

## 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

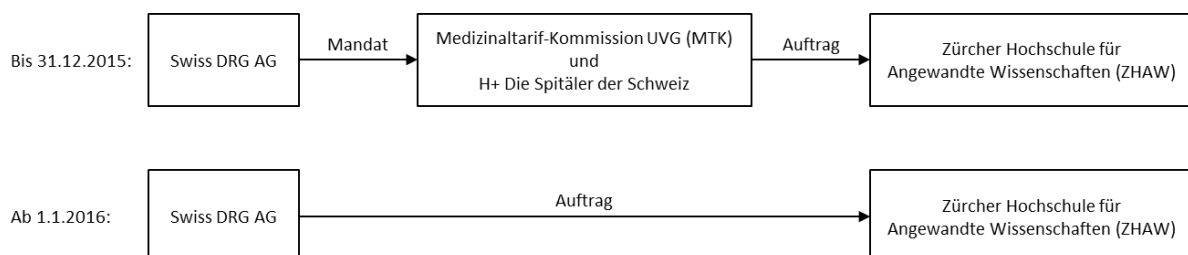
|       |  |    |
|-------|--|----|
| 1     | Einführung.....  | 3  |
| 2     | Überblick der Änderungen gegenüber den Vorgaben der Vorversionen ..... | 5  |
| 2.1   | Version 0.11.1 .....   | 5  |
| 2.2   | Version 0.12.1 .....   | 5  |
| 3     | Überblick der zu erhebenden Daten .....                                | 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<br>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**

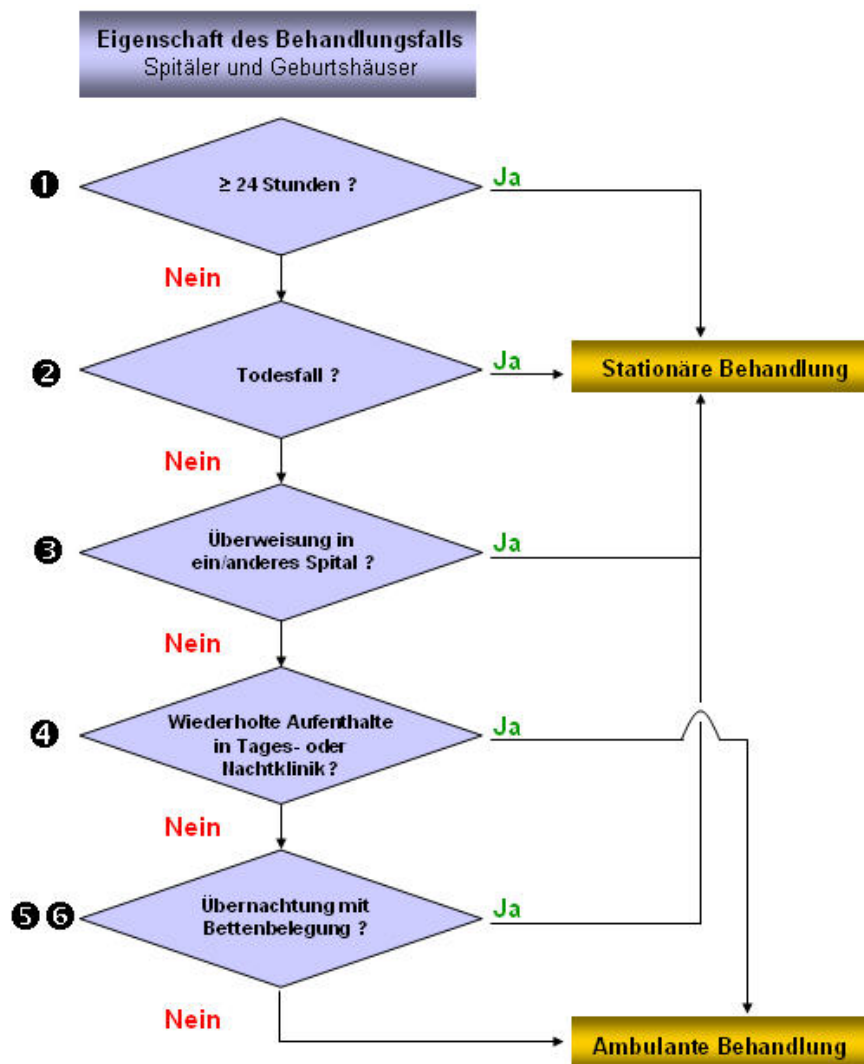
Das Kriterium ❶ „≥ 24 Stunden“ bedeutet, dass der Patient mindestens 24 Stunden im Spital oder im Geburtshaus bleibt.

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 Nachtkliniken“ ist ein medizinischer Entscheid und ist Bestandteil des Therapieplans eines Patienten. Wiederholte Aufenthalte in Tages- oder Nachtkliniken im Bereich der Psychiatrie sowie wiederholte Aufenthalte im Rahmen von anderen medizinischen und therapeutischen Leistungsbereichen wie zum Beispiel Chemo oder Radiotherapien, Dialysen, 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.

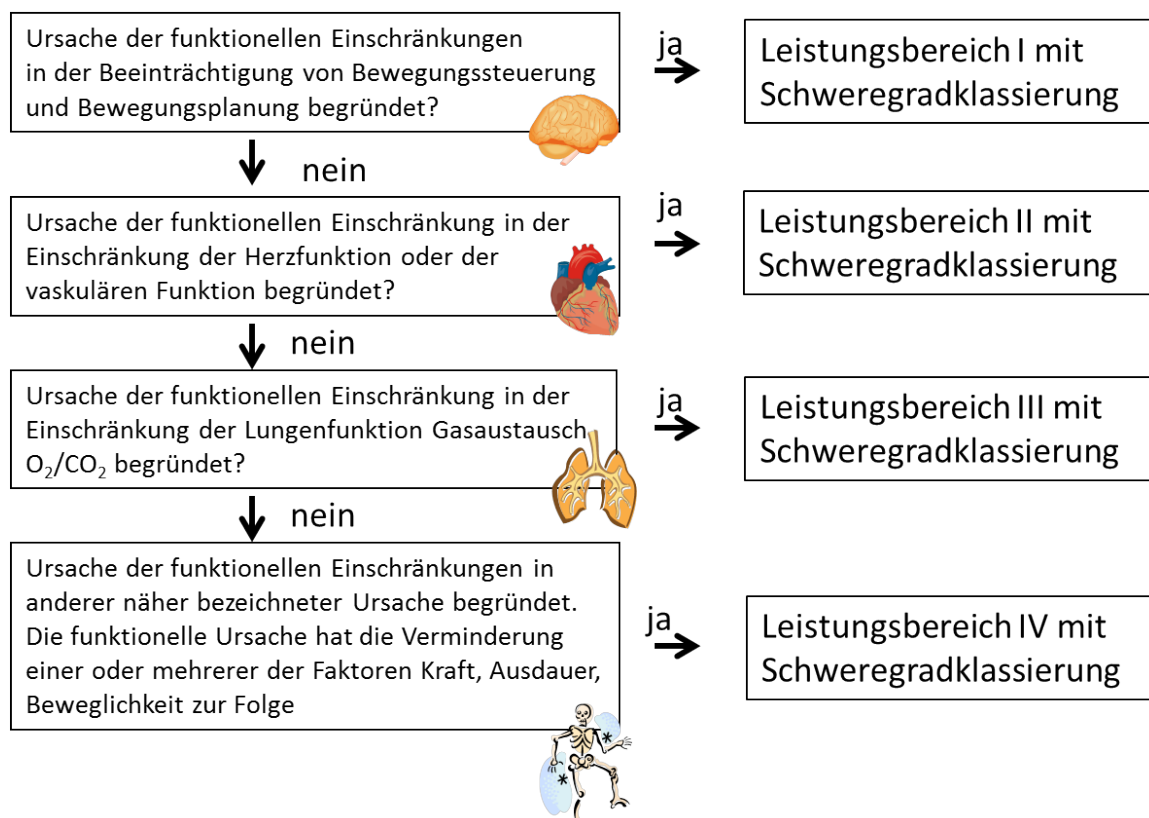
## 4.2 Definition der vier Leistungsbereiche

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

## 4.5 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 **klinikinterne Fallnummer** verwendet.

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

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

## 5.2 MB-Datensatz

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

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

- Die Zeile enthält die administrativen und medizinischen Angaben (9 erste Diagnosen und 9 erste Behandlungen).
- 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 |    | Mo      |    |    |    |    |    | Sa |         | Mo |    |    |    |    |    |  |
|   | 7 Tage  |    |    |    |    |    |    | 7 Tage  |    |    |    |    |    |    |         |    |    |    |    |    |    |  |
| Bei Eintritt am Sa oder So kann der Mo auch in den Folgewochen der Erhebungstag sein. |         |    |    |    |    |    |    |         |    |    |    |    |    |    |         |    |    |    |    |    |    |  |
| Pat 5   |         |    |    | Do |    | Sa |    |         |    |    | Do |    |    |    |         |    |    |    |    |    |    |  |
|   | 7 Tage  |    |    |    |    |    |    | 7 Tage  |    |    |    |    |    |    |         |    |    |    |    |    |    |  |

Erhebung an diesem Tag

Toleranztage

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<sup>®</sup>)
- Feld 11 zeigt ob es sich um einen überwachungspflichtigen Patienten handelt
- Feld 12 mit Datum zum Beginn der Erhebungswoche
- Felder 13-14 informieren, ob der Patient in der Erhebungswoche eingetreten oder ausgetreten ist
- Feld 15 informiert ob der Patient während der Erhebungswoche eine oder mehrere Absenzen >24 Stunden hatte
- Feld 16 enthält die Rehabilitationsdiagnose
- Felder 17-18 sind Reservefelder
- 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 Patienten<sup>1</sup>, patientenfremde Kosten<sup>2</sup>, Primärtransporte oder weitere nicht rückerstattete Leistungen aus den Fallkosten auszuschneiden.

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

---

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

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

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

### **5.4.3 Anlagenutzungskosten (ANK)**

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

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

Die Kalkulation der Schweregradklassen muss den effektiven Ressourcenverbrauch der Anlagenutzung 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 Anlagenutzungskosten nach REKOLE® sind auf der SwissDRG AG Internetseite aufgeschaltet: [Eckwerten und Regeln zur Ermittlung der Anlagenutzungskosten \(ANK\) nach REKOLE®](#)

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

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

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

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

Bei der Lieferung von privaten und halbprivaten Fällen (als Teilmenge aller Fälle) wird zur Abgrenzung der sogenannt 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,

---

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

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 Arzt honorare**

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.

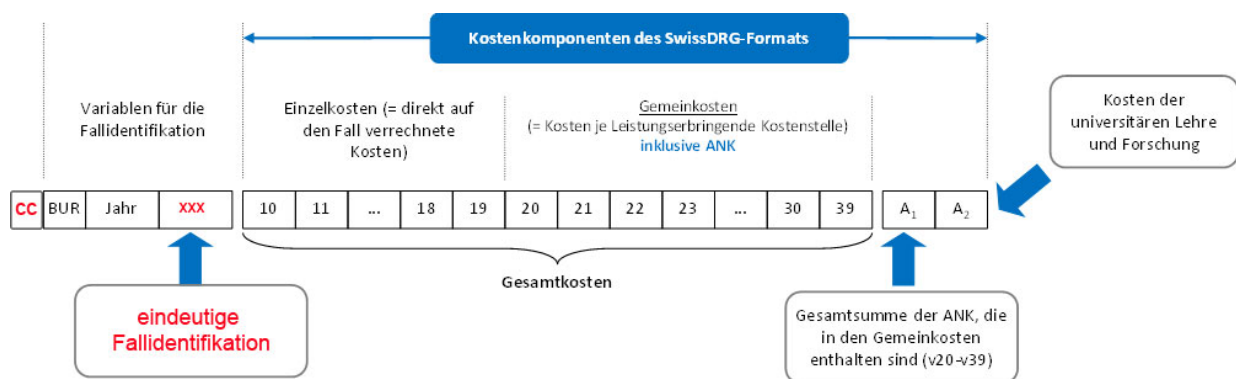
#### **5.4.7 Lieferformat Fallkosten**

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<sup>®</sup> (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.swissdrg.org/assets/pdf/Erhebung\\_2016/160129\\_SwissDRG\\_Erhebung\\_2016\\_d.pdf](http://www.swissdrg.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.swissdrg.org](http://www.swissdrg.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](http://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](http://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<br>(ganzes Jahr)   | RE-Zeilen<br>MB-Zeilen   | bis 1.3.2018            |
| 1.1.2017 bis 31.12.2017<br>(ganzes Jahr)   | CC-Zeilen<br>Zusatzdatenerhebung<br>Fragebogen<br>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   | Aufenthaltssort vor dem Eintritt                          | N (1)   |            |                                 |
| 18       | 1.2.V03   | Eintrittsart  | N (1)   |            |                                 |
| 19       | 1.2.V04   | Einweisende Instanz                                       | N (1)   |            |                                 |
| 20       | 1.3.V01   | Behandlungsart  | N (1)   |            |                                 |
| 21       | 1.3.V02   | Klasse  | N (1)   |            |                                 |
| 22       | 1.3.V03   | Aufenthalt in einer Intensivstation (vollendete Stunden ) | N (4)   | 0          |                                 |
| 23       | 1.3.V04   | Administrativer Urlaub und Ferien (vollendete Stunden )   | N (4)   |            |                                 |
| 24       | 1.4.V01   | Hauptkostenstelle   | AN (4)  | M950       |                                 |
| 25       | 1.4.V02   | Hauptkostenträger für Grundversicherungsleistungen        | N (1)   |            |                                 |
| 26       | 1.5.V01   | Austrittsdatum und -Stunde (JJJJMMTThh )                  | N (10)  |            |                                 |
| 27       | 1.5.V02   | Entscheid für Austritt                                    | N (1)   |            |                                 |
| 28       | 1.5.V03   | Aufenthalt nach Austritt                                  | N (1)   |            |                                 |
| 29       | 1.5.V04   | Behandlung nach Austritt                                  | N (1)   |            |                                 |
| 30       | 1.6.V01   | Hauptdiagnose   | AN (5)  |            |                                 |
| 31       | 1.6.V02   | Zusatz zu Hauptdiagnose                                   | AN (5)  |            |                                 |
| 32       | 1.6.V03   | 1. Nebendiagnose  | AN (5)  |            |                                 |
| ...      | 1.6.V0... | ...   | AN (5)  |            |                                 |
| 39       | 1.6.V10   | 8. Nebendiagnose  | AN (5)  |            |                                 |
| 40       | 1.7.V01   | Hauptbehandlung   | AN (5)  |            |                                 |
| 41       | 1.7.V02   | Beginn der Hauptbehandlung (JJJJMMTThh )                  | N (10)  |            |                                 |
| 42       | 1.7.V03   | 1. weitere Behandlung                                     | AN (5)  |            |                                 |
| ...      | 1.7.V...  | ...   | AN (5)  |            |                                 |
| 50       | 1.7.V11   | 9. weitere Behandlung                                     | AN (5)  |            |                                 |
| 51       | FID       | Fallidentifikationsnummer                                 | AN(16)  | 1122334455 | klinikerne Fallnummer           |

## 10.2 Format wöchentliche Assessments (RE Datensatz)

| Nr. | Variable   | Beschreibung   | Format | Beispiel   | Wertebereich | Bemerkungen  |
|-----|------------|--|--------|------------|--------------|--|
| 1   | 7.01.V01   | Rekordart  | N (2)  | RE         | RE           |  |
| 2   | 7.01.V02   | Betriebsnummer (BUR-Satellit Gesundheit)                   | AN(8)  |            |              |  |
| 3   | 7.01.V03   | Erhebung von Leistungs- und Kostendaten in Referenzwoche   | N (1)  | 0          | 0 1          | 0=nein; 1=ja   |
| 4   | <b>FID</b> | <b>Fallidentifikationsnummer FID</b>                       | AN(16) | 1122334455 |              | <b>klinikerinterne Fallnummer</b>  |
| 5   | 7.02.V02   | Leistungsbereich - Ergebnis aus Fallabfrage                | N (1)  | 1          |              | 1=Neurologische Rehabilitation;<br>2=Kardiovaskuläre Rehabilitation; 3=Pulmonale Rehabilitation;<br>4=Andere Rehabilitation  |
| 6   | 7.02.V03   | Geriatrischer Patient                                      | N (1)  | 1          | 0 1          | 0=nein; 1=ja<br>Ja, falls ein Facharzt Geriatrie an der Leistungserbringung beteiligt  |
| 7   | 7.02.V04   | Pädiatrischer Patient                                      | N (1)  | 0          | 0 1          | 0=nein; 1=ja<br>Ja, falls ein Facharzt Pädiatrie an der Leistungserbringung beteiligt  |
| 8   | 7.02.V05   | Rehabilitationsart (nach DefReha <sup>®</sup> )            | N (2)  | 4          | 1 - 10       | 1=Geriatrisch<br>2=Internistisch<br>3=Kardiovaskulär<br>4=Muskuloskelettal<br>5=Neurologisch<br>6=Onkologisch<br>7=Pädiatrisch<br>8=Paraplegiologisch<br>9=Psychosomatisch<br>10=Pulmonal<br>99=keine Nennung    |
| 9   | 7.02.V06   | Rehabilitationsart (nach DefReha <sup>®</sup> ) 2. Nennung | N (2)  | 4          | 1 - 10       | 1=Geriatrisch<br>2=Internistisch<br>3=Kardiovaskulär<br>4=Muskuloskelettal<br>5=Neurologisch<br>6=Onkologisch<br>7=Pädiatrisch<br>8=Paraplegiologisch<br>9=Psychosomatisch<br>10=Pulmonal<br>99=keine 2. Nennung |
| 10  | 7.02.V07   | Rehabilitationsart (nach DefReha <sup>®</sup> ) 3. Nennung | N (2)  | 4          | 1 - 10       | 1=Geriatrisch<br>2=Internistisch<br>3=Kardiovaskulär<br>4=Muskuloskelettal<br>5=Neurologisch<br>6=Onkologisch<br>7=Pädiatrisch<br>8=Paraplegiologisch<br>9=Psychosomatisch<br>10=Pulmonal<br>99=keine 3. Nennung |
| 11  | 7.02.V08   | Überwachungspflichtige Rehabilitation                      | N (1)  | 2          | 0 1          | 0=nein; 1=ja<br>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<br>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<br>2=Rollstuhl<br>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<br>2=visuell<br>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<br>2=nonverbal<br>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             |   |
| <b>CIRS (siehe Daten-Handbuch ANQ Version 3.0)</b> |          |   |       |          |                     |   |
| 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             |   |
| <b>6 Minuten-Gehtest</b>                           |          |   |       |          |                     |   |
| 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)<br>0 falls es aus gesundheitlichen Gründen des Patienten nicht möglich ist den Test durchzuführen |
| <b>SCIM</b>  |          |   |       |          |                     |   |
| 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<br>8 10     |   |
| 83   | 7.09.V09 | Blasenmanagement  | N (2) |          | 0 3 6 9<br>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<br>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<br>0 falls keine Leistungsminuten in Erhebungswoche |
| 96         | 7.10.V02 | Aerzte (Minuten in Erhebungswoche)                   | N (5) |  |         | auf ganze Minuten gerundet<br>0 falls keine Leistungsminuten in Erhebungswoche |
| 97         | 7.10.V03 | Physiotherapie (Minuten in Erhebungswoche)           | N (5) |  |         | auf ganze Minuten gerundet<br>0 falls keine Leistungsminuten in Erhebungswoche |
| 98         | 7.10.V04 | Bewegungs-/Sporttherapie (Minuten in Erhebungswoche) | N (5) |  |         | auf ganze Minuten gerundet<br>0 falls keine Leistungsminuten in Erhebungswoche |
| 99         | 7.10.V05 | Ergotherapie (Minuten in Erhebungswoche)             | N (5) |  |         | auf ganze Minuten gerundet<br>0 falls keine Leistungsminuten in Erhebungswoche |
| 100        | 7.10.V06 | Atemtherapie (Minuten in Erhebungswoche)             | N (5) |  |         | auf ganze Minuten gerundet<br>0 falls keine Leistungsminuten in Erhebungswoche |
| 101        | 7.10.V07 | Neuropsychologie (Minuten in Erhebungswoche)         | N (5) |  |         | auf ganze Minuten gerundet<br>0 falls keine Leistungsminuten in Erhebungswoche |
| 102        | 7.10.V08 | klinische Psychologie (Minuten in Erhebungswoche)    | N (5) |  |         | auf ganze Minuten gerundet<br>0 falls keine Leistungsminuten in Erhebungswoche |
| 103        | 7.10.V09 | Logopädie (Minuten in Erhebungswoche)                | N (5) |  |         | auf ganze Minuten gerundet<br>0 falls keine Leistungsminuten in Erhebungswoche |
| 104        | 7.10.V10 | Diabetesberatung (Minuten in Erhebungswoche)         | N (5) |  |         | auf ganze Minuten gerundet<br>0 falls keine Leistungsminuten in Erhebungswoche |

|     |          |   |       |  |  |  |
|-----|----------|---|-------|--|--|--|
| 105 | 7.10.V11 | Ernährungsberatung (Minuten in Erhebungswoche)                | N (5) |  |  | auf ganze Minuten gerundet<br>0 falls keine Leistungsminuten in Erhebungswoche |
| 106 | 7.10.V12 | Herzinsuffizienzberatung (Minuten in Erhebungswoche)          | N (5) |  |  | auf ganze Minuten gerundet<br>0 falls keine Leistungsminuten in Erhebungswoche |
| 107 | 7.10.V13 | Traditionelle Chinesische Medizin (Minuten in Erhebungswoche) | N (5) |  |  | auf ganze Minuten gerundet<br>0 falls keine Leistungsminuten in Erhebungswoche |
| 108 | 7.10.V14 | Sozialdienst (Minuten in Erhebungswoche)                      | N (5) |  |  | auf ganze Minuten gerundet<br>0 falls keine Leistungsminuten in Erhebungswoche |
| 109 | 7.10.V15 | übrige Therapien (Minuten in Erhebungswoche)                  | N (5) |  |  | auf ganze Minuten gerundet<br>0 falls keine Leistungsminuten in Erhebungswoche |
| 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**+<br>480+484+485+486 |
| Gemeinkosten  |          |   |        |            | Muss-Kostenstellen REKOLE®         |
| 14  | v20      | OP Säle   | N (10) |            | (20)                               |
| 15  | v21      | IPS und Intermediate Care (IC)  | N (10) |            | (24)                               |
| 16  | v22      | Notfall   | N (10) |            | (25)                               |
| 17  | v23      | Bildgebende Verfahren und Nuklearmedizin  | N (10) |            | (26) + (28)                        |
| 18  | v24      | Internes Labor (inkl. Blutspende)   | N (10) |            | (29)                               |
| 19  | v25      | Hämodialyse   | N (10) |            | (30)                               |
| 20  | v26      | Ärztschaften  | N (10) |            | (31)                               |
| 21  | v27      | Nicht-medizinische Therapien und Beratung (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Ernährungsberatung, Aktivierungstherapie) | N (10) |            | (32)+(33)+<br>(34)+(35)            |
| 22  | v28      | Medizinische und therapeutische Diagnostik  | N (10) |            | (36)                               |
| 23  | v29      | Pflege  | N (10) |            | (39)                               |
| 24  | v30      | Hotellerie  | N (10) |            | (41)+(42)+<br>(43)                 |
| 25  | v31      | Gebärsaal   | N (10) |            | (27)                               |
| 26  | v32      | Anästhesie  |        |            | (23)                               |
| 27  | v39      | Übrige Leistungserbringer (Patientenadministration; Einsatz-/Notfallzentrale; Rettungsdienst)                                 | N (10) |            | (44)+<br>(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) |            |                                    |
| <p>* Nur die Honorare aus 405 (siehe REKOLE®, Kontenrahmen H+)</p> <p>** Ohne Honorare (siehe REKOLE®, Kontenrahmen H+)</p> <p>*** Ohne Kosten Primärtransporte</p> |          |   |        |            |                                    |

# 11 Auszug Kodierungshandbuch BFS

Medizinisches Kodierungshandbuch - Der offizielle Leitfaden der Kodierrichtlinien in der Schweiz - 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 Gelenkendoprothese                                  |
| 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): Verfahrens-Handbuch. Version 2016/01, Publikation im November 2015 geplant.

ANQ (2015). Nationaler Messplan Rehabilitation (Modul 2 und Modul 3). Daten-Handbuch 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<sup>®</sup> Version1.0 - Stationäre Rehabilitation: Spezialbereiche und Definitionen Ein- und Ausschlusskriterien für die unterschiedlichen Rehabilitationsarten.

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

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

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

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