

Clinica Santa Chiara SA

Revisionsbericht Kodierung

Revision der Daten 2019

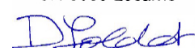
11. und 12. März 2020

Revisorin

Santacatterina Helena

für medCare Schweiz AG

Dr. Daniela Soldati
Direzione
Clinica Santa Chiara
Via Franscini 4
CH-6600 Locarno



Inhaltsverzeichnis

ZUSAMMENFASSUNG	4
REVISIONSERGEBNISSE IM ÜBERBLICK	4
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 ZEITLICHEN ABFOLGE DER REVISION	6
1.5 QUALIFIKATION DES REVISORS	7
1.6 UNABHÄNGIGKEIT DES REVISORS	7
1.7 BEMERKUNGEN	7
2 FESTSTELLUNGEN	8
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>	9
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>	14
2.3.4 <i>Zuweisung der Zusatzdiagnose</i>	14
2.3.5 <i>Zuweisung der Hauptbehandlung</i>	14
2.3.6 <i>Lateralität der Diagnosen und Prozeduren</i>	15
2.3.7 <i>Ambulante Behandlung auswärts</i>	15
2.3.8 <i>Vergleich Grundgesamtheit und Stichprobe</i>	16
2.4 INTENSIVMEDIZIN UND IMCU	17
2.4.1 <i>Basisdaten Intermediate Care Unit (IMCU)</i>	17
2.4.2 <i>Basisdaten Intensivmedizin</i>	17
2.5 ZUSATZENTGELTE	18
2.6 MEDIKAMENTE UND SUBSTANZEN	18
2.7 DRG-WECHSEL	19
2.7.2 <i>Anzahl und Prozentsatz der Fälle mit DRG-Wechsel</i>	19
2.7.3 <i>Differenzen mit/ohne Vorlage an das BFS</i>	19
2.8 KOSTENGEWICHTE	21
2.8.2 <i>Schätzung des CMI des Spitals vor und nach Revision</i>	21
2.8.3 <i>Geschätzte Standardabweichung der Kostengewichtsdifferenzen und des Anteils der Kostengewichtsdifferenzen, welche ungleich Null sind</i>	21
2.9 VERGLEICH MIT FRÜHEREN REVISIONEN	22
3 EMPFEHLUNGEN.....	23
3.1 EMPFEHLUNGEN FÜR DIE VERBESSERUNG DER KODIERUNG IM SPITAL	23
3.2 EMPFEHLUNGEN FÜR DIE WEITERENTWICKLUNG VON SWISSDRG	23
3.3 WEITERE HINWEISE DES REVISORS	23
4 ANMERKUNGEN GESCHÄFTSLEITUNG.....	24

ANHANG 1: NACHWEISE	25
VERPFLICHTUNGSERKLÄRUNG	25
ANHANG 2: LEISTUNGSÜBERSICHT DES SPITALS IN DER BERICHTSPERIODE	27
<i>Anzahl der stationär behandelten Fälle gesamte Institution</i>	27
SWISSDRG-FÄLLE	27
<i>Nach Herkunftskanton und Versicherungsart</i>	27
<i>Anzahl und Prozentsatz nach Ausreisserkategorie und Versicherungsart</i>	28
<i>Anzahl und Prozentsatz nach Ausreisserkategorie und Herkunftskanton</i>	28
CMI	29
<i>Nach Ausreisserkategorie und Versicherungsart</i>	29
<i>Nach Ausreisserkategorie und Herkunftskanton</i>	29
ANZAHL ZUSATZENTGELTE	30
ANZAHL UND PROZENTSATZ DER FÄLLE, WELCHE IN DIE BASIS-DRGs 901, 902, 960, 961, 962 UND 963 GRUPPIERT WURDEN	31
PROZENTSATZ DER LANGLIEGER OHNE NEBENDIAGNOSE UND PROZEDUR UND MIT PCCL <= 2	31
PROZENTSATZ DER FÄLLE MIT ÜBER 5 TAGE AUFENTHALTSDAUER UND MIT R-HAUPTDIAGNOSEKODE	31
<i>Glossar</i>	32

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)	0.767690	
Geschätzter CMI des Spitals nach Revision (Stichprobe)	0.758630	
Statistische Signifikanz der Abweichung des CMI des Spitals vor und nach Revision	Nein	
Geschätzte Differenz des CMI des Spitals vor und nach Revision	-0.009060	-1.2%
Revidierte Fälle mit DRG Wechsel	5	5.000%
Richtige Hauptdiagnosen	91	91.0%
Richtiger Zusatz zur Hauptdiagnose	14	87.5%
Richtige Nebendiagnosen	283	89.3%
Richtige Hauptbehandlung	84	92.3%
Richtige Nebenbehandlung	98	86.0%
Revidierte Fälle mit richtigen Basisdaten Intensivmedizin	-	-
Revidierte Fälle mit richtigen Basisdaten Intermediate Care Unit		
Richtige Zusatzentgelte	1 von 1	100.0%
Richtige Medikamente und Substanzen	- von -	-
Beanstandete Fallkombinationsfehler	0 von 7	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	54	1.9%	1	1.0%
Fälle mit erfasster Beatmung	-	-	-	-
Fälle mit IPS-Aufenthalt	-	-	-	-
Fälle mit IMC Unit-Aufenthalt	-	-	-	-
Fälle mit extern erbrachten Leistungen	0	0.0%	0	0.0%
CMI	0.767684		0.767690	
Zusatzentgelte	63		1	

1 Durchführung der Revision

1.1 Berichtsperiode

Revidiert wurden die Falldaten mit Austritt vom 1.1. bis zum 31.12.2019.

1.2 Gültige Versionen

SwissDRG Katalog	Fallpauschalenkatalog Version 8.0
SwissDRG Grouper	Abrechnungsversion 2019/2019
SwissDRG Abrechnungsregeln	Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG Version Juni/2019 , Stand 14. Juni 2019
	Klarstellung und Fallbeispiele zu den Anwendungsregeln Version 4.4, Stand 15.November 2019
Kodierregeln	BFS Kodierungshandbuch Version 2019, FAQs und Rundschreiben für Kodiererinnen und Kodierer mit Gültigkeit bis 31.12.2019
Diagnosekodes	ICD-10 GM 2018
Behandlungskodes	CHOP 2019
Fehlertypologie	MedPlaus 6.0.3.0

1.3 Berechnung und Ziehung der Stichprobe

Für Planung und 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 kann gemäss Reglement die minimale Stichprobengrösse von 100 Fällen angewendet werden.

Aus den 2'912 stationären akutsomatischen und mit SwissDRG abgerechneten Fällen wurde eine Stichprobe von 100 Fällen gezogen. 6 potenzielle Wiederkehrer wurden der Stichprobe hinzugefügt. Die Stichprobengrösse vor Revision beträgt somit 106 Fälle.

Bei den 6 potenziellen Wiederkehrern prüft der Revisor, ob eine Fallzusammenführung gemacht werden muss. Ansonsten werden die Fälle wieder aus der Stichprobe entfernt.

1.4 Beschreibung der zeitlichen Abfolge der Revision

Die Dokumentationen der 106 Fälle der Stichprobe wurden der Revisorin per Post zugesandt und am 07.03.2020 kontrolliert.

Eine Besprechung der Ergebnisse fand mit der Verantwortlichen Frau Dr. Daniela Soldati am 12.03.20 statt.

1.5 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.

1.6 Unabhängigkeit des Revisors

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

1.7 Bemerkungen

Die Revision hat wie in den Jahren einwandfrei funktioniert. Es war alles bestens vorbereitet in einem geeigneten Büro. Die Corona-Rahmenbedingungen hatten keinen Einfluss auf die Revision, diese konnte erwartungsgemäss durchgeführt werden.

Die Klinik hat keine offiziell anerkannte IMC oder IPS.

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 könnten. Es wird eher vorsichtig kodiert, wie die Fälle mit DRG-Wechsel zeigen.

2.2 Administrative Grundlagen

2.2.1 Patientendossiers

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	33/100.0%	0/0.0%	0/0.0%	67/67.0%	33
Histologieberichte	4/100.0%	0/0.0%	0/0.0%	96/96.0%	4
Endoskopieberichte	1/100.0%	0/0.0%	0/0.0%	99/99.0%	1
Labordokumentation	0/0.0%	0/0.0%	0/0.0%	100/100.0%	0
IPS Berichte	0/0.0%	0/0.0%	0/0.0%	100/100.0%	0
Pflegedokumentation	0/0.0%	0/0.0%	0/0.0%	100/100.0%	0
Konsilien Facharzt	0/0.0%	0/0.0%	0/0.0%	100/100.0%	0
Sonstige Untersuchungsberichte	0/0.0%	0/0.0%	0/0.0%	100/100.0%	0

Auflistung der Beanstandungen:

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

Qualität der Dossierführung

Die Qualität der Krankengeschichten, der Austrittsberichte sowie Operationsberichte ist sehr gut.

2.2.2 Administrative Falldaten

Gesamt:

Urteil	Anzahl	Anteil
Keine Änderungen	97	97.0%
Änderungen	3	3.0%

Änderungen im Detail:

Fehler bei:	Anzahl	Anteil
Eintrittsart	0	0.0%
Einweisende Instanz	0	0.0%
Aufenthaltssort vor Eintritt	0	0.0%
Wechsel Aufenthaltsort (ambulant, stationär, Rehabilitation, Psychiatrie)	0	0.0%
Entscheid für Austritt	0	0.0%
Aufenthalt nach Austritt	0	0.0%
Behandlung nach Austritt	3	3.0%
Verweildauer	0	0.0%
Administrativer Urlaub	0	0.0%
Grund Wiedereintritt	0	0.0%
Neugeborenenendatensatz	1	11.1%
Aufnahmegewicht	0	0.0%

Auflistung der Beanstandungen:

Fall	Bemerkungen
30-2128411570	Behandlung nach Austritt in Pflegeheim
55-388295330	Behandlung nach Austritt angepasst
88-656175516	Behandlung nach Austritt ins Altersheim

2.2.3 Fallkombinationsfehler (Fallsplitt, Fallzusammenführung)

In der Stichprobe fanden sich insgesamt 6 Fallkonstellationen für die Möglichkeit einer Fallzusammenführung. Dabei wurde das Fallmanagement in allen Fällen korrekt gehandhabt.

In der Stichprobe befanden sich insgesamt 6 Fallkonstellationen für die Möglichkeit einer Fallzusammenführung. Dabei wurde das Fallmanagement in 6 Fällen korrekt gehandhabt. 0 Fälle wurden durch die Revision als nicht korrekt identifiziert.

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.

Abweichung Kostengewicht

Es wurden keine Fehler festgestellt.

2.2.4 Kongruenz der Rechnungsstellung

20 von 20 Rechnungen wurden von der Revisorin kontrolliert. Im Rahmen der Revision wurde in keinem Fall der Stichprobe eine Abweichung in der Rechnungslegung festgestellt.

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

Abweichung Kostengewicht

Der CMI der Spalkodierung ist 0.767690. Der fakturierte CMI ist 0.767690. Die Abweichung ist somit 0.0%.

2.3 Diagnosen und Behandlungen

2.3.1 Festgestellte Fehler

Auflistung der Beanstandungen:

Fall	Bemerkungen
2-2077793954	CHOP Code ergänzt
3-453340932	Nebendiagnose angepasst kein DRG Wechsel
5-1043062294	Nebendiagnosen gelöscht da nicht relevant für den Aufenthalt Nebendiagnose L40.5 wieder ergänzt besprochen mit Frau Dr. Soldati besprochen .
6-1249625998	Nebendiagnose geändert kein DRG Wechsel
7-193486478	Hauptbehandlung geändert ohne DRG Wechsel
9-471252671	CHOP Code gelöscht nicht richtiger Code
10-1907262070	Gespräch mit Frau Dr. Soldati HD wieder geändert nach Erklärung Grund
13-331806757	Wechsel HD
15-673121364	Hauptbehandlung präziser codiert
18-1252580346	Nebendiagnosen ergänzt spezifisch für Geburt und Wochenbett. z35.5 wenn späte Erstgebärende
20-498611266	Operation ergänzt, fehlend
21-1669820256	Nebendiagnose nicht relevant für den Aufenthalt
22-511982114	Netz ergänzt bei Leistenhernie
23-1559383893	HD geändert Die Kopfschmerzen sind eine Komplikation der PDA gibt spezifischen Code CHOP für Naht des Dammrisses
24-128747973	Delir wird nirgends beschrieben / mit Dr. Soldati besprochen und für richtig erklärt Streichung Nebendiagnose
30-2128411570	Netz ergänzt bei Hernie
37-963654899	keine Relevanz zum Aufenthalt ND
39-1603331699	HD spezifischer Code
42-781036501	Schwangerschaftsdauer angepasst und unnötigen CHOP Code entfernt
49-581556947	Keine Sepsis Kriterien beschrieben. Und für Polymyalgia Rheumatica gibt es spezifischen Code. Besprochen mit Dr. Soldati und für richtig erklärt Streichung Sepsis
57-2050565028	Infiltration in LWS ergänzt
61-2057359137	CHOP Code geändert Wechsel DJ Katheter
63-1894287651	Unnötige Codierung Diagnosen die nicht relevant für Aufenthalt ist
64-740789370	Brustschmerzen mit R07.2 codiert
65-777514098	HD Wechsel O80 nur codieren wenn kein anderes Problem vorliegt wie hier Dammriss Grad 1 wird dieser zur HD und O80 fällt weg
68-1069903646	Nebendiagnose ergänzt Pneumonie
69-584946553	HD geändert O80 nicht richtig Dammriss Grad 2 ergänzt und zur HD gemacht. Dann Patientin Träger Streptokokken B mit Antibiotika behandelt
71-353040865	Nebendiagnosen ergänzt keine DRG Änderung
73-1283485348	CHOP Code geändert
74-1563818424	Nebendiagnose geändert
83-1561481417	Nebendiagnose ergänzt
85-1245542468	Hautbehandlung geändert

2.3.2 Angaben zu den Kodierfehlern

Anzahl der Kodierfehler nach Fehlertyp

	richtig	falsch	fehlend	ungerechtfertigt	unnötig	total
Hauptdiagnose	94	2	0	4	0	100
Zusatz zur HD	14	0	2	0	0	16
Nebendiagnosen	283	3	15	10	6	317
Diagnosen total	391	5	17	14	6	433
Hauptbehandlung	86	3	0	2	0	91
Nebenbehandlungen	98	2	11	2	1	114
Behandlungen total	184	5	11	4	1	205

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	2	0	0	2
Zusatz zur HD	0	0	0	0	0	0	0
Nebendiagnosen	0	0	1	2	0	0	3
Diagnosen total	0	0	1	4	0	0	5
Hauptbehandlung	0	1	0	0	1	1	3
Nebenbehandlungen	0	0	0	0	2	0	2
Behandlungen total	0	1	0	0	3	1	5

Prozentsatz der Kodierfehler nach Fehlertyp

	richtig	falsch	fehlend	ungerechtfertigt	unnötig
Hauptdiagnose	94.0%	2.0%	0.0%	4.0%	0.0%
Zusatz zur HD	87.5%	0.0%	12.5%	0.0%	0.0%
Nebendiagnosen	89.3%	0.9%	4.7%	3.2%	1.9%
Diagnosen total	90.3%	1.2%	3.9%	3.2%	1.4%
Hauptbehandlung	94.5%	3.3%	0.0%	2.2%	0.0%
Nebenbehandlungen	86.0%	1.8%	9.6%	1.8%	0.9%
Behandlungen total	89.8%	2.4%	5.4%	2.0%	0.5%

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
Hauptdiagnose	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%
Zusatz zur HD	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Nebendiagnosen	0.0%	0.0%	33.3%	66.7%	0.0%	0.0%
Diagnosen total	0.0%	0.0%	20.0%	80.0%	0.0%	0.0%
Hauptbehandlung	0.0%	33.3%	0.0%	0.0%	33.3%	33.3%
Nebenbehandlungen	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
Behandlungen total	0.0%	20.0%	0.0%	0.0%	60.0%	20.0%

2.3.3 Zuweisung der Hauptdiagnose

Zuweisung	Anzahl	Prozent
Keine Änderung der Spalkodierung	91	91.0%
Kode durch richtigen Kode ersetzt ^{1*}	2	2.0%
Fehlenden Kode durch neuen ersetzt ^{2*}	2	2.0%
Durch bestehende Nebendiagnose zugeordnet ^{3*}	5	5.0%

Betroffene Fälle

1* 13-331806757, 39-1603331699

2* 64-740789370, 69-584946553

3* 14-1787649596, 23-1559383893, 49-581556947, 65-777514098, 68-1069903646

2.3.4 Zuweisung der Zusatzdiagnose

Zuweisung	Anzahl	Prozent
Keine Änderung der Spalkodierung	14	87.5%
Kode durch richtigen Kode ersetzt ^{1*}	0	0.0%
Fehlenden Kode durch neuen ersetzt ^{2*}	1	6.3%
Durch bestehende Nebendiagnose zugeordnet ^{3*}	1	6.3%

Betroffene Fälle

1*

2* 34-1534762617

3* 64-740789370

2.3.5 Zuweisung der Hauptbehandlung

Zuweisung	Anzahl	Prozent
Keine Änderung der Spalkodierung	84	92.3%
Kode durch richtigen Kode ersetzt ^{1*}	3	3.3%
Fehlenden Kode durch neuen ersetzt ^{2*}	3	3.3%
Durch bestehende Nebenbehandlung zugeordnet ^{3*}	1	1.1%

Betroffene Fälle

1* 15-673121364, 23-1559383893, 7-193486478

2* 61-2057359137, 73-1283485348, 85-1245542468

3* 9-471252671

2.3.6 Lateralität der Diagnosen und Prozeduren

Lateralität der Diagnosen

Urteil	Anzahl Urteile	Prozentualer Anteil
richtig	73	96.1%
falsch	0	0.0%
fehlend	2	2.6%
unnötig	1	1.3%
nicht beurteilbar	0	0.0%
Gesamt	76	100.0%

Lateralität der Prozeduren

Urteil	Anzahl Urteile	Prozentualer Anteil
richtig	38	88.4%
falsch	1	2.3%
fehlend	3	7.0%
unnötig	1	2.3%
nicht beurteilbar	0	0.0%
Gesamt	43	100.0%

2.3.7 Ambulante Behandlung auswärts

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

2.3.8 Vergleich Grundgesamtheit und Stichprobe

CMI

CMI der Stichprobe	0.767690
CMI der Grundgesamtheit	0.767684

Anzahl und Prozentsatz unspezifischer Codes an der Spalkodierung

	unspezifische Codes der Grundgesamtheit		unspezifische Codes der Stichprobe	
Diagnosen	1'758	14.1%	53	12.7%
Prozeduren	35	0.8%	2	1.0%

Anzahl Nebendiagnosen/Patient

Anzahl Nebendiagnosen/Patient (Stichprobe nach Revision)	2.98
Anzahl Nebendiagnosen/Patient (Grundgesamtheit)	3.15

Anzahl Behandlungen/Patient

Anzahl Behandlungen/Patient (Stichprobe nach Revision)	2.00
Anzahl Behandlungen/Patient (Grundgesamtheit)	1.59

Anzahl DRG Fallgruppen

Anzahl DRG Fallgruppen (Stichprobe nach Revision)	73
Anzahl DRG Fallgruppen (Grundgesamtheit)	364

Anzahl Zusatzentgelte und Prozentsatz Fälle mit Zusatzentgelt

Zusatzentgelte (Stichprobe vor Revision)	1	
Zusatzentgelte (Grundgesamtheit)	63	
Fälle mit Zusatzentgelt (Stichprobe vor Revision)	1	1.0%
Fälle mit Zusatzentgelt (Grundgesamtheit)	54	1.9%

Anzahl und Prozentsatz Fälle mit erfassten Beatmungen

Prozentsatz maschineller Beatmungen (Stichprobe vor Revision)	-	-
Prozentsatz maschineller Beatmungen (Grundgesamtheit)	-	-

Anzahl und Prozentsatz Fälle mit IPS-Behandlung

Fälle mit IPS Aufenthalt (Stichprobe vor Revision)	-	-
Fälle mit IPS Aufenthalt (Grundgesamtheit)	-	-

Anzahl und Prozentsatz Fälle mit ICMU-Behandlung

Fälle mit ICMU Aufenthalt (Stichprobe vor Revision)	-	-
Fälle mit ICMU Aufenthalt (Grundgesamtheit)	-	-

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 und IMCU

2.4.1 Basisdaten Intermediate Care Unit (IMCU)

Die Clinica Santa Chiara SA betreibt keine SGI-anerkannte Intermediate Care Unit.

2.4.2 Basisdaten Intensivmedizin

Die Clinica Santa Chiara SA betreibt keine SGI-anerkannte Intensivpflegestation.

Maschinelle Beatmung

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

Auflistung der Beanstandungen:

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

Nems

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

Auflistung der Beanstandungen:

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

Schweregrad

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

Auflistung der Beanstandungen:

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

2.5 Zusatzentgelte

In der Stichprobe waren keine Fälle vorhanden, in denen Zusatzentgelte generiert wurden.

Urteil	Anzahl Urteile	Prozentualer Anteil
richtig	1	100.0%
falsch	0	0.0%
fehlend	0	0.0%
Gesamt	1	100.0%

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.

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

Auflistung der Beanstandungen:

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

2.7 DRG-Wechsel

2.7.2 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%	1	1.00%	0	0.00%
Aufgrund Änderung Nebendiagnose	0	0.00%	2	2.00%	0	0.00%
Aufgrund Änderung Behandlung	0	0.00%	1	1.00%	0	0.00%
Aufgrund sonstiger Änderungen	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
Total	1	1.00%	4	4.00%	0	0.00%

2.7.3 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
2-2077793954	I27D	I20G	0.706	0.663	-0.0430	Änderung Behandlungen
24-128747973	E77C	E77E	1.138	0.823	-0.3150	Änderung Nebendiagnosen
49-581556947	T60F	L63E	1.009	0.507	-0.5020	Änderung Hauptdiagnose
64-740789370	I61B	F74Z	0.257	0.258	0.0010	Änderung Hauptdiagnose
68-1069903646	E74Z	E64D	0.385	0.338	-0.0470	Änderung Nebendiagnosen

Es wurde kein Fall dem BFS zur Beurteilung vorgelegt.

Legende zu DRG Wechsel:

DRG	Bezeichnung
E64D	Respiratorische Insuffizienz oder Lungenembolie, ein Belegungstag
E74Z	Interstitielle Lungenerkrankung
E77C	Andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit komplexer Diagnose oder äusserst schwere CC, Alter > 15 Jahre
E77E	Andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane, Alter > 0 Jahr, mit schweren CC
F74Z	Thoraxschmerz
I20G	Eingriffe am Fuss, mehr als ein Belegungstag, Alter > 15 Jahre
I27D	Eingriffe am Weichteilgewebe, Alter > 15 Jahre
I61B	Krankheiten und Störungen an Muskel-, Skelett- und Bindegewebe, Alter > 15 Jahre und ein Belegungstag
L63E	Infektionen der Harnorgane, Alter > 11 Jahre, mehr als ein Belegungstag
T60F	Sepsis, Alter > 9 Jahre, mehr als ein Belegungstag

2.8 Kostengewichte

2.8.2 Schätzung des CMI des Spitals vor und nach Revision

	Summe CW	Anzahl	CMI
Gesamtdatensatz vor der Revision	2235.4960	2'912	0.767684
CMI der Stichprobe vor der Revision	76.7690	100	0.767690
CMI der Stichprobe nach der Revision	75.8630	100	0.758630
Geschätzte Differenz des CMI des Spitals vor und nach Revision			-1.180164%
95%-Vertrauensintervall der Differenz des CMI des Spitals vor und nach Revision		Untere Grenze:	-0.050706
		Obere Grenze:	0.002890

Da die Vertrauensbereiche den Wert „0“ einschliessen, bedeutet dies, dass es keine statistisch signifikante Abweichung des CMI vor und nach Revision gibt.

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	0.059210
Geschätzte Standardabweichung der Kostengewichtsdifferenzen des Spitals vor und nach Revision, welche ungleich Null sind	0.218587
Geschätzter Anteil der Kostengewichtsdifferenzen, welche ungleich Null sind	5.000%.

2.9 Vergleich mit früheren Revisionen

Bewertung	Prozentuale Anteile 2017	Prozentuale Anteile 2018	Prozentuale Anteile 2019
Stichprobengrösse			100
Fehlende Krankengeschichten			0.0%
Richtige Hauptdiagnosen			91.0%
Richtige Diagnosen			90.3%
Falsche Diagnosen			1.2%
Fehlende Diagnosen			3.9%
Richtige Hauptbehandlungen			92.3%
Richtige Behandlungen			89.8%
Falsche Behandlungen			2.4%
Fehlende Behandlungen			5.4%
Richtige Basisdaten Intensivmedizin			-
Richtige Zusatzentgelte			0.0%
Richtige Medikamente und Substanzen			-
Beanstandungen Fallmanagement			0.0%
Beanstandungen Rechnungslegung			0.0%
Anzahl DRG Wechsel			5
DRG Wechsel			5.000%
CMI Abweichung			-1.2%

3 Empfehlungen

3.1 Empfehlungen für die Verbesserung der Kodierung im Spital

Die Kodierqualität kann trotz gutem Ergebnis weiterhin verbessert werden. Wie jedes Jahr wird erwähnt dass bei den Behandlungen nicht zwingend etwas codiert werden muss vor allem nicht aus Kapitel 16.

3.2 Empfehlungen für die Weiterentwicklung von SwissDRG

Es gibt von Seiten der Revisorin keine Empfehlung an SwissDRG.

3.3 Weitere Hinweise des Revisors

Keine.

4 Anmerkungen Geschäftsleitung

Im Jahr 2019 wurde die Kodierung seitens der Leitung der Kodierung wegen zeitlichen Problemen nicht wahrgenommen und der Notwendigkeit, die nach Pensionierung von einer Kollegin verbleibende Kodiererin praktisch 100% nachzukontrollieren nicht genügend respektiert. Dies wird ab 2020 korrigiert.

Dr. Daniela Soldati
Direzione
Clinica Santa Chiara
Via Franscini 4
CH-6600 Locarno



Anhang 1: Nachweise

Verpflichtungserklärung

1. Der Revisor verpflichtet sich, die Kodierrevision auf der Grundlage des Reglements für die Durchführung der Kodierrevision unter SwissDRG, Version 8.0 vom 14.06.2019 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 Geburtshaus. Er bestätigt insbesondere, dass er während der Revisionsperiode und während der Dauer der Revision nicht als Kodierer im revidierten Geburtshaus tätig war und auch in keinem anderen Anstellungs- oder Mandatsverhältnis oder in anderweitig finanziellen Abhängigkeiten mit dem revidierten Geburtshaus steht. Allfällige Abhängigkeiten von einem Kostenträger sind im Revisionsbericht vollständig offengelegt.

Vollständigkeitserklärung in der Clinica Santa Chiara SA bezüglich Datenlieferung für Kodierrevision der Daten 2019

Wir bestätigen, dass den Revisoren für die Stichprobenziehung alle in der Clinica Santa Chiara SA nach SwissDRG fakturierten Fälle mit Austritt zwischen 1. Januar und 31. Dezember 2019 übermittelt wurden.

Locarno, 7.7.2019

Dr. Daniela Soldati
Direzione
Clinica Santa Chiara
Via Franscini 4
CH-6600 Locarno



Clinica Santa Chiara SA, 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)	2'820	72	3	5	12	0	2'912
Psychiatrie							
Rehabilitation							
Wartepatienten und andere nicht mit swissDRG abgerechnete Fälle	3	0	0	0	7	0	10
Total	2'823	72	3	5	19	0	2'922

SwissDRG-Fälle

Nach Herkunftskanton und Versicherungsart

	KV	UV	MV	IV	SZ	Andere	Total
TI	2'662	53	3	5	3	0	2'726
AG	6	2	0	0	0	0	8
BE	2	0	0	0	0	0	2
BL	4	0	0	0	0	0	4
BS	1	0	0	0	0	0	1
FR	3	0	0	0	0	0	3
GR	77	4	0	0	0	0	81
JU	1	0	0	0	0	0	1
LU	3	1	0	0	0	0	4
SG	3	0	0	0	0	0	3
SO	3	0	0	0	0	0	3
SZ	3	1	0	0	0	0	4
TG	5	1	0	0	0	0	6
UR	1	0	0	0	0	0	1
VS	1	0	0	0	0	0	1
ZG	2	0	0	0	0	0	2
ZH	13	1	0	0	0	0	14
Sonstige	30	9	0	0	9	0	48
Total	2'820	72	3	5	12	0	2'912

Anzahl und Prozentsatz nach Ausreisserkategorie und Versicherungsart

	Normalfälle				Untere Ausreisser		Obere Ausreisser		Unbewertete DRG		Total
	Ohne Abschlag		Mit Abschlag								
KV	2'507	88.9%	72	2.6%	108	3.8%	133	4.7%	0	0.0%	2'820
UV	66	91.7%	2	2.8%	3	4.2%	1	1.4%	0	0.0%	72
MV	3	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	3
IV	5	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	5
SZ	9	75.0%	0	0.0%	2	16.7%	1	8.3%	0	0.0%	12
Andere	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0
Total	2'590	88.9%	74	2.5%	113	3.9%	135	4.6%	0	0.0%	2'912

Anzahl und Prozentsatz nach Ausreisserkategorie und Herkunftskanton

	Normalfälle				Untere Ausreisser		Obere Ausreisser		Unbewertete DRG		Total
	Ohne Abschlag		Mit Abschlag								
TI	2'433	89.3%	68	2.5%	98	3.6%	127	4.7%	0	0.0%	2'726
AG	7	87.5%	0	0.0%	1	12.5%	0	0.0%	0	0.0%	8
BE	2	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2
BL	4	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	4
BS	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1
FR	3	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	3
GR	70	86.4%	2	2.5%	3	3.7%	6	7.4%	0	0.0%	81
JU	0	0.0%	0	0.0%	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	1
LU	3	75.0%	1	25.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	4
SG	3	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	3
SO	2	66.7%	0	0.0%	1	33.3%	0	0.0%	0	0.0%	3
SZ	4	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	4
TG	4	66.7%	0	0.0%	2	33.3%	0	0.0%	0	0.0%	6
UR	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
ZG	1	50.0%	0	0.0%	1	50.0%	0	0.0%	0	0.0%	2
ZH	12	85.7%	0	0.0%	2	14.3%	0	0.0%	0	0.0%	14
Sonstige	39	81.3%	3	6.3%	4	8.3%	2	4.2%	0	0.0%	48
Total	2'590	88.9%	74	2.5%	113	3.9%	135	4.6%	0	0.0%	2'912

CMI

Nach Ausreisserkategorie und Versicherungsart

	Normalfälle		Untere Ausreisser	Obere Ausreisser	Total
	Ohne Abschlag	Mit Abschlag			
KV	0.771696	0.482403	0.399306	1.138812	0.767362
UV	0.796788	0.465000	0.600333	0.880000	0.780542
MV	0.651333	-	-	-	0.651333
IV	1.197000	-	-	-	1.197000
SZ	0.675889	-	0.259000	0.796000	0.616417
Andere	-	-	-	-	-
Total	0.772684	0.481932	0.402159	1.134356	0.767684

Nach Ausreisserkategorie und Herkunftskanton

	Normalfälle		Untere Ausreisser	Obere Ausreisser	Total
	Ohne Abschlag	Mit Abschlag			
TI	0.772466	0.481059	0.409418	1.128937	0.768752
AG	0.668714	-	0.331000	-	0.626500
BE	2.031000	-	-	-	2.031000
BL	0.487750	-	-	-	0.487750
BS	0.299000	-	-	-	0.299000
FR	0.500667	-	-	-	0.500667
GR	0.810786	0.733000	0.690000	1.220000	0.834704
JU	-	-	0.248000	-	0.248000
LU	0.772333	0.284000	-	-	0.650250
SG	0.504667	-	-	-	0.504667
SO	0.532500	-	0.248000	-	0.437667
SZ	0.647500	-	-	-	0.647500
TG	0.737750	-	0.250000	-	0.575167
UR	2.063000	-	-	-	2.063000
VS	0.692000	-	-	-	0.692000
ZG	0.629000	-	0.236000	-	0.432500
ZH	0.603333	-	0.253000	-	0.553286
Sonstige	0.808487	0.400333	0.295500	1.221500	0.757438
Total	0.772684	0.481932	0.402159	1.134356	0.767684

Anzahl Zusatzentgelte

Zusatz-entgelt	Bezeichnung	Betrag	KV	UV	MV	IV	SZ	An-dere	To-tal
ZE-2019-01.01	Hämodialyse, Hämofiltration, Hämodiafiltration, intermittierend, Alter > 11 Jahre	7'014.30	15	0	0	0	0	0	15
ZE-2019-07.03	Pemetrexed, intravenös, 800 mg bis unter 900 mg	1'202.72	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2019-11.03	Bevacizumab, intravenös, 350 mg bis unter 450 mg	3'139.98	2	0	0	0	0	0	2
ZE-2019-51.04	Bortezomib, intravenös / subkutan, 3.5 mg bis unter 4.5 mg	3'668.34	2	0	0	0	0	0	2
ZE-2019-51.05	Bortezomib, intravenös / subkutan, 4.5 mg bis unter 5.5 mg	2'292.71	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2019-52.04	Immunglobuline, normal human, zur intravasalen Anwendung, intravenös, 15 g bis unter 25 g	970.27	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2019-62.05	Rituximab, intravenös, 550 mg bis unter 650 mg	2'034.70	1	0	0	0	0	0	1
ZE-2019-73.20	Pflege-Komplexbehandlung, 31 bis 50 Aufwandspunkte, Alter > 15 Jahre	49'076.70	29	0	0	0	0	0	29
ZE-2019-73.21	Pflege-Komplexbehandlung, 51 und mehr Aufwandspunkte, Alter > 15 Jahre	27'922.95	11	0	0	0	0	0	11
	Total	97'322.67	63	0	0	0	0	0	63

Anzahl und Prozentsatz der Fälle, welche in die Basis-DRGs 901, 902, 960, 961, 962 und 963 gruppiert wurden

DRG	Anzahl	Prozentsatz
901 Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose	2	0.07%
902 Nicht ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose	4	0.14%
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: 347

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

Anzahl Langlieger in der Grundgesamtheit	2
Prozentsatz der Langlieger ohne Nebendiagnose und ohne Prozedur und mit PCCL ≤ 2 in der Grundgesamtheit	4

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

Anzahl Fälle mit über 5 Tagen Aufenthaltsdauer in der Grundgesamtheit	2
Prozentsatz der Fälle mit über 5 Tagen Aufenthaltsdauer und mit R-Hauptdiagnosekode in der Grundgesamtheit	4

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