

Reglement für die Durchführung der Kodierrevision unter SwissDRG

mit Anhang: Stichprobe

1. Einleitung

Das Patienten-Klassifikationssystem SwissDRG wird zum 1. Januar 2012 in den Akutspitälern der Schweiz eingeführt.

Gestützt auf Art. 59d der Verordnung über die Krankenversicherung KVV müssen die Tarifpartner KVG dem Bundesrat im Hinblick auf die Einführung von SwissDRG den Tarifvertrag zur Genehmigung unterbreiten.

In Art. 59d Abs. 2 KVV wird präzisiert: „Im Falle eines auf einem Patienten-Klassifikationssystem vom Typus DRG basierenden leistungsbezogenen Vergütungsmodells muss der Tarifvertrag zusätzlich das Kodierungshandbuch sowie ein Konzept zur Kodierrevision enthalten.“ Dieser Bestimmung wird mit vorliegendem Konzept nachgekommen.

2. Ziele und Grundsätze der Kodierrevision

Die tarifwirksame Anwendung von SwissDRG setzt die korrekte Umsetzung der Kodiergrundlagen durch die Spitäler zwingend voraus, weil die Kodierung eines Behandlungsfalles einen unmittelbaren Einfluss auf die Rechnungsstellung hat.

Ziel der Kodierrevision unter SwissDRG ist es, die Qualität der Kodierung in den Spitälern zu beurteilen und die Resultate in einem Bericht je Spital festzuhalten. Die Kodierrevision basiert auf der verdachtsunabhängigen stichprobenbasierten Kontrolle zur Beurteilung der Kodierung. Die Kodierrevision ist damit auch ein Mittel zur Sicherstellung der Kodierqualität. Nebst der Kontrollaufgabe dient die Revision der Weiterentwicklung des Kodiersystems.

Um die Vergleichbarkeit der Resultate zu gewährleisten, müssen die Durchführung der Kodierrevision und die Erstellung des Revisionsberichts schweizweit einheitlich sein.

Die Bestimmungen über die Durchführung der Kodierrevision werden in diesem Reglement festgehalten und haben nationale Gültigkeit. Die Durchführung der Kodierrevision nach diesem Reglement ist ein zwingender Bestandteil der Tarifverträge sowie der Leistungsaufträge der Kantone.

Das Reglement wird bei Bedarf an neue Anforderungen angepasst. Die Vertragspartner schliessen die notwendigen Verhandlungen jeweils bis zum 30.6. für Gültigkeit im Nachfolgejahr ab.

Aus den Inhalten der Berichte dürfen keine Rückschlüsse auf die Identität von Patienten möglich sein.

Die Dokumente werden in französisch und italienisch übersetzt. Bei Unklarheiten gilt die deutsche Version.

3. Anforderungen an den Revisor¹

3.1. Qualifikation

1. Um die Aufgabe eines Kodierrevisors wahrnehmen zu können, muss der Revisor im Besitz des Eidgenössischen Fachausweises „Medizinische Kodiererin / medizinischer Kodierer“ oder eines gleichwertigen Ausweises sein sowie insgesamt über eine 3-jährige Berufspraxis im Bereich Kodierung im 100% Pensum verfügen.
2. Um die Fälle in der entsprechenden Landessprache revidieren zu können, muss der Revisor entsprechende Sprachkenntnisse aufweisen.
3. Der Revisor verpflichtet sich zur regelmässigen, kodierungsbezogenen Fortbildung.

3.2. BfS-Liste der Revisoren²

1. Das BfS führt eine Liste mit sämtlichen Revisoren, welche die Anforderungen gemäss Punkt 3.1 erfüllen und die dem BfS einen Antrag zur Aufnahme in die Liste der Revisoren gestellt haben.
2. Das BfS veröffentlicht die aktualisierte Liste jeweils per 30.06. und per 31.12. jeden Jahres. Es kann ausführende Bestimmungen formulieren.

3.3. Verhaltenskodex des Revisors

3.3.1. Arbeitsweise

1. Der Revisor verpflichtet sich, die vom BfS herausgegebenen Kodierungsrichtlinien sach- und fachgerecht anzuwenden. Der Revisor kennt die nachfolgend aufgeführten Revisionsrichtlinien und handelt nach ihnen.
2. Der Revisor ist sich bewusst, dass sein Urteil für das revidierte Spital Auswirkungen haben kann. Diese Auswirkungen sind jedoch nicht Bestandteil der Revision und dürfen sein Verhalten und seine Feststellungen im Revisionsbericht nicht beeinflussen.

3.3.2. Schweigepflicht

1. Die vom Revisor gemachten Wahrnehmungen bzw. die während der Prüfungstätigkeit als Revisor in Erfahrung gebrachten Inhalte sind vertraulich und binden den Revisor dauerhaft an seine Schweigepflicht gegenüber Dritten. Eine weitere Verwendung der Ergebnisse ist nicht erlaubt.

3.3.3. Unabhängigkeit

1. Der Revisor gewährleistet seine Unabhängigkeit vom revidierten Spital und bestätigt diese im Revisionsbericht. Dies bedeutet insbesondere, dass er während der Revisionsperiode und während der Dauer der Revision nicht als Kodierer im revidierten Spital tätig sein darf und auch in keinem anderen Anstellungs- oder Mandatsverhältnis oder in anderweitig finanziellen Abhängigkeiten mit dem revidierten Spital stehen darf. Allfällige Abhängigkeiten von einem Kostenträger sind offen zu legen.

¹ Zu Gunsten einer guten Lesbarkeit wird darauf verzichtet, jeweils die männliche und weibliche Form zu verwenden.

² Sollte das BfS wider Erwarten die Liste nicht führen wollen, muss durch die Parteien eine andere Stelle bezeichnet werden.

4. Revisionsrichtlinien

4.1. Grundsätze

4.1.1. Inhalt der Kodierrevision

- ^{1.} Mit der Kodierrevision wird die Kodierqualität eines Spitals überprüft. Die Resultate werden in einem Bericht festgehalten.
- ^{2.} Die vorliegenden Revisionsrichtlinien umfassen die schweizweit einheitlich definierten Anforderungen an die Kodierrevision.
- ^{3.} Die Tarifpartner können darüber hinausgehende Revisionsinhalte vereinbaren, welche jedoch die hier geregelte Kodierrevision nicht beeinträchtigen dürfen. Ebenso sind weitergehende Prüfungen auf kantonalem Recht möglich

4.1.2. Jährliche Revision

- ^{1.} Die Kodierrevision findet jährlich statt und kann in Absprache in zwei Etappen durchgeführt werden. Es wird jedoch in jedem Fall nur ein Revisionsbericht erstellt, der die Ergebnisse der beiden Etappen beinhaltet.

4.1.3. Revisionsgrundlagen

- ^{1.} Die Revision richtet sich
 - a) nach den vom BfS herausgegebenen Kodierungsgrundlagen (darunter fallen insbesondere das Kodierungshandbuch und die Diagnosen- und Prozedurenklassifikationen in denjenigen Versionen, wie sie für die überprüfte Periode vorgegeben waren) und
 - b) nach den in der Revisionsperiode gültigen Regeln über die Anwendung von SwissDRG.
- ^{2.} Die für das Revisionsjahr gültigen Grouper- und Fallgewichtsversionen sind auszuweisen.
- ^{3.} Jeder Fall wird aufgrund der vollständigen Krankengeschichte geprüft.

4.1.4. Mandatierung des Revisors

- ^{1.} Der Revisor wird gemeinsam von den Vertragsparteien bestimmt. Die Spitäler haben ein Vorschlagsrecht. Können sich die Vertragsparteien nicht einigen, wird der Revisor hoheitlich vom Kanton bestimmt.

4.1.5. Finanzierung der Revision

- ^{1.} Die Kosten der Revision gehen zu Lasten des revidierten Spitals, fliessen jedoch als anrechenbare Kosten in die Tariffberechnung ein.

4.1.6. Ort der Revision

- ^{1.} Die Revision wird in der Regel im Spital durchgeführt. Das Spital stellt für die Durchführung der Kodierrevision geeignete Räumlichkeiten zur Verfügung.
- ^{2.} Sind alle für die Revision notwendigen Dokumente elektronisch verfügbar, kann die Revision auch extern erfolgen. Dabei sind die datenschutzrechtlichen Bestimmungen einzuhalten.

4.1.7. Revisionstermine

1. Die Revisionstermine werden zwischen dem Revisor und dem Spital unter Beachtung des Abgabetermins des Revisionsberichts vereinbart.

4.2. Durchführung der Revision

4.2.1. Vollständigkeitserklärung

1. Das Spital ist verpflichtet, dem Revisor bei Beginn der Kodierrevision eine Vollständigkeitserklärung auszuhändigen, in der bestätigt wird, dass dem Revisor alle nach SwissDRG fakturierten Fälle des Berichtsjahres für die Stichprobenziehung zugestellt wurden.

4.2.2. Ziehung der Stichprobe

1. Die Stichprobe wird nach dem Zufallsprinzip gezogen und basiert auf den Austritten von somatischen Akutpatienten in der Revisionsperiode, die nach SwissDRG abgerechnet wurden. Fällt ein gezogener Fall unter den Sachverhalt einer Fallzusammenführung mit einem oder mehreren anderen Fällen, so erstreckt sich die Revision des Falles stets auf alle unter die Fallzusammenführung fallenden Aufenthalte.
2. Die Details zur Bestimmung der Stichprobe sind in Anhang 1 geregelt.
3. Die Stichprobenziehung erfolgt durch den Revisor in Zusammenarbeit mit dem Spital.
4. Die Bekanntgabe der Stichprobe (Mitteilung der Revisionsfälle an das Spital) erfolgt mindestens 10 bis höchstens 15 Kalendertage vor der Revision.
5. Falls zum Zeitpunkt der Revision in mehr als 5% der Fälle im ersten Revisionsjahr, und 3 % der Fälle für die Folgejahre keine Akten vorliegen, muss gesamthaft eine neue Stichprobe gezogen werden. Im Weiteren hat das Spital das Fehlen der Patientenakten zu begründen. Beides ist im Revisionsbericht zu erwähnen.

4.2.3. Revisionsverfahren

1. Der Revisor stellt sicher, dass die vom Spital vorgelegten Fälle mit derjenigen aus der Stichprobe übereinstimmen.
2. Der Revisor kodiert jeden Fall der Stichprobe anhand des vollständigen Patientendossiers (Austrittsbericht, Operationsberichte, Pathologieberichte, Endoskopiebericht, Pflegedokumentation, etc.).
3. Die Kodierrevision erfolgt anhand der Patientendossiers einzelfallbezogen als Nachkodierung, d.h. die Ursprungskodierung ist bekannt.
4. Der Revisor überprüft ebenfalls, ob die ursprüngliche Kodierung des Spitals mit der Rechnungsstellung kongruent ist.

4.2.4. Schema für die Beurteilung der Kodierung des Spitals (Fehlertypologie)

Die Kodierung wird beurteilt als:

- **"richtig"**, wenn die zwei Codes identisch sind (d.h., wenn **alle** Stellen der Codes identisch sind).
- **"falsch"** wenn Unterschiede bei einer Stelle des ICD-10 oder CHOP vorliegen.
- **"fehlend"**
- **"ungerechtfertigt"**
- **"unnötig"**

Die Typologie der Fehler wird in der folgenden Tabelle rekapituliert:

Fehlertyp	Diagnosekode (ICD-10)	Behandlungskode (CHOP)
richtig	😊😊😊.😊😊	😊😊.😊😊.😊😊
falsch 1. Stelle	🤔😊😊.😊😊	🤔😊.😊😊.😊😊
falsch 2. Stelle	😊🤔😊.😊😊	😊🤔.😊😊.😊😊
falsch 3. Stelle	😊😊🤔.😊😊	😊😊.🤔😊.😊😊
falsch 4. Stelle	😊😊😊.🤔😊	😊😊.😊🤔.😊😊
falsch 5. Stelle	😊😊😊.😊🤔	😊😊.😊😊.🤔😊
falsch 6. Stelle	-	😊😊.😊😊.😊🤔
fehlender Kode	Der Diagnosekode wird nicht angegeben, obwohl die entsprechende Diagnose in den für die Kodierung verwendeten Dokumenten erwähnt ist und für die Hospitalisierung von Belang ist.	Der Behandlungskode wird nicht angegeben, obwohl die entsprechende Behandlung in den für die Kodierung verwendeten Dokumenten erwähnt ist und während der Hospitalisierung vorgenommen wurde.
ungerechtfertigter Kode	Der Diagnosekode wird angegeben, obwohl die entsprechende Diagnose in den für die Kodierung verwendeten Dokumenten nicht erwähnt ist oder für die Hospitalisierung nicht von Belang ist.	Der Behandlungskode wird angegeben, obwohl die entsprechende Behandlung in den für die Kodierung verwendeten Dokumenten nicht erwähnt ist oder für die Hospitalisierung nicht von Belang ist.
unnötiger Kode	Der Diagnosekode wird angegeben, obwohl die Information bereits in einem anderen Kode enthalten ist oder der Kode gemäss Kodierrichtlinien des BfS nicht kodiert werden muss.	Der Behandlungskode wird angegeben, obwohl die Information bereits in einem anderen Kode enthalten ist oder der Kode gemäss Kodierrichtlinien des BfS nicht kodiert werden muss.

4.2.5. Erstellung des Revisionsberichts

- Die Ergebnisse der Kodierrevision werden schriftlich festgehalten und mit dem Kodierverantwortlichen des Spitals nach Abschluss der Revision besprochen. Der provisorische Revisionsbericht wird dem Spital mit einer Frist von 10 Arbeitstagen zur Stellungnahme zugestellt. Anschliessend erstellt der Revisor den definitiven Revisionsbericht zu Handen des Spitals.
- Die Details zum Revisionsbericht sind in Kapitel 5 und Anhang 2 geregelt.

4.2.6. Vorgehen bei Uneinigkeit

1. Falls das Spital mit einer Kodierung des Revisors oder anderen Feststellungen, die der Revisor während seiner Tätigkeit gemacht hat, nicht einverstanden ist und auch im Gespräch keine Einigung erzielt werden kann, so gilt für die Erstellung des Revisionsberichts die Beurteilung und Kodierung des Revisors.
2. Der Revisor und das Spital können die umstrittene Kodierung gemeinsam dem Kodierungssekretariat des BfS zur Beurteilung vorlegen. Die Antwort erfolgt innerhalb 30 Tagen nach Erhalt der Anfrage. Auch in diesem Fall gilt, dass für den Revisionsbericht die Position des Revisors massgeblich ist. Die Differenz ist unabhängig von einer allfälligen Beurteilung durch das BfS im Revisionsbericht aufzuführen.

5. Revisionsbericht

5.1. Inhalt des Revisionsberichts

1. Die Resultate der Revision werden im Revisionsbericht festgehalten. Die Angaben im Revisionsbericht dürfen keine Rückschlüsse auf die Identität von Patienten zulassen.
2. Der Revisionsbericht muss die Formvorschriften gemäss Anhang 2 einhalten und umfasst folgende Bestandteile:
 1. Bericht über die Kodierrevision
 2. Revisionsdatensätze

5.2. Verwendung und Veröffentlichung des Revisionsberichts

1. Das Spital muss die wesentlichen Aussagen des Revisionsberichts öffentlich zugänglich machen. Es steht dem Spital frei, den gesamten Revisionsbericht zu publizieren.
2. Im Rahmen der Übermittlung der Revisionsdatensätze ist die Anonymität der Patientendaten jederzeit sicherzustellen, so dass kein Rückschluss auf die Patientenidentität möglich ist.
3. Anspruch auf den gesamten Revisionsbericht inklusive den Revisionsdatensätzen haben folgende Empfänger:

Empfänger	Rechte des Berichtsempfängers
Revidiertes Spital	Kann frei über die Inhalte verfügen
Standortkanton	Mit Recht zur Weiterleitung an kantonsinterne Stellen
H+	Durch die Spitäler / H+ zu bestimmen.
santésuisse	Mit Recht zur Weiterleitung des gesamten Berichts an alle Krankenversicherer
MTK	Mit Recht zur Weiterleitung des gesamten Berichts an die angeschlossenen Unfallversicherer, die Militärversicherung und die Invalidenversicherung.
GDK	Mit Recht zur Weiterleitung des gesamten Berichts an alle Kantone.

SwissDRG AG	Revisionsdatensätze für interne Auswertungen
Kodierungssekretariat des BfS	Revisionsdatensätze für interne Auswertungen

6. Status

Version 1.0 verabschiedet vom Verwaltungsrat der SwissDRG AG in Bern am 3. Dez. 2010.

Anhang 1:

1. Bestimmung der Stichprobengrösse

- a) Für die erste Revision nach SwissDRG wird die Stichprobengrösse auf 180 Fälle bei nicht-universitären Spitälern festgelegt. Für Universitäts-Spitäler beträgt der Stichprobenumfang 300 Fälle.
- b) Für die Revisionsjahre ab dem 2. Jahr gilt:
 - minimale Stichprobe: 100 Fälle
 - maximale Stichprobe: 300 Fälle
- c) Die verwendete Stichprobengrösse für eine Kodierrevision muss derart festgelegt werden, dass folgende Bedingung erfüllt ist: die Abweichung zwischen dem CMI der Einrichtung, der aufgrund der erfassten Codes vor der Revision berechnet wurde und dem CMI der Einrichtung, der aufgrund der durch den Revisor festgelegten Codes berechnet wurde, wird bewertet mit einer maximalen Fehlertoleranz von ± 0.05 und einem minimalen Vertrauensintervall von 95%.
- d) Um die Stichprobengrösse zu berechnen kann jede Methode, die auf den Gesetzen der Statistik beruht und dieser Bedingung Rechnung trägt, verwendet werden. Die zur Bestimmung der Stichprobengrösse verwendete Methode muss dokumentiert und wissenschaftlich validiert sein.

2. Ziehung der Stichprobe

- a. Für die Ziehung der Stichprobe werden gestützt auf die Kostengewichte Schichten gebildet, aus denen die Stichprobe proportional nach dem Zufallsprinzip gezogen wird.
- b. Dazu werden die Daten nach dem jeweiligen Kostengewicht sortiert und in gleich grosse Gruppen (Schichten) unterteilt.
- c. Die Schicht mit den grössten Kostengewichten wird aufgrund der noch grossen Varianz nochmals in gleich grosse Gruppen unterteilt.
- d. Die zu ziehende Stichprobe wird proportional auf die insgesamt gebildeten Schichten verteilt. Jede Schicht der Stichprobe ist somit im gleichen Verhältnis vertreten wie in der Grundgesamtheit.

Dabei ist zu beachten, dass nicht möglichst viele Schichten die besten Resultate bringen. Die besten Ergebnisse werden dann erzielt, wenn der Schicht mit den höchsten Kostengewichten (höchste Varianz der CW) am meisten Beachtung geschenkt wird. Zudem ist zu beachten, dass im Minimum pro Schicht 3 Fälle gezogen werden.