

Version 6.0 / 31.03.2017

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

Musterrevisionsbericht^{*}
Revision der Daten 2017
im Spital X

Version 6.0

^{*} 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 Versionen	5
1.3 Berechnung und Ziehung der Stichprobe	5
1.4 Beschreibung der zeitliche 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
Anteil fehlender Krankengeschichten	6
Qualität der Dossierführung.....	6
2.2.2 Administrative Falldaten	6
2.2.3 Fallkombinationsfehler (Fallsplitt, Fallzusammenführung)	6
Festgestellte Fehler	6
Abweichung Kostengewicht.....	6
2.2.4 Kongruenz der Rechnungsstellung	7
Festgestellte Fehler	7
Abweichung Kostengewicht.....	7
2.3 Diagnosen und Behandlungen	7
2.3.1 Festgestellte Fehler	7
2.3.2 Angaben zu den Kodierfehlern	7
Anzahl der Kodierfehler nach Fehlertyp	7
Anzahl der falsch kodierten Codes mit Stellenangabe	8
Prozentsatz der Kodierfehler nach Fehlertyp	8
Prozentsatz der falsch kodierten Codes mit Stellenangabe	8
Anzahl und Prozentsatz unspezifischer Codes an der Spalkodierung	8
2.3.3 Zuweisung der Hauptdiagnose	9
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	Ambulante Behandlung auswärts	9
2.3.8	Vergleich Grundgesamtheit und Stichprobe.....	9
	Anzahl Nebendiagnosen/Patient	9
	Anzahl Behandlungen/Patient	9
	Anzahl DRG-Fallgruppen	9
	Prozentsatz Fälle mit Zusatzentgelt	9
	Prozentsatz maschineller Beatmungen.....	9
	Prozentsatz Fälle mit IPS-Behandlung.....	10
2.4	Intensivmedizin	10
2.4.1	Abgrenzung Intensivmedizin/Intermediate Care Unit.....	10
2.4.2	Basisdaten Intensivmedizin	10
	Maschinelle Beatmungen	10
	NEMS	10
	Schweregrad.....	10
2.5	Zusatzentgelte	10
2.6	Medikamente und Substanzen.....	11
2.7	DRG-Wechsel.....	11
2.7.1	Anzahl und Prozentsatz der Fälle mit DRG-Wechsel.....	11
2.7.2	Differenzen mit/ohne Vorlage an das BfS	11
2.8	Kostengewichte.....	11
2.8.1	Schätzung des CMI des Spitals vor und nach Revision.....	11
2.8.2	Kostengewichtsdifferenzen.....	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 SwissDRG.....	13
3.3	Weitere Hinweise des Revisors.....	13
4	Anmerkungen Spitaldirektion	14
	Anhang 1: Nachweise	15
	Anhang 2: Leistungsübersicht des Spitals	17
	Anzahl der stationär behandelten Fälle gesamte Institution	17
	SwissDRG-Fälle	17
	CMI.....	18
	Anzahl Zusatzentgelte	19
	Anzahl und Prozentsatz der Fälle, welche in die Basis-DRGs 901, 902, 960, 961, 962 und 963 gruppiert wurden.....	19
	Prozentsatz der Langlieger ohne Nebendiagnose und Prozedur und mit PCCL ≤ 2	19
	Prozentsatz der Fälle mit über 5 Tage Aufenthaltsdauer und mit R-Hauptdiagnosekode.....	19

Zusammenfassung

Revisionsergebnisse im Überblick

Stichprobengrösse	Anzahl	
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	%
Fehlende Krankengeschichten	Anzahl	%

Kennzahlenvergleich Grundgesamtheit und Stichprobe

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

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

1.4 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.

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

Anteil fehlender Krankengeschichten

Qualität der Dossierführung

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)		%
Entscheid für Austritt		%
Aufenthalt nach Austritt		%
Behandlung nach Austritt		%
Verweildauer		%
Administrativer Urlaub		%
Grund Wiedereintritt		%
Neugeborenenendatensatz		%
Aufnahmegewicht		%

2.2.3 Fallkombinationsfehler (Fallsplitt, Fallzusammenführung)

Festgestellte Fehler

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

Abweichung Kostengewicht

2.2.4 Kongruenz der Rechnungsstellung

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.

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

2.3.2 Angaben zu den Kodierfehlern

Anzahl der Kodierfehler nach Fehlertyp

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

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							

Prozentsatz der Kodierfehler nach Fehlertyp

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

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	%	%	%	%	%	%	

Anzahl und Prozentsatz unspezifischer Codes an der Spitalkodierung

	Anzahl unspezifischer Codes ¹	Prozentsatz unspezifischer Codes
Diagnosen		%
Behandlungen		%

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!.

2.3.3 Zuweisung der Hauptdiagnose

2.3.4 Zuweisung der Zusatzdiagnose

2.3.5 Zuweisung der Hauptbehandlung

2.3.6 Lateralität der Diagnosen und Prozeduren

2.3.7 Ambulante Behandlung auswärts

	Anzahl	Prozentsatz
richtig erfasst		%
falsch erfasst		%
nicht erfasst		%

2.3.8 Vergleich Grundgesamtheit und Stichprobe

Anzahl Nebendiagnosen/Patient

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

Anzahl Behandlungen/Patient

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

Anzahl DRG-Fallgruppen

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

Prozentsatz Fälle mit Zusatzentgelt

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

Prozentsatz maschineller Beatmungen

Prozentsatz maschineller Beatmungen (Stichprobe)	%
Prozentsatz maschineller Beatmungen (Grundgesamtheit)	%

Prozentsatz Fälle mit IPS-Behandlung

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

2.4 Intensivmedizin

2.4.1 Abgrenzung Intensivmedizin/Intermediate Care Unit

2.4.2 Basisdaten Intensivmedizin

Maschinelle Beatmungen

	Anzahl	Prozentsatz
richtig erfasst		%
falsch erfasst		%
nicht erfasst		%

NEMS

	Anzahl	Prozentsatz
richtig erfasst		%
falsch erfasst		%
nicht erfasst		%

Schweregrad

	Anzahl	Prozentsatz
richtig erfasst		%
falsch erfasst		%
nicht erfasst		%

2.5 Zusatzentgelte

	Anzahl	Prozentsatz
richtig erfasst		%
falsch erfasst		%
nicht erfasst		%

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		%
falsch erfasst		%
nicht erfasst		%

Angaben zur Art des Fehlers (Dosisinheit, 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	
		%		%		%
Aufgrund Änderung Hauptdiagnose		%		%		%
Aufgrund Änderung Nebendiagnose		%		%		%
Aufgrund Änderung Behandlung		%		%		%
Aufgrund sonstiger Änderungen		%		%		%
Total		%		%		%

2.7.2 Differenzen mit/ohne Vorlage an das BfS

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

2.8 Kostengewichte

2.8.1 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.

2.8.2 Kostengewichtsdifferenzen

Angabe folgender Werte:

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

2.9 Vergleich mit früheren Revisionen

Vergleich der Revisionsergebnisse gemäss Punkte 1.1 und 1.2 zu den Vorjahresergebnissen

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 Kodierrichtlinien oder am Grupperalgorithmus.

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, 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 sowohl der Revisor als auch die Revisionsfirma von der er angestellt ist während der Revisionsperiode und während der Dauer der Revision in keinem anderen Anstellungs- oder Mandatsverhältnis oder in anderweitig finanziellen Abhängigkeiten mit dem revidierten Spital stand. 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 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 [†]	Andere	Unbekannt	Total
Akutsomatik (SwissDRG-Fälle)								
Wartepatienten								
Psychiatrie								
Rehabilitation								

SwissDRG-Fälle

Nach Herkunftskanton und Versicherungsart:

	KV	UV	MV	IV	SZ [†]	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.		%		%		%		%	
Total		%		%		%		%	

[†] SZ = Selbstzahler

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 Version 6.0										

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 und mit PCCL ≤ 2

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

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	%
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---