

ST Reha Teilprojekt 1, Pilotphase 2014

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 0.9: 19.12.2013

Änderungen gegenüber der vorhergehenden Version 0.8 sind gelb markiert.

Inhaltsverzeichnis

1	Einführung	3
2	Überblick der Änderungen gegenüber der Vorperiode (V 0.7)	5
3	Richtlinien Erhebung	6
3.1	Abgrenzung der zu liefernden Fälle	6
3.2	Zusätzliche Markierungen der Patientenwochen	6
3.3	Unterscheidung stationär / ambulant	7
3.4	Erhebungsprozess	9
4	Struktur und Format der Daten	10
4.1	Grundprinzipien	10
4.1.1	Datenformat	10
4.1.2	Format der Datumsangaben	10
4.1.3	Format der Angaben zu den wöchentlichen Leistungsminuten	10
4.1.4	Format der Kostendaten	10
4.1.5	Verbindungsvariable (eindeutige Fallidentifikation)	10
4.2	Medizinisch-administrative Daten (MB Zeile)	11
4.3	Wöchentliche Reha Assessments (RE Zeile)	11
4.3.1	Erhebungszeitpunkt der wöchentlichen Daten	11
4.3.2	Patientenwoche	11
4.3.3	Lieferformat wöchentliche Reha Daten	12
4.4	Fallkosten – nur falls Kostenerhebung (CC Zeile)	13
4.4.1	Nicht anrechenbare Kosten	13
4.4.2	Medikamente, Implantate und medizinisches Material	14
4.4.3	Anlagenutzungskosten (ANK)	14
4.4.4	Universitäre Lehre und Forschung (uL&F)	14
4.4.5	Lieferung private und halbprivate Fälle	15
4.4.6	Arzthonorare	15
4.4.7	Lieferformat Fallkosten	15
4.5	Zusatzdatenerhebung	16
5	Zeitpunkt und Umfang der Datenlieferung	17

6	Datenschutz	17
7	Übermittlung der Daten an die ZHAW	17
8	Kontakt	17
9	Anhang: Format Datenlieferung	18
9.1	Format Medizinische Statistik BFS (MB Zeile).....	18
9.2	Format wöchentliche PCS Assessments (RE Zeile).....	19
9.3	Format Fallkostendatei (nur falls Kostenerhebung)	23
9.4	Meldung Datenlieferung.....	24
10	Auszug Kodierungshandbuch BFS.....	25
11	Literatur	26

1 Einführung

Die ZHAW hat im Auftrag von STM Reha MTK (eine Arbeitsgruppe von ZMT UVG und H+) ein Patientenklassifikationssystem (PCS) für leistungsabhängige Tagespauschalen in der Rehabilitation entwickelt. Auf der Grundlage einer Erhebung von 1'670 zufällig ausgewählten Patientenwochen in 7 Kliniken wurden 3 separate PCS für folgende Reha-Bereiche entwickelt: *Neurorehabilitation*, *muskuloskelettale Rehabilitation* und *Frührehabilitation in der Neurorehabilitation*.¹

Der Verwaltungsrat der SwissDRG AG, der im Auftrag der Partner im Gesundheitswesen (santésuisse, GDK, H+, MTK und FMH) die Einführung eines national einheitlichen Tarifsystems für die Abgeltung von stationären Leistungen verantwortlich ist, hat an seiner Sitzung vom 9.11.2010 einstimmig beschlossen, das Tarifierungsmodell STM Reha MTK als einziges Tarifierungsmodell für den Reha Bereich weiter zu verfolgen. Die SwissDRG AG hat dementsprechend H+ zusammen mit der MTK ein Mandat erteilt die Tarifstruktur ST Reha zu erarbeiten. Die Mandatsvereinbarung ist unterzeichnet und im Januar 2012 nahm die neue Projektorganisation ihre Arbeit operativ auf. Die von STM Reha MTK bereits für das Jahr 2011 geplante *Pilotphase* für die probeweise Einführung der Datenerfassung zur Erarbeitung, Kalibrierung und Weiterentwicklung des PCS in einer Reihe von Reha Kliniken ist integraler Bestandteil des Mandats und wird in der Projektorganisation ST Reha im Teilprojekt 1 geführt.²

Ziel dieses Dokuments ist die Beschreibung des Inhalts und der Form der Datenerhebung der Pilotphase. Das Dokument orientiert sich dabei an den aktuellen Vorgaben der SwissDRG AG für die Datenerhebung in den Akutspitälern (SwissDRG AG 2013)

Ziele der *Pilotphase* im Jahr 2014 sind:

1. Anwendung des PCS mit Vollerhebung der Patientenmerkmale (EBI/FIM oder HAQ, Multimorbidität, Schmerz, Ein- und Austritt) um das PCS in die täglichen Arbeitsabläufe der Kliniken zu integrieren. Diese Vollerhebung umfasst alle Patienten in allen Bereichen der Rehabilitation. Einzige Ausnahme sind die Patienten im Behandlungspfad kardiale und pulmonale Rehabilitation, für welche zeitgleich im Teilprojekt 2 unter ST Reha eine separate Schweregradklassifikation mit gegebenenfalls unterschiedlichen dem Behandlungspfad angepassten Messinstrumenten entwickelt wird. Die Daten dieser Bereiche werden in der Datenerhebung 2015 im Teilprojekt 1 erhoben.

¹ Siehe den Schlussbericht der ZHAW für weitere Details zur Entwicklung des PCS-Reha Kool, J., S. Wieser, et al. (2009). Schlussbericht - Entwicklung eines Patientenklassifikationssystems für die Rehabilitation in der Schweiz. Winterthur, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften.

² Siehe

http://www.swissdr.org/de/07_casemix_office/Rehabilitation.asp?navid=55&fileSsi=/fr/07_casemix_office/Rehabilitation.asp

2. Systematische Sammlung von Kosten- und Leistungsdaten in einem Teil der Reha Kliniken (Referenzkliniken) um das PCS zu validieren und weiter zu entwickeln. Die beteiligten Referenzkliniken übernehmen eine Rolle, die jener der Netzwerkspitäler im SwissDRG System entspricht.
3. Teilnahme von neuen Kliniken, um die Datengrundlage des PCS im Hinblick auf eine landesweite Einführung des PCS zu verbreitern.
4. Überprüfung der Repräsentativität der Pilotkliniken für die Reha Kliniken der Schweiz anhand der Daten der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser des Bundesamts für Statistik (BFS).

Folgende Daten sollen während der Pilotphase in den Kliniken erhoben werden:

1. Das Minimale Datenset der Medizinischen Statistik BFS (1 Datenzeile pro Fall). Einzelne dieser Daten dienen als Input für die PCS Reha Klassierung und weitere Daten könnten für die Überprüfung und Weiterentwicklung des PCS notwendig sein.
2. Die *wöchentlichen* Assessments, die für die wöchentliche Berechnung der PCS Stufe notwendig sind:
 - Bei allen Patienten wird die Multimorbidität mittels **Modified Cumulative Illness Scale** CIRS erfasst.
 - Bei den Patienten im Behandlungspfad Neuro wird zusätzlich die Selbständigkeit in den Alltagsaktivitäten mittels FIM *oder* EBI erfasst.
 - Bei allen andern Patienten wird zusätzlich die Selbständigkeit in den Alltagsaktivitäten mittels HAQ erfasst und zusätzlich das Schmerzniveau.
3. Für die Kalibrierung und Weiterentwicklung des PCS muss für einen Teil der Patienten auch die wöchentlichen Leistungs- und Kostendaten erhoben werden. Diese Leistungs- und Kostendaten werden in der Zeile der PCS-Assessments aufgenommen (also keine zusätzlichen Datenzeilen).
4. Neu werden in den Kliniken, welche Kostendaten liefern, auch die gesamten Fallkosten erhoben (eine Datenzeile pro Fall).
5. Im Laufe des Jahres 2014 wird eine Zusatzdatenerhebung der rehabilitationsfremden Leistungen eingeführt. Auf der Grundlage dieser Erhebung sollen Vorschläge zur separaten Abgeltung dieser Leistungen innerhalb der Schweregradklassen entwickelt werden.

Wichtiger Hinweis: Die Erhebung von Kosten- und Zusatzdaten ist erwünscht aber nicht zwingend notwendig für den Beginn der Teilnahme an der Pilotphase. Falls keine Kosten- oder Zusatzdaten erhoben werden, muss die Klinik nur die Daten der Medizinischen Statistik und die Daten der wöchentlichen PCS-Klassierung liefern – also nur die Daten unter den Punkten 1 und 2. Klare Zielsetzung ist allerdings, dass sich die Referenzkliniken mit der ZHAW auf den Zeitpunkt der Erhebung des kompletten Datensatzes, inklusive der Kosten- und Zusatzdaten verständigen.

2 Überblick der Änderungen gegenüber der Vorperiode (V 0.7)

Die wichtigsten Änderungen bei den Vorgaben zur Datenerhebung umfassen:

- Neu können alle Behandlungsbereiche im Sinne der Behandlungspfade erfasst werden. Vorläufige Ausnahmen sind die kardialen und die pulmonalen Behandlungsbereiche, für welche zeitgleich eine behandlungspfad-adjustierte Schweregrad-Klassifikation entwickelt wird ST Reha, Teilprojekt 2 (siehe Abschnitt 3.1).
- Neu mit Markierung von zwei spezifischen Patientenspektren (geriatrisch, pädiatrisch) unabhängig des Bereichs und des Behandlungspfades (siehe Abschnitt 3.2).
- Neu mit Markierung der Fälle nach den Bereichen wie im Papier DefReha[©] Version 1.0³ beschrieben (siehe Abschnitt 3.2).
- Neu mit Markierung der Patienten in überwachungspflichtiger Reha (siehe Abschnitt 3.2).
- Neu ist der Prozess der HAQ-Erhebung definiert (siehe Abschnitt 3.4)
- Neu wird im Laufe des Jahres 2014 eine Zusatzdatenerhebung der rehabilitationsfremden Leistungen ermöglicht (siehe Abschnitt 4.5). Die Umsetzung dieser Zusatzdatenerhebung erfolgt pro Klinik individuell so zeitnah wie möglich.
- Neu mit Vorgaben zu Zeitpunkt und Umfang der Lieferung der Patientendaten an die ZHAW (siehe Abschnitt 5)

Das Datenformat hat sich mit den beschriebenen Änderungen nur minimal geändert.

³ Dreisprachig publiziert auf der Website von H+:

Deutsch: <http://www.hplus.ch/de/publikationen/fachpublikationen/>

Französisch: http://www.hplus.ch/fr/publications/publications_techniques/

Italienisch: http://www.hplus.ch/it/pubblicazioni/pubblicazioni_specializzate/

3 Richtlinien Erhebung

3.1 Abgrenzung der zu liefernden Fälle

Die *Reha-Kliniken* liefern alle stationären Fälle, mit Ausnahme der Fälle welche den Behandlungspfaden Kardio oder Pulmo“ zugeordnet werden (siehe Details unten bezüglich Definition der Behandlungspfade).

Die an *Akutspitäler* angegliederten Rehabilitationsabteilungen liefern alle Fälle mit Hauptkostenstelle Rehabilitation gemäss Variable 1.4.V01.

Die Zuteilung auf die vier ST Reha Behandlungspfade erfolgt je nachdem in welchem Bereich die Ursache der funktionellen Einschränkung liegt:

Behandlungspfad	Bereich, in welchem Ursache der funktionellen Einschränkung liegt
Neurologisch	Bewegungssteuerung und Bewegungsplanung
Kardiologisch	Herzfunktion oder vaskuläre Funktion
Pulmologisch	Lungenfunktion, Gasaustausch O ₂ /CO ₂
Andere	andere Ursachen

Die Behandlungspfade Kardio und Pulmo sind nicht Bestandteil dieser Datenerhebung.

Der Behandlungspfad definiert die zu erhebenden Assessments:

Behandlungspfad	Zu erhebende Assessments
Neurologisch	CIRS + FIM oder EBI
Andere	CIRS + HAQ + Schmerz

3.2 Zusätzliche Markierungen der Patientenwochen

Geriatrische und pädiatrische Patienten

Die Patienten können unabhängig vom Behandlungspfad zusätzlich als geriatrische oder pädiatrische Patienten markiert werden, falls sie in der Erhebungswoche von einem Geriater bzw. einem Pädiater behandelt wurden.

Reha-Bereiche

Die Patienten werden zusätzlich nach dem Papier DefReha[®] Version 1.0 (H+ 2013) beschriebenen Bereichen markiert:

1. Geriatrisch
2. Internistisch
3. Kardial
4. Muskuloskelettal
5. Neurologisch

- 6. Onkologisch
- 7. Pädiatrisch
- 8. Paraplegiologisch
- 9. Psychosomatisch
- 10. Pulmonal

Überwachungspflichtiger Rehabilitation

Falls sich die Patienten in der Erhebungswoche in überwachungspflichtiger Rehabilitation gemäss Papier DefReha® Version 1.0 (H+ 2013) befinden, werden zusätzlich als solche markiert. Diese Option ist nur bei Patienten in internistischer, kardialer, muskuloskelettaler, neurologischer, onkologischer und pulmonaler Reha möglich.

3.3 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 1):

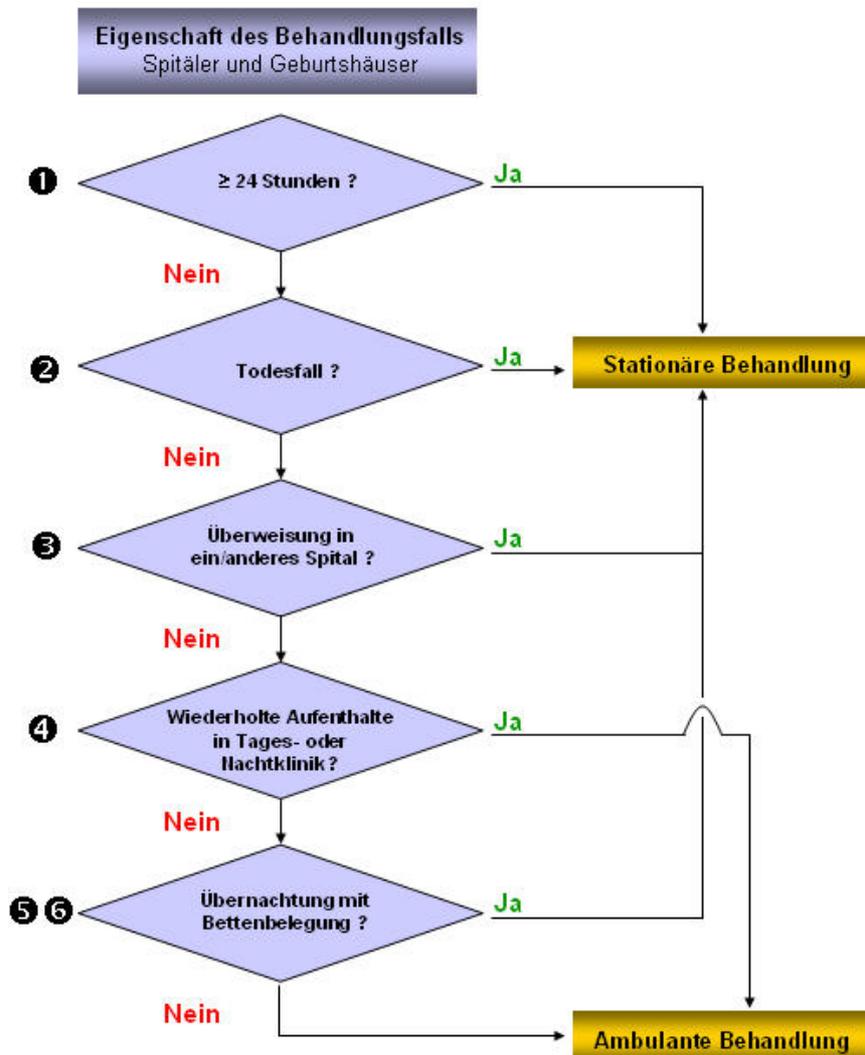
Erläuterungen zu den Abgrenzungskriterien

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 ③ „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 1: Entscheidungsablauf stationär oder ambulant



H+ ©

Das Kriterium ④ „wiederholte Aufenthalte in Tages- oder Nachtambulanzen“ ist ein medizinischer Entscheid und ist Bestandteil des Therapieplans eines Patienten. Wiederholte Aufenthalte in Tages- oder Nachtambulanzen 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.

3.4 Erhebungsprozess

Grundsätzlich gelten die klinischen Erhebungsprozesse, die im Verfahrenshandbuch von ANQ definiert sind. Bei der Erhebung des HAQ genügen die Vorgaben von ANQ den Anforderungen der Tarifstrukturierungen jedoch nicht. Wie schon für die Datenerhebung 2013, gilt für 2014 die gemäss dem Brief der Projektleitung vom 23.7.2013 „ST Reha Datenerhebung Behandlungspfad muskuloskeletale Rehabilitation“ dargelegte 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 Struktur und Format der Daten

Die Reha-Kliniken erfassen 3 unterschiedliche Arten von Daten, die als separate Dateien an die ZHAW geliefert werden:

1. Die **medizinisch-administrativen Daten** der Patienten, die von den Kliniken bereits obligatorisch für die Medizinische Statistik des BFS erhoben werden.
2. Die **wöchentlichen Assessments** der Patienten für die Klassierung im PCS.
3. Die **Fallkosten** der Patienten (nicht Bedingung, dringend empfohlen).
4. Die **Zusatzdatenerhebung** (fakultativ, empfohlen)

Dieser Abschnitt beschreibt die Grundprinzipien der Datenerhebung (Abschnitt 4.1) und die technischen Details der 4 Datensätze (Abschnitte 4.2 bis 4.5).

4.1 Grundprinzipien

4.1.1 Datenformat

Die Daten werden auf Fallebene erhoben. Die Dateien (medizinisch-administrativen Daten, wöchentliche Reha-Assessments und Fallkostendaten) 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.

4.1.2 Format der Datumsangaben

Daten werden im Format JJJJMMTT angegeben.

4.1.3 Format der Angaben zu den wöchentlichen Leistungsminuten

Zeiten werden in Minuten aufgeführt (keine Nachkommastellen).

4.1.4 Format der Kostendaten

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

4.1.5 Verbindungsvariable (eindeutige Fallidentifikation)

Die Kliniken gewährleisten eine Verbindung zwischen dem medizinisch-administrativen Daten (BFS Datensatz), den Daten der wöchentlichen Assessments, den Fallkosten 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:

- der BFS MB Zeile (Feld 51)
- der wöchentlichen RE Zeilen (Feld 4)

- der Fallkostenzeile (Feld 3)
- der Zusatzdatenerhebung (siehe Excel-Datei)

4.2 Medizinisch-administrative Daten (MB Zeile)

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 MB-Zeile 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 9.1.

4.3 Wöchentliche Reha Assessments (RE Zeile)

4.3.1 Erhebungszeitpunkt der wöchentlichen Daten

Die Erhebung der wöchentlichen Assessments, welche für die Klassierung im PCS notwendig sind, findet jeweils am Montag (± 1 Tag) statt. Bei Eintritt im Lauf der Woche erfolgt die erste Messung grundsätzlich möglichst zeitnah am effektiven Klinikeintritt. Die erste Messung hat innerhalb von drei Arbeitstagen nach Klinikeintritt zu erfolgen (Eintrittstag miteingerechnet).

4.3.2 Patientenwoche

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. 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. 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

4.3.3 Lieferformat wöchentliche Reha Daten

Für jede Aufenthaltswoche des Patienten enthält der Datensatz eine RE-Zeile mit **je 114 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 Behandlungspfad
- Feld 6 zeigt ob es sich um einen geriatrischen Patienten handelt
- Feld 7 zeigt ob es sich um einen pädiatrischen Patienten handelt
- Feld 8 gibt Auskunft bezüglich dem Reha Typ
- Feld 9 zeigt ob es sich um einen überwachungspflichtigen Patienten handelt
- Feld 10 mit Datum zum Beginn der Erhebungswoche
- Felder 11-12 informieren, ob der Patient in der Erhebungswoche eingetreten oder ausgetreten ist

- Felder 13-31 mit FIM Items (nur bei Behandlungspfad Neuro – je nach Klinik auch EBI statt FIM)
- Felder 32-48 mit EBI Items (nur bei Behandlungspfad Neuro – je nach Klinik auch FIM statt EBI)
- Felder 49-85 mit HAQ Items (nur bei Behandlungspfad Andere Muskulo)
- Felder 86-100 mit CIRS Items
- Felder 101-102 mit Schmerzskala (nur bei Behandlungspfad Andere Muskulo)
- Felder 103-112 mit wöchentlichen Leistungen nach Berufsgruppen
- Felder 113-118 mit wöchentlichen grösseren Kosten nach verschiedenen Kostengruppen (z.B. Medikamente, Labor). Hier sind nur Kosten von über CHF 300 pro Kostengruppe pro Woche anzugeben.

Eine detaillierte Beschreibung des Inhaltes dieser Variablen befindet sich im Anhang 9.2.

4.4 Fallkosten – nur falls Kostenerhebung (CC Zeile)

Diese Anleitungen entsprechen denen der SwissDRG AG für die Datenerhebung 2013 in den Akutspitälern (SwissDRG AG 2011). Da sie für somatische Krankenhäuser entwickelt wurden, umfassen sie auch einige Kostenpositionen, die für Reha 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).

4.4.1 Nicht anrechenbare Kosten

Als nicht anrechenbar werden jene Kosten definiert, welche keine dem KVG-Leistungskatalog entsprechenden Leistungen darstellen. Somit sind Kosten zu Lasten der Patienten⁴, patientenfremde Kosten⁵, Primärtransporte oder weitere nicht rückerstattete Leistungen aus den Fallkosten auszuscheiden.

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.

⁴ Z.B. Fernsehen, Mineralwasser, usw.

⁵ Z.B. Cafeteria oder weitere Leistungen an das Personal oder an Dritte

4.4.2 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

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.

4.4.3 Anlagenutzungskosten (ANK)

Die Kalkulation der Kostengewichte muss den effektiven Ressourcenverbrauch der Anlagenutzung widerspiegeln. Für die SwissDRG-Erhebung soll die Berechnung der ANK demzufolge auf einer Kostenträgermethode basieren. Das Ziel ist auf Patientenebene objektive Angaben über die Anlagenutzung, die für die Erbringung der Behandlung erforderlich ist, zu erhalten. Die SwissDRG AG empfiehlt die in REKOLE[®] beschriebene Methode.

Den Anlagenutzungskosten entsprechen die gesamten Kosten, die mit der Nutzung der Anlagen verbunden sind (berechnete Abschreibungen, berechneter Zinsaufwand und finanzielles Leasing). Die Anlagenutzungskosten entsprechen den Konten 441, 442, 444, 446 et 448 im H+ Kontenrahmen.

Im SwissDRG-Format müssen diese Kosten klar auf der Fallebene identifiziert werden können. (siehe Anhang 9.3).

4.4.4 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 L&F nicht ausgeschieden werden können, nimmt das Spital keine Anpassung vor und dokumentiert es im Fragebogen.

4.4.5 Lieferung private und halbprivate Fälle⁶

Bei der Lieferung von privaten und halbprivaten Fällen wird folgendermassen vorgegangen:

- 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 9.3) geliefert.

4.4.6 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.

4.4.7 Lieferformat Fallkosten

Die Kostendatei enthält 28 Variablen:

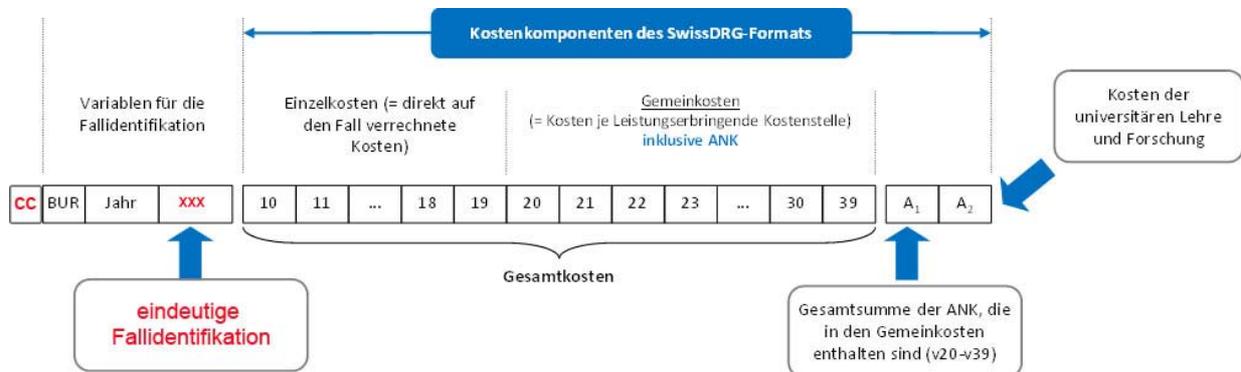
- 1 Variable Rekordart (CC)
- 3 Variablen zur Identifizierung der Fälle: Bur-Nummer des Spitals, Erhebungsjahr und eindeutige (=klinikinterne Fallnummer).
- 22 Variablen mit den anrechenbaren Kosten:
 - 9 Kostenkomponenten mit den Einzelkosten (v10-v19);
 - 13 Kostenkomponenten mit den Kosten der leistungserbringenden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

⁶ In diesem Punkt besteht eine gewisse Abweichung gegenüber den Vorgaben der SwissDRG AG SwissDRG AG (2011). Dokumentation zur SwissDRG-Erhebung 2012 – Aktualisierte Version..

- 1 Variable (A2) mit den Kosten der universitären Lehre und Forschung.

Eine detaillierte Beschreibung des Inhaltes dieser Variablen befindet sich im Anhang 9.3.

Abbildung 2: Fallkosten gemäss Anleitung der SwissDRG AG



SwissDRG AG[©] (angepasst)

4.5 Zusatzdatenerhebung

Im Laufe des Jahres 2014 wird eine Zusatzdatenerhebung eingeführt. 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 betroffenen Leistungen wurden vom Steuerungsausschuss definiert und können in folgende drei Gruppen eingeteilt werden:

1. Aufwändige (akutmedizinische) therapeutische und diagnostische Verfahren, sowie Produkte und medikamentöse Wirkstoffe, die nichts mit dem Kerngeschäft zu tun haben, die nicht zur Erreichung der Rehabilitationsziele, bzw. der Funktionsverbesserung eingesetzt werden. Oft zur Fortsetzung einer vor dem Rehabilitationsaufenthalt bereits bestehenden Behandlung oder zur Anpassung von vorbestehenden medizinischen Therapien oder vorbestehend verordneten externen Kontrollen.
2. Aufwändige (rehabilitative) therapeutische und diagnostische Verfahren, die nicht zum primär gewählten Rehabilitationsbereich gehören.
3. Materialien und Produkte, die während der Rehabilitation abgegeben/angepasst werden – jedoch für die Selbstbehandlung nach Austritt verwendet werden (MiGel, Exoprothesen, Orthesen)

Die Zusatzdatenerhebung wird zusammen mit der SwissDRG AG erarbeitet, da diese im akutsomatischen Bereich ebenfalls eine Zusatzdatenerhebung durchführt, welche dieselben Ziele verfolgt, wie die Zusatzdatenerhebung im Rahmen von ST Reha.

5 Zeitpunkt und Umfang der Datenlieferung

Nach der definitiven Einführung von ST Reha ist eine einmalige jährliche Datenlieferung vorgesehen. In der Pilotphase sind jedoch zwei Mal jährlich Datenlieferungen vorgesehen, damit die ZHAW schon während des laufenden Jahres an der Entwicklung des PCS arbeiten kann.

Für die Daten des Jahres 2014 sind folgende Lieferungen vorgesehen:

erhobene Daten aller Patienten im Zeitraum...	Art der zu liefernden Patientendaten	Zeitpunkt der Lieferung
1.1.2014 bis 30.6.2014 (1. Halbjahr)	RE-Zeilen MB-Zeilen	bis 1.10.2014
1.1.2014 bis 31.12.2014 (ganzes Jahr)	RE-Zeilen MB-Zeilen CC-Zeilen	bis 1.5.2015

6 Datenschutz

Die Erhebung unterliegt dem Datenschutzkonzept der SwissDRG AG.

7 Übermittlung der Daten an die ZHAW

Der Namen der übermittelten Dateien wird folgendermassen festgelegt:

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

Also zum Beispiel: Valens_RE_20120822.txt

8 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).

9 Anhang: Format Datenlieferung

9.1 Format Medizinische Statistik BFS (MB Zeile)

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 Reha 0 sein
8	0.3.V02	Psychiatrie-Datensatz	N (1)	0	sollte in Reha 0 sein
9	0.3.V03	Patientengruppen -Datensatz	N (1)	0	sollte in Reha 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)	2010113009	
17	1.2.V02	Aufenthaltsort 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	Reha in Reha-Kliniken
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	Klinikinterne Fallnummer

9.2 Format wöchentliche PCS Assessments (RE Zeile)

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		klinikinterne Fallnummer
5	7.02.V02	Behandlungspfad	N (1)	1		1=Neurologisch; 2=Kardiologisch; 3=Pulmologisch; 4=Andere
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	Reha Typ	N (2)	4	1 - 10	1=Geriatrisch 2=Internistisch 3=Kardial 4=Muskuloskeletal 5=Neurologisch 6=Onkologisch 7=Pädiatrisch 8=Paraplegiologisch 9=Psychosomatisch 10=Pulmonal
9	7.02.V06	Überwachungspflichtige Rehabilitation	N (1)	2	0 1	0=nein; 1=ja Ja, nur bei internistischer, kardialer, muskuloskeletaler, neurologischer, onkologischer und pulmonaler Reha möglich
10	7.02.V06	Datum Beginn Erhebungswoche (JJJJMMTT)	N (8)	20100601		Muss ein Montag sein, ausser bei Eintritt in Erhebungswoche
11	7.02.V07	Eintrittsdatum falls Eintritt in Erhebungswoche (JJJJMMTT)	N (8)	20100601		
12	7.02.V08	Austrittsdatum falls Austritt in Erhebungswoche (JJJJMMTT)	N (8)	20100601		
FIM						
13	7.03.V01	Datum der Erhebung des FIM (JJJJMMTT)	N (8)	20100601		Bei Neuro-Reha entweder FIM oder EBI
14	7.03.V02	Essen / Trinken	N (1)		1 bis 7	
15	7.03.V03	Körperpflege	N (1)		1 bis 7	
16	7.03.V04	Baden / Duschen / Waschen	N (1)		1 bis 7	
17	7.03.V05	Ankleiden oben	N (1)		1 bis 7	
18	7.03.V06	Ankleiden unten	N (1)		1 bis 7	
19	7.03.V07	Toilettenhygiene	N (1)		1 bis 7	
20	7.03.V08	Blasenkontrolle	N (1)		1 bis 7	
21	7.03.V09	Darmkontrolle	N (1)		1 bis 7	
22	7.03.V10	Transfer Bett / Stuhl / Rollstuhl	N (1)		1 bis 7	
23	7.03.V11	Transfer auf Toilette	N (1)		1 bis 7	
24	7.03.V12	Transfer Dusche / Badewanne	N (1)		1 bis 7	
25	7.03.V13	Gehen / Rollstuhl	N (1)		1 bis 7	

26	7.03.V14	Treppensteigen	N (1)		1 bis 7	
27	7.03.V15	Verstehen	N (1)		1 bis 7	
28	7.03.V16	Ausdruck	N (1)		1 bis 7	
29	7.03.V17	Soziales Verhalten	N (1)		1 bis 7	
30	7.03.V18	Problemlösung	N (1)		1 bis 7	
31	7.03.V19	Gedächtnis	N (1)		1 bis 7	
EBI						
32	7.04.V01	Datum der Erhebung des EBI	N (8)	20100601		Nur bei Behandlungspfad Neuro entweder FIM oder EBI
33	7.04.V02	Essen / Trinken	N (1)		0 2 3 4	
34	7.04.V03	Persönliche Pflege	N (1)		0 1 2 3 4	
35	7.04.V04	An- / Ausziehen	N (1)		0 1 2 4	
36	7.04.V05	Baden / Duschen / Körper waschen	N (1)		0 1 2 3 4	
37	7.04.V06	Umsteigen aus Rollstuhl in Bett	N (1)		0 1 2 4	
38	7.04.V07	Fortbewegung auf ebenem Untergr.	N (1)		0 1 2 3 4	
39	7.04.V08	Treppen auf- / absteigen	N (1)		0 1 2 4	
40	7.04.V09	Benutzung Toilette	N (1)		0 1 2 4	
41	7.04.V10	Stuhlkontrolle	N (1)		0 2 3 4	
42	7.04.V11	Harnkontrolle	N (1)		0 1 3 4	
43	7.04.V12	Verstehen	N (1)		1 3 4	
44	7.04.V13	Verständlichkeit	N (1)		0 1 3 4	
45	7.04.V14	Soziale Interaktion	N (1)		0 2 4	
46	7.04.V15	Problemlösen	N (1)		0 2 4	
47	7.04.V16	Gedächtnis, Lernfähigkeit, Orient.	N (1)		0 1 2 3 4	
48	7.04.V17	Sehen / Neglect	N (1)		0 1 3 4	
HAQ						
49	7.05.V01	Datum der Erhebung des HAQ (JJJJMMTT)	N (8)	20100601		HAQ nur bei Behandlungspfad Andere
50	7.05.V11	Ankleiden (haq1)	N (1)		0 bis 3	
51	7.05.V12	Haare Waschen (haq1)	N (1)		0 bis 3	
52	7.05.V21	von Stuhl aufstehen (haq2)	N (1)		0 bis 3	
53	7.05.V22	Ins Bett gehen, aus Bett aufstehen (haq2)	N (1)		0 bis 3	
54	7.05.V31	Fleisch mit Messer schneiden (haq3)	N (1)		0 bis 3	
55	7.05.V32	Glas zum Mund (haq3)	N (1)		0 bis 3	
56	7.05.V33	Milchkarton öffnen (haq3)	N (1)		0 bis 3	
57	7.05.V41	Gehen auf ebener Strasse (haq4)	N (1)		0 bis 3	
58	7.05.V42	Treppen steigen (haq4)	N (1)		0 bis 3	
59	7.05.V13	Hilfsmittel Ankleiden und Körperpflege (haq1)	N (1)		0 1	
60	7.05.V23	Hilfsmittel Aufstehen (haq2)	N (1)		0 1	
61	7.05.V34	Hilfsmittel Essen (haq3)	N (1)		0 1	
62	7.05.V43	Hilfsmittel Gehen (haq4)	N (1)		0 1	
63	7.05.V14	Hilfe bei Ankleiden / Körperpflege (haq1)	N (1)		0 1	
64	7.05.V24	Hilfe bei Aufstehen (haq2)	N (1)		0 1	
65	7.05.V35	Hilfe bei Essen (haq3)	N (1)		0 1	
66	7.05.V44	Hilfe bei Gehen (haq4)	N (1)		0 1	

67	7.05.V51	sich Waschen und abtrocknen (haq5)	N (1)		0 bis 3	
68	7.05.V52	Vollbad nehmen (haq5)	N (1)		0 bis 3	
69	7.05.V53	Toilette gehen (haq5)	N (1)		0 bis 3	
70	7.05.V61	2 kg über Kopfhöhe heben (haq6)	N (1)		0 bis 3	
71	7.05.V62	bücken und Kleidungsstück aufheben (haq6)	N (1)		0 bis 3	
72	7.05.V71	Autotüre öffnen (haq7)	N (1)		0 bis 3	
73	7.05.V72	Konfitüreglas öffnen (schon mal offen) (haq7)	N (1)		0 bis 3	
74	7.05.V73	Wasserhahn auf und zu (haq7)	N (1)		0 bis 3	
75	7.05.V81	Einkaufen (haq8)	N (1)		0 bis 3	
76	7.05.V82	Auto ein- und aussteigen (haq8)	N (1)		0 bis 3	
77	7.05.V83	Haushalt- oder Gartenarbeiten (haq8)	N (1)		0 bis 3	
78	7.05.V54	Hilfsmittel Körperpflege (haq5)	N (1)		0 1	
79	7.05.V63	Hilfsmittel Heben (haq6)	N (1)		0 1	
80	7.05.V74	Hilfsmittel Greifen und Öffnen (haq7)	N (1)		0 1	
81	7.05.V84	Hilfsmittel andere Tätigkeiten (haq8)	N (1)		0 1	
82	7.05.V55	Hilfe bei Körperpflege (haq5)	N (1)		0 1	
83	7.05.V64	Hilfe bei Heben (haq6)	N (1)		0 1	
84	7.05.V75	Hilfe bei Greifen und Öffnen (haq7)	N (1)		0 1	
85	7.05.V85	Hilfe bei Einkaufen und Haus-haltsarbeiten (haq8)	N (1)		0 1	
CIRS						
86	7.06.V01	Datum der Erhebung des CIRS (JJJJMMTT)	N (8)	20100601		
87	7.06.V02	Herz ausschliesslich	N (1)		0 bis 4	
88	7.06.V03	Hypertonie (ohne Komplikationen – diese beim jeweiligen Organsystem bewerten)	N (1)		0 bis 4	
89	7.06.V04	Gefässe und blutbildendes System	N (1)		0 bis 4	
90	7.06.V05	Lunge und Atemwege	N (1)		0 bis 4	
91	7.06.V06	HNO und Auge	N (1)		0 bis 4	
92	7.06.V07	Oberer Gastrointestinaltrakt	N (1)		0 bis 4	
93	7.06.V08	Unterer Gastrointestinaltrakt	N (1)		0 bis 4	
94	7.06.V09	Leber, Galle und Pankreas	N (1)		0 bis 4	
95	7.06.V10	Nieren	N (1)		0 bis 4	
96	7.06.V11	Urogenitaltrakt	N (1)		0 bis 4	
97	7.06.V12	Bewegungsapparat und Haut	N (1)		0 bis 4	
98	7.06.V13	Nervensystem	N (1)		0 bis 4	
99	7.06.V14	Endokriniem, Stoffwechsel ...	N (1)		0 bis 4	
100	7.06.V15	Psychische Störungen	N (1)		0 bis 4	
Schmerz						
101	7.07.V01	Datum der Erhebung der Schmerzen (JJJJMMTT)	N (8)			Nur bei Behandlungspfad Andere
102	7.07.V02	Schmerz-Skala	N (2)		0 bis 10	

Leistungen						
103	7.10.V01	Pflege (Minuten in Erhebungs- woche)	N (5)			auf ganze Minuten gerundet
104	7.10.V02	Aerzte (Minuten in Erhe- bungswoche)	N (5)			auf ganze Minuten gerundet
105	7.10.V03	Physiotherapie (Minuten in Erhebungswoche)	N (5)			auf ganze Minuten gerundet
106	7.10.V04	Ergotherapie (Minuten in Erhe- bungswoche)	N (5)			auf ganze Minuten gerundet
107	7.10.V05	Neuropsychologie (Minuten in Erhebungswoche)	N (5)			auf ganze Minuten gerundet
108	7.10.V06	klinische Psychologie (Minuten in Erhebungswoche)	N (5)			auf ganze Minuten gerundet
109	7.10.V07	Logopädie (Minuten in Erhe- bungswoche)	N (5)			auf ganze Minuten gerundet
110	7.10.V08	Traditionelle Chinesische Me- dizin (Minuten in Erhebungs- woche)	N (5)			auf ganze Minuten gerundet
111	7.10.V09	Sozialdienst (Minuten in Erhe- bungswoche)	N (5)			auf ganze Minuten gerundet
112	7.10.V10	übrige Therapien (Minuten in Erhebungswoche)	N (5)			auf ganze Minuten gerundet
113	7.10.V11	CHF für Medikamente in Erhe- bungswoche	N (6)			auf ganze CHF gerundet
114	7.10.V12	CHF für Untersuchungen in Erhebungswoche	N (6)			auf ganze CHF gerundet
115	7.10.V13	CHF für Labor in Erhebungs- woche	N (6)			auf ganze CHF gerundet
116	7.10.V14	CHF Material in Erhebungswo- che	N (6)			auf ganze CHF gerundet
117	7.10.V15	CHF Transportkosten in Erhe- bungswoche	N (6)			auf ganze CHF gerundet
118	7.10.V16	CHF andere Kosten in Erhe- bungswoche	N (6)			auf ganze CHF gerundet

9.3 Format Fallkostendatei (nur falls Kostenerhebung)

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			400
7	v12	Implantate	N (10)		401
8	v13	Medizinisches Material	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+ 485+486
Gemeinkosten					Muss-Kostenstellen RE-KOLE©
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	Ärztenschaften	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; I, Rettungsdienst)	N (10)		(44)+ (45)+(10)+(77)***
Zusatzvariablen (davon)					
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+ 2008) ** Ohne Honorare (siehe REKOLE, Kontenrahmen H+ 2008) *** Ohne Kosten Primärtransporte</p>					

9.4 *Meldung Datenlieferung*

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 PCS Assessments	RE		
Fallkosten	CC		
Zusatzdaten	sep. Excel		

10 Auszug Kodierungshandbuch BFS

Medizinisches Kodierungshandbuch - Der offizielle Leitfaden der Kodierrichtlinien in der Schweiz - Version 2014 2014 (Bundesamt für Statistik 2013)

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: Kodes 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.-I 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.-I Rehabilitationsmassnahmen

11 Literatur

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

Bundesamt für Statistik (2013). Medizinisches Kodierungshandbuch - Der offizielle Leitfaden der Kodierrichtlinien in der Schweiz - Version 2014. Neuchâtel, Bundesamt für Statistik.

H+ (2013). DefReha© Version1.0 - Stationäre Rehabilitation: Spezialbereiche und Definitionen Ein- und Ausschlusskriterien für die unterschiedlichen Rehabilitationsarten.

Kool, J., S. Wieser, et al. (2009). Schlussbericht - Entwicklung eines Patientenklassifikationssystems für die Rehabilitation in der Schweiz. Winterthur, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften.

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 2013 – Aktualisierte Version.