
--	---	-------

### 2.4.3 Basisdaten Intensivmedizin

#### Maschinelle Beatmungen

	Anzahl	Prozentsatz
Richtig erfasst	0	0.0%
Falsch erfasst	0	0.0%
Nicht erfasst	0	0.0%

## NEMS

	Anzahl	Prozentsatz
Richtig erfasst	0	0.0%
Falsch erfasst	0	0.0%
Nicht erfasst	0	0.0%

## Schweregrad

	Anzahl	Prozentsatz
Richtig erfasst	0	0.0%
Falsch erfasst	0	0.0%
Nicht erfasst	0	0.0%

Revidierte Fälle mit richtigen Basisdaten Intensivmedizin	0	0.00%
---	---	-------

## 2.5 Zusatzentgelte

	Anzahl	Prozentsatz
Richtig erfasst	0	0.0%
Falsch erfasst	0	0.0%
Nicht erfasst	0	0.0%

## 2.6 Medikamente und Substanzen

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

	Anzahl	Prozentsatz
Richtig erfasst	0	0.0%
Falsch erfasst	0	0.0%
Nicht erfasst	0	0.0%

Angaben zur Art des Fehlers (Dosiseinheit, Verabreichungsart, usw.).

## 2.7 DRG-Wechsel

### 2.7.1 Anzahl und Prozentsatz der Fälle mit DRG-Wechsel

	Höheres Kostengewicht nach Revision		Tieferes Kostengewicht nach Revision		Kein Einfluss auf Kostengewicht	
	Anzahl	Prozentsatz	Anzahl	Prozentsatz	Anzahl	Prozentsatz
Aufgrund Änderung Hauptdiagnose	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Aufgrund Änderung Nebendiagnose	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Aufgrund Änderung Behandlung	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

Aufgrund sonstiger Änderungen	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
<b>Total</b>	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

## 2.7.2 Differenzen mit/ohne Vorlage an das BfS

Differenzen	Vorlage an das BfS	Anmerkungen
	Nein	

## 2.8 Kostengewichte<sup>12</sup>

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

CMI des Spitals vor Revision (Grundgesamtheit)

CMI vor der Revision:	1.036
-----------------------	-------

Geschätzter CMI des Spitals nach Revision (Stichprobe)

CMI nach der Revision:	1.036
------------------------	-------

Geschätzte Differenz des CMI des Spitals vor und nach Revision:

CMI Differenz vor und nach Revision:	0
--------------------------------------	---

95%-Vertrauensintervall der Differenz des CMI des Spitals vor und nach Revision:

95%-Vertrauensintervall:	0.5
--------------------------	-----

### 2.8.2 Kostengewichtsdifferenzen

Geschätzte Standardabweichung der Kostengewichtsdifferenzen des Spitals vor und nach Revision

<b>Standardabweichung CW-Differenzen</b>
0

Geschätzter Prozentsatz der Kostengewichtsdifferenzen, welche ungleich Null sind

<b>Geschätzte Prozentsatz der Kostengewichtsdifferenzen welche ungleich Null sind</b>
0%

<sup>12</sup> Bei einer gewichteten Stichprobe (dies gilt auch für geschichtete Stichprobenziehungen, bei welchen die Fälle nicht mit gleicher Wahrscheinlichkeit in die Stichprobe aufgenommen werden) muss der gewichtete Schätzer ausgewiesen werden.

## 2.9 Vergleich mit früheren Revisionen

Insgesamt weist die Kodierung des Datenjahres 2018 eine sehr gute Kodierqualität sowie Abrechnungskongruenz im Vergleich zum Vorjahr aus. Es gab keinen Fall mit DRG-Wechsel und folglich keine CMI-Differenz, zwei geänderte Hauptdiagnosen und eine geänderte Hauptbehandlung. Als Ergebnis spricht dies, neben den sonstig dokumentierten Sachverhalten und der deutlich verbesserten internen Leistungsqualität, für sich. Somit wird diesjährig ein sehr gutes Ergebnis dokumentiert.

# 3 Empfehlungen

---

## 3.1 Empfehlungen für die Verbesserung der Kodierung im Spital

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

## 3.2 Empfehlungen für die Weiterentwicklung von SwissDRG

Siehe oben.

## 3.3 Weitere Hinweise des Revisors

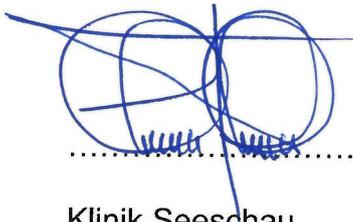
Keine

## 4 Anmerkungen Spitaldirektion

---

Die Spitaldirektion hat den vorliegenden Bericht geprüft sowie am 28. Mai 2019 nach Klärung weniger Rückfragen freigegeben.

Kreuzlingen, den 29. Mai 2019



KLINIK SEESCHAU AG  
Bernrainstr. 17  
8280 Kreuzlingen  
Tel. 071 677 53 53  
Fax 071 672 55 15

Klinik Seeschau  
Christian Juchli  
Direktor

## Anhang 1: Nachweise

### Verpflichtungserklärung und Unabhängigkeitsbestätigung des Revisors bezüglich Kodierrevision der Daten 2018 in der Klinik Seeschau

---

1. Der Revisor verpflichtet sich, die Kodierrevision auf der Grundlage des Reglements für die Durchführung der Kodierrevision unter SwissDRG, Version 1.0 vom 12.06.09 (oder aktueller) 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.

Zürich, den 29. Mai 2019

Dr. Kai  
Heib

Digital unterschrieben  
von Dr. Kai Heib  
Datum: 2019.05.29  
09:04:40 +02'00'

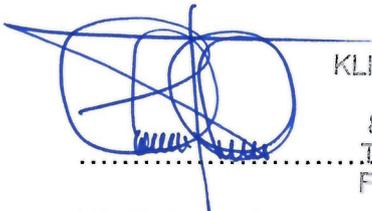
.....  
medCare Schweiz AG

**Vollständigkeitserklärung der Klinik Seeschau bezüglich Datenlieferung für  
Kodierrevision der Daten 2018**

---

Wir bestätigen, dass dem Revisor für die Stichprobenziehung alle in der Klinik Seeschau nach SwissDRG fakturierten Fälle mit Austritt zwischen 1. Januar 2018 und 31. Dezember 2018 übermittelt wurden.

Kreuzlingen, den 29. Mai 2019



KLINIK SEESCHAU AG  
Bernrainstr. 17  
8280 Kreuzlingen  
Tel. 071 677 53 53  
Fax 071 672 55 15

Klinik Seeschau  
Christian Juchli  
Direktor

## Anhang 2: Leistungsübersicht des Spitals

### Anzahl der stationär behandelten Fälle gesamte Institution

	KV	UV	MV	IV	SZ <sup>13</sup>	Andere	Unbekannt	Total
Akutsomatik (SwissDRG-Fälle)	1820	77	5	6	6	0	0	1914
Wartepatienten								
Psychiatrie								
Rehabilitation								

### SwissDRG-Fälle

Nach Herkunftskanton und Versicherungsart:

Kanton	KV	UV	MV	IV	SZ <sup>13</sup>	Andere	Unbekannt	Total
Aargau	6	1	0	0	0	0	0	7
Appenzell A	2	1	0	0	0	0	0	3
Appenzell I	0	0	0	0	0	0	0	0
Bern	0	0	0	0	0	0	0	0
Basel/Land	0	0	0	0	0	0	0	0
Basel/Stadt	0	0	0	0	0	0	0	0
Freiburg	0	0	0	0	0	0	0	0
Genf	0	0	0	0	0	0	0	0
Glarus	9	0	0	0	0	0	0	9
Graubünden	5	0	0	0	0	0	0	5
Jura	0	0	0	0	0	0	0	0
Luzern	4	0	0	0	0	0	0	4
Neuenburg	0	0	0	0	0	0	0	0
Nidwalden	2	0	0	0	0	0	0	2
Obwalden	0	0	0	0	0	0	0	0
St. Gallen	52	0	0	0	0	0	0	52
Schaffhausen	8	0	0	0	0	0	0	8
Solothurn	1	0	0	0	0	0	0	1
Schwyz	6	0	0	0	0	0	0	6
Thurgau	1632	73	4	6	4	0	0	1719
Tessin	2	0	0	0	0	0	0	2
Uri	0	0	0	0	0	0	0	0
Waadt	0	0	0	0	0	0	0	0
Wallis	1	0	0	0	0	0	0	1
Zug	1	0	0	0	1	0	0	2
Zürich	78	0	0	0	0	0	0	78
Ausland	11	2	1	0	1	0	0	15
<b>Total</b>	<b>1820</b>	<b>77</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1914</b>

<sup>13</sup> SZ = Selbstzahler

### Nach Ausreisserkategorie und Versicherungsart

	Normalfälle mit Verlegungsabschlag		Normalfälle ohne Verlegungsabschlag		Untere Ausreisser		Obere Ausreisser		TOTAL
KV	9	100.0%	1686	95.3%	79	88.8%	46	97.9%	1820
UV	0	0.0%	69	3.9%	7	7.9%	1	2.1%	77
MV	0	0.0%	3	0.2%	2	2.2%	0	0.0%	5
IV	0	0.0%	5	0.3%	1	1.1%	0	0.0%	6
SZ <sup>13</sup>	0	0.0%	6	0.3%	0	0.0%	0	0.0%	6
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
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>100.0%</b>	<b>1769</b>	<b>100.0%</b>	<b>89</b>	<b>100.0%</b>	<b>47</b>	<b>100.0%</b>	<b>1914</b>

### Nach Ausreisserkategorie und Herkunftskanton

	Normalfälle mit Verlegungsabschlag		Normalfälle ohne Verlegungsabschlag		Untere Ausreisser		Obere Ausreisser		TOTAL
Aargau	0	0.0%	6	0.3%	1	1.1%	0	0.0%	7
Appenzell A	0	0.0%	3	0.2%	0	0.0%	0	0.0%	3
Appenzell I	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0
Bern	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0
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%	9	0.5%	0	0.0%	0	0.0%	9
Graubünden	0	0.0%	5	0.3%	0	0.0%	0	0.0%	5
Jura	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0
Luzern	0	0.0%	3	0.2%	1	1.1%	0	0.0%	4
Neuenburg	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0
Nidwalden	0	0.0%	2	0.1%	0	0.0%	0	0.0%	2
Obwalden	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0
St. Gallen	0	0.0%	50	2.8%	1	1.1%	1	2.1%	52
Schaffhausen	0	0.0%	7	0.4%	1	1.1%	0	0.0%	8
Solothurn	0	0.0%	1	0.1%	0	0.0%	0	0.0%	1
Schwyz	0	0.0%	6	0.3%	0	0.0%	0	0.0%	6
Thurgau	9	100.0%	1584	89.5%	82	92.1%	44	93.6%	1719
Tessin	0	0.0%	2	0.1%	0	0.0%	0	0.0%	2
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%	1	0.1%	0	0.0%	0	0.0%	1
Zug	0	0.0%	2	0.1%	0	0.0%	0	0.0%	2
Zürich	0	0.0%	73	4.1%	3	3.4%	2	4.3%	78
Ausland	0	0.0%	15	0.8%	0	0.0%	0	0.0%	15
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>100.0%</b>	<b>1769</b>	<b>100.0%</b>	<b>89</b>	<b>100.0%</b>	<b>47</b>	<b>100.0%</b>	<b>1914</b>

## CMI

### Nach Ausreisserkategorie und Versicherungsart

	Normalfälle mit Verlegungsabschlag	Normalfälle ohne Verlegungsabschlag	Untere Ausreisser	Obere Ausreisser	TOTAL
KV	0.7494	1.0673	0.4488	1.1418	1.0407
UV	0	0.9596	0.4254	1.058	0.9124
MV	0	1.947	0.795	0	1.4862
IV	0	0.9606	1.905	0	1.118
Selbstzahler	0	0.7382	0	0	0.7382
Andere	0	0	0	0	0
Unbekannt	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>0.7494</b>	<b>1.0631</b>	<b>0.4711</b>	<b>1.14</b>	<b>1.036</b>

### Nach Ausreisserkategorie und Herkunftskanton

	Normalfälle mit Verlegungsabschlag	Normalfälle ohne Verlegungsabschlag	Untere Ausreisser	Obere Ausreisser	TOTAL
Aargau	0	0.7105	0.411	0	0.6677
Appenzell A	0	1.21	0	0	1.21
Appenzell I	0	0	0	0	0
Bern	0	0	0	0	0
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	0.9322	0	0	0.9322
Graubünden	0	0.6552	0	0	0.6552
Jura	0	0	0	0	0
Luzern	0	1.724	0.538	0	1.4275
Neuenburg	0	0	0	0	0
Nidwalden	0	0.789	0	0	0.789
Obwalden	0	0	0	0	0
St. Gallen	0	0.886	0.615	1.199	0.8868
Schaffhausen	0	0.9086	0.418	0	0.8472
Solothurn	0	1.172	0	0	1.172
Schwyz	0	2.3632	0	0	2.3632
Thurgau	0.7494	1.0654	0.4687	1.1433	1.0373
Tessin	0	0.649	0	0	0.649
Uri	0	0	0	0	0
Waadt	0	0	0	0	0
Wallis	0	0.585	0	0	0.585
Zug	0	0.6475	0	0	0.6475
Zürich	0	1.1323	0.503	1.0395	1.1057
Ausland	0	0.9953	0	0	0.9953
<b>Total</b>	<b>0.7494</b>	<b>1.0631</b>	<b>0.4711</b>	<b>1.14</b>	<b>1.036</b>

## Anzahl Zusatzentgelte

Zusatzentgelt	Bezeichnung	Betrag		KV	UV	MV	IV	Selbstzahler	Andere	Unbekannt	Total
Keine											

## Anzahl und Prozentsatz der Fälle, welche in die BasisDRGs 901, 902, 960, 961, 962 und 963 gruppiert wurden

DRG	Anzahl	Prozentsatz
901	0	0.00%
902	0	0.00%
906	0	0.00%
961	0	0.00%
962	0	0.00%
963	0	0.00%

## Prozentsatz der Langlieger ohne Nebendiagnose und Prozedur und mit PCCL $\leq$ 2

Anzahl Langlieger in der Grundgesamtheit	47
Prozentsatz Langlieger ohne Nebendiagnose und Prozedur und mit PCCL $\leq$ 2 in der Grundgesamtheit	0.0%

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

Anzahl Fälle mit über 5 Tagen Aufenthaltsdauer in der Grundgesamtheit	460
Prozentsatz der Fälle mit über 5 Tagen Aufenthaltsdauer und mit R-Hauptdiagnosekode in der Grundgesamtheit	0.0%