

Reglement

für die Durchführung der Kodierrevision

unter TARPSY

Version 1.0

Stand: 01.12.2016

mit Anhang 1 Stichprobe und Anhang 2 Musterrevisionsbericht

Inhalt

1.	Einleitung.....	3
2.	Ziele und Grundsätze der Kodierrevision	3
3.	Anforderungen an den Revisor	3
3.1.	Qualifikation	3
3.2.	BfS-Liste der Revisoren.....	4
3.3.	Verhaltenskodex des Revisors.....	4
3.3.1.	Arbeitsweise	4
3.3.2.	Schweigepflicht	4
3.3.3.	Unabhängigkeit	4
4.	Revisionsrichtlinien	5
4.1.	Grundsätze	5
4.1.1	Datenschutz.....	5
4.1.2.	Inhalt der Kodierrevision	5
4.1.3.	Jährliche Revision	5
4.1.4.	Revisionsgrundlagen	5
4.1.5.	Mandatierung des Revisors.....	5
4.1.6.	Finanzierung der Revision	5
4.1.7.	Ort der Revision.....	5
4.1.8.	Revisionstermine	6
4.2.	Durchführung der Revision	6
4.2.1.	Vollständigkeitserklärung.....	6
4.2.2.	Ziehung der Stichprobe	6
4.2.3.	Revisionsverfahren	6
4.2.4.	Schema für die Beurteilung der Kodierung des Spitals (Fehlertypologie)	7
4.2.5.	Erstellung des Revisionsberichts	9
4.2.6.	Vorgehen bei Uneinigkeit.....	9
5.	Revisionsbericht	9
5.1.	Inhalt des Revisionsberichts	9
5.2	Verwendung und Veröffentlichung des Revisionsberichts	9
6.	Status.....	10
	Anhang 1 Stichprobe	11

1. Einleitung

Das Patienten-Klassifikationssystem TARPSY wird zum 1. Januar 2018 in den Spitälern der stationären Psychiatrie¹ der Schweiz eingeführt.

Die Partner der SwissDRG AG, insbesondere die Tarifparteien, erachten eine nationale einheitliche Umsetzung der Kodierrevision für TARPSY als unabdingbar. Das Reglement und der Musterrevisionsbericht sind Bestandteile einer national einheitlichen Anwendung der Tarifstruktur TARPSY.

Es laufen die Abklärungen mit BAG/EDI betreffend der gesetzlichen Grundlage für eine Revision der Kodierung unter TARPSY.

2. Ziele und Grundsätze der Kodierrevision

Die tarifwirksame Anwendung von TARPSY 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 TARPSY 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. Juni für Gültigkeit im Nachfolgejahr ab.

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

Die Dokumente werden ins Französische und Italienische übersetzt. Bei Unklarheiten gilt die deutsche Version.

3. Anforderungen an den Revisor²

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

¹Zu Gunsten einer guten Lesbarkeit nachfolgend als „Spitäler“ aufgeführt.

²Zu Gunsten einer guten Lesbarkeit wird darauf verzichtet, jeweils die männliche und weibliche Form zu verwenden.

im 100% Pensum verfügen. Der Revisor muss eine psychiatriespezifische Weiterbildung im Bereich Kodierung nachweisen können (Anwendung der Kodierungsregeln für HoNOS/CA / ANQ-Anforderung an HoNOS/CA). Als Übergangslösung (bis Revision der Daten 2019) wird anstelle der psychiatriespezifischen Kodier-Weiterbildung auch eine mindestens 1-jährige (100% Anstellungsgrad) Berufserfahrung in der Psychiatrie akzeptiert.

2. Um die Fälle in der entsprechenden Landessprache revidieren zu können, muss der Revisor entsprechende Sprachkenntnisse aufweisen.
3. Der Revisor verpflichtet sich zur regelmässigen, kodierungs- und psychiatriebezogenen Fortbildung.

3.2. BfS-Liste der Revisoren

1. Das Bundesamt für Statistik (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 sowie den Anhang „TARPSY“ im Kodierungshandbuch 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 sowohl der Revisor als auch die Revisionsfirma während der Revisionsperiode und während der Dauer der Revision 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.

4. Revisionsrichtlinien

4.1. Grundsätze

4.1.1 Datenschutz

Die Abklärungen mit dem BAG/EDI bezüglich Datenschutzvorschriften sind aufgenommen.

4.1.2. Inhalt der Kodierrevision

1. Mit der Kodierrevision werden die Kodierqualität und die daraus resultierende Rechnungsstellung nach TARPSY 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.

4.1.3. Jährliche Revision

1. Die Kodierrevision findet für jedes Datenjahr X statt und muss bis am 31. Mai des Jahres X+2 abgeschlossen sein. Die Kodierrevision kann in Absprache in zwei Etappen durchgeführt werden. Es wird jedoch in jedem Fall nur ein Revisionsbericht erstellt, der die summierten Ergebnisse der beiden Etappen beinhaltet.

4.1.4. Revisionsgrundlagen

1. Die Revision richtet sich:
 - a) nach den vom BfS herausgegebenen Kodierungsgrundlagen (das Kodierungshandbuch inkl. Anhang „TARPSY“, und die Diagnosen- und Prozedurenklassifikationen in denjenigen Versionen, wie sie für die überprüfte Periode vorgegeben waren)
 - b) nach den in der Revisionsperiode gültigen Regeln über die Anwendung von TARPSY.
2. Die für das Revisionsjahr gültige Grouper- und PCG-Katalogversion mit den Kostengewichten ist auszuweisen.
3. Jeder Fall wird aufgrund der vorliegenden Dokumentation (gemäss 4.2.3. Abs. 2 und 3) geprüft.

4.1.5. Mandatierung des Revisors

1. Der Revisor wird gemeinsam von den Vertragsparteien bestimmt. Das Spital hat unter Einhaltung der in Ziffer 3.3.3 aufgeführten Kriterien zur Unabhängigkeit ein Vorschlagsrecht. Können sich die Vertragsparteien nicht einigen, wird der Revisor hoheitlich vom Kanton bestimmt.

4.1.6. Finanzierung der Revision

1. Die Kosten der Revision gehen zu Lasten des revidierten Spitals, fliessen jedoch als anrechenbare Kosten in die Tarifberechnung ein.

4.1.7. 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.

4.1.8. 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 Vollständigkeits-erklärung auszuhändigen, in der bestätigt wird, dass dem Revisor alle nach TARPSY fakturierten Fälle des Berichtsjahres für die Stichprobenziehung zugestellt wurden.
2. Das Spital teilt dem Revisor eine allfällige Veränderung der zugestellten Daten im Rahmen einer Rechnungsänderung unaufgefordert vor Beginn der Revisionstätigkeit mit.

4.2.2. Ziehung der Stichprobe

1. Die Stichprobe wird so festgelegt, dass sie basierend auf statistischen Grundprinzipien Aussagen über die Grundgesamtheit erlaubt.
2. Die Stichprobe wird nach dem Zufallsprinzip gezogen und basiert auf den Austritten von Patienten mit Aufhalten in der stationären Psychiatrie in der Revisionsperiode, die nach TARPSY 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. Wurden bei der Kodierrevision solche Fälle getrennt, die vom Spital zusammengeführt wurden bzw. wurden bei der Kodierrevision Fälle zusammengeführt, die vom Spital nicht zusammengeführt wurden und diese Fälle sind nicht in der Stichprobe enthalten, so sind die Ergebnisse separat im Revisionsbericht darzustellen. Diese Fälle dürfen nicht in die Berechnung der normalen Stichprobenfälle einbezogen werden. Die Anzahl der ausgewiesenen Fälle der Stichprobe kann somit um die Anzahl der unkorrekten Fallzusammenführungen differieren.
3. Die Details zur Bestimmung der Stichprobe sind in Anhang 1 geregelt.
4. Die Stichprobenziehung erfolgt durch den Revisor in Zusammenarbeit mit dem Spital.
5. Die Bekanntgabe der Stichprobe (Mitteilung der Revisionsfälle an das Spital) erfolgt mindestens 10 bis höchstens 15 Kalendertage vor der Revision.
6. Falls zum Zeitpunkt der Revision in mehr als 1% der Fälle keine Dokumente gemäss 4.2.3 Abs. 2 und 3 vorliegen, muss gesamthaft eine neue Stichprobe gezogen werden. Für die Revision des Datenjahres 2018 muss gesamthaft eine neue Stichprobe gezogen werden, falls in mehr als 3% der Fälle keine Dokumente gemäss 4.2.3 Abs. 2 und 3 vorliegen. Im Weiteren hat das Spital das Fehlen der Dokumente zu begründen. Beides ist im Revisionsbericht zu erwähnen.

4.2.3. Revisionsverfahren

1. Der Revisor stellt sicher, dass die vom Spital vorgelegten Fälle mit denjenigen aus der Stichprobe übereinstimmen.

2. Dem Revisor müssen die identischen Patientenakten zur Verfügung gestellt werden, welche für die Kodierung zur Rechnungsstellung verwendet wurden.
3. Die Kodierrevision erfolgt bis auf weiteres anhand sämtlicher notwendiger Unterlagen, welche für die Kodierung der relevanten Grouper-Variablen TARPSY beigezogen wurden. Dies Einzelfall bezogen als Nachkodierung, d.h. die Ursprungskodierung ist bekannt.
4. Der Revisor überprüft ebenfalls, ob die ursprüngliche Kodierung des Spitals mit der Rechnungsstellung kongruent ist.
5. Im ersten Jahr nach der Inkraftsetzung (2019, Daten 2018) wird die Regelung der Datenbasis in Kap. 4.2.3. für die Kodierrevision überprüft und wenn notwendig verbessert.

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

Die Kodierung der Diagnose- und Behandlungscodes (nur CHOP für HoNOS/CA) 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-Codes zur Kodierung des HoNOS/CA vorliegen.
- „**fehlend**“
- „**ungerechtfertigt**“
- „**unnötig**“

Die Typologie der Fehler wird in den folgenden Tabellen rekapituliert:

Fehlertyp	Diagnosekode (ICD-10)	CHOP zur Kodierung von HoNOS/CA
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.

Fehlertyp	Diagnosecode (ICD-10)	CHOP zur Kodierung von HoNOS/CA
unnötiger Kode / unnötige Erfassung	Der Diagnosecode wird angegeben, obwohl die Information bereits in einem anderen Code enthalten ist oder der Code gemäss Kodierungsrichtlinien des BfS nicht kodiert werden muss.	Der Behandlungskode wird angegeben, obwohl die Information bereits in einem anderen Code enthalten ist oder der Code gemäss Kodierungsrichtlinien des BfS nicht kodiert werden muss.

Die Kodierung der HoNOS bzw. HoNOSCA Items wird beurteilt als:

- „richtig“
- „falsch“
- „fehlend“
- „Erfassungszeitpunkt nicht korrekt“

Fehlertyp	HoNOS	HoNOSCA
Richtig	☺ Das Item wurde innerhalb des vom Kodierungshandbuch vorgegebenen Zeitrahmens erfasst und die zugewiesene Symptomschwere ist anhand der für die Kodierung verwendeten Dokumentation ³ nachvollziehbar und reproduzierbar.	☺ Das Item wurde innerhalb des vom Kodierungshandbuch vorgegebenen Zeitrahmens erfasst und die zugewiesene Symptomschwere ist anhand der für die Kodierung verwendeten Dokumentation ³ nachvollziehbar und reproduzierbar.
Falsch	☹ Das Item wird mit einem Wert kodiert, der nicht mit den Informationen vereinbar ist, die sich in den für die Kodierung verwendeten Dokumenten befinden.	☹ Das Item wird mit einem Wert kodiert, der nicht mit den Informationen vereinbar ist, die sich in den für die Kodierung verwendeten Dokumenten befinden.
fehlend	Das Item wird nicht kodiert, obwohl die Symptomintensität in den für die Kodierung verwendeten Dokumenten aufgeführt ist und für die Hospitalisation von Belang ist.	Das Item wird nicht kodiert, obwohl die Symptomintensität in den für die Kodierung verwendeten Dokumenten aufgeführt ist und für die Hospitalisation von Belang ist.

³ Die Mindestanforderung an die Dokumentation von HoNOS/CA entsprechen den Vorgaben des Anhangs TARPSY zum Kodierungshandbuch: In den Dokumenten gemäss 4.2.3 Abs. 2 und 3 muss die ärztliche Einschätzung des Symptomschweregrades dokumentiert sein, um eine Nachvollziehbarkeit des Wertes sicher zu stellen.

Fehlertyp	HoNOS	HoNOSCA
Erfassungszeitpunkt nicht korrekt	Das Item wurde nicht in dem vom Kodierungshandbuch vorgeschriebenen Zeitrahmen erhoben.	Das Item wurde nicht in dem vom Kodierungshandbuch vorgeschriebenen Zeitrahmen erhoben.

4.2.5. Erstellung des Revisionsberichts

1. Die Ergebnisse der **Kodierrevision** werden schriftlich festgehalten und mit dem Kodierverantwortlichen des Spitals nach Abschluss der Revision besprochen.
2. Der provisorische Revisionsbericht wird dem Spital mit einer Frist von 10 Arbeitstagen zur Stellungnahme zugestellt.
3. Anschliessend erstellt der Revisor den definitiven Revisionsbericht zuhanden des Spitals.
4. 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 Kodierungs-sekretariat 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 als „Zusammenfassung“ (Seite 4 Musterrevisionsbericht) vorgenommenen Beurteilungen als wesentliche Aussagen des Revisionsberichts zugänglich machen. Es steht dem Spital frei, den gesamten Revisionsbericht zu publizieren.

2. Im Rahmen der Übermittlung der Revisionsdatensätze ist die Anonymität der Patienten-daten jederzeit sicherzustellen, so dass kein Rückschluss auf die Patientenidentität möglich ist.
3. Anspruch auf den gesamten signierten Revisionsbericht im pdf Format inklusive den Revisionsdatensätzen im dat Format 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. Zustelladresse: caroline.piana@hplus.ch
santésuisse	Mit Recht zur Weiterleitung des gesamten Berichts an alle Krankenversicherer. Zustelladresse: mail@santesuisse.ch, Betreff: "Bericht der Kodierrevision"
MTK	Mit Recht zur Weiterleitung des gesamten Berichts an die angeschlossenen Unfallversicherer, die Militärversicherung und die Invalidenversicherung. Zustelladresse: info@zmt.ch
GDK	Mit Recht zur Weiterleitung des gesamten Berichts an alle Kantone. Zustelladressen: revisionsberichte@gdk-cds.ch oder rapportcodage@gdk-cds.ch
SwissDRG AG	ohne Recht zur Weiterleitung. Zustelladresse: tarpsy@swissdrg.org
Kodierungssekretariat des BFS	Recht auf Anforderung bei Bedarf. Ohne Recht zur Weiterleitung

4. Für den Versand des Revisionsberichts und der Revisionsdatensätze an die oben genannten Empfänger zeichnet sich das Spital verantwortlich. Das Spital kann den Versand an den Revisor bzw. die Revisionsfirma delegieren.

6. Status

Version 1.0 verabschiedet vom Verwaltungsrat der SwissDRG AG in Bern am 01.12.2016.

Anhang 1 Stichprobe

Die Methoden zur Bestimmung der Stichprobengrösse sowie zur Stichprobenziehung müssen auf statistischen Grundsätzen beruhen, dokumentiert werden und wissenschaftlich validiert sein. Dabei wird die Stichprobe so festgelegt, dass sie Aussagen über die Grundgesamtheit erlaubt. Es muss insbesondere gewährleistet sein, dass eine zu definierende Abweichung zwischen dem DMI der Einrichtung vor Revision und dem auf den Codes des Revisors beruhenden DMI der Einrichtung bei einem festzulegenden Vertrauensniveau entdeckt wird.⁴

⁴ Die Arbeitsgruppe Kodierrevision zieht statistische Experten bei, um den Anhang 1 bis im Frühjahr 2017 so zu konkretisieren, dass im Hinblick auf die Revision des Datenjahrs 2018 einheitliche statistische Anforderungen gewährleistet werden können.