



## Dokumentation zur ST Reha Datenerhebung 2020 (Daten 2019)

Version vom 14.05.2019	Änderungen im Vergleich zur Version 18.12.2018 sind <b>gelb</b> markiert. Änderungen im Vergleich zur Version vom Vorjahr sind <b>grün</b> markiert
------------------------	--

## Inhaltsverzeichnis

<b>1.</b>	<b>ALLGEMEINE INFORMATIONEN .....</b>	<b>3</b>
1.1.	<b>ÄNDERUNGEN ZUM VORJAHR .....</b>	3
1.2.	LIEFERTERMINE .....	3
1.3.	DATENINHALT UND -FORMAT .....	3
1.4.	ZU LIEFERNDE DATENSÄTZE UND INFORMATIONEN .....	3
1.5.	KODIERUNG.....	3
1.6.	ARTIKELLISTE .....	4
1.7.	DATENSCHUTZ .....	4
1.8.	KONTAKT .....	4
<b>2.</b>	<b>LIEFERUNG DER DATEN ÜBER DIE WEB-SCHNITTSTELLE .....</b>	<b>5</b>
2.1.	ERSTMALIGE DATENLIEFERUNG DURCH EIN SPITAL .....	5
2.2.	UPLOAD-TOOL .....	5
2.3.	LIEFERPROZESS.....	5
2.4.	NACH DER DATENLIEFERUNG .....	6
2.5.	NEULIEFERUNG DER DATEN .....	6
<b>3.</b>	<b>DATEN DER MEDIZINISCHEN STATISTIK DES BFS (MS-DATEI) .....</b>	<b>7</b>
3.1.	INHALT UND FORMAT DER MEDIZINISCHEN STATISTIK.....	7
3.2.	VARIABLEN DER MEDIZINISCHEN STATISTIK.....	8
3.2.1.	<i>Fallnummer der Fallkostenstatistik.....</i>	8
3.2.2.	<i>Anonymer Verbindungskode.....</i>	8
3.2.3.	<i>Kennzeichnung des Statistikfalls .....</i>	8
3.2.4.	<i>Hauptkostenstelle .....</i>	9
3.2.5.	<b>Tarif für die Abrechnung .....</b>	9
3.2.6.	<i>Diagnosen und Behandlungen .....</i>	9
3.2.6.1.	<b>Leistungsbereiche .....</b>	9
3.2.6.2.	<b>Assessments .....</b>	10
3.2.7.	<b>Externe ambulante Leistungen .....</b>	10
3.2.8.	<b>Urlaub .....</b>	10
3.2.9.	<i>Fallzusammenführung, Zwischenaustritte und Wiedereintritte .....</i>	11
3.2.10.	<i>Erfassung der Medikamente und teuren Substanzen .....</i>	11
<b>4.</b>	<b>FALLKOSTEN .....</b>	<b>14</b>
4.1.	ABGRENZUNGEN UND BERECHNUNGSMETHODE DER FALLKOSTEN .....	14
4.1.1.	<i>Kostenträgermethode.....</i>	14
4.1.2.	<i>Anlagenutzungskosten (ANK) .....</i>	14
4.1.3.	<i>Vollkosten (gemäss REKOLE®).....</i>	14
4.1.4.	<b>Anrechenbare Kosten .....</b>	15
4.1.5.	<i>Arzneimittel/Medikamente und Blutprodukte.....</i>	15
4.1.6.	<i>Implantate und medizinisches Material.....</i>	16
4.1.7.	<i>Forschung und universitäre Lehre (FuL) .....</i>	16
4.1.8.	<i>Fälle der privaten und halbprivaten Liegeklasse.....</i>	16
4.1.9.	<b>Arzthonorare .....</b>	17
4.2.	FALLKOSTENDATEI (FK-DATEI) .....	18
4.2.1.	<i>Fallkostendatei gemäss altem REKOLE® Kostenträgerausweis .....</i>	18
4.2.2.	<i>Fallkosten gemäss neuem REKOLE® Kostenträgerausweis (FK-Datei).....</i>	19
<b>5.</b>	<b>DETAILERHEBUNG.....</b>	<b>21</b>
<b>6.</b>	<b>WEITERFÜHRENDE DOKUMENTE .....</b>	<b>22</b>
	<b>ANHÄNGE .....</b>	<b>23</b>

ANHANG A ARTIKELLISTE FÜR DIE VERBINDLICHE EINZELKOSTENVERRECHNUNG .....23  
 ANHANG B VARIABLEN DER MEDIZINISCHEN STATISTIK .....23  
 ANHANG C MINDESTANFORDERUNGEN AN DIE DATEIEN .....24  
 ANHANG D FALLKOSTEN GEMÄSS ALTEM REKOLE® KOSTENTRÄGERAUSWEIS (FK-DATEI) .....26  
 ANHANG E FALLKOSTENDATEI GEMÄSS NEUEM REKOLE® KOSTENTRÄGERAUSWEIS (FK-DATEI) .....27

## Tabellenverzeichnis

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

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Beispielzeilen der Medizinische Statistik..... 8  
 Abbildung 2 Beispiel der Erfassung teurer Medikamente/Substanzen..... 13  
 Abbildung 3 Beispielzeile der Fallkostendatei gemäss altem REKOLE® Kostenträgerausweis..... 18  
 Abbildung 4 Beispiel zweier Fälle der Kostendatei (FK-Datei) gemäss altem REKOLE® Kostenträgerausweis ..... 19  
 Abbildung 5 Beispielzeile der Fallkosten gemäss neuem REKOLE® Kostenträgerausweis ..... 19  
 Abbildung 6 Beispiel zweier Fälle der Kostendatei (FK-Datei) gemäss neuem REKOLE® Kostenträgerausweis ..... 20

## 1. Allgemeine Informationen

### 1.1. Änderungen zum Vorjahr

Die Struktur und das Layout der Erhebungsvorgaben wurden komplett überarbeitet. Dabei wurden einzelne Kapitel neu angeordnet und andere zusammengefasst, wobei trotz ergänzenden Informationen die Vorgaben grösstenteils gleichgeblieben sind.

**Der RE-Datensatz wird nicht mehr erhoben.** Die Leistungs- und Kostendaten müssen über die Medizinische Statistik des BFS (MS-Datei) und die Fallkostendatei (FK-Datei) erfasst und übermittelt werden. Zusätzlich wurde **die Messfrequenz der Assessments auf den Ein- und Austritt reduziert**, wodurch die wöchentliche Erhebung der einzelnen Assessments entfällt.

### 1.2. Liefertermine

- Daten ST Reha können vom **01.03.2020 bis zum 15.05.2020** geliefert werden.
- Die Detailerhebung kann vom **01.03.2020 bis zum 15.05.2020** geliefert werden.

### 1.3. Dateninhalt und -format

- Die Daten müssen Kosten- und Leistungsdaten enthalten (FK-Datei und MS-Datei).
- Die Erhebung 2020 betrifft die Daten aus dem Jahr 2019.
- Die Lieferung erfolgt über eine gesicherte elektronische Web-Schnittstelle.
- Die Mindestanforderungen gemäss Anhang C müssen erfüllt sein.

### 1.4. Zu liefernde Datensätze und Informationen

Folgende Datensätze müssen für die Erhebung der Daten 2019 geliefert werden:

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

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

### 1.5. Kodierung

Kodierung gemäss BFS-Richtlinien für die Daten 2019, u.a.:

- Behandlungskodes nach **CHOP 2019**
- Diagnosekodes nach **ICD-10-GM 2018**
- Medizinisches Kodierungshandbuch, **Version 2019** und

- Zusatz zum medizinischen Kodierungshandbuch, **Version 2019**: Kodierrichtlinien für die Rehabilitation

## 1.6. Artikelliste

Die Artikelliste (siehe Anhang A) präzisiert die Zuordnung der Kosten bestimmter Produkte zu den entsprechenden Kostenkomponenten. Dabei handelt es sich bei diesen Kostenkomponenten um diejenigen des neuen Formates. Für Lieferung gemäss altem REKOLE-Format gelten folgende Entsprechungen bei den Einzelkosten:

- v101 = v10
- v102 = v11
- v103 = v13
- v104 = v12

## 1.7. Datenschutz

Der Datenschutz der Erhebung wird durch den Datenlieferungsvertrag geregelt. Falls Sie noch keinen Vertrag unterschrieben haben, nehmen Sie bitte Kontakt mit uns (siehe Kapitel 1.8) auf.

## 1.8. Kontakt

- Fragen zur Datenerhebung und allgemeine Fragen:  
SwissDRG AG [datenerhebung@swissdrg.org](mailto:datenerhebung@swissdrg.org) oder 031 310 05 59
- Kodierungsfragen:  
Bundesamt für Statistik [codeinfo@bfs.admin.ch](mailto:codeinfo@bfs.admin.ch) oder 058 463 67 00

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

### 2.1. Erstmalige Datenlieferung durch ein Spital

Für Spitäler, die in der Vergangenheit keine Daten an die SwissDRG AG geliefert haben, aber nun erstmals eine Lieferung vornehmen wollen, liegt eine kurze Einführungsdokumentation vor ([Einführung für die neuen Netzwerkspitäler](#)). Für weiterführende Informationen wenden Sie sich bitte direkt an uns (siehe Kapitel 1.8).

### 2.2. Upload-Tool

Die Lieferung der Daten an die SwissDRG AG erfolgt über eine geschützte [Web-Schnittstelle](#). Jede Person, welche sich in der Web-Schnittstelle einloggen will, muss vorgängig einen Account erstellen. Es können sich mehrere Benutzer anmelden, jedoch können für den Erhalt von Informationsschreiben nur drei Kontaktpersonen unter „Kontakt“ eingetragen werden. **Bestehende Accounts behalten ihre Gültigkeit und können nach wie vor verwendet werden.** Weitere Informationen, u.a. zur Erstregistrierung, befinden sich in der [Dokumentation zur Web-Schnittstelle](#) auf der Webseite der SwissDRG AG.

Der gesamte Datenlieferungsvorgang zwischen der SwissDRG AG und den Spitälern wird über die Web-Schnittstelle abgewickelt. Dies umfasst besonders den Bereich der Rückmeldung(en) zu den Plausibilitätstests.

### 2.3. Lieferprozess

Der Lieferprozess besteht aus folgenden Etappen:

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

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

**Achtung: Eine Lieferung ist erst dann vollständig, wenn im Status der Lieferung „plausibilisiert“ angezeigt wird.**

## 2.4. Nach der Datenlieferung

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

- Testübersicht über die insgesamt gelieferten Fälle:  
Anzahl / Anteil der Fälle des Spitals, welche bei den jeweiligen Tests aufgefallen sind.
- Übersicht auf Fallebene:  
Hier werden alle Fälle angezeigt, die beim entsprechenden Fehler- oder Warnungstest aufgefallen sind.

Die gesamte Kommunikation zu den auffälligen Fällen wird über die Web-Schnittstelle abgewickelt (über das Feld „Begründung“), insbesondere auch die Erfassung der Rückmeldungen seitens der Kliniken. Die Tabellen mit den Resultaten der Plausibilitätsprüfungen können als .csv Dokumente aus der Web-Schnittstelle exportiert werden.

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

- Fehler:  
Fälle können Fehler aufweisen! Bitte Fälle prüfen, falls notwendig korrigieren und eine neue Lieferung vornehmen. **Achtung: Unkommentierte Fälle werden automatisch von der Kalkulation ausgeschlossen. Wir bitten Sie, Fälle, welche nicht korrigiert werden können, respektive Ihres Erachtens korrekt erfasst wurden via Feld „Begründung“ zu kommentieren.**
- 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 weiterzuentwickeln. 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 über die Web-Schnittstelle erfasst werden müssen.**

## 2.5. Neulieferung der Daten

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

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

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

Bei den Daten der Medizinischen Statistik handelt es sich um die medizinisch-administrativen Daten, die von den Kliniken bereits obligatorisch für die Medizinische Statistik der Krankenhäuser des Bundesamts für Statistik (BFS) erhoben werden müssen. Neben dem Minimaldatensatz (MB) sind auch die Patientengruppen-Zusatzdaten (MD) zwingend zu erheben. Die Minimaldaten (MB) enthalten soziodemographische und betriebswirtschaftliche Angaben und Angaben zum Spitalaufenthalt. Die Patientengruppen-Zusatzdaten (MD) beinhalten sämtliche Diagnose- und Prozedurenkodes (inkl. Assessments) sowie Angaben zu Behandlungen.

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

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

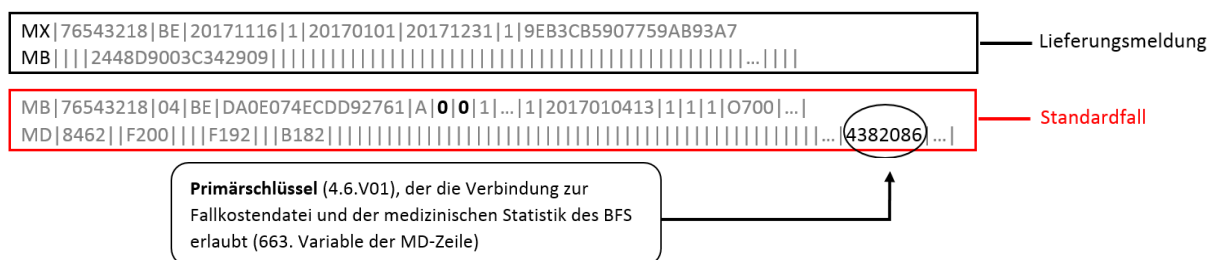
Für eine erfolgreiche Lieferung der Daten an die SwissDRG AG müssen die Vorgaben und Definitionen des BFS zwingend eingehalten werden. Details zu den einzelnen Variablen sind in der Spezifikation der [Variablen der Medizinischen Statistik](#) (siehe Anhang B) beschrieben. Das zu liefernde Format entspricht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

Die MS-Datei erfüllt folgende Eigenschaften:

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



Abbildung 1 Beispielzeilen der Medizinische Statistik



### 3.2. Variablen der Medizinischen Statistik

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

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

#### 3.2.1. Fallnummer der Fallkostenstatistik

Die Verbindung zwischen den unterschiedlichen Datensätzen wird mit der Variable 4.6.V01 *Fallnummer der Fallkostenstatistik* aus der Medizinischen Statistik (Feld 663 in der MD-Zeile) hergestellt. Sie ist daher zwingend auszufüllen und muss in allen Datensätzen vorkommen. Diese Variable wird auch Primärschlüssel genannt. Entsprechend beinhaltet die Lieferung der medizinisch-administrativen BFS Daten auch die MD-Zeile. Die Variable 4.6.V01 muss eindeutig und anonym sein.

Tabelle 1 Position der Fallnummer der Fallkostenstatistik in den jeweiligen Datensätzen

Datensatz	Variable 4.6.V01
Medizinische Statistik (MS)	Feld 663
Fallkostendatei (FK)	
- alter REKOLE® Kostenträgerausweis	Feld 3
- neuer REKOLE® Kostenträgerausweis	Feld 2

#### 3.2.2. Anonymer Verbindungskode

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

#### 3.2.3. Kennzeichnung des Statistikfalls

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

<sup>1</sup> Für die Definition der stationären Fälle gelten für die Rehabilitation dieselben Regeln wie in der Akutsomatik gemäss [VKL Art. 3](#).

### 3.2.4. Hauptkostenstelle

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

### 3.2.5. **Tarif für die Abrechnung**

Gemäss den Richtlinien des BFS ist neu die Variable 4.8.V01 *Tarif für die Abrechnung* in der MD-Zeile zu erheben. Diese dient bei der Entwicklung der Tarifstruktur unter anderem dazu, die für die jeweilige Tarifstruktur relevanten Fälle zu erkennen. Für die Datenlieferung an die SwissDRG AG ist diese Variable zwingend zu erfassen. Dabei ist in der Variable 4.8.V01 der Eintrag 4 zu erfassen.

Es sind alle Fälle zu liefern, welche unter den Bereich Paraplegiologie (mit den entsprechenden CHOP Codes 93.87.\*) fallen, Vollkosten aufweisen und nicht in den Anwendungsbereich Akutsomatik fallen. Fälle aus dem Bereich Frührehabilitation (CHOP Codes 93.86.\* und 93.89.1\*) müssen unabhängig vom Eintrag in Variable 4.8.V01 und unabhängig vom Ort, an dem die Leistung erbracht wurde, in der Datenerhebung Akutsomatik geliefert werden.

### 3.2.6. Diagnosen und Behandlungen

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

Die Diagnosen (Haupt- und Nebendiagnosen) werden gemäss BFS-Richtlinien für die Daten 2019 mit den Diagnosekodes nach ICD-10-GM 2018 kodiert. Bei der Kodierung der Diagnosen ist zu beachten, dass gemäss dem Medizinischen Kodierungshandbuch Version 2019 sowie gemäss dem Leitfaden für ST Reha neben der Hauptdiagnose auch die möglichen Nebendiagnosen zu kodieren sind (siehe Webseite der SwissDRG AG). Wir bitten Sie dieser Anweisung zu folgen, da die Kosten der Patienten unter Berücksichtigung der Nebendiagnosen möglicherweise besser plausibilisiert werden können.

Ab Datenjahr 2019 sind sämtliche Reha-spezifischen Codes im CHOP Katalog 2019 abgebildet. **Die Erhebung der Assessments geschieht zwingend anhand der CHOP Codes.** Beachten Sie bitte die Mindestkriterien bei den einzelnen CHOP Codes

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

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

Die Zuteilung der Fälle der stationären Rehabilitation zu den vier definierten ST Reha Leistungsbereichen wird 2019 über CHOP Codes in Tabelle 2 erreicht.

Einer dieser Codes ist somit für jeden Fall der stationären Rehabilitation ausschliesslich gemäss dem hier definierten Zweck zu verwenden. Diese Codes sind in den Variablen 4.3.V\* der Medizinischen Statistik der MD-Zeile zu kodieren. Zu beachten ist, dass die **paraplegiologischen Fälle** in der

<sup>2</sup> Die Zusatzentgelte sind in den Anhängen 2 (bewertet) und 3 (unbewertet) der jeweiligen SwissDRG Version aufgeführt und auf unserer Website unter Akutsomatik > *SwissDRG System 8.0/2019* > [Fallpauschalkatalog](#) abrufbar.

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

Rehabilitation **unter dem Leistungsbereich I: Nervensystem-Funktionseinschränkung zu erfassen sind.**

Tabelle 2 Leistungsbereiche

Leistungs bereich	Bezeichnung	CHOP Analogie Kode 2019	Bezeichnung
I	Nervensystem- Funktionseinschränkung	93.19	Übung, n.a.klass.
II	Herz- Funktionseinschränkung	93.36.00	Kardiale Rehabilitation, n.n.bez.
III	Lungen- Funktionseinschränkung	93.9A.00	Pneumologische Rehabilitation, n.n.bez.
IV	Andere Funktionseinschränkung	93.89.09	Rehabilitation, n.a.klass.

### 3.2.6.2. Assessments

Die Messinstrumente EBI, CIRS, 6-Minuten Gehstest und SCIM sind gemäss den Vorgaben des BFS für das Datenjahr 2019 zu erheben. Zur Entwicklung der Tarifstruktur ST Reha werden die bei Ein- und Austritt erhobenen Assessments verwendet.

2019 sind keine CHOP Codes für das FIM® Assessment verfügbar. Kliniken, die trotzdem das Messinstrument FIM® für die Erfassung der Funktionseinschränkung benutzen, verwenden bitte die Überleitungstabelle unter folgendem Link:

[http://www.swissdrg.org/download\\_file/view/2161](http://www.swissdrg.org/download_file/view/2161)

### 3.2.7. Externe ambulante Leistungen

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

### 3.2.8. Urlaub

Gemäss Richtlinien des BFS müssen alle Abwesenheiten eines Patienten von mehr als 24 Stunden (>24 h) bei bleibender Reservierung eines Bettes als administrativer Urlaub in der Variable 1.3.V04 *Administrativer Urlaub & Ferien* der Medizinischen Statistik kodiert werden. Die Variable 1.3.V04 muss zwingend gemäss Vorgaben des BFS ausgefüllt werden (24-Stunden Regel). Jegliche anderen Regelungen sind für die Datenerfassung unzulässig. Die Angabe muss die Gesamtsumme in Stunden enthalten. Die OKP-Kosten, die während solcher Abwesenheiten anfallen, werden auf den Fall gebucht. Weiter gilt die Klarstellung zur Definition des Urlaubs gemäss Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG sinngemäss auch für ST Reha.

### 3.2.9. Fallzusammenführung<sup>4</sup>, Zwischenaustritte und Wiedereintritte

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

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

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

Es findet keine jahresübergreifende Fallzusammenführung statt.

#### Wiederaufnahme oder Rückverlegung

Erfolgt innerhalb von 18 Kalendertagen seit Austritt<sup>5</sup> eine Wiederaufnahme oder Rückverlegung in dasselbe Spital, so werden die Fälle zusammengeführt.

#### Kombinierte Fallzusammenführungen

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

Die Variablen zu den Wiedereintritten unter 4.7.V\* müssen ausgefüllt werden.

### 3.2.10. Erfassung der Medikamente und teuren Substanzen

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

Dosis:

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

Einheit:

- Medikamente müssen zwingend in den Einheiten erfasst werden, welche gemäss der Liste der in der Medizinischen Statistik erfassbaren Medikamente/Substanzen vorgesehen sind. Es ist zu beachten, dass Vielfache einer Einheit NICHT zulässig sind.

---

<sup>4</sup> Siehe zum Beispiel Kapitel 3.2 Fallzusammenführungen in [Regeln und Definitionen der Fallabrechnung unter TARPSY, gültig ab 1.1.2019](#)

<sup>5</sup> „Innerhalb 18 Tage seit Austritt“ heisst: die Frist beginnt mit dem Austritt und dauert bis und mit dem 18. Kalendertag nach dem Austrittstag. Der Austrittstag wird demnach nicht in die Frist mit eingerechnet.

- Die Einheiten sind strikt so anzugeben, wie es das technische Begleitblatt vorsieht. Andere Abkürzungen oder Schreibweisen sind nicht erlaubt.

Einschränkung:

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

Verabreichungsart:

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

Zusatzangabe:

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

Konkrete Beispiele<sup>6</sup>:

- Antithrombin III: Der ATC-Kode muss in der Einheit U und mit der Verabreichungsart intravenös (IV) angegeben werden. Da die „zu kodierende Zusatzangabe“ leer ist, muss keine Zusatzangabe gemacht werden.  
→ B01AB02;;IV;2500;U
- Gerinnungsfaktor VIII: Hier muss die zutreffende Zusatzangabe gemäss Format des technischen Begleitblatts angegeben werden (Spalte „zu kodierende Zusatzangaben“). Die gültige Einheit für dieses Medikament ist U. Das Präparat muss gemäss Abkürzung im technischen Begleitblatt angegeben werden.  
→ B02BD02;Präparat;Verabreichungsart;11000;U
- Amphotericin B: Das Medikament ist nur bei der liposomalen Gabe zu erfassen. Die gültige Einheit ist mg. Es ist keine Zusatzangabe zu erfassen.  
→ J02AA01;;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

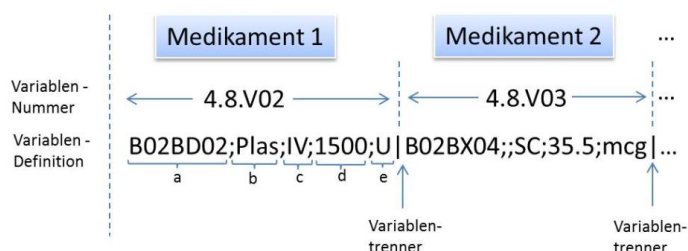
<sup>6</sup> Diese Beispiele stammen aus der Akutsomatik und dienen der Veranschaulichung.

Anmerkung:

- Für die Erfassung der hochteuren Medikamente ist einzig die (stationäre) Verabreichung entscheidend, unabhängig allfälliger Limitationen zur Indikation oder der Kostenübernahme der Spezialitätenliste.
- Ausserdem ist zu beachten, dass einige Medikamente nur im Anwendungsbereich gewisser Tarifstrukturen zu erfassen sind. Diese sind auf der Liste der zu erfassenden Medikamente entsprechend gekennzeichnet.

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

Abbildung 2 Beispiel der Erfassung teurer Medikamente/Substanzen



## 4. Fallkosten

### 4.1. Abgrenzungen und Berechnungsmethode der Fallkosten

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

Dieses Kapitel beruht auf dem Format der Fallkostendatei für die Erhebung der SwissDRG-relevanten Fälle. Da die Erhebung für somatische Krankenhäuser entwickelt wurde, beinhaltet sie auch einige für Rehabilitationskliniken nicht relevante Kostenpositionen, die nicht beachtet werden müssen (z.B. Implantate).

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

#### 4.1.1. Kostenträgermethode

Bei der Ermittlung der Fallkosten wird von der SwissDRG AG die REKOLE® Kostenträgermethode verlangt. Die SwissDRG AG ist bestrebt, eine Tarifstruktur auf einheitlich erfassten Daten zu entwickeln, um eine möglichst adäquate Finanzierung der stationären Fälle der Rehabilitation zu ermöglichen. Da die Entwicklung der Tarifstruktur datenbasiert erfolgt, ist eine hohe Datenqualität unabdingbar. Für die einheitliche Erhebung der Kostendaten ist die Erfassung der Fallkosten anhand der REKOLE® Kostenträgermethode erstrebenswert. Diese wird im Anhang D und Anhang E detailliert beschrieben.

#### 4.1.2. Anlagenutzungskosten (ANK)

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

Die Anlagenutzungskosten entsprechen den gesamten Kosten, die mit der Nutzung der Anlagen verbunden sind und entsprechen den Konten 442, 444 und 448 im H+ Kontenrahmen. Die Kalkulation der ANK pro Fall muss den effektiven Ressourcenverbrauch der Anlagenutzung widerspiegeln. Gemäss dem alten REKOLE® Format sind die ANK pro Fall in A1 zu erfassen (Anhang D). Im neuen REKOLE® Format sind die ANK innerhalb der Gemeinkosten separat pro Kostenkomponente auszuweisen, d.h. pro Variable werden einmal die Gemeinkosten exkl. ANK und einmal die ANK der gleichen Variable ausgewiesen, zum Beispiel v370 Pflege, Gemeinkosten exkl. ANK und v371 Pflege, ANK (Anhang E).

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

Die Kliniken liefern die Daten aller stationären Fälle<sup>7</sup>, welche im Erhebungsjahr aus der Klinik ausgetreten sind und **Vollkosten** aufweisen. Kosten werden insbesondere **nicht** als Vollkosten betrachtet, wenn:

---

<sup>7</sup> Für die Definition der stationären Fälle gelten für die Rehabilitation dieselben Regeln wie in der Akutsomatik gemäss [VKL Art. 3](#)

- 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, Statistikfälle C).
- ein Teil der Honorare oder der Leistungen von Dritten nicht auf den Fall verrechnet wurde (z.B. Arztrechnung bei der Erstellung der Kostenträgerrechnung noch nicht vorhanden, usw.).

#### 4.1.4. **Anrechenbare Kosten**

Die Fallkosten sollen lediglich Kosten der KVG-relevanten Leistungen enthalten. Die entsprechenden KVG-Bedingungen sind auch für das UVG/IVG und MVG anwendbar.

Als nicht anrechenbar werden jene Kosten definiert, welche keine dem KVG-Leistungskatalog entsprechenden Leistungen darstellen. Somit sind Kosten zu Lasten der Patienten,<sup>8</sup> patientenfremde Kosten,<sup>9</sup> Primärtransporte oder weitere nicht rückerstattete Leistungen aus den Fallkosten auszuscheiden. Zudem müssen die Kosten der gemeinwirtschaftlichen Leistungen (siehe Art. 49. al. 3 KVG) aus den Fallkosten ausgeschieden werden. Dies betrifft z.B. die Kosten der Forschung und universitären Lehre.

#### 4.1.5. *Arzneimittel/Medikamente und Blutprodukte*

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

Die Unterscheidung zwischen

- 1) Arzneimitteln/Medikamenten (entspricht altem REKOLE®-Format v10 resp. neuem REKOLE®-Format v101)
- 2) Blut und Blutprodukten (entspricht altem REKOLE®-Format v11 resp. neuem REKOLE®-Format v102)

im H+ Konto 400 „Arzneimittel (inkl. Blut und Blutprodukte)“ ist bei der Kalkulation der Tarifstruktur sehr hilfreich, weshalb diese Unterscheidung wann immer möglich vorzunehmen ist. Sollte dies nicht möglich sein, werden die Kosten für Medikamente und Blutprodukte in der Kostenkomponente v10 gemäss altem REKOLE®-Format resp. v101 gemäss neuem REKOLE®-Format erfasst. **Dies muss im Fragebogen so vermerkt sein.**

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

<sup>8</sup> Z.B. Fernsehen

<sup>9</sup> Z.B. Cafeteria oder weitere Leistungen an das Personal oder an Dritte



#### 4.1.6. *Implantate und medizinisches Material*

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

Die Unterscheidung zwischen

- 1) medizinischem Material (entspricht altem REKOLE® Format v13 resp. neuem REKOLE®-Format v103)
- 2) Implantaten (entspricht altem REKOLE® Format v12 resp. neuem REKOLE®-Format v104)

im H+ Konto 401 *Material, Instrumente, Utensilien, Textilien* ist bei der Kalkulation der Tarifstruktur sehr hilfreich, weshalb diese Unterscheidung wann immer möglich vorzunehmen ist. Sollte die Unterscheidung nicht möglich sein, werden die Kosten für Implantate und medizinisches Material in der Kostenkomponente v12 gemäss altem REKOLE®-Format resp. v104 gemäss neuem REKOLE®-Format erfasst. **Dies muss im Fragebogen so vermerkt sein.**

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

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

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

Die **Kostenkomponenten in Zeile 28 gemäss altem REKOLE®-Format resp. Zeile 72 und 73 gemäss neuem REKOLE®-Format müssen demzufolge leer** sein (siehe Anhang D und Anhang E).

Sollten die Fallkosten eines Spitals dennoch die Kosten für Forschung und universitäre Lehre enthalten, nimmt das Spital keine Anpassung vor und **dokumentiert dies bei der Datenlieferung im Fragebogen an der entsprechenden Stelle.**

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

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

werden (z.B. private Honorare der Spitalärzte, Anteil der privaten Honorare der Belegärzte, usw.).<sup>10</sup>  
**Spitäler werden gebeten, dies vor der Datenlieferung zu erledigen.**

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

#### 4.1.9. **Arzthonorare**

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

- Honorare der Spitalärzte (H+ Konto 380) → Komponente 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 in v17 (H+ Konto 386 existiert nicht mehr, diese Kosten sind gemäss REKOLE® in den Konten 380, 381 und ggf. 405 verbucht) sollte also gemäss REKOLE® leer sein.

---

<sup>10</sup> Für die Bereinigung der Liegeklasse bedingten Mehrkosten, siehe [ITAR\\_K©](#) (Integriertes Tarifmodell auf Basis der Kostenträgerrechnung).

## 4.2. Fallkostendatei (FK-Datei)

Die Fallkostendatei kann entweder gemäss altem REKOLE® Kostenträgerausweis (siehe Anhang D) oder gemäss neuem REKOLE® Kostenträgerausweis (siehe Anhang E) geliefert werden.

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

### 4.2.1. Fallkostendatei gemäss altem REKOLE® Kostenträgerausweis

Die Fallkostendatei (FK-Datei) im alten REKOLE® Format enthält pro Fall eine Zeile mit 28 Variablen:

- 3 Variablen zur Identifizierung der Fälle:
  - 1. Feld entspricht der BUR-Nummer des Spitals
  - 2. Feld entspricht dem Datenjahr
  - 3. Feld entspricht der Fallnummer (= Primärschlüssel, Variable 4.6.V01 der Medizinischen Statistik, keine Doppelnennungen und keine leeren Felder erlaubt.)
- 23 Variablen mit den anrechenbaren Kosten, davon:
  - 9 Kostenkomponenten mit den Einzelkosten (v10 - v19)
  - 14 Kostenkomponenten mit den Kosten der leistungserbringenden Kostenstellen gemäss REKOLE® (v20 - v39). Diese Kostenkomponenten sind exklusive ANK anzugeben.
- 1 Variable mit den gesamten Anlagenutzungskosten (A1) je Fall.
- Das Feld in Spalte 28 muss leer gelassen werden.

Eine detaillierte Beschreibung der Variablen befindet sich im Anhang D.

Abbildung 3 Beispielzeile der Fallkostendatei gemäss altem REKOLE® Kostenträgerausweis

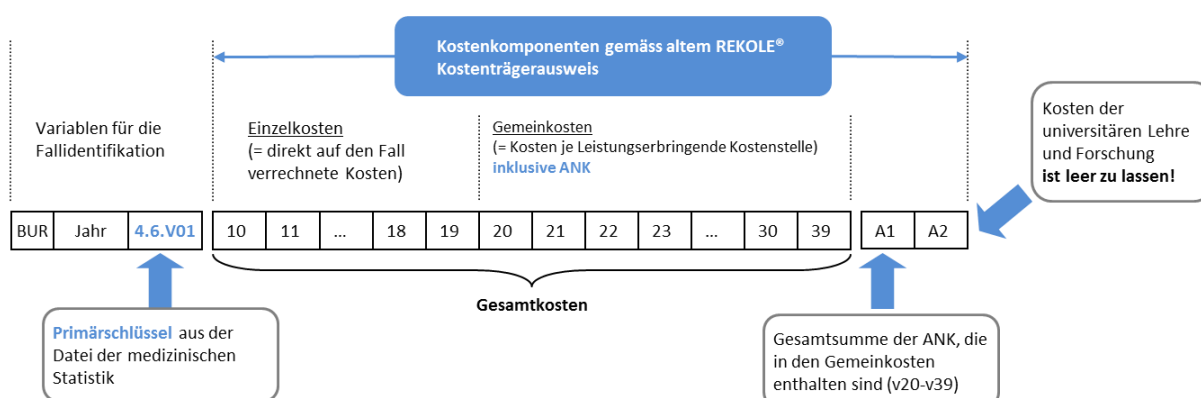


Abbildung 4 Beispiel zweier Fälle der Kostendatei (FK-Datei) gemäss altem REKOLE® Kostenträgerausweis

60611111 2019  <b>5050286</b>  79.00 57.00 0.00 0.00 0.00 42.00 0.00 ...
60611111 2019  <b>5050297</b>  31.00 27.00 0.00 0.00 0.00 34.00 0.00 ...
↑
<b>Primärschlüssel.</b> Entspricht der Variable <b>4.6.V01</b> (663. Variable der MD-Zeile) in der Medizinischen Statistik.

#### 4.2.2. Fallkosten gemäss neuem REKOLE® Kostenträgerausweis (FK-Datei)

Die Fallkostendatei (FK-Datei) im neuen REKOLE® Format enthält pro Fall eine Zeile mit 80 Variablen (73 Variablen + 7 Reservfelder):

- 2 Variablen zur Identifizierung der Fälle:
  - 1. Feld entspricht dem Datenjahr
  - 2. Feld entspricht der Fallnummer (= Primärschlüssel, Variable 4.6.V01 der Medizinischen Statistik, keine Doppelnennungen und keine leeren Felder erlaubt.)
- 71 Variablen mit den anrechenbaren Kosten, davon:
  - 11 Kostenkomponenten mit den Einzelkosten (v101-v111)
  - 60 Kostenkomponenten mit den Kosten der leistungserbringenden Kostenstellen gemäss REKOLE® (v200-v421, v440-v441). Zu jeder Kostenkomponente sind einmal die Gemeinkosten exklusive der ANK und einmal der Anteil der ANK für diese Komponente anzugeben.

Eine detaillierte Beschreibung der Variablen befindet sich im Anhang E.

Abbildung 5 Beispielzeile der Fallkosten gemäss neuem REKOLE® Kostenträgerausweis

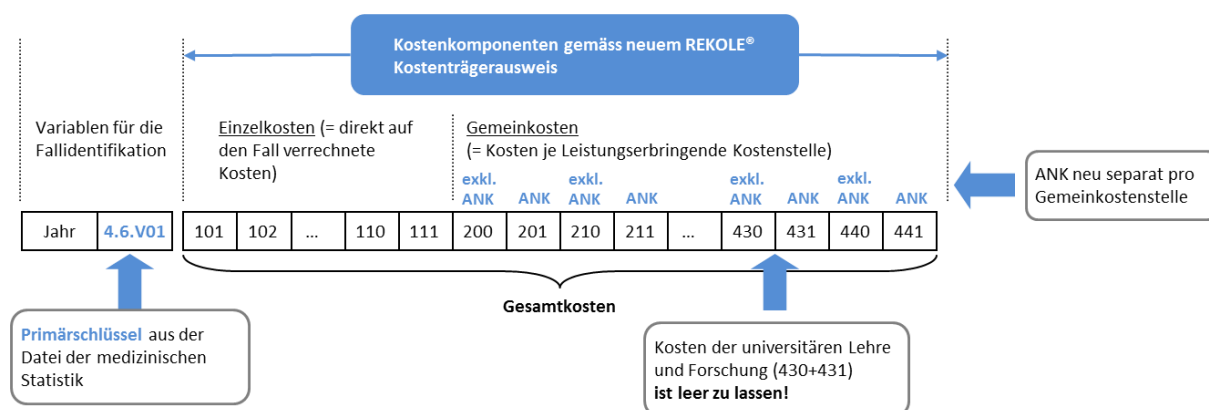


Abbildung 6 Beispiel zweier Fälle der Kostendatei (FK-Datei) gemäss neuem REKOLE®  
Kostenträgerausweis

2019|**5050286**|79.00|57.00|0.00|0.00|0.00|42.00|0.00|...|0.00  
2019|**5050297**|31.00|27.00|0.00|0.00|0.00|34.00|0.00|...|0.00



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

## 5. Detailerhebung

Die Detailerhebung dient als Datengrundlage für die Bewertung bestehender sowie potentieller Zusatzentgelte. Mit der Detailerhebung werden einerseits die Medikamentenpreise für die auf der Liste der in der Medizinischen Statistik erfassbaren Medikamente/Substanzen 2019 erhoben, andererseits Codes und Kosten für teure Materialien, Prozeduren und Verfahren.

**Achtung:** Die Gabe von Medikamenten wird nur noch über die entsprechenden Felder in der Medizinischen Statistik erhoben (siehe Kapitel 3.2.10).

Alle Informationen zur Detailerhebung sind der entsprechenden Excel-Datei zu entnehmen. Diese wird zeitnah auf unserer Webseite unter der Rubrik „Datenerhebung“ publiziert. Für eine Vorschau des Formats eignet sich die [Detailerhebung 2017](#) der Akutsomatik.

## 6. Weiterführende Dokumente

BFS (2018). Medizinisches Kodierungshandbuch. Der offizielle Leitfaden der Kodierungsrichtlinien in der Schweiz. Version 2019. Neuchâtel, Bundesamt für Statistik. URL: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/nomenklaturen/medkk/instrumente-medizinische-kodierung.assetdetail.6207936.html>, [Stand 30.10.2018].

BFS (2018) Zusatz zum medizinischen Kodierungshandbuch, Version 2019: Kodierrichtlinien für die Rehabilitation, Bundesamt für Statistik, URL: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/nomenklaturen/medkk/instrumente-medizinische-kodierung.assetdetail.6786925.html>

BFS (2018). Schweizerische Operationsklassifikation (CHOP) Systematisches Verzeichnis. Version 2019. Neuchâtel, Bundesamt für Statistik. URL: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/nomenklaturen/medkk/instrumente-medizinische-kodierung.assetdetail.5808569.html>, [Stand 30.10.2018].

BFS (2018). Medizinische Statistik der Krankenhäuser - Variablen der Medizinischen Statistik. Spezifikationen gültig ab 1.1.2019. Neuchâtel, Bundesamt für Statistik. URL: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/erhebungen/ms.html>, [Stand: 30.10.2018].

Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (1994). *Bundesgesetz* vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG), [SR 832.10]. URL: <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19940073/index.html>, [Stand 30.10.2018].

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

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

Schweizerischer Bundesrat (2002). Verordnung vom 3. Juli 2002 über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL), [SR 832.104]. URL: <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/20021333/index.html>, [Stand 30.10.2018].

Weitere Dokumente befinden sich auf der Webseite der SwissDRG AG unter Datenerhebung > Medizinische Statistik. URL: <https://www.swissdrg.org/de/rehabilitation/datenerhebung/medizinische-statistik>, [Stand 30.10.2018]

## Anhänge

### Anhang A Artikelliste für die verbindliche Einzelkostenverrechnung

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

### Anhang B Variablen der Medizinischen Statistik

Anhand des folgenden Links kann die Spezifikation der Variablen der [Medizinische Statistik der Krankenhäuser](#), gültig ab 1.1.2019, heruntergeladen werden (voraussichtlicher Publikationstermin Januar 2019).



## Anhang C Mindestanforderungen an die Dateien

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

Bezeichnung	
<b>Allgemeine Tests</b>	
<input type="checkbox"/>	Dateien müssen mit *.dat oder *.txt enden.
<input type="checkbox"/>	Dateien müssen mit „ISO8859-1“ kodiert sein.
<input type="checkbox"/>	Dateien müssen im Text-Format (ASCII) geliefert werden.
<input type="checkbox"/>	Die Variablen werden durch Pipes (ASCII-Kode 124: „ “) getrennt.
<input type="checkbox"/>	Das CRLF (ASCII-Kodes 13 und 10) wird als Zeilenumbruch verwendet.
<input type="checkbox"/>	Vorhandensein und Konsistenz der Variable 4.6.V01 (Fallnummer der Fallkostenstatistik /Primärschlüssel) in allen Dateien. Fälle, welche nur in einer Datei aufgeführt sind, können nicht plausibilisiert und in die Datenbank importiert werden. Keine Doppelnennungen und keine leere Felder sind erlaubt.
<b>Datei der Medizinischen Statistik (MS-Datei)</b>	
<input type="checkbox"/>	MB-Zeile: 50 Spalten. Die Zeile enthält 50 Pipes.
<input type="checkbox"/>	MD-Zeile: 696 Spalten. Die Zeile enthält 696 Pipes.
<input type="checkbox"/>	Die letzte Variable einer Zeile muss durch ein Pipe geschlossen werden.
<input type="checkbox"/>	Die BUR Nummer in der MX-Zeile muss zwingend erfasst werden.
<input type="checkbox"/>	Die Zeilen müssen in der Reihenfolge MB, MN, MP, MD, MK kodiert sein, wobei je nach Tarifstruktur nicht alle Zeilen geliefert werden müssen (keine Leerzeilen einfügen).
<input type="checkbox"/>	Die Variablen 0.3.V01, 0.3.V02, 0.3.V03 und 0.3.V04 müssen zwingend mit 0 oder 1 kodiert werden. Wenn 1 kodiert ist, muss die entsprechende MN-, MP-, MD- oder MK-Zeilen folgen; wenn 0 kodiert ist, darf die entsprechende Zeile nicht vorhanden sein.
<input type="checkbox"/>	Übereinstimmung der 'MB' und 'MD' Zeile: Für alle ICD und CHOP Codes, ist 1.6.V01 = 4.2.V010, 1.6.V02 = 4.2.V020, 1.6.V03 = 4.2.V030, usw. Wie beim Format der Medizinischen Statistik des BFS werden nur die ersten 5 Zeichen getestet.
<input type="checkbox"/>	Die Spalte 663 der MD-Zeile entspricht der Variable 4.6.V01 (Fallnummer der Fallkostenstatistik). Dieser Primärschlüssel muss eindeutig und anonym sein und darf weder Doppelnennungen noch leere Felder enthalten.
<input type="checkbox"/>	<b>Die Datei muss zwingend die relevanten Patienten der stationären Rehabilitation enthalten (4.8.V01 = 4).</b>
<input type="checkbox"/>	Die Variable 0.2.V01 <i>Anonymer Verbindungskode</i> muss kodiert und anhand 16 alphanumerischer Zeichen korrekt verschlüsselt sein.
<input type="checkbox"/>	Die Definition der folgenden Variablen muss zwingend eingehalten werden: 0.2.V02, 1.1.V01, 1.1.V02, 1.1.V03, 1.2.V01, 1.2.V02, 1.2.V03, 1.3.V01, 1.3.V02, 1.3.V03, 1.3.V04, 1.4.V01, 1.5.V01, 1.5.V02, 1.5.V03, 4.5.V01, <b>4.8.V01</b> .
<input type="checkbox"/>	Datei darf ausser in den Feldern für Medikamentenangaben (4.8.V02 - 4.8.V15, Medikament 1 - 14, Variablennummern 678 - 691) keinen Text enthalten.
<input type="checkbox"/>	Die Datei darf keine ungültigen Medikamentenangaben (4.8.V02 - 4.8.V15, Medikament 1 - 14, Variablennummern 678 - 691) enthalten.
<b>Fallkostendatei gemäss altem REKOLE® Kostenträgerausweis (FK-Datei)</b>	
<input type="checkbox"/>	Jede Zeile der Fallkostendatei entspricht einem Fall.
<input type="checkbox"/>	Die Datei enthält 28 Variablen. Die Datei enthält 27 Pipes pro Zeile.
<input type="checkbox"/>	Die letzte Variable einer Zeile wird <b>nicht</b> durch ein Pipe geschlossen.
<input type="checkbox"/>	Primärschlüssel 4.6.V01 der Medizinischen Statistik ist in der 3. Spalte. Keine Doppelnennungen und keine leere Felder.
<input type="checkbox"/>	Variablen sind durch ein Pipe getrennt.
<input type="checkbox"/>	Die Datei darf keine Variablennamen enthalten.

- Die Kostenvariablen dürfen nur Zahlen und keine Buchstaben enthalten.
- Zahlen dürfen keine Formatierungen wie Tausender-Trennzeichen, Hochkomma, Leerschlag usw. enthalten.
- Als Dezimaltrennzeichen wird der Punkt verwendet (z.B. 1234.50).
- Jeder Fall muss Anlagenutzungskosten (A1) aufweisen. Negative Werte werden nicht akzeptiert.

Fallkostendatei gemäss neuem REKOLE® Kostenträgerausweis (FK-Datei)

- Jede Zeile der Fallkostendatei entspricht einem Fall.
- Die Datei enthält 80 Variablen. Die Zeile enthält 79 Pipes.
- Die letzte Variable einer Zeile wird **nicht** durch ein Pipe geschlossen.
- Primärschlüssel 4.6.V01 in der 2. Spalte der Medizinischen Statistik. Keine Doppelnennungen und keine leere Felder.
- Variablen sind durch ein Pipe getrennt.
- Die Datei darf keine Variablenamen enthalten.
- Die Kostenvariablen dürfen nur Zahlen und keine Buchstaben enthalten.
- Zahlen dürfen keine Formatierungen wie Tausender-Trennzeichen, Hochkomma, Leerschlag usw. enthalten.
- Als Dezimaltrennzeichen wird der Punkt verwendet (z.B. 1234.50).
- Jeder Fall muss Anlagenutzungskosten aufweisen. Die Summe der Anlagenutzungskosten muss grösser Null sein.
- Alle Reservfelder (Felder 72-73, 76-80) müssen leer bleiben, sofern dies in der Beschreibung so vermerkt ist.

**Anhang D Fallkosten gemäss altem REKOLE® Kostenträgerausweis (FK-Datei)**

Nr.	Variable	Beschreibung	
<b>Allgemeine Angaben</b>			
1	BUR	Betriebsnummer (BUR-Satellit Gesundheit)	
2	year	Datenjahr	
3	<b>4.6.V01</b>	<b>Fallnummer (siehe 663. Variable der MD-Zeile)</b>	<b>[PRIMÄR-SCHLÜSSEL]</b>
<b>Einzelkosten</b>			<b>H+ Kontenrahmen<sup>2</sup></b>
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		<i>Reservefeld, bitte leer lassen</i>	
12	v19	Andere Einzelkosten	403 + 404 + 405** + 480 + 485 + 486
<b>Gemeinkosten</b>			<b>Muss-Kostenstelle REKOLE®</b>
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)***
<b>Weitere Variablen</b>			<b>H+ Kontenrahmen</b>
27	A1	Anlagenutzungskosten gesamt (ANK)	
28		<i>Reservefeld, bitte leer lassen</i>	

\* 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 E Fallkostendatei gemäss neuem REKOLE® Kostenträgerausweis (FK-Datei)**

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

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

N°	Variable	Bezeichnung	Muss-Kostenstelle REKOLE®
<b>Gemeinkosten</b>			
67	v401	Hotellerie-Service, ANK <sup>1</sup>	(43)
68	v410	Übrige Leistungserbringer, Gemeinkosten exkl. ANK	(44)
69	v411	Übrige Leistungserbringer, ANK <sup>1</sup>	(44)
70	v420	Pathologie, Gemeinkosten exkl. ANK	(45)
71	v421	Pathologie, ANK <sup>1</sup>	(45)
72		<i>Reservefeld, bitte leer lassen</i>	<del>(47)</del>
73		<i>Reservefeld, bitte leer lassen</i>	<del>(47)</del>
74	v440	Rettungs- bzw. Ambulanzdienst (nur Sekundärtransporte), Gemeinkosten exkl. ANK	(77)
75	v441	Rettungs- bzw. Ambulanzdienst (nur Sekundärtransporte), ANK <sup>1</sup>	(77)
<b>Reservefelder</b>			
76		<i>Reservefeld, bitte leer lassen</i>	
77		<i>Reservefeld, bitte leer lassen</i>	
78		<i>Reservefeld, bitte leer lassen</i>	
79		<i>Reservefeld, bitte leer lassen</i>	
80		<i>Reservefeld, bitte leer lassen</i>	

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

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