



Dokumentation zur TARPSY Datenerhebung 2017
Inhalt und Format der Daten 2016

Version 2016/2017	09.02.2017
	Präzisierungen im Vergleich zur Version vom 27.10.2016 und 05.01.2017 sind gelb markiert.

Inhaltsverzeichnis

1	Lieferung der Daten.....	4
1.1	Upload-Tool.....	4
1.2	Datenformat.....	4
1.3	Liefertermine.....	5
2	Überblick der zu liefernden Datensätze und Fälle.....	5
2.1	Zu liefernde Datensätze	5
2.2	Zu liefernde Fälle	6
2.3	Identifikation der Patienten und Fälle	6
3	Medizinisch-administrative Daten des BFS	8
3.1	Wichtigste Änderungen.....	8
3.2	Inhalt	8
3.3	Format	9
4	Fallkosten (CC-Datei)	10
4.1	Wichtigste Änderungen.....	10
4.2	Fallkostendatei im SwissDRG-Format	10
4.2.1	Inhalt.....	10
4.2.2	Format	11
4.3	Fallkosten gemäss REKOLE® Kostenträgerausweis	12
4.3.1	Inhalt.....	12
4.3.2	Format	12
5	HoNOS (PH-Datei).....	13
5.1	Wichtigste Änderungen.....	13
5.2	Inhalt	13
5.2.1	HoNOS bei Ein- und Austritt.....	13
5.2.2	HoNOS zwei Wochen nach Eintritt.....	14
5.3	Format	14

6	HoNOSCA (PC-Datei).....	15
6.1	Wichtigste Änderungen.....	15
6.2	Inhalt	15
6.3	Format	16
7	Multiaxiale Diagnostik (PX-Datei)	17
7.1	Wichtigste Änderungen.....	17
7.2	Inhalt	17
7.3	Format	17
8	Tägliche Leistungsminuten (PL)	18
8.1	Wichtigste Änderungen.....	18
8.2	Inhalt	18
8.3	Format	19
9	Datenschutz	19
10	Kontakt	19
11	Literatur	20
	Anhänge	21
	Anhang A Mindestanforderungen an die Dateien.....	21
	Anhang B Abgrenzungen und Berechnungsmethode der Fallkosten	23
	Anhang C Fallkostendatei: SwissDRG-Format (CC-Datei)	25
	Anhang D Fallkosten gemäss REKOLE® Kostenträgerausweis (CC-Datei).....	26
	Anhang E Format HoNOS (PH-Datei)	29
	Anhang F Format HoNOSCA (PC-Datei)	30
	Anhang G Multiaxiale Diagnostik (PX-Datei).....	31
	Anhang H Format tägliche Leistungsminuten (PL-Datei).....	32

1 Lieferung der Daten

1.1 Upload-Tool

Die Lieferung der Daten an die SwissDRG AG wird neu über eine geschützte Web-Schnittstelle erfolgen. Dieses neue Datenerhebungstool soll den Kliniken einen direkten Einblick in die Qualität und Plausibilität ihrer Daten bieten. Es wird aufzeigen, welche Fälle aus welchen Gründen auffallen. Die Kliniken werden die Möglichkeit haben, zu jedem dieser Fälle Rückmeldungen zu geben. Die gesamte Kommunikation zwischen der SwissDRG AG und den Kliniken wird über die Web-Schnittstelle abgewickelt werden.

Diese Web-Schnittstelle wird momentan noch entwickelt. Der Lieferprozess wird im Wesentlichen aus folgenden Etappen bestehen:

- Das Spital erhält **Ende Februar 2017** per Post einen Sicherheitskode und einen Link zur Web-Schnittstelle.
- Mit dem Sicherheitskode kann sich das Spital über den Link registrieren und ein Konto erstellen.
- Das Spital füllt den Bogen mit spitalspezifischen Fragen aus (der Fragebogen muss vor dem Upload der Daten ausgefüllt werden).
- Upload der Daten über die Web-Schnittstelle. Details zum Format der Dateien sind in der vorliegenden Dokumentation beschrieben.
- Erhalten einer Lieferbestätigung nach erfolgreicher Lieferung. Bleibt die Lieferbestätigung aus, war die Übermittlung der Daten nicht erfolgreich. Eine Fehlermeldung mit den nötigen Angaben zur Anpassung der Daten wird angezeigt. In diesem Fall beachten Sie die Fehlermeldung(-en) und laden Sie die angepassten Dateien erneut hoch.

Die SwissDRG AG wird Sie in diesem Prozess begleiten. Kontaktdaten entnehmen Sie am Schluss dieses Dokuments in Kapitel 10 *Kontakt*.

1.2 Datenformat

Um die Datensätze über die Web-Schnittstelle übermitteln zu können, müssen die Mindestanforderungen des Anhangs A erfüllt sein. Besonders wichtig sind folgende Formatierungen:

- Die Dateien müssen mit UTF-8 oder „ISO8859-1“ kodiert sein.
- Die Dateien müssen im Text-Format (ASCII) geliefert werden.
- Die Variablen werden durch Pipes (ASCII-Kode 124: „|“) getrennt.
- Die letzte Variable einer Zeile muss nur bei der Lieferung der MS-Datei mit einem Pipe beendet werden. Bei allen anderen Datensätzen wird die Zeile nicht durch ein Pipe abgeschlossen.
- Das CRLF (ASCII-Kode 13 und 10) wird als Zeilenumbruch verwendet.
- Die Datumsangaben werden im Format JJJJMMTT angegeben.
- Die Dateien müssen mit *.dat oder *.txt enden.

Die Überprüfung dieser Mindestanforderungen wird direkt bei der Datenlieferung vorgenommen. Falls die zu liefernden Daten und Dateien diese nicht erfüllen, wird die Übermittlung abgebrochen.

1.3 Liefertermine

- Die Erhebung 2017 betrifft die Daten aus dem Jahr 2016.
- Alle Daten müssen zusammen zwischen dem **01.03.2017 und 30.04.2017** geliefert werden.
- Falls die gelieferten Daten fehlerhaft sind, haben die Kliniken einen Monat Zeit, um diese zu korrigieren.

2 Überblick der zu liefernden Datensätze und Fälle

2.1 Zu liefernde Datensätze

Folgende Daten werden im Frühling 2017 erhoben:

- Die administrativen und medizinischen Daten. Neu: der Inhalt und das Format dieser Daten entsprechen denen der Medizinischen Statistik der Spitäler des BFS (MX, MB, MP, MD).
- Die Messung der Symptomintensität für die Erwachsenen anhand des HoNOS. Erfassung der HoNOS-Bogen bei Eintritt, nach zwei Wochen und bei Austritt. Neu: die 14-tägige Erfassung des HoNOS-Bogens ist ab den Daten 2016 fakultativ.
- Die Messung der Symptomintensität für die Kinder und Jugendlichen erfolgt anhand des HoNOSCA bei Ein- und Austritt gemäss ANQ. Neu: die 14-tägige Erfassung des HoNOSCA-Bogens ist ab den Daten 2016 fakultativ.
- Die Kosten pro Fall. Neu: die Fallkosten können in zwei verschiedenen Formaten geliefert werden, im bisherigen SwissDRG-Format (siehe Anhang C) oder gemäss REKOLE® (siehe Anhang D) Kostenträgerausweis.
- Die Daten zur Multiaxialen Diagnostik. Keine Änderungen vorgenommen.
- Die täglichen Leistungsminuten. Neu: die Erfassung der Leistungsminuten ist fakultativ.

Folgende Daten werden **nicht mehr erhoben**:

- Die Datei zu den Urlaubstagen (PT-Datei) muss nicht mehr geliefert werden. **Gemäss BFS werden ALLE Abwesenheiten, die eine Zeitdauer von 24 Stunden überschreiten, in der Medizinischen Statistik über die Variable 1.3.V04 Administrativer Urlaub & Ferien erhoben. Dies betrifft auch Belastungsproben, die mehr als 24 Stunden dauern.** (Siehe BFS Rundschreiben MS-05-2017 zur Variable 1.3.V04.)
- Die Informationen zu vollzeitäquivalenten Beschäftigten und zum Bruttolohnvolumen nach Berufsgruppen müssen nicht mehr erfasst werden.
- Eine Datenlieferung der Klinik muss nicht mehr von einer *Meldung Datenlieferung* begleitet sein.

Klinikspezifische Informationen, u.a. zur Art der Kostenerfassung, werden anhand eines Fragebogens direkt über die gesicherte Web-Schnittstelle erhoben.

Kliniken, welche Daten sowohl zur Erwachsenenpsychiatrie als auch zur Kinder- und Jugendpsychiatrie erfassen, liefern diese in einer kombinierten Datenlieferung. Dies soll den Datenexport und den Lieferprozess für die Kliniken erleichtern. **Im Vergleich zur Datenlieferung 2016 enthält der MD**

Datensatz die Variable EJK nicht mehr. Diese Variable sollte identifizieren, ob ein Fall in der Erwachsenenpsychiatrie oder in der Kinder- und Jugendpsychiatrie lag.

Abbildung 1 gibt einen Überblick der zu liefernden Datensätze, je nachdem ob eine Klinik nur die Erwachsenenpsychiatrie, nur die Kinder- und Jugendpsychiatrie, oder beides erfasst.

Abbildung 1: Zu liefernde Datensätze

	Erwachsenen- klinik	Kinder- und Jugend- klinik	Kombinierte Klinik
MS: Medizinische Statistik	×	×	×
CC: Fallkostendatei	×	×	×
PH: HoNOS	×		×
PC: HoNOSCA		×	×
PX: Multiaxiale Diagnostik		×	×
PL: Leistungsminuten (fakultativ)	×	×	×
	4 Datensätze	5 Datensätze	6 Datensätze

2.2 Zu liefernde Fälle

Über die geschützte Web-Schnittstelle liefern die Kliniken die Daten aller stationären Fälle,¹ welche im Erhebungsjahr in der Klinik behandelt wurden und **Vollkosten aufweisen**.²

Es müssen alle Fälle unabhängig der Liegeklasse (Variable 1.3.V02) geliefert werden, d.h. es müssen sowohl allgemeine, halbprivate als auch private Fälle übermittelt werden.

2.3 Identifikation der Patienten und Fälle

Die Verbindung zwischen den unterschiedlichen Datensätzen wird neu mit dem **Primärschlüssel 4.6.V01 Fallnummer der Fallkostenstatistik** aus der Medizinischen Statistik (663. Variable der MD-Zeile) hergestellt. Sie ist zwingend auszufüllen und muss in allen Datensätzen vorkommen. Entsprechend beinhaltet die Lieferung der medizinisch-administrativen BFS Daten neu auch die MD-Zeile. Die Variable 4.6.V01 muss eindeutig und anonym sein. Sie muss in allen zu einem Fall gehörigen Datenzeilen erscheinen:

¹ Für die Definition der stationären Fälle, siehe [Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter TARPSY](#).

² Siehe Kapitel 4 für mehr Informationen zum Begriff der Vollkosten.

Datensatz	Primärschlüssel 4.6.V01
Medizinische Statistik (MS)	Feld 663 der MD-Zeile
Fallkostendatei (CC) - SwissDRG-Format - REKOLE® Kostenträgerausweis	Feld 3 Feld 2
HoNOS (PH)	Feld 3
HoNOSCA (PC)	Feld 3
Multiaxiale Diagnostik (PX)	Feld 3
Tägliche Leistungsminuten (PL)	Feld 3

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

Die Variablen 4.6.V01 und 0.2.V01 ersetzen die Fallidentifikationsnummer (FID) resp. die klinikinterne Patientenidentifikationsnummer (PID). Die FID und die PID müssen nicht mehr geliefert werden. Auch die Variable für die Zuordnung eines Falles zur Erwachsenenpsychiatrie oder zur Kinder- und Jugendpsychiatrie (EKJ) muss nicht mehr geliefert werden.

Diese Änderungen sollen die Datenlieferung vereinfachen. Dank dieser Änderungen können die Kliniken der SwissDRG AG die MS-Datei im gleichen Format liefern wie dem BFS.

Die Tabelle 1 gibt einen Überblick der zu liefernden Datensätze, Fälle und der wichtigsten Änderungen in dieser Datenlieferung.

Tabelle 1: Überblick Datenerhebung 2017 (Daten 2016)

Zu liefernde Fälle	Datensatz	Kürzel	Neu
Alle stationären Fälle, welche im Erhebungsjahr in der Klinik behandelt wurden und Vollkosten aufweisen.	Medizinische Statistik	MS	TARPSY Format entspricht neu dem BFS-Format.
	Fallkosten	CC	2 Liefer-Formate sind möglich: <ul style="list-style-type: none"> • SwissDRG-Format • Format gemäss REKOLE®
Fälle werden mit der MS Variable 4.6.V01 identifiziert. Diese muss in allen Datensätzen vorhanden sein.	HoNOS	PH	Erhebung bei Ein-, Austritt und nach zwei Wochen zwingend. 14-tägige Erhebung fakultativ.
	HoNOSCA	PC	Erhebung bei Ein- und Austritt zwingend. 14-tägige Erhebung fakultativ.
	Multiaxiale Diagnostik	PX	Keine.
	Leistungsminuten	PL	Erhebung fakultativ.

3 Medizinisch-administrative Daten des BFS

3.1 Wichtigste Änderungen

Die Kliniken liefern der SwissDRG AG den gleichen Datensatz wie dem BFS (MX, MB, MP, MD). Folgende Variablen müssen zwingend kodiert sein:

- 0.2.V01 *Anonymer Verbindungskode*
- 0.3.V02 *Psychiatrie-Datensatz*
- 4.6.V01 *Fallnummer der Fallkostenstatistik*

Das TARPSY Format entspricht neu dem BFS Format.

3.2 Inhalt

Bei den medizinisch-administrativen Daten handelt es sich um die Daten, die von den Kliniken bereits obligatorisch für die Medizinische Statistik des BFS erhoben werden. Sie umfassen den Minimaldatensatz BFS (MB), die Psychiatrie-Zusatzdaten (MP) und die Patientengruppen-Zusatzdaten (MD). Diese Dateien müssen zusammen in aufeinander folgende Zeilen eines gleichen Datensatzes geliefert werden. Dies bedingt, dass die Variable 0.3.V02 *Psychiatrie-Datensatz* in der MB-Zeile auf 1 gesetzt ist. Da diese Zusammenlegung auch bei der Lieferung an das BFS gefordert ist, möchten wir mit dieser Anpassung des Formats den Aufwand der Kliniken reduzieren.

Die Diagnosen (Haupt- und Nebendiagnosen) werden gemäss BFS-Richtlinien für die Daten 2016 mit den Diagnosekodes nach ICD-10-GM 2014 kodiert. Bei der Kodierung der Diagnosen ist zu beachten, dass neben der Hauptdiagnose gemäss dem Medizinischen Kodierungshandbuch ([BFS 2015a](#)) auch die möglichen Nebendiagnosen zu kodieren sind. Wir bitten Sie, dieser Anweisung zu folgen, da die Kosten der Patienten unter der Berücksichtigung der Nebendiagnosen möglicherweise besser prognostiziert werden können.

Die Behandlungskodes werden gemäss BFS-Richtlinien für die Daten 2016 nach der Schweizerischen Operationsklassifikation 2016 ([BFS 2015b](#)) kodiert.

Die ersten zwei Zeilen der Datei der Medizinischen Statistik dienen der Identifizierung:

- 1. Zeile (MX-Zeile = Lieferungsmeldung): 9 Spalten, ❶ Identifikator der ersten Zeile (MX), ❷ BUR-Nummer, ❸ Name des Betriebs, ❹ Generierungsdatum, ❺ Laufnummer der Datenmeldung, ❻ Anfangsdatum des Erhebungszeitraums, ❼ Enddatum des Erhebungszeitraums, ❽ Gesamtzeilen der Datei, ❾ 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.

Die weiteren Zeilen beinhalten die Falldaten, wobei die Daten für jeden Fall auf zwei oder drei Zeilen verteilt werden:

- 1. Zeile (MB-Zeile, Minimaldatensatz): 50 Felder. Enthält die administrativen und medizinischen Angaben (die ersten neun Diagnosen und die ersten zehn Behandlungen). Diese Zeile enthält die Variablen 0.1.V01 bis 1.7.V11 der Medizinischen Statistik.
- 2. Zeile: (MP-Zeile, Psychiatrie-Zusatzdaten): 33 Felder. Enthält die Variablen 3.1.V01 bis 3.5.V03 der Medizinischen Statistik.
- 3. Zeile (MD-Zeile, Patientengruppen-Zusatzdaten): 696 Felder. Enthält die Variablen 4.1.V01 bis 4.8.V20 der Medizinischen Statistik.

Details zu den einzelnen Variablen sind in der Spezifikation der Variablen der Medizinischen Statistik, gültig ab 01.01.2016 ([BFS 2015c](#)) beschrieben. Die Reihenfolge der Zeilen der Falldaten ist strikt vorgegeben. Es gilt die oben genannte Reihenfolge.

3.3 Format

Das Format entspricht dem BFS-Format. Die MS-Datei muss die Mindestanforderungen im Anhang A erfüllen. Für eine erfolgreiche Lieferung der Daten an die SwissDRG AG muss die Datei unter anderem folgende Kriterien erfüllen:

- Die MB-Zeile hat 50 Spalten.
- Die MP-Zeile hat 33 Spalten.
- Die MD-Zeile hat 696 Spalten.
- Die Spalte 663 der MD-Zeile entspricht der Variable 4.6.V01 (Primärschlüssel). Sie muss zwingend kodiert werden und eindeutig sowie anonym sein. Es darf keine Doppelnennungen und keine leeren Felder geben.
- Die letzte Variable einer Zeile muss durch ein Pipe (ASCII-Kode 124: „|“) geschlossen werden.
 - 9 x „|“ für die MX Zeile
 - 50 x „|“ für die MB Zeile
 - 33 x „|“ für die MP Zeile
 - 696 x „|“ für die MD Zeile
- Die Variable 0.3.V02 *Psychiatrie-Datensatz* ist zwingend zu kodieren.
- Die Variable 0.2.V01 *Anonymer Verbindungskode* ist zwingend zu kodieren.
- Die BUR Nummer in der MX-Zeile ist zwingend zu kodieren.

Das Format und der Inhalt Ihrer Datei der Medizinischen Statistik kann mit [MedPlaus®](#) überprüft werden. Dieses Programm wird kostenlos von „Freudiger EDV-Beratung“ zur Verfügung gestellt. Kann die Datei der medizinischen Statistik mit MedPlaus® geöffnet werden, dann entspricht sie den Anforderungen der SwissDRG AG.

4 Fallkosten (CC-Datei)

Die Kliniken liefern die Daten aller stationärer Fälle,³ welche im Erhebungsjahr in der Klinik behandelt wurden 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.).

Die Fälle werden unabhängig von der Liegeklasse geliefert (im Rahmen des Spitalaufenthaltes belegte Liegeklasse, Variable 1.3.V02 in der Medizinischen Statistik). Es müssen sowohl allgemeine, halbprivate sowie private Fälle übermittelt werden. Spitäler werden gebeten, die liegeklassebedingten Mehrkosten vor der Datenlieferung auszuschliessen (z.B. private Honorare der Spitalärzte, Anteil der privaten Honorare der Belegärzte, usw.).⁴

Die Fallkosten sollen lediglich Kosten der im KVG-Leistungskatalog dargestellten Leistungen enthalten. Der KVG-Leistungskatalog ist auch für die UVG, IV und MV gültig. Demzufolge sind die Kosten zu Lasten der Patienten, patientenfremde Kosten, 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 bzw. separat ausgewiesen werden.

4.1 Wichtigste Änderungen

Die Fallkosten können neu in zwei unterschiedlichen Formaten geliefert werden. Einerseits wie bisher im SwissDRG-Format oder neu auch gemäss dem REKOLE[®] Kostenträgerausweis.

Die Verbindung zwischen der Fallkostendatei und den weiteren zu liefernden Dateien geschieht anhand des Primärschlüssels 4.6.V01 (663. Variable der MD-Zeile).

4.2 Fallkostendatei im SwissDRG-Format

4.2.1 Inhalt

Werden die Fallkosten im SwissDRG-Format geliefert, enthält die CC-Datei pro Fall eine Zeile mit 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, davon:
 - 9 Kostenkomponenten mit den Einzelkosten (v10 - v19);

³ Für die Definition der stationären Fälle, siehe [Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter TARPSY](#).

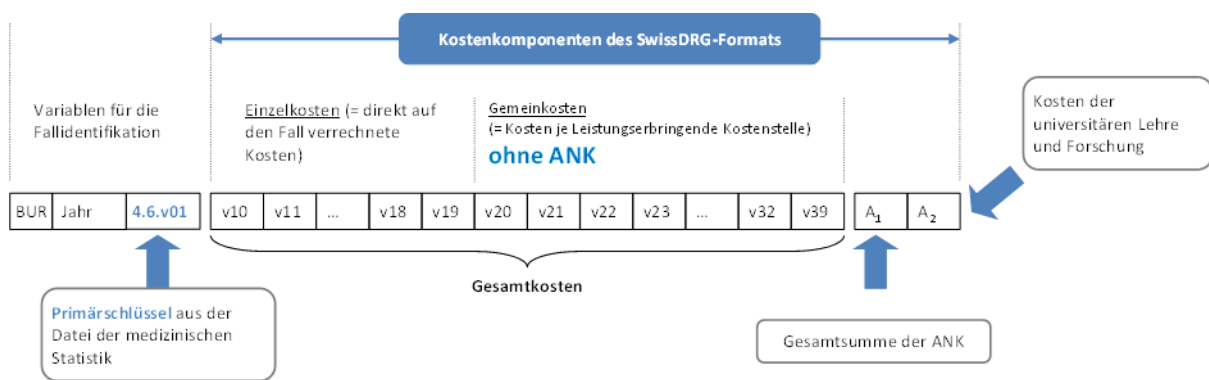
⁴ Für die Bereinigung der Liegeklasse bedingten Mehrkosten, siehe [ITAR_K](#), Integriertes Tarifmodell auf Basis der Kostenträgerrechnung.

- 14 Kostenkomponenten mit den Kosten der leistungserbringenden Kostenstellen gemäss REKOLE® (v20 - v39). Diese Kostenkomponenten sind exklusive ANK anzugeben.
- 1 Variable (A1) mit den gesamten Anlagenutzungskosten je Fall.
- 1 Variable (A2) mit den Kosten der universitären Lehre und Forschung.

Abbildung 2 stellt die Fallkostendatei dar. Angaben zur Abgrenzung und Berechnungsmethode der Fallkosten befinden sich im Anhang B. Eine detaillierte Beschreibung der Variablen befindet sich im Anhang C.

Im Vergleich zur Datenerhebung 2016 wird die FID durch den Primärschlüssel 4.6.V01 in der Medizinischen Statistik ersetzt und das zusätzliche Feld *Rekordart* muss nicht mehr geliefert werden.

Abbildung 2: Darstellung der Fallkostendatei gemäss SwissDRG-Format



4.2.2 Format

Die CC-Datei muss die Mindestanforderungen im Anhang A erfüllen. Für eine erfolgreiche Lieferung der Daten an die SwissDRG AG muss die Datei unter anderem folgende Kriterien erfüllen:

- Die Datei enthält 28 Variablen.
- Der Primärschlüssel im **3. Feld** entspricht der Variable 4.6.V01 in der Medizinischen Statistik.
- Die Variablen werden durch Pipes getrennt (ASCII-Kode 124: „|“).
- Die letzte Variable einer Zeile wird **nicht** durch ein Pipe „|“ geschlossen. Die Datei enthält 27 Pipes pro Zeile.
- Die Datei darf keine Variablennamen enthalten.
- Die Kostenvariablen dürfen nur Zahlen enthalten (keine Buchstaben).
- Zahlen dürfen keine Formatierungen wie Tausender-Trennzeichen, Hochkomma, Leerschlag etc. enthalten.
- Als Dezimaltrennzeichen wird der Punkt verwendet (z.B. 1234.50).

Abbildung 3: Beispiel zweier Fälle in der CC-Datei im SwissDRG-Format

60611111 2016 5050286 79.00 57.00 0.00 0.00 0.00 42.00 0.00 ... 0.00
60611111 2016 5050297 31.00 27.00 0.00 0.00 0.00 34.00 0.00 ... 0.00

↑

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

4.3 Fallkosten gemäss REKOLE® Kostenträgerausweis

4.3.1 Inhalt

Die SwissDRG AG ist bestrebt, die Tarifstruktur TARPSY laufend zu verbessern, um eine möglichst adäquate Finanzierung der stationären Fälle der Psychiatrie zu ermöglichen. Da die Entwicklung und Anpassung der Tarifstruktur datenbasiert erfolgt, ist die Verbesserung der Datenqualität ein zentrales Ziel.

Aus diesem Grund hat die SwissDRG AG beschlossen, für die Fallkostendatei der TARPSY Erhebung ab der Datenerhebung 2017 (Daten 2016) auch das Format des Kostenträgerausweises von REKOLE® zuzulassen. Dies führt dazu, dass die Informationen zu den Fallkosten detaillierter vorliegen, was wiederum eine präzisere Kalkulation des PCG-Katalogs ermöglicht. Dieses neue Format der Fallkostendatei gemäss REKOLE® Kostenträgerausweis richtet sich nach den aktuellen Beschlüssen der H+ Fachkommission für Rechnungswesen und Controlling (REK).

Die Fallkostendatei gemäss REKOLE® Kostenträgerausweis wird im Anhang D detailliert beschrieben. Das Format dieser Fallkostendatei wurde so konzipiert, dass es auch für die Datenerhebungen der kommenden Jahre unverändert gültig sein wird (unter Vorbehalt der Anpassungen durch die REK). Dadurch soll der Aufwand für die Kliniken minimiert werden.

4.3.2 Format

Die CC-Datei muss die Mindestanforderungen im Anhang A erfüllen. Für eine erfolgreiche Lieferung der Daten an die SwissDRG AG muss die Datei unter anderem folgende Kriterien erfüllen:

- Die Datei enthält 80 Variablen.
- Der Primärschlüssel im **2. Feld** entspricht der Variable 4.6.V01 der Medizinischen Statistik. Hier sind keine Doppelnennungen und keine leeren Felder erlaubt.
- Die Variablen sind durch Pipes (ASCII-Kode 124: „|“) getrennt. Die Datei enthält **79 Pipes** pro Zeile.
- Die Datei darf keine Variablennamen enthalten.
- Die Kostenvariablen dürfen nur Zahlen enthalten (keine Buchstaben).
- Zahlen dürfen keine Formatierungen wie Tausender-Trennzeichen, Hochkomma, Leerschlag etc. enthalten.
- Als Dezimaltrennzeichen wird der Punkt verwendet (z.B. 1234.50).
- Gewisse Variablen müssen leer bleiben, sofern dies in der Beschreibung (Anhang D) so vermerkt ist.

5 HoNOS (PH-Datei)

5.1 Wichtigste Änderungen

Die Erhebung der Symptomintensität besteht neu aus dem Eintritts- und Austritts-HoNOS gemäss ANQ und **einem** zusätzlichen HoNOS, der zwei Wochen nach dem Eintritt des Falls erhoben wird. Die 14-tägige Erhebung des HoNOS ist ab der Daten 2016 fakultativ.

Die Verbindung zwischen der PH-Datei und den weiteren zu liefernden Dateien geschieht anhand des Primärschlüssels 4.6.V01 (663. Variable der MD-Zeile).

5.2 Inhalt

5.2.1 HoNOS bei Ein- und Austritt

Die HoNOS-Bogen bei Ein- und Austritt werden von den Kliniken bereits obligatorisch für den Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) erhoben. Obschon die Erhebung der Symptomintensität unabhängig von der Erhebung des ANQ geschieht, richten sich die Datenvorgaben TARPSY an diejenigen des ANQ, damit die Kliniken die Datei im ANQ-Format liefern können.

Die Erfassung der Symptomintensität bzw. der HoNOS-Bogen stützt sich auf folgende Dokumente:

- [Manual für Erfassende Stationäre Psychiatrie Erwachsene](#) - Nationale Messung der Indikatoren „Symptombelastung“ und „Freiheitsbeschränkende Massnahmen“, 01.12.2015 / Version 4, gültig ab 01.01.2016
- [HoNOS - Health of the Nation Outcome Scales](#) - Konzentrierter Ratingbogen: Skala „HoNOS“ mit integriertem Glossar und ANQ – Ratingkonventionen, 28.01.2014 / Version 1

Gemäss diesen Vorgaben, bezieht sich die Erhebung des HoNOS jeweils auf die vergangenen 7 Tage. Der erste HoNOS (Eintritts-HoNOS) sollte innerhalb von 3 Tagen nach dem Eintritt erfasst werden. Der letzte HoNOS (Austritts-HoNOS) ist frühestens 3 Tage vor dem Austritt zu erheben. Weitere Richtlinien zur Erfassung der HoNOS-Bogen können den oben erwähnten Dokumenten entnommen werden.

Pro HoNOS-Bogen und Patient enthält der Datensatz eine PH-Zeile mit je **21 Spalten**:

- Feld 1: Rekordart.
- Feld 2: BUR-Nummer.
- **Feld 3: Primärschlüssel 4.6.V01** aus der Datei der medizinischen Statistik (663. Variable der MD-Zeile).
- Feld 4: Erhebungswoche: Eintritts-, Austritts- oder eine dazwischen liegende Woche.
- Felder 5 – 6: Grund für Dropout, das heisst, das Nicht-Erheben des HoNOS. Auf Grund der Fremderfassung des HoNOS sollten Dropouts eigentlich nicht vorkommen.
- Feld 7: Erhebungsdatum.
- Felder 8 – 21: Bewertungen der HoNOS-Items.

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

5.2.2 HoNOS zwei Wochen nach Eintritt

Auswertungen der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften deuten darauf hin, dass der HoNOS-Bogen, der zwei Wochen nach Eintritt eines Falls erhoben wurde, die Güte der Tarifstruktur verbessern könnte. Um diesen Punkt im Rahmen der Weiterentwicklung der Tarifstruktur TARPSY zu prüfen, muss für die Datenerhebung TARPSY zusätzlich zwei Wochen nach Eintritt des Falls ein HoNOS-Bogen erfasst werden. **Die Erfassung dieses HoNOS-Bogens stützt sich ebenfalls auf die Angaben des ANQ, mit dem Unterschied, dass nur die Items 1, 2 und 5 zwingend bewertet werden müssen.**

Der HoNOS-Bogen nach zwei Wochen wird in der gleichen Datei geliefert wie der Eintritts- und Austritts-HoNOS. Der Bogen wird zwischen dem 12. und 16. Tag nach Eintritt des Patienten erhoben. Er ist nur notwendig, wenn zwischen dem Ein- und Austritt des Falls mehr als 21 Tage liegen.

Jede Klinik ist selbstverständlich frei, die HoNOS-Bogen häufiger zu erheben. Damit dies weiterhin möglich ist, wird das Format der PH-Datei nicht verändert.

5.3 Format

Das Format entspricht dem ANQ-Format.⁵ Die HoNOS-Bogen bei Eintritt, Austritt und zwei Wochen nach Eintritt werden in derselben Datei (PH, siehe Anhang E) übermittelt. Die PH-Datei muss die Mindestanforderungen im Anhang A erfüllen. Für eine erfolgreiche Lieferung der Daten an die SwissDRG AG muss die Datei unter anderem folgende Kriterien erfüllen:

- Die Datei enthält 21 Variablen.
- Der Primärschlüssel im 3. Feld entspricht der Variable 4.6.V01 in der Medizinischen Statistik. Hier sind keine Doppelnennungen und keine leeren Felder erlaubt.
- Die Variablen sind durch Pipes (ASCII-Kode 124: „|“) getrennt. Die Datei enthält 20 Pipes pro Zeile.
- Die Datei darf keine Variablennamen enthalten.

Abbildung 4: Beispiel dreier Fälle in der PH-Datei

```
PH|12345678|5050286|1|0||20150730|2|4|4|1|2|1|4|1|a||1|3|4|4
PH|12345678|5050286|3|0||20150806|2|2|||2|||
PH|12345678|5050297|1|0||20150103|2|4|3|3|4|4|3|0||4|2|2|1
      ↑
Primärschlüssel. Entspricht der Variable 4.6.V01 (663. Variable der MD-Zeile) in der
Medizinischen Statistik.
```

⁵ Siehe das Dokument „Eingabevorlage Datenlieferung – Erwachsenenpsychiatrie“ auf <http://www.anq.ch/psychiatrie/erwachsenenpsychiatrie/>

6 HoNOSCA (PC-Datei)

6.1 Wichtigste Änderungen

Die Erhebung der Symptomschwere besteht neu nur noch aus dem Eintritts- und Austritts-HoNOSCA gemäss ANQ. Die 14-tägige Erhebung des HoNOSCA ist ab den Daten 2016 fakultativ.

Die Verbindung zwischen der PC-Datei und den weiteren zu liefernden Dateien geschieht anhand des Primärschlüssels 4.6.V01 (663. Variable der MD-Zeile).

6.2 Inhalt

Die HoNOSCA-Bogen bei Ein- und Austritt werden von den Kliniken bereits obligatorisch für den ANQ erhoben. Obschon die TARPSY-Erhebung der Symptomintensität unabhängig von der Erhebung des ANQ geschieht, richten sich die Datenvorgaben TARPSY an denjenigen des ANQ, damit die Kliniken die Datei im ANQ-Format liefern können.

Die Erfassung der HoNOSCA-Bogen stützt sich auf folgende Dokumente:

- [Manual für Erfassende Stationäre Psychiatrie Kinder- und Jugendliche](#) - Nationale Messung der Indikatoren „Symptombelastung“ und „Freiheitsbeschränkende Massnahmen“, 01.12.2015 / Version 3, gültig ab 01.01.2016
- [Glossar für HoNOSCA-D](#). Health of the Nation Outcomes Scales for Children and Adolescents (HoNOSCA), Version 1.1. / 22.06.2016

Gemäss diesen Vorgaben erfolgt die Erfassung der HoNOSCA-Bogen bei Ein- und Austritt möglichst zeitnah am Klinikeintritt resp. Klinikaustritt. Die Erfassung bezieht sich jeweils auf die vergangenen 7 Tage. Die Eintrittsbeurteilung erfolgt innerhalb von zwei Wochen, spätestens jedoch nach 14 Tagen. Die Erfassung des Austritts-HoNOSCA findet in der Regel am Austrittstag statt, kann aber in Ausnahmefällen frühestens 7 Tage vor Austritt und spätestens 3 Tage nach Austritt stattfinden. Weitere Vorgaben zur Erfassung des HoNOSCA-Bogens können den oben genannten ANQ-Dokumenten entnommen werden.

Pro HoNOSCA-Bogen und Patient enthält der Datensatz eine PH-Zeile mit **je 20 Spalten**:

- Feld 1: Rekordart.
- Feld 2: BUR-Nummer.
- **Feld 3: Primärschlüssel 4.6.V01** aus der Datei der Medizinischen Statistik (663. Variable der MD-Zeile)
- Feld 4: Erhebungswoche: Eintritts-, Austritts- oder eine dazwischen liegende Woche.
- Felder 5 – 6: Grund für Dropout, das heisst, das Nicht-Erheben des HoNOSCA. Auf Grund der Fremderfassung des HoNOSCA sollten Dropouts eigentlich nicht vorkommen.
- Feld 7: Erhebungsdatum.
- Felder 8 – 20: Bewertungen der HoNOSCA-Items.

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

Wurde in der Klinik ein Rhythmus implementiert, der den HoNOSCA mit höherer Frequenz (d.h. häufiger) erhebt als hier verlangt, so genügt dies ebenfalls den Anforderungen an die Datenerhebung.

6.3 Format

Das Format entspricht dem ANQ-Format.⁶ Die HoNOSCA-Bogen werden gemeinsam in einer Datei (PC) übermittelt. Sie muss die Mindestanforderungen im Anhang A erfüllen. Für eine erfolgreiche Lieferung der Daten an die SwissDRG AG muss die Datei unter anderem folgende Kriterien erfüllen:

- Die Datei enthält 20 Variablen.
- Der Primärschlüssel im 3. Feld entspricht der Variable 4.6.V01 in der Medizinischen Statistik. Hier sind keine Doppelnennungen und keine leeren Felder erlaubt.
- Die Variablen sind durch Pipes (ASCII-Kode 124: „|“) getrennt. Die Datei enthält 19 Pipes pro Zeile.
- Die Datei darf keine Variablennamen enthalten.

Abbildung 5: Beispiel zweier Fälle in der PC-Datei

```
PC|12345678|5050292|1|0||20151223|4|3|2|2|4|2|2|3|0|1|4|2|2
PC|12345678|5050292|3|0||20151231|3|3|4|3|3|4|4|2|1|0|4|1|1
      ↑
Primärschlüssel. Entspricht der Variable 4.6.V01 (663. Variable der MD-Zeile) in der
Medizinischen Statistik.
```

⁶ Siehe das Dokument „Eingabevorlage Datenlieferung – Kinder- und Jugendpsychiatrie (Version 5.9, ab 01.01.2016)“ auf <http://www.anq.ch/psychiatrie/kinder-und-jugendpsychiatrie/>.

7 Multiaxiale Diagnostik (PX-Datei)

7.1 Wichtigste Änderungen

Die Verbindung zwischen der PX-Datei und den weiteren zu liefernden Dateien geschieht anhand des Primärschlüssels 4.6.V01 (663. Variable der MD-Zeile). Ansonsten wurden für die Lieferung der Daten 2016 keine Änderungen vorgenommen.

7.2 Inhalt

Das multiaxiale Klassifikationsschema (MAS) wird spätestens in der Austrittswoche definitiv ausgefüllt. Die Vorgaben zur Erfassung des MAS können aus folgendem Buch entnommen werden:

Remschmidt et al. (2012). *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. Mit einem synoptischen Vergleich von ICD-10 und DSM-IV.* 6., korrigierte Auflage. Verlag Hans Huber, Bern.

Die Kodierung der Diagnosen erfolgt nach dem ICD-10-GM Katalog bzw. nach dem Katalog, der auch für die Kodierung der Medizinischen Statistik benutzt wird.

Für die Austrittswoche eines jeden Patienten enthält der Datensatz eine PX-Zeile mit 17 Spalten:

- Feld 1: Rekordart.
- Feld 2: BUR-Nummer.
- Feld 3: Primärschlüssel 4.6.V01 aus der Datei der medizinischen Statistik (663. Variable der MD-Zeile)
- Feld 4: Erhebungsdatum
- Feld 5 – 17: Bewertungen der MAS-Items.

Achtung: Alle Achsen der MAS werden erfasst.

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

7.3 Format

Die PX-Datei muss die Mindestanforderungen im Anhang A erfüllen. Für eine erfolgreiche Lieferung der Daten an die SwissDRG AG muss die Datei unter anderem folgende Kriterien erfüllen:

- Die Datei enthält 17 Variablen.
- Der Primärschlüssel in der 3. Spalte entspricht der Variable 4.6.V01 in der Medizinischen Statistik. Hier sind keine Doppelnennungen und keine leeren Felder erlaubt.
- Die Variablen sind durch Pipes (ASCII-Kode 124: „|“) getrennt. Die Datei enthält 16 Pipes pro Zeile.
- Die Datei darf keine Variablennamen enthalten.

Abbildung 6: Beispiel eines Falls in der PX-Datei

PX 12345678 5050292 20151229 F20 F90 F91 F81 F82 0 4 K35 0 91 18 58 2
↑
Primärschlüssel. Entspricht der Variable 4.6.V01 (663. Variable der MD-Zeile) in der Medizinischen Statistik.

8 Tägliche Leistungsminuten (PL)

8.1 Wichtigste Änderungen

Aufgrund des hohen Aufwandes, der mit der Erhebung der Leistungsminuten verbunden ist, müssen die täglichen Leistungsminuten nicht mehr zwingend erfasst werden.

Die Verbindung zwischen der PL-Datei und den weiteren zu liefernden Dateien geschieht anhand des Primärschlüssels 4.6.V01 (663. Variable der MD-Zeile).

8.2 Inhalt

Die täglich von jedem einzelnen Patienten in Anspruch genommenen Leistungsminuten über fünf Berufsgruppen (Erwachsene) bzw. sieben Berufsgruppen (Kinder und Jugendliche) werden in Minuten aufgeführt. Erhoben wird die Dauer der tatsächlich erbrachten Leistungen, die eindeutig dem einzelnen Patienten zugeordnet werden können.

Wir bitten Sie, nicht die Summe der Leistungsminuten über mehrere Tage auf einen einzelnen Tag zu buchen (also keine „Sammelbuchungen“ zu tätigen), sondern die Leistungen immer dem einzelnen Tag zuzuordnen, an dem sie erbracht wurden.

Für jeden Aufenthaltstag des Patienten in der Erwachsenenpsychiatrie enthält der Datensatz eine PL-Zeile mit je 9 Spalten:

- Feld 1: Rekordart.
- Feld 2: BUR-Nummer.
- **Feld 3: Primärschlüssel 4.6.V01** aus der Datei der Medizinischen Statistik (Feld 663 der MD-Zeile).
- Feld 4: Erhebungsdatum.
- Felder 5 – 9: Am Erhebungstag vom Patienten in Anspruch genommene Leistungsminuten der fünf Berufskategorien Ärzte, Psychologen und Psychotherapeuten, Pflege, Ergo- und übrige Therapeuten, Sozialdienst.

Bei der **Kinder- und Jugendpsychiatrie** enthält die **PL-Datei zwei zusätzliche Spalten** (insgesamt 11 Spalten):

- Felder 10 – 11: Am Erhebungstag vom Patienten in Anspruch genommenen Leistungsminuten der zwei Berufskategorien Sozialpädagogen und Pädagogen. Die Erhebung der Leistungsminuten der Pädagogen ist fakultativ.

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

8.3 Format

Die Daten aller Fälle aus der Erwachsenen-, Kinder- und Jugendpsychiatrie werden gemeinsam mit der PL-Datei geliefert. Diese Datei muss die Mindestanforderungen im Anhang A erfüllen. Für eine erfolgreiche Lieferung der Daten an die SwissDRG AG muss die Datei unter anderem folgende Kriterien erfüllen:

- Die Datei enthält entweder 9 oder 11 Variablen.
- Der Primärschlüssel im 3. Feld entspricht der Variable 4.6.V01 in der Medizinischen Statistik. Hier sind keine Doppelnennungen und keine leeren Felder erlaubt.
- Die Variablen sind durch Pipes (ASCII-Kode 124: „|“) getrennt. Die Datei enthält 8 resp. 10 Pipes pro Zeile.
- Die Datei darf keine Variablennamen enthalten.

Abbildung 7: Beispiel von **zwei** Fällen in der PL-Datei

```
PL|12345678|5050286|20150805||30||60|
PL|12345678|5050286|20150806|60||20||
PL|12345678|5050297|20150103|320|10|400||
PL|12345678|5050297|20150104|120||80||
```



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

9 Datenschutz

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

10 Kontakt

Für weitere Informationen wenden Sie sich bitte an:

Eva Spring, Tel. 031 310 05 50, tarpsy@swissdrg.org

11 Literatur

ANQ (2015a). Manual für Erfassende Stationäre Psychiatrie Erwachsene - Nationale Messung der Indikatoren „Symptombelastung“ und „Freiheitsbeschränkende Massnahmen“, 01.12.2015 / Version 4, gültig ab 01.01.2016. URL: www.anq.ch/fileadmin/redaktion/deutsch/20151201_Manual-EP_DE_v4.pdf, [Stand 29.09.2016].

ANQ (2015b). HoNOS - Health of the Nation Outcome Scales - Konzentrierter Ratingbogen: Skala „HoNOS“ mit integriertem Glossar und ANQ – Ratingkonventionen, 28.01.2014 / Version 1. URL: www.anq.ch/fileadmin/redaktion/deutsch/20150915_20140128_HoNOS-konzentrierter-Ratingbogen_DE_def.pdf, [Stand 29.09.2016].

ANQ (2015c). Manual für Erfassende Stationäre Psychiatrie Kinder- und Jugendliche - Nationale Messung der Indikatoren „Symptombelastung“ und „Freiheitsbeschränkende Massnahmen“, 01.12.2015 / Version 3, gültig ab 01.01.2016. URL : http://www.anq.ch/fileadmin/redaktion/deutsch/20151201_Manual_KJP_DE_V3.pdf, [Stand 29.09.2016].

ANQ (2016). Glossar für HoNOSCA-D. Health of the Nation Outcomes Scales for Children and Adolescents (HoNOSCA), 22.06.2016 / Version 1.1. URL: www.anq.ch/fileadmin/redaktion/deutsch/HoNOSCA-Manual_ANQ_DE_1.1.pdf, [Stand 29.09.2016].

BFS (2015a). Medizinisches Kodierungshandbuch. Der offizielle Leitfaden der Kodierrichtlinien in der Schweiz. Version 2016. Neuchâtel, Bundesamt für Statistik. URL: <https://www.bfs.admin.ch/bfsstatic/dam/assets/350122/master>, [Stand 26.10.2016].

BFS (2015b). Schweizerische Operationsklassifikation (CHOP) Systematisches Verzeichnis. Version 2016. Neuchâtel, Bundesamt für Statistik. URL: <https://www.bfs.admin.ch/bfsstatic/dam/assets/350126/master>, [Stand 26.10.2016].

BFS (2015c). Variablen der Medizinischen Statistik Spezifikationen gültig ab 1.1.2016. Neuchâtel, Bundesamt für Statistik. URL: <https://www.bfs.admin.ch/bfsstatic/dam/assets/175844/master>, [Stand 26.10.2016].

Remschmidt, H., Schmidt, M. and Poustka, F., Eds. (2012). Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. 6., korrigierte Auflage. Bern, Verlag Hans Huber.

SwissDRG AG (2016). Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter TARPSY. URL: http://swissdrg.org/assets/pdf/Psychiatrie/TARPSY_1-0/TARPSY_Abrechnungsregeln_d.pdf, [Stand 09.02.2017].

Anhänge

Anhang A Mindestanforderungen an die Dateien

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

Bezeichnung	
<i>Allgemeine Tests</i>	
<input checked="" type="checkbox"/>	Dateien müssen mit UTF-8 oder "ISO8859-1" kodiert sein.
<input checked="" type="checkbox"/>	Dateien müssen im Text-Format (ASCII) geliefert werden.
<input checked="" type="checkbox"/>	Der Primärschlüssel 4.6.V01 muss in allen Dateien vorhanden sein.
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Variablen werden durch Pipes (ASCII-Kode 124 „ “) getrennt.
<input checked="" type="checkbox"/>	Das CRLF (ASCII-Kode 13 und 10) wird als Zeilenumbruch verwendet.
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Datumsangaben werden im Format JJJJMMTT angegeben.
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Dateien müssen mit *.dat oder *.txt enden.
<i>Datei der Medizinischen Statistik (MS-Datei)</i>	
<input checked="" type="checkbox"/>	MB-Zeile: 50 Spalten (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.)
<input checked="" type="checkbox"/>	MP-Zeile: 33 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 muss zwingend kodiert sein. Sie muss eindeutig und anonym sein. Es darf keine leeren Felder geben.
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Variable 0.2.V01 muss kodiert sein.
<input checked="" type="checkbox"/>	Die BUR Nummer in der MX-Zeile muss zwingend erfasst werden.
<input checked="" type="checkbox"/>	Übereinstimmung der 'MB' und 'MD' Zeile: Für alle ICD- und CHOP-Kodes, ist v16v01 = v42v010, 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 (Toleranzschwelle: 95%).
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Variable 0.3.V02 Psychiatrie-Datensatz ist zwingend zu kodieren.
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Datei muss TARPSY relevante Patienten enthalten (0.3.V02 Psychiatrie-Datensatz = 1).
<input checked="" type="checkbox"/>	Fälle mit Austritt innerhalb der Erhebungsperiode müssen eine Hauptdiagnose haben (Toleranzschwelle: 95%).
<input checked="" type="checkbox"/>	Angabe des Geschlechts bei jedem Fall (Toleranzschwelle: 98%).
<input checked="" type="checkbox"/>	Angabe der Liegeklasse bei jedem Fall (Toleranzschwelle: 98%).
<input checked="" type="checkbox"/>	Angabe der Hauptkostenstelle (Toleranzschwelle: 95%).
<input checked="" type="checkbox"/>	Angabe des Aufenthalts nach Austritt (Toleranzschwelle: 90%).
<input checked="" type="checkbox"/>	Angabe des Statistikfalls bei jedem Fall (Toleranzschwelle: 98%).
<input checked="" type="checkbox"/>	Angabe eines gültigen Eintrittsdatums bei jedem Fall (Toleranzschwelle: 98%).
<input checked="" type="checkbox"/>	Angabe eines gültigen Alters bei jedem Fall (Toleranzschwelle: 99%).
<input checked="" type="checkbox"/>	Dateien dürfen ausser in den Feldern für Medikamentenangaben (4.8.V02 - 4.8.V15, Medikament 1 - 14, Variablennummern 678 - 691) keinen Text enthalten.
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Datei darf keine ungültigen Medikamentenangaben enthalten (4.8.V02 - 4.8.V15, Medikament 1 - 14, Variablennummern 678 - 691).

<i>Fallkostendatei gemäss SwissDRG-Format (CC-Datei)</i>	
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Datei enthält 28 Variablen.
<input checked="" type="checkbox"/>	Primärschlüssel 4.6.V01 in der 3. Spalte: Keine Doppelnennungen und keine leere Felder.
<input checked="" type="checkbox"/>	Variablen sind durch ein Pipe (" ") getrennt.
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Zeilen werden nicht durch ein Pipe geschlossen. Die Datei enthält 27 Pipes pro Zeile.
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Datei darf keine Variablennamen enthalten.
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Kostenvariablen dürfen nur Zahlen und keine Buchstaben enthalten.
<input checked="" type="checkbox"/>	Zahlen dürfen keine Formatierungen wie Tausender-Trennzeichen, Hochkomma, Leerschlag etc. enthalten.
<input checked="" type="checkbox"/>	Als Dezimaltrennzeichen wird der Punkt verwendet (z.B. 1234.50).
<i>Fallkostendatei gemäss REKOLE® Kostenträgerausweis (CC-Datei)</i>	
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Datei enthält 80 Variablen.
<input checked="" type="checkbox"/>	Primärschlüssel 4.6.V01 in der 2. Spalte: Keine Doppelnennungen und keine leere Felder.
<input checked="" type="checkbox"/>	Variablen sind durch ein Pipe (" ") getrennt.
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Zeilen werden nicht durch ein Pipe geschlossen. Die Datei enthält 79 Pipes pro Zeile.
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Datei darf keine Variablennamen enthalten.
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Kostenvariablen dürfen nur Zahlen und keine Buchstaben enthalten.
<input checked="" type="checkbox"/>	Zahlen dürfen keine Formatierungen wie Tausender-Trennzeichen, Hochkomma, Leerschlag etc. enthalten.
<input checked="" type="checkbox"/>	Als Dezimaltrennzeichen wird der Punkt verwendet (z.B. 1234.50).
<i>HoNOS (PH-Datei)</i>	
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Datei enthält 21 Variablen.
<input checked="" type="checkbox"/>	Primärschlüssel 4.6.V01 in der 3. Spalte: Keine Doppelnennungen und keine leere Felder.
<input checked="" type="checkbox"/>	Variablen sind durch ein Pipe (" ") getrennt.
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Zeilen werden nicht durch ein Pipe geschlossen. Die Datei enthält 20 Pipes pro Zeile.
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Datei darf keine Variablennamen enthalten.
<i>HoNOSCA (PH-Datei)</i>	
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Datei enthält 20 Variablen.
<input checked="" type="checkbox"/>	Primärschlüssel 4.6.V01 in der 3. Spalte: Keine Doppelnennungen und keine leere Felder.
<input checked="" type="checkbox"/>	Variablen sind durch ein Pipe (" ") getrennt.
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Zeilen werden nicht durch ein Pipe geschlossen. Die Datei enthält 19 Pipes pro Zeile.
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Datei darf keine Variablennamen enthalten.
<i>Multiaxiale Diagnostik (PX-Datei)</i>	
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Datei enthält 17 Variablen.
<input checked="" type="checkbox"/>	Primärschlüssel 4.6.V01 in der 3. Spalte: Keine Doppelnennungen und keine leere Felder.
<input checked="" type="checkbox"/>	Variablen sind durch ein Pipe (" ") getrennt.
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Zeilen werden nicht durch ein Pipe geschlossen. Die Datei enthält 16 Pipes pro Zeile.
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Datei darf keine Variablennamen enthalten.
<i>Tägliche Leistungsminuten (PL-Datei)</i>	
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Datei enthält 9 - 11 Variablen.
<input checked="" type="checkbox"/>	Primärschlüssel 4.6.V01 in der 3. Spalte: Keine Doppelnennungen und keine leere Felder.
<input checked="" type="checkbox"/>	Variablen sind durch ein Pipe (" ") getrennt.
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Zeilen werden nicht durch ein Pipe geschlossen. Die Datei enthält 8 - 10 Pipes pro Zeile.
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Datei darf keine Variablennamen enthalten.

Anhang B Abgrenzungen und Berechnungsmethode der Fallkosten

Dieser Anhang beruht auf dem Format der Fallkostendatei, welche im Rahmen der Erhebung der SwissDRG-relevanten Fälle geliefert werden musste. **Da die Erhebung für somatische Krankenhäuser entwickelt wurde, beinhaltet sie auch einige für psychiatrische Kliniken nicht relevante Kostenpositionen, die nicht beachtet werden müssen (z.B. Implantate).**

Kostenträgermethode

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

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.

Als nicht anrechenbar werden jene Kosten definiert, welche keine dem KVG-Leistungskatalog entsprechenden Leistungen darstellen. Somit sind Kosten zu Lasten der Patienten⁷, patientenfremde Kosten⁸, Primärtransporte oder weitere nicht rückerstattete Leistungen aus den Fallkosten auszuscheiden.

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

Arzneimittel/Medikamente und Blutprodukte

Medikamente und Blutprodukte sollen wann immer möglich als Einzelkosten verrechnet werden (siehe REKOLE®). In jedem Fall aber jene, deren Gesamtkosten 1'000 Franken pro Fall überschreiten. Die Unterscheidung zwischen

- 1) Arzneimitteln/Medikamenten (entspricht SwissDRG Format v10, REKOLE® Format v101), und
 - 2) Blut und Blutprodukten (entspricht SwissDRG Format v11, REKOLE® Format v102)
- im H+ Konto 400 „Arzneimittel (inkl. Blut und Blutprodukte)“ ist bei der Kalkulation der Tarifstruktur TARPSY 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 v10 / v101 erfasst. Weiter muss dies im Fragebogen so vermerkt sein.

Implantate und medizinisches Material (betrifft nur somatische Krankenhäuser)

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 1'000 Franken pro Fall überschreiten. Die Unterscheidung zwischen

- 1) medizinischem Material (entspricht SwissDRG Format v13, REKOLE® Format v103) und
 - 2) Implantaten (entspricht SwissDRG Format v12, REKOLE® Format v104)
- im H+ Konto 401 „Material, Instrumente, Utensilien, Textilien“ ist bei der Kalkulation der Tarifstruktur TARPSY sehr hilfreich, weshalb diese Unterscheidung wann immer möglich vorzunehmen ist. Sollte die

⁷ Z.B. Fernsehen, Mineralwasser, usw.

⁸ Z.B. Cafeteria oder weitere Leistungen an das Personal oder an Dritte

Unterscheidung nicht möglich sein, werden die Kosten für Implantate und medizinisches Material in der Kostenkomponente v12 / v104 erfasst. Weiter muss dies im Fragebogen so vermerkt sein.

Anlagenutzungskosten (ANK)

ieAnlagenutzungskosten entsprechen den gesamten Kosten, die mit der Nutzung der Anlagen verbunden sind und entsprechen den Konten 442, 444 und 448 im H+ Kontenrahmen. Die Kalkulation der ANK pro Fall muss den effektiven Ressourcenverbrauch der Anlagenutzung widerspiegeln.

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

Gemäss dem neuen Format der Fallkostendatei werden für jede Variable separat ausgewiesen:

- Gemeinkosten exkl. ANK
- ANK

Universitäre Lehre und Forschung (uL&F)

Gemäss den gesetzlichen Bestimmungen (KVG Art. 49 und VKL, Art. 7) werden die Kosten der universitären Lehre und Forschung als nicht anrechenbare Kosten definiert, welche nicht über das SwissDRG-System finanziert werden. Diese Kosten müssen demzufolge aus den Fallkosten ausgeschieden werden und, wenn möglich, in den Variablen A2 (SwissDRG-Format) resp. v430 bzw. v431 (REKOLE® Kostenträgerausweis) ausgewiesen werden. Falls die Kosten für universitäre Lehre und Forschung nicht aus den Fallkosten ausgeschieden werden können, nimmt das Spital keine Anpassung vor und dokumentiert es im Fragebogen an der entsprechenden Stelle.

Fälle der privaten und halbprivaten Liegeklasse

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.⁹ 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.

Arzthonorare

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

- Honorare der Spitalärzte (H+ Konto 380) → Komponente v14 resp. v107
- Honorare der sozialversicherungspflichtigen Belegärzte (H+ Konto 381) → Komponente v15 resp. v108
- Honorare der nicht sozialversicherungspflichtigen Belegärzte (Teil des H+ Kontos 405, der Honorare enthält) → Komponente v16 resp. v106
- Aufwand für Zeugnisse und Gutachten (H+ Konto 386 existiert nicht mehr, diese Kosten sind gemäss REKOLE® in den Konten 380, 381 und ggf. 405 verbucht) → v17 sollte also gemäss REKOLE® leer sein.

⁹ Für die Bereinigung der Liegeklasse bedingten Mehrkosten, siehe [ITAR_K](#), Integriertes Tarifmodell auf Basis der Kostenträgerrechnung.

Anhang C Fallkostendatei: SwissDRG-Format (CC-Datei)

Details zum Inhalt der Variablen der Fallkosten gemäss SwissDRG-Format.

Nr.	Variable	Beschreibung	
Allgemeine Angaben			
1	BUR	Betriebsnummer (BUR-Satellit Gesundheit)	
2	year	Datenjahr	
3	4.6.V01	Fallnummer (siehe 663. Variable der MD-Zeile)	[PRIMÄRSCHLÜSSEL]
Einzelkosten			H+ Kontenrahmen²
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	
12	v19	Andere Einzelkosten	403 + 404 + 405** + 480 + 485 + 486
Gemeinkosten			Muss-Kostenstelle 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	Ärzteschaften	(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)	
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 D Fallkosten gemäss REKOLE® Kostenträgerausweis (CC-Datei)

Gewisse Felder bleiben in der Erhebung 2017 (Daten 2016) leer. Diese werden erst ab Erhebung 2018 vervollständigt (unter Vorbehalt der neuen REK Entscheide).

Nr.	Variable	Beschreibung	
Allgemeine Angaben			
1	year	Datenjahr	
2	4.6.V01	Fallnummer (siehe 663. Variable der MD-Zeile)	[PRIMÄRSCHLÜSSEL]
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		<i>bleibt in der Erhebung 2017 leer</i>	
19		<i>bleibt in der Erhebung 2017 leer</i>	
20	v220	Anästhesie, Gemeinkosten exkl. ANK	(23)
21	v221	Anästhesie, ANK ¹	(23)
22	v230	Intensivpflege (IPS) und Intermediate Care (ICM), Gemeinkosten exkl. ANK	(24)
22	v231	Intensivpflege (IPS) und Intermediate Care (ICM), ANK ¹	(24)
24		<i>bleibt in der Erhebung 2017 leer</i>	
25		<i>bleibt in der Erhebung 2017 leer</i>	
26		<i>bleibt in der Erhebung 2017 leer</i>	
27		<i>bleibt in der Erhebung 2017 leer</i>	
28		<i>bleibt in der Erhebung 2017 leer</i>	
29		<i>bleibt in der Erhebung 2017 leer</i>	
30	v250	Notfall, Gemeinkosten exkl. ANK	(25)
31	v251	Notfall, ANK ¹	(25)
32		<i>bleibt in der Erhebung 2017 leer</i>	
33		<i>bleibt in der Erhebung 2017 leer</i>	
34	v260	Bildgebende Verfahren, Gemeinkosten exkl. ANK	(26)

Nr.	Variable	Beschreibung	
35	v261	Bildgebende Verfahren, ANK ¹	(26)
36	v270	Gebärsaal, Gemeinkosten exkl. ANK	(27)
37	v271	Gebärsaal, ANK ¹	(27)
38		<i>bleibt in der Erhebung 2017 leer</i>	
39		<i>bleibt in der Erhebung 2017 leer</i>	
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	Ärzteschaften, Aktivitäten 1-5, Gemeinkosten exkl. ANK	(31)
47	V311	Ärzteschaften, 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		<i>bleibt in der Erhebung 2017 leer</i>	
59		<i>bleibt in der Erhebung 2017 leer</i>	
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)
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. ANK	(47)
73	v431	Forschung und universitäre Lehre, ANK ¹	(47)
74	v440	Rettings- bzw. Ambulanzdienst (nur Sekundärtransporte), Gemeinkosten exkl. ANK	(77)
75	v441	Rettings- bzw. Ambulanzdienst (nur Sekundärtransporte), ANK ¹	(77)

Nr.	Variable	Beschreibung	
76	V500	Ärztschaften, Aktivität 6, Gemeinkosten exkl. ANK (wird ab der Erhebung 2018 nicht mehr in dieser Form erhoben)	(31)
77	V501	Ärztschaften, Aktivität 6, ANK ¹ (wird ab der Erhebung 2018 nicht mehr in dieser Form erhoben)	(31)
Reservfelder			
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.

Anhang E Format HoNOS (PH-Datei)

Dieses Format entspricht dem ANQ-Format. Siehe dazu das Dokument „Eingabevorlage Datenlieferung – Erwachsenenpsychiatrie (Version 4.8, ab 01.01.2016)“ unter <http://www.anq.ch/psychiatrie/erwachsenenpsychiatrie/>.

Nr.	Variable	Beschreibung	Format	Werte- bereich	Bemerkungen
1	4.01.V01	Rekordart	AN(2)	PH	
2	4.01.V02	Betriebsnummer (BUR-Satellit Gesundheit)	AN(8)		
3	FID	Variable 4.6.V01 aus der MD-Zeile	AN(16)		Eindeutig und anonym
4	4.01.V04	Messzeitpunkt (Ein-/Austritt)	N(1)	1-3	1=Eintritt; 2=Austritt 3=andere (weder Ein- noch Austrittswoche)
5	4.01.V05	Dropoutkode	N(1)	0;1;2	0=kein Dropout 1=Austritt innerhalb von 7 Tagen nach Eintrittsmessung; 2=andere
6	4.01.V06	Spezifikation Dropout andere	AN(40)		Freitext (falls Dropout =2)
7	4.02.V00	Datum der Erhebung des HoNOS (JJJJMMTT)	N (8)		JJJJMMTT
8	4.02.V01	H1 - Überaktives, aggressives, Unruhe stiftendes oder agitierendes Verhalten	N (1)	0-4,9	0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem 2 = leichtes Problem, aber vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres - sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt/nicht anwendbar
9	4.02.V02	H2 - Absichtliche Selbstverletzung	N (1)	0-4,9	
10	4.02.V03	H3 - Problematischer Alkoholkonsum oder Drogenkonsum	N (1)	0-4,9	
11	4.02.V04	H4 - Kognitive Probleme	N (1)	0-4,9	
12	4.02.V05	H5 - Probleme im Zusammenhang mit körperlicher Erkrankung oder Behinderung	N (1)	0-4,9	
13	4.02.V06	H6 - Probleme im Zusammenhang mit Wahnvorstellungen und Halluzinationen	N (1)	0-4,9	
14	4.02.V07	H7 - Gedrückte Stimmung	N (1)	0-4,9	
15	4.02.V08	H8 - Andere psychische und verhaltensbezogene Probleme	N (1)	0-4,9	
16	4.02.V09	H8 - Falls andere psychische /verhaltensbezogene Probleme vorhanden, geben Sie die Art der Probleme an:	AN (1)	a-j	a = Phobisch b = Angst c = Zwangsgedanken/-handlungen d = Psychische Belastung/Anspannung e = Dissoziativ f = somatoform g = Essen h = Schlaf i = Sexuell j= andere
17	4.02.V10	H8: j andere: Spezifikation	AN (40)		Freitext zur Spezifikation j
18	4.02.V11	H9 - Probleme mit Beziehungen	N (1)	0-4,9	
19	4.02.V12	H10 - Probleme in alltäglichen Aktivitäten	N (1)	0-4,9	
20	4.02.V13	H11 - Probleme durch die Wohnbedingungen	N (1)	0-4,9	
21	4.02.V14	H12 - Probleme durch die Bedingungen im Beruf und im Alltag	N (1)	0-4,9	

Anhang F Format HoNOSCA (PC-Datei)

Dieses Format entspricht dem ANQ-Format. Siehe dazu das Dokument „Eingabevorlage Datenlieferung – Kinder- und Jugendpsychiatrie (Version 5.9, ab 01.01.2016)“ unter <http://www.anq.ch/psychiatrie/kinder-und-jugendpsychiatrie/>.

Nr.	Variable	Beschreibung	Format	Wertebereich	Bemerkungen
1	4.01.V01	Rekordart	AN(2)	PC	
2	4.01.V02	Betriebsnummer (BUR-Satellit Gesundheit)	AN(8)		
3	FID	Variable 4.6.V01 aus der MD-Zeile	AN(16)		Eindeutig und anonym
4	4.01.V04	Messzeitpunkt (Ein-/Austritt)	N(1)	1-3	1=Eintritt 2=Austritt 3=andere (weder Ein- noch Austrittswoche)
5	4.01.V05	Dropoutkode	N(1)	0-3	0=kein Dropout 1=Austritt innerhalb von 7 Tagen nach Eintritts-HoNOSCA 2=andere
6	4.01.V06	Spezifikation Dropout andere	AN(40)		Freitext Ausfallgrund
7	4.02.V00	Datum der Erhebung des HoNOSCA (JJJJMMTT)	N (8)		JJJJMMTT
8	4.02.V01	H1 - Störendes, asoziales oder aggressives Verhalten	N (1)	0-4, 9	0 = kein Problem 1 = geringes Problem, verlangt keine Hilfestellung
9	4.02.V02	H2 - Probleme mit Überaktivität, Aufmerksamkeit und Konzentration	N (1)	0-4, 9	2 = leichtes Problem, jedoch immer präsent
10	4.02.V03	H3 - Absichtliche Selbstverletzung	N (1)	0-4, 9	3 = ernsthaftes Problem 4 = schwerwiegendes bis sehr schweres Problem
11	4.02.V04	H4 - Probleme mit Alkohol-, Suchtmittel- und Lösungsmittelmissbrauch	N (1)	0-4, 9	9 = keine Antwort
12	4.02.V05	H5 - Probleme mit schulischen und sprachlichen Fähigkeiten	N (1)	0-4, 9	
13	4.02.V06	H6 - Probleme im Zusammenhang mit körperlicher Erkrankung oder Behinderung	N (1)	0-4, 9	
14	4.02.V07	H7 - Probleme im Zusammenhang mit Halluzinationen, Wahnvorstellungen und abnormen Empfindungen	N (1)	0-4, 9	
15	4.02.V08	H8 - Probleme mit nicht-organisch bedingten somatischen Symptomen	N (1)	0-4, 9	
16	4.02.V09	H9 - Probleme mit emotionalen und zugehörigen Symptomen	N (1)	0-4, 10	
17	4.02.V10	H10 - Probleme in der Beziehung zu Gleichaltrigen	N (1)	0-4, 9	
18	4.02.V11	H11 - Probleme mit der Selbstpflege und Unabhängigkeit	N (1)	0-4, 9	
19	4.02.V12	H12 - Probleme mit dem Familienleben und den familialen Beziehungen	N (1)	0-4, 9	
20	4.02.V13	H13 - Geringe Beteiligung in der Schule	N (1)	0-4, 9	

Anhang G Multiaxiale Diagnostik (PX-Datei)

Nur für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Dieses Format beruht auf den Angaben aus dem folgenden Buch:

Remschmidt, H., M. Schmidt and F. Poustka, Eds. (2012). Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. 6., korrigierte Auflage. Bern, Verlag Hans Huber.

Nr.	Variable	Beschreibung	Format	Wertebereich	Bemerkungen
1	8.01.V01	Rekordart	AN(2)	PX	
2	8.01.V02	Betriebsnummer (BUR-Satellit Gesundheit)	AN(8)		
3	FID	Variable 4.6.V01 aus der MD-Zeile	AN(16)		Eindeutig und anonym
4	8.02.V00	Datum der Erhebung	N (8)		JJJJMMTT
		1. Achse			
5	8.02.V11	1. Achse klinisch-psychiatrische Symptomatik Hauptdiagnose	AN(5)	0, F00-69, F84, F90-99	0 = keine
6	8.02.V12	1. Achse 1. Nebendiagnose	AN(5)	0, F00-69, F84, F90-99	0 = keine
7	8.02.V13	1. Achse 2. Nebendiagnose	AN(5)	0, F00-69, F84, F90-99	0 = keine
		2. Achse			
8	8.02.V21	2. Achse Entwicklungsstörungen Hauptdiagnose	AN(5)	0, F80-89, ohne F84	0 = keine
9	8.02.V22	2. Achse 1. Nebendiagnose	AN(5)	0, F80-89	0 = keine
10	8.02.V23	2. Achse 2. Nebendiagnose	AN(5)	0, F80-89	0 = keine
		3. Achse			
11	8.02.V30	3. Achse Intelligenzniveau Intelligenz auf MAS Skala	N (1)	1-9	9 = nicht bekannt
		4. Achse			
12	8.02.V41	4. Achse körperliche Symptomatik Hauptdiagnose	AN(5)	0, alle ICD-10 ohne F-Kodes	0 = keine
13	8.02.V42	4. Achse Nebendiagnose	AN(5)	0, alle ICD-10 ohne F-Kodes	0 = keine
		5. Achse			
14	8.02.V51	5. Achse Hauptdiagnose	AN(2)	00 bis 98	00 = keine
15	8.02.V52	5. Achse 1. Nebendiagnose	N (2)	00 bis 98	00 = keine
16	8.02.V53	5. Achse 2. Nebendiagnose	N (2)	00 bis 98	00 = keine
		6. Achse			
17	8.02.V60	6. Achse Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung	N (1)	0 bis 9	9 = nicht zutreffend / nicht einschätzbar

Anhang H Format tägliche Leistungsminuten (PL-Datei)

Sowohl Erwachsenenpsychiatrie als auch Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Zeilen 10 und 11 sind allein für Kinder- und Jugendpsychiatrie reserviert.

Nr.	Variable	Beschreibung	Format	Bemerkungen
1	6.01.V01	Rekordart	AN(2)	PL
2	6.01.V02	Betriebsnummer (BUR-Satellit Gesundheit)	AN(8)	
3	FID	Variable 4.6.V01 aus der MD-Zeile	AN(16)	Eindeutig und anonym
4	6.01.V04	Datum Erhebungstag (JJJJMMTT)	N (8)	JJJJMMTT
5	6.03.V01	Ärzte (Minuten an Erhebungstag)	N (5)	auf ganze Minuten gerundet
6	6.03.V02	Psychologen, Psychotherapeuten (Minuten an Erhebungstag)	N (5)	auf ganze Minuten gerundet
7	6.03.V03	Pflege (Minuten an Erhebungstag)	N (5)	auf ganze Minuten gerundet
8	6.03.V04	Ergo- und übrige Therapeuten (Minuten an Erhebungstag)	N (5)	auf ganze Minuten gerundet
9	6.03.V05	Sozialdienst (Minuten an Erhebungstag)	N (5)	auf ganze Minuten gerundet
10	6.03.V06	Sozialpädagogen (Minuten an Erhebungstag)	N (5)	auf ganze Minuten gerundet (nur für KJP)
11	6.03.V07	Pädagogen (Minuten an Erhebungstag)	N (5)	Fakultativ, auf ganze Minuten gerundet (nur für KJP)