



Dokumentation SwissDRG zur
unterjährigen Datenprüfung 2018
(Daten 2018)

Version vom 14.08.2018	Änderungen im Vergleich zur Version vom Vorjahr sind grün markiert.
------------------------	---

Inhaltsverzeichnis

1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN	3
1.1. ÄNDERUNGEN ZUM VORJAHR	3
1.2. LIEFERTERMINE	3
1.3. DATENINHALT UND -FORMAT	3
1.4. KODIERUNG.....	3
1.5. ARTIKELLISTE	3
1.6. DATENSCHUTZ	3
1.7. KONTAKT	3
2. LIEFERUNG DER DATEN ÜBER DIE WEBSCHNITTSTELLE	4
2.1. ERSTMALIGE DATENLIEFERUNG DURCH EIN SPITAL	4
2.2. UPLOAD-TOOL.....	4
2.3. LIEFERPROZESS.....	4
3. DATEN DER MEDIZINISCHEN STATISTIK DES BFS (MS-DATEI)	5
3.1. INHALT UND FORMAT DER MEDIZINISCHEN STATISTIK.....	5
3.2. VARIABLEN DER MEDIZINISCHEN STATISTIK.....	6
3.2.1. <i>Fallnummer der Fallkostenstatistik.....</i>	<i>6</i>
3.2.2. <i>Anonymer Verbindungskode.....</i>	<i>6</i>
3.2.3. <i>Kennzeichnung des Statistikfalls</i>	<i>6</i>
3.2.4. <i>Tarif für die Abrechnung</i>	<i>6</i>
3.2.5. <i>Diagnosen und Behandlungen</i>	<i>6</i>
3.2.6. <i>Urlaub</i>	<i>7</i>
3.2.7. <i>Fallzusammenführung, Zwischenaustritte und Wiedereintritte</i>	<i>7</i>
3.2.8. <i>Erfassung der Medikamente und teuren Substanzen</i>	<i>7</i>
4. FALLKOSTEN	9
4.1. ABGRENZUNGEN UND BERECHNUNGSMETHODE DER FALLKOSTEN	9
4.1.1. <i>Kostenträgermethode.....</i>	<i>9</i>
4.1.2. <i>Anlagenutzungskosten (ANK)</i>	<i>9</i>
4.1.3. <i>Vollkosten (gemäss REKOLE®).....</i>	<i>9</i>
4.1.4. <i>Anrechenbare Kosten.....</i>	<i>9</i>
4.1.5. <i>Arzneimittel/ Medikamente und Blutprodukte.....</i>	<i>10</i>
4.1.6. <i>Implantate und medizinisches Material.....</i>	<i>10</i>
4.1.7. <i>Universitäre Lehre und Forschung (uLuF)</i>	<i>10</i>
4.1.8. <i>Fälle der privaten und halbprivaten Liegeklasse.....</i>	<i>11</i>
4.1.9. <i>Arzthonorare.....</i>	<i>11</i>
4.1.10. <i>Stroke Unit</i>	<i>11</i>
4.2. FALLKOSTENDATEI GEMÄSS REKOLE® KOSTENTRÄGERAUSWEIS (FK-DATEI, OBLIGATORISCH SEIT DATEN 2018).....	12
5. NACH DER DATENLIEFERUNG.....	13
5.1. AUTOMATISCHE PLAUSIBILISIERUNG DER DATEN.....	13
5.2. NEULIEFERUNG DER DATEN	13
6. WEITERFÜHRENDE DOKUMENTE	14
ANHÄNGE	15
ANHANG A ARTIKELLISTE FÜR DIE VERBINDLICHE EINZELKOSTENVERRECHNUNG.....	15
ANHANG B VARIABLEN DER MEDIZINISCHEN STATISTIK.....	15
ANHANG C MINDESTANFORDERUNGEN AN DIE DATEIEN	16
ANHANG D FALLKOSTEN GEMÄSS REKOLE® KOSTENTRÄGERAUSWEIS.....	18

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Beispiel der Medizinischen Statistik	5
Abbildung 2	Beispiel zum Format der Erfassung teurer Medikamente/Substanzen	8

1. Allgemeine Informationen

1.1. Änderungen zum Vorjahr

Bei der Überarbeitung der Struktur der Erhebungsvorgaben wurden einige Kapitel neu angeordnet und andere zusammengefasst, wobei trotz einiger ergänzender Informationen die Vorgaben gleichgeblieben sind. Neue Inhalte sind grün hervorgehoben.

1.2. Liefertermine

- Daten SwissDRG zur unterjährigen Datenprüfung können vom 01.10.2018 bis zum 02.11.2018 geliefert werden.

1.3. Dateninhalt und -format

- Die Daten müssen Kosten- und Leistungsdaten enthalten (MS-Datei und Fallkostendatei). Bei der unterjährigen Datenprüfung können die Kostendaten auch ohne Anlagenutzungskosten geliefert werden.
- Die unterjährige Datenprüfung (UJDP) 2018 betrifft die Daten aus dem Jahr 2018.
- Die Lieferung erfolgt über eine gesicherte elektronische Webschnittstelle.
- Die Mindestanforderungen gemäss Anhang C müssen erfüllt sein.
- Die Fallkostendatei für die Datenlieferung 2019 (Daten 2018) wird im an den REKOLE® Kostenträgerausweis angepassten Format übermittelt (siehe Anhang D).

1.4. Kodierung

Kodierung gemäss BFS-Richtlinien für die Daten 2018, u.a.:

- Behandlungskodes nach **CHOP 2018**
- Diagnosekodes nach **ICD-10-GM 2016**
- Medizinisches Kodierungshandbuch, **Version 2018**

1.5. Artikelliste

Die Artikelliste präzisiert die Zuordnung der Kosten bestimmter Produkte zu den entsprechenden Kostenkomponenten. In der unterjährige Datenprüfung 2018 (Daten 2018) ist die mit REKOLE® abgestimmte Liste massgebend (siehe Anhang A).

1.6. Datenschutz

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

1.7. Kontakt

- Frau Beatrice Balmer: datenerhebung@swissdrg.org oder 031 544 12 27
- Kodierungsfragen: codeinfo@bfs.admin.ch oder 058 463 67 00

2. Lieferung der Daten über die Webschnittstelle

2.1. Erstmalige Datenlieferung durch ein Spital

Für Spitäler, die in der Vergangenheit keine Daten an die SwissDRG AG geliefert haben, aber nun erstmals eine Lieferung vornehmen wollen, liegt eine kurze Einführungsdokumentation vor ([Einführung für die neuen Netzwerkspitäler](#)). Für weiterführende Informationen wenden Sie sich bitte direkt an uns.

2.2. Upload-Tool

Die Lieferung der Daten an die SwissDRG AG erfolgt über eine geschützte [Web-Schnittstelle](#). Dazu befindet sich eine [Dokumentation](#) auf der Webseite der SwissDRG AG. Die gesamte Kommunikation zwischen der SwissDRG AG und den Spitälern betreffend Datenlieferung wird über die Web-Schnittstelle abgewickelt. Dies umfasst auch den gesamten Bereich der Rückmeldung(en) betreffend fehlerhafter Fälle. Jede Person, welche sich ins Upload-Tool einloggen will, muss vorgängig einen Account erstellen. Es können sich mehrere Benutzer anmelden, jedoch können für den Erhalt von Informationsschreiben nur drei Kontaktpersonen unter „Kontakt“ eingetragen werden. **Bestehende Accounts behalten ihre Gültigkeit und können nach wie vor verwendet werden.**

2.3. Lieferprozess

Der Lieferprozess besteht aus folgenden Etappen:

- Erfassen der spitalspezifischen Informationen im Fragebogen, bspw. zur Art der Kostenerfassung.
- Hochladen der Kosten- und Leistungsdaten über die Web-Schnittstelle. Details zum Format der Dateien entnehmen Sie dem Anhang dieser Dokumentation. Falls die zu liefernden Daten und Dateien die Mindestanforderungen während der Validierung nicht erfüllen, wird die Übermittlung abgebrochen.
- Automatische Rückmeldungen per Mail zu den hochgeladenen Datensätzen:
 - „Die Ergebnisse der Plausibilisierung sind bereit:“
 - „Ihre Lieferung enthält Fehler. Zur Fehlerübersicht:“
- **Nach einer validen Lieferung können die sich in Datenfehler befindenden Fälle bei Bedarf korrigiert werden. In diesem Fall müssen alle Datensätze erneut hochgeladen werden. Fälle in Datenfehler werden nicht für die Entwicklung verwendet.**
- Nach einer validen und vollständigen Lieferung können die in der Plausibilisierung mit „Fehler“ gekennzeichneten Fälle kommentiert werden.
- **Achtung: Eine vollständige Lieferung besteht erst, wenn im Status der Lieferung „plausibilisiert“ angezeigt wird.**

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

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

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 BFS-Format. Dabei muss die MS-Datei die Mindestanforderungen im Anhang C erfüllen. Die MS-Datei erfüllt folgende Eigenschaften.

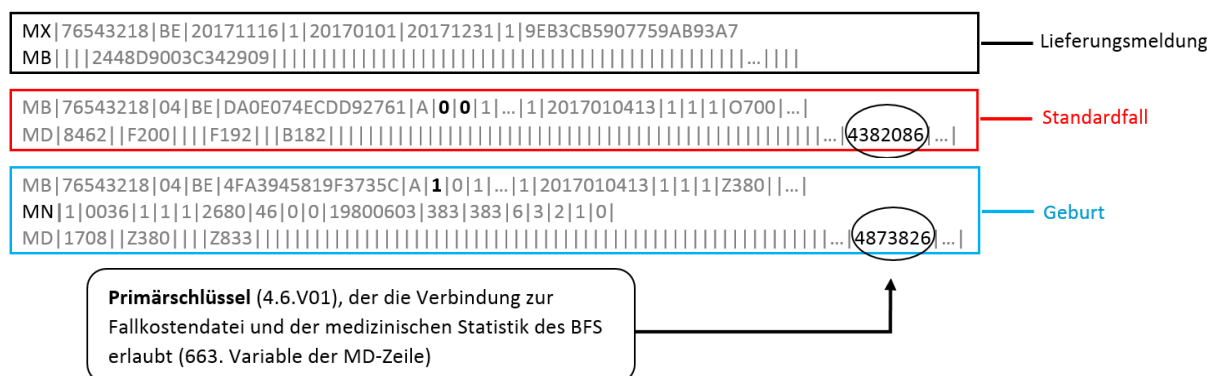
Die ersten zwei Zeilen dienen zur Identifizierung der Datei:

- MX-Zeile (Lieferungsmeldung): 9 Spalten (1 Identifikator der ersten Zeile (MX), 2 BUR-Nummer, 3 Name des Betriebs, 4 Generierungsdatum, 5 Laufnummer der Datenmeldung, 6 Anfangsdatum des Erhebungszeitraums, 7 Enddatum des Erhebungszeitraums, 8 Gesamtzeilen der Datei, 9 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, wobei die Daten für jeden Fall auf mehrere aufeinander folgende Zeilen mit strikt vorgegebener Reihenfolge wie folgt verteilt werden:

- 1. Zeile (MB-Zeile, Minimaldatensatz): 50 Felder, die die administrativen und 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 (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. Diese Zeile muss nur bei Neugeborenen angeben werden.
- 3. Zeile (MD-Zeile, Patientengruppen-Zusatzdaten): 696 Felder. Enthält die Variablen 4.1.V01 bis 4.8.V20 der Medizinischen Statistik.

Abbildung 1 Beispiel der Medizinischen Statistik



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

3.2. Variablen der Medizinischen Statistik

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 dem *Primärschlüssel 4.6.V01 Fallnummer der Fallkostenstatistik* aus der Medizinischen Statistik (Variable 4.6.V01 in der MD-Spalte 663) hergestellt. Sie ist daher zwingend auszufüllen und muss in beiden Datensätzen (MS- und Fallkostendatei) vorkommen. Entsprechend beinhaltet die Lieferung der medizinisch-administrativen BFS Daten auch die MD-Zeile. Die Variable 4.6.V01 muss eindeutig und anonym sein.

3.2.2. Anonymer Verbindungskode

Die Verbindung zwischen verschiedenen Aufenthalten eines gleichen Patienten in der gleichen Klinik wird mit der Variable 0.2.V01 *Anonymer Verbindungskode* aus dem Minimaldatensatz gewährleistet. Diese Variable muss zwingend ausgefüllt sein.

3.2.3. Kennzeichnung des Statistikfalls

Das Spital liefert die Daten aller stationären Fälle¹, die im Erhebungsjahr ausgetreten sind (Variable 0.2.V02 *Kennzeichnung des Statistikfalls*, Wert = A).

3.2.4. Tarif für die Abrechnung

Gemäss den Richtlinien des BFS ist neu die Variable 4.8.V01 *Tarif für die Abrechnung* in der MD-Zeile zu erheben. Diese dient bei der Entwicklung der Tarifstruktur unter anderem dazu, die für die jeweilige Tarifstruktur relevanten Fälle zu erkennen.

Für die Datenlieferung SwissDRG ist diese Variable mit dem Eintrag 1 oder 2 zwingend zu erfassen. Zusätzlich werden alle Fälle geliefert, welche unter den Bereich Frührehabilitation, Palliativ-Medizin oder Paraplegiologie fallen, Vollkosten aufweisen und nicht SwissDRG-relevant sind. **Diese Fälle müssen unabhängig vom Eintrag in Variable 4.8.V01 geliefert werden.**

3.2.5. Diagnosen und Behandlungen

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

Die Behandlungskodes werden gemäss BFS-Richtlinien für die Daten 2018 nach der Schweizerischen Operationsklassifikation 2018 kodiert.

Ein Link zu den 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) des BFS für das jeweilige Datenjahr.

¹ Für die Definition der stationären Fälle gelten die Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung sowie die Klarstellung betreffend Verlegungen.

3.2.6. **Urlaub**

Gemäss Richtlinien des BFS müssen alle Abwesenheiten eines Patienten von mehr als 24 Stunden 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 (24-Stunden Regel). Jegliche anderen Regelungen sind für die Datenerfassung unzulässig. Die Angabe muss die Gesamtsumme in Stunden enthalten. Dies betrifft sowohl ferienhalbe Abwesenheiten sowie Belastungserprobungen. Die OKP-Kosten, die während solcher Abwesenheiten anfallen, werden auf den Fall gebucht.

3.2.7. *Fallzusammenführung, Zwischenaustritte und Wiedereintritte*

In den Daten 2018 ist eine Fallzusammenführung gemäss „Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung“ obligatorisch. Dabei müssen in der Medizinischen Statistik die einzelnen Zwischenaustritte und Wiedereintritte zwingend anhand der Variablen 4.7.V01 bis 4.7.V33 sowie 4.8.V17 bis 4.8.V20 erfasst werden. Fälle, die infolge eines Wiedereintritts oder Rückverlegung zusammengeführt werden, müssen in jeder Datei als ein Fall geliefert werden.

3.2.8. *Erfassung der Medikamente und teuren Substanzen*

In den Variablen 4.8.V02 bis 4.8.V16 der Medizinischen Statistik (Felder 677 bis 692 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 auch Medikamente/Substanzen, die nur für TARPSY erfasst werden dürfen. 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:

- Bei gleicher Verabreichungsart und Zusatzangabe müssen die verabreichten Dosen eines Medikamentes pro Fall pro ATC-Kode aufsummiert werden.

Einheit:

- 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.

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.

Einschränkung:

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

Zusatzangabe:

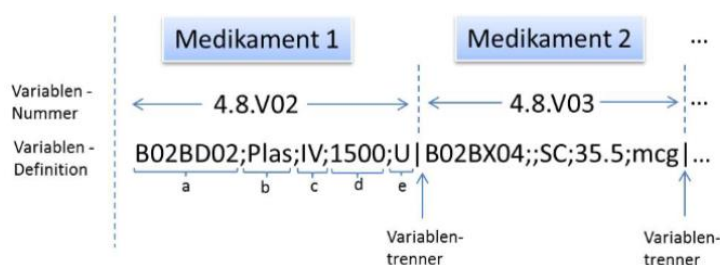
- Die Zusatzangabe eines Medikaments darf nur für diejenigen Medikamente erfasst werden, bei welchen diese gemäss der Liste der in der Medizinischen Statistik erfassbaren Medikamente/Substanzen vorgesehen und zutreffend ist. Bei allen anderen Medikamenten bleibt dieses Feld leer.
- Konkrete Beispiele: 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 angegeben werden (Spalte „zu kodierende Zusatzangaben“) gemäss Format des technischen Begleitblatts. Die gültige Einheit für dieses Medikament ist U. **Das Präparat muss gemäss Abkürzung im technischen Begleitblatt angegeben werden.**
→ B02BD02;Präparat;Verabreichungsart;11000;U
- Amphotericin B: Das Medikament ist nur bei der Gabe von liposomalen Amphotericin B zu erfassen. Die gültige Einheit ist mg. Es ist keine Zusatzangabe zu erfassen.
→ J02AA01;;Verabreichungsart;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
→ 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 der Tarifstruktur **TARPSY** zu erfassen sind. Diese sind auf der Liste der zu erfassenden Medikamente entsprechend gekennzeichnet.

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

Abbildung 2 Beispiel zum Format 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 zusammen aus dem Handbuch REKOLE® – betriebliches Rechnungswesen im Spital - sowie den Entscheiden der Fachkommission Rechnungswesen & Controlling (REK), die nicht in der jeweils aktuellsten Ausgabe des Handbuchs abgebildet sind.

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

4.1.1. Kostenträgermethode

Bei der Ermittlung der Fallkosten wird von der SwissDRG AG die REKOLE® Kostenträgermethode verlangt.

4.1.2. Anlagennutzungskosten (ANK)

Die SwissDRG AG verlangt, dass die ANK nach der in REKOLE® beschriebenen Methode kalkuliert werden. Die [Eckwerte und Regeln zur Ermittlung der Anlagennutzungskosten](#) nach REKOLE®.

Die Anlagennutzungskosten 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 Anlagennutzung widerspiegeln. Innerhalb der Gemeinkosten sind die ANK separat in den entsprechenden Kostenkomponenten auszuweisen, d.h. pro Variable werden einmal die Gemeinkosten exkl. ANK und einmal die ANK der gleichen Variable ausgewiesen.

4.1.3. Vollkosten (gemäss REKOLE®)

Die Kliniken liefern die Daten aller stationären Fälle,² welche im Erhebungsjahr aus der Klinik 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.
- der Aufenthalt über die Erhebungsperiode hinaus 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, usw.).

4.1.4. Anrechenbare Kosten

Die Fallkosten sollen lediglich Kosten der im KVG-Leistungskatalog dargestellten Leistungen enthalten. Der KVG-Leistungskatalog ist auch für die UVG, IV und MV gültig.

² Für die Definition der stationären Fälle siehe Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung.

Als nicht anrechenbar werden jene Kosten definiert, welche keine dem KVG-Leistungskatalog entsprechenden Leistungen darstellen. Somit sind Kosten zu Lasten der Patienten,³ patientenfremde Kosten,⁴ Primärtransporte oder weitere nicht rückerstattete Leistungen aus den Fallkosten auszuschneiden. Zudem müssen die Kosten der gemeinwirtschaftlichen Leistungen (siehe Art. 49. al. 3 KVG) aus den Fallkosten ausgeschieden werden. Dies betrifft z.B. die Kosten der universitären Lehre und Forschung.

4.1.5. Arzneimittel/ Medikamente und Blutprodukte

Medikamente und Blutprodukte sollen wann immer möglich als Einzelkosten verrechnet werden (siehe REKOLE®). In jedem Fall aber jene, deren **Gesamtkosten 200 Franken** pro Fall überschreiten.

Die Unterscheidung zwischen

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

im H+ Konto 400 „Arzneimittel (inkl. Blut und Blutprodukte)“ ist bei der Kalkulation der Tarifstruktur sehr hilfreich, weshalb diese Unterscheidung wann immer möglich vorzunehmen ist. Sollte dies nicht möglich sein, werden die Kosten für Medikamente und Blutprodukte in der Kostenkomponente v101 erfasst. **Dies muss im Fragebogen so vermerkt sein.**

Eine Liste, wie die entsprechenden Produkte zu erfassen sind, ist im Anhang A dieser Dokumentation enthalten.

4.1.6. Implantate und medizinisches Material

Dasselbe gilt für Implantate und medizinisches Material. Diese sollen wann immer möglich als Einzelkosten verrechnet werden (siehe REKOLE®). In jedem Fall aber jene, deren **Gesamtkosten von 200 Franken bzw. 50 Franken bei Implantaten inkl. Osteosynthese-Material** pro Fall überschreiten (REK Entscheid 15_004).

Die Unterscheidung zwischen

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

im H+ Konto 401 *Material, Instrumente, Utensilien, Textilien* ist bei der Kalkulation der Tarifstruktur sehr hilfreich, weshalb diese Unterscheidung wann immer möglich vorzunehmen ist. Sollte die Unterscheidung nicht möglich sein, werden die Kosten für Implantate und medizinisches Material in der Kostenkomponente v104 erfasst. **Dies muss im Fragebogen so vermerkt sein.**

Eine Liste, wie die entsprechenden Produkte zu erfassen sind, ist im Anhang A dieser Dokumentation enthalten.

4.1.7. Universitäre Lehre und Forschung (uLuF)

Gemäss den gesetzlichen Bestimmungen (KVG Art. 49 Abs. 3 und VKL, Art. 7) dürfen die Kosten der universitären Lehre und Forschung nicht als Bestandteil der OKP-relevanten Fallkosten definiert

³ Z.B. Fernsehen, Mineralwasser, usw.

⁴ Z.B. Cafeteria oder weitere Leistungen an das Personal oder an Dritte

werden. Diese Kosten entsprechen gemeinwirtschaftlichen Leistungen und werden – in der Kostenträgerrechnung der Spitäler - auf spezifische Kostenträger verrechnet. In den übermittelten Fallkosten dürfen demzufolge keine Kosten für universitäre Lehre und Forschung enthalten sein. Zudem ist eine **Verrechnung dieser Kosten auf den administrativen Fall gemäss REKOLE® nicht zulässig**.

Die SwissDRG Kostenkomponenten v430 und v431 des REKOLE®-Formats müssen aus diesem Grund leer bleiben (siehe Anhang D). Sollten die Fallkosten eines Spitals dennoch die Kosten für universitäre Lehre und Forschung enthalten, nimmt das Spital keine Anpassung vor und **dokumentiert dies bei der Datenlieferung im Fragebogen an der entsprechenden Stelle**.

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, usw.).⁵ **Spitäler werden gebeten, dies vor der Datenlieferung zu erledigen**. 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

4.1.10. Stroke Unit

Gemäss REK Entscheid 15_003 (siehe Webseite [H+](#)) müssen Kosten für die anerkannten Stroke Center/Units in der Kostenkomponente v240 bzw. v241 gebucht werden.

⁵ Für die Bereinigung der Liegeklasse bedingten Mehrkosten, siehe [ITAR_K](#), Integriertes Tarifmodell auf Basis der Kostenträgerrechnung.

4.2. Fallkostendatei gemäss REKOLE® Kostenträgerausweis (FK-Datei, obligatorisch seit Daten 2018)

Das Format der Fallkostendatei 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](#)). Das Format der Fallkostendatei nach REKOLE® ist bereits **seit Erhebung 2018 verbindlich**.

Für die unterjährige Datenlieferung 2018 (Daten 2018) ist folgendes Format der Kostendaten zugelassen:

- Eine Zeile in der Fallkostendatei entspricht einem Fall
- Fallkostendatei enthält pro Fall 80 Variablen (73 Variablen + 7 Reservefelder)
- Datenjahr im 1. Feld
- Fallnummer (= Primärschlüssel) im 2. Feld. Dies entspricht der Variable 4.6.V01 in der Medizinischen Statistik). Hier sind keine Doppelnennungen und keine leeren Felder erlaubt.
- 71 Variablen mit den anrechenbaren Kosten, davon:
 - 11 Kostenkomponenten mit den Einzelkosten (v101-v111);
 - 60 Kostenkomponenten mit den Kosten der leistungserbringenden Kostenstellen gemäss REKOLE® (v200-v421, v440-v441). Zu jeder Kostenkomponente sind einmal die Gemeinkosten exklusive der ANK und einmal der Anteil der ANK für diese Komponente anzugeben.

Für eine erfolgreiche Lieferung der Daten an die SwissDRG AG muss die Datei die Mindestanforderungen gemäss Anhang C erfüllen. Eine detaillierte Beschreibung der Variablen befindet sich im Anhang D.

5. Nach der Datenlieferung

5.1. Automatische Plausibilisierung der Daten

Nach einem erfolgreichen Hochladen der Dateien erhält jedes Spital über die Web-Schnittstelle Zugriff auf die Resultate der automatisierten Plausibilitätsprüfung. Die Rückmeldungen seitens der SwissDRG AG umfassen:

- Testübersicht über die insgesamt gelieferten Fälle:
Anzahl/Anteil der Fälle des Spitals, welche bei den jeweiligen Tests aufgefallen sind.
- Übersicht auf Fallebene:
 - Im Register Datenfehler befinden sich Fälle mit Fehlern, die nicht in die Datenbank importiert wurden und somit auch keine Plausibilisierung durchlaufen konnten. Sollten diese Fälle korrigiert werden, müssen alle Datensätze erneut hochgeladen werden.
 - Im Register Plausibilisierung werden Fälle angezeigt, die beim betreffenden Test (Fehler- oder Warnungstest) aufgefallen sind. Es werden nur Fälle angezeigt, bei denen der betreffende Test zum Ausschluss führen kann.

Die gesamte Kommunikation betreffend der Rückmeldungen wird über die Web-Schnittstelle abgewickelt. Die Tabellen mit den Resultaten der Plausibilitätsprüfungen können als .csv Dokumente aus der Web-Schnittstelle exportiert werden.

Jeder Test wird in den Rückmeldungen einem Testtypen zugeordnet. Die Testtypen haben **hinsichtlich der effektiven Datenlieferung** 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. Wir bitten Sie Fälle, welche nicht korrigiert werden können, respektive Ihres Erachtens korrekt erfasst wurden, via Feld „Kommentar“ zu begründen.**
- Warnung:
Fälle können Fehler aufweisen! Bitte Fälle prüfen, falls notwendig korrigieren und eine neue Lieferung vornehmen.
- Info:
Allgemeine Informationen zur Datenlieferung. Keine Prüfung/Korrektur notwendig.

Die SwissDRG AG ist bestrebt, die Testlogik laufend weiter zu entwickeln. Für den Fall, dass Spitäler der Ansicht sind, dass einzelne Tests aus der Testlogik nicht korrekt funktionieren oder überarbeitet werden müssen, kann dies im Kommentarfeld „Begründungen“ der einzelnen Tests erfasst werden. **Bitte beachten Sie, dass die Kommentare auf Fall- und Testebene direkt in der Web-Schnittstelle erfasst werden müssen.**

5.2. Neulieferung der Daten

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

Nach Ablauf der Lieferfrist können aus organisatorischen Gründen keine Datenlieferungen mehr entgegengenommen werden.

6. Weiterführende Dokumente

BFS (2017). Medizinisches Kodierungshandbuch. Der offizielle Leitfaden der Kodierungsrichtlinien in der Schweiz. Version 2018. Neuchâtel, Bundesamt für Statistik. URL: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/nomenklaturen/medkk/instrumente-medizinische-kodierung.assetdetail.3482645.html>, [Stand 19.12.2017].

BFS (2017). Schweizerische Operationsklassifikation (CHOP) Systematisches Verzeichnis. Version 2018. Neuchâtel, Bundesamt für Statistik. URL: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/nomenklaturen/medkk/instrumente-medizinische-kodierung.assetdetail.1940914.html>, [Stand 19.12.2017].

BFS (2018). Medizinische Statistik der Krankenhäuser - Variablen der Medizinischen Statistik. Spezifikationen gültig ab 1.1.2018. Neuchâtel, Bundesamt für Statistik. URL: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/erhebungen/ms.assetdetail.4242274.html>, [Stand: 08.01.2018].

Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (1994). Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG), [SR 832.10]. URL: <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19940073/index.html>, [Stand 18.07.2018].

H+ Die Spitäler der Schweiz (2013). REKOLE® Handbuch – Betriebliches Rechnungswesen im Spital. 4. Ausgabe, Bern.

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

SwissDRG AG (2017). Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG. Gültig ab 1.1.2018. URL: https://www.swissdrg.org/application/files/4815/1309/3512/SwissDRG_Falldefinitionen_Version_Mai_2017.pdf, [Stand 18.07.2018].

Schweizerischer Bundesrat (2002). Verordnung 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 18.07.2018].

Weitere Dokumente befinden sich auf der Webseite der [SwissDRG AG](#) unter Datenerhebung > Medizinische Statistik.

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 1.1.2018, heruntergeladen werden.

Anhang C Mindestanforderungen an die Dateien

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

Achtung: Wichtige, gruppierungsrelevante Variablen der Medizinischen Statistik werden **exakt** auf das Format gemäss Schnittstellenkonzept des BFS geprüft. Fälle, die diese Definition nicht erfüllen, werden von der SwissDRG AG **nicht** mehr angenommen.

Bezeichnung
Allgemeine Tests
<input type="checkbox"/> Dateien müssen mit *.dat oder *.txt enden.
<input type="checkbox"/> Dateien müssen mit UTF-8 oder „ISO8859-1“ 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 13 und 10) wird als Zeilenumbruch verwendet.
<input type="checkbox"/> Vorhandensein und Konsistenz der Primärschlüssel (4.6.V01) in allen Dateien. Fälle, welche nur in einer Datei aufgeführt sind, können nicht plausibilisiert und in die Datenbank übernommen werden. Keine Doppelnennungen und keine leere Felder.
Datei der Medizinischen Statistik (MS-Datei)
<input type="checkbox"/> MB-Zeile: 50 Spalten, 50 x „ “
<input type="checkbox"/> MN-Zeile: 18 Spalten, 18 x „ “
<input type="checkbox"/> MD-Zeile: 696 Spalten, 696 x „ “
<input type="checkbox"/> Die letzte Variable einer Zeile muss durch ein Pipe (ASCII-Kode 124: „ “) 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 fehlende Zeilen erlaubt sind (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-Kodes, 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 nur die ersten 5 Zeichen getestet.
<input type="checkbox"/> Die Spalte 663 der MD-Zeile entspricht der Variable 4.6.V01 (Primärschlüssel). Der 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.
<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.
Fallkostendatei gemäss REKOLE® Kostenträgerausweis
<input type="checkbox"/> Jede Zeile der Fallkostendatei entspricht einem Fall.
<input type="checkbox"/> Die Datei enthält 80 Variablen.
<input type="checkbox"/> Die Datei darf keine Variablennamen enthalten.
<input type="checkbox"/> Variablen sind durch ein Pipe („ “) getrennt.

<input type="checkbox"/>	Die Zeilen werden nicht durch ein Pipe geschlossen. Die Datei enthält 79 Pipes pro Zeile.
<input type="checkbox"/>	Die Kostenvariablen dürfen nur Zahlen und keine Buchstaben enthalten.
<input type="checkbox"/>	Zahlen dürfen keine Formatierungen wie Tausender-Trennzeichen, Hochkomma, Leerschlag etc. enthalten.
<input type="checkbox"/>	Als Dezimaltrennzeichen wird der Punkt verwendet (z.B. 1234.50).
<input type="checkbox"/>	Primärschlüssel 4.6.V01 in der 2. Spalte der Medizinischen Statistik. Keine Doppelnennungen und keine leere Felder.
<input type="checkbox"/>	Jeder Fall muss Anlagenutzungskosten aufweisen. Negative Werte werden nicht akzeptiert.
<input type="checkbox"/>	Bestimmte Variablen (Reservfelder) müssen leer bleiben, sofern dies in der Beschreibung so vermerkt ist.
<input type="checkbox"/>	Alle Reservfelder (Felder 72-73, 76-80) müssen leer bleiben.

Anhang D Fallkosten gemäss REKOLE® Kostenträgerausweis

N°	Variable	Bezeichnung	
Allgemeine Angaben			
1	year	Datenjahr	
2	4.6.V01	Fallnummer (siehe Variable an der 663. Stelle der MD-Zeile)	[PRIMÄR-SCHLÜSSEL]
Einzelkosten			H+ Kontenrahmen²
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
Gemeinkosten			Muss-Kostenstelle REKOLE®
14	v200	Patientenadministration, Gemeinkosten exkl. ANK	(10)
15	v201	Patientenadministration, ANK ¹	(10)
16	v210	OP Saal, Gemeinkosten exkl. ANK	(20)
17	v211	OP Saal, ANK ¹	(20)
18	v212	Ärztenschaften des OP-Saals - Aktivitäten 6a, Gemeinkosten exkl. ANK	(31)
19	v213	Ärztenschaften des OP-Saals - Aktivitäten 6a, ANK ¹	(31)
20	v220	Anästhesie, Gemeinkosten exkl. ANK	(23)
21	v221	Anästhesie, ANK ¹	(23)
22	v230	Intensivpflege (IPS), Gemeinkosten exkl. ANK	(24)
23	v231	Intensivpflege (IPS), ANK ¹	(24)
24	v232	Ärztenschaften der IPS - Aktivitäten 6b ₁ , Gemeinkosten exkl. ANK	(31)
25	v233	Ärztenschaften der IPS - Aktivitäten 6b ₁ , ANK ¹	(31)
26	v240	Anerkannte Intermediate Care Stellen (IMCU), Gemeinkosten exkl. ANK	(38)
27	v241	Anerkannte Intermediate Care Stellen (IMCU), ANK ¹	(38)
28	v242	Ärztenschaften der IMCU - Aktivitäten 6b ₂ , Gemeinkosten exkl. ANK	(31)
29	v243	Ärztenschaften der IMCU - Aktivitäten 6b ₂ , ANK ¹	(31)
30	v250	Notfall, Gemeinkosten exkl. ANK	(25)

N°	Variable	Bezeichnung	Muss-Kostenstelle REKOLE®
Gemeinkosten			
31	v251	Notfall, ANK ¹	(25)
32	v252	Ärztschaften des Notfalls - Aktivitäten 6b ₃ , Gemeinkosten exkl. ANK	(31)
33	v253	Ärztschaften des Notfalls - Aktivitäten 6b ₃ , ANK ¹	(31)
34	v260	Bildgebende Verfahren, Gemeinkosten exkl. ANK	(26)
35	v261	Bildgebende Verfahren, ANK ¹	(26)
36	v270	Gebärsaal, Gemeinkosten exkl. ANK	(27)
37	v271	Gebärsaal, ANK ¹	(27)
38	v272	Ärztschaften des Gebärsaals - Aktivitäten 6b ₄ , Gemeinkosten exkl. ANK	(31)
39	v273	Ärztschaften des Gebärsaals - Aktivitäten 6b ₄ , ANK ¹	(31)
40	v280	Nuklearmedizin und Radioonkologie, Gemeinkosten exkl. ANK	(28)
41	v281	Nuklearmedizin und Radioonkologie, ANK ¹	(28)
42	v290	Labor, Gemeinkosten exkl. ANK	(29)
43	v291	Labor, ANK ¹	(29)
44	v300	Dialyse, Gemeinkosten exkl. ANK	(30)
45	v301	Dialyse, ANK ¹	(30)
46	v310	Ärztschaften, Aktivitäten 1-5, Gemeinkosten exkl. ANK	(31)
47	V311	Ärztschaften, Aktivitäten 1-5, ANK ¹	(31)
48	v320	Physiotherapie, Gemeinkosten exkl. ANK	(32)
49	v321	Physiotherapie, ANK ¹	(32)
50	v330	Ergotherapie, Gemeinkosten exkl. ANK	(33)
51	v331	Ergotherapie, ANK ¹	(33)
52	v340	Logopädie, Gemeinkosten exkl. ANK	(34)
53	v341	Logopädie, ANK ¹	(34)
54	v350	Nichtärztliche Therapien und Beratungen, Gemeinkosten exkl. ANK	(35)
55	v351	Nichtärztliche Therapien und Beratungen, ANK ¹	(35)
56	v360	Medizinische und therapeutische Diagnostik, Gemeinkosten exkl. ANK	(36)
57	v361	Medizinische und therapeutische Diagnostik, ANK ¹	(36)
58	v362	Ärztschaften der medizinischen und therapeutischen Diagnostik - Aktivitäten 6b ₅ , Gemeinkosten exkl. ANK	(31)
59	v363	Ärztschaften der medizinischen und therapeutischen Diagnostik - Aktivitäten 6b ₅ , ANK ¹	(31)
60	v370	Pflege, Gemeinkosten exkl. ANK	(39)
61	v371	Pflege, ANK ¹	(39)
62	v380	Hotellerie-Zimmer, Gemeinkosten exkl. ANK	(41)
63	v381	Hotellerie-Zimmer, ANK ¹	(41)
64	v390	Hotellerie-Küche, Gemeinkosten exkl. ANK	(42)
65	v391	Hotellerie-Küche, ANK ¹	(42)
66	v400	Hotellerie-Service, Gemeinkosten exkl. ANK	(43)

N°	Variable	Bezeichnung	Muss-Kostenstelle REKOLE®
Gemeinkosten			
67	v401	Hotellerie-Service, ANK ¹	(43)
68	v410	Übrige Leistungserbringer, Gemeinkosten exkl. ANK	(44)
69	v411	Übrige Leistungserbringer, ANK ¹	(44)
70	v420	Pathologie, Gemeinkosten exkl. ANK	(45)
71	v421	Pathologie, ANK ¹	(45)
72	v430	Forschung und universitäre Lehre, Gemeinkosten exkl. ANK³	(47)
73	v431	Forschung und universitäre Lehre, ANK^{1,3}	(47)
74	v440	Rettungs- bzw. Ambulanzdienst (nur Sekundärtransporte), Gemeinkosten exkl. ANK	(77)
75	v441	Rettungs- bzw. Ambulanzdienst (nur Sekundärtransporte), ANK ¹	(77)
Reservfelder			
76		<i>Reservfeld, bitte leer lassen</i>	
77		<i>Reservfeld, bitte leer lassen</i>	
78		<i>Reservfeld, bitte leer lassen</i>	
79		<i>Reservfeld, bitte leer lassen</i>	
80		<i>Reservfeld, 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.

3) Die Kosten für universitäre Lehre & Forschung dürfen gemäss REKOLE® nicht auf den Fall verrechnet werden. Die Kostenstellen v430 bzw. v431 müssen daher leer bleiben.