

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

Musterrevisionsbericht^{*}
Revision der Daten 2014
im Spital X

Version 4.0

^{*} Konkretisierung des statistischen Teils und der Beurteilungskriterien

Inhaltsverzeichnis

1	Zusammenfassung	4
1.1	Ausgangslage	4
1.2	Revisionsergebnisse im Überblick	4
1.3	Statistische Kennzahlen im Überblick	4
2	Leistungsübersicht des Spitals in der Berichtsperiode	5
2.1	Anzahl der stationär behandelten Fälle gesamte Institution	5
2.2	SwissDRG-Fälle	5
2.2.1	Nach Herkunftskanton und Versicherungsart	5
2.2.2	Nach Ausreisserkategorie und Versicherungsart	6
2.2.3	Nach Ausreisserkategorie und Herkunftskanton	6
2.3	CMI	7
2.3.1	Nach Ausreisserkategorie und Versicherungsart	7
2.3.2	Nach Ausreisserkategorie und Herkunftskanton	7
3	Durchführung der Revision	8
3.1	Berichtsperiode	8
3.2	Gültige Versionen	8
3.3	Berechnung und Ziehung der Stichprobe	8
3.4	Qualifikation des Revisors	8
3.5	Unabhängigkeit des Revisors	8
3.6	Bemerkungen	8
4	Feststellungen	9
4.1	Generelle Feststellungen	9
4.2	Patientendossiers	9
4.2.1	Anteil fehlender Krankengeschichten	9
4.2.2	Qualität der Dossierführung	9
4.3	Administrative Falldaten	9
4.4	Diagnosen und Behandlungen	9
4.4.1	Festgestellte Fehler	9
4.4.2	Anzahl der Kodierfehler nach Fehlertyp	9
4.4.3	Anzahl der falsch kodierten Codes mit Stellenangabe	9
4.4.4	Prozentsatz der Kodierfehler nach Fehlertyp	10
4.4.5	Prozentsatz der falsch kodierten Codes mit Stellenangabe	10
4.4.6	Zuweisung der Hauptdiagnose	10

4.4.7	Zuweisung der Zusatzdiagnose.....	10
4.5	Lateralität der Diagnosen und Prozeduren.....	10
4.6	Ambulante Behandlung auswärts	10
4.7	Basisdaten Intensivmedizin	10
4.8	Zusatzentgelte.....	10
4.9	Medikamente und Substanzen.....	10
4.10	DRG-Wechsel.....	11
4.10.1	Anzahl und Prozentsatz der Fälle mit DRG-Wechsel.....	11
4.10.2	Differenzen mit/ohne Vorlage an das BfS	11
4.11	CMI.....	11
4.12	CMI vor und nach der Revision (mit Angabe 95%-Vertrauensintervall)..	12
4.13	Standardabweichung der einzelnen Differenzen der Kostengewichte .	12
4.14	Fallzusammenführung	12
4.14.1	Festgestellte Fehler	12
4.14.2	Abweichung Kostengewicht	12
4.15	Kongruenz der Rechnungsstellung	13
4.15.1	Festgestellte Fehler	13
4.15.2	Abweichung Kostengewicht	13
4.16	Anzahl Nebendiagnosen und Behandlungen.....	13
4.16.1	Anzahl Nebendiagnosen/Patient.....	13
4.16.2	Anzahl Behandlungen/Patient.....	13
4.17	Vergleich mit früheren Revisionen.....	13
5	Empfehlungen.....	14
5.1	Empfehlungen für die Verbesserung der Kodierung im Spital.....	14
5.2	Empfehlungen für die Weiterentwicklung von SwissDRG	14
5.3	Weitere Hinweise des Revisors	14
6	Anmerkungen Spitaldirektion.....	15
Anhang 1.....		16
Anhang 2.....		17
Glossar.....		18

1 Zusammenfassung

1.1 Ausgangslage

1.2 Revisionsergebnisse im Überblick

CMI vor Revision		
CMI nach Revision		
Statistische Signifikanz der Abweichung des CMI vor und nach Revision	ja/nein	
Differenz des CMI vor und nach Revision	abs. Wert	%
Revidierte Fälle mit DRG-Wechsel	Anzahl	%
Richtige Hauptdiagnosen	Anzahl	%
Richtiger Zusatz zur Hauptdiagnose	Anzahl	%
Richtige Nebendiagnosen	Anzahl	%
Richtige Behandlungskodes	Anzahl	%

1.3 Statistische Kennzahlen im Überblick

Stichprobengrösse	Anzahl
Anteil fehlender Krankengeschichten	%

2 Leistungsübersicht des Spitals in der Berichtsperiode

2.1 Anzahl der stationär behandelten Fälle gesamte Institution

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 E					
.....					
Total					

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 Qualifikation des Revisors

3.5 Unabhängigkeit des Revisors

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

3.6 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

4.4 Diagnosen und Behandlungen

4.4.1 Festgestellte Fehler

4.4.2 Anzahl der Kodierfehler nach Fehlertyp

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

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							
Behandlungen							

4.4.4 Prozentsatz der Kodierfehler nach Fehlertyp

	richtig	falsch	fehlend	ungerechtfertigt	unnötig
Hauptdiagnose	%	%	%	%	%
Zusatz zur HD	%	%	%	%	%
Nebendiagnosen	%	%	%	%	%
Behandlungen	%	%	%	%	%

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	%	%	%	%	%	%	
Behandlungen	%	%	%	%	%	%	

4.4.6 Zuweisung der Hauptdiagnose

4.4.7 Zuweisung der Zusatzdiagnose

4.5 Lateralität der Diagnosen und Prozeduren

4.6 Ambulante Behandlung auswärts

4.7 Basisdaten Intensivmedizin

Künstliche Beatmung, Schweregrad

4.8 Zusatzentgelte

4.9 Medikamente und Substanzen

Liste der auf Fallebene in der medizinischen Statistik erfassbaren Medikamente und Substanzen

4.10 DRG-Wechsel

4.10.1 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		%		%		%

4.10.2 Differenzen mit/ohne Vorlage an das BfS

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

4.11 CMI

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

4.12 CMI vor und nach der Revision (mit Angabe 95%-Vertrauensintervall)^{†‡}

\bar{x}_h	\bar{y}_h	\bar{z}_h^-	\bar{z}_h	\bar{z}_h^+	\hat{R}_h^-	\hat{R}_h	\hat{R}_h^+

4.13 Standardabweichung der einzelnen Differenzen der Kostengewichte§

$s(z_h)$

4.14 Fallzusammenführung

4.14.1 Festgestellte Fehler

4.14.2 Abweichung Kostengewicht

[†] Schliessen die Vertrauensbereiche den Wert "0" ein, bedeutet dies, dass es keine statistisch signifikante Abweichung des CMI vor und nach Revision gibt.

[‡] Spalte \bar{x}_h gibt den CMI des Spitals vor der Revision an.

Spalte \bar{y}_h gibt den CMI des Spitals nach der Revision an.

Die Spalten \bar{z}_h^- \bar{z}_h \bar{z}_h^+ geben folgende Werte an: \bar{z}_h^- ist die Untergrenze des 95 %-igen Vertrauensbereichs, \bar{z}_h ist die Differenz zwischen dem CMI nach Revision und dem CMI vor Revision und \bar{z}_h^+ ist die Obergrenze des 95 %-igen Vertrauensbereichs.

Die Spalten \hat{R}_h^- \hat{R}_h \hat{R}_h^+ geben folgende prozentualen Werte an: \hat{R}_h^- ist die Untergrenze des 95 %-igen Vertrauensbereichs, \hat{R}_h gibt das Verhältnis der Differenz zwischen dem CMI nach Revision und dem CMI vor Revision \bar{z}_h zum CMI vor Revision \bar{x}_h an: $\hat{R}_h = \bar{z}_h / \bar{x}_h$ und \hat{R}_h^+ ist die Obergrenze des 95 %-igen Vertrauensbereichs.

[§] Die Standardabweichung der einzelnen Differenzen der Kostengewichte $s(z_h)$ wird benötigt für die korrekte Bestimmung der Stichprobengrösse im Folgejahr.

4.15 Kongruenz der Rechnungsstellung

4.15.1 Festgestellte Fehler

4.15.2 Abweichung Kostengewicht

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

4.16 Anzahl Nebendiagnosen und Behandlungen

4.16.1 Anzahl Nebendiagnosen/Patient

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

4.16.2 Anzahl Behandlungen/Patient

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

4.17 Vergleich mit früheren Revisionen

Werte des Spitals in früheren Jahren.

5 Empfehlungen

5.1 Empfehlungen für die Verbesserung der Kodierung im Spital

5.2 Empfehlungen für die Weiterentwicklung von SwissDRG

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