

Version 65.0 / ~~XX23~~.~~XX03~~.20234

Anhang 2 zum Reglement für die Durchführung der Kodierrevision unter TARPSY

# Musterrevisionsbericht<sup>1</sup>

## im Spital X

Version 65.0  
Revision der Daten 20234  
Gültig ab 01.01.20242

---

<sup>1</sup> Konkretisierung des statistischen Teils und der Beurteilungskriterien

## Präambel

Um eine Einheitlichkeit der Resultate zu erreichen, welche eine schweizweite Vergleichbarkeit ermöglicht, müssen bei der Erstellung des Musterrevisionsberichts folgende Punkte beachtet werden:

1. Der Musterrevisionsbericht ist ein bindendes Dokument und vollständig auszufüllen. Er gilt als Standardrevisionsbericht.
2. Die Reihenfolge der Kapitel muss dem Musterrevisionsbericht entsprechen.
3. Alle Anhänge sind dem Bericht beizulegen.
4. Sollte ein Kapitel des Musterrevisionsberichtes aufgrund der spitalindividuellen Struktur nicht zutreffen, muss dieses Kapitel beibehalten werden mit einer Begründung der Revisionsfirma zu den fehlenden Angaben.
5. Sämtliche Spalten- und Zeilenbezeichnungen sind unverändert beizubehalten.
6. Stellt die Revisionsfirma dem Spital zusätzliche Informationen oder Auswertungen zur Verfügung, können diese ohne Änderungen der Grundstruktur ergänzt werden.

Der Musterrevisionsbericht kennt drei Typen von Resultaten:

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

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

## Inhaltsverzeichnis

<b>Zusammenfassung</b> .....	<b>5</b>
Revisionsergebnisse im Überblick.....	5
Kennzahlenvergleich Grundgesamtheit und Stichprobe.....	6
<b>1. Durchführung der Revision</b> .....	<b>7</b>
1.1 Berichtsperiode.....	7
1.2 Gültige Version.....	7
1.3 Berechnung und Ziehung der Stichprobe.....	7
1.4 Beschreibung der zeitlichen Abfolge der Revision.....	7
1.5 Qualifikation des Revisors.....	7
1.6 Unabhängigkeit des Revisors.....	7
1.7 Bemerkungen.....	7
<b>2. Feststellungen</b> .....	<b>8</b>
2.1 Generelle Feststellungen.....	8
2.2 Administrative Grundlagen.....	8
2.2.1 Patientenakten.....	8
2.2.2 Administrative Falldaten.....	8
2.2.3 Fallkombinationsfehler (Fallsplitt, Fallzusammenführung).....	8
2.2.4 Kongruenz der Rechnungsstellung.....	9
2.3 Diagnosen und Behandlungen.....	9
2.3.1 Festgestellte Fehler.....	9
2.3.2 Anzahl der Kodierfehler nach Fehlertyp.....	9
2.3.3 Anzahl der falsch kodierten Codes mit Stellenangabe.....	10
2.3.4 Prozentsatz der Kodierfehler nach Fehlertyp.....	10
2.3.5 Prozentsatz der falsch kodierten Codes mit Stellenangabe.....	10
2.3.6 Zuweisung der Hauptdiagnose.....	11
2.3.7 Zuweisung der Zusatzdiagnose.....	11
2.3.8 Zuweisung des CHOP (ohne 94.A1 und 94.A2).....	11
2.3.9 Zuweisung des CHOP (94.A1).....	11
2.3.10 Zuweisung des CHOP (94.A2).....	12
2.3.11 Externe ambulante Leistungen.....	12
2.4 Zusatzentgelte exkl. Medikamente (Substanzen).....	12
2.5 Medikamente (Substanzen).....	12
2.6 Kostengewichts-Änderungen.....	13
2.6.1 Anzahl und Prozentsatz der Kostengewichts-Änderungen.....	13
2.6.2 Differenz mit / ohne Vorlage an das BfS.....	13
2.7 Kostengewichte.....	13
2.7.1 CMI des Spitals vor und nach Revision.....	13

2.7.2 DMI des Spitals vor und nach Revision .....	13
2.7.3 Durchschnittliche Aufenthaltsdauer des Spitals vor und nach Revision .....	14
2.7.4 Kostengewichtsdifferenzen.....	14
2.7.5 Aufenthaltsdifferenzen.....	14
<b>2.8 Vergleich Stichprobe und Grundgesamtheit .....</b>	<b>14</b>
2.8.1 Anzahl Fälle und Tage.....	14
2.7.2 Anzahl und Prozentsatz unspezifischer Codes an der Spitalkodierung .....	14
2.8.3 Anzahl Nebendiagnosen pro Patient .....	14
2.8.4 Anzahl Behandlungskodes pro Patient.....	15
2.8.5 Prozentsatz Fälle mit Zusatzentgelt.....	15
<b>2.9 Vergleich mit früheren Revisionen .....</b>	<b>15</b>
<b>3. Empfehlungen .....</b>	<b>16</b>
3.1 Empfehlungen für die Verbesserung der Kodierung im Spital .....	16
3.2 Empfehlungen für die Weiterentwicklung von TARPSY .....	16
3.3 Weitere Hinweise des Revisors .....	16
<b>4. Anmerkungen Spitaldirektion .....</b>	<b>17</b>
<b>Anhang 1: Nachweise .....</b>	<b>18</b>
Verpflichtungserklärung und Unabhängigkeitsbestätigung des Revisors bezüglich Kodierrevision der Daten 20XX im Spital X .....	18
Vollständigkeitserklärung des Spitals X bezüglich Datenlieferung für Kodierrevision der Daten 20XX .....	19
<b>Anhang 2: Leistungsübersicht des Spitals in der Berichtsperiode .....</b>	<b>20</b>
Anzahl der stationär behandelten Fälle gesamte Institution .....	20
TARPSY-Fälle nach Herkunftskanton und Versicherungsart .....	20
Anzahl Zusatzentgelte .....	20

## Zusammenfassung

### Revisionsergebnisse im Überblick

Kapitel	Messgrösse	Ergebnis	
2.87.1	Fälle in der Stichprobe	Anzahl	
2.87.1	Fälle in der Grundgesamtheit	Anzahl	
2.87.1	Tage in der Stichprobe	Anzahl	
2.87.1	Tage in der Grundgesamtheit	Anzahl	
2.76.1	<del>CMIDMI</del> des Spitals vor Revision ( <u>Grundgesamtheit</u> )		
2.76.1	Geschätzter <del>CMIDMI</del> des Spitals nach Revision (Stichprobe)		
2.76.1	Statistische Signifikanz der Abweichung des <del>CMIDMI</del> vor und nach Revision	ja/nein	
2.76.1	Geschätzte Differenz des <del>CMIDMI</del> des Spitals vor und nach Revision	abs. Wert	%
2.5.1	Revidierte Fälle mit Kostengewichts-Änderungen	Anzahl	%
2.3	Richtige Hauptdiagnosen <sup>2</sup>	Anzahl	%
2.3	Richtiger Zusatz zur Hauptdiagnose <sup>2</sup>	Anzahl	%
2.3	Richtige Nebendiagnose	Anzahl	%
2.3	Richtiger CHOP (ohne 94.A1 und 94.A2) <sup>3</sup>	Anzahl	%
2.3	Richtiger CHOP (94.A1) <sup>3</sup>	Anzahl	%
2.3	Richtige CHOP (94.A2) <sup>3</sup>	Anzahl	%
<u>Prozentuale Angaben in der obenstehenden Tabelle sind unverzerrte Schätzungen von Parametern der Grundgesamtheit nach Revision [Hinweis angeben im Revisionsbericht].</u>			
2.48	Richtige Zusatzentgelte <u>exkl. Medikamente (Substanzen)</u> <sup>3</sup>	Anzahl	%
2.2.3	Beanstandete Fallkombinationen	Anzahl	%
2.2.1.1	Fehlende Patientenakten	Anzahl	%
2.3.11	Richtig erfasste externe ambulante Leistungen	Anzahl	%

<sup>2</sup> 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.).

<sup>3</sup> Angabe je Fall

**Kennzahlenvergleich Grundgesamtheit und Stichprobe<sup>4</sup>**

Messgrösse	Grundgesamtheit	Stichprobe
Fälle mit Zusatzentgelt	%	%
Fälle mit externen ambulanten Leistungen	%	%
<del>DMI</del> CMI		
<u>DMI</u>		

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

# 1. Durchführung der Revision

## 1.1 Berichtsperiode

## 1.2 Gültige Version

PCG-Katalog mit Kostengewichten, Abrechnungsregeln ("Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter TARPSY" sowie "Klarstellungen und Fallbeispiele zu den Anwendungsregeln"), Kodierungshandbuch, Klassifikationen (CHOP und ICD-10-GM); Fehlertypologie.

## 1.3 Berechnung und Ziehung der Stichprobe

Vollständige Beschreibung des Verfahrens zur Bestimmung der Stichprobengröße und der Methode der Stichprobenziehung sowie der verwendeten Berechnungsverfahren.

## 1.4 Beschreibung der zeitlichen Abfolge der Revision

Zeitpunkt der Zusendung der Stichprobe, Zeitpunkt des Fallgesprächs. Dauer der reinen Kodierrevision (ohne Berichtverfassung, Fallgespräch und anderen administrativen Aufwänden). Angabe des Durchführungsorts der Revision.

## 1.5 Qualifikation des Revisors

## 1.6 Unabhängigkeit des Revisors

Offenlegung allfälliger Abhängigkeiten von einem Kostenträger. Verweis auf Anhang 1.

## 1.7 Bemerkungen

## 2. Feststellungen

### 2.1 Generelle Feststellungen

### 2.2 Administrative Grundlagen

#### 2.2.1 Patientenakten

##### 2.2.1.1 Anzahl und Prozentsatz fehlender Patientenakten

##### 2.2.1.2 Qualität der Aktenführung

Beurteilungskriterien: Übersichtlichkeit, zeitliche Abfolge, Vollständigkeit/Fehlen von Einzeldokumenten, die für die Kodierrevision von Relevanz sind.

#### 2.2.2 Administrative Falldaten

Fehler bei:	Anzahl	Prozentsatz
Eintrittsart		
Einweisende Instanz		
Aufenthaltsort vor Eintritt		
Wechsel Aufenthaltsart (ambulant, stationär, Rehabilitation, Akutsomatik)		
Entscheidung für Austritt		
Aufenthalt nach Austritt		
Behandlung nach Austritt		
Verweildauer		
Administrativer Urlaub		
Grund Wiedereintritt		
Fürsorgerische Unterbringung		

#### 2.2.3 Fallkombinationsfehler (Fallsplitt, Fallzusammenführung)

##### 2.2.3.1 Festgestellte Fehler

Fehlertyp	PCG	Kostengewicht des Spitals	Kostengewicht des Revisors	Kostengewichtsdifferenz

### 2.2.3.2 Abweichung Kostengewicht

Die Revision der Rechnungsstellung erfolgt auf der Grundlage der Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter TARPSY in der jeweils gültigen Version.

### 2.2.4 Kongruenz der Rechnungsstellung

Festgestellte Fehler:

	PCG	Kostengewicht	Zusatzentgelte
falsch			
noch keine Rechnung vorhanden			
sonstige			
fehlend			

Stornofälle, welche vor Revisionsbeginn gemeldet wurden, sind hier einzeln aufzuführen.

In diesem Zusammenhang sei auch auf Punkt 4.2.3.5 des Reglements verwiesen. Rechnungskorrekturen aufgrund der Kodierrevision sind nicht zulässig, es sei denn es liegt eine statistische Signifikanz vor.

## 2.3 Diagnosen und Behandlungen

### 2.3.1 Festgestellte Fehler

Einhaltung Kodierungshandbuch, Aufzeigen der PCG-Relevanz der festgestellten Fehler, usw.

### 2.3.2 Anzahl der Kodierfehler nach Fehlertyp

	richtig	falsch	fehlend	ungerechtfertigt	unnötig	total
Hauptdiagnose						
Zusatz zur HD						
Nebendiagnosen						
Diagnosen total						
Behandlungen (ohne 94.A1 und 94.A2)						
Behandlungen (94.A1)						
Behandlungen (94.A2)						
Behandlungen total						

**2.3.3 Anzahl der falsch kodierten Codes mit Stellenangabe**

	falsch 1. Stelle	falsch 2. Stelle	falsch 3. Stelle	falsch 4. Stelle	falsch 5. Stelle	falsch 6. Stelle	total
Hauptdiagnose							
Zusatz zur HD							
Nebendiagnosen							
Diagnosen total							
Behandlungen (ohne 94.A1 und 94.A2)							
Behandlungen (94.A1)							
Behandlungen (94.A2)							
Behandlungen total							

**2.3.4 Prozentsatz der Kodierfehler nach Fehlertyp**

	richtig	falsch	fehlend	ungerechtfertigt	unnötig
Hauptdiagnose					
Zusatz zur HD					
Nebendiagnosen					
Diagnosen total					
Behandlungen (ohne 94.A1 und 94.A2))					
Behandlungen (94.A1)					
Behandlungen (94.A2)					
Behandlungen total					

**2.3.5 Prozentsatz der falsch kodierten Codes mit Stellenangabe**

	falsch 1. Stelle	falsch 2. Stelle	falsch 3. Stelle	falsch 4. Stelle	falsch 5. Stelle	falsch 6. Stelle	total
Hauptdiagnose							
Zusatz zur HD							
Nebendiagnosen							
Diagnosen total							
Behandlungen (ohne 94.A1 und 94.A2)							

Behandlungen (94.A1)							
Behandlungen (94.A2)							
Behandlungen total							

### 2.3.6 Zuweisung der Hauptdiagnose

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

### 2.3.7 Zuweisung der Zusatzdiagnose

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

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

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

### 2.3.9 Zuweisung des CHOP (94.A1)

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

**2.3.10 Zuweisung des CHOP (94.A2)**

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

**2.3.11 Externe ambulante Leistungen**

	Anzahl	Prozent
richtig erfasst		
falsch erfasst		
nicht erfasst		

**2.4 Zusatzentgelte exkl. Medikamente (Substanzen)**

	<u>Anzahl</u>	<u>Prozentsatz</u>
<u>richtig erfasst</u>		<u>%</u>
<u>falsch erfasst</u>		<u>%</u>
<u>nicht erfasst</u>		<u>%</u>

**2.54 Medikamente (Substanzen)**

Massgebend ist die Liste der auf Fallebene in der medizinischen Statistik erfassbaren Medikamente und Substanzen gemäss SwissDRG.

	Anzahl	Prozent
richtig erfasst		
falsch erfasst		
nicht erfasst		

Angaben zur Art des Fehlers (Dosiseinheit, Verabreichungsart, ...)

## 2.65 Kostengewichts-Änderungen

### 2.65.1 Anzahl und Prozentsatz der Kostengewichts-Änderungen

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

### 2.65.2 Differenz mit / ohne Vorlage an das BfS

Differenzen	Vorlage an das BfS Ja/Nein	Anmerkungen

## 2.76 Kostengewichte

### 2.76.1 ~~CMI~~DM~~I~~ des Spitals vor und nach Revision

<del>DMI</del> CMI des Spitals vor Revision (Grundgesamtheit)		
Geschätzter <del>CMI</del> DM <del>I</del> des Spitals vor Revision <sup>5</sup> (Stichprobe)		
Geschätzter <del>CMI</del> DM <del>I</del> des Spitals nach Revision <sup>5</sup> (Stichprobe)		
Statistische Signifikanz der Abweichung des <del>CMI</del> DM <del>I</del> vor und nach Revision	ja/nein	
Geschätzte Differenz des <del>DMI</del> CMI des Spitals vor und nach Revision	abs. Wert	%
95%-Vertrauensintervall (VI) der Differenz des <del>CMI</del> DM <del>I</del> des Spitals vor und nach Revision <sup>6</sup>	Unteres VI	Oberes VI

### 2.76.2 ~~DMI~~CMI des Spitals vor und nach Revision

<del>GMI</del> DMI des Spitals vor Revision (Grundgesamtheit)		
Geschätzter <del>DMI</del> CMI des Spitals vor Revision (Stichprobe)		
Geschätzter <del>DMI</del> CMI des Spitals nach Revision (Stichprobe)		

<sup>5</sup> Inkl. Berücksichtigung Fallzusammenführungen gemäss Reglement 4.2.3

<sup>6</sup> Falls mindestens drei Kostengewichte korrigiert wurden.

**2.76.3 Durchschnittliche Aufenthaltsdauer des Spitals vor und nach Revision**

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

**2.76.4 Kostengewichtsdifferenzen**

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

Fallnummer	Kostengewicht vor Revision	Kostengewicht nach Revision
.....		

**2.76.5 Aufenthaltsdifferenzen**

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

Fallnummer	Aufenthaltsdauer vor Revision	Aufenthaltsdauer nach Revision
.....		

**2.87 Vergleich Stichprobe und Grundgesamtheit****2.87.1 Anzahl Fälle und Tage**

Anzahl Fälle (Stichprobe)	
Anzahl Fälle (Grundgesamtheit)	
Anzahl Tage (Stichprobe)	
Anzahl Tage (Grundgesamtheit)	

**2.87.2 Anzahl und Prozentsatz unspezifischer Codes an der Spitalkodierung**

	unspezifische Codes <sup>7</sup> der Grundgesamtheit		unspezifische Codes der Stichprobe	
Diagnosen	Anzahl	%	Anzahl	%
Behandlungen	Anzahl	%	Anzahl	%

**2.87.3 Anzahl Nebendiagnosen pro Patient**

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

<sup>7</sup> 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!.

**2.87.4 Anzahl Behandlungskodes pro Patient**

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

**2.87.5 Prozentsatz Fälle mit Zusatzentgelt**

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

**2.8 Zusatzentgelte**

	Anzahl	Prozentsatz
<del>richtig erfasst</del>		%
<del>falsch erfasst</del>		%
<del>nicht erfasst</del>		%

**2.9 Vergleich mit früheren Revisionen**

Vergleich der Revisionsergebnisse gemäss Zusammenfassung Musterrevisionsbericht mit den Vorjahresergebnissen.

## **3. Empfehlungen**

### **3.1 Empfehlungen für die Verbesserung der Kodierung im Spital**

Die Empfehlungen für die Verbesserung der Kodierung sollten ausführlich sein und sich an den festgestellten Fehlern orientieren.

### **3.2 Empfehlungen für die Weiterentwicklung von TARPSY**

Vorschläge für Änderungen an der Klassifikation (ICD und CHOP)), an den Kodierungsrichtlinien oder am Grouperalgorithmus.

### **3.3 Weitere Hinweise des Revisors**

## 4. Anmerkungen Spitaldirektion

.....

Ort und Datum

.....

Spital X, Der Direktor

## Anhang 1: Nachweise

### Verpflichtungserklärung und Unabhängigkeitsbestätigung des Revisors bezüglich Kodierrevision der Daten 20XX im Spital X

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

.....

Ort und Datum

.....

Kodierrevisor

## **Vollständigkeitserklärung des Spitals X bezüglich Datenlieferung für Kodierrevision der Daten 20XX**

Wir bestätigen, dass dem Revisor für die Stichprobenziehung alle im Spital X nach TARPSY fakturierten Fälle mit Austritt zwischen 1. Januar 20XX und 31. Dezember 20XX übermittelt wurden.

.....

Ort und Datum

.....

Spital X, Der Direktor

## Anhang 2: Leistungsübersicht des Spitals in der Berichtsperiode

### Anzahl der stationär behandelten Fälle gesamte Institution

	KV	UV	MV	IV	Total
Erwachsenen-Psychiatrie					
Kinder- und Jugendpsychiatrie					
Pflege und Wartepatienten <sup>8</sup>					
Akutsomatik					
Rehabilitation					

### TARPSY-Fälle nach Herkunftskanton und Versicherungsart

	KV	UV	MV	IV
Innerkantonal				
Kanton A				
Kanton B				
Kanton C				
....				

### Anzahl Zusatzentgelte

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

<sup>8</sup> Pflege- und Wartepatienten gemäss Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG und TARPSY