



Juni 2008

---

# **Anpassungen der Medizinischen Statistik an die Bedürfnisse für eine leistungsorientierte Spitalfinanzierung (SwissDRG) Änderungen im Detail, Version 1.0**

---

Die Dokumentation der Teilrevision der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser umfasst folgende drei Berichte:

### **Teilrevision der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser**

*Ergebnisse von Abklärungen zum allgemeinen Änderungsbedarf und zu den durch SwissDRG vorgegebenen dringlichen Anpassungen*

### **Anpassungen der Medizinischen Statistik an die Bedürfnisse für eine leistungsorientierte Spitalfinanzierung (SwissDRG)**

*Änderungen im Detail*

### **Variablen der Medizinischen Statistik - Spezifikationen gültig ab 2009**

*("Schnittstellenkonzept")*

Alle Berichte können einzeln heruntergeladen werden von:

*Bundesamt für Statistik > Infothek > Erhebungen, Quellen > 14.4. > Medizinische Statistik der Krankenhäuser > Konzept oder*

[http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen\\_quellen/blank/blank/mkh/02.html](http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen_quellen/blank/blank/mkh/02.html)

**Versionskontrolle:**

<b>Version</b>	<b>Datum</b>	<b>Name oder Rolle</b>	<b>Bemerkungen</b>
0.1	11.12.2007	PSC/MDI	Entwurfsskizze
0.2	27.12.2007	MDI	Erster Entwurf fertig gestellt
0.3	28.12.2007	MDI	Detailänderungen
0.4	11.01.2008	PSC/MDI	Detailänderungen
0.5	18.01.2008	MDI/PSC	Anpassungen nach Vorkonsultationen
0.6	22.01.2008	MDI/PSC	Detailänderungen
0.7	25.01.2008	MDI/PSC	Zur Konsultation 1. Runde
0.8		MDI/PSC	Anpassungen nach Konsultation 1. Runde
0.9	29.4.2008	PSC/MDI	Anpassungen nach Konsultation 2. Runde
1.0	15.5.2008	MDI/PSC	Definitives Dokument
1.0	30.6.2008	PSC	Korrekturen: Formelles; 3.10 (Wertemöglichkeiten)

Autoren: PSC = Patrick Schwab; MDI = Monika Diebold

<b>1</b>	<b>Ausgangslage</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>Einführung: Vorgehen und Zeitplan</b>	<b>6</b>
2.1	Zuständige Instanzen für die Änderungen und Kommunikationswege.....	6
2.2	Zeitplan.....	6
<b>3</b>	<b>Liste der geplanten Anpassungen</b>	<b>7</b>
3.1	Falltrennung während eines Aufenthalts.....	7
3.2	Fallzusammenlegung bei wiederholten Aufenthalten.....	8
3.3	Erfassung von bis zu 50 Diagnosen und 100 Behandlungen.....	8
3.4	Erweiterung der Diagnosefelder auf 6 Stellen zur Übernahme der Diagnoseklassifikation ICD-10 GM.....	9
3.5	Erweiterung der Behandlungsfelder auf 6 Stellen zur Aufnahme der ergänzten Behandlungsklassifikation CHOP.....	9
3.6	Seitigkeit einer Behandlung oder Diagnose.....	10
3.7	Tumoraktivität.....	11
3.8	Intensivmedizinische Behandlung und Beatmungstunden.....	11
3.9	Aufnahmegewicht bei Säuglingen.....	12
3.10	Ambulante Behandlungen auswärts.....	12
3.11	Spitalstandort.....	13
3.12	Behandlungsdatum.....	13
3.13	Kopfumfang bei Neugeborenen.....	13
3.14	Fallnummer der Statistik diagnosebezogener Fallkosten.....	14
3.15	Reservefelder.....	14
<b>4</b>	<b>Liste der zurückgewiesenen Anpassungswünsche</b>	<b>14</b>
4.1	Kostenstellen.....	14
4.2	Gründe für ausserkantonalen Eintritt.....	15
4.3	Medikamente und Implantate.....	15
4.4	Aufenthaltort vor Wiedereintritten (bei Fallzusammenführungen).....	15
	<b>Anhang A – Kodierrichtlinie zur Trennung Akutfall von Nicht-Akutfall</b>	<b>16</b>
	<b>Anhang B – Kodierung der Beatmungstunden für G-DRG</b>	<b>18</b>
	<b>Anhang C – Minimaldatensatz der Schweiz. Gesellschaft für Intensivmedizin</b>	<b>21</b>
	<b>Anhang D – Spezifikationen der Medizinischen Statistik ab 2009</b>	<b>21</b>

# 1 Ausgangslage

Die Medizinische Statistik der Krankenhäuser wird seit 1998 jährlich vom Bundesamt für Statistik erstellt. Sie erfasst Merkmale aller Hospitalisierungen in der Schweiz (Soziodemografische Merkmale, Angaben über die Aufenthalte, Diagnosen- und Operationskodes). Jedes Spital liefert die dazu notwendigen Angaben entsprechend den Vorgaben in der Verordnung über die Durchführung von statistischen Erhebungen des Bundes ([SR 431.012.1](#)). Die Medizinische Statistik der Krankenhäuser wurde nach folgenden Zielsetzungen aufgebaut:

1. *"Sicherstellung der epidemiologischen Überwachung der schweizerischen Wohnbevölkerung. Dabei müssen insbesondere die Inzidenz und Prävalenz der wichtigsten Krankheiten in der Wohnbevölkerung der Kantone und der Schweiz, z. B. meldepflichtige Infektionskrankheiten, Krebs, Missbildungen, sowie die Art und Risiken ihrer Behandlung feststellbar sein.*
2. *Schaffung von Grundlagen für eine einheitliche, medizinische Leistungserfassung und Qualitätskontrolle in den Krankenhäusern gemäss KVG, Art. 49 (Leistungsstatistik). Unter Anwendung geeigneter Patientenklassifikationssysteme (z.B. DRGs) können die Behandlungsfälle nach medizinischen Gesichtspunkten charakterisiert werden im Hinblick auf die Tarifierung nach Fallkosten oder zur Bestimmung von Globalbudgets.*
3. *Bereitstellung medizinischer Grunddaten zur Untersuchung interkantonaler Versorgungsstrukturen im Krankenhausbereich. Dies ist aufgrund der unterschiedlichen kantonalen Spitalversorgung und der gesetzlich verlangten kantonalen Spitalplanung von besonderer Bedeutung (vgl. KVG Art. 39).*
4. *Bereitstellung von Daten für interkantonale und internationale Synthesestatistiken, für die wissenschaftliche Forschung und für die Öffentlichkeit." <sup>1</sup>*

Die in der Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung KVG ([SR 832.10](#)) vom 21.12.2007 geplante Einführung einer leistungsorientierten Spitalfinanzierung mittels Fallpauschalen (Punkt 2 der Zielsetzungen) erfordert Anpassungen an der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser. Die erhobenen Daten sollen in Zukunft sowohl für statistische Zwecke, wie auch für die Bedürfnisse des schweizweit einheitlichen Spitalfinanzierungssystems SwissDRG eingesetzt werden. Die wichtigsten Änderungen müssen bereits 2009 realisiert werden, um zu gewährleisten, dass die gesetzlich vorgeschriebene Frist zur Einführung der Fallpauschalen eingehalten werden kann.

SwissDRG beruht auf dem deutschen Modell für Fallkostenpauschalen G-DRG, das wiederum seinen Ursprung im australischen System hat. G-DRG baut auf sehr detaillierten Informationen auf. Um in der Schweiz die notwendige Kompatibilität zum deutschen Modell zu erreichen, müssen daher detaillierte Informationen als bisher erhoben werden. Dies soll einerseits durch die Einführung neuer Variablen geschehen, andererseits durch umfangreiche Änderungen an den bisher benutzten Klassifikationen, der ICD-10 (WHO-Edition) und der Prozedurenklassifikation CHOP. Die Übernahme des deutschen Systems verlangt auch in gewissen Bereichen Anpassungen an den Kodierrichtlinien. Dieses Dokument stellt nur den Teilbereich der Anpassungen von Variablen dar mit den erforderlichen Anpassungen an den Informatik-Schnittstellen. Die Änderungen an Klassifikationen und Kodierrichtlinien werden in gesonderten Dokumenten behandelt.

Neben den zwingend notwendigen Anpassungen an der Statistik zugunsten der Einführung von Fallkostenpauschalen wurden seit einiger Zeit von verschiedenen Partnern weitere Änderungswünsche an der Medizinischen Statistik geäußert. Das BFS hat beschlossen, vor der ohnehin notwendigen Anpassung der Schnittstelle auch diese Änderungsvorschläge auf ihre Machbarkeit hin zu prüfen. Der Zwischenbericht einer in Auftrag gegebenen Machbarkeitsstudie, welche mithilfe von zwei Folgenstrukturierter Interviews bei einer Auswahl an Partnern durchgeführt wurde, diente als Entscheidungs-

---

<sup>1</sup> Aus dem Detailkonzept der Medizinischen Statistik (last accessed 10/05/.2008)

[http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen\\_quellen/blank/blank/mkh/02.Document.90752.pdf](http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen_quellen/blank/blank/mkh/02.Document.90752.pdf)

hilfe vor der definitiven Auswahl der Änderungen<sup>2</sup>. Aufgrund der Zeitknappheit konnte indessen keine formelle Vernehmlassung der Änderungsvorschläge durchgeführt werden.

Alle durch den beauftragten Experten, Herrn Dr. M. Spinatsch, befragten Partner gaben an, dass die vorgeschlagenen Änderungen grundsätzlich realisierbar seien, wenn auch grössere Bedenken bezüglich des ursprünglich vorgesehenen sehr engen Zeitrahmens geäussert wurden. Der Zeitplan konnte unter Berücksichtigung dieser Stellungnahmen trotz der äusserst restriktiven gesetzlichen Vorgaben leicht angepasst werden, so dass die technischen Änderungen an der Schnittstelle nur für die so genannten Netzwerkspitäler bereits für die Daten 2009 bereitgestellt werden müssen.<sup>3</sup> Alle übrigen Spitäler können sich zusätzliches Jahr Zeit nehmen, um die Schnittstellen anzupassen.

## 2 Einführung: Vorgehen und Zeitplan

Grundsätzlich hatte das BFS bereits vor einigen Jahren, zu Beginn des Projektes SwissDRG, beschlossen, mit dieser Institution zu kooperieren und Anpassungen zugunsten dieses Projektes in die Medizinische Statistik aufzunehmen. Diese Zusammenarbeit, welche verhindern kann, dass Daten doppelt erhoben werden müssen, wurde jetzt nicht erneut in Frage gestellt. Im Laufe der aktuellen Arbeiten wurden folgende Punkte geklärt:

- Zuständige Instanzen für die Änderungen und Kommunikationswege
- Zeitplan
- Liste der geplanten Änderungen im Detail (Kapitel 3)

### 2.1 Zuständige Instanzen für die Änderungen und Kommunikationswege

**Der heutige Erhebungsweg wird durch die aktuellen Änderungen an der Statistik nicht beeinflusst.** Die Zuständigkeiten bei den Anpassungen sind wie bisher üblich vorgesehen: Die Änderungen werden durch das BFS ausgearbeitet, beschlossen und den direkten Erhebungspartnern (kantonale Erhebungsstellen und H+) kommuniziert, welche wiederum die Informationen an die lokalen Erhebungsstellen (Spitäler) weiterleiten. Die lokalen und die kantonalen Erhebungsstellen sind je auf ihrer Stufe dafür verantwortlich, dass personell und technisch die Voraussetzungen gegeben sind, um die neuen Daten fristgerecht zu übermitteln. Es ist davon auszugehen, dass informatiktechnische Anpassungen an den Kodiertools und an den Übermittlungsschnittstellen erforderlich sind.

Bemerkung: Das BFS kann die betroffenen Informatikfirmen nicht selbst informieren, weil dies nicht mit dem Gebot der Gleichbehandlung vereinbar wäre.

### 2.2 Zeitplan

Die unter Punkt 1 erwähnte Machbarkeitsstudie hat ergeben, dass die Änderungen zwar grundsätzlich einführbar sind, jedoch wurde der Zeitplan grösstenteils als sehr knapp angesehen. Unter Berücksichtigung dieses Resultats wird die Einführung wie folgt geplant:

- 1. Aufgrund der Vorgabe von SwissDRG müssen die Änderungen in den Netzwerkspitalern obligatorisch ab 2009 eingeführt werden.**
- 2. Ab den Daten 2010 sind die neuen Schnittstellenformate für alle Spitäler<sup>4</sup> obligatorisch.** Das BFS bittet alle Nicht-Netzwerkspitäler, wenn immer möglich ebenfalls ab 2009 die neuen

---

<sup>2</sup> Der Zwischenbericht wurde nur für den internen Gebrauch im BFS erstellt. Der Schlussbericht, der im Sommer 2008 erscheinen wird, wird der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt werden.

<sup>3</sup> Netzwerkspitäler liefern auf einer freiwilligen Grundlage Kostendaten an SwissDRG.

<sup>4</sup> Ausnahmen, siehe unten

Schnittstellenformate zu verwenden. Sollte dies aus technischen Gründen nicht möglich sein, so können die Daten noch während eines Jahres im alten Format (!) geliefert werden.

- 3. Kliniken, die nur psychiatrische oder Rehabilitationsfälle aufweisen, können die Daten auch in Zukunft im alten Format senden.** Dies gilt solange von SwissDRG keine Anforderungen für diesen Bereich vorgegeben werden.
- 4. Die geänderten Kodierrichtlinien und Klassifikationen werden unabhängig von diesen Schnittstellen-Anpassungen gemäss eigenem Zeitplan für alle Erhebungsstellen (auch für die Kliniken unter Punkt 3) eingeführt.**

### 3 Liste der geplanten Anpassungen

Jeder Vorschlag, der in die Statistik aufgenommen wird, wird in diesem Kapitel einzeln beschrieben, der Entscheid wird vorgestellt und begründet, und es werden Angaben zu notwendigen Änderungen an der Schnittstelle gemacht. Genaue Informationen zur neuen Schnittstelle finden sich im Anhang D. Sollten Widersprüche in diesem Dokument erscheinen, gelten die Angaben im Anhang D.

#### 3.1 Falltrennung während eines Aufenthalts

##### Beschreibung

Bisher wurde ein Fall in der Medizinischen Statistik immer durch den Beginn und das Ende eines Spitalaufenthaltes begrenzt. SwissDRG arbeitet mit einer anderen Definition, welche eine Falltrennung bei einem Aufenthalt im Akutspital zuerst mit, später ohne akutmedizinische Betreuung vorsieht. Diese Definition soll übernommen werden, d.h. neu wird ein Fall abgeschlossen, wenn eine akutmedizinische Betreuung nicht mehr notwendig ist, während der Patient/die Patientin noch im Akutspital liegt. Für die verbleibende Zeitspanne wird ein zweiter Fall eröffnet, wobei als Verlegungszeit für die Statistik der Zeitraum zwischen 23 h und 0 h angegeben werden soll. So kann eine doppelte Zählung von einzelnen Tagen vermieden werden. (Details siehe Anhang A)

##### Entscheid und Begründung

Die Neuerung wird eingeführt. Es handelt sich um eine Anpassung zugunsten von SwissDRG.

Die Trennung der Fälle ist notwendig für die Berechnung der SwissDRG-Fallpauschalen. Das SwissDRG-System geht primär von Akutfällen im somatischen Bereich aus. Wird eine Aufenthaltsdauer aus organisatorischen Gründen über die medizinische Notwendigkeit hinaus verlängert oder eine Rehabilitationsphase demselben Akutspitalaufenthalt zugeordnet, werden die Berechnungen der mittleren Aufenthaltsdauer einer bestimmten Krankheits-Behandlungskombination (DRG) aus rein administrativen Gründen verlängert. Dieser Effekt soll ausgeschlossen werden.

Die Abgrenzung, wie lange ein medizinisch notwendiger Akutspital-Aufenthalt vorliegt, soll durch die medizinisch verantwortliche Person vorgenommen werden<sup>5</sup>. Das BFS schlägt vor, dass in naher Zukunft SwissDRG in Zusammenarbeit mit dem BFS und mit Partnern aus der Praxis eine Kriterienliste zur Definition der Grenzen erstellt, da eine subjektive Einschätzung sehr unterschiedlich ausfallen kann.

##### Benötigte Änderung an der Schnittstelle

Keine

Siehe auch Anhang A: Kodierrichtlinie zur Trennung Akutfall von Nicht-Akutfall

---

<sup>5</sup> Eine genaue Definition der Abgrenzung „Akutfall vs. Nicht-Akutfall“ muss noch erarbeitet werden.

## 3.2 Fallzusammenlegung bei wiederholten Aufenthalten

### Beschreibung

SwissDRG hat in einer Arbeitsgruppe weitere Anpassungen der Falldefinition vorbereitet, die jedoch vom eigenen übergeordneten Gremium bisher nicht genehmigt wurden. Dabei handelt es sich um Zusammenlegungen von mehreren Spitalaufenthalten im selben Spital (heute: mehrere Fälle) unter bestimmten Bedingungen. Um in der Medizinischen Statistik die Fälle auch in Zukunft vergleichen zu können, z.B. für die Qualitätssicherung, müssen bei Einführung der Fallzusammenlegungen Informationen zur Beschreibung der einzelnen Aufenthalte gesondert erhoben werden, die bisher den einzelnen Fällen zugeordnet waren. Es handelt sich um Datumsangaben zu den Austritten und Eintritten der zusammengelegten Fälle, sowie deren Eintrittsmerkmale.

### Entscheid und Begründung

Diese Änderungen werden erst eingeführt, wenn SwissDRG die Fallzusammenlegungen formell beschlossen hat. Das BFS ändert jedoch die Schnittstelle bereits jetzt, da der Entscheid voraussichtlich in nächster Zeit fallen wird.

Durch die geplanten zusätzlichen Angaben wird sichergestellt, dass Informationen weiterhin zur Verfügung stehen, die sonst durch die geplanten Fallzusammenlegungen verloren gingen. Gegenüber der heutigen Regelung mit Einzelfällen entsteht kein Mehraufwand bei der Kodierung, da heute mehr Angaben zu den Einzelfällen erfragt werden, als in Zukunft für den zusammengelegten Fall anzugeben sind.

### Benötigte Änderung an der Schnittstelle

Einfügen von Feldern für maximal fünf zusammengelegte Aufenthalte (Details im Anhang D)

- 8 zusätzliche Datumsfelder für 4 Eintritts- und 4 Austrittsdaten. (Das erste Eintrittsdatum und das letzte Austrittsdatum sind schon bisher in der Schnittstelle enthalten.)
- Einfügen eines Felds zur Angabe von Aufnahmegründen zu jedem der 4 "Zwischeneintritte". (Die Antwortmöglichkeiten werden nach dem Beschluss von SwissDRG im Detail festgelegt).
- Einfügen eines Feldes, welches aktiviert (angekreuzt) werden kann, wenn mehr als 5 Aufenthalte zusammengeführt wurden.

## 3.3 Erfassung von bis zu 50 Diagnosen und 100 Behandlungen

### Beschreibung

Bisher war in der Medizinischen Statistik maximal die Angabe von 30 Diagnosen und 30 Behandlungen pro Fall möglich. Das Vorbild des SwissDRG-Systems G-DRG verwendet maximal 50 Diagnosen, bzw. 100 Behandlungen. Der Antrag von SwissDRG lautet dahingehend, diese Zahl zu übernehmen.

### Entscheid und Begründung

Die Neuerung wird eingeführt. Es handelt sich um eine Anpassung zugunsten von SwissDRG.

Die Abrechnung nach dem SwissDRG-System kann in Einzelfällen nicht genügend differenzieren, wenn nur 30 Angaben möglich sind. Die Kodierung ist als machbar eingeschätzt worden, wenn eine Umsetzung in ein gut gestaltetes Kodierinstrument gewährleistet wird.

Bemerkung: Das BFS bestimmt aufgrund der Rollenverteilung in der Erhebung nur das Aussehen der Übermittlungs-Schnittstelle und gibt den Informatikfirmen keine Anweisungen zur Umsetzung in Kodierinstrumente. Es liegt daher an den Spitalern, bei den Informatikfirmen eine praxistaugliche Umsetzung zu veranlassen (zum Beispiel Sichtbarmachen der Zusatzdiagnosen erst bei Gebrauch).

### **Benötigte Änderung an der Schnittstelle**

Einführung der entsprechenden Zusatzfelder für Diagnosen und Behandlungen gemäss Anhang D.

## **3.4 Erweiterung der Diagnosefelder auf 6 Stellen zur Übernahme der Diagnoseklassifikation ICD-10 GM**

### **Beschreibung**

Bisher wurde die Medizinische Statistik mit der WHO-Edition der ICD-10 erstellt. Im Anhang der Verordnung über die Durchführung von statistischen Erhebungen des Bundes wurde bisher verlangt, dass bis auf 4 Stellen genau kodiert wird, eine 5. Stelle konnte freiwillig kodiert werden. Die ICD-10 WHO-Edition wurde jedoch nicht für Abrechnungszwecke erstellt und enthält für diesen Zweck zuwenig detaillierte Angaben. SwissDRG stellt daher den Antrag, dass die deutsche Klassifikation ICD-10 GM übernommen wird. Diese ist fünfstellig. Um genügend Platz für eine Zusatzspezifikation zu haben, wird eine weitere Stelle vorgesehen.

### **Entscheid und Begründung**

Die Neuerung wird eingeführt. Es handelt sich um eine Anpassung zugunsten von SwissDRG.

Die Einführung scheint laut Machbarkeitsstudie und mit Unterstützung von SwissDRG möglich zu sein. Es ist wichtig, dass sich die Spitäler bewusst sind, dass die relevante Information für die feinere Kodierung der Diagnosen bei der Kodierstelle abrufbar gemacht werden muss.

### **Benötigte Änderung an der Schnittstelle**

Anpassung aller Diagnosefelder auf sechs Stellen gemäss Anhang D.

Die ICD-10 GM ist zwar – wie oben erwähnt – nur fünfstellig, die sechste Stelle soll jedoch als Reservestelle künftigen Entwicklungen vorbehalten bleiben, insbesondere zur Erhebung der Information, ob eine Diagnose bei Spitaleintritt vorhanden war.

## **3.5 Erweiterung der Behandlungsfelder auf 6 Stellen zur Aufnahme der ergänzten Behandlungsklassifikation CHOP**

### **Beschreibung**

Die Behandlungsklassifikation CHOP ist heute vierstellig. Sie ist für Abrechnungszwecke mit den SwissDRG Fallpauschalen zuwenig detailliert, weshalb sie mit zusätzlichen Codes ergänzt werden muss. Da die CHOP mit vier Stellen kaum noch ausgebaut werden kann, ist eine Änderung der Struktur der Klassifikation Voraussetzung für einen Ausbau. Der Entscheid wurde gefällt, die Codes auf sechs Stellen zu erweitern und damit genügend Platz für Erweiterungen zu schaffen.

### **Entscheid und Begründung**

Die Neuerung wird eingeführt. Es handelt sich um eine Anpassung zugunsten von SwissDRG.

Die Erweiterung der Behandlungsfelder auf 6 Stellen ermöglicht die Aufnahme der Codes der ergänzten CHOP.

### **Benötigte Änderung an der Schnittstelle**

Anpassung aller Behandlungsfelder auf 6 Stellen gemäss Anhang D.

### 3.6 Seitigkeit einer Behandlung oder Diagnose

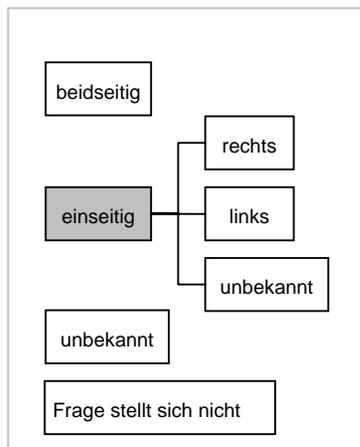
#### Beschreibung

Es handelt sich bei dieser Variable um ein Zusatzmerkmal zu einer Behandlung oder Diagnose, welches rechts/links zu unterscheiden hilft.

Bei jeder Diagnose oder Behandlung – bei welcher diese Möglichkeit überhaupt vorhanden ist – kann die Angabe

- **beidseitig**
- **einseitig, rechts**
- **einseitig, links**
- **einseitig, aber Seite unbekannt**
- **unbekannt ob beidseitig oder einseitig**
- **Frage stellt sich nicht**

gemacht werden. Am ehesten stellen wir uns das Kodierfeld wie folgt vor (weisse Felder können kodiert werden):



#### Entscheid und Begründung

Die Neuerung wird eingeführt. Es handelt sich um eine Anpassung zugunsten von SwissDRG, welche gleichzeitig einem Wunsch des BFS entspricht.

Sowohl für die fallpauschalenbasierte Abrechnung wie auch für Qualitätsanliegen ist es wünschbar, zu wissen, ob eine Behandlung zweimal an derselben Lokalisation des Körpers oder einmal rechts und einmal links durchgeführt wurde. Auch bei Diagnosen ist die Frage der Seitigkeit wichtig.

#### Änderung der Schnittstelle

Einführung eines Zusatzfeldes nach jeder Diagnose und Behandlung mit sechs möglichen Werten gemäss Anhang D.

Bemerkung zum Wert „Frage stellt sich nicht“: Später, sobald die Möglichkeit besteht, durch die Plausibilisierung die Diagnosen/Behandlungen zu eliminieren, für die Seitigkeitsangaben keinen Sinn machen, soll dieser Wert nicht mehr verwendet werden können.

## 3.7 Tumoraktivität

### Beschreibung

Es handelt sich um eine Zusatzangabe zu Tumordiagnosen (ICD-Kodes C00-D49), welche über die Aktivität eines Tumors Auskunft gibt.

Definition der Aktivität: Prinzipiell besteht die Annahme, dass der Tumor aktiv ist. Der Tumor wird nur dann als inaktiv bezeichnet, wenn nach üblicher Diagnostik keine Tumoraktivität mehr vorhanden ist.

### Entscheid und Begründung

Die Neuerung wird eingeführt. Es handelt sich um eine Anpassung auf Anregung von SwissDRG und von Experten.

Epidemiologische Auswertungen gehen oft von dem Merkmal Tumoraktivität aus, welches hier vorgeschlagen wird. Das Merkmal kann auch relevant sein für die Gruppierung zugunsten von Fallpauschalen.

### Benötigte Änderung an der Schnittstelle

Einführung eines Zusatzfeldes nach jeder Diagnose gemäss Anhang D.

## 3.8 Intensivmedizinische Behandlung und Beatmungsstunden

### Beschreibung

Um Fallpauschalen zu differenzieren, muss die kostenaufwändige intensivmedizinische Behandlung abgebildet werden können. Dafür sollen Werte aus dem Datensatz der Schweizerischen Gesellschaft für Intensivmedizin SGI übernommen werden, nämlich Aufenthaltsdauer, Schweregradscores (z.B. SAPS, PIM2, CRIB) und Aufwandscores (NEMS), sowie die Zahl der Beatmungsstunden. Um eine Beatmung abbilden zu können, soll nur die Zahl der Stunden im vorgesehenen Variablenfeld eingetragen werden. Ergänzend wird ein Behandlungsfeld mit einem Kode aus der CHOP versehen, welcher die Art der Beatmung festlegt.

Diese Felder müssen nur ausgefüllt werden, wenn das Spital über eine von der Schweizerischen Gesellschaft für Intensivmedizin SGI anerkannte Intensivstation oder über eine neonatologische Intensivstation verfügt.

### Entscheid und Begründung

Die Neuerung wird eingeführt. Es handelt sich um eine Anpassung zugunsten von SwissDRG.

Die Übernahme der Definitionen nach der SGI vermeidet unnötige Doppelerfassungen, da der SGI-Datensatz bereits in vielen Spitälern der Schweiz eingeführt ist.

### Benötigte Änderung an der Schnittstelle

Es sind die entsprechenden Felder entsprechend der Liste in Anhang C einzuführen (Details in Anhang D)

Bemerkung zu den Beatmungsstunden (siehe auch Anhang B): Die Beatmungsstunden werden analog zu den deutschen Kodierrichtlinien definiert, wobei folgendes zu beachten ist, dass in diesem Feld nur die Anzahl Stunden angegeben sollen, und keine Information zur Art der Beatmung. Die Information kann aus dem Datensatz SGI (MDSi) berechnet werden, indem die Anzahl Schichten mit Beatmung mit den Stunden der Schichtlänge multipliziert wird. Die Definition einer Schicht mit Beatmung ist im MDSi festgelegt.

### 3.9 Aufnahmegewicht bei Säuglingen

Das Aufnahmegewicht eines Säuglings (bis zum Alter von einem Jahr) wird als zusätzliches Merkmal in der Medizinischen Statistik erhoben.

Bemerkung: Das Aufnahmegewicht bei einem Kind, das im Spital selbst geboren wurde, entspricht dem Geburtsgewicht, d.h. die Werte der beiden Variablen 2.2.V04 „Geburtsgewicht“ im Neugeborenen-Zusatzdatensatz und 4.5.V01 „Aufnahmegewicht“ im Patientengruppen-Zusatzdatensatz müssen übereinstimmen.

#### Entscheid und Begründung

Die Neuerung wird eingeführt. Es handelt sich um eine Anpassung zugunsten von SwissDRG.

Das Aufnahmegewicht ist ein diskriminierendes Merkmal, um den durchschnittlich notwendigen Aufwand einer Spitalbehandlung zu bestimmen. Dieses Merkmal wird für die Berechnungen nach SwissDRG verwendet werden.

#### Benötigte Änderung an der Schnittstelle

Ein Feld für das Gewicht ist einzuführen gemäss Anhang D.

### 3.10 Ambulante Behandlungen auswärts

#### Beschreibung

Gemäss den Regeln von SwissDRG verrechnet ein Spital, das einen bestimmten Patienten beherbergt, auch ambulante Behandlungen, die in einem anderen Spital durchgeführt werden. Damit diese Behandlungen nicht zum Behandlungsspektrum des ersten Spitals gezählt werden, wurde eine Kennzeichnung dieses Falles gesucht. Dazu wird vorgeschlagen, eine Variable einzuführen, welche sowohl nach Areal wie nach juristischer Form des Betriebs den eigenen vom ambulant behandelnden Betrieb unterscheidet.

Wertemöglichkeiten:

- leer = (default) Frage stellt sich nicht; eigenes Krankenhausareal, gleicher Betrieb
- 1 = eigenes Krankenhausareal, anderer Betrieb
- 2 = ausserhalb eigenem Krankenhausareal, gleicher Betrieb
- 3 = ausserhalb eigenem Krankenhausareal, anderer Betrieb
- 9 = unbekannt

Bemerkung 1: Belegärzte, welche unabhängig vom Betrieb Behandlungen durchführen, gelten vom Beherbergungsspital aus gesehen als „fremder Betrieb“.

Bemerkung 2: Areal und Betrieb sollen in nächster Zeit noch genauer definiert werden.

#### Entscheid und Begründung

Diese Neuerung wird aufgenommen als Anpassung der Statistik auf die geänderten Falldefinitionen von SwissDRG, um zu vermeiden, dass bisher vorhandene Informationen verloren gehen. Die Anpassung verhindert insbesondere, dass Behandlungen, die nicht in einem Spital selbst durchgeführt werden, zu dessen Behandlungsspektrum gezählt werden.

Ein zusätzliches Reservefeld soll sicherstellen, dass später eine Zusatzinformation zum Zielort/Art des Spitals der Durchführung der Behandlung angefügt werden kann.

#### Benötigte Änderung an der Schnittstelle

Einführen eines Feldes mit den oben beschriebenen Wertemöglichkeiten.

Einführen eines Reservefeldes.

Details im Anhang D.

### 3.11 Spitalstandort

#### Beschreibung

In letzter Zeit wurden zunehmend Spitäler als einheitliche Rechtsträger mit grosser geographischer Ausbreitung gegründet (Fusionen). Da die Medizinische Statistik bisher nur die juristische Einheit erfasst (über die Nummer im Betriebs- und Unternehmensregister BUR) lässt sich im beschriebenen Fall nicht mehr unterscheiden, an welchem geographischen Standort ein Patient behandelt wurde. Die Einführung von Variablen zum Standort ist daher notwendig. Aufgrund des Zeitdrucks für die Anpassungen konnte nicht rechtzeitig Klarheit bezüglich des Begriffs Standort geschaffen werden. Daher soll vorläufig eine Variable die Postleitzahl eines Spitals enthalten. Da diese jedoch ungenügend diskriminiert, wird zusätzlich ein Reservefeld in der Schnittstelle geschaffen, welches nach Abschluss der definitorischen Arbeiten weitere Abgrenzungskriterien zu erheben erlaubt.

#### Entscheid und Begründung

Die Neuerung wird eingeführt auf Wunsch des BFS und von Datennutzern, da sonst aufgrund der aktuellen Veränderungen in der Spitallandschaft die gewünschte Abgrenzung eines Spitals in geographischer Hinsicht verloren geht. Die Frage des Standortes eines Spitals ist insbesondere für die Versorgungsplanung (Zugänglichkeit) eine wichtige Frage.

#### Benötigte Änderung an der Schnittstelle

Einfügen von zwei zusätzlichen Felder (PLZ, Reservefeld) gemäss Anhang D. Es wird empfohlen, das pro Spital mit einem Defaultwert für die eigene PLZ zu versehen, so dass kein Mehraufwand für die Kodierer entsteht.

### 3.12 Behandlungsdatum

#### Beschreibung

Das Datum jeder Behandlung ist von Nutzen, um zu unterscheiden, ob Behandlungen gleichzeitig oder nacheinander ausgeführt wurden. Es ist ein Merkmal, das SwissDRG für die Unterscheidung der Fallgruppen benötigt.

#### Entscheid und Begründung

Die Neuerung wird eingeführt. Es handelt sich um eine Anpassung zugunsten von SwissDRG.

Neben dem Nutzen für SwissDRG ist das Datum auch für die Qualitätssicherung ein gutes Merkmal, welches erlaubt, Reoperationen zu finden.

#### Benötigte Änderung an der Schnittstelle

Zu jedem Behandlungsfeld wird ein Datumsfeld ergänzt gemäss Anhang D.

### 3.13 Kopfumfang bei Neugeborenen

#### Beschreibung

Der Kopfumfang wird mit dem Messband bei der Geburt gemessen.

#### Entscheid und Begründung

Die Neuerung wird eingeführt. Es ist eine Anpassung des BFS aufgrund des Wunsches von Nutzern.

Der Aufwand scheint gering, die Angaben sind verfügbar und der Nutzen für epidemiologische Untersuchungen und evtl. auch DRG-Abgrenzungen wird als hoch eingeschätzt. Der Kopfumfang ist neben Geburtsgewicht, Länge und Gestationsalter der wichtigste Indikator zur Prognostizierung der späteren geistigen Entwicklung eines Kindes, bzw. von Pathologien. Er kann auch als Trennmerkmal für unterschiedliche DRGs verwendet werden.

Bemerkung zur Verfügbarkeit der Daten: Der Kopfumfang wird laut Angaben von Neonatologen von der Hebamme erhoben (auch bei Hausgeburten) und neu seit 2007 ins Schweizerische Gesundheitsheft eingetragen. Im europäischen Ausland wird der Kopfumfang ebenfalls routinemässig erhoben.

#### **Benötigte Änderung an der Schnittstelle**

Erweiterung des Datensatzes um ein Feld gemäss Anhang D.

### **3.14 Fallnummer der Statistik diagnosebezogener Fallkosten**

#### **Beschreibung**

In der Statistik diagnosebezogener Fallkosten existiert ein Merkmal Fallnummer, das pro Spital jeden Fall eindeutig kennzeichnet. Die Fallnummer der Statistik kann dabei der internen Fallnummer des Spitals entsprechen, sie kann auch eine eindeutige andere alphanumerische Folge sein. Diese Fallnummer soll neu auch in der Medizinischen Statistik erhoben werden, um Verknüpfungen zu erlauben. Die Nummer, die für die Medizinische Statistik erhoben wird, muss zwingend der Fallnummer der Statistik diagnosebezogener Fallkosten entsprechen.

#### **Entscheid und Begründung**

Die Neuerung wird auf Initiative des BFS eingeführt, aber nur bei den Netzwerkspitalern erhoben. Die Anpassung ist für die Verknüpfung von Daten u.a. für SwissDRG notwendig. Damit kann eine Doppelerhebung der Daten vermieden werden.

#### **Benötigte Änderung an der Schnittstelle**

Ein alphanumerisches Feld analog zum Feld in der Statistik diagnosebezogener Fallkosten muss eingefügt werden, dessen Inhalt zur Übermittlung verschlüsselt wird (gemäss Anhang D). Dieses Feld wird nur von den Spitalern ausgefüllt, welche für die Fallkostenstatistik Daten liefern (Netzwerkspitaler). Bei den übrigen sollte der Default auf „keine Angabe“ gestellt werden.

### **3.15 Reservefelder**

#### **Beschreibung**

Zusätzlich zu den erwähnten Änderungen werden 20 Reservefelder vorgesehen, um ohne zusätzlich Anpassungen der Informatikschnittstelle auf dringend notwendige, unvorhersehbare Neuerungen reagieren zu können. Fünf davon werden bei der Übermittlung verschlüsselt werden.

#### **Benötigte Änderung an der Schnittstelle**

Einführung von 20 alphanumerischen Feldern gemäss Anhang D.

## **4 Liste der zurückgewiesenen Anpassungswünsche**

### **4.1 Kostenstellen**

#### **Beschreibung**

Heute wird nur die Hauptkostenstelle für jeden Fall in der Statistik erhoben. Es wurde der Wunsch angemeldet, durch die Erhebung weiterer Kostenstellen ein detaillierteres Bild zu erhalten.

#### **Entscheid und Begründung**

Diese Änderung wird nicht eingeführt.

Es zeigte sich in der Machbarkeitsstudie, dass vor allem die unterschiedliche Handhabung der heutigen Richtlinien grössere Ungleichheiten in der Statistik herbeiführt. Eine zusätzliche Einführung mehrerer Kostenstellen scheint daher inopportun, bevor mit anderen Massnahmen eine Verbesserung der Qualität erreicht werden kann. Da die Statistik 20 Reservefelder enthalten wird, wäre es unter Umständen später noch möglich, diese für Kostenstellen zu verwenden.

## **4.2 Gründe für ausserkantonalen Eintritt**

### **Beschreibung**

Die Angabe, ob ein ausserkantonaler Eintritt in ein Spital medizinisch oder nicht-medizinisch bedingt war, sollte durch diese Variable geklärt werden.

### **Entscheid und Begründung**

Diese Änderung wird nicht eingeführt.

Es ist zurzeit fraglich, ob die Angaben nicht bereits auf einem anderen Weg erhoben werden (administrative Abläufe). Um Doppelspurigkeiten wird vorläufig auf die Angabe verzichtet. Die Änderung kann gut später eingeführt werden, sofern das Interesse weiterhin vorhanden ist.

## **4.3 Medikamente und Implantate**

### **Beschreibung**

Das Datenfeld sollte Angaben aus einer Auswahlliste von teuren Medikamenten und Hilfsmitteln (Implantaten) enthalten.

### **Entscheid und Begründung**

Eine Änderung wird nicht in den Datenfeldern der medizinischen Statistik eingeführt. Eine Einführung über die Behandlungsklassifikation CHOP ist stattdessen geplant.

## **4.4 Aufenthaltsort vor Wiedereintritten (bei Fallzusammenführungen)**

### **Beschreibung**

Diese Variable hätte bei Fallzusammenführungen den Aufenthaltsort vor jedem Wiedereintritt enthalten.

### **Entscheid und Begründung**

Das BFS verzichtet auf die Einführung, um den Kodieraufwand nicht weiter zu vergrössern.

## Anhang A – Kodierrichtlinie zur Trennung Akutfall von Nicht-Akutfall

Neu werden die Spitalfälle des Akutbereichs von den Spitalfällen des Nicht-Akutbereichs getrennt. Dies betrifft die sogenannten Wartepatienten<sup>6</sup> sowie die Spitalintern auf eine Pflegeabteilung, d.h. auf eine Rehabilitations- oder Geriatrieabteilung, verlegten Patienten. Es werden ein Akutfall (medizinischer Behandlungsfall) und ein Nicht-Akutfall (Wartetage oder Pflegefall) generiert.

**Als Wartetage gelten diejenigen Tage, welche der Patient im Anschluss an einen medizinisch begründeten Aufenthalt im Akutbereich aus organisatorischen Gründen im Spital verbringt, obwohl nach medizinischen Gesichtspunkten kein Aufenthalt in der Akutabteilung nötig ist.**

**Der Akutfall wird durch einen Entscheid der für den Patienten medizinisch verantwortlichen Person (meistens ein Chefarzt) beendet.**

Dabei spielt es keine Rolle, ob der Patient für diese Wartetage noch in derselben (Akut-)Abteilung wie vorher verweilt (mit dem gleichen Betreuungspersonal), oder ob er in eine Pflegeabteilung verlegt wurde.

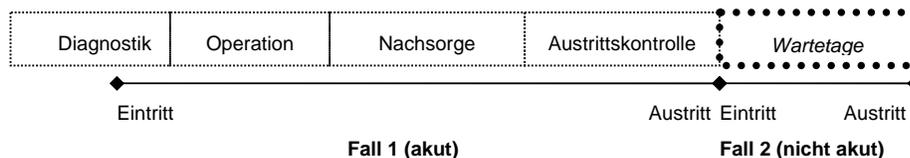
### Kodierung

Wenn der Akutfall beendet ist, wird ein administrativer Austritt vorgenommen und ein neuer Fall generiert. Dieser administrative Austritt (Akutfall) ist für die Statistik auf Mitternacht vorzunehmen (23:59h, bzw. 23h), der Eintritt (Nicht-Akutfall) auf 0:00h des nächsten Kalendertages. Diese Lösung verhindert, dass der Austritts- bzw. Eintrittstag doppelt gezählt wird.

Bisher:



Neu:



#### **Fall 1 (akut)**

- 1.5.V01 „Austrittsdatum-Stunde“ = 23 (z.B. 2008120123)
  - 1.5.V02 „Entscheid für Austritt“ = 4 (Interner Übertritt)
  - 1.5.V03 „Aufenthalt nach Austritt“ = 8 (andere) [gilt auch für: Geriatrie]
- Bei internem Übertritt in die Rehabilitation oder Psychiatrie sind die entsprechenden Werte „4“ bzw. „5“ anzugeben

#### **Fall 2 (nicht akut)**

- 1.2.V01 „Eintrittsdatum-Stunde“ = 00 (z.B. 2008120200)
- 1.2.V02 „Aufenthaltort vor dem Eintritt“ = 8 (andere)

<sup>6</sup> Patientinnen und Patienten, die auf einen freien Platz in einer anderen nicht-akuten stationären Einrichtung warten

- 1.2.V03 „Eintrittsart“
- 1.6.V01 „Hauptdiagnose“

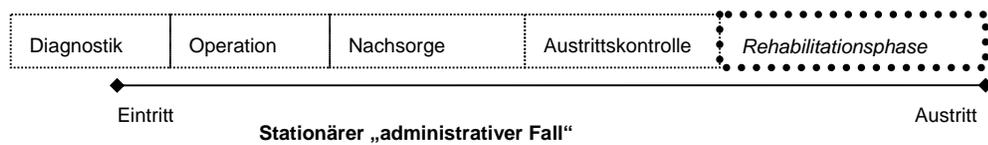
= 4 (Interner Übertritt)  
 = Z75.8 (Probleme mit Bezug auf medizinische Betreuungsmöglichkeiten oder andere Gesundheitsversorgung: Sonstige Probleme mit Bezug auf medizinische Betreuungsmöglichkeiten oder andere Gesundheitsversorgung)

[gilt nur für Wartepatienten; interne Übertritte in die Rehabilitation, Geriatrie oder Psychiatrie werden mit den üblichen Hauptdiagnosen kodiert (gemäss Fall 2)]

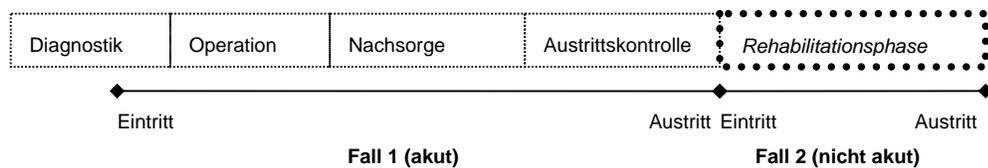
Mit dieser Kodierung bleibt gewährleistet, dass jederzeit zu jedem Akutfall (Fall 1) der dazugehörige Nicht-Akutfall (Fall 2) identifiziert werden kann. Als weiteres Identifikationsmerkmal dient der anonyme Verbindungskode, welcher in beiden Fällen identisch sein muss.

Dieselbe Regelung, mit kleinen Abweichungen bei den Austrittsmerkmalen (siehe oben), gilt für den **internen Übertritt von einer Akutabteilung in eine Nicht-Akutabteilung (Rehabilitationsphase oder Geriatrie) desselben Betriebes:**

Bisher:



Neu:



Der Wert „Interner Übertritt“ (Variablen 1.5.V03 und 1.2.V04) darf sonst in keiner anderen Fallsituation verwendet werden.

# Anhang B – Kodierung der Beatmungsstunden für G-DRG

Auszugsweise wiedergegebene

**DEUTSCHE KODIERRICHTLINIEN**, Allgemeine und Spezielle Kodierrichtlinien, für die Verschlüsselung von Krankheiten und Prozeduren, Version 2008

– Spezielle Kodierrichtlinien Krankheiten des Atmungssystems

1001

## • KRANKHEITEN DES ATMUNGSSYSTEMS

### 1001g Maschinelle Beatmung

#### Definition

Maschinelle Beatmung („künstliche Beatmung“) ist ein Vorgang, bei dem Gase mittels einer mechanischen Vorrichtung in die Lunge bewegt werden. Die Atmung wird unterstützt durch das Verstärken oder Ersetzen der eigenen Atemleistung des Patienten. Bei der künstlichen Beatmung ist der Patient in der Regel intubiert oder tracheotomiert und wird fortlaufend beatmet. Bei intensivmedizinisch versorgten Patienten kann eine maschinelle Beatmung auch über Maskensysteme erfolgen, wenn diese an Stelle der bisher üblichen Intubation oder Tracheotomie eingesetzt werden.

#### Kodierung

Wenn eine maschinelle Beatmung die obige Definition erfüllt, ist

- 1) zunächst die **Dauer** der künstlichen Beatmung zu erfassen. Hierfür steht ein separates Datenfeld im Datensatz nach § 301 SGB V (Sozialgesetzbuch Fünftes Buch) sowie § 21 KHEntgG (Krankenhausentgeltgesetz) zur Verfügung.
- 2) Dann ist **zusätzlich**:
  - 2a) einer der folgenden Codes  
8-701 *Einfache endotracheale Intubation*  
8-704 *Intubation mit Doppellumentubus*  
8-706 *Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung*  
und/oder
  - 2b) der zutreffende Kode aus  
5-311 *Temporäre Tracheostomie* oder  
5-312 *Permanente Tracheostomie*  
anzugeben, wenn zur Durchführung der künstlichen Beatmung ein **Tracheostoma** angelegt wurde.
- 3) Bei **Neugeborenen und Säuglingen** ist **zusätzlich** ein Kode aus  
8-711 *Maschinelle Beatmung bei Neugeborenen und Säuglingen*  
anzugeben.

**Anmerkung:** Bei Neugeborenen sind darüber hinaus auch andere atmungsunterstützende Maßnahmen wie z.B. Sauerstoffzufuhr (8-720) zu verschlüsseln, soweit nicht eine maschinelle Beatmung erfolgt. Hier ist die Beatmungsdauer nicht zu kodieren.

#### Berechnung der Dauer der Beatmung

Eine maschinelle Beatmung (siehe Definition, Abs. 1), die zur Durchführung einer Operation oder während einer Operation begonnen wird und die **nicht länger als 24 Stunden** dauert, **zählt nicht** zur Gesamtbeatmungszeit. Die maschinelle Beatmung während einer Operation im Rahmen der Anästhesie wird als integraler Bestandteil des chirurgischen Eingriffs angesehen.

Wenn die maschinelle Beatmung jedoch zur Durchführung einer Operation oder während einer Operation begonnen wird und **länger als 24 Stunden** dauert, dann **zählt** sie zur Gesamtbeatmungszeit. Die Berechnung der Dauer beginnt in diesem Fall mit der

während einer Operation im Rahmen der Anästhesie wird als integraler Bestandteil des chirurgischen Eingriffs angesehen.

Wenn die maschinelle Beatmung jedoch zur Durchführung einer Operation oder während einer Operation begonnen wird und **länger als 24 Stunden** dauert, dann **zählt** sie zur Gesamtbeatmungszeit. Die Berechnung der Dauer beginnt in diesem Fall mit der Intubation; die Intubation ist in diesem Fall zu kodieren, obwohl sie zur Operation durchgeführt wurde.

Eine Beatmung, die nicht zum Zweck einer Operation begonnen wurde, z.B. in der Intensivbehandlung nach einer Kopfverletzung oder einer Verbrennung, zählt unabhängig von der Dauer immer zur Gesamtbeatmungszeit. Werden bereits beatmete Patienten operiert, so zählt die Operationszeit zur Gesamtbeatmungszeit.

Bei einer/mehreren Beatmungsperiode(n) während eines Krankenhausaufenthaltes ist zunächst die Gesamtbeatmungszeit gemäß obigen Regeln zu ermitteln, die Summe ist zur nächsten ganzen Stunde aufzurunden. (s.a. DKR P012 *Prozeduren, unterschieden auf der Basis von Größe, Zeit oder Anzahl* (Seite 49) und DKR P005 *Multiple/Bilaterale Prozeduren* (Seite 44)).

### Beginn

Die Berechnung der Dauer der Beatmung beginnt mit **einem der folgenden Ereignisse**:

- **Endotracheale Intubation**

Für Patienten, die zur künstlichen Beatmung intubiert werden, beginnt die Berechnung der Dauer mit dem Anschluss an die Beatmungsgeräte.

Gelegentlich muss die endotracheale Kanüle wegen mechanischer Probleme ausgetauscht werden. Zeitdauer der Entfernung und des unmittelbaren Ersatzes der endotrachealen Kanüle sind in diesem Fall als Teil der Beatmungsdauer anzusehen; die Berechnung der Dauer wird fortgesetzt.

Für Patienten, bei denen eine künstliche Beatmung durch endotracheale Intubation begonnen und bei denen später eine Tracheotomie durchgeführt wird, beginnt die Berechnung der Dauer mit der Intubation. Die Zeitdauer der Beatmung über das Tracheostoma wird hinzugerechnet.

- **Maskenbeatmung**

Die Berechnung der Dauer der künstlichen Beatmung beginnt zu dem Zeitpunkt, an dem die maschinelle Beatmung einsetzt.

- **Tracheotomie**

(mit anschließendem Beginn der künstlichen Beatmung). Die Berechnung der Dauer der künstlichen Beatmung beginnt zu dem Zeitpunkt, an dem die maschinelle Beatmung einsetzt.

- **Aufnahme eines beatmeten Patienten**

Für jene Patienten, die maschinell beatmet aufgenommen werden, beginnt die Berechnung der Dauer mit dem Zeitpunkt der Aufnahme (s.a. „Verlegte Patienten“, unten).

### Ende

Die Berechnung der Dauer der Beatmung endet mit **einem der folgenden Ereignisse**:

- **Extubation**

- **Beendigung der Beatmung** nach einer Periode der Entwöhnung.

**Anmerkung:**

Für Patienten mit einem Tracheostoma (nach einer Periode der Entwöhnung) gilt:

Bei beatmeten Patienten wird die Trachealkanüle für einige Tage (oder länger, z.B. bei neuromuskulären Erkrankungen) an ihrem Platz belassen, nachdem die künstliche Beatmung beendet wurde. Die Berechnung der Beatmungsdauer ist in diesem Fall zu dem Zeitpunkt beendet, an dem die maschinelle Beatmung eingestellt wird.

- **Entlassung, Tod oder Verlegung** eines Patienten, der eine künstliche Beatmung erhält (s.a. „Verlegte Patienten“, unten).

Die **Methode der Entwöhnung** (z.B. CPAP, SIMV, PSV) von der künstlichen Beatmung wird nicht kodiert.

Die **Dauer der Entwöhnung** wird insgesamt (inklusive beatmungsfreier Intervalle während der jeweiligen Entwöhnung) bei der Berechnung der Beatmungsdauer eines Patienten hinzugezählt. Es kann mehrere Versuche geben, den Patienten vom Beatmungsgerät zu entwöhnen.

### **Verlegte Patienten**

#### **Beatmete und/oder intubierte Patienten**

Wenn ein **beatmeter** Patient verlegt wird, finden die folgenden Grundregeln Anwendung: Das verlegende Krankenhaus erfasst die Dauer der dort durchgeführten Beatmung und gibt die zutreffenden Codes an:

- für den Zugang bei maschineller Beatmung (8-70),
- für die Tracheostomie (5-311; 5-312),
- für maschinelle Beatmung bei Neugeborenen und Säuglingen (8-711),

wenn diese Maßnahmen von der verlegenden Einrichtung durchgeführt worden sind.

Das aufnehmende Krankenhaus erfasst die Dauer der dort durchgeführten Beatmung, bei Neugeborenen wird zusätzlich ein Kode aus 8-711 zugewiesen. Ein Kode für die Einleitung der Beatmung wird nicht angegeben, da diese Maßnahmen vom verlegenden Krankenhaus durchgeführt wurden.

Wenn ein **nicht beatmeter** intubierter Patient verlegt wird, kodiert das verlegende Krankenhaus den Zugang bei maschineller Beatmung (8-70) sowie ggf. die Tracheostomie (5-311; 5-312). Das aufnehmende Krankenhaus kodiert diese bereits geleisteten Prozeduren nicht noch einmal.

#### **Intubation ohne maschinelle Beatmung**

Eine Intubation kann auch durchgeführt werden, wenn keine künstliche Beatmung erforderlich ist, z.B. wenn es notwendig ist, den Luftweg offen zu halten. Kinder können bei Diagnosen wie Asthma, Krupp oder Epilepsie intubiert werden, und Erwachsene können in Fällen von Verbrennungen oder schwerem Trauma intubiert werden.

Eine Intubation ist in diesen Fällen mit einem Kode aus

8-700 *Offenhalten der oberen Atemwege*

8-701 *Einfache endotracheale Intubation*

zu verschlüsseln.

#### **Kontinuierlicher positiver Atemwegsdruck (CPAP)**

Kodes aus

## Anhang C – Minimaldatensatz der Schweiz. Gesellschaft für Intensivmedizin

Der Minimaldatensatz der Schweizerischen Gesellschaft für Intensivmedizin SGI steht hier zum Download bereit:

[http://www.sgi-ssmi.ch/fileadmin/user\\_upload/Qualitaet/PDF/MDSi\\_22\\_1\\_dt1.pdf](http://www.sgi-ssmi.ch/fileadmin/user_upload/Qualitaet/PDF/MDSi_22_1_dt1.pdf)

(last accessed 10/05/2008)

**Elemente, welche in die medizinische Statistik übernommen werden sollen:**

Element SGI-Export in zentrale Datenbank	Inhalt	Validierung SGI	Übernahme in Zusatz-Datensatz der Medizinischen Statistik MS (nur 1 Datensatz pro Spitalaufenthalt)
LOS (Length of stay in Tagen)	[nnn.nn]	Not null: range 0.00 - 999.99, Summe(Cat1-3)/3 > LOS	<b>JA, wird aber als Aufenthalt in Stunden aufgenommen (wie bisher)<sup>7</sup></b>
Schweregrad der akuten Erkrankung	[nnn]	Not null: 0 – 200 (Score)	<b>JA Summe der Scores aller IPS-aufenthalte</b>
Art des Score	[S/P/C]	Not null: S od. P od. C (falls AGE < 16: P oder C)	<b>JA</b>
NEMS, Total aller Schichten*	[nnnnnn]	Not null	<b>JA</b>
NEMS Beatmung (Anzahl Schichten)	[nnn]		<b>JA, aber als Anzahl Stunden (Umrechnung der Schichten in Stunden)</b>
2 Reservfelder	2 x [nnnnnn]		Vorgesehen vor allem für die Möglichkeit, dass parallel mehrere oder neue Scores verwendet werden könnten

\* Bei 8-Stunden Schicht werden die NEMS-Punkte zur Gesamtsumme zusammengezählt. Bei 12-Stunden Schicht wird die jeweilige Punktezahl für NEMS pro Schicht mit 1.5 multipliziert, anschliessend wird wiederum die Gesamtsumme aller NEMS gebildet.

## Anhang D – Spezifikationen der Medizinischen Statistik ab 2009

Das Extradokument "Variablen der Medizinischen Statistik: Spezifikationen gültig ab 2009 („Schnittstellenkonzept") befindet sich im Anschluss dieses Dokumentes.

<sup>7</sup> vgl. Variable 1.3.V03 „Aufenthalt in Intensivstation"