

Klinik Im Hasel AG

Bericht über die TARPSY Kodierrevision der Daten 2025

Version 7.0

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 Zeilenbeschriftungen 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

Zusammenfassung	3
Revisionsergebnisse im Überblick	4
Kennzahlenvergleich Grundgesamtheit und Stichprobe	5
1 Durchführung der Revision.....	6
1.1 Berichtsperiode	6
1.2 Gültige Versionen	6
1.3 Berechnung und Ziehung der Stichproben.....	7
1.4 Beschreibung der zeitlichen Abfolge der Revision	7
1.5 Qualifikation des Revisors	8
1.6 Unabhängigkeit des Revisors	8
1.7 Bemerkungen	8
2 Feststellungen	9
2.1 Generelle Feststellungen.....	9
2.2 Administrative Grundlagen	10
2.2.1 Patientenakten	10
2.2.2 Administrative Falldaten.....	10
2.2.3 Fallkombinationsfehler (Fallsplit, Fallzusammenführung)	11
2.2.4 Kongruenz der Rechnungsstellung	12
2.3 Diagnosen und Behandlungen	13
2.3.1 Festgestellte Fehler.....	13
2.3.2 Anzahl der Kodierfehler nach Fehlertyp	13
2.3.3 Anzahl der falsch kodierten Codes mit Stellenangabe	14
2.3.4 Prozentsatz der Kodierfehler nach Fehlertyp.....	14
2.3.5 Prozentsatz der falsch kodierten Codes mit Stellenangabe.....	15
2.3.6 Zuweisung der Hauptdiagnose	16
2.3.7 Zuweisung der Zusatzdiagnose	16
2.3.8 Zuweisung des CHOP (ohne 94.A1 und 94.A2)	16
2.3.9 Zuweisung des CHOP (94.A1)	16
2.3.10 Zuweisung des CHOP (94.A2).....	17
2.3.11 Externe ambulante Leistungen	17
2.4 Zusatzentgelte exkl. Medikamente (Substanzen).....	17
2.5 Medikamente (Substanzen).....	17
2.6 Kostengewichtsänderungen.....	18
2.6.1 Anzahl und Prozentsatz der Fälle mit Kostengewichtsänderungen	18
2.6.2 Differenzen mit/ohne Vorlage an das BfS	18
2.7 Kostengewichte	18
2.7.1 CMI des Spitals vor und nach Revision	18
2.7.2 DMI des Spitals vor und nach Revision.....	19
2.7.3 Durchschnittliche Aufenthaltsdauer des Spitals vor und nach Revision	19
2.7.4 Kostengewichtsdifferenzen	19
2.7.5 Aufenthaltsdifferenzen	19
2.8 Vergleich Stichprobe und Grundgesamtheit	20
2.8.1 Anzahl Fälle und Tage	20

2.8.2	Anzahl und Prozentsatz unspezifischer Kodes an der Spitalkodierung	20
2.8.3	Anzahl Nebendiagnosen pro Patient	20
2.8.4	Anzahl Behandlungskodes pro Patient	20
2.8.5	Prozentsatz Fälle mit Zusatzentgelt	20
2.9	Vergleich mit früheren Revisionen	21
3	Empfehlungen	22
3.1	Empfehlungen für die Verbesserung der Kodierung im Spital	22
3.2	Empfehlungen für die Weiterentwicklung von TARPSY	22
3.3	Weitere Hinweise des Revisors	22
4	Anmerkungen der Spitaldirektion	23
5	Schlussbemerkungen	24
6	Anhang	25

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 2025 bis 31. Dezember 2025 auf.

Diese Überprüfung erfolgte aufgrund einer einfachen Zufallsstichprobe aus der Grundgesamtheit von 307 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 69.049100 der Stichprobe fällt etwas höher aus als der CMI von 69.044827 der Grundgesamtheit.

Insgesamt wurde in der Stichprobe ein Kostengewichtswert von 2071.4730 angeschaut. In der Grundgesamtheit wurden insgesamt 69.044827 Kostengewichte ausgewiesen.

Die Revision erfolgte durch einen Revisor. Änderungsempfehlungen wurden durch das Vier-Augenprinzip mit einer zweiten Revisorin besprochen, bevor diese dem Spital vorgelegt wurden.

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.

Es wurden keine systematischen Veränderungen der Kodierung festgestellt.

Beim Vergleich zwischen den im Batchgrouping des SpiGes-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

Kapitel	Messgrösse	Ergebnis	
1.3	Fälle in der Stichprobe	30	
2.8.1	Fälle in der Grundgesamtheit	307	
2.8.1	Tage in der Stichprobe	2'460	
2.8.1	Tage in der Grundgesamtheit	25'181	
2.7.1	CMI des Spitals (Grundgesamtheit)	69.044827	
2.7.1	CMI des Spitals vor Revision (Stichprobe)	69.049100	
2.7.1	Geschätzter CMI des Spitals nach Revision (Stichprobe)	69.049100	
2.7.1	Statistische Signifikanz der Abweichung des CMI vor und nach Revision	Nein	
2.7.1	Geschätzte Differenz des CMI des Spitals vor und nach Revision	0.000	0.0%
2.6.1	Revidierte Fälle mit Kostengewichtsänderungen	0	0.0%
2.3	Richtige Hauptdiagnosen ¹	30	100%
2.3	Richtige Nebendiagnose	162	98.8%
2.3	Richtiger CHOP (ohne 94.A1 und 94.A2) ²	46	100%
2.3	Richtiger CHOP (94.A1)	720	100%
2.3	Fälle mit richtiger CHOP (94.A1) ²	30	100%
2.3	Richtiger CHOP (94.A2)	0	0.0%
2.3	Fälle mit richtiger CHOP (94.A2) ²	0	0.0%
Prozentuale Angaben in der obenstehenden Tabelle sind unverzerzte Schätzungen von Parametern der Grundgesamtheit nach Revision.			
2.4	Richtige Zusatzentgelte exkl. Medikamente (Substanzen) ²	3	100%
2.2.3	Beanstandete Fallkombinationen	0	0.0%
2.2.1.1	Fehlende Patientenakten	0	0.0%
2.3.11	Richtig erfasste externe ambulante Leistungen	-	-

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 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 Angabe je Fall

Kennzahlenvergleich Grundgesamtheit und Stichprobe³

	Grundgesamtheit		Stichprobe	
Messgrösse	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Fälle mit Zusatzentgelt	42	13.7%	3	10.0%
Fälle mit externen ambulanten Leistungen	0	0.0%	0	0.0%
Zusatzentgelte Total	53		3	
CMI	69.044827		69.049100	
DMI	0.841776		0.842062	

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 2025 bis 31. Dezember 2025.

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 2025

BfS-Gesundheit – Rundschreiben für Kodiererinnen und Kodierer 2025 Nr. 1 und Nr. 2

Klassifikationen

ICD-10-GM 2024 – Alphabetisches und Systematisches Verzeichnis

Schweizerische Operationsklassifikation (CHOP) – Alphabetisches und Systematisches Verzeichnis 2025

Tarifdokumente

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

Klarstellung und Fallbeispiele zu den Anwendungsregeln (Version 4.9)

PCG Katalog TARPSY Version 5.0 /2024, 2025

Zusatzentgeltkatalog TARPSY 5.0 /2024,2025

Reglement für die Durchführung der Kodierrevision unter TARPSY, Version 7.0, Revision der Daten 2025

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.

Dies entspricht den Vorgaben zur Stichprobengrösse gemäss Kodierrevisionsreglement.

Für die Revision der Daten 2025 nach TARPSY wird pro Einrichtung eine Stichprobengrösse von 5% festgelegt. Die Stichprobengrösse beträgt jedoch für eine Einrichtung mindestens 30 und maximal 150 Fälle.

Die errechnete Stichprobengrösse von 5% der unter TARPSY abgerechneten Fälle, beträgt 15 Fälle.

Die Stichprobengrösse gemäss Reglement beträgt somit 30 Fälle.

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 2025 bis 31. Dezember 2025 nach dem Reglement für die Durchführung der Kodierrevision unter TARPSY am 20. Mai 2026 durchgeführt.

Die Dauer der reinen Kodierrevision (ohne Berichtverfassung, Fallgespräch und anderen administrativen Aufwänden) wurde an einem Arbeitstag 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 28. Mai 2026 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.

Katrin von Varchmin (Vier-Augen-Prinzip) ist medizinische Kodiererin mit eidgenössischem Fachausweis und diplomierte Pflegefachfrau (HF). Seit 2015 hat sie den eidgenössischen Fachausweis des Medizinischen Kodierers erworben und steht seit Ende 2015 auf der Liste der Revisoren des BfS.

Tobias Pfinninger (Revisor), Dipl. Betriebswirt Fachrichtung Gesundheitswesen und diplomierter Pflegefachmann (HF), 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.

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 Tarifiedokumente (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 2025 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 erlangten 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 drei unterschiedliche PCGs.

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.

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 Kriterieneinhaltung 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 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%
Aufenthaltssort 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	1	3.3%
Grund Wiedereintritt	0	0.0%
Fürsorgerische Unterbringung	0	0.0%

In einem Fall wurden im SpiGes Datensatz 25.9 BEP erfasst und als 26 h Urlaub abgebildet. Korrekt Darstellung ist 25 h Urlaub. IM ERP-System und in der Abrechnung wird in der Klinik Im Hasel AG die Abrundung korrekt durchgeführt.

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 in der Stichprobe analysierte Fallzusammenführung wurde korrekt vorgenommen. Es wurde in der Stichprobe keine potenzielle Rehospitalisation 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 SpiGes-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	3
Falsch	0	0	0
Noch keine Rechnung vorhanden	0	0	0
Sonstiges	0	0	0
Fehlend	0	0	0

2.3 Diagnosen und Behandlungen

2.3.1 Festgestellte Fehler

Innerhalb der 30 Fälle der Stichprobe waren 194 Diagnosen und 766 Behandlungen zu beurteilen.

Es wurden keine Hinweise für einen systematischen 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
Nebendiagnose	162	1	0	1	0	164
Diagnosen Total	192	1	0	1	0	194
Behandlungen ohne 94.A1 und 94.A2	46	0	0	0	0	46
Behandlungen (94.A1)	720	0	0	0	0	720
Behandlungen (94.A2)	0	0	0	0	0	0
Behandlungen Total	766	0	0	0	0	766

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
Nebendiagnose	1	0	0	0	0	0
Diagnosen Total	1	0	0	0	0	0
Behandlungen ohne 94.A1 und 94.A2	0	0	0	0	0	0
Behandlungen (94.A1)	0	0	0	0	0	0
Behandlungen (94.A2)	0	0	0	0	0	0
Behandlungen Total	0	0	0	0	0	0

2.3.4 Prozentsatz der Kodierfehler nach Fehlertyp

Fehlertyp	Richtig	Falsch	Fehlend	Ungerechtfertigt	Unnötig
Hauptdiagnose	100%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Nebendiagnose	98.8%	0.6%	0.0%	0.6%	0.0%
Diagnosen Total	99.0%	0.5%	0.0%	0.5%	0.0%
Behandlungen ohne 94.A1 und 94.A2	100%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Behandlungen (94.A1)	100%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Behandlungen (94.A2)	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Behandlungen Total	100%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

2.3.5 Prozentsatz 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
Nebendiagnose	1	0	0	0	0	0
Diagnosen Total	1	0	0	0	0	0
Behandlungen ohne 94.A1 und 94.A2	0	0	0	0	0	0
Behandlungen (94.A1)	0	0	0	0	0	0
Behandlungen (94.A2)	0	0	0	0	0	0
Behandlungen Total	0	0	0	0	0	0

2.3.6 Zuweisung der Hauptdiagnose

	Anzahl	Prozentsatz
Keine Änderung der Spalkodierung	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 die Variable «Zusatz zur Hauptdiagnose» unter SpiGes keine Anwendung mehr. Im Musterrevisionsbericht ist das Kapitel aber weiterhin aufgeführt und wird aus diesem Grund mit dargestellt.

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

	Anzahl	Prozentsatz
Keine Änderung der Spalkodierung	46	100%
Kode durch richtigen Kode ersetzt	0	0.0%
Fehlenden Kode durch neuen ersetzt	0	0.0%

2.3.9 Zuweisung des CHOP (94.A1)

	Anzahl	Prozentsatz
Keine Änderung der Spalkodierung	720	100%
Kode durch richtigen Kode ersetzt	0	0.0%
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 Kode ersetzt	-	-
Fehlenden Kode durch neuen ersetzt	-	-

2.3.11 Externe ambulante Leistungen

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

2.4 Zusatzentgelte exkl. Medikamente (Substanzen)

	Anzahl	Prozentsatz
Richtig erfasst	3	100%
Falsch erfasst	0	0.0%
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	
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)	69.044827	
Geschätzter CMI des Spitals vor Revision ⁴ (Stichprobe)	69.049100	
Geschätzter CMI des Spitals nach Revision ⁴ (Stichprobe)	69.049100	
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)	0.841776
Geschätzter DMI vor der Revision (Stichprobe)	0.842062
Geschätzter DMI nach der Revision (Stichprobe)	0.842062

2.7.3 Durchschnittliche Aufenthaltsdauer des Spitals vor und nach Revision

Durchschnittliche Aufenthaltsdauer vor der Revision (Grundgesamtheit)	82.02
Geschätzte Durchschnittliche Aufenthaltsdauer vor Revision (Stichprobe)	82.00
Geschätzte Durchschnittliche Aufenthaltsdauer nach Revision (Stichprobe)	82.00

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	307
Anzahl Tage	2'460	25'181

2.8.2 Anzahl und Prozentsatz unspezifischer Codes an der Spitalkodierung

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!.

	Anzahl unspezifischer Codes	Prozentsatz unspezifischer Codes
Diagnosen Stichprobe	0	0.0%
Diagnosen Grundgesamtheit	0	0.0%

2.8.3 Anzahl Nebendiagnosen pro Patient

	Stichprobe	Grundgesamtheit
Anzahl Nebendiagnosen/Patient	5.43	4.92

2.8.4 Anzahl Behandlungskodes pro Patient

	Stichprobe	Grundgesamtheit
Anzahl Behandlungskodes/Patient	25.53	25.50

2.8.5 Prozentsatz Fälle mit Zusatzentgelt

	Stichprobe	Grundgesamtheit
Prozentsatz Anzahl Fälle mit Zusatzentgelten	10.0%	13.7%

2.9 Vergleich mit früheren Revisionen

Kennzahlen im Vergleich				
	2024		2025	
Fälle in der Stichprobe	30		30	
Fälle in der Grundgesamtheit	281		307	
Tage in der Stichprobe	2'357		2'460	
Tage in der Grundgesamtheit	25'634		25'181	
CMI des Spitals (Grundgesamtheit)	76.611847		69.044827	
CMI des Spitals vor Revision (Stichprobe)	68.139267		69.049100	
Geschätzter CMI des Spitals nach Revision (Stichprobe)	68.139267		69.049100	
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%
Richtige Nebendiagnose	147	98.7%	162	98.8%
Richtiger CHOP (ohne 94.A1 und 94.A2) ⁷	59	98.3%	46	100%
Richtiger CHOP (94.A1) ⁷	718	99.9%	720	100%
Richtiger CHOP (94.A2) ⁷	-	-	-	-
Richtige Zusatzentgelte	15	93.8%	3	100%
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, muss der Code nicht nur richtig sein, sondern er muss auch an der richtigen Position kodiert worden sein (eine als „richtige“ beurteilte Hauptdiagnose muss 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.).

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 Kodes 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.

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 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

Lenzburg, 16.Juni 2026

Klinik Im Hasel AG

A handwritten signature in blue ink, consisting of a large, stylized 'T' followed by several loops and a long horizontal stroke.

Dr. med. Thomas Lüddeckens
Chefarzt und CEO

A handwritten signature in blue ink, featuring a large, stylized 'D' followed by several loops and a long horizontal stroke.

Dominik Heusler
CFO und Stv. CEO

5 Schlussbemerkungen

Der provisorische Bericht ist der Klinik Im Hasel AG am 13. Juni 2026 zugestellt worden.

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, 06. Juli 2026

PricewaterhouseCoopers AG

Gerhard Siegrist
Partner Kodierrevision

Tobias Pfinninger
Prüfungsleiter Kodierrevision

6 Anhang

Inhaltsverzeichnis

A.1 Nachweise	26
A.2 Leistungsübersicht des Spitals in der Berichtsperiode.....	28

A.1 Nachweise

Verpflichtungserklärung und Unabhängigkeitsbestätigung des Revisors bezüglich der Kodierrevision der Daten 2025 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, 1. März 2026



Tobias Pfinninger
Kodierrevisor



Katrin von Varchmin
Kodierrevisorin

Vollständigkeitserklärung der Klinik Im Hasel AG

Vollständigkeitserklärung der Klinik Im Hasel AG bezüglich Datenlieferung für die Kodierrevision der Daten 2025.

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 2025 übermittelt wurden.

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

Lenzburg, 16. Juni 2026

Klinik Im Hasel AG



Carmen Suter
Medizinische Kodierung

A.2 Leistungsübersicht des Spitals in der Berichtsperiode

Anzahl der stationär behandelten Fälle gesamte Institution.

	KV	UV	MV	IV	SZ	Andere	Total
Erwachsenen-Psychiatrie	307	0	0	0	0	0	307
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	307	0	0	0	0	0	307

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	143	0	0	0	0	0	143
BE	27	0	0	0	0	0	27
BL	11	0	0	0	0	0	11
BS	15	0	0	0	0	0	15
FR	1	0	0	0	0	0	1
LU	22	0	0	0	0	0	22
NW	5	0	0	0	0	0	5
SG	4	0	0	0	0	0	4
SH	2	0	0	0	0	0	2
SO	17	0	0	0	0	0	17
SZ	4	0	0	0	0	0	4
TG	4	0	0	0	0	0	4
UR	2	0	0	0	0	0	2
ZG	2	0	0	0	0	0	2
ZH	48	0	0	0	0	0	48
Total	307	0	0	0	0	0	307

Anzahl Zusatzentgelte

Zusatz- entgelt	Bezeichnung	Betrag CHF	KV	UV	MV	IV	SZ	Andere	Total
TZE-2025-02.01	Aripiprazol, CAM, intramuskulär, 200 mg bis unter 600 mg	350.91	1	0	0	0	0	0	1
TZE-2025-05.01	Belastungserprobung mit Abwesenheit von mehr als 24 Stunden bis 48 Stunden, Alter > 17 Jahre	11'853.50	50	0	0	0	0	0	50
TZE-2025-05.03	Belastungserprobung mit Abwesenheit von mehr als 72 Stunden, Alter > 17 Jahre	592.68	1	0	0	0	0	0	1
TZE-2025-07.02	1:1-Betreuung bei psychischen und psychosomatischen Störungen in der Erwachsenenpsychiatrie, von mehr als 8 Stunden bis 16 Stunden pro Tag, Alter > 17 Jahre	851.31	1	0	0	0	0	0	1
	Total	13'648.40	53	0	0	0	0	0	53