

Version 11.0 / 20.06.2022

**Anhang 2 zum Reglement für die Durchführung der Kodierrevision unter
SwissDRG**

Musterrevisionsbericht¹

im Spital X

Version 11.0
Revision der Daten 2022
Gültig ab 01.01.2023

¹ Konkretisierung des statistischen Teils und der Beurteilungskriterien

Präambel

Um eine Einheitlichkeit der Resultate zu erreichen, welche eine schweizweite Vergleichbarkeit ermöglicht, müssen bei der Erstellung des Musterrevisionsberichts folgende Punkte beachtet werden:

1. Der Musterrevisionsbericht ist ein bindendes Dokument und vollständig auszufüllen. Er gilt als Standardrevisionsbericht.
2. Die Reihenfolge der Kapitel muss dem Musterrevisionsbericht entsprechen.
3. Alle Anhänge sind dem Bericht beizulegen.
4. Sollte ein Kapitel des Musterrevisionsberichtes aufgrund der spitalindividuellen Struktur nicht zutreffen, muss dieses Kapitel beibehalten werden mit einer Begründung der Revisionsfirma zu den fehlenden Angaben.
5. Sämtliche Spalten- und Zeilenbezeichnungen sind unverändert beizubehalten.
6. Stellt die Revisionsfirma dem Spital zusätzliche Informationen oder Auswertungen zur Verfügung, können diese ohne Änderungen der Grundstruktur ergänzt werden.

Der Musterrevisionsbericht kennt drei Typen von Resultaten:

- Auf die Grundgesamtheit bezogene Resultate (grün hinterlegt): statistische Angaben zur Grundgesamtheit (vollständiger Datensatz des Spitals).
- Auf die Stichprobe bezogene Resultate (blau hinterlegt): statistische Angaben zur Stichprobe. Wurden die Fälle nicht mit gleicher Wahrscheinlichkeit in die Stichprobe aufgenommen, so werden die Angaben als ungewichtete Summen und Mittelwerte aufgeführt, das heisst unverändert, gemäss tatsächlicher Stichprobe.
- Schätzungen (rot hinterlegt): unverzerrte Schätzungen von Parametern der Grundgesamtheit. Entspricht die Verteilung der Fälle in der Stichprobe nach Kostengewicht nicht der Verteilung der Grundgesamtheit, so sind die Schätzergebnisse zu korrigieren und gewichtet anzugeben, damit sie Aussagen über die Grundgesamtheit erlauben.

Die farbliche Unterscheidung erfolgt im Musterrevisionsbericht zu Illustrationszwecken. In den eigentlichen Revisionsberichten muss keine farbliche Unterscheidung vorgenommen werden.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	5
<i>Revisionsergebnisse im Überblick</i>	5
<i>Kennzahlenvergleich Grundgesamtheit und Stichprobe</i>	5
1 Durchführung der Revision.....	6
1.1 <i>Berichtsperiode</i>	6
1.2 <i>Gültige Versionen</i>	6
1.3 <i>Berechnung und Ziehung der Stichprobe</i>	6
1.4 <i>Beschreibung der zeitlichen Abfolge der Revision</i>	6
1.5 <i>Qualifikation des Revisors</i>	6
1.6 <i>Unabhängigkeit des Revisors</i>	6
1.7 <i>Bemerkungen</i>	6
2 Feststellungen.....	7
2.1 <i>Generelle Feststellungen</i>	7
2.2 <i>Administrative Grundlagen</i>	7
2.2.1 <i>Patientenakten</i>	7
2.2.2 <i>Administrative Falldaten</i>	7
2.2.3 <i>Fallkombinationsfehler (Fallsplitt, Fallzusammenführung)</i>	7
2.2.4 <i>Kongruenz der Rechnungsstellung</i>	8
2.3 <i>Diagnosen und Behandlungen</i>	8
2.3.1 <i>Festgestellte Fehler</i>	8
2.3.2 <i>Angaben zu den Kodierfehlern</i>	8
2.3.3 <i>Zuweisung der Hauptdiagnose</i>	9
2.3.4 <i>Zuweisung der Zusatzdiagnose zur Hauptdiagnose</i>	10
2.3.5 <i>Zuweisung der Hauptbehandlung</i>	10
2.3.6 <i>Zuweisung Nebenbehandlung</i>	10
2.3.7 <i>Lateralität der Diagnosen und Prozeduren</i>	10
2.3.8 <i>Externe ambulante Leistungen</i>	11
2.3.9 <i>Vergleich Grundgesamtheit und Stichprobe</i>	11
2.4 <i>Intensivmedizin (IMCU und IPS)</i>	12
2.4.1 <i>Basisdaten IMCU</i>	12
2.4.2 <i>Basisdaten IPS</i>	13
2.5 <i>Zusatzentgelte exkl. Medikamente (Substanzen)</i>	13
2.6 <i>Medikamente (Substanzen)</i>	14

2.7	Kostengewichtswechsel.....	14
2.7.1	<i>Anzahl und Prozentsatz der Fälle mit Kostengewichtswechsel</i>	<i>14</i>
2.7.2	<i>Differenzen mit/ohne Vorlage an das BfS</i>	<i>14</i>
2.8	Kostengewichte	15
2.8.1	<i>CMI des Spitals vor und nach Revision</i>	<i>15</i>
2.8.2	<i>Kostengewichtsdifferenzen.....</i>	<i>15</i>
2.9	Vergleich mit früheren Revisionen.....	15
3	Empfehlungen	16
3.1	<i>Empfehlungen für die Verbesserung der Kodierung im Spital</i>	<i>16</i>
3.2	<i>Empfehlungen für die Weiterentwicklung von SwissDRG</i>	<i>16</i>
3.3	<i>Weitere Hinweise des Revisors</i>	<i>16</i>
4	Anmerkungen Spitaldirektion	17
Anhang 1: Nachweise		18
Anhang 2: Leistungsübersicht des Spitals		20
<i>Anzahl der stationär behandelten Fälle gesamte Institution.....</i>		<i>20</i>
<i>SwissDRG-Fälle</i>		<i>20</i>
<i>CMI</i>		<i>21</i>
<i>Anzahl Zusatzentgelte</i>		<i>22</i>
<i>Anzahl und Prozentsatz der Fälle, welche in die Basis-DRGs 901, 902, 960, 961, 962 und 963 gruppiert wurden</i>		<i>22</i>
<i>Prozentsatz der Langlieger ohne Nebendiagnose und Prozedur</i>		<i>22</i>
<i>Prozentsatz der Fälle mit über 5 Tage Aufenthaltsdauer und mit R-Hauptdiagnosekode.....</i>		<i>22</i>

Zusammenfassung

Revisionsergebnisse im Überblick

Kapitel	Messgrösse	Ergebnis	
2.3.8	Stichprobengrösse	Anzahl	
2.8.1	CMI des Spitals vor Revision (Grundgesamtheit)		
2.8.1	Geschätzter CMI des Spitals nach Revision (Stichprobe)		
2.8.1	Statistische Signifikanz der Abweichung des CMI vor und nach Revision	ja/nein	
2.8.1	Geschätzte Differenz des CMI des Spitals vor und nach Revision	abs. Wert	%
2.7.1	Revidierte Fälle mit Kostengewichtswechsel	Anzahl	%
2.3.2	Richtige Hauptdiagnosen ²	Anzahl	%
2.3.2	Richtiger Zusatz zur Hauptdiagnose ³	Anzahl	%
2.3.2	Richtige Nebendiagnosen	Anzahl	%
2.3.2	Richtige Hauptbehandlungen ³	Anzahl	%
2.3.2	Richtige Nebenbehandlungen	Anzahl	%

Prozentuale Angaben in der obenstehenden Tabelle sind unverzerrte Schätzungen von Parametern der Grundgesamtheit nach Revision [Hinweis angeben im Revisionsbericht].

2.4.1	Revidierte Fälle mit richtigem Basisdatensatz IMCU	Anzahl	%
2.4.2	Revidierte Fälle mit richtigen Basisdaten IPS	Anzahl	%
2.5	Richtige Zusatzentgelte exkl. Medikamente (Substanzen)	Anzahl	%
2.6	Richtige Medikamente (Substanzen)	Anzahl	%
2.2.3	Beanstandete Fallkombinationen	Anzahl	%
2.2.1	Fehlende Patientenakten	Anzahl	%
2.3.7	Richtig erfasste externe ambulante Leistungen	Anzahl	%

Kennzahlenvergleich Grundgesamtheit und Stichprobe³

Messgrösse	Grundgesamtheit		Stichprobe	
Fälle mit Zusatzentgelt	Anzahl	%	Anzahl	%
Fälle mit erfassten Beatmungen	Anzahl	%	Anzahl	%
Fälle mit IPS-Aufenthalt	Anzahl	%	Anzahl	%
Fälle mit IMCU-Aufenthalt	Anzahl	%	Anzahl	%
Fälle mit externen ambulanten Leistungen	Anzahl	%	Anzahl	%
CMI				
Zusatzentgelte	Anzahl		Anzahl	

² 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).

³ Die Angaben beziehen sich jeweils auf die Daten vor Revision (z.B. CMI: es werden die effektiven Kostengewichte vor Revision betrachtet).

1 Durchführung der Revision

1.1 Berichtsperiode

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

Vollständige Beschreibung der Methode der Stichprobenziehung und des Verfahrens zur Bestimmung der Stichprobengrösse sowie der verwendeten Berechnungsverfahren. Insbesondere ist auszuweisen, ob die Stichprobenziehung mit Gewichtung und/oder Schichtung erfolgte.

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 Patientenakten

2.2.1.1 Anzahl und Prozentsatz fehlender Patientenakten

2.2.1.2 Qualität der Aktenführung

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		%
Aufenthaltort vor Eintritt		%
Wechsel Aufenthaltsart (ambulant, stationär, Rehabilitation, Psychiatrie)		%
Entscheidung für Austritt		%
Aufenthalt nach Austritt		%
Behandlung nach Austritt		%
Verweildauer		%
Administrativer Urlaub		%
Grund Wiedereintritt		%
Neugeborenenendatensatz		%
Aufnahmegewicht		%
Gestationsalter ^{4 5}		%

2.2.3 Fallkombinationsfehler (Fallsplitt, Fallzusammenführung)

2.2.3.1 Festgestellte Fehler

Fehlertyp	DRG	Kostengewicht des Spitals	Kostengewicht des Revisors	Kostengewichtsdifferenz
.....				

⁴ unabhängig vom Neugeborenenendatensatz, unverschlüsselt, bis zu einem Alter < 366 Tage

⁵ Gemäss Kodierungsvorgaben des Bundesamts für Statistik (BFS).

2.2.3.2 Abweichung Kostengewicht

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

2.2.4 Kongruenz der Rechnungsstellung

2.2.4.1 Festgestellte Fehler

	DRG	Kostengewicht	Zusatzentgelte
falsch			
noch keine Rechnung vorhanden			
sonstige			
fehlend			

Stornofälle die vor Revisionsbeginn gemeldet worden sind, sind hier einzeln zu benennen.

In diesem Zusammenhang sei auch auf Punkt 4.2.3.5 des Reglements verwiesen. Rechnungskorrekturen aufgrund der Kodierrevision sind nicht zulässig, es sei denn es liegt eine statistische Signifikanz vor.

2.2.4.2 Abweichung Kostengewicht

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

2.3 Diagnosen und Behandlungen

2.3.1 Festgestellte Fehler

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

2.3.2 Angaben zu den Kodierfehlern

2.3.2.1 Anzahl der Kodierfehler nach Fehlertyp

	richtig	falsch	fehlend	ungerechtfertigt	unnötig	total
Hauptdiagnose						
Zusatz zur HD						
Nebendiagnosen						
Diagnosen total						
Hauptbehandlung						
Nebenbehandlungen						

2.3.2.2 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							
Zusatz zur HD							
Nebendiagnosen							
Diagnosen total							
Hauptbehandlung							
Nebenbehandlungen							

2.3.2.3 Prozentsatz der Kodierfehler nach Fehlertyp

	richtig	falsch	fehlend	ungerechtfertigt	unnötig
Hauptdiagnose	%	%	%	%	%
Zusatz zur HD	%	%	%	%	%
Nebendiagnosen	%	%	%	%	%
Diagnosen total	%	%	%	%	%
Hauptbehandlung	%	%	%	%	%
Nebenbehandlungen	%	%	%	%	%

2.3.2.4 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
Hauptdiagnose	%	%	%	%	%	%
Zusatz zur HD	%	%	%	%	%	%
Nebendiagnosen	%	%	%	%	%	%
Diagnosen total	%	%	%	%	%	%
Hauptbehandlung	%	%	%	%	%	%
Nebenbehandlungen	%	%	%	%	%	%

2.3.3 Zuweisung der Hauptdiagnose

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

2.3.4 Zuweisung der Zusatzdiagnose zur Hauptdiagnose

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

2.3.5 Zuweisung der Hauptbehandlung

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

2.3.6 Zuweisung Nebenbehandlung

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

2.3.7 Lateralität der Diagnosen und Prozeduren

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

2.3.8 Externe ambulante Leistungen

	Anzahl	Prozentsatz
richtig erfasst		%
falsch erfasst		%
nicht erfasst		%

2.3.9 Vergleich Grundgesamtheit und Stichprobe^{6,7}

2.3.9.1 Anzahl Fälle

Anzahl Fälle (Stichprobe)	
Anzahl Fälle (Grundgesamtheit)	

2.3.9.2 CMI

CMI der Stichprobe, ungewichtet	
CMI der Stichprobe, gewichtet	
CMI der Grundgesamtheit	

2.3.9.3 Anzahl und Prozentsatz unspezifischer Codes an der Spitalkodierung

	unspezifische Codes ⁸ der Grundgesamtheit		unspezifische Codes der Stichprobe	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Diagnosen				
Behandlungen				

2.3.9.4 Anzahl Nebendiagnosen pro Patient

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

2.3.9.5 Anzahl Behandlungskodes pro Patient

Anzahl Behandlungskodes/Patient (Stichprobe)	
Anzahl Behandlungskodes/Patient (Grundgesamtheit)	

⁶ Angaben beziehen sich jeweils auf nicht revidierte Daten.

⁷ Die Angaben beziehen sich jeweils auf die Daten vor Revision (z.B. CMI: es werden die effektiven Kostengewichte vor Revision betrachtet).

⁸ 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!.

2.3.9.6 Anzahl DRG-Fallgruppen

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

2.3.9.7 Anzahl Zusatzentgelte und Anzahl und Prozentsatz Fälle mit Zusatzentgelt

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

2.3.9.8 Anzahl und Prozentsatz Fälle mit erfassten Beatmungen

Fälle mit erfassten Beatmungen (Stichprobe)	Anzahl	%
Fälle mit erfassten Beatmungen (Grundgesamtheit)	Anzahl	%

2.3.9.9 Anzahl und Prozentsatz Fälle mit IPS-Behandlung

Fälle mit IPS-Aufenthalt (Stichprobe)	Anzahl	%
Fälle mit IPS-Aufenthalt (Grundgesamtheit)	Anzahl	%

2.3.9.10 Anzahl und Prozentsatz Fälle mit IMCU-Behandlung

Fälle mit IMCU-Aufenthalt (Stichprobe)	Anzahl	%
Fälle mit IMCU-Aufenthalt (Grundgesamtheit)	Anzahl	%

2.3.9.11 Anzahl und Prozentsatz Fälle mit externen ambulanten Leistungen

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

2.4 Intensivmedizin (IMCU und IPS)

2.4.1 Basisdaten IMCU

2.4.1.1 NEMS + Schweregrad (S/P/C)

	Anzahl	Prozentsatz
richtig erfasst		%
falsch erfasst		%
nicht erfasst		%

2.4.1.2 Revidierte Fälle

Revidierte Fälle mit richtigen Basisdaten IMCU	Anzahl	%
--	--------	---

2.4.2 Basisdaten IPS**2.4.2.1 Maschinelle Beatmungen**

	Anzahl	Prozentsatz
richtig erfasst		%
falsch erfasst		%
nicht erfasst		%

2.4.2.2 NEMS

	Anzahl	Prozentsatz
richtig erfasst		%
falsch erfasst		%
nicht erfasst		%

2.4.2.3 Schweregrad

	Anzahl	Prozentsatz
richtig erfasst		%
falsch erfasst		%
nicht erfasst		%

2.4.2.4 Revidierte Fälle

Revidierte Fälle mit richtigen Basisdaten IPS	Anzahl	%
---	--------	---

2.5 Zusatzentgelte exkl. Medikamente (Substanzen)

	Anzahl	Prozentsatz
richtig erfasst		%
falsch erfasst		%
nicht erfasst		%

2.6 Medikamente (Substanzen)

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

	Anzahl	Prozentsatz
richtig erfasst		%
falsch erfasst		%
nicht erfasst		%

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

2.7 Kostengewichtswechsel

2.7.1 Anzahl und Prozentsatz der Fälle mit Kostengewichtswechsel

	Höheres Kostengewicht nach Revision		Tieferes Kostengewicht nach Revision		Kein Einfluss auf Kostengewicht	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Aufgrund Änderung Hauptdiagnose	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Aufgrund Änderung Nebendiagnose	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Aufgrund Änderung Behandlung	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Aufgrund sonstiger Änderungen	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Total	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%

2.7.2 Differenzen mit/ohne Vorlage an das BfS

Differenzen	Vorlage an das BfS Ja/Nein	Anmerkungen
.....		

2.8 Kostengewichte

2.8.1 CMI des Spitals vor und nach Revision

CMI des Spitals vor Revision (Grundgesamtheit)		
Geschätzter CMI des Spitals vor Revision (Stichprobe)		
Geschätzter CMI des Spitals nach Revision (Stichprobe)		
Statistische Signifikanz der Abweichung des CMI vor und nach Revision	<i>ja/nein</i>	
Geschätzte Differenz des CMI des Spitals vor und nach Revision	<i>abs. Wert</i>	<i>%</i>
95%-Vertrauensintervall (VI) der Differenz des CMI des Spitals vor und nach Revision ⁹	<i>Unteres VI</i>	<i>Oberes VI</i>

2.8.2 Kostengewichtsdifferenzen

Liste der gepaarten Kostengewichte vor und nach Revision bei Fällen mit Kostengewichtsdifferenzen, welche ungleich Null sind. (Liste der Paare (x,y) wobei x=Kostengewicht vor Revision, y=Kostengewicht nach Revision, $x \neq y$)

Fallnummer	Kostengewicht vor Revision	Kostengewicht nach Revision
.....		

2.9 Vergleich mit früheren Revisionen

Vergleich der Revisionsergebnisse gemäss Zusammenfassung Musterrevisionsbericht mit den Vorjahresergebnissen

⁹ Falls mindestens drei Kostengewichte korrigiert wurden.

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 SwissDRG

Vorschläge für Änderungen an der Klassifikation (ICD und CHOP), an den Kodierungsrichtlinien oder am Grouperalgorithmus.

3.3 Weitere Hinweise des Revisors

4 Anmerkungen Spitaldirektion

Anmerkungen der 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 SwissDRG, in der jeweils gültigen Version 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 in keinem anderen Anstellungs- und Mandatsverhältnis oder anderweitigen finanziellen Abhängigkeiten mit dem revidierten Spital stand. Allfällige Abhängigkeiten von einem Kostenträger sind im Revisionsbericht vollständig offengelegt.
5. Der Revisor bestätigt, dass die Kodierrevisionsfirma bei der er angestellt ist, nicht gleichzeitig die medizinischen Leistungen des betreffenden Spitals kodierte und/oder das betreffende Spital im Medizincontrolling beriet.

.....
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 SwissDRG 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

Der Anhang 2 enthält statistische Kennzahlen zu den Spitälern und dient insbesondere der Einordnung der Stichprobendaten in das Gesamtbild des Spitals. Die Einteilung nach Versicherungsart erfolgt gemäss der Variable 1.4.V02 der medizinischen Statistik. Die Informationen werden vom Revisor aus der .dat-Datei der medizinischen Statistik generiert und auf Inkohärenzen überprüft.

Anzahl der stationär behandelten Fälle gesamte Institution

	KV	UV	MV	IV	SZ ¹⁰	Andere	Unbekannt	Total
Akutsomatik (SwissDRG-Fälle)								
Pflege- und Wartepatienten ¹¹								
Psychiatrie								
Rehabilitation								

SwissDRG-Fälle

Nach Herkunftskanton und Versicherungsart:

	KV	UV	MV	IV	SZ ¹⁰	Andere	unbekannt	Total
innerkantonal								
Kanton A								
Kanton B								
Kanton C								
...								

Nach Ausreisserkategorie und Versicherungsart

	Normalfälle ohne Verlegungsabschlag		Normalfälle mit Verlegungsabschlag		untere Ausreisser		obere Ausreisser		Total
KV		%		%		%		%	
UV		%		%		%		%	
MV		%		%		%		%	
IV		%		%		%		%	
SZ		%		%		%		%	
Andere		%		%		%		%	
Unbek.		%		%		%		%	

¹⁰SZ = Selbstzahler

¹¹ Pflege- und Wartepatienten gemäss Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG und TARPSY

Total		%		%		%		%
-------	--	---	--	---	--	---	--	---

Nach Ausreisserkategorie und Herkunftskanton

	Normalfälle ohne Verlegungsabschlag		Normalfälle mit Verlegungsabschlag		untere Ausreisser		obere Ausreisser		Total
		%		%		%		%	
Kanton A		%		%		%		%	
Kanton B		%		%		%		%	
Kanton C		%		%		%		%	
Kanton D		%		%		%		%	
Kanton E		%		%		%		%	
.....		%		%		%		%	
Total		%		%		%		%	

CMI

Nach Ausreisserkategorie und Versicherungsart

	Normalfälle ohne Verlegungsabschlag		Normalfälle mit Verlegungsabschlag		untere Ausreisser		obere Ausreisser		Total
		%		%		%		%	
KV									
UV									
MV									
IV									
SZ									
Andere									
Unbek.									
Total									

Nach Ausreisserkategorie und Herkunftskanton

	Normalfälle ohne Verlegungsabschlag		Normalfälle mit Verlegungsabschlag		untere Ausreisser		obere Ausreisser		Total
		%		%		%		%	
Kanton A									
Kanton B									
Kanton C									
Kanton D									
Kanton E									
.....									
Total									

Anzahl Zusatzentgelte

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

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

DRG	Anzahl	Prozent
901		%
902		%
960		%
961		%
962		%
963		%

Prozentsatz der Langlieger ohne Nebendiagnose und Prozedur

Anzahl Langlieger in der Grundgesamtheit	
Prozentsatz Langlieger ohne Nebendiagnosen und ohne Prozedur	%

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

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