

## **ST Reha 2015**

### **Inhalt und Format der Datenerhebung**

#### **Kontaktadressen:**

Simon Wieser,  
Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie, SML, ZHAW  
Tel. 058 934 68 74  
wiso@zhaw.ch

Renato Mattli,  
Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie, SML, ZHAW  
Tel. 058 934 78 92  
matl@zhaw.ch

Version 0.10.2: 09.12.2014

Änderungen gegenüber der vorhergehenden Version 0.9 des Teilprojekt 1 (Neuro/Muskulo) sind gelb markiert (wenn Titel gelb markiert dann ganzer Absatz neu!). Änderungen gegenüber der vorhergehenden Version 0.10.1 sind türkis markiert.
--

# Inhaltsverzeichnis

1	Einführung.....	3
2	Überblick der Änderungen gegenüber den Vorgaben Version 0.9 und Version 0.10.1 .	4
3	Überblick der zu erhebenden Daten .....	7
4	Richtlinien Erhebung .....	8
4.1	Abgrenzung der zu liefernden Fälle.....	8
4.2	Definition der vier Leistungsbereiche .....	10
4.3	Zusätzliche Markierungen der Patientenwochen .....	11
4.4	Erhebungsprozess .....	12
4.4.1	Schmerzskala .....	12
4.4.2	HAQ .....	12
4.4.3	Verwendung FIM oder EBI im Leistungsbereich „Andere“ .....	13
4.5	Absenzen .....	13
5	Struktur und Format der Daten.....	14
5.1	Grundprinzipien der fallbezogenen Daten .....	14
5.1.1	Datenformat .....	14
5.1.2	Format der Datumsangaben.....	14
5.1.3	Format der Angaben zu den wöchentlichen Leistungsminuten.....	15
5.1.4	Format der Kostendaten.....	15
5.1.5	Verbindungsvariable (eindeutige Fallidentifikation).....	15
5.2	MB-Datensatz .....	15
5.3	RE-Datensatz.....	16
5.3.1	Erhebungszeitpunkt der wöchentlichen Daten – zwei Möglichkeiten .....	16
5.3.2	Lieferformat wöchentliche Rehabilitations Daten .....	18
5.4	CC Datensatz.....	19
5.4.1	Nicht anrechenbare Kosten .....	19
5.4.2	Medikamente, Implantate und medizinisches Material.....	19
5.4.3	Anlagenutzungskosten (ANK) .....	20
5.4.4	Universitäre Lehre und Forschung (uL&F).....	20
5.4.5	Lieferung private und halbprivate Fälle.....	20

5.4.6	Arzthonorare .....	21
5.4.7	Lieferformat Fallkosten .....	21
5.5	<b>Zusatzdatenerhebung</b> .....	22
5.6	<b>Fragebogen zur Datenerhebung</b> .....	22
5.7	<b>Erhebungsbogen zur Ermittlung der Kostensätze</b> .....	22
5.8	<b>Meldung der Datenlieferung</b> .....	23
6	Zeitpunkt und Umfang der Datenlieferung .....	24
7	Datenschutz .....	24
8	Übermittlung der Daten an die ZHAW .....	24
9	Kontakt .....	24
10	Anhang: Format Datenlieferung .....	25
10.1	Format Medizinische Statistik BFS (MB Datensatz) .....	25
10.2	Format wöchentliche Assessments (RE Datensatz) .....	26
10.3	Format Fallkostendatei (CC Datensatz) .....	31
11	Auszug Kodierungshandbuch BFS .....	32
12	Literatur .....	33

# 1 Einführung

Die SwissDRG AG hat ein Mandat erteilt um die Tarifstruktur ST Reha zu erarbeiten. Mandatsnehmer sind die Medizinaltarif-Kommission UVG (MTK) und H+ Die Spitäler der Schweiz, welche die Projektorganisation ST Reha führen. Die Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) führt im Auftrag der Projektorganisation die Datenerhebungen und Auswertungen zur Entwicklung eines Patientenklassifikationssystems (PCS) für die stationäre Rehabilitation durch.

In einer ersten Phase hat die ZHAW aufgrund von zufällig ausgewählten Patientenwochen in mehreren Schweizer Rehabilitations-Kliniken Patientenklassifikationssysteme für die Neurologische, Muskuloskelettale, Kardiovaskuläre und Pulmonale Rehabilitation entwickelt. Das Hauptziel bestand darin, Patientenmerkmale zu identifizieren, welche sich möglichst gut dazu eignen, die variablen Behandlungskosten zu prognostizieren und die Patienten möglichst homogenen Leistungs- und Kostengruppen zuzuordnen. Diese erste Entwicklungsphase ist nun abgeschlossen. Auch die Tarifstruktur ST Reha ist als lernendes, datengetriebenes System angelegt und die Entwicklung geht weiter. Mit der Datenerhebungsvorgabe Version 0.10 können erstmals alle Fälle der Rehabilitation erfasst werden. Ziele dieser Vollerhebung sind:

1. Auf Seite der Kliniken: Anwendung der Assessments und Integration der allgemein mit der Tarifstruktur in Zusammenhang stehenden Prozesse in die täglichen Arbeitsabläufe. Es werden zudem Meetings organisiert, bei denen die teilnehmenden Kliniken ihre Erfahrungen untereinander austauschen können, um gegenseitig voneinander zu profitieren.
2. Auf Seite Projektorganisation: Systematische Sammlung von Kosten- und Leistungsdaten in einem Teil der Rehabilitations-Kliniken (Referenzkliniken) um die Tarifstruktur zu validieren und weiter zu entwickeln. Die beteiligten Referenzkliniken übernehmen dabei die Rolle, die jener der Netzwerkspitäler im SwissDRG System entspricht. Durch die Teilnahme von zusätzlichen Referenzkliniken wird die Datengrundlage der Tarifstruktur im Hinblick auf eine landesweite Einführung verbreitert. Im Gegensatz zur ersten Phase werden nun auch die gesamten Fallkosten erhoben. Dies nach dem Prinzip der in der Spitalfinanzierung vorgesehenen Berücksichtigung der sogenannten anrechenbaren Kosten. Dank der breiteren Datenbasis kann auch geprüft werden, inwieweit sich die Prognosegenauigkeit durch eine Verwendung von Subskalen verbessern lässt. Die Abstände zwischen den Tarifstufen des Groupers sowie die Grösse der einzelnen Gruppen könnten sich also gegenüber den Ergebnissen der ersten Phase verändern. Dies bringt das angestrebte lernende System der künftigen Tarifstruktur ST Reha zum Ausdruck.

Ziel dieses Dokuments ist die Beschreibung von Inhalt und Form der aktuellen Datenerhebung. Das Dokument orientiert sich dabei an den jeweils aktuellen Vorgaben der SwissDRG AG an die Projektorganisation ST Reha (Mandatsvereinbarung/Auftrag), an den Vorgaben für die Datenerhebung in den Akutspitälern sowie an den Vorgaben der Projektorganisation ST Reha.

## 2 Überblick der Änderungen gegenüber den Vorgaben Version 0.9 und Version 0.10.1

Die wichtigsten Änderungen gegenüber den Vorgaben zur Datenerhebung Version 0.9 umfassen:

- Neu können *alle* Fälle aus allen Leistungsbereichen erfasst werden.
- Die Zusatzdatenerhebung ist eingeführt. Ziel der Zusatzdatenerhebung ist es, „rehabilitationsfremde“ und **mögliche hochkostenerklärende Leistungen und deren Kosten** separat zu erheben, damit datenbasierte Vorschläge zur Berücksichtigung dieser Leistungen in der Tarifstruktur gemacht werden können.
- Durch Integration der Leistungsbereiche Kardiovaskuläre und Pulmonale Rehabilitation erscheinen weitere Parameter im RE-Datensatz: Der 6 Minuten-Gehtest sowie Leistungsminuten von neuen Berufsgruppen (Atemtherapie, etc.).
- Neu stehen Informationen zur Entwicklung der Tarifstruktur ST Reha zentral auf der Internetseite der Mandatsgeberin SwissDRG AG zur Verfügung ([www.swissdrq.org](http://www.swissdrq.org) → Rehabilitation).

### Änderungen gegenüber den Vorgaben zur Datenerhebung Version 0.10.1:

Aufgrund von Rückmeldungen aus den Kliniken beim Meeting mit dem Soundingboard (Olten, 24.9.2014) und bei der IT-Infoveranstaltung (Olten, 10.9.2014), hat die ZHAW dem Steuerungsausschuss (STA) ST Reha verschiedene Änderungsvorschläge zur Datenerhebung unterbreitet. Der STA hat diese Änderungsvorschläge der ZHAW sowie zusätzliche, direkt von den Kliniken eingereichte Anträge und verschiedene Rückmeldungen anlässlich der Systempräsentation der SwissDRG AG (Bern, 17.11.2014) diskutiert und am 24.11.2014 entschieden, folgende Änderungen in die Datenerhebungsvorgaben 2015 aufzunehmen:

- **Erhebungstag:** Neu können die wöchentlichen Erhebungen relativ zum Klinikeintritt durchgeführt werden. Ab dem 1.1.2016 wird es ein vollständiger Wechsel hin zu einem Erhebungstag relativ zum Klinikeintritt geben. Diese Anpassung ist durch die einfachere Regulierung ohne Synchronisation auf einen Montag und die mit weniger Unsicherheit belastete Zuordnung der ermittelten Leistungsdaten auf eine Messung genau im Wochenabstand begründet. Die Kliniken können während einer **Übergangsphase 2015** weiterhin den Montag als absoluten Erhebungstag führen. Der Wechsel von einem absoluten Erhebungstag zu einem relativen Erhebungstag kann jederzeit jedoch spätestens bis am 1.1.2016 erfolgen. Wünschenswert wäre ein möglichst früher Wechsel.
- **FIM oder EBI Assessment für den Leistungsbereich „Andere“:** Neu ist es möglich anstelle von HAQ FIM oder EBI zu verwenden. Ab dem 1.1.2016 wird für die Tarifent-

wicklung im Leistungsbereich „Andere“ zur Erhebung der Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) nur noch FIM/EBI zugelassen. Begründung: Der STA ST Reha stellt in den Vernehmlassungen fest, dass das Instrument HAQ für die tarifliche Anwendung besonders in der täglichen Umsetzung Schwierigkeiten bereitet. Die tarifliche Anforderung der Fremderfassung des als Patientenfragebogen konstruierten Instruments und fehlende kognitive Items sind zwei davon. Aus den diese Thema betreffenden Anträgen an die SwissDRG AG ergaben sich für den STA genügend weitere Hinweise, dass die in den anderen drei Leistungsbereichen für die Tarifentwicklung etablierten Instrumente FIM und EBI auch im Leistungsbereich „Andere“ eingesetzt werden sollten. Kliniken welche HAQ für den Leistungsbereich „Andere“ etabliert einsetzen, dürfen dies während einer **Übergangsphase 2015** weiter tun. Der Wechsel von HAQ zu FIM oder EBI kann jederzeit jedoch spätestens bis am 1.1.2016 erfolgen. Wünschenswert wäre ein möglichst früher Wechsel.

- **RE-Zeilen 123 bis 128 (Variablen 7.10.V16 bis 7.10.V21):** Die wochenweise Erfassung von Leistungen wie Medikamente, Untersuchungen, Labor, Material, Transportkosten und andere Kosten in den RE-Zeilen 123 bis 128 (Variablen 7.10.V16 bis 7.10.V21) haben mit der Einführung der Zusatzdatenerhebung eine geringere Bedeutung für die Systementwicklung erhalten. Ursprünglich sollten in diesen Zeilen hochkostenerklärende Leistungen und rehabilitationsfremde Leistungen erhoben werden. Die Zusatzdatenerhebung vermag diese Leistungen auf Fallebene zu identifizieren. Ist die Leistung nicht schweregradabhängig oder rehabilitationsfremd oder streut sie über mehrere Leistungsbereiche, kann mit den Informationen aus der Zusatzdatenerhebung ein Vorschlag für die Abbildung solcher Leistungen in der Tarifstruktur ST Reha (beispielsweise ausserhalb der Schweregradklassen) erarbeitet werden. Für die RE-Zeilen 123 bis 128 bedeutet dies, dass sie ab der Datenerhebung 2015 fakultative, zusätzliche Angaben darstellen. Die Zusatzdatenerhebung auf Fallebene ist obligatorisch.
- **Abwesenheiten:** Abwesenheiten der Patienten >24 Stunden während der Erhebungswoche werden neu in der RE-Zeile erfasst. Diese Anpassung ist nötig, weil die Tageskosten die Bezugsgrösse der Kalkulation sind. Bei ein- oder mehrtägigen Abwesenheiten ist es zur Kalkulation wichtig, die Abwesenheitstage in der fraglichen Woche zu kennen. Abwesenheiten, die der Erreichung des Rehabilitationsziels dienen und bei denen die Leistungserbringung nicht vollständig ruht, werden hier **nicht** erfasst (z.B. Aufenthalt des Patienten zu Hause mit Begleitung durch einen Therapeuten).
- **„Leere“ Datenfelder:** „Leere“ Datenfelder sind in jedem Fall leer zu lassen und nicht etwa durch einen Leerschlag („ „) oder andere Zeichen (z.B. „-“) zu füllen. „Leere“ Datenfelder im RE-Datensatz sind einzig zulässig bei den Variablen 7.02.V10 und 7.02.V11 (siehe Bemerkungen zu diesen zwei Variablen in Abschnitt 10.2) und falls ein Assessment vom entsprechenden Leistungsbereich nicht verlangt wird (z.B. HAQ bei Leistungsbereich Neurologisch).

- **Zusatzdatenerhebung:** Den in der Zusatzdatenerhebung vorgegebenen **Medikamentengruppen** werden **ATC-Codes** zugeordnet. Die ATC-Zuordnung wird zeitig erstellt und ist im ersten Quartal 2015 zu erwarten.

### 3 Überblick der zu erhebenden Daten

Es sind folgende vier Datensätze zu erstellen: MB, RE, CC und die Zusatzdatenerhebung. Abbildung 1 zeigt welche Art von Daten in welchem Datensatz enthalten ist. Die durchzuführenden Assessments für jeden Leistungsbereich sind in Abbildung 2 dargestellt.

**Abbildung 1: Überblick der zu erhebenden Daten**

Art der Daten	Information	Quelle	Zeitdimension	Datensatz
Eigenschaften der Patienten	Haupt- und Nebendiagnosen, Alter, Geschlecht,...	Medizinische Statistik (Minimaldatensatz)	gesamter Aufenthalt	MB
	Fallabfrage Leistungsbereich, Eintritt/Austritt, Patientenmerkmale angepasst je Leistungsbereich (Assessments siehe Abbildung 2)	Erfassung durch Health Professional	Woche	RE
Inanspruchnahme Leistungen	Leistungsminuten verschiedener Berufsgruppen für Patienten	Erfassung durch Personal	Woche	RE
	CHF-Betrag für Medikamente, Labor, Transport,...	Erfassung durch Personal	Woche	RE
	Fallkosten	Fallkostendatei gemäss REKOLE®	gesamter Aufenthalt	CC
	Rehabilitationsfremde und/oder mögliche hochkostenerklärende Leistungen und deren Kosten	Erfassung durch Personal	gesamter Aufenthalt	Zusatzdatenerhebung

**Abbildung 2: Überblick Assessment pro Leistungsbereich**

Leistungsbereich	CIRS	ADL FIM oder EBI	ADL HAQ	6min-Gehtest	Schmerz
Neurologisch	✓	✓			
Kardiovaskulär	✓	✓			
Pulmonal		✓		✓	
Andere	✓	✓	✓		✓



## 4 Richtlinien Erhebung

### 4.1 Abgrenzung der zu liefernden Fälle

Die Rehabilitations-Kliniken liefern **alle** stationären Fälle. Die an Akutspitäler angegliederten Rehabilitationsabteilungen liefern alle Fälle mit Hauptkostenstelle Rehabilitation gemäss Variable 1.4.V01 der Medizinischen Statistik des BFS (siehe Seite 25).

#### Unterscheidung stationär / ambulant

Die Unterscheidung zwischen stationärer und ambulanter Behandlung richtet sich nach der Verordnung über die Kostenermittlung und Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL) (Schweizerischer Bundesrat 2002).

#### Art. 3 Stationäre Behandlung

Als stationäre Behandlung nach Artikel 49 Absatz 1 des Gesetzes gelten Aufenthalte zur Untersuchung, Behandlung und Pflege im Spital oder im Geburtshaus:

- a. von mindestens 24 Stunden;
- b. von weniger als 24 Stunden, bei denen während einer Nacht ein Bett belegt wird;
- c. im Spital bei Überweisung in ein anderes Spital;
- d. im Geburtshaus bei Überweisung in ein Spital;
- e. bei Todesfällen.

#### Art. 5 Ambulante Behandlung

Als ambulante Behandlung nach Artikel 49 Absatz 6 des KVG gelten alle Behandlungen, die nicht stationäre Behandlungen sind. Wiederholte Aufenthalte in Tages- oder Nachtkliniken gelten ebenfalls als ambulante Behandlung.

Um eine einheitliche Umsetzung dieser Definitionen sicher zu stellen, haben sich die Partner im Gesundheitswesen auf die folgende Interpretation dieser Definitionen geeinigt (siehe Abbildung 3):

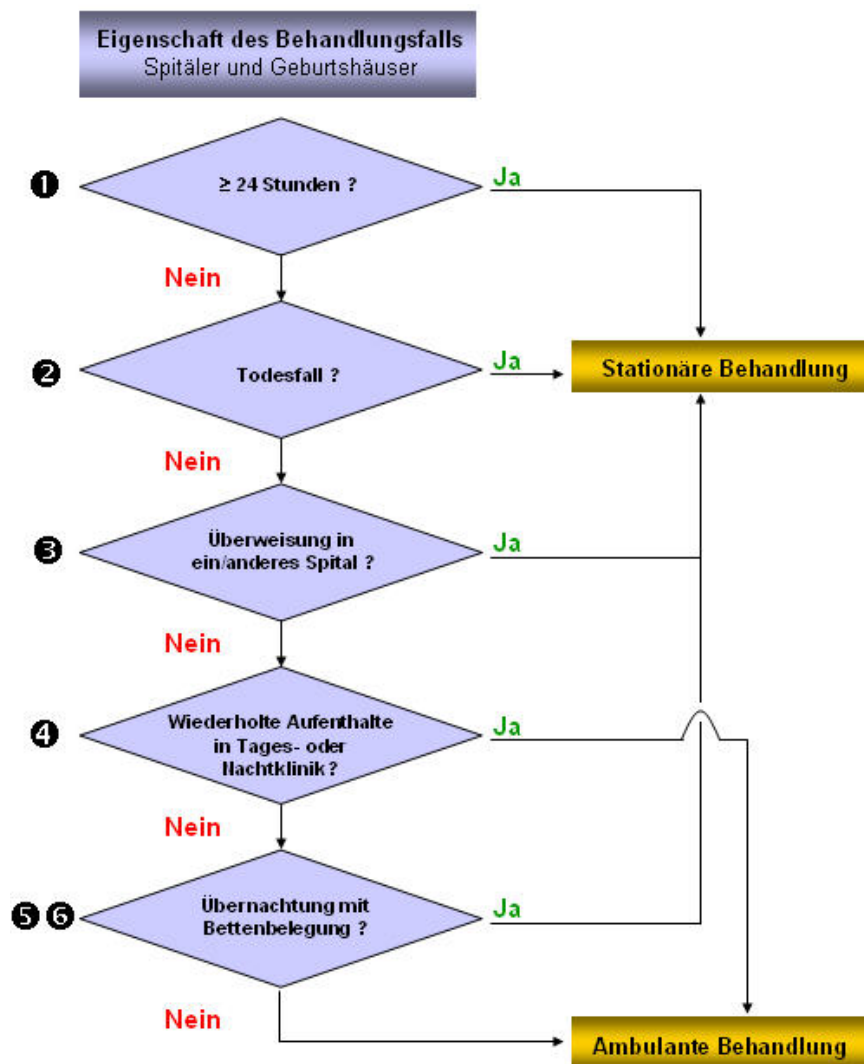
#### Erläuterungen zu den Abgrenzungskriterien

Das Kriterium ❶ „≥ 24 Stunden“ bedeutet, dass der Patient mindestens 24 Stunden im Spital oder im Geburtshaus bleibt.

Das Kriterium ❷ „Todesfall“ klärt die Frage ob der Patient verstorben ist.

Das Kriterium ❸ „Überweisung in ein anderes Spital“ klärt die Frage ob der Patient in ein anderes Spital oder vom Geburtshaus in ein Spital überwiesen worden ist.

**Abbildung 3: Entscheidungsablauf stationär oder ambulant**



©H+ die Spitäler der Schweiz

Das Kriterium ④ „wiederholte Aufenthalte in Tages- oder Nachtkliniken“ ist ein medizinischer Entscheid und ist Bestandteil des Therapieplans eines Patienten. Wiederholte Aufenthalte in Tages- oder Nachtkliniken im Bereich der Psychiatrie sowie wiederholte Aufenthalte im Rahmen von anderen medizinischen und therapeutischen Leistungsbereichen wie zum Beispiel Chemo oder Radiotherapien, Dialysen, spitalbasierten Schmerzbehandlungen oder Physiotherapie gelten als ambulante Behandlung.

Das Kriterium ⑤ „Nacht“ wird mittels Mitternachtszensus-Regel gemessen und erfasst. Mit anderen Worten wird das Kriterium erfüllt, wenn ein Patient um Mitternacht (00:00) im Spital oder im Geburtshaus ist.

Das Kriterium ⑥ „Bettenbelegung“: ein Patient belegt ein Bett, sobald es sich um ein Pflegestationsbett handelt. Dem Pflegestationsbett gleichgestellt ist das Wöchnerinnenbett. Die Behandlung von Patienten, welche ausschliesslich die Notfallstation oder das Geburtszimmer beanspruchen (sowohl tags als auch nachts), gilt als ambulant.

Die Kriterien ⑤ „Nacht“ und ⑥ „Bettbelegung“ sind nicht trennbar. Mit anderen Worten muss die Behandlung von weniger als 24. Std. die Kriterien „Nacht“ und „Bettbelegung“ erfüllen, damit sie als stationäre Behandlung erfasst und verrechnet werden kann.

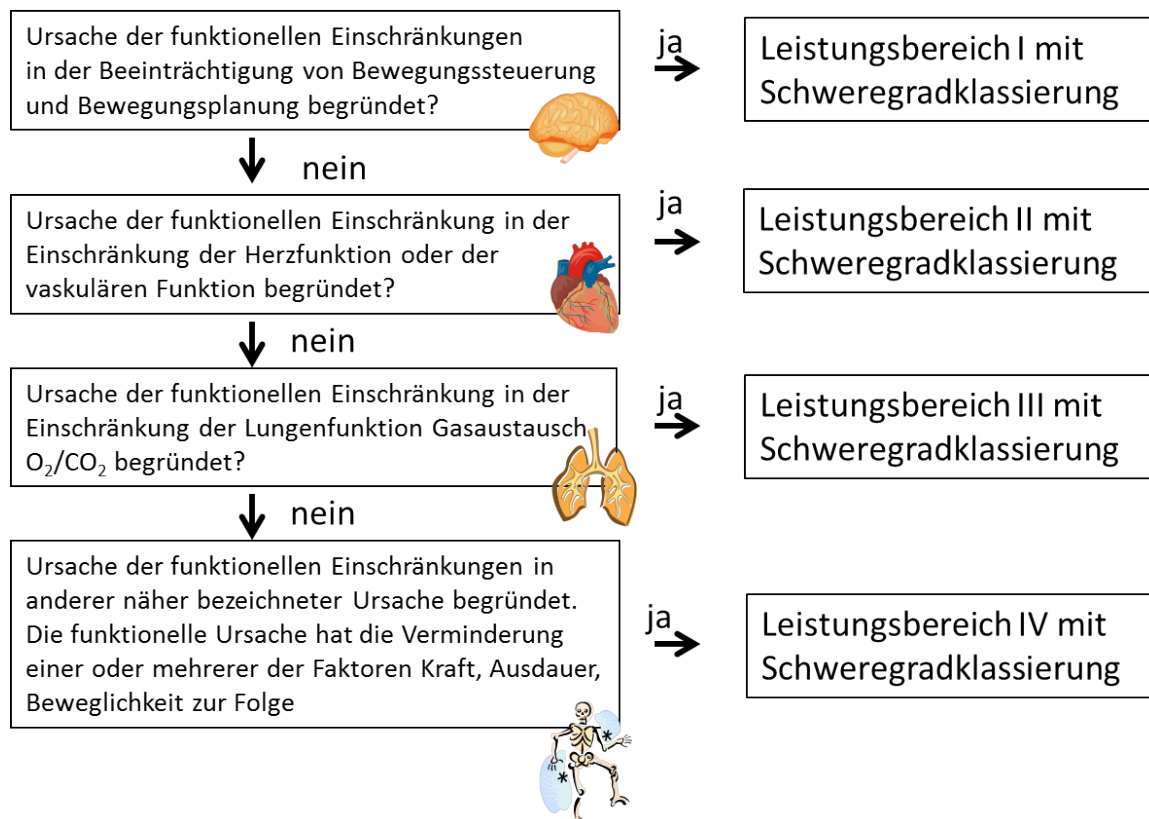
## 4.2 Definition der vier Leistungsbereiche

Es werden folgende vier Leistungsbereiche unterschieden:

Leistungsbereich	Bezeichnung
I	Neurologische Rehabilitation
II	Kardiovaskuläre Rehabilitation
III	Pulmonale Rehabilitation
IV	Andere Rehabilitation

Die Zuteilung eines Patienten auf die vier Leistungsbereiche erfolgt nach einer logischen Fallabfrage, die je nachdem in welchem Bereich die Ursache der funktionellen Einschränkung liegt den Leistungsbereich zuteilt (siehe Abbildung 4). **Einschränkend gilt: Falls die Zuordnung der Fallabfrage zu Leistungsbereich II oder Leistungsbereich III führt, muss der Leistungserbringer die Bedingungen der Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV Anhang 1, 11. Rehabilitation, speziell Rehabilitation für Patienten mit Herz-Kreislaufkrankung oder pulmonale Rehabilitation erfüllen.**

**Abbildung 4: Fallabfrage zur eindeutigen Zuteilung des Leistungsbereichs**



### 4.3 **Zusätzliche Markierungen der Patientenwochen**

Zur Plausibilisierung allfälliger Kostenausreisser und/oder zur datenbasierten Differenzierung des Systems markieren die Leistungserbringer die wöchentlich erhobenen Daten *zusätzlich* mit folgenden, wichtigen Informationen:

#### **Geriatrische und pädiatrische Patienten**

Die Patienten können unabhängig von den vier Leistungsbereichen *zusätzlich* als geriatrische oder pädiatrische Patienten markiert werden, falls sie in der Erhebungswoche von einem Facharzt Geriatrie bzw. Pädiatrie behandelt wurden.

#### **Rehabilitations-Bereiche**

Die Patienten werden *zusätzlich* nach den im Papier DefReha® Version 1.0 beschriebenen Rehabilitationsbereichen markiert. **Dabei sind Mehrfachnennungen möglich:**

1. Geriatrische Rehabilitation
2. Internistische Rehabilitation
3. Kardiovaskuläre Rehabilitation
4. Muskuloskelettale Rehabilitation
5. Neurologische Rehabilitation
6. Onkologische Rehabilitation
7. Pädiatrische Rehabilitation
8. Paraplegiologische Rehabilitation
9. Psychosomatische Rehabilitation
10. Pulmonale Rehabilitation

#### **Überwachungspflichtige Rehabilitation**

Patienten, die in der Erhebungswoche in überwachungspflichtiger Rehabilitation gemäss Papier DefReha® Version 1.0 behandelt werden, werden *zusätzlich* als solche markiert. Diese Option ist nur bei Patienten in Internistischer, Kardiovaskulärer, Muskuloskelettaler, Neurologischer, Onkologischer oder Pulmonaler Rehabilitation möglich.

## 4.4 Erhebungsprozess

Grundsätzlich gelten die klinischen Erhebungsprozesse, die im Verfahrenshandbuch von ANQ definiert sind (ANQ 2013). **Ergänzungen und Abweichungen finden sie nachfolgend:**

### 4.4.1 Schmerzskala

Die Schmerzskala ist nicht in den ANQ-Erhebungen enthalten. Die Schmerzerhebung bezieht sich auf die durchschnittliche Schmerzintensität in den letzten 24 Stunden. Die Frage an den Patienten soll dementsprechend wie folgt gestellt werden: „Bitte geben Sie an, wie ihre durchschnittliche Schmerzintensität in den letzten 24 Stunden war, wobei 0 = kein Schmerz und 10 = die grösstmögliche vorstellbare Schmerzintensität ist.“

### 4.4.2 HAQ

**Bei der Erhebung des HAQ genügen die Vorgaben von ANQ den Anforderungen der Tarifstrukturierungen nicht. Wie schon für die Datenerhebung 2013 und 2014, gilt für 2015 folgende Ergänzung zu den Erhebungsvorgaben des ANQ bei der Erhebung des HAQ:**

#### Eintrittserhebung

Die Eintrittserhebung des HAQ erfolgt im **ersten Schritt** nach den ANQ Vorgaben: Kapitel 6.2 „ANQ-Richtlinien für die praktische Durchführung des HAQ“ im Verfahrenshandbuch. Diese Messung durch Selbsterhebung ist aber nicht bei 100% der Patienten möglich, da einige den Fragebogen nicht lesen oder verstehen können.

Für die Datenerhebung ST Reha ist eine vollständige Erfassung aller Fälle notwendig, da die Patienten sonst keiner Tarifklasse zugewiesen werden können. Daher ist die HAQ Eintrittserhebung innerhalb der Klinik/Abteilung mit einem **zweiten Schritt** zu ergänzen: Health Professionals (HP) überprüfen und vervollständigen die Daten des HAQ Deklarationsbogens, welcher zuvor möglichst selbständig vom Patienten ausgefüllt wurde. Die HP übernehmen damit nicht nur die Verantwortung der getreuen Übernahme der Patientenangaben, sondern sorgen auch für die Plausibilisierung dieser Angaben.

#### Zusätzliche wöchentliche Erhebungen

Für die wöchentlichen Datenerhebungen im Rahmen von ST Reha erkennen die HP Veränderungen im Bereich ADL vor allem in der täglichen Arbeit am Patienten und erfassen diese systematisch im HAQ Bereich der Datenerfassung (KIS). Dem Betrieb steht es frei auch die wöchentlichen Zwischenerhebungen zuerst mittels Fragebogen durch die Patienten ausfüllen zu lassen. In diesem Fall erfolgt zwingend der oben beschriebene zweite Schritt. In der Prozessorganisation sehen die Betriebe Kontrollmechanismen vor, welche sichern, dass die Datenerhebung pünktlich und vollständig erfolgt und die Daten zuverlässig ins Erfassungssystem (KIS) einfließen.

Die HAQ-Werte der Austrittserhebung sind nicht Bestandteil des ST Reha Datensatz.

#### 4.4.3 Verwendung FIM oder EBI im Leistungsbereich „Andere“

Neu ist es möglich anstelle von HAQ FIM oder EBI zu verwenden. Ab dem 1.1.2016 wird für die Tarifentwicklung im Leistungsbereich „Andere“ zur Erhebung der Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) nur noch FIM/EBI zugelassen. Kliniken welche HAQ für den Leistungsbereich „Andere“ etabliert einsetzen, dürfen dies während einer **Übergangsphase 2015** weiter tun. Der Wechsel von HAQ zu FIM oder EBI kann jederzeit jedoch spätestens bis am 1.1.2016 erfolgen. Wünschenswert wäre ein möglichst früher Wechsel.

Bitte beachten: Die Datenlieferung im Rahmen der Qualitätsmessungen von ANQ ist im Erhebungsjahr 2015 von dieser Anpassung in der Datenerhebung ST Reha nicht tangiert. Die Kliniken liefern die ANQ-Daten im Rahmen der dort gültigen Vorgaben. Für 2016 koordinieren SwissDRG AG und ANQ die Datenerhebung mit dem Ziel der bestmöglichen Zielerreichung für beide Institutionen und dem geringstmöglichen Erhebungsaufwand für die Kliniken.

#### 4.5 Absenzen

Falls ein Patient in der Erhebungswoche die Institution einmal oder mehrere Male für 24 Stunden oder länger mit bleibender Platzreservierung verlässt, ist die Gesamtsumme der Abwesenheits-Stunden anzugeben (vollendete Stunden). Solche Absenzen sind neu auf wöchentlicher Basis als Bestandteil des RE-Datensatzes zu liefern (siehe Anhang 10.2).

Bitte beachten: Stunden nur aufführen wenn die Abwesenheit *nicht* mit der Zielerreichung der Rehabilitation in Zusammenhang steht oder wenn während der Abwesenheit von der Rehabilitationsklinik *keine* Behandlungsleistungen erfolgen. Leistungen externer Leistungserbringer sind im Rahmen der Zusatzdatenerhebung zu erfassen.

## 5 Struktur und Format der Daten

Folgende vier Datensätze sind zu erstellen: MB, RE, CC und die Zusatzdatenerhebung (siehe auch Abschnitt 2, Seite 4). Diese vier Datensätze umfassen fallbezogene Informationen (Eigenschaften der Patienten und Inanspruchnahme von Leistungen). Neben diesen fallbezogenen Daten sind betriebsbezogene Daten zu liefern, welche die Beurteilung der Datenqualität vereinfachen und vereinheitlichen. Dazu wurde ein Fragebogen zur Datenerhebung erstellt. Neben diesem Fragebogen ist auch eine Meldung zur Datenlieferung nötig. Somit sind insgesamt sechs Datenfiles an die ZHAW zu liefern. Abbildung 5 zeigt die sechs Datenfiles im Überblick.

**Abbildung 5: Überblick aller zu liefernden Datenfiles**

Datenfile	Beschreibung	Art der Daten
MB-Datensatz	Medizinisch-administrative Daten der Patienten, die von den Kliniken bereits obligatorisch für die Medizinische Statistik des BFS erhoben werden	Fallbezogene Daten
RE-Datensatz	Wöchentliche Assessments der Patienten für die Klassierung in der Tarifstruktur	
CC-Datensatz	Fallkosten der Patienten	
Zusatzdatenerhebung	Rehabilitationsfremde Leistungen der Patienten	
Fragebogen zur Datenerhebung	Enthält Detailfragen zur Datenerhebung um die Beurteilung der Datenqualität vereinfachen und vereinheitlichen zu können	Betriebsbezogene Daten
Erhebungsbogen Ermittlung Kostensätze	Wird zur Berechnung der Kosten aus den erhobenen Leistungsminuten benötigt	
Meldung Datenlieferung	Übersicht zur Datenlieferung	

Dieser Abschnitt beschreibt die Grundprinzipien der fallbezogenen Daten (Abschnitt 5.1) und die Details zu den sieben Datenfiles (Abschnitte 5.2 bis 5.8).

### 5.1 Grundprinzipien der fallbezogenen Daten

#### 5.1.1 Datenformat

Die Daten werden auf Fallebene erhoben. Die Datensätze (MB, RE und CC) müssen im Text-Format (ASCII) geliefert werden. Die Variablen sind durch Pipes (ASCII-Kode 124: „|“) zu trennen. Die letzte Variable einer Zeile muss ebenfalls durch ein Pipe-Zeichen beendet werden. Das CRLF (ASCII-Kode 13 und 10) wird als Zeilenumbruch verwendet. Die Zusatzdatenerhebung erfolgt mittels einer separaten Excel-Datei.

#### 5.1.2 Format der Datumsangaben

Daten werden im Format JJJJMMTT angegeben.

### 5.1.3 Format der Angaben zu den wöchentlichen Leistungsminuten

Zeiten werden in Minuten aufgeführt (keine Nachkommastellen).

### 5.1.4 Format der Kostendaten

Die Kosten-Variablen werden auf ganze Franken gerundet (keine Nachkommastellen).

### 5.1.5 Verbindungsvariable (eindeutige Fallidentifikation)

Die Kliniken gewährleisten eine Verbindung zwischen dem medizinisch-administrativen Daten (MB-Datensatz), den Daten der wöchentlichen Assessments (RE-Datensatz), den Fallkosten (CC-Datensatz) und der Zusatzdatenerhebung mit einer eindeutigen Fallidentifikation. Zu diesem Zweck wird die **klinikinterne Fallnummer** verwendet.

Die Fallidentifikation FID muss in allen zu einem Fall gehörigen Datenzeilen erscheinen:

- MB-Datensatz: Feld 51
- RE-Datensatz: Feld 4
- CC-Datensatz: Feld 4
- Zusatzdatenerhebung: siehe Excel-Datei

## 5.2 MB-Datensatz

Bei den medizinisch-administrativen Daten handelt es sich um die Daten, die von den Kliniken bereits obligatorisch für die Medizinische Statistik des BFS erhoben werden. Für die detaillierte Spezifikation der einzelnen Variablen siehe die Variablenspezifikation der Medizinischen Statistik (BFS 2011).

Geliefert wird allein die Datei des Minimalen Datensets BFS (MD Zeile). Für jeden Fall gibt es eine Zeile im MB-Datensatz mit **51 Spalten**:

- Die Zeile enthält die administrativen und medizinischen Angaben (9 erste Diagnosen und 9 erste Behandlungen).
- Enthält die Variablen 0.1.V01 bis 1.7.V11 der medizinischen Statistik (BFS, Variablen der medizinischen Statistik, Spezifikationen gültig ab 2009).
- Das **51. Feld** enthält die eindeutige Fallidentifikationsnummer FID. Dieser Verbindungsnummer ist notwendig, um die verschiedenen Datenzeilen eines Falles miteinander verbinden zu können.

Eine detaillierte Beschreibung des Inhaltes dieser Variablen befindet sich im Anhang **10.1**.



## 5.3 RE-Datensatz

### 5.3.1 Erhebungszeitpunkt der wöchentlichen Daten – zwei Möglichkeiten

Neu können die wöchentlichen Erhebungen relativ zum Klinikeintritt durchgeführt werden. Ab dem 1.1.2016 wird es ein vollständiger Wechsel hin zu einem Erhebungstag relativ zum Klinikeintritt geben. Die Kliniken können während einer **Übergangsphase 2015** weiterhin den Montag als absoluten Erhebungstag führen. Der Wechsel von einem absoluten Erhebungstag zu einem relativen Erhebungstag kann jederzeit jedoch spätestens bis am 1.1.2016 erfolgen. Wünschenswert wäre ein möglichst früher Wechsel.

In den folgenden zwei Abschnitten werden die spezifischen Vorgaben für die beiden Möglichkeiten erklärt.

#### 5.3.1.1 Erhebungszeitpunkt relativ zum Klinikeintritt

Die erste Erhebung muss innerhalb der ersten 3 Tage nach Klinikeintritt erfolgen und die weiteren Erhebungen dann jeweils am gleichen Wochentag wie der Klinikeintritt (Toleranz: +1 Tag). Bei Eintritt Samstag beträgt die Toleranz +2 Tage (d.h. Montag als Messtag ist zulässig). Diese Vorgaben bezüglich des Erhebungszeitpunkts relativ zum Klinikeintritt werden in Abbildung 6 illustriert.

**Abbildung 6: Illustration der Vorgaben mit einem Erhebungstag relativ zum Klinikeintritt an 5 Beispielpatienten**

	Woche 1							Woche 2							Woche 3						
	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
Pat 1		Di	Mi						Di							Di					
	7 Tage							7 Tage							4 Tage						
Pat 2		Di							Di							Di					
	7 Tage							7 Tage							2 Tage						
Pat 3							So														
	7 Tage																				
Pat 4						Sa		Mo								Mo					
	7 Tage							7 Tage													
Bei Eintritt am Sa oder So kann der Mo auch in den Folgewochen der Erhebungstag sein.																					
Pat 5				Do		Sa						Do									
	7 Tage							7 Tage													
<div><div></div> Erhebung an diesem Tag</div>																					
<div><div></div> Toleranztage</div>																					

### 5.3.1.2 Montag als absoluter Erhebungszeitpunkt

Die Erhebung der wöchentlichen Assessments, welche für die Klassierung in der Tarifstruktur notwendig sind, findet jeweils am Montag ( $\pm 1$  Tag) statt. Bei Eintritt im Laufe der Woche erfolgt die erste Messung grundsätzlich möglichst zeitnah am effektiven Klinikeintritt. Die erste Messung hat innerhalb von drei **Tagen** nach Klinikeintritt zu erfolgen (Eintrittstag mit eingerechnet).

Eine Patientenwoche dauert im Normalfall von Montag 00:00 Uhr bis Sonntag 24:00.

**Erste Woche:** Die erste Woche dauert vom Eintrittszeitpunkt bis Sonntag 24:00. Bei Eintritt ab Donnerstag, können die ST Reha Assessments der ersten Woche für die RE Zeile der 2. Woche übernommen werden. **In diesem Fall müssen aber trotzdem 2 Datenzeilen geliefert werden (eine für die erste Woche und eine für die zweite Woche). Die Assessments nehmen dann in beiden Zeilen dieselben Werte an.** Bei Austritt während der ersten Woche (bis Sonntag 24:00), dauert die erste Woche vom Eintrittszeitpunkt bis zum Austrittszeitpunkt.

Eintrittstag	Dauer erste Woche	Inhalt RE Zeile 1. Woche	Inhalt RE Zeile 2. Woche
Montag, Dienstag, Mittwoch	Eintrittstag bis Sonntag 24:00	Messung 1. Woche	Messung 2. Woche
Donnerstag, Freitag, Samstag, Sonntag	Eintrittstag bis übernächsten Sonntag 24:00	Messung 1. Woche	Messung 1. Woche

**Letzte Woche:** Die letzte Woche dauert von Montag 00:00 bis zum Austrittstag. Tritt der Patient an einem Montag, Dienstag oder Mittwoch aus, können die ST Reha Assessments der Vorwoche übernommen werden. **In diesem Fall müssen aber trotzdem 2 Datenzeilen geliefert werden (eine für die vorletzte Woche und eine für die letzte Woche). Die Assessments nehmen dann in beiden Zeilen dieselben Werte an.** **Bereits übernommene Assessments (weil Eintritt ab Donnerstag erfolgte) dürfen nicht ein zweites Mal für Folgewoche übernommen werden.** Tritt der Patient ab Donnerstag aus, müssen am Montag der Woche die ST Reha Assessments durchgeführt werden.

Austrittstag	Dauer letzte Woche	Inhalt RE Zeile letzte Woche
Montag, Dienstag, Mittwoch	Vorletzter Montag 00:00 bis Austrittstag	Messung vorletzte Woche
Donnerstag, Freitag, Samstag, Sonntag	Montag 00:00 bis Austrittstag	Messung letzte Woche

### 5.3.2 Lieferformat wöchentliche Rehabilitations-Daten

Für jede Aufenthaltswoche des Patienten enthält der Datensatz eine RE-Zeile mit je **128 Feldern (Spalten)**:

- Feld 1 macht Zeile als RE-Zeile erkenntlich
- Feld 2 mit BUR Nummer der Klinik
- Feld 3 kennzeichnet, ob in der Erhebungswoche die Leistungs- und Kostendaten erhoben wurden
- Feld 4 mit klinikinterner Fallnummer zur eindeutigen Fallidentifikation.
- Feld 5 mit Information zum **Leistungsbereich (entspricht Ergebnis aus Fallabfrage)**
- Feld 6 zeigt ob es sich um einen geriatrischen Patienten handelt
- Feld 7 zeigt ob es sich um einen pädiatrischen Patienten handelt
- Felder 8-10 geben Auskunft bezüglich dem **Rehabilitationsbereich (nach DefReha<sup>®</sup>)**
- Feld 11 zeigt ob es sich um einen überwachungspflichtigen Patienten handelt
- Feld 12 mit Datum zum Beginn der Erhebungswoche
- Felder 13-14 informieren, ob der Patient in der Erhebungswoche eingetreten oder ausgetreten ist
- **Feld 15 informiert ob der Patient während der Erhebungswoche eine oder mehrere Absenz >24 Stunden hatte**
- Felder **16-34** mit FIM Items (**nur bei Leistungsbereich Neurologisch, Kardiovaskulär oder Pulmonal** – je nach Klinik auch EBI statt FIM)
- Felder **35-51** mit EBI Items (**nur bei Leistungsbereich Neurologisch, Kardiovaskulär oder Pulmonal** – je nach Klinik auch FIM statt EBI)
- Felder **52-88** mit HAQ Items (nur bei **Leistungsbereich** Andere)
- Felder **89-103** mit CIRS Items (nur bei **Leistungsbereich Neurologisch, Kardiovaskulär oder Andere**)
- Felder **104-105** mit Schmerzsкала (nur bei **Leistungsbereich** Andere)
- **Felder 106-107 mit 6 Minuten-Gehtest (nur bei Leistungsbereich Pulmonal)**
- Felder **108-122** mit wöchentlichen Leistungen nach Berufsgruppen
- **Felder 123-128 mit wöchentlichen grösseren Kosten nach verschiedenen Kostengruppen (z.B. Medikamente, Labor). Hier sind nur Kosten von über CHF 300 pro Kostengruppe pro Woche anzugeben. Bitte beachten Sie zu diesen Zeilen den Hinweis auf Seite 5**

Eine detaillierte Beschreibung des Inhaltes dieser Variablen befindet sich im Anhang 10.2.

## 5.4 CC Datensatz

Diese Anleitungen entsprechen denen der SwissDRG AG für die Datenerhebung 2014 in den Akutspitälern (SwissDRG AG 2013). Da sie für somatische Krankenhäuser entwickelt wurden, umfassen sie auch einige Kostenpositionen, die für Rehabilitations-Kliniken nicht relevant sind und so auch nicht beachtet werden müssen (z.B. Implantate).

Für die Berechnung der Fallkosten empfiehlt die SwissDRG AG die REKOLE® Kostenträgermethode. Was die Abgrenzung der Kosten anbelangt, sollen lediglich die Kosten der Leistungen aus dem KVG-Leistungskatalog (gültig auch für UVG, IV, MV) geliefert werden (anrechenbare Kosten).

### 5.4.1 Nicht anrechenbare Kosten

Als nicht anrechenbar werden jene Kosten definiert, welche keine dem KVG-Leistungskatalog entsprechenden Leistungen darstellen. Somit sind Kosten zu Lasten der Patienten<sup>1</sup>, patientenfremde Kosten<sup>2</sup>, Primärtransporte oder weitere nicht rückerstattete Leistungen aus den Fallkosten auszuschneiden.

Zudem müssen die Kosten der gemeinwirtschaftliche Leistung (siehe Art. 49. al. 3) aus den Fallkosten ausgeschieden werden. Dies betrifft u.a. die Kosten der universitären Lehre und Forschung.

### 5.4.2 Medikamente, Implantate und medizinisches Material

Medikamente und Implantate sollen alle als Einzelkosten verrechnet werden (empfohlen), mindestens aber jene, deren Kosten 300 Franken überschreiten.

Die Unterscheidung zwischen

- 1) Medikamente und
- 2) Blutprodukte

im H+ Konto 400 „Medikamenten und Blutprodukten“ wird empfohlen. Falls diese Unterscheidung nicht möglich ist, müssen die gesamten Kosten für Medikamente und Blutprodukte in der Kostenkomponente v10 enthalten sein. Wir bitten Sie dieses ggf. im Fragebogen an der entsprechenden Stelle zu vermerken.

Die Unterscheidung zwischen

- 1) Implantate und
- 2) Medizinisches Material

---

<sup>1</sup> Z.B. Fernsehen, Mineralwasser, usw.

<sup>2</sup> Z.B. Cafeteria oder weitere Leistungen an das Personal oder an Dritte

im H+ Konto 401 „Implantate und medizinisches Material“ wird empfohlen. Falls diese Unterscheidung nicht möglich ist, müssen die gesamten Kosten für Implantate und medizinisches Material in der Kostenkomponente v12 enthalten sein. Wir bitten Sie dieses ggf. im Fragebogen an der entsprechenden Stelle zu vermerken.

#### **5.4.3 Anlagennutzungskosten (ANK)**

Den Anlagennutzungskosten entsprechen die gesamten Kosten, die mit der Nutzung der Anlagen verbunden sind (berechnete Abschreibungen, berechneter Zinsaufwand und finanzielles Leasing).

Die Anlagennutzungskosten entsprechen den Konten 442, 444 und 448 im H+ Kontenrahmen.

Die Kalkulation der Schweregradklassen muss den effektiven Ressourcenverbrauch der Anlagennutzung widerspiegeln.

Von der SwissDRG AG wird die in REKOLE® beschriebene Methode erfordert. Dies gilt ebenfalls für ST Reha. Die Eckwerte und Regeln zur Ermittlung der Anlagennutzungskosten nach REKOLE® sind auf der SwissDRG AG Internetseite aufgeschaltet:

[www.swissdrg.org](http://www.swissdrg.org) → SwissDRG Erhebung → Sektion „Erhebung 2014 (Daten 2013)“ → Unter-Sektion „Unterlagen“ → Eckwerten und Regeln zur Ermittlung der Anlagennutzungskosten (ANK)

Die Anlagennutzungskosten müssen klar auf der Fallebene identifiziert werden können. Zu diesem Zweck werden die Kostenkomponenten der Leistungserbringenden Kostenstellen gemäss REKOLE® exklusive Anlagennutzungskosten geliefert (siehe Anhang 10.3).

#### **5.4.4 Universitäre Lehre und Forschung (uL&F)**

Gemäss Gesetzesbestimmungen (KVG Art. 49 und VKL, Art. 7) werden die Kosten der universitären Lehre und Forschung als nicht anrechenbare Kosten definiert, die nicht über das SwissDRG-System finanziert werden. Diese Kosten müssen demzufolge aus den Fallkosten ausgeschieden werden und wenn möglich in der Spalte A2 ausgewiesen werden. Falls die Kosten für uL&F nicht ausgeschieden werden können, nimmt das Spital keine Anpassung vor und dokumentiert es im Fragebogen.

#### **5.4.5 Lieferung private und halbprivate Fälle<sup>3</sup>**

Bei der Lieferung von privaten und halbprivaten Fällen (als Teilmenge aller Fälle) wird zur Abgrenzung der sogenannten anrechenbaren Kosten folgendermassen vorgegangen:

---

<sup>3</sup> In diesem Punkt besteht eine gewisse Abweichung gegenüber den Vorgaben der SwissDRG AG SwissDRG AG (2011). Dokumentation zur SwissDRG-Erhebung 2012 – Aktualisierte Version..

- Der Teil der Kosten, die durch die Zusatzversicherung getragen werden, werden vorab abgezogen (Teil der Honorare, welche von der Zusatzversicherung getragen werden, eventuell die von der privaten oder halbprivaten Liegeklasse bedingten Zusatzkosten der Hotellerie oder Pflege);  
oder
- Die Honorare werden ausführlich nach Art des behandelnden Arztes (d.h. gemäss Format im Anhang 10.3) geliefert.

#### 5.4.6 **Arzthonorare**

Gemäss REKOLE® werden die Honorare je Art des behandelnden Arztes verrechnet. Das Ziel des neuen Formats ist die Zusatzkosten der privaten und halbprivaten Fälle besser identifizieren zu können (nicht OKP-relevante Teil der Honorare):

- Honorare der Spitalärzte (H+ Konto 380) → Komponente v14;
- Honorare der sozialversicherungspflichtigen Belegärzte (H+ Konto 381) → Komponente v15;
- Honorare der nicht sozialversicherungspflichtigen Belegärzte (Teil des H+ Kontos 405, der Honorare enthält) → Komponente v16.

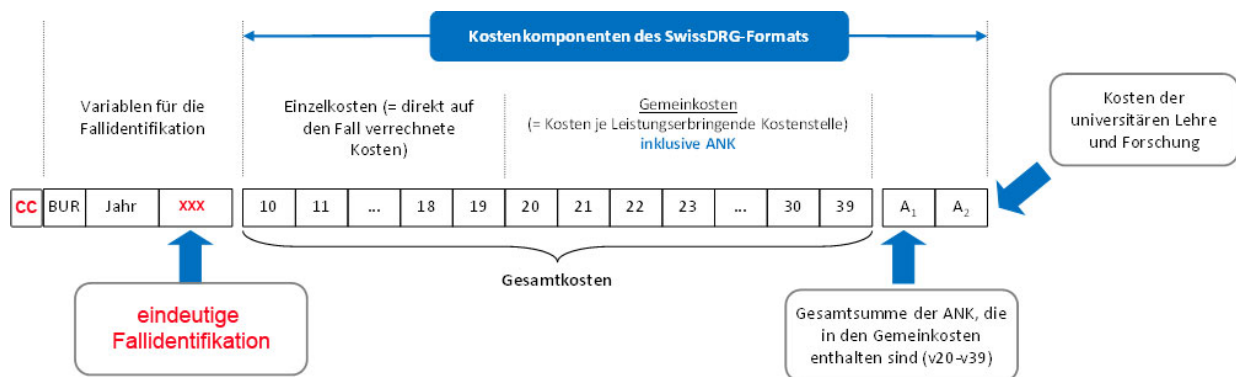
#### 5.4.7 **Lieferformat Fallkosten**

Die Kostendatei enthält 29 Variablen (siehe auch Abbildung 7, Seite 22):

- 1 Variable Rekordart (CC)
- 3 Variablen zur Identifizierung der Fälle: Bur-Nummer des Spitals, Erhebungsjahr und eindeutige (=klinikinterne Fallnummer).
- 23 Variablen mit den anrechenbaren Kosten:
  - 9 Kostenkomponenten mit den Einzelkosten (v10-v19);
  - 14 Kostenkomponenten mit den Kosten der leistungserbringenden Kostenstellen gemäss REKOLE® (v20-v39).
- 1 Variable (A1) mit den gesamten Anlagenutzungskosten, welche in den Gesamtkosten enthalten sind (Komponenten v10-v39).
- 1 Variable (A2) mit den Kosten der universitären Lehre und Forschung.

Eine detaillierte Beschreibung des Inhaltes dieser Variablen befindet sich im Anhang 10.3.

**Abbildung 7: Fallkosten gemäss Anleitung der SwissDRG AG**



SwissDRG AG<sup>®</sup> (angepasst)

## 5.5 Zusatzdatenerhebung

Ziel dieser Zusatzdatenerhebung ist es, „rehabilitationsfremde“ Leistungen separat zu erheben, damit datenbasierte Vorschläge zur Berücksichtigung dieser Leistungen innerhalb der Schweregradklassen oder als gesonderte Abgeltung gemacht werden können.

Die Zusatzdatenerhebung lehnt sich stark an die Zusatzdatenerhebung von SwissDRG AG für den akutsomatischen Bereich. Die betroffenen Leistungen wurden vom Steuerungsausschuss definiert und können der separaten Excel-Datei entnommen werden. Die Erhebung erfolgt auf Fallebene.

Die Kosten der Zusatzdatenerhebung sind auch in der CC-Datei enthalten und sollten keinesfalls von dieser abgegrenzt werden.

Diese Excel-Datei ist hier zu finden: [www.swissdrg.org](http://www.swissdrg.org) → Rehabilitation → Informationen zur Datenerhebung

## 5.6 Fragebogen zur Datenerhebung

Der Fragebogen enthält Detailfragen zur Datenerhebung. Dadurch soll die Beurteilung der Datenqualität vereinfacht und vereinheitlicht werden. Details sind direkt dem Fragebogen zu entnehmen.

Dieser Fragebogen ist hier zu finden: [www.swissdrg.org](http://www.swissdrg.org) → Rehabilitation → Informationen zur Datenerhebung

## 5.7 Erhebungsbogen zur Ermittlung der Kostensätze

Um aus den erhobenen Leistungsminuten Kosten berechnen zu können, werden Angaben zu den Personalkostensätzen benötigt. Um diese Angaben zu erfassen wurde eine separate Excel-Datei kreiert.

Diese Excel-Datei ist hier zu finden: [www.swissdrg.org](http://www.swissdrg.org) → Rehabilitation → Informationen zur Datenerhebung

## 5.8 Meldung der Datenlieferung

Die Meldung der Datenlieferung hilft der Klinik zu überprüfen, ob alle notwendigen Datenfiles übermittelt wurden. Die ZHAW kann erkennen, ob alle abgesendeten Dateien auch vollständig bei ihr eingetroffen sind.

Die Meldung kann in einer E-Mail oder in einer Excel-Datei erfolgen. Die zu übermittelnden Informationen sind unten abgebildet:

Betriebsnummer (BUR-Satellit Gesundheit)	
Name des Betriebs	
Anfangsdatum des Erhebungszeitraums	
Enddatum des Erhebungszeitraums	

Namen der übermittelten Dateien	Rekordart	Gesamtzeilen in Datei	Generierungsdatum
Minimaldatensatz MedStat	MB		
wöchentliche Assessments	RE		
Fallkosten	CC		
Zusatzdaten	sep. Excel		
Fragebogen zur Datenerhebung	sep. Datei	-	
Erhebungsbogen zur Ermittlung der Kostensätze	sep. Excel	-	



## 6 Zeitpunkt und Umfang der Datenlieferung

Für die Daten des Jahres 2015 sind folgende Lieferungen vorgesehen:

erhobene Daten aller Patienten im Zeitraum...	Art der zu liefernden Patientendaten	Zeitpunkt der Lieferung
1.1.2015 bis 31.12.2015 (ganzes Jahr)	RE-Zeilen MB-Zeilen	bis 1.3.2016
1.1.2015 bis 31.12.2015 (ganzes Jahr)	CC-Zeilen Zusatzdatenerhebung Fragebogen Erhebungsbogen Kostensätze	bis 1.5.2016

## 7 Datenschutz

Die Erhebung unterliegt dem Datenschutzkonzept der SwissDRG AG.

## 8 Übermittlung der Daten an die ZHAW

Der Namen der übermittelten Dateien wird folgendermassen festgelegt:

[Klink-Name(ein Wort)]\_[Kürzel-Datensatz (MB/RE/CC)]\_[Datum der Lieferung in YYYYMMDD Format]

Also zum Beispiel: Valens\_RE\_20120822.txt

## 9 Kontakt

Für weitere Informationen wenden Sie sich bitte an:

Herrn Simon Wieser (Tel. 058 934 68 74, E-Mail: wiso@zhaw.ch) oder

Herrn Renato Mattli (Tel. 058 934 78 92, E-Mail: matl@zhaw.ch).

## 10 Anhang: Format Datenlieferung

### 10.1 Format Medizinische Statistik BFS (MB Datensatz)

MB-Zeile		Minimales Datenset			
Nr.	Variable	Beschreibung	Format	Beispiel	Bemerkung
1	0.1.V01	Rekordart (Minimaldatensatz)	AN (2)	MB	
2	0.1.V02	Betriebsnummer (BUR-Satellit Gesundheit)	AN (8)	60611111	
3	0.1.V03	Standort	AN (5)	8511A	
4	0.1.V04	Kanton	AN (2)	SZ	BFS-Kantonskurzzeichen
5	0.2.V01	Anonymer Verbindungskode	AN (16)		
6	0.2.V02	Kennzeichnung des Statistikfalls	AN (1)	A	A, B oder C
7	0.3.V01	Neugeborenen -Datensatz	N (1)	0	sollte in Rehabilitation 0 sein
8	0.3.V02	Psychiatrie-Datensatz	N (1)	0	sollte in Rehabilitation 0 sein
9	0.3.V03	Patientengruppen -Datensatz	N (1)	0	sollte in Rehabilitation 0 sein
10	0.3.V04	Kantonaler Datensatz	N (1)	1	
11	1.1.V01	Geschlecht	N (1)	1	
12	1.1.V02	Geburtsdatum (JJJJMMTT)	N (8)		
13	1.1.V03	Alter bei Eintritt	N (3)	25	
14	1.1.V04	Wohnort (Region )	AN (4)	.	
15	1.1.V05	Nationalität	AN (3)	.	
16	1.2.V01	Eintrittsdatum und -Stunde (JJJJMMTThh )	N (10)	2015113009	
17	1.2.V02	Aufenthaltssort vor dem Eintritt	N (1)		
18	1.2.V03	Eintrittsart	N (1)		
19	1.2.V04	Einweisende Instanz	N (1)		
20	1.3.V01	Behandlungsart	N (1)		
21	1.3.V02	Klasse	N (1)		
22	1.3.V03	Aufenthalt in einer Intensivstation (vollendete Stunden )	N (4)	0	
23	1.3.V04	Administrativer Urlaub und Ferien (vollendete Stunden )	N (4)		
24	1.4.V01	Hauptkostenstelle	AN (4)	M950	
25	1.4.V02	Hauptkostenträger für Grundversicherungsleistungen	N (1)		
26	1.5.V01	Austrittsdatum und -Stunde (JJJJMMTThh )	N (10)		
27	1.5.V02	Entscheid für Austritt	N (1)		
28	1.5.V03	Aufenthalt nach Austritt	N (1)		
29	1.5.V04	Behandlung nach Austritt	N (1)		
30	1.6.V01	Hauptdiagnose	AN (5)		
31	1.6.V02	Zusatz zu Hauptdiagnose	AN (5)		
32	1.6.V03	1. Nebendiagnose	AN (5)		
...	1.6.V0...	...	AN (5)		
39	1.6.V10	8. Nebendiagnose	AN (5)		
40	1.7.V01	Hauptbehandlung	AN (5)		
41	1.7.V02	Beginn der Hauptbehandlung (JJJJMMTThh )	N (10)		
42	1.7.V03	1. weitere Behandlung	AN (5)		
...	1.7.V...	...	AN (5)		
50	1.7.V11	9. weitere Behandlung	AN (5)		
51	FID	Fallidentifikationsnummer	AN(16)	1122334455	klinikerne Fallnummer

## 10.2 Format wöchentliche Assessments (RE Datensatz)

Nr.	Variable	Beschreibung	Format	Beispiel	Wertebereich	Bemerkungen
1	7.01.V01	Rekordart	N (2)	RE	RE	
2	7.01.V02	Betriebsnummer (BUR-Satellit Gesundheit)	AN(8)			
3	7.01.V03	Erhebung von Leistungs- und Kostendaten in Referenzwoche	N (1)	0	0 1	0=nein; 1=ja
4	<b>FID</b>	<b>Fallidentifikationsnummer FID</b>	AN(16)	1122334455		<b>klinikerinterne Fallnummer</b>
5	7.02.V02	Leistungsbereich - Ergebnis aus Fallabfrage	N (1)	1		1=Neurologische Rehabilitation; 2=Kardiovaskuläre Rehabilitation; 3=Pulmonale Rehabilitation; 4=Andere Rehabilitation
6	7.02.V03	Geriatrischer Patient	N (1)	1	0 1	0=nein; 1=ja Ja, falls ein Facharzt Geriatrie an der Leistungserbringung beteiligt
7	7.02.V04	Pädiatrischer Patient	N (1)	0	0 1	0=nein; 1=ja Ja, falls ein Facharzt Pädiatrie an der Leistungserbringung beteiligt
8	7.02.V05	Rehabilitationsbereich (nach DefReha <sup>®</sup> )	N (2)	4	1 - 10	1=Geriatrisch 2=Internistisch 3=Kardiovaskulär 4=Muskuloskelettal 5=Neurologisch 6=Onkologisch 7=Pädiatrisch 8=Paraplegiologisch 9=Psychosomatisch 10=Pulmonal 99=keine Nennung
9	7.02.V06	Rehabilitationsbereich (nach DefReha <sup>®</sup> ) 2. Nennung	N (2)	4	1 - 10	1=Geriatrisch 2=Internistisch 3=Kardiovaskulär 4=Muskuloskelettal 5=Neurologisch 6=Onkologisch 7=Pädiatrisch 8=Paraplegiologisch 9=Psychosomatisch 10=Pulmonal 99=keine 2. Nennung
10	7.02.V07	Rehabilitationsbereich (nach DefReha <sup>®</sup> ) 3. Nennung	N (2)	4	1 - 10	1=Geriatrisch 2=Internistisch 3=Kardiovaskulär 4=Muskuloskelettal 5=Neurologisch 6=Onkologisch 7=Pädiatrisch 8=Paraplegiologisch 9=Psychosomatisch 10=Pulmonal 99=keine 3. Nennung
11	7.02.V08	Überwachungspflichtige Rehabilitation	N (1)	2	0 1	0=nein; 1=ja Ja, nur für Internistische, Kardiovaskuläre, Muskuloskelettale, Neurologische, Onkologische und Pulmonale Rehabilitation möglich

12	7.02.V09	Datum Beginn Erhebungswoche (JJJJMMTT)	N (8)	20150601		Muss ein Montag sein, ausser bei Eintritt in Erhebungswoche; Kann bei Erhebungstag relativ zum Klinikeintritt jeder beliebige Wochentag sein
13	7.02.V10	Eintrittsdatum falls Eintritt in Erhebungswoche (JJJJMMTT)	N (8)	20150601		Muss leer sein, falls Eintritt nicht in Erhebungswoche stattgefunden hat
14	7.02.V11	Austrittsdatum falls Austritt in Erhebungswoche (JJJJMMTT)	N (8)	20150601		Muss leer sein, falls Austritt nicht in Erhebungswoche stattgefunden hat
15	7.02.V12	Absenzen (Anzahl Stunden in Erhebungswoche)	N (3)	48		Anzahl vollendete Stunden falls eine oder mehrere Absenz(en) >24 Stunden in Erhebungswoche bei bleibender Platzreservierung betragen hat. Nur eintragen wenn die Absenz ohne Rehabilitationsleistungen erfolgt 0 falls ≤24 Stunden
FIM (siehe Daten-Handbuch ANQ Version 2.0)						
16	7.03.V01	Datum der Erhebung des FIM (JJJJMMTT)	N (8)	20150601		Nur bei Leistungsbereich Neurologisch, Kardiologisch und Pulmonal; entweder FIM oder EBI
17	7.03.V02	Essen / Trinken	N (1)		1 bis 7	
18	7.03.V03	Körperpflege	N (1)		1 bis 7	
19	7.03.V04	Baden / Duschen / Waschen	N (1)		1 bis 7	
20	7.03.V05	Ankleiden oben	N (1)		1 bis 7	
21	7.03.V06	Ankleiden unten	N (1)		1 bis 7	
22	7.03.V07	Toilettenhygiene	N (1)		1 bis 7	
23	7.03.V08	Blasenkontrolle	N (1)		1 bis 7	
24	7.03.V09	Darmkontrolle	N (1)		1 bis 7	
25	7.03.V10	Transfer Bett / Stuhl / Rollstuhl	N (1)		1 bis 7	
26	7.03.V11	Transfer auf Toilette	N (1)		1 bis 7	
27	7.03.V12	Transfer Dusche / Badewanne	N (1)		1 bis 7	
28	7.03.V13	Gehen / Rollstuhl	N (1)		1 bis 7	
29	7.03.V14	Treppensteigen	N (1)		1 bis 7	
30	7.03.V15	Verstehen	N (1)		1 bis 7	
31	7.03.V16	Ausdruck	N (1)		1 bis 7	
32	7.03.V17	Soziales Verhalten	N (1)		1 bis 7	
33	7.03.V18	Problemlösung	N (1)		1 bis 7	
34	7.03.V19	Gedächtnis	N (1)		1 bis 7	
EBI (siehe Daten-Handbuch ANQ Version 2.0)						
35	7.04.V01	Datum der Erhebung des EBI (JJJJMMTT)	N (8)	20150601		Nur bei Leistungsbereich Neurologisch, Kardiologisch und Pulmonal; entweder FIM oder EBI
36	7.04.V02	Essen / Trinken	N (1)		0 2 3 4	
37	7.04.V03	Persönliche Pflege	N (1)		0 1 2 3 4	
38	7.04.V04	An- / Ausziehen	N (1)		0 1 2 4	
39	7.04.V05	Baden / Duschen / Körper waschen	N (1)		0 1 2 3 4	
40	7.04.V06	Umsteigen aus Rollstuhl in Bett	N (1)		0 1 2 4	
41	7.04.V07	Fortbewegung auf ebenem Untergr.	N (1)		0 1 2 3 4	
42	7.04.V08	Treppen auf- / absteigen	N (1)		0 1 2 4	

43	7.04.V09	Benutzung Toilette	N (1)		0 1 2 4	
44	7.04.V10	Stuhlkontrolle	N (1)		0 2 3 4	
45	7.04.V11	Harnkontrolle	N (1)		0 1 3 4	
46	7.04.V12	Verstehen	N (1)		1 3 4	
47	7.04.V13	Verständlichkeit	N (1)		0 1 3 4	
48	7.04.V14	Soziale Interaktion	N (1)		0 2 4	
49	7.04.V15	Problemlösen	N (1)		0 2 4	
50	7.04.V16	Gedächtnis, Lernfähigkeit, Orient.	N (1)		0 1 2 3 4	
51	7.04.V17	Sehen / Neglect	N (1)		0 1 3 4	
HAQ (siehe Daten-Handbuch ANQ Version 2.0 und Kapitel 4.4 Erhebungsprozess, Seite 12)						
52	7.05.V01	Datum der Erhebung des HAQ (JJJJMMTT)	N (8)	20150601		Nur bei Leistungsbereich Andere
53	7.05.V11	Ankleiden (haq1)	N (1)		0 bis 3	
54	7.05.V12	Haare Waschen (haq1)	N (1)		0 bis 3	
55	7.05.V21	von Stuhl aufstehen (haq2)	N (1)		0 bis 3	
56	7.05.V22	Ins Bett gehen, aus Bett aufstehen (haq2)	N (1)		0 bis 3	
57	7.05.V31	Fleisch mit Messer schneiden (haq3)	N (1)		0 bis 3	
58	7.05.V32	Glas zum Mund (haq3)	N (1)		0 bis 3	
59	7.05.V33	Milchkarton öffnen (haq3)	N (1)		0 bis 3	
60	7.05.V41	Gehen auf ebener Strasse (haq4)	N (1)		0 bis 3	
61	7.05.V42	Treppen steigen (haq4)	N (1)		0 bis 3	
62	7.05.V13	Hilfsmittel Ankleiden und Körperpflege (haq1)	N (1)		0 1	
63	7.05.V23	Hilfsmittel Aufstehen (haq2)	N (1)		0 1	
64	7.05.V34	Hilfsmittel Essen (haq3)	N (1)		0 1	
65	7.05.V43	Hilfsmittel Gehen (haq4)	N (1)		0 1	
66	7.05.V14	Hilfe bei Ankleiden / Körperpflege (haq1)	N (1)		0 1	
67	7.05.V24	Hilfe bei Aufstehen (haq2)	N (1)		0 1	
68	7.05.V35	Hilfe bei Essen (haq3)	N (1)		0 1	
69	7.05.V44	Hilfe bei Gehen (haq4)	N (1)		0 1	
70	7.05.V51	sich Waschen und abtrocknen (haq5)	N (1)		0 bis 3	
71	7.05.V52	Vollbad nehmen (haq5)	N (1)		0 bis 3	
72	7.05.V53	Toilette gehen (haq5)	N (1)		0 bis 3	
73	7.05.V61	2 kg über Kopfhöhe heben (haq6)	N (1)		0 bis 3	
74	7.05.V62	bücken und Kleidungsstück aufheben (haq6)	N (1)		0 bis 3	
75	7.05.V71	Autotüre öffnen (haq7)	N (1)		0 bis 3	
76	7.05.V72	Konfitürenglas öffnen (schon mal offen) (haq7)	N (1)		0 bis 3	
77	7.05.V73	Wasserhahn auf und zu (haq7)	N (1)		0 bis 3	
78	7.05.V81	Einkaufen (haq8)	N (1)		0 bis 3	
79	7.05.V82	Auto ein- und aussteigen (haq8)	N (1)		0 bis 3	
80	7.05.V83	Haushalt- oder Gartenarbeiten (haq8)	N (1)		0 bis 3	
81	7.05.V54	Hilfsmittel Körperpflege (haq5)	N (1)		0 1	
82	7.05.V63	Hilfsmittel Heben (haq6)	N (1)		0 1	
83	7.05.V74	Hilfsmittel Greifen und Öffnen (haq7)	N (1)		0 1	
84	7.05.V84	Hilfsmittel andere Tätigkeiten (haq8)	N (1)		0 1	
85	7.05.V55	Hilfe bei Körperpflege (haq5)	N (1)		0 1	
86	7.05.V64	Hilfe bei Heben (haq6)	N (1)		0 1	
87	7.05.V75	Hilfe bei Greifen und Öffnen (haq7)	N (1)		0 1	
88	7.05.V85	Hilfe bei Einkaufen und Haus-arbeitsarbeiten (haq8)	N (1)		0 1	

CIRS (siehe Daten-Handbuch ANQ Version 2.0)						
89	7.06.V01	Datum der Erhebung des CIRS (JJJJMMTT)	N (8)	20150601		Nur bei Leistungsbereich Neurologisch, Kardiovaskulär und Andere
90	7.06.V02	Herz ausschliesslich	N (1)		0 bis 4	
91	7.06.V03	Hypertonie (ohne Komplikationen – die beim jeweiligen Organsystem bewerten)	N (1)		0 bis 4	
92	7.06.V04	Gefässe und blutbildendes System	N (1)		0 bis 4	
93	7.06.V05	Lunge und Atemwege	N (1)		0 bis 4	
94	7.06.V06	HNO und Auge	N (1)		0 bis 4	
95	7.06.V07	Oberer Gastrointestinaltrakt	N (1)		0 bis 4	
96	7.06.V08	Unterer Gastrointestinaltrakt	N (1)		0 bis 4	
97	7.06.V09	Leber, Galle und Pankreas	N (1)		0 bis 4	
98	7.06.V10	Nieren	N (1)		0 bis 4	
99	7.06.V11	Urogenitaltrakt	N (1)		0 bis 4	
100	7.06.V12	Bewegungsapparat und Haut	N (1)		0 bis 4	
101	7.06.V13	Nervensystem	N (1)		0 bis 4	
102	7.06.V14	Endokrinium, Stoffwechsel ---	N (1)		0 bis 4	
103	7.06.V15	Psychische Störungen	N (1)		0 bis 4	
Schmerz (siehe Kapitel 4.4 Erhebungsprozess, Seite 12)						
104	7.07.V01	Datum der Erhebung der Schmerzen (JJJJMMTT)	N (8)			Nur bei Leistungsbereich Andere
105	7.07.V02	Schmerz-Skala	N (2)		0 bis 10	
6 Minuten-Gehtest						
106	7.08.V01	Datum der Erhebung des 6 min Gehtests (JJJJMMTT)	N (8)			Nur bei Leistungsbereich Pulmonal
107	7.08.V02	6 min Gehtest (Meter)	N (4)		0 bis 1000	(plausibel sind Werte von 0-1000) 0 falls es aus gesundheitlichen Gründen des Patienten nicht möglich ist den Test durchzuführen
Leistungen						
108	7.10.V01	Pflege (Minuten in Erhebungswoche)	N (5)			auf ganze Minuten gerundet 0 falls keine Leistungsminuten in Erhebungswoche
109	7.10.V02	Aerzte (Minuten in Erhebungswoche)	N (5)			auf ganze Minuten gerundet 0 falls keine Leistungsminuten in Erhebungswoche
110	7.10.V03	Physiotherapie (Minuten in Erhebungswoche)	N (5)			auf ganze Minuten gerundet 0 falls keine Leistungsminuten in Erhebungswoche
111	7.10.V04	Bewegungs-/Sporttherapie (Minuten in Erhebungswoche)	N (5)			auf ganze Minuten gerundet 0 falls keine Leistungsminuten in Erhebungswoche
112	7.10.V05	Ergotherapie (Minuten in Erhebungswoche)	N (5)			auf ganze Minuten gerundet 0 falls keine Leistungsminuten in Erhebungswoche

113	7.10.V06	Atemtherapie (Minuten in Erhebungswoche)	N (5)			auf ganze Minuten gerundet 0 falls keine Leistungsminuten in Erhebungswoche
114	7.10.V07	Neuropsychologie (Minuten in Erhebungswoche)	N (5)			auf ganze Minuten gerundet 0 falls keine Leistungsminuten in Erhebungswoche
115	7.10.V08	klinische Psychologie (Minuten in Erhebungswoche)	N (5)			auf ganze Minuten gerundet 0 falls keine Leistungsminuten in Erhebungswoche
116	7.10.V09	Logopädie (Minuten in Erhebungswoche)	N (5)			auf ganze Minuten gerundet 0 falls keine Leistungsminuten in Erhebungswoche
117	7.10.V10	Diabetesberatung (Minuten in Erhebungswoche)	N (5)			auf ganze Minuten gerundet 0 falls keine Leistungsminuten in Erhebungswoche
118	7.10.V11	Ernährungsberatung (Minuten in Erhebungswoche)	N (5)			auf ganze Minuten gerundet 0 falls keine Leistungsminuten in Erhebungswoche
119	7.10.V12	Herzinsuffizienzberatung (Minuten in Erhebungswoche)	N (5)			auf ganze Minuten gerundet 0 falls keine Leistungsminuten in Erhebungswoche
120	7.10.V13	Traditionelle Chinesische Medizin (Minuten in Erhebungswoche)	N (5)			auf ganze Minuten gerundet 0 falls keine Leistungsminuten in Erhebungswoche
121	7.10.V14	Sozialdienst (Minuten in Erhebungswoche)	N (5)			auf ganze Minuten gerundet 0 falls keine Leistungsminuten in Erhebungswoche
122	7.10.V15	übrige Therapien (Minuten in Erhebungswoche)	N (5)			auf ganze Minuten gerundet 0 falls keine Leistungsminuten in Erhebungswoche
123	7.10.V16	CHF für Medikamente in Erhebungswoche	N (6)			auf ganze CHF gerundet 0 falls keine Leistung in Erhebungswoche
124	7.10.V17	CHF für Untersuchungen in Erhebungswoche	N (6)			auf ganze CHF gerundet 0 falls keine Leistung in Erhebungswoche
125	7.10.V18	CHF für Labor in Erhebungswoche	N (6)			auf ganze CHF gerundet 0 falls keine Leistung in Erhebungswoche
126	7.10.V19	CHF Material in Erhebungswoche	N (6)			auf ganze CHF gerundet 0 falls keine Leistung in Erhebungswoche
127	7.10.V20	CHF Transportkosten in Erhebungswoche	N (6)			auf ganze CHF gerundet 0 falls keine Leistung in Erhebungswoche
128	7.10.V21	CHF andere Kosten in Erhebungswoche	N (6)			auf ganze CHF gerundet 0 falls keine Leistung in Erhebungswoche

### 10.3 Format Fallkostendatei (CC Datensatz)

Nr	Variable	Bezeichnung	Format	Beispiel	Berechnung
1	CC	Rekordart	AN(2)	CC	
2	REE	BUR Identifikationsnummer des Spitals	AN(8)		
3	year	Erhebungsjahr	N(4)		
4	FID	Fallidentifikationsnummer FID	AN(16)	1122334455	
Einzelkosten					H+ Kontenrahmen
5	v10	Medikamente	N (10)	12000	400
6	v11	Blut und Blutprodukte	N (10)		400
7	v12	Implantate	N (10)		401
8	v13	Medizinisches Material, Verbrauchsmaterial	N (10)		401
9	v14	Arzthonoraraufwand, Spitalärzte	N (10)		380
10	v15	Arzthonoraraufwand, Belegärzte (sozialversicherungspflichtig)	N (10)		381
11	v16	Arzthonoraraufwand, Belegärzte (nicht sozialversicherungspflichtig)	N (10)		405*
12	v17	Aufwand für Zeugnisse und Gutachten	N (10)		386
13	v19	Andere Einzelkosten	N (10)		403+404+ 405**+ 480+484+485+486
Gemeinkosten					Muss-Kostenstellen REKOLE®
14	v20	OP Säle	N (10)		(20)
15	v21	IPS und Intermediate Care (IC)	N (10)		(24)
16	v22	Notfall	N (10)		(25)
17	v23	Bildgebende Verfahren und Nuklearmedizin	N (10)		(26) + (28)
18	v24	Internes Labor (inkl. Blutspende)	N (10)		(29)
19	v25	Hämodialyse	N (10)		(30)
20	v26	Ärztschaften	N (10)		(31)
21	v27	Nicht-medizinische Therapien und Beratung (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Ernährungsberatung, Aktivierungstherapie)	N (10)		(32)+(33)+ (34)+(35)
22	v28	Medizinische und therapeutische Diagnostik	N (10)		(36)
23	v29	Pflege	N (10)		(39)
24	v30	Hotellerie	N (10)		(41)+(42)+ (43)
25	v31	Gebärsaal	N (10)		(27)
26	v32	Anästhesie			(23)
27	v39	Übrige Leistungserbringer (Patientenadministration; Einsatz-/Notfallzentrale; Rettungsdienst)	N (10)		(44)+ (45)+(10)+(77)***
Zusatzvariablen (davon)					H+ Kontenrahmen
28	A1	Anlagenutzungskosten gesamt (=Summe der Anlagenutzungskosten in den Kostenkomponenten v20 bis v39)	N (10)		441+ 442+ 444+448
29	A2	Kosten für universitäre Lehre und Forschung	N (10)		
<p>* Nur die Honorare aus 405 (siehe REKOLE®, Kontenrahmen H+)</p> <p>** Ohne Honorare (siehe REKOLE®, Kontenrahmen H+)</p> <p>*** Ohne Kosten Primärtransporte</p>					



# 11 Auszug Kodierungshandbuch BFS

Medizinisches Kodierungshandbuch - Der offizielle Leitfaden der Kodierrichtlinien in der Schweiz - Version 2015 (Bundesamt für Statistik 2014)

## D15c Verlegungen

### Verlegung zur Weiterbehandlung

Wird ein Patient zur **Weiterbehandlung (Nachbehandlung)** in ein anderes Spital verlegt (unabhängig ob **akut-somatisch** oder **Rehabilitation/Rekonvaleszenz**), so hat jedes Spital einen separaten Fall zu kodieren. Als Hauptdiagnose wird die Grundkrankheit/Verletzung kodiert. Die Tatsache, dass der Patient nicht **primär** versorgt wird, ist mit einem Z-Kode in der ersten Nebendiagnose abgebildet.

Bei Vorliegen mehrerer Diagnosen wird die Wahl der Hauptdiagnose unter entsprechender Anwendung der Hauptdiagnosendefinition (Regel G52) getroffen.

**Beachte:** Codes für äussere Ursachen werden nur einmal beim ersten stationären Aufenthalt/im ersten Spital kodiert.

#### Beispiel 1

Verlegung ins Spital B nach Osteosynthese einer Fraktur im Spital A.

##### Spital B kodiert:

HD	S-Kode	
ND	Z47.8	Sonstige näher bezeichnete orthopädische Nachbehandlung

#### Beispiel 2

Verlegung ins Spital B nach Primärversorgung einer koronaren Herzkrankheit durch AC-Bypass im Spital A.

##### Spital B kodiert:

HD	I25.-	Chronische ischämische Herzkrankheit
ND	Z48.8	Sonstige näher bezeichnete Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff
ND	Z95.1	Vorhandensein eines aortokoronaren Bypasses

#### Beispiel 3

Verlegung in die Reha-Klinik nach Implantation einer Prothese wegen rechter Hüftarthrose im Regionalspital.

##### Reha-Klinik kodiert:

HD	M16.1	Sonstige primäre Koxarthrose
L	1	
ND	Z50.-/	Rehabilitationsmassnahmen
ND	Z96.6	Vorhandensein von orthopädischen Gelenkimplantaten
L	1	

#### Beispiel 4

Verlegung in die Reha-Klinik nach Revision einer rechten Hüftprothese wegen Lockerung im Regionalspital.

##### Reha-Klinik kodiert:

HD	T84.0	Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese
L	1	
ND	Z50.-/	Rehabilitationsmassnahmen

## 12 Literatur

ANQ (2013). Nationaler Messplan Rehabilitation (Modul 2 und Modul 3): Verfahrens-Handbuch.

ANQ (2014). Nationaler Messplan Rehabilitation. Datenjahre 2013 – 2014. Daten-Handbuch. Modul 2 und Modul 3.

BFS (2011). Variablen der Medizinischen Statistik Spezifikationen gültig ab 1.1.2012. Neuchâtel, Bundesamt für Statistik.

BFS (2014). Medizinisches Kodierungshandbuch - Der offizielle Leitfaden der Kodierrichtlinien in der Schweiz - Vorabversion 2015. Neuchâtel, Bundesamt für Statistik.

H+ Die Spitäler der Schweiz (2013). DefReha<sup>®</sup> Version1.0 - Stationäre Rehabilitation: Spezialbereiche und Definitionen Ein- und Ausschlusskriterien für die unterschiedlichen Rehabilitationsarten.

H+ Die Spitäler der Schweiz (2013). Rekole<sup>®</sup> Betriebliches Rechnungswesen im Spital. 4. Ausgabe

Schweizerischer Bundesrat (2002). Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung.

SwissDRG AG (2011). Dokumentation zur SwissDRG-Erhebung 2012 – Aktualisierte Version.

SwissDRG AG (2013). Dokumentation zur SwissDRG-Erhebung 2014