13.03.2026

Anhang 2 zum Reglement für die Durchführung der Kodierrevision unter TARPSY und ST Reha

Musterrevisionsbericht[1]

Im Spital X

ST Reha
Revision der Daten 2026
Gültig ab 01.01.2027

[1] 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): 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.

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

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung **5**
Revisionsergebnisse im Überblick 5
Kennzahlenvergleich Grundgesamtheit und Stichprobe 6

1. Durchführung der Revision **7**
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

2. Feststellungen **8**
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 Kodes mit Stellenangabe 10
2.3.4 Prozentsatz der Kodierfehler nach Fehlertyp 10
2.3.5 Prozentsatz der falsch kodierten Kodes mit Stellenangabe 10
2.3.6 Zuweisung der Diagnose 11
2.3.7 Zuweisung des CHOP (BA.-) 11
2.3.8 Zuweisung des CHOP (BB.-) 11
2.3.9 Zuweisung des CHOP (AA.-) 11
2.3.10 Zuweisung des CHOP (übrige) 12
2.3.11 Ambulante Behandlung auswärts 12
2.4 Zusatzentgelte exkl. Medikamente (Substanzen) 12
2.5 Medikamente (Substanzen) 12
2.6 Kostengewichts-Änderungen 12
2.6.1 Anzahl und Prozentsatz der Kostengewichts-Änderungen 12
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 ... 13
2.7.4 Kostengewichtsdifferenzen ... 13
2.7.5 Aufenthaltsdifferenzen ... 14
2.8 Vergleich Stichprobe und Grundgesamtheit ... 14
2.8.1 Anzahl Fälle und Tage ... 14
2.8.2 Anzahl und Prozentsatz unspezifischer Kodes an der Spitalkodierung ... 14
2.8.3 Anzahl Nebendiagnosen pro Patient ... 14
2.8.4 Anzahl Behandlungskodes pro Patient ... 14
2.8.5 Prozentsatz Fälle mit Zusatzentgelt ... 14
2.8.6 Anzahl und Prozentsatz Fälle TR80Z ... 15
2.9 Vergleich mit früheren Revisionen ... 15

3. Empfehlungen ... 16
3.1 Empfehlungen für die Verbesserung der Kodierung im Spital ... 16
3.2 Empfehlungen für die Weiterentwicklung von ST Reha ... 16
3.3 Weitere Hinweise des Revisors ... 16

4. Anmerkungen Spitaldirektion ... 17

Anhang 1: Nachweise ... 18
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

Anhang 2: Leistungsübersicht des Spitals in der Berichtsperiode ... 20
Anzahl der stationär behandelten Fälle gesamte Institution ... 20
Anzahl der stationären Behandlungstage gesamte Institution ... 21
DMI- und CMI-Statistik ... 21
ST Reha-Fälle nach Herkunftskanton und Versicherungsart ... 22
Anzahl Zusatzentgelte ... 22

Zusammenfassung

Revisionsergebnisse im Überblick

Kapitel	Messgrösse	Ergebnis	
2.8.1	Fälle in der Stichprobe	Anzahl	
2.8.1	Fälle in der Grundgesamtheit	Anzahl	
2.8.1	Tage in der Stichprobe	Anzahl	
2.8.1	Tage in der Grundgesamtheit	Anzahl	
2.7.1	CMI des Spitals vor Revision (Grundgesamtheit)		
2.7.1	Geschätzter CMI des Spitals nach Revision (Stichprobe)		
2.7.1	Statistische Signifikanz der Abweichung des CMI vor und nach Revision	ja/nein	
2.7.1	Geschätzte Differenz des CMI des Spitals vor und nach Revision	abs. Wert	%
2.5.1	Revidierte Fälle mit Kostengewichts-Änderungen	Anzahl	%
2.3	Richtige Hauptdiagnosen[2]	Anzahl	%
2.3	Richtige Nebendiagnose	Anzahl	%
2.3	Richtiger CHOP Rehabilitation (BA.-)[3]	Anzahl	%
2.3	Richtiger CHOP (BB.-)[3]	Anzahl	%
2.3	Richtiger CHOP Messinstrumente (AA.-)[3]	Anzahl	%
2.3	Richtiger CHOP (übrige)[3]	Anzahl	%

Prozentuale Angaben in der obenstehenden Tabelle sind unverzerrte Schätzungen von Parametern der Grundgesamtheit nach Revision [Hinweis angeben im Revisionsbericht].

2.4	Richtige Zusatzentgelte exkl. Medikamente (Substanzen) [3]	Anzahl	%
2.2.3	Beanstandete Fallkombination	Anzahl	%
2.2.1.1	Fehlende Patientenakten	Anzahl	%
2.3.13	Richtig erfasste ambulante Behandlung auswärts	Anzahl	%

[2] Bei den richtigen Hauptdiagnosen muss der Kode 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 Kode kodiert, so darf diese Nebendiagnose nicht als richtige Hauptdiagnose gewertet werden.).

[3] Angabe je Fall

Kennzahlenvergleich Grundgesamtheit und Stichprobe[4]

	Grundgesamtheit	Stichprobe
Fälle mit Zusatzentgelt	%	%
Fälle mit ambulanten Behandlungen auswärts[5]	%	%
CMI		
DMI		

[4] Die Angaben beziehen sich jeweils auf die Daten vor Revision (z.B. DMI: es werden die effektiven Kostengewichte vor Revision betrachtet).

[5] Dabei sind die Bestimmungen der Vereinbarung zur separaten Verrechnung von Leistungen während eines stationären Aufenthaltes (Art. 49 Abs. 1 KVG) zu beachten. Link: https://www.hplus.ch/de/tarife/st-reha Insbesondere ist zu beachten, dass die ambulanten Behandlungen auswärts während eines stationären Aufenthalts, welche nicht dem Spital in Rechnung gestellte werden auch nicht erfasst werden können.

1. Durchführung der Revision

1.1 Berichtsperiode

1.2 Gültige Version

RCG-Katalog mit Kostengewichten, Abrechnungsregeln ("Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter ST Reha" 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, Psychiatrie, Akutsomatik)		
Entscheid für Austritt		
Aufenthalt nach Austritt		
Behandlung nach Austritt		
Verweildauer		
Administrativer Urlaub		
Grund Wiedereintritt		

2.2.3 Fallkombinationsfehler (Fallsplitt, Fallzusammenführung)

2.2.3.1 Festgestellte Fehler

Fehlertyp	RCG	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 ST Reha in der jeweils gültigen Version.

2.2.4 Kongruenz der Rechnungsstellung

Festgestellte Fehler:

	RCG	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 RCG-Relevanz der festgestellten Fehler, usw.

2.3.2 Anzahl der Kodierfehler nach Fehlertyp

	richtig	falsch	fehlend	ungerechtfertigt	unnötig	total
Hauptdiagnose						
Nebendiagnosen						
Diagnosen total						
Behandlungen (BA.-)						
Behandlungen (BB.-)						
Behandlungen (AA.-)						
Behandlungen (übrige)						
Behandlungen total						

2.3.3 Anzahl der falsch kodierten Kodes mit Stellenangabe

	falsch 1. Stelle	falsch 2. Stelle	falsch 3. Stelle	falsch 4. Stelle	falsch 5. Stelle	falsch 6. Stelle	total
Hauptdiagnose							
Nebendiagnosen							
Diagnosen total							
Behandlungen (BA.-)							
Behandlungen (BB.-)							
Behandlungen (AA.-)							
Behandlungen (übrige)							
Behandlungen total							

2.3.4 Prozentsatz der Kodierfehler nach Fehlertyp

	richtig	falsch	fehlend	ungerecht-fertigt	unnötig
Hauptdiagnose					
Nebendiagnosen					
Diagnosen total					
Behandlungen (BA)					
Behandlungen (BB)					
Behandlungen (AA)					
Behandlungen (übrige)					
Behandlungen total					

2.3.5 Prozentsatz der falsch kodierten Kodes mit Stellenangabe

	falsch 1. Stelle	falsch 2. Stelle	falsch 3. Stelle	falsch 4. Stelle	falsch 5. Stelle	falsch 6. Stelle	total
Hauptdiagnose							
Nebendiagnosen							
Diagnosen total							

Behandlungen (BA)							
Behandlungen (BB)							
Behandlungen (AA)							
Behandlungen (übrige)							
Behandlungen total							

2.3.6 Zuweisung der Diagnose

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

2.3.7 Zuweisung des CHOP (BA.-)

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

2.3.8 Zuweisung des CHOP (BB.-)

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

2.3.9 Zuweisung des CHOP (AA.-)

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

2.3.10 Zuweisung des CHOP (übrige)

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

2.3.11 Ambulante Behandlung auswärts[6]

	Anzahl	Prozent
richtig erfasst		
falsch erfasst		
nicht erfasst		

2.4 Zusatzentgelte exkl. Medikamente (Substanzen)

	Anzahl	Prozentsatz
richtig erfasst		%
falsch erfasst		%
nicht erfasst		%

2.5 Medikamente (Substanzen)

Massgebend ist die Liste der hochteuren Medikamente/Substanzen gemäss SwissDRG AG.

	Anzahl	Prozent
richtig erfasst		
falsch erfasst		
nicht erfasst		

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

2.6 Kostengewichts-Änderungen

2.6.1 Anzahl und Prozentsatz der Kostengewichts-Änderungen

	Höheres Kostengewicht nach Revision		Tieferes Kostengewicht nach Revision		Kein Einfluss auf Kostengewicht	
Aufgrund Änderung Hauptdiagnose		%		%		%

[6] Entsprach bis 31.12.2023 der BfS-Variable externe ambulante Leistung (4.3.V016); neu: «behandlung_auswaerts»

Aufgrund Änderung Nebendiagnose		%		%		%
Aufgrund Änderung Behandlungskode		%		%		%
Aufgrund sonstiger Änderungen		%		%		%
Total		%		%		%

2.6.2 Differenz mit / ohne Vorlage an das BfS

Differenzen	Vorlage an das BfS Ja/Nein	Anmerkungen

2.7 Kostengewichte

2.7.1 CMI des Spitals vor und nach Revision

CMI des Spitals vor Revision (Grundgesamtheit)		
Geschätzter CMI des Spitals vor Revision[7] (Stichprobe)		
Geschätzter CMI des Spitals nach Revision[6] (Stichprobe)		
Statistische Signifikanz der Abweichung des CMI vor und nach Revision	*ja/nein*	
Geschätzte Differenz des CMI des Spitals vor und nach Revision	*abs. Wert*	*%*
95%-Vertrauensintervall (VI) der Differenz des CMI des Spitals vor und nach Revision[8]	*Unteres VI*	*Oberes VI*

2.7.2 DMI des Spitals vor und nach Revision

DMI des Spitals vor Revision (Grundgesamtheit)	
Geschätzter DMI des Spitals vor Revision (Stichprobe)	
Geschätzter DMI des Spitals nach Revision (Stichprobe)	

2.7.3 Durchschnittliche Aufenthaltsdauer des Spitals vor und nach Revision

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

2.7.4 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

[7] Inkl. Berücksichtigung Fallzusammenführungen gemäss Reglement 4.2.3
[8] Falls mindestens drei Kostengewichte korrigiert wurden.

…….		

2.7.5 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 ≠ v)

Fallnummer	Aufenthaltsdauer vor Revision	Aufenthaltsdauer nach Revision
…….		

2.8 Vergleich Stichprobe und Grundgesamtheit

2.8.1 Anzahl Fälle und Tage

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

2.8.2 Anzahl und Prozentsatz unspezifischer Kodes an der Spitalkodierung

	unspezifische Kodes[9] der Grundgesamtheit		unspezifische Kodes der Stichprobe	
Diagnosen	*Anzahl*	*%*	*Anzahl*	*%*
Behandlungen	*Anzahl*	*%*	*Anzahl*	*%*

2.8.3 Anzahl Nebendiagnosen pro Patient

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

2.8.4 Anzahl Behandlungskodes pro Patient

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

2.8.5 Prozentsatz Fälle mit Zusatzentgelt

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

[9] 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!.

2.8.6 Anzahl und Prozentsatz Fälle TR80Z

Anzahl Fälle TR80Z (Stichprobe)	
Anzahl Fälle TR80Z (Grundgesamtheit)	
Prozentsatz Fälle TR80Z (Stichprobe)	%
Prozentsatz Fälle TR80Z (Grundgesamtheit)	%

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 ST Reha

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 ST Reha 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 ST Reha 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
Neurologische Rehabilitation (BA.1)					
Psychosomatische Rehabilitation (BA.2)					
Pulmonale Rehabilitation (BA.3)					
Kardiale Rehabilitation (BA.4)					
Muskuloskelettale Rehabilitation (BA.5)					
Internistische und onkologische Rehabilitation (BA.6)					
Pädiatrische Rehabilitation (BA.7)					
Geriatrische Rehabilitation (BA.8)					
Rehabilitation, sonstige (BA.9)					
Rehabilitation Total					
Pflege und Wartepatienten[10]					
Akutsomatik					
Psychiatrie					

[10] Pflege- und Wartepatienten gemäss Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter ST Reha

Anzahl der stationären Behandlungstage gesamte Institution

	KV	UV	MV	IV	Total
Neurologische Rehabilitation (BA.1)					
Psychosomatische Rehabilitation (BA.2)					
Pulmonale Rehabilitation (BA.3)					
Kardiale Rehabilitation (BA.4)					
Muskuloskelettale Rehabilitation (BA.5)					
Internistische und onkologische Rehabilitation (BA.6)					
Pädiatrische Rehabilitation (BA.7)					
Geriatrische Rehabilitation (BA.8)					
Rehabilitation, sonstige (BA.9)					
Rehabilitation Total					
Pflege und Wartepatienten[11]					
Akutsomatik					
Psychiatrie					

DMI- und CMI-Statistik

	Fälle	Tage	CaseMix	DMI	CMI
KV					
UV					
MV					
IV					
Total					

[11] Pflege- und Wartepatienten gemäss Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG, TARPSY und ST Reha

ST Reha-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										