

Version 3.0 / 14.06.2019

Anhang 2 zum Reglement für die Durchführung der Kodierrevision unter TARPSY

Musterrevisionsbericht¹

im Spital X

Version 3.0
Revision der Daten 2019
Gültig ab 01.01.2020

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	5
Revisionsergebnisse im Überblick	5
Kennzahlenvergleich Grundgesamtheit und Stichprobe	5
1. Durchführung der Revision	6
1.1 Berichtsperiode	6
1.2 Gültige Version	6
1.3 Berechnung und Ziehung der Stichprobe	6
1.4 Beschreibung der zeitlichen Abfolge der Revision.....	6
1.5 Qualifikation des Revisors.....	6
1.6 Unabhängigkeit des Revisors.....	6
1.7 Bemerkungen	6
2. Feststellungen	7
2.1 Generelle Feststellungen	7
2.2 Administrative Grundlagen	7
2.2.1 Patientendossiers	7
2.2.2 Administrative Falldaten	7
2.2.3 Fallkombinationsfehler (Fallsplitt, Fallzusammenführung)	7
2.2.4 Kongruenz der Rechnungsstellung.....	8
2.3 Diagnosen und Behandlungen	8
2.3.1. Festgestellte Fehler	8
2.3.2 Anzahl der Kodierfehler nach Fehlertyp	8
2.3.3 Anzahl der falsch kodierten Codes mit Stellenangabe.....	9
2.3.4 Prozentsatz der Kodierfehler nach Fehlertyp	9
2.3.5 Prozentsatz der falsch kodierten Codes mit Stellenangabe.....	9
2.3.6 Anzahl und Prozentsatz unspezifischer Codes an der Spalkodierung	10
2.3.7 Zuweisung der Hauptdiagnose	10
2.3.8 Zuweisung der Zusatzdiagnose.....	10
2.3.9 Zuweisung des CHOP (ohne 94.A1 und 94.A2)	10
2.3.10 Zuweisung des CHOP (94.A1)	10
2.3.11 Zuweisung des CHOP (94.A2)	11
2.3.12 Ambulante nicht-psychiatrische Behandlung auswärts.....	11
2.4 Medikamente und Substanzen	11
2.5 PCG-Wechsel	11
2.5.1 Anzahl und Prozentsatz der PCG-Änderungen	11
2.5.2 Differenz mit / ohne Vorlage an das BfS.....	12
2.6 Kostengewichte.....	12
2.6.1 Schätzung des DMI des Spitals vor und nach Revision	12
2.6.2 Geschätzte Standardabweichung der Kostengewichtsdifferenzen und des Anteils der Kostengewichtsdifferenzen, welche ungleich Null sind	12

2.7 Vergleich Grundgesamtheit und Stichprobe	12
2.7.1 Anzahl Nebendiagnosen pro Patient	12
2.7.2 Anzahl Behandlungskodes	12
2.7.3 Prozentsatz Fälle mit HoNOS bzw. HoNOSCA	13
2.7.4 Prozentsatz Fälle mit Zusatzentgelt.....	13
2.8 Zusatzentgelte	13
2.9 Vergleich mit früheren Revisionen.....	13
3. Empfehlungen	14
3.1 Empfehlungen für die Verbesserung der Kodierung im Spital	14
3.2 Empfehlungen für die Weiterentwicklung von TARPSY.....	14
3.3 weitere Hinweise des Revisors	14
4. Anmerkungen Spitaldirektion.....	15
Anhang 1: Nachweise	16
Verpflichtungserklärung und Unabhängigkeitsbestätigung des Revisors bezüglich Kodierrevision der Daten 20XX im Spital X	16
Vollständigkeitserklärung des Spitals X bezüglich Datenlieferung für Kodierrevision der Daten 20XX	17
Anhang 2: Leistungsübersicht des Spitals in der Berichtsperiode	18
Leistungsübersicht des Spitals in der Berichtsperiode	18
TARPSY-Fälle nach Herkunftskanton und Versicherungsart.....	18
Anzahl Zusatzentgelte	18

Zusammenfassung

Revisionsergebnisse im Überblick

Stichprobengrösse	Anzahl	
DMI des Spitals vor Revision		
Geschätzter DMI des Spitals nach Revision		
Statistische Signifikanz der Abweichung des DMI vor und nach Revision	ja/nein	
Geschätzte Differenz des DMI des Spitals vor und nach Revision	abs. Wert	%
Revidierte Fälle mit PCG-Wechsel	Anzahl	%
Richtige Hauptdiagnosen ²	Anzahl	%
Richtiger Zusatz zur Hauptdiagnose ²	Anzahl	%
Richtige Nebendiagnose	Anzahl	%
Richtiger CHOP (ohne 94.A1 und 94.A2)	Anzahl	%
Richtiger CHOP (94.A1)	Anzahl	%
Richtige CHOP (94.A2)	Anzahl	%
Richtige Zusatzentgelte ³	Anzahl	%
Beanstandete Fallzusammenführungen	Anzahl	%
Beanstandete Kongruenz der Rechnungstellung	Anzahl	%
Richtig erfasste externe ambulante Leistungen	Anzahl	%
Anteil fehlender Dokumente	%	

Kennzahlenvergleich Grundgesamtheit und Stichprobe

	Grundgesamtheit	Stichprobe
Fälle mit Zusatzentgelt	%	%
Fälle mit externen ambulanten Leistungen	%	%

² Bei den richtigen Hauptdiagnosen und Zusätzen zur Hauptdiagnose, 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 Angabe je Fall

DMI		
-----	--	--

1. Durchführung der Revision

1.1 Berichtsperiode

1.2 Gültige Version

PCG-Katalog mit Kostengewichten, Abrechnungsregeln ("Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter TARPSY" sowie "Klarstellungen und Fallbeispiele zu den Anwendungsregeln"), Kodierungshandbuch, Klassifikationen (CHOP und ICD-10-GM); Fehlertypologie.

1.3 Berechnung und Ziehung der Stichprobe

Vollständige Beschreibung des Verfahrens zur Bestimmung der Stichprobengrösse und der Methode der Stichprobenziehung sowie der verwendeten Berechnungsverfahren.

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 Patientendossiers

2.2.1.1 Anteil fehlender Dokumente

2.2.1.2 Qualität der Dokumente

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, Akutsomatik)		
Entscheid für Austritt		
Aufenthalt nach Austritt		
Behandlung nach Austritt		
Verweildauer		
Administrativer Urlaub		
Grund Wiedereintritt		
Fürsorgerische Unterbringung		

2.2.3 Fallkombinationsfehler (Fallsplitt, Fallzusammenführung)

2.2.3.1 Festgestellte Fehler

Fehlertyp	PCG	Kostengewicht des Spital	Kostengewicht des Revisors	Kostengewichtsdifferenz

2.2.3.2 Abweichung Kostengewicht

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

2.2.4 Kongruenz der Rechnungsstellung

Festgestellte Fehler:

	PCG	Kostengewicht	Zusatzentgelte
falsch			
noch keine Rechnung vorhanden			
sonstige			
fehlend			

Stornofälle, welche vor Revisionsbeginn gemeldet wurden, sind hier einzeln aufzuführen.

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.

2.3 Diagnosen und Behandlungen

2.3.1. Festgestellte Fehler

Einhaltung Kodierungshandbuch, Aufzeigen der PCG-Relevanz der festgestellten Fehler, usw.

2.3.2 Anzahl der Kodierfehler nach Fehlertyp

	richtig	falsch	fehlend	ungerechtfertigt	unnötig	total
Hauptdiagnose						
Zusatz zur HD						
Nebendiagnosen						
Diagnosen total						
Behandlungen (ohne 94.A1 und 94.A2)						
Behandlungen (94.A1)						
Behandlungen (94.A2)						
Behandlungen total						

2.3.3 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 (ohne 94.A1 und 94.A2)							
Behandlungen (94.A1)							
Behandlungen (94.A2)							
Behandlungen total							

2.3.4 Prozentsatz der Kodierfehler nach Fehlertyp

	richtig	falsch	fehlend	ungerech- fertigt	unnötig
Hauptdiagnose					
Zusatz zur HD					
Nebendiagnosen					
Diagnosen total					
Behandlungen (ohne 94.A1 und 94.A2))					
Behandlungen (94.A1)					
Behandlungen (94.A2)					
Behandlungen total					

2.3.5 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 (ohne 94.A1 und 94.A2)							

Behandlungen (94.A1)							
Behandlungen (94.A2)							
Behandlungen total							

2.3.6 Anzahl und Prozentsatz unspezifischer Codes an der Spitalkodierung

	Anzahl unspezifischer Codes ⁴	Prozentsatz unspezifischer Codes
Diagnosen		

2.3.7 Zuweisung der Hauptdiagnose

	Anzahl	Prozent
Keine Änderung der Spitalkodierung		
Kode durch richtigen Code ersetzt		
Fehlenden Code durch neuen ersetzt		
Durch bestehende Nebendiagnose zugeordnet		

2.3.8 Zuweisung der Zusatzdiagnose

	Anzahl	Prozent
Keine Änderung der Spitalkodierung		
Kode durch richtigen Code ersetzt		
Fehlenden Code durch neuen ersetzt		
Durch bestehende Nebendiagnose zugeordnet		

2.3.9 Zuweisung des CHOP (ohne 94.A1 und 94.A2)

	Anzahl	Prozent
Keine Änderung der Spitalkodierung		
Kode durch richtigen Code ersetzt		
Fehlenden Code durch neuen ersetzt		

2.3.10 Zuweisung des CHOP (94.A1)

	Anzahl	Prozent

⁴ Als unspezifische Codes gelten alle ICD-10-Kodes, welche die Bezeichnung „nicht näher bezeichnet“ (n.n.bez.) enthalten. Eine Ausnahme bilden die ICD Codes V01!-Y84!

Keine Änderung der Spitalkodierung		
Kode durch richtigen Kode ersetzt		
Fehlenden Kode durch neuen ersetzt		

2.3.11 Zuweisung des CHOP (94.A2)

	Anzahl	Prozent
Keine Änderung der Spitalkodierung		
Kode durch richtigen Kode ersetzt		
Fehlenden Kode durch neuen ersetzt		

2.3.12 Ambulante nicht-psychiatrische Behandlung auswärts

	Anzahl	Prozent
richtig erfasst		
falsch erfasst		
nicht erfasst		

2.4 Medikamente und Substanzen

Massgebend ist die Liste der auf Fallebene in der medizinischen Statistik erfassbaren Medikamente und Substanzen gemäss SwissDRG.

	Anzahl	Prozent
richtig erfasst		
falsch erfasst		
nicht erfasst		

Angaben zur Art des Fehlers (Dosiseinheit, Verabreichungsart,...)

2.5 PCG-Wechsel

2.5.1 Anzahl und Prozentsatz der PCG-Änderungen

	Höheres Kostengewicht nach Revision		Tieferes Kostengewicht nach Revision		Kein Einfluss auf Kostengewicht	
		%		%		%
Aufgrund Änderung Hauptdiagnose		%		%		%
Aufgrund Änderung Nebendiagnose		%		%		%

Aufgrund Änderung Behandlungskode		%		%		%
Aufgrund sonstiger Änderungen		%		%		%
Total		%		%		%

2.5.2 Differenz mit / ohne Vorlage an das BfS

Differenzen	Vorlage an das BfS Ja/Nein	Anmerkungen

2.6 Kostengewichte

2.6.1 DMI des Spitals vor und nach Revision

Angabe folgender Werte:

1. DMI des Spitals vor Revision;
2. Geschätzter DMI des Spitals nach Revision;
2. Geschätzte Differenz des DMI des Spitals vor und nach Revision;
4. xy%-Vertrauensintervall der Differenz des DMI des Spitals vor und nach Revision.

2.6.2 Geschätzte Standardabweichung der Kostengewichtsdifferenzen und des Anteils der Kostengewichtsdifferenzen, welche ungleich Null sind

Angabe folgender Werte:

1. Geschätzte Standardabweichung der Kostengewichtsdifferenzen des Spitals vor und nach Revision;
2. Geschätzter Anteil der Kostengewichtsdifferenzen, welche ungleich Null sind.

2.7 Vergleich Grundgesamtheit und Stichprobe

2.7.1 Anzahl Nebendiagnosen pro Patient

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

2.7.2 Anzahl Behandlungskodes

Anzahl Behandlungskodes/Patient (Stichprobe)	
Anzahl Behandlungskodes/Patient (Grundgesamtheit)	

2.7.3 Prozentsatz Fälle mit HoNOS bzw. HoNOSCA

Prozentsatz Fälle mit HoNOS (Stichprobe)	
Prozentsatz Fälle mit HoNOS (Grundgesamtheit)	
Prozentsatz Fälle mit HoNOSCA (Stichprobe)	
Prozentsatz Fälle mit HoNOSCA (Grundgesamtheit)	

2.7.4 Prozentsatz Fälle mit Zusatzentgelt

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

2.8 Zusatzentgelte

	Anzahl	Prozentsatz
richtig erfasst		%
falsch erfasst		%
nicht erfasst		%

2.9 Vergleich mit früheren Revisionen

Dieser Punkt gilt ab der zweiten Revision des Hauses.

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 TARPSY

Vorschläge für Änderungen an der Klassifikation (ICD und CHOP), an den Kodierungsrichtlinien oder am Grouperalgorithmus.

3.3 weitere Hinweise des Revisors

4. Anmerkungen 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 TARPSY, Version 3.0 vom XX.XX.2019 (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 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 TARPSY 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 in der Berichtsperiode

Leistungsübersicht des Spitals in der Berichtsperiode

Anzahl der stationär behandelten Fälle gesamte Institution

	KV	UV	MV	IV	Total
Erwachsenen-Psychiatrie					
Kinder- und Jugendpsychiatrie					
Wartepatienten ⁵					
Akutsomatik					
Rehabilitation					

TARPSY-Fälle nach Herkunftskanton und Versicherungsart

	KV	UV	MV	IV
Innerkantonal				
Kanton A				
Kanton B				
Kanton C				
....				

Anzahl Zusatzentgelte

Zusatzentgelt	Bezeichnung	Betrag					Selbstzahler	Andere	Unbek.	Total
			KV	UV	MV	IV				
Total Zusatzentgelte Version 8.0										

⁵ Wartepatienten = Pflegepatient in der Psychiatrie gemäss Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter TARPSY