

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

Musterrevisionsbericht^{*}
Revision der Daten 2016
im Spital X

Version 5.1

^{*} Konkretisierung des statistischen Teils und der Beurteilungskriterien

Inhaltsverzeichnis

1	Zusammenfassung	5
1.1	Revisionsergebnisse im Überblick	5
1.2	Statistische Kennzahlen im Überblick	5
1.3	Kennzahlenvergleich Grundgesamtheit und Stichprobe	5
2	Leistungsübersicht des Spitals in der Berichtsperiode	6
2.1	Anzahl der stationär behandelten Fälle gesamte Institution	6
2.2	SwissDRG-Fälle	6
2.2.1	Nach Herkunftskanton und Versicherungsart	6
2.2.2	Nach Ausreisserkategorie und Versicherungsart	7
2.2.3	Nach Ausreisserkategorie und Herkunftskanton	7
2.3	CMI	8
2.3.1	Nach Ausreisserkategorie und Versicherungsart	8
2.3.2	Nach Ausreisserkategorie und Herkunftskanton	8
2.4	Anzahl Zusatzentgelte	8
2.5	Anzahl und Prozentsatz der Fälle, welche in die Basis-DRGs 901, 902, 960, 961, 962 und 963 gruppiert wurden	9
2.6	Prozentsatz der Langlieger ohne Nebendiagnose und Prozedur und mit PCCL ≤ 2	9
2.7	Prozentsatz der Fälle mit über 5 Tage Aufenthaltsdauer und mit R-Hauptdiagnosekode	9
3	Durchführung der Revision	10
3.1	Berichtsperiode	10
3.2	Gültige Versionen	10
3.3	Berechnung und Ziehung der Stichprobe	10
3.4	Beschreibung der zeitliche Abfolge der Revision	10
3.5	Qualifikation des Revisors	10
3.6	Unabhängigkeit des Revisors	10
3.7	Bemerkungen	10
4	Feststellungen	11
4.1	Generelle Feststellungen	11
4.2	Patientendossiers	11
4.2.1	Anteil fehlender Krankengeschichten	11
4.2.2	Qualität der Dossierführung	11
4.3	Administrative Falldaten	11

4.4	Diagnosen und Behandlungen	11
4.4.1	Festgestellte Fehler	11
4.4.2	Anzahl der Kodierfehler nach Fehlertyp	12
4.4.3	Anzahl der falsch kodierten Kodes mit Stellenangabe.....	12
4.4.4	Prozentsatz der Kodierfehler nach Fehlertyp.....	12
4.4.5	Prozentsatz der falsch kodierten Kodes mit Stellenangabe.....	12
4.4.6	Anzahl und Prozentsatz unspezifischer Kodes an der Spitalkodierung.....	13
4.4.7	Zuweisung der Hauptdiagnose.....	13
4.4.8	Zuweisung der Zusatzdiagnose.....	13
4.4.9	Zuweisung der Hauptbehandlung	13
4.5	Lateralität der Diagnosen und Prozeduren.....	13
4.6	Ambulante Behandlung auswärts	13
4.7	Abgrenzung Intensivmedizin/Intermediate Care Unit	13
4.8	Basisdaten Intensivmedizin	14
4.8.1	Maschinelle Beatmungen	14
4.8.2	NEMS.....	14
4.8.3	Schweregrad.....	14
4.9	Zusatzentgelte.....	14
4.10	Medikamente und Substanzen	14
4.11	DRG-Wechsel	15
4.11.1	Anzahl und Prozentsatz der Fälle mit DRG-Wechsel	15
4.11.2	Differenzen mit/ohne Vorlage an das BfS	15
4.12	CMI	15
4.13	Schätzung des CMI des Spitals vor und nach Revision.....	15
4.14	Geschätzte Standardabweichung der Kostengewichtsdifferenzen und des Anteils der Kostengewichtsdifferenzen, welche ungleich Null sind	15
4.15	Fallkombinationsfehler (Fallsplitt, Fallzusammenführung)	16
4.15.1	Festgestellte Fehler	16
4.15.2	Abweichung Kostengewicht	16
4.16	Kongruenz der Rechnungsstellung	16
4.16.1	Festgestellte Fehler	16
4.16.2	Abweichung Kostengewicht	16
4.17	Vergleich Grundgesamtheit und Stichprobe.....	16
4.17.1	Anzahl Nebendiagnosen/Patient.....	16

4.17.2	Anzahl Behandlungen/Patient.....	16
4.17.3	Anzahl DRG-Fallgruppen.....	16
4.17.4	Prozentsatz Fälle mit Zusatzentgelt	17
4.17.5	Prozentsatz maschineller Beatmungen.....	17
4.17.6	Prozentsatz Fälle mit IPS-Behandlung.....	17
4.18	Vergleich mit früheren Revisionen.....	17
5	Empfehlungen.....	18
5.1	Empfehlungen für die Verbesserung der Kodierung im Spital.....	18
5.2	Empfehlungen für die Weiterentwicklung von SwissDRG	18
5.3	Weitere Hinweise des Revisors	18
6	Anmerkungen Spitaldirektion.....	19
Anhang 1	20
Anhang 2	21
Glossar	22

1 Zusammenfassung

1.1 Revisionsergebnisse im Überblick

CMI des Spitals vor Revision		
Geschätzter CMI des Spitals nach Revision		
Statistische Signifikanz der Abweichung des CMI vor und nach Revision	ja/nein	
Geschätzte Differenz des CMI des Spitals vor und nach Revision	abs. Wert	%
Revidierte Fälle mit DRG-Wechsel	Anzahl	%
Richtige Hauptdiagnosen ¹	Anzahl	%
Richtiger Zusatz zur Hauptdiagnose ¹	Anzahl	%
Richtige Nebendiagnosen	Anzahl	%
Richtige Hauptbehandlungen ¹	Anzahl	%
Richtige Nebenbehandlungen	Anzahl	%
Richtige Basisdaten Intensivmedizin ²	Anzahl	%
Richtige Zusatzentgelte ²	Anzahl	%
Richtige Medikamente und Substanzen ²	Anzahl	%
Beanstandete Fallzusammenführungen	Anzahl	%
Beanstandete Kongruenz der Rechnungstellung	Anzahl	%

1.2 Statistische Kennzahlen im Überblick

Stichprobengrösse	Anzahl
Anteil fehlender Krankengeschichten	%

1.3 Kennzahlenvergleich Grundgesamtheit und Stichprobe

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

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

²Angabe je Fall

³Vgl. jeweils gültige Kodierrichtlinien

2 Leistungsübersicht des Spitals in der Berichtsperiode

Das Kapitel 2 enthält statistische Kennzahlen zu den Spitälern und dient insbesondere der Einordnung der Stichprobendaten in das Gesamtbild des Spitals.

2.1 Anzahl der stationär behandelten Fälle gesamte Institution

	KV	UV	MV	IV	Total
Akutsomatik (SwissDRG-Fälle)					
Wartepatienten					
Psychiatrie					
Rehabilitation					

2.2 SwissDRG-Fälle

2.2.1 Nach Herkunftskanton und Versicherungsart

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

2.2.2 Nach Ausreisserkategorie und Versicherungsart

	Normalfälle ohne Verlegungsabschlag		Normalfälle mit Verlegungsabschlag		untere Ausreisser		obere Ausreisser		Total
		%		%		%		%	
KV		%		%		%		%	
UV		%		%		%		%	
MV		%		%		%		%	
IV		%		%		%		%	
Total		%		%		%		%	

2.2.3 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		%		%		%		%	

2.3 CMI

2.3.1 Nach Ausreisserkategorie und Versicherungsart

	Normalfälle ohne Verlegungsabschlag	Normalfälle mit Verlegungsabschlag	untere Ausreisser	obere Ausreisser	Total
KV					
UV					
MV					
IV					
Total					

2.3.2 Nach Ausreisserkategorie und Herkunftskanton

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

2.4 Anzahl Zusatzentgelte

Zusatzentgelt	Bezeichnung	Betrag	Anzahl KVG	Anzahl UV/MV/IV	Anzahl Selbstzahler
Total Zusatzentgelte Version 5.0					

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

DRG	Anzahl	Prozentsatz
901		
902		
960		
961		
962		
963		

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

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

2.7 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	%

3 Durchführung der Revision

3.1 Berichtsperiode

3.2 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.

3.3 Berechnung und Ziehung der Stichprobe

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

3.4 Beschreibung der zeitliche 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.

3.5 Qualifikation des Revisors

3.6 Unabhängigkeit des Revisors

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

3.7 Bemerkungen

4 Feststellungen

4.1 Generelle Feststellungen

4.2 Patientendossiers

4.2.1 Anteil fehlender Krankengeschichten

4.2.2 Qualität der Dossierführung

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

4.3 Administrative Falldaten

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

4.4 Diagnosen und Behandlungen

4.4.1 Festgestellte Fehler

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

4.4.2 Anzahl der Kodierfehler nach Fehlertyp

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

4.4.3 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							
Diagnosen total							
Hauptbehandlung							
Nebenbehandlungen							

4.4.4 Prozentsatz der Kodierfehler nach Fehlertyp

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

4.4.5 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	%	%	%	%	%	%	
Diagnosen total	%	%	%	%	%	%	
Hauptbehandlung	%	%	%	%	%	%	
Nebenbehandlungen	%	%	%	%	%	%	

4.4.6 Anzahl und Prozentsatz unspezifischer Codes an der Spitalkodierung

	Anzahl unspezifischer Codes ¹	Prozentsatz unspezifischer Codes
Diagnosen		%
Behandlungen		%

4.4.7 Zuweisung der Hauptdiagnose

4.4.8 Zuweisung der Zusatzdiagnose

4.4.9 Zuweisung der Hauptbehandlung

4.5 Lateralität der Diagnosen und Prozeduren

4.6 Ambulante Behandlung auswärts

	Anzahl	Prozentsatz
richtig erfasst		%
falsch erfasst		%
nicht erfasst		%

4.7 Abgrenzung Intensivmedizin/Intermediate Care Unit

¹Als 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!.

4.8 Basisdaten Intensivmedizin

4.8.1 Maschinelle Beatmungen

	Anzahl	Prozentsatz
richtig erfasst		%
falsch erfasst		%
nicht erfasst		%

4.8.2 NEMS

	Anzahl	Prozentsatz
richtig erfasst		%
falsch erfasst		%
nicht erfasst		%

4.8.3 Schweregrad

	Anzahl	Prozentsatz
richtig erfasst		%
falsch erfasst		%
nicht erfasst		%

4.9 Zusatzentgelte

	Anzahl	Prozentsatz
richtig erfasst		%
falsch erfasst		%
nicht erfasst		%

4.10 Medikamente und Substanzen

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

	Anzahl	Prozentsatz
richtig erfasst		%
falsch erfasst		%
nicht erfasst		%

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

4.11 DRG-Wechsel

4.11.1 Anzahl und Prozentsatz der Fälle mit DRG-Wechsel

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

4.11.2 Differenzen mit/ohne Vorlage an das BfS

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

4.12 CMI

CMI des Spitals vor der Revision	
Geschätzter CMI des Spitals nach der Revision	
Prozentuale Veränderung des CMI	%

4.13 Schätzung des CMI des Spitals vor und nach Revision

Angabe folgender Werte:

1. CMI des Spitals vor Revision;
2. Geschätzter CMI des Spitals nach Revision;
3. Geschätzte Differenz des CMI des Spitals vor und nach Revision;
4. 95%-Vertrauensintervall der Differenz des CMI des Spitals vor und nach Revision.

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

Angabe folgender Werte:

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

4.15 Fallkombinationsfehler (Fallsplitt, Fallzusammenführung)

4.15.1 Festgestellte Fehler

Fehlertyp	DRG-Nr.	Kostengewicht des Spital	Kostengewicht des Revisors	Kostengewichtsdifferenz
-----------	---------	--------------------------	----------------------------	-------------------------

4.15.2 Abweichung Kostengewicht

4.16 Kongruenz der Rechnungsstellung

4.16.1 Festgestellte Fehler

	DRG-Nummer	Kostengewicht	Zusatzentgelte
falsch			
noch keine Rechnung vorhanden			
sonstige			
fehlend			

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

4.16.2 Abweichung Kostengewicht

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

4.17 Vergleich Grundgesamtheit und Stichprobe

4.17.1 Anzahl Nebendiagnosen/Patient

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

4.17.2 Anzahl Behandlungen/Patient

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

4.17.3 Anzahl DRG-Fallgruppen

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

4.17.4 Prozensatz Fälle mit Zusatzentgelt

Prozensatz Fälle mit Zusatzentgelten (Stichprobe)	%
Prozensatz Fälle mit Zusatzentgelten (Grundgesamtheit)	%

4.17.5 Prozensatz maschineller Beatmungen

Prozensatz maschineller Beatmungen (Stichprobe)	%
Prozensatz maschineller Beatmungen (Grundgesamtheit)	%

4.17.6 Prozensatz Fälle mit IPS-Behandlung

Prozensatz IPS-Fälle (Stichprobe)	%
Prozensatz IPS-Fälle (Grundgesamtheit)	%

4.18 Vergleich mit früheren Revisionen

Vergleich der Revisionsergebnisse gemäss Punkte 1.1 und 1.2 zu den Vorjahresergebnissen

5 Empfehlungen

5.1 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.

5.2 Empfehlungen für die Weiterentwicklung von SwissDRG

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

5.3 Weitere Hinweise des Revisors

6 Anmerkungen Spitaldirektion

Anmerkungen der Spitaldirektion

.....

Ort und Datum

.....

Spital X, Der Direktor

Anhang 1

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, 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.

.....
Ort und Datum

.....
Kodierrevisor

Anhang 2

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

Glossar