

VEREINBARUNG

zwischen dem

Kanton Obwalden

einerseits und dem

Inselspital Bern

andererseits

über die Hospitalisation von KVG-Patienten mit Wohnsitz im Kanton Obwalden 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 Obwalden 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 Obwalden nicht möglich ist. Dringende Verlegungen aus einem öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spital des Kantons Obwalden und Zuweisungen von anderen Institutionen des Kantons Obwalden gelten als Notfall.

Artikel 2 **Meldepflicht**

- 1) Gemäss kantonaler Regelung werden Kostengutsprachen durch den Kantonsarzt des Kantons Obwalden bzw. seinen Stellvertreter für sämtliche medizinisch begründeten Fälle der Allgemeinen Abteilung 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 Obwalden) bei seinem Spital-eintritt 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 Spitaleintritt 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 Obwalden 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 Entscheidungen 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 Obwalden 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). Für Patienten der halbprivaten oder privaten Aufenthaltsklasse stellt das Inselspital nach der jeweils geltenden Tarifordnung den Zusatzversicherern direkt Rechnung.
- 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.

ANHANG 1¹

zur Vereinbarung zwischen dem

Kanton Obwalden

einerseits und der

Inselspital-Stiftung Bern (Inselspital)

betreffend

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 wird.

² Aufenthalte von Patienten in der akuten Neurorehabilitation werden mit einer fachbereichsspezifischen Fallpauschale abgerechnet.

³ 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 und fachbereichsspezifische Fallpauschale (Neurorehabilitation) Insel

3.1 Baserates

Baserate Insel (Art. 41 Abs. 3 KVG) pro Kostengewicht 1.0 der CW-Version 6.0, Grouper 1.9, CHOP-Version 11
CHF 6'823.--

3.2 Akute Neurorehabilitation (NREH) Insel

¹ Eintritte in die NREH können nur aus vorgelagerten Behandlungen anderer Kliniken der Insel erfolgen. Die Behandlungs-Programme der Neurorehabilitation umfassen fixe Therapiezyklen (Tage), weshalb nur Kostengutsprachen im Umfang des Gesuchs möglich sind. Weiterführende externe Rehabilitationsaufenthalte fallen nicht unter die vorliegende Pauschale.

¹ Erneuerter Anhang 1 vom 9. Oktober 2008 gemäss Nachtrag vom 4. November 2008 zum RRB vom 4. Januar 2005 (GDB 832.172)

² Rehospitalisationen in die Neurorehabilitation innerhalb von 7 Tagen nach einer Spitalentlassung gelten nicht als neuer Fall.

³ Die Neurorehabilitation wird durch folgende Fallbereichspauschale abgegolten:

Fachbereichsspezifische Fallpauschale (Art. 41 Abs. 3 KVG)
CHF 47'450.--

Die Tarife für 2009 (gültig ab 1.1.2009) wurden auf dem geprüften Rechnungsabschluss (Kostenrechnung 2007) berechnet und ausgehandelt und bilden grundsätzlich das Verhandlungsergebnis ab.

4. 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
($LTP \leq LOS \leq HTP1$):

$CW * Baserate = \text{Fakturierter Betrag}$

Regel 2: "LOW OUTLIER"

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

$(CW / ALOS) * LOS * 2 * Baserate = \text{Fakturierter Betrag}$

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 ($HTP1 < LOS \leq HTP2$)

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

- Fall high outlier 2

Dauer länger als HTP2 ($LOS > HTP2$)

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

¹⁾ Gemäss Regeln TAR APDRG 2007 und Fakturierungsregeln Version 2007

5. Umfang der APDRG- und Neurorehabilitations-Pauschalen

- ¹ In den 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.
- ² In den Pauschalen 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 der Insel 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.

6. 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 sie 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.

7. 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.
- ³ Der zuständige Arzt der Insel entscheidet über den Zeitpunkt der Entlassung der behandelten Person und gegebenenfalls über den Zeitpunkt ihrer Rückführung in ein Spital ihres Wohnkantons. Er beachtet dabei soweit wie möglich allfällige Bedingungen und Vorbehalte der ärztlichen Dienststelle des Wohnkantons der behandelten Person, welche die Kostengutsprache erteilt hat.
- ⁴ Im Falle der Rückführung in ein Spital des Wohnkantons gehen die Transportkosten auf Rechnung des empfangenden Spitals. Ein solcher Transport muss von diesem bestellt und organisiert werden, es sei denn, es beauftrage damit ausdrücklich die Insel.

8. Codiergrundlagen

- ¹ Grundlage für die Codierung sind bis zur Einführung von SwissDRG die Kostengewichte APDRG CW-Version 6.0/Gruoper 1.9/CHOP-Version 11.
- ² Im gegenseitigen Einvernehmen können aus triftigen Gründen Änderungen der CW-Version (inkl. Anpassung von CHOP-Version und Grouper) vorgenommen werden.

9. Bericht über die Codierrevision und Weiterentwicklung der Codierpraxis

¹ Der jährliche Revisionsbericht im Zusammenhang mit der Verwendung des Patientenklassifikationssystems (APDRG) und die Stellungnahme des Inseleospitals werden den Kantonen zu ihrer Information zugestellt. Weitergehende Reports sind nicht Gegenstand dieser Vereinbarung.

10. Inkraftsetzung

Dieser Anhang tritt per 01.01.2009 in Kraft und gilt für die Rechnungsstellung der Austritte ab 01.01.2009 mit Gültigkeit bis 31.12.2009.

ANHANG 2

zur Vereinbarung zwischen dem

Kanton Obwalden

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 überprüfbaren 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.

14. Weitere Aufgaben des Revisors

Weitere allfällige Aufgaben des Revisors werden im Mandatsvertrag geregelt.