

Anhang 2 zum Reglement für die Durchführung der Kodierrevision unter TARPSY

Musterrevisionsbericht¹

im Spital X

Version 2.0

Stand: 12.03.2018

¹ Konkretisierung des statistischen Teils und der Beurteilungskriterien

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung.....	4
Revisionsergebnisse im Überblick.....	4
Kennzahlenvergleich Grundgesamtheit und Stichprobe	4
1. Durchführung der Revision	5
1.1 Berichtsperiode	5
1.2 Gültige Version	5
1.3 Berechnung und Ziehung der Stichprobe.....	5
1.4 Beschreibung der zeitlichen Abfolge der Revision	5
1.5 Qualifikation des Revisors	5
1.6 Unabhängigkeit des Revisors	5
1.7 Bemerkungen	5
2. Feststellungen	6
2.1 Generelle Feststellungen.....	6
2.2 Administrative Grundlagen	6
2.2.1 Patientendossiers.....	6
2.2.2 Administrative Falldaten	6
2.2.3 Fallkombinationsfehler (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 Anzahl der Kodierfehler nach Fehlertyp	7
2.3.3 Anzahl der falsch kodierten Codes mit Stellenangabe	8
2.3.4 Prozentsatz der Kodierfehler nach Fehlertyp.....	8
2.3.5 Prozentsatz der falsch kodierten Codes mit Stellenangabe	8
2.3.6 Anzahl und Prozentsatz unspezifischer Codes an der Spalkodierung	9
2.3.7 Zuweisung der Hauptdiagnose.....	9
2.3.8 Zuweisung der Zusatzdiagnose	9
2.3.9 Zuweisung des HoNOS	9
2.3.10 Zuweisung HoNOSCA	9
2.3.11 Ambulante nicht-psychiatrische Behandlung auswärts	10
2.4 Medikamente und Substanzen	10
2.5 PCG-Wechsel	10
2.5.1 Anzahl und Prozentsatz der PCG-Änderungen.....	10
2.5.2 Differenz mit / ohne Vorlage an das BfS	11
2.6 Kostengewichte	11

2.6.1 Schätzung des DMI des Spitals vor und nach Revision	11
2.6.2 Geschätzte Standardabweichung der Kostengewichtsdifferenzen und des Anteils der Kostengewichtsdifferenzen, welche ungleich Null sind.....	11
2.7 Vergleich Grundgesamtheit und Stichprobe	11
2.7.1 Anzahl Nebendiagnosen pro Patient.....	11
2.7.2 Anzahl PCG-Fallgruppen.....	11
2.7.3 Prozentsatz Fälle mit HoNOS bzw. HoNOSCA	12
2.7.4 Prozentsatz Fälle mit Zusatzentgelt	12
2.8 Zusatzentgelte	12
2.9 Vergleich mit früheren Revisionen.....	12
3. Empfehlungen	13
3.1 Empfehlungen für die Verbesserung der Kodierung im Spital.....	13
3.2 Empfehlungen für die Weiterentwicklung von TARPSY	13
3.3 Weitere Hinweise des Revisors	13
4. Anmerkungen Spitaldirektion	14
Anhang 1: Nachweise	15
Verpflichtungserklärung und Unabhängigkeitsbestätigung des Revisors bezüglich Kodierrevision der Daten 20XX im Spital X.....	15
Vollständigkeitserklärung des Spitals X bezüglich Datenlieferung für Kodierrevision der Daten 20XX	16
Anhang 2: Leistungsübersicht des Spitals in der Berichtsperiode.....	17
Leistungsübersicht des Spitals in der Berichtsperiode.....	17
TARPSY-Fälle nach Herkunftskanton und Versicherungsart	17
Anzahl Zusatzentgelte	17

Zusammenfassung

Revisionsergebnisse im Überblick

Stichprobengrösse	Anzahl	
DMI des Spitals vor Revision		
Geschätzter DMI des Spitals nach Revision		
Statistische Signifikanz der Abweichung des DMI vor und nach Revision	ja/nein	
Geschätzte Differenz des DMI des Spitals vor und nach Revision	abs. Wert	%
Revidierte Fälle mit PCG-Wechsel	Anzahl	%
Richtige Hauptdiagnosen ²	Anzahl	%
Richtiger Zusatz zur Hauptdiagnose ²	Anzahl	%
Richtiger HoNOS ³	Anzahl	%
Richtiger HoNOSCA ³	Anzahl	%
Richtige Nebendiagnosen ³	Anzahl	%
Richtige Zusatzentgelte ⁴	Anzahl	%
Beanstandete Fallzusammenführungen	Anzahl	%
Beanstandete Kongruenz der Rechnungstellung	Anzahl	%
Anteil fehlender Dokumente		%

Kennzahlenvergleich Grundgesamtheit und Stichprobe

	Grundgesamtheit	Stichprobe
Anzahl Fälle mit Zusatzentgelt	%	%
DMI		

² Bei den richtigen Hauptdiagnosen und Zusätzen zur Hauptdiagnose, 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.).

³ Mindestens eine Variante muss zur Erfassung der Symptomschwere vom Spital angewendet werden.

⁴ Angabe je Fall.

1. Durchführung der Revision

1.1 Berichtsperiode

1.2 Gültige Version

PCG-Katalog mit Kostengewichten, Abrechnungsregeln ("Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter TARPSY" sowie "Klarstellungen und Fallbeispiele zu den Anwendungsregeln"), Kodierungshandbuch, Klassifikationen (CHOP und ICD-10-GM); Fehlertypologie.

1.3 Berechnung und Ziehung der Stichprobe

Vollständige Beschreibung des Verfahrens zur Bestimmung der Stichprobengröße und der Methode der Stichprobenziehung sowie der verwendeten Berechnungsverfahren.

1.4 Beschreibung der zeitlichen Abfolge der Revision

Zeitpunkt der Zusendung der Stichprobe, Zeitpunkt des Fallgesprächs. Dauer der reinen Kodierrevision (ohne Berichtverfassung, Fallgespräch und anderen administrativen Aufwänden). Angabe des Durchführungsorts der Revision.

1.5 Qualifikation des Revisors

1.6 Unabhängigkeit des Revisors

Offenlegung allfälliger Abhängigkeiten von einem Kostenträger. Verweis auf Anhang 1.

1.7 Bemerkungen

2. Feststellungen

2.1 Generelle Feststellungen

2.2 Administrative Grundlagen

2.2.1 Patientendossiers

2.2.1.1 Anteil fehlender Dokumente

2.2.1.2 Qualität der Dokumente

Beurteilungskriterien: Übersichtlichkeit, zeitliche Abfolge, Vollständigkeit/Fehlen von Einzeldokumenten, die für die Kodierrevision von Relevanz sind.

2.2.2 Administrative Falldaten

Fehler bei:	Anzahl	Prozentsatz
Eintrittsart		
Einweisende Instanz		
Aufenthaltsort vor Eintritt		
Wechsel Aufenthaltsart (ambulant, stationär, Rehabilitation, Akutsomatik)		
Entscheid für Austritt		
Aufenthalt nach Austritt		
Behandlung nach Austritt		
Verweildauer		
Administrativer Urlaub (exkl. Belastungserprobung)		
Grund Wiedereintritt		
Fürsorgerische Unterbringung		

2.2.3 Fallkombinationsfehler (Fallsplitt, Fallzusammenführung)

2.2.3.1 Festgestellte Fehler

Fehlertyp	PCG	Kostengewicht des Spital	Kostengewicht des Revisors	Kostengewichtsdifferenz

2.2.3.2 Abweichung Kostengewicht

Die Revision der Rechnungsstellung erfolgt auf der Grundlage der "Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter TARPSY" in der jeweils gültigen Version.

2.2.4 Kongruenz der Rechnungsstellung

Festgestellte Fehler:

	PCG	Kostengewicht	Zusatzentgelte
falsch			
noch keine Rechnung vorhanden			
sonstige			
fehlend			

Stornofälle, welche vor Revisionsbeginn gemeldet wurden, sind hier einzeln aufzuführen.

2.3 Diagnosen und Behandlungen

2.3.1. Festgestellte Fehler

Einhaltung Kodierungshandbuch, Aufzeigen der PCG-Relevanz der festgestellten Fehler, usw..

2.3.2 Anzahl der Kodierfehler nach Fehlertyp

	richtig	falsch	fehlend	ungerechtfertigt	unnötig	total
Hauptdiagnose						
Zusatz zur HD						
Nebendiagnosen						
HoNOS						
HoNOSCA						

	richtig	falsch	fehlend	ungerechtfertigt	unnötig	total
Diagnosen total						

2.3.3 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							
Zusatz zur HD							
Nebendiagnosen							
HoNOS							
HoNOSCA							
Diagnosen total							

2.3.4 Prozentsatz der Kodierfehler nach Fehlertyp

	richtig	falsch	fehlend	ungerechtfertigt	unnötig
Hauptdiagnose					
Zusatz zur HD					
Nebendiagnosen					
HoNOS					
HoNOSCA					
Diagnosen total					

2.3.5 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							
Zusatz zur HD							
Nebendiagnosen							
HoNOS							
HoNOSCA							
Diagnosen total							

2.3.6 Anzahl und Prozentsatz unspezifischer Codes an der Spitalkodierung

	Anzahl unspezifischer Codes ⁵	Prozentsatz unspezifischer Codes
Diagnosen		

2.3.7 Zuweisung der Hauptdiagnose

	Anzahl	Prozent
Keine Änderung der Spitalkodierung		
Kode durch richtigen Code ersetzt		
Fehlenden Code durch neuen ersetzt		
Durch bestehende Nebendiagnose zugeordnet		

2.3.8 Zuweisung der Zusatzdiagnose

	Anzahl	Prozent
Keine Änderung der Spitalkodierung		
Kode durch richtigen Code ersetzt		
Fehlenden Code durch neuen ersetzt		
Durch bestehende Nebendiagnose zugeordnet		

2.3.9 Zuweisung des HoNOS

	Anzahl	Prozent
Keine Änderung der Spitalkodierung		
Kode durch richtigen Code ersetzt		
Fehlenden Code durch neuen ersetzt		

2.3.10 Zuweisung HoNOSCA

	Anzahl	Prozent
Keine Änderung der Spitalkodierung		
Kode durch richtigen Code ersetzt		

⁵ Als unspezifische Codes gelten alle ICD-10-Kodes, welche die Bezeichnung „nicht näher bezeichnet“ (n.n.bez.) enthalten. Eine Ausnahme bilden die ICD Codes V01!-Y84!

	Anzahl	Prozent
Fehlenden Kode durch neuen ersetzt		

2.3.11 Ambulante nicht-psychiatrische Behandlung auswärts

	Anzahl	Prozent
richtig erfasst		
falsch erfasst		
nicht erfasst		

2.4 Medikamente und Substanzen

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

	Anzahl	Prozent
richtig erfasst		
falsch erfasst		
nicht erfasst		

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

2.5 PCG-Wechsel

2.5.1 Anzahl und Prozentsatz der PCG-Änderungen

	Höheres Kostengewicht nach Revision		Tieferes Kostengewicht nach Revision		Kein Einfluss auf Kostengewicht	
		%		%		%
Aufgrund Änderung Hauptdiagnose		%		%		%
Aufgrund Änderung Nebendiagnose		%		%		%
Aufgrund Änderung des HoNOS		%		%		%
Aufgrund Änderung des HoNOSCA		%		%		%
Aufgrund sonstiger Änderungen		%		%		%
Total		%		%		%

2.5.2 Differenz mit / ohne Vorlage an das BfS

Differenzen	Vorlage an das BfS Ja/Nein	Anmerkungen

2.6 Kostengewichte

2.6.1 Schätzung des DMI des Spitals vor und nach Revision

Angabe folgender Werte:

1. DMI des Spitals vor Revision;
2. Geschätzter DMI des Spitals nach Revision;
2. Geschätzte Differenz des DMI des Spitals vor und nach Revision;
4. xy%-Vertrauensintervall der Differenz des DMI des Spitals vor und nach Revision.

2.6.2 Geschätzte Standardabweichung der Kostengewichtsdifferenzen und des Anteils der Kostengewichtsdifferenzen, welche ungleich Null sind

Angabe folgender Werte:

1. Geschätzte Standardabweichung der Kostengewichtsdifferenzen des Spitals vor und nach Revision;
2. Geschätzter Anteil der Kostengewichtsdifferenzen, welche ungleich Null sind.

2.7 Vergleich Grundgesamtheit und Stichprobe

2.7.1 Anzahl Nebendiagnosen pro Patient

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

2.7.2 Anzahl PCG-Fallgruppen

Anzahl PCG-Fallgruppe/Patient (Stichprobe)	
Anzahl PCG-Fallgruppe/Patient (Grundgesamtheit)	

2.7.3 Prozentsatz Fälle mit HoNOS bzw. HoNOSCA

Prozentsatz Fälle mit HoNOS (Stichprobe)	
Prozentsatz Fälle mit HoNOS (Grundgesamtheit)	
Prozentsatz Fälle mit HoNOSCA (Stichprobe)	
Prozentsatz Fälle mit HoNOSCA (Grundgesamtheit)	

2.7.4 Prozentsatz Fälle mit Zusatzentgelt

Prozentsatz Anzahl Fälle mit Zusatzentgelten (Stichprobe)	%
Prozentsatz Anzahl Fälle mit Zusatzentgelten (Grundgesamtheit)	%

2.8 Zusatzentgelte

	Anzahl	Prozentsatz
richtig erfasst		%
falsch erfasst		%
nicht erfasst		%

2.9 Vergleich mit früheren Revisionen

Dieser Punkt ist ab der Revision Daten 2019 verpflichtend.

3. Empfehlungen

3.1 Empfehlungen für die Verbesserung der Kodierung im Spital

Die Empfehlungen für die Verbesserung der Kodierung sollten ausführlich sein und sich an den festgestellten Fehlern orientieren.

3.2 Empfehlungen für die Weiterentwicklung von TARPSY

Vorschläge für Änderungen an der Klassifikation (ICD und CHOP für die Kodierung von HoNOS/CA), an den Kodierungsrichtlinien oder am Grouperalgorithmus.

3.3 Weitere Hinweise des Revisors

4. Anmerkungen Spitaldirektion

.....

Ort und Datum

.....

Spital X, der Direktor

Anhang 1: Nachweise

Verpflichtungserklärung und Unabhängigkeitsbestätigung des Revisors bezüglich Kodierrevision der Daten 20XX im Spital X

1. Der Revisor verpflichtet sich, die Kodierrevision auf der Grundlage des Reglements für die Durchführung der Kodierrevision unter TARPSY, Version 1.0 vom XX.XX.2016 (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. Weiterhin bestätigt er, dass weder er selbst noch die Revisionsfirma 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.

.....

Ort und Datum

.....

Kodierrevisor

Vollständigkeitserklärung des Spitals X bezüglich Datenlieferung für Kodierrevision der Daten 20XX

Wir bestätigen, dass dem Revisor für die Stichprobenziehung alle im Spital X nach TARPSY fakturierten Fälle mit Austritt zwischen 1. Januar 20XX und 31. Dezember 20XX übermittelt wurden.

.....

Ort und Datum

.....

Spital X, der Direktor

Anhang 2: Leistungsübersicht des Spitals in der Berichtsperiode

Leistungsübersicht des Spitals in der Berichtsperiode

Anzahl der stationär behandelten Fälle gesamte Institution

	KV	UV	MV	IV	Total
Erwachsenen-Psychiatrie					
Kinder- und Jugendpsychiatrie					
Wartepatienten ⁶					
Akutsomatik					
Rehabilitation					

TARPSY-Fälle nach Herkunftskanton und Versicherungsart

	KV	UV	MV	IV
Innerkantonal				
Kanton A				
Kanton B				
Kanton C				
....				

Anzahl Zusatzentgelte

Zusatz- entgelt	Bezeichnung	Betrag								Total
			KV	UV	MV	IV	Selbstzahler	Andere	Unbek.	
Total Zusatzentgelte Version 7.0										

⁶ Wartepatienten = Pflegepatient in der Psychiatrie gemäss "Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter TARPSY"