



Psychiatrieversorgung

Handbuch für die Dokumentation von Leistungs- und Falldaten in psychiatrischen Ambulatorien und Tageskliniken

Datenjahr 2022

Bearbeitungs-Datum	21. September 2021
Version	2.2
Dokument Status	Definitiv
Kontakt	Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion Gesundheitsamt Rathausgasse 1 Postfach 3000 Bern 8 +41 31 633 79 65 (Telefon) +41 31 633 79 67 (Telefax) info.ga@be.ch www.be.ch/gsi

Die Lieferfristen, Lieferformate und Spezifikationen dieses Handbuches (Version 2.2) betreffen die Daten des Jahres 2022 (Datenjahr).

Änderungen gegenüber der letzten Version 2.1.1 sind mit **rotem** Text gekennzeichnet. Änderungen gegenüber der Version 2.0 sind mit **blauem** Text gekennzeichnet.

Die Spitaldaten werden über die Plattform SDEP («Spitaldatenerhebungsplattform») erhoben. Weitere Informationen dazu: www.be.ch/sdep-de

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	4
1.1	Ausgangslage	4
1.2	Inhalt des NKM-Handbuchs	4
1.3	Rechtliche Grundlagen	4
2	Umfang und Zeitpunkt Datenlieferung	4
2.1	Zu liefernde Datensätze	4
2.2	Lieferpflichten nach kantonaler Mitfinanzierung	5
2.3	Lieferfristen und -formate	6
3	Allgemeine inhaltliche Vorgaben Datenlieferung	6
3.1	Falldefinition.....	6
3.2	Fallabschlussregeln	7
3.3	Zeitbezug.....	7
4	Spezifikationen der einzelnen Datensätze	7
4.1	Allgemeine Erläuterungen zu den Variablen	7
4.1.1	Erhebungspflicht	7
4.1.2	Fallnummern.....	7
4.2	Spezifikation des Basis-Datensatzes (MB)	8
4.3	Spezifikation des Datensatzes zu Diagnosen und Behandlungen (MD).....	10
4.4	Spezifikation des Psychiatrie-Zusatzdatensatzes (MP).....	10
4.5	Kostenträgerrechnung (SDEP-KTR)	12
4.6	Spezifikation des Leistungsmengen-Datensatzes (SDEP-BE-LM).....	12
4.7	Spezifikation des kantonalen Zusatz-Datensatzes (SDEP-BE-MK)	14
5	Abrechnungsrelevante Hinweise zur Leistungserfassung (SDEP-BE-LM)	16
5.1	Allgemeine Bemerkungen	16
5.1.1	Zusammenfassen von Leistungen: «Leistungspäckli»	16
5.1.2	Leistungen ausserhalb Tagesklinik-Areal.....	17
5.2	Dauer der Leistung	17
5.2.1	Zeitintervalle	17
5.2.2	No-shows.....	17
5.2.3	Gruppenleistungen	17
5.3	Berufsgruppe	17
5.3.1	Mehrere Personen bei Leistungserbringung	17
5.3.2	Personen in Ausbildung	17
5.3.3	Zulässige Berufsgruppe je Leistungsnummer	17
5.3.4	Verbesserung Datenerhebung	18
5.4	Angebote	18
5.4.1	Angebotstyp.....	18
5.4.2	Home Treatment: Angebotsart 8.....	18
5.4.3	Verbesserung Datenerhebung: Angebotsart 13 und 14	18
5.5	Fallbezogene Leistungen	18
5.6	Pflegeleistungen gemäss KVG	19
5.7	Wegzeiten.....	19
5.8	Rapporte in der Tagesklinik	19
6	Abrechnungsrelevante Hinweise zur Begründung und Dokumentation der Leistungserfassung	19
6.1	Korrekte Erfassung belegen.....	19
6.2	Erfüllung Finanzierungskriterien dokumentieren	19

6.3	Form	19
7	Vorgehen zur Prüfung der Finanzierungskriterien und zur Ermittlung des Abrechnungsbetrags	20
7.1	Plausibilisierung beim Dateneingang	20
7.1.1	Fehler zwingend zu korrigieren	20
7.1.2	Fehler zu prüfen, begründen oder allenfalls zu korrigieren	21
7.2	Prüfliste zur eingehenden Revision.....	21
7.2.1	Liste auffälliger Leistungen	21
7.2.2	Liste Stichprobe	21
7.3	Vereinfachtes Verfahren	22
7.3.1	Kennzahlenprüfung.....	22
7.3.2	Liste auffälliger Leistungen	22
8	Nachträgliche Leistungsverrechnung: Korrektur Abrechnung	22
9	Quellenangaben.....	23
Anhang 1	24

1 Einleitung

1.1 Ausgangslage

Im Bereich der Psychiatrieversorgung beteiligt sich der Kanton Bern an der Finanzierung von ambulanten und tagesklinischen Leistungen. Finanziert werden Leistungen, welche versorgungspolitisch gewünscht, wirtschaftlich erbracht und durch andere Kostenträger nicht oder ungenügend abgegolten sind.

1.2 Inhalt des NKM-Handbuchs

Die Grundvoraussetzung für die kantonale Finanzierung von ambulanten und tagesklinischen Leistungen der Psychiatrieversorgung ist eine vollständige und fristgerechte Leistungsdokumentation. Das vorliegende Dokument ergänzt die v.a. technischen Anforderungen der Datenlieferung, welche in der SDEP Erhebungsdokumentation und SDEP Schnittstelle beschrieben sind (www.be.ch/sdep-de), aus inhaltlicher Perspektive (Abschnitte 2 bis 4).

Zudem müssen die ambulanten und tagesklinischen Leistungen von den Leistungserbringern korrekt erfasst werden und begründet resp. dokumentiert werden können, damit diese vom Kanton Bern (mit-)finanziert werden. Ausserdem müssen sie den Finanzierungskriterien genügen, welche im Rahmen der jährlichen Leistungsabrechnung geprüft werden. Die diesbezüglichen Hinweise und Informationen finden sich in den Abschnitten 5 bis 8.

1.3 Rechtliche Grundlagen

Die Finanzierung ambulanter und tagesklinischer Leistungen der Psychiatrieversorgung ist in den Artikeln 59 bis 62 Spitalversorgungsgesetz (SpVG) festgelegt und wird in den Artikeln 20a bis 20h Spitalversorgungsverordnung (SpVV) ausgeführt. Die entsprechende Datenlieferpflicht wird in Artikel 127 SpVG, Artikel 48 SpVV sowie Anhang 5 SpVV definiert. In Artikel 128 SpVG sind die damit einhergehenden Sanktionsbestimmungen geregelt.

Das vorliegende Dokument regelt die Details der rechtlichen Grundlagen zur Datenerfassung und -lieferpflicht. Es ist zudem integraler Bestandteil der Leistungsverträge zwischen der Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion (GSI) und den Leistungserbringern und enthält weitere Vorgaben zum Abrechnungs- und Revisionsprozess.

2 Umfang und Zeitpunkt Datenlieferung

2.1 Zu liefernde Datensätze

Die vollständige Dokumentation von ambulanten und tagesklinischen Leistungen umfasst folgende Datensätze der Spitaldatenerhebung:

MB	Basis-Datensatz
MD	Diagnosen- und Behandlungsdatensatz
MP	Psychiatrie-Zusatzdatensatz
SDEP-KTR	Fallkosten- und Fallertragsdatensatz
SDEP-BE-MK	Kantonaler Zusatzdatensatz
SDEP-BE-LM	Leistungsmengen-Datensatz

Die ersten drei Datensätze (MB, MD, MP) gehören zum Erhebungsteil Medizinische Statistik. Sie wird für sämtliche ambulanten und tagesklinischen Fälle der Psychiatrie nach Vorgaben der GSI geliefert, wobei sich der Umfang der Datenlieferung nach der kantonalen Finanzierung richtet (vgl. Kapitel 2.2).

Die Fallkosten- und Fallertragsdaten werden für sämtliche ambulanten und tagesklinischen Fälle der Psychiatrie im Erhebungsteil SDEP-KTR geliefert. Die Spitäler führen eine REKOLE-konforme Buchhaltung und sind deshalb in der Lage, kostenträgerbasierte Daten auf Fallebene zu liefern.

Der Erhebungsteil SDEP-BE-MK ergänzt die Angaben der Medizinischen Statistik und enthält zusätzliche schweregrad-bezogene Eintrittsmerkmale der Fälle. Der Erhebungsteil SDEP-BE-LM umfasst die erbrachten Leistungsmengen nach Leistungsposition (vgl. Anhang 1, Seite 24) und bildet die Grundlage für die Abrechnung des NKM.

2.2 Lieferpflichten nach kantonaler Mitfinanzierung

Die Datenlieferungspflichten richten sich nach der kantonalen Mitfinanzierung von ambulanten und tagesklinischen Fällen (gemäss Leistungsvertrag) und dem Fallbezug. Es wird somit zwischen folgenden Lieferpflichten unterschieden (vgl. auch Tabelle 1):

1. Fälle ohne kantonal finanzierte Leistungen

Für Fälle ohne kantonal finanzierte Leistungen werden nur die Fallkosten- und Fallertragsdaten (SDEP-KTR), der MB-Datensatz sowie der MD-Datensatz nach Vorgaben dieses Handbuches geliefert. Bei der Jahreslieferung sind die Daten für A-, B- und C-Fälle zu liefern.

2. Fälle mit kantonally finanzierten Leistungen

Fälle, bei welchen Leistungen mit kantonaler Finanzierung erbracht werden, werden vollständig dokumentiert (MB, MD, MP, SDEP-KTR, SDEP-BE-LM, SDEP-BE-MK). Die vollständige Dokumentation ist erforderlich für A-, B- und C-Fälle (Jahreslieferung).

3. Nicht fallbezogene Leistungen

Diese Leistungen werden ebenfalls im SDEP-BE-LM-Datensatz erhoben und jährlich abgeliefert.

Die Identifikation der Fälle mit kantonally finanzierten Leistungen liegt in der Verantwortung der Betriebe. Entweder können sie alle Fälle einer Abteilung erheben, auf eine Erhebung ganz verzichten (Finanzierung fällt weg) oder Checklisten erstellen, mit denen man Fälle identifizieren kann, bei denen eine Mitfinanzierung wahrscheinlich ist und deshalb eine Leistungs- und Falldokumentation erforderlich ist.

Fall-/Leistungsart		MB	MD*	MP*	SDEP-KTR	SDEP-BE-MK	SDEP-BE-LM
Ambulante Fälle	ohne kantonale Finanzierung	✓	✓		✓		
	mit kantonaler Finanzierung	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Tagesklinische Fälle	ohne kantonale Finanzierung**	✓	✓		✓		
	mit kantonaler Finanzierung	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Nicht fallbezogene Leistungen mit kantonaler Finanzierung							✓
Legende * aus dem MD- und MP-Datensatz muss nur ein Teil obligatorisch geliefert werden (vgl. Kapitel 4.3 und 4.4) ** theoretisch sind tagesklinische Fälle ohne kantonale Mitfinanzierung möglich							

Tabelle 1: Datenlieferungspflichten nach Fallbezug und Finanzierung

Mit dem SDEP-BE-LM-Datensatz müssen grundsätzlich nur die kantonally finanzierten Leistungen geliefert werden. Den Leistungserbringern ist es aber freigestellt, auch Leistungen zu dokumentieren, die nicht kantonally finanziert werden. Allerdings müssen Leistungen, welche die Kriterien für eine kantonale Finanzierung nicht erfüllen, mit anderen Positionen (T- oder Z-Leistungen) geliefert werden (siehe auch Ausführungen in Kapitel 5.1). Leistungen aus dem stationären Bereich dürfen nicht mit dem SDEP-BE-LM-Datensatz geliefert werden.

2.3 Lieferfristen und -formate

Eine Übersicht der Datensätze, Lieferfristen und -formate ist in Tabelle 2 dargestellt. Die Liefertermine sind in einer **Direktionsverordnung zur Spitalversorgung (SpVDV)** festgehalten.

Datensatz	Format	Portal	Termin
MB, MD, MP (Medizinische Statistik)	.dat (gemäss formalen Vorgaben SDEP)	SDEP	Semesterlieferung bis spätestens 30. September 2022 und Jahreslieferung bis spätestens 31. März 2023
SDEP-BE-MK	.txt (gemäss formalen Vorgaben SDEP)	SDEP	Jahreslieferung bis spätestens 31. März 2023
SDEP-BE-LM	.txt (gemäss formalen Vorgaben SDEP)	SDEP	Jahreslieferung bis spätestens 31. März 2023
SDEP-KTR	.txt (gemäss formalen Vorgaben SDEP)	SDEP	Jahreslieferung bis spätestens 31. März 2023

Tabelle 2: Datensätze, Lieferfristen und -formate

Die Daten der Medizinischen Statistik sowie die Fallkosten- und Fallertragsdaten (SDEP-KTR) werden zusammen mit allen Daten des Betriebs geliefert (ein Datensatz für ambulante, tagesklinische und stationäre Fälle).

Die Semesterlieferung der Medizinischen Statistik umfasst die ausgetretenen Fälle (A-Fälle), während mit der Jahreslieferung sämtliche, d.h. auch die laufenden Fälle, geliefert werden (A-, B- und C-Fälle).

Sämtliche Datensätze sind aus technischen Gründen vollständig zu liefern, d.h. auch diejenigen Felder, für welche keine Erhebungspflicht besteht (diese sind leer zu lassen bzw. mit dem definierten Wert für „unbekannt“ auszufüllen).

Für den Modellversuch «Psychiatrische Akutbehandlung zu Hause» gelten bei der Lieferung sämtlicher Leistungs- und Falldaten (Umfang, Periodizität, Termine) die Vorgaben des Dokuments «Handbuch Datenlieferung PAH. Modellversuch Psychiatrische Akutbehandlung zu Hause PAH V.1.2».

3 Allgemeine inhaltliche Vorgaben Datenlieferung

3.1 Falldefinition

Jeder ambulante und tagesklinische Fall, bei welchem psychiatrische Leistungen¹ direkt an die betroffene Person zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung (oder einer anderen Sozialversicherung) abgerechnet werden, wird erfasst. Für fallbezogene Leistungen (Aufträge wie z.B. Gutachten, Konsilien und Liaisondienste), die einer anderen Institution bzw. einem anderen Leistungsbereich der eigenen Institution (z.B. Somatik) verrechnet werden, wird kein ambulanter oder tagesklinischer Fall geliefert.

Als tagesklinische Behandlungen gelten in der Psychiatrieversorgung wiederholte Aufenthalte von Patientinnen und Patienten zur Untersuchung, Behandlung und Pflege in Tageskliniken, sofern ein entsprechender Tarifvertrag vorliegt. Tageskliniken sind multidisziplinäre Komplexbehandlungen unter ärztlicher Leitung, die sich gegenüber der ambulanten Behandlung durch eine längere Präsenzzeit (mind. 4 Stunden) auszeichnen. Es wird ein Fall pro Behandlung von Beginn bis Ende geführt (umfasst in der Regel mehrere Behandlungstage). Für Nachtkliniken gilt die Regel analog, sofern kein stationärer Aufenthalt vorliegt.

¹ Die Hauptkostenstelle muss M500 sein. Ausschliesslich sozialtherapeutische Fälle (Beschäftigung in Werkstätten, Wohncoaching ohne medizinische bzw. pflegerische Begleitung etc.) oder somatische Fälle (Krankschreibung wegen Grippe, Wundversorgung, Urinrest, Physiotherapie oder Ähnliches) werden nicht geliefert.

Als ambulante Behandlung gelten alle Behandlungen, die weder stationäre noch tagesklinische Behandlungen sind. Es wird ein Fall pro Behandlung von Beginn bis Ende geführt (umfasst in der Regel mehrere Behandlungstage). Bei einem Wechsel des Behandlungssettings muss zwingend ein neuer Fall eröffnet werden.

3.2 Fallabschlussregeln

Fälle, bei denen über einen Zeitraum von sechs Monaten keine Leistungen erfolgten (d.h. kein Patient/innen-Kontakt verzeichnet wurde), werden rückwirkend auf das Datum des letzten Kontaktes abgeschlossen, wenn dieser Kontakt im selben Jahr stattgefunden hat. Andernfalls, d.h. wenn der letzte Kontakt vor dem Jahreswechsel stattfand, wird der Fall rückwirkend auf den Jahresbeginn abgeschlossen (es ist nicht möglich, nachträglich Fälle per Datum im Vorjahr abzuschliessen!).

Ambulante Dauerfälle können bei regelmässigen Kontakten (mindestens ein Kontakt pro Halbjahr) über längere Zeit offenbleiben, auch über den Jahreswechsel hinweg.

3.3 Zeitbezug

Für sämtliche ambulanten und tagesklinischen Fälle der Psychiatrie (A-, B- und C-Fälle) werden in SDEP-KTR die in der Erhebungsperiode angefallenen Kosten und Erlöse erfasst (Zeitrechnung).² In SDEP-BE-LM werden in der Erhebungsperiode erbrachte fallbezogene und nicht fallbezogene Leistungen erfasst.

4 Spezifikationen der einzelnen Datensätze

4.1 Allgemeine Erläuterungen zu den Variablen

Im Folgenden werden die verschiedenen Datensätze detailliert abgebildet. Unter den Abbildungen der jeweiligen Datensätze werden einzelne Variablen erläutert bzw. präzisiert.

In der Abbildung der Datensätze SDEP-BE-MK und SDEP-BE-LM, welche für die Abgeltung anhand des Normkostenmodells Psychiatrie eingeführt wurden, werden die möglichen Ausprägungen der Variablen aufgeführt (Kapitel 4.6 und 4.7).

4.1.1 Erhebungspflicht

Die Erhebung von einigen Variablen der Medizinischen Statistik ist fakultativ. Aus technischen Gründen müssen alle Felder der jeweiligen Datensätze vollständig geliefert werden, auch wenn für einzelne Variablen keine Erhebungspflicht besteht. Für Variablen ohne Erhebungspflicht (vgl. [graue Felder in der Spalte «Erhebungspflicht» in den Tabellen der Abschnitte 4.2 bis 4.4](#)) werden jeweils die Werte „9“, „90“ (Ausprägung „unbekannt“) angegeben, sofern dies möglich ist. In allen anderen Fällen ist das Feld leer zu lassen (z.B. Nationalität oder Nebendiagnosen) oder eine „0“ einzutragen (z.B. Urlaubsstunden). Ob ein Eintrag erfolgt oder das Feld leer bleibt, ist abhängig vom Feldtyp.

4.1.2 Fallnummern

Die Fallnummer des MD-Datensatzes (4.6.V01) muss zwingend für die SDEP-KTR-, SDEP-BE-MK- und SDEP-BE-LM-Datensätze übernommen werden. Die Nummer kann beliebig gewählt werden. Z.B. kann die interne Fallnummer verwendet werden oder eine Abwandlung davon. Die Fallnummer entspricht nicht dem anonymen Verbindungscode gemäss BFS. Es gelten die Vorgaben nach SDEP.

Falls das betriebliche System ausschliesslich eine fallbezogene Leistungserfassung zulässt, kann für die Erfassung der nicht fallbezogenen Leistungen ein Dummy-Fall erstellt werden. Es sind auch mehrere Dummy-Fälle pro Betrieb möglich (z.B. nach Standort). Für die Dummy-Fälle wird nur der SDEP-BE-LM-Datensatz, nicht aber die Datensätze der Medizinischen Statistik geliefert. Die Nummern der Dummy-Fälle müssen vor der Lieferung von SDEP-BE-LM aus dem Datensatz gelöscht werden.

² Dies stellt einen Unterschied zum stationären Bereich dar, wo für stationäre A-Fälle die Kosten und Erlöse über den gesamten administrativen Fall erfasst werden (Stückrechnung; Kosten- und Erlöse über die gesamte Falldauer).

4.2 Spezifikation des Basis-Datensatzes (MB)

Nr.	Variable	Spezifikation	Erhebungspflicht
0.1.V01	Rekordart	BFS	✓
0.1.V02	Betriebsnummer (BUR-Nummer)	BFS	✓
0.1.V03	Standort	BFS	✓
0.1.V04	Kanton	BFS	✓
0.2.V01	Anonymer Verbindungscode	BFS	✓
0.2.V02	Kennzeichnung des Statistikfalls	BFS	✓
0.3.V01	Neugeborenen-Datensatz	BFS	(=0)
0.3.V02	Psychiatrie-Datensatz	BFS	✓
0.3.V03	Patientengruppen-Datensatz	BFS	✓
0.3.V04	Kantonaler Datensatz	BFS	✓
1.1.V01	Geschlecht	BFS	✓
1.1.V02	Geburtsdatum	BFS	✓
1.1.V03	Alter bei Eintritt	BFS	✓
1.1.V04	Wohnort (Region)	BFS*	✓
1.1.V05	Nationalität	BFS	-
1.2.V01	Eintrittsdatum und -stunde	BFS	✓
1.2.V02	Aufenthaltort vor dem Eintritt	BFS	✓
1.2.V03	Eintrittsart	BFS	✓
1.2.V04	Einweisende Instanz	BFS	✓
1.3.V01	Behandlungsart	BFS*	✓
1.3.V02	Klasse	BFS	-
1.3.V03	Aufenthalt auf einer Intensivstation	BFS	-
1.3.V04	Administrativer Urlaub & Ferien	BFS	-
1.4.V01	Hauptkostenstelle	BFS	✓

Nr.	Variable	Spezifikation	Erhebungspflicht
1.4.V02	Hauptkostenträger für die Grundversicherungsleistungen	BFS*	✓
1.5.V01	Austrittsdatum und -stunde	BFS	✓
1.5.V02	Entscheid für Austritt	BFS	✓
1.5.V03	Aufenthalt nach Austritt	BFS	✓
1.5.V04	Behandlung nach Austritt	BFS	✓
1.6.V01	Hauptdiagnose	BFS	✓
1.6.V02	Zusatz zu Hauptdiagnose	BFS	✓
1.6.V03	1. Nebendiagnose	BFS	✓
1.6.V04	2. Nebendiagnose	BFS	✓
(1.6.V05 – 1.7.V11)	Der MB-Datensatz muss vollständig geliefert werden, jedoch sind diese Felder nicht erhebungspflichtig.	BFS	-

* Hier liegt eine vom BFS abweichende Spezifikation vor, **es gelten die Vorgaben dieses Handbuches und von SDEP.**

Für B-Fälle sind die Bereiche 1.5 und 1.6 nicht erhebungspflichtig, für C-Fälle ist der Bereich 1.5 nicht erhebungspflichtig.

Variable 0.1.V03 – Standort

Die Variable Standort entspricht der Standort-Nummer, welche in der Liste der Standorte für die Erhebung der Krankenhaus-Statistik definiert wurde. Auch Behandlungen am Wohnort einer Patientin oder eines Patienten müssen einem Standort zugeordnet werden.

Variable 1.3.V01 – Behandlungsart

1. Ambulant = 1
2. Tagesklinisch = 2
3. Stationär = 3
4. Unbekannt = 9

Entgegen der Spezifikation des BFS wird die Ausprägung 2 «Tagesklinisch» im Kanton Bern weiterhin verwendet.

Nach der KVG-Revision vom Jahr 2012 wurde die Behandlungsart „teilstationär“ durch das BFS für ungültig erklärt. Dies entspricht zwar der Bundesgesetzgebung, steht aber im Widerspruch zur Versorgungsrealität. Um eine bedarfsgerechte Versorgungsplanung und den darauf basierenden Leistungseinkauf im ambulanten Bereich zu ermöglichen, verwendet der Kanton Bern diese Behandlungsart deshalb weiterhin.

Entgegen der Spezifikation des BFS wird die Ausprägung 9 «Unbekannt» durch den Kanton Bern nicht akzeptiert.³

³ Kantonale Vorgaben gemäss SDEP Schnittstelle.

4.3 Spezifikation des Datensatzes zu Diagnosen und Behandlungen (MD)

Nr.	Variable	Spezifikation	Erhebungspflicht
4.1.V01	Rekordart	BFS	✓
4.2.V010	MD Hauptdiagnose	BFS	✓
4.2.V020	MD Zusatz zu Hauptdiagnose	BFS	✓
4.2.V030	MD 1. Nebendiagnose	BFS	✓
4.2.V040	MD 2. Nebendiagnose	BFS	✓
4.6.V01	Fallnummer der Fallkostenstatistik	BFS*	✓
4.8.V01	Tarif für die Abrechnung	BFS*	-
(alle weiteren Variablen)	Der MD-Datensatz muss vollständig geliefert werden, jedoch sind diese Felder nicht erhebungspflichtig.	BFS	-

* Hier liegt eine vom BFS abweichende Spezifikation vor, es gelten die Vorgaben dieses Handbuches und von SDEP.

Für B-Fälle ist der Bereich 4.2 (MD Diagnosen) nicht erhebungspflichtig.

Variable 4.6.V01 – Fallnummer

Die Fallnummer darf nur einmal vergeben werden (eindeutige Fallnummer). Es ist unzulässig, in den Folgejahren dieselbe Fallnummer für einen anderen Fall erneut zu verwenden.

Variable 4.8.V01– Tarif für die Abrechnung

Die Ausprägung dieser neuen Variable ist nur auf stationäre Fälle ausgerichtet, daher ist dieses Feld bis auf Weiteres nicht erhebungspflichtig.

4.4 Spezifikation des Psychiatrie-Zusatzdatensatzes (MP)

Nr.	Variable	Spezifikation	Erhebungspflicht
3.1.V01	Rekordart	BFS	✓
3.2.V01	Zivilstand	BFS	✓
3.2.V02	Aufenthaltort vor dem Eintritt (Psychiatrie)	BFS	✓
3.2.V03	Beschäftigung vor Eintritt: teilzeit erwerbstätig	BFS	✓
3.2.V04	Beschäftigung vor Eintritt: voll erwerbstätig	BFS	✓

Nr.	Variable	Spezifikation	Erhebungspflicht
3.2.V05	Beschäftigung vor Eintritt: nicht erwerbstätig od. arbeitslos	BFS	✓
3.2.V06	Beschäftigung vor Eintritt: Hausarbeit in eigenem Haushalt	BFS	✓
3.2.V07	Beschäftigung vor Eintritt: in Ausbildung (Schule, Lehre, Studium)	BFS	✓
3.2.V08	Beschäftigung vor Eintritt: Rehabilitationsprogramm	BFS	✓
3.2.V09	Beschäftigung vor Eintritt: IV, AHV oder andere Rente	BFS	✓
3.2.V10	Beschäftigung vor Eintritt: Arbeit in geschütztem Rahmen	BFS	✓
3.2.V11	Beschäftigung vor Eintritt: unbekannt	BFS	✓
3.2.V12	Höchste abgeschlossene Schul- oder Berufsbildung	BFS	✓
3.3.V01	Einweisende Instanz (Psychiatrie)	BFS	✓
3.3.V03	Fürsorgerische Unterbringung	BFS	-
3.4.V01	Anzahl Tage / Konsultationen	BFS	✗ -
3.4.V02	Behandlung (was wurde gemacht)	BFS	-
3.4.V03 – 3.4.V14 Psychopharmakotherapie		BFS	-
3.5.V01	Entscheid für Austritt (Psychiatrie)	BFS	✓
3.5.V02	Aufenthalt nach Austritt (Psychiatrie)	BFS	✓
3.5.V03	Behandlung nach Austritt (Psychiatrie)	BFS	✓
3.5.V04	Behandlungsbereich	BFS	✓

* Hier liegt eine vom BFS abweichende Spezifikation vor, [es gelten die Vorgaben dieses Handbuches und von SDEP](#).

Der MP-Datensatz wird für A-, B- und C-Fälle geliefert (das BFS verlangt nur A- und C-Fälle). Für B- und C-Fälle ist der Bereich 3.5 nicht erhebungspflichtig.

Variable 3.4.V01 – Anzahl Tage / Konsultationen

Die Erhebungspflicht für diese Variable ist aufgehoben.

~~Entgegen der Spezifikation des BFS bleibt die Erhebungspflicht für diese Variable bestehen.~~

Tagesklinische Fälle

~~Die Variable 3.4.V01 enthält die tatsächlich erbrachten kumulierten Tagesklinik-Kontaktstage (als Kontaktstage gelten sowohl ganze als auch halbe Pflagestage) ohne No-show-Tage. Diese Definition entspricht der Definition der Krankenhausstatistik des BFS.~~

Ambulante Fälle

~~Die Variable 3.4.V01 enthält die kumulierte Anzahl Konsultationen im Sinne von physischen Kontakttagen mit der Patientin oder dem Patienten. Eine ambulante Konsultation wird dann erbracht, wenn eine Leistung~~

erfolgt, bei welcher der/die Patient/in physisch anwesend ist und diese Leistung tariflich abgerechnet werden kann⁴. Pro Patient/in kann pro Kalendertag maximal eine ambulante Konsultation erfolgen (d.h. im Prinzip werden die „Kontakttage“ gezählt). Diese Definition entspricht der Definition der Krankenhausstatistik des BFS.

4.5 Kostenträgerrechnung (SDEP-KTR)

Für den SDEP-KTR-Datensatz gilt die Spezifikation nach SDEP-Erhebungsdokumentation. Zu beachten ist der Zeitbezug gemäss Kapitel 3.3 bei ambulanten und tagesklinischen Fällen der Psychiatrie.

4.6 Spezifikation des Leistungsmengen-Datensatzes (SDEP-BE-LM)

Für den SDEP-BE-LM-Datensatz gilt die Spezifikation nach SDEP-Erhebungsdokumentation:

Nr.	Variable	Spezifikation	Erhebungspflicht	Max. Länge	Typ
C1	Recordtyp BK = Kopfrecored LM = Leistungsmengen-Datensatz ambulante Psychiatrie	BE	✓	2	AN ⁵
C2-C4	Angaben für den Kopfrecored (1. Zeile)	BE	✓		
LM_V01	BUR-Nummer	BE	✓	8	N ⁶
LM_V02	Standort-Nummer (gem. KHS)	BE	✓	5	AN
LM_V03	Fallnummer (identisch zu 4.6.V01)	BE	✓	16	AN
LM_V04	LM_ID (fortlaufende , eindeutige Nummerierung der Leistungen)	BE	✓	10	N
LM_V05	Angebotsart 1 = Akutpsychiatrische TK / Kriseninterventions-TK 2 = Allgemeinpsychiatrische TK 3 = Psychotherapie-TK 4 = Alterspsychiatrische TK 5 = Kinder- und Jugendpsychiatrische TK 6 = Spezialisierte TK (Sucht, Schizophrenie etc.) 7 = Ambulatorium 8 = Akut-Behandlung zu Hause (Home Treatment) 9 = Mobile Krisenintervention und andere aufsuchende Dienste 10 = Begleitetes Wohnen / Wohn-Coaching 11 = Niederschwellige Freizeit- und Aufenthaltsangebote 12 = andere [Ausprägung wird aufgehoben] 13 = andere ambulante Angebote 14 = andere tagesklinische Angebote	BE	✓	2	N
LM_V06	Datum	BE	✓	8	N

⁴ Gilt auch bei Hausbesuchen, aufsuchender Krisenintervention oder Home Treatment

⁵ AN = alphanumerisch

⁶ N = numerisch

Nr.	Variable	Spezifikation	Erhebungspflicht	Max. Länge	Typ
LM_V07	Leistungsnummer	BE	✓	4	AN
LM_V08	Minuten	BE	✓	3	N
LM_V09	Berufsgruppe 1 = Fachärzt/in, Oberärzt/in 2 = Assistenz Ärzt/in 3 = Fachpsycholog/in 4 = Assistenz Psycholog/in 5 = Physio- oder Ergotherapeut/in 6 = Ernährungsberater/in 7 = Diplomierte Pflegefachperson 8 = Fachfrau/Fachmann Gesundheit 9 = Musik-, Kunst-, oder Körpertherapeut/in 10 = Sozialarbeiter/in (FH) 11 = Sozialpädagoge/in (HF) 12 = Pädagogin / Pädagoge (FH, Uni) 13 = Peer / Genesungsbegleiter/in 14 = Seelsorger/in 15 = Administratives Personal 16 = Andere 17 = Logotherapeut/in	BE	✓	2	N

Variable LM_V02 – Standort

Die Variable Standort entspricht der Standort-Nummer, welche in der Liste der Standorte für die Erhebung der Krankenhaus-Statistik definiert wurde. Auch Behandlungen am Wohnort einer Patientin oder eines Patienten müssen einem Spitalstandort zugeordnet werden. Eine korrekte Standortzuordnung gilt auch für fallunabhängige Leistungen.

Variable LM_V03 – Fallnummer (identisch zu 4.6.V01)

Mit dieser Variable wird für alle fallbezogenen Leistungen die Fallnummer angegeben. Die Fallnummer entspricht der Variable 4.6.V01 des MD-Datensatzes der Medizinischen Statistik (vgl. Kapitel 4.3). Die Fallnummer darf nur einmal vergeben werden. Es ist unzulässig, in den Folgejahren dieselbe Fallnummer für einen anderen Fall erneut zu verwenden. Bei nicht fallbezogenen Leistungen wird das Feld leer gelassen. Werden Leistungen ohne Fallbezug auf einen Dummy-Fall erfasst, ist die Nummer des Dummy-Falls aus der Lieferung zu löschen.

Variable LM_V04 – LM_ID (fortlaufende, eindeutige Nummerierung der Leistungen)

Dieses Feld enthält eine eindeutige Nummerierung der gelieferten Leistungen. Diese kann, muss aber nicht fortlaufend sein. Eine Nummerierung der Leistungen kann auch nach dem Export der Daten manuell ergänzt werden.

Eine systemtechnische Rückverfolgbarkeit der einzelnen Leistungen kann den Leistungserbringern die Identifikation der vom Revisionsprozess betroffenen Leistungen jedoch erleichtern.

Variable LM_V05 – Angebotsart

Die Variable bildet die Art des psychiatrischen Behandlungsangebots ab, in welchem die Leistung erbracht wurde. Diese Variable ermöglicht ein(e) angebotsbezogene(r) Versorgungsplanung und Leistungseinkauf. Es kann pro Leistung nur eine Angebotsart angegeben werden.

Die Ausprägung «12 = andere» wird aufgehoben. Neu müssen Leistungen, die keiner der anderen Kategorien zugeordnet werden können, differenziert für ambulante und tagesklinische Angebote erfasst werden («13 = andere ambulante Angebote» und «14 = andere tagesklinische Angebote»).

Variable LM_V06 – Datum

Das Datum wird in folgendem Format angegeben: JJJJMMTT (1. Juni 2016 = 20160601).

Variable LM_V07 – Leistungsnummer

Hier werden die Nummern der Leistungspositionen aus Anhang 1 (Seite 24) angegeben. Die Leistungsnummer muss dreistellig sein (E01 statt E1).

Variable LM_V08 – Minuten

Die Dauer der erbrachten Leistungen wird in Minuten angegeben, wobei auf eine volle Minute gerundet wird. Abgebildet werden Echtminuten (60 Minuten pro Stunde), nicht Industrieminuten (100 Minuten pro Stunde).

Variable LM_V09 – Berufsgruppe

Im Feld „Berufsgruppe“ darf nur die eigene Berufsgruppe angegeben werden. Pflegefachleute können beispielsweise keine sozialpädagogischen Leistungen erfassen (vgl. Kapitel 5.3.3).

Neu muss die Ausprägung «17 = Logotherapeut/in» in der Erfassung separat ausgewiesen werden. Eine Erfassung von Leistungen dieser Berufsgruppe mit der Ausprägung «16 = Andere» ist nicht mehr zulässig.

4.7 Spezifikation des kantonalen Zusatz-Datensatzes (SDEP-BE-MK)

Für den SDEP-BE-MK Datensatz gilt die Spezifikation nach SDEP-Erhebungsdokumentation:

Nr.	Variable	Spezifikation	Erhebungspflicht	Max. Länge	Typ
C1	Recordtyp BK = Kopfrecored MK = Kantonaler Zusatzdatensatz ambulante Psychiatrie	BE	✓	2	AN
C2-C4	Angaben für den Kopfrecored (1. Zeile)	BE	✓		
MK_V01	BUR-Nummer	BE	✓	8	N
MK_V02	Standort-Nummer (gem. KHS)	BE	✓	5	AN
MK_V03	Fallnummer (identisch zu 4.6.V01)	BE	✓	16	AN
MK_V04	Wohnform 1 = Zuhause allein 2 = Zuhause mit anderen 3 = betreutes oder begleitetes Wohnen 4 = Wohnheim 5 = ohne festen Wohnsitz 6 = andere 9 = unbekannt	BE	✓	1	N

Nr.	Variable	Spezifikation	Erhebungspflicht	Max. Länge	Typ
MK_V05	Anzahl stationäre und tagesklinische Behandlungen, letzte 2 Jahre 0-7 = Anzahl 8 = mehr als 7 9 = unbekannt	BE	✓	1	N
MK_V06	Erster Kontakt mit institutioneller Psychiatrie ≥ 2 Jahre 0 = Nein 1 = Ja 9 = unbekannt	BE	✓	1	N
MK_V07	Umfang des Hilfesystems Anzahl der Netzwerkpartner 0-7 = Anzahl 8 = mehr als 7 9 = unbekannt	BE	✓	1	N
MK_V08	Schulischer Unterstützungsbedarf (für Kinder- und Jugendpsychiatrie) 1 = Regelschule 2 = Regelschule mit Zusatzbetreuung 3 = Sonderschule 7 = keine Schulpflicht / Erwachsene 9 = unbekannt	BE	✓	1	N
MK_V09	GAF bei Eintritt	BE	✓	3	N

Die Variablen des MK-Datensatzes werden bei Eintritt erfasst.

MK_V04 – Wohnform

Die Wohnform wird zusätzlich zum „Aufenthaltort vor Eintritt“ (1.2.V02 bzw. 3.2.V02) erhoben. Sie ist unabhängig davon, ob jemand z.B. vor der ambulanten Behandlung z.B. in einem Akutspital hospitalisiert war oder sich in tagesklinisch Behandlung befand.

Die Wohnform meint die Art und Weise des Wohnens der betroffenen Person im Sinne der Lebenswelt, unabhängig von der aktuellen Krankheitsepisode (welche unter Umständen kurzfristig einen anderen Aufenthaltort notwendig macht).

MK_V05 – Anzahl stationäre und tagesklinische Behandlungen, letzte 2 Jahre

Die Anzahl der stationären und tagesklinischen Behandlungen wird als Indikator für das Ausmass des individuellen Behandlungs- und Hilfebedarfs („Schweregrad“) bei ambulanten Patientinnen und Patienten verwendet (vgl. Babalola et al., 2014; Vigod et al., 2013).

Zu zählen sind alle stationären und tagesklinischen Behandlungsepisoden der vergangenen 24 Monate, also auch jene in anderen Institutionen. Falls die Patientin oder der Patient zu Beginn dieser Zeitspanne bereits in einer psychiatrischen Institution hospitalisiert war, ist diese Episode ebenfalls zu zählen (d.h. nicht nur die tatsächlichen Eintritte). Es gilt die Angabe der Patientin bzw. des Patienten.

MK_V06 – Erster Kontakt mit institutioneller Psychiatrie \geq 2 Jahre

Der Zeitpunkt des Erstkontaktes mit der institutionellen Psychiatrie soll als Indikator für das Ausmass des individuellen Behandlungs- und Hilfebedarfs („Schweregrad“) verwendet werden (vgl. DGPPN, 2013; Ruggeri et al., 2000).

MK_V07 – Umfang des Hilfesystems

Mit dieser Variable wird die Anzahl der Netzwerkpartner erhoben, welche die Person gegenwärtig unterstützen. Als Netzwerkpartner sind Institutionen und Akteure ausserhalb des psychiatrischen Dienstes definiert, welche die behandelte Person regelmässig professionell unterstützen (insbesondere Sozialdienst der Gemeinde, Spitex, externe Fachstellen, Behörden etc.).

MK_V08 – Schulischer Unterstützungsbedarf

Diese Variable wird bei schulpflichtigen Kindern und Jugendlichen erhoben. Für Erwachsene wird die Ausprägung 7 verwendet.

MK_V09 – GAF bei Eintritt

Der GAF-Wert (Global Assessment of Functioning Scale nach DSM-IV⁷) soll als Indikator für das Ausmass des individuellen Behandlungs- und Hilfebedarfs („Schweregrad“) verwendet werden (vgl. DGPPN, 2013; Ruggeri et al., 2000; Valdes-Stauber et al., 2015).

5 Abrechnungsrelevante Hinweise zur Leistungserfassung (SDEP-BE-LM)**5.1 Allgemeine Bemerkungen**

Folgende Kategorien von Leistungen werden unterschieden, wobei die Gesamtheit der E-, P-, N- und V-Leistungen die «Liste der kantonal finanzierten Leistungen» darstellen:

- E: Ambulante Leistungen / Einzelleistungen
- P: Tagesklinik / Pauschalvergütung
- N: Nicht fallbezogene Leistungen
- V: Vorhalteleistungen
- T: nicht kantonal finanzierte Leistungen
- Z: Zuschlagsleistungen

Die detaillierte Leistungsliste ist im Anhang 1 (Seite 24) aufgeführt.

Die Zuschlagsleistungen (Z) wurden in die Normkosten der E-, P-, N- und V-Leistungen eingerechnet, weshalb sie nur als Z-Positionen geliefert werden dürfen. Die Lieferung dieser Leistungen ist freiwillig und kann zur Neuberechnung der Zuschläge herangezogen werden.

Falls auch Leistungen geliefert werden, die durch andere Kostenträger finanziert werden oder welche die Kriterien für eine kantonale Finanzierung nicht erfüllen, müssen sie als Leistungen mit dem Buchstaben T geliefert werden.

Leistungen mit den Buchstaben E, P, N und V dürfen nur geliefert werden, wenn sie die Kriterien für eine Finanzierung durch den Kanton erfüllen.

5.1.1 Zusammenfassen von Leistungen: «Leistungspäckli»

Jede Einzelleistung wird mit der passenden Position erfasst. Eine Zusammenfassung von mehreren Leistungen in einer Position („Leistungspäckli“) ist für E- und P-Leistungen sowie für N02-, N04-, N06-, N07-Leistungen und No-shows (V02- bis V05-Leistungen) nicht zulässig. N01-Leistungen, die häufig in kleinen Zeitintervallen vorkommen können summarisch erfasst werden. Diese Leistungen werden für den Kalendertag erfasst, an dem sie erbracht wurden. Eine Zusammenfassung über mehrere Tage hinweg ist nicht erlaubt.

⁷ GAF-Skala: vgl. Diagnostische Kriterien und Differentialdiagnosen des diagnostischen und statistischen Manuals psychischer Störungen DSM-III.R. Weinheim; Basel: Beltz, 1989.

5.1.2 Leistungen ausserhalb Tagesklinik-Areal

P-Leistungen dürfen nur innerhalb der Tagesklinik erbracht werden (Areal der Tagesklinik). Von dieser Regel ausgenommen sind einzelne Leistungen z.B. bei einem begleiteten Arztbesuch / Gang auf eine Behörde und Tagesausflüge der Tagesklinik in Gruppen (Dauer beschränkt auf maximal 8 Stunden).

5.2 Dauer der Leistung

5.2.1 Zeitintervalle

Die Leistungen können in 5-Minuten-Intervallen erfasst werden (analog TARMED). Geliefert werden jedoch nicht die Anzahl Intervalle, sondern die Minutenwerte (z.B. 12 Minuten Tätigkeit = 3 mal 5 Minuten; geliefert wird die Zahl 15). Es sind Echtminuten (60 Minuten pro Stunde), nicht Industrieminuten (100 Minuten pro Stunde) anzugeben. Bei Einzelleistungen kann die Lieferung in 5-Minuten-Schritten, also 5, 10, 15, 20 (usw.) Minuten erfolgen. Leistungen mit Pauschalabgeltung (z.B. P15 „Rapporte Tagesklinik“) werden ebenfalls in Minuten erfasst.

5.2.2 No-shows

Auch die No-shows werden in Minuten erfasst, wobei [im ambulanten Bereich \(Leistungsnummern V02 bis V04\) maximal ein Wert von 15 Minuten geliefert werden kann.⁸ Im tagesklinischen Bereich werden für einen No-show \(Leistungsnummer V05\) ein Wert von 240 Minuten \(halber Pflage-tag\) resp. 480 Minuten \(ganzer Pflage-tag\) geliefert.⁹](#)

5.2.3 Gruppenleistungen

Leistungen an Gruppen werden wie Leistungen an Einzelpersonen fallbezogen erfasst. Dabei werden die Gesamtminuten durch die Anzahl Teilnehmende geteilt (Divisor-Methode analog TARMED). Es werden nur die Minuten der Patient/innen mit Wohnsitz im Kanton Bern geliefert. Die Lieferung erfolgt in 1-Minuten-Schritten, wobei auf eine volle Minute gerundet wird. Beispiel: Gruppe dauert 60 Minuten mit 11 Teilnehmenden. Davon sind 8 tagesklinische Patient/innen. 7 von diesen haben ihren Wohnsitz im Kanton Bern. Geliefert werden 7 Leistungen à 6 Minuten (gerundet von 5 Minuten und 45 Sekunden).

5.3 Berufsgruppe

5.3.1 Mehrere Personen bei Leistungserbringung

Falls mehrere Personen eine Leistung gemeinsam erbringen, erfasst jede Person die Leistung separat unter ihrer Berufsgruppe. Mehrfachnennungen sind in der Variable «Berufsgruppe» nicht möglich.

5.3.2 Personen in Ausbildung

Psycholog/innen ohne Fachtitel werden als Assistenzpsycholog/innen erfasst. Praktikantinnen und Praktikanten erfassen keine Leistungen.

5.3.3 Zulässige Berufsgruppe je Leistungsnummer

Die Leistung darf nur von Personen erfasst werden, welche die Leistung im engeren Sinn erbringen. Es wird geprüft, ob die einzelnen Leistungen nur von denjenigen Berufsgruppen erfasst wurden, die für die Leistungserbringung vorgesehen sind. [Abweichungen im Ausnahmefall müssen zwingend begründet werden können.](#)

Berufsgruppen der Physio-, Ergo-, Logotherapie und Ernährungsberatung erfassen keine E-, P-, und V-Leistungen.

⁸ Der Kanton finanziert im ambulanten Bereich pro No-show die effektiv verlorengegangene Zeit bis maximal 15 Minuten. Weitere Details sind im Anhang des Leistungsvertrags geregelt.

⁹ Der Kanton finanziert die effektiv geplanten halben resp. ganzen No-show-Pflage-tage. Weitere Details sind im Anhang des Leistungsvertrags geregelt.

Die Auswahl der zu verrechnenden Leistungen richtet sich in erster Priorität nach der leistungserbringenden Berufsgruppe. In zweiter Priorität wird die Leistung nach Tätigkeitsinhalt ausgewählt.

5.3.4 Verbesserung Datenerhebung

Wenn mehr als 2 Prozent der Leistungen von der Berufsgruppe «Andere» erfasst worden sind, muss eine Angabe erfolgen, welche Berufsgruppe in der Variable LM_V09 des SDEP-BE-LM-Datensatz fehlt.

5.4 Angebote

5.4.1 Angebotstyp

Die Tarifart bestimmt die verrechenbaren Positionen im Normkostenmodell. Bei einer Pauschalabgeltung, wie sie in den Tageskliniken gelten, dürfen fallbezogene Leistungen im Normkostenmodell nur über P-Leistungen (und nicht über E-Leistungen) verrechnet werden. Bei einer Einzelleistungsvergütung, wie sie in den anderen Bereichen gelten, können für die fallbezogenen Leistungen im Normkostenmodell hingegen nur E-Leistungen (und keine P-Leistungen) verwendet werden. Abweichungen im Ausnahmefall müssen zwingend begründet werden können.

In Tabelle 3 sind die Leistungskategorien pro Angebotstyp abgebildet.

	E-Leistungen	P-Leistungen	N-Leistungen	V02-V05-Leistungen (No-shows)	V01-Leistungen
Tageskliniken	0	✓	✓	✓ (V05)	0
Ambulatorien	✓	0	✓	✓ (V02-V04)	✓
Aufsuchende Dienste	✓	0	✓	✓ (V02-V04)	✓
Begleitetes Wohnen / Wohn-Coaching	✓	0	✓	✓ (V02-V04)	0
Niederschwellige Freizeit- und Aufenthaltsangebote	0	0	✓	0	0
Stationäre Angebote	0	0	0	0	0

Tabelle 3 - Zulässige Leistungskategorien nach Angebotstyp

5.4.2 Home Treatment: Angebotsart 8

Die Angebotsart «Akut-Behandlung zu Hause (Home Treatment)» (LM_V05 = 8) ist ausschliesslich und zwingend im Rahmen des Modellversuchs Psychiatrische Akutbehandlung zu Hause (PAH) von den Leistungserbringern zu verwenden.

5.4.3 Verbesserung Datenerhebung: Angebotsart 13 und 14

Für die angebotsspezifische Bedarfsplanung ist die richtige Zuordnung der Leistungen zu den Angebotsarten (Variable 05 des SDEP-BE-LM-Datensatz) wichtig. Werden in Summe über 2% der Leistungen über die Angebotsarten «andere ambulante Angebote» (13) und «andere tagesklinische Angebote» (14) erfasst, so muss eine Angabe durch die Leistungserbringer darüber erfolgen, um welche Angebote es sich dabei handelt.

5.5 Fallbezogene Leistungen

Ambulante und tagesklinische Leistungen, die an Patientinnen oder Patienten erbracht wurden, werden fallbezogen erfasst. Eine Ausnahme bildet die Leistung P15 „Rapporte Tagesklinik“, welche ohne Fallbezug erfasst wird.¹⁰ No-shows werden wenn möglich fallbezogen erfasst. Falls dies nicht möglich ist (z.B. bei Erstgesprächen), können No-shows auch ohne Fallbezug geliefert werden.

¹⁰ Die Leistung P15 „Rapporte Tagesklinik“ wird somit wie die nicht-fallbezogenen Leistungen erfasst.

5.6 Pflegeleistungen gemäss KVG

Tagesklinische Pflegeleistungen gemäss KVG werden nicht mehr kantonal mitfinanziert.

5.7 Wegzeiten

Wegzeiten können hauptsächlich bei aufsuchenden Leistungen erfasst werden (Angebotstypen 8-10). In begründeten Ausnahmefällen sind Wegzeiten auch in anderen Angebotstypen möglich.

5.8 Rapporte in der Tagesklinik

Die Teilnahme am Rapport muss durch jede teilnehmende Fachperson erfasst werden. Die Erfassung dient der periodischen Neuberechnung der Rapport-Pauschale.

6 Abrechnungsrelevante Hinweise zur Begründung und Dokumentation der Leistungserfassung

Die Voraussetzung für eine kantonale Finanzierung von ambulanten und tagesklinischen Angeboten ist die Erfüllung der leistungsspezifischen Kriterien gemäss Anhang zum Leistungsvertrag. Zudem müssen die Leistungen korrekt erfasst werden gemäss Vorgaben des vorliegenden Handbuchs. Bei Bedarf muss im Rahmen der Jahresabrechnung überprüft werden können, ob die Leistungen korrekt erfasst wurden (vgl. Abschnitt 6.1) und die Finanzierungskriterien dokumentiert werden können (vgl. Abschnitt 6.2).

Zur Identifikation der Leistung müssen alle Unterlagen zur Begründung der Leistungserfassung sowie jede Dokumentation der Erfüllung der Finanzierungskriterien, welche dem Gesundheitsamt übermittelt werden, die betroffene(n) Identifikationsnummer(n) der Leistung (LM_V04: «LM_ID») enthalten.

6.1 Korrekte Erfassung belegen

Die von den Leistungserbringern erfassten Leistungen werden beim Dateneingang plausibilisiert (vgl. Abschnitt 7.1) und allenfalls für eine vertiefte Prüfung vorgesehen (vgl. Abschnitt 7.2.1). Im Bedarfsfall muss der Leistungserbringer Unterlagen beibringen können, um die korrekte Erfassung belegen (Begründung) und den Anspruch auf kantonale Vergütung geltend machen zu können. Normalerweise handelt es sich dabei um Unterlagen, welche die einzelnen Leistungserfassungen begründen. Bei systematischen Erfassungsauffälligkeiten können allenfalls auch für mehrere Leistungen summarisch Unterlagen/Begründungen eingereicht werden.

6.2 Erfüllung Finanzierungskriterien dokumentieren

Die Dokumentation muss verdeutlichen, dass die Finanzierungskriterien gemäss Leistungsvertrag erfüllt sind. Aus den Kommentaren muss auch für aussenstehende Personen nachvollziehbar sein, um welche konkrete Tätigkeit es sich bei der erfassten Leistung gehandelt hat. Abkürzungen sind zu vermeiden.

Aus der Dokumentation muss hingegen nicht ersichtlich sein, aus welchen fachlichen Gründen die Leistung erbracht wurde. Informationen zu den Patientinnen und Patienten (bzw. deren Krankheitsgeschichte) sind nur anzugeben, wenn sie einen direkten Bezug zu den Finanzierungskriterien haben – und auch dann so sparsam wie möglich.

Detaillierte Angaben, wie die Finanzierungskriterien dokumentiert werden müssen, sind im Anhang des Leistungsvertrags enthalten.

6.3 Form

Die korrekte Erfassung der Leistungen sowie Erfüllung der Finanzierungskriterien muss in einem Informations- oder Dokumentationssystem des Leistungserbringers festgehalten werden. Die Leistungen können beispielsweise in folgenden elektronischen Systemen kommentiert werden:

- Leistungserfassungssystem

- Klinikinformationssystem
- Enterprise Resource Planning-System
- Patientenakte
- etc.

Die Informationen können aber auch in Papierform gespeichert werden. Dabei können entweder bestehende Unterlagen (wie die KG) ergänzt oder neue Formulare erstellt werden.

Die Unterlagen und die Dokumentation können dem Gesundheitsamt in elektronischer Form oder physisch vor Ort zur Prüfung zur Verfügung gestellt werden. Den Leistungserbringern wird in angemessenem Umfang Zeit eingeräumt, um die in den Abschnitten 6.1 und 6.2 beschriebenen Anforderungen erfüllen zu können. Insbesondere sendet das Gesundheitsamt im Rahmen der eingehenden Revision den Leistungserbringern mindestens ein Monat vor Einreichfrist eine Liste von Leistungen, bei denen die korrekte Leistungserfassung und/oder die Erfüllung der Finanzierungskriterien geprüft wird («Prüfliste», vgl. Abschnitt 7.2). Auf Antrag der Leistungserbringer kann die Vorbereitungszeit verlängert werden.

Die Psychiatriebetriebe legen bei Bedarf für jede Leistung einen Auszug aus dem Dokumentationssystem vor (entweder Printscreen der elektronischen Dokumentation oder Kopie der Papierdokumentation). Das Gesundheitsamt prüft diese Unterlagen und Dokumentationen im Rahmen der Revision. Um die Revision sowohl für die Leistungserbringer als auch für das Gesundheitsamt effizienter durchführen zu können, können die Leistungserbringer dem Gesundheitsamt die Informationen im Vorfeld zur Revision elektronisch übermitteln. Am Revisionstag werden alle (noch) offenen Fragen vor Ort besprochen. Nach dem Revisionsstag werden die Unterlagen und die Dokumentation in den Psychiatriebetrieben mindestens fünf Jahre aufbewahrt.

7 Vorgehen zur Prüfung der Finanzierungskriterien und zur Ermittlung des Abrechnungsbetrags

Das Vorgehen zur Überprüfung der Abrechenbarkeit von ambulanten und tagesklinischen Leistungen erfolgt in verschiedenen Schritten. Vorab wird der Datensatz im Rahmen des Dateneingangs einer umfassenden Prüfung unterzogen. Dies geschieht grösstenteils automatisiert über die SDEP-Plattform (vgl. Abschnitt 7.1). Anschliessend wird die korrekte Leistungserfassung sowie die Erfüllung der Finanzierungskriterien geprüft. Dies kann auf Einzelfallebene im Rahmen einer eingehenden Revision vorgenommen werden (Abschnitt 7.2). Um den aufwändigen Prozess sowohl für die Leistungserbringer als auch für das Gesundheitsamt zu vereinfachen, kann alternativ eine statistische Prüfung eingesetzt werden (Abschnitt 7.3).

Dabei würde das Gesundheitsamt jährlich definieren, welche Leistungserbringer welchem der beiden Verfahren unterzogen würde. Die Auswahl kann sowohl gezielt als auch zufällig im Rotationsverfahren getroffen werden. Die Leistungserbringer würden zeitnah vom Gesundheitsamt über den gefällten Entscheid informiert. Wären die Leistungserbringer mit dem «vereinfachten Prüfverfahren» nicht einverstanden, könnten sie eine Revision auf Einzelfallebene beim Gesundheitsamt innert gesetzter Frist beantragen.

7.1 Plausibilisierung beim Dateneingang

Die Plausibilisierung des SDEP-BE-LM-Datensatzes ist (grösstenteils) in den Prüfschritten von SDEP abgebildet. Dabei unterscheidet der Prüfmechanismus zwischen Fehlermeldungen, die zwingend zu korrigieren sind, und solchen, die vom Leistungserbringer zu prüfen sind. Weitere Plausibilisierungsschritte und Prüfungen behält sich das Gesundheitsamt vor.

7.1.1 Fehler zwingend zu korrigieren

Mindestens folgende Leistungen müssen vom Leistungserbringer im Datensatz gelöscht resp. zwingend korrigiert werden:

- Leistungen an stationären Patientinnen und Patienten
- fallbezogene Leistungen ohne verknüpfbaren Fall
- Leistungen ohne Fallbezug mit verknüpfbarem Fall
- fallbezogene Leistungen sowie No-shows, welche durch folgende KVG-Berufsgruppen erbracht wurden: Physio-, Ergo-, Logotherapie und Ernährungsberatung

- Ungewöhnliche Kombinationen von Angebotstyp (tagesklinischer oder ambulanter Bereich) und Leistungskategorie (E- oder P-Leistung und V02- bis V04- oder V05-Leistungen)
- definierte zeitliche Begrenzungen einzelner Leistungen

7.1.2 Fehler zu prüfen, begründen oder allenfalls zu korrigieren

Mindestens für folgende Auffälligkeiten wird im Rahmen des Dateneingangs eine Fehlermeldung zurückgemeldet mit der Aufforderung an den Leistungserbringer, diese zu prüfen, zu begründen oder gegebenenfalls zu korrigieren:

- Leistungen an ausserkantonale Fälle
- sämtliche Leistungen mit einer auffälligen Dauer (mindestens jedoch ab 480 Minuten)

7.2 Prüfliste zur eingehenden Revision

Für die Revision wird im Vorfeld eine Prüfliste an die Leistungserbringer übermittelt, welche sich einerseits aus der «Liste auffälliger Leistungen» (Abschnitt 7.2.1) und andererseits aus der «Liste Stichprobe» (Abschnitt 7.2.2) zusammensetzt. Für diese Prüfliste muss der Leistungserbringer dem **Gesundheitsamt** gegenüber den Anspruch auf kantonale Finanzierung wie unten dargestellt belegen.

Im Bedarfsfall kann auch in diesem Verfahren zusätzlich eine statistische Prüfung anhand von Kennzahlen (vgl. Abschnitt 7.3) beigezogen werden.

7.2.1 Liste auffälliger Leistungen

Inhalt

Bestehen nach der Plausibilisierung im Rahmen des Dateneingangs (Abschnitt 7.1) weiterhin auffällige Leistungen, werden diese im Normalfall alle im Rahmen einer eingehenden Revision einzeln geprüft. Für diese «Liste auffälliger Leistungen» muss der Leistungserbringer fristgerecht Unterlagen zur Begründung der Auffälligkeiten resp. der korrekten Erfassung vorlegen, die am Revisionstag im Bedarfsfall besprochen wird (vgl. Abschnitt 6). Zusätzlich kann das **Gesundheitsamt** eine Dokumentation einfordern, welche die Erfüllung der Finanzierungskriterien dieser Leistung(en) belegt.¹¹

Das **Gesundheitsamt** behält sich vor – insbesondere bei anzahlmässig umfangreicher Liste der auffälligen Leistungen – das Prüfverfahren den Gegebenheiten entsprechend anzupassen. Die Leistungserbringer würden zeitnah informiert.

Implikation auf die Abrechnung: Streichung nicht anerkannter Leistungen

Leistungen, welche nicht korrekt erfasst wurden oder die Finanzierungskriterien nicht erfüllen, werden nicht kantonal finanziert. Gleiches gilt, wenn der Leistungserbringer die geforderten Unterlagen und Dokumentationen nicht fristgerecht einreicht.

7.2.2 Liste Stichprobe

Inhalt

Zudem wird eine Stichprobe nach einem Zufallsverfahren ausgewählt. Im Allgemeinen umfasst sie

- ein Prozent aller Leistungen, die nicht in der Liste der auffälligen Leistungen enthalten sind,
- mindestens aber 30 und höchstens 500 Leistungen

Das **Gesundheitsamt** behält sich vor, den Prozentsatz der Stichprobe für gewisse Leistungen anzupassen.¹² Beispielsweise wäre denkbar, den Fokus der Prüfung vermehrt auf Leistungen mit langer Leistungsdauer zu richten. Die minimale und maximale Anzahl Leistungen würden jedoch unverändert bleiben.

¹¹ Detaillierte Angaben, wie die Finanzierungskriterien dokumentiert werden müssen, sind im Anhang des Leistungsvertrags enthalten.

¹² Eine adäquate Berücksichtigung der für einzelne Leistungen differenzierten Stichproben-Prozentsätze würde bei der Hochrechnung der Fehlerquote (vgl. Absatz «Implikationen auf die Abrechnung») durch das **Gesundheitsamt** sichergestellt.

Für jede ausgewählte Position legen die Leistungserbringer **fristgerecht** eine Dokumentation vor, die **am Revisionstag im Bedarfsfall besprochen wird** (vgl. Abschnitt 6). Anhand der Dokumentation prüft das **Gesundheitsamt** für jede Leistung, ob die Finanzierungskriterien erfüllt wurden.

Implikation auf die Abrechnung: Hochrechnung Fehlerquote

Das **Gesundheitsamt** berechnet auf Basis des Ergebnisses der Stichprobenprüfung je Leistungsnummer eine Quote der Leistungen, welche die Finanzierungskriterien nicht erfüllen oder für welche keine Dokumentation **fristgerecht** vorgelegt wird (Basis: «Summe der Minuten»)^{12/13}.

Dieser prozentuale Anteil **wird** anschliessend auf die Grundgesamtheit der Stichprobe (**alle nicht auffälligen Leistungen**) hochgerechnet. Wenn also beispielsweise ein Prozent der **Summe der Minuten der Leistungen** in der Stichprobe die Kriterien nicht erfüllen, wird ein Prozent **der Minuten der gesamthaft gelieferten und als nicht auffällig identifizierten Leistungen** abgezogen.

Ist der Leistungserbringer nicht mit der Hochrechnung der Fehlerquote der ersten Stichprobe einverstanden, kann eine weitere Stichprobe gezogen werden. Anschliessend wird eine neue Fehlerquote auf Basis beider Stichproben berechnet. Weitere Wiederholungen sind möglich.

7.3 Vereinfachtes Verfahren

7.3.1 Kennzahlenprüfung

Inhalt

Alternativ zur eingehenden Revision auf Einzelbasis kann das **Gesundheitsamt** eine statistische Prüfung anhand verschiedener Kennzahlenvergleiche anwenden. Dabei steht die Beurteilung der wirtschaftlichen Erbringung der kantonal finanzierten Leistungen im Fokus. Zudem kann dadurch auch die Erfüllung der Finanzierungskriterien auf aggregiertem Niveau beurteilt werden.

Die Kennzahlenvergleiche können sowohl aus Quervergleichen mit anderen Unternehmen als auch aus Vergleichen im Zeitverlauf bestehen. Darauf basierend kann das **Gesundheitsamt** verschiedene Benchmarks definieren.

Implikation auf die Abrechnung: maximale Benchmarks

Leistungen, welche die definierten Grenzwerte überschreiten, würden vom Kanton nicht vergütet. Wenn beispielsweise für eine Leistung ein Benchmark von 2 Stunden pro Fall definiert ist und die vom Leistungserbringer gelieferten Leistungen belaufen sich durchschnittlich auf 2.02 Stunden pro Fall bei 1'000 Fällen, werden 20 Stunden (=1000*0.02 Stunden) der gesamthaft 2'200 gelieferten Stunden von der kantonalen Vergütung ausgeschlossen.

7.3.2 Liste auffälliger Leistungen

Inhalt

Im Bedarfsfall kann auch in diesem vereinfachten Verfahren die «Liste auffälliger Leistungen» anhand der eingeforderten Unterlagen und Dokumentationen einzeln geprüft werden.

Implikation auf die Abrechnung: Streichung nicht anerkannter Leistungen

Die Implikationen auf die Abrechnung bei der eventuellen Prüfung der «Liste auffälliger Leistungen» im vereinfachten Prüfverfahren wären identisch zu Abschnitt 7.2.1. Die auffälligen Leistungen würden jedoch von der Kennzahlenprüfung ausgeschlossen.

8 Nachträgliche Leistungsverrechnung: Korrektur Abrechnung

Der Kanton finanziert die Leistungsmengen, welche im jeweiligen Kalenderjahr angefallen sind und erfasst wurden (vgl. auch Kapitel 3.3 «Zeitbezug»). Aus Gründen der Verhältnismässigkeit sowie gestützt auf die

¹³ Für die Berechnung der Quote wird die Summe der gekürzten/gelöschten Minuten im Vergleich zur Gesamtsumme der Minuten je Leistungsnummer (vgl. Anhang 1) herangezogen. Das Prüfergebnis der Liste der «auffälligen Leistungen» wird in dieser Berechnung nicht berücksichtigt.

von den Leistungserbringern im Rahmen der Revision gelieferte «Vollständigkeitserklärung» wird auf eine nachträgliche Verrechnung von Leistungen im Regelfall verzichtet. Allfällige von den Leistungserbringern im Folgejahr vorgenommenen Korrekturen/Anpassungen werden in der kantonalen Finanzierung von ambulanten und tagesklinischen psychiatrischen Leistungen entsprechend nicht berücksichtigt.

9 Quellenangaben

DGPPN (Hrsg.). (2013). S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Berlin, Heidelberg: Springer.

Ruggeri, M., Leese, M., Thornicroft, G., Bisoffi, G. & Tansella, M. (2000). Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 177(2), 149-155.

Valdes-Stauber, J., Vietz, J., Kilian, R. (2015). Abgestufte ambulante psychiatrische Behandlung: Ein Vergleich von Patienten einer psychiatrischen Institutsambulanz mit Patienten niedergelassener Nervenärzte in einer ländlichen Region. *Psychiat Prax* 2015; 42(04): 191-196.

Anhang 1

Liste der kantonal finanzierten Leistungen			
Ambulante Leistungen / Einzelleistungsvergütung		Fb	Ab
E01	Ärztliche Leistungen über der TARMED-Limitierung	✓	✓
E02	Psychologische Leistungen über der TARMED-Limitierung	✓	✓
E03	Leistungen nicht-ärztliche/nicht-psychologische Fachpersonen über der TARMED-Limitierung	✓	✓
E04	Leistungen nicht-ärztliche/nicht-psychologische Fachpersonen an IV-Fälle der Kinder- und Jugendpsychiatrie	✓	✓
E05	Wegzeiten nicht-ärztliche Fachpersonen bei aufsuchenden Leistungen	✓	✓
E06	Mündliche Übersetzungsleistungen durch Dritte	✓	✓
Tagesklinik / Pauschalvergütung		Fb	Ab
P01	Einzelgespräch und -begleitung Sozialberatung	✓	✓
P02	Gruppen mit sozialarbeiterischer Leitung	✓	✓
P03	Einzelgespräch und -begleitung Sozialpädagog/in	✓	✓
P04	Gruppe mit sozialpädagogischer Leitung	✓	✓
P05	Peer-Beratung (einzel)	✓	✓
P06	Peer-Beratung (Gruppe)	✓	✓
P07	Kunst-, Musik-, Körper- und Bewegungstherapie (einzel)	✓	✓
P08	Kunst-, Musik-, Körper- und Bewegungstherapie (Gruppe)	✓	✓
P09	Leistungen in Abwesenheit von Patient/in erbracht durch Sozialarbeit, Sozialpädagogik, Peer-Beratung, Kunst-, Musik- und Körpertherapie	✓	✓
P10	Pflegeleistungen durch Pflegefachpersonen, Fachangestellte Gesundheit (einzel)¹⁴	✗	✗
P11	Pflegeleistungen durch Pflegefachpersonen, Fachangestellte Gesundheit (Gruppe)¹⁴	✗	✗
P12	Betreuungsleistungen durch Pflegefachpersonen, Fachangestellte Gesundheit (Gruppe)	✓	✓
P13	Leistungen in Abwesenheit Pflegefachpersonen, Fachangestellte Gesundheit¹⁴	✗	✗
P14	Leistungen in Abwesenheit von Patient/in erbracht durch Pflegefachpersonen, Fachangestellte Gesundheit ausserhalb Art. 7 KLV	✓	✓
P15	Interne Rapporte Tagesklinik (mündlich)	----	✓
P16 ¹⁵	Schultransporte Tagesklinik	✗	✗
P17	Mündliche Übersetzungsleistungen durch Dritte	✓	✓
Nicht fallbezogene Leistungen		Fb	Ab
N01	Triage (nicht fallbezogen)	----	✓
N02	Vor- und Nachbereitung der ambulanten/ tagesklinischen Behandlung (nicht fallbezogen)	----	✓
N03	Beratung von Betroffenen und Angehörigen (nicht fallbezogen)	----	✓
N04	Beratung von Fachpersonen, Behörden und Institutionen (nicht fallbezogen)	----	✓
N05	Betroffenen-, Ehemaligen- oder Angehörigen-Gruppe	----	✓
N06	Fachliche Absprachen ohne Fallbezug	----	✓
N07	Coaching anderer Institutionen und Fachpersonen (nicht fallbezogen)	----	✓
N08	Vernetzung	----	✓
N09	Öffentlichkeitsarbeit	----	✓

¹⁴ Tagesklinische Pflegeleistungen gemäss KVG werden nicht mehr kantonal finanziert.

¹⁵ P16-Leistungen werden ab dem Jahr 2022 nicht mehr über das Normkostenmodell Psychiatrie finanziert.

Liste der kantonal finanzierten Leistungen			
Vorhalteleistungen		Fb	Ab
V01	Notfall- und Bereitschaftsdienste	----	✓
V02	No-shows bei ärztlichen Leistungen	(✓)	✓
V03	No-shows bei psychologischen Leistungen	(✓)	✓
V04	No-shows bei Leistungen von nicht-ärztlichen/nicht-psychologischen Fachpersonen	(✓)	✓
V05	No-shows tagesklinisch	(✓)	✓

Liste der <u>nicht</u> kantonal finanzierten Leistungen		Fb ¹⁶	Ab
T01	Ärztliche Leistungen innerhalb der TARMED-Limitierung	----	----
T02	Psychologische Leistungen innerhalb der TARMED-Limitierung	----	----
T03	Leistungen nicht-ärztliche/nicht-psychologische Fachpersonen innerhalb der TARMED-Limitierung	----	----
T04	Physio-, Ergo-, Logotherapie, Ernährungsberatung	----	----
T05	Spirituelle Gruppen	----	----
T06	Leistung an Einzelperson Ärztin/Arzt in der Tagesklinik (in An-/Abwesenheit)	----	----
T07	Gruppe mit ärztlicher Leitung in der Tagesklinik	----	----
T08	Leistung an Einzelperson Psycholog/in in der Tagesklinik (in An-/Abwesenheit)	----	----
T09	Gruppe mit psychologischer Leitung in der Tagesklinik	----	----
T10	Fallbezogene Leistungen, welche die Anforderungen der GSI nicht erfüllen	----	----
T11	Nicht fallbezogene Leistungen, welche die Anforderungen der GSI nicht erfüllen	----	----
T12	Pflegeleistungen durch Pflegefachpersonen, Fachangestellte Gesundheit (in An-/Abwesenheit; einzeln und in Gruppen)	----	----

Zuschlagsleistungen		Fb	Ab
Z01	Curriculare Aus- und Weiterbildung an Einzelpersonen	----	(✓)
Z02	Fortbildung im Team, Schulungen	----	(✓)
Z03	Individuelle externe Weiterbildung auf Arbeitszeit	----	(✓)
Z04	Konzeptarbeiten (Einzelperson)	----	(✓)
Z05	Team-Sitzungen ohne Fallbezug, Konzeptarbeiten im Team und Team-Entwicklung	----	(✓)
Z06	Führung / Management	----	(✓)
Z07	Support	----	(✓)

Legende:

Fb = Fallbezug

Ab = Abgeltungsbezug, diese Leistungen werden durch den Kanton direkt¹⁷ eingekauft, wenn sie die Kriterien erfüllen und geliefert werden¹⁶ Zur Neuberechnung der Normkosten ist eine fallbezogene Lieferung der T-Leistungen erforderlich.¹⁷ Die Zuschlagsleistungen werden indirekt abgegolten, indem sie in die Berechnung der Normkosten eingeflossen sind.