



Dokumentation zur unterjährigen Datenprüfung SwissDRG 2017

Format und Inhalt der Daten
Daten-Lieferprozess

Version vom 21. August 2017	Änderung im Vergleich zur Version vom Vorjahr sind in gelb markiert.
-----------------------------	---

Inhaltsverzeichnis

1. ÜBERBLICK DER UNTERJÄHRIGEN DATENPRÜFUNG 2017	3
1.1. FRISTEN	3
1.2. KONTAKT	3
1.3. FORMAT	3
1.4. KODIERUNG.....	3
1.5. ARTIKELLISTE	3
2. UNTERJÄHRIGE DATENPRÜFUNG 2017	4
2.1. ERSTMALIGE DATENLIEFERUNG DURCH EIN SPITAL	4
2.2. UPLOAD-TOOL	4
2.3. DATEN UPLOAD	4
3. ABGRENZUNGEN UND BERECHNUNGSMETHODE DER FALLKOSTEN	5
3.1. KOSTENTRÄGERMETHODE	5
3.2. ANRECHENBARE KOSTEN.....	5
3.3. ARZNEIMITTEL/ MEDIKAMENTE UND BLUTPRODUKTE.....	5
3.4. IMPLANTATE UND MEDIZINISCHES MATERIAL	5
3.5. ANLAGENUTZUNGSKOSTEN (ANK).....	6
3.6. UNIVERSITÄRE LEHRE UND FORSCHUNG (UL&F).....	6
3.7. FÄLLE DER PRIVATEN UND HALBPRIVATEN LIEGEKLASSE.....	6
4. FALLABGRENZUNG.....	7
4.1. DEFINITION DER SWISSDRG-RELEVANTEN FÄLLE	7
4.2. ZWISCHENAustritte UND WIEDEREINTRITTE	7
4.3. LIEFERUNG VON ZUSAMMENGEFÜHRTEN FÄLLEN	7
4.4. ZU LIEFERNDE FÄLLE.....	7
5. FORMAT DER DATENLIEFERUNG.....	8
5.1. GRUNDSÄTZLICHES	8
5.2. DATEN DER MEDIZINISCHEN STATISTIK.....	8
5.2.1. <i>Format</i>	8
5.2.2. <i>Erfassung der Medikamente und teuren Substanzen</i>	9
5.3. FALLKOSTEN	10
5.3.1. <i>Format</i>	10
5.3.2. <i>Variablen</i>	11
5.3.3. <i>Stroke Unit</i>	11
5.3.4. <i>Arzthonorare</i>	11
6. NACH DER DATENLIEFERUNG.....	12
6.1. AUTOMATISCHE PLAUSIBILISIERUNG DER DATEN.....	12
6.2. NEULIEFERUNG DER DATEN	12
7. DATENSCHUTZ	13
8. QUELLENNACHWEIS.....	13
9. KONTAKTE	14
10. ANHANG	14
ANHANG A.....	14
ANHANG B	14
ANHANG C	15
ANHANG D.....	16
<i>Format der Fallkostendatei 2017</i>	16

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Beispiel Medizinische Statistik 9

1. Überblick der unterjährigen Datenprüfung 2017

1.1. Fristen

- Die unterjährige Datenprüfung 2017 betrifft die **Daten aus dem Jahr 2017**.
- Es können Teildatensätze geliefert werden, z.B. Austritte aus dem ersten Quartal 2017.
- Die Daten müssen **Kosten und Leistungsdaten** enthalten.
- Die Daten können **vom 29.09.2017 bis zum 10.11.2017** geliefert werden.
- Nach Ablauf dieser Frist können keine weiteren Datenprüfungen mehr durchgeführt werden.
- Spitäler, welche bis zum Ablaufdatum Daten an die SwissDRG AG hochladen, erhalten ein eingeschränktes Feedback zu den gelieferten Daten (Plausibilitätsprüfung).

1.2. Kontakt

Herr Ivan Jivkov

Tel. +41 (31) 544 12 29

Datenerhebung: datenerhebung@swissdrg.org

Herr Rémi Guidon

Tel. +41 (31) 544 12 26

Datenerhebung: datenerhebung@swissdrg.org

1.3. Format

Um die Datensätze über die Web-Schnittstelle übermitteln zu können, müssen diese die Mindestanforderungen gemäss **Anhang C** erfüllen. Zu **beachten** ist, dass bei der Lieferung 2017 (Daten 2017) die Fallkostendatei in das an den REKOLE® Kostenträgerausweis angepasstem Format übermittelt wird. Siehe Anhang D.

1.4. Kodierung

Kodierung gemäss BFS-Richtlinien für die Daten 2017, u.a.:

- Behandlungskodes nach **CHOP 2017**
- Diagnosekodes nach **ICD-10-GM 2016**
- Medizinisches Kodierungshandbuch, **Version 2017**

1.5. Artikelliste

Die Liste in Anhang A präzisiert die Zuordnung der Kosten bestimmter Produkte zu den entsprechenden Kostenkomponenten. In der SwissDRG Datenerhebung 2017 ist die überarbeitete und mit REKOLE® abgestimmte Liste massgebend. Diese Liste ist auf der Homepage der SwissDRG AG aufgeschaltet ([Artikelliste für die verbindliche Einzelkostenverrechnung](#)).

2. Unterjährige Datenprüfung 2017

2.1. Erstmalige Datenlieferung durch ein Spital

Für Spitäler, welche in der Vergangenheit keine Daten an die SwissDRG AG geliefert haben, nun aber erstmalig eine Lieferung vornehmen wollen, liegt eine kurze Einführungsdokumentation vor ([Einführung für die neuen Netzwerkspitäler](#)). Für weitergehende 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 ([Web-Schnittstelle](#)). Dazu befindet sich eine [Dokumentation](#) auf der Homepage der SwissDRG AG. Die gesamte Kommunikation zwischen der SwissDRG AG und den Spitälern wird über die Web-Schnittstelle abgewickelt. Dies umfasst auch den gesamten Bereich der Rückmeldung(en) betreffend fehlerhafte Fälle. Jede Person, welche sich in das Upload-Tool einloggen will, muss vorgängig einen Account erstellen, wobei jedem Spital drei Accounts zur Verfügung stehen. **Bestehende Accounts behalten ihre Gültigkeit und können nach wie vor verwendet werden.**

2.3. Daten Upload

Der Lieferprozess besteht im Wesentlichen aus **zwei** Etappen:

- Erfassen der spitalspezifischen Informationen im Fragebogen und hochladen der Daten über die Web-Schnittstelle. Details zu dem Format der Dateien entnehmen Sie den Anhängen B, C und D dieser Dokumentation.
- Erhalten einer von zwei möglichen Rückmeldungen betreffend der hochgeladenen Datensätze:
 - (1) „Die Ergebnisse der Plausibilisierung sind bereit:“
 - (2) „Ihre Lieferung enthält Fehler. Zur Fehlerübersicht:“

Die Datensätze werden zunächst auf ihr Format geprüft. Das ist Bestandteil der „Validierung“. Falls die Datensätze die Mindestanforderungen (Anhang C) nicht erfüllen, erhalten Sie eine E-Mail mit Meldung (2), „Ihre Lieferung enthält Fehler. Zur Fehlerübersicht:“. Bitte beachten Sie die Fehlermeldung(-en) und laden Sie die angepassten Dateien erneut hoch. Nachdem die Daten die „Validierung“ bestanden haben, werden die Datensätze auf ihren Inhalt, anhand von uns-erstellten Plausi-Tests, geprüft. Das ist Bestandteil der „Plausibilisierung“. Sobald dieser Schritt abgeschlossen ist, erhalten Sie per E-Mail die Meldung (1), „Die Ergebnisse der Plausibilisierung sind bereit:“. Mit einem Klick auf dem Link gelangen Sie zu den Ergebnissen. **Wichtig: Eine vollständige Lieferung besteht dann, wenn im Status der Lieferung „plausibilisiert“ angezeigt wird.**

3. Abgrenzungen und Berechnungsmethode der Fallkosten

3.1. Kostenträgermethode

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

3.2. 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.

Nicht in den Fallkosten enthalten sein dürfen demzufolge Kosten, welche keine dem KVG-Leistungskatalog entsprechenden Leistungen darstellen. Somit 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 werden. Dies betrifft u.a. die Kosten der universitären Lehre und Forschung.

3.3. Arzneimittel/ Medikamente und Blutprodukte

Medikamente und Blutprodukte sollen wann immer möglich als Einzelkosten verrechnet werden (Siehe REKOLE®, S. 274). In jedem Fall aber jene, deren Gesamtkosten 1'000 Franken pro Fall überschreiten. Die Unterscheidung zwischen

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

im H+ Konto 400 „Arzneimittel (inkl. Blut und Blutprodukte)“ ist bei der Kalkulation der Tarifstruktur SwissDRG 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 werden.**

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

3.4. Implantate und medizinisches Material

Dasselbe gilt für Implantate und medizinisches Material. Diese sollen wann immer möglich als Einzelkosten verrechnet werden (Siehe REKOLE®, S. 274). In jedem Fall aber jene, deren Gesamtkosten 1'000 Franken pro Fall überschreiten. Die Unterscheidung zwischen

- 1) Medizinischem Material (v103) und
- 2) Implantaten (v104)

im H+ Konto 401 „Material, Instrumente, Utensilien, Textilien“ ist bei der Kalkulation der Tarifstruktur SwissDRG 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.

3.5. Anlagenutzungskosten (ANK)

Die Anlagenutzungskosten entsprechen den Konten 442, 444 und 448 im H+ Kontenrahmen. Die Kalkulation der ANK pro Fall muss den effektiven Ressourcenverbrauch der Anlagenutzung 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 der Anteil an ANK der gleichen Variable ausgewiesen.

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 Homepage der SwissDRG AG publiziert ([Eckwerte und Regeln zur Ermittlung der Anlagenutzungskosten](#)).

3.6. 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 v430 bzw. v431 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 dies im Fragebogen an der entsprechenden Stelle.**

3.7. 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 liegeklassebedingtem Mehrkosten bereinigt werden. Idealerweise wird dies **durch das Spital selbst** vor der Datenlieferung erledigt. 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 Upload der Daten vorzunehmen.

4. Fallabgrenzung

4.1. Definition der SwissDRG-relevanten Fälle

Die Variable 4.8.V01 „DRG-Status“ der Medizinischen Statistik ist zwingend zu kodieren. Diese dient bei der Entwicklung der Tarifstruktur unter anderem dazu, die SwissDRG relevanten Fälle zu erkennen.

4.2. Zwischenaustritte und Wiedereintritte

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

4.3. Lieferung von zusammengeführten Fällen

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

4.4. Zu liefernde Fälle

Das Spital liefert alle Fälle, welche unter den Bereich Akutsomatik fallen, gemäss Medizinischer Statistik als **Statistikfall A** gekennzeichnet sind (Variable 0.2.V02), im Anwendungsbereich von SwissDRG (Variable 4.8.V01 = 1) liegen 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.
- Ein Teil der Honorare oder der Leistungen von Dritten nicht auf den Fall verrechnet wurde (z.B. Arztrechnung bei der Erstellung der Kostenträgerrechnung noch nicht vorhanden, Rechnung nicht vorhanden, usw.).

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

Die Fälle werden unabhängig von der Liegeklasse (im Rahmen des Spitalaufenthaltes belegte Liegeklasse, Variable 1.3.V02 in der Medizinischen Statistik) geliefert. Das heisst es werden allgemeine, halbprivate und private Fälle übermittelt. Spitäler werden wie erwähnt aufgefordert, die **Liegeklassebedingten Mehrkosten** vor der Datenlieferung auszuschliessen (z.B. private Honorare der Spitalärzte, Anteil der privaten Honorare der Belegärzte, usw.). **Die Anpassung muss im Fragebogen zur Datenlieferung dokumentiert werden.**

5. Format der Datenlieferung

5.1. Grundsätzliches

Das Format der Fallkostendatei, der unterjährigen Datenprüfung 2017, entspricht dem der offiziellen SwissDRG Datenerhebung sowie dem der Kostenträgerausweis REKOLE® (Kostenteil) ([Erweiterte Massnahmen zur Verbesserung der Datenqualität](#)).

Im SwissDRG Format werden zwei Dateien an die SwissDRG AG übermittelt:

5.2. Daten der Medizinischen Statistik

5.2.1. Format

Die Datei der Medizinischen Statistik entspricht der Datei der Medizinischen Statistik, welche vom BFS erhoben wird. Für eine erfolgreiche Lieferung der Daten an die SwissDRG AG muss sie Mindestanforderungen gemäss Anhang B erfüllen. Die Datei hat folgende Eigenschaften:

Die ersten zwei Zeilen dienen der Identifizierung der Datei:

- 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, 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 (BFS, Variablen der Medizinischen Statistik, Spezifikationen gültig ab 1.1.2016).
- 2. Zeile (MN-Zeile, Neugeborenen-Zusatzdaten): 18 Felder, die die Zusatzangaben für Neugeborene enthalten. Enthält die Variablen 2.1.V01 bis 2.3.V08 der Medizinischen Statistik.
- 3. Zeile (MD-Zeile, Patientengruppen-Zusatzdaten): 696 Felder. Enthält die Variablen 4.1.V01 bis 4.8.V20 der Medizinischen Statistik.

Details zu den einzelnen Variablen sind im **Anhang B** aufgeführt. Die Reihenfolge der Zeilen der Falldaten ist strikt vorgegeben. Es gilt die oben genannte Reihenfolge, wobei die 2. Zeile (MN) nur bei Neugeborenen anzugeben ist.

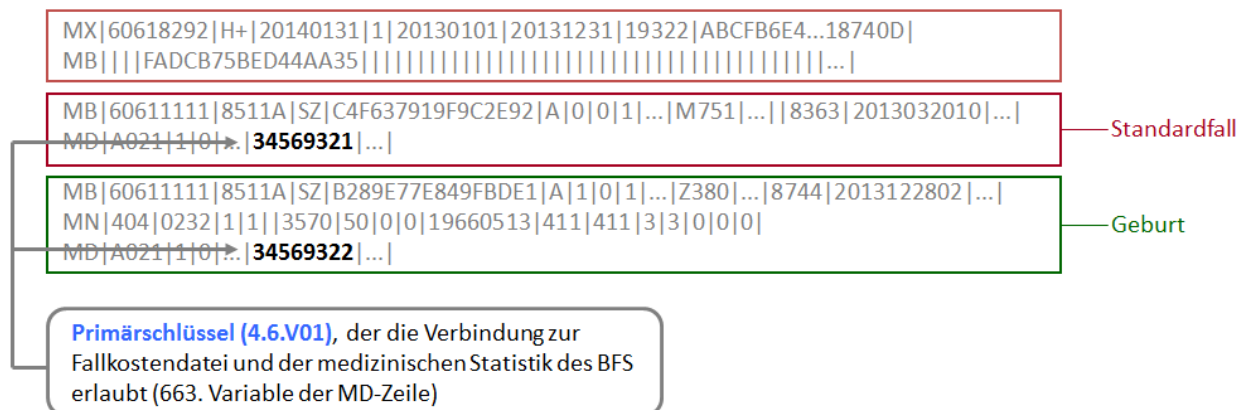


Abbildung 1: Beispiel Medizinische Statistik

5.2.2. Erfassung der Medikamente und teuren Substanzen

In der Medizinischen Statistik sind nur Medikamente, welche auf der „[Liste der in der Medizinischen Statistik erfassbaren Medikamente/Substanzen](#)“ aufgeführt sind, zu erfassen. Bitte beachten Sie dabei die Richtlinien des „[technischen Begleitblatts](#)“. Bei der Erfassung der teuren Medikamente müssen folgende Punkte berücksichtigt werden:

Dosis:

- Bei gleicher Verabreichungsart und Zusatzangabe müssen die verabreichten Dosen eines Medikamentes pro Fall pro ATC-Code 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“ eine Einschränkung explizit vorgesehen, muss das Medikament nur für die betreffenden Fälle angegeben werden.

Zusatzangabe:

- Die Zusatzangabe eines Medikaments muss 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 ohne Einschränkung der Verabreichungsart oder Indikation erfasst werden (da Spalte „Einschränkung“ leer). Die betroffene Verabreichungsart muss dennoch angegeben werden. Da die „zu kodierende Zusatzangabe“ leer ist, muss keine Zusatzangabe gemacht werden.
→ B01AB02;;Verabreichungsart;2500;U
- Gerinnungsfaktor VIII: Hier muss die zutreffende Zusatzabgabe angegeben werden (Spalte „zu kodierende Zusatzangaben“) gemäss Format des "technischen Begleitblatts". Die gültige Einheit für dieses Medikament ist U.
→ B02BD02;Plas;Verabreichungsart;11000;U für die „Plasmatische“-Form
→ B02BD02;Rec;Verabreichungsart;1000;U für die „Rekombinante“-Form
- **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 bemerken, dass die Medikamente bzw. Substanzen Olanzapin (N05AH03), Risperidon (N05AX08), Aripiprazol (N05AX12), und Paliperidon (N05AX13) nur im Anwendungsbereich der Tarifstruktur **TARPSY** zu erfassen sind.

5.3. Fallkosten

5.3.1. Format

Die Datei der Fallkosten wird von der SwissDRG AG in einem eigenen Format erhoben, wobei jeder Fall einer Zeile in der Fallkostendatei entspricht. Für eine erfolgreiche Lieferung der Daten an die SwissDRG AG muss die Datei die Mindestanforderungen gemäss **Anhang C** erfüllen.

5.3.2. Variablen

Für die unterjährigen Datenprüfung 2017 (Daten 2017) ist folgendes Format der Kostendaten zugelassen:

5.3.2.1. Format der Fallkostendatei (nach REKOLE®, verbindlich ab Erhebung 2018)

Die Fallkostendatei enthält pro Fall 80 Variablen (75 Variablen + 5 Reservefelder):

- 2 Variablen zur Identifizierung der Fälle: Datenjahr und Fallnummer (= Primärschlüssel, entspricht der Variable 4.6.V01 in der Medizinischen Statistik).
- 78 Variablen mit den anrechenbaren Kosten, davon:
 - 11 Kostenkomponenten mit den Einzelkosten (v101-v111);
 - 67 Kostenkomponenten mit den Kosten der leistungserbringenden Kostenstellen gemäss REKOLE® (v200-v441). Zu jeder Kostenkomponente ist einmal die Gemeinkosten exklusive der ANK und einmal den Anteil der ANK für diese Komponente anzugeben.

Eine detaillierte Beschreibung der Variablen befindet sich im Anhang D.

5.3.3. Stroke Unit

Gemäss REKOLE® Seite 156 müssen Kosten für die Stroke Unit in der Kostenkomponente v230 bzw. v231 gebucht werden.

5.3.4. Arzthonorare

Gemäss REKOLE® werden die Arzthonorare folgendermassen 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

6. Nach der Datenlieferung

6.1. Automatische Plausibilisierung der Daten

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

- Testübersicht über die insgesamt gelieferten Fälle:
Anzahl / Anteil der Fälle des Spitals, welche bei den jeweiligen Tests durchgefallen sind.
- Übersicht auf Fallebene:
Für jeden Fall wird angezeigt, wenn dieser bei einem Test durchgefallen ist. Hier werden nur Fälle angezeigt, bei denen der betreffende Test zum Ausschluss führt.

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.**

6.2. Neulieferung der Daten

Alle Spitäler, haben die Möglichkeit bis zum Ablauf der Lieferfrist einen neuen, gegebenenfalls korrigierten Datensatz (respektive die Datensätze der Medizinischen Statistik und der Fallkosten) an die SwissDRG AG zu übermitteln.

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

7. Datenschutz

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

8. Quellennachweis

1. Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG), [SR 832.10].
2. Verordnung vom 3. Juli 2002 über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL), [SR 832.104].
3. Variablen der Medizinischen Statistik – Spezifikationen gültig ab 1.1.2017, Neuchatel, Bundesamt für Statistik.
4. REKOLE[®] Handbuch – Betriebliches Rechnungswesen im Spital, 4. Ausgabe, 2013, Bern, H+ Die Spitäler der Schweiz.
5. Kontenrahmen – 8. Ausgabe, 2014, Bern, H+ Die Spitäler der Schweiz.
6. Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG, Version 2015, SwissDRG AG.

9. Kontakte

Für weitere Informationen wenden Sie sich bitte an:

Herr Ivan Jivkov Tel. +41 (31) 544 12 29
datenerhebung@swissdrg.org

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

10. Anhang

Anhang A

Anhand des folgenden Links kann man die [Artikelliste für die verbindliche Einzelkostenverrechnung](#), die die Zuordnung der Kosten bestimmter Produkte zu den entsprechenden Kostenkomponenten präzisiert, herunterladen.

Anhang B

Anhand des folgenden Links kann man die Spezifikation der [Variablen der Medizinischen Statistik](#), gültig ab 1.1.2017 herunterladen.

Anhang C

Die folgenden Anforderungen sind als Mindestanforderungen an die Dateien zu verstehen. Entsprechen die Dateien nicht den Mindestanforderungen, ist ein Upload der Datensätze über die Web-Schnittstelle unmöglich.

Beachte: Wichtige, gruppierungsrelevante Variablen der Medizinischen Statistik werden **neu** 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

- Dateierweiterung: *.dat oder *.txt
- Dateien müssen mit "ISO8859-1" codiert sein.
- Die Variablen werden durch Pipes (ASCII-Code 124: „|“) getrennt.
- Das CRLF (ASCII-Codes 13 und 10) wird als Zeilenumbruch verwendet.
- Konsistenz der Primärschlüssel (4.6.V01) in beiden Dateien. Fälle, welche nur in einer Datei aufgeführt sind, können nicht plausibilisiert und in die Datenbank übernommen werden.

Datei der Medizinischen Statistik (MS)

- MB-Zeile: 50 Spalten
- MN-Zeile: 18 Spalten
- MD-Zeile: 696 Spalten
- Die Spalte 663 der MD-Zeile entspricht der Variable 4.6.V01 (Primärschlüssel)
- Die Variable 4.6.v01 (Spalte 663 der MD-Zeile) ist ein Primärschlüssel : keine Doppelennungen und keine leere Felder.
- Die Definition der folgenden Variablen (Va. Nr) 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.
- Dateien dürfen ausser in den Feldern für Medikamentenangaben (4.8.V02 - 4.8.V15, Medikament 1 - 14, Variablennummern 678 - 691) keinen Text enthalten.
- Die Datei darf keine ungültigen Medikamentenangaben enthalten (4.8.V02 - 4.8.V15, Medikament 1 - 14, Variablennummern 678 - 691).

Datei der Fallkosten (FK)

- Jede Zeile der Fallkostendatei entspricht einem Fall.
- Die Datei enthält 80 Variablen.
- Die Datei darf KEINE Variablennamen enthalten.
- Die Kostenvariablen dürfen nur Zahlen und keine Buchstaben enthalten.
- Zahlen dürfen keine Formatierungen wie Tausender-Trennzeichen, Hochkomma, Leerschlag etc. enthalten.
- Als Dezimaltrennzeichen wird der Punkt verwendet (z.B. 1234.50).
- Bestimmte Variablen (Reservfelder) müssen leer bleiben, sofern dies in der Beschreibung so vermerkt ist.
- Der Primärschlüssel in der zweiten Spalte entspricht der Variable 4.6.V01 der Medizinischen Statistik. Hier sind keine Doppelennungen und keine leeren Felder erlaubt.
- Jeder Fall muss Anlagennutzungskosten aufweisen. (Für die UJDP 2017 soweit möglich). **Negative Werte werden nicht toleriert.**
- Jeder Fall muss Kosten für universitäre Lehre und Forschung (v430/v431) aufweisen, sofern dies im Fragebogen so abgegeben wurde. Es werden **keine negativen Werte toleriert.**

Anhang D

Format der Fallkostendatei 2017

Details zum Inhalt der Variablen der Fallkosten.

N°	Variable	Bezeichnung	
Allgemeine Angaben			
1	year	Datenjahr	
2	4.6.V01	Fallnummer (siehe Variable an der Reihe 663 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	Ärztschaften des OP-Saals - Aktivitäten 6a, Gemeinkosten exkl. ANK	(31)
19	v213	Ärztschaften 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	Ärztschaften der IPS - Aktivitäten 6b ₁ , Gemeinkosten exkl. ANK	(31)
25	v233	Ärztschaften 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	Ärztschaften der IMCU - Aktivitäten 6b ₂ , Gemeinkosten exkl. ANK	(31)
29	v243	Ärztschaften 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. ANK	(47)
73	v431	Forschung und universitäre Lehre, ANK ¹	(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.