

Klinik Im Hasel AG

*Bericht über die TARPSY
Kodierrevision der Daten
2024*

Abschlussbericht

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 Revisionsbericht kennt drei Typen von Resultaten:

- Auf die Grundgesamtheit bezogene Resultate: statistische Angaben zur Grundgesamtheit (vollständiger Datensatz des Spitals).

- Auf die Stichprobe bezogene Resultate: 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: 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.

Inhaltsverzeichnis

Präambel	2
Zusammenfassung	5
Revisionsergebnisse im Überblick	6
Kennzahlenvergleich Grundgesamtheit und Stichprobe	7
1 Durchführung der Revision	8
1.1 Berichtsperiode	8
1.2 Gültige Versionen	8
1.3 Berechnung und Ziehung der Stichproben	9
1.4 Beschreibung der zeitlichen Abfolge der Revision	9
1.5 Qualifikation des Revisors	10
1.6 Unabhängigkeit des Revisors	10
1.7 Bemerkungen	10
2 Feststellungen	11
2.1 Generelle Feststellungen	11
2.2 Administrative Grundlagen	12
2.2.1 Patientenakten	12
2.2.2 Administrative Falldaten	13
2.2.3 Fallkombinationsfehler (Fallsplit, Fallzusammenführung)	14
2.2.4 Kongruenz der Rechnungsstellung	15
2.3 Diagnosen und Behandlungen	16
2.3.1 Festgestellte Fehler	16
2.3.2 Anzahl der Kodierfehler nach Fehlertyp	16
2.3.3 Anzahl der falsch kodierten Codes mit Stellenangabe	17
2.3.4 Prozentsatz der Kodierfehler nach Fehlertyp	17
2.3.5 Prozentsatz der falsch kodierten Codes mit Stellenangabe	18
2.3.6 Zuweisung der Hauptdiagnose	19
2.3.7 Zuweisung der Zusatzdiagnose	19
2.3.8 Zuweisung des CHOP (ohne 94.A1 und 94.A2)	19
2.3.9 Zuweisung des CHOP (94.A1)	19
2.3.10 Zuweisung des CHOP (94.A2)	20
2.3.11 Externe ambulante Leistungen	20
2.4 Zusatzentgelte exkl. Medikamente (Substanzen)	20
2.5 Medikamente (Substanzen)	20
2.6 Kostengewichtsänderungen	21
2.6.1 Anzahl und Prozentsatz der Fälle mit Kostengewichtsänderungen	21
2.6.2 Differenzen mit/ohne Vorlage an das BfS	21
2.7 Kostengewichte	21
2.7.1 CMI des Spitals vor und nach Revision	21
2.7.2 DMI des Spitals vor und nach Revision	22
2.7.3 Durchschnittliche Aufenthaltsdauer des Spitals vor und nach Revision	22
2.7.4 Kostengewichtsdifferenzen	22
2.7.5 Aufenthaltsdifferenzen	22
2.8 Vergleich Stichprobe und Grundgesamtheit	23
2.8.1 Anzahl Fälle und Tage	23

2.8.2	Anzahl und Prozentsatz unspezifischer Kodes an der Spitalkodierung	23
2.8.3	Anzahl Nebendiagnosen pro Patient	23
2.8.4	Anzahl Behandlungskodes pro Patient	23
2.8.5	Prozentsatz Fälle mit Zusatzentgelt	23
2.9	Vergleich mit früheren Revisionen	24
3	Empfehlungen	25
3.1	Empfehlungen für die Verbesserung der Kodierung im Spital	25
3.2	Empfehlungen für die Weiterentwicklung von TARPSY	26
3.3	Weitere Hinweise des Revisors	26
4	Anmerkungen der Spitaldirektion	27
5	Schlussbemerkungen	28
A	Anhang	29

Zusammenfassung

Die TARPSY-Revision ist seit der Datengrundlage 2018 (Datengrundlage für Kinderpsychiatrie 2019) gesetzlich vorgeschrieben.

Der nachfolgende Bericht zeigt die überprüfte Kodierqualität der Klinik Im Hasel AG für den Zeitraum vom 1. Januar 2024 bis 31. Dezember 2024 auf.

Diese Überprüfung erfolgte aufgrund einer einfachen Zufallsstichprobe von 30 Fällen aus der Grundgesamtheit von 281 nach TARPSY abgerechneten Fällen.

Die errechnete und gemäss Revisionsreglement zur Anwendung kommende Stichprobengrösse beträgt 30 Fälle.

Die Stichprobe wurde analog dem Reglement zur Durchführung von Kodierrevisionen unter TARPSY verdachtsunabhängig gezogen. Der CMI (Case-Mix-Index) von 68.139267 der Stichprobe fällt niedriger aus als der CMI von 76.611847 der Grundgesamtheit.

Insgesamt wurde in der Stichprobe ein Kostengewichtswert von 2'044.1780 angeschaut.

Die Revision erfolgte durch einen Revisor. Eine weitere Revisorin hat die Änderungsempfehlungen angeschaut und validiert. Durch dieses Vorgehen konnte ein Vier-Augenprinzip gewährleistet werden.

Aufgrund der Revisionsfeststellungen und nach Rücksprache mit den Kodierverantwortlichen der Klinik Im Hasel AG wurde bei keinem Fall eine andere PCG-Ermittlung (Psychiatric Cost Group) empfohlen. Dies ergibt eine PCG-Änderungsquote von 0.0% Prozent.

Bei einem Revisionsfall haben wir ein höheres Zusatzentgelt als ausgewiesen ermittelt. Die Belastungserprobung war über 48 Stunden. In diesem Fall erhöht sich das Zusatzentgelt nach Revision um 177.81 CHF.

Es wurden keine systematischen Veränderungen der Kodierung festgestellt.

Beim Vergleich zwischen den im Batchgrouping des BfS-Medizinischen Datensatzes ermittelten PCGs und den fakturierten PCGs kam es zu keiner Abweichung der PCGs.

Ein einheitliches Vorgehen und richtiges Anwenden der Regeln aller am Kodierprozess beteiligten Personen ist erkennbar.

Revisionsergebnisse im Überblick

Messgrösse	Ergebnis	
Fälle in der Stichprobe	30	
Fälle in der Grundgesamtheit	281	
Tage in der Stichprobe	2'357	
Tage in der Grundgesamtheit	25'634	
CMI des Spitals (Grundgesamtheit)	76.611847	
CMI des Spitals vor Revision (Stichprobe)	68.139267	
Geschätzter CMI des Spitals nach Revision (Stichprobe)	68.139267	
Statistische Signifikanz der Abweichung des CMI vor und nach Revision	Nein	
Geschätzte Differenz des CMI des Spitals vor und nach Revision	0.000	0.0%
Revidierte Fälle mit Kostengewichtsänderungen	0	0.0%
Richtige Hauptdiagnosen ¹	30	100%
Richtiger Zusatz zur Hauptdiagnose ²	-	-
Richtige Nebendiagnose	147	98.7%
Richtiger CHOP (ohne 94.A1 und 94.A2)	59	98.3%
Richtiger CHOP (94.A1)	718	99.9%
Fälle mit richtiger CHOP (94.A1)	29	96.7%
Richtiger CHOP (94.A2)	0	0.0%
Fälle mit richtiger CHOP (94.A2)	0	0.0%
Prozentuale Angaben in der obenstehenden Tabelle sind unverzerrte Schätzungen von Parametern der Grundgesamtheit nach Revision.		
Richtige Zusatzentgelte exkl. Medikamente (Substanzen)	15	93.8%
Beanstandete Fallkombinationen	0	0.0%

¹ Bei den richtigen Hauptdiagnosen muss der Code 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 Code kodiert, so darf diese Nebendiagnose nicht als richtige Hauptdiagnose gewertet werden).

² Gemäss KHB G53m Der Zusatz zur Hauptdiagnose, findet das Feld «Zusatz zur Hauptdiagnose» unter SpiGes keine Anwendung mehr. Im Musterrevisionsbericht ist das Feld aber weiterhin aufgeführt und wird aus diesem Grund mit dargestellt.

Fehlende Patientenakten	0	0.0%
Richtig erfasste externe ambulante Leistungen	-	-

Kennzahlenvergleich Grundgesamtheit und Stichprobe³

Messgrösse	Grundgesamtheit		Stichprobe	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Fälle mit Zusatzentgelt	103	36.7%	12	40.0%
Fälle mit externen ambulanten Leistungen	0	0.0%	0	0.0%
Zusatzentgelte Total	173		16	
Externe ambulante Leistungen Total	0		0	
CMI		76.611847		68.139267
DMI		0.839819		0.844702

³ Die Angaben beziehen sich jeweils auf die Daten vor der Revision. (z.B. DMI: Es werden die effektiven Kostengewichte vor Revision betrachtet).

1 Durchführung der Revision

1.1 Berichtsperiode

Der Prüfungszeitraum berücksichtigte alle stationären Fälle mit Austritt vom 01. Januar 2024 bis 31. Dezember 2024.

1.2 Gültige Versionen

Nachfolgende Tabelle zeigt die für das Berichtsjahr gültigen Regeln und Richtlinien, Klassifikationen, Tarifdokumente und Grouperversion auf.

Regeln und Richtlinien

Kodierungshandbuch. Der offizielle Leitfaden der Kodierrichtlinien in der Schweiz Version 2024

BFS-Gesundheit – Rundschreiben für Kodiererinnen und Kodierer 2024 Nr. 1 und Nr. 2

Klassifikationen

ICD-10-GM 2022 – Alphabetisches und Systematisches Verzeichnis

Schweizerische Operationsklassifikation (CHOP) – Alphabetisches und Systematisches Verzeichnis 2024

Tarifdokumente

Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG, TARPSY und ST Reha (Version Mai/2024)

Klarstellung und Fallbeispiele zu den Anwendungsregeln (Version 4.7)

PCG Katalog TARPSY Version 5.0 /2024, 2025

Zusatzentgeltkatalog TARPSY 5.0 /2024

Reglement für die Durchführung der Kodierrevision unter TARPSY, Version 6.0, Revision der Daten 2024

Grouperversion TARPSY 5.0 Abrechnungsversion (2024)

Die Diagnosen- und Behandlungskodierung ist analog dem Musterrevisionsbericht mit der Fehlertypologie richtig, falsch, fehlend, ungerechtfertigt und unnötig beurteilt.

Daraus folgt, dass eine Diagnose oder Behandlung, die von den Revisoren bestätigt wurde, als **richtig** bezeichnet wird. Wenn der Revisor zu einer abweichenden Diagnose kommt, wird die Spitaldiagnosekodierung als **falsch** ausgewiesen. Als **fehlend** werden die Codes dargestellt, die durch den Revisor hinzu erfasst wurden.

Ungerechtfertigt sind Diagnose- und Prozedurenkodes, welche von dem Spital kodiert wurden, obwohl kein Ressourcenverbrauch diesbezüglich entstanden ist. Mit **unnötig** werden Codes, die durch andere Codes schon subsummiert sind, bezeichnet.

1.3 Berechnung und Ziehung der Stichproben

Die Stichprobe wurde nach den Vorgaben des Reglements für die Durchführung der Kodierrevision unter TARPSY Anhang 1 durchgeführt.

Es wurde eine Zufallsstichprobe gezogen.

Die Grundgesamtheit der Klinik Im Hasel AG ist < 1'000 Fälle pro Jahr.

Für die Revision der Daten 2024 nach TARPSY wird pro Einrichtung eine Stichprobengrösse von 5% festgelegt. Die Stichprobengrösse beträgt jedoch für eine Einrichtung mindestens 30 und maximal 150 Fälle.

Somit wird eine Stichprobengrösse von 30 gezogen.

Es konnten alle Fälle der Stichprobe seitens des Spitals mit ausreichender Dokumentation vorgelegt werden. Damit ist die zu akzeptierende Quote von 1.0% nicht vorhandener Patientendossiers unterschritten und es musste keine neue Stichprobe gezogen werden.

1.4 Beschreibung der zeitlichen Abfolge der Revision

Als Prüfer haben wir die Kodierrevision der Klinik Im Hasel AG für den Zeitraum vom 01. Januar 2024 bis 31. Dezember 2024 nach dem Reglement für die Durchführung der Kodierrevision unter TARPSY am 19. Juni 2025 durchgeführt.

Die gezogene Stichprobe wurde der Klinik Im Hasel AG innert der im Revisionsreglement aufgezeigten Frist von 10-15 Tagen vor Revision zugestellt.

Die Kodierrevision wurde vor Ort durch die Revisoren durchgeführt.

Das Vier-Augenprinzip bei spezifischen Kodierfragestellungen und Differenzen zur Spitalkodierung wurde sichergestellt.

Bei Fragestellungen standen die Kodierverantwortlichen sofort für die Beantwortung dieser zur Verfügung. Das Revisionsverfahren wurde analog dem Reglement für die Durchführung von Kodierrevision unter TARPSY durchgeführt. Dem Revisor war die Ursprungskodierung aller Parameter bekannt.

Die festgestellten Differenzen wurden nach der Revision mit den Kodierverantwortlichen im Anschluss an die Revision besprochen und sind in diesem Bericht, soweit ausgeräumt, nicht mehr aufgeführt.

Der Abschluss der Fallbesprechung fand am 26. Juni 2025 statt.

1.5 Qualifikation des Revisors

Die von PricewaterhouseCoopers AG eingesetzten Revisoren stehen auf der Liste der Revisoren des Bundesamtes für Statistik (BfS). Die Revisoren nehmen regelmässig an kodierungsbezogenen Fortbildungen teil.

Tobias Pfinninger (Revisor), Dipl. Betriebswirt Fachrichtung Gesundheitswesen und exam. Pflegefachmann, ist seit 2003 in der Kodierung und im Medizincontrolling tätig. Seit 2010 hat er den eidgenössischen Fachausweis des Medizinischen Kodierers erworben und steht seit Ende 2011 auf der Liste der Revisoren des BfS. Herr Pfinninger hat die Zusatzqualifikation TARPSY bei H+ Bildung im Jahr 2018 absolviert.

Katrin von Varchmin (Vier-Augen-Prinzip) ist medizinische Kodiererin mit eidgenössischem Fachausweis und exam. Pflegefachfrau. Seit 2015 hat Sie den eidgenössischen Fachausweis des Medizinischen Kodierers erworben und steht seit Ende 2015 auf der Liste der Revisoren des BfS. Frau von Varchmin hat die Zusatzqualifikation TARPSY bei H+ Bildung im Jahr 2018 absolviert.

1.6 Unabhängigkeit des Revisors

Die Revisoren standen in der Revisionsperiode und zur Zeit der Revision in keinem weiteren Anstellungsverhältnis der Klinik Im Hasel AG. Des Weiteren bestehen keine finanziellen Abhängigkeiten zwischen den Revisoren und der Klinik Im Hasel AG. Es bestehen auch keine Abhängigkeiten seitens der Revisoren zu Kostenträgern.

Die Kodierrevisoren verpflichten sich, die vom BfS herausgegebenen Kodierungsrichtlinien, die geltenden Tarifdokumente (insbesondere Revisionsreglement) und die aktuellen Klassifikationen sach- und fachgerecht anzuwenden. Die Revisoren unterstehen der Schweigepflicht gegenüber Dritten und behandeln die gemachten Wahrnehmungen, bzw. die während der Prüftätigkeit in Erfahrung gebrachten Informationen vertraulich.

1.7 Bemerkungen

Für die Kodierung der Datengrundlage 2024 ist die Klinik Im Hasel AG verantwortlich. Unsere Aufgabe ist es, auf der Grundlage der von uns durchgeführten Prüfungshandlungen eine Prüfungsaussage darüber abzugeben, ob die Klinik Im Hasel AG die Bestimmungen über die Kodierung eingehalten hat. Wir haben unsere Prüfung in Übereinstimmung mit dem International Standard on Assurance Engagements (ISAE) 3000 und den Grundsätzen der SwissDRG AG vorgenommen. Danach ist die Prüfung unter Beachtung des Grundsatzes der Wesentlichkeit so zu planen und durchzuführen, dass wir unsere Prüfungsaussage mit angemessener Sicherheit abgeben können. Die Auswahl der Prüfungshandlungen liegt im Ermessen der Prüfgesellschaft. Wir erlangen angemessene Prüfungsnachweise auf der Basis von Stichproben. Die im Reglement für die Durchführung der Kodierrevision vorgesehenen Prüfungshandlungen haben wir durchgeführt. Wir sind der Auffassung, dass unsere Prüfung eine ausreichende Grundlage für unsere Prüfungsaussage bildet.

2 Feststellungen

2.1 Generelle Feststellungen

In allen vorgelegten Fällen standen die Unterlagen in gleicher elektronischer Form wie sie die Spitalkodierung zur Ansicht hatte zur Verfügung. Die Krankenakten sind logisch aufgebaut und konnten dadurch vom Revisor ohne Probleme geprüft werden.

Das Leistungsspektrum der Klinik Im Hasel AG umfasst vier unterschiedliche PCGs. Ein paar PCGs sind sensitiv auf eine veränderte HoNOS- oder Nebendiagnosen-Erfassung. Das setzt gleichzeitig voraus, dass die Klinik Im Hasel AG sensibel prüfen muss, ob die PSL relevanten Diagnosen und HoNOS-Wertungen revisions sicher dokumentiert und beschrieben sind.

Auf Grund der Einführung des patientenbezogenen Schweregrades (PSL) in der Psychiatrie ist die Dokumentation von Nebendiagnosen insbesondere somatischen Diagnosen ab dem Jahr 2024 groupierungsrelevant. Konkret spielt der PSL-Wert in acht der neun Basis-PCGs als Kostentrenner eine Rolle. Es ist erkennbar, dass Nebendiagnosen insbesondere somatische Diagnosen nur teilweise im Verlauf beschrieben sind. Die im Verlauf beschriebenen Diagnosen sind in der Diagnoseliste nicht immer nachgeführt worden.

Zur besseren Nachvollziehbarkeit der subjektiven HoNOS-Erfassung ist eine Begründung zu dieser Einschätzung zu dokumentieren. Bei den PCG relevanten HoNOS-Werten (Eintritts-HoNOS Item 1, 2 und 5 mit einer Bewertung von 3 oder 4) ist eine Begründung zu dieser Einschätzung zu dokumentieren.

Es ist erkennbar, dass die Diagnoseliste zu Beginn der Behandlung erstellt wird. Teilweise sind im Verlauf beschriebene Diagnosen in der Diagnoseliste nicht nachgeführt worden.

Die ICD-10 GM Schlüsselnummer U69.3-! sollen gemäss KHB Do4c zur Spezifizierung der Art des Substanzgebrauchs bei Abhängigkeiten hinzuerfasst werden. Sie dienen der Spezifizierung eines vorher stehenden, nicht mit einem Ausrufezeichen markierten Codes oder beschreiben die Umstände einer Krankheit, Verletzung, Vergiftung oder Komplikation. Sie dürfen nicht allein stehen, sondern folgen diesem Code. Die in der ICD10-GM als optional bezeichneten Ausrufezeichenkodes sind, sofern zutreffend, alle obligatorisch anzugeben. Zutreffend bedeutet, die Präzisierung im Ausrufezeichenkode ist im vorher stehenden Code nicht inbegriffen. In der Klinik Im Hasel AG werden diese teilweise PCG relevanten Schlüsselnummern korrekterweise nur erfasst, wenn die Art der Einnahme beschrieben ist. Hier ist in der Dokumentation im Austrittsbericht darauf zu achten, dass die Substanzanamnese erfasst wird.

Zu den Prozeduren Codes 94.3F.- Belastungserprobungen sind die Mindestkriterien in der gesamten Dokumentation strukturiert evaluierbar. Es werden viele Belastungserprobungen ausgeführt, welche aber auf Grund fehlender Dokumentation und somit fehlender Krite rieneinhaltung nicht als solche abgerechnet werden können.

Des Weiteren werden viele ausgesprochene Urlaube unter 24 Stunden nicht eingehalten und es kommt somit zum administrativen Abzug der Urlaubsstunden.

Beim Abschluss der Fallbesprechung bestand in allen Fällen ein Konsens zwischen beiden Parteien.

Es wurde kein Fall dem BfS durch die Revision zur Beurteilung vorgelegt.

2.2 Administrative Grundlagen

2.2.1 Patientenakten

2.2.1.1 Anzahl und Prozentsatz fehlender Patientenakten

Es konnten 30 Fälle aufgrund vorliegender Akten revidiert werden. Dies entspricht 100% der Stichprobengrösse.

Somit musste keine neue Stichprobe gezogen werden.

2.2.1.2 Qualität der Aktenführung

Die Dossiers enthielten alle notwendigen Informationen. Die Arztberichte lassen eine Kodierung nur anhand dieser Dokumente zu. Es besteht keine Gefahr, dass relevante Sachverhalte in anderen Dokumenten besser zu erkennen sind.

Die Diagnosestellung der psychiatrischen Diagnosen sowie die gewählten Haupt- und Nebendiagnosen sind vom behandelnden Arzt in der Diagnoseliste und im Verlauf gut beschrieben. Somatische Diagnosen sind teilweise in der Diagnoseliste unspezifisch beschrieben. Aus dem Verlauf heraus können diese oftmals von der Kodierung spezifiziert werden. Manche somatischen Diagnosen sind nur im Verlauf und nicht in der Diagnoseliste beschrieben.

2.2.2 Administrative Falldaten

Fehler bei	Anzahl	Prozentsatz
Eintrittsart	0	0.0%
Einweisende Instanz	0	0.0%
Aufenthaltort vor Eintritt	0	0.0%
Wechsel Aufenthaltsart (ambulant, stationär, Rehabilitation, Akutsomatik)	0	0.0%
Entscheid für Austritt	0	0.0%
Aufenthalt nach Austritt	0	0.0%
Behandlung nach Austritt	0	0.0%
Verweildauer	0	0.0%
Administrativer Urlaub	0	0.0%
Grund Wiedereintritt	0	0.0%
Fürsorgerische Unterbringung	0	0.0%

2.2.3 Fallkombinationsfehler (Fallsplit, Fallzusammenführung)

2.2.3.1 Festgestellte Fehler

Wenn ein gezogener Fall unter den Sachverhalt einer Fallzusammenführung mit einem oder mehreren anderen Fällen fällt, so erstreckt sich die Revision des Falles stets auf alle unter die Fallzusammenführung fallenden Aufenthalte.

Wenn in der Kodierrevision solche Fälle getrennt werden, die vom Spital zusammengeführt wurden bzw. wurden bei der Kodierrevision Fälle zusammengeführt, die vom Spital nicht zusammengeführt wurden und diese Fälle sind nicht in der Stichprobe enthalten, so sind die Ergebnisse separat im Revisionsbericht dargestellt.

Die zwei in der Stichprobe analysierten Fallzusammenführungen wurden korrekt vorgenommen. Es wurden in der Stichprobe keine potenzielle Rehospitalisationen ausgewiesen. Von den Revisoren wurden keine noch nicht durchgeführte Fallzusammenführung empfohlen.

Fall	Typ	Fall	Eintritt	Austritt	LOS	PCG	CW des Spital	CW des Revisors	CW-differenz
Keine Feststellungen									

2.2.3.2 Abweichung Kostengewicht

Es besteht keine Abweichung der Kostengewichte durch Fallzusammenführung oder Wegnahme von Fallzusammenführungen.

2.2.4 Kongruenz der Rechnungsstellung

Die Revision der Rechnungsstellung erfolgte auf der Grundlage der Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter TARPSY. Es wurden alle ausgewiesenen Rechnungen mit dem BFS-Datensatz-Grouping abgeglichen.

Es wurden keine Stornofälle, die die Stichprobe betreffen, vor Revisionsbeginn gemeldet.

Es sind keine Rechnungskorrekturen aufgrund des Reglements über die Kodierrevision unter TARPSY, Punkt 4.2.3.5, zulässig. Es sei denn, eine statistische Relevanz liegt vor. Diese haben wir in Kapitel 2.6.1 ausgeschlossen.

2.2.4.1 Festgestellte Fehler

	PCG	Kostengewicht	Zusatzentgelte
Richtig	30	30	12
Falsch	0	0	0
Noch keine Rechnung vorhanden	0	0	0
Sonstiges	0	0	0
Fehlend			0

2.2.4.2 Abweichung Kostengewicht

Es besteht keine Abweichung der Kostengewichte zwischen der Rechnungsstellung und dem Ergebnis des SpiGes-Datensatzes.

2.3 Diagnosen und Behandlungen

2.3.1 Festgestellte Fehler

Innerhalb der 30 Fälle der Stichprobe waren 178 Diagnosen und 779 Behandlungen zu beurteilen.

Es wurden keine PCG-Änderungsempfehlungen vorgenommen.

Es wurden keine Hinweise für systematische Kodierfehler gefunden.

In den folgenden Kapiteln sind die Feststellungen zusammengefasst.

2.3.2 Anzahl der Kodierfehler nach Fehlertyp

Fehlertyp	Richtig	Falsch	Fehlend	Ungerechtfertigt	Unnötig	Total
Hauptdiagnose	30	0	0	0	0	30
Zusatz zur HD	0	0	0	0	0	0
Nebendiagnose	147	0	1	1	0	149
Diagnosen Total	177	0	1	1	0	179
Behandlungen ohne 94.A1 und 94.A2	59	1	0	0	0	60
Behandlungen (94.A1)	718	1	0	0	0	719
Behandlungen (94.A2)	0	0	0	0	0	0
Behandlungen Total	777	2	0	0	0	779

2.3.3 Anzahl der falsch kodierten Codes mit Stellenangabe

Fehlertyp	falsch 1. Stelle	falsch 2. Stelle	falsch 3. Stelle	falsch 4. Stelle	falsch 5. Stelle	falsch 6. Stelle
Hauptdiagnose	0	0	0	0	0	0
Zusatz zur HD	0	0	0	0	0	0
Nebendiagnose	0	0	0	0	0	0
Diagnosen Total	0	0	0	0	0	0
Behandlungen ohne 94.A1 und 94.A2	0	0	0	0	0	1
Behandlungen (94.A1)	0	0	0	0	0	1
Behandlungen (94.A2)	0	0	0	0	0	0
Behandlungen Total	0	0	0	0	0	2

2.3.4 Prozentsatz der Kodierfehler nach Fehlertyp

Fehlertyp	Richtig	Falsch	Fehlend	Ungerechtfertigt	Unnötig
Hauptdiagnose	100%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Zusatz zur HD	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Nebendiagnose	98.7%	0.0%	0.7%	0.7%	0.0%
Diagnosen Total	98.9%	0.0%	0.6%	0.6%	0.0%
Behandlungen ohne 94.A1 und 94.A2	98.3%	1.7%	0.0%	0.0%	0.0%
Behandlungen (94.A1)	99.9%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%
Behandlungen (94.A2)	-	-	-	-	-
Behandlungen Total	99.7%	0.3%	0.0%	0.0%	0.0%

2.3.5 Prozentsatz der falsch kodierten Kodes mit Stellenangabe

Fehlertyp	falsch 1. Stelle	falsch 2. Stelle	falsch 3. Stelle	falsch 4. Stelle	falsch 5. Stelle	falsch 6. Stelle
Hauptdiagnose	-	-	-	-	-	-
Zusatz zur HD	-	-	-	-	-	-
Nebendiagnose	-	-	-	-	-	-
Diagnosen Total	-	-	-	-	-	-
Behandlungen ohne 94.A1 und 94.A2	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100%
Behandlungen (94.A1)	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100%
Behandlungen (94.A2)	-	-	-	-	-	-
Behandlungen Total	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100%

2.3.6 Zuweisung der Hauptdiagnose

	Anzahl	Prozentsatz
Keine Änderung der Spitalkodierung	30	100%
Kode durch richtigen Kode ersetzt	0	0.0%
Fehlenden Kode durch neuen ersetzt	0	0.0%
Durch bestehende Nebendiagnose zugeordnet	0	0.0%

2.3.7 Zuweisung der Zusatzdiagnose

Gemäss KHB G53m Der Zusatz zur Hauptdiagnose, findet das Feld «Zusatz zur Hauptdiagnose» unter SpiGes keine Anwendung mehr. Im Musterrevisionsbericht ist das Feld aber weiterhin aufgeführt und wird aus diesem Grund mit dargestellt.

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

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

	Anzahl	Prozentsatz
Keine Änderung der Spitalkodierung	59	98.3%
Kode durch richtigen Kode ersetzt	1	1.7%
Fehlenden Kode durch neuen ersetzt	0	0.0%

2.3.9 Zuweisung des CHOP (94.A1)

	Anzahl	Prozentsatz
Keine Änderung der Spitalkodierung	718	99.9%
Kode durch richtigen Kode ersetzt	1	0.1%
Fehlenden Kode durch neuen ersetzt	0	0.0%

2.3.10 Zuweisung des CHOP (94.A2)

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

2.3.11 Externe ambulante Leistungen

	Anzahl	Prozentsatz
Richtig erfasst	-	-
Falsch erfasst	-	-
Nicht erfasst	-	-

2.4 Zusatzentgelte exkl. Medikamente (Substanzen)

Es wurden bei gesamthaft 12 Fällen in der Stichprobe insgesamt 16 Zusatzentgelte erfasst.

Bei Revisionsfall 23 haben wir ein höheres Zusatzentgelt als ausgewiesen ermittelt. Die Belastungserprobung war über 48 Stunden. In diesem Fall erhöht sich das Zusatzentgelt nach Revision um 177.81 CHF.

	Anzahl	Prozentsatz
Richtig erfasst	15	93.8%
Falsch erfasst	1	6.2%
Nicht erfasst	0	0.0%

2.5 Medikamente (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	-	-

2.6 Kostengewichtsänderungen

2.6.1 Anzahl und Prozentsatz der Fälle mit Kostengewichtsänderungen

	Höheres Kostengewicht nach Revision		Tieferes Kostengewicht nach Revision		Kein Einfluss auf Kostengewicht	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Aufgrund Änderung Hauptdiagnose	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Aufgrund Änderung Nebendiagnose	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Aufgrund Änderung Behandlungskode	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Aufgrund sonstiger Änderungen	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Total	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

2.6.2 Differenzen mit/ohne Vorlage an das BfS

Rev. ID	PCG vor Revision	PCG nach Revision	CW Differenz	Wechselgrund/ Anmerkungen	Vorlag an das BfS Ja/Nein
Keine Differenzen					

2.7 Kostengewichte

2.7.1 CMI des Spitals vor und nach Revision

CMI des Spitals vor Revision (Grundgesamtheit)	76.611847	
Geschätzter CMI des Spitals vor Revision ⁴ (Stichprobe)	68.139267	
Geschätzter CMI des Spitals nach Revision ⁴ (Stichprobe)	68.139267	
Statistische Signifikanz der Abweichung des CMI vor und nach Revision	Nein	
Geschätzte Differenz des CMI des Spitals vor und nach Revision	0.000	0.0%
95%-Vertrauensintervall (VI) der Differenz des CMI des Spitals vor und nach Revision ⁵	Unteres VI 0.000	Oberes VI 0.000

⁴ Inkl. Berücksichtigung Fallzusammenführungen gemäss Reglement 4.2.3

⁵ Falls mindestens drei Kostengewichte korrigiert wurden.

2.7.2 DMI des Spitals vor und nach Revision

DMI vor der Revision (Grundgesamtheit)	0.839819
Geschätzter DMI vor der Revision (Stichprobe)	0.845255
Geschätzter DMI nach der Revision (Stichprobe)	0.845255

2.7.3 Durchschnittliche Aufenthaltsdauer des Spitals vor und nach Revision

Durchschnittliche Aufenthaltsdauer vor der Revision (Grundgesamtheit)	91.22
Geschätzte durchschnittliche Aufenthaltsdauer vor Revision (Stichprobe)	80.67
Geschätzte durchschnittliche Aufenthaltsdauer nach Revision (Stichprobe)	80.67

2.7.4 Kostengewichtsdifferenzen

Fallnummer (Revisions-ID)	Kostengewicht vor Revision	Kostengewicht nach Revision
	Keine Differenzen	

2.7.5 Aufenthaltsdifferenzen

Fallnummer (Revisions-ID)	Aufenthaltsdauer vor Revision	Aufenthaltsdauer nach Revision
	Keine Differenzen	

2.8 Vergleich Stichprobe und Grundgesamtheit

2.8.1 Anzahl Fälle und Tage

	Stichprobe	Grundgesamtheit
Anzahl Fälle	30	281
Anzahl Tage	2'357	25'634

2.8.2 Anzahl und Prozentsatz unspezifischer Kodes an der Spitalkodierung

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

	Anzahl unspezifischer Kodes	Prozentsatz unspezifischer Kodes
Diagnosen Stichprobe	9	5.1%
Diagnosen Grundgesamtheit	81	4.8%

2.8.3 Anzahl Nebendiagnosen pro Patient

	Stichprobe	Grundgesamtheit
Anzahl Nebendiagnosen/Patient	4.93	5.00

2.8.4 Anzahl Behandlungskodes pro Patient

	Stichprobe	Grundgesamtheit
Anzahl Behandlungskodes/Patient	25.97	25.88

2.8.5 Prozentsatz Fälle mit Zusatzentgelt

	Stichprobe	Grundgesamtheit
Prozentsatz Anzahl Fälle mit Zusatzentgelten	40.0%	36.7%

2.9 Vergleich mit früheren Revisionen

Kennzahlen im Vergleich				
	2023		2024	
Fälle in der Stichprobe	30		30	
Fälle in der Grundgesamtheit	311		281	
Tage in der Stichprobe	2'006		2'357	
Tage in der Grundgesamtheit	24'102		25'634	
CMI des Spitals (Grundgesamtheit)	65.809540		76.611847	
CMI des Spitals vor Revision (Stichprobe)	55.221933		68.139267	
Geschätzter CMI des Spitals nach Revision (Stichprobe)	55.221933		68.139267	
Statistische Signifikanz der Abweichung des CMI vor und nach Revision	Nein		Nein	
Geschätzte Differenz des CMI des Spitals vor und nach Revision	0.000	0.0%	0.000	0.0%
Revidierte Fälle mit Kostengewichtsänderungen	0	0.0%	0	0.0%
Richtige Hauptdiagnosen ⁶	30	100%	30	100%
Richtiger Zusatz zur Hauptdiagnose ⁷	-	-	-	-
Richtige Nebendiagnose	149	98.0%	147	98.7%
Richtiger CHOP (ohne 94.A1 und 94.A2) ⁷	43	93.5%	59	98.3%
Richtiger CHOP (94.A1) ⁸	719	100%	718	99.9%
Richtiger CHOP (94.A2) ⁸	-	-	-	-
Richtige Zusatzentgelte	2	100%	15	93.8%
Beanstandete Fallzusammenführungen	0	0.0%	0	0.0%
Beanstandete Kongruenz der Rechnungstellung	0	0.0%	0	0.0%
Richtig erfasste externe ambulante Leistungen	-	-	-	-
Anteil fehlender Dokumente	0.0%		0.0%	

⁶ 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.).

⁷ Angabe je Fall

3 Empfehlungen

3.1 Empfehlungen für die Verbesserung der Kodierung im Spital

Nachfolgend werden die unterschiedlichen Empfehlungen analog der Feststellungen in Kapitel 2 aufgeführt, soweit die Klinik Im Hasel AG unterjährig keine Anpassungen vorgenommen hat:

Die behandelnden Ärzte sollten darauf achten im definitiven Austrittsbericht die Diagnoseliste anzupassen bzw. zu erweitern, wenn Sie im Verlauf neue Diagnosen erfassen und die Behandlung beschreiben. Des Weiteren sollte sichergestellt werden, dass anamnestische oder nicht behandelte Diagnosen nicht in der Kodierung erfasst werden.

Die Kodierung ist auf einem sehr hohen Niveau.

In der ärztlichen Dokumentation sollte darauf geachtet werden, dass die Mindestkriterien der Prozeduren der Codes 94.3F.- Belastungserprobungen besser dokumentiert werden, so dass der Kodierer die Mindestkriterien problemlos nachvollziehen kann.

Bei den Belastungserprobungen ist darauf zu achten, dass die Mindestkriterien eingehalten werden und dass die ausgemachten Abwesenheitsstunden eingehalten werden.

In der ärztlichen Dokumentation sollte darauf geachtet werden, dass der Entzug in der Diagnoseliste beschrieben wird, vor allem wenn er im Verlauf als Hauptaufwand beschrieben wird.

Bezüglich der Kontrolle der PCG21B empfehlen wir eine Kontrolle des triggernden Faktors. Dies ist zum einen eine weitere Abhängigkeit und zum anderen ein Eintritts-HoNOS 1, 2 und 5 mit einer Bewertung von 3 oder 4. Die Kontrolle sollte dahingehend erfolgen, ob der Ressourcenverbrauch tatsächlich aufgeführt ist oder ob die HoNOS Erfassung nachvollziehbar ist. Nicht nachvollziehbare Erfassungen sollten zum Behandelnden und Kodierer zurückgegeben werden.

Wir empfehlen im Austrittsbericht bei den PCG relevanten HoNOS-Werten (Eintritts-HoNOS Item 1, 2 und 5 mit einer Bewertung von 3 oder 4) eine kleine Begründung zu dieser Einschätzung zu dokumentieren.

In der ärztlichen Dokumentation sollte darauf geachtet werden, dass die ICD-10 GM Schlüsselnummer U69.3-! gemäss KHB D04c zur Spezifizierung der Art des Substanzgebrauchs bei Abhängigkeiten dokumentiert werden sollte.

Wir empfehlen auf Grund der neuen Schweregradlogik (PSL), die Erfassung aller behandelten psychiatrischen und somatischen Nebendiagnosen im Austrittsbericht aufzuführen.

3.2 Empfehlungen für die Weiterentwicklung von TARPSY

In der Revision sind keine Auffälligkeiten aufgetreten, die Vorschläge für Änderungen an der Klassifikation (ICD und CHOP), an den Kodierrichtlinien oder am Grouperalgorithmus bedingen.

Bei der Umsetzung und Anwendung der Kodierrichtlinien ist im Rahmen der durchgeführten Stichprobe kein Fall aufgetreten, der einen Handlungsbedarf erklärt.

3.3 Weitere Hinweise des Revisors

Ein einheitliches Vorgehen zwischen den verschiedenen Kodierern ist erkennbar und der Austausch sollte weiterhin so gesichert werden.

Wir haben den konstruktiven Austausch mit den Kodierverantwortlichen sehr geschätzt.

4 Anmerkungen der Spitaldirektion

Ort, Datum

Lenzburg, 10.07.2025



Klinik Im Hasel AG

5 *Schlussbemerkungen*

Der provisorische Bericht wurde der Klinik Im Hasel AG am 03. Juli 2025 zugestellt.

Wir erstatten diesen Bericht nach bestem Wissen aufgrund der von uns mittels Analysen und Erhebungen durchgeführten Prüfungen sowie der uns zur Verfügung gestellten Unterlagen und erhaltenen Auskünfte.

Zürich, 23. Juli 2025

PricewaterhouseCoopers AG

Sven Rumpel
Director Kodierrevision

Tobias Pfinninger
Prüfungsleiter Kodierrevision

Anhang

Inhaltsverzeichnis

A1 Nachweise	1
A2 Leistungsübersicht des Spitals in der Berichtsperiode	3

A1 *Nachweise*

Verpflichtungserklärung und Unabhängigkeitsbestätigung des Revisors bezüglich der Kodierrevision der Daten 2024 der Klinik Im Hasel AG

1. Der Revisor verpflichtet sich, die Kodierrevision auf der Grundlage des Reglements für die Durchführung der Kodierrevision unter TARPSY 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.

Zürich, 07. April 2025



Tobias Pfinninger
Kodierrevisor



Katrin von Varchmin
Kodierrevisorin

Vollständigkeitserklärung des Spitals

Vollständigkeitserklärung der Klinik Im Hasel AG bezüglich Datenlieferung für die Kodierrevision der Daten 2024.

Wir bestätigen, dass dem Revisor für die Stichprobenziehung alle in der Klinik Im Hasel AG nach Tarif TARPSY fakturierten Fälle mit Austritt zwischen 1. Januar und 31. Dezember 2024 übermittelt wurden.

Allfällige Veränderungen der zugestellten Daten z.B. im Rahmen einer Rechnungsänderung wurden dem Revisor vor Beginn der Revisionstätigkeit mitgeteilt.

Ort, Datum

Lenzburg, 10. Juli 2025

Klinik Im Hasel AG



A2 *Leistungsübersicht des Spitals in der Berichtsperiode*

Anzahl der stationär behandelten Fälle gesamte Institution.

	KV	UV	MV	IV	SZ	Andere	Total
Erwachsenen-Psychiatrie	281	0	0	0	0	0	281
Kinder- und Jugendpsychiatrie	0	0	0	0	0	0	0
Pflege- und Wartepatienten ⁸	0	0	0	0	0	0	0
Akutsomatik	0	0	0	0	0	0	0
Rehabilitation	0	0	0	0	0	0	0
Total	281	0	0	0	0	0	281

⁸ Pflege- und Wartepatienten gemäss Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG und TARPSY

TARPSY-Fälle nach Herkunftskanton und Versicherungsart

Kanton	KV	UV	MV	IV	SZ	Andere	Total
AG	129	0	0	0	0	0	129
BE	16	0	0	0	0	0	16
BL	18	0	0	0	0	0	18
BS	15	0	0	0	0	0	15
GE	1	0	0	0	0	0	1
LU	24	0	0	0	0	0	24
OW	3	0	0	0	0	0	3
SG	2	0	0	0	0	0	2
SH	4	0	0	0	0	0	4
SO	13	0	0	0	0	0	13
SZ	4	0	0	0	0	0	4
TG	3	0	0	0	0	0	3
VS	2	0	0	0	0	0	2
ZG	3	0	0	0	0	0	3
ZH	44	0	0	0	0	0	44
Total	281	0	0	0	0	0	281

Anzahl Zusatzentgelte

Zusatz-entgelt	Bezeichnung	Betrag CHF	KV	UV	MV	IV	SZ	Andere	Total
TZE-2024-05.01	Belastungserprobung mit Abwesenheit von mehr als 24 Stunden bis 48 Stunden, Alter > 17 Jahre	40'301.90	170	0	0	0	0	0	170
TZE-2024-05.03	Belastungserprobung mit Abwesenheit von mehr als 72 Stunden, Alter > 17 Jahre	1'778.04	3	0	0	0	0	0	3
	Total	42'079.94	173	0	0	0	0	0	173