



Dokumentation zur TARPSY Datenerhebung 2019

Inhalt und Format der Daten 2018

Version 2018/2019	23.01.2018
	Änderungen im Vergleich zur Version 2017/2018 vom 25.10.2017 sind grün markiert.

Inhaltsverzeichnis

1	Lieferung der Daten	4
1.1	Upload-Tool	4
1.2	Datenformat	5
1.3	Liefertermine	5
2	Überblick der zu liefernden Datensätze und Fälle	6
2.1	Zu liefernde Daten	6
2.2	Zu liefernde Fälle	7
2.3	Identifikation der Patienten und Fälle	7
3	Medizinisch-administrative Daten des BFS	8
3.1	Inhalt	8
3.1.1	Behandlungen und Prozeduren	9
3.1.2	Urlaub	9
3.1.3	Behandlungsbereich	9
3.1.4	Tarif für die Abrechnung	9
3.1.5	Fallzusammenführungen, Zwischenaustritte und Wiedereintritte	9
3.1.6	Erfassung der teuren Medikamente und Substanzen	9
3.2	Format	11
4	Fallkosten (CC-Datei)	12
4.1	Fallkostendatei im TARPSY-Format	12
4.1.1	Inhalt	12
4.1.2	Format	13
4.2	Fallkosten gemäss REKOLE® Kostenträgerausweis	13
4.2.1	Inhalt	13
4.2.2	Format	14
5	HoNOS	15
5.1	HoNOS bei Ein- und Austritt	15
5.2	Format	15

6	HoNOSCA	16
6.1	Inhalt	16
6.2	Format	16
7	Detailerhebung	17
8	Datenschutz	17
9	Kontakt	17
10	Literatur	18
	Anhänge	19
	Anhang A Mindestanforderungen an die Dateien	19
	Anhang B Abgrenzungen und Berechnungsmethode der Fallkosten	21
	Anhang C Fallkostendatei: TARPSY-Format (CC-Datei)	24
	Anhang D Fallkosten gemäss REKOLE® Kostenträgerausweis (CC-Datei)	25

1 Lieferung der Daten

1.1 Upload-Tool

Die Lieferung der Daten an die SwissDRG AG erfolgt über eine geschützte Web-Schnittstelle. Dieses Datenerhebungstool bietet den Spitälern einen direkten Einblick in die Qualität und Plausibilität ihrer Daten. Es zeigt, welche Fälle aus welchen Gründen auffallen. Die Spitäler haben die Möglichkeit, zu jedem dieser Fälle Rückmeldungen zu geben. Die gesamte Kommunikation zwischen der SwissDRG AG und den Spitälern wird über die Web-Schnittstelle abgewickelt.

Der Lieferprozess besteht im Wesentlichen aus den folgenden Etappen:

- Für eine Neuregistrierung erhält das Spital per Post einen Sicherheitskode und einen Link zur Web-Schnittstelle. Bereits aktivierte Sicherheitskodes behalten ihre Gültigkeit.
- Mit dem Sicherheitskode kann sich das Spital über den Link registrieren, ein Konto erstellen und die Spitaldaten (z.B. Krankenhautsypologie) aktualisieren.
- Das Spital füllt den Bogen mit spitalspezifischen Fragen aus. Der Fragebogen muss vor dem Upload der Daten ausgefüllt werden. Abweichungen zwischen der Antwort und den gelieferten Daten führen zu fehlerhaften Datensätzen und können zu Ausschluss von Daten führen.
- Upload der Daten über die Web-Schnittstelle. Die Prüfung der Daten erfolgt in zwei Schritten.
 - Validierung: Automatische Prüfung des Formats der Dateien. Details zum Format der Dateien sind in der vorliegenden Dokumentation beschrieben. Bei fehlerhafter Lieferung bekommt das Spital eine automatische Benachrichtigung. In diesem Fall beachten Sie die Fehlermeldung(-en) im Datenlieferungstool und laden Sie die angepassten Dateien erneut hoch.
 - Plausibilisierung: Nach einer erfolgreichen Validierung durchlaufen die gelieferten Daten zahlreiche Plausibilitätstests. Sobald der Import der Daten abgeschlossen ist, wird das Spital per E-Mail benachrichtigt, dass die Plausibilisierung bereitsteht. Im Datenlieferungstool kann das Spital anschliessend Fälle, die mit «Fehler» gekennzeichnet sind, kommentieren. Ohne Eingabe eines Kommentars in der Spalte „Begründung“ werden die Fälle nicht in die Tarifstruktur einfließen. Nach Eingabe der Kommentare ist die Datenlieferung für das Spital abgeschlossen.

Sobald der Lieferprozess beendet ist, prüft die SwissDRG AG die gelieferten Daten. Dieser Prozess kann mehrere Monate dauern, da u.a. jeder Kommentar einzeln angeschaut wird. Während dieser Zeit kann es vorkommen, dass sich die SwissDRG AG mit Rückfragen bei den Spitälern meldet.

Die SwissDRG AG begleitet die Spitäler in diesem Prozess. Kontaktdaten können am Schluss dieses Dokuments aus dem Kaptiel 9 *Kontakt* entnommen werden.

1.2 Datenformat

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

- Die Dateien müssen mit UTF-8 oder „ISO8859-1“ kodiert sein.
- Die Dateien müssen im Text-Format (ASCII) geliefert werden.
- Der Primärschlüssel 4.6.V01 muss in allen Dateien vorhanden sein.
- Die Variablen werden durch Pipes (ASCII-Kode 124: „|“) getrennt.
- Die letzte Variable einer Zeile muss nur bei der Lieferung der MS-Datei mit einem Pipe beendet werden. Bei allen anderen Datensätzen wird die Zeile nicht durch ein Pipe abgeschlossen.
- Das CRLF (ASCII-Kode 13 und 10) wird als Zeilenumbruch verwendet.
- Die Dateien müssen mit *.dat oder *.txt enden.

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

1.3 Liefertermine

- Die Erhebung 2019 betrifft die Daten aus dem Jahr 2018.
- Alle Daten müssen zusammen zwischen dem **01.03.2019 und 30.04.2019** geliefert werden.

2 Überblick der zu liefernden Datensätze und Fälle

2.1 Zu liefernde Daten

Folgende Daten werden im Frühling 2019 erhoben:

- Die administrativen und medizinischen Daten (Medizinischen Statistik der Krankenhäuser, [BFS 2018](#)).
- Die Messung der Symptomintensität für die Erwachsenen anhand des HoNOS. Erfassung der HoNOS-Bogen nur noch bei Ein- und Austritt. Erfassung in der Medizinischen Statistik des BFS.
- Die Messung der Symptomintensität für die Kinder und Jugendlichen erfolgt anhand des HoNOSCA bei Ein- und Austritt gemäss ANQ. Erfassung in der Medizinischen Statistik des BFS.
- Die Kosten pro Fall. Lieferung in zwei Formaten möglich (Anhang C und D).

Folgende Daten werden **nicht mehr erhoben**:

- Die Daten zur Multiaxialen Diagnostik (PX-Datei) müssen nicht mehr geliefert werden.

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

Abbildung 1: Zu liefernde Datensätze

	Erwachsenen- klinik	Kinder- und Jugend- klinik	Kombinierte Klinik
MS: Medizinische Statistik inkl. HoNOS / HoNOSCA	×	×	×
CC: Fallkostendatei	×	×	×
	2 Datensätze	2 Datensätze	2 Datensätze

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

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

2.2 Zu liefernde Fälle

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

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

2.3 Identifikation der Patienten und Fälle

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

Datensatz	Primärschlüssel 4.6.V01
Medizinische Statistik (MS)	Feld 663 der MD-Zeile
Fallkostendatei (CC)	
- TARPSY-Format	Feld 3
- REKOLE® Kostenträgerausweis	Feld 2

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

Die Tabelle 1 gibt einen Überblick der zu liefernden Datensätze und Fälle.

Tabelle 1: Überblick Datenerhebung 2019 (Daten 2018)

Zu liefernde Fälle	Datensatz	Kürzel	Beschreibung
Im Erhebungsjahr in der Klinik stationär behandelte Fälle, die Vollkosten aufweisen.	Medizinische Statistik	MS	Erfassen der HoNOS / HoNOSCA-Items in der Med. Stat. über die CHOP Codes. Die MP-Zeile muss für alle Fälle zwingend erfasst sein.
	Fallkosten	CC	-

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

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

3 Medizinisch-administrative Daten des BFS

3.1 Inhalt

Bei den medizinisch-administrativen Daten handelt es sich um die Daten, die von den Kliniken bereits obligatorisch für die Medizinische Statistik des BFS erhoben werden. Sie umfassen den Minimaldatensatz BFS (MB), die Psychiatrie-Zusatzdaten (MP) und die Patientengruppen-Zusatzdaten (MD). Diese Daten müssen zusammen in aufeinander folgende Zeilen eines gleichen Datensatzes geliefert werden. **Achtung:** Der MP-Datensatz muss für die Lieferung an die SwissDRG AG für alle Fälle zwingend erfasst werden.

Die Diagnosen (Haupt- und Nebendiagnosen) werden gemäss BFS-Richtlinien für die Daten 2018 mit den Diagnosekodes nach ICD-10-GM 2016 kodiert. Bei der Kodierung der Diagnosen ist zu beachten, dass neben der Hauptdiagnose gemäss dem Medizinischen Kodierungshandbuch Version 2018 ([BFS 2017a](#)) auch die möglichen Nebendiagnosen zu kodieren sind. Wir bitten Sie, dieser Anweisung zu folgen, da die Kosten der Patienten unter der Berücksichtigung der Nebendiagnosen möglicherweise besser prognostiziert werden können.

Die Behandlungskodes werden gemäss BFS-Richtlinien für die Daten 2018 nach der Schweizerischen Operationsklassifikation 2018 ([BFS 2017b](#)) kodiert.

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

- 1. Zeile (MX-Zeile = Lieferungsmeldung): 9 Spalten, ❶ Identifikator der ersten Zeile (MX), ❷ BUR-Nummer, ❸ Name des Betriebs, ❹ Generierungsdatum, ❺ Laufnummer der Datenmeldung, ❻ Anfangsdatum des Erhebungszeitraums, ❼ Enddatum des Erhebungszeitraums, ❽ Gesamtzeilen der Datei, ❾ Kodierschlüssel.
- 2. Zeile (MB-Zeile): Besondere MB-Zeile, in der nur die 1. und 5. Variable vorhanden sind. Diese Sonderzeile dient als Zusatzinformation für die Verschlüsselung.

Die weiteren Zeilen beinhalten die Falldaten, wobei die Daten für jeden Fall auf mehrere aufeinander folgende Zeilen verteilt werden:

- 1. Zeile (MB-Zeile, Minimaldatensatz): 50 Felder. Diese Zeile enthält die Variablen 0.1.V01 bis 1.7.V11 der Medizinischen Statistik.
- 2. Zeile: (MP-Zeile, Psychiatrie-Zusatzdaten): 34 Felder. Enthält die Variablen 3.1.V01 bis 3.5.V04 der Medizinischen Statistik.
- 3. Zeile (MD-Zeile, Patientengruppen-Zusatzdaten): 696 Felder. Enthält die Variablen 4.1.V01 bis 4.8.V20 der Medizinischen Statistik.

Details zu den einzelnen Variablen sind in der Spezifikation der Variablen der Medizinischen Statistik ([BFS 2018](#)) beschrieben. Die Reihenfolge der Zeilen der Falldaten ist strikt vorgegeben. Es gilt die oben genannte Reihenfolge.

3.1.1 Behandlungen und Prozeduren

Gemäss BFS Richtlinien müssen die Diagnosen und Behandlungen in den Variablen der Medizinischen Statistik 4.2. resp. 4.3. der MD-Zeile kodiert werden. Zusätzlich müssen die ersten 10 Diagnosen und Behandlungen in den Variablen 1.6. resp. 1.7. der MB-Zeile kodiert sein.

3.1.2 Urlaub

Gemäss Richtlinien des BFS müssen alle Abwesenheiten eines Patienten von mehr als 24 Stunden bei bleibender Reservierung eines Bettes als administrativer Urlaub in der Variable 1.3.V04 *Administrativer Urlaub & Ferien* der Medizinischen Statistik kodiert werden. **Die Variable 1.3.V04 muss zwingend gemäss Vorgaben des BFS ausgefüllt werden (24-Stunden Regel). Jedwede anderen Regelungen sind für die Datenerfassung unzulässig.** Die Angabe muss die Gesamtsumme in Stunden enthalten. Dies betrifft sowohl ferienhalbe Abwesenheiten wie **Belastungserprobungen** in der Psychiatrie. Die OKP-Kosten, die während solchen Abwesenheiten anfallen, werden auf den Fall gebucht.

3.1.3 Behandlungsbereich

Gemäss den Richtlinien des BFS ist neu die Variable 3.5.V04 *Behandlungsbereich* in der MP-Zeile zu erheben. Für die Datenlieferung TARPSY ist diese Variable zwingend zu erfassen.

3.1.4 Tarif für die Abrechnung

Gemäss den Richtlinien des BFS ist neu die Variable 4.8.V01 *Tarif für die Abrechnung* in der MD-Zeile zu erheben. Für die Datenlieferung TARPSY ist diese Variable zwingend zu erfassen.

3.1.5 Fallzusammenführungen, Zwischenaustritte und Wiedereintritte

Ab Daten 2018 ist eine Fallzusammenführung gemäss „Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter TARPSY“³ obligatorisch. Dabei müssen in der Medizinischen Statistik die einzelnen Zwischenaustritte und Wiedereintritte zwingend anhand der Variablen **4.7.V01 bis 4.7.V33** sowie **4.8.V17 bis 4.8.V20** erfasst werden.

3.1.6 Erfassung der teuren Medikamente und Substanzen

In den Variablen 4.8.V01 bis 4.8.V16 der Medizinischen Statistik (Felder 677 bis 692 in der MD-Zeile) sind **alle** Medikamente/Substanzen zu erfassen, die auf der „[Liste der in der Medizinischen Statistik erfassbaren Medikamente/Substanzen](#)“ aufgeführt sind. **Diese Liste beinhaltet ebenfalls spezifisch für TARPSY aufgenommene Medikamente/Substanzen.** Diese Daten dienen als Grundlage für die Analyse und Berechnung von künftigen Zusatzentgelten.

Bei der Erfassung der Medikamente/Substanzen müssen die Richtlinien des „[technischen Begleitblatts](#)“ beachtet werden. Zudem müssen folgende Punkte berücksichtigt werden:

Dosis

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

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

Einheit

- Medikamente müssen zwingend in den Einheiten erfasst werden, welche gemäss der „Liste der in der Medizinischen Statistik erfassbaren Medikamente/Substanzen“ vorgesehen sind. Es ist zu beachten, dass Vielfache einer Einheit NICHT zulässig sind.
- Die Einheiten sind strikt so anzugeben, wie es das „technische Begleitblatt“ vorsieht. Andere Abkürzungen oder Schreibweisen sind nicht erlaubt.

Verabreichungsart

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

Einschränkung

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

Zusatzangabe

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

Konkrete Beispiele

Xeplion (Wirkstoff: Paliperidon): Der ATC-Code muss in der Einheit mg erfasst werden. Das Medikament ist nur im Falle einer intramuskulären (IM) Depotinjektion zu erfassen. Die zutreffende Zusatzangabe (Spalte „zu kodierende Zusatzangaben“) muss gemäss Format des „technischen Begleitblatts“ angegeben werden. Kodierung: N05AX13;CXE;IM;100;mg

Antithrombin III: Der ATC-Kode muss in der Einheit U ohne Einschränkung der Verabreichungsart oder Indikation erfasst werden (da Spalte „Einschränkung“ leer). Die betroffene Verabreichungsart muss dennoch angegeben werden. Da die „zu kodierende Zusatzangabe“ leer ist, muss keine Zusatzangabe gemacht werden. Kodierung: B01AB02;;Verabreichungsart;2500;U

Gerinnungsfaktor VIII: Hier muss die zutreffende Zusatzabgabe angegeben werden (Spalte „zu kodierende Zusatzangaben“) gemäss Format des "technischen Begleitblatts". Die gültige Einheit für dieses Medikament ist IU. Kodierung:

- B02BD02;Plas;Verabreichungsart;11000;IU für die „Plasmatische“-Form
- B02BD02;Rec;Verabreichungsart;1000;IU für die „Rekombinante“-Form

Voriconazol (Posaconazol): Die Zusatzangabe unterscheidet zwischen Suspension und Tablette und ist daher nur für die orale Applikation sinnvoll auszufüllen. Eine Einschränkung ist nicht vorgesehen.

Kodierung:

- J02AC03;Susp;O;1000;mg für die Orale Suspension
- J02AC03;Tab;O;1000;mg für die orale Gabe von Tabletten
- J02AC03;;IV;1000;mg für die intravenöse Gabe

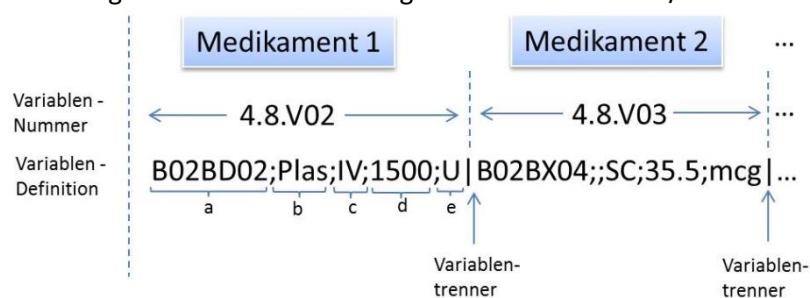
Anmerkung

- Für die Erfassung der hochteuren Medikamente ist einzig die (stationäre) Verabreichung entscheidend, unabhängig allfälliger Limitationen zur Indikation oder der Kostenübernahme der Spezialitätenliste.
- Ausserdem ist zu beachten, dass gewisse gekennzeichnete Medikamente bzw. Substanzen nur im Anwendungsbereich der Tarifstruktur TARPSY zu erfassen sind.

Format

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

Abbildung 2: Format der Erfassung teurer Medikamente/Substanzen



3.2 Format

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

- Die MB-Zeile hat 50 Spalten.
- Die MP-Zeile hat 34 Spalten.
- Die MD-Zeile hat 696 Spalten.
- Die Spalte 663 der MD-Zeile entspricht der Variable 4.6.V01 (Primärschlüssel). Sie muss zwingend kodiert werden und eindeutig sowie anonym sein. Es darf keine Doppelnennungen und keine leeren Felder geben.
- Die letzte Variable einer Zeile muss durch ein Pipe (ASCII-Kode 124: „|“) geschlossen werden.
 - 9 x „|“ für die MX Zeile
 - 50 x „|“ für die MB Zeile
 - 34 x „|“ für die MP Zeile
 - 696 x „|“ für die MD Zeile
- Die Variable 0.3.V02 *Psychiatrie-Datensatz* ist zwingend zu kodieren.
- Die Variable 0.2.V01 *Anonymer Verbindungscode* ist zwingend zu kodieren und mit 16 alphanumerischen Zeichen zu verschlüsseln.
- Die BUR Nummer in der MX-Zeile ist zwingend zu kodieren.

4 Fallkosten (CC-Datei)

Die Fallkostendatei kann in zwei unterschiedlichen Formaten geliefert werden. Entweder im TARPSY-Format (Anhang C) oder gemäss REKOLE® Kostenträgerausweis (Kostenteil, Anhang D).

Die Kliniken liefern die Daten aller stationärer Fälle,⁴ welche im Erhebungsjahr in der Klinik behandelt wurden und **Vollkosten** aufweisen. Kosten werden insbesondere **nicht** als Vollkosten betrachtet, wenn:

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

Die Fälle werden unabhängig von der Liegeklasse geliefert (im Rahmen des Spitalaufenthaltes belegte Liegeklasse, Variable 1.3.V02 in der Medizinischen Statistik). Es müssen sowohl allgemeine, halbprivate sowie private Fälle übermittelt werden. Spitäler werden gebeten, die liegeklassebedingten Mehrkosten vor der Datenlieferung auszuschliessen (z.B. private Honorare der Spitalärzte, Anteil der privaten Honorare der Belegärzte, usw.).⁵

Die Fallkosten sollen lediglich Kosten der im KVG-Leistungskatalog dargestellten Leistungen enthalten. Der KVG-Leistungskatalog ist auch für die UVG, IV und MV gültig. Demzufolge sind die Kosten zu Lasten der Patienten, patientenfremde Kosten, Primärtransporte oder weitere nicht rückerstattete Leistungen aus den Fallkosten auszuschneiden. Zudem müssen die Kosten der gemeinwirtschaftlichen Leistungen (siehe Art. 49. al. 3 KVG) aus den Fallkosten ausgeschieden bzw. separat ausgewiesen werden.

4.1 Fallkostendatei im TARPSY-Format

4.1.1 Inhalt

Werden die Fallkosten im TARPSY-Format geliefert, enthält die CC-Datei pro Fall eine Zeile mit 28 Variablen:

- 3 Variablen zur Identifizierung der Fälle: BUR-Nummer des Spitals, Erhebungsjahr und Fallnummer (= Primärschlüssel, entspricht der Variable 4.6.V01 in der Medizinischen Statistik).
- 23 Variablen mit den anrechenbaren Kosten, davon:
 - 9 Kostenkomponenten mit den Einzelkosten (v10 - v19);
 - 14 Kostenkomponenten mit den Kosten der leistungserbringenden Kostenstellen gemäss REKOLE® (v20 - v39). Diese Kostenkomponenten sind exklusive ANK anzugeben.
- 1 Variable (A1) mit den gesamten Anlagenutzungskosten je Fall.

⁴ Für die Definition der stationären Fälle, siehe [Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter TARPSY](#).

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

- Das Feld in Zeile 28 muss leer gelassen werden.

Angaben zur Abgrenzung und Berechnungsmethode der Fallkosten befinden sich im Anhang B. Eine detaillierte Beschreibung der Variablen befindet sich im Anhang C.

4.1.2 Format

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

- Die Datei enthält 28 Variablen.
- Der Primärschlüssel im **3. Feld** entspricht der Variable 4.6.V01 in der Medizinischen Statistik.
- Die Variablen werden durch Pipes getrennt (ASCII-Kode 124: „|“).
- Die letzte Variable einer Zeile wird **nicht** durch ein Pipe „|“ geschlossen. Die Datei enthält 27 Pipes pro Zeile.
- Die Datei darf keine Variablennamen enthalten.
- Die Kostenvariablen dürfen nur Zahlen enthalten (keine Buchstaben).
- Zahlen dürfen keine Formatierungen wie Tausender-Trennzeichen, Hochkomma, Leerschlag etc. enthalten.
- Als Dezimaltrennzeichen wird der Punkt verwendet (z.B. 1234.50).
- Jeder Fall muss Anlagenutzungskosten (A1) aufweisen, wobei negative Werte nicht akzeptiert werden.
- Reservfelder müssen leer bleiben.

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

```
60611111|2018|5050286|79.00|57.00|0.00|0.00|0.00|42.00|0.00|...|0.00
60611111|2018|5050297|31.00|27.00|0.00|0.00|0.00|34.00|0.00|...|0.00
```



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

4.2 Fallkosten gemäss REKOLE® Kostenträgerausweis

4.2.1 Inhalt

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

Aus diesem Grund hat die SwissDRG AG beschlossen, für die Fallkostendatei der TARPSY Erhebungen auch das Format des Kostenträgerausweises von REKOLE® zuzulassen. Dies führt dazu, dass die Informationen zu den Fallkosten detaillierter vorliegen, was wiederum eine präzisere Kalkulation des PCG-Katalogs ermöglicht. Dieses Format der Fallkostendatei gemäss REKOLE® Kostenträgerausweis

richtet sich nach den aktuellen Beschlüssen der H+ Fachkommission für Rechnungswesen und Controlling (REK).

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

4.2.2 Format

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

- Die Datei enthält 80 Variablen.
- Der Primärschlüssel im **2. Feld** entspricht der Variable 4.6.V01 der Medizinischen Statistik. Hier sind keine Doppelnennungen und keine leeren Felder erlaubt.
- Die Variablen sind durch Pipes (ASCII-Kode 124: „|“) getrennt. Die Datei enthält **79 Pipes** pro Zeile.
- Die Datei darf keine Variablennamen enthalten.
- Die Kostenvariablen dürfen nur Zahlen enthalten (keine Buchstaben).
- Zahlen dürfen keine Formatierungen wie Tausender-Trennzeichen, Hochkomma, Leerschlag etc. enthalten.
- Als Dezimaltrennzeichen wird der Punkt verwendet (z.B. 1234.50).
- Gewisse Variablen müssen leer bleiben, sofern dies in der Beschreibung (Anhang D) so vermerkt ist.
- Jeder Fall muss Anlagenutzungskosten (A1) aufweisen, wobei negative Werte nicht akzeptiert werden.
- Reservefelder müssen leer bleiben.

5 HoNOS

5.1 HoNOS bei Ein- und Austritt

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

Die Erfassung der Symptomintensität bzw. der HoNOS-Bogen stützt sich auf folgendem Dokument,

- [Vorgaben zur Erfassung des HoNOS für die Tarifstruktur TARPSY: Skala, Glossar und Ratingkonventionen. Version 1.1 vom 2. November 2016.](#)

das sich auf der [Webseite der SwissDRG AG](#) befindet.

Gemäss diesen Vorgaben, bezieht sich die Erhebung des HoNOS jeweils auf die vergangenen 7 Tage. Der erste HoNOS (Eintritts-HoNOS) sollte innerhalb von 3 Tagen (= 72 Stunden) nach dem Eintritt erfasst werden. Der letzte HoNOS (Austritts-HoNOS) ist frühestens 3 Tage vor dem Austritt zu erheben.

Für jeden Fall muss zwingend ein Eintritts-HoNOS erfasst werden. Weitere Richtlinien zur Erfassung der HoNOS-Bogen können dem oben erwähnten Dokument entnommen werden.

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

5.2 Format

Die Bewertung der HoNOS-Items wird in der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser über die CHOP-Kodes 94.A1 abgebildet. Dies betrifft im Minimaldatensatz (MB-Zeile) die Variablen 1.7.V01 bis 1.7.V11 und in den Patientengruppen-Zusatzdaten (MD-Zeile) die Variablen 4.3.V010 bis 4.3.V1007.

6 HoNOSCA

6.1 Inhalt

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

Die Erfassung der Symptomintensität bzw. der HoNOSCA-Bogen stützt sich auf folgendem Dokument:

- [Vorgaben zur Erfassung des HoNOSCA für die Tarifstruktur TARPSY: Skala, Glossar und Ratingkonventionen. Version 1.1 vom 2. November 2016.](#)

das sich auf der [Webseite der SwissDRG AG](#) befindet.

Gemäss diesen Vorgaben erfolgt die Erfassung der HoNOSCA-Bogen bei Ein- und Austritt möglichst zeitnah am Klinikeintritt resp. Klinikaustritt. Die Erfassung bezieht sich jeweils auf die vergangenen 7 Tage. Die Eintrittsbeurteilung erfolgt innerhalb von zwei Wochen, spätestens jedoch nach 14 Tagen. Die Erfassung des Austritts-HoNOSCA findet in der Regel am Austrittstag statt, kann aber in Ausnahmefällen frühestens 7 Tage vor Austritt und spätestens 3 Tage nach Austritt stattfinden. **Für jeden Fall muss zwingend ein Eintritts-HoNOSCA erfasst werden.** Weitere Richtlinien zur Erfassung der HoNOSCA-Bogen können dem oben erwähnten Dokument entnommen werden.

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

6.2 Format

Die Bewertung der HoNOSCA-Items wird in der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser über die CHOP-Kodes 94.A2 abgebildet. Dies betrifft im Minimaldatensatz (MB-Zeile) die Variablen 1.7.V01 bis 1.7.v11 und in den Patientengruppen-Zusatzdaten (MD-Zeile) die Variablen 4.3.V010 bis 4.3.V1007.

7 Detailerhebung

Die SwissDRG AG führt neu eine Detailerhebung für die Berechnung der Zusatzentgelte durch. Mit der Detailerhebung werden Preise u.a. zu Medikamenten anhand einer Excel-Datei erhoben. Diese wird inkl. Dokumentation Ende Januar 2019 auf der Webseite der SwissDRG AG publiziert.

8 Datenschutz

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

9 Kontakt

Für weitere Informationen wenden Sie sich bitte an:

Nadine Juvet, Tel. 031 544 12 28, tarpsy@swissdrg.org

10 Literatur

BFS (2017a). Medizinisches Kodierungshandbuch. Der offizielle Leitfaden der Kodierungsrichtlinien in der Schweiz. Version 2018. Neuchâtel, Bundesamt für Statistik. URL:

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/nomenklaturen/medkk/instrumente-medizinische-kodierung.assetdetail.3482645.html>, [Stand 19.12.2017].

BFS (2017b). Schweizerische Operationsklassifikation (CHOP) Systematisches Verzeichnis. Version 2018. Neuchâtel, Bundesamt für Statistik. URL:

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/nomenklaturen/medkk/instrumente-medizinische-kodierung.assetdetail.1940914.html>, [Stand 19.12.2017].

BFS (2018). Medizinische Statistik der Krankenhäuser - Variablen der Medizinischen Statistik.

Spezifikationen gültig ab 1.1.2018. Neuchâtel, Bundesamt für Statistik. URL:

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/erhebungen/ms.assetdetail.4242274.html>, [Stand: 08.01.2018].

SwissDRG AG (2016a). Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter TARPSY. URL:

https://www.swissdrg.org/application/files/4714/8413/4027/TARPSY_Abrechnungsregeln_d.pdf, [Stand 19.12.2017].

SwissDRG AG (2016b). Vorgaben zur Erfassung des HoNOS für die Tarifstruktur TARPSY: Skala, Glossar und Ratingkonventionen. Version 1.1 vom 2. November 2016. URL:

https://www.swissdrg.org/application/files/9014/9381/3532/SwissDRG_Erfassung_HoNOS_V1.1.pdf, [Stand 19.12.2017].

SwissDRG AG (2016c). Version 1.1 vom 2. November 2016. URL:

https://www.swissdrg.org/application/files/2714/9381/3570/SwissDRG_Erfassung_HoNOSCA_V1.1.pdf, [Stand 19.12.2017].

Anhänge

Anhang A Mindestanforderungen an die Dateien

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

Bezeichnung	
<i>Allgemeine Tests</i>	
☒	Dateien müssen mit UTF-8 oder "ISO8859-1" kodiert sein.
☒	Dateien müssen im Text-Format (ASCII) geliefert werden.
☒	Der Primärschlüssel 4.6.V01 muss in allen Dateien vorhanden sein.
☒	Die Variablen werden durch Pipes (ASCII-Kode 124 „ “) getrennt.
☒	Das CRLF (ASCII-Kode 13 und 10) wird als Zeilenumbruch verwendet.
☒	Die Dateien müssen mit *.dat oder *.txt enden.
<i>Datei der Medizinischen Statistik (MS-Datei)</i>	
☒	MB-Zeile: 50 Spalten
☒	MP-Zeile: 34 Spalten
☒	MD-Zeile: 696 Spalten
☒	Die Spalte 663 der MD-Zeile entspricht der Variable 4.6.V01 (Primärschlüssel).
☒	Die Variable 4.6.V01 muss zwingend kodiert sein. Sie muss eindeutig und anonym sein. Es darf keine leeren Felder geben.
☒	Die Variable 0.2.V01 muss kodiert und anhand 16 alphanumerischen Zeichen korrekt verschlüsselt sein.
☒	Die BUR Nummer in der MX-Zeile muss zwingend erfasst werden.
☒	Die Definition der folgenden Variablen (Va. Nr) muss zwingend eingehalten werden: 0.2.V02, 1.1.V01, 1.1.V02, 1.1.V03, 1.2.V01, 1.2.V02, 1.2.V03, 1.3.V01, 1.3.V02, 1.3.V03, 1.3.V04, 1.4.V01, 1.5.V01, 1.5.V02, 1.5.V03, 3.3.V03, 3.5.V04, 4.5.V01, 4.7.V01, 4.7.V02, 4.7.V11, 4.7.V12, 4.7.V21, 4.7.V22, 4.7.V31, 4.7.V32, 4.8.V01.
☒	Übereinstimmung der 'MB' und 'MD' Zeile: Für alle ICD- und CHOP-Kodes, ist 1.6.V01 = 4.2.V010, 1.6.V02 = 4.2.V020, 1.6.V03 = 4.2.V030, usw. Wie beim Format der Medizinischen Statistik des BFS werden nur die ersten 5 Zeichen getestet (Toleranzschwelle: 95%).
☒	Die Variable 0.3.V02 Psychiatrie-Datensatz ist zwingend zu kodieren.
☒	Die Datei muss TARPSY relevante Patienten enthalten (0.3.V02 Psychiatrie-Datensatz = 1).
☒	Die Datei darf keine ungültigen Medikamentenangaben enthalten (4.8.V02 - 4.8.V15, Medikament 1 - 14, Variablennummern 678 - 691).
☒	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.
☒	Die Zeilen müssen in der Reihenfolge MB, MN, MP, MD, MK kodiert sein, wobei fehlende Zeilen erlaubt sind (keine Leerzeilen einfügen).
<i>Fallkostendatei gemäss TARPSY-Format (CC-Datei)</i>	
☒	Die Datei enthält 28 Variablen.
☒	Primärschlüssel 4.6.V01 in der 3. Spalte: Keine Doppelnennungen und keine leere Felder.
☒	Variablen sind durch ein Pipe (" ") getrennt.
☒	Die Zeilen werden nicht durch ein Pipe geschlossen. Die Datei enthält 27 Pipes pro Zeile.
☒	Die Datei darf keine Variablennamen enthalten.
☒	Die Kostenvariablen dürfen nur Zahlen und keine Buchstaben enthalten.

Bezeichnung	
☒	Zahlen dürfen keine Formatierungen wie Tausender-Trennzeichen, Hochkomma, Leerschlag etc. enthalten.
☒	Als Dezimaltrennzeichen wird der Punkt verwendet (z.B. 1234.50).
☒	Jeder Fall muss Anlagenutzungskosten (A1) aufweisen (negative Werte werden nicht akzeptiert).
<i>Fallkostendatei gemäss REKOLE® Kostenträgerausweis (CC-Datei)</i>	
☒	Die Datei enthält 80 Variablen.
☒	Primärschlüssel 4.6.V01 in der 2. Spalte: Keine Doppelnennungen und keine leere Felder.
☒	Variablen sind durch ein Pipe (" ") getrennt.
☒	Die Zeilen werden nicht durch ein Pipe geschlossen. Die Datei enthält 79 Pipes pro Zeile.
☒	Die Datei darf keine Variablennamen enthalten.
☒	Die Kostenvariablen dürfen nur Zahlen und keine Buchstaben enthalten.
☒	Zahlen dürfen keine Formatierungen wie Tausender-Trennzeichen, Hochkomma, Leerschlag etc. enthalten.
☒	Als Dezimaltrennzeichen wird der Punkt verwendet (z.B. 1234.50).
☒	Jeder Fall muss Anlagenutzungskosten (A1) aufweisen (negative Werte werden nicht akzeptiert).
☒	Alle Reservefelder (Felder 72-73, 76-80) müssen leer bleiben.

Anhang B Abgrenzungen und Berechnungsmethode der Fallkosten

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

Kostenträgermethode

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

Anrechenbare Kosten

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

Als nicht anrechenbar werden jene Kosten definiert, welche keine dem KVG-Leistungskatalog entsprechenden Leistungen darstellen. Somit sind Kosten zu Lasten der Patienten,⁶ patientenfremde Kosten,⁷ Primärtransporte oder weitere nicht rückerstattete Leistungen aus den Fallkosten auszuscheiden.

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

Arzneimittel/Medikamente und Blutprodukte

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

- 1) Arzneimitteln/Medikamenten (entspricht TARPSY-Format v10, REKOLE®-Format v101), und
- 2) Blut und Blutprodukten (entspricht TARPSY-Format v11, REKOLE®-Format v102)

im H+ Konto 400 „Arzneimittel (inkl. Blut und Blutprodukte)“ ist bei der Kalkulation der Tarifstruktur TARPSY sehr hilfreich, weshalb diese Unterscheidung wann immer möglich vorzunehmen ist. Sollte dies nicht möglich sein, werden die Kosten für Medikamente und Blutprodukte in der Kostenkomponente v10 / v101 erfasst. Weiter muss dies im Fragebogen so vermerkt sein.

Implantate und medizinisches Material

Dasselbe gilt für Implantate und medizinisches Material. Diese sollen wann immer möglich als Einzelkosten verrechnet werden (siehe REKOLE®). In jedem Fall aber jene, deren Gesamtkosten pro Fall CHF 200 Franken pro Fall überschreiten. Davon ausgenommen sind Implantate, inkl. Osteosynthesematerial, wo die Frankengrenze bei CHF 50 liegt. Die Unterscheidung zwischen

- 1) medizinischem Material (entspricht TARPSY-Format v13, REKOLE®-Format v103) und
- 2) Implantaten (entspricht TARPSY-Format v12, REKOLE®-Format v104)

⁶ Z.B. Fernsehen, Mineralwasser, usw.

⁷ Z.B. Cafeteria oder weitere Leistungen an das Personal oder an Dritte

im H+ Konto 401 „Material, Instrumente, Utensilien, Textilien“ ist bei der Kalkulation der Tarifstruktur TARPSY sehr hilfreich, weshalb diese Unterscheidung wann immer möglich vorzunehmen ist. Sollte die Unterscheidung nicht möglich sein, werden die Kosten für Implantate und medizinisches Material in der Kostenkomponente v12 / v104 erfasst. Weiter muss dies im Fragebogen so vermerkt sein.

Anlagenutzungskosten (ANK)

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.

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

Gemäss REKOLE® Format werden für jede Variable separat ausgewiesen:

- Gemeinkosten exkl. ANK
- ANK

Universitäre Lehre und Forschung (uL&F)

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

Die Kostenkomponente A2 des TARPSY-Formats (Anhang C, Zeile 28) resp. Kostenkomponenten v430 und v431 des REKOLE® Formats (Anhang D, Zeilen 72 und 73) müssen demzufolge leer gelassen werden. Sollten die Fallkosten eines Spitals dennoch die Kosten für universitäre Lehre und Forschung enthalten, nimmt das Spital keine Anpassung vor und dokumentiert dies bei der Datenlieferung an der entsprechenden Stelle im Fragebogen.

Fälle der privaten und halbprivaten Liegeklasse

Fälle, welche gemäss der Variable 1.3.V02 der Medizinischen Statistik als halbprivat oder privat erfasst sind, werden grundsätzlich für die Weiterentwicklung der Tarifstruktur verwendet. Voraussetzung dafür ist aber, dass die Fallkosten um die liegeklassebedingten Mehrkosten bereinigt werden.⁸ 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.

⁸ Für die Bereinigung der Liegeklasse bedingten Mehrkosten, siehe [ITAR_K](#), Integriertes Tarifmodell auf Basis der Kostenträgerrechnung.

Arzthonorare

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

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

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

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

Nr.	Variable	Beschreibung	
Allgemeine Angaben			
1	BUR	Betriebsnummer (BUR-Satellit Gesundheit)	
2	year	Datenjahr	
3	4.6.V01	Fallnummer (siehe 663. Variable der MD-Zeile)	[PRIMÄR-SCHLÜSSEL]
		Einzelkosten	H+ Kontenrahmen²
4	v10	Medikamente	400
5	v11	Blut und Blutprodukte	400
6	v12	Implantate	401
7	v13	Medizinisches Material	401
8	v14	Arzthonoraraufwand, Spitalärzte	380
9	v15	Arzthonoraraufwand, Belegärzte (sozialversicherungspflichtig)	381
10	v16	Arzthonoraraufwand, Belegärzte (nicht sozialversicherungspflichtig)	405*
11	v17	Aufwand für Zeugnisse und Gutachten	
12	v19	Andere Einzelkosten	403 + 404 + 405** + 480 + 485 + 486
		Gemeinkosten	Muss-Kostenstelle REKOLE®
13	v20	OP Säle	(20)
14	v21	IPS und Intermediate Care (IC)	(24)
15	v22	Notfall	(25)
16	v23	Bildgebende Verfahren und Nuklearmedizin	(26) + (28)
17	v24	Internes Labor (inkl. Blutspende)	(29)
18	v25	Hämodialyse	(30)
19	v26	Ärztschaften	(31)
20	v27	Nicht-medizinische Therapien und Beratung (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Ernährungsberatung, Aktivierungstherapie)	(32) + (33) + (34) + (35)
21	v28	Medizinische und therapeutische Diagnostik	(36)
22	v29	Pflege	(39)
23	v30	Hotellerie	(41) + (42) + (43)
24	v31	Gebärsaal	(27)
25	v32	Anästhesie	(23)
26	v39	Übrige Leistungserbringer	(44) + (45) + (10) + (77)***
		Weitere Variablen	H+ Kontenrahmen
27	A1	Anlagenutzungskosten gesamt (ANK)	
28		Reservefeld, bitte leer lassen	

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

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

*** Ohne Kosten Primärtransporte

Anhang D Fallkosten gemäss REKOLE® Kostenträgerausweis (CC-Datei)

Details zum Inhalt der Variablen der Fallkosten gemäss REKOLE®-Format.

N°	Variable	Bezeichnung	
Allgemeine Angaben			
1	year	Datenjahr	
2	4.6.V01	Fallnummer (siehe Variable an der Reihe 663 der MD-Zeile)	[PRIMÄR-SCHLÜSSEL]
Einzelkosten			H+ Kontenrahmen²
3	v101	Arzneimittel	400
4	v102	Blut und Blutprodukte	400
5	v103	Medizinisches Material	401
6	v104	Implantate	401
7	v105	Medizinische, diagnostische und therapeutische Fremdleistungen (exkl. Arzthonorare)	405
8	v106	Arzthonoraraufwand, (nicht sozialversicherungspflichtig)	405
9	v107	Arzthonoraraufwand, Spitalärzte (sozialversicherungspflichtig)	380
10	v108	Arzthonoraraufwand, Belegärzte (sozialversicherungspflichtig)	381
11	v109	Patiententransporte durch Dritte	480
12	v110	Übrige patientenbezogene Fremdleistungen	485
13	v111	Übrige Auslagen für Patienten	486
Gemeinkosten			Muss-Kostenstelle REKOLE®
14	v200	Patientenadministration, Gemeinkosten exkl. ANK	(10)
15	v201	Patientenadministration, ANK ¹	(10)
16	v210	OP Saal, Gemeinkosten exkl. ANK	(20)
17	v211	OP Saal, ANK ¹	(20)
18	v212	Ärztschaften des OP-Saals - Aktivitäten 6a, Gemeinkosten exkl. ANK	(31)
19	v213	Ärztschaften des OP-Saals - Aktivitäten 6a, ANK ¹	(31)
20	v220	Anästhesie, Gemeinkosten exkl. ANK	(23)
21	v221	Anästhesie, ANK ¹	(23)
22	v230	Intensivpflege (IPS), Gemeinkosten exkl. ANK	(24)
23	v231	Intensivpflege (IPS), ANK ¹	(24)
24	v232	Ärztschaften der IPS - Aktivitäten 6b ₁ , Gemeinkosten exkl. ANK	(31)
25	v233	Ärztschaften der IPS - Aktivitäten 6b ₁ , ANK ¹	(31)
26	v240	Anerkannte Intermediate Care Stellen (IMCU), Gemeinkosten exkl. ANK	(38)
27	v241	Anerkannte Intermediate Care Stellen (IMCU), ANK ¹	(38)
28	v242	Ärztschaften der IMCU - Aktivitäten 6b ₂ , Gemeinkosten exkl. ANK	(31)
29	v243	Ärztschaften der IMCU - Aktivitäten 6b ₂ , ANK ¹	(31)
30	v250	Notfall, Gemeinkosten exkl. ANK	(25)
31	v251	Notfall, ANK ¹	(25)
32	v252	Ärztschaften des Notfalls - Aktivitäten 6b ₃ , Gemeinkosten exkl. ANK	(31)
33	v253	Ärztschaften des Notfalls - Aktivitäten 6b ₃ , ANK ¹	(31)

N°	Variable	Bezeichnung	
34	v260	Bildgebende Verfahren, Gemeinkosten exkl. ANK	(26)
35	v261	Bildgebende Verfahren, ANK ¹	(26)
36	v270	Gebärsaal, Gemeinkosten exkl. ANK	(27)
37	v271	Gebärsaal, ANK ¹	(27)
38	v272	Ärztschaften des Gebärsaals - Aktivitäten 6b ₄ , Gemeinkosten exkl. ANK	(31)
39	v273	Ärztschaften des Gebärsaals - Aktivitäten 6b ₄ , ANK ¹	(31)
40	v280	Nuklearmedizin und Radioonkologie, Gemeinkosten exkl. ANK	(28)
41	v281	Nuklearmedizin und Radioonkologie, ANK ¹	(28)
42	v290	Labor, Gemeinkosten exkl. ANK	(29)
43	v291	Labor, ANK ¹	(29)
44	v300	Dialyse, Gemeinkosten exkl. ANK	(30)
45	v301	Dialyse, ANK ¹	(30)
46	v310	Ärztschaften, Aktivitäten 1-5, Gemeinkosten exkl. ANK	(31)
47	V311	Ärztschaften, Aktivitäten 1-5, ANK ¹	(31)
48	v320	Physiotherapie, Gemeinkosten exkl. ANK	(32)
49	v321	Physiotherapie, ANK ¹	(32)
50	v330	Ergotherapie, Gemeinkosten exkl. ANK	(33)
51	v331	Ergotherapie, ANK ¹	(33)
52	v340	Logopädie, Gemeinkosten exkl. ANK	(34)
53	v341	Logopädie, ANK ¹	(34)
54	v350	Nichtärztliche Therapien und Beratungen, Gemeinkosten exkl. ANK	(35)
55	v351	Nichtärztliche Therapien und Beratungen, ANK ¹	(35)
56	v360	Medizinische und therapeutische Diagnostik, Gemeinkosten exkl. ANK	(36)
57	v361	Medizinische und therapeutische Diagnostik, ANK ¹	(36)
58	v362	Ärztschaften der medizinischen und therapeutischen Diagnostik - Aktivitäten 6b ₅ , Gemeinkosten exkl. ANK	(31)
59	v363	Ärztschaften der medizinischen und therapeutischen Diagnostik - Aktivitäten 6b ₅ , ANK ¹	(31)
60	v370	Pflege, Gemeinkosten exkl. ANK	(39)
61	v371	Pflege, ANK ¹	(39)
62	v380	Hotellerie-Zimmer, Gemeinkosten exkl. ANK	(41)
63	v381	Hotellerie-Zimmer, ANK ¹	(41)
64	v390	Hotellerie-Küche, Gemeinkosten exkl. ANK	(42)
65	v391	Hotellerie-Küche, ANK ¹	(42)
66	v400	Hotellerie-Service, Gemeinkosten exkl. ANK	(43)
67	v401	Hotellerie-Service, ANK ¹	(43)
68	v410	Übrige Leistungserbringer, Gemeinkosten exkl. ANK	(44)
69	v411	Übrige Leistungserbringer, ANK ¹	(44)
70	v420	Pathologie, Gemeinkosten exkl. ANK	(45)
71	v421	Pathologie, ANK ¹	(45)
72		Reservefeld, bitte leer lassen	

N°	Variable	Bezeichnung
73		<i>Reservefeld, bitte leer lassen</i>
74	v440	Rettungs- bzw. Ambulanzdienst (nur Sekundärtransporte), Gemeinkosten exkl. ANK (77)
75	v441	Rettungs- bzw. Ambulanzdienst (nur Sekundärtransporte), ANK ¹ (77)
Reservefelder		
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.