

Datendefinition:

Inhalt und Format der Datenerhebung

Nationale Messungen stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie
Indikatoren „Symptombelastung“ und „Freiheitsbeschränkende Massnahmen“

01. Oktober 2018 / Version 6.3

Kontaktadresse:

w hoch 2 GmbH
Research, Analysis & Consulting
Kramgasse 5
CH-3011 Bern
auswertungsinstitut@whoch2.ch
031 558 58 63

Inhaltsverzeichnis

1.	Einführung	3
2.	Übersicht und Richtlinien über die zu erhebenden Daten	5
2.1.	Fünf Teil Datensätze	5
2.2.	Falldefinition	5
3.	Struktur und Format der Daten	6
3.1.	Grundprinzipien	6
3.2.	Medizinisch-administrative Daten BFS	7
3.3.	HoNOSCA (Ein- und Austritt)	7
3.4.	HoNOSCA-SR (Ein- und Austritt)	8
3.5.	Freiheitsbeschränkende Massnahmen	8
3.6.	Erhebungen zu Dropouts	9
3.7.	Meldung Datenlieferung	9
3.8.	Auswertungen für Untereinheiten der Klinik	9
4.	Software für Datenerfassung	9
5.	Termine für die Datenlieferung	10
6.	Plausibilisierung der Daten	10
7.	Datenschutz	11
8.	Übermittlung der Daten an das Auswertungsinstitut	11
9.	Kontakt	11
10.	Anhang	12
A1.	Musterdatensatz ANQ (5 Datensätze und 3 Beispiel-Fälle)	12
A2.	Format Minimales Datenset BFS (MB Zeile)	13
A3.	Format Psychiatrie Zusatzdaten BFS (MP Zeile)	15
A4.	Format HoNOSCA Erhebung (PH Zeile)	17
A5.	Format HoNOSCA-SR Erhebung (PS Zeile)	19
A6.	Format Erhebung Freiheitsbeschränkende Massnahmen (FM Zeile)	21
A7.	Meldung Datenlieferung	22
A8.	Unterscheidung stationär / ambulant	23

1. Einführung

Ziel dieses Dokuments ist die Beschreibung des Inhalts und der Form der Datenerhebung der „Nationalen Qualitätsmessung in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie“ des ANQ ab dem 1. Juli 2013.

Hintergrund der nationalen Qualitätsmessungen Psychiatrie

Das schweizerische Krankenversicherungsgesetz verpflichtet die psychiatrischen Kliniken, Qualitätsmessungen durchzuführen. Auf dieser Grundlage werden vom ANQ – Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken – nationale Qualitätsmessungen koordiniert und realisiert. Die Qualitätsmessungen in der stationären Psychiatrie basieren auf dem Umsetzungskonzept des ANQ und stellen einen Konsens seitens der Spitäler (Spitalverband H+ sowie Psychiatrie-Verbände) und der Kostenträger (Kantone, Versicherer) dar.

An wen richtet sich dieses Dokument?

Die vorliegende Datendefinition enthält vor allem technische Aspekte der notwendigen Daten und richtet sich damit vor allem an die ANQ-Projektleitenden in den Kliniken aber auch an die entsprechenden IT-Abteilungen für die technische Umsetzung.

Neben den technischen Informationen bestehen seitens des ANQ die nachfolgend aufgeführten weiteren Dokumente. Für inhaltliche Fragen zur konkreten Umsetzung für Projektleitende und Erfassende sei insbesondere auf das Manual verweisen. Alle Dokumente sind unter auf dem [Webportal](#) des ANQ zu finden.

<i>Dokumentname</i>	<i>Thema</i>	<i>Zielgruppe</i>	<i>Webdownload</i>
FAQs	Oft gestellte Fragen zur Datenerhebung, den Instrumenten, der Datenlieferung und Auswertung	von allgemeinem Interesse	FAQs
Manual für Erfassende	Konkrete Beschreibung der zu erfassenden Daten	Projektleitende, Erfassende	Manual
Datenkontrolle und -validierung	Technische Vorgaben zur Datenlieferung	Projektleitende, IT-Spezialisten/-innen	Datenkontrolle
Instrumente		Projektleitende, IT-Spezialisten/-innen	Instrumente
Datenreglement	Umgang mit Daten	von allgemeinem Interesse	Datenreglement
Grundsätze & Abrechnungsmodalitäten für die stationäre Psychiatrie“	Umsetzung Nationaler Qualitätsvertrag: Abrechnungs- und Finanzierungsmodalitäten nationale Messungen	Projektleitende, Finanzabteilung	Grundsätze und Abrechnungsmodalitäten

Abbildung 1: Weitere Informationen (Übersicht Dokumente Messungen Psychiatrie ANQ)

Bezug zu anderen Datenerhebungen und Projekten

Die vorliegende Anleitung zur Datenerhebung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie basiert auf der Anleitung für die Datenerhebung in der Erwachsenenpsychiatrie, welche im Rahmen des gleichen Projekts durchgeführt wird. Abweichungen von der Datenerhebung in der Erwachsenenpsychiatrie werden in diesem Text mit **[KJP]** hervorgehoben.

Es wurde darauf geachtet, möglichst hohe Deckungsgleichheit mit anderen Erhebungen und parallelen Projekten zu gewährleisten, um die Synergien möglichst optimal zu nutzen und den Aufwand auf ein Minimum zu beschränken:

Dies betrifft:

- Erhebung der medizinischen Statistik für das BFS. Die Medizinische Statistik des BFS ist eine Teilmenge der ANQ-Erfassung, so dass die vorhandenen Prozesse und Exportroutinen verwendet werden können. Aus Datenschutzgründen ist der Unterschied lediglich das Herausnehmen des Geburtsdatums und des anonymen Verbindungscode und das Hinzufügen des Fall-Identifikationsnummer FID und der Patienten-Identifikationsnummer PID.

2. Übersicht und Richtlinien über die zu erhebenden Daten

2.1. Fünf Teil Datensätze

Folgende Daten sollen in den Kliniken erhoben werden:

1. Die Daten aus der obligatorischen Lieferung der Medizinischen Statistik des BFS (Minimales Datenset + Zusatzdaten Psychiatrie). Neben Hauptdiagnose, Geschlecht und Alter sollen weitere dieser Daten für die Adjustierung des Case-Mix in der Patientenstruktur dienen, um die Vergleiche möglichst fair vornehmen zu können. Minimales Datenset und Zusatzdaten Psychiatrie sollen in zwei Datenfiles zur Verfügung gestellt werden (Minimale Basisdaten: 1 Datenzeile pro Fall).
2. Zusatzdaten Psychiatrie (siehe unter Punkt 1; Psychiatrie Zusatzdaten: 1 Datenzeile pro Fall).
3. Die Messung der Fallintensität erfolgt durch den HoNOSCA (Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents) [**in KJP statt HoNOS**], welcher durch das Klinikpersonal erfasst wird. Diese Erhebung findet bei Ein- und Austritt statt. Auch Angaben zu fehlenden HoNOSCA bei einem Fall werden hier erfasst. Die Daten für Ein- und Austritt werden in einem Datenfile angelegt (HoNOSCA: 2 Datenzeilen pro Fall, jeweils eine für Eintritt und eine für Austritt).
4. Bei Ein- und Austritt wird zusätzlich die Fallintensität mittels HoNOSCA-SR (Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents Self Rating) [**in KJP statt BSCL**] erhoben (Erfassung durch Patienten). Auch Angaben zu fehlenden HoNOSCA-SR bei einem Fall (wie z.B. Grund für den Dropout) werden hier erfasst (HoNOSCA-SR: 2 Datenzeilen pro Fall, jeweils eine für Eintritt und eine für Austritt).
5. Erfassung der Freiheitsbeschränkenden Massnahmen (EFM). Die Freiheitsbeschränkenden Massnahmen werden ab dem 1. Januar 2014 gemessen. Die Erfassung kann durch alle behandelnden Personen erfolgen, die Verantwortlichkeit dafür muss klinikintern geregelt werden. Es sollen alle Massnahmen fortlaufend erfasst werden. Im Datenfile entspricht eine per Messinstrument definierte Massnahme einer Datenzeile (also 0 bis n Datenzeilen pro Fall).

Genauere Angaben sind den detaillierteren Datendefinitionen im [Anhang A.2 – A.6](#) zu entnehmen.

2.2. Falldefinition

Die Kliniken liefern Daten für alle stationären Fälle, welche in ihren für die Kinder- und/oder Jugendpsychiatrie vorgesehenen Abteilungen behandelt werden. Eine Abgrenzung von ambulanten und stationären Fällen ist im [Anhang A.8](#) zu finden.

Die Falldefinition entspricht derjenigen des Bundesamts für Statistik, wie sie im Detailkonzept für die Medizinische Statistik¹ dargestellt ist. Zusätzlich gelten die Vorgaben zur Fallzusammenführung unter TARPSY. Grundsätzlich gilt, dass eine Erhebungseinheit einem Behandlungsfall entspricht. Unter bestimmten Bedingungen werden jedoch verschiedene Aufenthalte entlang den Regelungen zur Fallzusammenführung unter TARPSY zu einem Fall zusammengefasst².

¹ BFS

² Siehe „Swiss DRG – Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter TARPSY“, Abschnitte 3.2, 3.3.2 und 3.3.3

Die Nationale Qualitätsmessung in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie schließt erwachsenenpsychiatrische Fälle aus. Die Abgrenzung wird dabei nicht über das Alter sondern über die teilnehmende Institution (Kinder- und jugendpsychiatrische Klinik/Abteilung (alle Fälle) oder Erwachsenenpsychiatrische Klinik/Abteilung (keine Fälle)) vorgenommen.

3. Struktur und Format der Daten

Die Kliniken erfassen 5 Arten von Daten, die als 5 separate Dateien an das Auswertungsinstitut (w hoch 2) geliefert werden (s. [Abschnitt 2](#)).

Dieses Kapitel beschreibt die Grundprinzipien der Datenerhebung ([Abschnitt 3.1](#)) und die technischen Details der 5 Datensätze ([Abschnitte 3.2 bis 3.4](#)).

3.1. Grundprinzipien

3.1.1. Datenformat

Die Daten werden auf Fallebene erhoben. Die Dateien (medizinisch-administrativen Daten BFS, HoNOSCA, HoNOSCA-SR, freiheitsbeschränkende Massnahmen) müssen in einem gängigen Datenformat geliefert werden. Hier bietet sich ein Export im Text-Format (ASCII) an, der aus nahezu jeder Software möglich ist. In Absprache mit dem Auswertungsinstitut sind evtl. auch andere Formate möglich. Die einzelnen Variablen müssen sauber und einheitlich getrennt sein, entweder mit TAB, Semikolon oder durch Pipes (ASCII-Kode 124: „|“). Das CRLF (ASCII-Kode 13 und 10) wird als Zeilenumbruch verwendet.

3.1.2. Format der Datumsangaben

Daten werden im Format JJJJMMTT angegeben.

3.1.3. Verbindungsvariable (Fall- und Patientenidentifikation)

Die Kliniken gewährleisten eine Verbindung zwischen den medizinisch-administrativen Daten BFS, den Fallschwere-Assessments HoNOSCA und HoNOSCA-SR und den Daten zu freiheitsbeschränkenden Massnahmen mittels einer **eindeutigen Fallidentifikationsnummer** (FID). Die **linikinterne Fallnummer** kann und soll zu diesem Zweck verwendet werden, wenn sie den Fall eindeutig identifiziert. Ist dies nicht der Fall (z.B. wenn die klinikinterne Fallnummer nur die Nummer des Aufenthalts pro Patient angibt), ist unter Umständen eine Kombination von Patienten- und Fallnummer notwendig.

Diese Fall-Identifikationsnummer muss in allen zu einem Fall gehörigen Datenzeilen erscheinen:

- Minimales Datenset BFS (Zeile MB, Feld 51)
- Zusatzdaten Psychiatrie BFS (Zeile MP, Feld 34)
- HoNOSCA Assessment bei Ein- und Austritt (Zeile PH, Feld 3)
- HoNOSCA-SR Assessment bei Ein- und Austritt (Zeile PS, Feld 3)
- Freiheitsbeschränkende Massnahmen (Zeile FM, Feld 3)

Zusätzlich muss die Verbindung zwischen verschiedenen Aufenthalten eines gleichen Patienten in der gleichen Klinik gewährleistet sein. Die Patientenidentifikation erfolgt über die klinikinterne **eindeutige Patientenidentifikationsnummer** (PID). Diese eindeutige Patienten-Identifikationsnummer muss im Minimalen Datenset BFS erscheinen (MB Zeile Feld 52).

Ohne Verbindungsvariable (FID) können erhobene Daten nicht in die Auswertung eingehen!

3.2. Medizinisch-administrative Daten BFS

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

Die Daten der medizinischen Statistik beschreiben jeden behandelten Fall hinsichtlich Alter, Geschlecht, Eintrittsdatum etc. Sie wurden auch bisher schon von allen Kliniken für das Bundesamt für Statistik erfasst und an dieses übermittelt. Diese Daten können wie gewohnt analog der bisherigen Prozesse in der Klinik erfasst und exportiert werden, z.B. über das Klinik-EDV-System. Die Datenspezifikation für den ANQ entspricht weitgehend den Vorgaben des Bundesamts für Statistik, so dass hier nahezu keine Umstellung notwendig ist. Zu beachten ist jedoch, dass die Datenlieferung deutlich früher erfolgen muss als an das BFS (s. auch unter [Erhebungstermine](#)). Es ist des Weiteren zu beachten, dass die Daten der medizinischen Statistik für den ANQ neben der einheitlichen Fallidentifikationsnummer auch die Patientenidentifikationsnummer beinhalten müssen.

Geliefert werden die Daten des Minimalen Datensets BFS (MB Zeilen) und die Zusatzdaten Psychiatrie BFS (MP Zeilen). Für den ANQ werden diese Dateien als 2 separate Dateien geliefert, in der jede Zeile mit der Fallidentifikationsnummer eindeutig gekennzeichnet ist, während sie für das BFS als eine einzige Datei geliefert werden. Die Daten der medizinischen Statistik werden für alle stationären Fälle benötigt.

3.2.1. Minimales Datenset BFS

Für jeden Fall gibt es eine MB-Zeile mit **52 Spalten**:

- Jede Zeile enthält die Variablen 0.1.V01 bis 1.7.V11 der medizinischen Statistik (BFS, Variablen der medizinischen Statistik, Spezifikationen gültig ab 2018).
- Das **51. Feld** enthält die eindeutige Fallidentifikationsnummer FID. Dieser Verbindungsnummer ist notwendig, um die verschiedenen Datenzeilen eines Falles miteinander verbinden zu können.
- Das **52. Feld** enthält die eindeutige Patientenidentifikationsnummer. Die PID ist notwendig, um einzelnen Patienten bei wiederholten Aufenthalten in der gleichen Klinik identifizieren zu können.

Eine detaillierte Beschreibung des Inhaltes dieser Variablen befindet sich im [Anhang A.2](#).

3.2.2. Zusatzdaten Psychiatrie BFS

Für jeden Fall gibt es in der MP-Zeile **34 Spalten**:

- Jede Zeile enthält zusätzliche Informationen zum Patienten, Eintritt, Behandlung und Austritt.
- Das **34. 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 A.3](#).

3.3. HoNOSCA (Ein- und Austritt)

Die Erhebung des HoNOSCA bezieht sich jeweils auf die 7 Tage vor dem Ein- bzw. vor dem Austritt. Der erste HoNOSCA sollte innerhalb von 3 Tagen nach dem Eintritt erfasst werden. Vor dem Austritt ist der zweite HoNOSCA zu erheben.

Die Erfassung des HoNOSCA erfolgt nach den von ANQ vorgegebenen Richtlinien (s. Manual). Im Dokument „Instrument HoNOSCA“ findet sich ein Muster für den HoNOSCA.

Für jeden abgeschlossenen Fall enthält der Datensatz jeweils **zwei PH-Zeilen** mit **je 20 Spalten (eine für die Eintritts- und eine für die Austrittsmessung)**:

- Die Felder 1 und 2 identifizieren Datenart und Klinik.
- Das **3. Feld** enthält die eindeutige Fallidentifikationsnummer FID.
- Das 4. Feld spezifiziert, ob sich die Erhebung auf den Ein- oder Austritt oder einen anderen Messzeitpunkt bezieht.
- Felder 5 und 6 begründen einen möglichen Dropout, das heisst das Nicht-Erheben des HoNOSCA. Auf Grund der Fremderfassung des HoNOSCA sollten Dropouts aber eigentlich nicht vorkommen.
- Das 7. Feld enthält das Erhebungsdatum (oder Datum des Ausfallgrundes bei einem Dropout).
- Die Felder 8 bis 20 enthalten die Werte der 13 Frage-Items des HoNOSCA (nur Abschnitt A des Fragebogens wird erfasst).

Eine detaillierte Beschreibung des Inhaltes dieser Variablen befindet sich im [Anhang A.4](#).

3.4. HoNOSCA-SR (Ein- und Austritt)

Der HoNOSCA-SR wird bei Eintritt und Austritt vom Patienten ausgefüllt. Die Erfassung des HoNOSCA-SR erfolgt nach den von ANQ vorgegebenen Richtlinien (s. Manual). Bei den Dokumenten „Instrumente“ findet sich beispielhaft ein Muster für den HoNOSCA-SR.

Für jeden abgeschlossenen Fall enthält der Datensatz jeweils **zwei PS-Zeilen** mit **je 20 Spalten (eine für die Eintritts- und eine für die Austrittsmessung)**:

- Die Felder 1 und 2 identifizieren Datenart und Klinik.
- Das **3. Feld** enthält jeweils die eindeutige Fallidentifikationsnummer FID.
- Das 4. Feld spezifiziert, ob sich die Erhebung auf die Ein- oder Austritt bezieht.
- Die Felder 5 und 6 begründen einen möglichen Dropout, das heisst das Nicht-Erheben des HoNOSCA-SR.
- Das 7. Feld enthält das Erhebungsdatum (oder Datum des Ausfallgrundes bei einem Dropout).
- Die Felder 8 bis 20 enthalten die Werte der 13 Frage-Items des HoNOSCA-SR.

Eine detaillierte Beschreibung des Inhaltes dieser Variablen befindet sich im [Anhang A.5](#).

3.5. Freiheitsbeschränkende Massnahmen

Die freiheitsbeschränkenden Massnahmen werden ab dem 1. Januar 2014 gemessen. Es werden alle Freiheitsbeschränkenden Massnahmen während der Behandlung erhoben. Somit bestehen keine Dropoutgründe. Wenn bei einem Patienten, einer Patientin keine freiheitsbeschränkende Massnahme zum Einsatz kommt, dann werden auch keine diesbezüglichen Daten erhoben. Die freiheitsbeschränkenden Massnahmen werden jeweils pro Tag gemessen (z.B. Fixierung bis zu 4 Stunden oder länger als 4 Stunden am Tag). Erfolgen zwei verschiedene Massnahmen am gleichen Tag (z.B. Isolation und Zwangsmedikation), so sind diese Massnahmen je separat zu erfassen und auch in separaten Zeilen zu liefern.

Es handelt sich bei den in [Anhang A.6](#) aufgeführten Ereignissen um den Mindestdatensatz betreffend freiheitsbeschränkender Massnahmen. Durchgeführt werden freiheitsbeschränkende Massnahmen gemäss den klinikinternen Richtlinien und Bestimmungen.

Für jede einzelne freiheitsbeschränkende Massnahme enthält der Datensatz jeweils eine FM-Zeile mit je 8 Spalten:

- Die Felder 1 und 2 identifizieren Datenart und Klinik
- Das 3. Feld enthält jeweils die eindeutige Fallidentifikationsnummer FID.
- Das 4. Feld spezifiziert, um welche Art der freiheitsbeschränkenden Massnahme es sich handelt.
- Feld 5 und Feld 6 enthalten Informationen zu Datum und Uhrzeit des Beginns der Massnahme. Bei Zwangsmedikation wird hier der Zeitpunkt angegeben.
- Feld 7 und Feld 8 enthalten Informationen zu Datum und Uhrzeit des Endes der Massnahme. Bei Zwangsmedikation ist hier keine Angabe erforderlich.

3.6. Erhebungen zu Dropouts

Die Erhebungen zu Dropouts bzw. fehlenden Fragebögen werden bei HoNOSCA und HoNOSCA-SR direkt in den entsprechenden Erfassungsbögen bzw. -tabellen gemacht. Hier ist jeweils ein Feld enthalten, in welchem der Grund für das Fehlen anzugeben ist. Hinsichtlich der anderen Teildatensätze können keine Dropouts vorkommen.

3.7. Meldung Datenlieferung

Eine Datenlieferung der Klinik an das Auswertungsinstitut (w hoch 2) ist immer von einer Datenlieferungs-Meldung begleitet. Diese umfasst

- die Identifikation der Klinik
- das Anfangs- und Enddatum des Erhebungszeitraums
- die Anzahl Zeilen in jeder der 5 gelieferten Dateien
- das Generierungsdatum von jeder der 5 gelieferten Dateien.

Siehe [Anhang A.7](#) für das Format der Meldung Datenlieferung.

3.8. Auswertungen für Untereinheiten der Klinik

Im Rahmen der ANQ-Vergleichsauswertung werden die Indikatoren jeweils für eine gesamte Klinik ausgewertet und dargestellt. Eventuell ist es von einer Klinik gewünscht, Auswertungen aufgesplittet nach einzelnen Untereinheiten (Kliniken, Bereiche, Abteilungen) zu erhalten. Dies ist prinzipiell möglich, jedoch nicht Bestandteil des ANQ-Auftrags und separat mit dem Auswertungsinstitut zu vereinbaren.

Bezüglich der Daten ist es hierzu notwendig, dass zusätzlich fallbezogene Angaben zu den Untereinheiten enthalten sind. Diese Zuordnung der Fälle zu den Untereinheiten kann bereits in den geschickten Daten enthalten sein. Eine Berücksichtigung im Nachhinein ist ebenfalls möglich und erfordert eine Zuordnungstabelle (Fallnummer zu Untereinheit).

Falls solche aufgeteilten Auswertungen von einer Klinik gewünscht sind, setzen Sie sich bitte mit dem Auswertungsinstitut in Verbindung. Die zusätzlichen Kosten berechnen sich nach Aufwand.

4. Software für Datenerfassung

Die Daten für die nationale Vergleichsmessung müssen von den Kliniken in digitaler Form bereitgestellt werden. Da in den verschiedenen Kliniken unterschiedliche EDV-Systeme verwendet werden, sind

unterschiedliche Vorgehensweisen möglich. In jedem Fall muss die Datendefinition eingehalten werden (vgl auch Beispiele im Anhang).

Um das genaue Vorgehen abzustimmen wird den Projektleitenden der Klinik empfohlen, sich mit dem Auswertungsinstitut in Verbindung zu setzen.

5. Termine für die Datenlieferung

Der Termin für die definitive Abgabe der Daten ist der 07. März. Die Stichtage der Datenlieferungen müssen in jedem Fall eingehalten werden. Es werden jeweils die gesamten Daten (inklusive Eintritts- und Austrittsmessungen) für die Patienten mit Austritt im Erhebungszeitraum benötigt. Je nach Export Routine der Klinik können die Daten deshalb in einer der folgenden Varianten geliefert werden:

- Daten aller Patienten, die während dem entsprechenden Erhebungszeitraum ausgetreten sind.
- Daten aller Patienten mit Eintritt ab 1.7.2013
- Daten aller während dem entsprechenden Erhebungszeitraum aktiven Patienten.

5.1.1. Korrekturmöglichkeit

Kliniken, welche ihre Daten bereits bis spätestens 07. Februar ans Auswertungsinstitut schicken, erhalten eine provisorische Klinikrückmeldung zur Datenqualität. Die provisorische Datenlieferung kann bereits vor dem 07. Februar erfolgen. Das Auswertungsinstitut bearbeitet vorzeitige Datenlieferungen nach Möglichkeit früher. Die Kliniken haben somit mehr Zeit für allfällige Datenkorrekturen.

Kliniken, welche Daten nach dem 07. Februar einsenden, erhalten keine provisorische Rückmeldung zur Datenqualität und somit keine Möglichkeit, vom Auswertungsinstitut empfohlene Korrekturen an den Daten vorzunehmen. Voraussetzung für eine umfangreiche provisorische Datenprüfung ist eine vollständige und den technischen Anforderungen entsprechende Datenlieferung.

6. Plausibilisierung der Daten

Um eine ausreichend gute Datenqualität sicherzustellen sind mehrere Ebenen der Datenprüfung notwendig. Die erste Prüfung sollte direkt in der teilnehmenden Klinik erfolgen. Hierbei sind insbesondere folgende Aspekte zu prüfen:

- Wurden 5 Datenpakete verschickt?
- Sind die Daten vollständig, d.h.:
 - alle stationären Fälle enthalten, die im Erhebungszeitraum behandelt wurden? (aber keine ambulanten Fälle)
 - Jeweils Eintritts- und Austrittsmessung für die abgeschlossenen Fälle enthalten?
- Sind alle Variablen wie in der vorliegenden Datendefinition angegeben enthalten?
- Enthält jede Datenzeile in jedem Datenpaket die Fallidentifikationsnummer (FID)?

Bei den Messdaten zu HoNOSCA und HoNOSCA-SR sollten idealerweise für jeden Fall entweder Erhebungsdaten oder Dropout-Angaben vorliegen. Kriterium für eine gute Datenqualität ist der Anteil gut dokumentierter Fälle an der Gesamtzahl der Fälle, die im Beobachtungszeitraum behandelt wurden. Liegt dieser Anteil niedrig, so besitzen die vorhandenen Klinikdaten möglicherweise eine geringe Repräsentativität für die in der Klinik behandelten Patienten.

Im Auswertungsinstitut werden detailliertere Prüfungen durchgeführt, die insbesondere auch auf fehlende und unplausible Werte zielen. Hierbei werden u.a. folgende Aspekte geprüft:

- Sind alle Variablen, wie in der Datendefinition angegeben, enthalten?
- Enthält jede Datenzeile in jedem Datenpaket die Fallidentifikationsnummer (FID)?
- HoNOSCA: Gibt es doppelte Datensätze zu einem Zeitpunkt?
- HoNOSCA-SR: Gibt es doppelte Datensätze zu einem Zeitpunkt?
- EFM: Sind keine zeitgleichen oder überschneidenden Isolationen oder Fixierungen registriert?

Zu jeder Datenlieferung gibt es eine direkte Rückmeldung und gegebenenfalls Nachforderung.

7. Datenschutz

Die Erhebung unterliegt dem Datenschutzkonzept des ANQ.

Für eine höhere Sicherheit im Datenschutz sollen dem Auswertungsinstitut (w hoch 2) im Minimaldatensatz des BFS keine Informationen zum anonymen Verbindungscode noch zum Geburtsdatum, sondern lediglich das Alter bei Eintritt, FID und PID übermittelt werden.

8. Übermittlung der Daten an das Auswertungsinstitut

w hoch 2 stellt jeder Klinik einen passwortgeschützten Upload-Link zur Verfügung, mit dem die Daten direkt an das Auswertungsinstitut übermittelt werden können. Dieses Vorgehen gewährleistet maximale Datensicherheit und minimiert den Aufwand auf Seiten der Kliniken. Es wird daher empfohlen, die Daten über das Upload Portal des Auswertungsinstituts zu liefern.

Alternativ besteht die Möglichkeit, die Daten entweder auf CD per eingeschriebener Post oder per E-Mail (dann z.B. in einem ZIP-Archiv verschlüsselt und mit gesondert gesendetem oder telefonisch mitgeteiltem Passwort an die Adresse: auswertungsinstitut@whoch2.ch zu versenden.

Für eine effektive Verschlüsselung von Dateien gibt es kostenlose Programme wie z.B. [7-zip](#).

Sofern die Daten oder ein Teil davon über eine spezialisierte Software eingegeben werden, sollte die Klinik die Datenlieferung regeln. Es gilt der Grundsatz, dass die Daten Eigentum der Klinik sind und nur dann durch den Softwareanbieter dem Auswertungsinstitut übermittelt werden können, wenn hierzu eine spezifische Ermächtigung durch die Klinik erfolgt ist.

9. Kontakt

Für weitere Informationen wenden Sie sich bitte an: auswertungsinstitut@whoch2.ch

w hoch 2 GmbH
Research, Analysis & Consulting
Kramgasse 5
CH-3011 Bern
+41 (0) 31 558 58 63

A2.Format Minimales Datenset BFS (MB Zeile)

MB-Zeile Minimales Datenset					
Nr.	Variable	Beschreibung	Format	Beispiel	Bemerkung
1	0.1.V01	Rekordart (Minimaldatensatz)	AN (2) ³	MB	
2	0.1.V02	Betriebsnummer (BUR-Satellit Gesundheit)	AN (8)	60611111	
3	0.1.V03	Standort	AN (5)	8511A	Ab dem 01.01.2018 ist die Angabe der Standort-Variable obligatorisch.
4	0.1.V04	Kanton	AN (2)	SZ	BFS-Kantonskurzzeichen
5	0.2.V01	Anonymer Verbindungskode	AN (16)		aus Datenschutzgründen nicht liefern
6	0.2.V02	Kennzeichnung des Statistikfalls	AN (1)	A	A, B oder C
7	0.3.V01	Neugeborenen -Datensatz	N (1)	0	
8	0.3.V02	Psychiatrie-Datensatz	N (1)	1	sollte in Psychiatrie 1 sein
9	0.3.V03	Patientengruppen -Datensatz	N (1)	0	
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)		aus Datenschutzgründen nicht liefern
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)	CHE	Eine Person, die über die schweizerische und eine andere Staatsangehörigkeit verfügt (Doppelbürger/in), gilt als Schweizer/in. Falls eine Ausländer/in mehrere ausländische Staatsangehörigkeiten besitzt, ist eine dieser Staatsangehörigkeiten auszuwählen.
16	1.2.V01	Eintrittsdatum und -Stunde	N (10)	2010113009	Format JJJJMMThh
17	1.2.V02	Aufenthaltort vor dem Eintritt	N (2)		Der für 1.2.V02 eingetragene Code sollte mit der ersten Stelle des Codes für 3.2.V02 übereinstimmen. Zusätzliche Wertebereiche 55, 66, 83, und 84 gültig ab dem 01.01.2017.
18	1.2.V03	Eintrittsart	N (1)		
19	1.2.V04	Einweisende Instanz	N (1)		Der für 1.2.V04 eingetragene Code sollte mit der ersten Stelle des Codes für 3.3.V01 übereinstimmen.
20	1.3.V01	Behandlungsart	N (1)		
21	1.3.V02	Klasse	N (1)		
22	1.3.V03	Aufenthalt in einer Intensivstation	N (4)	0	vollendete Stunden

³ „AN (x)“: alphanumerische Variable (Buchstaben und/oder Ziffern mit x Stellen). „N (x)“: numerische Variable (nur Ziffern mit x Stellen).

MB-Zeile Minimales Datenset					
Nr.	Variable	Beschreibung	Format	Beispiel	Bemerkung
23	1.3.V04	Administrativer Urlaub und Ferien (vollendete Stunden)	N (4)		Verlässt ein Patient die Institution für mehr als 24 Stunden bei bleibender Reservierung eines Bettes (ferienhalber oder als Belastungserprobung in der Psychiatrie), so ist dies als administrativer Urlaub anzugeben. Die Angabe enthält die Gesamtsumme in Stunden.
24	1.4.V01	Hauptkostenstelle	AN (4)	M500	
25	1.4.V02	Hauptkostenträger für Grundversicherungsleistungen	N (1)		
26	1.5.V01	Austrittsdatum und -Stunde	N (10)		Format JJJMMTThh
27	1.5.V02	Entscheid für Austritt	N (1)		Schliesst auch die Entscheide „in gegenseitigem Einvernehmen“ mit ein. Genaue Unterscheidung zwischen "auf Initiative des Behandelnden" und "in gegenseitigem Einvernehmen" kann unter der Variable 3.5.V01 des MP Datensatzes vorgenommen werden. Der für 1.5.V02 eingetragene Code sollte mit der ersten Stelle des Codes für 3.5.V01 übereinstimmen.
28	1.5.V03	Aufenthalt nach Austritt	N (2)		Der für 1.5.V03 eingetragene Code sollte mit der ersten Stelle des Codes für 3.5.V02 übereinstimmen. Codierungs- und Definitionsänderungen (4, 44, 55, 66) gültig ab dem 01.01.2017.
29	1.5.V04	Behandlung nach Austritt	N (1)		Der für 1.5.V04 eingetragene Code sollte mit der ersten Stelle des Codes für 3.5.V03 übereinstimmen.
30	1.6.V01	Hauptdiagnose	AN (6)	F101	Vergabe nach Richtlinien des BFS, Notierung ohne Punkte
31	1.6.V02	Zusatz zu Hauptdiagnose	AN (6)		
32	1.6.V03	1. Nebendiagnose	AN (6)		
...	1.6.V0...	...	AN (6)		
39	1.6.V10	8. Nebendiagnose	AN (6)		
40	1.7.V01	Hauptbehandlung	AN (5)		
41	1.7.V02	Beginn der Hauptbehandlung	N (10)		Format JJJMMTThh
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	eindeutige Fallidentifikationsnummer FID	AN(16)	1122334455	klinikerne Fallnummer
52	PID	eindeutige Patienten-Identifikationsnummer PID	AN(16)	xx11yy22zz 33	eindeutige klinikerne Patientenidentifikationsnummer

A3.Format Psychiatrie Zusatzdaten BFS (MP Zeile)

MP-Zeile		Psychiatrie-Zusatzdaten			
Nr.	Variable	Beschreibung	Format	Beispiel	Bemerkung
1	3.1.V01	Rekordart (Zusatzdaten Psychiatrie)	AN (2)	MP	
2	3.2.V01	Zivilstand	N (1)		
3	3.2.V02	Aufenthaltort vor dem Eintritt (<i>Psychiatrie</i>)	N (2)		Die erste Stelle dieser Angabe muss mit 1.2.V02 übereinstimmen. Codierungs- und Definitionsänderungen (50, 55, 66, 83, 84) gültig ab dem 01.01.2017.
4	3.2.V03	teilzeit erwerbstätig	N (1)		Beschäftigung vor Eintritt: Mehrfachantworten möglich
5	3.2.V04	voll erwerbstätig	N (1)		
6	3.2.V05	nicht erwerbstätig oder arbeitslos	N (1)		
7	3.2.V06	Hausarbeit in eigenem Haushalt	N (1)		
8	3.2.V07	in Ausbildung (Schule, Lehre, Studium)	N (1)		
9	3.2.V08	Rehabilitationsprogramm	N (1)		
10	3.2.V09	IV, AHV oder andere Rente	N (1)		
11	3.2.V10	Arbeit in geschütztem oder beschützendem Rahmen	N (1)		
12	3.2.V11	Beschäftigung vor Eintritt: unbekannt	N (1)		
13	3.2.V12	Höchste abgeschlossene Schul- oder Berufsbildung	N (1)		
14	3.3.V01	Einweisende Instanz (<i>Psychiatrie</i>)	N (2)		Die erste Stelle dieser Angabe muss mit 1.2.V04 übereinstimmen.
15	3.3.V02	Freiwilligkeit	N (1)		Ab dem 1. Januar 2013 wurde der „fürsorgerische Freiheitsentzug“ durch die „fürsorgerische Unterbringung“ FU ersetzt. Die Eintritte mittels einer FU sind seither alle automatisch unfreiwillig. Folglich muss diese Variable nicht mehr ausgefüllt werden.
16	3.3.V03	Fürsorgerische Unterbringung	N (1)		
17	3.4.V01	Anzahl Tage / Konsultationen	N (4)		
18	3.4.V02	Behandlung	N (2)		
19	3.4.V03	Neuroleptika	N (1)		Psychopharmakotherapie: Mehrfachantworten möglich
20	3.4.V04	Depotneuroleptika	N (1)		
21	3.4.V05	Antidepressiva	N (1)		
22	3.4.V06	Tranquilizer	N (1)		
23	3.4.V07	Hypnotika	N (1)		
24	3.4.V08	Antiepileptika	N (1)		
25	3.4.V09	Lithium	N (1)		

MP-Zeile Psychiatrie-Zusatzdaten					
Nr.	Variable	Beschreibung	Format	Beispiel	Bemerkung
26	3.4.V10	Suchtsubstitutionsmittel (z.B. Methadon)	N (1)		
27	3.4.V11	Suchtaversionsmittel (z.B. Antabus, Nemexin)	N (1)		
28	3.4.V12	Antiparkinsonmittel	N (1)		
29	3.4.V13	Psychopharmakotherapie: andere	N (1)		
30	3.4.V14	Medikamente zur Behandlung körperlicher Leiden	N (1)		
31	3.5.V01	Entscheid für Austritt (<i>Psychiatrie</i>)	N (2)		Die erste Stelle dieser Angabe muss mit 1.5.V02 übereinstimmen.
32	3.5.V02	Aufenthalt nach Austritt (<i>Psychiatrie</i>)	N (2)		Die erste Stelle dieser Angabe muss mit 1.5.V03 übereinstimmen. Codierungs- und Definitionsänderungen (40, 44, 55, 66) gültig ab dem 01.01.2017.
33	3.5.V03	Behandlung nach Austritt (<i>Psychiatrie</i>)	N (2)		Die erste Stelle dieser Angabe muss mit 1.5.V04 übereinstimmen.
34	FID	eindeutige Fallidentifikationsnummer FID	AN(16)	1122334455	linikinterne Fallnummer

(*Psychiatrie*) in *kursiv* heisst, dass diese Information zur Vertiefung einer Angabe dient, die bereits im Minimalen Datenset der Medizinischen Statistik erfasst wird.

A4.Format HoNOSCA Erhebung (PH Zeile)

PH-Zeile		HoNOSCA-Zeile bei Ein- und Austritt				
Nr.	Variable	Beschreibung	Format	Beispiel	Wertebereich	Bemerkungen
1	4.01.V01	Rekordart	AN(2)	PH	PH	
2	4.01.V02	Betriebsnummer (BUR-Satellit Gesundheit)	AN(8)	60611111		
3	FID	eindeutige Fallidentifikation FID	AN(16)	1122334455		klinikerne Fallnummer
4	4.01.V04	Messzeitpunkt (Ein-/Austritt)	N(1)	1	1; 2; 3	1=Eintritt 2=Austritt 3=andere (weder Ein- noch Austritt)
5	4.01.V05	Dropoutcode	N(1)	0	0; 1; 2	0=kein Dropout (Standardwert / default) 1=Austritt innerhalb von 7 Tagen nach Eintritt 2=andere
6	4.01.V06	Spezifikation für "anderen" Dropoutgrund	AN(40)	Freitext, der den Ausfallgrund erklärt		sollte nur in Ausnahmefällen Verwendung finden
7	4.02.V00	Datum der Erhebung des HoNOSCA (JJJJMMTT)	N (8)	20130601		Bei einem Dropout ist das Datum einzutragen, an dem der Ausfallgrund eingetreten ist.
8	4.02.V01	H1 - Störendes, asoziales oder aggressives Verhalten	N (1)	2	0-4; 9	9= nicht bekannt / nicht anwendbar Bei Dropout leer lassen.
9	4.02.V02	H2 - Probleme mit Überaktivität, Aufmerksamkeit und Konzentration	N (1)	2	0-4; 9	9=nicht bekannt / nicht anwendbar Bei Dropout leer lassen.
10	4.02.V03	H3 - Absichtliche Selbstverletzung	N (1)	2	0-4; 9	9=nicht bekannt / nicht anwendbar Bei Dropout leer lassen.
11	4.02.V04	H4 - Probleme mit Alkohol-, Suchtmittel- und Lösungsmittelmissbrauch	N (1)	2	0-4; 9	9=nicht bekannt / nicht anwendbar Bei Dropout leer lassen.
12	4.02.V05	H5 – Probleme mit schulischen oder sprachlichen Fähigkeiten	N (1)	2	0-4; 9	9=nicht bekannt / nicht anwendbar Bei Dropout leer lassen.
13	4.02.V06	H6 - Probleme in Zusammenhang mit körperlicher Erkrankung oder Behinderung	N (1)	2	0-4; 9	9=nicht bekannt / nicht anwendbar Bei Dropout leer lassen.
14	4.02.V07	H7 - Probleme in Zusammenhang mit Halluzinationen, Wahnvorstellungen und abnormen Empfindungen	N (1)	2	0-4; 9	9=nicht bekannt / nicht anwendbar Bei Dropout leer lassen.

PH-Zeile		HoNOSCA-Zeile bei Ein- und Austritt				
Nr.	Variable	Beschreibung	Format	Beispiel	Wertebereich	Bemerkungen
15	4.02.V08	H8 - Probleme mit nicht-organisch bedingten somatischen Symptomen	N (1)	2	0-4; 9	9=nicht bekannt / nicht anwendbar Bei Dropout leer lassen.
16	4.02.V09	H9 - Probleme mit emotionalen und zugehörigen Symptomen	N (1)	2	0-4; 9	9=nicht bekannt / nicht anwendbar Bei Dropout leer lassen.
17	4.02.V10	H10 - Probleme in der Beziehung zu Gleichaltrigen	N (1)	2	0-4; 9	9=nicht bekannt / nicht anwendbar Bei Dropout leer lassen.
18	4.02.V11	H11 - Probleme mit der Selbstpflege und Unabhängigkeit	N (1)	2	0-4; 9	9=nicht bekannt / nicht anwendbar Bei Dropout leer lassen.
19	4.02.V12	H12 - Probleme mit dem Familienleben und den familialen Beziehungen	N (1)	2	0-4; 9	9=nicht bekannt / nicht anwendbar Bei Dropout leer lassen.
20	4.02.V13	H13 - Geringe Beteiligung an der Schule	N (1)	2	0-4; 9	9=nicht bekannt / nicht anwendbar Bei Dropout leer lassen.

A5.Format HoNOSCA-SR Erhebung (PS Zeile)

PS-Zeile		HoNOSCA-SR-Zeile bei Ein- und Austritt				
Nr.	Variable	Beschreibung	Format	Beispiel	Wertebereich	Bemerkungen
1	5.01.V01	Rekordart	AN(2)	PS	PS	
2	5.01.V02	Betriebsnummer (BUR-Satellit Gesundheit)	AN(8)	60611111		
3	FID	eindeutige Fallidentifikationsnummer FID	AN(16)	1122334455		klinikerne Fallnummer
4	5.01.V04	Messzeitpunkt (Ein-/Austritt)	AN(1)	1	1; 2	1=Eintritt, 2=Austritt
5	5.01.V05	Dropoutcode	N(1)	0	0-8	0=kein Dropout (Standardwert / default) 1=Ablehnung Patient 2=Sprache 3=zu krank 4=Todesfall 5=zu jung 6= Austritt innerhalb von 7 Tagen nach Eintritt 7=unvorhergesehener Austritt oder Nicht-Rückkehr aus Urlaub 8=andere (sollte nur in Ausnahmefällen Verwendung finden)
6	5.01.V06	Spezifikation für „anderen“ Dropoutgrund	AN(40)	Freitext, der den Ausfallgrund erklärt		wenn Dropoutcode=8
7	5.02.V00	Datum der Erhebung des HoNOSCA-SR (JJJJMMTT)	N (8)	20130601		Bei einem Dropout ist das Datum einzutragen, an dem der Ausfallgrund eingetreten ist.
8	5.02.V01	H1 - Störendes, asoziales oder aggressives Verhalten	N (1)	2	0-4	Bei Dropout leer lassen.
9	5.02.V02	H2 - Probleme mit Überaktivität, Aufmerksamkeit und Konzentration	N (1)	2	0-4	Bei Dropout leer lassen.
10	5.02.V03	H3 - Absichtliche Selbstverletzung	N (1)	2	0-4	Bei Dropout leer lassen.
11	5.02.V04	H4 - Probleme mit Alkohol-, Suchtmittel- und Lösungsmittelmissbrauch	N (1)	2	0-4	Bei Dropout leer lassen.
12	5.02.V05	H5 – Probleme mit schulischen oder sprachlichen Fähigkeiten	N (1)	2	0-4	Bei Dropout leer lassen.
13	5.02.V06	H6 - Probleme in Zusammenhang mit körperlicher Erkrankung oder Behinderung	N (1)	2	0-4	Bei Dropout leer lassen.
14	5.02.V07	H7 - Probleme in Zusammenhang mit Halluzinationen, Wahnvorstellungen und abnormen Empfindungen	N (1)	2	0-4	Bei Dropout leer lassen.
15	5.02.V08	H8 - Probleme mit nicht-organisch bedingten somatischen Symptomen	N (1)	2	0-4	Bei Dropout leer lassen.

PS-Zeile HoNOSCA-SR-Zeile bei Ein- und Austritt						
Nr.	Variable	Beschreibung	Format	Beispiel	Wertebereich	Bemerkungen
16	5.02.V09	H9 - Probleme mit emotionalen und zugehörigen Symptomen	N (1)	2	0-4	Bei Dropout leer lassen.
17	5.02.V10	H10 - Probleme in der Beziehung zu Gleichaltrigen	N (1)	2	0-4	Bei Dropout leer lassen.
18	5.02.V11	H11 - Probleme mit der Selbstpflege und Unabhängigkeit	N (1)	2	0-4	Bei Dropout leer lassen.
19	5.02.V12	H12 - Probleme mit dem Familienleben u. den familialen Beziehungen	N (1)	2	0-4	Bei Dropout leer lassen.
20	5.02.V13	H13 - Geringe Beteiligung an der Schule	N (1)	2	0-4	Bei Dropout leer lassen.

A6.Format Erhebung Freiheitsbeschränkende Massnahmen (FM Zeile)

FM-Zeile		EFM-Zeile bei Verordnung/Anwendung einer Freiheitsbeschränkenden Massnahme				
Nr.	Variable	Beschreibung	Format	Beispiel	Wertebereich	Bemerkungen
1	8.01.V01	Rekordart	AN (2)	FM	FM	
2	8.01.V02	Betriebsnummer (BUR-Satellit Gesundheit)	AN(8)	70611111		
3	FID	eindeutige Fallidentifikationsnummer FID	AN(16)	1122334455		klinikerne Fallnummer
4	8.01.V04	Art der Freiheitsbeschränkenden Massnahme	N (1)		1-8	1=Isolation 2=Fixierung 3=Medikation trotz Widerstand des Patienten, -oral 4= Medikation trotz Widerstand des Patienten, Injektion
5	8.01.V05	Datum der Freiheitsbeschränkenden Massnahme (JJJMMTT)	N (8)	20120601		
6	8.01.V06	Zeit des Beginns der Freiheitsbeschränkenden Massnahme (hhmm)	N (4)	0830	0000-2400	nur bei Isolation und Fixierung (Art=1 oder 2)
7	8.01.V07	Datum des Endes der Freiheitsbeschränkenden Massnahme (JJJMMTT)	N (8)	20120601		nur bei Isolation und Fixierung (Art=1 oder 2)
8	8.01.V08	Zeit des Endes der Freiheitsbeschränkenden Massnahme (hhmm)	N (4)	0830	0000-2400	nur bei Isolation und Fixierung (Art=1 oder 2)

A7.Meldung Datenlieferung

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

Namen der übermittelten Dateien	Rekordart	Gesamtzeilen in Datei	Generierungsdatum
Minimaldatensatz MedStat	MB		
Zusatzdaten Psychiatrie MedStat	MP		
HoNOSCA	PH		
HoNOSCA-SR	PS		
Freiheitsbeschränkende Massnahmen	FM		

A8. 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 2):

Erläuterungen zu den Abgrenzungskriterien

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

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

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

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

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

Das Kriterium ❻ „Bettenbelegung“: ein Patient, eine Patientin belegt ein Bett, sobald es sich um ein Pflegestationsbett handelt. Die Behandlung von PatientInnen, welche ausschliesslich die Notfallstation beanspruchen (sowohl tags als auch nachts), gilt als ambulant.

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

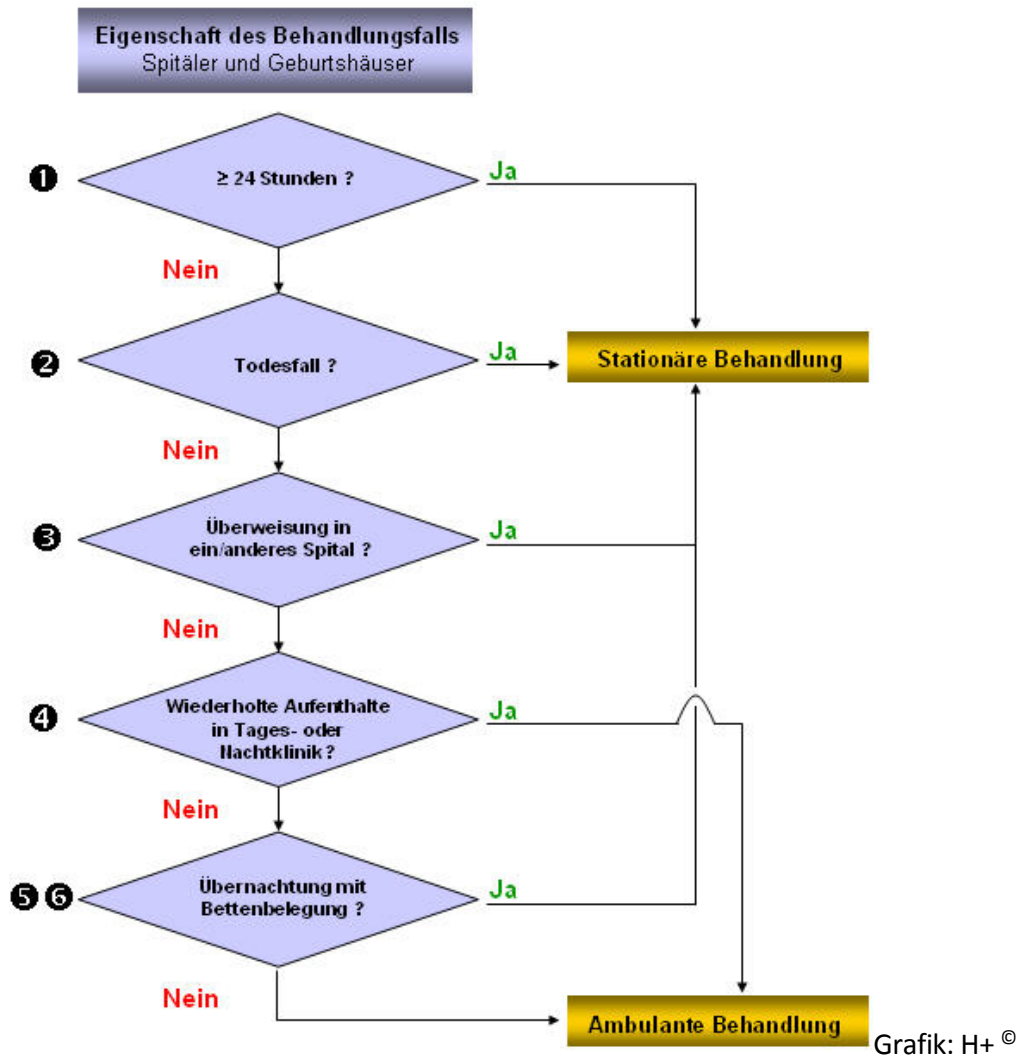


Abbildung 2: Entscheidungsablauf stationär oder ambulant