

Version 9.0 / 19.06.2020

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

Musterrevisionsbericht¹

im Spital X

Version 9.0
Revision der Daten 2020
Gültig ab 01.01.2021

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 | 6 |
| <i>Revisionsergebnisse im Überblick</i> | 6 |
| <i>Kennzahlenvergleich Grundgesamtheit und Stichprobe</i> | 6 |
| 1 Durchführung der Revision..... | 7 |
| 1.1 <i>Berichtsperiode</i> | 7 |
| 1.2 <i>Gültige Versionen</i> | 7 |
| 1.3 <i>Berechnung und Ziehung der Stichprobe</i> | 7 |
| 1.4 <i>Beschreibung der zeitlichen Abfolge der Revision</i> | 7 |
| 1.5 <i>Qualifikation des Revisors</i> | 7 |
| 1.6 <i>Unabhängigkeit des Revisors</i> | 7 |
| 1.7 <i>Bemerkungen</i> | 7 |
| 2 Feststellungen..... | 8 |
| 2.1 <i>Generelle Feststellungen</i> | 8 |
| 2.2 <i>Administrative Grundlagen</i> | 8 |
| 2.2.1 <i>Patientenakten</i> | 8 |
| <i>Anzahl und Prozentsatz fehlender Patientenakten</i> | 8 |
| <i>Qualität der Aktenführung</i> | 8 |
| 2.2.2 <i>Administrative Falldaten</i> | 8 |
| 2.2.3 <i>Fallkombinationsfehler (Fallsplitt, Fallzusammenführung)</i> | 8 |
| <i>Festgestellte Fehler</i> | 8 |
| <i>Abweichung Kostengewicht</i> | 9 |
| 2.2.4 <i>Kongruenz der Rechnungsstellung</i> | 9 |
| <i>Festgestellte Fehler</i> | 9 |
| <i>Abweichung Kostengewicht</i> | 9 |
| 2.3 <i>Diagnosen und Behandlungen</i> | 9 |
| 2.3.1 <i>Festgestellte Fehler</i> | 9 |
| 2.3.2 <i>Angaben zu den Kodierfehlern</i> | 9 |
| <i>Anzahl der Kodierfehler nach Fehlertyp</i> | 9 |
| <i>Anzahl der falsch kodierten Codes mit Stellenangabe</i> | 10 |
| <i>Prozentsatz der Kodierfehler nach Fehlertyp</i> | 10 |
| <i>Prozentsatz der falsch kodierten Codes mit Stellenangabe</i> | 10 |
| 2.3.3 <i>Zuweisung der Hauptdiagnose</i> | 10 |
| 2.3.4 <i>Zuweisung der Zusatzdiagnose</i> | 10 |

| | | |
|-------|---|----|
| 2.3.5 | <i>Zuweisung der Hauptbehandlung</i> | 10 |
| 2.3.6 | <i>Lateralität der Diagnosen und Prozeduren</i> | 10 |
| 2.3.7 | <i>Externe ambulante Leistungen</i> | 11 |
| 2.3.8 | <i>Vergleich Grundgesamtheit und Stichprobe</i> | 11 |
| | <i>Anzahl Fälle</i> | 11 |
| | <i>CMI</i> | 11 |
| | <i>Anzahl und Prozentsatz unspezifischer Codes an der Spitalkodierung</i> | 11 |
| | <i>Anzahl Nebendiagnosen pro Patient</i> | 11 |
| | <i>Anzahl Behandlungskodes pro Patient</i> | 11 |
| | <i>Anzahl DRG-Fallgruppen</i> | 12 |
| | <i>Anzahl Zusatzentgelte und Anzahl und Prozentsatz Fälle mit Zusatzentgelt</i> | 12 |
| | <i>Anzahl und Prozentsatz Fälle mit erfassten Beatmungen</i> | 12 |
| | <i>Anzahl und Prozentsatz Fälle mit IPS-Behandlung</i> | 12 |
| | <i>Anzahl und Prozentsatz Fälle mit IMCU-Behandlung</i> | 12 |
| | <i>Anzahl und Prozentsatz Fälle mit externen ambulanten Leistungen</i> | 12 |
| 2.4 | <i>Intensivmedizin (IMCU und IPS)</i> | 12 |
| 2.4.1 | <i>Basisdaten IMCU</i> | 12 |
| | <i>NEMS + Schweregrad (S/P/C)</i> | 12 |
| 2.4.2 | <i>Basisdaten IPS</i> | 13 |
| | <i>Maschinelle Beatmungen</i> | 13 |
| | <i>NEMS</i> | 13 |
| | <i>Schweregrad</i> | 13 |
| 2.5 | <i>Zusatzentgelte exkl. Medikamente (Substanzen)</i> | 13 |
| 2.6 | <i>Medikamente (Substanzen)</i> | 14 |
| 2.7 | <i>Kostengewichtswechsel</i> | 14 |
| 2.7.1 | <i>Anzahl und Prozentsatz der Fälle mit Kostengewichtswechsel</i> | 14 |
| 2.7.2 | <i>Differenzen mit/ohne Vorlage an das BfS</i> | 14 |
| 2.8 | <i>Kostengewichte</i> | 15 |
| 2.8.1 | <i>CMI des Spitals vor und nach Revision</i> | 15 |
| 2.8.2 | <i>Kostengewichtsdifferenzen</i> | 15 |
| 2.9 | <i>Vergleich mit früheren Revisionen</i> | 15 |
| 3 | <i>Empfehlungen</i> | 16 |
| 3.1 | <i>Empfehlungen für die Verbesserung der Kodierung im Spital</i> | 16 |
| 3.2 | <i>Empfehlungen für die Weiterentwicklung von SwissDRG</i> | 16 |

| | |
|---|-----------|
| 3.3 Weitere Hinweise des Revisors | 16 |
| 4 Anmerkungen Spitaldirektion | 17 |
| Anhang 1: Nachweise | 18 |
| Anhang 2: Leistungsübersicht des Spitals | 20 |
| Anzahl der stationär behandelten Fälle gesamte Institution..... | 20 |
| SwissDRG-Fälle | 20 |
| CMI | 21 |
| Anzahl Zusatzentgelte | 22 |
| Anzahl und Prozentsatz der Fälle, welche in die Basis-DRGs 901, 902, 960, 961, 962 und 963 gruppiert wurden..... | 22 |
| Prozentsatz der Langlieger ohne Nebendiagnose und Prozedur | 22 |
| Prozentsatz der Fälle mit über 5 Tage Aufenthaltsdauer und mit R-Hauptdiagnosekode..... | 22 |

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

Anzahl und Prozentsatz fehlender Patientenakten

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

2.2.3 Fallkombinationsfehler (Fallsplitt, Fallzusammenführung)

Festgestellte Fehler

| Fehlertyp | DRG-Nr. | 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).

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

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.

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.

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

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 |
|-------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| Hauptdiagnose | % | % | % | % | % | % |
| Zusatz zur HD | % | % | % | % | % | % |
| Nebendiagnosen | % | % | % | % | % | % |
| Diagnosen total | % | % | % | % | % | % |
| Hauptbehandlung | % | % | % | % | % | % |
| Nebenbehandlungen | % | % | % | % | % | % |

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 Externe ambulante Leistungen

| | Anzahl | Prozentsatz |
|-----------------|--------|-------------|
| richtig erfasst | | % |
| falsch erfasst | | % |
| nicht erfasst | | % |

2.3.8 Vergleich Grundgesamtheit und Stichprobe^{6,7}

Anzahl Fälle

| | |
|--------------------------------|--|
| Anzahl Fälle (Stichprobe) | |
| Anzahl Fälle (Grundgesamtheit) | |

CMI

| | |
|---------------------------------|--|
| CMI der Stichprobe, ungewichtet | |
| CMI der Stichprobe, gewichtet | |
| CMI der Grundgesamtheit | |

Anzahl und Prozentsatz unspezifischer Codes an der Spitalkodierung

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

Anzahl Nebendiagnosen pro Patient

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

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!.

Anzahl DRG-Fallgruppen

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

Anzahl Zusatzentgelte und Anzahl und Prozentsatz Fälle mit Zusatzentgelt

| | | |
|---|---------------|----------|
| Zusatzentgelte (Stichprobe) | <i>Anzahl</i> | |
| Zusatzentgelte (Grundgesamtheit) | <i>Anzahl</i> | |
| Fälle mit Zusatzentgelten (Stichprobe) | <i>Anzahl</i> | <i>%</i> |
| Fälle mit Zusatzentgelten (Grundgesamtheit) | <i>Anzahl</i> | <i>%</i> |

Anzahl und Prozentsatz Fälle mit erfassten Beatmungen

| | | |
|--|---------------|----------|
| Fälle mit erfassten Beatmungen (Stichprobe) | <i>Anzahl</i> | <i>%</i> |
| Fälle mit erfassten Beatmungen (Grundgesamtheit) | <i>Anzahl</i> | <i>%</i> |

Anzahl und Prozentsatz Fälle mit IPS-Behandlung

| | | |
|--|---------------|----------|
| Fälle mit IPS-Aufenthalt (Stichprobe) | <i>Anzahl</i> | <i>%</i> |
| Fälle mit IPS-Aufenthalt (Grundgesamtheit) | <i>Anzahl</i> | <i>%</i> |

Anzahl und Prozentsatz Fälle mit IMCU-Behandlung

| | | |
|---|---------------|----------|
| Fälle mit IMCU-Aufenthalt (Stichprobe) | <i>Anzahl</i> | <i>%</i> |
| Fälle mit IMCU-Aufenthalt (Grundgesamtheit) | <i>Anzahl</i> | <i>%</i> |

Anzahl und Prozentsatz Fälle mit externen ambulanten Leistungen

| | | |
|--|---------------|----------|
| Fälle mit externen ambulanten Leistungen (Stichprobe) | <i>Anzahl</i> | <i>%</i> |
| Fälle mit externen ambulanten Leistungen (Grundgesamtheit) | <i>Anzahl</i> | <i>%</i> |

2.4 Intensivmedizin (IMCU und IPS)

2.4.1 Basisdaten IMCU

NEMS + Schweregrad (S/P/C)

| | Anzahl | Prozentsatz |
|-----------------|--------|-------------|
| richtig erfasst | | % |
| falsch erfasst | | % |
| nicht erfasst | | % |

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

2.4.2 Basisdaten IPS

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 | | % |

| | | |
|---|--------|---|
| 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) | | | | | | | | |
| Wartepatienten | | | | | | | | |
| 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. | | % | | % | | % | | % | |
| Total | | % | | % | | % | | % | |

¹⁰SZ = 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 9.0 | | | | | | | | | | |

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

| | |
|--|---|
| 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 | % |