

VEREINBARUNG

zwischen dem

Kanton Solothurn

einerseits und dem

Inselspital Bern

andererseits

über die Hospitalisation von KVG-Patienten mit Wohnsitz im Kanton Solothurn mit medizinisch begründeter Indikation (gemäss Artikel 41 Absatz 3 des Krankenversicherungsgesetzes KVG).

Grundsätzlich unterscheiden die Vertragspartner folgende Zuweisungsarten:

- **Notfalleinweisungen**
- **Einweisungen externer Spitäler**
- **Zuweisungen externer Ärzte (Hausärzte)**
- **interne Zuweisungen aus den Polikliniken des Inselspitals**

Artikel 1 **Aufnahmepflicht des Spitals**

- 1) Das Inselspital verpflichtet sich, den Patienten mit medizinisch begründeter Indikation nach Massgabe der offiziellen Aufnahmebedingungen gemäss Artikel 3 hienach die erforderliche ärztliche Behandlung und pflegerische Betreuung zu gewährleisten.
- 2) Medizinische Gründe liegen vor, wenn die entsprechenden medizinischen Leistungen in den öffentlich subventionierten Spitälern des Kantons Solothurn nicht erbracht werden oder wenn ein Notfall vorliegt (KVG Artikel 41 Absatz 2).
- 3) Als Notfall gelten akute Erkrankungen oder Unfälle, die sich im Kanton Bern oder in einem angrenzenden Kanton ereignen und bei welchen der klinische Zustand der Patientin oder des Patienten einen Transport in ein öffentlich subventioniertes Spital des Wohnkantons nicht erlaubt. Der Notfall dauert an, so lange eine Rückverlegung in den Kanton Solothurn nicht möglich ist. Dringende Verlegungen aus einem öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spital des Kantons Solothurn und Zuweisungen von anderen Institutionen des Kantons Solothurn gelten als Notfall.

Artikel 2 **Meldepflicht**

- 1) Gemäss kantonaler Regelung werden Kostengutsprachen durch den Kantonsarzt des Kantons Solothurn bzw. seinem Stellvertreter für sämtliche medizinisch begründeten Fälle erteilt.
- 2) Das Inselspital meldet Notfälle dem Kantonsärztlichen Dienst zur Durchführung des Kostengutspracheverfahrens unmittelbar (in der Regel innert 24 Stunden) nach erfolgtem Eintritt ins Inselspital.
- 3) Gegenüber den Krankenversicherern besteht keine direkte Meldepflicht. Diese werden mittels Eintrittsmeldung (gemäss Vertrag zwischen santésuisse und dem Inselspital, Artikel 5) über den Eintritt des Patienten informiert.
- 4) Medizinisch **nicht indizierte** Fälle werden durch das Inselspital entsprechend triagiert und dem entsprechenden Kostenträger) direkt zugewiesen (Negativliste).

Artikel 3 **Aufnahmebedingungen des Patienten**

- 1) Mit der Sicherstellung der Direktzahlung durch die anerkannten Krankenversicherer (Grundversicherung) und dem Kantonsärztlichen Dienst (Kantonsanteil) wird auf die übliche Depotpflicht des Patienten beim Eintritt ins Inselspital verzichtet. Der Patient verpflichtet sich dabei, in der Administration des Inselspitals die Kostengarantie (Bestätigung der vollen Kostenübernahme durch den jeweiligen Krankenversicherer und den Kanton Solothurn) bei seinem Spitalertritt vorzuweisen.
- 2) Bei einer Einschränkung der vollumfänglichen Leistungspflicht der Krankenversicherer und des Kantons gemäss Artikel 4 hienach behält sich das Inselspital das Erheben einer Depotleistung vor.
- 3) Notfalleinweisungen werden uneingeschränkt aufgenommen. Die Kostengarantie zur vollumfänglichen Leistungspflicht ist durch den jeweiligen Krankenversicherer bzw. durch den Kanton mit der Einhaltung der Meldepflicht gemäss Artikel 2 hievore sichergestellt.
- 4) Spontaneinweisungen sind hinsichtlich Notwendigkeit der medizinischen Versorgung im Inselspital in Zusammenarbeit mit dem Kantonsärztlichen Dienst abzuklären. Das Inselspital verpflichtet sich, die Patienten über die allfällige Einschränkung der Leistungspflicht der Krankenversicherer und des Kantons aufzuklären.

Artikel 4 **Leistungspflicht der Krankenversicherer und des Kantons**

- 1) Die Leistungspflicht beginnt grundsätzlich mit dem Spitalertritt des Patienten. Die Ablehnung der Leistungspflicht für den gesamten Aufenthalt oder für einzelne Leistungen sind dem Inselspital unverzüglich (in der Regel innert 24 Stunden) mitzuteilen.
- 2) Die anerkannten Krankenversicherer und der Kanton sind nur soweit leistungspflichtig, als nicht andere Versicherungsträger für die betreffenden Kosten aufzukommen haben.

- 3) Der Kanton Solothurn verpflichtet sich aufgrund der erteilten Kostengutsprache, den Kostenanteil (Kantonsanteil) an die Gesamtrechnung pro Fall und Rechnungsstellung zu übernehmen. Die Rechnungsstellung des Inselspitals ist binnen 30 Tagen nach Erhalt zu begleichen. Wird die Rechnung nicht fristgerecht bezahlt, kann nach weiteren 30 Tagen ein Verzugszins von 5% berechnet werden.
- 4) Die nachträgliche Korrektur von irrtümlich erfolgten Entscheiden ist nur nach gegenseitiger Absprache der Vertragspartner möglich.

Artikel 5 Taxen / Leistungsumfang

- 1) Die Abgeltung des Spitalaufenthalts wird durch das Inselspital gemäss Anhang 1 in Rechnung gestellt.
- 2) Der Leistungsumfang wird im Anhang 1 zu dieser Vereinbarung geregelt.
- 3) Von der Verrechnungssystematik ausgenommene Leistungen sind im Anhang 1 aufgeführt.
- 4) Die Tarife werden jährlich überprüft und an allfällige interne und externe Veränderungen angepasst. Diese Anpassungen erfolgen jeweils auf Jahresbeginn.
- 5) Kosten für Todesfallbemühungen, Auslagen für Patienten wie Telefonkosten/TV/Radio, Coiffeur sowie für Stöcke, Gehhilfen etc. gehen zu Lasten des Patienten und werden diesem separat in Rechnung gestellt.
- 6) Kosten für Primär- und Sekundärtransporte werden gemäss Artikel 26 und Artikel 27 Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) sowie Artikel 33 lit. g der Verordnung zur Krankenversicherung berechnet.

Artikel 6 Zuweisungspraxis

- 1) Der Kanton Solothurn nimmt das Inselspital auf seine Spitalliste.

Artikel 7 Aufenthaltsklasse / ambulante Behandlungen

- 1) Diese Vereinbarung regelt ausschliesslich den Spitalaufenthalt für KVG-Patienten, welche aus medizinischen Gründen ausserkantonale hospitalisiert werden müssen (KVG Artikel 41 Absatz 3).
- 2) Ambulante und teilstationäre Behandlungen in Kliniken und Polikliniken des Inselspitals sind nicht Gegenstand dieser Vereinbarung.

Artikel 8 **Aufklärung**

Der Kantonsärztliche Dienst ist für die Orientierung/Aufklärung der einweisenden Stellen direkt verantwortlich und dafür besorgt, dass die Informationen über Änderungen und Anpassungen laufend erfolgen. Das Inselspital verpflichtet sich, die Patienten über die ausserkantonale Hospitalisation unter dem KVG aufzuklären.

Artikel 9 **Kündigung**

- 1) Diese Vereinbarung tritt am 1. Januar 2005 in Kraft und ist bis zum 31. Dezember 2005 gültig. Sie ist für Spitalaustritte ab 1. Januar 2005 verbindlich.
- 2) Wird die Vereinbarung nicht drei Monate vor Ablauf gekündigt, verlängert sich die Vertragsdauer stillschweigend um ein Jahr.
- 3) Änderungen im gegenseitigen Einvernehmen können jederzeit ohne formelle Kündigung vereinbart werden.

Solothurn / Bern, 14. Dezember 2004 /

Kanton Solothurn

Inselspital Bern

Der Direktionspräsident

Der Direktor Dienste

Rolf Ritschard
Vorsteher des Departementes des Innern

Dr. Urs Birchler

Dr. Rolf Hochuli

ANHANG 1

zur Vereinbarung zwischen dem

Kanton Solothurn

einerseits und dem

Inselspital Bern

andererseits.

Klassifikation und Vergütung

1. Umfang Pauschale

¹ Die APDRG Pauschale umfasst die gesamte Behandlung und Pflege eines Patienten die im Spital selbst oder von Dritten in seinem Auftrag geleistet werden, ohne Neurorehabilitation. Für die nähere Umschreibung und Abgrenzung vgl. Ziffer 5 nachstehend.

2. Ermittlung APDRG-Pauschale und Baserate

¹ Der für die Rechnungsstellung massgebliche Wert ist die Baserate. Der verrechenbare Kostenanteil eines Patienten (APDRG-Pauschale) ergibt sich aus Baserate x Kostengewicht APDRG des Falles.

3. Baserates Inselspital

¹ Es gelten folgende Baserates

Baserate Inselspital pro Kostengewicht 1.0 der CW-Version 4.1	Ausserkantonale nach KVG Art. 41 Abs. 1 ^{*)}
CHF 5'343.--	CHF 10'494.--

² Abgeltung Neurorehabilitation Inselspital

Fachbereichsfallpauschale Neurorehabilitation	Ausserkantonale nach KVG Art. 41 Abs. 1 ^{*)}
CHF 35'241.--	CHF 57'933.--

^{*)} Fälle ohne medizinische Gründe für ausserkantonale Hospitalisation

³ Die Tarife für das Rechnungsjahr 2006 werden berechnet und ausgehandelt basierend auf dem geprüften Rechnungsabschluss und der Kostenrechnung 2004 unter Einbezug des vereinbarten Kostenneutralitäts-Monitorings.

1. Regeln zur Kostenverrechnung nach APDRG¹⁾

Definitionen:

CL	caseload	Summe der Kostengewichte der betrachteten Fälle
CMI	casemix-index	mittleres Kostengewicht pro Fall (einer Institution)
CW	cost-weight	Kostengewicht, Punktzahl einer bestimmten Fallgruppe
CWC	cost-weight korrigiert	bei Low- und High-Outliern (für die Rechnungsstellung)
LOS	length of stay	Aufenthaltsdauer in Tagen
ALOS	average length of stay	mittlere Aufenthaltsdauer APDRG
LTP	low trim point	untere Grenze in Tagen
HTP1	high trim point 1	obere Grenze in Tagen 1
HTP2	high trim point 2	obere Grenze in Tagen 2

Definition Aufenthaltsdauer (LOS) nach APDRG in Tagen:
Austrittstag minus Eintrittstag plus 1 abzüglich ganze (24h) bezogene Absenztage

Regel 1: "INLIER"

Formel für Fälle mit Aufenthaltsdauer innerhalb der Grenzen LTP und HTP1
($LTP \leq LOS \leq HTP1$):

$CW * Baserate = Fakturierter Betrag$

Regel 2: "LOW OUTLIER"

Formel für Fälle mit Aufenthaltsdauer unterhalb der Grenze LTP ($LOS < LTP$):

$(CW / ALOS) * LOS * 2 * Baserate = Fakturierter Betrag$

Regeln 3 und 4: "HIGH OUTLIER"

Formel für Fälle mit einer Dauer über der oberen Grenze:

- Fall high outlier 1

Dauer länger als HTP1 aber kürzer oder gleich HTP2 ($HTP1 < LOS \leq HTP2$)

$[CW + (CW / ALOS) * (LOS - HTP1) * (2.43 - ((LOS - HTP1) / HTP1))] * Baserate = Fakturierter Betrag$

- Fall high outlier 2

Dauer länger als HTP2 ($LOS > HTP2$)

$\{[CW + (CW / ALOS) * (HTP2 - HTP1) * (2.43 - ((HTP2 - HTP1) / HTP1))] + [(CW / ALOS) * (LOS - HTP2) * 0.7]\} * Baserate = fakturierter Betrag$

¹⁾ Gemäss Regeln TAR APDRG 2004 Version 02b vom 08.09.2003.

2. Umfang der APDRG-Pauschalen

- ¹ In den APDRG-Pauschalen sind alle Leistungen während des Spitalaufenthaltes abgegolten, welche gemäss Art. 49 Abs.1 KVG eine Pflichtleistung darstellen. Dazu gehören auch die Outcome-Messungen Qualität (zu Fr. 24.-- bei ausserkantonalen Patienten nach KVG Art. 41 Abs. 1). Inbegriffen sind ebenfalls die Sekundär-Krankentransporte gemäss Weisungen vom 15. August 2003 der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern sowie die Überführungen in ein Kranken- und Pflegeheim.
- ² In der APDRG-Pauschale nicht inbegriffen und den Patienten zusätzlich verrechenbar sind Primär-Krankentransporte (verrechenbar nach vereinbarten bzw. behördlich erlassenen Tarifen , vgl. auch Art. 26 KLV).
- ³ Für Transplantationen, für die der Schweizerische Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer (SVK) mit dem Insepsital besondere Fallpreispauschalen vereinbart hat, dürfen nur diese verrechnet werden. Die APDRG Nummern 103, 302, 480, 795, 804, 805, 904, 905 und 906 sind daher nicht fakturierbar.

3. Rehospitalisationen nach TAR APDRG

- ¹ Jede Rehospitalisation, die später als 24 Stunden nach Austritt erfolgt, wird als neuer Fall betrachtet und zwar unabhängig davon, ob die Rehospitalisierung im selben Spital oder einem andern erfolgt.
- ² Aufenthalte, die auf geplante Urlaube folgen, gelten nicht als Rehospitalisierungen. Die Urlaubstage werden bei der Ermittlung der Aufenthaltsdauer gemäss den Regeln des BFS nicht angerechnet.
- ³ Das Spital sorgt dafür, dass Entlassungen mit anschliessendem Wiedereintritt, die nicht einer optimalen medizinischen Praxis entsprechen, unterbleiben.

4. Verlegungen

- ¹ Erfolgt die Verlegung nach 24 Stunden in eine andere Institution, verrechnet das Spital eine APDRG-Pauschale, die der Behandlung entspricht. Die andere Institution verrechnet ihre Leistungen nach ihrem Tarif.
- ² Die Kosten für ambulante oder teilstationäre externe Behandlungen mit Rückverlegung sind vom auftraggebenden Spital zu tragen und fallen unter die APDRG-Pauschale.

5. Reporting

- ¹ Während der Vertragsdauer erfolgt das Reporting trimesterweise. Die Auswertungen werden den Versicherern jeweils spätestens zwei Monate nach Zwischenabschluss zugestellt.
- ² Das Spital stellt santésuisse Bern folgende Reporting-Daten zur Verfügung:
 - Admin BfS Statistik (nur jährlich)
 - Case-Mix Tabelle (nach Fachbereichen)
 - Statistik mit den Inliers (Fälle, Tage, Ø ALOS, CMI) pro APDRG und Spitalklasse
 - Statistik mit den Low- und High-Outliers 1 und 2 (Fälle, Tage, Ø ALOS, CMI) pro APDRG und Spitalklasse
 - Wiedereintritte (1bis 7 Tage, über 7 Tage jeweils pro DRG)

1. Codiergrundlagen

¹ Grundlage für die Codierung sind bis zur Einführung von SwissDRG die Kostengewichte CW-Version 4.1 der APDRG Schweiz vom August 2003 (ISSN 1660-6493).

² Im gegenseitigen Einvernehmen können aus triftigen Gründen Änderungen der CW-Version (inkl. Anpassung von CHOP-Version und Grouper) vorgenommen werden.

2. Anreizsystem (Kickback)

¹ Das Anreizsystem bezüglich qualitativer Anreize und Mengenrabatten ist in einem gesonderten Dokument geregelt.

Kanton Solothurn

Inselspital Bern

Der Direktionspräsident

Der Direktor Dienste

Dr. Urs Birchler

Dr. Rolf Hochuli

ANREIZSYSTEM

A Anreizsystem

¹ Das Inselspital gewährt auf dem Umsatz der im Rahmen des APDRG-Pauschalensystems fakturierten Rechnungen einen Kickback im Rahmen der untenstehend beschriebenen Kriterien:

- a) Anreiz I: **max. 1 %**
Qualitative Zusammenarbeit = Cash Management; Fallmanagement, Handling der Kostengutsprache gesuche.
- b) Anreiz II: **max. 1%**
Qualitative Entwicklung der Zusammenarbeit = Förderung von Projekten, die beiden Partnern einen administrativen Nutzen bringen.
- c) Mengenrabatte: **max. 8%**
Entsprechend der untenstehenden Fallmengen-Stufen werden die aufgeführten Prozentabzüge gewährt.

1% Rabatt	≤ 49 Fälle
2% Rabatt	≥ 50 Fälle
3% Rabatt	≥ 175 Fälle
4% Rabatt	≥ 250 Fälle
5% Rabatt	≥ 500 Fälle
6% Rabatt	≥ 750 Fälle
7% Rabatt	≥ 1000 Fälle
8% Rabatt	≥ 1250 Fälle

B Kickback

¹ Die Auszahlung des Kickback erfolgt grundsätzlich mittels einer halbjährlich zu ermittelnden Globalzahlung auf der Basis der fakturierten Rechnungen.

C Anreizbestimmung

¹ Das Inselspital verhandelt im Rahmen des dargelegten Anreizsystems mit dem jeweiligen Vertragspartner die Höhe des Anreizes. Das Inselspital ist grundsätzlich frei bei der Gewährung der Rabatte und kann nicht auf deren Gewährung verpflichtet werden.

ANHANG 2

zur Vereinbarung zwischen dem

Kanton Solothurn

einerseits und dem

Inselspital Bern

andererseits.

Reglement für die Codierrevision und Weiterentwicklung der Codierpraxis für somatisch-akutstationäre Fälle an Spitälern mit DRG-Fallpauschalenvergütung

1. Grundsatz

Das nachfolgende Reglement baut auf den in der Wirtschaft üblichen Gepflogenheiten der Revisionstätigkeit auf. Nebst der Kontrollaufgabe dient die Revision der Weiterentwicklung des Kodiersystems und der darin Beschäftigten.

2. Zweck

¹ Das vorliegende Reglement definiert im Zusammenhang mit der Verwendung des Patientenklassifikationssystems APDRG (All Patients Diagnosis Related Groups) als Finanzierungsinstrument die Mindestgrundsätze

- zur Mandatierung eines Revisors,
- zur Durchführung der Datenrevision,
- zur Erstellung des Revisionsberichts,
- zur Weiterentwicklung der Codierpraxis.

² Allfällige Regeln des BFS werden beachtet, soweit dieser Vertrag nicht etwas anderes bestimmt.

3. Verhaltenscodex

Die Vertragsparteien verpflichten sich zu einem loyalen und vertrauenswürdigem Verhalten im gegenseitigen Verkehr und haben in Ausübung ihrer Rechte und in Erfüllung ihrer Pflichten nach Treu und Glauben, gemäss Art. 2 ZGB, zu handeln. Meinungsdivergenzen werden in der PVK der öffentlichen Spitäler geregelt.

4. Anforderungen an den Revisor

Der Revisor verfügt über eine ausreichende Kodiererfahrung und seine Unabhängigkeit und Unbefangenheit ist gewährleistet.

5. Bestimmung des Revisors

Der Revisor wird im gegenseitigen Einvernehmen zwischen den Vertragsparteien ernannt.

6. Mandatierung des Revisors

Die mit der Datenrevision beauftragte Institution bzw. die nominierte Person steht im Mandatsverhältnis zu den Vertragsparteien.

7. Finanzierung des Revisors

¹ Die Finanzierung der Datenrevision und der Erstellung des Revisionsberichts werden vom Spital getragen. Sie sind Teil der anrechenbaren Kosten.

² Der vom Spital bezahlte Rechnungsbetrag für die letzte Revision wird durch die Anzahl der im Revisionsjahr somatisch-akutstationär behandelten Fälle dieses Spitals dividiert. Der Basispreis des Folgejahrs erhöht sich um den daraus resultierenden Betrag.

8. Schweige- und Auskunftspflicht des Revisors

¹ Die vom Revisor gemachten Wahrnehmungen bzw. die während der Prüfungstätigkeit als Revisor in Erfahrung gebrachten materiellen Inhalte, sind vertraulich und binden den Revisor dauerhaft an seine Schweigepflicht.

² Der Revisor informiert die Vertragsparteien über die Ergebnisse seiner Revisionstätigkeit. Diese Informationen gehen jeweils gleichzeitig an die Vertragsparteien.

9. Bestimmung des Stichprobenumfangs

Der Stichprobenumfang muss statistisch relevant sein. Er kann aufgrund der Resultate des Revisionsberichts in gegenseitigem Einverständnis für das Folgejahr angepasst werden. Vorgaben von übergeordneten Stellen sind anzuwenden.

10. Ziehung der Stichprobe

¹ Die Ziehung der Stichprobe wird nach einem statistisch anerkannten Zufallsverfahren vom Revisor in Zusammenarbeit mit dem Spital mindestens 10 Tage vor der Revision durchgeführt. Damit wird sichergestellt, dass die notwendigen Grundlagen rechtzeitig bereitgestellt werden können.

² Die Ziehung findet auf der Basis aller in der zu prüfenden Periode mit APDRG-Fallpauschalen abgerechneten Fälle statt.

³ Fehlen Patientendossiers, wird dies im Revisionsbericht festgehalten.

11. Revisionsverfahren

- ¹ Die Datenrevision findet als Nachvollziehung der bestehenden Kodierung statt, d.h. der Revisor kennt die vom Spital ursprünglich gesetzten Codes, wenn er seine eigene Kodierung vornimmt.
- ² Stellt der Revisor Abweichungen fest, müssen diese schriftlich festgehalten und begründet werden. Der Revisor bespricht diese mit dem Kodierer nach Erstellung des provisorischen Berichts.
- ³ Die Datenkontrolle findet jährlich statt. In Absprache kann die Prüfung in zwei Etappen stattfinden.
- ⁴ Der Revisionstermin wird gemeinsam geplant.
- ⁵ Für die Datenrevision vor Ort stellt das Spital dem Revisor geeignete Räumlichkeiten zur Verfügung.
- ⁶ Der Revisor kann zur Erfüllung seiner Aufgabe Anordnungen treffen. Allfällige Anordnungen müssen sich allerdings auf Datenrevision beziehen und sie müssen dem Grundsatz der Verhältnismässigkeit genügen.

12. Revisionsinhalt

- ¹ Jeder Fall wird auf der Basis des Patientendossiers (KG) mit Hilfe eines Evaluationsblatts überprüft (vgl. hierzu den Anhang zur Vereinbarung).
- ² Auf jedem Evaluationsblatt werden folgende Angaben überprüft:
 - Name des Spitals
 - Fachbereich
 - Patientenidentifikationsnummer
 - Versicherungsart (OKP, UVG, MVG, IVG, SZ)
 - Zusatzversichert
 - Geburtsdatum
 - Geburtsgewicht (bei Neugeborenen)
 - Geschlecht
 - Eintrittsdatum
 - Austrittsdatum
 - Aufenthaltsdauer
 - Datum des Haupteingriffs
 - Hauptdiagnose
 - Zusatz zur Hauptdiagnose
 - Nebendiagnosen
 - Hauptbehandlung
 - Nebenbehandlungen
 - Nummer der DRG-Fallgruppe
 - DRG-Kostengewicht
 - Ausreisser/Normalfall
 - "erzwungene" DRG-Fallgruppe

³ Für die Bewertung der Richtigkeit der Diagnosen und Behandlungen wird die Fehlertyp-Nomenklatur aus dem Handbuch "TAR APDRG 2002 – Revision 1, Prinzipien und Regeln der Finanzierung und Rechnungsstellung mit APDRG-Fallpauschalen" (oder aktueller) verwendet. Die Nomenklatur lautet:

"Alle Stellen des ICD-10/CHOP richtig", "Abweichung an der 4. oder 5. Stelle (ICD-10) bzw. 3. und 4. Stelle (CHOP)", "Abweichung an der 2. oder 3. Stelle (ICD-10) bzw. 2. Stelle (CHOP)", "Abweichung an der 1. Stelle", "Zusätzlicher Kode 'auch zu kodieren' vergessen, falsch oder ungenau", "Kode ist nicht vorhanden, obwohl die Diagnose/der Eingriff im Austrittsbericht des Patienten erwähnt ist", "Die Diagnose ist auch im Austrittsbericht nicht erwähnt", "Richtige Hauptdiagnose bzw. richtiger Haupteingriff (Ja/Nein)".

⁴ Bei der Nummer der DRG-Fallgruppe wird angegeben, ob sie sich "verändert" hat oder "unverändert" blieb.

⁵ Beim Kostengewicht wird angegeben, ob es sich "erhöht" hat, "reduziert" hat oder "gleich" geblieben ist.

⁶ Bei der Angabe "Normalfall/Ausreisser" wird angegeben, ob ein Fall nach Kontrolle zum "Normalfall" wurde, zum "Ausreisser" wurde oder "gleich" blieb.

13. Revisionsbericht

¹ Die Ergebnisse der Datenkontrolle werden in einem Revisionsbericht zusammengefasst.

² Im Revisionsbericht sind folgende Elemente zwingend enthalten:

- Anteil, Anzahl und Art der Kodierabweichung (Gegliedert nach Fehlertyp und nach Hauptdiagnose / Zusatz zur Hauptdiagnose / Nebendiagnose / Hauptbehandlung / Nebenbehandlungen mit der Angabe des ursprünglichen Kodes und des "richtigen" Kodes).
- Anteil, Anzahl und Art der Überkodierungen (Angabe der ursprünglichen Kodierung des Falls, der richtigen Kodierung des Falls, der alten DRG-Nummer, der neuen DRG-Nummer und/oder des neuen Kostengewichts).
- Anteil, Anzahl und Art der Unterkodierungen (Angabe der ursprünglichen Kodierung des Falls, der richtigen Kodierung des Falls, der alten DRG-Nummer, der neuen DRG-Nummer und/oder des neuen Kostengewichts).
- Anteil, Anzahl und Art der restlichen Kodierabweichungen (d.h. ohne Unter- und Überkodierungen) (Angabe der ursprünglichen Kodierung des Falls, der richtigen Kodierung des Falls, der alten DRG-Nummer).
- Anteil, Anzahl und Art der Andersgruppierungen bei im Prinzip richtiger Kodierung (ursprüngliche Kodierung des Falls, alte DRG-Nummer und Kostengewicht, neue DRG-Nummer und Kostengewicht).
- Anzahl der Nebendiagnosen pro Patient.
- Anzahl der fehlenden, das heisst nicht überprüfbar Patientendossiers mit Begründung für das Fehlen.
- Begründung, weshalb die Patientendossiers fehlten und Angabe mit welcher DRG-Fallgruppe und mit welchem Kostengewicht die Fälle mit fehlendem Patientendossier vom Spital abgerechnet wurden.
- Höhe der Fallmischindizes (CMI) der Stichprobe vor der Rekodierung und nach der Rekodierung.
- Empfehlungen für die Verbesserung der Kodierqualität.
- Die Evaluationsblätter (im Anhang des Berichts).

- ³ Der Revisionsbericht wird dem Spital bis mindestens zum 15. April des folgenden Jahres zur Stellungnahme vorgelegt. Die Frist für die Stellungnahme beträgt 20 Arbeitstage.
- ⁴ Der Revisionsbericht und die Stellungnahme des Spitals müssen spätestens bis zum 30. April den Vertragsparteien vorliegen. Fälle, die zum Zeitpunkt der Revision prozessbedingt noch nicht kodiert vorliegen, können in der nächsten Revision überprüft werden.
- ⁵ Kodierstreitigkeiten werden den Verhandlungsdelegationen vorgelegt, welche über das weitere Vorgehen entscheiden.

1. Weitere Aufgaben des Revisors

Weitere allfällige Aufgaben des Revisors werden im Mandatsvertrag geregelt.