

ST Reha 2017

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 0.12.2: 24.10.2016

Änderungen gegenüber der vorhergehenden Version 0.11.1 sind **gelb markiert (wenn Titel gelb markiert dann ganzer Absatz neu!)**.

Änderungen gegenüber der vorhergehenden Version 0.12.1 sind **grün markiert (wenn Titel grün markiert dann ganzer Absatz neu!)**.

Inhaltsverzeichnis

1	Einführung.....	3
2	Überblick der Änderungen gegenüber den Vorgaben der Vorversionen	5
2.1	Version 0.11.1	5
2.2	Version 0.12.1	5
3	Überblick der zu erhebenden Daten	6
4	Richtlinien Erhebung	7
4.1	Abgrenzung der zu liefernden Fälle.....	7
4.2	Definition der vier Leistungsbereiche	9
4.3	Zusätzliche Markierungen der Patientenwochen	10
4.4	Erhebungsprozess	12
4.5	Absenzen	12
5	Struktur und Format der Daten	13
5.1	Grundprinzipien der fallbezogenen Daten	13
5.1.1	Datenformat	13
5.1.2	Format der Datumsangaben.....	13
5.1.3	Format der Angaben zu den wöchentlichen Leistungsminuten.....	14
5.1.4	Format der Kostendaten.....	14
5.1.5	Verbindungsvariable (eindeutige Fallidentifikation).....	14
5.2	MB-Datensatz	14
5.3	RE-Datensatz.....	15
5.3.1	Erhebungszeitpunkt der wöchentlichen Daten.....	15
5.3.2	Lieferformat wöchentliche Rehabilitations-Daten.....	17
5.4	CC Datensatz.....	18
5.4.1	Nicht anrechenbare Kosten	18
5.4.2	Medikamente, Implantate und medizinisches Material.....	18
5.4.3	Anlagenutzungskosten (ANK)	19
5.4.4	Universitäre Lehre und Forschung (uL&F).....	19
5.4.5	Lieferung private und halbprivate Fälle.....	19
5.4.6	Arzthonorare	20

5.4.7	Lieferformat Fallkosten.....	20
5.5	Zusatzdatenerhebung	21
5.6	Fragebogen zur Datenerhebung	22
5.7	Erhebungsbogen zur Ermittlung der Kostensätze.....	22
5.8	Meldung der Datenlieferung	22
6	Zeitpunkt und Umfang der Datenlieferung	23
7	Datenschutz	23
8	Übermittlung der Daten an die ZHAW	23
9	Kontakt.....	23
10	Anhang: Format Datenlieferung.....	24
10.1	Format Medizinische Statistik BFS (MB Datensatz)	24
10.2	Format wöchentliche Assessments (RE Datensatz).....	25
10.3	Format Fallkostendatei (CC Datensatz)	30
11	Auszug Kodierungshandbuch BFS.....	31
12	Literatur.....	33

1 Einführung

Die SwissDRG AG hat die Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) beauftragt, ein Patientenklassifikationssystem (PCS) für die stationäre Rehabilitation in der Schweiz zu entwickeln. Nachdem die SwissDRG AG ein Mandat zur Erarbeitung der Tarifstruktur ST Reha bis Ende 2015 an die Medizinaltarif-Kommission UVG (MTK) und H+ Die Spitäler der Schweiz erteilt hatte, wird das Projekt ST Reha ab 1.1.2016 direkt von der SwissDRG AG ausgeführt. Da die ZHAW weiterhin die Datenerhebungen und Auswertungen zur Entwicklung eines PCS für die stationäre Rehabilitation durchführt, ändert sich diesbezüglich für die teilnehmenden Kliniken nichts (siehe auch Abbildung 1).

Abbildung 1: Projektorganisation ST Reha



Legende: Das Mandat beinhaltet die Erarbeitung der Tarifstruktur ST Reha. Der Auftrag beinhaltet die Datenerhebungen und Auswertungen zur Entwicklung eines Patientenklassifikationssystems (PCS) für die stationäre Rehabilitation.

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

1. Auf Seite der Kliniken: Anwendung der Assessments und Integration der allgemein mit der Tarifstruktur in Zusammenhang stehenden Prozesse in die täglichen Arbeitsabläufe. Es werden zudem Meetings organisiert, bei denen die teilnehmenden Kliniken ihre Erfahrungen untereinander austauschen können, um gegenseitig voneinander zu profitieren.
2. Auf Seite der Projektorganisation: Systematische Sammlung von Kosten- und Leistungsdaten in den Rehabilitations-Kliniken (Referenzkliniken) um die Tarifstruktur zu validieren und weiter zu entwickeln. Die Referenzkliniken übernehmen dabei die Rolle, die jener der

Netzwerkspitäler im SwissDRG System entspricht. Die Projektorganisation erwartet die vollständige Teilnahme aller Anbieter der stationären Rehabilitation als Referenzkliniken um die gesetzlich vorgesehene Datengrundlage zu erhalten. Wie in der letztjährigen Erhebung werden die gesamten Fallkosten und für bestimmte Leistungen zusätzlich deren Detailkosten erhoben. Dies nach dem Prinzip der in der Spitalfinanzierung vorgesehenen Berücksichtigung der sogenannten anrechenbaren Kosten. Dank der breiteren Datenbasis kann geprüft werden, inwieweit sich die Prognosegenauigkeit durch eine Verwendung von Subskalen verbessern lässt. Die Abstände zwischen den Tarifstufen des Groupers sowie die Grösse der einzelnen Gruppen könnten sich also gegenüber den Ergebnissen der bisherigen Versionen von ST Reha verändern. Dies bringt das angestrebte lernende System der künftigen Tarifstruktur ST Reha zum Ausdruck.

Ziel dieses Dokuments ist die Beschreibung von Inhalt und Form der aktuellen Datenerhebung. Das Dokument orientiert sich dabei an den jeweils aktuellen Vorgaben der SwissDRG AG und der Datenerhebung in den Akutspitälern.

2 Überblick der Änderungen gegenüber den Vorgaben der Vorversionen

2.1 Version 0.11.1

Die wichtigsten Änderungen gegenüber den Vorgaben zur Datenerhebung Version 0.11.1 umfassen:

- **Schmerz Assessment:** Aufgrund der Datenlage des Jahres 2014 wird die Erhebung des Schmerzes als gruppierendes Merkmal für den Schweregrad im Leistungsbereich „Andere“ weggelassen. Durch diese Änderung fällt der Schmerz aus dem RE-Datensatz.
- **SCIM:** Aufgrund eines Antrages aus dem Bereich der paraplegiologischen Rehabilitation wird der SCIM als neues Assessment in den RE-Datensatz aufgenommen. Der SCIM ist für Patienten mit der Rehabilitationsart „Paraplegiologische Rehabilitation“ obligatorisch zu erheben.

2.2 Version 0.12.1

Die wichtigsten Änderungen gegenüber den Vorgaben zur Datenerhebung Version 0.12.1 umfassen:

- **CIRS:** Aufgrund der guten Erklärungskraft dieses Assessments bei den bisherigen Leistungsbereichen sowie der Anforderung, möglichst einheitliche Kriterien zu verwenden, ist der CIRS auch für den Leistungsbereich "Pulmonal" obligatorisch zu erheben.

3 Überblick der zu erhebenden Daten

Es sind folgende vier fallbezogene Datensätze zu erstellen: MB, RE, CC und die Zusatzdatenerhebung. Abbildung 2 zeigt welche Art von Daten in welchem Datensatz enthalten ist. Die durchzuführenden Assessments für jeden Leistungsbereich sind in Abbildung 3 dargestellt. Zum Zeitpunkt der Datenlieferung (einmal jährlich) übermittelt der Leistungserbringer zusätzlich zwei Dokumente:

- Fragebogen zur Datenerhebung - siehe Abschnitt 5.6, Seite 22
- Erhebungsbogen zur Ermittlung der Kostensätze - siehe Abschnitt 5.7, Seite 22

Abbildung 2: Überblick der zu erhebenden Daten

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

Abbildung 3: Überblick Assessment pro Leistungsbereich

Leistungsbereich	CIRS	ADL FIM oder EBI	6min-Gehtest	SCIM
Neurologisch	✓	✓		✓*
Kardiovaskulär	✓	✓		
Pulmonal	✓	✓	✓	
Andere	✓	✓		

* Nur für Patienten mit der Rehabilitationsart „Paraplegiologische Rehabilitation“ (siehe dazu auch Abschnitt 4.3, Seite 10)

4 Richtlinien Erhebung

4.1 Abgrenzung der zu liefernden Fälle

Die Rehabilitations-Kliniken liefern alle stationären Fälle. Die an Akutspitäler angegliederten Rehabilitationsabteilungen liefern alle Fälle mit Hauptkostenstelle Rehabilitation gemäss Variable 1.4.V01 der Medizinischen Statistik des BFS (siehe Seite 24).

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 4):

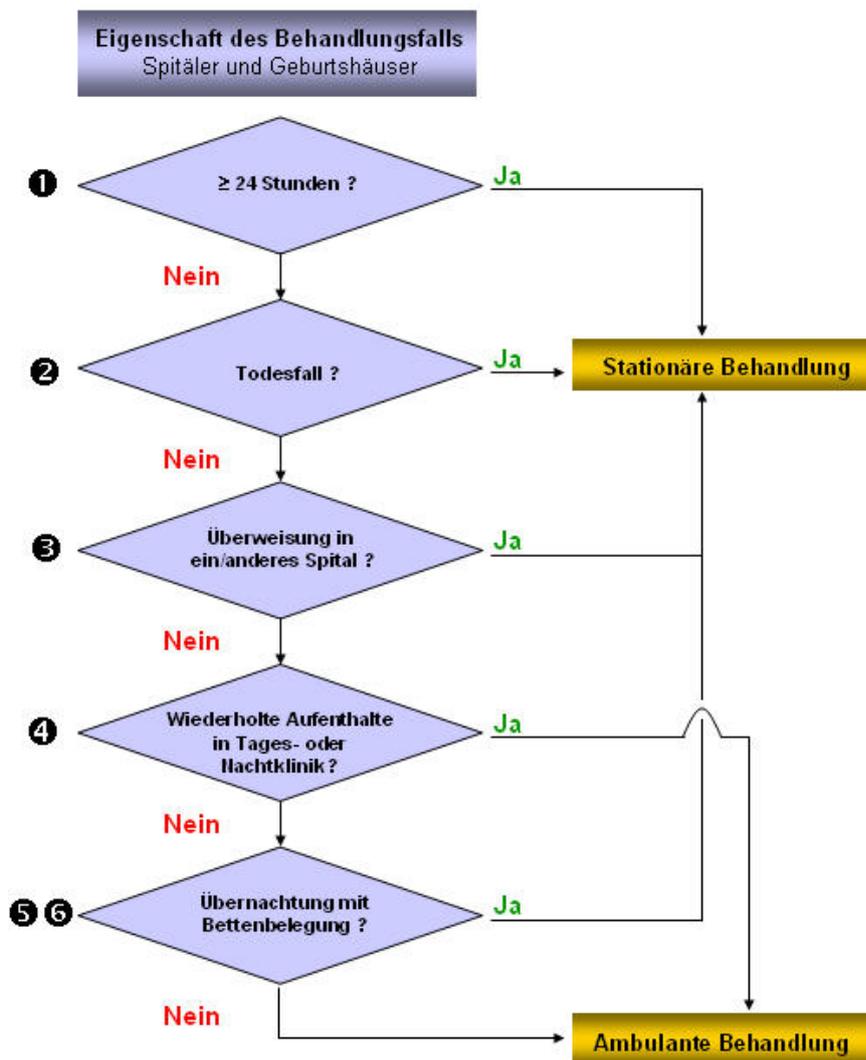
Erläuterungen zu den Abgrenzungskriterien

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

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

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

Abbildung 4: Entscheidungsablauf stationär oder ambulant



©H+ die Spitäler der Schweiz

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, spitalbasierte Schmerzbehandlungen oder Physiotherapie gelten als ambulante Behandlung.

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

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

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

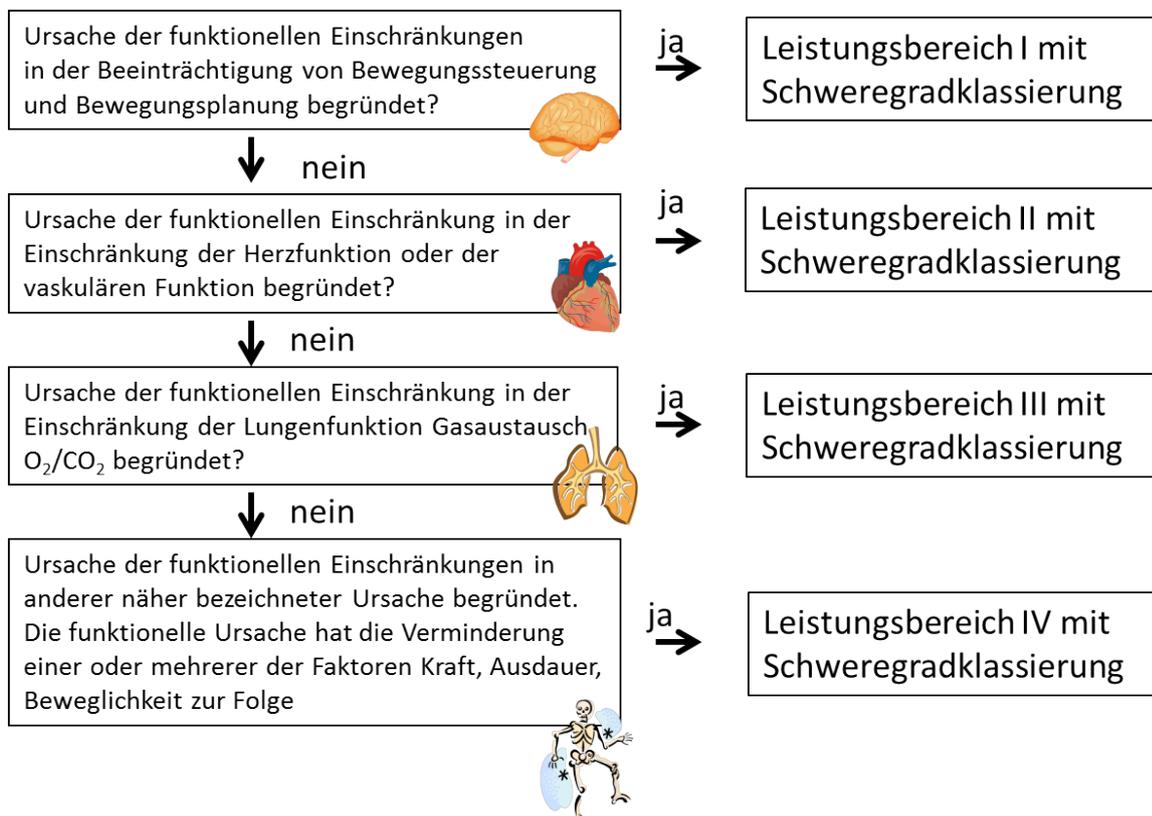
4.2 Definition der vier Leistungsbereiche

Es werden folgende vier Leistungsbereiche unterschieden:

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

Die Zuteilung eines Patienten auf die vier Leistungsbereiche erfolgt nach einer logischen Fallabfrage, die je nachdem in welchem Bereich die Ursache der funktionellen Einschränkung liegt den Leistungsbereich zuteilt (siehe Abbildung 5). Einschränkung gilt: Falls die Zuordnung der Fallabfrage zu Leistungsbereich II oder Leistungsbereich III führt, muss der Leistungserbringer die Bedingungen der Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV Anhang 1, 11. Rehabilitation, speziell Rehabilitation für Patienten mit Herz-Kreislaufkrankung oder pulmonale Rehabilitation erfüllen.

Abbildung 5: Fallabfrage zur eindeutigen Zuteilung des Leistungsbereichs



4.3 Zusätzliche Markierungen der Patientenwochen

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

Geriatrische und pädiatrische Patienten

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

Rehabilitations-Arten

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

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

Überwachungspflichtige Rehabilitation

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

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 4.1 ersichtlich.
- Aus der Rehabilitationsdiagnose kann unter Beachtung der Kodierrichtlinien gemäss aktuellem Medizinischem Kodierungshandbuch die Hauptdiagnose für die medizinische Statistik des BFS abgeleitet werden. Die Kodierrichtlinien gehen jedoch vor.

Ob die Information „Rehabilitationsdiagnose“ in Zukunft im Gruppierungsprozess verbindlich wird, ist Gegenstand der Entwicklungsarbeit ab dem Jahr 2016. Die Rehabilitationsdiagnose vermittelt den Tarifentwicklern jedoch für die Auswertung der 2016 erhobenen Daten zusätzliche Hinweise, welche dazu beitragen die Vergleichbarkeit der Fälle in den Schweregradgruppen zu beurteilen.

4.4 Erhebungsprozess

Grundsätzlich gelten die klinischen Erhebungsprozesse die im Verfahrenshandbuch von ANQ definiert sind (Version 2017/01, Publikation im Dezember 2016 geplant). Die Schmerzskaala ist nicht in den ANQ-Erhebungen enthalten. Die Schmerzerhebung bezieht sich auf die durchschnittliche Schmerzintensität in den letzten 24 Stunden. Die Frage an den Patienten soll dementsprechend wie folgt gestellt werden: „Bitte geben Sie an, wie ihre durchschnittliche Schmerzintensität in den letzten 24 Stunden war, wobei 0 = kein Schmerz und 10 = die grösstmögliche vorstellbare Schmerzintensität ist.“

4.5 Absenzen

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

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

5 Struktur und Format der Daten

Folgende vier Datensätze sind zu erstellen: MB, RE, CC und die Zusatzdatenerhebung (siehe auch Abschnitt 2, Seite 5). Diese vier Datensätze umfassen fallbezogene Informationen (Eigenschaften der Patienten und Inanspruchnahme von Leistungen). Neben diesen fallbezogenen Daten sind betriebsbezogene Daten zu liefern, welche die Beurteilung der Datenqualität vereinfachen und vereinheitlichen. Dazu wurde ein Fragebogen zur Datenerhebung erstellt. Neben diesem Fragebogen ist auch eine Meldung zur Datenlieferung nötig. Somit sind insgesamt sechs Datenfiles an die ZHAW zu liefern. Abbildung 6 zeigt die sechs Datenfiles im Überblick.

Abbildung 6: Überblick aller zu liefernden Datenfiles

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

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

5.1 Grundprinzipien der fallbezogenen Daten

5.1.1 Datenformat

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

5.1.2 Format der Datumsangaben

Daten werden im Format JJJJMMTT angegeben.

5.1.3 Format der Angaben zu den wöchentlichen Leistungsminuten

Zeiten werden in Minuten aufgeführt (keine Nachkommastellen).

5.1.4 Format der Kostendaten

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

5.1.5 Verbindungsvariable (eindeutige Fallidentifikation)

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

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

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

5.2 MB-Datensatz

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

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

- Die Zeile enthält die administrativen und medizinischen Angaben (9 erste Diagnosen und 9 erste Behandlungen).
- Zudem enthält die Zeile 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. Diese Verbindungsnummer ist notwendig, um die verschiedenen Datenzeilen eines Falles miteinander verbinden zu können.

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

5.3 RE-Datensatz

5.3.1 Erhebungszeitpunkt der wöchentlichen Daten

Seit dem 1.1.2016 müssen die wöchentlichen Erhebungen relativ zum Klinikeintritt durchgeführt werden. Konkret bedeutet dies: Die erste Erhebung muss innerhalb der ersten 3 Tage nach Klinikeintritt erfolgen und die weiteren Erhebungen dann jeweils am gleichen Wochentag wie der Klinikeintritt (Toleranz: +1 Tag). Bei Eintritt Samstag beträgt die Toleranz +2 Tage (d.h. Montag als Messtag ist zulässig). Diese Vorgaben bezüglich des Erhebungszeitpunkts relativ zum Klinikeintritt werden in Abbildung 7 illustriert.

Abbildung 7: Illustration der Vorgaben mit einem Erhebungstag relativ zum Klinikeintritt an 5 Beispielpatienten

	Woche 1							Woche 2							Woche 3							
	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	
Pat 1		Di	Mi						Di							Di						
	7 Tage							7 Tage							4 Tage							
Pat 2		Di							Di							Di						
	7 Tage							7 Tage							2 Tage							
Pat 3						So																
	7 Tage																					
Pat 4						Sa																
	7 Tage							7 Tage														
	Bei Eintritt am Sa oder So kann der Mo auch in den Folgewochen der Erhebungstag sein.																					
Pat 5				Do		Sa																
	7 Tage							7 Tage														

Erhebung an diesem Tag
 Toleranztage

Bei ST Reha werden die Kosten einer Aufenthaltswoche anhand der zu Beginn dieser Aufenthaltswoche erhobenen Assessments prognostiziert. Deshalb ist grundsätzlich die Austrittsmessung von ANQ für ST Reha nicht relevant. Eine Ausnahme gibt es jedoch: Dauert die letzte Aufenthaltswoche im RE-Datensatz nur 1 Tag (d.h. der Austrittstag fällt auf den Erhebungsrhythmus) soll die für ANQ vorgenommene Austrittsmessung für ST Reha verwendet werden. Ist keine passende ANQ-Austrittsmessung verfügbar, weil die Assessments an einem anderen Tag als dem Austrittstag erhoben wurden (Stichwort ANQ Toleranztage) oder die Assessments nicht mit den ANQ-Vorgaben übereinstimmen (FIM/EBI werden bei

ANQ für die Bereiche Kardio und Pulmo nicht verlangt) kann das letzte verfügbare Assessment auf diese letzte Aufenthaltswoche übertragen werden.

Sind durch allfällige Absenzen keine wöchentlichen Assessments betroffen, laufen die wöchentlichen Messungen normal weiter, relativ zum ursprünglichen Eintritt. Sind jedoch durch Absenzen Assessments betroffen, die hätten durchgeführt werden sollen, wird die Erhebung der Assessments bei Wiedereintritt nach der Absenz weiter geführt und der zweite Wiedereintritt gilt dann weiter als relativer Zeitpunkt für die nachfolgenden wöchentlichen Messungen. Dadurch kann es also sein, dass die Erhebungen vor der Absenz an einem anderen Wochentag stattgefunden haben als nach der Absenz. Die Erklärung ist in diesem Fall aber über die lange Absenz, dokumentiert in Variable 7.02.V12 „Absenzen“, gegeben. Zudem gelten die Vorgaben von REKOLE® (Wiedereintritt wegen Verlegung: Neuer Fall, wenn der Aufenthalt im Akutspital länger als 14 Tage dauert. Kein neuer Fall nach Urlaub unabhängig von der Dauer).

5.3.2 Lieferformat wöchentliche Rehabilitations-Daten

Für jede Aufenthaltswoche des Patienten enthält der Datensatz eine RE-Zeile mit **je 97 Feldern (Spalten)**:

- Feld 1 macht Zeile als RE-Zeile erkenntlich
- Feld 2 mit BUR Nummer der Klinik
- Feld 3 kennzeichnet, ob in der Erhebungswoche die Leistungs- und Kostendaten erhoben wurden
- Feld 4 mit klinikinterner Fallnummer zur eindeutigen Fallidentifikation.
- Feld 5 mit Information zum Leistungsbereich (entspricht Ergebnis aus Fallabfrage)
- Feld 6 zeigt ob es sich um einen geriatrischen Patienten handelt
- Feld 7 zeigt ob es sich um einen pädiatrischen Patienten handelt
- Felder 8-10 geben Auskunft bezüglich dem Rehabilitationsbereich (nach DefReha[®])
- Feld 11 zeigt ob es sich um einen überwachungspflichtigen Patienten handelt
- Feld 12 mit Datum zum Beginn der Erhebungswoche
- Felder 13-14 informieren, ob der Patient in der Erhebungswoche eingetreten oder ausgetreten ist
- Feld 15 informiert ob der Patient während der Erhebungswoche eine oder mehrere Absenzen >24 Stunden hatte
- Feld 16 enthält die Rehabilitationsdiagnose
- Felder 17-18 sind Reservfelder
- Felder 19-40 mit FIM Items (je nach Klinik auch EBI statt FIM)
- Felder 41-57 mit EBI Items (je nach Klinik auch FIM statt EBI)
- Felder 58-72 mit CIRS Items (nur bei Leistungsbereich Neurologisch, Kardiovaskulär oder Andere)
- Felder 73-74 mit Schmerzskala (nur bei Leistungsbereich Andere)
- Felder 73-74 mit 6 Minuten-Gehtest (nur bei Leistungsbereich Pulmonal)
- Felder 75-94 SCIM (nur für Patienten mit der Rehabilitationsart „Paraplegiologische Rehabilitation“)
- Felder 95-109 mit wöchentlichen Leistungen nach Berufsgruppen
- Felder 110-115 werden ab der Datenerhebung 2016 leer gelassen

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

5.4 CC Datensatz

Diese Anleitungen entsprechen denen der SwissDRG AG für die Datenerhebung 2016 in den Akutspitälern (SwissDRG AG 2015). Da sie für somatische Krankenhäuser entwickelt wurden, umfassen sie auch einige Kostenpositionen, die für Rehabilitations-Kliniken nicht relevant sind und so auch nicht beachtet werden müssen (z.B. Implantate).

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

5.4.1 Nicht anrechenbare Kosten

Als nicht anrechenbar werden jene Kosten definiert, welche keine dem KVG-Leistungskatalog entsprechenden Leistungen darstellen. Somit sind Kosten zu Lasten der Patienten¹, patientenfremde Kosten², Primärtransporte oder weitere nicht rückerstattete Leistungen aus den Fallkosten auszuscheiden.

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

5.4.2 Medikamente, Implantate und medizinisches Material

Beachten Sie bitte auch Kapitel 5.5 Zusatzdatenerhebung, welche bestimmte Medikamente ergänzend erfasst.

In der Kostenkomponente v10 ist das Total der Medikamente-Kosten zu erfassen.

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

¹ Z.B. Fernsehen, Mineralwasser, usw.

² Z.B. Cafeteria oder weitere Leistungen an das Personal oder an Dritte

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

5.4.3 Anlagennutzungskosten (ANK)

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

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

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

Von der SwissDRG AG wird die in REKOLE[®] beschriebene Methode gefordert. Dies gilt ebenfalls für ST Reha. Die Eckwerte und Regeln zur Ermittlung der Anlagennutzungskosten nach REKOLE[®] sind auf der SwissDRG AG Internetseite aufgeschaltet: [Eckwerten und Regeln zur Ermittlung der Anlagennutzungskosten \(ANK\) nach REKOLE[®]](#)

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

5.4.4 Universitäre Lehre und Forschung (uL&F)

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

5.4.5 Lieferung private und halbprivate Fälle³

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

- Der Teil der Kosten, die durch die Zusatzversicherung getragen werden, werden vorab abgezogen (Teil der Honorare, welche von der Zusatzversicherung getragen werden,

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

eventuell die von der privaten oder halbprivaten Liegeklasse bedingten Zusatzkosten der Hotellerie oder Pflege);

oder

- Die Honorare werden ausführlich nach Art des behandelnden Arztes (d.h. gemäss Format im Anhang 10.3) geliefert.

5.4.6 Arzthonorare

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

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

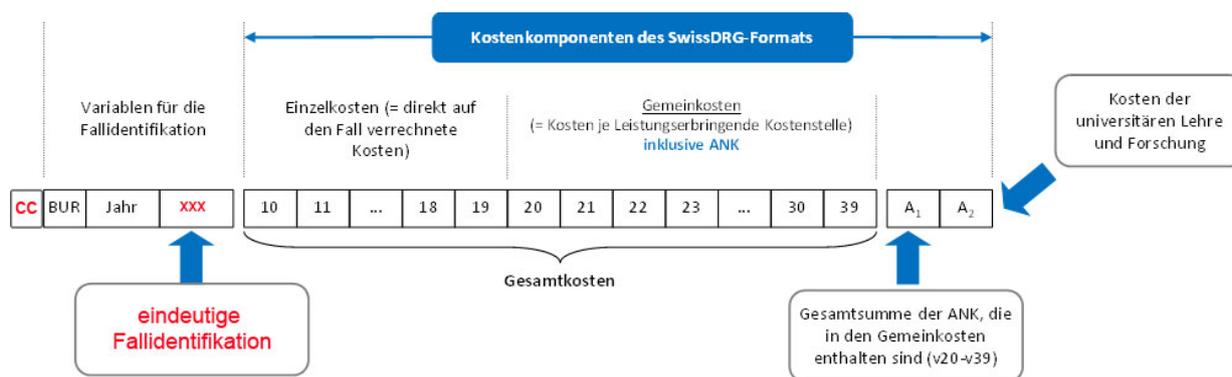
5.4.7 Lieferformat Fallkosten

Die Kostendatei enthält 29 Variablen (siehe auch Abbildung 8, Seite 21):

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

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

Abbildung 8: Fallkosten gemäss Anleitung der SwissDRG AG



SwissDRG AG[®] (angepasst)

5.5 Zusatzdatenerhebung

Das Ziel der Zusatzdatenerhebung ist es, „rehabilitationsfremde“ und/oder sehr teure Leistungen separat zu erheben, damit datenbasierte Vorschläge zur Abbildung dieser Leistungen in der Tarifstruktur gemacht werden können. Die Zusatzdatenerhebung stellt hohe Anforderungen an die Kliniken, weil die zu erfassenden Leistungen mehrheitlich, aber nicht abschliessend, definiert sind. Deshalb wird an dieser Stelle präzisiert: Als „rehabilitationsfremde“ Leistungen gelten therapeutische und diagnostische Leistungen, die nicht zur Rehabilitationsleistung oder zum primär eingeteilten Leistungsbereich gehören (z.B. HIV-Medikamente während einer neurologischen Rehabilitation). Zusätzlich gelten als „sehr teure“ Leistungen alle therapeutischen und diagnostischen Leistungen, die über den ganzen Rehabilitationsfall durchschnittliche Tageskosten > CHF 75.00 verursachen (Berechnungsbeispiele: Aufenthalt 14 Tage, Meldung der Leistung wenn Fallkosten dieser Leistung > CHF 1050.00; Aufenthalt 21 Tage, Meldung der Leistung wenn Fallkosten dieser Leistung > CHF 1575.00).

Die Zusatzdatenerhebung lehnt sich stark an die Zusatzdatenerhebung von SwissDRG AG für den akutsomatischen Bereich. Die betroffenen Leistungen wurden vom Steuerungsausschuss definiert und können der separaten Excel-Datei entnommen werden. Die Erhebung erfolgt auf Fallebene. In der Erfassungsdatei der Zusatzdatenerhebung sind die Medikamente in Gruppen gegliedert und den ATC-Codes zugeordnet.

Die Zusatzdatenerhebung richtet den Fokus auf Materialeleistungen. Dabei sollen die Einstandspreise dokumentiert werden (siehe auch „Dokumentation zur SwissDRG Erhebung 2016“, Kapitel „7. Detailerhebung“, zu finden unter folgendem Link: http://www.swissdrq.org/assets/pdf/Erhebung_2016/160129_SwissDRG_Erhebung_2016_d.pdf). Personalleistungen werden im RE-Datensatz erhoben.

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

Diese Excel-Datei ist hier zu finden: www.swissdrq.org → Rehabilitation → Datenerhebung → Informationen zur Datenerhebung

5.6 Fragebogen zur Datenerhebung

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

Dieser Fragebogen ist hier zu finden: www.swissdrq.org → Rehabilitation → Datenerhebung → Informationen zur Datenerhebung

5.7 Erhebungsbogen zur Ermittlung der Kostensätze

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

Diese Excel-Datei ist hier zu finden: www.swissdrq.org → Rehabilitation → Datenerhebung → Informationen zur Datenerhebung

5.8 Meldung der Datenlieferung

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

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

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

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

6 Zeitpunkt und Umfang der Datenlieferung

Für die Daten des Jahres 2017 sind folgende Lieferungen vorgesehen:

erhobene Daten aller Patienten im Zeitraum	Art der zu liefernden Patientendaten	Zeitpunkt der Lieferung
1.1.2017 bis 31.12.2017 (ganzes Jahr)	RE-Zeilen MB-Zeilen	bis 1.3.2018
1.1.2017 bis 31.12.2017 (ganzes Jahr)	CC-Zeilen Zusatzdatenerhebung Fragebogen Erhebungsbogen Kostensätze	bis 1.5.2018

7 Datenschutz

Die Erhebung unterliegt dem Datenschutzkonzept der SwissDRG AG.

8 Übermittlung der Daten an die ZHAW

Die Namen der übermittelten Dateien werden folgendermassen festgelegt:

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

Also zum Beispiel: Valens_RE_20120822.txt

9 Kontakt

Für weitere Informationen wenden Sie sich bitte an:

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

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

10 Anhang: Format Datenlieferung

10.1 Format Medizinische Statistik BFS (MB Datensatz)

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

10.2 Format wöchentliche Assessments (RE Datensatz)

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

12	7.02.V09	Datum Beginn Erhebungswoche (JJJJMMTT)	N (8)	20150601		Jeder beliebige Wochentag, je nach Klinikeintritt
13	7.02.V10	Eintrittsdatum falls Eintritt in Erhebungswoche (JJJJMMTT)	N (8)	20150601		Muss leer sein, falls Eintritt nicht in Erhebungswoche stattgefunden hat
14	7.02.V11	Austrittsdatum falls Austritt in Erhebungswoche (JJJJMMTT)	N (8)	20150601		Muss leer sein, falls Austritt nicht in Erhebungswoche stattgefunden hat
15	7.02.V12	Absenzen (Anzahl Stunden in Erhebungswoche)	N (3)	48		Anzahl vollendete Stunden falls eine oder mehrere Absenz(en) >24 Stunden in Erhebungswoche bei bleibender Platzreservierung betragen hat. Nur eintragen wenn die Absenz ohne Rehabilitationsleistungen erfolgt 0 falls ≤24 Stunden
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 (JJJJMMTT)	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	
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		Nur bei Leistungsbereich Neurologisch, Kardiovaskulär und Andere
59	7.06.V02	Herz ausschliesslich	N (1)		0 bis 4	
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	
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	Endokrinium, 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 Pulmonal
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 bei Patienten mit der Rehabilitationsart „Paraplegiologische Rehabilitation“
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	Blasenmanagement	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 Leistungsmi- nuten in Erhebungswo- che
96	7.10.V02	Aerzte (Minuten in Erhebungswoche)	N (5)			auf ganze Minuten gerundet 0 falls keine Leistungsmi- nuten in Erhebungswo- che
97	7.10.V03	Physiotherapie (Minuten in Erhebungswoche)	N (5)			auf ganze Minuten gerundet 0 falls keine Leistungsmi- nuten in Erhebungswo- che
98	7.10.V04	Bewegungs-/Sporttherapie (Minuten in Erhebungswoche)	N (5)			auf ganze Minuten gerundet 0 falls keine Leistungsmi- nuten in Erhebungswo- che
99	7.10.V05	Ergotherapie (Minuten in Erhebungswoche)	N (5)			auf ganze Minuten gerundet 0 falls keine Leistungsmi- nuten in Erhebungswo- che
100	7.10.V06	Atemtherapie (Minuten in Erhebungswoche)	N (5)			auf ganze Minuten gerundet 0 falls keine Leistungsmi- nuten in Erhebungswo- che
101	7.10.V07	Neuropsychologie (Minuten in Erhebungswoche)	N (5)			auf ganze Minuten gerundet 0 falls keine Leistungsmi- nuten in Erhebungswo- che
102	7.10.V08	klinische Psychologie (Minuten in Erhebungswoche)	N (5)			auf ganze Minuten gerundet 0 falls keine Leistungsmi- nuten in Erhebungswo- che
103	7.10.V09	Logopädie (Minuten in Erhebungswoche)	N (5)			auf ganze Minuten gerundet 0 falls keine Leistungsmi- nuten in Erhebungswo- che
104	7.10.V10	Diabetesberatung (Minuten in Erhebungswoche)	N (5)			auf ganze Minuten gerundet 0 falls keine Leistungsmi- nuten in Erhebungswo- che

105	7.10.V11	Ernährungsberatung (Minuten in Erhebungswoche)	N (5)			auf ganze Minuten gerundet 0 falls keine Leistungsmi- nuten in Erhebungswo- che
106	7.10.V12	Herzinsuffizienzberatung (Minuten in Erhebungswoche)	N (5)			auf ganze Minuten gerundet 0 falls keine Leistungsmi- nuten in Erhebungswo- che
107	7.10.V13	Traditionelle Chinesische Medizin (Minuten in Erhebungswoche)	N (5)			auf ganze Minuten gerundet 0 falls keine Leistungsmi- nuten in Erhebungswo- che
108	7.10.V14	Sozialdienst (Minuten in Erhebungswoche)	N (5)			auf ganze Minuten gerundet 0 falls keine Leistungsmi- nuten in Erhebungswo- che
109	7.10.V15	übrige Therapien (Minuten in Erhebungswoche)	N (5)			auf ganze Minuten gerundet 0 falls keine Leistungsmi- nuten in Erhebungswo- che
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

10.3 Format Fallkostendatei (CC Datensatz)

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

* Nur die Honorare aus 405 (siehe REKOLE[®], Kontenrahmen H+)
** Ohne Honorare (siehe REKOLE[®], Kontenrahmen H+)
*** Ohne Kosten Primärtransporte

11 Auszug Kodierungshandbuch BFS

Medizinisches Kodierungshandbuch - Der offizielle Leitfaden der Kodierrichtlinien in der Schweiz - Vorabversion 2017 (Bundesamt für Statistik 2016)

D15c Verlegungen

Verlegung zur Weiterbehandlung

Wird ein Patient zur **Weiterbehandlung (Nachbehandlung)** in ein anderes Spital verlegt (unabhängig ob **akut-somatisch** oder **Rehabilitation/Rekonvaleszenz, Psychiatrie oder Spezialklinik**), so hat jedes Spital einen separaten Fall zu kodieren.

Als Hauptdiagnose kodiert das aufnehmende Spital die Grundkrankheit/Verletzung, welche die Indikation zur **Weiterbehandlung** darstellt, der Hauptanlass zur Verlegung war. Bei Vorliegen mehrerer möglichen Diagnosen, wird die Wahl der Hauptdiagnose unter entsprechender Anwendung der Hauptdiagnosendefinition (Regel G52) getroffen.

Die Tatsache, dass es eine **Nachbehandlung** ist, wird mit einem folgender Z-Kodes in der ersten Nebendiagnose abgebildet: Z47.– *Andere orthopädische Nachbehandlung*, Z48.– *Andere Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff*, Z50.–*! Rehabilitationsmassnahmen*, Z51.– *Sonstige medizinische Behandlung* oder Z54.–*! Rekonvaleszenz*.

Zur Kodierung aller übrigen Diagnosen sind die Kodierungsrichtlinien des Kodierungshandbuches anzuwenden.

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	Fraktur
ND	Z47.8	Sonstige näher bezeichnete orthopädische Nachbehandlung

Beispiel 2

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

Spital B kodiert:

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

Beispiel 3

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

Reha-Klinik kodiert:

HD	M16.1	Sonstige primäre Koxarthrose
L	1	
ND	Z50.–!	Rehabilitationsmassnahmen
ND	Z96.64	Vorhandensein einer Hüftgelenkprothese
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 Gelenkprothese
L 1 Fakultativ, da in dieser Konstellation die Lokalisation der Prothese nicht möglich ist.
ND Z50.-! Rehabilitationsmassnahmen
ND Z96.64 Vorhandensein einer Hüftgelenkprothese
L 1

Beispiel 5

Patient kommt zum perkutanen Mitralklappenersatz ins Zentrumspital. Post-operativ manifestiert sich ein Hirninfarkt mit Hemisyndrom, wahrscheinlich aufgrund einer perioperativen Embolie. Zur **Weiterbehandlung des Hirninfarktes mit Hemisyndrom** wird der Patient ins Regionalspital verlegt, die Einstichstelle des Mitralklappenersatzes wird überwacht, die Fadenentfernung wird durchgeführt.

Zentrumspital kodiert:

HD Mitralklappeninsuffizienz
ND Hirninfarkt durch Embolie
ND Hemisyndrom
ND Äussere Ursache

Regionalspital kodiert:

HD Hirninfarkt durch Embolie
ND Hemisyndrom
ND Z51.88 Sonstige näher bezeichnete medizinische Behandlung
ND Mitralklappeninsuffizienz
ND Z48.8 Sonstige näher bezeichnete Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff
ND Z95.2 Vorhandensein einer künstlichen Herzklappe

Beachte: Verlegt wird zur Weiterbehandlung des Hemisyndroms infolge des Hirninfarkts (beachte auch S0601).

12 Literatur

ANQ (2015). Nationaler Messplan Rehabilitation (Modul 2 und Modul 3): Verfahrenshandbuch. Version 2016/01, Publikation im November 2015 geplant.

ANQ (2015). Nationaler Messplan Rehabilitation (Modul 2 und Modul 3). Datenhandbuch Version 3.0.

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

BFS (2016). Medizinisches Kodierungshandbuch - Der offizielle Leitfaden der Kodierrichtlinien in der Schweiz - Vorabversion 2017. Neuchâtel, Bundesamt für Statistik.

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

H+ Die Spitäler der Schweiz (2013). Rekole[®] Betriebliches Rechnungswesen im Spital. 4. Ausgabe

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

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

SwissDRG AG (2015). Dokumentation zur SwissDRG-Erhebung 2016