



Dokumentation zur SwissDRG Erhebung 2015

Format und Inhalt der Daten

Daten-Lieferprozess

Detailerhebung der teuren Medikamente, Implantate
und Verfahren

Version vom 12.03.2015	Errata betreffend der Zusatzangabe „Parenteral P“ bei der Erfassung der Medikamenten; Konkrete Beispiele beim B02BD02 korrigiert (5.2.3)
Version vom 06.02.2015	Zusatzinformation über den Einstandpreis für Medikamente und Implantate

Inhaltsverzeichnis

1. ÜBERBLICK DER ERHEBUNG 2015.....	1
1.1. FRISTEN.....	1
1.2. KONTAKT.....	1
1.3. FORMAT.....	1
1.4. DETAILERHEBUNG.....	2
1.5. ERFASSUNG DER MEDIKAMENTE/SUBSTANZEN IN DER MEDIZINISCHEN STATISTIK.....	2
1.6. KOSTENKOMPONENTEN UND ANLAGENUTZUNGSKOSTEN (ANK).....	2
1.7. KODIERUNG.....	2
1.8. VARIABLE 4.8.V01 „DRG-STATUS“.....	3
1.9. ZWISCHENAustritte UND WIEDEREINTRITTE.....	3
1.10. DATENLIEFERUNG FÜR ZUSAMMENGEFÜHRTE FÄLLE.....	3
2. DATEN-LIEFERPROZESS.....	3
3. ABGRENZUNGEN UND BERECHNUNGSMETHODE DER FALLKOSTEN.....	4
3.1. NICHT ANRECHENBARE KOSTEN.....	4
3.2. MEDIKAMENTE, IMPLANTATE UND MEDIZINISCHES MATERIAL.....	5
3.3. ANLAGENUTZUNGSKOSTEN (ANK).....	5
3.4. UNIVERSITÄRE LEHRE UND FORSCHUNG (UL&F).....	6
3.5. BEHANDLUNGSART.....	6
4. ABGRENZUNG DER ZU LIEFERNDEN FÄLLE.....	7
4.1. DEFINITION DER SWISSDRG-RELEVANTEN FÄLLE.....	7
4.2. ZU LIEFERNDEN FÄLLE.....	7
5. FORMAT DER DATENLIEFERUNG.....	9
5.1. ÜBERBLICK.....	9
5.2. DATEN DER MEDIZINISCHEN STATISTIK.....	10
5.2.1. <i>Beispiel – Format der Datei</i>	11
5.2.2. <i>Erfassung der teuren Medikamente/Substanzen</i>	12
5.2.3. <i>Zusatzentgelte und Datenqualität bei der Erfassung der teuren Medikamente/Substanzen</i>	14
5.3. FALLKOSTEN.....	16
5.3.1. <i>Beispiel – Format der Datei</i>	17
5.3.2. <i>Arzthonorare</i>	17
5.4. DATEI MIT DEN DETAILERHEBUNGEN.....	17
5.4.1. <i>Detailerhebung der Kosten für teure Medikamente</i>	19
5.4.2. <i>Detailerhebung der Kosten für teure Implantate</i>	21
5.4.3. <i>Detailerhebung der Kosten für die Implantation von Kunstherzen</i>	22
5.4.4. <i>Detailerhebung der Kosten für teure Verfahren</i>	24
5.4.5. <i>Detailerhebung, Zusatzerhebung Hämodialyse</i>	26
6. DATENSCHUTZ.....	27
7. QUELLENNACHWEIS.....	27
8. KONTAKTE.....	27
ANHANG A: DETAILFORMAT DER MEDIZINISCHEN STATISTIK.....	28
ANHANG B: DETAILLIERTES FORMAT DER KOSTENDATEN.....	31

ANHANG C: AUSZUG (BEISPIEL) DES FRAGEBOGENS DER WEB-SCHNITTSTELLE FÜR DIE DATENLIEFERUNG	32
ANHANG D: MINDESTANFORDERUNGEN FÜR DIE DATENLIEFERUNG	33
ANHANG E : PRÄZISIERUNG DER KOSTENKOMPONENTEN V10, V11, V12 UND V13	34

Wichtige Information

Es ist unabdingbar die folgende Dokumentation vor dem Datenexport zu studieren.

Die Berücksichtigung der Mindestanforderungen zur Teilnahme sowie eine Überprüfung des Formats werden durch einen im Importprozess enthaltenen Fragebogen gewährleistet.

Falls die Anforderungen (siehe Anhang D für einen Überblick) nicht erfüllt sind, wird der Lieferprozess abgebrochen.

Es ist demnach **unerlässlich die Erfüllung der Mindestanforderungen vor dem Datenexport zu überprüfen**.

1. Überblick der Erhebung 2015

1.1. Fristen

- Die Erhebung 2015 betrifft die **Daten aus dem Jahr 2014**
- Für den vollständigen Zugriff (allen Funktionalitäten) zum Webfeedback müssen die Daten bis am **30. April 2015** geliefert werden.
- Die Datenbank wird am **29.05.2015** abgeschlossen. Nach Ablauf dieser Frist können die Daten 2014 für die Entwicklung der Tarifstruktur 6.0 nicht berücksichtigt werden.
- Unabhängig von der Lieferfrist erhalten die Spitäler die Plausibilisierungen ihrer Daten

1.2. Kontakt

- Datenerhebung: datenerhebung@swissdrg.org

1.3. Format

- Die Daten werden im SwissDRG-Format (sehr empfohlen) oder PRISMA geliefert.

1.4. Detailerhebung

- Die Detailerhebung der Kosten für teure Medikamente, Implantate und Verfahren werden separat voneinander geliefert : siehe 5.4.1 bis 5.4.2
- **Bei der Detailerhebung werden neue administrative Informationen (Tabelle „Willkommen“) und Anforderungen (weitere Tabellen) verlangt**
 - Bitte siehe die Excel-Vorlage: [SwissDRG Erhebung >> Sektion „Erhebung 2015 \(Daten 2014\)“ >> Unter-Sektion „Detailerhebung“ >> Detailerhebung 2015.xlsx](#)
- Die Kosten für Medikamente / Substanzen und Implantate werden abzüglich der Rabatte und ohne Mehrwertsteuer (MwSt) erfasst.
- Die Kosten für teure Medikamente/Substanzen, ausgewählte Implantate und Verfahren müssen auf Produktebene geliefert werden (siehe 5.4.1 et 5.4.2).
- Die Kosten für Kunstherzen müssen auf Fallebene geliefert werden (siehe Kapitel 5.4.3)
- Die Kosten für Hämodialyse müssen auf Fall- und Produktebene geliefert werden (Siehe Kapitel 5.4.4 und 5.4.5).
- Seit der Erhebung 2014 (Daten 2013) sind die Blutprodukte HTRATKZ, HTRECKZ, HTRGRKZ, HTRLYKZ, HTRPLKZ, HTRPTKZ, HTRTRKZ und HTRVBKZ als CHOP-Kode zu erfassen und über die Verfahren zu übermitteln (nicht über die Medikamente/Substanzen).



Bitte beachten Sie, dass die Lieferung der ATC-Kodes und von gewissen CHOP-Kode auf Fallebene nicht mehr möglich ist!

1.5. Erfassung der Medikamente/Substanzen in der medizinischen Statistik

- Die Verabreichungsart „IM = intramuskular“ ist neu.
- Die Verabreichungsart „P = parenteral“ existiert nicht mehr und ist nun durch „IV = intravenös“ und „SC = subkutan“ ersetzt.

1.6. Kostenkomponenten und Anlagenutzungskosten (ANK)

- Die Kostenkomponenten **v20-v39** sind gemäss REKOLE® **ohne ANK zu liefern**
- Die ANK müssen in die Kostenkomponente A1 geliefert werden

1.7. Kodierung

- Kodierung gemäss BFS-Richtlinien für die Daten 2014, u.a.:
 - Behandlungskodes nach **CHOP 2014**

- Diagnosekodes nach **ICD-10 GM 2012**

1.8. Variable 4.8.V01 „DRG-Status“

- Die Variable 4.8.V01 „DRG-Status“ ist obligatorisch. Sie wird für die Tarifstrukturentwicklung verwendet, um die SwissDRG relevanten Fälle auszuwählen.

1.9. Zwischenaustritte und Wiedereintritte

In der Medizinischen Statistik werden die einzelnen Zwischenaustritte und Wiedereintritte anhand der Variablen 4.7.V01 bis 4.7.V33 angegeben

1.10. Datenlieferung für zusammengeführte Fälle

Fälle, welche infolge eines Wiedereintritts oder Rückverlegung zusammengeführt werden sollen, müssen **in jeder Datei** als ein einziger Fall geliefert werden

2. Daten-Lieferprozess

Für die neuen Netzwerkspitäler wird die Einführungsdokumentation an folgender Adresse zur Verfügung gestellt:

[SwissDRG Erhebung >> Sektion „Erhebung 2015 \(Daten 2014\)“ >> Unter-Sektion „Zusätzliche Informationen für neue Spitäler“ >> Einführung für neue Spitäler](#)

Oder hier: [Einführung für neue Spitäler 2014](#)

(Auf Italienisch, hier : [Introduzione per tutti i nuovi ospedali](#))

Die Datenlieferung an die SwissDRG AG verläuft über eine geschützte Web-Schnittstelle. Den Zugang zur Schnittstelle finden Sie auf der SwissDRG AG Internetseite, unter folgender Adresse: www.swissdrq.org

[SwissDRG Erhebung >> Sektion „Erhebung 2015 \(Daten 2014\)“ >> Datenlieferung >> Web-Schnittstelle für die Datenlieferung](#)

Oder hier : [Datenlieferung 2015](#)

(Die Web-Schnittstelle 2015 für die Datenlieferung wird ab Ende Februar 2015 auf der SwissDRG AG Internetseite zur Verfügung gestellt)

Im Laufe des Lieferprozesses wird eine Reihe von Überprüfungen des Dateninhalts und Datenformats durchgeführt.

Zudem muss ein Fragebogen zu den Daten ausgefüllt werden.

Falls die Daten die Mindestanforderungen nicht erfüllen, wird der Lieferprozess abgebrochen. **Es ist demnach unabdingbar die Anforderungen und den Fragebogen vor der Datenaufbereitung zu studieren.**

Der Lieferprozess besteht aus 3 Etappen:

1. Ausfüllen des Fragebogens über die Daten (siehe Anhang C);
2. Hochladen der Daten auf den FTP-Server (durch die Web-Schnittstelle 2015 für die Datenlieferung). Die Daten müssen das SwissDRG-Format befolgen;
3. Erhalten der Lieferbestätigung von SwissDRG AG per E-Mail.



SwissDRG-Format: Anzahl und Reihenfolge der Spalten müssen dem SwissDRG-Format entsprechen.

PRISMA-Format wird ebenfalls akzeptiert

Der Fragebogen und die Tests werden respektive in den Anhängen C und D beschrieben.

3. Abgrenzungen und Berechnungsmethode der Fallkosten

Für die Berechnung der Fallkosten wird von der SwissDRG AG die REKOLE® Kostenträgermethode erfordert.

Was die Kostenabgrenzung anbelangt, sollen lediglich die Kosten der im KVG-Leistungskatalog dargestellten Leistungen geliefert werden (anrechenbare Kosten). Der KVG-Leistungskatalog ist auch für UVG, IV, MV gültig.

3.1. Nicht anrechenbare Kosten

Als nicht anrechenbar werden jene Kosten definiert, welche keine dem KVG-Leistungskatalog entsprechenden Leistungen darstellen. Somit sind die Kosten zu Lasten der Patienten¹, patientenfremde Kosten², Primärtransporte oder weitere nicht rückerstattete Leistungen aus den Fallkosten auszuschneiden.

¹ Z.B. Fernsehen, Mineralwasser, usw.

² Z.B. Cafeteria oder weitere Leistungen an das Personal oder an Dritte

Zudem müssen die Kosten der gemeinwirtschaftlichen Leistungen (siehe Art. 49. al. 3 KVG) aus den Fallkosten ausgeschieden werden. Dies betrifft u.a. die Kosten der universitären Lehre und Forschung.

3.2. Medikamente, Implantate und medizinisches Material

Medikamente und Implantate sollen alle als Einzelkosten verrechnet werden (empfohlen), mindestens aber jene, deren Gesamtkosten 1'000 Franken überschreiten.

Die Unterscheidung zwischen

- 1) Medikamente (v10) und
- 2) Blutprodukte in v11

im H+ Konto 400 „Medikamenten und Blutprodukten“ wird empfohlen.

Falls die Unterscheidung nicht möglich ist, müssen die Gesamtkosten für Medikamente und Blutprodukte in der Kostenkomponente Medikamente (v10) enthalten sein. Wir bitten Sie dies ggf. im Fragebogen an der entsprechenden Stelle zu vermerken.

Die Unterscheidung zwischen

- 1) Implantate (v12) und
- 2) Medizinisches Material (v13)

im H+ Konto 401 „Implantate und medizinisches Material“ wird empfohlen.

Falls die Unterscheidung nicht möglich ist, müssen die Gesamtkosten für Implantate und medizinisches Material in der Kostenkomponente „Implantate“ (v12) enthalten sein. Wir bitten Sie dies ggf. im Fragebogen an der entsprechenden Stelle zu vermerken.

Anhang E definiert einerseits die Unterscheidung zwischen Medikamenten und Blutprodukten und andererseits die Unterscheidung zwischen Implantaten und medizinischem Material. Diese Liste ist nicht abschliessend.

3.3. Anlagenutzungskosten (ANK)

Den Anlagenutzungskosten entsprechen den gesamten Kosten, die mit der Nutzung der Anlagen verbunden sind (berechnete Abschreibungen, berechneter Zinsaufwand und finanzielles Leasing).

Die Anlagenutzungskosten entsprechen den Konten 442, 444 und 448 im H+ Kontenrahmen.

Die Kalkulation der Kostengewichte muss den effektiven Ressourcenverbrauch der Anlagenutzung widerspiegeln.

Von der SwissDRG AG wird die in REKOLE® beschriebene Methode erfordert. Die Eckwerte und Regeln zur Ermittlung der Anlagenutzungskosten nach REKOLE® sind auf der SwissDRG AG Internetseite aufgeschaltet www.swissdrq.org:

[SwissDRG Erhebung >> Sektion „Erhebung 2015 \(Daten 2014\)“ >> Unter-Sektion „Unterlagen“ >> Eckwerten und Regeln zur Ermittlung der Anlagenutzungskosten \(ANK\)](#)

Oder hier: [Eckwerte und Regeln zur Ermittlung der Anlagenutzungskosten \(ANK\)](#)

Auf Italienisch, hier : [Parametri e regole per determinare i costi di utilizzo delle im-mobilizzazioni \(CUI\)](#)

Im SwissDRG-Format müssen die Anlagenutzungskosten klar auf der Fallebene identifiziert werden können (siehe Anhang B). Zu diesem Zweck werden die Kostenkomponenten der leistungserbringenden Kostenstellen gemäss REKOLE® exklusive Anlagenutzungskosten geliefert. Die ANK müssen im Kostenkomponente A1 ausgewiesen werden.

3.4. Universitäre Lehre und Forschung (uL&F)

Gemäss Gesetzesbestimmungen (KVG Art. 49 und VKL, Art. 7) werden die Kosten der universitären Lehre und Forschung als nicht anrechenbare Kosten definiert, die nicht über das SwissDRG-System finanziert werden. Diese Kosten müssen demzufolge aus den Fallkosten ausgeschieden werden und, wenn möglich, in der Spalte A₂ ausgewiesen werden.

Falls die Kosten für uL&F aus den Fallkosten nicht ausgeschieden werden können, nimmt das Spital keine Anpassung vor und dokumentiert es im Fragebogen, an der entsprechenden Stelle.

3.5. Behandlungsart

Die Schätzung der Kosten des ambulanten Bereichs soll gemäss einem Ansatz der **verbrauchten Ressourcen** erfolgen. Der Budget-Ansatz, der darin besteht, die Erträge des ambulanten Bereichs aus der Finanzbuchhaltung abzuziehen, ist nicht zugelassen.

4. Abgrenzung der zu liefernden Fälle

4.1. Definition der SwissDRG-relevanten Fälle

Die Variable 4.8.V01 „DRG Status“ der medizinischen Statistik des BFS ermöglicht dem Spital anzugeben, ob ein Fall gemäss den Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter dem Anwendungsbereich von SwissDRG fällt.

4.8.V01 = 1 : Der Fall fällt unter dem Anwendungsbereich von SwissDRG

4.8.V01 = 0 : Der Fall fällt nicht unter dem Anwendungsbereich von SwissDRG



Diese Angabe 4.8.V01 „DRG Status“ ist obligatorisch!

Sie ist wird der Variable 1.4.V01 „Hauptkostenstelle“ für die Tarifstrukturentwicklung verwendet, um die SwissDRG relevanten Fälle auszuwählen.

4.2. Zu liefernden Fälle

Das Spital liefert alle Fälle, welche unter dem **Bereich Akutsomatik** fallen **und Vollkosten aufweisen (unabhängig der Liegeklasse)** und unter dem Anwendungsbereich von SwissDRG (Variable 4.8.V01 = 1) fallen.

Weiter werden alle Fälle geliefert, welche unter die Bereiche neurologische Frührehabilitation, Palliativ-Medizin oder Paraplegiologie fallen und Vollkosten aufweisen, aber nicht SwissDRG-relevant sind. Diese Fälle weisen in der Variable 4.8.V01 den Eintrag „0“ auf!



Fälle aus den Gebieten der neurologischen Frührehabilitation, Palliativ-Medizin und Paraplegiologie werden auch dann geliefert, wenn diese nicht als SwissDRG-relevant eingestuft sind!

Die 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
- Der Aufenthalt über die Erhebungsperiode geht (Austritt ausserhalb der Erhebungsperiode);
- 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, Rechnung nicht vorhanden, usw.).



Fälle, welche nicht über Vollkosten verfügen, sollen nicht geliefert werden!



Spitäler können die Liegklasse-bedingten Mehrkosten vor der Datenlieferung ausschliessen (z.B. private Honorare der Spitalärzte, Anteil der privaten Honorare der Belegärzte, usw.). Die Anpassung wird im Fragebogen zur Datenlieferung dokumentiert.

Die Kostenkomponenten für die Arzthonorare werden im Kapitel 5.3.2 beschrieben.

5. Format der Datenlieferung

Das SwissDRG-Format ist das **offizielle Datenformat der Erhebung**.

5.1. Überblick

Die Kerndaten werden in zwei Dateien geliefert (Dateierweiterung *.dat):

- Eine Datei mit den Daten der medizinischen Statistik (Leistungsdaten). Das Format und der Inhalt der Variablen werden in der offiziellen Dokumentation der Medizinischen Statistik vom BFS definiert (siehe BFS-Website der medizinischen Statistik³ und Anhang A)
- Eine Datei mit den Kostendaten. Der Anhang B enthält eine detaillierte Beschreibung des Formats.



Die beiden Dateien mit den Leistungs- und Kostendaten werden im ASCII Text-Format geliefert.

Die Variablen werden durch Pipes getrennt (ASCII-Code 124: „|“).

Die letzte Variable einer Zeile darf nicht leer sein und muss ebenfalls durch ein Pipe geschlossen werden. Das CRLF (ASCII-Codes 13 und 10) wird als Zeilenumbruch verwendet.

Die Dateien mit den Leistungs- und Kostendaten werden anhand der Variable 4.6.V01 verbunden (siehe Anhang A).

Die Detailerhebung von teuren Medikamente/Substanzen, Implantaten und Verfahren ist ebenfalls Teil der Datenerhebung:

- In einer Excel-Tabelle wird, nur noch **auf Produktebene**, der Einkaufspreis (nach Abzug eventueller Rabatte) der teuren Medikamente/Substanzen gemäss der Liste der in der Medizinischen Statistik erfassbaren erfasst (für weitere Informationen, siehe Kapitel 5.4.1).
- In einer Excel-Tabelle wird, nur noch **auf Produktebene**, der Einkaufspreis (nach Abzug eventueller Rabatte) der teuren Implantate erfasst (für weitere Informationen, siehe Kapitel 5.4.2)

³ http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen_quellen/blank/blank/mkh/02.html

- In einer Excel-Tabelle wird, weiterhin **auf Fallebene**, der Einkaufspreis (nach Abzug eventueller Rabatte) der Kunstherzen erfasst (für weitere Informationen, siehe Kapitel 5.4.4).
- In einer Excel-Tabelle werden, **auf Verfahrensebene**, die Kosten für teure Verfahren erfasst (für weitere Informationen, siehe Kapitel 5.4.4). Es handelt sich hier um einen Standardkostenansatz.
- Zur Vorbereitung der Detailerhebung 2016, werden auch die Kostendaten für diejenigen Fälle zu liefern, welche nach CHOP 2015 unter 39.95.H1 erfasst würden (Hämodialyse) (für weitere Informationen, siehe Kapitel 5.4.4)

5.2. Daten der medizinischen Statistik

Die Datei mit den Daten der medizinischen Statistik entspricht der Datei der medizinischen Statistik des BFS.

Bitte beachten Sie die Dokumentation des BFS³. Ein Überblick der Variablen befindet sich in Anhang A.

Zur Erinnerung, die wichtigsten Eigenschaften der Datei:

Die beiden ersten Zeilen dienen der Identifizierung der Spitaldaten. Danach kommen die Falldaten, die je Fall auf zwei oder drei Zeilen (im Fall einer Geburt) verteilt sind. Das Format wird im Anhang A beschrieben.

A. Die ersten zwei Zeilen zur Identifizierung der Datei

- **1. Zeile (MX-Zeile = Lieferungsmeldung): 9 Spalten** (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 Gesamtzeilen der Datei, ⑨ Kodierschlüssel)
- **2. Zeile (MB-Zeile):** Besondere MB-Zeile, in der nur die 1. und 5. Variable vorhanden sind. Diese Sonderzeile dient als Zusatzinformation für die Verschlüsselung.

B. Falldaten

Für jeden Fall werden die Daten auf zwei oder drei Zeilen verteilt:

- **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 2012);
- **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.

5.2.2. Erfassung der teuren Medikamente/Substanzen

In den Variablen 4.8.V02 bis 4.8.V14 können bis zu 14 teure Medikamente/Substanzen pro Fall erfasst werden.

Die Liste der erfassbaren Medikamente/Substanzen sowie die technische Beschreibung befinden sich auf der SwissDRG AG Internetseite: www.swissdrq.org

[SwissDRG Erhebung >> Medizinische Statistik >> Sektion „Anwendung im Jahr 2014“ >> Liste der in der Medizinischen Statistik erfassbaren Medikamente/Substanzen.xlsx](#)

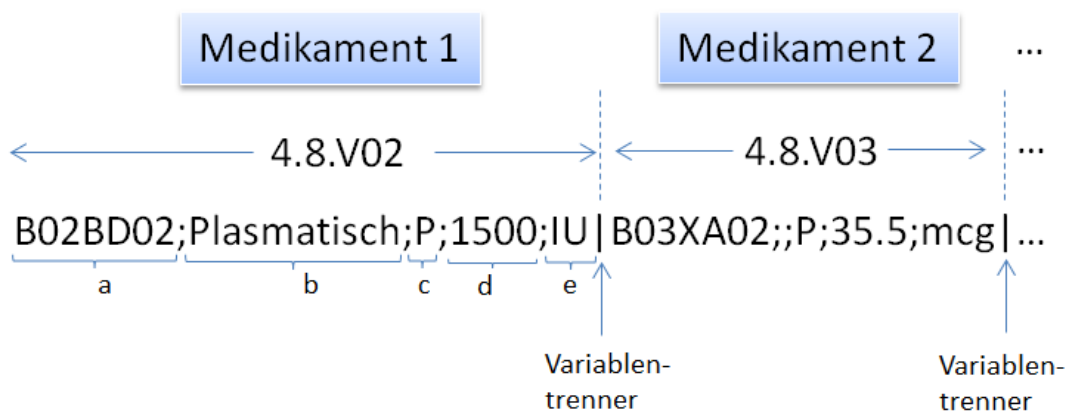
und

[SwissDRG Erhebung >> Medizinische Statistik >> Sektion „Anwendung im Jahr 2014“ >> Technisches Begleitblatt.pdf](#)

Lieferformat

Für jedes Medikament (Variablen 4.8.V02 bis 4.8.V15) enthält die Variable fünf unterschiedliche Informationen, welche durch einen Semikolon getrennt werden: a;b;c;d;e

Beispiel:



Mit folgenden Informationen a;b;c;d;e:

Platzhalter pro Bereich (Bereiche sind abzugrenzen mit Strichpunkten ;)	Max. Stellen	Variable	Wertebereich
a	7	ATC-Code (7-stellig)	Siehe Liste der zu erfassenden Medikamente auf der folgenden Internetseite ²⁾ : http://swissdrg.org/de/05_swissDRG_erhebung/medizinische_statistik.asp?navid=31
b	18	Zu kodierende Zusatzangaben	Gemäss Angaben, die in der Liste der zu erfassenden Medikamente/Substanzen stehen. Leer lassen, wenn keine Angabe gemacht wird (ex. : aa;;cc;dd;ee)
c	5	Verabreichungsart	IMPL = Knochernimplantat Inhal = Inhalation IOC = intraokulär IT = intrathekal IVITR = intravitreal N = nasal O = oral P = parenteral R = rektal SL = sublingual/bukkal T = topisch TD = transdermal VAG = vaginal U = urethral
d	15	Kumulierte Dosis (dem Patienten verabreicht; pro Spitalaufenthalt)	Wert ³⁾ zwischen 0 und 999999999999999 (10 ¹⁵ -1)
e	5	Zu kodierende Einheiten	Gemäss Angaben, die in der Liste der zu erfassenden Medikamente/Substanzen stehen U = Unit MU = Million Units IU = International Unit MIU = Million International Units mcg = Microgramm mg = Milligramm g = Gramm MBq = Megabecquerel GBq = Gigabecquerel

5.2.3. Zusatzentgelte und Datenqualität bei der Erfassung der teuren Medikamente/Substanzen

Die Datenqualität der Erhebung für teure Medikamente und Substanzen ist entscheidend für die Berechnung / Bestimmung der betreffenden Zusatzentgelte. Aus diesem Grund ist es entscheidend, dass die Angaben für jedes erfassbare Medikament vollständig und korrekt sind.

Um die erhobenen Daten zu validieren, werden diese unter anderem mit der Liste der in der Medizinischen Statistik erfassbaren Medikamente/Substanzen und der Spezialitätenliste des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) verglichen. Bei Inkonsistenzen zwischen den von den Spitälern erhobenen Daten und einer der beiden oben genannten Datenquellen, können die Daten nicht in die Berechnung des Zusatzentgelts miteinbezogen werden, was die Bestimmung der Zusatzentgelte grundsätzlich verunmöglicht.

Es ist daher sehr wichtig, dass für jedes der erfassbaren Medikamente alle Informationen (a) bis (e) erfasst und übermittelt werden, wobei die Vorgaben des Technischen Begleitblattes und der Liste der in der Medizinischen Statistik erfassbaren Medikamente/Substanzen erfüllt werden müssen.

Z.B.: Ein ATC-Code ohne Angabe von Dosis und/oder Einheit, in welcher das Produkt verabreicht wurde, kann nicht verwendet werden.

Bei der Erfassung der teuren Medikamenten muss weiter Folgendes berücksichtigt werden



Nur die Medikamente/Substanzen auf der Liste der in der Medizinischen Statistik erfassbaren Medikamente/Substanzen sind zu erfassen!

Zu beachten ist, dass einige Medikamente nur unter bestimmten Verabreichungsart zu erfassen sind!

Dosis

- Die einzelnen Dosen eines Medikamentes müssen auf den Fall aufsummiert, wobei die Dosis eines Medikaments als ganze Zahl angegeben werden muss. Die Einheit ist demzufolge so zu wählen, dass die Dosis korrekt angegeben werden kann.
 - Zum Beispiel werden 0.3g korrekterweise als 300mg erfasst.

Einheiten

- Es ist unerlässlich, dass nur Einheiten verwendet werden, welche gemäss technischem Beiblatt unter (e) angegeben sind. Zum Beispiel bezeichnet «IU» die internationale Einheit. Wird nun «U», «UI» oder «IE» anstelle der korrekten Einheit angegeben, muss die Angabe manuell von SwissDRG AG korrigiert werden. Dies ist Zeitaufwendig und stellt eine unnötige Fehlerquelle dar.
- Der ATC-Kode muss mit einer gültigen Einheit erfasst werden.

Betroffene Verabreichungsart oder Indikation

- Die Medikamente und Substanzen müssen unter Berücksichtigung der Spalte „betroffene Verabreichungsart oder Indikation“ erfasst werden. So wird beispielsweise «Cytarabin» nur erfasst, wenn es in Form „Nur liposomal intrathekal“ vorliegt.
- Ist die Spalte „betroffene Verabreichungsart oder Indikation“ leer, muss die Verabreichungsart oder Indikation beim Erfassen des Medikaments angegeben werden.

Zu kodierende Zusatzangaben

- Zusatzangaben müssen nur gemacht werden, falls diese in der Liste der in der Medizinischen Statistik erfassbaren Medikamente/Substanzen vorgesehen sind. Dabei muss die Spalte „zu kodierende Zusatzangaben“ speziell beachtet werden.
- Ist die Spalte „zu kodierende Zusatzangaben“ leer, muss beim Erfassen des betreffenden Medikamentes keine Zusatzangabe gemacht werden.

Konkrete Beispiele

- 1) Epoetin: Der ATC-Kode muss in der Einheit IU (oder Multiplkator) ohne Einschränkung der Verabreichungsart oder Indikation erfasst werden (Spalte „betroffene Verabreichungsart oder Indikation“ leer). Die betroffene Verabreichungsart oder Indikation muss dennoch angegeben werden. Da ist die „zu kodierende Zusatzangaben“ leer, muss keine Zusatzangabe gemacht werden → B03XA01; ; Verabreichungsart ; 2500 ; IU
- 2) Gerinnungsfaktor VIII: Der ATC-Kode muss nur erfasst werden, wenn das Medikament in plasmatisch oder rekombinanter Form verabreicht wurde. Zudem muss die korrekte Zusatzabgabe angegeben werden (Spalte „zu kodierende Zusatzangaben“). Die gültige Einheit für den ATC-Kode ist IU (oder Multiplkator). → B02BD02; Plasmatisch; P; 11'000; IU für die „Plasmatisch“-Form UND Gerinnungsfaktor VIII rekombinant B02BD02; Rekombinant; P; 1000; IU für die „Rekombinant“-Form.
- 3) Sildenafil: Der ATC-Kode ist nur im Falle von einer „ Behandlung Lungenhochdruck“ zu erfassen. Die gültige Einheit ist mg (oder Multiplkator). Es ist keine Zusatzangabe zu erfassen → G04BE03; ; nur Behandlung Lungenhochdruck; 98; mg

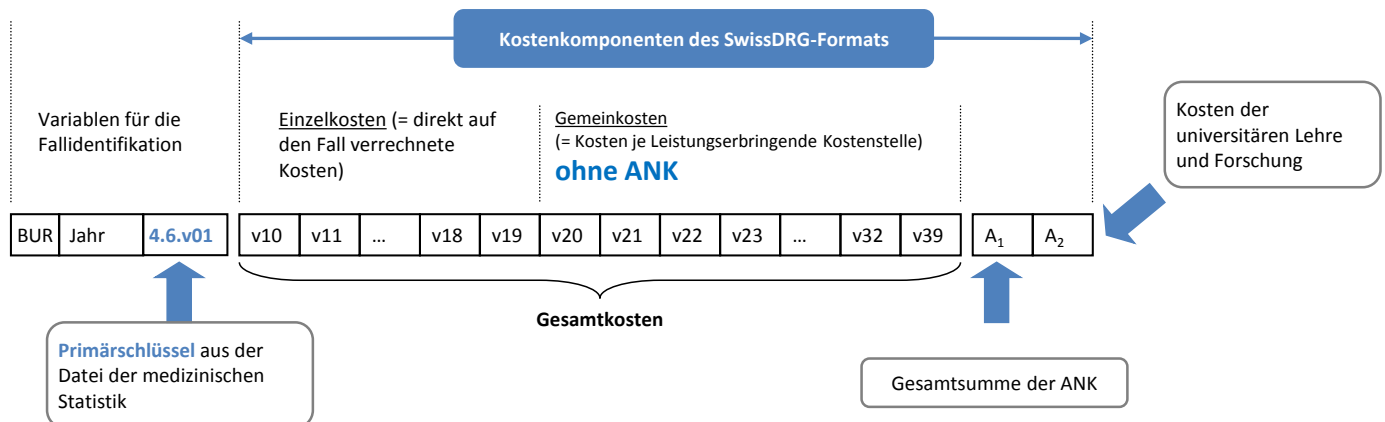
5.3. Fallkosten

Die Fallkostendatei enthält **28 Variablen**

- 3 Variablen zur Identifizierung der Fälle: Bur-Nummer des Spitals, Erhebungsjahr und Fallnummer
(= Primärschlüssel, entspricht der Variable 4.6.V01 in der medizinischen Statistik).
- 23 Variablen mit den anrechenbaren Kosten:
 - 9 Kostenkomponenten mit den Einzelkosten (v10-v19);
 - 14 Kostenkomponenten mit den Kosten der **leistungserbringenden Kostenstellen** gemäss REKOLE® (v20-v39). Diese Kostenkomponenten **sind exklusive Anlagenutzungskosten** anzugeben.
- 1 Variable (A1) mit den gesamten Anlagenutzungskosten für den Fall.
- 1 Variable (A2) mit den Kosten der universitären Lehre und Forschung.

Eine detaillierte Beschreibung der Variablen befindet sich im Anhang B.

Überblick



5.3.1. Beispiel – Format der Datei

Beispiel: Zwei Fälle → je eine Zeile pro Fall

```
60611111|2013|34569321|79.00|57.00|0.00|0.00|0.00|42.00|0.00|0.00|19.00|16.00|...|0.00|
60611111|2013|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) in der
medizinischen Statistik

5.3.2. Arzthonorare

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

- Honorare der Spitalärzte (H+ Konto 380) → Komponente v14;
- Honorare der sozialversicherungspflichtigen Belegärzte (H+ Konto 381) → Komponente v15;
- Honorare der nicht sozialversicherungspflichtigen Belegärzte (Teil des H+ Kontos 405, der Honorare enthält) → Komponente v16.

5.4. Datei mit den Detailerhebungen

Mit der Detailerhebung werden Informationen zu Medikamenten, Implantaten und teuren Verfahren erhoben. Es handelt sich u.a. um die Produkte und Verfahren, für welche ein Zusatzentgelt in der SwissDRG Tarifstruktur vorgesehen ist. In diesem Zusammenhang erlaubt die Detailerhebung, die Zusatzentgelte zu berechnen und die entsprechenden Kosten aus den Kostengewichten auszuschneiden.



Die korrekte Berechnung der Zusatzentgelte ist nur möglich, wenn die Datenqualität von Medikamenten, Implantaten und teuren Verfahren hoch ist.

ERRINERUNG:

Um die erhobenen Daten zu validieren, werden diese unter anderem mit der Liste der in der Medizinischen Statistik erfassbaren Medikamente/Substanzen und der Spezialitätenliste des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) verglichen. Bei Inkonsistenzen zwischen den von den Spitälern erhobenen Daten und einer der beiden oben genannten Datenquellen, können die Daten nicht in die Berechnung des

Zusatzentgelts miteinbezogen werden, was die Bestimmung der Zusatzentgelte grundsätzlich verunmöglicht.

Aus diesem Grund ist es entscheidend, dass die Angaben für jeden ATC- und CHOP-Kode in der Detailerhebung vollständig und korrekt sind.

Die Detailerhebung enthält ebenfalls weitere Produkte und Verfahren, welche nicht Zusatzentgelt-relevant sind. Die detaillierten Angaben dienen hier der Weiterentwicklung der Tarifstruktur.

Die Angaben der Detailerhebung werden mit der Hilfe einer Excel-Vorlage gemacht, welche auf der Internet-Seite der SwissDRG AG unter der Rubrik „ Detailerhebung“ publiziert wird: www.swissdrq.org

[SwissDRG Erhebung >> Sektion „Erhebung 2015 \(Daten 2014\)“ >> Unter-Sektion „Detailerhebung“ >> Detailerhebung 2015.xlsx](#)



Neu wurde in der Excel-Vorlage eine Tabelle „Willkommen“ hinzugefügt. Die Einrichtungen sind gebeten in diesem Blatt einige administrative Informationen zu geben, damit die Detailerhebung der korrekten Institutionen zugeordnet werden kann.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

5.4.1. Detailerhebung der Kosten für teure Medikamente

Einstandpreis

Über die Detailerhebung der Kosten für teure Medikamente wird der Einstandspreis für teure Medikamente geliefert. Der Einstandspreis wird abzüglich der Rabatte geliefert, d.h. grundsätzlich ohne Handlungskosten. Das bedeutet, Kosten für Transport, Lagerung, Zubereitung dürfen nicht berücksichtigt werden. Weiter dürfen keine Kosten für externe Apotheken verrechnet werden. Der Einstandspreis muss auch ohne MwSt geliefert werden.



MwSt, Rabatte, Kosten für Transport, Lagerung, Zubereitung sowie Kosten für externe Apotheken dürfen nicht im gelieferten Einstandspreis einbegriffen werden!

Die Liste der in der medizinischen Statistik erfassbaren Medikamenten ist auf der SwissDRG AG Internetseite vorhanden: www.swissdrq.org

[SwissDRG Erhebung >> Medizinische Statistik >> Sektion „Anwendung im Jahr 2014“ >> Liste der in der Medizinischen Statistik erfassbaren Medikamente/Substanzen.xlsx](#)

Datenlieferung

Bei einer Lieferung ist der Einstandspreis pro Einheit (inklusive Rabatte) zu erfassen. Der Einstandspreis pro Einheit wird grundsätzlich ohne Handlungskosten und ohne MwSt. geliefert.

Die Angaben des Einstandspreises werden in der Excel-Datei Detailerhebung 2015.xlsx im Tabellenblatt „Medikament_Produkt“ gespeichert.



Für die Daten 2014, werden die ATC-Kodes nur noch auf Produktebene geliefert!

Bemerkung

- Wenn der Einheitspreis im Laufe des Jahres schwankt, wird der Jahresdurchschnitt angegeben.
- Wenn der Einheitspreis von der Konzentration oder der Packungsgrösse abhängig ist (z.B. unterschiedliche Einheitspreise für Verpackungen mit Tabletten à 50mg, 100mg oder 200mg), werden durchschnittliche Kosten angegeben.
- Der **Einstandspreis je Einheit muss für die Aktivsubstanz angegeben werden**. Die Einheit der Aktivsubstanz ist bereits in der Excel-Datei angegeben.



Die Multiple einer Einheit sind ebenfalls anwendbar. Z.B.: 'mg' / 'g' / 'mcg' / etc. sind auch kodierbar

Beispiel

1) Relevanter Einstandspreis für die Brechnung des Einstandspreis pro Einheit

Die Noxafil wird mit beim Preis von 1089.44 CHF gekauft. Die Transportkosten (30.00 CHF), Lagerungskosten (15.00 CHF) Zubereitungskosten (50.00 CHF) und Kosten für Leistungen von externen Apotheken (65.00 CHF) werden abgezogen, daraus resultiert der Einstandspreis von 929.44 CHF.

Substanz	Dosierung	Verpackung	Einstandspreis
Noxafil	Susp 40 mg/ml	Fl 105 ml	929.44

2) Zu liefernden Einheit und Einstandspreis pro Einheit

Die Noxafil wird in einer Verpackung von 105 ml mit einer Dosierung von 40 **mg** je ml gekauft. Deshalb ist die Einheit der Aktivsubstanz in **mg** dargestellt.

In der Verpackung von 105 ml sind im Total $105 \cdot 40 = 4200$ mg von der Aktivsubstanz.

Basiert auf dem gegebenen Einstandspreis von 929.44 CHF wird der Einheitspreis der Aktivsubstanz abgeleitet: $4200 \text{ mg zu } 929.44 \text{ CHF} \rightarrow 929.44/4200 = 0.221 \text{ CHF/mg}$

Überblick über das Excel-Tabellenblatt „Medikamente“

Medikament / Substanz <small>(Nur die Medikamente/Substanzen in dieser Liste sind zu erfassen)</small>	betroffene Verabreichungsart oder Indikation <small>(Wenn das Feld eine Information enthält, sind nur die Medikamente/Substanzen, die in der erwähnten Form oder für diese Indikation administriert worden sind, zu erfassen)</small>	primarykey	ATC Code	zu kodierende Zusatzangaben	zu kodierende Einheit <small>(gemäss Liste der in der Medizinischen Statistik erfassbaren Statistikkodierbaren Medikamente/Substanzen)</small>	Einstandpreis pro Einheit <small>gemäss Liste der in der Medizinischen Statistik erfassbaren Medikamente/Substanzen [CHF]</small> <small>(inkl. Kabatte, ohne Handlungskosten)</small>	Bemerkung
Alglucerase		A16AB01_nr	A16AB01		U		
Imiglucerase		A16AB02_nr	A16AB02		U		
Agalsidase alfa		A16AB03_nr	A16AB03		mg		
Agalsidase beta		A16AB04_nr	A16AB04		mg		
Laronidase		A16AB05_nr	A16AB05		IU		
Sacrosidase		A16AB06_nr	A16AB06		IU		



Spalten auszufüllen

5.4.2. Detailerhebung der Kosten für teure Implantate

In dieser Detailerhebung werden Einstandspreise für Implantate erfasst.



Für die Daten 2014, dürfen die Angaben über die Kosten für teure Implantate nur noch auf Produktebene geliefert werden!

Bei der Lieferung auf Produktebene ist der Einstandspreis exkl. MwSt. je Einheit für das Implantat anzugeben.

Die Erfassung erfolgt in der Excel-Datei *Detailerhebung 2015.xlsx* im Tabellenblatt „Implantate“.



Beachten Sie, dass CHOP-Kodes in der Regel einer Behandlung entsprechen, in der Detailerhebung aber nur die Kosten für das entsprechende Implantat erfasst werden dürfen!

Beispiel

78.49.21: Wirbelkörperersatz durch Implantat (z.B. bei Kyphose): 1 Wirbelkörper
→ Es werden lediglich die Kosten des Wirbelkörpers erhoben (keine Operationskosten, keine Kosten für weiteres medizinisches Material, etc.).

Überblick über das Excel-Tabellenblatt „Implantate“)

	CHOP 2014	Bezeichnung	Einstandspreis <i>pro Einheit</i> (Implantat <i>ohne</i> weiteres medizinisches Material!) [CHF]	Bemerkung
3	34.85	Implantation eines Zwerchfellschrittmachers		
4	37.61	intraaortale Ballonpumpe		
5	37.68.20	Implantation einer intravasalen, univentrikulären, axialen Pumpe zur Kreislaufunterstützung		
6	37.68.30	Implantation einer intravasalen, biventrikulären, axialen Pumpe zur Kreislaufunterstützung		
7	42.81.10 42.81.20 42.81.30	Einsetzen und Wechsel einer <u>nicht</u> selbstexpandierenden Prothese (permanenter Tubus) in den Ösophagus		
8	42.81.40 42.81.50 42.81.60	Einsetzen und Wechsel einer selbstexpandierenden Prothese (permanenter Tubus) in den Ösophagus		

5.4.3. Detaillierung der Kosten für die Implantation von Kunstherzen

In dieser Detaillierung werden Einstandspreise für Kunstherzen erfasst.

Bei der Lieferung ist der Einstandspreis exkl. MwSt. je Einheit für das Implantat anzugeben.



Das Erfassen der Implantation von Kunstherzen muss weiterhin auf Fallebene erfolgen!

Nur folgende CHOP-Codes (2014) sind hier zulässig:

- 37.52
- 37.63.11
- 37.63.12
- 37.63.21

37.63.22

37.65.11

37.65.12

37.65.21

37.65.22

37.66.11

37.66.12

Die Informationen zu den Kunstherz-Implantaten werden in der Excel-Datei *Detailerhebung 2015.xlsx* im Tabellenblatt „Kunstherzen“ erfasst.

Die anzugebenden Kosten entsprechen dem Einstandspreis (exkl. MwSt.) der einzelnen Komponenten eines Implantates, die durch den für den Patienten erfassten CHOP-Code definiert sind.

Entsprechend dem Beispiel im Tabellenblatt „Kunstherzen“ wird ein Fall mit mehreren CHOP Codes mehrfach in der Detailerhebung erfasst (jeweils einmal unter jedem CHOP Code).

Es werden folgende Informationen erfasst:

- Fallnummer, d.h. Variable 4.6.V01
- CHOP-Code in Zusammenhang mit dem Implantat
- Eine Bezeichnung des Implantats (z.B. Handelsname, Marke, Name, Typ, usw)
- Einzelne Komponente des Implantates (genaue Bezeichnung)
- Anzahl der jeweils verwendeten Komponenten (pro Fall und entsprechendem CHOP Code)
- Einstandspreis der einzelnen Komponenten, die dem für den Patienten erfassten CHOP-Code entsprechen (Preis pro Komponente angeben!)



Einstandspreis: Bitte den Preis pro Komponente angeben!

Überblick über das Excel-Tabellenblatt „Kunstherzen“

Primärschlüssel (Variable 4.6.V01 der medizinischen Statistik)	CHOP 2014	Bezeichnung / Handelsname	Komponente	Anzahl	Einstandspreise der einzelnen Bestandteile des Implantats [CHF], (Preis für <u>EINE</u> entsprechende Komponente)
Beispiel_123	37.65.21	Berlin Heart	Driving Tube	1	300.00
Beispiel_123	37.65.21	Berlin Heart	Accessory Set	1	2'000.00
Beispiel_123	37.65.21	Berlin Heart	Blood pumping disc valves	1	30'000.00
Beispiel_123	37.65.21	Berlin Heart	Apex canula	1	4'000.00
Beispiel_123	37.65.21	Berlin Heart	Arterial canula	1	2'500.00
Beispiel_123	37.63.21	Berlin Heart	Driving Tube	2	300.00
Beispiel_123	37.63.21	Berlin Heart	Blood pumping disc valves	2	30'000.00

(fiktive Werte)

5.4.4. Detailerhebung der Kosten für teure Verfahren

In der Detailerhebung der Kosten für teure Verfahren werden die Kosten auf Verfahrensebene erhoben. Die Erfassung erfolgt in der Excel-Datei *Detailerhebung 2015.xlsx* im Tabellenblatt „teure_Verfahren“.

Bei jedem Verfahren werden die Leistungsgesamtkosten geschätzt, welche über verschiedene Kategorien verteilt werden: medizinisches Personal, Pflegepersonal, Material, Medikamente, usw.

Bei kontinuierlicher Verfahren kann die Leistungsdauer sehr unterschiedlich ausfallen, d.h. von einigen Stunden bis zu mehrere Tage. Bei solchen Leistungen sind die Kosten proportional zur Dauer der Leistung und werden demnach in zwei Komponenten unterteilt:

- 1) Fixe Kosten: Kosten, welche unabhängig von der Behandlungsdauer anfallen, d.h. alle Kosten für die Vorbereitung, die Aufstellung, den Abbau und die Säuberung der für die Leistung notwendigen Apparatur, inklusive dem nötigen Material;
- 2) Variable Kosten: Kosten, die von der Dauer der Leistungserbringung abhängig sind, d.h. die Kosten, welche für jede zusätzliche Stunde der Leistungserbringung anfallen (Abschreibung der Maschinen, medizinisches Personal, Pflegepersonal, usw.)



An dieser Stelle sollten keine Kosten der Dienstleistenden Kostenstellen (Overheadkosten), wie Administration, Abschreibung der Gebäude, usw., verbucht werden.

Bei den nicht kontinuierlichen Verfahren (z.B.: Hämodialyse intermittierend) müssen die Leistungsgesamtkosten ohne Berücksichtigung der Unterscheidung zwischen fixen und variablen Kosten angegeben werden

Beispiel: kontinuierliche Hämodialyse, fiktive Werte

Nr	CHOP 2014	Verfahren	Verfahren 1-7: Fixe und variable Kosten trennen und gemäss Angabe (z.B. pro Stunde, pro 24 Stunden) erfassen.	Kosten [CHF]							Leistungsgesamt-kosten [CHF] (Summe aller Kosten)	
				Ärztchaften	Pflegepersonal	Medikamente	Blutprodukte	Implantate	Medizinisches Material	Benutzung Geräte		Weitere
1	39.95.31	Hämodialyse, kontinuierlich	fix (Aufstellung, Vorbereitung Verfahren)	100.00	250.00				800.00			1'150.00
	39.95.41											
	39.95.32											
	39.95.42											
	39.95.33											
	39.95.43		variabel (Kosten für jede Stunde des Verfahrens)		30.00				85.00		115.00	
	39.95.34											
	39.95.44											
	39.95.35											
	39.95.45											
39.95.39												
39.95.49												

Im Durchschnitt geschätzte Kosten für die Vorbereitung, Aufstellung des Dialyseapparats durch das medizinische Personal und Pflegepersonal : 100 + 250 = 350 CHF.

Im Durchschnitt geschätzte Kosten für das medizinische Material (Schläuche, usw.): 800 CHF



In den fixen Kosten werden die Kosten für die Benutzung der Geräte (Abschreibungen) auf null geschätzt, da die Maschine nicht im Gebrauch ist. Die Kosten für die Benutzung der Geräte werden proportional zur Benutzungsdauer und nicht je Benutzung berechnet. Bei einer kontinuierlichen Dialyse sind die Kosten für die Benutzung eines Dialyseapparats nicht dieselben, wenn die Dialyse 1 Stunde oder 200 Stunden dauert.

Die variablen Personalkosten, d.h. die Kosten des Pflegepersonals, das während der Dialyse anwesend ist, werden im Durchschnitt auf 30 Franken pro Stunde geschätzt.

Die Nutzungskosten des Dialyseapparats (Anlagenutzungskosten) werden auf 85 Franken pro Stunde geschätzt. Die Anlagenutzungskosten betreffen lediglich die für die Dialyse notwendige Apparate und zum Beispiel nicht das Gebäude. Die Anlagenutzungskosten werden gemäss einer Kostenrechnungsmethode berechnet.

Gemäss diesem Beispiel betragen die Standardkosten einer kontinuierlichen Hämodialyse

- 1'150 CHF (fixe Kosten) + 115 CHF (variablen Kosten) = 1'265 CHF pro Stunde
- 1'150 CHF (fixe Kosten) + 24 * 115 CHF (variablen Kosten) = 3'910 CHF pro 24 Stunden

5.4.5. Detailerhebung, Zusatzerhebung Hämodialyse

In der Detailerhebung werden die Kosten für Hämodialyse erhoben. Die Erfassung erfolgt in der Excel-Vorlage Detailerhebung 2015.xlsx im Tabellenblatt „Zusatzerhebung Hämodialyse“.

Im Hinblick auf die Detailerhebung 2016 führen wir bereits in diesem Jahr eine zusätzliche Erhebung der Kostendaten von Fällen mit Hämodialyse (intermittierend) durch.



Die Erhebung der Kostendaten von Fällen mit Hämodialyse wird auf Produkt- und Fallebene durchgeführt!

Es sollen nur Fälle erfasst werden, welche gemäss CHOP 2014 einen der folgenden Codes aufweisen:

39.95.21

39.95.22

39.95.23

39.95.24

aber gemäss CHOP 2015 als 39.95.H1 erfasst würden.

Dies Kosten sind getrennt nach Aufwand anzugeben.

Überblick über das Excel-Tabellenblatt „Zusatzerhebung Hämodialyse“

Primärschlüssel (Variable 4.6.V01 der medizinischen Statistik)	CHOP 2014	CHOP 2015	Kosten [CHF]								Leistungsgesamt kosten [CHF] (Summe aller Kosten)
			Ärteschaften	Pflegepersonal	Medikamente	Blutprodukte	Implantate	Medizinisches Material	Benutzung Geräte	Weitere	
Fall 456	39.95.21	39.95.H1	30	200	15	0	0	150	50	0	445
Fall 457	39.95.21	39.95.H1	40	150	30	0	0	200	15	0	395
		39.95.H1									
		39.95.H1									
		39.95.H1									
		39.95.H1									

(fiktive Werte)

6. Datenschutz

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

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 1.1.2012, Neuchâtel, Bundesamt für Statistik;
- REKOLE[®] Handbuch – Betriebliches Rechnungswesen im Spital, 4. Ausgabe, 2013, Bern, H+ Die Spitäler der Schweiz;
- Kontenrahmen - 8. Ausgabe, 2014, Bern, H+ Die Spitäler der Schweiz;
- Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG, 2014, SwissDRG AG

8. Kontakte

Für weitere Informationen wenden Sie sich bitte an:

Herr Cedric Haberthür Tel. +41 (31) 544 12 25
Datenerhebung: datenerhebung@swissdrg.org

Herr Rémi Guidon Tel. +41 (31) 544 12 26
Datenerhebung: datenerhebung@swissdrg.org

Anhang A: Detailformat der medizinischen Statistik

Nr	Variable	Beschreibung	Format
MB-Zeile (minimales Dataset)			
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	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	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)

(Siehe Forts. nächste Seite)

Anhang A: Detailformat der medizinischen Statistik (Forts.)

<i>MN-Zeile (Geburtszusatz)</i>			
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 (JJJMMTT)	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
<i>MD-Zeile</i>			
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)
...	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 (JJJMMTThh)	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 (JJJMMTT)	AN (8)
163	4.3.V026	1. Nebenbehandlung auswärts	N (1)
164	4.3.V027	1. Nebenbehandlung Zusatzfeld	AN (16)
...	4.3.V... (...)

(Siehe Forts. nächste Seite)

Anhang A: Detailformat der medizinischen Statistik (Forts.)

Nr	Variable	Beschreibung	Format
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	SIG Reseuefeld 1	AN (6)
660	4.4.V06	SIG Reseuefeld 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	DRG Status	Bool (1)
678	4.8.V02	Medikament 1	AN (50)
679	4.8.V03	Medikament 2	AN (50)
...	4.8.V...
691	4.8.V15	Medikament 14	AN (50)
692	4.8.V16	Reservefeld 16	AN (50)
...	4.8.V...
696	4.8.V20	Reservefeld 20	AN (50)

Anhang B: Detailliertes Format der Kostendaten

N°		Variable	Bezeichnung		
Allgemeine Informationen	1	BUR	Nummer des Spitals (BUR-Nummer)		
	2	year	Datenjahr		
	3	4.6.V01	Fallnummer (siehe Variable an der Reihe 663 der MD-Zeile)	[PRIMÄRSCHLÜSSEL]	
Einzelkosten	H+ Kontenrahmen				
	4	v10	Medikamente	400	
	5	v11	Blut und Blutprodukte	400	
	6	v12	Implantate	401	
	7	v13	Medizinisches Material	401	
	8	v14	Arzthonoraraufwand, Spitalärzte	380	
	9	v15	Arzthonoraraufwand, Belegärzte (sozialversicherungspflichtig)	381	
	10	v16	Arzthonoraraufwand, Belegärzte (nicht sozialversicherungspflichtig)	405*	
	11	v17	Aufwand für Zeugnisse und Gutachten	386	
	12	v19	Andere Einzelkosten	403 + 404 + 405** + 480 + 485 + 486	
	Gemeinkosten	Muss-Kostenstellen			
		Leistungserbringenden			
REKOLE®					
13		v20	OP Säle	(20)	
14		v21	IPS und Intermediate Care (IC)	(24)	
15		v22	Notfall	(25)	
16		v23	Bildgebende Verfahren und Nuklearmedizin	(26) + (28)	
17		v24	Internes Labor (inkl. Blutspende)	(29)	
18		v25	Hämodialyse	(30)	
19		v26	Ärteschaften	(31)	
20		v27	Nicht-medizinische Therapien und Beratung (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Ernährungsberatung, Aktivierungstherapie)	(32) + (33) + (34) + (35)	
21	v28	Medizinische und therapeutische Diagnostik	(36)		
22	v29	Pflege	(39)		
23	v30	Hotellerie	(41) + (42) + (43)		
24	v31	Gebärsaal	(27)		
25	v32	Anästhesie	(23)		
26	v39	Übrige Leistungserbringer	(44) + (45) + (10) + (77)***		
Weitere Variablen	H+ Kontenrahmen				
	27	A1	Anlagenutzungskosten gesamt (ANK)	442 + 444 + 448	
28	A2	Universitäre Lehre und Forschung (uL&F)	-		

* Nur Anteil Honorare aus dem Konto 405 (siehe REKOLE®, Kontenrahmen H+ 2014)

** Konto 405 ohne Arzthonoraraufwand für nicht sozialversicherungspflichtige Belegärzte (siehe REKOLE®, Kontenrahmen H+, 2014)

*** Ohne Kosten Primärtransporte

Anhang C: Auszug (Beispiel) des Fragebogens der Web-Schnittstelle für die Datenlieferung

1234567: Beispielspital

Kontaktinformationen: 1/6

Spitaldaten

Spitalname	<input type="text" value="Beispielspital"/>
BUR Nummer	<input type="text" value="1234567"/>
Strasse	<input type="text" value="Beispielstrasse 100"/>
Postleitzahl	<input type="text" value="1234"/>
Ort	<input type="text" value="Beispielstadt"/>

Kontaktperson Datenlieferung

Vorname	<input type="text" value="Susanne"/>
Nachname	<input type="text" value="Muster"/>
E-Mail	<input type="text" value="susanne.muster@beispielspital.com"/>
Telefon	<input type="text" value="031 111 22 33"/>

(z.B.: 031 123 45 67)

Kontaktdaten der Spitaldirektion/CEO (für die Zustellung der Zugangsdaten des Webfeedbacks)

Vorname	<input type="text" value="Thomas"/>
Nachname	<input type="text" value="Tester"/>
Funktion	<input type="text" value="CEO"/>

Fragebogen: 2/6

Vollkosten

Alle gelieferten Fälle verfügen über Vollkosten (= alle KVG-relevanten Kosten).

Übertieger

Bei Übertiegern wurden die Kosten der Behandlungen aus den vorigen Jahren auf den Fall verrechnet. Diese Fälle haben Vollkosten und können verwendet werden.

Einrichtungstyp

- Akutspital
- Spezialisierte Klinik für Palliative Care (und nicht ein Akutspital mit Palliative Care Station)
- Geburtshaus

Ein Beispielfragebogen im PDF steht Ihnen auf der SwissDRG AG Internet-Seite unter der Seite-Sektion „Datenlieferung“ zur Verfügung: www.swissdrg.org

[SwissDRG Erhebung >> Sektion „Erhebung 2015 \(Daten 2014\)“ >> Unte-Sektion „Datenlieferung“ >> Beispielfragebogen](#)

Anhang D: Mindestanforderungen für die Datenlieferung

Die folgenden Tests werden automatisch beim Erhalten der Lieferdateien durchgeführt. Der Lieferprozess wird abgebrochen, falls **eine der folgenden Bedingungen nicht erfüllt ist**:

Bezeichnung
<i>Datei der medizinischen Statistik</i>
<input checked="" type="checkbox"/> Dateierweiterung: *.dat oder *.txt
<input checked="" type="checkbox"/> Die Variablen werden durch Pipes (" ") getrennt
<input checked="" type="checkbox"/> MB-Zeile: 50 Spalten ¹
<input checked="" type="checkbox"/> MN-Zeile: 18 Spalten
<input checked="" type="checkbox"/> MD-Zeile: 696 Spalten
<input checked="" type="checkbox"/> Die Spalte 663 der MD-Zeile entspricht der Variable 4.6.V01 (Primärschlüssel)
<input checked="" type="checkbox"/> Die Variable 4.6.v01 (Spalte 663 der MD-Zeile) ist ein Primärschlüssel : keine Doppelnennungen und keine leere Felder)
Übereinstimmung der 'MB' und 'MD' Linie : Für alle ICD- und CHOP-Codes, ist v16v01 = v42v010,
<input checked="" type="checkbox"/> 1.6.v02 = 4.2.v020, 1.6.v03 = 4.2.v030, usw. Wie beim Format der medizinischen Statistik der BFS werden nur die ersten 5 Zeichen getestet(Toleranzschwelle: 95%).
<input checked="" type="checkbox"/> Bei jedem Fall wird die Angabe vom DRG Status (Variable 4.8.V01) gemacht (Toleranzschwelle: 95%).
<input checked="" type="checkbox"/> Fälle mit Austritt innerhalb der Erhebungsperiode müssen eine Hauptdiagnose haben (Toleranzschwelle: 95%)
<input checked="" type="checkbox"/> Angabe des Aufnahmegewichts bei allen Kindern unter 12 Monaten (Toleranzschwelle: 90%).
<input checked="" type="checkbox"/> Angabe des Geschlechts bei jedem Fall (Toleranzschwelle: 95%).
<input checked="" type="checkbox"/> Angabe der Liegeklasse bei jedem Fall (Toleranzschwelle: 95%).
<input checked="" type="checkbox"/> Angabe der Hauptkostenstelle (Toleranzschwelle: 95%).
<input checked="" type="checkbox"/> Angabe des Aufenthalts vor und/od. nach Austritt (Toleranzschwelle: 90%).
<input checked="" type="checkbox"/> CHOP-Variablen im Text-Format: Es wird getestet, ob mindestens ein Code mit führender Null vorliegt
<i>Datei der Fallkosten</i>
<input checked="" type="checkbox"/> Dateierweiterung: .dat oder .txt
<input checked="" type="checkbox"/> 28 Variablen
<input checked="" type="checkbox"/> Variablen sind durch Pipe (" ") getrennt. Jede Zeile wird mit Pipe beendet. Die Datei enthält also 29 Pipe pro Zeile
<input checked="" type="checkbox"/> Primärschlüssel in der 3. Spalte: Keine Doppelnennungen und keine leere Felder
<i>Andere Tests</i>
<input checked="" type="checkbox"/> Konsistenz der Primärschlüssel in beiden Dateien

¹ Die MB-Zeile mit 90 Spalten wird ebenfalls akzeptiert (30 Diagnosen und Behandlungen anstatt von 10). Dabei handelt es sich um das alte Format der MB-Zeile, welches weiterhin vom BFS akzeptiert wird.

Anhang E : Präzisierung der Kostenkomponenten v10, v11, v12 und v13

Diese Liste präzisiert die Zuordnung zu den Kostenkomponenten für bestimmte Produkte. Die Liste ist nicht ausführlich und darf nicht als Liste der Produkte, welche als Einzelkosten gebucht werden sollen, angewendet werden (siehe 3.2 Medikamente, Implantate und medizinisches Material)

Artikelgruppe	Artikel	Kostenkomponente
Medikamente	Antibiotika	v10
	Implantierbare Medikamententräger	
	Antimykotika	
	Faktorpräparate bei Bluterpatienten	
	Hormonpräparate	
	Immunstimulanzien	
	Immunsuppressiva	
	Lysemedikamente	
	Monoklonale Antikörper	
	Plasmaproteine	
	Radiopharmaka	
	Supportive Tumortherapie	
	Virustatika	
	Zytokine	
Zytostatika		
Blutprodukte	Erythrozytenkonzentrat	v11
	Thrombozytenkonzentrat	
	Apherese-Thrombozytenkonzentrat	
	Patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate	
	Lymphozyten	
	Granulozytenkonzentrate	
Implantate	Fresh Frozen Plasma (FFP)	v12
	Hüftendoprothese	
	Knieendoprothese	
	Tumorendoprothese	
	Andere Gelenkprothese	
	Wirbelsäulenimplantate	
	Beckenimplantate	
	Knochenzement	
	Knochenersatzstoffe	
	Schrauben, Nägel, Platten	
	Kunstherz mit Zubehör	
	Linksventrikuläre Unterstützungssysteme (LVAD) mit Zubehör	
	Intraaortale Ballonpumpe (IABP) mit Zubehör	
	Stentgraft-Prothesen der Aorta	
	Gefässprothesen	
	Medikamente-freisetzende Koronarstents	
	Andere Koronarstents	
	Herzschrittmacher mit Zubehör	
	Defibrillatoren mit Zubehör	
	Gefässstents	
Portsysteme		
Coils		

(Siehe Forts. Nächste Seite)

Anhang E : Präzisierung der Kostenkomponenten v10, v11, v12 und v13 (Forts.)

Implantate	Portsysteme	v12
	Coils	
	Herzklappen (auch organische Materialien)	
	Gastrointestinaltrakt Stents	
	Schädel Implantate Schädel- und Gesichtsschädelknochen	
	Unterkieferrekonstruktionsplatten	
	Ramus-Distraktoren	
	Neurostimulator mit Zubehör	
	Cochleaimplantate	
	Linsen	
	Mammaprothesen	
	Hautersatzmaterialien	
	Blasenstimulator mit Zubehör	
	Künstlicher Blasenschliessmuskel	
	Penisprothese	
	Seeds	
	Zwerchfellschrittmacher mit Zubehör	
	Implantierbare Medikamentenpumpen mit Zubehör	
	Transplantate Fremdbezogene Stammzellen	
Autologe Chondrozyten		
Medizinisches Material	Herz-/Röntgenkatheter	v13
	Herzkatheter	
	PTA-Katheter	
	Angiographiekatheter	
	ECMO-Set (inkl. Oxygenator, Pumpenkopf, perkut. Kanüle)	
	Materialset Immunadsorption	
	Spezielle Kontrastmittel	
Spezielle Elektroden		
Spezielle Kanülen		