



Dokumentation zur TARPSY Datenerhebung 2020 (Daten 2019)

Version vom 09.08.2019	Änderungen im Vergleich zur Version vom 30.11.2018 sind gelb markiert. Die Markierungen weisen auf hinzugefügte sowie entfernte Inhalte hin.
------------------------	--

Inhaltsverzeichnis

1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN	3
1.1. ÄNDERUNGEN ZUM VORJAHR	3
1.2. LIEFERTERMINE	3
1.3. DATENINHALT UND -FORMAT	3
1.4. ZU LIEFERNDE DATENSÄTZE UND INFORMATIONEN	3
1.5. KODIERUNG.....	3
1.6. ARTIKELLISTE	4
1.7. DATENSCHUTZ	4
1.8. KONTAKT	4
2. LIEFERUNG DER DATEN ÜBER DIE WEB-SCHNITTSTELLE.....	5
2.1. ERSTMALIGE DATENLIEFERUNG DURCH EIN SPITAL	5
2.2. WEB-SCHNITTSTELLE.....	5
2.3. LIEFERPROZESS.....	5
2.4. NACH DER DATENLIEFERUNG	6
2.5. NEULIEFERUNG DER DATEN	6
3. DATEN DER MEDIZINISCHEN STATISTIK DES BFS (MS-DATEI)	7
3.1. INHALT UND FORMAT DER MEDIZINISCHEN STATISTIK	7
3.2. VARIABLEN DER MEDIZINISCHEN STATISTIK.....	8
3.2.1. Fallnummer der Fallkostenstatistik.....	8
3.2.2. Anonymer Verbindungskode.....	8
3.2.3. Kennzeichnung des Statistikfalls	9
3.2.4. Hauptkostenstelle	9
3.2.5. Tarif für die Abrechnung	9
3.2.6. Diagnosen und Behandlungen	9
3.2.7. Externe ambulante Leistungen	10
3.2.8. Urlaub	10
3.2.9. Behandlungsbereich.....	10
3.2.10. Fallzusammenführung, Zwischenaustritte und Wiedereintritte	10
3.2.11. Erfassung der Medikamente und teuren Substanzen	10
4. FALLKOSTEN	13
4.1. ABGRENZUNGEN UND BERECHNUNGSMETHODE DER FALLKOSTEN	13
4.1.1. Kostenträgermethode	13
4.1.2. Anlagenutzungskosten (ANK)	13
4.1.3. Vollkosten (gemäss REKOLE®).....	13
4.1.4. Anrechenbare Kosten.....	14
4.1.5. Arzneimittel/Medikamente und Blutprodukte	14
4.1.6. Forschung und universitäre Lehre (FuL)	14
4.1.7. Fälle der privaten und halbprivaten Liegeklasse	15
4.1.8. Arzthonorare	15
4.2. FALLKOSTENDATEI (FK-DATEI)	16
4.2.1. Fallkostendatei gemäss TARPSY-Format.....	16
4.2.2. Fallkosten gemäss REKOLE® Kostenträgerausweis (FK-Datei).....	17
5. DETAILERHEBUNG.....	18
6. WEITERFÜHRENDE DOKUMENTE	19

ANHÄNGE	20
ANHANG A ARTIKELLISTE FÜR DIE VERBINDLICHE EINZELKOSTENVERRECHNUNG	20
ANHANG B VARIABLEN DER MEDIZINISCHEN STATISTIK	20
ANHANG C MINDESTANFORDERUNGEN AN DIE DATEIEN	21
ANHANG D FALLKOSTEN GEMÄSS TARPSY-FORMAT (FK-DATEI)	23
ANHANG E FALLKOSTENDATEI GEMÄSS REKOLE® KOSTENTRÄGERAUSWEIS (FK-DATEI)	24

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Position der Fallnummer der Fallkostenstatistik in den jeweiligen Datensätzen.....	8
--	---

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Beispielzeilen der Medizinische Statistik	8
Abbildung 2 Beispiel der Erfassung teurer Medikamente/Substanzen	12
Abbildung 3 Beispiel zweier Fälle der Kostendatei (FK-Datei) gemäss TARPSY-Format	16
Abbildung 4 Beispiel zweier Fälle der Kostendatei (FK-Datei) gemäss REKOLE® Kostenträgerausweis	17

1. Allgemeine Informationen

1.1. Änderungen zum Vorjahr

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

1.2. Liefertermine

- **Daten** TARPSY können vom **01.03.2020 bis zum 30.04.2020** geliefert werden.
- Die **Detaillierung** kann vom **01.03.2020 bis zum 15.05.2020** geliefert werden.
- Die Kommentare zu den einzelnen Fällen/Plausi-Tests können bis am **15.05.2020** erfasst werden.

1.3. Dateninhalt und -format

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

1.4. Zu liefernde Datensätze und Informationen

Folgende Datensätze müssen für die Erhebung geliefert werden:

- Die Medizinische Statistik der Krankenhäuser des BFS (MX-, MB-, MP- und MD-Zeile), nachfolgend *Medizinische Statistik* resp. *MS-Datei* genannt.
- Die Fallkostendatei, nachfolgend *FK-Datei* genannt.
- Die Fallkosten können im TARPSY-Format oder im Format des REKOLE® Kostenträgerausweises geliefert werden.
- Die Kosten von spezifischen, hochteuren Prozeduren, Medikamenten und Verfahren, die in Form einer Excel-Datei geliefert werden, werden nachfolgend *Detaillierung* genannt.

Folgende Dateien werden nicht mehr akzeptiert:

- Separate PH- und PC-Datei

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

1.5. Kodierung

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

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

1.6. Artikelliste

Die Artikelliste (siehe Anhang A) präzisiert die Zuordnung der Kosten bestimmter Produkte zu den entsprechenden Kostenkomponenten.

Dabei handelt es sich bei diesen Kostenkomponenten um diejenigen des TARPSY-Formates. Für die Lieferung gemäss dem REKOLE Kostenträgerausweis gelten bei den Einzelkosten folgende Entsprechungen:

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

1.7. Datenschutz

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

1.8. Kontakt

Fragen zur Datenerhebung und allgemeine Fragen:

- Frau Nadine Juvet datenerhebung@swissdrg.org oder 031 544 12 28

Kodierungsfragen:

- **Bundesamt für Statistik** codeinfo@bfs.admin.ch

2. Lieferung der Daten über die Web-Schnittstelle

2.1. Erstmalige Datenlieferung durch ein Spital

Für Spitäler, die zum ersten Mal eine Lieferung vornehmen wollen, liegt eine kurze [Einführung für die neuen Netzwerkspitäler](#) vor. Für weiterführende Informationen wenden Sie sich bitte direkt an uns (siehe Kapitel 1.8).

2.2. Web-Schnittstelle

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

Der gesamte Datenlieferungsprozess wird über die Web-Schnittstelle abgewickelt.

2.3. Lieferprozess

Der Lieferprozess besteht aus folgenden Etappen:

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

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

Achtung: Eine Lieferung ist erst dann vollständig, wenn im Status der Lieferung *plausibilisiert* angezeigt wird. Insbesondere bedeutet dies, dass nicht alle Fälle im Datenfehler enthalten sind.

2.4. Nach der Datenlieferung

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

- Testübersicht über die importierten Fälle:
Anzahl/Anteil der Fälle des Spitals, welche bei den jeweiligen Tests aufgefallen sind.
- Übersicht auf Fallebene:
Auflistung der Fälle, die beim entsprechenden Fehler- oder Warnungstest aufgefallen sind.

Die Kommunikation zu den auffälligen Fällen wird über die Web-Schnittstelle abgewickelt. Die Resultate der Plausibilitätsprüfungen können als .csv Dokument aus der Web-Schnittstelle exportiert werden.

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

- Fehler:
Fälle können Fehler aufweisen. Bitte Fälle prüfen, falls notwendig korrigieren und eine neue Lieferung vornehmen. **Achtung: Unkommentierte Fälle werden automatisch von der Kalkulation ausgeschlossen.**
- Warnung:
Fälle können Fehler aufweisen. Bitte Fälle prüfen, falls notwendig korrigieren und eine neue Lieferung vornehmen.
- Info:
Allgemeine Informationen zur Datenlieferung.

Es ist zu beachten, dass die Kommentare auf Fall- und Testebene direkt über die Web-Schnittstelle über das Feld *Begründung* erfasst werden müssen.

Die SwissDRG AG ist bestrebt, die Testlogik laufend weiterzuentwickeln. Sollten Ihrer Ansicht nach einzelne Tests aus der Testlogik nicht korrekt funktionieren oder überarbeitet werden, können Sie dies im Kommentarfeld *Begründungen* der einzelnen Tests erfassen.

2.5. Neulieferung der Daten

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

Nach Ablauf der Lieferfrist können keine Datenlieferungen mehr entgegengenommen werden.

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

Bei den Daten der Medizinischen Statistik handelt es sich um die medizinisch-administrativen Daten, die von den Spitälern bereits obligatorisch für die Medizinische Statistik der Krankenhäuser des Bundesamts für Statistik (BFS) erhoben werden müssen. Sie umfassen den Minimaldatensatz (MB), die Psychiatrie-Zusatzdaten (MP) und die Patientengruppen-Zusatzdaten (MD). Achtung: **Der MP-Datensatz muss für die Lieferung an die SwissDRG AG für alle Fälle zwingend erfasst werden.**

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

3.1. Inhalt und Format der Medizinischen Statistik

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

Die MS-Datei erfüllt folgende Eigenschaften:

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

Abbildung 1 Beispielzeilen der Medizinische Statistik

MX 76543218 BE 20171116 1 20170101 20171231 1 9EB3CB5907759AB93A7 MB 2448D9003C342909 ...	Lieferungsmeldung
MB 76543218 04 BE DA0E074ECDD92761 A 0 0 1 ... 2017010413 1 1 1 O700 ... MD 8462 F200 F192 B182 ... 4382086 ...	Standardfall
MB 76543218 8462 BE BFEF7592C0D46453 A 0 1 1 ... M500 8 20170713 1 3 8 ... MP 1 70 0 0 0 0 0 0 0 0 1 60 1 2 2592 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 11 31 MD 8462 F200 F192 B182 ... 3382086 ...	Psychiatrie

Primärschlüssel (4.6.V01), der die Verbindung zur Fallkostendatei und der medizinischen Statistik des BFS erlaubt (663. Variable der MD-Zeile)

3.2. Variablen der Medizinischen Statistik

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

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

3.2.1. Fallnummer der Fallkostenstatistik

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

Tabelle 1 Position der Fallnummer der Fallkostenstatistik in den jeweiligen Datensätzen

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

3.2.2. Anonymer Verbindungscode

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

3.2.3. Kennzeichnung des Statistikfalls

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

3.2.4. Hauptkostenstelle

Die Variable *1.4.V01 Hauptkostenstelle* ist zwingend zu erfassen.

3.2.5. Tarif für die Abrechnung

Gemäss den Richtlinien des BFS ist die Variable *4.8.V01 Tarif für die Abrechnung* in der MD-Zeile zwingend zu erheben. Diese dient bei der Entwicklung der Tarifstruktur unter anderem dazu, die für die jeweilige Tarifstruktur relevanten Fälle zu erkennen.

3.2.6. Diagnosen und Behandlungen

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

Die Diagnosen (Haupt- und Nebendiagnosen) werden gemäss BFS-Richtlinien für die Daten 2019 mit den Diagnosekodes nach ICD-10-GM 2018 kodiert. Bei der Kodierung der Diagnosen ist zu beachten, dass gemäss dem Medizinischen Kodierungshandbuch Version 2019 neben der Hauptdiagnose auch die möglichen Nebendiagnosen zu kodieren sind. Spitäler werden gebeten dieser Anweisung zu folgen, da die Kosten der Patienten unter Berücksichtigung der Nebendiagnosen möglicherweise besser plausibilisiert und abgebildet werden können. Die Behandlungskodes werden gemäss BFS-Richtlinien für die Daten 2019 nach der *Schweizerischen Operationsklassifikation 2019* (CHOP 2019) kodiert.

Die Bewertung der HoNOS/CA-Items wird in der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser über die CHOP-Kodes *94.A1.** und *94.A2.** abgebildet. Diese werden in den Variablen *4.3.V010* bis *4.3.V1007* erfasst. Die Bewertung der HoNOS/CA-Items stützt sich auf folgende Dokumente, die sich auf der [Webseite der SwissDRG AG](#) befinden:

- [Vorgaben zur Erfassung des HoNOS für die Tarifstruktur TARPSY: Skala, Glossar und Ratingkonventionen. Version 1.1 vom 2. November 2016.](#)
- [Vorgaben zur Erfassung des HoNOSCA für die Tarifstruktur TARPSY: Skala, Glossar und Ratingkonventionen. Version 1.1 vom 2. November 2016.](#)
- [Vorgaben zur Erfassung des HoNOS 65+ für die Tarifstruktur TARPSY: Glossar für die Bewertung](#)

Für eine mögliche Abrechenbarkeit von Zusatzentgelten aus der Akutsomatik sind zudem sämtliche zusatzentgeltfähigen CHOP Kodes zu kodieren.²

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

² Die Zusatzentgelte sind in den Anhängen 2 (bewertet) und 3 (unbewertet) des Fallpauschalenkatalogs unter Psychiatrie > TARPSY 2.0/2019 > [PCG Katalog](#) abrufbar.

3.2.7. Externe ambulante Leistungen

Erhält ein stationärer Patient externe ambulante Leistungen (MRI, Dialysen, Chemotherapie, u. a.), werden diese beim stationären Fall kodiert und mit dem speziellen Item *ambulante Behandlung auswärts* (Variablen 4.3.V016, 4.3.V026, 4.3.V036 usw.) gekennzeichnet. Das heisst, die entsprechenden Variablen werden nicht leergelassen, wie bei internen Behandlungen, sondern die dem Sachverhalt entsprechende Ausprägung wird kodiert.³

3.2.8. Urlaub

Gemäss Richtlinien des BFS müssen alle Abwesenheiten eines Patienten von mehr als 24 Stunden (>24 h) bei bleibender Reservierung eines Bettes als administrativer Urlaub in der Variable 1.3.V04 *Administrativer Urlaub & Ferien* der Medizinischen Statistik kodiert werden. **Die Variable 1.3.V04 muss zwingend gemäss Vorgaben des BFS ausgefüllt werden.** Jegliche anderen Regelungen sind für die Datenerfassung unzulässig. Die Angabe muss die Gesamtsumme in Stunden enthalten. Die Kosten, die während solcher Abwesenheiten anfallen, werden auf den Fall gebucht.

Weiter gelten die Klarstellungen zur Definition des Urlaubs gemäss *Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter TARPSY*.

3.2.9. Behandlungsbereich

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

3.2.10. Fallzusammenführung, Zwischenaustritte und Wiedereintritte

In den Daten 2019 ist eine Fallzusammenführung gemäss *Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung* unter TARPSY 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. **Die Variablen 4.8.V17 bis 4.8.V20 sind dabei unverschlüsselt zu liefern.** Fälle, die infolge eines Wiedereintritts oder Rückverlegung zusammengeführt werden, müssen in jeder Datei als ein Fall geliefert werden.

3.2.11. Erfassung der Medikamente und teuren Substanzen

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

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

Dosis:

- Es ist in jedem Fall nur die verabreichte Dosis zu erfassen.
- Bei gleicher Verabreichungsart und Zusatzangabe müssen die verabreichten Dosen eines Medikamentes pro Fall pro ATC-Kode aufsummiert werden.

Einheit:

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

Einschränkung:

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

Verabreichungsart:

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

Zusatzangabe:

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

Konkrete Beispiele:⁴

- Antithrombin III: Der ATC-Kode muss in der Einheit U und mit der Verabreichungsart intravenös (IV) angegeben werden. Da die *zu kodierende Zusatzangabe* leer ist, muss keine Zusatzangabe gemacht werden.
→ B01AB02;;IV;2500;U
- Gerinnungsfaktor VIII: Hier muss die zutreffende Zusatzangabe gemäss Format des technischen Begleitblatts angegeben werden (*Spalte zu kodierende Zusatzangaben*). Die gültige Einheit für dieses Medikament ist U. Die Zusatzangabe muss gemäss Abkürzung (Rec/Plas) im technischen Begleitblatt angegeben werden.
→ B02BD02;Rec;IV;11000;U

⁴ Diese Beispiele stammen aus der Akutsomatik und dienen der Veranschaulichung.

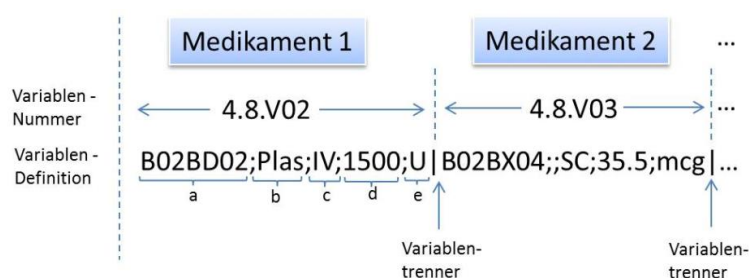
- Amphotericin B: Das Medikament ist nur bei der liposomalen Gabe zu erfassen. Die gültige Einheit ist mg. Es ist keine Zusatzangabe zu erfassen.
→ J02AA01;;IV;98;mg
- Voriconazol (Posaconazol): Die Zusatzangabe unterscheidet zwischen Suspension und Tablette und ist daher nur für die orale Applikation sinnvoll auszufüllen. Eine Einschränkung ist nicht vorgesehen.
→ J02AC03;Susp;O;1000;mg für die orale Suspension
→ J02AC03;Tab;O;1000;mg für die orale Gabe von Tabletten
→ J02AC03;;IV;1000;mg für die intravenöse Gabe

Anmerkung:

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

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

Abbildung 2 Beispiel der Erfassung teurer Medikamente/Substanzen



4. Fallkosten

4.1. Abgrenzungen und Berechnungsmethode der Fallkosten

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

Die Fallkostendatei enthält einige für psychiatrische Kliniken nicht relevante Kostenpositionen aus der Akutsomatik, die nicht beachtet werden müssen (z. B. Implantate, s. Anhang D und Anhang E).

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

4.1.1. Kostenträgermethode

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

4.1.2. Anlagenutzungskosten (ANK)

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

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

4.1.3. Vollkosten (gemäss REKOLE®)

Die Spitäler liefern die Daten aller stationären Fälle, welche im Erhebungsjahr aus dem Spital ausgetreten sind und **Vollkosten** aufweisen.⁵ 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.

⁵ Für die Definition der stationären Fälle, siehe Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter TARPSY.

- der Aufenthalt über die Erhebungsperiode hinaus geht (Austritt ausserhalb der Erhebungsperiode, Statistikfälle C).
- ein Teil der Honorare oder der Leistungen von Dritten nicht auf den Fall verrechnet wurde (z. B. Arztrechnung bei der Erstellung der Kostenträgerrechnung noch nicht vorhanden).

4.1.4. Anrechenbare Kosten

Die Fallkosten dürfen lediglich anrechenbare Kosten der KVG-relevanten Leistungen enthalten, unabhängig davon, ob es sich um Fälle aus KV, UV, MV, IV oder andere handelt.

Kosten zu Lasten der Patienten⁶, patientenfremde Kosten⁷, Primärtransporte oder weitere nicht rückerstattete Leistungen sind aus den Fallkosten auszuschneiden. Zudem müssen die Kosten der gemeinwirtschaftlichen Leistungen (siehe Art. 49. Abs. 3 KVG) aus den Fallkosten ausgeschieden werden. Dies betrifft z. B. die Kosten der Forschung und universitären Lehre.

4.1.5. Arzneimittel/Medikamente und Blutprodukte

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

Die Unterscheidung zwischen

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

im H+ Konto 400 Arzneimittel (inkl. Blut und Blutprodukte) ist vorzunehmen.

Im Anhang A befindet sich ein Link auf die Artikelliste, die beschreibt, wie bestimmte Produkte zu erfassen sind.

4.1.6. Forschung und universitäre Lehre (FuL)

Gemäss den gesetzlichen Bestimmungen (Art. 49 Abs. 3 KVG und Art. 7 VKL) sind die Kosten der Forschung und universitären Lehre nicht Bestandteil der OKP-relevanten Fallkosten. Diese Kosten sind gemeinwirtschaftliche Leistungen und werden – in der Kostenträgerrechnung der Spitäler - auf spezifische Kostenträger verrechnet. In den übermittelten Fallkosten dürfen demzufolge keine Kosten für Forschung und universitäre Lehre enthalten sein.

Eine **Verrechnung dieser Kosten auf den administrativen Fall ist gemäss REKOLE® nicht zulässig**. Die Kostenkomponente A2 in Zeile 28 gemäss TARPSY-Format resp. v430 und v431 in Zeile 72 und 73 gemäss REKOLE® Kostenträgerausweis müssen demzufolge leer bleiben (siehe Anhang D und Anhang E).

⁶ Z. B. Fernsehen

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

4.1.7. Fälle der privaten und halbprivaten Liegeklasse

Die Fälle werden unabhängig der Liegeklasse (im Rahmen des Spitalaufenthaltes belegte Liegeklasse, Variable 1.3.V02 Klasse) geliefert. Das heisst, es werden allgemeine, halbprivate und private Fälle übermittelt. Fälle, welche gemäss der Variable 1.3.V02 der Medizinischen Statistik als halbprivat oder privat erfasst sind, werden grundsätzlich für die Weiterentwicklung der Tarifstruktur verwendet. Voraussetzung dafür ist aber, dass die **Fallkosten um die liegeklassebedingten Mehrkosten bereinigt** werden (z. B. private Honorare der Spitalärzte, Anteil der privaten Honorare der Belegärzte).⁸

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

4.1.8. Arzthonorare

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

- Honorare der Spitalärzte (H+ Konto 380) → Komponente v14 resp. v107
- Honorare der sozialversicherungspflichtigen Belegärzte (H+ Konto 381) → Komponente v15 resp. v108
- Honorare der nicht sozialversicherungspflichtigen Belegärzte (Teil des H+ Kontos 405, der Honorare enthält) → Komponente v16 resp. v106

Aufwand für Zeugnisse und Gutachten in Zeile 11 (ehem. v17) sollte gemäss REKOLE® leer sein (s. Anhang D). H+ Konto 386 existiert nicht mehr. Diese Kosten müssen gemäss REKOLE® in den Konten 380, 381 und ggf. 405 verbucht werden.

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

4.2. Fallkostendatei (FK-Datei)

Das Format der Fallkostendatei entspricht dem Kostenteil des Kostenträgerausweises REKOLE®, wird jedoch von der SwissDRG AG zwecks besserer Aufbereitung in einem eigenen Format erhoben ([Erweiterte Massnahmen zur Verbesserung der Datenqualität](#)).

Die Fallkostendatei kann entweder gemäss TARPSY-Format (siehe Anhang D) oder gemäss REKOLE® Kostenträgerausweis (siehe Anhang E) geliefert werden.

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

4.2.1. Fallkostendatei gemäss TARPSY-Format

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

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

Eine detaillierte Beschreibung der Variablen befindet sich im Anhang D.

Abbildung 3 Beispiel zweier Fälle der Kostendatei (FK-Datei) gemäss TARPSY-Format

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

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

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

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

Eine detaillierte Beschreibung der Variablen befindet sich im Anhang E.

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

2019|**5050286**|79.00|57.00|0.00|0.00|0.00|42.00|0.00|...|0.00

2019|**5050297**|31.00|27.00|0.00|0.00|0.00|34.00|0.00|...|0.00



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

5. Detailerhebung

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

Achtung: Die verabreichten teuren Medikamente/Substanzen (s. Anhang B) müssen auf Fallebene in den Variablen 4.8.V02 bis 4.8.V15 der Medizinischen Statistik erfasst werden (siehe Kapitel 3.2.11).

Alle Informationen zur Detailerhebung sind der entsprechenden Excel-Datei zu entnehmen. Diese wird zeitnah auf unserer Webseite unter der Rubrik *Datenerhebung* publiziert. Für eine Vorschau des Formats eignet sich die [Detailerhebung 2019 \(Daten 2018\)](#) der Akutsomatik.

6. Weiterführende Dokumente

BFS (2018). Medizinisches Kodierungshandbuch. Der offizielle Leitfaden der Kodierungsrichtlinien in der Schweiz. Version 2019. Neuchâtel, Bundesamt für Statistik. URL:

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheitsnomenklaturen/medkk/instrumente-medizinische-kodierung.assetdetail.6207936.html>, [Stand 23.11.2018].

BFS (2018). Schweizerische Operationsklassifikation (CHOP) Systematisches Verzeichnis. Version 2019. Neuchâtel, Bundesamt für Statistik. URL:

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheitsnomenklaturen/medkk/instrumente-medizinische-kodierung.assetdetail.5808569.html>, [Stand 23.11.2018].

BFS (2019). Medizinische Statistik der Krankenhäuser - Variablen der Medizinischen Statistik. Spezifikationen gültig ab 1.1.2019. Neuchâtel, Bundesamt für Statistik. URL:

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheitsnomenklaturen/medkk/instrumente-medizinische-kodierung.assetdetail.7066232.html>, [Stand: 17.07.2019].

Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (1994). *Bundesgesetz* vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG), [SR 832.10]. URL: <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19940073/index.html>, [Stand 23.11.2018].

H+ Die Spitäler der Schweiz (2019). REKOLE® Handbuch – Betriebliches Rechnungswesen im Spital. 5. Ausgabe, Bern.

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

Schweizerischer Bundesrat (2002). Verordnung vom 3. Juli 2002 über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL), [SR 832.104]. URL: <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/20021333/index.html>, [Stand 23.11.2018].

SwissDRG AG (2016). 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 30.10.2018].

SwissDRG AG (2016). Vorgaben zur Erfassung des HoNOSCA für die Tarifstruktur TARPSY: Skala, Glossar und Ratingkonventionen. Version 1.1 vom 2. November 2016. URL: https://www.swissdrg.org/application/files/2714/9381/3570/SwissDRG_Erfassung_HoNOSCA_V1.1.pdf, [Stand 30.10.2018].

SwissDRG AG (2018). Vorgaben zur Erfassung des HoNOS 65+ für die Tarifstruktur TARPSY: Glossar zur Bewertung vom 30. November 2018. URL: https://www.swissdrg.org/application/files/9415/4348/6288/Vorgaben_und_Glossar_zur_Erfassung_des_HoNOS_65.pdf, [Stand 30.11.2018].

SwissDRG AG (2018). Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter TARPSY. Gültig ab 1.1.2019. URL: <https://www.swissdrg.org/de/psychiatrie/tarpsy-system-202019/regeln-und-definitionen>, [Stand 07.11.2018].

Weitere Dokumente befinden sich auf der Webseite der SwissDRG AG unter Datenerhebung > Medizinische Statistik. URL: <https://www.swissdrg.org/de/psychiatrie/datenerhebung/medizinische-statistik>, [Stand 08.11.2018]

Anhänge

Anhang A Artikelliste für die verbindliche Einzelkostenverrechnung

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

Anhang B Variablen der Medizinischen Statistik

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

Anhang C Mindestanforderungen an die Dateien

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

Bezeichnung	
Allgemeine Tests	
☐	Dateien müssen mit *.dat oder *.txt enden.
☐	Dateien müssen mit ISO8859-1 kodiert sein.
☐	Dateien müssen im Text-Format (ASCII) geliefert werden.
☐	Die Variablen werden durch Pipes (ASCII-Kode 124: „ “) getrennt.
☐	Das CRLF (ASCII-Kodes 10 und 13) wird als Zeilenumbruch verwendet.
☐	Vorhandensein und Konsistenz der Variable 4.6.V01 (Fallnummer der Fallkostenstatistik /Primärschlüssel) in allen Dateien. Fälle, welche nur in einer Datei aufgeführt sind, können nicht plausibilisiert und in die Datenbank importiert werden. Keine Doppelnennungen und keine leere Felder sind erlaubt.
Datei der Medizinischen Statistik (MS-Datei)	
☐	MB-Zeile: 50 Spalten. Die Zeile enthält 50 Pipes.
☐	MP-Zeile: 34 Spalten. Die Zeile enthält 34 Pipes.
☐	MD-Zeile: 696 Spalten. Die Zeile enthält 696 Pipes.
☐	Die letzte Variable einer Zeile muss durch ein Pipe geschlossen werden.
☐	Die BUR Nummer in der MX-Zeile muss zwingend erfasst werden.
☐	Die Zeilen müssen in der Reihenfolge MB, MN, MP, MD, MK kodiert sein, wobei je nach Tarifstruktur nicht alle Zeilen geliefert werden müssen (keine Leerzeilen einfügen).
☐	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.
☐	Übereinstimmung der 'MB' und 'MD' Zeile: Für alle ICD und CHOP Codes ist 1.6.V01 = 4.2.V010, 1.6.V02 = 4.2.V020, 1.6.V03 = 4.2.V030, usw. Wie beim Format der Medizinischen Statistik des BFS werden nur die ersten 5 Zeichen getestet.
☐	Die Spalte 663 der MD-Zeile entspricht der Variable 4.6.V01 (Fallnummer der Fallkostenstatistik). Dieser Primärschlüssel muss eindeutig und anonym sein und darf weder Doppelnennungen noch leere Felder enthalten.
☐	Die Datei muss zwingend TARPSY relevante Patienten enthalten (0.3.V02 <i>Psychiatrie-Datensatz</i> = 1 der MP Zeile).
☐	Die Variable 0.2.V01 <i>Anonymer Verbindungskode</i> muss kodiert und anhand 16 alphanumerischer Zeichen korrekt verschlüsselt sein.
☐	Die Definition der folgenden Variablen muss zwingend eingehalten werden: 0.2.V02, 1.1.V01, 1.1.V02, 1.1.V03, 1.2.V01, 1.2.V02, 1.2.V03, 1.3.V01, 1.3.V02, 1.3.V03, 1.3.V04, 1.4.V01, 1.5.V01, 1.5.V02, 1.5.V03, 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, 4.8.V17, 4.8.V18, 4.8.V19, 4.8.V20.
☐	Datei darf ausser in den Feldern für Medikamentenangaben (4.8.V02 - 4.8.V15, Medikament 1 - 14, Variablennummern 678 - 691) keinen Text enthalten.
☐	Die Datei darf keine ungültigen Medikamentenangaben (4.8.V02 - 4.8.V15, Medikament 1 - 14, Variablennummern 678 - 691) enthalten.

Fallkostendatei gemäss TARPSY-Format (FK-Datei)

- ☐ Jede Zeile der Fallkostendatei entspricht einem Fall.
- ☐ Die Datei enthält 28 Variablen. Die Datei enthält 27 Pipes pro Zeile.
- ☐ Die letzte Variable einer Zeile wird **nicht** durch ein Pipe geschlossen.
- ☐ Primärschlüssel 4.6.V01 der Medizinischen Statistik ist in der 3. Spalte. Keine Doppelnennungen und keine leere Felder.
- ☐ Variablen sind durch ein Pipe getrennt.
- ☐ Die Datei darf keine Variablennamen enthalten.
- ☐ Die Kostenvariablen dürfen nur Zahlen und keine Buchstaben enthalten.
- ☐ Zahlen dürfen keine Formatierungen wie Tausender-Trennzeichen, Hochkomma, Leerschlag usw. enthalten.
- ☐ Als Dezimaltrennzeichen wird der Punkt verwendet (z. B. 1234.50).
- ☐ Jeder Fall muss Anlagenutzungskosten (A1) aufweisen. Negative Werte werden nicht akzeptiert.

Fallkostendatei gemäss REKOLE® Kostenträgerausweis (FK-Datei)

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

Anhang D Fallkosten gemäss TARPSY-Format (FK-Datei)

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+ Kontenrahmen ²
4	v10	Medikamente	400
5	v11	Blut und Blutprodukte	400
6	v12	Implantate	401
7	v13	Medizinisches Material	401
8	v14	Arzthonoraraufwand, Spitalärzte	380
9	v15	Arzthonoraraufwand, Belegärzte (sozialversicherungspflichtig)	381
10	v16	Arzthonoraraufwand, Belegärzte (nicht sozialversicherungspflichtig)	405*
11		<i>Reservefeld, bitte leer lassen</i>	
12	v19	Andere Einzelkosten	403 + 404 + 405** + 480 + 485 + 486
		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		<i>Reservefeld, bitte leer lassen</i>	

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

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

*** Ohne Kosten Primärtransporte

Anhang E Fallkostendatei gemäss REKOLE® Kostenträgerausweis (FK-Datei)

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

N°	Variable	Bezeichnung	Muss-Kostenstelle REKOLE®
		Gemeinkosten	
31	v251	Notfall, ANK ¹	(25)
32	v252	Ärztschaften des Notfalls - Aktivitäten 6b ₃ , Gemeinkosten exkl. ANK	(31)
33	v253	Ärztschaften des Notfalls - Aktivitäten 6b ₃ , ANK ¹	(31)
34	v260	Bildgebende Verfahren, Gemeinkosten exkl. ANK	(26)
35	v261	Bildgebende Verfahren, ANK ¹	(26)
36	v270	Gebärsaal, Gemeinkosten exkl. ANK	(27)
37	v271	Gebärsaal, ANK ¹	(27)
38	v272	Ärztschaften des Gebärsaals - Aktivitäten 6b ₄ , Gemeinkosten exkl. ANK	(31)
39	v273	Ärztschaften des Gebärsaals - Aktivitäten 6b ₄ , ANK ¹	(31)
40	v280	Nuklearmedizin und Radioonkologie, Gemeinkosten exkl. ANK	(28)
41	v281	Nuklearmedizin und Radioonkologie, ANK ¹	(28)
42	v290	Labor, Gemeinkosten exkl. ANK	(29)
43	v291	Labor, ANK ¹	(29)
44	v300	Dialyse, Gemeinkosten exkl. ANK	(30)
45	v301	Dialyse, ANK ¹	(30)
46	v310	Ärztschaften, Aktivitäten 1-5, Gemeinkosten exkl. ANK	(31)
47	v311	Ärztschaften, Aktivitäten 1-5, ANK ¹	(31)
48	v320	Physiotherapie, Gemeinkosten exkl. ANK	(32)
49	v321	Physiotherapie, ANK ¹	(32)
50	v330	Ergotherapie, Gemeinkosten exkl. ANK	(33)
51	v331	Ergotherapie, ANK ¹	(33)
52	v340	Logopädie, Gemeinkosten exkl. ANK	(34)
53	v341	Logopädie, ANK ¹	(34)
54	v350	Nichtärztliche Therapien und Beratungen, Gemeinkosten exkl. ANK	(35)
55	v351	Nichtärztliche Therapien und Beratungen, ANK ¹	(35)
56	v360	Medizinische und therapeutische Diagnostik, Gemeinkosten exkl. ANK	(36)
57	v361	Medizinische und therapeutische Diagnostik, ANK ¹	(36)
58	v362	Ärztschaften der medizinischen und therapeutischen Diagnostik - Aktivitäten 6b ₅ , Gemeinkosten exkl. ANK	(31)
59	v363	Ärztschaften der medizinischen und therapeutischen Diagnostik - Aktivitäten 6b ₅ , ANK ¹	(31)
60	v370	Pflege, Gemeinkosten exkl. ANK	(39)
61	v371	Pflege, ANK ¹	(39)
62	v380	Hotellerie-Zimmer, Gemeinkosten exkl. ANK	(41)
63	v381	Hotellerie-Zimmer, ANK ¹	(41)
64	v390	Hotellerie-Küche, Gemeinkosten exkl. ANK	(42)
65	v391	Hotellerie-Küche, ANK ¹	(42)
66	v400	Hotellerie-Service, Gemeinkosten exkl. ANK	(43)

N°	Variable	Bezeichnung	Muss-Kostenstelle REKOLE®
Gemeinkosten			
67	v401	Hotellerie-Service, ANK ¹	(43)
68	v410	Übrige Leistungserbringer, Gemeinkosten exkl. ANK	(44)
69	v411	Übrige Leistungserbringer, ANK ¹	(44)
70	v420	Pathologie, Gemeinkosten exkl. ANK	(45)
71	v421	Pathologie, ANK ¹	(45)
72		<i>Reservefeld, bitte leer lassen</i>	
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.