

Version 32.0 / ~~XX.XX06.03~~.20243

Anhang 2 zum Reglement für die Durchführung der Kodierrevision unter ST Reha

Musterrevisionsbericht¹

Im Spital X

Version 32.0
Revision der Daten 20243
Gültig ab 01.01.20254

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.

Der Musterrevisionsbericht kennt drei Typen von Resultaten:

- Auf die Grundgesamtheit bezogene Resultate (grün hinterlegt): statistische Angaben zur Grundgesamtheit (vollständiger Datensatz des Spitals).
- Auf die Stichprobe bezogene Resultate (blau hinterlegt): statistische Angaben zur Stichprobe. Wurden die Fälle nicht mit gleicher Wahrscheinlichkeit in die Stichprobe aufgenommen, so werden die Angaben als ungewichtete Summen und Mittelwerte aufgeführt, das heisst unverändert, gemäss tatsächlicher Stichprobe.
- Schätzungen (rot hinterlegt): unverzerrte Schätzungen von Parametern der Grundgesamtheit. Entspricht die Verteilung der Fälle in der Stichprobe nach Kostengewicht nicht der Verteilung der Grundgesamtheit, so sind die Schätzergebnisse zu korrigieren und gewichtet anzugeben, damit sie Aussagen über die Grundgesamtheit erlauben.

Die farbliche Unterscheidung erfolgt im Musterrevisionsbericht zu Illustrationszwecken. In den eigentlichen Revisionsberichten muss keine farbliche Unterscheidung vorgenommen werden.

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|-----------------|
| Zusammenfassung | 5 |
| Revisionsergebnisse im Überblick | 5 |
| Kennzahlenvergleich Grundgesamtheit und Stichprobe | 6 |
| 1. Durchführung der Revision | 7 |
| 1.1 Berichtsperiode | 7 |
| 1.2 Gültige Version | 7 |
| 1.3 Berechnung und Ziehung der Stichprobe | 7 |
| 1.4 Beschreibung der zeitlichen Abfolge der Revision..... | 7 |
| 1.5 Qualifikation des Revisors..... | 7 |
| 1.6 Unabhängigkeit des Revisors..... | 7 |
| 1.7 Bemerkungen | 7 |
| 2. Feststellungen | 8 |
| 2.1 Generelle Feststellungen | 8 |
| 2.2 Administrative Grundlagen | 8 |
| 2.2.1 Patientenakten..... | 8 |
| 2.2.2 Administrative Falldaten | 8 |
| 2.2.3 Fallkombinationsfehler (Fallsplitt, Fallzusammenführung)..... | 8 |
| 2.2.4 Kongruenz der Rechnungsstellung..... | 9 |
| 2.3 Diagnosen und Behandlungen | 9 |
| 2.3.1 Festgestellte Fehler | 9 |
| 2.3.2 Anzahl der Kodierfehler nach Fehlertyp | 9 |
| 2.3.3 Anzahl der falsch kodierten Codes mit Stellenangabe..... | 1040 |
| 2.3.4 Prozentsatz der Kodierfehler nach Fehlertyp | 10 |
| 2.3.5 Prozentsatz der falsch kodierten Codes mit Stellenangabe..... | 1144 |
| 2.3.6 Zuweisung der Hauptdiagnose | 11 |
| 2.3.7 Zuweisung der Zusatzdiagnose..... | 11 |
| 2.3.8 Zuweisung des CHOP (BA-)..... | 11 |
| 2.3.9 Zuweisung des CHOP (BB-)..... | 1242 |
| 2.3.10 Zuweisung des CHOP (AA-)..... | 1242 |
| 2.3.11 Zuweisung des CHOP (übrige)..... | 12 |
| 2.3.12 Externe ambulante Leistungen | 12 |
| 2.4 Zusatzentgelte exkl. Medikamente (Substanzen) | 1343 |
| 2.5 Medikamente (Substanzen) | 1343 |
| 2.6 Kostengewichts-Änderungen | 13 |
| 2.6.1 Anzahl und Prozentsatz der Kostengewichts-Änderungen | 13 |
| 2.6.2 Differenz mit / ohne Vorlage an das BfS..... | 13 |
| 2.7 Kostengewichte..... | 1414 |
| 2.7.1 CMI des Spitals vor und nach Revision | 1414 |

| | |
|---|-------------|
| 2.7.2 DMI des Spitals vor und nach Revision | 1414 |
| 2.7.3 Durchschnittliche Aufenthaltsdauer des Spitals vor und nach Revision | 1414 |
| 2.7.4 Kostengewichtsdifferenzen..... | 14 |
| 2.7.5 Aufenthaltsdifferenzen..... | 14 |
| 2.8 Vergleich Stichprobe und Grundgesamtheit | 14 |
| 2.8.1 Anzahl Fälle und Tage..... | 14 |
| 2.8.2 Anzahl und Prozentsatz unspezifischer Kodes an der Spitalkodierung | 1515 |
| 2.8.3 Anzahl Nebendiagnosen pro Patient | 1515 |
| 2.8.4 Anzahl Behandlungskodes pro Patient..... | 1515 |
| 2.8.5 Prozentsatz Fälle mit Zusatzentgelt..... | 15 |
| 2.8.6 Anzahl und Prozentsatz Fälle TR80Z..... | 15 |
| 2.9 Vergleich mit früheren Revisionen..... | 15 |
| 3. Empfehlungen | 16 |
| 3.1 Empfehlungen für die Verbesserung der Kodierung im Spital | 16 |
| 3.2 Empfehlungen für die Weiterentwicklung von ST Reha..... | 16 |
| 3.3 Weitere Hinweise des Revisors..... | 16 |
| 4. Anmerkungen Spitaldirektion..... | 17 |
| Anhang 1: Nachweise | 18 |
| Verpflichtungserklärung und Unabhängigkeitsbestätigung des Revisors bezüglich Kodierrevision der Daten 20XX im Spital X..... | 18 |
| Vollständigkeitserklärung des Spitals X bezüglich Datenlieferung für Kodierrevision der Daten 20XX | 19 |
| Anhang 2: Leistungsübersicht des Spitals in der Berichtsperiode | 20 |
| Anzahl der stationär behandelten Fälle gesamte Institution | 20 |
| Anzahl der stationären Behandlungstage gesamte Institution | 21 |
| DMI- und CMI-Statistik..... | 21 |
| ST Reha-Fälle nach Herkunftskanton und Versicherungsart..... | 22 |
| Anzahl Zusatzentgelte | 22 |

Zusammenfassung

Revisionsergebnisse im Überblick

| Kapitel | Messgrösse | Ergebnis | |
|---------|--|-----------|---|
| 2.8.1 | Fälle in der Stichprobe | Anzahl | |
| 2.8.1 | Fälle in der Grundgesamtheit | Anzahl | |
| 2.8.1 | Tage in der Stichprobe | Anzahl | |
| 2.8.1 | Tage in der Grundgesamtheit | Anzahl | |
| 2.7.1 | CMI des Spitals vor Revision (Grundgesamtheit) | | |
| 2.7.1 | Geschätzter CMI des Spitals nach Revision (Stichprobe) | | |
| 2.7.1 | Statistische Signifikanz der Abweichung des CMI vor und nach Revision | ja/nein | |
| 2.7.1 | Geschätzte Differenz des CMI des Spitals vor und nach Revision | abs. Wert | % |
| 2.5.1 | Revidierte Fälle mit Kostengewichts-Änderungen | Anzahl | % |
| 2.3 | Richtige Hauptdiagnosen ² | Anzahl | % |
| 2.3 | Richtiger Zusatz zur Hauptdiagnose ² | Anzahl | % |
| 2.3 | Richtige Nebendiagnose | Anzahl | % |
| 2.3 | Richtiger CHOP Basisleistung in der Rehabilitation (BA.-) ³ | Anzahl | % |
| 2.3 | Richtiger CHOP (BB.-) ³ | Anzahl | % |
| 2.3 | Richtiger CHOP Messinstrumente (AA.-) ³ | Anzahl | % |
| 2.3 | Richter CHOP Leistungsbereich der Reha (s. Analogiekodierung) ³ | Anzahl | % |
| 2.3 | Richtiger CHOP (übrige) ³ | Anzahl | % |

Prozentuale Angaben in der obenstehenden Tabelle sind unverzerrte Schätzungen von Parametern der Grundgesamtheit nach Revision [Hinweis angeben im Revisionsbericht].

| | | | |
|---------|---|--------|---|
| 2.4 | Richtige Zusatzentgelte exkl. Medikamente (Substanzen) ³ | Anzahl | % |
| 2.2.3 | Beanstandete Fallkombination | Anzahl | % |
| 2.2.1.1 | Fehlende Patientenakten | Anzahl | % |
| 2.3.13 | Richtig erfasste externe ambulante Leistungen | Anzahl | % |

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

Kennzahlenvergleich Grundgesamtheit und Stichprobe⁴

| | Grundgesamtheit | Stichprobe |
|---|------------------------|-------------------|
| Fälle mit Zusatzentgelt | % | % |
| Fälle mit externen ambulanten Leistungen ⁵ | % | % |
| CMI | | |
| DMI | | |

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

⁵ Dabei sind die Bestimmungen der Vereinbarung zur separaten Verrechnung von Leistungen während eines stationären Aufenthaltes (Art. 49 Abs. 1 KVG) zu beachten. Link: <https://www.hplus.ch/de/tarife/st-reha> Insbesondere ist zu beachten, dass die externen ambulanten Leistungen während eines stationären Aufenthaltes, welche nicht dem Spital in Rechnung gestellte werden auch nicht erfasst werden können.

1. Durchführung der Revision

1.1 Berichtsperiode

1.2 Gültige Version

RCG-Katalog mit Kostengewichten, Abrechnungsregeln ("Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter ST Reha" 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 Patientenakten

2.2.1.1 Anzahl und Prozentsatz fehlender Patientenakten

2.2.1.2 Qualität der Aktenführung

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, Psychiatrie, Akutsomatik) | | |
| Entscheid für Austritt | | |
| Aufenthalt nach Austritt | | |
| Behandlung nach Austritt | | |
| Verweildauer | | |
| Administrativer Urlaub | | |
| Grund Wiedereintritt | | |

2.2.3 Fallkombinationsfehler (Fallsplitt, Fallzusammenführung)

2.2.3.1 Festgestellte Fehler

| Fehlertyp | RCG | Kostengewicht des Spitals | 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 ST Reha in der jeweils gültigen Version.

2.2.4 Kongruenz der Rechnungsstellung

Festgestellte Fehler:

| | RCG | 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 RCG-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 (BA.-) | | | | | | |
| Behandlungen (BB.-) | | | | | | |
| Behandlungen (AA.-) | | | | | | |
| Behandlungen Leistungsbereich der Reha (s. Analogiekodierung) | | | | | | |
| Behandlungen (übrige) | | | | | | |
| 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 (BA.-) | | | | | | | |
| Behandlungen (BB.-) | | | | | | | |
| Behandlungen (AA.-) | | | | | | | |
| Behandlungen Leistungsbereich der Reha (s. Analogiekodierung) | | | | | | | |
| Behandlungen (übrige) | | | | | | | |
| Behandlungen total | | | | | | | |

2.3.4 Prozentsatz der Kodierfehler nach Fehlertyp

| | richtig | falsch | fehlend | ungerech- fertigt | unnötig |
|--|---------|--------|---------|----------------------|---------|
| Hauptdiagnose | | | | | |
| Zusatz zur HD | | | | | |
| Nebendiagnosen | | | | | |
| Diagnosen total | | | | | |
| Behandlungen (BA) | | | | | |
| Behandlungen (BB) | | | | | |
| Behandlungen (AA) | | | | | |
| Behandlungen Leistungsbereich der Reha (s. Analogiekodierung) | | | | | |
| Behandlungen (übrige) | | | | | |
| 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 (BA) | | | | | | | |
| Behandlungen (BB) | | | | | | | |
| Behandlungen (AA) | | | | | | | |
| Behandlungen Leistungsbereich der Reha (s. Analogiekodierung) | | | | | | | |
| Behandlungen (übrige) | | | | | | | |
| Behandlungen total | | | | | | | |

2.3.6 Zuweisung der Hauptdiagnose

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

2.3.7 Zuweisung der Zusatzdiagnose

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

2.3.8 Zuweisung des CHOP (BA.-)

| | Anzahl | Prozent |
|--|--------|---------|
| | | |

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

2.3.9 Zuweisung des CHOP (BB.-)

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

2.3.10 Zuweisung des CHOP (AA.-)

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

2.3.11 Zuweisung des CHOP Leistungsbereich der Reha (s. Analogiekodierung)

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

2.3.112 Zuweisung des CHOP (übrige)

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

2.3.132 Externe ambulante Leistungen

| | Anzahl | Prozent |
|-----------------|--------|---------|
| richtig erfasst | | |
| falsch erfasst | | |

| | | |
|---------------|--|--|
| nicht erfasst | | |
|---------------|--|--|

2.4 Zusatzentgelte exkl. Medikamente (Substanzen)

| | Anzahl | Prozentsatz |
|-----------------|--------|-------------|
| richtig erfasst | | % |
| falsch erfasst | | % |
| nicht erfasst | | % |

2.5 Medikamente (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 ,...)

2.6 Kostengewichts-Änderungen

2.6.1 Anzahl und Prozentsatz der Kostengewichts-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 | | % | | % | | % |

2.6.2 Differenz mit / ohne Vorlage an das BfS

| Differenzen | Vorlage an das BfS Ja/Nein | Anmerkungen |
|-------------|----------------------------|-------------|
| | | |
| | | |

2.7 Kostengewichte

2.7.1 CMI des Spitals vor und nach Revision

| | | |
|---|-------------------|------------------|
| CMI des Spitals vor Revision (Grundgesamtheit) | | |
| Geschätzter CMI des Spitals vor Revision ⁶ (Stichprobe) | | |
| Geschätzter CMI des Spitals nach Revision ⁶ (Stichprobe) | | |
| Statistische Signifikanz der Abweichung des CMI vor und nach Revision | <i>ja/nein</i> | |
| Geschätzte Differenz des CMI des Spitals vor und nach Revision | <i>abs. Wert</i> | <i>%</i> |
| 95%-Vertrauensintervall (VI) der Differenz des CMI des Spitals vor und nach Revision ⁷ | <i>Unteres VI</i> | <i>Oberes VI</i> |

2.7.2 DMI des Spitals vor und nach Revision

| | | |
|--|--|--|
| DMI des Spitals vor Revision (Grundgesamtheit) | | |
| Geschätzter DMI des Spitals vor Revision (Stichprobe) | | |
| Geschätzter DMI des Spitals nach Revision (Stichprobe) | | |

2.7.3 Durchschnittliche Aufenthaltsdauer des Spitals vor und nach Revision

| | | |
|---|--|--|
| Durchschnittliche Aufenthaltsdauer vor Revision (Grundgesamtheit) | | |
| Geschätzte durchschnittliche Aufenthaltsdauer vor Revision (Stichprobe) | | |
| Geschätzte durchschnittliche Aufenthaltsdauer (Stichprobe) | | |

2.7.4 Kostengewichtsdifferenzen

Liste der gepaarten Kostengewichte vor und nach Revision bei Fällen mit Kostengewichtsdifferenzen, welche ungleich Null sind. (Liste der Paare (x,y) wobei x=Kostengewicht vor Revision, y=Kostengewicht nach Revision, $x \neq y$)

| Fallnummer | Kostengewicht vor Revision | Kostengewicht nach Revision |
|------------|----------------------------|-----------------------------|
| | | |

2.7.5 Aufenthaltsdifferenzen

Liste der gepaarten Aufenthaltsdauern vor und nach Revision bei Fällen mit Aufenthaltsdauerdifferenzen, welche ungleich Null sind. (Liste der Paare (u,v) wobei u=Aufenthaltsdauer vor Revision, v=Aufenthaltsdauer nach Revision, $u \neq v$)

| Fallnummer | Aufenthaltsdauer vor Revision | Aufenthaltsdauer nach Revision |
|------------|-------------------------------|--------------------------------|
| | | |

2.8 Vergleich Stichprobe und Grundgesamtheit

2.8.1 Anzahl Fälle und Tage

| | |
|--------------------------------|--|
| Anzahl Fälle (Stichprobe) | |
| Anzahl Fälle (Grundgesamtheit) | |

⁶ Inkl. Berücksichtigung Fallzusammenführungen gemäss Reglement 4.2.3

⁷ Falls mindestens drei Kostengewichte korrigiert wurden.

| | |
|-------------------------------|--|
| Anzahl Tage (Stichprobe) | |
| Anzahl Tage (Grundgesamtheit) | |

2.8.2 Anzahl und Prozentsatz unspezifischer Codes an der Spitalkodierung

| | unspezifische Codes ⁸ der Grundgesamtheit | | unspezifische Codes der Stichprobe | |
|--------------|--|---|------------------------------------|---|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Diagnosen | | | | |
| Behandlungen | | | | |

2.8.3 Anzahl Nebendiagnosen pro Patient

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

2.8.4 Anzahl Behandlungskodes pro Patient

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

2.8.5 Prozentsatz Fälle mit Zusatzentgelt

| | |
|---|---|
| Prozentsatz Fälle mit Zusatzentgelten (Stichprobe) | % |
| Prozentsatz Fälle mit Zusatzentgelten (Grundgesamtheit) | % |

2.8.6 Anzahl und Prozentsatz Fälle TR80Z

| | |
|---|---|
| Anzahl Fälle TR80Z (Stichprobe) | |
| Anzahl Fälle TR80Z (Grundgesamtheit) | |
| Prozentsatz Fälle TR80Z (Stichprobe) | % |
| Prozentsatz Fälle TR80Z (Grundgesamtheit) | % |

2.9 Vergleich mit früheren Revisionen

Vergleich der Revisienergebnisse gemäss Zusammenfassung Musterrevisionsbericht mit den Vorjahresergebnissen.

⁸ 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!.

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 ST Reha

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 ST Reha 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 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 ST Reha 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

Anzahl der stationär behandelten Fälle gesamte Institution

| | KV | UV | MV | IV | Total |
|---|----|----|----|----|-------|
| Neurologische Rehabilitation (BA.1) | | | | | |
| Psychosomatische Rehabilitation (BA.2) | | | | | |
| Pulmonale Rehabilitation (BA.3) | | | | | |
| Kardiale Rehabilitation (BA.4) | | | | | |
| Muskuloskeletale Rehabilitation (BA.5) | | | | | |
| Internistische undeder onkologische Rehabilitation (BA.6) | | | | | |
| Pädiatrische Rehabilitation (BA.7) | | | | | |
| Geriatrische Rehabilitation (BA.8) | | | | | |
| Sonstige Rehabilitation Rehabilitation, sonstige (BA.9) | | | | | |
| Rehabilitation Total | | | | | |
| Pflege und Wartepatienten ⁹ | | | | | |
| Akutsomatik | | | | | |
| Psychiatrie | | | | | |

⁹ Pflege- und Wartepatienten gemäss Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter ST Reha

Anzahl der stationären Behandlungstage gesamte Institution

| | KV | UV | MV | IV | Total |
|---|----|----|----|----|-------|
| Neurologische Rehabilitation (BA.1) | | | | | |
| Psychosomatische Rehabilitation (BA.2) | | | | | |
| Pulmonale Rehabilitation (BA.3) | | | | | |
| Kardiale Rehabilitation (BA.4) | | | | | |
| Muskuloskeletale Rehabilitation (BA.5) | | | | | |
| Internistische undeder onkologische Rehabilitation (BA.6) | | | | | |
| Pädiatrische Rehabilitation (BA.7) | | | | | |
| Geriatrische Rehabilitation (BA.8) | | | | | |
| Rehabilitation, sonstige Sonstige Rehabilitation (BA.9) | | | | | |
| Rehabilitation Total | | | | | |
| Pflege und Wartepatienten ¹⁰ | | | | | |
| Akutsomatik | | | | | |
| Psychiatrie | | | | | |

DMI- und CMI-Statistik

| | Fälle | Tage | CaseMix | DMI | CMI |
|-------|-------|------|---------|-----|-----|
| KV | | | | | |
| UV | | | | | |
| MV | | | | | |
| IV | | | | | |
| Total | | | | | |

¹⁰ Pflege- und Wartepatienten gemäss Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter ST Reha

ST Reha-Fälle nach Herkunftskanton und Versicherungsart

| | KV | UV | MV | IV |
|---------------|----|----|----|----|
| Innerkantonal | | | | |
| Kanton A | | | | |
| Kanton B | | | | |
| Kanton C | | | | |
| | | | | |

Anzahl Zusatzentgelte

| Zusatz- entgelt | Bezeichnung | Betrag | KV | UV | MV | IV | Selbstzahler | Andere | Unbek. | Total |
|----------------------|-------------|--------|----|----|----|----|--------------|--------|--------|-------|
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| Total Zusatzentgelte | | | | | | | | | | |