



## SwissDRG Erhebung 2010

### Format und Inhalt der Stammdaten

## Inhaltsverzeichnis

1	<i>Einführung</i> .....	3
2	<i>Überblick der Änderungen gegenüber der Erhebung 2009</i> .....	3
3	<i>Richtlinien Erhebung 2010</i> .....	6
3.1	Bestandteile der Erhebung .....	6
3.2	Abgrenzung der zu liefernden Fälle.....	6
3.2.1	Vollkosten.....	6
3.3	Anlagenutzungskosten (ANK).....	7
3.3.1	Anrechenbare Kosten.....	7
3.3.2	Abgrenzung .....	8
3.3.3	Verfahren im Rahmen der SwissDRG-Erhebung .....	8
3.4	Universitäre Lehre und Forschung (UL&F).....	8
3.4.1	Nicht anrechenbare Kosten.....	8
3.4.2	Abgrenzung .....	9
3.5	Falldefinition (Unterscheidung stationär / ambulant) .....	9
4	<i>Struktur und Format der Daten</i> .....	12
4.1	Grundprinzipien.....	12
4.1.1	Datenformat.....	12
4.1.2	Format der Kostendaten .....	12
4.1.3	Format der Datumsangaben .....	12
4.1.4	Verbindungsvariable (Primärschlüssel).....	12
4.2	Medizinisch-administrative Daten .....	12
4.2.1	Lieferformat .....	12
4.2.2	Beispiel: .....	13
4.3	Kostendaten (Fallkosten).....	14
4.3.1	Lieferformat .....	14
4.3.2	Beispiel – „Flat-File“ Datei.....	15
4.3.3	Zusammenfügung der Arzthonorare.....	15
4.3.4	Variable N° 15 Arzthonorare – Zusatzversicherung .....	15
4.3.5	Medikamente, Implantate und medizinisches Material .....	16
4.3.6	Leistungen von Dritten.....	16
5	<i>Fragebogen</i> .....	16
6	<i>Datenschutz</i> .....	16
7	<i>Quellennachweis</i> .....	17
8	<i>Kontakt</i> .....	17
	<i>Anhang A: Detailliertes Format der medizinisch-administrativen Datei</i> .....	18
	<i>Anhang B: Detailliertes Format der Fallkostendatei</i> .....	20

## 1 Einführung

Im Januar 2008 haben die Partner im Gesundheitswesen (santésuisse, GDK, H+ die Spitäler der Schweiz, die MTK und die FMH) die SwissDRG AG im Hinblick auf die Einführung des SwissDRG Tarifsystems, das die Grundlage für die Vergütung der akuten<sup>1</sup> stationären Spitalaufenthalte ab Januar 2012 darstellt, gegründet.

Die SwissDRG AG ist das für die Erhebung und die Aufstellung der Tarifstruktur zuständige Organ. Ihre Kernaufgaben sind:

1. SwissDRG-Erhebung der Falldaten bei einer Stichprobe an Spitälern, den Netzwerkspitäler;
2. Erarbeitung und jährliche Aktualisierung der Tarifstruktur (Gruppierungsalgorithmus und Berechnung der Kostengewichte), die die Grundlage der Vergütung der akut-somatischen Leistungen der stationären Aufenthalte darstellt.

Das SwissDRG-Tarifsysteem basiert sowohl auf der SwissDRG-Erhebung, als auch auf der medizinischen Statistik des Bundesamtes für Statistik (BFS). Die Daten der medizinischen Statistik dienen hauptsächlich zur Verbesserung des Klassifikationsalgorithmus (SwissDRG-Grouper), der die Fälle einer DRG zuordnet. Die Verwendung der gesamten Daten der Schweizer Spitäler dient der Qualitätssicherung und ermöglicht eine Berücksichtigung aller stationären Fälle der Schweiz. Die SwissDRG-Erhebung liefert hingegen zusätzliche Informationen über die Behandlungskosten (Fallkosten). Diese Erhebung wird für die Kalkulation der Kostengewichte je DRG verwendet.

## 2 Überblick der Änderungen gegenüber der Erhebung 2009

Im vorliegenden Dokument werden die Richtlinien und das Format für die SwissDRG-Erhebung 2010 dargelegt. Im Vergleich zur vorgängigen Erhebung wurden mehrfache Änderungen vorgenommen, die es erlauben, sowohl die neuen Vorgaben des KVG<sup>2</sup> und der VKL<sup>3</sup>, als auch den Bedürfnissen des SwissDRG-Tarifsystems Rechnung zu tragen.

Die wichtigsten Änderungen werden im Folgenden aufgeführt:

---

<sup>1</sup> Alle stationären akut-somatischen Leistungen, die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) getragen werden, werden über das SwissDRG System finanziert. Davon betroffen sind nur die von den Kantonen bezeichneten Spitäler (Listenspitäler).

<sup>2</sup> Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)

<sup>3</sup> Verordnung vom 3. Juli 2002 über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung.

## 1. Anpassung an die neuen Vorgaben des KVG und der VKL

Die Abgrenzung der Kosten (anrechenbare Kosten) wurde geändert. Die Änderungen betreffen:

- **Abgrenzung der Kosten für Lehre und Forschung:** Die VKL präzisiert, dass die Kosten der universitären Lehre und Forschung nicht anrechenbare Kosten sind (siehe Abschnitt 2.4). Alle weiteren Kosten für Lehre werden über das SwissDRG-Tarifsystem finanziert und müssen in den Fallkosten enthalten sein (siehe Abschnitt 3.4). Die Kostendatei enthält eine neue Variable A<sub>2</sub> für die Kosten der universitären Lehre und Forschung.

- **Anlagenutzungskosten (ANK):** werden zu anrechenbaren Kosten. Die SwissDRG AG empfiehlt die ANK gemäss einer industriellen Kostenrechnung zu berechnen (z.B. REKOLE). Die Kosten der Anlagen müssen in den Kostenkomponenten 20-39 enthalten sein und deren Gesamtsumme klar in der Spalte A1 identifiziert sein (siehe Abschnitt 3.3 und Fragen 2 und 4 im Fragebogen).

***Bemerkung:** Die Angabe des Gesamtbetrages der ANK in der Spalte A<sub>1</sub> war bereits bei der letzten Erhebung erwünscht. Ab der Erhebung 2010, wird diese Angabe obligatorisch.*

- **Falldefinition:** Die Typologie „Teilstationär“ wurde aufgehoben. Die Unterscheidung zwischen ambulant und stationär basiert auf der VKL. (siehe Abschnitt 3.5).

## 2. Neues Format der medizinischen Statistik des BFS

Die medizinisch-administrativen Daten werden im neuen Format der medizinischen Statistik geliefert (siehe Abschnitt 3.2 und Anhang A). Das Format der SwissDRG-Erhebung stimmt mit Ausnahme des psychiatrischen Zusatzdatensatzes (MP-Zeile) mit dem des BFS überein.

## 3. Kodierung mittels CHOP 11 und ICD-10 GM 2008 (siehe BFS-Richtlinien)

- Die CHOP-Kodes (CHOP 11 für die 2009er Daten) werden 6-stellig erfasst;

- Die ICD-10-Kodes basieren auf dem ICD-10 GM 2008 Katalog und werden 5-stellig erfasst.

## 4. Abgrenzung der gelieferten Fälle

Die Spitäler liefern alle stationären Fälle, die Vollkosten vorweisen. Weitere Informationen finden Sie im Abschnitt 3.2.1.

## 5. Fragebogen

Der neue Fragebogen enthält zusätzliche Fragen zur Kostenrechnungsmethode und eine Umfrage zur Machbarkeit eines feineren Detaillierungsgrades der Kostenkomponenten. Um die Erfassung zu erleichtern, ist der Fragebogen als elektronisches Formular erhältlich.

## 7. Liefertermin für die Daten und den Fragebogen

Damit der von der Einführung des neuen SwissDRG-Systems diktierte Zeitplan befolgt werden kann, müssen die Daten und der Fragebogen bis zum **30. April 2010** geliefert werden.

### WICHTIG

*Es ist wesentlich, das vorliegende Dokument **und** den Fragebogen vor der Datenbearbeitung zu studieren. Der Fragebogen liefert einen guten Überblick der Forderungen und Empfehlungen der SwissDRG AG zur Fallkostenkalkulation.*

## 3 Richtlinien Erhebung 2010

### 3.1 Bestandteile der Erhebung

Die Datenlieferung an die SwissDRG AG umfasst zwei Teile:

- *Falldaten:*  
Die medizinisch-administrativen Daten basieren auf dem Format der medizinischen Statistik des BFS (Detailkonzept 2009) und die Fallkostendaten auf dem SwissDRG-Format. Die detaillierten Formate werden im Anhang A und B aufgeführt.
- *Fragebogen:*  
Der Fragebogen dokumentiert die Methode für die Fallkostenkalkulation. Er kann elektronisch ausgefüllt werden (Formular), muss aber gedruckt und unterzeichnet an die SwissDRG AG gesendet werden (gescannt per E-Mail oder per Post).

### 3.2 Abgrenzung der zu liefernden Fälle

Die Netzwerkitäler liefern alle stationären Fälle, die über Vollkosten verfügen. Nicht Akut-somatische Fälle werden nachträglich an Hand der Variable 1.4.V01 (Hauptkostenstellen Psychiatrie und Rehabilitation) von der SwissDRG AG herausgefiltert.

#### 3.2.1 Vollkosten

Die gelieferten Fälle müssen alle an die Patientenversorgung gebundenen Kosten enthalten. Die Spitäler haben die Verantwortung alle Fälle aus der Erhebung auszuschliessen für die die folgenden Kosten nicht verrechnet werden konnten:

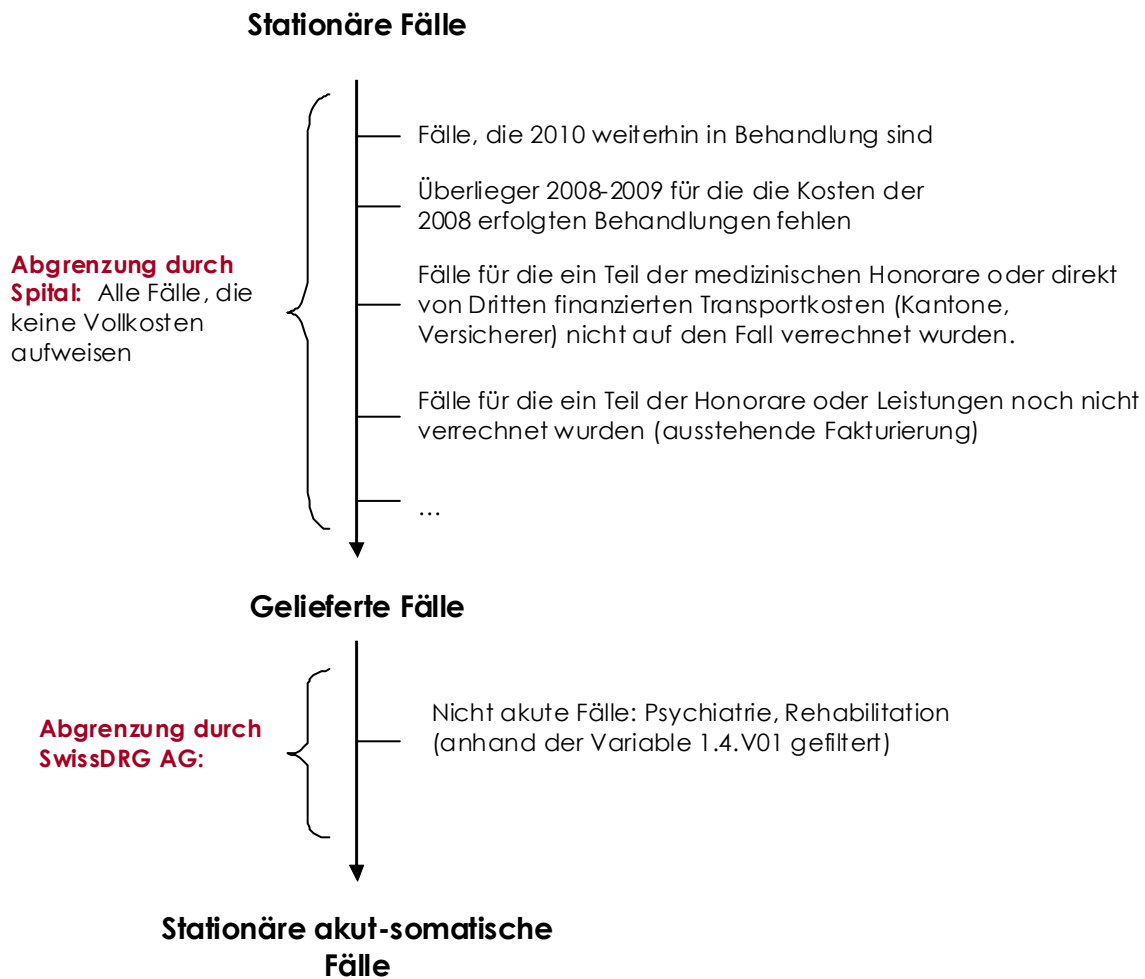
- (A) Kosten der Sekundärtransporte, die direkt vom Kanton beglichen wurden;
- (B) Ärztehonorare, die nicht in der Finanzbuchhaltung enthalten sind (gilt für Fälle der Allgemein-, Privat- und Halbprivatabteilung). Z.B. Honorare der Belegärzte, die direkt der Krankenkasse in Rechnung gestellt werden, Honorare, die noch nicht verrechnet wurden, usw.;
- (C) Die Kosten aus dem Rechnungsjahr 2008 der Überlieger 2008-2009 (Fälle, die 2008 eingetreten und 2009 ausgetreten sind)<sup>4</sup>;

Fälle deren Behandlung noch nicht abgeschlossen ist (Fälle, die am 01.01.2010 noch in Behandlung waren) werden ebenfalls ausgeschlossen.

---

<sup>4</sup> Falls die Überlieger über Vollkosten verfügen (Kosten aus dem Rechnungsjahr 2008 wurden berücksichtigt), müssen die gesamten medizinischen Angaben gemäss den für das Austrittsjahr geltenden Richtlinien erfasst werden.

## Überblicksschema der zu liefernden Fälle:



## 3.3 Anlagenutzungskosten (ANK)

### 3.3.1 Anrechenbare Kosten

Die Anlagenutzungskosten werden gemäss Gesetzesgrundlagen über das SwissDRG-System vergütet. Dies bedingt, dass diese in der SwissDRG-Erhebung in den Fallkosten enthalten sind. Im Falle einer zu starken Heterogenität der gelieferten ANK, können die Kostengewichte in einem ersten Schritt ohne ANK kalkuliert werden. Demnach müssen die ANK auf Fallebene klar identifizierbar sein (siehe 3.3.3)

### 3.3.2 Abgrenzung

Unter Anlagenutzungskosten werden jegliche Kosten verstanden, die mit der Nutzung der Anlagen in Verbindung stehen (Abschreibungen, Mietzinse (KVG und übrige), kalkulierter Zinsaufwand, Zinsaufwand auf finanzielles Leasing). Die Anlagenutzungskosten entsprechen den Konten 441, 442, 444, 446 und 448 im H+ Kontenrahmen.

#### **Zusätzliche Präzisierungen:**

*Konto 440: Enthält im Jahr abgeschriebene Aufwendungen für Betriebsmaterial. Es handelt sich demnach nicht um Anlagenutzungskosten.*

*Konto 441: Diese Aufwendungen können nicht direkt übernommen werden (= Abschreibung im Jahr) und müssen auf mehrere Jahre amortisiert werden. Aufwendungen, die im Konto 441 verrechnet werden führen zu kalkulierten Abschreibungen in 442.*

*Konto 448: Diese Kontonummer ist für die kalkulatorische Verzinsung des Umlaufvermögens in der Kostenträgerrechnung reserviert.*

### 3.3.3 Verfahren im Rahmen der SwissDRG-Erhebung

Die ANK werden auf Ebene der Hauptkostenstellen (Kostenkomponenten 20 bis 39 der SwissDRG-Erhebung) verrechnet. Der Gesamtbetrag der in den Kostenkomponenten 20 bis 39 enthaltenen ANK muss in der Spalte A<sub>1</sub> angegeben werden.

## 3.4 Universitäre Lehre und Forschung (UL&F)

### 3.4.1 Nicht anrechenbare Kosten

Gemäss Gesetzesgrundlagen (KVG, Art. 49 und VKL Art. 7) sind die Kosten der universitären Lehre und Forschung als nicht anrechenbare Kosten definiert und werden demnach ab 2012 nicht über das SwissDRG-System finanziert. Diese Kosten werden für die Kalkulation der Kostengewichte ausgeschlossen.

Spitäler, welche die Kosten für UL&F auf Fallebene identifizieren können, werden gebeten, diese in der Spalte A<sub>2</sub> anzugeben.

### 3.4.2 Abgrenzung

Die VKL definiert universitäre Lehre und Forschung folgendermassen:

- <sup>1</sup> Als Kosten für die universitäre Lehre nach Artikel 49 Absatz 3 Buchstabe b des Gesetzes gelten die Aufwendungen für:
- a. die theoretische und praktische Ausbildung der Studierenden eines im Bundesgesetz vom 23. Juni 2006 über die Medizinalberufe geregelten Medizinalberufes bis zum Erwerb des eidgenössischen Diploms;
  - b. die Weiterbildung der Studierenden nach Buchstabe a bis zur Erlangung des eidgenössischen Weiterbildungstitels.
- <sup>2</sup> Als Kosten für die Forschung nach Artikel 49 Absatz 3 des Gesetzes gelten die Aufwendungen für systematische schöpferische Arbeiten und experimentelle Entwicklung zwecks Erweiterung des Kenntnisstandes sowie deren Verwendung mit dem Ziel, neue Anwendungsmöglichkeiten zu finden. Darunter fallen Projekte, die zur Gewinnung wissenschaftlicher Erkenntnisse sowie zur Verbesserung der Prävention, der Diagnostik und Behandlung von Krankheiten ausgeführt werden.
- <sup>3</sup> Als Kosten für die universitäre Lehre und für die Forschung gelten auch die indirekten Kosten sowie die Aufwendungen, die durch von Dritten finanzierte Lehr- und Forschungstätigkeiten verursacht werden.

### 3.5 Falldefinition (Unterscheidung stationär / ambulant)

Die Unterscheidung zwischen stationärer und ambulanter Behandlung richtet sich nach der Verordnung über die Kostenermittlung und Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL).

#### **Art. 3 Stationäre Behandlung**

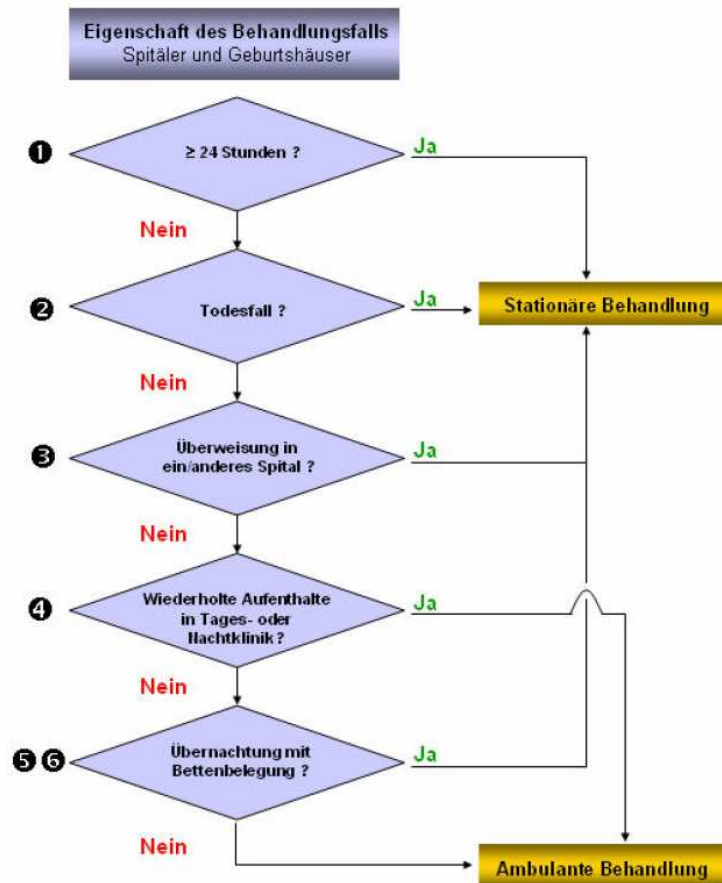
Als stationäre Behandlung nach Artikel 49 Absatz 1 des Gesetzes gelten Aufenthalte zur Untersuchung, Behandlung und Pflege im Spital oder im Geburtshaus:

- a. von mindestens 24 Stunden;
- b. von weniger als 24 Stunden, bei denen während einer Nacht ein Bett belegt wird;
- c. im Spital bei Überweisung in ein anderes Spital;
- d. im Geburtshaus bei Überweisung in ein Spital;
- e. bei Todesfällen.

#### **Art. 5 Ambulante Behandlung**

Als ambulante Behandlung nach Artikel 49 Absatz 6 des KVG gelten alle Behandlungen, die nicht stationäre Behandlungen sind. Wiederholte Aufenthalte in Tages- oder Nachtkliniken gelten ebenfalls als ambulante Behandlung.

Um eine einheitliche Umsetzung dieser Definitionen sicher zu stellen, haben sich die Partner im Gesundheitswesen auf die folgende Interpretation dieser Definitionen geeinigt:



Quelle: H+ die Spitäler der Schweiz

### Erläuterungen zu den Abgrenzungskriterien

Das Kriterium ① „≥ 24 Stunden“ bedeutet, dass der Patient mindestens 24 Stunden im Spital oder im Geburtshaus bleibt.

Das Kriterium ② „Todesfall“ klärt die Frage ob der Patient verstorben ist.

Das Kriterium ③ „Überweisung in ein anderes Spital“ klärt die Frage ob der Patient in ein anderes Spital oder vom Geburtshaus in ein Spital überwiesen worden ist.

Das Kriterium ④ „wiederholte Aufenthalte in Tages- oder Nachtkliniken“ ist ein medizinischer Entscheid und ist Bestandteil des Therapieplans eines Patienten. Wiederholte Aufenthalte in Tages- oder Nachtkliniken im Bereich der Psychiatrie sowie wiederholte Aufenthalte im Rahmen von anderen medizinischen und therapeutischen Leistungsbereichen wie zum Beispiel Chemo- oder Radiotherapien, Dialysen, spitalbasierten Schmerzbehandlungen oder Physiotherapie gelten als ambulante Behandlung.

Das Kriterium ⑤ „Nacht“ wird mittels Mitternachtszensus-Regel gemessen und erfasst. Mit anderen Worten wird das Kriterium erfüllt, wenn ein Patient um Mitternacht (00:00) im Spital oder im Geburtshaus ist.

Das Kriterium ⑥ „Bettenbelegung“: ein Patient belegt ein Bett, sobald es sich um ein Pflegestationsbett handelt. Dem Pflegestationsbett gleichgestellt ist das Wöchnerinnenbett. Die Behandlung von Patienten, welche ausschliesslich die Notfallstation oder das Geburtszimmer beanspruchen (sowohl tags als auch nachts), gilt als ambulant.

Die Kriterien ⑤ „Nacht“ und ⑥ „Bettbelegung“ sind nicht trennbar. Mit anderen Worten muss die Behandlung von weniger als 24. Std. die Kriterien „Nacht“ und „Bettbelegung“ erfüllen, damit sie als stationäre Behandlung erfasst und verrechnet werden kann.

## 4 Struktur und Format der Daten

### 4.1 Grundprinzipien

#### 4.1.1 Datenformat

Die Daten werden auf Fallebene erhoben (Kostenträger: der administrative Fall). Die Dateien (medizinisch-administrativen Daten und Fallkostendaten) müssen im Text-Format (ASCII) geliefert werden. Die Variablen sind durch Pipes (ASCII-Kode 124: „|“) zu trennen. Die letzte Variable einer Zeile muss ebenfalls durch ein Pipe-Zeichen beendet werden. Das CRLF (ASCII-Kode 13 und 10) wird als Zeilenumbruch verwendet.

#### 4.1.2 Format der Kostendaten

Die Kosten-Variablen werden in Rappen aufgeführt (2 Nachkommastellen) und nicht gerundet.

#### 4.1.3 Format der Datumsangaben

Daten werden im Format **JJJMMTSS** (generelles Format) angegeben. Im Anhang A wird definiert, für welche Variablen die Angabe der Stunden erforderlich ist.

#### 4.1.4 Verbindungsvariable (Primärschlüssel)

Die Spitäler gewährleisten eine Verbindung zwischen dem medizinisch-administrativen, dem Fallkosten und dem an das BFS gelieferten Datensatz. Die Variable 4.6.V01 auf der MD-Zeile der medizinischen Statistik des BFS<sup>5</sup> (siehe Anhang A) ist für diesen Zweck vorgesehen.

## 4.2 Medizinisch-administrative Daten

### 4.2.1 Lieferformat

Die beiden ersten Zeilen der Datei identifizieren das Spital. Darauf folgen die für jeden Fall auf 2 oder 3 Zeilen verteilten Falldaten<sup>6</sup> (siehe Anhang A für weitere Details).

---

<sup>5</sup> Diese neue Variable ermöglicht eine Verbindung zwischen den Daten der SwissDRG-Erhebung und der medizinischen Statistik des BFS. Es ist unabdingbar, dass dieser Verbindungsschlüssel in beiden Erhebungen übereinstimmt (SwissDRG und BFS)

<sup>6</sup> Je nach dem, ob der Fall eine Geburt ist oder nicht

#### A. Die beiden ersten Zeilen zur Identifizierung der Datei:

- **1. Zeile (MX-Zeile = Lieferungsmeldung): 9 Spalten** (❶ Identifikator der ersten Zeile (MX), ❷ BUR-Nummer, ❸ Name des Betriebs, ❹ Generierungsdatum, ❺ Versionsnummer der Datei, ❻ Anfangsdatum des Erhebungszeitraums, ❼ Enddatum des Erhebungszeitraums, ❽ Gesamtzeilen der Datei, ❾ Kodienschlüssel)
- **2. Zeile (MB-Zeile):** Besondere MB-Zeile, in der nur die 1. und 5. Variable vorhanden sind. Diese Sonderzeile dient lediglich als Zusatzinformation für die Verschlüsselung.

#### B. Die Falldaten

Die Daten für jeden Fall werden auf 2 oder 3 Zeilen verteilt (3 Zeilen im Fall einer Geburt, sonst 2):

- **1. Zeile (MB-Zeile, Minimaldatensatz):** 50 Felder, die die administrativen und medizinischen Angaben (9 erste Diagnosen und 9 erste Behandlungen) enthalten. Diese Zeile enthält die Variablen 0.1.V01 bis 1.7.V11 der medizinischen Statistik (BFS, Variablen der medizinischen Statistik, Spezifikationen gültig ab 2009);
- **2. Zeile (MN-Zeile, Neugeborenen-Zusatzdaten):** 18 Felder, die die Zusatzangaben für Neugeborene enthalten. Enthält die Variablen 2.1.V01 bis 2.3.V08 der medizinischen Statistik;
- **3. Zeile (MD-Zeile, Patientengruppen-Zusatzdaten):** 696 Felder. Enthält die Variablen 4.1.V01 bis 4.8.V20 der medizinischen Statistik.

*Der Primärschlüssel (4.6.V01) auf der 3. Zeile ermöglicht*

- *Die Daten der medizinisch-administrativen und Fallkostendatei der SwissDRG-Erhebung zu verbinden;*
- *Die Fälle der SwissDRG Erhebung mit denen der medizinischen Statistik des BFS verbinden zu können, z.B. für eine Nachverfolgung der Verlegungen und Rückverlegungen. Aus Datenschutzgründen wird diese Prozedur durch das BFS ausgeführt.*

**Wichtig:** Die „MB“, „MN“ und „MD“ Zeilen der Fälle müssen die folgende Reihenfolge berücksichtigen: Zuerst „MB“, dann „MN“ und schliesslich „MD“.

#### 4.2.2 Beispiel:

Die zwei ersten Zeilen der Textdatei müssen unbedingt die Daten zur Identifizierung der Datei enthalten. Darauf folgen die auf zwei (MB- und MD-Zeilen) oder drei (MB, MN, dann MD bei Geburten) Zeilen verteilten Falldaten.

Beispiel einer Datei:

MX 60618292 H+ 20070131 1 20060101 20061231 19322 ABCFB6E4...18740D  MB FADCB75BED44AA35 .....	
MB 60611111 8511A SZ C4F637919F9C2E92 A 0 0 1 ... M751 ... 8363 2006032010 ...  MD A021 1 0 ... 34569321 ...	Standard Fall
MB 60611111 8511A SZ B289E77E849FBDE1 A 1 0 1 ... Z380 ... 8744 2005122802 ...  MN 404 0232 1 1 3570 50 0 0 19660513 411 411 3 3 0 0 0  MD A021 1 0 ... 34569322 ...	Geburt
Primärschlüssel, der die Verbindung zur Fallkostendatei und der medizinischen Statistik des BFS erlaubt (663. Variable der MD-Zeile)	

## 4.3 Kostendaten (Fallkosten)

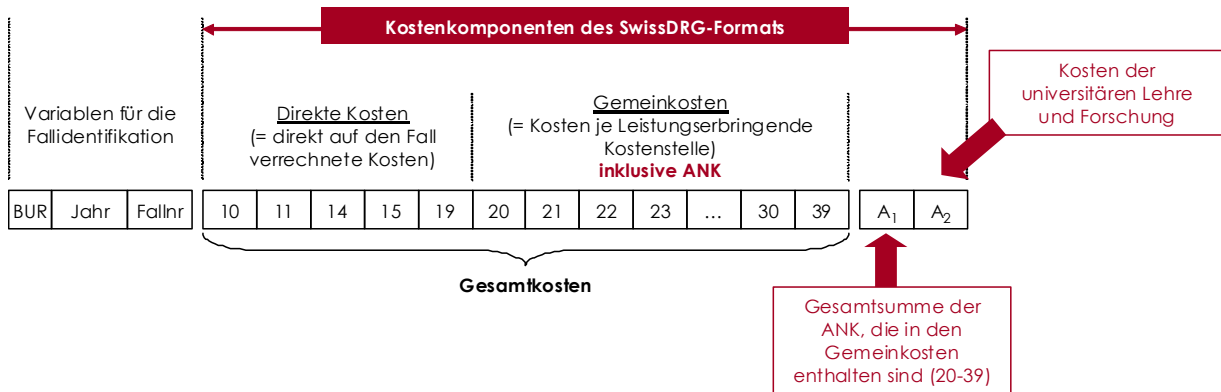
### 4.3.1 Lieferformat

Die Lieferdatei enthält 22 Variablen:

- 3 Variablen für die Fallidentifikation: Identifikationsnummer des Spitals, Erhebungsjahr und Fallnummer (Primärschlüssel)
- 17 Variablen (10-39), die die gesamten anrechenbaren Kosten enthalten. Davon:
  - 5 Komponenten für die Kosten, die direkt auf den Fall verrechnet wurden (10-19);
  - 12 Komponenten für die leistungserbringenden Kostenstellen (20-39).
- 1 Variable (A<sub>1</sub>) mit der Gesamtsumme der Anlagenutzungskosten, die in den Gesamtkosten (Kostenkomponenten 10-39) enthalten sind.
- 1 Variable (A<sub>2</sub>) mit den Kosten für universitäre Lehre und Forschung.

Eine detaillierte Beschreibung des Inhaltes dieser Variablen befindet sich im Anhang B.

**Überblick:**



**4.3.2 Beispiel – „Flat-File“ Datei**

Beispiel für 2 Fälle (1 Fall pro Zeile):

60611111 2008 34569321 79.00 57.00 0.00 0.00 0.00 42.00 0.00 0.00 19.00 16.00 ... 0.00
60611111 2008 34569322 31.00 27.00 0.00 0.00 0.00 34.00 0.00 98.00 60.00 57.00 ... 0.00

↑  
Primärschlüssel. Entspricht der Variable 4.6.V01 (663. Variable der MD-Zeile) der medizinischen Statistik

**4.3.3 Zusammenfügung der Arzthonorare**

Sämtliche Arzthonorare müssen je nach Art auf die Variablen 14 „Ärztgehonorare – Grundversicherung“ oder 15 „Ärztgehonorare – Zusatzversicherung (privat und halbprivat)“ aufgeteilt werden<sup>7</sup>.

**4.3.4 Variable N° 15 Arzthonorare – Zusatzversicherung**

Die Angabe der Variable 15 „Ärztgehonorare –Zusatzversicherungen (privat und halbprivat)“ ist freiwillig. Aus statistischer Sicht ist sie jedoch wünschenswert, weshalb die Spitäler gebeten sind, sie anzugeben. Wenn ein Spital jedoch auf die Lieferung der Kostenkomponente 15

<sup>7</sup> In REKOLE betrifft dies die Honorarkosten der Kontengruppe 38 (Arzthonoraraufwand (Sozialversicherungspflichtig) und 405 (medizinische, diagnostische und therapeutische Fremdleistungen).

verzichtet, dürfen die entsprechenden Fälle nicht in der Datenlieferung enthalten sein<sup>8</sup>. D.h. dass die Spitäler nur die Fälle der privaten und halbprivaten Abteilung liefern, für die die gesamten Arzthonorare in der Komponente 15 enthalten sind.

Das Datenschutzkonzept der Erhebung garantiert einen vollkommen vertraulichen Umgang mit dieser Variable.

#### **4.3.5 Medikamente, Implantate und medizinisches Material**

Die Variable 10 „Medikamente“ entspricht der Kontengruppe 400 von REKOLE, die Variable 11 „Implantate und medizinisches Material“ der Kontengruppe 401. Beide Variablen setzen die Implementierung einer Kostenrechnungsmethode voraus (Empfehlung: „ABC-Methode“), die definiert, welche Produkte und Leistungen im Zusammenhang mit Medikamenten, Implantaten und medizinischem Material als Einzel- oder Gemeinkosten verrechnet werden sollen (siehe Fragebogen).

#### **4.3.6 Leistungen von Dritten**

Outgesourcte Pflegeaktivitäten (Leistungen von Dritten) werden direkt auf den Fall verrechnet (Kostenkomponente 19 „weitere Einzelkosten“).

## **5 Fragebogen**

Der Fragebogen dokumentiert die für die Berechnung der Fallkosten verwendete Kostenträgerrechnungsmethode. Der Fragebogen enthält ebenfalls eine kurze Umfrage zur Machbarkeit einer feineren Differenzierung der Kostenkomponenten der Erhebung. Das Ausfüllen des Fragebogens ist obligatorisch für alle Netzwerkspitäler. Auf unserer Homepage ist der Fragebogen als Formular erhältlich:

<http://www.swissdrg.org/assets/pdf/Erhebung2010/Fragebogen-10-DE.pdf>

## **6 Datenschutz**

Die Erhebung unterliegt dem Datenschutzkonzept der SwissDRG AG.

---

<sup>8</sup> Die SwissDRG AG ist nicht in der Lage Fälle zu identifizieren, die keine Vollkosten aufweisen. Es ist die Verantwortlichkeit der Spitäler, diese Fälle vor der Datenlieferung herauszufiltern.

## 7 Quellennachweis

- Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG), [SR 832.10];
- Verordnung vom 3. Juli 2002 über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL), [SR 832.104];
- Variablen der medizinischen Statistik – Spezifikationen gültig ab 2009, 2008, Neuchatel, Bundesamt für Statistik;
- REKOLE<sup>®</sup> Handbuch – Betriebliches Rechnungswesen im Spital, 3. Ausgabe, 2008, Bern, H+ Die Spitäler der Schweiz;
- Kostenrahmen - 6. überarbeitete Ausgabe, 2008, Bern, H+ Die Spitäler der Schweiz;
- Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG, 2009, SwissDRG AG;
- Datenschutzkonzept der SwissDRG AG, 2009, SwissDRG AG;

## 8 Kontakt

Für weitere Informationen wenden Sie sich bitte an:

Herrn Alexander Weber (Tel. 031/310 05 59, E-Mail: [alexander.weber@swissdrg.org](mailto:alexander.weber@swissdrg.org)) oder

Herrn Mathieu Vuilleumier (Tel. 031/310 05 54, E-Mail: [mathieu.vuilleumier@swissdrg.org](mailto:mathieu.vuilleumier@swissdrg.org)).

## Anhang A: Detailliertes Format der medizinisch-administrativen Datei

Nr	Variable	Beschreibung	Format
<b>MB-Zeile (minimales Dataset)</b>			
1	0.1.V01	Rekordart	AN (2)
2	0.1.V02	Betriebsnummer (BUR-Satellit Gesundheit)	AN (8)
3	0.1.V03	Kode der NOGA	AN (5)
4	0.1.V04	Kanton	AN (2)
5	0.2.V01	Anonymer Verbindungskode	AN (16)
6	0.2.V02	Kenzeichnung des Statistikfalls	AN (1)
7	0.3.V01	Neugeborenen-Datensatz	N (1)
8	0.3.V02	Psychiatrie-Datensatz	N (1)
9	0.3.V03	Patientengruppen-Datensatz	N (1)
10	0.3.V04	Kantonaler Datensatz	N (1)
11	1.1.V01	Geschlecht	N (1)
12	1.1.V02	Geburtsdatum (JJJJMMTT)	N (8)
13	1.1.V03	Alter bei Eintritt	N (3)
14	1.1.V04	Wohnort (Region)	AN (4)
15	1.1.V05	Nationalität	AN (3)
16	1.2.V01	Eintrittsdatum und -Stunde (JJJJMMTThh)	N (10)
17	1.2.V02	Aufenthaltsort vor dem Eintritt	N (1)
18	1.2.V03	Eintrittsart	N (1)
19	1.2.V04	Einweisende Instanz	N (1)
20	1.3.V01	Behandlungsart	N (1)
21	1.3.V02	Klasse	N (1)
22	1.3.V03	Aufenthalt in einer Intensivstation (vollendete Stunden)	N (4)
23	1.3.V04	Administrativer Urlaub und Ferien (vollendete Stunden)	N (4)
24	1.4.V01	Hauptkostenstelle	AN (4)
25	1.4.V02	Hauptkostenträger für Grundversicherungsleistungen	N (1)
26	1.5.V01	Austrittsdatum und -Stunde (JJJJMMTThh)	N (10)
27	1.5.V02	Entscheid für Austritt	N (1)
28	1.5.V03	Aufenthalt nach Austritt	N (1)
29	1.5.V04	Behandlung nach Austritt	N (1)
30	1.6.V01	Hauptdiagnose	AN (5)
31	1.6.V02	Zusatz zu Hauptdiagnose	AN (5)
32	1.6.V03	1. Nebendiagnose	AN (5)
...	1.6.V0...	...	AN (5)
39	1.6.V10	8. Nebendiagnose	AN (5)
40	1.7.V01	Hauptbehandlung	AN (5)
41	1.7.V02	Beginn der Hauptbehandlung (JJJJMMTThh)	N (10)
42	1.7.V03	1. weitere Behandlung	AN (5)
...	1.7.V...	...	AN (5)
50	1.7.V11	9. weitere Behandlung	AN (5)
<b>MN-Zeile (Geburtszusatz)</b>			
1	2.1.V01	Rekordart	AN (2)
2	2.1.V02	Interne Geburtsnummer	N (4)
3	2.1.V03	Geburtszeitpunkt (hhmm)	N (4)
4	2.2.V01	Vitalstatus	N (1)
5	2.2.V02	Mehrling	N (1)
6	2.2.V03	Geburtsrang bei Mehrlingsgeburten	N (1)
7	2.2.V04	Geburtsgewicht (Gramm)	N (4)
8	2.2.V05	Körperlänge (cm)	N (2)
9	2.2.V06	Kongenitale Missbildungen	N (1)
10	2.2.V07	Verlegung Kind in anderes Spital	N (1)
11	2.3.V01	Geburtsdatum der Mutter (JJJJMMTT)	N (8)
12	2.3.V02	Gestationsalter 1 (Wochen und Tage) (WWT)	N (3)
13	2.3.V03	Gestationsalter 2 (Wochen und Tage) (WWT)	N (3)
14	2.3.V04	Anzahl vorausgegangener Schwangerschaften insgesamt	N (2)
15	2.3.V05	Anzahl vorausgegangener Lebendgeburten	N (2)
16	2.3.V06	Anzahl vorausgegangener Fehl- oder Totgeburten	N (2)
17	2.3.V07	Anzahl vorausgegangener Schwangerschaftsabbrüche	N (2)
18	2.3.V08	Verlegung Mutter aus anderem Spital	N (1)

Nr	Variable	Beschreibung	Format
<b>MD-Zeile</b>			
1	4.1.V01	Rekordart	AN (2)
2	4.1.V02	Lokalisation des Spitals	AN (4)
3	4.1.V03	Lokalisation des Spitals, Reservefeld	N (1)
4	4.2.V010	MD-Hauptdiagnose	AN (6)
5	4.2.V011	Seitigkeit der MD-Hauptdiagnose	N (1)
6	4.2.V012	Tumoraktivität der MD-Hauptdiagnose	N (1)
7	4.2.V020	MD-Zusatz zu Hauptdiagnose	AN (6)
8	4.2.V030	MD-1.Nebendiagnose	AN (6)
9	4.2.V031	Seitigkeit 1.Nebendiagnose	N (1)
10	4.2.V032	Tumoraktivität 1.Nebendiagnose	N (1)
11	4.2.V040	MD-2.Nebendiagnose	AN (6)
12	4.2.V041	Seitigkeit 2.Nebendiagnose	N (1)
13	4.2.V042	Tumoraktivität 2.Nebendiagnose	N (1)
...	4.2.V...	...	... (...)
152	4.2.V510	MD 49.Nebendiagnose	AN (6)
153	4.2.V511	Seitigkeit 49.Nebendiagnose	N (1)
154	4.2.V512	Tumoraktivität 49.Nebendiagnose	N (1)
155	4.3.V010	MD-Hauptbehandlung	AN (6)
156	4.3.V011	Seitigkeit der MD-Hauptdiagnose	N (1)
157	4.3.V015	Beginn der MD-Hauptbehandlung (JJJJMMThh)	AN (10)
158	4.3.V016	Ambulante Behandlungen auswärts, Hauptbehandlung	N (1)
159	4.3.V017	Ambulante Behandlungen auswärts, Zusatzfeld Hauptbehandlung	AN (16)
160	4.3.V020	1. Nebenbehandlung	AN (6)
161	4.3.V021	1. Nebenbehandlung, Seitigkeit	N (1)
162	4.3.V025	1. Nebenbehandlung, Beginn (JJJJMMTT)	AN (8)
163	4.3.V026	1. Nebenbehandlung auswärts	N (1)
164	4.3.V027	1. Nebenbehandlung Zusatzfeld	AN (16)
165	4.3.V030	2. Nebenbehandlung	AN (6)
166	4.3.V031	2. Nebenbehandlung, Seitigkeit	N (1)
167	4.3.V035	2. Nebenbehandlung, Beginn (JJJJMMTT)	AN (8)
168	4.3.V036	2. Nebenbehandlung auswärts	N (1)
169	4.3.V037	2. Nebenbehandlung Zusatzfeld	AN (16)
...	4.3.V...	...	... (...)
650	4.3.V1000	99. Nebenbehandlung	AN (6)
651	4.3.V1001	99. Nebenbehandlung, Seitigkeit	N (1)
652	4.3.V1005	99. Nebenbehandlung, Beginn (JJJJMMTT)	AN (8)
653	4.3.V1006	99. Nebenbehandlung auswärts	N (1)
654	4.3.V1007	99. Nebenbehandlung Zusatzfeld	AN (16)
655	4.4.V01	Dauer der künstlichen Beatmung (Anzahl Stunden)	N (5)
656	4.4.V02	Schweregrad der akuten Erkrankung	N (3)
657	4.4.V03	Art des Score	AN (1)
658	4.4.V04	NEMS, Total aller Schichten	AN (6)
659	4.4.V05	SGI Reservefeld 1	AN (6)
660	4.4.V06	SGI Reservefeld 2	AN (6)
661	4.5.V01	Aufnahmegewicht (in Gramm)	N (5)
662	4.5.V02	Kopfumfang bei Geburt (in Cm)	N (2)
663	4.6.V01	Fallnummer der Fallkostenstatistik	AN (16)
664	4.7.V01	1. Zwischenaustritt (JJJJMMTT)	AN (8)
665	4.7.V02	1. Wiedereintritt (JJJJMMTT)	AN (8)
666	4.7.V03	Grund des 1. Wiedereintrittes	N (1)
667	4.7.V11	2. Zwischenaustritt (JJJJMMTT)	AN (8)
668	4.7.V12	2. Wiedereintritt (JJJJMMTT)	AN (8)
669	4.7.V13	Grund des 2. Wiedereintrittes	N (1)
670	4.7.V21	3. Zwischenaustritt (JJJJMMTT)	AN (8)
671	4.7.V22	3. Wiedereintritt (JJJJMMTT)	AN (8)
672	4.7.V23	Grund des 3. Wiedereintrittes	N (1)
673	4.7.V31	4. Zwischenaustritt (JJJJMMTT)	AN (8)
674	4.7.V32	4. Wiedereintritt (JJJJMMTT)	AN (8)
675	4.7.V33	Grund des 4. Wiedereintrittes	N (1)
676	4.7.V41	Weitere Wiedereintritte	Bool (1)
677	4.8.V01	Reservefeld 1	AN (50)
678	4.8.V02	Reservefeld 2	AN (50)
679	4.8.V03	Reservefeld 3	AN (50)
...	4.8.V...	...	...
696	4.8.V20	Reservefeld 20	AN (50)

## Anhang B: Detailliertes Format der Fallkostendatei

Nr	Variable	Beschreibung	
1	BUR	Identifikationsnummer des Spitals (BUR)	
2	year	Erhebungsjahr	
3	4.6.V01	Fallnummer <b>[PRIMARY KEY]</b> (siehe Zeile 663 der medizinisch-administrativ Datei)	
<b>Einzelkosten</b>			<b>Kostenrahmen H+</b>
4	10	Arzneimittel (inkl. Blutprodukte)	400
5	11	Implantate und medizinisches Material	401
6	14	Arzthonorare Grundversicherung	
7	15	Arzthonorare Zusatzversicherung	(38 + 405*)
8	19	Andere Einzelkosten	403+404+405**+ 480+485+486
<b>Gemeinkosten</b>			<b>Leistungs-erbringende Kostenstellen REKOLE</b>
9	20	OP Säle und Anästhesie	(20) + (23)
10	21	IPS und Intermediate Care (IC)	(24)
11	22	Notfall	(25)
12	23	Bildgebende Verfahren und Nuklearmedizin	(26) + (28)
13	24	Internes Labor (inkl. Blutspende)	(29)
14	25	Hämodialyse	(30)
15	26	Ärzeschaften	(31)
16	27	Nicht-medizinische Therapien und Beratung (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Ernährungsberatung, Aktivierungstherapie)	(32)+(33)+(34) +(35)
17	28	Medizinische und therapeutische Diagnostik	(36)
18	29	Pflege	(39)
19	30	Hotellerie	(41)+(42)+(43)
20	39	Übrige Leistungserbringer (Patientenadministration; Einsatz-/Notfallzentrale; Gebärsaal, Rettungsdienst)	(27)+(44)+(45)
<b>Zusätzliche Variablen</b>			<b>Kostenrahmen H+</b>
21	A1	Gesamtsumme der Anlagenutzungskosten des Falls <i>bereits in den Komponenten 20-39 enthalten</i>	442+443+444+446+ 448
22	A2	Kosten für universitäre Lehre und Forschung	-

Gesamtkosten = Summe der Komponenten 10-39

\* Nur die Honorare aus 405 (siehe REKOLE, Kostenrahmen H+ 2008)

\*\* Konto 405 ohne Honorare (bereits in 14 und 15) (siehe REKOLE, Kostenrahmen H+ 2008)