



Datenerhebung SwissDRG 2009

Format und Inhalt der Stammdaten

Version 1.0

Inhaltsverzeichnis

1	AUSGANGSLAGE UND NEUE ANFORDERUNGEN	3
1.1	Einleitung	3
1.2	Zusammenfassung	3
2	RICHTLINIEN DER DATENERHEBUNG 2009	5
2.1	An die SwissDRG AG zu liefernde Dokumente	5
2.2	Wichtigste Änderungen seit der Datenerhebung 2007	5
2.3	Die Anlagenutzungskosten	6
2.4	Lehre und Forschung (L&F)	6
2.5	Behandlungsart	6
2.6	Wartepatientinnen und -patienten	7
3	STRUKTUR UND FORMAT DER FALLDATEN	7
3.1	Generelle Bestimmungen	7
3.1.1	<i>Datenformat</i>	7
3.1.2	<i>Format der Finanzdaten</i>	7
3.1.3	<i>Format der Datumsangaben</i>	7
3.1.4	<i>Verbindungsschlüssel</i>	8
3.2	Medizinisch-administrative Daten	8
3.2.1	<i>Format</i>	8
3.2.2	<i>Beispiel:</i>	8
3.3	Ökonomische Angaben (Fallkosten)	9
3.3.1	<i>Format</i>	9
3.3.2	<i>Aggregation der Arzthonorare</i>	9
3.3.3	<i>Variable Nr. 15 - Arzthonorare Zusatzversicherung</i>	9
3.3.4	<i>Medikamente, Implantate und medizinisches Material</i>	9
4	FRAGEBOGEN	10
5	DATENSCHUTZ	10
6	REFERENZEN	10
7	KONTAKTADRESSEN	10
	BEILAGE A: FORMAT DER MEDIZINISCH ADMINISTRATIVEN DATEI	11
	BEILAGE B : FORMAT DER ÖKONOMISCHEN DATEI	13

1 Ausgangslage und neue Anforderungen

1.1 Einleitung

Im Januar 2008 haben die Partner im Gesundheitswesen (santésuisse, MTK, GDK, FMH und H+) die **SwissDRG** AG mit dem Ziel gegründet, ein Modell eines schweizweit einheitlichen, umfassenden Leistungsabgeltungssystems für die Aufenthalte im stationären akutsomatischen Bereich bereitzustellen. Für den Aufbau dieses zukünftigen Finanzierungssystems werden diagnosebezogene Fallkosten benötigt. Eine bisher im Bundesamt für Statistik (BFS) angesiedelte Datenbank wird jetzt von der SwissDRG AG gepflegt und weiter ausgebaut.

Die SwissDRG AG nimmt in diesem Zusammenhang folgende Aufgaben wahr:

1. Datenerhebung;
2. Betreuung und Validierung der Kosten und Leistungsdatenbank der Netzwerkspitäler;
3. Berechnung der Kostengewichte (Tarifstrukturpflege).

Die SwissDRG-Erhebung und die nationale Datenbank müssen dem künftigen einheitlichen Finanzierungsmodell für die Leistungen von Akutspitälern eine statistische Basis bieten.

Insbesondere geht es darum, verschiedene Methoden zur Bildung der Kostengewichte zu testen und das künftige Patientenklassifizierungssystem schrittweise zu verfeinern. Dies bedingt einen gewissen Detaillierungsgrad der Fallkostenkomponenten, denn nur so lassen sich die Ursachen für Unterschiede eruieren. Daneben verlangen die möglichen Veränderungen in den Vereinbarungen zwischen den Partnern im Gesundheitswesen und im Rahmen der weiteren KVG-Revision flexible Anpassungen, was nur möglich ist, wenn sich innerhalb der nationalen SwissDRG-Datenbank verschiedene Kostenkomponenten unterscheiden lassen.

Trotz des Bedarfs an unterscheidbaren Fallkostenkomponenten dürfen von den an der SwissDRG-Erhebung teilnehmenden Spitälern nicht über die angestrebten Ziele hinaus gehende Informationen verlangt werden. Diese Konzeption versucht, allen Seiten möglichst gerecht zu werden. Es ist unbestritten, dass von den Netzwerkspitälern ein grosser Aufwand verlangt wird.

1.2 Zusammenfassung

Das vorliegende Dokument beinhaltet die Richtlinien und das Format der Datenerhebung SwissDRG 2009 (Daten 2008). Gegenüber der Datenerhebung 2007 wurden hauptsächlich zwei Änderungen angebracht. Sie betreffen die Anlagenutzungskosten und die Behandlung der Kosten für Lehre und Forschung.

Die neue Revision des KVG gibt vor, dass die Anlagenutzungskosten in den Tarif integriert werden müssen. (anrechenbare Kosten). Diese Kosten müssen daher in den Fallpauschalen inbegriffen sein. Eine zusätzliche Spalte¹ wurde bei den Finanzdaten angefügt, die es erlaubt, die Anlagenutzungskosten pro Fall auszuweisen². (Spalte „A₁“).

¹ In Bezug zum Format der Daten 2006 der Datenerhebung SwissDRG 2007.

² Siehe 2.3 dieses Dokumentes.

Die Kosten für Lehre und Forschung bleiben nicht anrechenbare Kosten. Sie müssen bei der Fallkostenberechnung auf Ebene der Kostenträger³ abgezogen werden und die Beträge müssen im Fragenkatalog aufgeführt werden. Die Anpassungen in der Definition der Lehre und Forschung, der neuen Fassung der VKL, die ab 01.01.2009 gültig sind, werden für die Erhebung der Daten 2008 noch nicht berücksichtigt.

Der Beiliegende Fragenkatalog sowie das vorliegende Dokument wurden in Zusammenarbeit mit H+ überarbeitet. Die Erfahrung der letzten Jahre hat gezeigt, dass offene Fragen Informationen liefern, die schwer zu verarbeiten sind. Der neue Fragenkatalog besteht hauptsächlich aus „multiple choice“ Fragen, was für die Spitäler einen Zeitgewinn beim Erfassen darstellt. Zudem erlaubt er, Indikatoren der Homogenität der gelieferten Daten zu erarbeiten. Es ist daher zwingend, den Fragebogen gleichzeitig mit den Daten abzuliefern.

Die eingebrachten Änderungen seit der letzten Datenerhebung sind im Abschnitt 2.3 dieses Dokumentes aufgelistet. Die Formate der medizinisch ökonomischen Dateien sind in den Anhängen A und B im Detail aufgeführt.

Wichtig

Es ist unumgänglich das vorliegende Dokument und den Fragebogen vor der Datenerfassung gründlich zu studieren. Der Fragebogen stellt eine gute Zusammenfassung der Forderungen und Empfehlungen der SwissDRG AG für die Fallkostenberechnung dar.

*Eingabetermin für die Daten und den Fragebogen ist **spätestens der 30.Juni 2009**.*

³ Siehe 2.4 dieses Dokumentes.

2 Richtlinien der Datenerhebung 2009

2.1 An die SwissDRG AG zu liefernde Dokumente

Zwei Datensätze müssen der SwissDRG AG geliefert werden:

- *Daten pro Fall*
Die medizinisch administrativen Daten basieren auf dem Format der medizinischen Statistik der Spitäler (BFS, Detailliertes Konzept 1997), für die Kostenrechnungsdaten wird das Format REKOLE bzw. der SwissDRG-Kostenträgerausweis verwendet.
- *Fragebogen*
Der Fragebogen dokumentiert die Methode für die Fallkostenermittlung. Diese Informationen erlauben eine Abschätzung des Grades der Homogenität der von den Spitalern gelieferten Daten. Zudem wurden die Metadaten in den Fragebogen integriert. Die Metadaten werden in einer Übersicht der globalen Struktur der Kosten eines Betriebes zusammengefasst. Diese Informationen sind unerlässlich um eine minimale Dokumentation der Finanzdaten der Erhebung zu gewährleisten.

2.2 Wichtigste Änderungen seit der Datenerhebung 2007

- Die Datenbank umfasst nur stationäre und teil-stationäre Fälle⁴.
- Die Spitäler liefern nur Fälle mit **Vollkosten**. Vollkosten heisst:
 - Die Fälle beinhalten alle Arzthonorare;
 - Die Zusatzkosten sind in den Fallkosten enthalten. Eine Ausnahme wird provisorisch für die Anlagenutzungskosten eingeräumt, die sowohl vom Spital als auch von Dritten verwaltet werden.
- Die Kalkulation der Anlagenutzungskosten stützt sich auf die Empfehlungen von H+ (REKOLE, 3. Ausgabe 2008 und die erweiterte VKL-konforme Anpassungen des Handbuchs). SwissDRG AG empfiehlt den Spitalern mit Nachdruck, die Prinzipien REKOLE in den zukünftigen Datenerhebungen anzuwenden. Die Anlagenutzungskosten werden pro Fall in einer neuen Spalte aufgeführt (A₁). Es ist wichtig, dass diese in den Kostenkomponenten der REKOLE (10 bis 39) inbegriffen sind und in der Spalte A₁ aufgeführt werden. **Diese Anforderung wird erst ab der Erhebung 2010 gültig. Dennoch werden die Spitäler, die bereits in der Lage sind diese Information zu liefern, gebeten die Spalte A₁ für die Erhebung 2009 auszufüllen.**
- Die Kosten für Lehre und Forschung werden nicht in den Fall einberechnet, da sie nicht als Pflegeleistung am Patienten gelten. Diese Kosten müssen an Hand einer Aktivitätenerfassung identifiziert und anschliessend auf einen eigenständigen Kostenträger „Auftrag“ verrechnet werden. Da dieser Ansatz nicht immer realisierbar ist, besteht ein alternativer Ansatz in der Schätzung der Kosten für L&F auf Grund der Einnahmen (Budgetansatz). Das Spital weist im Fragebogen die Summe der Kosten für Lehre und Forschung aus. Mehr Informationen finden Sie unter Punkt 2.4;

⁴ Den Begriff Teilstationär wird ab 01.01.2009 abgeschafft (Erhebung 2010).

- Die erste Spalte der ökonomischen Datei beinhaltet die Nummer des Spitals (BUR) und nicht mehr den Typus der Daten („FK“). Dies Spalten wurde gelöscht.
- Alle gelieferten Daten sind im Format JJJMMTTSSMM aufgeführt Wenn die Zeit unbekannt ist, wird „0000“ an Stelle der Zeit eingefügt (Bsp.: 21.05.2008 → 200805210000);
- Die Daten müssen der SwissDRG AG direkt geliefert werden.
- Die Tafel der Metadaten wurde in den Fragbogen integriert.

2.3 Die Anlagenutzungskosten⁵

Die Methode der Verrechnung der Anlagenutzungskosten basiert auf den Empfehlungen von H+, REKOLE 3. Ausgabe 2008. Diese Kosten müssen auf den Fall verrechnet werden. Die Summe der Anlagenutzungskosten muss in einer separaten Spalte (A₁) ausgewiesen werden; diese Summe ist in den Kostenkomponenten REKOLE (10 bis 39) inbegriffen. Die Summe pro Fall in der Spalte A₁ entspricht der Summe aller Kostenstellen des Spitals sowie von Dritten verwalteten Anlagenutzungskosten (Zusatzkosten). Die Anlagenutzungskosten betreffen die REKOLE Konten 441, 442, 444, 446 und 448.

2.4 Lehre und Forschung (L&F)

SwissDRG AG empfiehlt den Netzwerkspitalern den gegenwärtigen gesetzlichen Rahmen⁶ für die Definition von Lehre und Forschung und die von H+ im Handbuch REKOLE (Abschnitt 9.11) empfohlenen methodischen Prinzipien zu befolgen. Zusammenfassend sind die Kosten für Lehre und Forschung nicht anrechenbar. Für den Abzug der L&F empfiehlt REKOLE den Spitalern, die Kosten auf Ebene Kostenträger nach ihrer eigenen Methode zu identifizieren und sie dann auf den Kostenträger (Auftrag) „L&F,“ zu verrechnen. Diesen Ansatz nennt man „Ansatz gemäss verbrauchten Ressourcen“, da man direkt die Ressourcen für die Aktivitäten L&F ermittelt und erfasst. Dieser „ideale“ Ansatz ist zurzeit für die meisten Netzwerkspitäler nicht realisierbar. Der von SwissDRG AG provisorisch⁷ vorgeschlagene alternative Ansatz sieht den Abzug der erhaltenen Subventionen vor⁸. Dieser Betrag ist auf Ebene der Kostenträger abzuziehen. Die genauen Beträge L&F sind im Fragebogen aufzuführen.

2.5 Behandlungsart

Die Definition der Behandlungsart der SwissDRG-Datenerhebung basiert auf der VKL und auf dem Informationsblatt 14-MS-2003 des BFS:

Art. 3

Als **stationäre** Behandlung nach Artikel 49 Absatz 1 des Gesetzes gelten Aufenthalte im Spital von mindestens 24 Stunden zur Untersuchung, Behandlung und Pflege. Aufenthalte im Spital von weniger als 24 Stunden, bei denen während einer Nacht ein Bett belegt wird, sowie

⁵ Zwingend ab Erhebung 2010 (Daten 2009).

⁶ Der vom KVG und dem VKL definierte gesetzliche Rahmen tritt ab 1. Januar 2009 in Kraft.

⁷ Das Projekt « Kosten der akademischen Ausbildung und Forschung in den Universitätsspitalern » finanziert durch die schweizerische Konferenz der Universitäten und unter der Leitung des BFS in Zusammenarbeit mit den fünf Unispitalern, ist noch in Arbeit. Das Ziel ist es, eine gemeinsame und uniforme Methode zu definieren, um die Kosten für L&F in den Unispitalern zu bestimmen. Die Kalkulationsmethode basierte auf detaillierten Aktivitätslisten, die auf spezifische Kostenträger verrechnet werden. Die Methode ist in der Validierungsphase, eine Pilotphase startet im Herbst 2008 und endet im Mai 2009. Es ist auch vorgesehen, diese Methode auf die Nicht-Unispitäler auszudehnen.

⁸ Dieser „Budget“ Ansatz ist nur teilweise zufrieden stellend, da man die benützten Ressourcen an Hand der Einnahmen berechnet.

Aufenthalte im Spital bei Überweisungen in ein anderes Spital und bei Todesfällen gelten ebenfalls als stationäre Behandlung.

Art. 4

Als **teilstationäre** Behandlung nach Artikel 49 Absatz 5 des Gesetzes gelten geplante Aufenthalte zur Untersuchung, Behandlung und Pflege, die eine an die Behandlung anschliessende Überwachung oder Pflege sowie die Benutzung eines Bettes erfordern. Wiederholte Aufenthalte in Tages- oder Nachtkliniken gelten ebenfalls als teilstationäre Behandlung.

Art. 5

Als **ambulante** Behandlung nach Artikel 49 Absatz 5 des Gesetzes gelten alle Behandlungen, die weder als stationär noch als teilstationär angesehen werden.

Die detaillierten Richtlinien des oben erwähnten Informationsblattes des BFS müssen ebenfalls befolgt werden. Das Informationsblatt befindet sich auf der Internetseite des BFS (Infothek /Erhebungen, Projekte, Quellen/Medizinische Statistik der Krankenhäuser).

Zusätzlich zu diesen Richtlinien ist noch festzuhalten, dass die **Wartepatienten** aus den Daten der Erhebung herausgenommen werden müssen. Die Rehabilitationspatienten müssen entweder herausgenommen oder über die Variable „Hauptkostenstelle“ (1.4.V01) klar gekennzeichnet werden.

2.6 Wartepatientinnen und -patienten

Wartepatienten haben die Akutbehandlungsphase hinter sich und warten auf den Wechsel in eine andere Betreuungseinheit (z.B. sozialmedizinische Institution). Nach Abschluss der Akutbehandlungsphase registriert das Spital einen Austritt (Codierung der Behandlung als spezifischer Akutbehandlungsfall) und darauf einen neuen Eintritt (neuer Fall) für die Wartephase. Die Wartefälle sind aus der SwissDRG-Erhebung auszuschliessen.

3 Struktur und Format der Falldaten

3.1 Generelle Bestimmungen

3.1.1 Datenformat

Die Daten müssen im ASCII Format geliefert werden. Die Variablen der Textdatei sind durch „Pipes“ (ASCII-Code 124: "|") zu trennen. Jeder Fall entspricht einer Zeile in der Textdatei. Die letzte Variable jeder Zeile muss ebenfalls durch ein Pipe-Zeichen abgeschlossen werden (ASCII-Code 124: "|"). Der CRLF (ASCII-Codes 13 und 10) dient als Zeilentrennzeichen.

3.1.2 Format der Finanzdaten

Die Variablen mit den Finanzdaten werden in Rappen aufgeführt (2 Dezimalstellen) und nicht aufgerundet.

3.1.3 Format der Datumsangaben

SwissDRG AG wird nur ein einziges Format für alle Datumsangaben anwenden. Somit müssen alle Daten im Format JJJJMMTTSSMM sein. Wenn die Zeit nicht bekannt ist wird „0000“ eingesetzt (Bsp.: 21.05.2008 → 200805210000)

3.1.4 Verbindungsschlüssel

Die Spitäler sind angewiesen, zwischen der Datei der medizinisch-administrativen Daten und jener der Fallkosten eine eindeutige Verbindung sicherzustellen. Dieser einheitliche Verbindungsschlüssel ist in beiden Dateien die Fallnummer (d.h. eine Nummer, die jeden Fall eindeutig bezeichnet).

3.2 Medizinisch-administrative Daten

3.2.1 Format

Die ersten zwei Linien dienen der Identifizierung der Daten des Spitals. Dann folgen die Daten, die den Fall betreffen, aufgeteilt für jeden Fall auf 2 oder 3 Linien. Details zum Format siehe Beilage A.

A. Die zwei ersten Linien zur Identifizierung der Datei:

- **Linie 1 (Linie MX): 9 Felder** (① Identifikator der ersten Zeile (MX), ② BUR-Nummer, ③ Name des Betriebs, ④ Generierungsdatum, ⑤ Versionsnummer der Datei, ⑥ Anfangsdatum des Erhebungszeitraums, ⑦ Enddatum des Erhebungszeitraums, ⑧ Gesamtzeilenzahl der Datei, ⑨ Anonymer Verbindungskode)
- **Linie 2 (Linie MB):** Auf die MX-Zeile folgt unmittelbar eine erste, besondere MB-Zeile, in der nur die 1. und die 5. Variable vorhanden sind. Diese Sonderzeile dient lediglich als Zusatzinformation für die Verschlüsselung.

B: Fallrelevante Daten:

Die Daten für jeden Fall verteilen sich auf 2 bis 3 Linien (3 Linien für eine Geburt, sonst 2 Linien):

- **Linie 1 (Linie MB, Minimalangaben, **obligatorisch**):** 90 Felder enthalten die administrativen und medizinischen Angaben (30 Diagnosen und 30 Behandlungen). Diese Angaben sind identisch mit dem Format der medizinischen Statistik der Spitäler (BFS, Detailkonzept 1997);
- **Linie 2 (Linie MN, Zusatz Geburt, **optional**):** 18 Felder für die zusätzlichen Angaben zu Geburten;
- **Linie 3 (Linie MF, Verbindungsschlüssel Prüfungsmittel, **obligatorisch**):** 5 Felder mit vor allem einer mit der ökonomischen Datei identischen Fallnummer (Verbindungsschlüssel) und Geburtsdatums und dem Datum der Aufnahme, um sicherzustellen, dass die Linie MF der Linie MB weiter oben in der Datei entspricht..

Wichtig: die Zusätze „MN“ und „MF“ eines gleichen Falles müssen immer in der gleichen Reihenfolge erscheinen (zuerst „MN“ dann „MF“).

3.2.2 Beispiel:

Die Textdatei mit den medizinisch administrativen Daten muss in den ersten zwei Zeilen die Daten enthalten, die eine Identifizierung der Datei erlauben. Darauf folgen die fallspezifischen Angaben aufgeteilt auf zwei (Linie MB und MF) oder 3 Linien, wenn es sich um eine Geburt handelt (Linie MB, MN und MF).

Anbei ein Beispiel einer Datei :

Fichier	Edition	Format	Affichage	?
MX	60618292	H+	20070131	1 20060101 20061231 19322 ABCFB6E
MB		FADCB75BED44AA35		
MB	60618203	8511A	SZ	C4F637919F9C2E92 A 0 0 1 1 2 194602
MF	86364	290198	19460227	20060320
MB	60618203	8511A	SZ	B289E77E849FBDE1 A 1 0 1 1 1 200512
MN	404	0232	1 1	3570 50 0 0 19660513 411 411 3 3 0 0 0
MF	86387	283667	20051228	20051228

Ein Neugeborenen-Fall Ein Standard-Fall Die zwei ersten Linien zur Identifizierung der Datei

3.3 Ökonomische Angaben (Fallkosten)

3.3.1 Format

Die Netzwerkspitäler übermitteln Ihre Daten in einem von REKOLE bestimmten Format. Dieses Format ist in der Beilage B ausführlich beschrieben. Gegenüber der letzten Datenerhebung wurde die erste Spalte „FK“ gelöscht und eine zusätzliche Spalte beigefügt (A₁).

Beispiel: die Daten der Fallkostendatei (unten ein Beispiel für 2 Fälle, 1 Linie pro Fall)

```
60611111|2005|7984|79.00|57.00|0.00|0.00|0.00|42.00|0.00|0.00|19.00|16.00|0.00|14.10|11.00|6.00|2927.30|58.70|654.90|0.00
60611111|2005|8706|31.00|27.00|0.00|0.00|0.00|34.00|0.00|98.00|60.00|57.00|0.00|6230.70|39.00|0.00|93.50|46.40|25.40|0.00
```

3.3.2 Aggregation der Arzthonorare

Sämtliche Arzthonorare (Angestellte und Belegärzte) müssen je nach Art in der Variable 14 „Arzthonorare Grundversicherung“ oder in der Variable 15 „Arzthonorare Zusatzversicherung“ (privat und halbprivat) zusammengefasst werden.

3.3.3 Variable Nr. 15 - Arzthonorare Zusatzversicherung

Aus Vertraulichkeitsgründen ist die Lieferung der Variable 15 „Arzthonorare Zusatzversicherung (privat und halbprivat)“ freiwillig. Aus statistischer Sicht ist sie jedoch wünschenswert, weshalb die Spitäler gebeten sind, sie anzugeben. Das Datenschutzkonzept der SwissDRG-Erhebung (Abschnitt 4.8) garantiert den vertraulichen Umgang mit dieser Variable. Fälle, die in der Kostenkomponente 15 Kosten aufweisen, müssen entweder mit diesen Kosten geliefert werden oder vor der Lieferung ausgeschlossen werden. Wenn Spitäler die Daten der privaten und halbprivaten Fälle übermitteln, muss die Kostenkomponente 15 zwingend geliefert werden.

3.3.4 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. Diese beiden Variablen gehen von einer Kostenrechnungsmethode (z.B. ABC-Methode) aus, die besagt, welche Produkte und Leistungen im Zusammenhang mit Medikamenten, Implantaten und medizinischem Material als Einzel- oder Gemeinkosten zu erfassen sind.

4 Fragebogen

Der Fragebogen dient zur Dokumentation der Methode der Betriebsbuchhaltung, die für die Fallkostenberechnung benutzt wird. Das Ausfüllen des Fragebogens ist für alle Netzwerkspitäler obligatorisch. Der Fragebogen beinhaltet auch die Metadaten; dies ermöglicht es, die Struktur der Kosten unter Berücksichtigung der Abstimmungsbrücke zwischen Finanzbuchhaltung und Betriebsbuchhaltung darzustellen.

5 Datenschutz

Für die Datenerhebung schliessen das Spital und die SwissDRG AG eine Vereinbarung zum Datenschutz..

6 Referenzen

- Medizinische Statistik der Krankenhäuser, Detailkonzept 1997, Bundesamt für Statistik ;
- Handbuch REKOLE®, 3. Ausgabe - betriebliches Rechnungswesen im Spital, 2008, Bern, H+ Die Spitäler der Schweiz ;
- Kontenrahmen der Schweizer Spitäler, 6. überarbeitete Ausgabe, 2008, Bern, H+ Die Spitäler der Schweiz ;
- Datenschutzkonzept der SwissDRG AG, 2009 ;
- Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL), 2002 [RS 832.104].

7 Kontaktadressen

Nähere Informationen erteilen Ihnen Herr Mathieu Vuilleumier (Tel. 031/310 05 54, E-Mail mathieu.vuilleumier@swissdrg.org) oder Herr Alexander Weber (Tel. 031/310 05 59, E-Mail alexander.weber@swissdrg.org)

Beilage A: Format der medizinisch administrativen Datei

Nr.	Variablen	Bezeichnung	Format*
MB-Variablen (minimal dataset)			
1	0.1.V01	Rekordart	AN (2)
2	0.1.V02	Betriebsnummer	N (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	Kennzeichnung des Statistikfalls	AN (1)
7	0.3.V01	Neugeborenen-Datensatz	N (1)
8	0.3.V02	Psychiatrie-Datensatz	N (1)
9	0.3.V03	Fallkosten-Datensatz	N (1)
10	0.3.V04	kantonaler Datensatz	N (1)
11	1.1.V01	Geschlecht	N (1)
12	1.1.V02	Geburtsdatum (JJJJMMTTSSMM)	N (12)
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 (JJJJMMTTSSMM)	N (10)
17	1.2.V02	Aufenthaltsort vor 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 Intensivmedizin	N (4)
23	1.3.V04	Administrativer Urlaub und Ferien	N (4)
24	1.4.V01	Hauptkostenstelle	AN (4)
25	1.4.V02	Hauptkostenträger für Grundversicherungsleistungen	N (1)
26	1.5.V01	Austrittsdatum (JJJJMMTTSSMM)	N (12)
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 zur Hauptdiagnose	AN (5)
32	1.6.V03	1. Nebendiagnose	AN (5)
33	1.6.V04	2. Nebendiagnose	AN (5)
34	1.6.V05	3. Nebendiagnose	AN (5)
35	1.6.V06	4. Nebendiagnose	AN (5)
36	1.6.V07	5. Nebendiagnose	AN (5)
37	1.6.V08	6. Nebendiagnose	AN (5)
38	1.6.V09	7. Nebendiagnose	AN (5)
39	1.6.V10	8. Nebendiagnose	AN (5)
40	1.6.V11*	9. Nebendiagnose	AN (5)
41	1.6.V12*	10. Nebendiagnose	AN (5)
42	1.6.V13*	11. Nebendiagnose	AN (5)
43	1.6.V14*	12. Nebendiagnose	AN (5)
44	1.6.V15*	13. Nebendiagnose	AN (5)
45	1.6.V16*	14. Nebendiagnose	AN (5)
46	1.6.V17*	15. Nebendiagnose	AN (5)
47	1.6.V18*	16. Nebendiagnose	AN (5)
48	1.6.V19*	17. Nebendiagnose	AN (5)
49	1.6.V20*	18. Nebendiagnose	AN (5)
50	1.6.V21*	19. Nebendiagnose	AN (5)
51	1.6.V22*	20. Nebendiagnose	AN (5)
52	1.6.V23*	21. Nebendiagnose	AN (5)
53	1.6.V24*	22. Nebendiagnose	AN (5)

* Es werden die Formate „alphanumerisch“ (AN) und „numerisch“ (N) unterschieden. Die Angaben in Klammern bezeichnen die Länge des Feldes in Anzahl Zeichen. Die runden Klammern () stehen für Felder mit fixer Länge. Die eckigen Klammern [] stehen für Felder mit variabler Länge, wobei die an-gegebene Ziffer die maximale Feldlänge beschreibt.

Nr.	Variablen	Bezeichnung	Format
54	1.6.V25*	23. Nebendiagnose	AN (5)
55	1.6.V26*	24. Nebendiagnose	AN (5)
56	1.6.V27*	25. Nebendiagnose	AN (5)
57	1.6.V28*	26. Nebendiagnose	AN (5)
58	1.6.V29*	27. Nebendiagnose	AN (5)
59	1.6.V30*	28. Nebendiagnose	AN (5)
60	1.7.V01	Hauptbehandlung	N (5)
61	1.7.V02	Behandlungsdatum (JJJJMMTTSSMM)	N (12)
62	1.7.V03	1. weitere Behandlung	N (5)
63	1.7.V04	2. weitere Behandlung	N (5)
64	1.7.V05	3. weitere Behandlung	N (5)
65	1.7.V06	4. weitere Behandlung	N (5)
66	1.7.V07	5. weitere Behandlung	N (5)
67	1.7.V08	6. weitere Behandlung	N (5)
68	1.7.V09	7. weitere Behandlung	N (5)
69	1.7.V10	8. weitere Behandlung	N (5)
70	1.7.V11	9. weitere Behandlung	N (5)
71	1.7.V12*	10. weitere Behandlung	N (5)
72	1.7.V13*	11. weitere Behandlung	N (5)
73	1.7.V14*	12. weitere Behandlung	N (5)
74	1.7.V15*	13. weitere Behandlung	N (5)
75	1.7.V16*	14. weitere Behandlung	N (5)
76	1.7.V17*	15. weitere Behandlung	N (5)
77	1.7.V18*	16. weitere Behandlung	N (5)
78	1.7.V19*	17. weitere Behandlung	N (5)
79	1.7.V20*	18. weitere Behandlung	N (5)
80	1.7.V21*	19. weitere Behandlung	N (5)
81	1.7.V22*	20. weitere Behandlung	N (5)
82	1.7.V23*	21. weitere Behandlung	N (5)
83	1.7.V24*	22. weitere Behandlung	N (5)
84	1.7.V25*	23. weitere Behandlung	N (5)
85	1.7.V26*	24. weitere Behandlung	N (5)
86	1.7.V27*	25. weitere Behandlung	N (5)
87	1.7.V28*	26. weitere Behandlung	N (5)
88	1.7.V29*	27. weitere Behandlung	N (5)
89	1.7.V30*	28. weitere Behandlung	N (5)
90	1.7.V31*	29. weitere Behandlung	N (5)
MN-Zusatz			
1	2.1.V01	Rekordart	AN (2)
2	2.1.V02	Interne Geburtsnummer	N (4)
3	2.1.V03	Geburtszeitpunkt (ssmm)	N (4)
4	2.2.V01	Vitalstatus	N (1)
5	2.2.V02	Mehrling ?	N (1)
6	2.2.V03	Geburtsrang	N (1)
7	2.2.V04	Geburtsgewicht	N (4)
8	2.2.V05	Körperlänge	N (2)
9	2.2.V06	Kongenitale Missbildungen	N (1)
10	2.2.V07	Verlegung (Kind)	N (1)
11	2.3.V01	Geburtsdatum der Mutter (JJJJMMTTSSMM)	N (12)
12	2.3.V02	Gestationsalter 1	N (3)
13	2.3.V03	Gestationsalter 2	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 Schwangerschaftsabbrüche	N (2)
18	2.3.V08	Verlegung (Mutter)	N (1)
MF-Zusatz			
1	4.1.V01*	Rekordart	AN (2)
2	4.1.V02*	Patientennummer	N (10)
3	4.1.V03*	Fallnummer [PRIMARY KEY]	N (10)
4	4.1.V04*	Geburtsdatum (JJJJMMTTSSMM)	N (12)
5	4.1.V05*	Eintrittsdatum (JJJJMMTTSSMM)	N (12)

Beilage B : Format der ökonomischen Datei

Nr.	Variablen	Bezeichnung	Format
1	ree	Identifikationsnummer des Spitals (BUR)	N (8)
2	year	Erhebungsjahr	N (4)
3	idcas	Fallnummer [PRIMARY KEY]	N [10]
Einzel Kosten			
4	10	Arzneimittel (inkl. Blutprodukte)	Float
5	11	Implantate und medizinisches Material	Float
6	14	Arzthonorare Grundversicherung [1]	Float
7	15	Arzthonorare Zusatzversicherung [1]	Float
8	19	Andere Einzelkosten (Instrumente, Utensilien, Textilien; Medizinische, diagnostische und therap. Fremdleistungen; Zeugnisse und Gutachten; Übrige Auslagen für Patienten) [2]	Float
Gemeinkosten			
9	20	OP Säle und Anästhesie	Float
10	21	IPS und Intermediate Care (IC)	Float
11	22	Notfall	Float
12	23	Bildgebende Verfahren und Nuklearmedizin	Float
13	24	Internes Labor (inkl. Blutspende)	Float
14	25	Hämodialyse	Float
15	26	Ärztschaften	Float
16	27	Nicht-medizinische Therapien und Beratung (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Ernährungsberatung, Aktivierungstherapie)	Float
17	28	Medizinische und therapeutische Diagnostik	Float
18	29	Pflege	Float
19	30	Hotellerie	Float
20	39	Übrige Leistungserbringer (Patientenadministration; Einsatz-/Notfallzentrale; Gebärsaal, Rettungsdienst)	Float
21	A1	Anlagenutzungskosten [3]	Float

[1] Beinhaltet die Kontengruppe 38 und die Honorare der Belegärzte, die nicht sozialabgabenpflichtig sind (Konto 405) (siehe REKOLE, Buchhaltungsplan H+ 2008) .

[2] Nicht inbegriffen sind die Honorare der Belegärzte die nicht sozialabgabenpflichtig sind.

[3] In der Spalte A1 aufgeführter Betrag, jedoch inbegriffen in den Bestandteilen REKOLE(20 bis 39) damit die Kosten der Kostenstellen von Leistungserbringern die effektiven Kosten widerspiegeln.