

Version 7.0 / 01.06.2018

Anhang 2 zum Reglement für die Durchführung der Kodierrevision unter SwissDRG

Musterrevisionsbericht¹

Revision der Daten 2018

im Spital X

Version 7.0

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.

Inhaltsverzeichnis

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

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>CMI</i>	11
	<i>Anzahl und Prozentsatz unspezifischer Codes an der Spitalkodierung</i>	11
	<i>Anzahl Nebendiagnosen/Patient</i>	11
	<i>Anzahl Behandlungen/Patient</i>	11
	<i>Anzahl DRG-Fallgruppen</i>	11
	<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 ICM-Behandlung</i>	12
	<i>Anzahl und Prozentsatz Fälle mit externen ambulanten Leistungen</i>	12
2.4	<i>Intensivmedizin</i>	12
2.4.1	<i>Abgrenzung Intensivmedizin/Intermediate Care Unit</i>	12
2.4.2	<i>Basisdaten Intermediate Care Unit</i>	12
	<i>NEMS</i>	12
	<i>Schweregrad</i>	13
2.4.3	<i>Basisdaten Intensivmedizin</i>	13
	<i>Maschinelle Beatmungen</i>	13
	<i>NEMS</i>	13
	<i>Schweregrad</i>	13
2.5	<i>Zusatzentgelte</i>	13
2.6	<i>Medikamente und Substanzen</i>	14
2.7	<i>DRG-Wechsel</i>	14
2.7.1	<i>Anzahl und Prozentsatz der Fälle mit DRG-Wechsel</i>	14
2.7.2	<i>Differenzen mit/ohne Vorlage an das BfS</i>	14
2.8	<i>Kostengewichte</i>	14
2.8.1	<i>Schätzung des CMI des Spitals vor und nach Revision</i>	14
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 Empfehlungen für die Weiterentwicklung von SwissDRG	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 und mit PCCL ≤ 2.....	22
Prozentsatz der Fälle mit über 5 Tage Aufenthaltsdauer und mit R-Hauptdiagnosekode.....	22

Zusammenfassung

Revisionsergebnisse im Überblick

Stichprobengrösse	Anzahl	
CMI des Spitals vor Revision (Grundgesamtheit)		
Geschätzter CMI des Spitals nach Revision (Stichprobe) ²		
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 ³	Anzahl	%
Richtiger Zusatz zur Hauptdiagnose ³	Anzahl	%
Richtige Nebendiagnosen	Anzahl	%
Richtige Hauptbehandlungen ³	Anzahl	%
Richtige Nebenbehandlungen	Anzahl	%
Revidierte Fälle mit richtigen Basisdaten Intensivmedizin	Anzahl	%
Revidierte Fälle mit richtigem Basisdatensatz Intermediate Care Unit	Anzahl	%
Richtige Zusatzentgelte	Anzahl	%
Richtige Medikamente und Substanzen	Anzahl	%
Beanstandete Fallzusammenführungen	Anzahl	%
Fehlende Krankengeschichten	Anzahl	%
Richtig erfasste externe ambulante Leistungen	Anzahl	%

Kennzahlenvergleich Grundgesamtheit und Stichprobe^{4,5}

	Grundgesamtheit		Stichprobe	
	Anzahl	%	Anzahl	%
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 einer gewichteten Stichprobe (dies gilt auch für geschichtete Stichprobenziehungen, bei welchen die Fälle nicht mit gleicher Wahrscheinlichkeit in die Stichprobe aufgenommen werden) muss der gewichtete Schätzer ausgewiesen werden.

³ 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).

⁴ Die Angaben beziehen sich jeweils auf die Daten vor Revision (z.B. CMI: es werden die effektiven Kostengewichte vor Revision betrachtet).

⁵ Falls eine gewichtete Stichprobenziehung durchgeführt wurde (dies gilt auch für geschichtete Stichprobenziehungen, bei welchen die Fälle nicht mit gleicher Wahrscheinlichkeit in die Stichprobe aufgenommen werden), so sind sowohl die gewichteten als auch die ungewichteten Werte auszuweisen.

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^{6,7}

2.1 Generelle Feststellungen

2.2 Administrative Grundlagen

2.2.1 Patientendossiers

Prozentsatz 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		%
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		%

2.2.3 Fallkombinationsfehler (Fallsplitt, Fallzusammenführung)

Festgestellte Fehler

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

⁶ Falls eine gewichtete Stichprobenziehung durchgeführt wurde (dies gilt auch für geschichtete Stichprobenziehungen, bei welchen die Fälle nicht mit gleicher Wahrscheinlichkeit in die Stichprobe aufgenommen werden), müssen die Resultate in Kapitel 2.3.8 gewichtet und ungewichtet ausgewiesen werden.

⁷ Die Anzahl bzw. der Prozentsatz in den Kapiteln 2.2.2 Administrative Falldaten, 2.3 Diagnosen und Behandlungen, 2.4 Intensivmedizin, 2.5 Zusatzentgelte, 2.6 Medikamente und Substanzen, 2.7 DRG-Wechsel bezieht sich auf die Fälle der Stichprobe.

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 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	%	%	%	%	%	%	

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^{8,9,10}

CMI

CMI der Stichprobe, ungewichtet	
CMI der Stichprobe, gewichtet	
CMI der Grundgesamtheit	

Anzahl und Prozentsatz unspezifischer Codes an der Spalkodierung

	unspezifische Codes ¹¹ der Grundgesamtheit		unspezifische Codes der Stichprobe	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Diagnosen				
Behandlungen				

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)	

⁸ Angaben beziehen sich jeweils auf nicht revidierte Daten.

⁹ Die Angaben beziehen sich jeweils auf die Daten vor Revision (z.B. CMI: es werden die effektiven Kostengewichte vor Revision betrachtet).

¹⁰ Falls eine gewichtete Stichprobenziehung durchgeführt wurde (dies gilt auch für geschichtete Stichprobenziehungen, bei welchen die Fälle nicht mit gleicher Wahrscheinlichkeit in die Stichprobe aufgenommen werden), so sind sowohl die gewichteten als auch die ungewichteten Werte auszuweisen.

¹¹ 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 Zusatzentgelte und Anzahl und Prozentsatz Fälle mit Zusatzentgelt

Zusatzentgelte (Stichprobe)	Anzahl	
Zusatzentgelte (Grundgesamtheit)	Anzahl	
Fälle mit Zusatzentgelten (Stichprobe)	Anzahl	%
Fälle mit Zusatzentgelten (Grundgesamtheit)	Anzahl	%

Anzahl und Prozentsatz Fälle mit erfassten Beatmungen

Fälle mit erfassten Beatmungen (Stichprobe)	Anzahl	%
Fälle mit erfassten Beatmungen (Grundgesamtheit)	Anzahl	%

Anzahl und Prozentsatz Fälle mit IPS-Behandlung

Fälle mit IPS-Aufenthalt (Stichprobe)	Anzahl	%
Fälle mit IPS-Aufenthalt (Grundgesamtheit)	Anzahl	%

Anzahl und Prozentsatz Fälle mit ICMU-Behandlung

Fälle mit IMCU-Aufenthalt (Stichprobe)	Anzahl	%
Fälle mit IMCU-Aufenthalt (Grundgesamtheit)	Anzahl	%

Anzahl und Prozentsatz Fälle mit externen ambulanten Leistungen

Fälle mit externen ambulanten Leistungen (Stichprobe)	Anzahl	%
Fälle mit externen ambulanten Leistungen (Grundgesamtheit)	Anzahl	%

2.4 Intensivmedizin

2.4.1 Abgrenzung Intensivmedizin/Intermediate Care Unit

2.4.2 Basisdaten Intermediate Care Unit

NEMS

	Anzahl	Prozentsatz
richtig erfasst		%
falsch erfasst		%
nicht erfasst		%

Schweregrad

	Anzahl	Prozentsatz
richtig erfasst		%
falsch erfasst		%
nicht erfasst		%

Revidierte Fälle mit richtigen Basisdaten Intermediate Care Unit	Anzahl	%
--	--------	---

2.4.3 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		%

Revidierte Fälle mit richtigen Basisdaten Intensivmedizin	Anzahl	%
---	--------	---

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 (Dosiseinheit, 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	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
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 Kostengewichte¹²

2.8.1 Schätzung des CMI des Spitals vor und nach Revision

Angabe folgender Werte:

1. CMI des Spitals vor Revision (Grundgesamtheit);
2. Geschätzter CMI des Spitals nach Revision (Stichprobe);
3. Geschätzte Differenz des CMI des Spitals vor und nach Revision;
4. 95%-Vertrauensintervall der Differenz des CMI des Spitals vor und nach Revision.

¹² Bei einer gewichteten Stichprobe (dies gilt auch für geschichtete Stichprobenziehungen, bei welchen die Fälle nicht mit gleicher Wahrscheinlichkeit in die Stichprobe aufgenommen werden) muss der gewichtete Schätzer ausgewiesen werden.

2.8.2 Kostengewichtsdifferenzen

Angabe folgender Werte:

5. Geschätzte Standardabweichung der Kostengewichtsdifferenzen des Spitals vor und nach Revision;
6. Geschätzter Prozentsatz 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, 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 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 ¹³	Andere	Unbekannt	Total
Akutsomatik (SwissDRG-Fälle)								
Wartepatienten								
Psychiatrie								
Rehabilitation								

SwissDRG-Fälle

Nach Herkunftskanton und Versicherungsart:

	KV	UV	MV	IV	SZ ⁹	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		%		%		%		%	

¹³SZ = 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 7.0										

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	%

