

Gesundheits-
und Fürsorgedirektion
des Kantons Bern

Spitalamt

Direction de la santé
publique et de la
prévoyance sociale
du canton de Berne

Office des hôpitaux

Rathausgasse 1
Postfach
3000 Bern 8
Telefon +41 31 633 79 65
Telefax +41 31 633 79 67
www.gef.be.ch
info.spa@gef.be.ch



Psychiatrieversorgung

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

Datenjahr 2020

Bearbeitungsdatum	13. Dezember 2019
Version	2.0
Dokument Status	Definitiv

Die Lieferfristen, Lieferformate und Spezifikationen dieses Handbuches (Version 2.0) betreffen die Daten des Jahres 2020 (Datenjahr).

Änderungen gegenüber der letzten Version 1.9 sind mit rotem Text gekennzeichnet.

Auf die Einführung der Spitaldatenerhebungsplattform SDEP (produktiver Betrieb ab Januar 2021) und die damit verbundenen Auswirkungen wird an geeigneter Stelle im Handbuch hingewiesen.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	4
2	Zweck der Datenlieferung.....	4
2.1	Monitoring der Leistungserbringung.....	5
2.2	Versorgungsplanung für ambulante Leistungen.....	5
2.3	Leistungseinkauf.....	5
2.4	Leistungsverträge und Abrechnung	5
2.5	Anpassung des Normkostenmodells.....	5
3	Falldefinition	6
4	Fallabschlussregeln	6
5	Datensätze.....	7
6	Lieferfristen und -formate	7
7	Lieferpflichten	8
8	Spezifikationen der Datensätze.....	10
8.1	Spezifikation des Basis-Datensatzes (MB)	10
8.2	Spezifikation des Datensatzes zu Diagnosen und Behandlungen (MD)	12
8.3	Spezifikation des Psychiatrie-Zusatzdatensatzes (MP).....	13
8.4	Fallkosten- und Fallertragsdatensatz SDEP-KTR	14
8.5	Spezifikation des Leistungsmengen-Datensatzes SDEP-BE-LM	15
8.6	Spezifikation des kantonalen Zusatz-Datensatzes SDEP-BE-MK.....	17
9	Voraussetzungen der kantonalen Finanzierung von ambulanten und tagesklinischen Leistungen der Psychiatrieversorgung	18
9.1	Hinweise zur Erfassung der Leistungsmengen (SDEP-BE-LM-Datensatz)	18
9.1.1	Allgemeine Bemerkungen	18
9.1.2	Dauer der Leistung	19
9.1.3	Berufsgruppe	19
9.1.4	Angebotstyp.....	20
9.1.5	Fallbezogene Leistungen	20
9.1.6	Pflegeleistungen gemäss KVG.....	20
9.1.7	Wegzeiten.....	20
9.1.8	Rapporte in der Tagesklinik.....	21
9.1.9	Angebotsart	21
9.2	Hinweise zur Leistungsdokumentation.....	21
9.2.1	Form	21
9.2.2	Inhalt.....	21
9.3	Vorgehen zur Prüfung der Finanzierungskriterien (Abrechnungsregeln)	22

9.3.1	Plausibilisierung	22
9.3.2	Stichproben.....	22
	Erste Stichprobe	22
	Zweite Stichprobe.....	22
9.3.3	Kennzahlen.....	22
10	Quellenangaben	24
Anhang 1	25

1 Einleitung

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.

Die Voraussetzung für die kantonale Finanzierung von ambulanten und tagesklinischen Leistungen der Psychiatrieversorgung ist eine vollständige Leistungsdokumentation. Das vorliegende Dokument beschreibt die Datenlieferungspflichten sowie die detaillierten Inhalte der Dokumentation von ambulanten und tagesklinischen Leistungen.

2 Zweck der Datenlieferung

Die gesetzlichen Aufträge definieren grundsätzlich die Anforderungen an die Datengrundlagen der Gesundheits- und Fürsorgedirektion (GEF). Die GEF ist darüber hinaus gegenüber dem Grossen Rat sowie den kantonsinternen Kontrollstellen über die Mittelverwendung rechenschaftspflichtig. Nachfolgend werden die einzelnen Prozesse im Zusammenhang mit der Mittelzuteilung sowie der Leistungsverträge und der daraus resultierende Datenbedarf beschrieben (vgl. Abbildung 1).

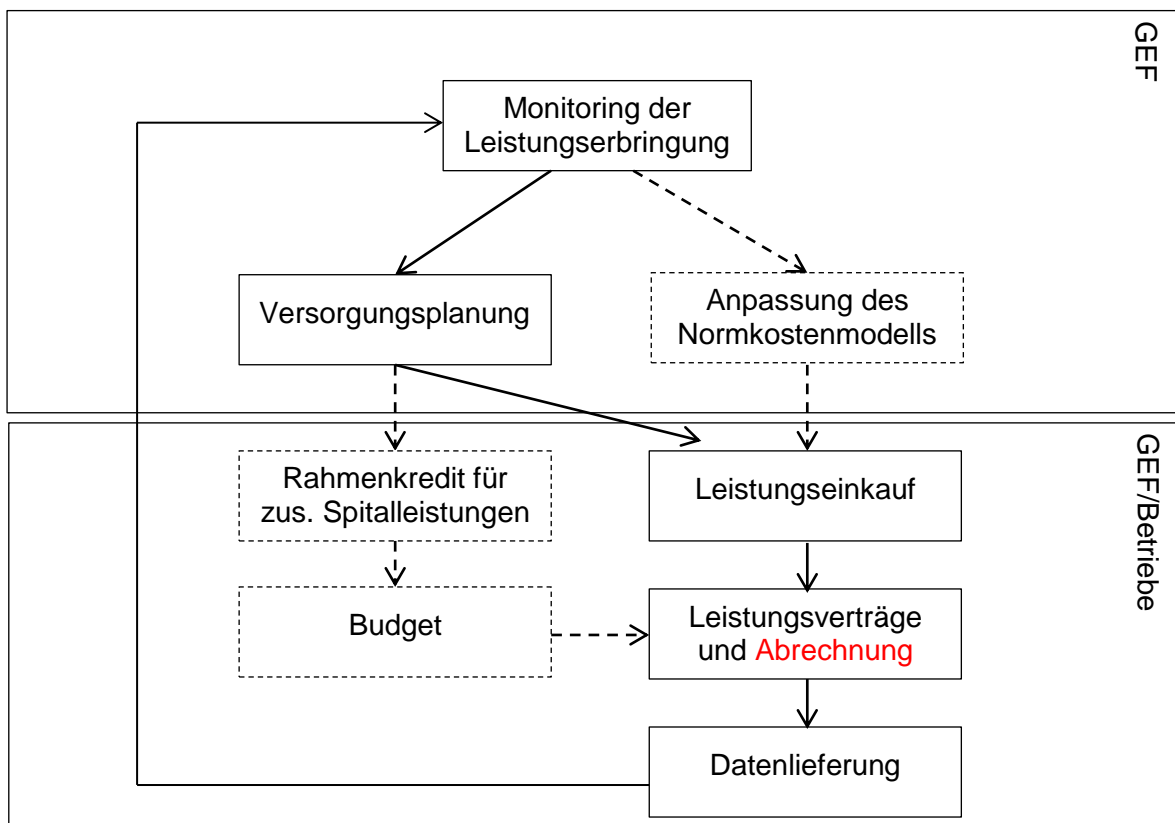


Abbildung 1: Übersicht über die Prozesse des Leistungsvertragswesens

2.1 Monitoring der Leistungserbringung

Die regelmässige Erhebung von Fall- und Leistungsdaten dient dem Monitoring der Leistungserbringung. Dadurch können regionale Unterschiede der Inanspruchnahme identifiziert und systematisch analysiert werden. Die Entwicklung der Leistungszahlen kann ausserdem Hinweise auf ungedeckte Bedarfe oder Fehlanreize des Normkostenmodells liefern.

2.2 Versorgungsplanung für ambulante Leistungen

Die Versorgungsplanung schätzt und prognostiziert den Bedarf der Berner Bevölkerung an ambulanten Leistungen. Sie stützt sich dabei auf die Daten des Leistungsmonitorings zur Inanspruchnahme in den vergangenen Jahren. Sie ermittelt den regionalen Bedarf aufgrund einer geeigneten räumlichen Gliederung des Kantonsgebiets. Der Bedarf wird – gestützt auf Erkenntnisse der Versorgungsforschung – nach Altersgruppen, Geschlecht und anderen Fallmerkmalen aufgezeigt (z.B. sozialer oder gesundheitlicher Status).

Der prognostizierte Bedarf nach Leistungen führt (zusammen mit den Preisen) zu einer groben Schätzung des Finanzierungsbedarfs. Dieser wiederum ist eine wichtige Grundlage für die Ausgestaltung des Rahmenkredits, welcher alle vier Jahre beim Grosse Rat beantragt werden muss (Art 139 SpVG).

2.3 Leistungseinkauf

Der in der Versorgungsplanung ermittelte regionale Bedarf bildet die Grundlage für den Leistungseinkauf. Die GEF legt hierfür Voraussetzungen für die Leistungserbringung fest (Eignungskriterien) und definiert die Auswahl-Kriterien (Zuschlagskriterien).

2.4 Leistungsverträge und Abrechnung

Das Spitalamt schliesst im Namen der GEF jährliche Leistungsverträge mit den Leistungserbringern ab. Darin werden die Abgeltung sowie die Auflagen an die Leistungserbringung (z.B. Einhaltung von Qualitätsstandards) für diejenigen Leistungen geregelt, für welche die Leistungserbringer im Rahmen des Leistungseinkaufs den Zuschlag erhalten haben.

Die Leistungsverträge werden unter Vorbehalt der Genehmigung des Budgets durch den Grosse Rat abgeschlossen.

Die Abrechnung der effektiven Leistungen erfolgt jährlich gestützt auf eine Leistungs- und Falldokumentation.

2.5 Anpassung des Normkostenmodells

Um auf Entwicklungen (z.B. bei den Tarifwerken) und allfällige Fehlanreize im Normkostenmodell reagieren zu können, muss dieses periodisch geprüft und überarbeitet werden („lernendes System“). Es gilt auszuschliessen, dass Leistungen doppelt finanziert werden (d.h. über einen KVG-Tarif und den Kanton). Ebenso ist darauf zu achten, dass die Leistungen der beabsichtigten Zielgruppe zuteilwerden.

Der Mitteleinsatz des Kantons wird hinsichtlich der Zweckmässigkeit und Wirksamkeit evaluiert. Unter anderem werden zwecks Controllings der Beitragshöhe die erzielten Erträge (KVG-Tarife, Beiträge Dritter und Mitfinanzierungen des Kantons) den tatsächlichen fallbezogenen Kosten gegenübergestellt. Wenn sich dabei Anzeichen für eine systematische Über- oder Unterfinanzierung ergeben, muss die Preisgestaltung überdacht werden.

Zusammengefasst besteht ein vielschichtiger Datenbedarf für die Erhebungen im Bereich der ambulanten und tagesklinischen Leistungen in der Psychiatrieversorgung. Eine Übersicht ist in Tabelle 1 dargestellt. Die Spezifikation der Datenlieferungen wird im Folgenden aus diesen Anforderungen abgeleitet.

Anforderung	Leistungs-Monitoring	Versorgungsplanung	Leistungseinkauf	Leistungsverträge und Abrechnung	Modellrevision
1) Fall-Merkmale	✓	✓	✓	-	✓
2) Fallkosten und Erträge	✓	-	-	✓	✓
3) Fallbezogene und nicht-fallbezogene Leistungen	✓	✓	✓	✓	✓

Tabelle 1 - Übersicht Datenbedarf ambulante und tagesklinische Fälle

3 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.

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.

Für Fälle, welche im Rahmen des Modellversuchs «Psychiatrische Akutbehandlung zu Hause» behandelt werden, muss zwingend ein neuer Fall eröffnet werden (vgl. Dokument «Modellversuch Psychiatrische Akutbehandlung zu Hause PAH: Ergänzung zum Handbuch Datenlieferung V.1.1»).

4 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.

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.

5 Datensätze

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

MB	Basis-Datensatz (BFS)
MD	Diagnosen- und Behandlungsdatensatz (BFS)
MP	Psychiatrie-Zusatzdatensatz (BFS)
KT	wird aufgehoben
ET	wird aufgehoben
SDEP-KTR	Fallkosten- und Fallertragsdatensatz (BE)
SDEP-BE-MK	Kantonaler Zusatzdatensatz (BE)
SDEP-BE-LM	Leistungsmengen-Datensatz (BE)

Die ersten drei Datensätze (MB, MD, MP) gehören zur medizinischen Statistik (**MS**). Somit wird deren Inhalt und Aufbau grundsätzlich vom Bundesamt für Statistik (BFS) definiert. Das BFS verlangt die Falldokumentation nur bei stationären Fällen. Der Kanton Bern verfügt über die gesetzlichen Grundlagen (vgl. Art. 127 SpVG), darüber hinaus weitere Anforderungen an die Datenlieferung zu stellen. Die GEF hat gestützt auf diese Grundlage die Datensätze der medizinischen Statistik auch für die ambulanten **und tagesklinischen** Fälle für obligatorisch erklärt, wobei sich der Umfang der Datenlieferung nach der kantonalen Finanzierung richtet (vgl. Kapitel 7).

Bei den ambulanten **und tagesklinischen** Fällen verzichtet die GEF auf die Erhebung einzelner Variablen **in den Datensätzen MB, MD und MP**. Die entsprechenden Variablen sind in den **Tabellen der Kapitel 8.1 bis 8.3** grau hinterlegt (**Spalte Erhebungspflicht**).

Die Kostenträger- und Fallertragsdaten werden **neu gemeinsam im Erhebungsteil SDEP-KTR** geliefert. Die Spitäler führen eine REKOLE-konforme Buchhaltung und sind deshalb in der Lage, kostenträgerbasierte Daten auf Fallebene zu liefern. Die bisherigen Datensätze **KT (Kostenträgerdaten nach SwissDRG) und ET (Fallertragsdaten)** werden aufgehoben.

Die Erhebungsteile **SDEP-BE-MK und SDEP-BE-LM** entsprechen inhaltlich den bisherigen **MK- und LM-Datensätzen**, welche für die Abgeltung anhand des Normkostenmodells Psychiatrie eingeführt wurden.

6 Lieferfristen und -formate

Eine Übersicht der Datensätze, Lieferfristen und -formate ist in Tabelle 2 dargestellt. Die Liefertermine sind im Anhang 5 der Spitalversorgungsverordnung festgehalten.

Die Lieferung der ambulanten und tagesklinischen Falldaten **der Medizinischen Statistik** gemäss Spezifikation des BFS (MB, MD, MP) erfolgt analog zu den stationären Fällen. Die im Quartal ausgetretenen Fälle (A-Fälle) werden in den Quartalen Q1, Q2 und Q3 kumuliert geliefert. Nach Jahresende werden sämtliche Fälle geliefert, d.h. auch die laufenden Fälle (A-, B- und C-Fälle nach BFS-Kategorisierung).

Aufgrund der mit SDEP verbundenen Umstellungen wird für das Datenjahr 2020 auf die quartalsweisen Lieferungen des kantonalen Zusatzdatensatzes SDEP-BE-MK verzichtet. Es erfolgt ausnahmsweise eine Jahreslieferung, die sämtliche Fälle umfasst (A-, B- und C-Fälle nach BFS-Kategorisierung).

Fallkosten- und Fallertragsdaten (SDEP-KTR) werden jährlich für sämtliche A-, B- und C-Fälle erhoben.

Formal gelten für die Medizinische Statistik die Vorgaben des BFS.

Für die übrigen Datensätze gelten die formalen Vorgaben nach SDEP. Das Dateiformat ist **.txt**. Die Variablen werden durch Feldtrennzeichen (Pipes |)² getrennt (ASCII-Kode 124). Die letzte Variable einer Zeile wird nicht durch ein Feldtrennzeichen geschlossen. Das CRLF (ASCII-Kodes 13 und 10) wird als Zeilenumbruch verwendet.

² **Feldtrennzeichen** können mit der Tastenkombination „AltGr + 7“ erstellt werden.

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).

Datensatz	Format	Portal	Termin	SpVV
MB, MD, MP	Gemäss Spezifikation BFS (bzw. diesem Handbuch für einzelne Felder, Kap. 8.1-8.3)	1. bis 3. Quartal: Freudiger Informatik 4. Quartal: SDEP	Ein Monat nach Quartalsende (vierteljährlich)	Anhang 5, Zeile 5a
SDEP-BE-MK	.txt (gemäss formalen Vorgaben SDEP)	SDEP	Ausnahmsweise Jahreslieferung Ende Januar 2021	Anhang 5, Zeile 5a
SDEP-BE-LM	.txt (gemäss formalen Vorgaben SDEP)	SDEP	Ein Monat nach Ende des Kalenderjahres (jährlich)	Anhang 5, Zeile 6b
SDEP-KTR	.txt (gemäss formalen Vorgaben SDEP)	SDEP	Zwei Monate nach Ende des Kalenderjahres (jährlich)	Anhang 5, Zeile 6a

Tabelle 2 - Datensätze, Lieferfristen und -formate

Für den Modellversuch «Psychiatrische Akutbehandlung zu Hause» gelten bei der Lieferung sämtlicher Leistungs- und Falldaten (Umfang, Periodizität, Termine) die Vorgaben des Dokuments «Modellversuch Psychiatrische Akutbehandlung zu Hause PAH: Ergänzung zum Handbuch Datenlieferung V.1.1».

7 Lieferpflichten

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. Tabelle 3):

1. Fälle ohne kantonal finanzierte Leistungen

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

2. Fälle mit kantonal finanzierten Leistungen

Fälle, bei welchen Leistungen mit kantonomer Finanzierung erbracht werden, werden vollständig dokumentiert (MB, MD, MP, **SDEP-KTR, SDEP-BE-LM, SDEP-BE-MK**). Im SDEP-BE-LM-Datensatz werden fallbezogene Leistungsmengen erhoben. Im **SDEP-BE-MK-Datensatz** werden schweregrad-bezogene Fallmerkmale erhoben. **Die vollständige Dokumentation ist erforderlich für A-, B- und C-Fälle (Jahres- und vierte Quartalslieferung).**

3. Nicht fallbezogene Leistungen

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

Die Identifikation der Fälle mit kantonomer finanzierten Leistungen liegt in der Verantwortung der Betriebe. Entweder können sie alle Fälle einer Abteilung erheben (wie bisher), 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		IMB	MD*	MP*	SDEP-KTR	SDEP-BE-MK	SDEP-BE-LM
Ambulante Fälle	ohne kantonale Finanzierung	✓	✓		✓		
	mit kantonalen Finanzierung	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Tagesklinische Fälle	ohne kantonale Finanzierung**	✓	✓		✓		
	mit kantonalen Finanzierung	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Nicht fallbezogene Leistungen mit kantonalen Finanzierung							✓
<p>Legende</p> <p>* aus dem MD- und MP-Datensatz muss nur ein Teil obligatorisch geliefert werden (vgl. Tab. im Anhang)</p> <p>** theoretisch sind tagesklinische Fälle ohne kantonale Mitfinanzierung möglich</p>							

Tabelle 3 - Datenlieferungspflichten nach Fallbezug und Finanzierung

Mit dem **SDEP-BE-LM**-Datensatz müssen grundsätzlich nur die kantonal finanzierten Leistungen geliefert werden. Den Leistungserbringern ist es aber freigestellt, auch Leistungen zu dokumentieren, die nicht kantonal 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 Kommentar zur Variable LM_V07 Leistungsnummer im Kapitel 8.5). Leistungen aus dem stationären Bereich dürfen nicht mit dem **SDEP-BE-LM**-Datensatz geliefert werden.

8 Spezifikationen der Datensätze

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 **8.5** und **8.6**).

Die Erhebung von einigen Variablen der medizinischen Statistik ist fakultativ. Dies ist bei den untenstehenden Spezifikationen in der hintersten Spalte vermerkt. Aus technischen Gründen müssen alle Felder der jeweiligen Datensätze vollständig geliefert werden, auch wenn für einzelne Variablen keine Erhebungspflicht besteht. Für Variablen ohne Erhebungspflicht 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.

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 MedStat-Datensätze geliefert. **Die Nummern der Dummy-Fälle müssen vor der Lieferung von SDEP-BE-LM aus dem Datensatz gelöscht werden.**

Für die Datensätze der medizinischen Statistik gelten die Spezifikationen des BFS. Für die zusätzlichen Datensätze des Kantons Bern werden pro Variable die maximale Länge und der Feldtyp definiert.

8.1 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	✓

Nr.	Variable	Spezifikation	Erhebungspflicht
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	✓
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 können diese Felder leer bleiben.	BFS	-

* Hier liegt eine von der Spezifikation des BFS abweichende Spezifikation vor.

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

- Ambulant = 1
- Tagesklinisch = 2
- Stationär = 3
- Unbekannt = 9

Entgegen der Spezifikation des BFS wird die Ausprägung 2= tagesklinisch weiterhin im Kanton Bern verwendet.

Nach der KVG-Revision vom Jahr 2012 wurde die Behandlungsart „teilstationär“ vom 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.

8.2 Spezifikation des Datensatzes zu Diagnosen und Behandlungen (MD)

Hier müssen lediglich der Fall-Identifikator zwingend geliefert werden. Dies ermöglicht die Verknüpfung von Kosten- und Falldaten. Alle anderen Felder können leer bleiben.

Nr.	Variable	Spezifikation	Erhebungspflicht
4.1.V01	Rekordart	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 können alle übrigen Felder leer bleiben.	BFS	-

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.

8.3 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	✓
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.V02	Freiwilligkeit	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 von der Spezifikation des BFS abweichende Spezifikation vor.

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

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 Pflage tage) 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 kann³. 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.

8.4 Fallkosten- und Fallertragsdatensatz SDEP-KTR

Für den SDEP-KTR-Datensatz gilt die Spezifikation nach SDEP-Erhebungsdokumentation. Es werden stets positive Ganzzahlen erfasst. Die bisherige KT- und ET-Spezifikation wird aufgehoben.

Für die Erlöse gelten folgende Zuordnungen zwischen dem neuen SDEP-KTR- und dem alten ET-Datensatz:

Nr.	Variable	Bisherige ET-Variable(n)
B11	60 Erlöse aus medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Leistungen für Patienten	ET_02 Erträge aus medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Leistungen für Patienten (Pauschalen) und ET_06 Ertragsminderungen
B12	611 Ärztliche Einzelleistungen (GV-Anteil)	ET_03 Ärztliche Einzelleistungen
B13	612 Ärztliche Einzelleistungen (ZV-Anteil)	ET_03 Ärztliche Einzelleistungen
B14	62 übrige Spitaleinzelleistungen	ET_04 Übrige Spitaleinzelleistungen
B15	65 Übrige Erlöse aus Leistungen an Patienten	ET_05 Übrige Erträge aus Leistungen an Patienten
B16	66 Finanzerlös	-
B17	68 Erlöse aus Leistungen an Personal und Dritte	-
B18	69 Beiträge und Subventionen	ET_07 Erträge aus kantonal finanzierten Leistungen

Zu beachten sind die Anmerkungen zu den SDEP-KTR Variablen B11-B18 in der SDEP-Erhebungsdokumentation.

³ Gilt auch bei Hausbesuchen, aufsuchender Krisenintervention oder Home Treatment
Version 2.0

8.5 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 ⁴
C2-C4	Angaben für den Kopfrecored (1. Zeile)	BE	✓		
LM_V01	BUR-Nummer	BE	✓	8	N ⁵
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	BE	✓	2	N
LM_V06	Datum	BE	✓	8	N
LM_V07	Leistungsnummer	BE	✓	4	AN
LM_V08	Minuten / Einheiten	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 = Diplomierete 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	BE	✓	2	N

⁴ AN = alphanumerisch

⁵ N = numerisch

	14 = Seelsorger/in 15 = Administratives Personal 16 = Andere				
--	--	--	--	--	--

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.

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 8.2). 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)

In diesem Feld nummerieren die Leistungserbringer die gelieferten Leistungen fortlaufend. Dadurch können die Leistungen bei der Abrechnung einfacher identifiziert werden. Eine Nummerierung der Leistungen kann auch nach dem Export der Daten manuell ergänzt werden.

Variable LM_V05 – Angebotsart

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

Die Ausprägung „12 = andere“ meint fallbezogene Leistungen, die keiner der anderen Kategorien zugeordnet werden können.

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 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 9.1.3).

8.6 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
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 tagesklinischer Behandlung befand.

Die Wohnform meint die Art und Weise des Wohnens der betroffenen Person im Sinne der Lebenswelt, unabhängig von der aktuellen Krankheitsperiode (welche unter Umständen kurzfristig einen anderen Aufenthaltsort 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 Hilfebedarf („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 Hilfebedarf („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-IV⁶) soll als Indikator für das Ausmass des individuellen Behandlungs- und Hilfebedarf („Schweregrad“) verwendet werden (vgl. DGPPN, 2013; Ruggeri et al., 2000; Valdes-Stauber et al., 2015).

9 Voraussetzungen der kantonalen Finanzierung von ambulanten und tagesklinischen Leistungen der Psychiatrieversorgung

Damit ambulante und tagesklinische Leistungen der Psychiatrie vom Kanton Bern (mit-)finanziert werden, müssen diese von den Leistungserbringern korrekt erfasst werden (Abschnitt 9.1) und dokumentiert werden können (Abschnitt 9.2). Zudem müssen sie den Finanzierungskriterien genügen, welche im Rahmen der jährlichen Leistungsabrechnung geprüft werden (Abschnitt 9.3). In den jeweiligen Abschnitten finden sich weitere Informationen.

9.1 Hinweise zur Erfassung der Leistungsmengen (SDEP-BE-LM-Datensatz)**9.1.1 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:

⁶ GAF-Skala: vgl. Diagnostische Kriterien und Differentialdiagnosen des diagnostischen und statistischen Manuals psychischer Störungen DSM-III.R. Weinheim; Basel: Beltz, 1989.

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

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. Jede Einzelleistung wird mit der passenden Position erfasst. Eine Zusammenfassung von mehreren Leistungen in einer Position („Leistungspäckli“) ist nicht zulässig. Die Leistungen werden für den Kalendertag erfasst, an dem sie erbracht wurden. Eine Zusammenfassung über mehrere Tage hinweg ist nicht erlaubt.

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).

Ausschliesslich KVG-finanzierte Berufsgruppen (Physio-, Ergo-, Logotherapie und Ernährungsberatung) erfassen keine E-, P-, und V-Leistungen.

Die Leistungsliste ist im Anhang 1 aufgeführt.

9.1.2 Dauer der Leistung

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. Auch die No-shows werden in Minuten erfasst, wobei der normative Minutenwert (15 Minuten⁷) geliefert wird. Leistungen mit Pauschalabgeltung (z.B. P15 „Rapporte Tagesklinik“) werden ebenfalls in Minuten erfasst.

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).

9.1.3 Berufsgruppe

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

Psycholog/innen ohne Fachtitel werden als Assistenzpsycholog/innen erfasst.

Praktikantinnen und Praktikanten erfassen keine Leistungen.

⁷ Ein normativer Wert von 15 Minuten kann auch für die tagesklinischen No-shows angegeben werden, da bei diesen die pauschal abgegoltene Zeit nur schwer beziffert werden kann.

Es wird geprüft, ob die einzelnen Leistungen nur von denjenigen Berufsgruppen erfasst wurden, die für die Leistungserbringung vorgesehen sind. Wenn mehr als 2 Prozent der Leistungen von der Berufsgruppe „andere“ erfasst worden sind, muss eine Angabe erfolgen, welche Berufsgruppe in der Variable 09 des **SDEP-BE-LM-Datensatz** fehlt.

Die Leistung darf nur von Personen erfasst werden, welche die Leistung im engeren Sinn erbringen.

Die Support- und Management-Leistungen sind in den Normkosten einberechnet und dürfen deshalb nicht als kantonal finanzierte Leistung erfasst werden.

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

9.1.4 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 4 sind die Leistungskategorien pro Angebotstyp abgebildet.

	E-Leistungen	P-Leistungen	N-Leistungen	V-Leistungen
Tageskliniken	0	✓	✓	✓
Ambulatorien	✓	0	✓	✓
Aufsuchende Dienste	✓	0	✓	✓
Begleitetes Wohnen / Wohn-Coaching	✓	0	✓	✓
Niederschwellige Freizeit- und Aufenthaltsangebote	0	0	✓	0
Stationäre Angebote	0	0	0	0

Tabelle 4 - Zulässige Leistungskategorien nach Angebotstyp

9.1.5 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.⁸ No-shows werden wenn möglich fallbezogen erfasst. Falls dies nicht möglich ist (z.B. bei Erstgesprächen), können No-shows auch ohne Fallbezug geliefert werden.

9.1.6 Pflegeleistungen gemäss KVG

Tagesklinische Pflegeleistungen gemäss KVG werden nicht mehr kantonal finanziert.

9.1.7 Wegzeiten

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

⁸ Die Leistung P15 „Rapporte Tagesklinik“ wird somit wie die nicht-fallbezogenen Leistungen erfasst.
Version 2.0

9.1.8 Rapporte in der Tagesklinik

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

9.1.9 Angebotsart

Für die angebotsspezifische Bedarfsplanung ist die richtige Zuordnung der Leistungen zu den Angebotsarten (**Variable 05 des SDEP-BE-LM-Datensatz**) wichtig. Werden über 2% der Leistungen über die Angebotsart „andere“ erfasst, so muss eine Angabe durch die Leistungserbringer darüber erfolgen, um welche Angebote es sich dabei handelt.

9.2 Hinweise zur Leistungsdokumentation

Die Voraussetzung für eine kantonale Finanzierung von ambulanten und tagesklinischen Angeboten ist die Erfüllung der leistungsspezifischen Kriterien gemäss Anhang zum Leistungsvertrag. Die Erfüllung der Finanzierungskriterien wird so dokumentiert, dass diese im Rahmen der Jahresabrechnung überprüft werden können.

9.2.1 Form

Die 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.

Eine Dokumentation der Kriterienerfüllung ist aber auch in Papierform möglich. Dabei können entweder bestehende Unterlagen (wie die KG) ergänzt oder neue Formulare erstellt werden.

Das Spitalamt sendet den Leistungserbringern einen Monat vor dem Revisionstermin eine Stichprobe von Leistungen, bei denen die Erfüllung der Finanzierungskriterien anhand der Dokumentation geprüft wird. Auf Antrag der Leistungserbringer kann die Vorbereitungszeit verlängert werden.

Am Revisionstag legen die Psychiatriebetriebe für jede Stichprobenleistung einen Auszug aus dem Dokumentationssystem vor (entweder Printscreen der elektronischen Dokumentation oder Kopie/Original der Papierdokumentation). Die Leistungsdokumentation kann entweder in elektronischer Form (z.B. auf einem USB-Stick) oder in Papierform (in einem Ordner) bereitgestellt werden. Nach dem Revisionstag wird die Dokumentation in den Psychiatriebetrieben mindestens fünf Jahre aufbewahrt.

9.2.2 Inhalt

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 wenn möglich 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.

Zur Identifikation der Leistung muss jede Dokumentation das Datum, die Leistungsnummer und die Dauer der Leistung enthalten. Die Dokumentation von fallbezogenen Leistungen umfasst zudem die Fallnummer. **Detaillierte Angaben, wie die einzelnen Leistungen dokumentiert werden müssen, sind im Anhang des Leistungsvertrags enthalten.**

9.3 Vorgehen zur Prüfung der Finanzierungskriterien (Abrechnungsregeln)

Das Vorgehen zur Überprüfung der Abrechenbarkeit von ambulanten und tagesklinischen Leistungen erfolgt in verschiedenen Schritten. Vorab wird der Datensatz um Positionen bereinigt, welche die Plausibilisierungskriterien nicht erfüllen. Dies geschieht grösstenteils automatisiert über die SDEP-Plattform (vgl. Abschnitt 9.3.1). Anschliessend wird die Erfüllung der Finanzierungskriterien anhand von zwei Stichproben geprüft (Abschnitt 0). Im Hinblick auf die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung können zudem Kennzahlen zu Vergleichszwecken herangezogen werden (Abschnitt 9.3.3).

9.3.1 Plausibilisierung

Die Plausibilisierung des SDEP-BE-LM-Datensatzes wird zukünftig (grösstenteils) in den Prüfungsschritten von SDEP abgebildet sein. Mindestens folgende Leistungen gelten als nicht plausibel und müssen aus dem Datensatz entfernt werden:

- Leistungen an stationären Patientinnen und Patienten
- Leistungen an ausserkantonale Fälle

Weitere Plausibilisierungsschritte behält sich das Spitalamt vor.

9.3.2 Stichproben

Erste Stichprobe

Aus der Gesamtlieferung werden zwei Stichproben gebildet. Die erste Stichprobe umfasst

- sämtliche Leistungen mit einer Dauer ab 480 Minuten
- weitere auffällige Leistungen

Die Leistungen der ersten Stichprobe werden vollständig überprüft, was bedeutet, dass die Leistungserbringer am Revisionstag zu jeder Position eine Dokumentation vorlegen (vgl. Abschnitt 9.2 und Anhang zum Leistungsvertrag). Leistungen, welche die Finanzierungskriterien nicht erfüllen oder für welche keine Dokumentation vorgelegt werden kann, werden nicht kantonal finanziert.

Zweite Stichprobe

Die zweite Stichprobe wird nach einem Zufallsverfahren ausgewählt. Sie umfasst

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

Für jede ausgewählte Position legen die Leistungserbringer am Revisionstag eine Dokumentation vor (vgl. Abschnitt 9.2 und Anhang zum Leistungsvertrag). Anhand der Dokumentation prüft das Spitalamt für jede Leistung, ob die Finanzierungskriterien erfüllt wurden.

Für diejenigen Leistungen, welche die Finanzierungskriterien nicht erfüllen oder für welche keine Dokumentation vorgelegt werden kann, berechnet das Spitalamt, wie hoch der Abgeltungsbetrag bei einer Erfüllung der Kriterien gewesen wäre. Dabei wird jeweils der Preis derjenigen Leistungsposition verwendet, welche die Leistungserbringer im SDEP-BE-LM-Datensatz angegeben haben.

Der prozentuale Anteil des abzuziehenden Betrags wird anschliessend auf die Grundgesamtheit der zweiten Stichprobe hochgerechnet. Wenn also beispielsweise ein Prozent des Abgeltungsbetrags in der zweiten Stichprobe auf Leistungen entfällt, welche die Kriterien nicht erfüllen, wird ein Prozent des verrechneten Betrags der Grundgesamtheit dieser Stichprobe abgezogen.

9.3.3 Kennzahlen

Das Spitalamt behält sich vor, Kennzahlenvergleiche heranzuziehen, um die wirtschaftliche Erbringung der kantonal finanzierten Leistungen besser beurteilen zu können. Hierbei kann es sich sowohl um Quervergleiche mit anderen Unternehmen als auch um Vergleiche im Zeitver-

lauf handeln. Darauf basierend kann das Spitalamt Benchmarks definieren, welche die kantonale Finanzierung für betroffene Leistungserbringer auf ein wirtschaftliches Mass limitieren können.

10 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.

PSYREC-KTR-Handbuch Version 8.1, gültig ab Erhebungsperiode 2018. Kanton Zürich.

Quelle: https://gd.zh.ch/internet/gesundheitsdirektion/de/themen/institutionen/spitaeler_kliniken/handbuecher_vorgaben_erhebung_dez/archivzurdatenerhebungjuli.html

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 Sozialpädagoge/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)⁹	✗	✗
P11	Pflegeleistungen durch Pflegefachpersonen, Fachangestellte Gesundheit (Gruppe)¹²	✗	✗
P12	Betreuungsleistungen durch Pflegefachpersonen, Fachangestellte Gesundheit (Gruppe)	✓	✓
P13	Leistungen in Abwesenheit Pflegefachpersonen, Fachangestellte Gesundheit¹²	✗	✗
P14	Leistungen in Abwesenheit von Patient/in erbracht durch Pflegefachpersonen, Fachangestellte Gesundheit ausserhalb Art. 7 KLV	✓	✓
P15	Interne Rapporte Tagesklinik (mündlich)	----	✓
P16	Schultransporte Tagesklinik	✓	✓
P17	Mündliche Übersetzungsleistungen durch Dritte	✓	✓
Nicht fallbezogene Leistungen		Fb	Ab
N01	Triage	----	✓
N02	Vor- und Nachbereitung der ambulanten/ tagesklinischen Behandlung	----	✓
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	----	✓

⁹ Tagesklinische Pflegeleistungen gemäss KVG werden nicht mehr kantonal 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 ¹⁰	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 GEF nicht erfüllen	----	----
T11	Nicht fallbezogene Leistungen, welche die Anforderungen der GEF nicht erfüllen	----	----

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 direkt¹¹ eingekauft, wenn sie die Kriterien erfüllen und geliefert werden

¹⁰ Zur Neuberechnung der Normkosten ist eine fallbezogene Lieferung der T-Leistungen erforderlich. Für die Herleitung der ungedeckten KVG-Pflegekosten reicht jedoch eine Lieferung ohne Fallbezug.

¹¹ Die Zuschlagsleistungen werden indirekt abgegolten, indem sie in die Berechnung der Normkosten eingeflossen sind.