



## Dokumentation zur ST Reha Datenerhebung 2022 (Daten 2021)

Version vom 30.11.2020	Änderungen im Vergleich zur Erhebung 2021 (Daten 2020), Version vom 27.11.2020, sind gelb markiert. Die Markierungen weisen auf hinzugefügte sowie entfernte Inhalte hin.
------------------------	--

# Inhaltsverzeichnis

<b>1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN .....</b>	<b>3</b>
1.1. <b>ÄNDERUNGEN ZUM VORJAHR .....</b>	<b>3</b>
1.2. LIEFERTERMINE .....	3
1.3. DATENINHALT UND -FORMAT .....	3
1.4. ZU LIEFERNDE DATENSÄTZE UND INFORMATIONEN .....	3
1.5. KODIERUNG.....	3
1.6. ARTIKELLISTE .....	3
1.7. DATENSCHUTZ .....	4
1.8. KONTAKT .....	4
<b>2. LIEFERUNG DER DATEN ÜBER DIE WEB-SCHNITTSTELLE.....</b>	<b>5</b>
2.1. ERSTMALIGE DATENLIEFERUNG DURCH EIN SPITAL .....	5
2.2. WEB-SCHNITTSTELLE.....	5
2.3. LIEFERPROZESS.....	5
2.4. NACH DER DATENLIEFERUNG .....	6
2.5. NEULIEFERUNG DER DATEN .....	6
<b>3. DATEN DER MEDIZINISCHEN STATISTIK DES BFS (MS-DATEI) .....</b>	<b>7</b>
3.1. INHALT UND FORMAT DER MEDIZINISCHEN STATISTIK .....	7
3.2. VARIABLEN DER MEDIZINISCHEN STATISTIK.....	8
3.2.1. <i>Fallnummer der Fallkostenstatistik.....</i>	8
3.2.2. <i>Anonymer Verbindungskode.....</i>	8
3.2.3. <i>Kennzeichnung des Statistikfalls .....</i>	8
3.2.4. <i>Hauptkostenstelle .....</i>	8
3.2.5. <i>Tarif für die Abrechnung .....</i>	8
3.2.6. <i>Diagnosen und Behandlungen .....</i>	9
3.2.6.1. <i>Leistungsbereiche .....</i>	9
3.2.6.2. <b>Assessments.....</b>	<b>10</b>
3.2.7. <i>Externe ambulante Leistungen .....</i>	10
3.2.8. <i>Urlaub .....</i>	10
3.2.9. <i>Fallzusammenführung, Zwischenaustritte und Wiedereintritte .....</i>	10
3.2.10. <i>Erfassung der Medikamente und teuren Substanzen .....</i>	11
<b>4. FALLKOSTEN .....</b>	<b>14</b>
4.1. ABGRENZUNGEN UND BERECHNUNGSMETHODE DER FALLKOSTEN .....	14
4.1.1. <i>Kostenträgermethode.....</i>	14
4.1.2. <i>Anlagennutzungskosten (ANK) .....</i>	14
4.1.3. <i>Vollkosten (gemäss REKOLE®).....</i>	14
4.1.4. <i>Anrechenbare Kosten.....</i>	15
4.1.5. <i>Arzneimittel/Medikamente und Blutprodukte.....</i>	15
4.1.6. <i>Implantate und medizinisches Material.....</i>	15
4.1.7. <i>Forschung und universitäre Lehre (FuL).....</i>	16
4.1.8. <i>Fälle der privaten und halbprivaten Liegeklasse.....</i>	16
4.1.9. <i>Arzthonorare.....</i>	16
4.2. FALLKOSTENDATEI (FK-DATEI) .....	17
4.2.1. <i>Fallkosten gemäss REKOLE® (FK-Datei) .....</i>	17
<b>5. DETAILERHEBUNG.....</b>	<b>19</b>
<b>6. WEITERFÜHRENDE DOKUMENTE .....</b>	<b>20</b>

<b>ANHÄNGE .....</b>	<b>21</b>
ANHANG A ARTIKELLISTE FÜR DIE VERBINDLICHE EINZELKOSTENVERRECHNUNG .....	21
ANHANG B VARIABLEN DER MEDIZINISCHEN STATISTIK .....	21
ANHANG C MINDESTANFORDERUNGEN AN DIE DATEIEN .....	22
ANHANG D FALLKOSTENDATEI GEMÄSS REKOLE® FORMAT (FK-DATEI) .....	24

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Position der Fallnummer der Fallkostenstatistik in den jeweiligen Datensätzen .....	8
Tabelle 2	Leistungsbereiche.....	10

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Beispielzeilen der Medizinische Statistik.....	7
Abbildung 2	Beispiel der Erfassung teurer Medikamente/Substanzen.....	13
Abbildung 3	Beispielzeile der Fallkosten gemäss REKOLE® Format .....	17
Abbildung 4	Beispiel zweier Fälle der Kostendatei (FK-Datei) gemäss REKOLE® Format.....	18

## 1. Allgemeine Informationen

### 1.1. Änderungen zum Vorjahr

Ab Daten 2021 müssen die Fallkosten inkl. Anlagenutzungskosten verbindlich unter Anwendung von REKOLE® (Format mit 80 Variablen) ermittelt und geliefert werden (s. Kapitel 4.2 und Anhang D).

### 1.2. Liefertermine

- Daten ST Reha werden vom **01.03.2022 bis zum 15.05.2022** geliefert.
- Die **Detailerhebung** wird vom **01.03.2022 bis zum 15.05.2022** geliefert.
- Die Kommentare zu den einzelnen Fällen/Plausi-Tests können **bis am 31.05.2022** erfasst werden.

### 1.3. Dateninhalt und -format

- Die Daten müssen Kosten- und Leistungsdaten enthalten (FK- und MS-Datei).
- Die Erhebung 2022 betrifft die Daten aus dem Jahr 2021.
- Die Lieferung erfolgt über eine gesicherte elektronische Web-Schnittstelle.
- Die Mindestanforderungen gemäss Anhang C müssen erfüllt sein.

### 1.4. Zu liefernde Datensätze und Informationen

Folgende Datensätze müssen für die Erhebung geliefert werden:

- Die Medizinische Statistik der Krankenhäuser des BFS (MX-, MB- und MD-Zeile), nachfolgend *Medizinische Statistik* resp. *MS-Datei* genannt.
- Die Fallkostendatei, nachfolgend *FK-Datei* genannt.
  - Die FK-Datei wird im an den REKOLE® Kostenträgerausweis angepassten Format übermittelt.
  - Format des REKOLE® Kostenträgerausweises, nachfolgend *REKOLE® Format* genannt.
- Die Kosten von spezifischen, hochteuren Prozeduren, Medikamenten und Verfahren, die in Form einer Excel-Datei geliefert werden, werden nachfolgend *Detailerhebung* genannt.

Spitalspezifische Informationen, u. a. zur Art der Kostenerfassung, werden anhand eines web-gestützten Fragebogens direkt bei der Datenlieferung erhoben.

### 1.5. Kodierung

Kodierung gemäss BFS-Richtlinien für die Daten 2021, u. a.:

- Behandlungskodes nach **CHOP 2021**
- Diagnosekodes nach **ICD-10-GM 2021**
- Medizinisches Kodierungshandbuch, **Version 2021** (inkl. unterjährige Rundschreiben vom BFS)

### 1.6. Artikelliste

Die Artikelliste (siehe Anhang A) präzisiert die Zuordnung der Kosten bestimmter Produkte zu den entsprechenden Kostenkomponenten.

## 1.7. Datenschutz

Der Datenschutz wird durch den Datenlieferungsvertrag geregelt. Falls Sie noch keinen Vertrag unterschrieben haben, nehmen Sie bitte Kontakt mit uns auf.

## 1.8. Kontakt

- Fragen zur Datenerhebung und allgemeine Fragen:

Herr Ivan Jivkov                      [datenerhebung@swissdrg.org](mailto:datenerhebung@swissdrg.org) oder 031 310 05 59

- Kodierungsfragen:

Bundesamt für Statistik              [codeinfo@bfs.admin.ch](mailto:codeinfo@bfs.admin.ch)

## 2. Lieferung der Daten über die Web-Schnittstelle

### 2.1. Erstmalige Datenlieferung durch ein Spital

Für Spitäler, die zum ersten Mal eine Lieferung vornehmen, liegt eine kurze [Einführung für die neuen Netzwerkspitäler](#) vor. Für weiterführende Informationen wenden Sie sich bitte direkt an uns (siehe Kapitel 1.8).

### 2.2. Web-Schnittstelle

Die Lieferung der Daten an die SwissDRG AG erfolgt über eine geschützte [Web-Schnittstelle](#). Jede Person, welche sich in der Web-Schnittstelle einloggen will, muss vorgängig ein Konto erstellen. **Die Spitaldaten sind selbstständig aktuell zu halten. Pro Spital können sich mehrere Benutzer anmelden. Für den Erhalt von Informationsschreiben können im Register *Kontakt* drei Kontaktpersonen eingetragen werden.** Bestehende Accounts behalten ihre Gültigkeit und können weiterhin verwendet werden. Weitere Informationen, u. a. zur Erstregistrierung, befinden sich in der [Dokumentation zur Web-Schnittstelle](#) auf der Webseite der SwissDRG AG. Der gesamte Datenlieferungsprozess wird über die Web-Schnittstelle abgewickelt.

### 2.3. Lieferprozess

Der Lieferprozess besteht aus folgenden Etappen:

- Erfassen der spitalspezifischen Informationen im Fragebogen.
- Hochladen der Kosten- und Leistungsdaten über die Web-Schnittstelle. Details zum Format der Dateien entnehmen Sie dieser Dokumentation. Falls die gelieferten Daten und Dateien die **Mindestanforderungen aus Anhang C während der Validierung nicht erfüllen, wird die Übermittlung abgebrochen.**
- Automatische Rückmeldungen zu den hochgeladenen Datensätzen per E-Mail mit Link:
  - *Die Ergebnisse der Plausibilisierung sind bereit:*  
<http://datenlieferung.swissdrg.org/hospitals/...>
  - *Ihre Lieferung enthält Fehler. Zur Fehlerübersicht:*  
<http://datenlieferung.swissdrg.org/hospitals/...>
- Sobald bei der Lieferung *plausibilisiert* angezeigt wird, ist die Lieferung valide. Dabei gibt es zwei Punkte zu beachten:
  - Fälle, die im Register *Datenfehler* mit der Meldung *nicht verwendet* gekennzeichnet sind, werden **nicht importiert**, da für die Entwicklung der Tarifstruktur grundlegende Bestandteile fehlen (z. B. Kosten). Fälle mit der Meldung *Warnung* werden importiert, sind aber nicht vollständig.
  - Fälle, die im Register *Plausibilisierung* mit der Meldung *Warnung* oder *Fehler* angezeigt werden, wurden importiert, geprüft und können kommentiert werden (s. Kapitel 2.4).

Falls eine erneute, allenfalls korrigierte Datenlieferung durchgeführt wird, müssen alle Datensätze erneut hochgeladen werden.

**Achtung: Eine Lieferung ist erst dann vollständig, wenn der Status der Lieferung als *plausibilisiert* angezeigt wird. Insbesondere bedeutet dies, dass nicht alle Fälle im *Datenfehler* enthalten sind.**

## 2.4. Nach der Datenlieferung

Nach erfolgreichem Hochladen der Dateien erfolgt eine automatische Plausibilisierung der Daten. Jedes Spital erhält über die Web-Schnittstelle Zugriff auf die Resultate dieser Plausibilisierung. Die Rückmeldungen seitens der SwissDRG AG umfassen:

- Testübersicht über die importierten Fälle:  
Anzahl/Anteil der Fälle des Spitals, welche bei den jeweiligen Tests aufgefallen sind.
- Übersicht auf Fallebene:  
Auflistung der Fälle, die beim entsprechenden Fehler- oder Warnungstest aufgefallen sind.

Die Kommunikation zu den auffälligen Fällen wird über die Web-Schnittstelle abgewickelt. Die Resultate der Plausibilitätsprüfungen können als .csv Dokument aus der Web-Schnittstelle exportiert werden.

Die Plausibilitätstests werden in drei Kategorien eingeteilt: Fehler, Warnung oder Info. Diese drei Testtypen haben folgende Bedeutung bzw. Auswirkung:

- **Fehler**  
Fälle können Fehler aufweisen. Bitte Fälle prüfen, falls notwendig korrigieren und eine neue Lieferung vornehmen. **Achtung: Unkommentierte Fälle werden automatisch von der Kalkulation ausgeschlossen.**
- **Warnung**  
Fälle können Fehler aufweisen. Bitte Fälle prüfen, falls notwendig korrigieren und eine neue Lieferung vornehmen.
- **Info**  
Allgemeine Informationen zur Datenlieferung. Bitte prüfen, ob die Ergebnisse der Plausibilisierung dem Stand des Spitals entsprechen. Falls notwendig korrigieren und eine neue Lieferung vornehmen.

**Es ist zu beachten, dass die Kommentare auf Fall- und/oder Testebene direkt über die Web-Schnittstelle über das Feld *Begründung* erfasst und gespeichert werden müssen.**

Die SwissDRG AG ist bestrebt, die Testlogik laufend weiterzuentwickeln. Sollten Ihrer Ansicht nach einzelne Tests aus der Testlogik nicht korrekt funktionieren oder überarbeitet werden, können Sie dies im Kommentarfeld *Begründungen* der einzelnen Tests erfassen.

## 2.5. Neulieferung der Daten

Alle Spitäler haben bis zum Ablauf der Lieferfrist die Möglichkeit, jeweils neue oder korrigierte Datensätze (MS- und FK-Datei) an die SwissDRG AG zu übermitteln.

Nach Ablauf der Lieferfrist werden keine Datenlieferungen mehr entgegengenommen.

### 3. Daten der Medizinischen Statistik des BFS (MS-Datei)

Bei den Daten der Medizinischen Statistik handelt es sich um die medizinisch-administrativen Daten, die von den Spitälern bereits für die Medizinische Statistik der Krankenhäuser des Bundesamts für Statistik (BFS) erhoben werden müssen.

Neben dem Minimaldatensatz (MB-Zeile) sind auch die Patientengruppen-Zusatzdaten (MD-Zeile) zwingend zu erheben. Die MB-Zeilen enthalten soziodemographische, betriebswirtschaftliche sowie weitere Angaben zum Spitalaufenthalt. Die MD-Zeilen beinhalten sämtliche Diagnose- und Prozedurenkodes (inkl. Messinstrumente und Messungen) sowie Angaben zu Behandlungen.

Das Format der MS-Datei kann mit MedPlaus® überprüft werden. Dieses Programm wird kostenlos von [Freudiger EDV-Beratung](#) zur Verfügung gestellt.

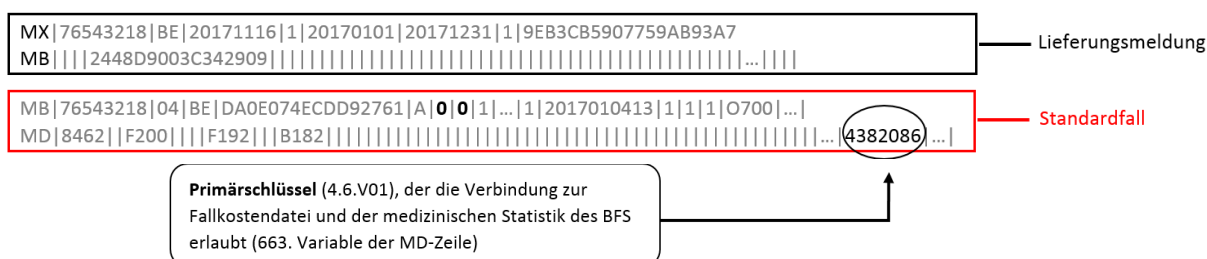
#### 3.1. Inhalt und Format der Medizinischen Statistik

Für eine erfolgreiche Lieferung der Daten an die SwissDRG AG müssen die Vorgaben und Definitionen des BFS zwingend eingehalten werden. Details zu den einzelnen Variablen sind in der Spezifikation der [Variablen der Medizinischen Statistik](#) (siehe Anhang B) beschrieben. Das zu liefernde Format entspricht dem Format des BFS. Zusätzlich muss die MS-Datei die Mindestanforderungen im Anhang C erfüllen.

Die MS-Datei erfüllt folgende Eigenschaften:

- Die ersten zwei Zeilen dienen zur Identifizierung der Datei:
  - **MX-Zeile** (Lieferungsmeldung): 9 Spalten (❶ Identifikator der ersten Zeile (MX), ❷ BUR-Nummer, ❸ Name des Betriebs, ❹ Generierungsdatum, ❺ Laufnummer der Datenmeldung, ❻ Anfangsdatum des Erhebungszeitraums, ❼ Enddatum des Erhebungszeitraums, Ⓜ Gesamtzeilen der Datei, Ⓣ Kodierschlüssel)
  - **MB-Zeile**: Besondere MB-Zeile, in der nur die 1. und 5. Variable vorhanden sind. Diese Sonderzeile dient als Zusatzinformation für die Verschlüsselung.
- Die weiteren Zeilen beinhalten die Falldaten. Dabei sind die Daten pro Fall auf mehrere aufeinanderfolgende Zeilen wie folgt verteilt:
  - 1. Zeile (**MB-Zeile**, Minimaldatensatz): 50 Felder, die die administrativen und einen Teil der medizinischen Angaben (die ersten neun Diagnosen und die ersten zehn Behandlungen) enthalten. Diese Zeile enthält die Variablen 0.1.V01 bis 1.7.V11 der Medizinischen Statistik.
  - 2. Zeile (**MD-Zeile**, Patientengruppen-Zusatzdaten): 696 Felder. Enthält die Variablen 4.1.V01 bis 4.8.V20 der Medizinischen Statistik.
- Die Variablen werden durch Pipes (ASCII-Kode 124: „|“) getrennt (siehe Abbildung 1).

Abbildung 1 Beispielzeilen der Medizinische Statistik





### 3.2. Variablen der Medizinischen Statistik

Ein Link zu den relevanten Dokumenten des BFS befindet sich auf der Webseite der SwissDRG AG unter *Datenerhebung > Medizinische Statistik*. Bitte beachten Sie neben dem Konzept auch die jeweils gültigen Richtlinien (Informationsblätter, Kodierungshandbuch, Rundschreiben) und Klassifikationen (ICD, CHOP), die das BFS für das jeweilige Datenjahr publiziert.

Die wichtigsten Variablen sind im Folgenden aufgeführt. Diese Auswahl ist nicht abschliessend.

#### 3.2.1. Fallnummer der Fallkostenstatistik

Die Verbindung zwischen den unterschiedlichen Datensätzen wird mit der Variable *4.6.V01 Fallnummer der Fallkostenstatistik* aus der Medizinischen Statistik (Feld 663 in der MD-Zeile) hergestellt. Sie ist daher zwingend auszufüllen und muss in allen Datensätzen vorkommen. Diese Variable wird auch *Primärschlüssel* genannt und muss eindeutig und anonym sein. Eine zusammenfassende Darstellung befindet sich in Tabelle 1.

Tabelle 1 Position der Fallnummer der Fallkostenstatistik in den jeweiligen Datensätzen

Datensatz	Variable 4.6.V01
Medizinische Statistik (MS)	Feld 663 der MD-Zeile
Fallkostendatei (FK)	Feld 2

#### 3.2.2. Anonymer Verbindungskode

Die Verbindung zwischen verschiedenen Aufenthalten eines gleichen Patienten im gleichen Spital wird mit der Variable *0.2.V01 Anonymer Verbindungskode* aus der MB-Zeile gewährleistet. Diese Variable muss zwingend ausgefüllt sein.

#### 3.2.3. Kennzeichnung des Statistikfalls

Das Spital liefert die Daten aller stationären Fälle, die im Erhebungsjahr ausgetreten sind (Variable *0.2.V02 Kennzeichnung des Statistikfalls*, Wert = A).<sup>1</sup>

#### 3.2.4. Hauptkostenstelle

Die Variable *1.4.V01 Hauptkostenstelle* ist zwingend zu erfassen. Spitäler, die eine Hauptkostenstelle Rehabilitation oder einen Leistungsauftrag in Rehabilitation haben, erfassen in der Variable *1.4.V01 Hauptkostenstelle* den Eintrag M950.

#### 3.2.5. Tarif für die Abrechnung

Gemäss den Richtlinien des BFS ist die Variable *4.8.V01 Tarif für die Abrechnung* in der MD-Zeile zwingend zu erheben. Diese dient bei der Entwicklung der Tarifstruktur unter anderem dazu, die für die jeweilige Tarifstruktur relevanten Fälle zu erkennen. In Absprache mit dem BFS ist in der Variable *4.8.V01* der Wert = 4 zu erfassen.

<sup>1</sup> Für die Definition der stationären Fälle gelten die Regeln gemäss [Art. 3 VKL](#).

Es sind alle Fälle zu liefern, welche unter den Bereich Paraplegiologie (mit den entsprechenden CHOP Codes 93.87.\* ) fallen, Vollkosten aufweisen und nicht in den Anwendungsbereich Akutsomatik fallen. Fälle aus dem Bereich Frührehabilitation (CHOP Codes 93.86.\* und 93.89.1\*), die Vollkosten aufweisen und nicht in den Anwendungsbereich Akutsomatik fallen, sind sowohl in der Datenerhebung Akutsomatik als auch ST Reha zu liefern. **Für die Lieferung an Akutsomatik muss das Rehabilitationsspital in der Web-Schnittstelle auch unter SwissDRG (Bereich Akutsomatik) registriert sein.**

### 3.2.6. Diagnosen und Behandlungen

Gemäss BFS Richtlinien müssen die Diagnosen und Behandlungen in den Variablen 4.2.V\* resp. 4.3.V\* der MD-Zeile kodiert werden. Zusätzlich müssen die ersten neun Diagnosen und zehn Behandlungen in den Variablen 1.6.V\* resp. 1.7.V\* der MB-Zeile kodiert sein.

Die Diagnosen (Haupt- und Nebendiagnosen) werden gemäss BFS-Richtlinien für die Daten 2021 mit den Diagnosekodes nach ICD-10-GM 2021 kodiert. Bei der Kodierung der Diagnosen ist zu beachten, dass gemäss dem *Medizinischen Kodierungshandbuch Version 2021* neben der Hauptdiagnose auch die möglichen Nebendiagnosen zu kodieren sind.

Die Behandlungskodes werden gemäss BFS-Richtlinien für die Daten 2021 nach der *Schweizerischen Operationsklassifikation 2021* (CHOP 2021) kodiert.

Sämtliche Reha-spezifischen Kodes sind im CHOP Katalog 2021 abgebildet. **Die Erhebung der Messinstrumente und Messungen geschieht zwingend anhand der CHOP Kodes. Beachten Sie bitte die Mindestkriterien der einzelnen CHOP Kodes.**

Für eine mögliche Abrechenbarkeit von Zusatzentgelten aus der Akutsomatik sind zudem sämtliche zusatzentgeltfähigen CHOP Kodes zu kodieren.<sup>2</sup>

#### 3.2.6.1. Leistungsbereiche<sup>3</sup>

Die Zuteilung der Fälle der stationären Rehabilitation zu den vier definierten ST Reha Leistungsbereichen wird für das Datenjahr 2021 über CHOP Kodes in Tabelle 2 erreicht.

Zu beachten ist, dass die folgenden Typ Fälle im entsprechenden Leistungsbereich zu erfassen sind:

- Paraplegiologische Fälle → Leistungsbereich I: Nervensystem-Funktionseinschränkung
- Geriatrische Fälle → Leistungsbereich IV: Andere Funktionseinschränkung
- Muskuloskelettale Fälle → Leistungsbereich IV: Andere Funktionseinschränkung

Einer dieser Kodes ist somit für jeden Fall der stationären Rehabilitation ausschliesslich gemäss dem hier definierten Zweck zu verwenden. Diese Kodes sind in den Variablen 4.3.V\* der Medizinischen Statistik der MD-Zeile zu kodieren. Diese CHOP Kodes sollen auch dann erfasst werden, wenn die Mindestanforderungen der Reha-spezifischen CHOP Kodes (Basisleistungen in der Rehabilitation, BA.\*

<sup>2</sup> Die Zusatzentgelte sind in den Anhängen 2 (bewertet) und 3 (unbewertet) der jeweiligen SwissDRG Version aufgeführt und auf unserer Website unter *Akutsomatik > SwissDRG System 10.0/2021 > Fallpauschalenkatalog* abrufbar.

<sup>3</sup> Umbenennung der Leistungsbereiche gemäss Vorschlag FMH. Genehmigt vom Beratenden Ausschuss ST Reha.

gemäss BFS CHOP Katalog 2021) nicht erfüllt werden können. Damit soll die Zuteilung der Fälle zu den Leistungsbereichen sichergestellt werden.

Tabelle 2 Leistungsbereiche

Leistungs- bereich	Bezeichnung	CHOP Analogie Kode 2021	Bezeichnung
I	Nervensystem- Funktionseinschränkung	93.19	Übung, n.a.klass.
II	Herz- Funktionseinschränkung	93.36.00	Kardiale Rehabilitation, n.n.bez.
III	Lungen- Funktionseinschränkung	93.9A.00	Pneumologische Rehabilitation, n.n.bez.
IV	Andere Funktionseinschränkung	93.89.09	Rehabilitation, n.a.klass.

### 3.2.6.2. Assessments

Die Messinstrumente und Messungen (z.B. ADL, CIRS, etc.) sind gemäss den Vorgaben des BFS für das Datenjahr 2021 zu erheben.

### 3.2.7. Externe ambulante Leistungen<sup>4</sup>

Erhält ein stationärer Patient externe ambulante Leistungen (MRI, Dialysen, Chemotherapie, u. a.), werden diese beim stationären Fall kodiert und mit dem speziellen Item *ambulante Behandlung auswärts* (Variablen 4.3.V016, 4.3.V026, 4.3.V036 usw.) gekennzeichnet. Das heisst, die entsprechenden Variablen werden nicht leergelassen wie bei internen Behandlungen, sondern die dem Sachverhalt entsprechende Ausprägung wird kodiert.

### 3.2.8. Urlaub

Gemäss Richtlinien des BFS müssen alle Abwesenheiten eines Patienten von mehr als 24 Stunden (>24 h) bei bleibender Reservierung eines Bettes als administrativer Urlaub in der Variable 1.3.V04 *Administrativer Urlaub & Ferien* der Medizinischen Statistik kodiert werden. **Die Variable 1.3.V04 muss zwingend gemäss Vorgaben des BFS ausgefüllt werden.** Jegliche anderen Regelungen sind für die Datenerfassung unzulässig. Die Angabe muss die Gesamtsumme in Stunden enthalten. Die Kosten, die während solcher Abwesenheiten anfallen, werden auf den Fall gebucht.

### 3.2.9. Fallzusammenführung, Zwischenaustritte und Wiedereintritte<sup>5</sup>

Gemäss Beschluss des Verwaltungsrates der SwissDRG AG vom Dezember 2018 und in Absprache mit H+ gelten betreffend Fallzusammenführung zwecks Tarifstrukturentwicklung folgende Regeln:

#### Grundsatz

<sup>4</sup> Für die Definition der externen ambulanten Leistungen, siehe [Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG und TARPSY, gültig ab 1.1.2021.](#)

<sup>5</sup> Für Beispiele zu Fallzusammenführungen, siehe [Regeln und Definitionen der Fallabrechnung unter SwissDRG und TARPSY.](#)

Jeder Wiedereintritt wird als neuer Fall betrachtet, sofern nicht einer der folgenden Ausnahmetatbestände auf ihn zutrifft.

### **Ausnahmen**

Die nachstehenden Konstellationen führen dazu, dass die verschiedenen Aufenthalte im betreffenden Spital zu einem Fall zusammengefasst werden. Die Diagnosen und Behandlungen der zusammengeführten Fälle sind dabei so zu kodieren, wie wenn die gesamte Behandlung nur in einem Aufenthalt erfolgt wäre. Ebenso werden die Aufenthaltsdauern der zusammenzuführenden Fälle addiert. Die Ermittlung allfälliger Urlaubstage erfolgt erst nach durchgeführter Fallzusammenführung. Es findet keine jahresübergreifende Fallzusammenführung statt.

### **Wiederaufnahme oder Rückverlegung**

Erfolgt innerhalb von 18 Kalendertagen seit Austritt<sup>6</sup> eine Wiederaufnahme oder Rückverlegung in dasselbe Spital, so werden die Fälle zusammengeführt.

### **Kombinierte Fallzusammenführungen**

Bei mehrfacher Wiederaufnahme oder Rückverlegung erfolgt eine Fallzusammenführung für alle Aufenthalte mit einer Frist von 18 Tagen ab Erstentlassung bzw. Erstverlegung. Die Prüffrist beginnt immer mit dem ersten Fall, der die Fallzusammenführung auslöst.

Die einzelnen Zwischenausritte und Wiedereintritte zwingend anhand der Variablen 4.7.V01 bis 4.7.V33 sowie 4.8.V17 bis 4.8.V20 erfasst werden. **Die Variablen 4.8.V17 bis 4.8.V20 sind dabei unverschlüsselt zu liefern.**

### **3.2.10. Erfassung der Medikamente und teuren Substanzen**

In den Variablen 4.8.V02 bis 4.8.V15 der Medizinischen Statistik (Felder 678 bis 691 in der MD-Zeile) sind nur Medikamente zu erfassen, die auf der [Liste der in der Medizinischen Statistik erfassbaren Medikamente/Substanzen](#) aufgeführt sind. Diese Liste beinhaltet ebenfalls spezifisch für TARPSY/ST Reha aufgenommene Medikamente/Substanzen. Diese Daten dienen als Grundlage für die Analyse und Berechnung von möglichen Zusatzentgelten. Bitte beachten Sie dabei die Richtlinien des [technischen Begleitblatts](#). Im Folgenden werden nur die wichtigsten Punkte aufgeführt:

#### **Dosis**

- Es ist in jedem Fall nur die verabreichte Dosis zu erfassen.
- Bei gleicher Verabreichungsart und Zusatzangabe müssen die verabreichten Dosen eines Medikamentes pro Fall pro ATC-Kode aufsummiert werden.

#### **Einheit**

---

<sup>6</sup> „Innerhalb 18 Tage seit Austritt“ heisst: die Frist beginnt mit dem Austritt und dauert bis und mit dem 18. Kalendertag nach dem Austrittstag. Der Austrittstag wird demnach nicht in die Frist mit eingerechnet.

- Medikamente müssen zwingend in den Einheiten erfasst werden, welche gemäss der *Liste der in der Medizinischen Statistik erfassbaren Medikamente/Substanzen* vorgesehen sind. Es ist zu beachten, dass Vielfache einer Einheit NICHT zulässig sind.
- Die Einheiten sind strikt so anzugeben, wie es das *technische Begleitblatt* vorsieht. Andere Abkürzungen oder Schreibweisen sind nicht erlaubt.

#### Einschränkung

- Ist gemäss *Liste der in der Medizinischen Statistik erfassbaren Medikamente/Substanzen* explizit eine Einschränkung vorgesehen, darf das Medikament nur für die betreffenden Fälle erfasst werden.

#### Verabreichungsart

- Die Verabreichungsart ist für jedes Medikament anzugeben.
- Die Verabreichungsarten sind strikt so anzugeben, wie es das *technische Begleitblatt* vorsieht. Auch hier sind keine anderen Abkürzungen oder Schreibweisen erlaubt.

#### Zusatzangabe

- Die Zusatzangabe eines Medikaments darf nur für diejenigen Medikamente erfasst werden, bei welchen diese gemäss der *Liste der in der Medizinischen Statistik erfassbaren Medikamente/Substanzen* vorgesehen und zutreffend ist. Bei allen anderen Medikamenten bleibt dieses Feld leer.

#### Konkrete Beispiele<sup>7</sup>

- Antithrombin III: Der ATC-Kode muss in der Einheit U und mit der Verabreichungsart intravenös (IV) angegeben werden. Da die *zu kodierende Zusatzangabe* leer ist, muss keine Zusatzangabe gemacht werden.  
→ B01AB02;;IV;2500;U
- Gerinnungsfaktor VIII: Hier muss die zutreffende Zusatzangabe gemäss Format des *technischen Begleitblatts* angegeben werden (Spalte *zu kodierende Zusatzangaben*). Die gültige Einheit für dieses Medikament ist U. Die Zusatzangabe muss gemäss Abkürzung (Rec/Plas) im technischen Begleitblatt angegeben werden.  
→ B02BD02;Rec;IV;11000;U
- Amphotericin B: Das Medikament ist nur bei der liposomalen Gabe zu erfassen. Die gültige Einheit ist mg. Es ist keine Zusatzangabe zu erfassen.  
→ J02AA01;;IV;98;mg
- Voriconazol (Posaconazol): Die Zusatzangabe unterscheidet zwischen Suspension und Tablette und ist daher nur für die orale Applikation sinnvoll auszufüllen. Eine Einschränkung ist nicht vorgesehen.  
→ J02AC03;Susp;O;1000;mg für die orale Suspension

---

<sup>7</sup> Diese Beispiele stammen aus der Akutsomatik und dienen der Veranschaulichung.

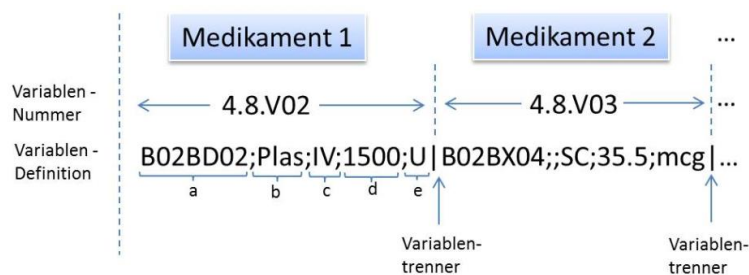
- J02AC03;Tab;O;1000;mg für die orale Gabe von Tabletten
- J02AC03;;IV;1000;mg für die intravenöse Gabe

Anmerkung

- Für die Erfassung der hochteuren Medikamente ist einzig die stationäre Verabreichung entscheidend, unabhängig allfälliger Limitationen zur Indikation oder der Kostenübernahme der Spezialitätenliste.
- Ausserdem ist zu beachten, dass einige Medikamente nur im Anwendungsbereich gewisser Tarifstrukturen zu erfassen sind. Diese sind auf der *Liste der in der Medizinischen Statistik erfassbaren Medikamente/Substanzen* entsprechend gekennzeichnet.

Als Trennzeichen zwischen den einzelnen Segmenten ist der Strichpunkt (ASCII-Kode 59: „;“) zu verwenden, zwischen den Variablen das Pipe-Symbol (ASCII-Kode 124: „|“), siehe Abbildung 2 aus dem [technischen Begleitblatt](#).

Abbildung 2 Beispiel der Erfassung teurer Medikamente/Substanzen



## 4. Fallkosten

### 4.1. Abgrenzungen und Berechnungsmethode der Fallkosten

Grundlage für die Ermittlung der Fallkosten stellt die Betriebsbuchhaltung gemäss REKOLE® dar. Diese setzt sich aus dem Handbuch REKOLE® - betriebliches Rechnungswesen im Spital - sowie den Entscheiden der Fachkommission Rechnungswesen & Controlling (REK) zusammen.

Dieses Kapitel beruht auf dem Format der Fallkostendatei für die Erhebung der SwissDRG-relevanten Fälle. Die FK-Datei enthält einige für psychiatrische Kliniken/Rehabilitationskliniken nicht relevante Kostenpositionen aus der Akutsomatik, die nicht beachtet werden müssen, z. B. Implantate (s. Anhang D).

Folgende Angaben zu den Abgrenzungen und zur Berechnungsmethode der Fallkosten heben die aus Sicht der SwissDRG AG wichtigsten Punkte hervor (ohne Anspruch auf Vollständigkeit).

#### 4.1.1. Kostenträgermethode

Die SwissDRG AG ist bestrebt, eine Tarifstruktur auf einheitlich erfassten Daten zu entwickeln, um eine möglichst adäquate Finanzierung der stationären Fälle zu ermöglichen. Da die Entwicklung der Tarifstruktur datenbasiert erfolgt, ist eine hohe Datenqualität unabdingbar. Für die einheitliche Erhebung der Kostendaten ist die Erfassung der Fallkosten anhand der REKOLE® Kostenträgermethode erstrebenswert. Die Variablen der REKOLE® Kostenträgermethode sind in Anhang D aufgelistet.

#### 4.1.2. Anlagenutzungskosten (ANK)

Die SwissDRG AG verlangt, dass die ANK nach der in REKOLE® beschriebenen Methode kalkuliert werden. Die [Eckwerte und Regeln zur Ermittlung der Anlagenutzungskosten](#) nach REKOLE® sind auf der Webseite der SwissDRG AG publiziert. Die Anlagenutzungskosten entsprechen den gesamten Kosten, die mit der Nutzung der Anlagen verbunden sind und entsprechen den Konten 442, 444 und 448 im H+ Kontenrahmen. Die Kalkulation der ANK pro Fall muss den effektiven Ressourcenverbrauch der Anlagenutzung widerspiegeln.

Gemäss REKOLE® Kostenträgerausweis sind die ANK innerhalb der Gemeinkosten separat pro Kostenkomponente auszuweisen, d. h. pro Variable werden einmal die Gemeinkosten exkl. ANK und einmal die ANK der gleichen Variable ausgewiesen, z. B. *v370 Pflege, Gemeinkosten exkl. ANK* und *v371 Pflege, ANK* (Anhang D).

#### 4.1.3. Vollkosten (gemäss REKOLE®)

Die Spitäler liefern die Daten aller stationären Fälle<sup>8</sup> welche im Erhebungsjahr aus dem Spital ausgetreten sind und **Vollkosten** aufweisen. Kosten werden insbesondere **nicht** als Vollkosten betrachtet, wenn:

- bei Überliegern die Kosten der Behandlungen, die vor der Erhebungsperiode stattgefunden haben, nicht auf den Fall verrechnet wurden.

---

<sup>8</sup> Für die Definition der stationären Fälle gelten die Regeln gemäss [Art. 3 VKL](#)

- der Aufenthalt über die Erhebungsperiode hinaus geht (Austritt ausserhalb der Erhebungsperiode, Statistikfälle C).
- ein Teil der Honorare oder der Leistungen von Dritten nicht auf den Fall verrechnet wurde (z. B. Arztrechnung bei der Erstellung der Kostenträgerrechnung noch nicht vorhanden).

#### 4.1.4. Anrechenbare Kosten

Die Fallkosten dürfen lediglich anrechenbare Kosten enthalten, unabhängig davon, ob es sich um Fälle aus KV, UV, MV, IV oder andere handelt. Kosten zu Lasten der Patienten<sup>9</sup>, patientenfremde Kosten<sup>10</sup>, Primärtransporte oder weitere nicht rückerstattete Leistungen sind aus den Fallkosten auszuschneiden. Zudem müssen in den gelieferten Fallkosten die Kosten für gemeinwirtschaftliche Leistungen gemäss REKOLE<sup>®</sup> ausgeschieden sein.

#### 4.1.5. Arzneimittel/Medikamente und Blutprodukte

Medikamente und Blutprodukte sollen wann immer möglich als Einzelkosten verrechnet werden (siehe REKOLE<sup>®</sup>). In jedem Fall aber jene, deren Gesamtkosten **200 Franken** pro Fall überschreiten (gemäss REK Entscheid 15\_004).

Die Unterscheidung zwischen

- 1) Arzneimitteln/Medikamenten (v101)
- 2) Blut und Blutprodukten (v102)

im H+ Konto 400 *Arzneimittel (inkl. Blut und Blutprodukte)* ist vorzunehmen.

Ein Link zur Artikelliste, wie die entsprechenden Produkte zu erfassen sind, ist im Anhang A dieser Dokumentation enthalten.

#### 4.1.6. Implantate und medizinisches Material

Implantate und medizinisches Material sollen wann immer möglich als Einzelkosten verrechnet werden (siehe REKOLE<sup>®</sup>). In jedem Fall aber jene, deren Gesamtkosten **50 Franken** pro Fall für Implantate inkl. Osteosynthese-Material **resp. 200 Franken** pro Fall für medizinisches Material überschreiten (REK Entscheid 15\_004).

Die Unterscheidung zwischen

- 1) medizinischem Material (v103)
- 2) Implantaten (v104)

im H+ Konto 401 *Material, Instrumente, Utensilien, Textilien* ist vorzunehmen.

Ein Link zur Artikelliste, wie die entsprechenden Produkte zu erfassen sind, ist im Anhang A dieser Dokumentation enthalten.

---

<sup>9</sup> Z. B. Fernsehen

<sup>10</sup> Z. B. Cafeteria oder weitere Leistungen an das Personal oder an Dritte



#### 4.1.7. Forschung und universitäre Lehre (FuL)

Gemäss den gesetzlichen Bestimmungen (Art. 49 Abs. 3 KVG und Art. 7 VKL) sind die Kosten der Forschung und universitären Lehre nicht Bestandteil der OKP-relevanten Fallkosten. Diese Kosten sind gemeinwirtschaftliche Leistungen und werden – in der Kostenträgerrechnung der Spitäler - auf spezifische Kostenträger verrechnet. In den übermittelten Fallkosten dürfen demzufolge keine Kosten für Forschung und universitäre Lehre enthalten sein. **Eine Verrechnung dieser Kosten auf den administrativen Fall ist gemäss REKOLE® nicht zulässig.**

#### 4.1.8. Fälle der privaten und halbprivaten Liegeklasse

Die Fälle werden unabhängig der Liegeklasse (im Rahmen des Spitalaufenthaltes belegte Liegeklasse, Variable 1.3.V02 Klasse) geliefert. Das heisst, es werden allgemeine, halbprivate und private Fälle übermittelt. Fälle, welche gemäss der Variable 1.3.V02 der Medizinischen Statistik als halbprivat oder privat erfasst sind, werden grundsätzlich für die Weiterentwicklung der Tarifstruktur verwendet. Voraussetzung dafür ist aber, dass die **Fallkosten um die liegeklassebedingten Mehrkosten bereinigt** werden (z. B. private Honorare der Spitalärzte, Anteil der privaten Honorare der Belegärzte).<sup>11</sup>

Ist dies nicht der Fall, muss die SwissDRG AG einen approximativen Abschlag vornehmen, was zu Ungenauigkeiten und im Extremfall zu Fallausschlüssen führen kann. **Aus diesem Grund empfiehlt die SwissDRG AG den Spitälern, die entsprechenden Anpassungen bereits vor dem Hochladen der Daten vorzunehmen.** Die Anpassung muss entsprechend im Fragebogen zur Datenlieferung dokumentiert werden.

#### 4.1.9. Arzthonorare

Gemäss REKOLE® werden die Honorare nach Art des behandelnden Arztes verrechnet:

- Honorare der Spitalärzte (H+ Konto 380) → Komponente v107
- Honorare der sozialversicherungspflichtigen Belegärzte (H+ Konto 381) → Komponente v108
- Honorare der nicht sozialversicherungspflichtigen Belegärzte (Teil des H+ Kontos 405, der Honorare enthält) → Komponente v106

---

<sup>11</sup> Für die Bereinigung der Liegeklasse bedingten Mehrkosten, siehe [ITAR\\_K©](#) (Integriertes Tarifmodell auf Basis der Kostenträgerrechnung).

## 4.2. Fallkostendatei (FK-Datei)

Das Format der FK-Datei entspricht dem Kostenteil des Kostenträgerausweises REKOLE®, wird jedoch von der SwissDRG AG zwecks besserer Aufbereitung in einem eigenen Format erhoben ([Erweiterte Massnahmen zur Verbesserung der Datenqualität](#)). Ab Daten 2021 müssen die die Fallkosten inkl. Anlagennutzungskosten verbindlich unter Anwendung von REKOLE® (Format mit 80 Variablen) ermittelt und geliefert werden.<sup>12</sup>

Die Variable 4.6.V01 Fallnummer der Fallkostenstatistik muss in der Medizinischen Statistik sowie in der FK-Datei vorhanden sein. Dieser Primärschlüssel muss eindeutig und anonym sein. Für eine erfolgreiche Lieferung der Daten an die SwissDRG AG muss die Datei die Mindestanforderungen gemäss Anhang C erfüllen. Angaben zur Abgrenzung und Berechnungsmethode der Fallkosten befinden sich im Kapitel 4.1.

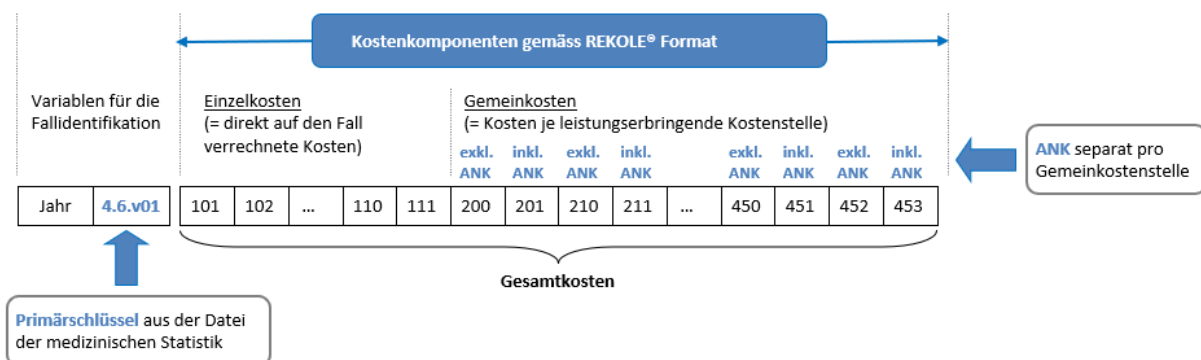
### 4.2.1. Fallkosten gemäss REKOLE® (FK-Datei)

Die FK-Datei im REKOLE® Format enthält pro Fall eine Zeile mit 80 Variablen (79 Variablen + 1 Reservefeld):

- 2 Variablen zur Identifizierung der Fälle:
  - 1. Feld entspricht dem Datenjahr
  - 2. Feld entspricht der Fallnummer (= Primärschlüssel, Variable 4.6.V01 der Medizinischen Statistik, keine Doppelnennungen und keine leeren Felder erlaubt.)
- 77 Variablen mit den anrechenbaren Kosten, davon:
  - 11 Kostenkomponenten mit den Einzelkosten (v101-v111)
  - 66 Kostenkomponenten mit den Kosten der leistungserbringenden Kostenstellen gemäss REKOLE® (v200 – v461). Zu jeder Kostenkomponente sind einmal die Gemeinkosten exklusive der ANK und einmal der Anteil der ANK für diese Komponente anzugeben.

Eine Auflistung der Variablen befindet sich im Anhang D.

Abbildung 3 Beispielzeile der Fallkosten gemäss REKOLE® Format



<sup>12</sup> Für weitere Informationen, siehe [Anpassungen der Fallkostendatei hinsichtlich der Datenerhebung 2021 \(Daten 2020\)](#).

Abbildung 4 Beispiel zweier Fälle der Kostendatei (FK-Datei) gemäss REKOLE® Format

```
2021|5050286|79.00|57.00|0.00|0.00|0.00|42.00|0.00|...|0.00  
2021|5050297|31.00|27.00|0.00|0.00|0.00|34.00|0.00|...|0.00
```



**Primärschlüssel.** Entspricht der Variable **4.6.V01** (663. Variable der MD-Zeile) in der Medizinischen Statistik.

## 5. Detailerhebung

Die Detailerhebung dient als Datengrundlage für die Bewertung bestehender sowie potentieller Zusatzentgelte. Mit der Detailerhebung werden einerseits die Medikamentenpreise für die auf der *Liste der in der Medizinischen Statistik erfassbaren Medikamente/Substanzen* je nach Jahr erhoben, andererseits Kodes und Kosten für teure Materialien, Prozeduren und Verfahren.

**Achtung:** Die verabreichten teuren Medikamente/Substanzen (s. Anhang B) müssen auf Fallebene in den Variablen 4.8.V02 bis 4.8.V15 der Medizinischen Statistik erfasst werden (siehe Kapitel 3.2.10).

Alle Informationen zur Detailerhebung sind der entsprechenden Excel-Datei zu entnehmen. Diese wird spätestens im Januar 2022 auf unserer Webseite unter der Rubrik Datenerhebung publiziert. Für eine Vorschau des Formats als auch des Inhaltes eignet sich die [Detailerhebung 2020 \(Daten 2019\)](#). Bitte beachten Sie für die Lieferung der Detailerhebung die Fristen: 01.03.2022 – 15.05.2022.

### Medikamente (ATC)

Die für Daten 2021 relevanten Medikamente können Sie der [Liste der in der Medizinischen Statistik erfassbaren Medikamente/Substanzen 2021](#) entnehmen. Bitte berücksichtigen Sie dazu das entsprechende [Technische Begleitblatt 2021](#). Neu zu erfassende Medikamente finden Sie in der entsprechenden [Änderungsdokumentation](#).

### Teure Verfahren und Implantate (CHOP)

Als Vorlage dient die aktuellste Detailerhebung. Allfällige weitere abgefragte CHOP Codes im Vergleich zu den Daten 2020 werden Ende 2021/Anfang 2022 kommuniziert.

## 6. Weiterführende Dokumente

BFS (2020). Medizinisches Kodierungshandbuch. Der offizielle Leitfaden der Kodierungsrichtlinien in der Schweiz. Version 2021. Neuchâtel, Bundesamt für Statistik. URL:

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/nomenklaturen/medkk/instrumente-medizinische-kodierung.assetdetail.14628240.html>, [Stand 20.10.2020].

BFS (2020). Schweizerische Operationsklassifikation (CHOP) Systematisches Verzeichnis. Version 2020. Neuchâtel, Bundesamt für Statistik. URL:

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/nomenklaturen/medkk/instrumente-medizinische-kodierung.assetdetail.13772937.html>, [Stand 20.10.2020].

BFS (2021). Medizinische Statistik der Krankenhäuser - Variablen der Medizinischen Statistik. Spezifikationen gültig ab 1.1.2021. Neuchâtel, Bundesamt für Statistik. URL:

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/erhebungen/ms.html>, [Stand: 20.10.2020].

Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (1994). *Bundesgesetz* vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG), [SR 832.10]. URL: <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19940073/index.html>, [Stand 20.10.2020].

H+ Die Spitäler der Schweiz (2019). REKOLE® Handbuch – Betriebliches Rechnungswesen im Spital. 5. Ausgabe, Bern.

H+ Die Spitäler der Schweiz (2014). Kontenrahmen. 8. Ausgabe, Bern.

Schweizerischer Bundesrat (2002). Verordnung vom 3. Juli 2002 über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL), [SR 832.104]. URL: <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/20021333/index.html>, [Stand 20.10.2020].

SwissDRG AG (2020). Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG und TARPSY. Gültig ab 1.1.2021. URL: [https://www.swissdrg.org/download\\_file/view/2849](https://www.swissdrg.org/download_file/view/2849), [Stand 20.10.2020].

Weitere Dokumente befinden sich auf der Webseite der SwissDRG AG unter Datenerhebung > Medizinische Statistik. URL: <https://www.swissdrg.org/de/rehabilitation/datenerhebung/medizinische-statistik>, [Stand 20.10.2020]

## Anhänge

### **Anhang A Artikelliste für die verbindliche Einzelkostenverrechnung**

Anhand des folgenden Links kann die [Artikelliste für die verbindliche Einzelkostenverrechnung](#), die die Zuordnung der Kosten bestimmter Produkte zu den entsprechenden Kostenkomponenten präzisiert, heruntergeladen werden. Diese Liste befindet sich auf der Webseite der SwissDRG AG unter Datenerhebung.

### **Anhang B Variablen der Medizinischen Statistik**

Anhand des folgenden Links kann die Spezifikation der [Variablen der Medizinische Statistik der Krankenhäuser](#), gültig ab 1.1.2021 (Publikation Anfang 2021), heruntergeladen werden.

## Anhang C Mindestanforderungen an die Dateien

Die folgenden Anforderungen sind Mindestanforderungen an die Dateien. Erfüllen die Dateien diese Mindestanforderungen nicht, ist das Hochladen der Datensätze über die Web-Schnittstelle nicht möglich.

Bezeichnung
<b>Allgemeine Tests</b>
<input type="checkbox"/> Dateien müssen mit *.dat oder *.txt enden.
<input type="checkbox"/> Dateien müssen mit <i>ISO8859-1</i> kodiert sein.
<input type="checkbox"/> Dateien müssen im Text-Format (ASCII) geliefert werden.
<input type="checkbox"/> Die Variablen werden durch Pipes (ASCII-Kode 124: „ “) getrennt.
<input type="checkbox"/> Das CRLF (ASCII-Kodes 10 und 13) wird als Zeilenumbruch verwendet.
<input type="checkbox"/> Vorhandensein und Konsistenz der Variable 4.6.V01 (Fallnummer der Fallkostenstatistik /Primärschlüssel) in allen Dateien. Fälle, welche nur in einer Datei aufgeführt sind, können nicht plausibilisiert und in die Datenbank importiert werden. Keine Doppelnennungen und keine leere Felder sind erlaubt.
<b>Datei der Medizinischen Statistik (MS-Datei)</b>
<input type="checkbox"/> MB-Zeile: 50 Spalten. Die Zeile enthält 50 Pipes.
<input type="checkbox"/> MD-Zeile: 696 Spalten. Die Zeile enthält 696 Pipes.
<input type="checkbox"/> Die letzte Variable einer Zeile muss durch ein Pipe geschlossen werden.
<input type="checkbox"/> Die BUR Nummer in der MX-Zeile muss zwingend erfasst werden.
<input type="checkbox"/> Die Zeilen müssen in der Reihenfolge MB, MN, MP, MD, MK kodiert sein, wobei je nach Tarifstruktur nicht alle Zeilen geliefert werden müssen (keine Leerzeilen einfügen).
<input type="checkbox"/> Die Variablen 0.3.V01, 0.3.V02, 0.3.V03 und 0.3.V04 müssen zwingend mit 0 oder 1 kodiert werden. Wenn 1 kodiert ist, muss die entsprechende MN-, MP-, MD- oder MK-Zeilen folgen; wenn 0 kodiert ist, darf die entsprechende Zeile nicht vorhanden sein.
<input type="checkbox"/> Übereinstimmung der 'MB' und 'MD' Zeile: Für alle ICD und CHOP Codes ist 1.6.V01 = 4.2.V010, 1.6.V02 = 4.2.V020, 1.6.V03 = 4.2.V030, usw. Wie beim Format der Medizinischen Statistik des BFS werden die ersten 5 Zeichen getestet.
<input type="checkbox"/> Die Spalte 663 der MD-Zeile entspricht der Variable 4.6.V01 (Fallnummer der Fallkostenstatistik). Dieser Primärschlüssel muss eindeutig und anonym sein und darf weder Doppelnennungen noch leere Felder enthalten.
<input type="checkbox"/> Die Variable 0.2.V01 <i>Anonymer Verbindungskode</i> muss kodiert und anhand 16 alphanumerischer Zeichen korrekt verschlüsselt sein.
<input type="checkbox"/> Die Definition der folgenden Variablen muss zwingend eingehalten werden: 0.2.V02, 1.1.V01, 1.1.V02, 1.1.V03, 1.2.V01, 1.2.V02, 1.2.V03, 1.3.V01, 1.3.V02, 1.3.V03, 1.3.V04, 1.4.V01, 1.5.V01, 1.5.V02, 1.5.V03, 4.5.V01, 4.7.V01, 4.7.V02, 4.7.V11, 4.7.V12, 4.7.V21, 4.7.V22, 4.7.V31, 4.7.V32, 4.8.V01, 4.8.V17, 4.8.V18, 4.8.V19, 4.8.V20.
<input type="checkbox"/> Datei darf ausser in den Feldern für Medikamentenangaben (4.8.V02 - 4.8.V15, Medikament 1 - 14, Variablennummern 678 - 691) keinen Text enthalten.
<input type="checkbox"/> Die Datei darf keine ungültigen Medikamentenangaben (4.8.V02 - 4.8.V15, Medikament 1 - 14, Variablennummern 678 - 691) enthalten.
<b>Fallkostendatei gemäss REKOLE® Format (FK-Datei)</b>
<input type="checkbox"/> Jede Zeile der FK-Datei entspricht einem Fall.
<input type="checkbox"/> Die Datei enthält 80 Variablen. Die Zeile enthält 79 Pipes.
<input type="checkbox"/> Die letzte Variable einer Zeile wird nicht durch ein Pipe geschlossen.
<input type="checkbox"/> Primärschlüssel 4.6.V01 in der 2. Spalte der Medizinischen Statistik. Keine Doppelnennungen und keine leere Felder.
<input type="checkbox"/> Variablen sind durch ein Pipe getrennt.
<input type="checkbox"/> Die Datei darf keine Variablennamen enthalten.
<input type="checkbox"/> Die Kostenvariablen dürfen nur Zahlen und keine Buchstaben enthalten.
<input type="checkbox"/> Zahlen dürfen keine Formatierungen wie Tausender-Trennzeichen, Hochkomma, Leerschlag usw. enthalten.
<input type="checkbox"/> Als Dezimaltrennzeichen wird der Punkt verwendet (z. B. 1234.50).

- Jeder Fall muss Anlagenutzungskosten aufweisen. Die Summe der Anlagenutzungskosten muss grösser Null sein.
  - Alle Reservfelder (Feld 80) müssen leer bleiben, sofern dies in der Beschreibung so vermerkt ist.
-



**Anhang D Fallkostendatei gemäss REKOLE® Format (FK-Datei)**

N°	Variable	Bezeichnung	
<b>Allgemeine Angaben</b>			
1	year	Datenjahr	
2	<b>4.6.V01</b>	<b>Fallnummer (siehe Variable an der 663. Stelle der MD-Zeile)</b>	<b>[PRIMÄR-SCHLÜSSEL]</b>
<b>Einzelkosten</b>			<b>H+ Kontenrahmen<sup>2</sup></b>
3	v101	Arzneimittel	400
4	v102	Blut und Blutprodukte	400
5	v103	Medizinisches Material	401
6	v104	Implantate	401
7	v105	Medizinische, diagnostische und therapeutische Fremdleistungen (exkl. Arzthonorare)	405
8	v106	Arzthonoraraufwand (nicht sozialversicherungspflichtig)	405
9	v107	Arzthonoraraufwand, Spitalärzte (sozialversicherungspflichtig)	380
10	v108	Arzthonoraraufwand, Belegärzte (sozialversicherungspflichtig)	381
11	v109	Patiententransporte durch Dritte	480
12	v110	Übrige patientenbezogene Fremdleistungen	485
13	v111	Übrige Auslagen für Patienten	486
<b>Gemeinkosten</b>			<b>Muss-Kostenstelle REKOLE®</b>
14	v200	Patientenadministration, Gemeinkosten exkl. ANK	(10)
15	v201	Patientenadministration, ANK <sup>1</sup>	(10)
16	v210	OP-Saal, Gemeinkosten exkl. ANK	(20)
17	v211	OP-Saal, ANK <sup>1</sup>	(20)
18	v212	Ärztschaften des OP-Saals - Aktivitäten 6a <sub>1</sub> , Gemeinkosten exkl. ANK	(31)
19	v213	Ärztschaften des OP-Saals - Aktivitäten 6a <sub>1</sub> , ANK <sup>1</sup>	(31)
20	v220	Anästhesie, Gemeinkosten exkl. ANK	(23)
21	v221	Anästhesie, ANK <sup>1</sup>	(23)
22	v230	Intensivpflege (IPS), Gemeinkosten exkl. ANK	(24)
23	v231	Intensivpflege (IPS), ANK <sup>1</sup>	(24)
24	v232	Ärztschaften der IPS - Aktivitäten 6b <sub>1</sub> , Gemeinkosten exkl. ANK	(31)
25	v233	Ärztschaften der IPS - Aktivitäten 6b <sub>1</sub> , ANK <sup>1</sup>	(31)
26	v240	Anerkannte Intermediate Care Stellen (IMCU), Gemeinkosten exkl. ANK	(38)
27	v241	Anerkannte Intermediate Care Stellen (IMCU), ANK <sup>1</sup>	(38)
28	v242	Ärztschaften der IMCU - Aktivitäten 6b <sub>2</sub> , Gemeinkosten exkl. ANK	(31)
29	v243	Ärztschaften der IMCU - Aktivitäten 6b <sub>2</sub> , ANK <sup>1</sup>	(31)
30	v250	Notfall, Gemeinkosten exkl. ANK	(25)

N°	Variable	Bezeichnung	Muss-Kostenstelle REKOLE®
		Gemeinkosten	
31	v251	Notfall, ANK <sup>1</sup>	(25)
32	v252	Ärztschaften des Notfalls - Aktivitäten 6b <sub>3</sub> , Gemeinkosten exkl. ANK	(31)
33	v253	Ärztschaften des Notfalls - Aktivitäten 6b <sub>3</sub> , ANK <sup>1</sup>	(31)
34	v260	Bildgebende Verfahren, Gemeinkosten exkl. ANK	(26)
35	v261	Bildgebende Verfahren, ANK <sup>1</sup>	(26)
36	v270	Gebärsaal, Gemeinkosten exkl. ANK	(27)
37	v271	Gebärsaal, ANK <sup>1</sup>	(27)
38	v272	Ärztschaften des Gebärsaals - Aktivitäten 6b <sub>4</sub> , Gemeinkosten exkl. ANK	(31)
39	v273	Ärztschaften des Gebärsaals - Aktivitäten 6b <sub>4</sub> , ANK <sup>1</sup>	(31)
40	v280	Nuklearmedizin und Radioonkologie, Gemeinkosten exkl. ANK	(28)
41	v281	Nuklearmedizin und Radioonkologie, ANK <sup>1</sup>	(28)
42	v290	Labor, Gemeinkosten exkl. ANK	(29)
43	v291	Labor, ANK <sup>1</sup>	(29)
44	v300	Dialyse, Gemeinkosten exkl. ANK	(30)
45	v301	Dialyse, ANK <sup>1</sup>	(30)
46	v310	Ärztschaften, Aktivitäten 1-5, Gemeinkosten exkl. ANK	(31)
47	v311	Ärztschaften, Aktivitäten 1-5, ANK <sup>1</sup>	(31)
48	v320	Physiotherapie, Gemeinkosten exkl. ANK	(32)
49	v321	Physiotherapie, ANK <sup>1</sup>	(32)
50	v330	Ergotherapie, Gemeinkosten exkl. ANK	(33)
51	v331	Ergotherapie, ANK <sup>1</sup>	(33)
52	v340	Logopädie, Gemeinkosten exkl. ANK	(34)
53	v341	Logopädie, ANK <sup>1</sup>	(34)
54	v350	Nichtärztliche Therapien und Beratungen, Gemeinkosten exkl. ANK	(35)
55	v351	Nichtärztliche Therapien und Beratungen, ANK <sup>1</sup>	(35)
56	v360	Medizinische und therapeutische Diagnostik, Gemeinkosten exkl. ANK	(36)
57	v361	Medizinische und therapeutische Diagnostik, ANK <sup>1</sup>	(36)
58	v362	Ärztschaften der medizinischen und therapeutischen Diagnostik - Aktivitäten 6b <sub>5</sub> , Gemeinkosten exkl. ANK	(31)
59	v363	Ärztschaften der medizinischen und therapeutischen Diagnostik - Aktivitäten 6b <sub>5</sub> , ANK <sup>1</sup>	(31)
60	v370	Pflege, Gemeinkosten exkl. ANK	(39)
61	v371	Pflege, ANK <sup>1</sup>	(39)
62	v380	Hotellerie-Zimmer, Gemeinkosten exkl. ANK	(41)
63	v381	Hotellerie-Zimmer, ANK <sup>1</sup>	(41)
64	v390	Hotellerie-Küche, Gemeinkosten exkl. ANK	(42)
65	v391	Hotellerie-Küche, ANK <sup>1</sup>	(42)
66	v400	Hotellerie-Service, Gemeinkosten exkl. ANK	(43)

N°	Variable	Bezeichnung	Muss-Kostenstelle REKOLE®
<b>Gemeinkosten</b>			
67	v401	Hotellerie-Service, ANK <sup>1</sup>	(43)
68	v410	Übrige Leistungserbringer, Gemeinkosten exkl. ANK	(44)
69	v411	Übrige Leistungserbringer, ANK <sup>1</sup>	(44)
70	v420	Pathologie, Gemeinkosten exkl. ANK	(45)
71	v421	Pathologie, ANK <sup>1</sup>	(45)
72	v460	Psychologie, Gemeinkosten exkl. ANK	(40)
73	v461	Psychologie, ANK <sup>1</sup>	(40)
74	v440	Rettungs- bzw. Ambulanzdienst (nur Sekundärtransporte), Gemeinkosten exkl. ANK	(77)
75	v441	Rettungs- bzw. Ambulanzdienst (nur Sekundärtransporte), ANK <sup>1</sup>	(77)
76	v450	Herzkatheter-Labor, Gemeinkosten exkl. ANK	(21)
77	v451	Herzkatheter-Labor, ANK <sup>1</sup>	(21)
78	v452	Ärzeschaften des Herzkatheter-Labor – Aktivität 6a <sub>2</sub> , Gemeinkosten exkl. ANK	(31)
79	v453	Ärzeschaften des Herzkatheter-Labor – Aktivität 6a <sub>2</sub> , ANK	(31)
<b>Reservfelder</b>			
80		<i>Reservefeld, bitte leer lassen</i>	

1) H+ Konto 442, 444, 448 (siehe REKOLE®, Kontenrahmen H+, 2014)

2) Die H+ Konten 403 und 404 sind im REKOLE Kostenträgerausweis nicht mehr als Einzelkosten aufgeführt. Diese Kosten werden als Gemeinkosten verrechnet.