



Dokumentation zu ST Reha

Format und Inhalt der Daten 2018

Version 2018	02.10.2017
	Änderungen gegenüber der Version 2017 sind gelb markiert.

Inhaltsverzeichnis

1	Allgemeine Informationen	4
1.1	Änderungen zum Vorjahr.....	4
1.2	Zu liefernde Fälle.....	4
2	Format	5
2.1	Übersicht.....	5
2.2	Identifikation der Patienten und Fälle.....	5
2.3	Medizinische Statistik.....	6
2.4	RE-Datensatz.....	6
2.5	Fallkosten.....	6
2.6	Detailerhebung.....	7
3	Inhalt	8
3.1	Medizinische Statistik.....	8
3.1.1	Diagnosen und Behandlungen.....	8
3.1.2	Urlaub.....	8
3.1.3	Kennzeichnung von Wiedereintritten.....	8
3.1.4	Variablen Reservfelder.....	8
3.2	RE-Datensatz.....	10
3.2.1	Leistungsbereiche.....	10
3.2.2	Assessments.....	11
3.2.3	Weitere reha-spezifische Angaben.....	12
3.3	Fallkosten.....	14
3.3.1	Vollkosten (Kap. 9.7.4).....	14
3.3.2	Anrechenbare Kosten (Kap. 5).....	14
3.3.3	Arzneimittel/ Medikamente und Blutprodukte (Kap. 10.9).....	14
3.3.4	Implantate und medizinisches Material.....	15
3.3.5	Anlagenutzungskosten (ANK) (Kap. 7.9).....	15
3.3.6	Forschung und universitäre Lehre (Kap.9.11).....	15
3.3.7	Fälle der privaten und halbprivaten Liegeklasse.....	15
4	Detailerhebung	16

5	Datenschutz	17
6	Kontakt	17
7	Anhänge	18
	Anhang A Mindestanforderungen an die Dateien	18
	Anhang B: Fallkosten gemäss altem REKOLE® Kostenträgerausweis	19
	Anhang C: Fallkosten gemäss neuem REKOLE® Kostenträgerausweis	20
	Anhang D: Wöchentliche Assessments (RE-Datei).....	23

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Übersicht zu liefernde Datensätze.....	5
Abbildung 2: Fallnummer pro Datensatz	5
Abbildung 3: Definition Zeile Fallkostendatei gemäss altem REKOLE® Kostenträgerausweis	6
Abbildung 4: Definition Zeile Fallkostendatei gemäss neuem REKOLE® Kostenträgerausweis.....	7
Abbildung 5: Leistungsbereiche	10
Abbildung 6: Fallabfrage zur eindeutigen Zuteilung des Leistungsbereichs	10
Abbildung 7: Überblick Assessments pro Leistungsbereich.....	11
Abbildung 8: Beispiele Vorgaben Erhebungszeitpunkt der wöchentlichen Daten	11
Abbildung 9: Leistungen Detailerhebung.....	16

1 Allgemeine Informationen

1.1 Änderungen zum Vorjahr

Neben der kompletten Überarbeitung der Struktur und des Layouts der Erhebungsvorgaben sowie der Aufteilung der Erhebungsvorgaben in die Dokumente "Definition Format und Inhalt" und "Dokumentation Datenerhebung"¹ haben sich folgende inhaltlichen Änderungen ergeben:

- Angleichung MB-Datensatz an Definition BFS (Streichung Feld 51 FID)
- Erhebung Patienten-Zusatzdatensatz (MD) der Medizinischen Statistik
- Einführung neue Fallkostendatei (2018 noch fakultativ)
- Anpassungen RE-Datensatz
- Präzisierung Definition Absenzen / Urlaub
- Anpassungen Zusatzdatenerhebung
- Wegfall Erhebungsbogen zur Ermittlung der Klinikkostensätze

1.2 Zu liefernde Fälle

Erhoben werden die Daten aller stationären Fälle,² welche:

- unter den Bereich Rehabilitation fallen
 - Alle Fälle für Spitäler mit einem Leistungsauftrag nur in Rehabilitation,
 - Fälle mit Hauptkostenstelle Rehabilitation (M950, Variable 1.4.V01) für Spitäler mit mehreren Leistungsaufträgen, davon einer in Rehabilitation
- im Erhebungsjahr ausgetreten sind (Statistikfälle A, Variable 0.2.V02)
- Vollkosten aufweisen³

Die Liegeklasse (Variable 1.3.V02), spielt dabei keine Rolle d.h. es müssen sowohl allgemeine, halbprivate als auch private Fälle übermittelt werden.

¹ Wird spätestens Ende 2018 publiziert

² Für die Definition der stationären Fälle gilt Kapitel 1.3 der Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG sowie die Klarstellung Nr. 03 für Verlegungen.

³ Siehe Kapitel 4 für mehr Informationen zum Begriff der Vollkosten.

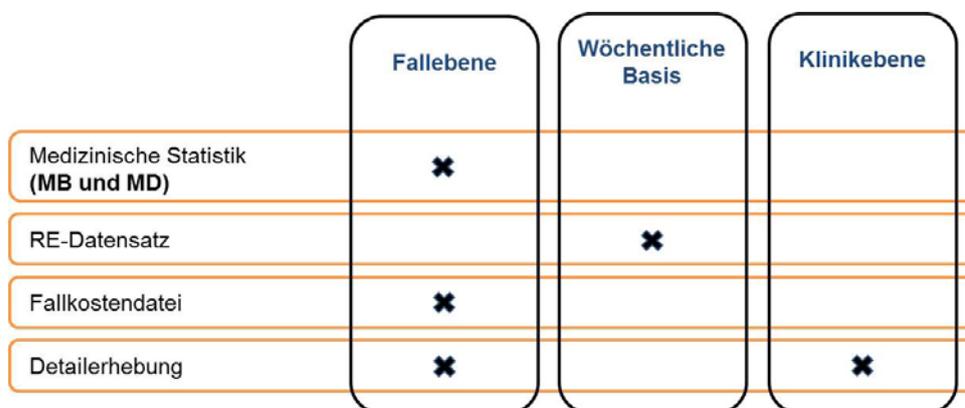
2 Format

2.1 Übersicht

Folgende Datensätze müssen für die Erhebung der Daten 2018 erstellt werden:

- Medizinische Statistik des BFS (MB und MD), nachfolgend «Medizinische Statistik»
- Wöchentliche Assessments der Patienten für die Klassierung in die Tarifstruktur sowie weitere reha-spezifische Angaben in Form eines eigenen Formats, nachfolgend «RE-Datensatz»
- Fallkosten gemäss REKOLE© in Form eines SwissDRG Formats, nachfolgend «Fallkostendatei»
- Kosten von spezifischen, hochteuren und reha-fremden Prozeduren und Medikamenten in Form einer Excel-Datei, nachfolgend «Detailerhebung»

Abbildung 1: Übersicht zu liefernde Datensätze



Klinikspezifische Informationen, u.a. zur Art der Kostenerfassung werden neu anhand eines Web-Fragebogens direkt bei der Datenlieferung erhoben. Dieser Fragebogen ersetzt die bisherigen zwei Dokumente "Fragebogen zur Datenerhebung" sowie den "Erhebungsbogen zur Ermittlung der Kostensätze".

2.2 Identifikation der Patienten und Fälle

Die Verbindung zwischen den unterschiedlichen Datensätzen wird mit der **Fallnummer der Fallkostenstatistik** aus der Medizinischen Statistik (Variable 4.6.V01) hergestellt. Sie muss daher in allen Datensätzen vorkommen sowie eindeutig und anonym sein.

Abbildung 2: Fallnummer pro Datensatz

Datensatz	Variable Fallnummer
Medizinische Statistik (MS)	4.6.V01 (Feld 663)
Fallkostendatei	
- alter REKOLE® Kostenträgerausweis	4.6.V01 (Feld 4)
- neuer REKOLE® Kostenträgerausweis	4.6.V01 (Feld 2)
Wöchentliche Assessments (RE)	FID (Feld 4)

2.3 Medizinische Statistik

Die Datei der Medizinischen Statistik entspricht dem Format der medizinischen Statistik der Krankenhäuser des Bundesamts für Statistik (BFS). Ein Link zur genauen Beschreibung zur Form findet sich auf unserer [Website](#). Bitte beachten Sie neben dem Konzept auch die jeweils gültigen Richtlinien (Informationsblätter, Kodierungshandbuch, Rundschreiben) und Klassifikationen (ICD, CHOP) für das Datenjahr 2018. **NEU ist zwingend neben dem Minimaldatensatz (MB) der Zusatzdatensatz (MD) zu erheben.**

Für eine erfolgreiche Lieferung der Daten an die SwissDRG AG müssen die Vorgaben und Definitionen des BFS zwingend eingehalten werden. Das Format der Datei der Medizinischen Statistik kann mit MedPlaus® überprüft werden. Dieses Programm wird kostenlos von „[Freudiger EDV-Beratung](#)“ zur Verfügung gestellt und ist auf der Seite des BFS abrufbar.

Die Definition des Formats für die Variablen 4.8.V02 bis 4.8.V16 der Medizinischen Statistik (MD Datensatz) ist im [Technischen Begleitblatt 2018](#) abschliessend geregelt.

2.4 RE-Datensatz

Aufgrund eines fehlenden Rehabilitationsdatensatzes in der medizinischen Statistik entspricht der RE-Datensatz einem eigenen Format, welches extra an die Bedürfnisse der Tarifstruktur ST Reha ausgerichtet ist. Im Vergleich zu den anderen Datensätzen müssen die Daten des RE-Datensatzes **pro Aufenthaltswoche** erhoben werden. Die genaue Definition des Formats findet sich im Anhang D: Wöchentliche Assessments (RE-Datei).

2.5 Fallkosten

Die Datei der Fallkosten entspricht dem Kostenträgerausweis REKOLE® (Kostenteil), wird jedoch von der SwissDRG AG zwecks besserer Aufbereitung in einem eigenen Format erhoben. Eine Zeile in der Fallkostendatei entspricht einem Fall:

Abbildung 3: Definition Zeile Fallkostendatei gemäss altem REKOLE® Kostenträgerausweis

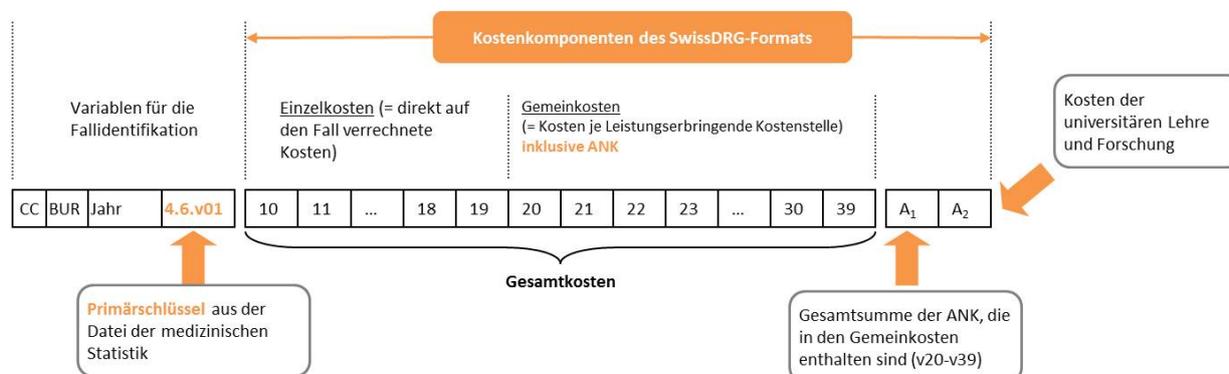
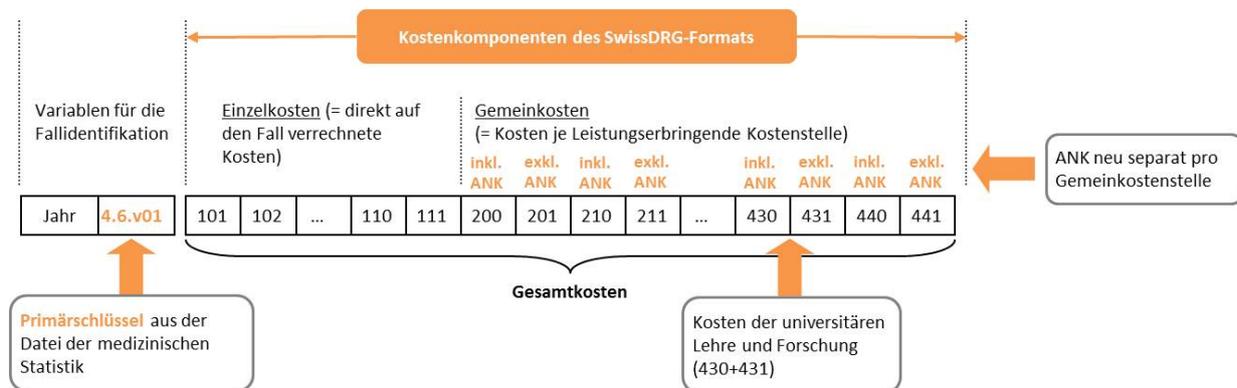


Abbildung 4: Definition Zeile Fallkostendatei gemäss neuem REKOLE® Kostenträgerausweis



Für die Erhebung der Daten 2018 sind zwei Formate zulässig, welche im Anhang C: Fallkosten gemäss altem REKOLE® Kostenträgerausweis resp. Anhang D: Fallkosten gemäss neuem REKOLE® Kostenträgerausweis genauer beschrieben sind. Ab Daten 2019 wird nur noch das neue Format zulässig sein.

2.6 Detailerhebung

Neu wird es ab 2018 eine Detailerhebung analog derjenigen der Akutsomatik geben. Diese wird in Form einer Excel-Datei erhoben, welche sich in verschiedene Untererhebungen gliedert. Die Datei wird voraussichtlich bis Ende Januar 2019 auf der Webseite der SwissDRG AG publiziert.

Für eine Vorschau des jetzigen Formats eignet sich die [Detailerhebung 2017 der Akutsomatik](#).

3 Inhalt

3.1 Medizinische Statistik

Die Minimaldaten (MB) enthalten soziodemographische- und betriebswirtschaftliche Angaben, Eintritts-, Aufenthalts- und Austrittsmerkmale sowie einen Auszug der Diagnosen und Behandlungen.

Die Patientengruppen-Zusatzdaten (MD) enthalten sämtliche Diagnose- und Prozedurencodes sowie weitere allgemeine und spezifische Angaben zur Behandlung.

Genauere Angaben zum Inhalt der Daten sind ebenfalls im Schnittstellenkonzept des BFS zu finden. (siehe Kap. 2.3 Medizinische Statistik). Bitte beachten Sie neben dem Konzept auch die jeweils gültigen Richtlinien (Informationsblätter, Kodierungshandbuch, Rundschreiben) und Klassifikationen (ICD, CHOP) für das Datenjahr 2018.

3.1.1 Diagnosen und Behandlungen

Die Variablen zu den Diagnosen (MD-Diagnosen) unter 4.2 sowie den Behandlungen (MD-Behandlungen) unter 4.3 sind neu vollständig zu erheben.

Ab 2018 sind sämtliche Assessments im CHOP Katalog abgebildet! Die Erhebung der Assessments geschieht neu zwingend mit den CHOP-Codes.

Für eine mögliche Abrechenbarkeit von Zusatzentgelten aus der Akutsomatik sind zudem sämtliche zusatzentgeltfähigen CHOP Codes zu codieren.

3.1.2 Urlaub

Die Variable 1.3.V04 «Administrativer Urlaub & Ferien» muss zwingend gemäss der Definition des BFS ausgefüllt werden. Weiter gilt die Klarstellung zur Definition des Urlaubs gemäss Abrechnungsregeln SwissDRG⁴ sinngemäss auch für ST Reha

3.1.3 Kennzeichnung von Wiedereintritten

Die Variablen zu den Wiedereintritten (MD-Kennzeichnung von Wiedereintritten bei Fallzusammenführungen) unter 4.7 müssen für 2018 nicht ausgefüllt werden. Somit gilt ausnahmslos der Grundsatz, wonach jeder Wiedereintritt als neuer Fall zu betrachten ist.⁵

3.1.4 Variablen Reservfelder

Die Variable 4.8.V01 «DRG Status» kann leergelassen werden.

Für die Variablen 4.8.V02 bis 4.8.V16 der Medizinischen Statistik (MD Datensatz) sind **alle** Medikamente/Substanzen zu erfassen, die auf der „[Liste der in der Medizinischen Statistik erfassbaren Medikamente/Substanzen](#)“ aufgeführt sind. Darin, wie auch im „[Technischen Begleitblatt](#)“, finden sich weitere wichtige Angaben zur Erfassung. Im Folgenden werden nur die wichtigsten Punkte wiederholt:

⁴ Klarstellung Nr.22, publiziert am 1. Januar 2013, gemäss Version 3.4 vom 1. November 2016 der Klarstellungen und Fallbeispiele zu den Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG.

⁵ Dieser Grundsatz steht im Widerspruch zur Ausnahmeregel bei «Wiedereintritt wegen Verlegung» unter Kapitel 9.7 «Regelwerks des administrativen Falls» in REKOLE©

Dosis

Bei gleicher Verabreichungsart und Zusatzangabe müssen die verabreichten Dosen pro Fall und ATC-Code aufsummiert werden.

Einheit

Die Medikamente müssen zwingend in den Einheiten erfasst werden, welche gemäss der „Liste der in der Medizinischen Statistik erfassbaren Medikamente/Substanzen“ vorgesehen sind. Vielfache einer Einheit sind NICHT zulässig. Die Einheiten sind strikt so anzugeben, wie es das „technische Begleitblatt“ vorsieht.

Verabreichungsart

Die Verabreichungsart ist für jedes Medikament anzugeben. Die Verabreichungsarten sind strikt so anzugeben, wie es das „Technische Begleitblatt“ vorsieht.

Einschränkung

Ist gemäss „Liste der in der Medizinischen Statistik erfassbaren Medikamente/Substanzen“ eine Einschränkung vorgesehen, muss das Medikament nur für die betreffenden Fälle angegeben werden.

Zusatzangabe

Die Zusatzangabe eines Medikaments muss nur für diejenigen Medikamente erfasst werden, bei welchen diese gemäss der „Liste der in der Medizinischen Statistik erfassbaren Medikamente/Substanzen“ vorgesehen und zutreffend ist. Bei allen anderen Medikamenten muss das Feld leer bleiben.

Beispiele

Antithrombin III: Vorgegeben für B01AB02 Antithrombin III ist die Einheit U. Eine Einschränkung der Verabreichungsart oder Indikation gemäss Spalte «Einschränkung» liegt nicht vor. Da das Feld in der Spalte „zu kodierende Zusatzangabe“ leer ist, darf auch keine Zusatzangabe geliefert werden. Die betroffene Verabreichungsart muss immer angegeben werden. Mögliche Codierung: B01AB02;;IV;2500;U

Gerinnungsfaktor VIII: Hier muss die zutreffende Zusatzabgabe angegeben werden (Spalte „zu codierende Zusatzangaben“) gemäss Format des "technischen Begleitblatts". Die gültige Einheit für dieses Medikament ist IU. Mögliche Codierungen:

- B02BD02;Plas;Verabreichungsart;11000;IU für die plasmatische“-Form
- B02BD02;Rec;Verabreichungsart;1000;IU für die „rekombinante“-Form

Voriconazol (Posaconazol): Die Zusatzangabe unterscheidet zwischen Suspension und Tablette und ist daher nur für die orale Applikation sinnvoll auszufüllen. Eine Einschränkung ist nicht vorgesehen. Vorgegeben ist die Einheit mg. Mögliche Codierungen:

- J02AC03;Susp;O;1000;mg für die Gabe der oralen Suspension
- J02AC03;Tab;O;1000;mg für die orale Gabe von Tabletten
- J02AC03;;IV;1000;mg für die intravenöse Gabe

Anmerkung

Für die Erfassung der hochteuren Medikamente ist einzig die (stationäre) Verabreichung entscheidend, unabhängig der Kostenübernahme oder Zulassung.

3.2 RE-Datensatz

Der RE-Datensatz umfasst sämtliche Assessments sowie weitere reha-spezifische Angaben auf Wochenbasis.

3.2.1 Leistungsbereiche

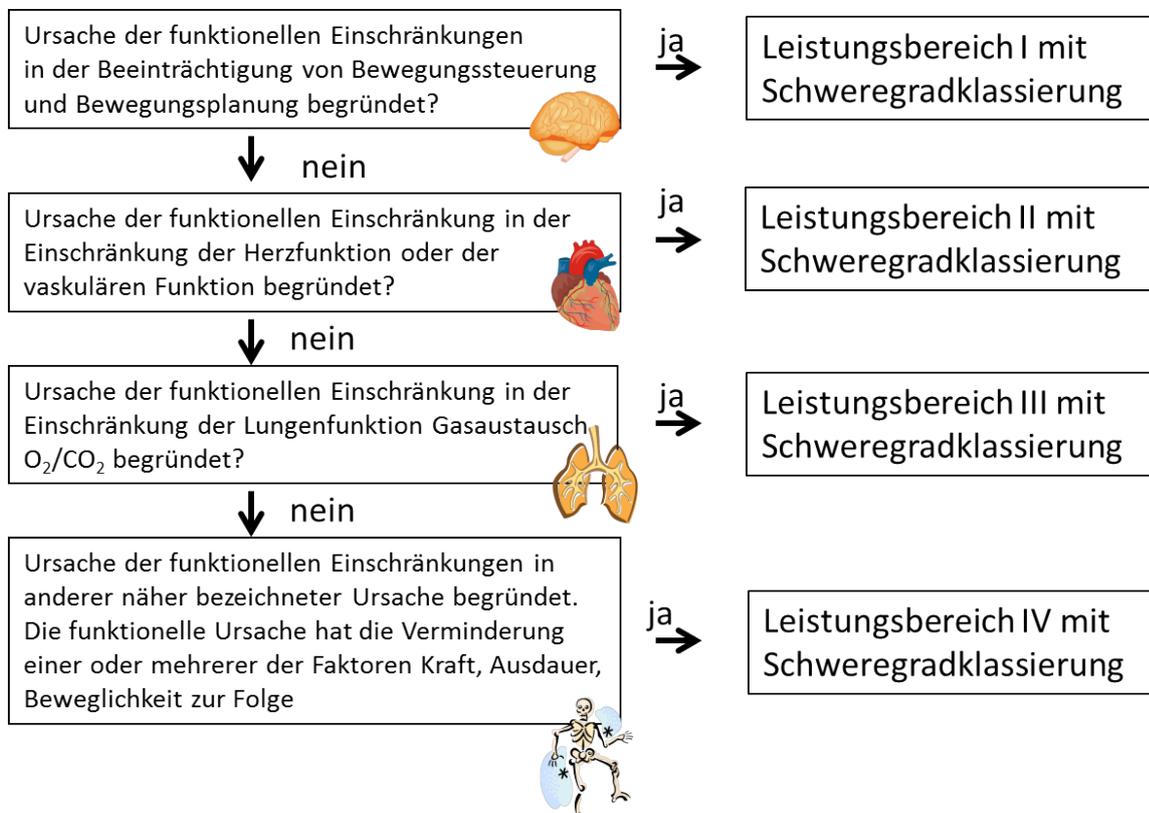
Folgende vier Leistungsbereiche werden unterschieden:

Abbildung 5: Leistungsbereiche

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:⁶

Abbildung 6: Fallabfrage zur eindeutigen Zuteilung des Leistungsbereichs



⁶ Einschränkung gilt: Falls die Zuordnung der Fallabfrage zu den Leistungsbereichen II oder III führt, müssen die Bedingungen der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV), Anhang 1, 11. Rehabilitation, speziell Rehabilitation für Patienten mit Herz-Kreislaufkrankung oder pulmonale Rehabilitation erfüllt sein.

3.2.2 Assessments

Die wöchentlich zu erhebenden Assessments unterscheiden sich leicht pro Leistungsbereich. Folgende Assessments sind pro Leistungsbereich zu erfassen:

Abbildung 7: Überblick Assessments pro Leistungsbereich

Assessment / Leistungsbereich	CIRS	ADL FIM / EBI / SCIM ⁷	6min-Gehtest
Neurologisch	✓	✓	
Kardiovaskulär	✓	✓	
Pulmonal	✓	✓	✓
Andere	✓	✓	

Die Assessments CIRS, FIM®, EBI und 6-Minuten Gehstest sind gemäss den gültigen Vorgaben des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) für das Datenjahr 2018 zu erfassen. Diese umfassen die Instrumente selbst mit ihren jeweiligen Kapiteln im Verfahrenshandbuch sowie wo vorhanden die instrumentenspezifischen Manuale.

Abweichend davon müssen die wöchentlichen Assessments relativ zum Klinikeintritt erhoben werden, d.h. Die erste Erhebung muss innerhalb der ersten 3 Tage nach Klinikeintritt erfolgen. Die weiteren Erhebungen haben jeweils am gleichen Wochentag wie der Klinikeintritt zu erfolgen⁸. Folgende Abbildung illustriert diese Vorgaben anhand verschiedener Beispiele:

Abbildung 8: Beispiele Vorgaben Erhebungszeitpunkt der wöchentlichen Daten

	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							7 Tage													
Pat 4					Sa		Mo						Sa		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													

 Erhebung an diesem Tag
 Toleranztage

⁷ SCIM nur für Patienten mit der Rehabilitationsart „Paraplegiologische Rehabilitation“ gemäss DefReha®

⁸ Für Klinikeintritte von Sonntag bis Freitag ist eine Toleranz von +1 Tag zulässig, vom Samstag von +2 Tagen (d.h. Montag als Messtag ist zulässig)

Ausnahmen:

Fällt der Austritt auf den Erhebungsrhythmus, so ist die für den ANQ vorgenommene Austrittsmessung zu verwenden. Ist diese nicht verfügbar, kann für die letzte Woche das letzte Assessment der Vorwoche verwendet werden.

Bei Absenzen, welche eine Erhebung zum vorgesehenen Tag inkl. Toleranztage verunmöglichen, muss die Erhebung der Assessments beim Wiedereintritt weitergeführt werden.⁹ Für die nachfolgenden wöchentlichen Messungen zählt der Wiedereintrittstag als relativer Messzeitpunkt.

3.2.3 Weitere reha-spezifische Angaben

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

Rehabilitationsarten bzw. überwachungspflichtige Reha gemäss DefReha®

Unabhängig von der Einteilung der Leistungsgruppen sind alle gemäss DefReha© Version 1.0 beschriebenen Rehabilitationsarten zu erfassen (max. 3 Nennungen möglich). Patienten der Internistischen, kardiovaskulären, muskuloskelettalen, neurologischen, onkologischen oder pulmonalen Rehabilitation sind zudem als überwachungspflichtig zu deklarieren, falls nach DefReha® zutreffend.

Geriatrische und pädiatrische Patienten

Die Erhebung der Beteiligung eines Facharztes für Geriatrie bzw. Pädiatrie wird aufgehoben.

Rehabilitationsdiagnose

Die wöchentliche Erfassung der Rehabilitationsdiagnose dient der Plausibilisierung des Leistungsbereiches und weiteren Inhalten des RE-Datensatzes. Dazu folgende Konkretisierungen:

- Unter Rehabilitationsdiagnose versteht sich die Grundkrankheit/Verletzung, welche die Indikation zur Rehabilitation darstellt und der Hauptanlass zur Rehabilitation ist.
- Die Rehabilitationsdiagnose ist in der Verantwortung des Leistungserbringers der Rehabilitation. Sie muss nicht identisch sein mit der Hauptdiagnose aus dem vorangehenden akuten (stationären oder ambulanten) Fall.
- Die Rehabilitationsdiagnose ist nicht die einzige Indikation für die stationäre Rehabilitation. Weitere Indikationen sind nicht Gegenstand der Datenerhebungsvorgaben. Die Abgrenzung der Rehabilitationsfälle für diese Datenerhebung ist in XX ersichtlich
- Für die Bestimmung der Hauptdiagnose gelten unverändert die Vorgaben des jeweils gültigen Kodierungshandbuchs.

Absenzen

⁹ Es gilt die strengere Toleranzregel für Zwischenmessungen.

Für die Berechnung der Wochenaufenthaltsdauer ist es wichtig, die Absenzen gemäss Definition BFS (Variable 1.3.V04) auf die einzelnen Wochen aufteilen zu können. Die Angabe enthält somit die Gesamtsumme in Stunden pro Aufenthaltswoche.

Leistungsminuten

Zur Berechnung der variablen Kosten wird für verschiedene Berufsgruppen die Dauer der tatsächlich erbrachten Leistungen mit und für den Patienten in der Erhebungswoche erhoben.

Bei Gruppentherapien sind die Leistungsminuten gleichmässig auf die teilnehmenden Patienten aufzuteilen.

3.3 Fallkosten

Grundlage für die Ermittlung der Fallkosten stellt die Betriebsbuchhaltung gemäss REKOLE® dar. Diese setzt sich zusammen aus dem Handbuch REKOLE® - betriebliches Rechnungswesen im Spital sowie den Entscheiden der Fachkommission Rechnungswesen & Controlling (REK), die nicht in der aktuellsten Ausgabe des Handbuchs abgebildet sind.

Folgende Angaben zu Abgrenzungen und zur Berechnungsmethode der Fallkosten heben die aus Sicht der SwissDRG AG¹⁰ wichtigsten Punkte hervor ohne Anspruch auf Vollständigkeit:

3.3.1 Vollkosten (Kap. 9.7.4)

Alle Fälle müssen **Vollkosten** aufweisen. Kosten werden insbesondere **nicht** als Vollkosten betrachtet, wenn:

- bei Überliegern die Kosten der Behandlungen, die vor der Erhebungsperiode stattgefunden haben, nicht auf den Fall verrechnet wurden.
- der Aufenthalt über die Erhebungsperiode hinaus geht (Austritt ausserhalb der Erhebungsperiode).
- ein Teil der Honorare oder der Leistungen von Dritten nicht auf den Fall verrechnet wurde (z.B. Arztrechnung bei der Erstellung der Kostenträgerrechnung noch nicht vorhanden, usw.).

3.3.2 Anrechenbare Kosten (Kap. 5)

Die Fallkosten sollen lediglich Kosten der im KVG-Leistungskatalog dargestellten Leistungen enthalten. Der KVG-Leistungskatalog ist auch für die UVG, IV und MV gültig.

Nicht in den Fallkosten enthalten sein dürfen demzufolge Kosten, welche keine dem KVG-Leistungskatalog entsprechenden Leistungen darstellen. Somit sind die Kosten zu Lasten der Patienten, patientenfremde Kosten, Primärtransporte oder weitere nicht rückerstattete Leistungen aus den Fallkosten auszuschneiden. Zudem müssen die Kosten der gemeinwirtschaftlichen Leistungen (siehe Art. 49. al. 3 KVG) aus den Fallkosten ausgeschieden werden. Dies betrifft u.a. die Kosten der universitären Lehre und Forschung.

3.3.3 Arzneimittel/ Medikamente und Blutprodukte (Kap. 10.9)

Medikamente v101 (neues Format) bzw. v10 (altes Format) und Blutprodukte (v102 (neues Format) bzw. v11 (altes Format)) sollen wann immer möglich als Einzelkosten verrechnet werden. In jedem Fall aber jene, deren Gesamtkosten **200 Franken** pro Fall überschreiten. (REK Entscheid 15_004)

Die Unterscheidung zwischen Arzneimitteln (und Blut und Blutprodukten im H+ Konto 400 „Arzneimittel (inkl. Blut und Blutprodukte)“ ist bei der Kalkulation der Tarifstruktur SwissDRG sehr hilfreich, weshalb diese Unterscheidung wann immer möglich vorzunehmen ist. Sollte dies nicht möglich sein, werden die Kosten für Medikamente und Blutprodukte in der Kostenkomponente v101 (bzw. v10) erfasst.

¹⁰ Da die Erhebung für somatische Krankenhäuser entwickelt wurde, beinhaltet sie auch einige für Rehakliniken weniger relevante Kostenpositionen (z.B. Implantate).

Die [Artikelliste für die verbindliche Einzelkostenverrechnung](#) gibt detailliert Auskunft, wie die entsprechenden Produkte zu erfassen sind.

3.3.4 Implantate und medizinisches Material

Dasselbe gilt für Implantate (v104 (neues Format) bzw. v12 (altes Format)) und medizinisches Material (v103 (neues Format) bzw. v13 (altes Format)). Diese sollen wann immer möglich als Einzelkosten verrechnet werden. In jedem Fall aber jene, deren Gesamtkosten von **200 Franken** bzw. **50 Franken** bei Implantaten inkl. Osteosynthese-Material pro Fall überschreiten. (REK Entscheid 15_004)

Die Unterscheidung zwischen medizinischem Material und Implantaten im H+ Konto 401 „Material, Instrumente, Utensilien, Textilien“ ist bei der Kalkulation der Tarifstruktur SwissDRG sehr hilfreich, weshalb diese Unterscheidung wann immer möglich vorzunehmen ist. Sollte die Unterscheidung nicht möglich sein, werden die Kosten für Implantate und medizinisches Material in der Kostenkomponente v104 bzw. v12 erfasst.

Für die Erfassung der entsprechenden Produkte gilt gleich wie bei Kapitel 3.3.4 Implantate und medizinisches Material die [Artikelliste für die verbindliche Einzelkostenverrechnung](#).

3.3.5 Anlagenutzungskosten (ANK) (Kap. 7.9)

Die SwissDRG AG verlangt, dass die ANK nach der in REKOLE® beschriebenen Methode kalkuliert werden. Als Hilfe findet sich das Dokument "[Eckwerte und Regeln zur Ermittlung der ANK nach REKOLE®](#)" auf der Website der SwissDRG AG.

3.3.6 Forschung und universitäre Lehre (Kap.9.11)

Gemäss den gesetzlichen Bestimmungen (KVG Art. 49 und VKL, Art. 7) werden die Kosten der universitären Lehre und Forschung als nicht anrechenbare Kosten definiert, welche nicht über das SwissDRG-System finanziert werden. Diese Kosten müssen demzufolge aus den Fallkosten ausgeschieden werden und, wenn möglich, in den Variablen v430 bzw. A2 ausgewiesen werden.

3.3.7 Fälle der privaten und halbprivaten Liegeklasse

Private oder halbprivate Fälle werden grundsätzlich für die Weiterentwicklung der Tarifstruktur verwendet. Voraussetzung dafür ist aber, dass die Fallkosten um die liegeklassebedingtem Mehrkosten bereinigt werden.¹¹ Idealerweise wird dies **durch das Spital selbst** innerhalb der Berechnung der Fallkosten erledigt, also vor der Datenlieferung. Ist dies nicht der Fall, muss die SwissDRG AG einen approximativen Abschlag vornehmen, was zu Ungenauigkeiten und im Extremfall zu Fallausschlüssen führen kann.

¹¹ Für die Bereinigung der Liegeklasse bedingten Mehrkosten, siehe ITAR_K, Integriertes Tarifmodell auf Basis der Kostenträgerrechnung.

4 Detailerhebung

Die Detailerhebung ersetzt die bisherige Zusatzdatenerhebung und dient als Datengrundlage für bestehende sowie potenzielle Zusatzentgelte. Mit der Detailerhebung werden einerseits neu die Medikamentenpreise für die auf der Liste der in der Medizinischen Statistik erfassbaren Medikamente/Substanzen 2018 erhoben, andererseits Codes und Kosten für teure Materialien, Prozeduren und Verfahren ähnlich wie bisher in der Zusatzdatenerhebung. Reminder: **Die Gabe von Medikamenten wird nur noch nur über die entsprechenden Felder in der Medizinischen Statistik erhoben (siehe Kapitel 3.1.4 Variablen Reservfelder)**

Folgende Leistungen aus dem Jahr 2017 sind provisorisch¹² auch für die Detailerhebung 2018 vorgesehen:

Abbildung 9: Leistungen Detailerhebung

Nr.	Leistung	CHOP Code 2017
1.01	Assistierte Ventilation ¹³	93.9E.1*
1.02	Chemotherapie/Radiotherapie/Radio Onkologie	99.25.0*;92.2*
1.03	Einsetzen und/oder Kontrolle von Schmerzpumpen/Spastik Pumpen	03.90.*;03.91;04.8*;93.A3.*;81.92.4*;81.92.1*;81.92.2*
1.04	Extern verordnete, zeitlich nicht verschiebbare (Nach-)Kontrollen und Eingriffe	<i>CHOP Codes gemäss verordneter Leistung</i>
1.05	Invasive Schmerztherapie	03.90.*;03.91;04.8*;93.A3.*;81.92.4*;81.92.1*;81.92.2*
1.06	Isolationsmassnahmen/Sondersetting bei Selbst-/Fremdgefährdung (Massnahme benennen)	93.59.5*;99.84.1*;99.84.2*;99.84.3*;99.84.4*;99.84.5*
1.07	Kontrolle Kunstherz/Schrittmacher/ICD	89.45;89.46;89.47;89.48; 89.49;37.20.*
1.08	Kontrolle und Biopsie bei transplantierten Patienten	37.24.*;37.25.*
1.09	Kontrolle/Programmierung Hirnstimulatoren	89.1A.*
1.10	Nierenersatzverfahren (Dialyse)	39.95.*;54.98.*
1.11	Optiker, wenn Leistungen nicht zur Rehabilitation gehören	<i>Keine</i>
1.12	Parenterale Ernährung, PEG, Sondeneinlage	43.11;99.15;96.6;96.35
1.13	Spezialbetten	93.39.11;93.39.13
1.14	Spezialmaterial für Peradipöse	93.39.12;
1.15	Vac-Verband	86.88.J*;93.57.1*
1.16	Zahnärztliche Behandlungen	23.*.*; 24.*.*;
1.17	Einlage Cystofix	57.17;59.94
1.18	Kardioversion	99.61;99.62;99.69
1.19	Orthoptik	95.35
1.20	Erythrozyten-, Thrombozytenkonzentrate ³	99.04.*;99.05.*
1.21	Röntgen	87.05-87.39;87.49;87.51-87.69;87.73-87.77.99;87.81-87.99;88.03-88.29;88.31-88.37;88.39.00;88.39.20-21;88.39.99

¹² Die definitive Liste wird voraussichtlich nach Diskussion im BA ST Reha per Ende Oktober 2017 publiziert

¹³ siehe [Definition](#) zur nicht invasiven Beatmung ausserhalb Intensivstation der SGP.

1.22	MRI	88.91.*;88.92.*;88.94.*;88.95;88.97.*
1.23	CT	87.03;87.04.1*;87.41.*;87.71;88.01.*;88.38.*;
1.24	PET	92.11.00;92.19.*
1.25	SPECT	92.05.14; 92.09.10
1.26	Endoskopien	22.19;42.22-42.24;42.29.10;43.41.00-43.42.21;44.11-44.15;44.19.10;44.43.*;45.11;45.12;45.13.00;45.13.20;45.13.99;45.14-45.22;45.24;45.25;45.28.10;45.29.10; 45.42-45.43.99; 48.22-48.24; 48.29.10; 49.21-49.23; 49.29.10; 51.10-51.11; 51.14; 51.19.10; 51.85; 56.33; 56.35; 68.12.00; 68.12.99
1.27	Schlaflabor	89.17.*; 89.18.10; 89.18.11; 89.19.40
1.28	Fachliche externe medizinische Konsilien ausserhalb des Leistungsbereichs	<i>CHOP Codes gemäss verordneter Leistung</i>
3.01	Exoprothesen	93.24;99.B6.3*;84.4A;84.4B
3.02	Orthesen	93.23; 93.24

5 Datenschutz

Der Datenschutz der Erhebung wird durch den ST Reha Datenlieferungsvertrag geregelt. Falls Sie noch keinen Vertrag unterschrieben haben, nehmen Sie bitte Kontakt mit uns auf.

6 Kontakt

Für weitere Informationen wenden Sie sich bitte an: reha@swissdrg.org oder an die Zentrale der SwissDRG AG unter 031 310 05 50

7 Anhänge

Anhang A Mindestanforderungen an die Dateien

Die folgenden Anforderungen sind als Mindestanforderungen an die Dateien zu verstehen. Erfüllen die Dateien diese Mindestanforderungen nicht, ist eine Lieferung der Datensätze nicht möglich.

Bezeichnung	
Allgemeine Tests	
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Dateien müssen mit *.dat oder *.txt enden.
<input checked="" type="checkbox"/>	Dateien müssen mit UTF-8 oder "ISO8859-1" kodiert sein.
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Variablen werden durch Pipes (ASCII-Kode 124 „ “) getrennt.
<input checked="" type="checkbox"/>	Das CRLF (ASCII-Kode 13 und 10) wird als Zeilenumbruch verwendet.
<input checked="" type="checkbox"/>	Konsistenz der Primärschlüssel (4.6.V01) in beiden Dateien. Fälle, welche nur in einer Datei aufgeführt sind, können nicht plausibilisiert und in die Datenbank übernommen werden.
Datei der Medizinischen Statistik (MS-Datei)	
<input checked="" type="checkbox"/>	MB-Zeile: 50 Spalten
<input checked="" type="checkbox"/>	MD-Zeile: 696 Spalten
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Spalte 663 der MD-Zeile entspricht der Variable 4.6.V01 (Primärschlüssel).
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Variable 4.6.v01 (Spalte 663 der MD-Zeile) ist ein Primärschlüssel: keine Doppelnennungen und keine leere Felder.
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Definition der folgenden Variablen (Va. Nr) muss zwingend eingehalten werden: 0.2.V02, 1.1.V01, 1.1.V02, 1.1.V03, 1.2.V01, 1.2.V02, 1.2.V03, 1.3.V01, 1.3.V02, 1.3.V03, 1.3.V04, 1.4.V01, 1.5.V01, 1.5.V02, 1.5.V03, 4.5.V01, 4.7.V01, 4.7.V02, 4.7.V11, 4.7.V12, 4.7.V21, 4.7.V22, 4.7.V31, 4.7.V32.
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Variable 0.2.V01 muss kodiert und anhand 16 alphanumerischer Zeichen korrekt verschlüsselt sein.
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Datei darf keine ungültigen Medikamentenangaben enthalten (4.8.V02 - 4.8.V15, Medikament 1 - 14, Variablennummern 678 - 691).
<input checked="" type="checkbox"/>	Dateien dürfen ausser in den Feldern für Medikamentenangaben (4.8.V02 - 4.8.V15, Medikament 1 - 14, Variablennummern 678 - 691) keinen Text enthalten.
Fallkostendatei	
<input checked="" type="checkbox"/>	Jede Zeile der Fallkostendatei entspricht einem Fall.
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Datei enthält 28 Variablen (altes REKOLE® Format) bzw. 80 Variablen (neues REKOLE® Format)
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Datei darf keine Variablennamen enthalten.
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Kostenvariablen dürfen nur Zahlen und keine Buchstaben enthalten.
<input checked="" type="checkbox"/>	Zahlen dürfen keine Formatierungen wie Tausender-Trennzeichen, Hochkomma, Leerschlag etc. enthalten.
<input checked="" type="checkbox"/>	Als Dezimaltrennzeichen wird der Punkt verwendet (z.B. 1234.50).
<input checked="" type="checkbox"/>	Der Primärschlüssel in der zweiten Spalte entspricht der Variable 4.6.V01 der Medizinischen Statistik. Hier sind keine Doppelnennungen und keine leeren Felder erlaubt.
<input checked="" type="checkbox"/>	Jeder Fall muss Anlagenutzungskosten aufweisen. Negative Werte werden nicht akzeptiert.
<input checked="" type="checkbox"/>	Jeder Fall muss Kosten für universitäre Lehre und Forschung aufweisen, sofern dies im Fragebogen so angegeben wurde. Negative Werte werden nicht akzeptiert.
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Reservfelder müssen leer bleiben, sofern in der Beschreibung so vermerkt (nur neues REKOLE® Format).
RE-Datensatz	
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Datei enthält 17 Variablen.
<input checked="" type="checkbox"/>	Die FID Variable ist ein Primärschlüssel: keine Doppelnennungen und keine leere Felder.
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Zeilen werden nicht durch ein Pipe geschlossen. Die Datei enthält 16 Pipes pro Zeile.
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Datei darf keine Variablennamen enthalten.

Anhang B: Fallkosten gemäss altem REKOLE® Kostenträgerausweis

Nr.	Variable	Beschreibung	
Allgemeine Angaben			
1	BUR	Betriebsnummer (BUR-Satellit Gesundheit)	
2	year	Datenjahr	
3	4.6.V01	Fallnummer (siehe 663. Variable der MD-Zeile)	[PRIMÄR-SCHLÜSSEL]
Einzelkosten			H+ Kontenrahmen²
4	v10	Medikamente	400
5	v11	Blut und Blutprodukte	400
6	v12	Implantate	401
7	v13	Medizinisches Material	401
8	v14	Arzthonoraraufwand, Spitalärzte	380
9	v15	Arzthonoraraufwand, Belegärzte (sozialversicherungspflichtig)	381
10	v16	Arzthonoraraufwand, Belegärzte (nicht sozialversicherungspflichtig)	405*
11	v17	Aufwand für Zeugnisse und Gutachten	
12	v19	Andere Einzelkosten	403 + 404 + 405** + 480 + 485 + 486
Gemeinkosten			Muss-Kostenstelle REKOLE®
13	v20	OP Säle	(20)
14	v21	IPS und Intermediate Care (IC)	(24)
15	v22	Notfall	(25)
16	v23	Bildgebende Verfahren und Nuklearmedizin	(26) + (28)
17	v24	Internes Labor (inkl. Blutspende)	(29)
18	v25	Hämodialyse	(30)
19	v26	Ärztschaften	(31)
20	v27	Nicht-medizinische Therapien und Beratung (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Ernährungsberatung, Aktivierungstherapie)	(32) + (33) + (34) + (35)
21	v28	Medizinische und therapeutische Diagnostik	(36)
22	v29	Pflege	(39)
23	v30	Hotellerie	(41) + (42) + (43)
24	v31	Gebärsaal	(27)
25	v32	Anästhesie	(23)
26	v39	Übrige Leistungserbringer	(44) + (45) + (10) + (77)***
Weitere Variablen			H+ Kontenrahmen
27	A1	Anlagenutzungskosten gesamt (ANK)	
28	A2	Universitäre Lehre und Forschung (uL&F)	

* Nur Anteil Honorare aus dem Konto 405 (siehe REKOLE®, Kontenrahmen H+ 2014)

** Konto 405 ohne Arzthonoraraufwand für nicht sozialversicherungspflichtige Belegärzte (siehe REKOLE®, Kontenrahmen H+, 2014)

*** Ohne Kosten Primärtransporte

Anhang C: Fallkosten gemäss neuem REKOLE® Kostenträgerausweis

N°	Variable	Bezeichnung	
Allgemeine Angaben			
1	year	Datenjahr	
2	4.6.V01	Fallnummer (siehe Variable an der Reihe 663 der MD-Zeile)	[PRIMÄR-SCHLÜSSEL]
Einzelkosten			H+ Kontenrahmen ²
3	v101	Arzneimittel	400
4	v102	Blut und Blutprodukte	400
5	v103	Medizinisches Material	401
6	v104	Implantate	401
7	v105	Medizinische, diagnostische und therapeutische Fremdleistungen (exkl. Arzthonorare)	405
8	v106	Arzthonoraraufwand, (nicht sozialversicherungspflichtig)	405
9	v107	Arzthonoraraufwand, Spitalärzte (sozialversicherungspflichtig)	380
10	v108	Arzthonoraraufwand, Belegärzte (sozialversicherungspflichtig)	381
11	v109	Patiententransporte durch Dritte	480
12	v110	Übrige patientenbezogene Fremdleistungen	485
13	v111	Übrige Auslagen für Patienten	486
Gemeinkosten			Muss-Kostenstelle REKOLE®
14	v200	Patientenadministration, Gemeinkosten exkl. ANK	(10)
15	v201	Patientenadministration, ANK ¹	(10)
16	v210	OP Saal, Gemeinkosten exkl. ANK	(20)
17	v211	OP Saal, ANK ¹	(20)
18	v212	Ärztschaften des OP-Saals - Aktivitäten 6a, Gemeinkosten exkl. ANK	(31)
19	v213	Ärztschaften des OP-Saals - Aktivitäten 6a, ANK ¹	(31)
20	v220	Anästhesie, Gemeinkosten exkl. ANK	(23)
21	v221	Anästhesie, ANK ¹	(23)
22	v230	Intensivpflege (IPS), Gemeinkosten exkl. ANK	(24)
23	v231	Intensivpflege (IPS), ANK ¹	(24)
24	v232	Ärztschaften der IPS - Aktivitäten 6b ₁ , Gemeinkosten exkl. ANK	(31)
25	v233	Ärztschaften der IPS - Aktivitäten 6b ₁ , ANK ¹	(31)
26	v240	Anerkannte Intermediate Care Stellen (IMCU), Gemeinkosten exkl. ANK	(38)
27	v241	Anerkannte Intermediate Care Stellen (IMCU), ANK ¹	(38)
28	v242	Ärztschaften der IMCU - Aktivitäten 6b ₂ , Gemeinkosten exkl. ANK	(31)
29	v243	Ärztschaften der IMCU - Aktivitäten 6b ₂ , ANK ¹	(31)
30	v250	Notfall, Gemeinkosten exkl. ANK	(25)
31	v251	Notfall, ANK ¹	(25)
32	v252	Ärztschaften des Notfalls - Aktivitäten 6b ₃ , Gemeinkosten exkl. ANK	(31)

33	v253	Ärztschaften des Notfalls - Aktivitäten 6b ₃ , ANK ¹	(31)
34	v260	Bildgebende Verfahren, Gemeinkosten exkl. ANK	(26)
35	v261	Bildgebende Verfahren, ANK ¹	(26)
36	v270	Gebärsaal, Gemeinkosten exkl. ANK	(27)
37	v271	Gebärsaal, ANK ¹	(27)
38	v272	Ärztschaften des Gebärsaals - Aktivitäten 6b ₄ , Gemeinkosten exkl. ANK	(31)
39	v273	Ärztschaften des Gebärsaals - Aktivitäten 6b ₄ , ANK ¹	(31)
40	v280	Nuklearmedizin und Radioonkologie, Gemeinkosten exkl. ANK	(28)
41	v281	Nuklearmedizin und Radioonkologie, ANK ¹	(28)
42	v290	Labor, Gemeinkosten exkl. ANK	(29)
43	v291	Labor, ANK ¹	(29)
44	v300	Dialyse, Gemeinkosten exkl. ANK	(30)
45	v301	Dialyse, ANK ¹	(30)
46	v310	Ärztschaften, Aktivitäten 1-5, Gemeinkosten exkl. ANK	(31)
47	V311	Ärztschaften, Aktivitäten 1-5, ANK ¹	(31)
48	v320	Physiotherapie, Gemeinkosten exkl. ANK	(32)
49	v321	Physiotherapie, ANK ¹	(32)
50	v330	Ergotherapie, Gemeinkosten exkl. ANK	(33)
51	v331	Ergotherapie, ANK ¹	(33)
52	v340	Logopädie, Gemeinkosten exkl. ANK	(34)
53	v341	Logopädie, ANK ¹	(34)
54	v350	Nichtärztliche Therapien und Beratungen, Gemeinkosten exkl. ANK	(35)
55	v351	Nichtärztliche Therapien und Beratungen, ANK ¹	(35)
56	v360	Medizinische und therapeutische Diagnostik, Gemeinkosten exkl. ANK	(36)
57	v361	Medizinische und therapeutische Diagnostik, ANK ¹	(36)
58	v362	Ärztschaften der medizinischen und therapeutischen Diagnostik - Aktivitäten 6b ₅ , Gemeinkosten exkl. ANK	(31)
59	v363	Ärztschaften der medizinischen und therapeutischen Diagnostik - Aktivitäten 6b ₅ , ANK ¹	(31)
60	v370	Pflege, Gemeinkosten exkl. ANK	(39)
61	v371	Pflege, ANK ¹	(39)
62	v380	Hotellerie-Zimmer, Gemeinkosten exkl. ANK	(41)
63	v381	Hotellerie-Zimmer, ANK ¹	(41)
64	v390	Hotellerie-Küche, Gemeinkosten exkl. ANK	(42)
65	v391	Hotellerie-Küche, ANK ¹	(42)
66	v400	Hotellerie-Service, Gemeinkosten exkl. ANK	(43)
67	v401	Hotellerie-Service, ANK ¹	(43)
68	v410	Übrige Leistungserbringer, Gemeinkosten exkl. ANK	(44)
69	v411	Übrige Leistungserbringer, ANK ¹	(44)
70	v420	Pathologie, Gemeinkosten exkl. ANK	(45)

71	v421	Pathologie, ANK ¹	(45)
72	v430	Forschung und universitäre Lehre, Gemeinkosten exkl. ANK	(47)
73	v431	Forschung und universitäre Lehre, ANK ¹	(47)
74	v440	Rettungs- bzw. Ambulanzdienst (nur Sekundärtransporte), Gemeinkosten exkl. ANK	(77)
75	v441	Rettungs- bzw. Ambulanzdienst (nur Sekundärtransporte), ANK ¹	(77)
Reservfelder			
76	<i>Reservfeld, bitte leer lassen</i>		
77	<i>Reservfeld, bitte leer lassen</i>		
78	<i>Reservfeld, bitte leer lassen</i>		
79	<i>Reservfeld, bitte leer lassen</i>		
80	<i>Reservfeld, bitte leer lassen</i>		

1) H+ Konto 442, 444, 448 (siehe REKOLE®, Kontenrahmen H+, 2014)

2) Die H+ Konten 403 und 404 sind im REKOLE Kostenträgerausweis nicht mehr als Einzelkosten aufgeführt. Diese Kosten werden als Gemeinkosten verrechnet.

Anhang D: Wöchentliche Assessments (RE-Datei)

Für jede Aufenthaltswoche des Patienten ist eine RE-Zeile mit je 104 Spalten zu erheben

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	FID	Fallidentifikationsnummer FID	AN(16)	1122334455		klinikerne Fallnummer muss identisch sein mit Variable 4.6.V01 der Medizinischen Statistik
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	leer lassen
7	7.02.V04	Pädiatrischer Patient	N (1)	0	0 1	leer lassen
8	7.02.V05	Rehabilitationsart (nach DefReha [®])	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	Rehabilitationsart (nach DefReha [®]) 2. Nennung	N (2)	4	1 - 10	Siehe 7.02.V05
10	7.02.V07	Rehabilitationsart (nach DefReha [®]) 3. Nennung	N (2)	4	1 - 10	Siehe 7.02.V05
11	7.02.V08	Überwachungspflichtige Rehabilitation	N (1)	2	0 1	0=nein; 1=ja siehe Kapitel 3.2.3
12	7.02.V09	Datum Beginn Erhebungswoche (JJJMMTT)	N (8)	20150601		Jeder beliebige Wochentag, je nach Klinikeintritt
13	7.02.V10	Eintrittsdatum falls Eintritt in Erhebungswoche (JJJMMTT)	N (8)	20150601		Muss leer sein, falls Eintritt nicht in Erhebungswoche stattgefunden hat
14	7.02.V11	Austrittsdatum falls Austritt in Erhebungswoche (JJJMMTT)	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		0 falls ≤24 Stunden siehe Kapitel 3.2.3
16	7.02.V13	Rehabilitationsdiagnose	AN(5)	T84.0		
17	7.02.V14	Zähler	N(2)	0		Reservefeld
18	7.02.V15	Zähler	N(2)	0		Reservefeld
FIM (siehe Daten-Handbuch ANQ Version 3.0)						
19	7.03.V01	Datum der Erhebung des FIM (JJJMMTT)	N (8)	20150601		entweder FIM oder EBI
20	7.03.V02	Essen / Trinken	N (1)		1 bis 7	
21	7.03.V03	Körperpflege	N (1)		1 bis 7	
22	7.03.V04	Baden / Duschen / Waschen	N (1)		1 bis 7	
23	7.03.V05	Ankleiden oben	N (1)		1 bis 7	
24	7.03.V06	Ankleiden unten	N (1)		1 bis 7	
25	7.03.V07	Toilettenhygiene	N (1)		1 bis 7	

Nr.	Variable	Beschreibung	Format	Beispiel	Wertebereich	Bemerkungen
26	7.03.V08	Blasenkontrolle	N (1)		1 bis 7	
27	7.03.V09	Darmkontrolle	N (1)		1 bis 7	
28	7.03.V10	Transfer Bett / Stuhl / Rollstuhl	N (1)		1 bis 7	
29	7.03.V11	Transfer auf Toilette	N (1)		1 bis 7	
30	7.03.V12	Transfer Dusche / Badewanne	N (1)		1 bis 7	
31	7.03.V13	Gehen / Rollstuhl	N (1)		1 bis 7	
32	7.03.V13.1	Spezifikation Fortbewegungsart	N (1)		1 bis 3	1=Gehen 2=Rollstuhl 3=beides
33	7.03.V14	Treppensteigen	N (1)		1 bis 7	
34	7.03.V15	Verstehen	N (1)		1 bis 7	
35	7.03.V15.1	Spezifikation Kommunikationsform: Verstehen	N (1)		1 bis 3	1=akustisch 2=visuell 3=beides
36	7.03.V16	Ausdruck	N (1)		1 bis 7	
37	7.03.V16.1	Spezifikation Kommunikationsform: Ausdruck	N (1)		1 bis 3	1=verbal 2=nonverbal 3=beides
38	7.03.V17	Soziales Verhalten	N (1)		1 bis 7	
39	7.03.V18	Problemlösung	N (1)		1 bis 7	
40	7.03.V19	Gedächtnis	N (1)		1 bis 7	
EBI (siehe Daten-Handbuch ANQ Version 3.0)						
41	7.04.V01	Datum der Erhebung des EBI (JJJJMMTT)	N (8)	20150601		entweder FIM oder EBI
42	7.04.V02	Essen / Trinken	N (1)		0 2 3 4	
43	7.04.V03	Persönliche Pflege	N (1)		0 1 2 3 4	
44	7.04.V04	An- / Ausziehen	N (1)		0 1 2 4	
45	7.04.V05	Baden / Duschen / Körper waschen	N (1)		0 1 2 3 4	
46	7.04.V06	Umsteigen aus Rollstuhl in Bett	N (1)		0 1 2 4	
47	7.04.V07	Fortbewegung auf ebenem Untergr.	N (1)		0 1 2 3 4	
48	7.04.V08	Treppen auf- / absteigen	N (1)		0 1 2 4	
49	7.04.V09	Benutzung Toilette	N (1)		0 1 2 4	
50	7.04.V10	Stuhlkontrolle	N (1)		0 2 3 4	
51	7.04.V11	Harnkontrolle	N (1)		0 1 3 4	
52	7.04.V12	Verstehen	N (1)		1 3 4	
53	7.04.V13	Verständlichkeit	N (1)		0 1 3 4	
54	7.04.V14	Soziale Interaktion	N (1)		0 2 4	
55	7.04.V15	Problemlösen	N (1)		0 2 4	
56	7.04.V16	Gedächtnis, Lernfähigkeit, Orient.	N (1)		0 1 2 3 4	
57	7.04.V17	Sehen / Neglect	N (1)		0 1 3 4	
CIRS (siehe Daten-Handbuch ANQ Version 3.0)						
58	7.06.V01	Datum der Erhebung des CIRS (JJJJMMTT)	N (8)	20150601		
59	7.06.V02	Herz ausschliesslich	N (1)		0 bis 4	
Nr.	Variable	Beschreibung	Format	Beispiel	Wertebereich	Bemerkungen
60	7.06.V03	Hypertonie (ohne Komplikationen – die beim jeweiligen Organsystem bewerten)	N (1)		0 bis 4	
61	7.06.V04	Gefässe und blutbildendes System	N (1)		0 bis 4	
62	7.06.V05	Lunge und Atemwege	N (1)		0 bis 4	
63	7.06.V06	HNO und Auge	N (1)		0 bis 4	
64	7.06.V07	Oberer Gastrointestinaltrakt	N (1)		0 bis 4	

Nr.	Variable	Beschreibung	Format	Beispiel	Wertebereich	Bemerkungen
65	7.06.V08	Unterer Gastrointestinaltrakt	N (1)		0 bis 4	
66	7.06.V09	Leber, Galle und Pankreas	N (1)		0 bis 4	
67	7.06.V10	Nieren	N (1)		0 bis 4	
68	7.06.V11	Urogenitaltrakt	N (1)		0 bis 4	
69	7.06.V12	Bewegungsapparat und Haut	N (1)		0 bis 4	
70	7.06.V13	Nervensystem	N (1)		0 bis 4	
71	7.06.V14	Endokriniem, Stoffwechsel ==	N (1)		0 bis 4	
72	7.06.V15	Psychische Störungen	N (1)		0 bis 4	
6 Minuten-Gehtest						
73	7.08.V01	Datum der Erhebung des 6 min Gehtests (JJJJMMTT)	N (8)			Nur bei Leistungsbereich Pulmo
74	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
SCIM						
75	7.09.V01	Datum der Erhebung des SCIM (JJJJMMTT)	N (8)			Nur für „Paraplegiologische Rehabilitation“ anstelle FIM oder EBI
76	7.09.V02	Nahrungsaufnahme	N (1)		0 bis 3	
77	7.09.V03	Waschen Oberkörper	N (1)		0 bis 3	
78	7.09.V04	Waschen Unterkörper	N (1)		0 bis 3	
79	7.09.V05	An/ Auskleiden Oberkörper	N (1)		0 bis 4	
80	7.09.V06	An/ Auskleiden Unterkörper	N (1)		0 bis 4	
81	7.09.V07	Gesichtspflege	N (1)		0 bis 3	
82	7.09.V08	Atmung	N (2)		0 2 4 6 8 10	
83	7.09.V09	Blasenmangement	N (2)		0 3 6 9 11 13 15	
84	7.09.V10	Darmmanagement	N (2)		0 5 8 10	
85	7.09.V11	Toilettenhygiene	N (1)		0 1 2 4 5	
86	7.09.V12	Bettmobilität und Dekubitusprophylaxe	N (1)		0 2 4 6	
87	7.09.V13	Transfer Bett ↔ Rollstuhl	N (1)		0 bis 2	
88	7.09.V14	Transfer Rollstuhl ↔ WC	N (1)		0 bis 2	
89	7.09.V15	Mobilität im Haus	N (1)		0 bis 8	
90	7.09.V16	Mobilität bei mittleren Distanzen 10 - 100 m	N (1)		0 bis 8	
91	7.09.V17	Mobilität ausser Haus, mehr als 100 m	N (1)		0 bis 8	
92	7.09.V18	Treppensteigen	N (1)		0 bis 3	
93	7.09.V19	Transfer Rollstuhl ↔ Auto	N (1)		0 bis 2	
94	7.09.V20	Transfer Boden ↔ Rollstuhl	N (1)		0 1	
Leistungen						
95	7.10.V01	Pflege (Minuten in Erhebungswoche)	N (5)			auf ganze Minuten gerundet 0 falls keine Leistungsminuten in Erhebungswoche
96	7.10.V02	Aerzte (Minuten in Erhebungswoche)	N (5)			Siehe 7.10.V01
97	7.10.V03	Physiotherapie (Minuten in Erhebungswoche)	N (5)			Siehe 7.10.V01
98	7.10.V04	Bewegungs-/Sporttherapie (Minuten in Erhebungswoche)	N (5)			Siehe 7.10.V01
99	7.10.V05	Ergotherapie (Minuten in Erhebungswoche)	N (5)			Siehe 7.10.V01

Nr.	Variable	Beschreibung	Format	Beispiel	Wertebereich	Bemerkungen
100	7.10.V06	Atemtherapie (Minuten in Erhebungswoche)	N (5)			Siehe 7.10.V01
101	7.10.V07	Neuropsychologie (Minuten in Erhebungswoche)	N (5)			Siehe 7.10.V01
102	7.10.V08	klinische Psychologie (Minuten in Erhebungswoche)	N (5)			Siehe 7.10.V01
103	7.10.V09	Logopädie (Minuten in Erhebungswoche)	N (5)			Siehe 7.10.V01
104	7.10.V10	Diabetesberatung (Minuten in Erhebungswoche)	N (5)			Siehe 7.10.V01
105	7.10.V11	Ernährungsberatung (Minuten in Erhebungswoche)	N (5)			Siehe 7.10.V01
106	7.10.V12	Herzinsuffizienzberatung (Minuten in Erhebungswoche)	N (5)			Siehe 7.10.V01
107	7.10.V13	Traditionelle Chinesische Medizin (Minuten in Erhebungswoche)	N (5)			Siehe 7.10.V01
108	7.10.V14	Sozialdienst (Minuten in Erhebungswoche)	N (5)			Siehe 7.10.V01
109	7.10.V15	übrige Therapien (Minuten in Erhebungswoche)	N (5)			Siehe 7.10.V01
110	7.10.V16	CHF für Medikamente in Erhebungswoche	N (6)			leer lassen
111	7.10.V17	CHF für Untersuchungen in Erhebungswoche	N (6)			leer lassen
112	7.10.V18	CHF für Labor in Erhebungswoche	N (6)			leer lassen
113	7.10.V19	CHF Material in Erhebungswoche	N (6)			leer lassen
114	7.10.V20	CHF Transportkosten in Erhebungswoche	N (6)			leer lassen
115	7.10.V21	CHF andere Kosten in Erhebungswoche	N (6)			leer lassen