



# Dokumentation zur SwissDRG Erhebung 2016

Format und Inhalt der Daten

Daten-Lieferprozess

Detailerhebung der teuren Medikamente, Implantate  
und Verfahren

Version vom 29.01.2016
------------------------

# Inhaltsverzeichnis

<b>1. ÜBERBLICK DER ERHEBUNG 2016.....</b>	<b>3</b>
1.1. FRISTEN.....	3
1.2. KONTAKT.....	3
1.3. FORMAT.....	3
1.4. KODIERUNG.....	3
1.5. ARTIKELLISTE.....	3
1.6. DETAILERHEBUNG.....	4
<b>2. DATENLIEFERUNG.....</b>	<b>5</b>
2.1. ERSTMALIGE DATENLIEFERUNG DURCH EIN SPITAL.....	5
2.2. UPLOAD-TOOL.....	5
2.3. DATEN UPLOAD.....	5
<b>3. ABGRENZUNGEN UND BERECHNUNGSMETHODE DER FALLKOSTEN.....</b>	<b>6</b>
3.1. KOSTENTRÄGERMETHODE.....	6
3.2. ANRECHENBARE KOSTEN.....	6
3.3. MEDIKAMENTE UND BLUTPRODUKTE.....	6
3.4. IMPLANTATE UND MEDIZINISCHES MATERIAL.....	6
3.5. ANLAGENUTZUNGSKOSTEN (ANK).....	7
3.6. UNIVERSITÄRE LEHRE UND FORSCHUNG (UL&F).....	7
<b>4. FALLABGRENZUNG.....</b>	<b>7</b>
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
<b>5. FORMAT DER DATENLIEFERUNG.....</b>	<b>8</b>
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>Kostenkomponenten auf Fallebene</i> .....	11
5.3.4. <i>Arzthonorare</i> .....	12
<b>6. NACH DER DATENLIEFERUNG.....</b>	<b>12</b>
6.1. AUTOMATISCHE PLAUSIBILISIERUNG DER DATEN.....	12
6.2. NEULIEFERUNG DER DATEN.....	13
<b>7. DETAILERHEBUNG.....</b>	<b>13</b>
<b>8. DATENSCHUTZ.....</b>	<b>18</b>
<b>9. QUELLENNACHWEIS.....</b>	<b>18</b>
<b>10. KONTAKTE.....</b>	<b>18</b>
<b>11. ANHANG.....</b>	<b>19</b>
ANHANG A.....	19
ANHANG B.....	21

---

ANHANG C.....	23
ANHANG D.....	26

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Beispiel Medizinische Statistik.....	9
Abbildung 2: Beispiel zweier Fälle in der Fallkostendatei.....	11
Abbildung 3: Darstellung der Fallkostendatei.....	11

## 1. Überblick der Erhebung 2016

### 1.1. Fristen

- Die Erhebung 2016 betrifft die **Daten aus dem Jahr 2015**.
- Für den vollständigen Zugriff zum Webfeedback (inkl. erweiterten Funktionen) müssen die Daten bis am **30.04.2016** geliefert werden.
- Die Datenbank wird am **31.05.2016** geschlossen. Nach Ablauf dieser Frist können keine weiteren Lieferungen mehr entgegengenommen werden.
- Spitäler, welche bis zum **31.05.2016** Daten an die SwissDRG AG liefern, erhalten nur ein eingeschränktes Feedback für die gelieferten Daten (Plausibilitätsprüfung).

### 1.2. Kontakt

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

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

### 1.3. Format

Die Daten der Medizinischen Statistik und der Fallkosten werden im selben Format wie bei der Datenerhebung 2015 geliefert. Das Erhebungsformular der Detailerhebung wurde angepasst.

Um die Datensätze über die Web-Schnittstelle übermitteln zu können, müssen diese die Mindestanforderungen gemäss Anhang B erfüllen. Die Mindestanforderungen wurden im Vergleich zum Vorjahr überarbeitet und angepasst.

### 1.4. Kodierung

Kodierung gemäss BFS-Richtlinien für die Daten 2015, u.a.:

- Behandlungskodes nach **CHOP 2015**
- Diagnosekodes nach **ICD-10 GM 2014**
- Medizinisches Kodierungshandbuch, **Version 2015**

### 1.5. Artikelliste

Die Liste in Anhang A präzisiert die Zuordnung der Kosten bestimmter Produkte zu den entsprechenden Kostenkomponenten. Die SwissDRG AG ist bestrebt, die Kostenerfassung einzelner Medikamente und Produkte weiter zu vereinheitlichen, weshalb die Artikelliste zurzeit überarbeitet wird. In der SwissDRG Datenerhebung 2017 wird die überarbeitete und mit REKOLE® abgestimmte Liste zur Anwendung kommen. Diese Liste wird demnächst auf der Homepage der SwissDRG AG aufgeschaltet.

### **1.6. Detailerhebung**

In den vergangenen Jahren wurden in der Erhebungsdokumentation Angaben bezüglich der Detailerhebung gemacht. Diese wird aktuell überarbeitet und neu gestaltet, weshalb in der vorliegenden Dokumentation, unter Kapitel 7, die betreffenden Informationen noch nicht aufgeführt sind.

Die Detailerhebung inklusive angepasster Erhebungsdokumentation 2016 wird so schnell wie möglich zur Verfügung gestellt.

## 2. Datenlieferung

### 2.1. Erstmalige Datenlieferung durch ein Spital

Für Spitäler, welche in der Vergangenheit keine Daten an die SwissDRG geliefert haben nun aber erstmalig eine Lieferung vornehmen wollen, liegt eine kurze Einführungsdokumentation vor ([Einführung für die neuen Netzwerkspitäler](#)).

### 2.2. Upload-Tool

Die Lieferung der Daten an die SwissDRG AG erfolgt über eine geschützte Web-Schnittstelle ([Web-Schnittstelle](#)). Ab der Datenerhebung 2016 wird zudem die gesamte Kommunikation zwischen der SwissDRG AG und den Spitälern über die Web-Schnittstelle abgewickelt. Dies umfasst namentlich auch den gesamten Bereich der Feedbacks bezüglich fehlerhafter Fälle und das Webfeedback.

Jede Person, welche sich in das Upload-Tool einloggen will, muss vorgängig einen Account erstellen, wobei jedem Spital drei Accounts zur Verfügung stehen.

### 2.3. Daten Upload

Der Lieferprozess besteht im Wesentlichen aus drei Etappen:

- Erfassen der spitalspezifischen Informationen im Fragebogen.
- Upload der Daten über die Web-Schnittstelle. Details zu dem Format der Dateien entnehmen Sie den Anhängen B, C und D dieser Dokumentation.
- Erhalten einer Lieferbestätigung nach erfolgreicher Lieferung. Bleibt die Lieferbestätigung aus, war die Übermittlung der Daten nicht erfolgreich. In diesem Fall beachten Sie die Fehlermeldung(-en) und laden die angepassten Dateien erneut hoch.

### **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. 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) Medikamenten (v10) und
- 2) Blutprodukten (v11)

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 v10 erfasst. Weiter muss dies im Fragebogen so vermerkt sein.

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) Implantaten (v12) und
- 2) medizinischem Material (v13)

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 v12 erfasst. Weiter muss dies 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)

Den 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. 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](#)). Im SwissDRG-Format müssen die ANK klar auf der Fallebene identifiziert werden können. Zu diesem Zweck werden die Kostenkomponenten der leistungserbringenden Kostenstellen gemäss REKOLE® exklusive ANK geliefert. Diese müssen in Kostenkomponente A1 ausgewiesen werden.

### 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 der Spalte A2 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.

## 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, Vollkosten aufweisen und unter im Anwendungsbereich von SwissDRG (Variable 4.8.V01 = 1) liegen. Kosten werden insbesondere nicht als Vollkosten betrachtet wenn:

- Bei Überliegern die Kosten der Behandlungen, die vor der Erhebungsperiode stattgefunden haben, nicht auf den Fall verrechnet wurden.
- Der Aufenthalt über die Erhebungsperiode geht (Austritt ausserhalb der Erhebungsperiode).
- Ein Teil der Honorare oder der Leistungen von Dritten nicht auf den Fall verrechnet wurde (z.B. Arztrechnung bei der Erstellung der Kostenträgerrechnung noch nicht vorhanden, Rechnung nicht vorhanden, usw.).

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 können die Liegeklassebedingten Mehrkosten vor der Datenlieferung ausschliessen (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 SwissDRG Format ist das offizielle Format der SwissDRG Datenerhebung. Bei der Datenerhebung 2016 (Daten 2015) ist zudem eine Lieferung im PRISMA Format, welches von der Gesundheitsdirektion Zürich vorgegeben ist, möglich. Spitäler die die Daten im PRISMA Format übermitteln, müssen sicherstellen, dass die Dateien problemlos mit der „Prüfapplikation PRISMA“ ins SwissDRG Format konvertiert werden können.

Es gilt zu bemerken, dass die Lieferung im PRISMA-Format ab der Datenerhebung 2017 (Daten 2016) nicht mehr möglich sein wird ([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 die Datei folgende Kriterien erfüllen:

- Die Datei wird als Text (ISO 8859-1) mit der Endung .txt oder .dat geliefert.
- Die Variablen werden durch Pipes getrennt (ASCII-Code 124: „|“).
- Die letzte Variable einer Zeile darf nicht leer sein und muss ebenfalls durch ein Pipe geschlossen werden.
- Das CRLF (ASCII-Codes 13 und 10) wird als Zeilenumbruch verwendet.
- Die Datei muss die 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 2012).
- 2. Zeile (MN-Zeile, Neugeborenen-Zusatzdaten): 18 Felder, die die Zusatzangaben für Neugeborene enthalten. Enthält die Variablen 2.1.V01 bis 2.3.V08 der Medizinischen Statistik.
- 3. Zeile (MD-Zeile, Patientengruppen-Zusatzdaten): 696 Felder. Enthält die Variablen 4.1.V01 bis 4.8.V20 der Medizinischen Statistik.

Details zu den einzelnen Variablen sind im Anhang C 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.

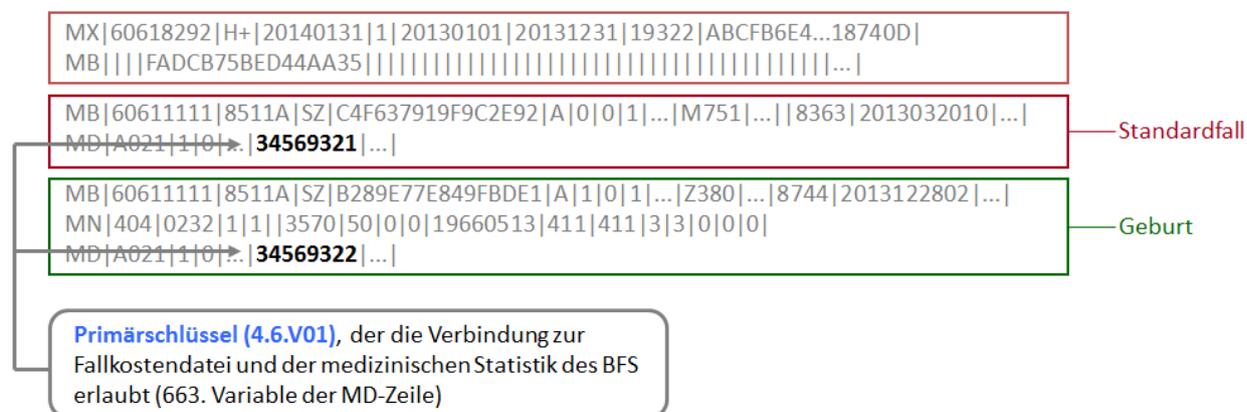


Abbildung 1: Beispiel Medizinische Statistik

### 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 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 sind auch die Vielfachen einer Einheit zulässig. Hier gilt es zu bemerken, dass dies ab der SwissDRG Erhebung 2107 (Daten 2016) nicht mehr zulässig sein wird.
- Die Einheiten sind strikt so anzugeben, wie es das „technische Begleitblatt“ vorsieht. Andere Abkürzungen oder Schreibweisen sind nicht erlaubt.

Verabreichungsart oder Indikation:

- Grundsätzlich muss die Verabreichungsart für jedes Medikament angegeben werden.

- Ist gemäss „Liste der in der Medizinischen Statistik erfassbaren Medikamente/Substanzen“ eine Verabreichungsart oder Indikation explizit vorgesehen, muss das Medikament nur für die betreffenden Fälle angegeben werden).
- 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 muss nur für diejenigen Medikamente erfasst werden, bei welchen diese gemäss der „Liste der in der Medizinischen Statistik erfassbaren Medikamente/Substanzen“ vorgesehen ist. Bei allen anderen Medikamenten bleibt dieses Feld leer.

#### Konkrete Beispiele:

- Epoetin: Der ATC-Code muss in der Einheit IU (oder Multiplikator) ohne Einschränkung der Verabreichungsart oder Indikation erfasst werden (da Spalte „betroffene Verabreichungsart oder Indikation“ leer). Die betroffene Verabreichungsart muss dennoch angegeben werden. Da die „zu kodierende Zusatzangabe“ leer ist, muss keine Zusatzangabe gemacht werden.  
→ B03XA01; ; *Verabreichungsart*; 2500; IU
- Gerinnungsfaktor VIII: Der ATC-Code muss nur erfasst werden, wenn das Medikament in plasmatischer oder rekombinanter Form verabreicht wurde. Zudem muss die korrekte Zusatzabgabe angegeben werden (Spalte „zu kodierende Zusatzangabe“). Die gültige Einheit für dieses Medikament ist IU (oder Multiplikator).  
→ B02BD02; Plasmatisch; *Verabreichungsart*; 11'000; IU für die „Plasmatische“-Form  
→ B02BD02; Rekombinant; *Verabreichungsart*; 1000; IU für die „Rekombinante“-Form.
- Sildenafil: Das Medikament ist nur im Falle einer „Behandlung Lungenhochdruck“ zu erfassen. Die gültige Einheit ist mg (oder Multiplikator). Es ist keine Zusatzangabe zu erfassen.  
→ G04BE03; ; *Verabreichungsart*; 98; mg

#### Anmerkung:

- Für die Erfassung der hochteuren Medikamente ist einzig die (stationäre) Verabreichung entscheidend, unabhängig allfälliger Limitationen zur Indikation oder der Kostenübernahme. Bitte vermerken Sie Fälle, bei welchen Sie die Medikamente gratis oder mit unüblich hohen Rabatten erhalten haben, in der Detailerhebung für Medikamente.

## 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 (siehe Abbildung 2). Für eine erfolgreiche Lieferung der Daten an die SwissDRG AG muss die Datei folgende Kriterien erfüllen:

- Die Datei wird als Text (ISO 8859-1) mit der Endung .txt oder .dat geliefert.
- Die Variablen werden durch Pipes getrennt (ASCII-Code 124: „|“).
- Die letzte Variable einer Zeile darf nicht leer sein und muss ebenfalls durch ein Pipe geschlossen werden.
- Das CRLF (ASCII-Codes 13 und 10) wird als Zeilenumbruch verwendet.
- Die Datei muss die Mindestanforderungen gemäss Anhang B erfüllen.

```
60611111|2013|34569321|79.00|57.00|0.00|0.00|0.00|42.00|0.00|0.00|19.00|16.00|...|0.00|
60611111|2013|34569322|31.00|27.00|0.00|0.00|0.00|34.00|0.00|98.00|60.00|57.00|...|0.00|
```

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

Abbildung 2: Beispiel zweier Fälle in der Fallkostendatei

### 5.3.2. Variablen

Die Fallkostendatei enthält pro Fall 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);
  - 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 für den Fall.
- 1 Variable (A2) mit den Kosten der universitären Lehre und Forschung.

Eine detaillierte Beschreibung der Variablen befindet sich im Anhang D

Bitte beachten Sie, dass bei zukünftigen Datenerhebungen (ab Daten 2016, Erhebung im Jahr 2017), das Format der SwissDRG Fallkostendatei an den REKOLE® Kostenträgerausweis angepasst wird ([Erweiterte Massnahmen zur Verbesserung der Datenqualität](#)).

### 5.3.3. Kostenkomponenten auf Fallebene

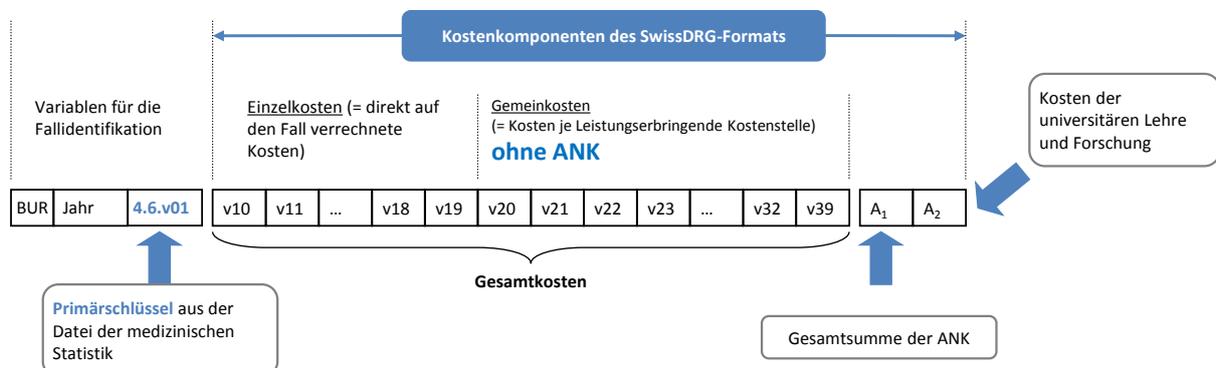


Abbildung 3: Darstellung der Fallkostendatei

#### 5.3.4. Arzthonorare

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

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

## 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 (erster Teil Webfeedback). Das Feedback seitens der SwissDRG AG umfasst im Wesentlichen zwei Tabellen ([DEMO-Webfeedback](#)):

- 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, wenn der betreffende Test zum Ausschluss führt.

Im Vergleich zu den Vorjahren werden ab der Datenerhebung 2016 keine Excel-Arbeitsblätter mit den Resultaten per Mail versandt. Die gesamte Kommunikation betreffend der Feedbacks wird neu über die Web-Schnittstelle abgewickelt. Die Tabellen können aber als .csv Dokumente aus der Web-Schnittstelle exportiert werden.

Jeder Test wird in den Rückmeldungen einem Testtypen zugeordnet. Die Testtypen haben folgende Bedeutung:

- Error:  
Fehlerhafte Fälle werden nicht für die Kalkulation der Tarifstruktur verwendet!
- Warning:  
Fragliche Fälle welche Fehler in Kodierung oder sonstigen Bereichen aufweisen können. Fälle können voraussichtlich für die Kalkulation verwendet werden.
- Info:  
Allgemeine Informationen betreffend den gelieferten Daten des Spitals.

Für alle Fälle, welche den bei einem Test mit dem Typ „Error“ auffällig geworden sind, wird das Spital aufgefordert diese zu überprüfen und falls notwendig zu korrigieren. Sind die Fälle korrekt erfasst worden, ist dies entsprechend an die SwissDRG AG zurück zu melden und zu Begründen. Auf diese Weise ist es möglich diejenigen Fälle, welche fälschlicherweise in einem Test hängengeblieben sind, zu „retten“ und für die Kalkulation zu verwenden. Die Spitäler werden dazu aufgefordert, die Feedbacks zu studieren und der SwissDRG AG die notwendigen Informationen zukommen zu lassen.

## 6.2. Neulieferung der Daten

Innerhalb der Lieferfrist haben die Spitäler jederzeit die Möglichkeit, einen neuen, gegebenenfalls korrigierten Datensatz (respektive die Datensätze der Medizinischen Statistik und der Fallkosten) an die SwissDRG AG zu übermitteln. Um den Aufwand bei der Datenerhebung zu beschränken und unnötige Mehrfachlieferungen zu vermeiden, werden die Spitäler gebeten, eine Neulieferung vorher bei der SwissDRG AG anzumelden und kurz zu begründen.

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

## 7. Detailerhebung

Mit der Detailerhebung werden Preise zu Medikamenten, Implantaten und teuren Verfahren erhoben. Die Detailerhebung wird in Form einer Excel-Datei erhoben. Sie gliedert sich in verschiedene Untererhebungen. Darin enthalten sind auch sämtliche Produkte und Verfahren, für welche ein Zusatzentgelt in der SwissDRG Tarifstruktur vorgesehen ist. In diesem Zusammenhang erlaubt die Detailerhebung, die Zusatzentgelte zu berechnen und die entsprechenden Kosten aus den Kostengewichten auszuscheiden. Weiter dienen die erhobenen Daten der Weiterentwicklung der Tarifstruktur. Eine korrekte, sachgerechte und repräsentative Abbildung der Kosten durch Zusatzentgelte ist nur dann möglich, wenn die Qualität und Vollständigkeit der erhobenen Daten hoch ist und die Detailerhebung von allen Netzwerkspitälern eingereicht wird.

Die SwissDRG AG behält sich das Recht vor, unplausible Daten aus der Berechnung der Zusatzentgelte auszuschliessen. Als Vergleichswert für die Medikamentenpreise dient die Spezialitätenliste (SL) des Bundesamts für Gesundheit. Die in der Detailerhebung erhobenen Preise der Medikamente richten sich nach der jeweils gültigen Fassung der Liste der in der Medizinischen Statistik zu erfassenden Medikamente/Substanzen. Die Liste der in der Medizinischen Statistik erfassbaren Medikamente/Substanzen sowie die Auswahl der teuren Verfahren und Implantate werden jedes Jahr neu evaluiert. Dazu gehören neben internen Arbeitsgruppen auch das jährliche Antragsverfahren zur Weiterentwicklung der SwissDRG-Tarifstruktur.

### 7.1. Wichtigste Änderungen

- Die Erfassung der Medikamentenpreise erfolgt neu auf Produktebene.
- Alle erhobenen Preise werden neu **mit** Mehrwertsteuer (MwSt.) erhoben.
- Teure Verfahren dürfen neu **keine** Anlagenutzungskosten gemäss REKOLE® mehr beinhalten
- Alle verwendeten CHOP Codes können neu im Register Anhang nachgeschaut werden.
- Für die Berechnung der mittleren Durchschnittskosten sowie die Verfahrenskosten gibt es neu unterstützende Detailschemas
- Für die Umrechnung der Preise aus einer Fremdwährung in Schweizer Franken gibt es neu eine einheitliche Umrechnungstabelle

### 7.2. Generelle Informationen

- **Bitte lesen Sie vor dem Ausfüllen der jeweiligen Erhebung das Kästchen "Vorgehen / Informationen zum Ausfüllen der Erhebung" genau durch.**
- Alle erhobenen Preise müssen ihren Einkaufspreisen inkl. MwSt. abzüglich Rabatte entsprechen. Zusätzliche Kosten wie Kosten für Transport, Lagerung, Zubereitung, ext. Apotheken usw. dürfen nicht verrechnet werden.
- Für Rechnungsbeträge in Fremdwährung verwenden Sie bitte die Jahresmittelkurse im Register "Jahresmittelkurse".

- Bei jeder Erhebung steht für Bemerkungen eine Spalte "Kommentar" zur Verfügung. Generelle Kommentare können im Register "Startseite" angebracht werden.
- Bitte füllen Sie nur die gelb markierten Felder aus. Verändern oder löschen Sie keine Formeln oder Tabellen.
- Eine Übersicht über alle von der SwissDRG erhobenen CHOP Codes sowie deren Zuordnung zur jeweiligen Erhebung findet sich im Register "Anhang".

### 7.3. Startseite

Die Startseite dient als Übersicht über die gesamte Detailerhebung. Hier finden sich auch Informationen zur Einreichung der Detailerhebung sowie unsere Kontaktangaben. **Bitte lesen Sie das Vorgehen zum Ausfüllen der Detailerhebung genau durch.** Auf der Startseite erheben wir den Spitalnamen sowie allgemeine Kommentare zur Detailerhebung im Ganzen.

### 7.4. Medikamente

Im Register Medikamente **NEU** werden die Preise nicht mehr auf der Medikamentenebene erhoben, sondern auf Produktebene. In der Medikamentenliste findet sich eine Auflistung sämtlicher bekannter Medikamente bzw. Präparate zu den zu erfassenden ATC Codes per Januar 2016.<sup>1</sup>

Bitte geben Sie für alle im Datenjahr 2015 stationär verwendeten Medikamente gemäss Liste der in der Medizinischen Statistik der zu erfassenden Medikamente/Substanzen die Einstandspreise (EP) pro Packung an. Dieser muss sich auf die jeweilige Packungseinheit gemäss Pharmacode resp. Artikelbezeichnung beziehen. Bei verschiedenen Einstandspreisen im Laufe des Jahres geben Sie bitte jeweils den günstigsten Einstandspreis an (kein Jahresdurchschnitt).

Beispiel:

ATC-Code	Substanz	...	EP pro Packung	PpE	Kommentar
A07AA12	Fidaxomicin		CHF 456.00	CHF 0.11	

Die angezeigten Preise pro Einheit (PpE) werden automatisch in der von der Swiss DRG verlangten Einheit berechnet. Diese kann von der originalen Mengeneinheit des Präparats abweichen. Durch die automatisierte Berechnung entfällt die anspruchsvolle und fehleranfällige Umrechnung der Preise auf die von der SwissDRG AG verlangte Mengeneinheit. Weiter ermöglicht uns die Umstellung auf Produktebene eine bessere Vergleichbarkeit sowie Überprüfung der Plausibilität der gelieferten Preise.

Für *A16AB01 Alglucerase*, *L01AD01 Carmustin intrathekal*, *L01XD04 Aminolevulinsäure* und *L04AA03 Antilymphocytäres Immunglobulin (Pferd)* sind keine Medikamenten in der Medikamentenliste aufgelistet. Bitte verwenden Sie für Präparate dieser Substanzen die Tabelle "fehlende Medikamente" im Register „Fehlende Medikamente“. Diese Tabelle ist ebenfalls für Präparate zu verwenden, welche nicht in der Medikamententabelle aufgeführt sind, aber gemäss Liste der in der Medizinischen Statistik der zu erfassenden Medikamente/Substanzen zu erheben sind. Die Preise pro Einheit müssen hier weiterhin manuell berechnet werden.

<sup>1</sup> Quelle: HCI Solutions AG. Kein Anspruch auf Vollständigkeit

## 7.5. Implantate

Die Erhebung der Implantate erfolgt weiterhin auf Produktebene aufgrund ausgewählter CHOP Codes. Damit die Preise besser verglichen sowie auf ihre Plausibilität überprüft werden können, erheben wir neu standardmässig den Produkt- bzw. Handelsnamen der verwendeten Implantate.

Bitte geben Sie für alle im Datenjahr 2015 stationär verwendeten Implantate anhand der ausgewählten CHOP Codes die Einstandspreise auf Produktebene an. Der Einstandspreis (EP) entspricht ihrem Einkaufspreis **pro Einheit** des Implantats. Die Kosten der Behandlung selbst dürfen nicht erfasst werden, selbst wenn diese durch den CHOP Code impliziert ist. Bei verschiedenen Einstandspreisen im Laufe des Jahres geben Sie bitte jeweils den günstigsten Einstandspreis an (kein Jahresdurchschnitt).

Beispiel:

Nummer	CHOP 2015	EP pro Einheit	Produktname(n)	Kommentar
l1a	00.4A.01-20	CHF 920.00	Target 360 Standard Coil	Verschiedene Grössen, gleicher Preis

Bitte verwenden Sie bei mehreren Produkten mit unterschiedlichen Preisen pro Kategorie die Detailschemas im Register "Implantate - Schema Produkte" zur Berechnung des mengengewichteten Durchschnittspreises.



Aufgrund des Excel-Blattschutzes können die einzelnen Tabellen nur über das Kontextmenü „Zellen einfügen“ erweitert werden. Dazu die jeweilige Ergebniszeile der gewünschten Tabelle mit Rechtsklick markieren und aus dem Kontextmenü „Zellen einfügen“ auswählen.

Die Ergebniszeile (grüner Rahmen) berechnet sich automatisch. Bitte übernehmen Sie nach Eingabe aller verwendeten Produkte den Durchschnittspreis (gelb markiert) bei der entsprechenden Kategorie ins Feld „EP pro Einheit“ im Register „Implantate“

Beispiel

Register „Implantate – Schema Produkte“

**l1a "Einsetzen von intrakraniellm/n (CHOP 39.72.11), [...] spinalen (CHOP 39.79.28) Coil(s)"**

Nr	Artikel	Preis pro Einheit	Eingesetzte Menge	Durchschnittspreis
l1a	GDC VortX Platinspirale	700 CHF	20	14'000 CHF
l1a	Target 360 Ultra Coil	800 CHF	10	8'000 CHF
<b>Ergebnis</b>			<b>30</b>	<b>733.33 CHF</b>

Register „Implantate“

Nummer	CHOP 2015	EP pro Einheit	Produktname(n)	Kommentar
l1a	00.4A.01-20	<b>CHF 733.33</b>		Siehe Detailschema

## 7.6. Teure Verfahren

Die Erhebung der teuren Verfahren erfolgt wie die Implantate aufgrund ausgewählter CHOP Codes.

Bitte geben Sie nach Möglichkeit für alle im Datenjahr 2015 stationär durchgeführten teuren Verfahren Ihre Gesamtkosten auf Verfahrensebene an. Die Leistungsgesamtkosten setzen sich grundsätzlich aus den Aufwendungen für Ärzteschaften, Pflegepersonal, Medikamente, Blutprodukte, Implantate, Medizinisches Material, Benutzung Geräte sowie weiteren Kosten zusammen, sofern dies sinnvoll ist.

Bei kontinuierlichen Verfahren werden die Kosten als variable und fixe Kosten erhoben. Als fixe Kosten gelten Kosten, die unabhängig der Dauer des Verfahrens anfallen. Darunter fallen somit alle Kosten für die Vorbereitung, Aufstellung, Abbau und Instandstellung der benötigten Apparaturen sowie dem verbrauchten Material pro Durchführung. Als variable Kosten gelten Kosten, die abhängig von der Dauer des Verfahrens sind, also die wiederholenden Kosten pro Verfahrensstunde (z.B. Abschreibung der Apparate, Personalkosten etc.). Kosten der dienstleistenden Kostenstellen (Overheadkosten) dürfen nicht verrechnet werden. Die Kosten für die Benutzung der Geräte dürfen lediglich die Betriebs-, Unterhalts- und Wartungskosten beinhalten, d.h. keine Anlagenutzungskosten nach REKOLE®

Zur Vereinheitlichung und damit zur besseren Vergleichbarkeit der erhobenen Kosten gibt es neu als Hilfe Schemas zur Berechnung der einzelnen Aufwendungen im Register „Teure Verfahren – Schema Kosten“.



Zur besseren Übersicht (Gruppierung) und Bearbeitung kommt dieses Register ohne Blattschutz daher. Bitte verändern Sie keine Formeln, da ansonsten die korrekte Berechnung nicht mehr gewährleistet ist.

Eine einzelne Gruppierung kann am einfachsten mit Klick aus Plus Symbol  aufgeklappt werden oder über den Menüpunkt „Daten – Detail anzeigen“. Mit letzterer Variante kann bei vorheriger Markierung des gesamten Arbeitsblattes die Gruppierung für alle Gruppen gleichzeitig aufgeklappt werden.

### Beispiel

Register „Teure Verfahren“

Nr	Art	Ärzteschaften	Pflegepersonal	Medikamente	Blutprodukte	Implantate	Med. Material	Ben. Geräte	Weitere	Lgesamtkosten
T7a	fix	114	88	28	2'718	320	42		27	CHF 3'337.00
T7b	var	84	120	38	410		0	31.2	54	CHF 737.20

Register „Teure Verfahren – Schema Kosten“

**T7 Dauer der Behandlung mit einem herzkreislauf- und lungenunterstützenden System, mit Pumpe, mit Oxygenator (inkl. CO2-removal), extrakorporal, veno-venös (ECMO - ILA)**

	Kostenart	Nr	Bez.	D/M	Einh.		Kosten	Einheit	=	Total Kosten	GK
Ärztschaften	fix	1	OA	20	Min	x	2.1	CHF / Min	=	42.00	<b>CHF</b>
		2	AA	60	Min	x	1.2	CHF / Min	=	72.00	<b>114.00</b>
	variabel	1	AA	60	Min	x	0.8	CHF / Min	=	48.00	<b>CHF</b>
		2	UA	60	Min	x	0.6	CHF / Min	=	36.00	<b>84.00</b>
Pflege- personal	fix	1	Dipl. PFF	60	Min	x	1.2	CHF / Min	=	72.00	<b>CHF</b>
		2	FAGE	20	Min	x	0.8	CHF / Min	=	16.00	<b>88.00</b>
	variabel	1	Dipl. PFF	60	Min	x	1.2	CHF / Min	=	72.00	<b>CHF</b>
		2	FAGE	60	Min	x	0.8	CHF / Min	=	48.00	<b>120.00</b>
Medikamente	fix	1	Dor- micum	10	mg	x	2.8	CHF / mg	=	28.00	<b>CHF</b> <b>28.00</b>
		variabel	1	Heparin	18	TIU pro h	x	1.0	CHF / TIU pro h	=	18.00
2	Fentanyl		0.5	mg pro h	x	40	CHF / mg pro h	=	20.00		
Blutprod.	fix	1	FFP	18	Konz	x	151	CHF / Konz.	=	2'718	<b>CHF</b> <b>2'718</b>
		variabel	2	EC	2	Konz	x	205	CHF / Konz	=	410.00
Impl.	fix	1	Kanüle	2	Stück	x	160	CHF / Stück	=	320.00	<b>CHF</b> <b>320.00</b>
Med. Material	fix	1	Einführ- besteck	1	Set	x		CHF / Set	=	42.00	<b>CHF</b> <b>42.00</b>
		variabel	1		...	x		CHF / ...	=	0.00	<b>CHF</b> <b>0.00</b>
Benutz. Geräte	variabel	1	ECMO	60	Min	x	0.52	CHF / Min	=	31.20	<b>CHF</b> <b>31.20</b>
Weitere	fix	1	Kardio- techniker	30	Min	x	0.9	CHF / Min	=	27.00	<b>CHF</b> <b>27.00</b>
		Variabel	1	Kardio- techniker	60	Min	x	0.9	CHF / Min	=	54.00

Die Gesamtkosten (letzte Spalte) berechnen sich automatisch. Bitte übernehmen Sie zum Schluss die jeweiligen Gesamtkosten bei der entsprechenden Kategorie in die Kostenfelder im Register „Teure Verfahren“, wie im Beispiel ersichtlich.

## 7.7. Kunstherzen

Die Erhebung der Kunstherzen erfolgt weiterhin auf Fallebene.

Bitte geben Sie für **alle** im Datenjahr 2015 verwendeten Kunstherzen die Einstandspreise pro einzelne Komponente an, so dass pro Komponente eine eigene Zeile resultiert. Bei verschiedenen Einheitspreisen im Laufe des Jahres geben Sie bitte jeweils den günstigsten Einstandspreis an (kein Jahresdurchschnitt).

### Beispiel

Primär-schlüssel	CHOP 2015	Bezeichnung / Handelsname	Komponente	Anzahl	EP pro Komponente	Kommentar
123456	37.6a.31	Heartware	Hospital Implant Set	1	CHF 20'000	Originalpreis in \$
123456	37.6a.31	Heartware	Patient Set	1	CHF 100'000	Originalpreis in \$

## 8. 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.

## 9. Quellennachweis

- Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG), [SR 832.10];
- Verordnung vom 3. Juli 2002 über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL), [SR 832.104];
- Variablen der Medizinischen Statistik – Spezifikationen gültig ab 1.1.2012, Neuchâtel, Bundesamt für Statistik;
- REKOLE<sup>®</sup> Handbuch – Betriebliches Rechnungswesen im Spital, 4. Ausgabe, 2013, Bern, H+ Die Spitäler der Schweiz;
- Kontenrahmen - 8. Ausgabe, 2014, Bern, H+ Die Spitäler der Schweiz;
- Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG, 2014, SwissDRG AG

## 10. Kontakte

Für weitere Informationen wenden Sie sich bitte an:

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

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

## 11. Anhang

### Anhang A

Die folgende Liste präzisiert die Zuordnung der Kosten bestimmter Produkte zu den entsprechenden Kostenkomponenten. Die Liste ist nicht abschliessend und darf nicht als Liste der Produkte, deren Kosten als Einzelkosten gebucht werden sollen, angewendet werden. Wir weisen darauf hin, dass in der SwissDRG Datenerhebung 2017 eine überarbeitete und mit REKOLE® abgestimmte Liste zur Anwendung kommen wird. Diese Liste wird demnächst auf der Homepage der SwissDRG AG aufgeschaltet.

Artikelgruppe	Artikel	Kostenkomponente
Medikamente	Antibiotika	v10
	Implantierbare Medikamententräger	
	Antimykotika	
	Faktorpräparate bei Bluterpatienten	
	Hormonpräparate	
	Immunstimulanzien	
	Immunsuppressiva	
	Lysemedikamente	
	Monoklonale Antikörper	
	Plasmaproteine	
	Radiopharmaka	
	Supportive Tumortherapie	
	Virustatika	
	Zytokine	
Zytostatika		
Blutprodukte	Erythrozytenkonzentrate	v11
	Thrombozytenkonzentrate	
	Apherese-Thrombozytenkonzentrate	
	Patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate	
	Lymphozyten	
	Granulozytenkonzentrate	
Implantate	Fresh Frozen Plasma (FFP)	v12
	Hüftendoprothesen	
	Knieendoprothesen	
	Tumorendoprothesen	
	Andere Gelenkprothesen	
	Wirbelsäulenimplantate	
	Beckenimplantate	
	Knochenzement	
	Knochenersatzstoffe	
	Schrauben, Nägel, Platten	
	Kunstherz mit Zubehör	
	Linksventrikuläre Unterstützungssysteme (LVAD) mit Zubehör	
	Intraaortale Ballonpumpe (IABP) mit Zubehör	
Stentgraft-Prothesen der Aorta		
Gefässprothesen		

Artikelgruppe	Artikel	Kostenkomponente
Implantate	Medikamente-freisetzende Koronarstents	v12
	Andere Koronarstents	
	Herzschrittmacher mit Zubehör	
	Defibrillatoren mit Zubehör	
	Gefässstents	
	Portsysteme	
	Coils	
	Herzklappen (auch organische Materialien)	
	Gastrointestinaltrakt Stents	
	Implantate Schädel- und Gesichtsschädelknochen	
	Unterkieferrekonstruktionsplatten	
	Ramus-Distraktoren	
	Neurostimulator mit Zubehör	
	Cochleaimplantate	
	Linsen	
	Mammaprothesen	
	Hautersatzmaterialien	
	Blasenstimulator mit Zubehör	
	Künstlicher Blasenschliessmuskel	
	Penisprothese	
Seeds		
Zwerchfellschrittmacher mit Zubehör		
Implantierbare Medikamentenpumpen mit Zubehör		
Transplantate, fremdbezogene Stammzellen		
Autologe Chondrozyten		
medizinisches Material	Röntgenkatheter	v13
	Herzkatheter	
	PTA-Katheter	
	Angiographiekatheter	
	ECMO-Set (inkl. Oxygenator, Pumpenkopf, perkut. Kanüle)	
	Materialset Immunadsorption	
	Spezielle Kontrastmittel	
	Spezielle Elektrode	
	Spezielle Kanülen	

## Anhang B

Die folgenden Anforderungen sind als Mindestanforderungen an die Dateien zu verstehen. Entsprechen die Dateien den 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 "ISO8859-1" codiert sein.
<input checked="" type="checkbox"/> Konsistenz der Primärschlüssel (4.6.V01) in beiden Dateien. Mindestens 90% der Fälle müssen in der MS- sowie in der FK-Datei vorhanden sein.
<i>Datei der Medizinischen Statistik (MS)</i>
<input checked="" type="checkbox"/> Dateierweiterung: *.dat oder *.txt
<input checked="" type="checkbox"/> Die Variablen werden durch Pipes (" ") getrennt
<input checked="" type="checkbox"/> MB-Zeile: 50 Spalten <sup>1</sup>
<input checked="" type="checkbox"/> MN-Zeile: 18 Spalten
<input checked="" type="checkbox"/> MD-Zeile: 696 Spalten
<input checked="" type="checkbox"/> Die Spalte 663 der MD-Zeile entspricht der Variable 4.6.V01 (Primärschlüssel)
<input checked="" type="checkbox"/> Die Variable 4.6.v01 (Spalte 663 der MD-Zeile) ist ein Primärschlüssel : keine Doppelnennungen und keine leere Felder
<input checked="" type="checkbox"/> Übereinstimmung der 'MB' und 'MD' Linie : Für alle ICD- und CHOP-Codes, ist v16v01 = v42v010, 1.6.v02 = 4.2.v020, 1.6.v03 = 4.2.v030, usw. Wie beim Format der Medizinischen Statistik der BFS werden nur die ersten 5 Zeichen getestet(Toleranzschwelle: 95%).
<input checked="" type="checkbox"/> Bei jedem Fall wird die Angabe vom DRG Status (Variable 4.8.V01) gemacht.
<input checked="" type="checkbox"/> Die Datei muss SwissDRG relevante Patienten enthalten (4.8.v01 DRG Status = 1).
<input checked="" type="checkbox"/> Fälle mit Austritt innerhalb der Erhebungsperiode müssen eine Hauptdiagnose haben (Toleranzschwelle: 95%)
<input checked="" type="checkbox"/> Angabe des Aufnahmewichts bei allen Kindern unter 12 Monaten (Toleranzschwelle: 90%).
<input checked="" type="checkbox"/> Angabe des Geburtsgewichts bei allen Neugeborenen (Toleranzschwelle: 90%).
<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 jeden 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).
<sup>1</sup> 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.

**Bezeichnung**

*Datei der Fallkosten (FK)*

- Dateierweiterung: .dat oder .txt.
- Die Datei enthält 28 Variablen.
- Variablen sind durch Pipe ("|") getrennt. Jede Zeile wird mit Pipe beendet. Die Datei enthält also 28 Pipes pro Zeile.
- Die Datei darf KEINE Variablennamen enthalten.
- Die Kostenvariablen dürfen nur Zahlen und keine Buchstaben enthalten.
- Jeder Fall muss Anlagenutzungskosten (A1) aufweisen (negative Werte werden nicht toleriert).
- Jeder Fall muss Kosten für universitäre Lehre und Forschung (A2) aufweisen, sofern dies im Fragebogen so abgegeben wurde (negative Werte werden nicht toleriert).
- Primärschlüssel in der 3. Spalte: Keine Doppelnennungen und keine leere Felder.

## Anhang C

Details zum Inhalt der Variablen der Medizinischen Statistik.

Nr	Variable	Beschreibung	Format
<b>MB-Zeile (Minimaldatensatz)</b>			
1	0.1.V01	Rekordart	AN (2)
2	0.1.V02	Betriebsnummer (BUR-Satellit Gesundheit)	AN (8)
3	0.1.V03	Kode der NOGA	AN (5)
4	0.1.V04	Kanton	AN (2)
5	0.2.V01	Anonymer Verbindungskode	AN (16)
6	0.2.V02	Kennzeichnung des Statistikfalls	AN (1)
7	0.3.V01	Neugeborenen-Datensatz	N (1)
8	0.3.V02	Psychiatrie-Datensatz	N (1)
9	0.3.V03	Patientengruppen-Datensatz	N (1)
10	0.3.V04	Kantonaler Datensatz	N (1)
11	1.1.V01	Geschlecht	N (1)
12	1.1.V02	Geburtsdatum (JJJJMMTT)	N (8)
13	1.1.V03	Alter bei Eintritt	N (3)
14	1.1.V04	Wohnort (Region)	AN (4)
15	1.1.V05	Nationalität	AN (3)
16	1.2.V01	Eintrittsdatum und -Stunde (JJJJMMTThh)	N (10)
17	1.2.V02	Aufenthaltort vor dem Eintritt	N (1)
18	1.2.V03	Eintrittsart	N (1)
19	1.2.V04	Einweisende Instanz	N (1)
20	1.3.V01	Behandlungsart	N (1)
21	1.3.V02	Klasse	N (1)
22	1.3.V03	Aufenthalt in einer Intensivstation (vollendete Stunden)	N (4)
23	1.3.V04	Administrativer Urlaub und Ferien (vollendete Stunden)	N (4)
24	1.4.V01	Hauptkostenstelle	AN (4)
25	1.4.V02	Hauptkostenträger für Grundversicherungsleistungen	N (1)
26	1.5.V01	Austrittsdatum und -Stunde (JJJJMMTThh)	N (10)
27	1.5.V02	Entscheid für Austritt	N (1)
28	1.5.V03	Aufenthalt nach Austritt	N (1)
29	1.5.V04	Behandlung nach Austritt	N (1)
30	1.6.V01	Hauptdiagnose	AN (5)
31	1.6.V02	Zusatz zu Hauptdiagnose	AN (5)
32	1.6.V03	1. Nebendiagnose	AN (5)
33	1.6.V04	2. Nebendiagnose	AN (5)
34	1.6.V05	3. Nebendiagnose	AN (5)
35	1.6.V06	4. Nebendiagnose	AN (5)
36	1.6.V07	5. Nebendiagnose	AN (5)
37	1.6.V08	6. Nebendiagnose	AN (5)
38	1.6.V09	7. Nebendiagnose	AN (5)
...	1.6.V0...	...	AN (5)
39	1.6.V10	8. Nebendiagnose	AN (5)
40	1.7.V01	Hauptbehandlung	AN (5)
41	1.7.V02	Beginn der Hauptbehandlung (JJJJMMTThh)	N (10)
42	1.7.V03	1. weitere Behandlung	AN (5)
43	1.7.V04	2. weitere Behandlung	AN (5)
44	1.7.V05	3. weitere Behandlung	AN (5)
45	1.7.V06	4. weitere Behandlung	AN (5)
46	1.7.V07	5. weitere Behandlung	AN (5)
47	1.7.V08	6. weitere Behandlung	AN (5)
48	1.7.V09	7. weitere Behandlung	AN (5)
49	1.7.V10	8. weitere Behandlung	AN (5)
...	1.7.V...	...	AN (5)
50	1.7.V11	9. weitere Behandlung	AN (5)

Nr	Variable	Beschreibung	Format
<b>MN-Zeile (Neugeborenen-Datensatz)</b>			
1	2.1.V01	Rekordart	AN (2)
2	2.1.V02	Interne Geburtsnummer	N (4)
3	2.1.V03	Geburtszeitpunkt (hhmm)	N (4)
4	2.2.V01	Vitalstatus	N (1)
5	2.2.V02	Mehrling	N (1)
6	2.2.V03	Geburtsrang bei Mehrlingsgeburten	N (1)
7	2.2.V04	Geburtsgewicht (Gramm)	N (4)
8	2.2.V05	Körperlänge (cm)	N (2)
9	2.2.V06	Kongenitale Missbildungen	N (1)
10	2.2.V07	Verlegung Kind in anderes Spital	N (1)
11	2.3.V01	Geburtsdatum der Mutter (JJJJMMTT)	N (8)
12	2.3.V02	Gestationsalter 1 (Wochen und Tage) (WWT)	N (3)
13	2.3.V03	Gestationsalter 2 (Wochen und Tage) (WWT)	N (3)
14	2.3.V04	Anzahl vorausgegangener Schwangerschaften insgesamt	N (2)
15	2.3.V05	Anzahl vorausgegangener Lebendgeburten	N (2)
16	2.3.V06	Anzahl vorausgegangener Fehl- oder Totgeburten	N (2)
17	2.3.V07	Anzahl vorausgegangener Schwangerschaftsabbrüche	N (2)
18	2.3.V08	Verlegung Mutter aus anderem Spital	N (1)

Nr	Variable	Beschreibung	Format
<b>MD-Zeile (Patientengruppen-Zusatzdaten)</b>			
1	4.1.V01	Rekordart	AN (2)
2	4.1.V02	Lokalisation des Spitals	AN (4)
3	4.1.V03	Lokalisation des Spitals, Reservefeld	N (1)
4	4.2.V010	MD-Hauptdiagnose	AN (6)
5	4.2.V011	Seitigkeit der MD-Hauptdiagnose	N (1)
6	4.2.V012	Tumoraktivität der MD-Hauptdiagnose	N (1)
7	4.2.V020	MD-Zusatz zu Hauptdiagnose	AN (6)
8	4.2.V030	MD-1.Nebendiagnose	AN (6)
9	4.2.V031	Seitigkeit 1.Nebendiagnose	N (1)
10	4.2.V032	Tumoraktivität 1.Nebendiagnose	N (1)
11	4.2.V040	MD-2.Nebendiagnose	AN (6)
12	4.2.V041	Seitigkeit 2.Nebendiagnose	N (1)
13	4.2.V042	Tumoraktivität 2.Nebendiagnose	N (1)
14	4.2.V050	MD-3.Nebendiagnose	AN (6)
15	4.2.V051	Seitigkeit 3.Nebendiagnose	N (1)
16	4.2.V052	Tumoraktivität 3.Nebendiagnose	N (1)
17	4.2.V060	MD-4.Nebendiagnose	AN (6)
18	4.2.V061	Seitigkeit 4.Nebendiagnose	N (1)
19	4.2.V062	Tumoraktivität 4.Nebendiagnose	N (1)
20	4.2.V070	MD 5.Nebendiagnose	AN (6)
21	4.2.V071	Seitigkeit 5.Nebendiagnose	N (1)
22	4.2.V072	Tumoraktivität 5.Nebendiagnose	N (1)
23	4.2.V080	MD 6.Nebendiagnose	AN (6)
24	4.2.V081	Seitigkeit 6.Nebendiagnose	N (1)
25	4.2.V082	Tumoraktivität 6.Nebendiagnose	N (1)
26	4.2.V090	MD 7.Nebendiagnose	AN (6)
27	4.2.V091	Seitigkeit 7.Nebendiagnose	N (1)
28	4.2.V092	Tumoraktivität 7.Nebendiagnose	N (1)
29	4.2.V100	MD 8.Nebendiagnose	AN (6)
30	4.2.V101	Seitigkeit 8.Nebendiagnose	N (1)
31	4.2.V102	Tumoraktivität 8.Nebendiagnose	N (1)
32	4.2.V110	MD 9.Nebendiagnose	AN (6)
33	4.2.V111	Seitigkeit 9.Nebendiagnose	N (1)
34	4.2.V112	Tumoraktivität 9.Nebendiagnose	N (1)
...	4.2.V...		... (...)
152	4.2.V510	MD 49.Nebendiagnose	AN (6)
153	4.2.V511	Seitigkeit 49.Nebendiagnose	N (1)

Nr	Variable	Beschreibung	Format
<b>MD-Zeile (Patientengruppen-Zusatzdaten), Fortsetzung</b>			
154	4.2.V512	Tumoraktivität 49.Nebendiagnose	N (1)
155	4.3.V010	MD-Hauptbehandlung	AN (6)
156	4.3.V011	Seitigkeit der MD-Hauptdiagnose	N (1)
157	4.3.V015	Beginn der MD-Hauptbehandlung (JJJJMMTThh)	AN (10)
158	4.3.V016	Ambulante Behandlungen auswärts, Hauptbehandlung	N (1)
159	4.3.V017	Ambulante Behandlungen auswärts, Zusatzfeld Hauptbehandlung	AN (16)
160	4.3.V020	1. Nebenbehandlung	AN (6)
161	4.3.V021	1. Nebenbehandlung, Seitigkeit	N (1)
162	4.3.V025	1. Nebenbehandlung, Beginn (JJJJMMTT)	AN (8)
163	4.3.V026	1. Nebenbehandlung auswärts	N (1)
164	4.3.V027	1. Nebenbehandlung Zusatzfeld	AN (16)
...	4.3.V...	...	... (...)
650	4.3.V1000	99. Nebenbehandlung	AN (6)
651	4.3.V1001	99. Nebenbehandlung, Seitigkeit	N (1)
652	4.3.V1005	99. Nebenbehandlung, Beginn (JJJJMMTT)	AN (8)
653	4.3.V1006	99. Nebenbehandlung auswärts	N (1)
654	4.3.V1007	99. Nebenbehandlung Zusatzfeld	AN (16)
655	4.4.V01	Dauer der künstlichen Beatmung (Anzahl Stunden)	N (5)
656	4.4.V02	Schweregrad der akuten Erkrankung	N (3)
657	4.4.V03	Art des Score	AN (1)
658	4.4.V04	NEMS, Total aller Schichten	AN (6)
659	4.4.V05	SGI Resefefeld 1	AN (6)
660	4.4.V06	SGI Resefefeld 2	AN (6)
661	4.5.V01	Aufnahmegewicht (in Gramm)	N (5)
662	4.5.V02	Kopfumfang bei Geburt (in Cm)	N (2)
663	4.6.V01	Fallnummer der Fallkostenstatistik	AN (16)
664	4.7.V01	1. Zwischenaustritt (JJJJMMTT)	AN (8)
665	4.7.V02	1. Wiedereintritt (JJJJMMTT)	AN (8)
666	4.7.V03	Grund des 1. Wiedereintrittes	N (1)
667	4.7.V11	2. Zwischenaustritt (JJJJMMTT)	AN (8)
668	4.7.V12	2. Wiedereintritt (JJJJMMTT)	AN (8)
669	4.7.V13	Grund des 2. Wiedereintrittes	N (1)
670	4.7.V21	3. Zwischenaustritt (JJJJMMTT)	AN (8)
671	4.7.V22	3. Wiedereintritt (JJJJMMTT)	AN (8)
672	4.7.V23	Grund des 3. Wiedereintrittes	N (1)
673	4.7.V31	4. Zwischenaustritt (JJJJMMTT)	AN (8)
674	4.7.V32	4. Wiedereintritt (JJJJMMTT)	AN (8)
675	4.7.V33	Grund des 4. Wiedereintrittes	N (1)
676	4.7.V41	Weitere Wiedereintritte	Bool (1)
677	4.8.V01	DRG Status	Bool (1)
678	4.8.V02	Medikament 1	AN (50)
679	4.8.V03	Medikament 2	AN (50)
...	4.8.V...	...	...
691	4.8.V15	Medikament 14	AN (50)
692	4.8.V16	Reservefeld 16	AN (50)
...	4.8.V...	...	...
696	4.8.V20	Reservefeld 20	AN (50)

**Anhang D**

Details zum Inhalt der Variablen der Fallkosten.

	N°	Variable	Bezeichnung		
Allgemeine Informationen	1	BUR	Nummer des Spitals (BUR-Nummer)		
	2	year	Datenjahr		
	3	4.6.V01	Fallnummer (siehe Variable an der Reihe 663 der MD-Zeile)	[PRIMÄRSCHLÜSSEL]	
Einzelkosten				<b>H+ Kontenrahmen</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	v17	Aufwand für Zeugnisse und Gutachten		
	12	v19	Andere Einzelkosten	403 + 404 + 405** + 480 + 485 + 486	
	Gemeinkosten			<b>Leistungserbringenden</b>	<b>Muss-Kostenstellen 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	Ärztchaften	(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				<b>H+ Kontenrahmen</b>	
	27	A1	Anlagenutzungskosten gesamt (ANK)	442 + 444 + 448	
	28	A2	Universitäre Lehre und Forschung (uL&F)	-	

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

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

\*\*\* Ohne Kosten Primärtransporte