
Messung Sturz und Dekubitus

FAQ

Februar 2025 / Version 1.1

Willkommen im FAQ zur Messung Sturz und Dekubitus. Hier finden Sie Antworten auf häufig gestellte Fragen im Zusammenhang mit der Messung. Wir aktualisieren diese FAQ regelmäßig.

Wenn Sie Fragen haben, die hier nicht beantwortet sind, können Sie uns gerne direkt kontaktieren (daniela.zahnd@anq.ch).

Fragen zur Organisation der Pilotmessung

Fragen	Antworten
Wie sieht das Verfahren zur Überprüfung der Datenqualität (z. B. Audit) konkret aus? (Oktober 2024)	Derzeit sind keine spezifischen Audits zum Thema Dekubitus und Sturz seitens des ANQ geplant. Gemäss dem Qualitätsvertrag nach Art. 58a KVG können externe Audits durchgeführt werden. Die Schwerpunkte der Audits in der Akutsomatik sind im Anhang 2 zum Qualitätsvertrag festgehalten.
Wird die Messung im Jahr 2024 nach der alten Methode erfolgen? (Oktober 2024)	Die Messung ist seit Anfang 2023 sistiert, das heisst, dass 2024 keine Messung stattfindet.
Wenn eine Institution nicht an der Pilotmessung teilnimmt wegen sehr kleinen Fallzahlen, welche Anforderungen sind im Zeitraum 2024-2026 zu erfüllen? (Oktober 2024)	Auch eine kleine Institution kann an der Pilotmessung teilnehmen, kleine Fallzahlen ist kein Ausschlusskriterium. Bei einer Nicht-Teilnahme kann das KIS-System überprüft werden, ob die notwendigen Variablen erfasst werden und ob ein Datenexport machbar ist.
Gibt es Bestrebungen, mit den KIS-Anbietern einheitliche Lösungen zu finden, damit nicht jedes Spital eigene Lösungen entwickeln muss (KISIM, E-PIC, etc.)? (Oktober 2024)	Derzeit ist dies nicht vorgesehen. Der Markt für KIS-Anbieter in der Schweiz ist vielfältig. Auch wenn Spitäler/Kliniken die gleichen Systeme nutzen, sind diese oft auf die spezifischen Bedürfnisse der jeweiligen Einrichtung zugeschnitten.
Uns würde das Messhandbuch sehr interessieren, um entscheiden zu können, ob wir an der Pilotmessung teilnehmen können. (Oktober 2024)	Das Messhandbuch wird in einem ersten Schritt den Spitälern und Kliniken zur Verfügung gestellt, die sich für eine Teilnahme an der Pilotmessung entscheiden. Als Unterstützung für den Entscheid einer Teilnahme an der Pilotmessung wurde allen Spitälern und Kliniken Ende September 2024 die Tabelle mit den zu liefernden Variablen zugestellt.
Warum wird die Pädiatrie ausgeschlossen? (Oktober 2024)	Die Messung «Dekubitus bei Kindern» ist derzeit nicht im ANQ-Messplan enthalten. Die Messung ist jedoch so konzipiert, dass sie zukünftig im pädiatrischen Bereich eingesetzt werden kann. Ziel des ANQ ist es, diese Messung bald auch für die Pädiatrie zugänglich zu machen.
Wird es auch weiterhin freiwillige Indikatoren geben? Z.B. Mangelernährung? (Oktober 2024)	Zurzeit nicht.
Können Spitäler an der Pilotmessung teilnehmen, die noch keine elektronische Patientendokumentation haben? (Oktober 2024)	Die Grundvoraussetzung für die Teilnahme an der Pilotmessung ist, dass ein Spital über ein elektronisches KIS verfügt.
Wem gehören die individuellen Auswertungen der Spitäler/Kliniken? (Oktober 2024)	Die individuellen Spitalauswertungen gehören den Spitälern und Kliniken. Der ANQ hat keinen Zugriff auf diese Daten (in den Dashboards).
Wann ist angedacht, dass die Messung obligatorisch für alle Spitäler und Kliniken sein wird? (Oktober 2024)	Die erste national verpflichtende Messung ist für den Frühling 2026 geplant (Datenerhebung Februar – April 2026). Die Ergebnisse dieser Messung werden nicht transparent publiziert werden.

Fragen zur Methode

Fragen	Antworten
<p>Wie ist das Vorgehen, wenn sich ein Dekubitus im Verlauf des Aufenthalts verschlimmert und eine höhere Einstufung erforderlich macht? Wird er dann als ein Dekubitus gezählt? (Oktober 2024)</p>	<p>Idealerweise wird die höchste Kategorie des Dekubitus pro Lokalisation erfasst. Grundsätzlich wird jeder Dekubitus nur 1x gezählt.</p>
<p>Warum wurde der Beobachtungszeitraum auf 3 Monate festgelegt? (Oktober 2024)</p>	<p>Die 3 Monate stellen einen Kompromiss dar, der so durch den ANQ unter Einbezug des Qualitätsausschuss Sturz und Dekubitus (QA) festgelegt wurde. International werden sehr unterschiedliche Zeiträume berücksichtigt, weshalb es bezüglich Beobachtungszeitraum keine klaren Empfehlungen gibt. 3 Monate haben den Vorteil, dass auch kleinere Spitäler/Kliniken eine robustere Anzahl Fälle einschliessen können. Es wurde auch diskutiert, die Daten eines ganzen Jahres einzuschliessen. Die Idee wurde verworfen, weil das Ziel darin besteht, sobald die Messung etabliert ist, die Ergebnisse im selben Jahr zu veröffentlichen, in dem die Daten erhoben wurden.</p>
<p>Wie werden Dekubitus klassifiziert? Welche Version der Definition von Dekubitus gilt und wo finde ich diese? (Oktober 2024)</p>	<p>Die Dekubitus werden nach EPUAP / NPIAP / PPIA 2019 klassifiziert. Die entsprechende Definition und relevante Spezifikationen zur Definition sind im Anhang B des Messhandbuches zu finden.</p>
<p>Ist Dekubitus Kategorie 1 auch eingeschlossen? (Oktober 2024)</p>	<p>Es werden alle Dekubitus-Ereignisse erfasst. In Zukunft wird es - wie bisher - eine separate Auswertung ohne Dekubitus der Kategorie 1 geben.</p>
<p>Wie wird in der Messung Sturz und Dekubitus mit den Dekubitus Ausprägungen „Keiner Kategorie/keinem Stadium zuordenbar: Tiefe unbekannt“ und „Vermutete tiefe Gewebeschädigung: Tiefe unbekannt“ umgegangen? (Oktober 2024)</p>	<p>Beim Dekubitus wird die Kategorisierungen nach EPUAP / NPIAP / PPIA 2019 angewendet. D.h. auch die in der Frage erwähnten Ausprägungen sind im Datenexport zu berücksichtigen.</p>
<p>Ist es richtig, dass nur wenige Variablen für die Risikoadjustierung zur Verfügung stehen? (Oktober 2024)</p>	<p>Das konkrete Vorgehen für die Risikoadjustierung gilt es unter Berücksichtigung der Daten zu finalisieren. Es wird aktuell davon ausgegangen, dass es weiterhin ein hierarchisches Modell geben wird. Hinsichtlich der Risikovariablen ist es leider so, dass aufgrund der Heterogenität der verwendeten Instrumente innerhalb der Spitäler zukünftig keine Informationen zur Pflegeabhängigkeit und kein Dekubitusrisikoassessment verfügbar sind. Dafür sind andere Daten, wie beispielsweise die Diagnosen, in einem höheren Detaillierungsgrad verfügbar. Zudem werden neue gewisse Daten, die die Spitäler einheitlich für SpiGes erheben müssen, für die Risikoadjustierung verfügbar sein. Die final einzuschliessenden Variablen, welche dereinst zur</p>

	<p>Risikoadjustierung verwendet werden können, wurden gemeinsam mit dem QA auch hinsichtlich Machbarkeit festgelegt. Wenn die Methode dereinst etabliert ist, ist es denkbar, dass das Variablenset erweitert wird. Um mit der neuen Methode starten zu können, mussten wir uns auf ein Minimum Dataset (kleinster gemeinsamer Nenner, der dennoch eine Risikoadjustierung erlaubt) einigen, das die meisten Spitäler exportieren können.</p>
<p>Müssen alle Fälle aufgelistet werden, auch wenn weder ein Sturz noch ein Dekubitus dokumentiert wurden. (Oktober 2024)</p>	<p>Gemäss Kapitel 3.3 im Messhandbuch müssen alle Patientinnen/Patienten im Datenexport berücksichtigt werden, die zwischen dem 01. Februar 2025 und dem 30. April 2025 ausgetreten sind. Wann der Eintritt erfolgte, spielt keine Rolle. Es werden die Daten aller Patientinnen/Patienten, die im genannten Zeitraum austreten, exportiert, unabhängig davon, ob sich ein Sturz ereignete oder ein Dekubitus entstanden ist.</p>
<p>Wenn das KIS nicht automatisch einen Report erstellt, z.B. Dekubitus pro Kategorie zu unterscheiden, muss dies über 3 Monate manuell pro Patientin/Patient herausgefunden werden? (Oktober 2024)</p>	<p>Das methodische Vorgehen wurde gemeinsam mit dem QA und weiteren Spitälern, die sich an den Machbarkeitsanalysen beteiligt haben, entwickelt. Die Pilotmessung soll nun dazu dienen, die Umsetzbarkeit in einem erweiterten Kreis von Spitälern zu überprüfen. Daraus erhoffen wir uns Rückmeldungen, was in den Spitälern möglich ist und was nicht. Sollte sich abzeichnen, dass es für eine Mehrheit der Spitäler nicht möglich ist, die Dekubitus pro Kategorie zu exportieren, wird dieses Erkenntnis im QA diskutiert und geprüft, ob es Anpassungen im Vorgehen braucht. Es ist nicht die Idee, dass die Pilotspitäler eine manuelle Zuordnung zu den Dekubitus Kategorien vornehmen müssen. Vielmehr wäre die Aufgabe der Pilotspitäler, die vorgefundenen Schwierigkeiten im Rahmen der Evaluation rückzumelden und allenfalls zu prüfen, wie dies zukünftig automatisiert zugeteilt und exportierbar gemacht werden könnte.</p>
<p>Im Rahmen der Machbarkeitsabklärung wurde überlegt, auch Medikamente/Medikamentengruppen als Einflussvariable auf Sturz und Dekubitus zu erfassen. Werden diese mit der neuen Methode erfasst? (Oktober 2024)</p>	<p>Medikamente werden im Datenexport nicht berücksichtigt. Es ist richtig, dass dies einmal angedacht war. Diese Idee wurde aber aufgrund des erwarteten Aufwands im Verhältnis zum erwarteten Nutzen verworfen.</p>
<p>Werden Wöchnerinnen auch in die Messung eingeschlossen? (Oktober 2024)</p>	<p>Ja, Wöchnerinnen werden ebenfalls in die Messung eingeschlossen, wenn sie die Ein- und Ausschlusskriterien im Messhandbuch gemäss Kapitel 3.3 entsprechend erfüllen.</p>
<p>Werden Patientinnen/Patienten auch dann in die Messung einbezogen, wenn sie nur eine Nacht stationär behandelt werden? (Oktober 2024)</p>	<p>Ja, alle Patientinnen/Patienten werden in die Messung eingeschlossen, sobald sie eine Nacht stationär behandelt wurden (Mitternachtsregel) und die weiteren Ein- und Ausschlusskriterien gemäss Kapitel 3.3 im Messhandbuch erfüllen.</p>
<p>Was ist mit Patientinnen/Patienten, die mehrere Dekubitus aufweisen? Werden</p>	<p>Gemäss Tabelle 3 im Messhandbuch soll pro Patientin/Patient (Fall) im Datenexport jeweils der höchste</p>

<p>sie als ein Fall mit Dekubitus gezählt oder als mehrere Fälle? (Oktober 2024)</p>	<p>Schweregrad des nosokomialen Dekubitus pro Lokalisation enthalten sein, d.h. ein Fall im Datenexport kann mehrere Dekubitus aufweisen.</p> <p>In der Datenanalyse werden je nach Berechnungen (siehe Messhandbuch Kapitel 8) sowohl die Anzahl Patientinnen/Patienten mit dem negativen Ereignis (Sturz/Dekubitus) als auch die Anzahl negativer Ereignisse (Sturz/Dekubitus) berechnet.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inzidenzrate pro Quartal: Die Analyseeinheit stellen die Patientinnen/Patienten dar, d.h. die effektive Anzahl Dekubitus/Sturz pro Patient/Patientin ist nicht von Bedeutung. • Inzidenzrate pro 1000 Pflage tage: Die Analyseeinheit stellen die Dekubitus/Stürze dar, d.h. die effektive Anzahl Dekubitus/Stürze pro Patient/Patientin ist von Bedeutung.
<p>Wenn Patientinnen/Patienten mit einem Dekubitus rehospitalisiert werden, werden dann zwei Fälle gezählt, obwohl es sich um einen Dekubitus handelt, der bereits gezählt wurde? (Oktober 2024)</p>	<p>Wenn Patientinnen/Patienten mit einem Dekubitus rehospitalisiert werden, wird der Dekubitus bei der Wiederaufnahme als «nicht nosokomialer Dekubitus» klassifiziert. Bei der Klassifikation werden Dekubitus in nosokomiale und vorbestehende Ereignisse unterteilt.</p>
<p>Wie wird die Zuverlässigkeit der Dekubitusdiagnose sichergestellt? (Oktober 2024)</p>	<p>Die Daten basieren auf Selbstdeklaration. Die Sicherstellung der Datenqualität ist Aufgabe der Spitäler und Kliniken. Ihre Verantwortung ist es, das Personal zu schulen, einen Dekubitus zu erkennen und richtig zu klassifizieren.</p> <p>Seitens der BHF und w hoch 2 werden die Datensätze auf Auffälligkeiten überprüft (Plausibilitätsprüfung).</p> <p>Weitere Informationen sind im Messhandbuch, Kapitel 6 zu finden.</p>
<p>Welche Datenquelle wird für die Messung von "Dekubitus" verwendet: die Daten, die im Rahmen der Pflege erhoben werden (KIS) oder die Daten aus der medizinischen Kodierung? (Oktober 2024)</p>	<p>Die Daten zu den Outcomes (Sturz, Sturzfolgen und Dekubitus) müssen aus dem KIS (Klinikinformationssystem) exportiert werden und sollen daher nicht auf der medizinischen Kodierung beruhen. Studien haben gezeigt, dass die Kodierungsdaten hinsichtlich Sturz und Dekubitus sehr ungenau sind, da teilweise nur abrechnungsrelevante Diagnosen kodiert werden.</p>
<p>Wie lange nach einem Sturzereignis sollen die Sturzfolgen (ja/nein) erfasst werden? (Februar 2025)</p>	<p>Sturzfolgen werden ohne zeitliche Begrenzung erfasst.</p>
<p>In der Variablenliste wird unter Hauptstandort beschrieben, dass der Standort, an dem die Hauptkosten angefallen sind, exportiert werden muss. Bedeutet dies, wenn der Dekubitus im Standort 1 entstanden ist, die Patientin/der Patient aber im Standort 2 die meisten Kosten generiert, nur die</p>	<p>Da jeder Standort einen eigenen Datenexport durchführen muss, soll unter der Variable «burnr» jeweils die achtstellige Nummer des Standorts gemäss dem Betriebs- und Unternehmensregister des BFS exportiert werden. Pro Standort ist jeweils der ganze Fall (von Eintritts- bis Austrittsdatum an diesem Standort) zu exportieren, unabhängig davon an welchem Standort die meisten Kosten angefallen sind. Die Erläuterungen in Tabelle 3 zur Variable</p>

<p>Daten des Standort 2 exportiert werden müssen? (Februar 2025)</p>	<p>«burnr» wurden im Messhandbuch (Version 1.2) entsprechend angepasst.</p>
<p>Warum müssen Wiedereintritte als neuer Fall aufgeführt werden, wenn sie innerhalb der SwissDRG-Zeit als ein Fall zählen? (Februar 2025)</p>	<p>Wie in Kapitel 3.3.3 beschrieben ist, gilt jede Hospitalisierung als ein Fall, unabhängig davon, ob es sich um einen Wiedereintritt handelt. Es erfolgt keine Fallzusammenführung.</p>
<p>Muss für die Spannungsblasen ebenfalls die Lokalisation erfasst werden? (Februar 2025)</p>	<p>Da gemäss den Spezifikationen zu Dekubitus in Anhang B des Messhandbuches Spannungsblasen als Dekubitus der Kategorie 2 gelten, sind auch Spannungsblasen mittels Datum und Suffix für die Lokalisation im Datenexport zu berücksichtigen.</p>
<p>Wenn nach einem Sturz immer eine körperliche Untersuchung durch den Arzt erfolgt, gilt dies bereits als Sturz mit Sturzfolgen? (Februar 2025)</p>	<p>Nein. Dies wurde im Messhandbuch (Version 1.2) in Anhang A unter den Spezifikationen zur Definition wie folgt präzisiert: «- Weiterführende diagnostische Massnahmen in Folge eines Sturzes gelten unabhängig vom Befund als Sturzfolge (Beschluss QA, 2024). Die Ersteinschätzung nach einem Sturzereignis durch eine Fachperson (Pflege, Ärztin/Arzt, etc.) gilt jedoch nicht als weiterführende diagnostische Massnahme. Ein Sturz mit Sturzfolgen liegt erst dann vor, wenn die initiale Ersteinschätzung offensichtliche oder vermutete Verletzungen ergibt, die weiterführende diagnostische und/oder therapeutische Massnahmen erfordern und dadurch ein (finanzieller) Mehraufwand für das Spital/die Klinik entsteht (unabhängig vom Ergebnis). Dies ist beispielsweise der Fall, wenn zur Abklärung von Verletzungen eine Computertomographie (CT) oder eine regelmässige Überwachung des Bewusstseinszustandes (GCS-Überwachung) notwendig ist (Beschluss QA, 2025).»</p>
<p>Als Ausschlusskriterium wurde Rehabilitation genannt. Sind alle Fälle ausgeschlossen trotz SwissDRG? (Februar 2025)</p>	<p>Nein. Folgendes Ausschlusskriterium gemäss Kapitel 3.3.2 im Messhandbuch ist entscheidend: von der Messung ausgeschlossen sind Patientinnen/Patienten aus allen Fachbereichen, deren Leistungen nicht über das DRG-Tarifsysteem abgerechnet werden. Dementsprechend sind bspw. die Fälle einer geriatrischen Rehabilitation auszuschliessen, die Fälle einer Akutgeriatrie hingegen einzuschliessen.</p>
<p>Können die Daten für die Messung auch aus den Austrittsberichten generiert werden? (Februar 2025)</p>	<p>Dies hängt davon ab, wie die Austrittsberichte generiert werden und wo die Informationen abgegriffen werden. Das Messhandbuch schreibt in Kapitel 4 vor, dass die Daten zu den Outcomes (Sturz, Sturzfolgen und Dekubitus) aus dem KIS (medizinische sowie pflegerische elektronische Dokumentation) exportiert werden müssen. Liegt den Austrittsberichten ebendiese Datenquelle zugrunde, können entsprechend auch die Austrittsberichte als Datengrundlage genutzt werden. Beruhen die Austrittsberichte jedoch nicht auf den KIS Daten respektive werden für den Austrittsbericht nicht systematisch alle Daten aus dem KIS bezüglich Sturz und Dekubitus abgegriffen, ist</p>

	<p>der Austrittsbericht für den Export des Outcomes allerdings nicht zulässig.</p>
<p>Es ist nachvollziehbar, dass der Schweregrad der Dekubituskategorien «Keiner Kategorie zuordenbar, Tiefe unbekannt» und «Vermutete tiefe Gewebeschädigung, Tiefe unbekannt» als schwerer eingeschätzt werden als ein Dekubitus der Kategorie 1. Es ist klinisch nicht nachvollziehbar, warum sie tiefer als Kategorie 2 bis 4 eingestuft werden sollen. Wie ist diese Einteilung zu verstehen? (Februar 2025)</p>	<p>Für die nationalen Auswertungen werden folgende zwei Outcome Indikatoren berechnet: Nationale nosokomiale Dekubitus Gesamtinzidenzrate und nationale nosokomiale Inzidenzrate Kategorie ≥ 2.</p> <p>Es musste eine Systematik gefunden werden, die sicherstellt, dass diese beiden Indikatoren gebildet werden können. Bei den Dekubitus der Kategorien "Tiefe unbekannt" besteht das Problem darin, dass der Schweregrad unklar ist und entsprechend unklar ist, ob der Dekubitus höher als Kategorie 2, 3 oder 4 einzustufen ist. Einigkeit herrscht jedoch darüber, dass diese Kategorien höher als Kategorie 1 einzustufen sind. Es handelt sich also eher um eine technische Spezifikation, wie die Angaben in der Datenanalyse zu berücksichtigen sind und nicht wie diese Kategorien klinisch bezüglich Schweregrad zu werten sind.</p>
<p>In einigen KIS-Systemen werden neben den Geschlechtern „Männlich“ und „Weiblich“ auch die Optionen „Unbekannt“ oder „Divers“ erfasst. Auch wenn es in der Schweiz nur zwei offizielle Geschlechter gibt, bieten die KIS-Systeme oft die Möglichkeit, weitere Geschlechter zu erfassen. Wie soll mit solchen Fällen im Rahmen der Pilotmessung umgegangen werden? (Februar 2025)</p>	<p>Da es sich um eine SpiGes Variable handelt, gelten die Vorgaben von SpiGes.</p> <p>Da die Spitäler im Rahmen der Datenanlieferung an das BFS (SpiGes) ebenfalls lediglich das zivilrechtliche Geschlecht exportieren können, ist anzunehmen, dass dies für alle Spitäler so umsetzbar ist. Es ist davon auszugehen, dass es spitalintern bereits Richtlinien gibt, wie die Optionen «Unbekannt» und «Divers» für die Datenlieferung im Rahmen SpiGes kodiert werden. Das gleiche Vorgehen soll auch für die Datenlieferung zur Messung Sturz und Dekubitus angewendet werden.</p>
<p>Nummerierungen der Lokalisationen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • wie muss die Nummerierung der Lokalisationen der Dekubitus gehandhabt werden? • wird die Nummerierung pro Lokalisation vorgegeben? <p>(Februar 2025)</p>	<p>Bei einem nosokomialen Dekubitus kann sich der Schweregrad während einer Hospitalisation verändern. Beim Datenexport wird immer der höchste Schweregrad pro nosokomialen Dekubitus und Lokalisation berücksichtigt.</p> <p>Um einen Anhaltspunkt zu haben (Spitäler und w hoch 2), dass im Datenexport jede Lokalisation effektiv nur einmal (nämlich in ihrem höchsten Schweregrad) berücksichtigt wurde, wurde als technische Massnahme definiert, dass pro Lokalisation (L) eine fortlaufende Nummer von 1-n vergeben werden soll, welche dem Datum durch Unterline «_» getrennt als Suffix angehängt werden soll. Sind im Datenexport bei einem Fall mehrere nosokomiale Dekubitus mit der gleichen Suffix-Nummer (d.h. gleiche Lokalisation) enthalten, ist dies ein Indiz dafür, dass ein Dekubitus einer Lokalisation fälschlicherweise mehrmals statt nur im höchsten Schweregrad im Datenexport berücksichtigt wurde.</p> <p>Die Nummerierung der Lokalisationen wird nicht vorgegeben. Die Spitäler können anhand ihres internen Erfassungssystems definieren, welche Lokalisation welche Nummer erhält. Es kann aber auch von Fall zu Fall unterschiedlich sein.</p>

<p>Gibt es Vorlagen/Beispiele, wie die Formulare im KIS zur Erfassung der notwendigen Variablen aussehen müssten? (Februar 2025)</p>	<p>Da in den Spitälern und Kliniken die unterschiedlichsten KIS im Einsatz sind, kann keine allgemeingültige Vorlage zur Verfügung gestellt werden. Auch mit einer Vorlage müsste die Implementation jeweils vor Ort individuell überprüft werden. Im Messhandbuch Tabelle 3 sind jedoch die zu exportierenden Variablen mit ihren Ausprägungen und Beispielen im Detail beschrieben.</p>
--	---

Fragen zum Dashboard

Fragen	Antworten
<p>Gibt es eine Exportvorlage, die zeigt, wie und was vom KIS exportiert werden muss? (Oktober 2024)</p>	<p>Die zu exportierenden Variablen werden im Messhandbuch mit ihren Ausprägungen beschrieben und es sind jeweils Beispiele aufgeführt.</p>
<p>Welche Art von Exportdatei ist erforderlich? xml? csv? Gibt es eine Exportvorlage, damit man sehen kann, wie aus dem KIS exportiert werden muss? (Oktober 2024)</p>	<p>Die Exportdatei muss eine zweidimensionale Tabelle sein. w hoch 2 bemüht sich, die Hürden so niedrig wie möglich zu halten. Daher werden alle gängigen Dateiformate (csv, txt, xlsx, sav, rds, usw.) akzeptiert. Trennzeichen und Kopfzeilen werden automatisch erkannt.</p>
<p>Können Datensätze storniert und aktualisiert werden? (Februar 2025)</p>	<p>Datensätze können neu hochgeladen werden bis zur Lieferung des finalen Datensatzes. Die alten Datensätze werden jeweils überschrieben.</p>
<p>Obwohl bei w hoch 2 angemeldet, erscheint beim Klicken auf StuDek eine Fehlermeldung. (Februar 2025)</p>	<p>Aktuell kann noch nichts angezeigt werden, die Applikation ist noch in Entwicklung. Der Zugang wird ab Mitte März möglich sein.</p>
<p>Wie ist die Handhabung bei internen Verlegungen innerhalb einer Spitalgruppe, wo keine neue Fallnummer generiert wird? (Februar 2025)</p>	<p>Da pro Standort ein Datenexport durchgeführt wird, ist es unproblematisch, wenn die Patientin/der Patient pro Standort die gleiche Fallnummer behält (pro Standort erscheint der Fall trotzdem nur einmal). Es sei denn eine Patientin/ein Patient wird mehrmals in einer Spitalgruppe verlegt, d.h. weisst mehrere Episoden an einem Spitalstandort auf. Hier sind die einzelnen Episoden (Fälle) zwar noch aufgrund des unterschiedlichen Ein- und Austrittsdatum differenzierbar, aber allenfalls wäre eine zusätzliche Stelle bei der Fallnummer hilfreich, z.B. Fall 100 bei der ersten Episode = Fall 1001, bei der zweiten Episode = Fall 1002 etc.</p>