



**Kanton Zürich
Amt für Gesundheit**

SDEP

Erhebungskonzept

**Konzept, Prozess und Schnittstelle der
SDEP-Datenerhebung**

Version 5.0 (Daten 2023)

Inhaltsverzeichnis

1	Einführung	3
1.1	Zielsetzung	3
1.2	Aufbau und Struktur	3
1.3	Rechtliche Grundlagen	4
2	Erhebungsprozess	5
2.1	Periodizität der Datenlieferung	5
2.2	Verantwortung der Betriebe	5
2.3	Datenlieferung	5
2.4	Plausibilisierung der Datenlieferung	6
2.5	Abschluss Erhebung	6
3	Spezifikation	7
3.1	Erhebungsgegenstand	7
3.2	Zeitliche und inhaltliche Abgrenzungen	9
3.3	Definition der Feldinhalte und Formate	10
4	Inhalt der SDEP-Erhebung	11
4.1	Formatvorgaben	11
4.2	Medizinische Statistik (MS)	11
4.3	SDEP-KTR	21
4.4	SDEP-ZH	48
4.5	SDEP-D Anlagebuchhaltung	68
4.6	SDEP-E Abstimmbrücke	70
4.7	Krankenhausstatistik	71
5	Exportformate	72
5.1	SDEP-E Abstimmbrücke	72
5.2	ITAR-K Eingabefile	74
5.3	Krankenhausstatistik	74
6	Prüfung	74
6.1	Prüfungsstufen in SDEP	74
6.2	AVC-Prüfung	75
7	Anhang	77
7.1	Entscheidungsbaum ITAR-K Eingabe	77
7.2	Aus SDEP Kostendaten generierte KS Finanzteile	78
7.3	Auflistung der Felder der KS Finanzteile, die nicht eindeutig abgefüllt werden können	81
7.4	Häufig gestellte Fragen	82

1 Einführung

Im Kanton Zürich werden umfangreiche Fall- und Betriebsdaten der Spitäler über SDEP erhoben. Dieses Dokument ist eine inhaltliche Anleitung zur Datenerhebung mit SDEP. Nachdem einleitend auf das Konzept von SDEP eingegangen worden ist, wird in [Kapitel 2](#) der Erhebungsprozess detailliert beschrieben. Die inhaltlichen Spezifikationen der Schnittstelle werden im Detail in [Kapitel 3](#) aufgeführt. Die Schnittstelle selber und deren Umfang werden in [Kapitel 4](#) ausführlich beschrieben. In [Kapitel 5](#) werden die einzelnen Exportformate, welche aus SDEP generiert werden können, erläutert. Zum Schluss wird in [Kapitel 6](#) die Datenprüfung während der Erhebung beschrieben. Der [Anhang](#) enthält den ITAR_K Entscheidungsbaum sowie Informationen zur Erstellung der Finanzteil der Krankenhausstatistik aus den SDEP-Daten.

1.1 Zielsetzung

Eine Grundidee der Datenerhebung mit SDEP ist, dass sämtliche Informationen möglichst nur einmal und auf der tiefsten benötigten Aggregationsstufe erhoben werden. Davon ausgehend lassen sich dann sämtliche gleich oder höher aggregierten Datenformate abbilden. Des Weiteren sollen die Daten auch möglichst strukturiert erhoben werden, um die technische Erstellung und Verarbeitung zu vereinfachen. Gleichzeitig werden, wo möglich und sinnvoll, nationale Standards übernommen.

Mit einer Webplattform aus einem Guss wird sichergestellt, dass alle Beteiligten immer dieselbe Version der Daten vorliegend haben. Der separate Datentransfer von Betrieben an das Amt für Gesundheit (AFG) sowie Softwareinstallationen in den Betrieben entfallen. Die Kommunikation zwischen Betrieb und AFG zu einer Erhebung findet direkt über die Plattform statt. Alle Prüfungen können autonom durch die Betriebe durchgeführt werden. Dies wird ermöglicht, indem sämtliche Anreicherungen (SwissDRG, TARPSY, SPLG usw.) automatisch auf der Plattform erfolgen. Dank 2-Faktor Authentifizierung erfolgt der Zugang zur Plattform kontrolliert und sicher.

Gleichzeitig wird mit der Plattform auch eine neue Schnittstelle für die Erhebung eingeführt, welche die zahlreichen Redundanzen der bisherigen Erhebungen beseitigt und den Export in alle gängigen Formate ermöglicht. Damit muss ein Spital nur noch eine Exportschnittstelle (SDEP) zur Verfügung stellen und kann alle anderen Formate über SDEP generieren. So wird das Risiko von Inkonsistenzen in der Datenlieferung minimiert.

Durch SDEP findet eine Entflechtung der verschiedenen, technisch unterschiedlich gehandhabten Erhebungsteile statt. Die Erhebung der Krankenhausstatistik wird ebenfalls soweit wie möglich über SDEP gemacht. Eine Web-Schnittstelle erlaubt den automatischen Datenaustausch zwischen SDEP und der KS-Plattform. So können z.B. die Erlös- und Kostenträgerrechnung der KS automatisch abgefüllt werden. Einzig KS-Inhalte, die nicht über SDEP erhoben werden (z.B. Personal), müssen weiterhin auf der KS-Plattform selber erfasst werden. Zur Prüfung werden aber auch diese Daten in SDEP importiert.

Die Bedienung der Webplattform wird im separaten Benutzerhandbuch beschrieben, das über die Hilfefunktion auf SDEP zur Verfügung steht.

1.2 Aufbau und Struktur

Die SDEP-Schnittstelle für das Datenjahr 2022 umfasst die Erhebungsteile MS, SDEP-KTR, SDEP-ZH, SDEP-D Anlagebuchhaltung und SDEP-E Abstimmbrücke. Diese ersetzen die bis 2018 respektive 2019 verwendeten Statistiken PRISMA, PSYREC-KTR und KOREK. Sie werden in separaten Dateien auf SDEP hochgeladen. Die meisten Erhebungsteile enthalten unterschiedliche Recordstrukturen. Jedes File beginnt mit einem Kopfrecord, der Informationen über den File-Inhalt enthält. Die erste Angabe in jeder Zeile bezeichnet den Recordtyp und definiert, welche Variablen auf der Zeile erwartet werden. Die folgende Darstellung zeigt den Aufbau der SDEP-Erhebung (Datenjahr 2022):

Erhebungsteil:	A	B	C	D	E
	 MS	 SDEP-KTR	 SDEP-ZH	 Anlage-spiegel	 Abstimm-brücke
File-Endung:	.dat	(frei)	(frei)	(frei)	.xlsx-File
Records:	MX ... MB ... MN ... MP ... MD ...	KK ... KR ...	ZK ... ZD ... ZL ... ZO ... ZP ... ZF ...	SK ... SA101 ... SA102 ...	
Variablen:	0.1.V01 0.1.V02 ...	B1 B2 ...	C1 C2 ...	A.19.02.- 01.01.01 ...	

Abbildung 1.1: Struktur der Erhebung

1.3 Rechtliche Grundlagen

1.3.1 Bundesrecht

Nach dem Bundesstatistikgesetz (BStatG) vom 9. Oktober 1992 (SR 431.01) sowie den dazugehörigen Ausführungserlassen, insbesondere der Verordnung über die Durchführung von statistischen Erhebungen des Bundes (VO DStatE) vom 30. Juni 1993 (SR 431.012.1), ist die Erhebung der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser und der Krankenhausstatistik auf Bundesebene vorgeschrieben.

Eine zusätzliche rechtliche Grundlage bildet das vom Bundesamt für Statistik verabschiedete Detailkonzept zur Medizinischen Statistik der Krankenhäuser. Hierin ist vermerkt: „Die Krankenhäuser sind verantwortlich für die Erstellung der Datensätze für die gesamtschweizerischen Minimaldaten und gegebenenfalls von kantonalen Zusatzdaten (...). Alle in einer Erhebungsperiode, d.h. in einem Kalenderjahr, erstellten Datensätze werden der kantonalen Statistikstelle auf Datenträger oder via elektronischem Datentransfer übermittelt.“ (S.25)

Das Krankenversicherungsgesetz (KVG) vom 18. März 1994 sowie die zur Durchführung dieses Gesetzes erlassene Krankenversicherungsverordnung (KVV) vom 27. Juni 1995 enthalten ebenfalls Bestimmungen über die Erhebung von Daten und das Erstellen von Statistiken. Zu beachten sind insbesondere Art. 23, Art. 43, Art. 46, Art. 58 und Art. 84 KVG sowie Art. 58 und Art. 59 KVV.

1.3.2 Kantonales Recht

Die Erhebung verschiedenster Informationen von den Spitälern ist im Kanton Zürich im Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetz (SPFG) geregelt. Art. 17 und 18 SPFG halten fest, dass das AFG betriebs- und patientenbezogene Daten bearbeiten kann. Sie kann insbesondere Daten zur Durchführung der Spitalplanung und zur Überprüfung der Preis- und Kostenentwicklung, der Wirtschaftlichkeit sowie der Qualität, Angemessenheit und Zweckmässigkeit der Leistungen erheben.

2 Erhebungsprozess

Für die Form der Medizinischen Statistik und der Krankenhausstatistik ist das Bundesamt für Statistik zuständig. Die Kantone überwachen und prüfen die Datenlieferungen der Spitäler und liefern die Daten an das Bundesamt für Statistik weiter. Es werden keine weiteren Daten an das Bundesamt für Statistik weitergeleitet.

2.1 Periodizität der Datenlieferung

Die Daten werden einmal jährlich erhoben. Der Zeitpunkt der Erhebung fällt mit demjenigen der Betriebsstatistik/Jahresrechnung zusammen. Die Datenlieferungen einer Periode sind jeweils bis zu einem Fixtag im Folgejahr vorzunehmen. Der jeweilige Fixtag wird vom AFG rechtzeitig im Voraus kommuniziert. Bis dahin müssen auf der Produktivplattform die definitiven Daten des Erhebungsjahres hochgeladen und allfällige Fehlermeldungen begründet werden. Die Erhebungsteile können dabei einzeln hochgeladen und geprüft werden. Wir empfehlen, die Begründungen möglichst frühzeitig zu erfassen.

2.2 Verantwortung der Betriebe

Die Betriebe sind vollumfänglich zuständig und verantwortlich, die Datenerhebung gemäss Vorgaben des AFG aufzugleisen und umzusetzen. Die Daten müssen in der vorgegebenen Form korrekt und rechtzeitig dem AFG zugestellt werden. Besonders wichtig ist die Einhaltung der Datenkonsistenz zwischen den verschiedenen Erhebungsteilen. Alle Fehlermeldungen müssen nach Möglichkeit korrigiert werden. Kann ein Fehler nicht korrigiert werden, muss dies bis zum Zeitpunkt der Datenlieferung auf SDEP über die Kommentarfunktion begründet werden. Zum Zeitpunkt der Datenlieferung dürfen keine unbegründeten Fehlermeldungen auf SDEP bestehen.

Im AFG werden keine Modifikationen an den Daten vorgenommen!

2.2.1 Support

Der Support der Reporting-Datenbanken in den Spitälern ist nicht Aufgabe des AFG. Support, Anpassungen und Weiterentwicklung der Reporting-Datenbanken muss durch die Hersteller der Spitalinformationssysteme oder durch Dritte übernommen werden. Bei Fragen bezüglich dem SDEP Schnittstellenkonzept sowie der SDEP Applikation bietet das AFG den Spitälern jedoch ihre Hilfe an.

2.3 Datenlieferung

Die Daten werden gemäss den Vorgaben erfasst, aus dem Klinikinformationssystem extrahiert und anschliessend auf die Erhebungsplattform SDEP hochgeladen. Die Spitäler sind dafür besorgt, dass sie nur korrekte und konsistente Daten dem AFG liefern. Der Transfer der SDEP-Daten erfolgt elektronisch. Analog zu den Vorgaben des Bundesamtes für Statistik akzeptiert das AFG keine Erhebungen in Papierform.

2.3.1 Vorbereitung Datenlieferung

Die Daten können frühzeitig, das heisst bereits im Laufe des Datenjahres, auf der Plattform geprüft werden. Der Prüfungskatalog basiert jeweils auf der Version des Vorjahres. Diese wird im Laufe des Jahres angepasst, wobei zuerst Fehler korrigiert und anschliessend Weiterentwicklungen gemacht werden. Die definitive Version des Prüfungskatalogs für ein Erhebungsjahr steht jeweils im Dezember des jeweiligen Jahres zur Verfügung.

Testdatenlieferung

Eine Lieferung von Testdaten ist dann erforderlich, wenn grössere Anpassungen der Schnittstelle vorgenommen werden müssen. Das AFG wird in diesem Fall die Spitäler frühzeitig informieren.

Unterjährige Datenlieferung und -plausibilisierung

Es besteht die Möglichkeit, Daten unterjährig zu prüfen. Theoretisch wären auch Datenlieferungen während des Erhebungsjahres möglich. Bis anhin ist dies jedoch nicht vorgesehen.

2.4 Plausibilisierung der Datenlieferung

Der Plausibilisierungsprozess besteht aus drei Prüfungstufen:

- Prüfung der einzelnen Erhebungsteile auf formale Korrektheit (Vorprüfung)
- Inhaltliche Prüfung der Erhebungsteile (Einzelfallprüfung, Kennzahlprüfung)
- Abgleich der Erhebungsteile (Einzelfallprüfung, Kennzahlprüfung)

Eine detaillierte Auflistung dieser Prüfungstufen ist im [Kapitel 6](#) nachzulesen.

2.5 Abschluss Erhebung

Ein Abschluss der Datenerhebung ist erst dann möglich, wenn entweder alle Fehler korrigiert sind oder das AFG die verbliebenen Fehler akzeptiert hat.

Ist mindestens eine Validierungsbedingung nicht erfüllt, muss der Betrieb die Daten bereinigen und dem AFG korrigierte Daten auf die SDEP Plattform hochladen. Die Fehlerbereinigung muss der Betrieb wenn immer möglich in seinem System vornehmen und nicht in den SDEP-Datensätzen selbst. Bei Auswirkungen auf weitere Datensätze sind diese ebenfalls anzupassen.

Die obige Validierungsprozedur wird wiederholt, bis alle Prüfungen erfolgreich sind oder die Fehler überzeugend begründet wurden. Anschliessend findet der Abschluss der Erhebung pro Spital statt. Im Rahmen des Abschlussprozesses wird festgehalten, ob mit Blick aufs nächste Jahr einzelne Punkte korrigiert werden müssen. Ein Abschluss ist dann möglich, wenn alle Prüfungen korrekt abgeschlossen sind oder aber wenn Prüfungen als Fehler akzeptiert werden. Erst danach werden die geprüften Daten in der Datenbank des AFG permanent abgelegt. Im Anschluss daran erstellt das AFG die vorgesehenen Auswertungen und leitet die Medizinische Statistik und die Krankenhausstatistik ans BFS weiter.

Die Datenerhebung ist somit dann abgeschlossen, wenn:

- Keine unbegründeten oder nicht überzeugend begründeten Fehler auf Ebene Einzelfall bestehen.
- Keine unbegründeten oder nicht überzeugend begründeten Fehler auf Ebene Kennzahlen bestehen.
- Die AVC-Prüfung erfolgreich abgeschlossen ist.

2.5.1 Abschlussprozess via SDEP

Sobald alle Erhebungsteile hochgeladen und geprüft sind, erhält der Erhebungsverantwortliche des Spitals eine E-Mail. Darin wird er gebeten, den Abschluss der Datenerhebung zu bestätigen. Die Bestätigung findet via Button direkt auf der Datenübersicht in SDEP statt. Die Daten, Status der Prüfungen und die Kommunikation können nun nicht mehr verändert werden. Eine erneute Datenlieferung ist auch nicht mehr möglich. Sofern aus Sicht des Spitals oder des AFG die Datenerhebung doch nicht beendet werden kann, so kann der Abschlussprozess hier noch abgebrochen werden. Der Erhebungsstatus wird zurückgesetzt und die Erhebung kann wieder bearbeitet werden. Nachdem das Spital den Abschluss bestätigt hat, schliesst das AFG die Datenerhebung definitiv ab. Die damit für das AFG definitive Version der Daten ist speziell gekennzeichnet. Danach können neue Uploads zur Datenprüfung oder zur Erstellung von Exporten durch die Spitäler vorgenommen werden. Exporte sind zu jedem Zeitpunkt möglich und sind jeweils mit der entsprechenden Version versehen.

3 Spezifikation

3.1 Erhebungsgegenstand

3.1.1 Falldefinition

Stationär

Die Falldefinition stationär richtet sich nach der Verordnung über die Kostenermittlung und Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL). Für die Datenerhebungen über SDEP gilt selbstverständlich auch die Definition eines stationären Falles gemäss der Bundesverordnung. Die zurzeit gültige Definition befindet sich in Artikel 3 der VKL. Sie wurde in den Regeln zur Abrechnung unter SwissDRG, TARPSY und ST Reha präzisiert. Dieses Dokument ist auf der Internetseite der SwissDRG AG verfügbar. Abteilungen und Kliniken, die nicht unter einem der schweizweit einheitlichen Tarifsysteme abrechnen, wenden die gemäss ihren Tarifverträgen gültige Falldefinition an.

Ambulant

Als ambulante Behandlung nach Art. 49 Absatz 6 KVG gelten alle Behandlungen, die nicht stationäre Behandlungen sind. Bei den ambulanten Behandlungen wird unterschieden zwischen ambulanten Behandlungen in einer Tages-/Nachtambulanz und den übrigen ambulanten Behandlungen. Ambulante Fälle werden abgeschlossen, wenn ein Behandlungsende vereinbart wurde oder wenn seit dem 01.01. keine Leistungen mehr stattfanden. Kann ein ambulanter Fall zum Jahresende nicht regulär abgeschlossen werden, kommt für die Austrittsvariablen die Regelung für nicht regulär abschliessbare Fälle zur Anwendung. Bei der telefonischen Beratung entsteht der administrative Fall ohne physische Präsenz des Patienten in der Klinik. Behandlungsbeginn und Behandlungsende entsprechen der Kontaktaufnahme bzw. dem Kontaktende.

3.1.2 Abgrenzung ambulant T/N / übrige ambulant

Ambulant TNK

Als ambulante TNK Behandlungen gelten wiederholte geplante Aufenthalte zur Untersuchung, Behandlung und Pflege in einer Tages- oder Nachtambulanz.

Übrige ambulant

Als ambulante Behandlung gelten alle ambulanten Behandlungen, die nicht als ambulante TNK Behandlungen angesehen werden.

3.1.3 Administrativer Fall

Erhebungsgegenstand der Medizinischen Statistik und der dazugehörigen Zusatzdaten ist «der Fall». Ein administrativer Fall ist definiert als:

Ein oder mehrere stationäre Aufenthalte im Rahmen einer Hauptdiagnose auf einer oder mehreren Abteilungen.

Im Normalfall wird für jeden stationären Aufenthalt sowie für jeden ambulanten TNK Aufenthalt bzw. übrigen ambulanten Aufenthalt ein separater administrativer Fall erstellt. Geltende Regeln zur Fallzusammenführung sind jedoch zu beachten. Die Fallzusammenführungsregeln unter SwissDRG, TARPSY und ST Reha werden im Dokument "Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG und TARPSY" respektive "Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter ST Reha" der SwissDRG AG beschrieben. Ausserhalb dieser Tarifstrukturen können auch Tarifverträge Regeln zur Fallzusammenführung enthalten.

Für jeden stationären Fall sind drei Datensätze abzugeben: MS, SDEP-KTR und SDEP-ZH. Die Datenerlieferung ans AFG erfolgt für alle Betriebe mit Standort im Kanton Zürich. Grundsätzlich gilt: Für Betriebe und Abteilungen auf der Spitalliste sind diese drei Datensätze zu liefern. Vertragsspitäler liefern die MS

und SDEP-ZH, die SDEP-KTR ist für Vertragsspitäler in der Regel freiwillig. Betriebe und Abteilungen auf der Pflegeheimliste liefern den SOMED Datensatz. Im Zweifelsfall entscheidet das AFG, ob für ganze Betriebe oder Abteilungen die SDEP Datensätze oder der SOMED Datensatz zu liefern ist.

3.1.4 Abgrenzung Patient/administrativer Fall

Der Patient wird definiert als:

Eine Person, die im Spital behandelt oder untersucht wird.

Ein Patient kann mehrere Spitalaufenthalte aufgrund gleicher oder unterschiedlicher medizinischer und pflegerischer Problemstellungen haben und damit auch mehrere Behandlungen und mehrere administrative Fälle aufweisen.

3.1.5 Inhaltliche Abgrenzungen der Falldefinition

Massgebend für die Falldefinition sind immer die VKL sowie die daraus abgeleiteten Regeln der SwissDRG AG zur Abrechnung unter SwissDRG, TARPSY und ST Reha.

Folgende Abgrenzungen sind zu beachten:

- Die Feststellung einer neuen oder anderen Hauptdiagnose führt nicht zu einem neuen Fall.
- Ein Klassenwechsel führt nicht zu einem neuen Fall.
- Ein Wechsel des Versicherers führt nicht zu einem neuen Fall.
- Im administrativen System der meisten Kliniken wird der Fall als derjenige Klinikaufenthalt bezeichnet, der gegenüber den Garanten separat abgerechnet wird. Der Wechsel des Garanten führt nicht zu einem neuen Fall.
- Wenn der Patient die Behandlungsart wechselt (von stationär zu ambulant), wird der stationäre Fall zwingend beendet.
- Das Jahresende begründet keinen neuen Fall.

3.1.6 Interne Verlegungen

Eine interne Verlegung von einer Station auf eine andere innerhalb des gleichen Spitals führt nicht zu einem neuen Fall. Ausgenommen sind interne Verlegungen mit einem Wechsel der Tarifstruktur (z.B. von SwissDRG zu TARPSY, ST Reha zu SwissDRG, etc.). Ebenfalls ein neuer Fall eröffnet wird bei einem Wechsel von Akutspitalbedürftigkeit (-> Abrechnung Akuttarif) zu Nicht-Akutspitalbedürftigkeit (-> Abrechnung Pflorgetarif). Folgende Beispiele sollen diese Regelung verdeutlichen:

1. Ein neugeborener Säugling wird von der Geburtshilfe auf die Neonatologie verlegt.

Es wird nur 1 administrativer Fall erfasst.

MS Variable 1.5.V02 Entscheid für Austritt = 1, 2, 3, 5 oder 8 (aber nicht 4)

MS Variable 4.8.V01 Tarif für die Abrechnung = 1

2. Ein Patient wird von der Inneren Medizin des Kinderspitals Zürich auf die Rehabilitation desselben Spitals am Standort Affoltern verlegt. Es werden zwei administrative Fälle erfasst. Wenn der erste Fall beendet ist, wird ein administrativer Austritt vorgenommen und ein neuer Fall generiert.

- MS Variable 1.5.V02 Entscheid für Austritt = 4 interner Übertritt

- MS Variable 4.8.V01 Tarif für die Abrechnung = 1 SwissDRG

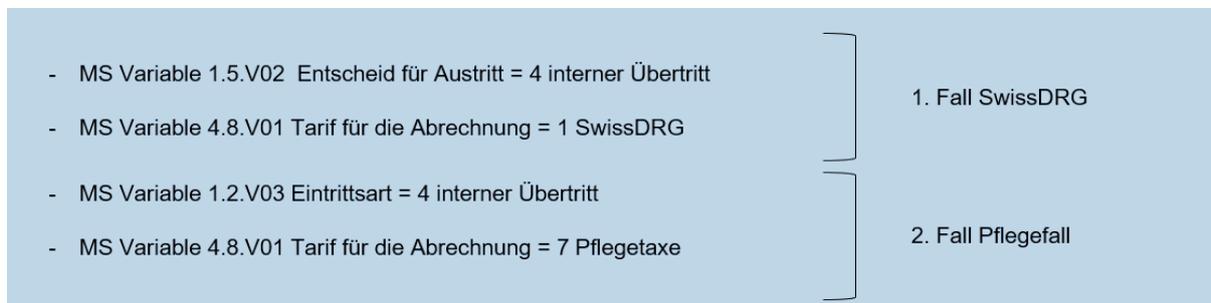
- MS Variable 1.2.V03 Eintrittsart = 4 interner Übertritt

- MS Variable 4.8.V01 Tarif für die Abrechnung = 3 ST Reha

1. Fall Innere Medizin

2. Fall Rehabilitation

3. Ein Patient tritt als Akutpatient ein und wechselt nach gewisser Zeit die Tariftaxe zu RAI/RUG. Er bleibt aus nicht-medizinischen Gründen im Akutspital. Anschliessend tritt dieser Fall aus. Es werden zwei administrative Fälle erfasst. Wenn der erste Fall beendet ist, wird ein administrativer Austritt vorgenommen und ein neuer Fall generiert.



3.2 Zeitliche und inhaltliche Abgrenzungen

3.2.1 Zeitliche Abgrenzung

SDEP-Daten müssen dem AFG einmal jährlich abgeliefert werden. Der Erhebungszeitraum ist jeweils vom 1. Januar bis zum 31. Dezember eines Jahres. Näheres zum Ablauf der Datenlieferung findet sich in [Kapitel 2](#). Grundsätzlich sollten Fallbetrachtungen periodenunabhängig sein. Da die Datenlieferung aufgrund des Jahreswechsels jedoch einen «künstlichen Unterbruch» von Fällen erzwingt, sind verschiedene zeitliche Abgrenzungen zu tätigen. Normalerweise wird der Statistik-Datensatz beim Klinikaustritt respektive dem Behandlungsabschluss des Patienten erstellt (Fall A). Diejenigen Patienten bzw. Admin-Fälle, die am Ende der Erhebungsperiode (31. Dezember) in Behandlung sind, werden als offene Admin-Fälle (Fälle B und C) bezeichnet. Alle abgeschlossenen administrativen Fälle (A) sind mit dem vollständigen Datensatz (inklusive Angabe der Diagnosen und Behandlungen) abzuliefern. Bei am Ende der Erhebungsperiode (31.12.) offenen Admin-Fällen gilt Folgendes: Für Patientinnen und Patienten, die schon länger als 12 Monate in Behandlung sind (C), sind alle Angaben mit Ausnahme der Austrittsmerkmale anzugeben. Für Patientinnen und Patienten, die seit weniger als 12 Monaten in Behandlung sind (B), sind weder Austrittsmerkmale noch Diagnose- oder Behandlungsdaten anzugeben.

Folgende Grafik verdeutlicht das Offenbleiben von Fällen zu einem bestimmten Zeitpunkt:

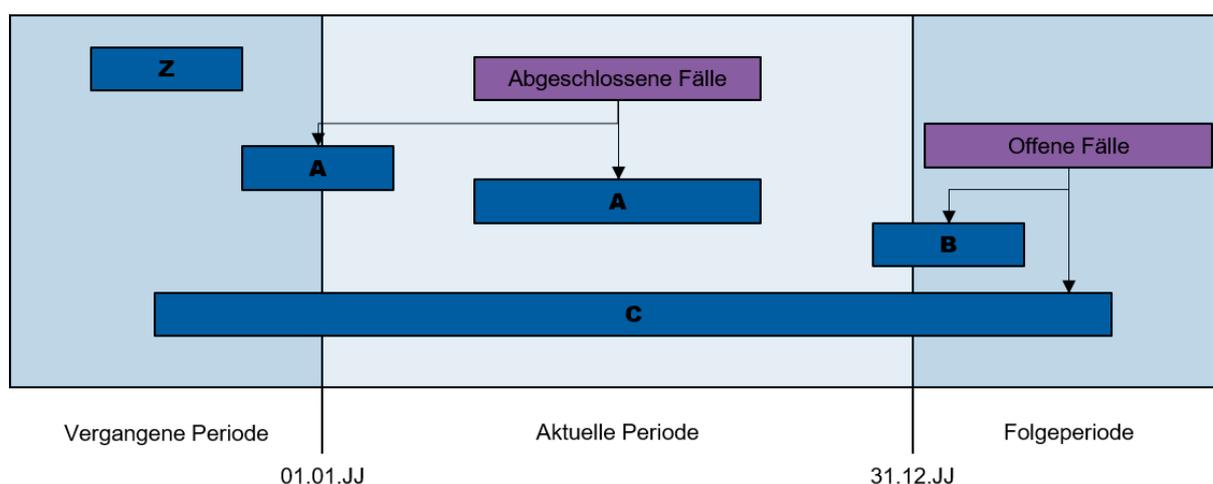


Abbildung 3.1: Zeitliche Abgrenzung der Fälle

Fall Z	Daten des Falls werden nicht geliefert, da der Fall vor Beginn der Berichtsperiode abgeschlossen wurde.
Fall A	Austritt in der Berichtsperiode -> abgeschlossener admin. Fall. Vollständige Datenlieferung über den gesamten Fall. KTR stationär – Vollständige Kosten über den gesamten stationären Fall. KTR ambulant/TNK – Die in der Erhebungsperiode angefallenen Kosten/Erlöse.
Fall B	Eintritt in der Berichtsperiode, am 31.12. in Behandlung -> offener admin. Fall. Grundsätzlich alle Angaben exklusive der Austrittsmerkmale, Diagnose- und Behandlungs-codes. KTR stationär, ambulant/TNK: Die in der Erhebungsperiode angefallenen Kosten/Erlöse.
Fall C	Eintritt vor der Berichtsperiode, am 31.12. in Behandlung -> offener admin. Fall. Grundsätzlich alle Angaben exklusive der Austrittsmerkmale. KTR stationär, ambulant/TNK: Die in der Erhebungsperiode angefallenen Kosten/Erlöse.

Die Schnittstelle zu den über SDEP erhobenen Erhebungsteilen in [Kapitel 4](#) gibt einen genauen Überblick über die im Einzelfall zu liefernden Variablen. Die Schnittstelle im xlsx-Format finden Sie online unter: <https://www.zh.ch/de/gesundheit/spitaeler-kliniken/zahlen-fakten-spitaeler.html>

Bei Änderungen der Schnittstelle sind die Jahresüberlieger t / t+1 für die Erhebungsperiode t als offener Fall (Typ B oder C) nach der alten Schnittstelle und für die Erhebungsperiode t+1 als abgeschlossener Fall (Typ A) resp. als offener Fall (Typ C) mit der neuen Schnittstelle abzugeben.

3.2.2 Nicht regulär abschliessbare Fälle in der Psychiatrie

Können Behandlungen nicht regulär abgeschlossen werden, muss Variable C43 "Entscheid für Austritt" im Erhebungsteil SDEP-ZH zwingend einer der folgenden Ausprägungen entsprechen:

- 20 = auf Initiative des/r Patienten/in (nur gegen Ansicht des Behandelnden)
- 21 = Entweichung
- 51 = Patient hat sich suizidiert
- 52 = Patient ist gestorben (ausser Suizid)
- 80 = anderes
- 90 = unbekannt

In solchen Fällen müssen alle Variablen grundsätzlich auch ausgefüllt werden. Ausnahmen bestehen für folgende Variablen:

- C35 "Erwerbstätigkeit nach Austritt"
- C36 "Weitere Beschäftigung nach Austritt: Hausarbeit im eigenen Haushalt"
- C37 "Weitere Beschäftigung nach Austritt: in Ausbildung (Schule, Lehre, Studium)"
- C38 "Weitere Beschäftigung nach Austritt: Rehabilitationsprogramm"
- C39 "Weitere Beschäftigung nach Austritt: IV, AHV oder andere Rente"
- C40 "Weitere Beschäftigung nach Austritt: Arbeit in geschütztem oder beschützendem Rahmen"
- C41 "Weitere Beschäftigung nach Austritt: unbekannt"

Diese Variablen können leer gelassen werden.

3.3 Definition der Feldinhalte und Formate

Die Feldinhalte und Übertragungsformate entsprechen den Ausführungen im SDEP Schnittstellenkonzept. Es werden in der Schnittstelle drei Feldtypen unterschieden:

Alphanumerisch

In diesem Feldtyp werden die Textvariablen abgelegt. Die zugehörige Länge ist als Maximallänge zu verstehen. Die Zeichenketten müssen linksbündig sein. Es dürfen keine nachfolgenden Leerzeichen geliefert werden. (Abkürzung AN)

Datum

Wenn nichts anderes angegeben ist, gilt das Format JJJJMMTThh. Die ersten 4 Stellen enthalten immer die vollständige Angabe des Jahres inkl. Jahrhundert, MM enthält den Monat, TT den Tag und hh die Stunde. Monats-, Tages- und Stundenangaben müssen immer zweistellig sein. (Abkürzung D)

- 1997010712 (korrekt)
- 199701701 (falsch)

Numerisch

Die Zahl darf nur aus den Ziffern 0 bis 9 bestehen. Als Dezimalpunkt ist '.' zu verwenden. Weitere Zeichen oder andere Darstellungen wie z.B. Exponentialschreibweise sind nicht erlaubt. Im Weiteren dürfen keine führenden oder nachfolgenden Leerzeichen enthalten sein. (Abkürzung N)

- 1.7E2 (falsch. Exponentialschreibweise)
- 2'325'078 (falsch. Hochkommas enthalten)
- 327 139 (falsch. Leerzeichen enthalten)
- 17,2 (falsch. Dezimalpunkt ist nicht '.')
- 17.2 (richtig)

NULL – Werte

Es ist teilweise gestattet, für ein Feld «keine» Information zu liefern (siehe Angaben zu den einzelnen Variablen in Kapitel 9). In diesem Fall ist ein NULL-Wert zu liefern, nicht zu verwechseln mit der Zahl 0. Ein NULL-Wert ist dadurch charakterisiert, dass keine Information vorhanden ist. Im Record ist dies dadurch auszudrücken, dass sofort wieder das Pipe-Zeichen folgt.

Zulässige Angaben

Die zulässigen Feldeingaben sind in Strukturtabellen festgelegt. Sie beruhen auf der Spezifikation der Merkmale in der SDEP-Schnittstelle, z.B. für «Geschlecht»: «1=männlich», «2=weiblich». Andere Eingaben sind nicht zulässig. Im folgenden [Kapitel 4](#) ist die Spezifikation detailliert beschrieben.

4 Inhalt der SDEP-Erhebung

4.1 Formatvorgaben

Die Formate der Erhebungsteile sind in der SDEP-Schnittstelle beschrieben. Mit Ausnahme von SDEP-E sind alle Erhebungsteile ein Zeichen-getrenntes Textformat. Trennzeichen ist das Pipe Symbol (|). Wir haben uns für dieses zur MS und KS analoge Format entschieden, um eine gewisse Einheitlichkeit in der SDEP Schnittstelle zu erreichen. Die Filenamen sowie die Endungen können frei gewählt werden. Einzig beim Erhebungsteil A (MS) empfehlen wir die vom BFS vorgegebene «.dat»-Endung. Bei der Bezeichnung der Dateien empfehlen wir eine sprechende Bezeichnung zu wählen, die es erlaubt, auf den ersten Blick zu erkennen, um welchen Datensatz es sich handelt. Die Variablen werden innerhalb der Textfiles mehreren Recordarten zugewiesen (analog zu den vom BFS vorgegebenen Formaten der KS und der MS). Jedes File beginnt mit einem Kopfrecord (KK und ZK), der Informationen über den File-Inhalt enthält.

Bei SDEP-E handelt es sich um eine Excel-Datei.

4.2 Medizinische Statistik (MS)

Es gilt grundsätzlich das für das Erhebungsjahr gültige detaillierte Schnittstellenkonzept des BFS:

[BFS Medizinische Statistik](#)

Generell gilt:

- Kliniken und Spitäler mit psychiatrischem Leistungsauftrag füllen ihre ambulanten psychiatrischen Fälle auch in der MS ab.
- Dies entspricht weitgehend dem bisherigen Vorgehen. Einzig Spitäler mit Leistungsauftrag Psychiatrie, die bisher ausschliesslich PRISMA geliefert haben, müssen ab Etappe 2 (Daten 2020) die ambulanten Psychiatriefälle liefern.
- Es ist das MS-Format 2009 mit 50 Feldern im MB-Record zu verwenden. Das Format 2006 mit 90 Feldern wird nicht akzeptiert.

Gewisse MS-Variablen hat das AFG präzisiert:

Neugeborenenrecord MN

Spezifikation	Die Zusatzmerkmale für Neugeborene müssen nur für die Neugeborenen ausgefüllt werden. Für Mütter ist lediglich der reguläre Datensatz mit der entsprechenden Hauptdiagnose aus dem Kapitel XV «Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett» zu erstellen.
Bemerkung	

0.1.V03 Standort

Spezifikation	
Bemerkung	Der Standort ist immer zweistellig zu erfassen, also 01, 02, 03 etc.

0.2.V01 Anonymer Verbindungscode

Spezifikation	Aus Gründen des Persönlichkeitsschutzes werden keine nominativen Daten erhoben, sondern es wird mit Hilfe eines mehrstufigen Verschlüsselungsverfahrens für jedes Individuum ein anonymer Verbindungscode generiert. Als Ausgangsdaten für die Erstellung des anonymen Verbindungscode dienen Angaben, die über die Zeit weitgehend unveränderlich sind wie der Vorname/Name, das Geburtsdatum und das Geschlecht einer Person. Es handelt sich um eine unidirektionale Verschlüsselung, die nicht rückgängig gemacht werden kann. Ausgehend vom Verbindungscode kann nicht auf die ursprünglichen Daten zurückgeschlossen werden. Das BFS kann aus dem anonymen Code einen individuellen Code errechnen, der keine Rückschlüsse auf die Person erlaubt.
Bemerkung	Für die Generierung des Verbindungscode werden den Spitälern vom BFS Subroutinen zur Verfügung gestellt, welche die erforderlichen Algorithmen implementieren. Sie sind im Dokument «Generierung des anonymen Verbindungscode in der Medizinischen Statistik – Benutzeranleitung» beschrieben. Das Dokument «Datenschutz in der Medizinischen Statistik» schildert die methodischen und technischen Details des anonymen Verbindungscode.

1.1.V04 Wohnort (Region)

Spezifikation	Massgebend ist der zivilrechtliche Wohnsitz. - Wohnort Schweiz: 4-stellige Postleitzahl Wenn unbekannt: CHE - Wohnort Ausland: ISO-3-Ländercode gemäss BFS Ländercode-Tabelle Wenn unbekannt: NON Im Gegensatz zu den MS-Spezifikationen des BFS darf in der SDEP-Datenlieferung keine MS-Region als Wohnort angegeben werden.
Bemerkung	Gemeinden im Fürstentum Liechtenstein dürfen nicht mit der Postleitzahl erfasst werden, sondern mit dem Ländercode LIE. Ausländische Gemeinden aus anderen Staaten, welche ebenso eine Schweizer Postleitzahl haben (wie z.B. Büsingen), müssen auch mit dem jeweiligen Ländercode codiert werden.

1.1.V05 Nationalität

Spezifikation	ISO-3-Ländercode gemäss BFS-Ländercode-Tabelle Wenn unbekannt: NON
Bemerkung	Bei Doppelbürgern «Schweiz» und «Ausland» wird «Schweizer/in» angegeben, bei mehrfacher ausländischer Staatsbürgerschaft ist derjenige Staat relevant, dessen Staatsangehörigkeit zuletzt erworben wurde. Bei Staatenlosen und Flüchtlingen wird die frühere Heimat angegeben. Für Personen aus dem Kosovo ist gemäss Auskunft des BFS das Kürzel für Serbien "SRB" zu erfassen.

1.2.V01 Eintrittsdatum

Spezifikation	JJJJ Jahrhundert und Jahr MM Monat TT Tag hh Stunde [00,23]
Bemerkung	Angabe des Datums (Jahr, Monat, Tag, Stunde) Format D10 (JJJJMMTThh) Die Stundenangabe muss immer zweistellig erfolgen, für 0-9 Stunden ist eine führende Null zu ergänzen. Mitternacht = 00 mit Datum des folgenden Tages. Die Stundenangabe ist bei allen stationären Fällen zu erfassen. Bei nicht stationären Fällen können die Eintritts- und Austrittsdaten ohne Stunden angegeben werden.

1.2.V02 Aufenthaltsort vor dem Eintritt

Spezifikation	
Bemerkung	Mit Spitex ist alle spitalexterne Pflege, die nach Hause kommt, gemeint, auch wenn der Träger anders heisst.

1.2.V03 Eintrittsart

Spezifikation	
Bemerkung	<p>Alle Patientinnen und Patienten, die unangemeldet und ungeplant eintreten und die sofort Hilfe/Behandlung benötigen, bzw. für die diese innerhalb 12 Stunden unabdingbar ist, fallen unter «Notfall».</p> <p>Code 3 Geburt gilt nur für Neugeborene, die in dieser Klinik geboren sind. Nicht jedoch für die Mutter, die das Kind geboren hat.</p> <p>Code 4 «interner Übertritt» ist nur bei einem Wechsel des Tarifsystems (bspw. bei internen Übertritten in die Rehabilitation Affoltern des Kinderspitals) oder bei einem Wechsel der Akutspitalbedürftigkeit (-> Abrechnung Akuttarif) zu einer «Nicht-Akutspitalbedürftigkeit» (-> mit Abrechnung des Pflorgetarifs) zugelassen.</p> <p>Code 5 bedeutet: Der Aufenthalt im überweisenden Spital oder Geburtshaus beträgt weniger als 24 Stunden.</p> <p>Treffen allenfalls mehrere Ausprägungen gleichzeitig zu, so gehen die speziellen Ausprägungen 3,4 und 5 den allgemeinen Ausprägungen 1 oder 2 vor.</p>

1.2.V04 & 3.3.V01 Einweisende Instanz

Spezifikation	
Bemerkung	<p>Es ist die entscheidende, nicht die juristische Person/Instanz anzugeben (z.B.: wenn die Angehörigen die Initiative ergreifen und ein Arzt das entsprechende Einweisungszeugnis schreibt, sind die Angehörigen und nicht der Arzt anzugeben). Bei unfreiwilligem Eintritt kann die Initiative nicht von dem Patienten/der Patientin selbst ausgehen.</p> <p>Die Polizei gehört zur zivilrechtlichen oder strafrechtlichen Justizbehörde (ausser sie handelt im Sinne eines Rettungsdienstes).</p> <p>Unter «Beratungsstelle, soziale Institution» sind ambulant tätige Stellen zu verstehen.</p> <p>Bei Zuweisungen aus Heimen ist diejenige Person/Instanz anzugeben, die Veranlassende/Ausführende war (Arzt, Bezugsperson, Psychiatrie etc.)</p>

1.3.V01 Behandlungsart

Spezifikation	<p>In der Psychiatrie sind tages-/nachtklinische Fälle weiterhin mit der Ausprägung 2 zu codieren.</p> <p>Das Codieren des Wertes 9 (= unbekannt) ist nicht erlaubt.</p>
Bemerkung	<p>Die Unterscheidung wird für kantonale Zwecke sowie für das Abfüllen des ITAR_K benötigt.</p> <p>Der tages-/nachtklinische Bereich ist rechtlich dem ambulanten Bereich zuzuordnen. Aus Versorgungssicht besteht jedoch ein klarer Unterschied.</p>

1.3.V02 Klasse

Spezifikation	Das Codieren des Wertes 9 (= unbekannt) ist nicht erlaubt. Für nicht stationäre Fälle ist 1 (= allgemein) zu codieren. Die Angabe für nicht stationäre Fälle ist 2019 fakultativ und ab 2020 obligatorisch.
Bemerkung	Im Rahmen des Spitalaufenthalts belegte Liegeklasse, nicht die Versicherungskategorie. Bei Wechsel der Klasse ist die mehrheitlich beanspruchte Klasse anzugeben.

1.3.V03 Aufenthalt in einer Intensivstation

Spezifikation	Anzahl vollendete Stunden in intensivmedizinischer Betreuung (Summe über den gesamten Fall), 0 = kein Aufenthalt auf IPS, leer = unbekannt Bei einem Aufenthalt von weniger als 1 Stunde ist "1" zu erfassen.
Bemerkung	Es gelten nur Abteilungen, die von der Schweizerischen Gesellschaft für Intensivmedizin anerkannt sind oder neonatologische Intensivstationen. Für Fälle, die sich am 31.12. noch in Spitalbehandlung befinden, ist keine Eingabe notwendig. Wenn ein Patient weniger als eine Stunde auf der Intensivstation behandelt wurde, soll eine Stunde in der Variable abgefüllt werden, da kleinere Zeiteinheiten nicht kodiert werden können.

1.3.V04 Administrativer Urlaub & Ferien

Spezifikation	Anzahl vollendete Stunden (Summe über den gesamten Fall)
Bemerkung	Wenn ein Patient während eines Aufenthalts das Spital für 24 Stunden oder länger «ferienhalber» oder als Belastungserprobung in der Psychiatrie bei bleibender Platzreservierung verlässt, handelt es sich um einen administrativen Urlaub. Die für einen Fall relevante gesamte Urlaubsdauer ermittelt sich aus der Summe der Stunden und Minuten der einzelnen Urlaube. Die Gesamtsumme wird dann auf die volle Stunde abgerundet. Erfasst und addiert werden lediglich jene Urlaube, die einzeln länger als einen Tag gedauert haben. Wenn eine Patientin oder ein Patient zum Beispiel zwei Urlaube nimmt, von denen einer 8:15 und der andere 36:20 dauert, müssen daher 36 Stunden administrativer Urlaub kodiert werden.

1.4.V02 Hauptkostenträger für Grundversicherungsleistungen

Spezifikation	Das Codieren des Wertes 9 (= unbekannt) ist nicht erlaubt.
---------------	------------------------------------------------------------

(cont.)

Bemerkung	<p>Hauptgarant, der für die Kosten der Grundversicherungsleistung im Wesentlichen aufkommt (neben dem Wohnkanton).</p> <p>Mit 1 (Krankenversicherung) sind alle Personen zu erfassen, die eine Schweizer Krankenversicherung haben. Fälle, die über die gemeinsame Einrichtung KVG abgerechnet werden, sind ebenfalls mit 1 (Krankenversicherung) zu erfassen. Sind der Wohnsitz und die Grundversicherung nicht bekannt und die Rechnung wird vom Sozialamt übernommen, ist ebenfalls 1 einzutragen. Auch wenn der Patient die Rechnung schliesslich selber zahlt, ist in diesen KVG Fällen die Ausprägung 1 zu erfassen.</p> <p>5 (Selbstzahler) wird codiert, wenn die Leistung nicht als OKP-Pflichtleistung definiert ist oder der Patient nicht OKP versichert ist. Dazu gehören ausländische Fälle, welche nicht über die gemeinsame Einrichtung abgerechnet werden.</p>
-----------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

1.5.V01 Austrittsdatum und -stunde

Spezifikation	<p>JJJJ Jahrhundert und Jahr MM Monat TT Tag hh Stunde [00,23]</p>
Bemerkung	<p>Angabe des Datums (Jahr, Monat, Tag, Stunde) im Format D10 (JJJJMMTThh). Die Stundenangabe ist bei allen stationären Fällen zu erfassen. Die Stundenangabe muss immer zweistellig erfolgen, für 0-9 Stunden ist eine führende Null zu ergänzen. Mitternacht = 00 mit Datum des folgenden Tages. Bei nicht stationären Fällen können die Eintritts- und Austrittsdaten ohne Stunden angegeben werden.</p>

1.5.V02 Entscheid für Austritt

Spezifikation	<p>1 = auf Initiative des Behandelnden 2 = auf Initiative des Patienten (gegen Ansicht des Behandelnden) 3 = auf Initiative Dritter 4 = interner Übertritt mit Wechsel des Adminfalls 5 = gestorben 8 = anderes 9 = unbekannt</p>
Bemerkung	<p>Code 4 „interner Übertritt mit Wechsel des Adminfalls« ist nur bei einem Wechsel des Tarifsystems (bspw. bei internen Übertritten in die Rehabilitation Affoltern des Kinderspitals) oder bei einem Wechsel der Akutspitalbedürftigkeit (-> Abrechnung Akuttarif) zu einer „Nicht-Akutspitalbedürftigkeit« (-> mit Abrechnung des Pflorgetarifs) zugelassen.</p> <p>Für Fälle, die sich am 31.12 noch in Spitalbehandlung befinden, ist keine Eingabe notwendig.</p>

3.2.V01 Zivilstand

Spezifikation	
---------------	--

(cont.)

Bemerkung	Personen, die eine eingetragene Partnerschaft eingegangen sind, werden beim Zivilstand als Verheiratete erfasst.
-----------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

3.2.V03 - 3.2.V05 Erwerbstätigkeit (teilzeit erwerbstätig, vollzeit erwerbstätig, nicht erwerbstätig oder arbeitslos)

Spezifikation	
Bemerkung	Arbeitet jemand wegen Krankheit nicht bei ungekündigter Anstellung ist die entsprechende Kategorie für Erwerbstätigkeit anzugeben (Voll- bzw. Teilzeit). Sobald aber kein Lohn mehr bezahlt wird, ist «nicht erwerbstätig oder arbeitslos» anzugeben, auch wenn nach Genesung an der gleichen Stelle weitergearbeitet werden kann.

3.3.V03 Fürsorgerische Unterbringung

Spezifikation	
Bemerkung	FU heisst, dass das FU-Formular vorliegt und hierdurch eine Einweisung ohne die Zustimmung des Patienten/der Patientin gegeben ist.

3.5.V01 Entscheid für Austritt

Spezifikation	
Bemerkung	Können Behandlungen nicht regulär abgeschlossen werden, muss die Angabe zwingend einer der folgenden Ausprägungen entsprechen: 20 = auf Initiative des/r Patienten/in (nur gegen Ansicht des Behandelnden), 51 = Patient hat sich suizidiert, 52 = Patient ist gestorben (ausser Suizid), 80 = anderes, 90 = unbekannt. In solchen Fällen müssen die Austrittsvariablen grundsätzlich auch ausgefüllt werden.

3.5.V02 Aufenthalt nach Austritt

Spezifikation	
Bemerkung	Wohngemeinschaften sind unter «Zuhause mit anderen» einzuordnen; therapeutische Wohngemeinschaften unter «Wohnheim»; Jugend- und Erziehungsheime gelten als «sozialmedizinische Institutionen».

3.5.V03 Behandlung nach Austritt

Spezifikation	
Bemerkung	Falls mehrere Personen/Institutionen bei der Behandlung gleich wichtig sind, erhält diejenige (Fach-) Person/Institution mit dem höheren Professionalisierungsgrad den Vorzug. Falls dies nicht eindeutig entschieden werden kann, erhält die Fachperson/-institution den Vorzug, die länger für die Nachsorge zuständig sein wird. Unter «Beratungsstelle, soziale Institution, Sozialdienst, etc.» sind ambulant tätige Stellen zu verstehen.

4.1.V02 Lokalisation des Spitals

Spezifikation	
Bemerkung	Diese Information ist vor allem für Spitäler mit mehreren Standorten relevant. Bei Aufhalten in verschiedenen Standorten desselben Betriebes (gleiche BURNr.) ist der Standort des Austritts anzugeben.

4.2.V010 MD-Hauptdiagnose

Spezifikation	A00000 – Z99999
Bemerkung	ICD-Code mit allen Stellen (Eingabe ohne Punkte). Sterncodes gelten nicht als Hauptdiagnose. Die Hauptdiagnose für Neugeborene darf nicht aus dem Kapitel XV «Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett» stammen. Die Diagnosen aus diesem Kapitel dürfen nur für die Mutter und nicht für das Neugeborene verwendet werden. Für gesunde Neugeborene soll der Diagnosecode Z38.0 – Z38.8 verwendet werden.

4.2.V012ff. Present on admission

Spezifikation	1 = Ja, Diagnose war bei Aufnahme vorhanden 2 = Nein, Diagnose war bei Aufnahme nicht vorhanden 3 = Klinisch unbestimmt 9 = Unbekannt Leer = POA Erfassung nicht notwendig
Bemerkung	In den ehemaligen Feldern Tumoraktivität der Medizinischen Statistik kann 2023 zu jeder Diagnose die Angabe "present on admission" erhoben werden. Wir verweisen dazu auf das Informationsschreiben vom 30. November 2022. Die Erfassung ist für das Jahr 2023 freiwillig.

4.3.V016ff. Ambulante Behandlung auswärts

Spezifikation	leer = Frage stellt sich nicht (keine ambulante Behandlung auswärts); eigenes Krankenhausareal, gleicher Betrieb 1 = eigenes Krankenhausareal, anderer Betrieb 2 = ausserhalb eigenem Krankenhausareal, gleicher Betrieb 3 = ausserhalb eigenem Krankenhausareal, anderer Betrieb 9 = unbekannt
Bemerkung	Falls sich die Frage nicht stellt (bei eigener Behandlung innerhalb des eigenen Spitalareals), wird das Feld leer gelassen. gleicher Betrieb = gleiche BURNr. anderer Betrieb = andere BURNr. Belegärzte, welche unabhängig vom Betrieb Behandlungen durchführen, gelten vom Beherbergungsspital aus gesehen als „fremder Betrieb«.

4.4.V01 Dauer der künstlichen Beatmung

Spezifikation	Anzahl Stunden (0-99999), 0 = keine künstl. Beatmung, leer = unbekannt Spezifikation vgl. Kodierungshandbuch.
Bemerkung	Die Information kann aus dem Datensatz SGI berechnet werden, indem die Anzahl Schichten mit Beatmung mit den Stunden der Schichtlänge multipliziert werden. Im Datensatz SGI gibt das Datenfeld 2.4.1.3 an, ob in der jeweiligen Schicht eine Beatmung vorhanden war oder nicht. Summe aller («ja» x Dauer der jeweiligen Schicht) ergibt die Beatmungsdauer. Diese Variable kann auch einzeln ausgefüllt werden, d.h., wenn die anderen zur Intensivmedizin gehörenden Variablen nicht ausgefüllt werden. Es ist auch nicht nötig, dass der Betrieb zum Ausfüllen der «Dauer der künstlichen Beatmung» über eine von der Schweizerischen Gesellschaft für Intensivmedizin SGI anerkannte Intensivstation oder neonatologische Intensivstation verfügt.

4.4.V02 Schweregrad der akuten Erkrankung

Spezifikation	Definition gemäss SGI: Im Datensatz SGI ist im Datenfeld 2.3.5.1 der Schweregrad-Score SAPS dokumentiert. Im Datensatz SGI ist im Datenfeld 2.3.5.2 der Schweregrad-Score PIM2 dokumentiert. Im Datensatz SGI ist im Datenfeld 2.3.5.3 der Schweregrad-Score CRIB dokumentiert. Es wird jeweils nur ein Feld (also entweder 2.3.5.1 oder 2.3.5.2 oder 2.3.5.3) ausgefüllt. Bei mehreren Aufenthalten wird die Summe aus den Scores der einzelnen Aufenthalte genommen.
Bemerkung	Score numerisch integer, 0-999, leer = unbekannt Der Wert für den Schweregrad, welcher mittels einer von drei möglichen Varianten eines «Scores» eingetragen wird, muss immer ohne Nachkommastelle angegeben werden. Zahlen mit Komastellen werden auf die nächste ganze Zahl gerundet.

4.4.V05 Aufenthalt in einer Intermediate Care Station (IMC)

Spezifikation	Anzahl vollendete Stunden auf einer Intermediate Care Station (Summe über den gesamten Fall), 0 = kein Aufenthalt auf IMC, leer = unbekannt
Bemerkung	Erfassung der vollendeten Stunden, analog zur Erfassung des Aufenthaltes auf einer Intensivstation (1.3.V03). Wenn ein Patient weniger als eine Stunde auf der IMC behandelt wurde, soll eine Stunde in der Variable abgefüllt werden, da kleinere Zeiteinheiten nicht kodiert werden können.

4.4.V06 Aufwandpunkte für IMC

Spezifikation	Score numerisch integer, 0-999999, leer = unbekannt
Bemerkung	Analog zu Variablen 4.4.V02 und 4.4.V04. Es ist die Summe des Schweregrades (S/P/C) und der NEMS einzutragen.

4.6.V01 Fallnummer der Fallkostenstatistik (FID)

Spezifikation	Eindeutige, jahresübergreifende, nichtsprechende Nummer pro Spital und Patient für jeden neuen administrativen Fall eines Patienten.
Bemerkung	Die Fallnummer muss in allen SDEP-Erhebungsteilen identisch sein, so dass eine Verknüpfung der Erhebungsteile möglich ist. Sie darf nicht verschlüsselt abgegeben werden (4.6.V01 = B6 = C6 = C17 = C23 = C29 = C67). Werden Kostendaten an die SwissDRG geliefert, so müssen diese zwingend dieselbe Identifikationsnummer enthalten. Entspricht auch der Fallnummer der Fallkostenstatistik. Die Fallnummer muss ab 2019 nicht mehr konvertiert werden. Bei einer Änderung der Fallnummer gibt es für die Fälle mit Eintritt vor dem 1.1.2019 zwei Möglichkeiten: 1. Die Fallnummern der Fälle mit Eintritt vor 1.1.2019 entsprechen weiterhin den bisher verwendeten Fallnummern (Datensatz 2018). 2. Für alle Fälle mit Eintritt vor 1.1.2019 wird eine Schlüsseltabelle (Excel) mit der alten und der neuen Fallnummer geliefert. Ab 2020 ist bei einer Änderung der Fallnummer (von konvertiert zu nicht konvertiert) sicherzustellen, dass die Über- und Durchlieger weiterhin die bisher verwendete Fallnummer haben.

4.8.V01 Tarifsysteem für die Abrechnung

Spezifikation	0 = unbekannt darf nicht codiert werden.
Bemerkung	Mit den Codes 2, 4 und 6 sind jene Fälle der Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie zu codieren, welche nicht unter den nationalen Tarifsystemen SwissDRG, ST Reha und Tarpsy abgerechnet werden. Bis zur Einführung von ST Reha sind alle Fälle der Rehabilitation mit 4 zu codieren. Für nicht stationäre Fälle ist diese Variable leer zu lassen.

4.8.V02 bis 4.8.V15 Medikamente

Spezifikation	
Bemerkung	In diesen Feldern sind hochteure Medikamente gemäss den Vorgaben der SwissDRG AG zu erfassen. Weitere Angaben finden Sie in den Dokumenten «Technisches Begleitblatt» und «Liste der in der Medizinischen Statistik erfassbaren Medikamente/Substanzen» der SwissDRG AG.

4.8.V16 Gestationsalter 12M

Spezifikation	Angabe des Gestationsalters in Anzahl Wochen und Tage (erfüllte Wochen und erfüllte Tage). Zum Beispiel: 39 Wochen und 4 Tage ergibt «394». Diese Angabe muss für Frühgeborene, Neugeborene und Säuglinge bis zum vollendeten ersten Lebensjahr (Alter <1 Jahr) gemacht werden.
Bemerkung	Muss auch bei Geburten im Spital zusätzlich zu den Feldern 2.3.V02 und 2.3.V03 erfasst werden. Entspricht Feld 2.3.V03. Wenn 2.3.V03 unbekannt, dann 2.2.V02 abfüllen. Die SwissDRG AG wünscht eine redundante Erfassung, weil ihre Partner nicht alle den MN-Datensatz erhalten. Das Feld darf nicht verschlüsselt abgegeben werden.

4.8.V17 - 4.8.V20 Aufenthaltsort nach X. Austritt

Spezifikation	
Bemerkung	Die Felder dürfen nicht verschlüsselt abgegeben werden.

4.3 SDEP-KTR

Die wichtigsten Themen im Zusammenhang mit der Erfassung der Kostenrechnung werden hier in alphabetischer Reihenfolge erläutert.

Abgrenzung Heim- und Pflegebereich

Spitäler, welche gleichzeitig Alters- oder Pflegeheime betreiben, müssen die Kosten und Erlöse für diesen Bereich klar abgrenzen. Pflegeheime werden grundsätzlich als Nebenbetriebe abgebildet. In der Krankenhausstatistik wird das gesamte Personal in der Personalstatistik erfasst. Bei den Mitarbeitenden, die hauptsächlich im Pflegeheim arbeiten, soll die Hauptleistungsstelle E200 Nebenbetrieb gewählt werden.

Ambulante Fälle

Zwecks Vergleichbarkeit müssen ambulante Fälle nach vereinbartem Behandlungsende abgeschlossen werden, wenn:

- am Jahresende kein Folgetermin vereinbart ist oder
- seit dem 01.01. keine Leistungen mehr stattfanden.

Akutsomatische Betriebe und Rehabilitationskliniken ordnen die ambulanten Fälle den einzelnen KTR-Typen zu und erheben deren Daten aggregiert pro KTR-Typ. Bei psychiatrischen Betrieben werden die KTR-Daten nicht aggregiert sondern analog zu den stationären Fällen einzeln auf Fallebene erhoben.

Anlagenutzungskosten

Die Anlagenutzungskosten müssen mit der Krankenhausstatistik des BFS übereinstimmen und sich nach den gesetzlichen Vorgaben richten (VKL). REKOLE® kommt subsidiär zur Anwendung. Konkret heisst dies, dass die Anlagekategorien nach REKOLE® definiert sind, Überabschreibungen jedoch nicht möglich sind. Eine detaillierte Anleitung zur Ermittlung VKL-konformer Anlagenutzungskosten sowie eine anschauliche Darstellung der Differenzen zwischen VKL und REKOLE® in der Ermittlung der Anlagenutzungskosten ist im REKOLE-Handbuch zu finden.

Die Mietkosten dürfen innerhalb einer Holding oder Betriebsgruppe in der Kostenrechnung maximal in der Höhe der Anlagenutzungskosten nach VKL aufgeführt werden. Allfällige Differenzen zur Finanzbuchhaltung sind sachlich abzugrenzen.

Arzthonorare

Die Arzthonorare sind einerseits nach «Arzthonorare Belegärzte, nicht sozialversicherungspflichtig» (Kto-Gruppe 405) und andererseits nach «Arzthonorare Spitalärzte» (Kto-Gruppe 380) bzw. «Arzthonorare, Belegärzte» (Kto-Gruppe 381) zu trennen. Es wird ausserdem nach Anteilen für GV (Grundversicherung) und ZV (Zusatzversicherung) unterschieden. Der GV-Anteil an den Arzthonoraren der zusatzversicherten Patientinnen und Patienten entspricht den Arztkosten, welche die gleiche Anzahl ausschliesslich allgemeinversicherter Patienten mit vergleichbaren Diagnosen verursacht hätte. Die Arztkosten der Kostengruppe 30-39 sind dabei mit zu berücksichtigen.

Nicht sozialversicherungspflichtige Arzthonorare für Spitalärztinnen und -ärzte z.B. für ambulante Fälle sind unter der Kostengruppe 405 abzubilden.

Assistenzarztausbildung

Siehe Forschung und universitäre Lehre (Stichwort universitäre Weiterbildung).

Bestandesänderung an unfertigen und fertigen Erzeugnisse (Konto 67)

Spitäler und Kliniken haben mehrheitlich Swiss GAAP FER umgesetzt und die Bestandesänderungen im Konto 67 abgebildet. Dieses Konto wird in SDEP-KTR nicht erhoben. Der geschätzte anteilige Ertrag ist im entsprechenden Erlöskonto zu verbuchen. In der SDEP-E Abstimmbrücke werden die erfassten Werte in der Abstimmungshilfe aggregiert unter dem Überliegersaldo abgebildet. In der FiBu-Spalte der Abstimmbrücke können die Bestandesänderungen direkt im Konto 67 ausgewiesen werden. Sachlich abgegrenzt werden darf der entsprechende Wert jedoch nicht. Die Abgrenzung darf erst innerhalb der Betriebsbuchhaltung zwischen Zeit- und Stückrechnung erfolgen.

CMO- und ANQ-Zuschläge

Die Beiträge für CMO und ANQ werden jährlich anhand der Anzahl Austritte basierend auf den Angaben des BFS in Rechnung gestellt. Die Kosten der Zuschläge sind gemäss der Rechnung unter die Konto-Gruppe 49 zu buchen. Die Beträge unterliegen der MWST.

Finanzerlös (Konto 66)

Gemäss dem Bruttoprinzip dürfen die Erlöse der Kontogruppe 66 nicht kostenmindernd in den dienstleistenden und leistungserbringenden Kostenstellen verbucht werden. Zudem können diese Erlöse in SDEP-KTR im Konto 66 bei stationären Fällen (KTR-Typ 1 = Fall) nicht mehr erfasst werden.

Forschung und universitäre Lehre

Die Kosten für die Forschung und universitäre Lehre müssen gemäss REKOLE® erfasst und ausgedehnt werden (siehe Definition VKL Art. 2, Abs. 1, lit. g und Art. 7). Die Daten sind anhand der dafür vorgesehenen KTR-Typen (SDEP-KTR Variable B7) zu erfassen:

-
- 12 = Forschung
 - 13 = universitäre Ausbildung
 - 14 = universitäre Weiterbildung
 - 15 = extern finanzierte universitäre Lehr- und Forschungstätigkeiten

Innerhalb der gesetzlichen Vorgaben sind die Betriebe frei, eine angemessene Methode zu wählen, um die Kosten der universitären Lehre und Forschung zu ermitteln. Folgende Minimalstandards werden vom AFG geprüft:

- vollständige Erfassung grosser Kostenblöcke
- jährliche Analyse sämtlicher Kostenarten
- separater Ausweis der Kosten und Erträge von extern finanzierten, aber am Spitalbetrieb ausgeführten Forschungsprojekten
- Erstellung und regelmässige Aktualisierung eines Konzepts zur Erfassung der Kosten der FuuL

Der normative Ausweis von Kosten in Höhe der Erträge (Subventionen) ist gemäss Rechtsprechung BVGer nicht gestattet. Die Kosten für die Assistenzarztausbildung müssen ermittelt und unter KTR-Typ 14 = universitäre Weiterbildung abgebildet werden. Im KTR-Typ 14 sind die effektiven Subventionen für die Assistenzärztinnen und -ärzte als Erlös anzugeben. Es kann entweder der budgetierte Wert gemäss Staatsbeitragsvereinbarung oder der effektiv im Erhebungsjahr angefallene Betrag erfasst werden. Zur Plausibilisierung wird der Wert gemäss Staatsbeitragsvereinbarung herbeigezogen. Eine allfällige Differenz ist zu begründen.

Universitäre Spitäler und Kliniken differenzieren je zwischen erhaltener und erteilter Lehre. Diese Angaben sind in zwei separaten Zeilen mit KTR-Typ = 13 und/oder 14 in SDEP-KTR zu erfassen und durch die Variable B8 KTR-Bezeichnung zu kennzeichnen.

Die Kosten und Erträge von extern finanzierten, aber am Spitalbetrieb ausgeführten Forschungsprojekten werden in SDEP-E Abstimmbrücke sachlich abgegrenzt (Erträge: Kto 69, Kosten je pro Konto) und einzeln begründet. In die Betriebsbuchhaltung fliessen die Kosten und Erträge über den KTR-Typ 15 = extern finanz. univ. Lehre u. Forschung hinein.

Gemeinwirtschaftliche Leistungen

Die Kosten für gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL) müssen gemäss REKOLE® als eigener Auftrag erfasst werden. In SDEP-KTR werden die Erlöse und Kosten der einzelnen GWL als KTR-Typ 16 = GWL gemäss Gesetz erfasst. Mit diesem KTR-Typ sind nur Bereiche zu erfassen, für die das Spital vom AFG nicht fallbezogene Subventionen erhält. Bereiche mit fallbezogenen Subventionen sind direkt auf den Fällen (KTR-Typ 1 = Fall) zu erfassen und werden damit direkt in den entsprechenden Tarifspalten abgebildet. Aufträge Dritter werden gesondert mit KTR-Typ 17 = übrige Aufträge an Dritte erfasst.

Kantonsanteil

Die Erträge aus medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Leistungen sind inklusive des Kantonsanteils auszuweisen. Dieser gilt nicht als Subvention im Sinne der Erlösart 69.

Stornos und Refaktura von Vorjahresfällen

Müssen Vorjahresfälle storniert und refakturiert werden, entsteht eine Differenz zwischen Finanz- und Betriebsbuchhaltung. In der Finanzbuchhaltung werden die Erträge gemäss ihrem Faktura-Datum abgebildet, in der Betriebsbuchhaltung werden die Kosten jedoch fallgerecht abgebildet. Aus diesem Grund können in SDEP-E Abstimmbrücke allfällige Differenzen aufgrund von Stornos und Refaktura abgegrenzt werden.

Stückrechnung

Siehe Zeit-/Stückrechnung

Subventionen

Subventionen sind grundsätzlich in der Ertragsart 69 auszuweisen. Fallbezogene Subventionen (Tageskliniken und Ambulatorien in der Psychiatrie) gehören in die entsprechende Tarifspalte der Fälle, pauschale Subventionen in die Spalte «GWL gemäss Gesetz» oder «übrige Aufträge an Dritte» und Beiträge zur Assistenzarztausbildung in die Spalte «universitäre Weiterbildung».

Übrige Erlöse aus Leistungen an Patienten (65)

Gemäss Entscheid des Bundesverwaltungsgerichts müssen die Erlöse der Kontogruppe 65 zu 100% in Abzug gebracht werden, sofern die entsprechenden Kosten in SDEP-KTR Variable B111 «Kosten von Leistungen an Patienten zu Erlösen Kt.gr. 65 (falls ermittelt)» nicht ausgewiesen werden können. Falls diese in B111 erfasst worden sind, werden die Kosten im ITAR-K Eingabefile abgefüllt und entsprechend in Abzug gebracht. Werden in B111 keine Angaben gemacht, erfolgt der Abzug der Erlöse automatisch im ITAR-K Eingabefile.

Unbewertete DRGs

Unbewertete DRGs gemäss der im Datenjahr geltenden SwissDRG-Version können die Berechnung des CMI und des Benchmarking-relevanten Basiswerts verzerren. Gibt es in einem Jahr solche unbewerteten DRGs, werden deren Kosten darum von den Berechnungen ausgeschlossen.

Zeit-/Stückrechnung

Grundsätzlich sind in der Abstimmbrücke die Werte gemäss der Zeit- und in SDEP-KTR gemäss Stückrechnung anzugeben. Ausnahmen davon bilden die Sammel-KTR-Typen und die fallunabhängigen KTR-Typen, die in Zeitrechnung zu erfassen sind.

Zinsen (kalkulatorisch)

Um die Kapitalkosten vergleichbar auszuweisen, gibt REKOLE® vor, dass die tatsächlichen Zinsen sachlich abgegrenzt und dafür kalkulatorische Zinsen ausgewiesen werden. Die Berechnung der kalkulatorischen Verzinsung des Anlage- und des Umlaufvermögens erfolgt nach der durch REKOLE® beschriebenen Methode.

Für die Tarifbildung verlangt die Rechtspraxis jedoch eine andere Methode für die Berechnung der kalkulatorischen Verzinsung des Umlaufvermögens, nämlich die Preisüberwachermethodik. Diese verwendet als Zinssatz die Durchschnittsrendite von Obligationen der Eidgenossenschaft mit einer Laufzeit von 10 Jahren (vgl. Statistisches Monatsheft der SNB, Tab. E3, abrufbar unter www.snb.ch) bei einer Zahlungsfrist von 40 Tagen.

Zusatzentgelte nach SwissDRG

Für die Leistungen der Zusatzentgelte, welche nach SwissDRG definiert sind, ist jeweils die DRG-Version des Ausweisjahres zu verwenden.

Zwischenrechnungen

Wir empfehlen per Stichtag 31.12. des Datenjahres Zwischenrechnungen zu stellen für Leistungen im ambulanten Bereich und für solche, die in einer eigenständigen Langzeitabteilung erbracht wurden. Somit müssten für diese Fälle keine Kostenberechnungen für die Überlieger vorgenommen werden (vgl. auch Zeit-/Stückrechnung).

4.3.1 KK-Record

B1 Recordtyp

Format	AN2
Ausprägungen	KK
Anmerkungen	KK: Kopfrecord - Kennzeichnung des Files

B2 BUR-Nummer

Format	AN8
Spezifikation	XXXXXXXX
Anmerkungen	BUR-Nummer des Betriebs

B3 Erstellungszeitpunkt

Format	N14
Spezifikation	yyyymmddhhmmss
Anmerkungen	Zeitpunkt der Erstellung des Files

B4 Erstellt durch

Format	AN100
Spezifikation	beliebig
Anmerkungen	Optional: Ersteller (User) und Erstellungssystem

4.3.2 KR-Record

B1 Recordtyp

Format	AN2
Ausprägungen	KR
Anmerkungen	KR: Kostenrechnungs-Record (ETR+KTR)

B5 BUR-Nummer

Format	AN8
Spezifikation	XXXXXXXX
Anmerkungen	BUR-Nummer des Betriebs

B6 Fallnummer/KTR-Nummer

Format	AN16
Spezifikation	Fälle: Entspricht der in der MS Variable 4.6.V01 eingetragenen Fallnummer Nicht-fallbezogene KTR: Laufnummer mit vorgestelltem "K". Z.B. "K00001"
Anmerkungen	Für nicht-fallbezogene Kostenträger, die nicht eindeutig pro Jahr sind (z.B. einzeln aufgeführte Nebenbetriebe) ist hier eine eindeutige KTR-Nummer mit einem vorgestellten "K" anzugeben (z.B. K0001). So können nicht-fallbezogene Kostenträger (vgl. KTR-Typen, B7) eindeutig identifiziert und über die Uploads hinweg verknüpft werden. Welche KTR-Typen eindeutig sein müssen und welche nicht, ist in der Tabelle "KTR-Typen" festgehalten.

B7 KTR-Typ

Format	N3
Ausprägungen	vgl. separates Tabellenblatt (KTR-Typen)
Spezifikation	Hier ist die Art des Kostenträgers anzugeben: Fall (=1) oder Auftrag mit genaueren Unterkategorien. Die Ausprägungen sind der separaten Tabelle "KTR-Typ-Ausprägungen" zu entnehmen.
Anmerkungen	Für alle GWL und Nebenbetriebe muss eine separate Zeile ausgefüllt werden. Ambulante Fälle der Psychiatrie müssen ebenfalls als einzelne Fälle geführt werden (analog Erhebungsteil A - MS). Genauere Angaben zu den kostenträgerspezifischen Vorgaben sind der Tabelle "KTR-Typ-Ausprägungen" zu entnehmen.

B8 KTR-Bezeichnung

Format	AN256
Spezifikation	Anzugeben, wenn KTR-Typ = 10/11/16/110/111/112/139 sowie für Unispitäler bei 13/14
Anmerkungen	Für alle GWL und Nebenbetriebe muss eine separate Zeile ausgefüllt werden. Die Bezeichnung ist für alle Nebenbetriebe, weiteren Tarife, GWL und Fremdleistungen anzugeben.

B9 Kennzeichnung des Statistikfalls

Format	AN1
Ausprägungen	A = Austritt B = Überlieger C = Durchlieger
Spezifikation	Entspricht der Variable 0.2.V02 der MS (Erhebungsteil A)
Anmerkungen	Ausprägung muss der Angabe im Erhebungsteil A entsprechen. Doppelte Angabe zur besseren Interpretationsmöglichkeit des Erhebungsteils B.

B10 Behandlungsart

Format	N1
Ausprägungen	1 = ambulanter Fall 2 = tages-/nachtsklinischer Fall 3 = stationärer Fall 0 = fallunabhängig
Spezifikation	Entspricht teilweise der Variable 1.3.V01 der MS (Erhebungsteil A) Der Wert 0 = fallunabhängig ist bei allen KTR-Typen > 1 zu codieren.
Anmerkungen	Ausprägung muss der Angabe im Erhebungsteil A entsprechen. Doppelte Angabe zur besseren Interpretationsmöglichkeit des Erhebungsteils B.

B11 60 Erlöse aus medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Leistungen für Patienten

Format	N10
Spezifikation	positive Dezimalzahl mit bis zu zwei Nachkommastellen
Anmerkungen	Erlöse aus Tages- und Fallpreispauschalen inkl. OKP/UV/IV/MV/Kantons- und Investitionskostenanteile sowie CMO-Zuschlag. Debitorenverluste, Rabatte und Skonti sind hier in Abzug zu bringen. Die Erlösminderungen (Konto 609) sind hier in Abzug zu bringen.

B12 611 Ärztliche Einzelleistungen (GV-Anteil)

Format	N10
Spezifikation	positive Dezimalzahl mit bis zu zwei Nachkommastellen
Anmerkungen	Grundversicherungsanteile der Erträge aus ärztlichen Einzelleistungen

B13 612 Ärztliche Einzelleistungen (ZV-Anteil)

Format	N10
Spezifikation	positive Dezimalzahl mit bis zu zwei Nachkommastellen
Anmerkungen	Zusatzversicherungsanteile der Erträge aus ärztlichen Einzelleistungen

B14 62 übrige Spitaleinzelleistungen

Format	N10
Spezifikation	positive Dezimalzahl mit bis zu zwei Nachkommastellen
Anmerkungen	Technische Leistungen gemäss TARMED, alle anderen Tarife (paramedizinische Tarife für Logopädie, Ergotherapie, Physiotherapie) und Laborerträge

B15 65 Übrige Erlöse aus Leistungen an Patienten

Format	N10
Spezifikation	positive Dezimalzahl mit bis zu zwei Nachkommastellen
Anmerkungen	Diese Variable enthält alle Erlöse für Leistungen an Patienten, die nicht in den Erlösartenhauptgruppen 60 – 62 verbucht werden können.

B16 66 Finanzerlös

Format	N10
Spezifikation	positive Dezimalzahl mit bis zu zwei Nachkommastellen
Anmerkungen	Nur Finanzerlöse, die direkt mit dem Krankenhausbetrieb verbunden sind.

B17 68 Erlöse aus Leistungen an Personal und Dritte

Format	N10
Spezifikation	positive Dezimalzahl mit bis zu zwei Nachkommastellen
Anmerkungen	Alle fallbezogenen Erlöse aus Leistungen an Personal und Dritte, z.B. Erlöse aus den Nebenbetrieben

B18 69 Beiträge und Subventionen

Format	N10
Spezifikation	positive Dezimalzahl mit bis zu zwei Nachkommastellen
Anmerkungen	Alle fallbezogenen Subventionen für OKP-Aktivität-bezogene GWL und GWL „nicht kostendeckende Tarife«. Nicht fallbezogene Subventionen für GWL sind auf einem eigenen separaten Kosten-/Erlösträger auszuweisen und in der KTR nicht abzubilden.

B19 4001 Arzneimittel (exkl. Blut und Blutprodukte)

Format	N10
Spezifikation	positive Dezimalzahl mit bis zu zwei Nachkommastellen
Anmerkungen	Alle direkt zurechenbaren Kosten für Arzneimittel gemäss Heilmittelgesetz (HMG), exklusive Kosten für Blut und Blutprodukte

B20 4002 Blut und Blutprodukte

Format	N10
Spezifikation	positive Dezimalzahl mit bis zu zwei Nachkommastellen
Anmerkungen	Alle Kosten für Blut und Blutprodukte gemäss Heilmittelgesetz (HMG).

B21 4012 Material, Instrumente, usw.

Format	N10
Spezifikation	positive Dezimalzahl mit bis zu zwei Nachkommastellen
Anmerkungen	Alle Kosten von Einweg- und Mehrwegmaterial, Verband- und Nahtmaterial sowie übriges Material (exkl. Implantate und OSM).

B22 4011 Implantate

Format	N10
Spezifikation	positive Dezimalzahl mit bis zu zwei Nachkommastellen
Anmerkungen	Alle Kosten für Implantate und Osteosynthesematerial

B23 Übriger Medizinischer Bedarf exkl. Arzthonorare

Format	N10
Spezifikation	positive Dezimalzahl mit bis zu zwei Nachkommastellen
Anmerkungen	Alle übrigen Einzelkosten der Konten 403, 404 und 405 exklusive Konten 4051/4052 (Arzthonorare)

B24 4051 Arzthonorare Belegärzte, nicht sozialversicherungspflichtig (GV-Anteil)

Format	N10
Spezifikation	positive Dezimalzahl mit bis zu zwei Nachkommastellen
Anmerkungen	Grundversicherungsanteil der Kosten für Fremdleistungen aus selbständiger ärztlicher Tätigkeit, die für das Spital/die Klinik nicht sozialversicherungspflichtig sind

B25 4052 Arzthonorare Belegärzte, nicht sozialversicherungspflichtig (ZV-Anteil)

Format	N10
Spezifikation	positive Dezimalzahl mit bis zu zwei Nachkommastellen

(cont.)

Anmerkungen	Zusatzversicherungsanteil der Kosten für Fremdleistungen aus selbständiger ärztlicher Tätigkeit, die für das Spital/die Klinik nicht sozialversicherungspflichtig sind
-------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

B26 3801 Arzthonorar, Spitalärzte (sozialversicherungspflichtig, GV-Anteil)

Format	N10
Spezifikation	positive Dezimalzahl mit bis zu zwei Nachkommastellen
Anmerkungen	Grundversicherungsanteil der direkt zurechenbaren, sozialversicherungspflichtigen Arzthonorare der vom Spital angestellten Ärzte

B27 3802 Arzthonorar, Spitalärzte (sozialversicherungspflichtig, ZV-Anteil)

Format	N10
Spezifikation	positive Dezimalzahl mit bis zu zwei Nachkommastellen
Anmerkungen	Zusatzversicherungsanteil der direkt zurechenbaren, sozialversicherungspflichtigen Arzthonorare der vom Spital angestellten Ärzte

B28 3811 Arzthonorar, Belegärzte (sozialversicherungspflichtig, GV-Anteil)

Format	N10
Spezifikation	positive Dezimalzahl mit bis zu zwei Nachkommastellen
Anmerkungen	Grundversicherungsanteil der direkt zurechenbaren, sozialversicherungspflichtigen Arzthonorare der nicht vom Spital angestellten Ärzte

B29 3812 Arzthonorar, Belegärzte (sozialversicherungspflichtig, ZV-Anteil)

Format	N10
Spezifikation	positive Dezimalzahl mit bis zu zwei Nachkommastellen
Anmerkungen	Zusatzversicherungsanteil der direkt zurechenbaren, sozialversicherungspflichtigen Arzthonorare der nicht vom Spital angestellten Ärzte

B30 480 Patiententransport durch Dritte

Format	N10
Spezifikation	positive Dezimalzahl mit bis zu zwei Nachkommastellen
Anmerkungen	Rechnungen externer Ambulanzdienste

B31 485 Übrige patientenbezogene Fremdleistungen

Format	N10
Spezifikation	positive Dezimalzahl mit bis zu zwei Nachkommastellen
Anmerkungen	Patientenbezogene Materialtransporte (z.B. Transport von Röntgenbildern)

B32 486 Übrige Auslagen für Patienten

Format	N10
Spezifikation	positive Dezimalzahl mit bis zu zwei Nachkommastellen
Anmerkungen	Unterrichtskosten, Bestattungskosten, Patientenbetreuung sowie Handelswaren, die von Patienten bezogen werden (z. B. Ergotherapiematerial).

B33 10 Patientenadministration, Gemeinkosten exkl. ANK

Format	N10
Spezifikation	positive Dezimalzahl mit bis zu zwei Nachkommastellen
Anmerkungen	Alle Personal- und Sachkosten der Kostenstelle 10 gemäss REKOLE®, exkl. ANK

B34 20 OP-Saal, Gemeinkosten exkl. ANK

Format	N10
Spezifikation	positive Dezimalzahl mit bis zu zwei Nachkommastellen
Anmerkungen	Alle Personal- und Sachkosten der Kostenstelle 20 gemäss REKOLE®, exkl. ANK

B35 21 Herzkatheter-Labor exkl. ANK

Format	N10
Spezifikation	positive Dezimalzahl mit bis zu zwei Nachkommastellen
Anmerkungen	Alle Personal- und Sachkosten der Kostenstelle 21 gemäss REKOLE®, exkl. ANK Für Daten 2019 freiwillig, ab Daten 2020 verpflichtend

B36 23 Anästhesie, Gemeinkosten exkl. ANK

Format	N10
Spezifikation	positive Dezimalzahl mit bis zu zwei Nachkommastellen
Anmerkungen	Alle Personal- und Sachkosten der Kostenstelle 23 gemäss REKOLE®, exkl. ANK

B37 24 Intensivpflege (IPS), Gemeinkosten exkl. ANK

Format	N10
Spezifikation	positive Dezimalzahl mit bis zu zwei Nachkommastellen
Anmerkungen	Alle Personal- und Sachkosten der Kostenstelle 24 gemäss REKOLE®, exkl. ANK

B38 25 Notfall, Gemeinkosten exkl. ANK

Format	N10
Spezifikation	positive Dezimalzahl mit bis zu zwei Nachkommastellen
Anmerkungen	Alle Personal- und Sachkosten der Kostenstelle 25 gemäss REKOLE®, exkl. ANK

B39 26 Bildgebende Verfahren, Gemeinkosten exkl. ANK

Format	N10
Spezifikation	positive Dezimalzahl mit bis zu zwei Nachkommastellen
Anmerkungen	Alle Personal- und Sachkosten der Kostenstellen 26 gemäss REKOLE®, exkl. ANK

B40 27 Gebärsaal, Gemeinkosten exkl. ANK

Format	N10
Spezifikation	positive Dezimalzahl mit bis zu zwei Nachkommastellen
Anmerkungen	Alle Personal- und Sachkosten der Kostenstelle 27 gemäss REKOLE®, exkl. ANK

B41 28 Nuklearmedizin und Radioonkologie, Gemeinkosten exkl. ANK

Format	N10
Spezifikation	positive Dezimalzahl mit bis zu zwei Nachkommastellen
Anmerkungen	Alle Personal- und Sachkosten der Kostenstellen 28 gemäss REKOLE®, exkl. ANK

B42 29 Labor, Gemeinkosten exkl. ANK

Format	N10
Spezifikation	positive Dezimalzahl mit bis zu zwei Nachkommastellen
Anmerkungen	Alle Personal- und Sachkosten der Kostenstelle 29 gemäss REKOLE®, exkl. ANK

B43 30 Dialysen, Gemeinkosten exkl. ANK

Format	N10
Spezifikation	positive Dezimalzahl mit bis zu zwei Nachkommastellen
Anmerkungen	Alle Personal- und Sachkosten der Kostenstelle 30 gemäss REKOLE®, exkl. ANK

B44 31 Ärzteschaften Aktivitäten 1-5, Gemeinkosten exkl. ANK

Format	N10
Spezifikation	positive Dezimalzahl mit bis zu zwei Nachkommastellen
Anmerkungen	Personal- und Sachkosten der Kostenstelle 31 gemäss REKOLE® (exkl. ANK), die unter die Aktivitäten 1-5 fallen. Dies sind Aktivitäten, die direkt über die Kostenstelle 31 verrechnet werden.

B45 31 Ärzteschaften des OP-Saals - Aktivitäten 6a1, Gemeinkosten exkl. ANK

Format	N10
Spezifikation	positive Dezimalzahl mit bis zu zwei Nachkommastellen
Anmerkungen	Alle Personalkosten der Ärzteschaften im OP-Saal – Aktivitäten 6a1 gemäss REKOLE®, exkl. ANK

B46 31 Ärzteschaften des Herzkatheter-Labors - Aktivitäten 6a2, Gemeinkosten exkl. ANK

Format	N10
Spezifikation	positive Dezimalzahl mit bis zu zwei Nachkommastellen
Anmerkungen	Alle Personalkosten der Ärzteschaften im Herzkatheterlabor – Aktivitäten 6a2 gemäss REKOLE®, exkl. ANK Für Daten 2019 freiwillig, ab Daten 2020 verpflichtend

B47 31 Ärzteschaften der IPS - Aktivitäten 6b1, Gemeinkosten exkl. ANK

Format	N10
Spezifikation	positive Dezimalzahl mit bis zu zwei Nachkommastellen
Anmerkungen	Alle Personalkosten der Ärzteschaften der IPS – Aktivitäten 6b1 gemäss REKOLE®, exkl. ANK

B48 31 Ärzteschaften der IMCU - Aktivitäten 6b2, Gemeinkosten exkl. ANK

Format	N10
Spezifikation	positive Dezimalzahl mit bis zu zwei Nachkommastellen
Anmerkungen	Alle Personalkosten der Ärzteschaften der IMCU – Aktivitäten 6b2 gemäss REKOLE®, exkl. ANK

B49 31 Ärzteschaften des Notfalls - Aktivitäten 6b3, Gemeinkosten exkl. ANK

Format	N10
Spezifikation	positive Dezimalzahl mit bis zu zwei Nachkommastellen
Anmerkungen	Alle Personalkosten der Ärzteschaften des Notfalls – Aktivitäten 6b3, gemäss REKOLE®, exkl. ANK

B50 31 Ärzteschaften des Gebärsaals - Aktivitäten 6b4, Gemeinkosten exkl. ANK

Format	N10
Spezifikation	positive Dezimalzahl mit bis zu zwei Nachkommastellen
Anmerkungen	Alle Personalkosten der Ärzteschaften des Gebärsaals – Aktivitäten 6b4, gemäss REKOLE®, exkl. ANK

B51 31 Ärzteschaften der medizinischen und therapeutischen Diagnostik - Aktivitäten 6b5, Gemeinkosten exkl. ANK

Format	N10
Spezifikation	positive Dezimalzahl mit bis zu zwei Nachkommastellen
Anmerkungen	Alle Personalkosten der Ärzteschaften der medizinischen und therapeutischen Diagnostik – Aktivitäten 6b5 gemäss REKOLE®, exkl. ANK

B52 32 Physiotherapie, Gemeinkosten exkl. ANK

Format	N10
Spezifikation	positive Dezimalzahl mit bis zu zwei Nachkommastellen
Anmerkungen	Alle Personal- und Sachkosten der Kostenstelle 32 gemäss REKOLE®, exkl. ANK

B53 33 Ergotherapie, Gemeinkosten exkl. ANK

Format	N10
--------	-----

(cont.)

Spezifikation	positive Dezimalzahl mit bis zu zwei Nachkommastellen
Anmerkungen	Alle Personal- und Sachkosten der Kostenstelle 33 gemäss REKOLE®, exkl. ANK

B54 34 Logopädie, Gemeinkosten exkl. ANK

Format	N10
Spezifikation	positive Dezimalzahl mit bis zu zwei Nachkommastellen
Anmerkungen	Alle Personal- und Sachkosten der Kostenstelle 34 gemäss REKOLE®, exkl. ANK

B55 35 Nichtärztliche Therapien und Beratungen, Gemeinkosten exkl. ANK

Format	N10
Spezifikation	positive Dezimalzahl mit bis zu zwei Nachkommastellen
Anmerkungen	Alle Personal- und Sachkosten der Kostenstelle 35 gemäss REKOLE®, exkl. ANK

B56 36 Medizinische und therapeutische Diagnostik, Gemeinkosten exkl. ANK

Format	N10
Spezifikation	positive Dezimalzahl mit bis zu zwei Nachkommastellen
Anmerkungen	Alle Personal- und Sachkosten der Kostenstelle 36 gemäss REKOLE®, exkl. ANK

B57 38 Anerkannte Intermediate Care Stellen (IMCU), Gemeinkosten exkl. ANK

Format	N10
Spezifikation	positive Dezimalzahl mit bis zu zwei Nachkommastellen
Anmerkungen	Alle Personal- und Sachkosten der Kostenstelle 38 gemäss REKOLE®, exkl. ANK

B58 39 Pflege, Gemeinkosten exkl. ANK

Format	N10
Spezifikation	positive Dezimalzahl mit bis zu zwei Nachkommastellen
Anmerkungen	Alle Personal- und Sachkosten der Kostenstelle 39 gemäss REKOLE®, exkl. ANK

B59 40 Psychologie, Gemeinkosten exkl. ANK

Format	N10
Spezifikation	positive Dezimalzahl mit bis zu zwei Nachkommastellen
Anmerkungen	Alle Personal- und Sachkosten der Kostenstelle 40 Psychologie, exkl. ANK Dieses Feld muss von akutsomatischen und Reha-Betrieben nicht abgefüllt werden.

B60 41 Hotellerie-Zimmer, Gemeinkosten exkl. ANK

Format	N10
Spezifikation	positive Dezimalzahl mit bis zu zwei Nachkommastellen
Anmerkungen	Alle Personal- und Sachkosten der Kostenstellen 41 gemäss REKOLE®, exkl. ANK

B61 42 Hotellerie-Küche, Gemeinkosten exkl. ANK

Format	N10
Spezifikation	positive Dezimalzahl mit bis zu zwei Nachkommastellen
Anmerkungen	Alle Personal- und Sachkosten der Kostenstellen 42 gemäss REKOLE®, exkl. ANK

B62 43 Hotellerie-Service, Gemeinkosten exkl. ANK

Format	N10
Spezifikation	positive Dezimalzahl mit bis zu zwei Nachkommastellen
Anmerkungen	Alle Personal- und Sachkosten der Kostenstellen 43 gemäss REKOLE®, exkl. ANK

B63 44 Übrige Leistungserbringer, Gemeinkosten exkl. ANK

Format	N10
Spezifikation	positive Dezimalzahl mit bis zu zwei Nachkommastellen
Anmerkungen	Alle Personal- und Sachkosten der Kostenstelle 44 gemäss REKOLE®, exkl. ANK

B64 45 Pathologie, Gemeinkosten exkl. ANK

Format	N10
Spezifikation	positive Dezimalzahl mit bis zu zwei Nachkommastellen
Anmerkungen	Alle Personal- und Sachkosten der Kostenstelle 45 gemäss REKOLE®, exkl. ANK

B65 77 Rettungs-/Ambulanzdienst (nur Sekundärtransporte), Gemeinkosten exkl. ANK

Format	N10
Spezifikation	positive Dezimalzahl mit bis zu zwei Nachkommastellen
Anmerkungen	Alle Personal- und Sachkosten der Kostenstelle 77 gemäss REKOLE®, exkl. ANK

B66 Nicht patientenbezogene Kosten (können ganze Kst sein)

Format	N10
Spezifikation	positive Dezimalzahl mit bis zu zwei Nachkommastellen
Anmerkungen	Darf nicht für administrative Fälle ausgefüllt werden.

B67 442 Abschreibungen nach VKL

Format	N10
Spezifikation	positive Dezimalzahl mit bis zu zwei Nachkommastellen
Anmerkungen	Kosten für Abschreibungen gemäss VKL (Anlagen mit einem Anschaffungswert über dem VKL-Grenzwert von 10'000 Fr.)

B68 444 Übrige Mietzinse nach VKL (inkl. operatives Leasing)

Format	N10
Spezifikation	positive Dezimalzahl mit bis zu zwei Nachkommastellen
Anmerkungen	Kosten für an Dritte bezahlte Mietzinsen von Anlagen mit einem Anschaffungswert über dem VKL-Grenzwert von 10'000 Fr.

B69 448 Kalkulatorische Verzinsung des Anlagevermögens nach VKL

Format	N10
Spezifikation	positive Dezimalzahl mit bis zu zwei Nachkommastellen
Anmerkungen	In Ermangelung einer VKL-Definition der Berechnung der kalkulatorischen Zinsen des Anlagevermögens werden diese nach der REKOLE-Methodik ausgewiesen. Das gebundene Kapital wird mit dem VKL-Zinssatz verzinst. Das gebundene Kapital wird mit der Durchschnittswertmethode berechnet (Anschaffungswert/2). Einzig Land wird zum vollen Wert verzinst.

B70 10 Patientenadministration, ANK nach REKOLE

Format	N10
Spezifikation	positive Dezimalzahl mit bis zu zwei Nachkommastellen
Anmerkungen	ANK der Kostenstelle 10 gemäss REKOLE®, Angabe freiwillig, wird für die Erstellung der SwissDRG-Fallkostendatei benötigt.

B71 20 OP-Saal, ANK nach REKOLE

Format	N10
Spezifikation	positive Dezimalzahl mit bis zu zwei Nachkommastellen
Anmerkungen	ANK der Kostenstelle 20 gemäss REKOLE®, Angabe freiwillig, wird für die Erstellung der SwissDRG-Fallkostendatei benötigt.

B72 21 Herzkatheter-Labor, ANK nach REKOLE

Format	N10
Spezifikation	positive Dezimalzahl mit bis zu zwei Nachkommastellen
Anmerkungen	ANK der Kostenstelle 21 gemäss REKOLE®, Angabe freiwillig, wird für die Erstellung der SwissDRG-Fallkostendatei ab 2020 benötigt.

B73 23 Anästhesie, ANK nach REKOLE

Format	N10
Spezifikation	positive Dezimalzahl mit bis zu zwei Nachkommastellen
Anmerkungen	ANK der Kostenstelle 23 gemäss REKOLE®, Angabe freiwillig, wird für die Erstellung der SwissDRG-Fallkostendatei benötigt.

B74 24 Intensivpflege (IPS), ANK nach REKOLE

Format	N10
Spezifikation	positive Dezimalzahl mit bis zu zwei Nachkommastellen
Anmerkungen	ANK der Kostenstelle 24 gemäss REKOLE®, Angabe freiwillig, wird für die Erstellung der SwissDRG-Fallkostendatei benötigt.

B75 25 Notfall, ANK nach REKOLE

Format	N10
--------	-----

(cont.)

Spezifikation	positive Dezimalzahl mit bis zu zwei Nachkommastellen
Anmerkungen	ANK der Kostenstelle 25 gemäss REKOLE®, Angabe freiwillig, wird für die Erstellung der SwissDRG-Fallkostendatei benötigt.

B76 26 Bildgebende Verfahren, ANK nach REKOLE

Format	N10
Spezifikation	positive Dezimalzahl mit bis zu zwei Nachkommastellen
Anmerkungen	ANK der Kostenstellen 26 gemäss REKOLE®, Angabe freiwillig, wird für die Erstellung der SwissDRG-Fallkostendatei benötigt.

B77 27 Gebärsaal, ANK nach REKOLE

Format	N10
Spezifikation	positive Dezimalzahl mit bis zu zwei Nachkommastellen
Anmerkungen	ANK der Kostenstelle 27 gemäss REKOLE®, Angabe freiwillig, wird für die Erstellung der SwissDRG-Fallkostendatei benötigt.

B78 28 Nuklearmedizin und Radioonkologie, ANK nach REKOLE

Format	N10
Spezifikation	positive Dezimalzahl mit bis zu zwei Nachkommastellen
Anmerkungen	ANK der Kostenstellen 28 gemäss REKOLE®, Angabe freiwillig, wird für die Erstellung der SwissDRG-Fallkostendatei benötigt.

B79 29 Labor, ANK nach REKOLE

Format	N10
Spezifikation	positive Dezimalzahl mit bis zu zwei Nachkommastellen
Anmerkungen	ANK der Kostenstelle 29 gemäss REKOLE®, Angabe freiwillig, wird für die Erstellung der SwissDRG-Fallkostendatei benötigt.

B80 30 Dialysen, ANK nach REKOLE

Format	N10
Spezifikation	positive Dezimalzahl mit bis zu zwei Nachkommastellen

(cont.)

Anmerkungen	ANK der Kostenstelle 30 gemäss REKOLE®, Angabe freiwillig, wird für die Erstellung der SwissDRG-Fallkostendatei benötigt.
-------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

B81 31 Ärzteschaften Aktivitäten 1-5, ANK nach REKOLE

Format	N10
Spezifikation	positive Dezimalzahl mit bis zu zwei Nachkommastellen
Anmerkungen	ANK der Kostenstelle 31 gemäss REKOLE®, die unter die Aktivitäten 1-5 fallen. Dies sind Aktivitäten, die direkt über die Kostenstelle 31 verrechnet werden. Angabe freiwillig, wird für die Erstellung der SwissDRG-Fallkostendatei benötigt.

B82 31 Ärzteschaften des OP-Saals - Aktivitäten 6a1, ANK nach REKOLE

Format	N10
Spezifikation	positive Dezimalzahl mit bis zu zwei Nachkommastellen
Anmerkungen	ANK der Ärzteschaften des OP-Saals – Aktivitäten 6a1 gemäss REKOLE®, Angabe freiwillig, wird für die Erstellung der SwissDRG-Fallkostendatei benötigt.

B83 31 Ärzteschaften des Herzkatheter-Labors - Aktivitäten 6a2, ANK nach REKOLE

Format	N10
Spezifikation	positive Dezimalzahl mit bis zu zwei Nachkommastellen
Anmerkungen	ANK der Ärzteschaften des Herzkatheterlabors – Aktivitäten 6a2 gemäss REKOLE®, Angabe freiwillig, wird für die Erstellung der SwissDRG-Fallkostendatei ab 2020 benötigt.

B84 31 Ärzteschaften der IPS - Aktivitäten 6b1, ANK nach REKOLE

Format	N10
Spezifikation	positive Dezimalzahl mit bis zu zwei Nachkommastellen
Anmerkungen	ANK der Ärzteschaften der IPS – Aktivitäten 6b1 gemäss REKOLE®, Angabe freiwillig, wird für die Erstellung der SwissDRG-Fallkostendatei benötigt.

B85 31 Ärzteschaften der IMCU - Aktivitäten 6b2, ANK nach REKOLE

Format	N10
Spezifikation	positive Dezimalzahl mit bis zu zwei Nachkommastellen

(cont.)

Anmerkungen	ANK der Ärzteschaften der IMCU – Aktivitäten 6b2 gemäss REKOLE®, Angabe freiwillig, wird für die Erstellung der SwissDRG-Fallkostendatei benötigt.
-------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

B86 31 Ärzteschaften des Notfalls - Aktivitäten 6b3, ANK nach REKOLE

Format	N10
Spezifikation	positive Dezimalzahl mit bis zu zwei Nachkommastellen
Anmerkungen	ANK der Ärzteschaften des Notfalls – Aktivitäten 6b3 gemäss REKOLE®, Angabe freiwillig, wird für die Erstellung der SwissDRG-Fallkostendatei benötigt.

B87 31 Ärzteschaften des Gebärsaals - Aktivitäten 6b4, ANK nach REKOLE

Format	N10
Spezifikation	positive Dezimalzahl mit bis zu zwei Nachkommastellen
Anmerkungen	ANK der Ärzteschaften des Gebärsaals – Aktivitäten 6b4 gemäss REKOLE®, Angabe freiwillig, wird für die Erstellung der SwissDRG-Fallkostendatei benötigt.

B88 31 Ärzteschaften der medizinischen und therapeutischen Diagnostik - Aktivitäten 6b5, ANK nach REKOLE

Format	N10
Spezifikation	positive Dezimalzahl mit bis zu zwei Nachkommastellen
Anmerkungen	ANK der Ärzteschaften der medizinischen und therapeutischen Diagnostik – Aktivitäten 6b5 gemäss REKOLE®, Angabe freiwillig, wird für die Erstellung der SwissDRG-Fallkostendatei benötigt.

B89 32 Physiotherapie, ANK nach REKOLE

Format	N10
Spezifikation	positive Dezimalzahl mit bis zu zwei Nachkommastellen
Anmerkungen	ANK der Kostenstelle 32 gemäss REKOLE®, Angabe freiwillig, wird für die Erstellung der SwissDRG-Fallkostendatei benötigt.

B90 33 Ergotherapie, ANK nach REKOLE

Format	N10
Spezifikation	positive Dezimalzahl mit bis zu zwei Nachkommastellen

(cont.)

Anmerkungen	ANK der Kostenstelle 33 gemäss REKOLE®, Angabe freiwillig, wird für die Erstellung der SwissDRG-Fallkostendatei benötigt.
-------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

B91 34 Logopädie, ANK nach REKOLE

Format	N10
Spezifikation	positive Dezimalzahl mit bis zu zwei Nachkommastellen
Anmerkungen	ANK der Kostenstelle 34 gemäss REKOLE®, Angabe freiwillig, wird für die Erstellung der SwissDRG-Fallkostendatei benötigt.

B92 35 Nichtärztliche Therapien und Beratungen, ANK nach REKOLE

Format	N10
Spezifikation	positive Dezimalzahl mit bis zu zwei Nachkommastellen
Anmerkungen	ANK der Kostenstelle 35 gemäss REKOLE®, Angabe freiwillig, wird für die Erstellung der SwissDRG-Fallkostendatei benötigt.

B93 36 Medizinische und therapeutische Diagnostik, ANK nach REKOLE

Format	N10
Spezifikation	positive Dezimalzahl mit bis zu zwei Nachkommastellen
Anmerkungen	ANK der Kostenstelle 36 gemäss REKOLE®, Angabe freiwillig, wird für die Erstellung der SwissDRG-Fallkostendatei benötigt.

B94 38 Anerkannte Intermediate Care Stellen (IMCU), ANK nach REKOLE

Format	N10
Spezifikation	positive Dezimalzahl mit bis zu zwei Nachkommastellen
Anmerkungen	ANK der Kostenstelle 38 gemäss REKOLE®, Angabe freiwillig, wird für die Erstellung der SwissDRG-Fallkostendatei benötigt.

B95 39 Pflege, ANK nach REKOLE

Format	N10
Spezifikation	positive Dezimalzahl mit bis zu zwei Nachkommastellen
Anmerkungen	ANK der Kostenstelle 39 gemäss REKOLE®, Angabe freiwillig, wird für die Erstellung der SwissDRG-Fallkostendatei benötigt.

B96 40 Psychologie, ANK nach REKOLE

Format	N10
Spezifikation	positive Dezimalzahl mit bis zu zwei Nachkommastellen
Anmerkungen	ANK der Kostenstelle 40 gemäss REKOLE®, Angabe freiwillig, wird für die Erstellung der SwissDRG-Fallkostendatei benötigt.

B97 41 Hotellerie-Zimmer, ANK nach REKOLE

Format	N10
Spezifikation	positive Dezimalzahl mit bis zu zwei Nachkommastellen
Anmerkungen	ANK der Kostenstelle 41 gemäss REKOLE®, Angabe freiwillig, wird für die Erstellung der SwissDRG-Fallkostendatei benötigt.

B98 42 Hotellerie-Küche, ANK nach REKOLE

Format	N10
Spezifikation	positive Dezimalzahl mit bis zu zwei Nachkommastellen
Anmerkungen	ANK der Kostenstelle 42 gemäss REKOLE®, Angabe freiwillig, wird für die Erstellung der SwissDRG-Fallkostendatei benötigt.

B99 43 Hotellerie-Service, ANK nach REKOLE

Format	N10
Spezifikation	positive Dezimalzahl mit bis zu zwei Nachkommastellen
Anmerkungen	ANK der Kostenstelle 43 gemäss REKOLE®, Angabe freiwillig, wird für die Erstellung der SwissDRG-Fallkostendatei benötigt.

B100 44 Übrige Leistungserbringer, ANK nach REKOLE

Format	N10
Spezifikation	positive Dezimalzahl mit bis zu zwei Nachkommastellen
Anmerkungen	ANK der Kostenstelle 44 gemäss REKOLE®, Angabe freiwillig, wird für die Erstellung der SwissDRG-Fallkostendatei benötigt.

B101 45 Pathologie, ANK nach REKOLE

Format	N10
--------	-----

(cont.)

Spezifikation	positive Dezimalzahl mit bis zu zwei Nachkommastellen
Anmerkungen	ANK der Kostenstelle 45 gemäss REKOLE®, Angabe freiwillig, wird für die Erstellung der SwissDRG-Fallkostendatei benötigt.

B102 77 Rettungs-/Ambulanzdienst (nur Sekundärtransporte), ANK nach REKOLE

Format	N10
Spezifikation	positive Dezimalzahl mit bis zu zwei Nachkommastellen
Anmerkungen	ANK der Kostenstelle 77 gemäss REKOLE®, Angabe freiwillig, wird für die Erstellung der SwissDRG-Fallkostendatei benötigt.

B103 Total Erlöse

Format	N10
Spezifikation	positive Dezimalzahl mit bis zu zwei Nachkommastellen
Anmerkungen	Summe der Felder B11 bis B18

B104 Total Erlöse für Grundversicherungsleistungen

Format	N10
Spezifikation	positive Dezimalzahl mit bis zu zwei Nachkommastellen
Anmerkungen	Grund- resp. Sozialversicherungsanteil der Erlöse. Es ist sowohl der Kantons- als auch der Versichereranteil anzugeben (OKP/UV/IV/MV). Für Selbstzahler, andere oder unbekannte Hauptkostenträger ist der Wert 0 erlaubt.

B105 Engere Betriebskosten (EBK)

Format	N10
Spezifikation	positive Dezimalzahl mit bis zu zwei Nachkommastellen
Anmerkungen	Summe aus allen Feldern für Einzelkosten (Felder B19 bis B66) und alle Gemeinkosten exkl. ANK

B106 44 Anlagenutzungskosten nach VKL

Format	N10
Spezifikation	positive Dezimalzahl mit bis zu zwei Nachkommastellen

(cont.)

Anmerkungen	Summe der Anlagenutzungskosten gemäss VKL (Ktogruppen 442, 444 und 448). Die Konten 440, 441 und 443 stellen keine Anlagenutzungskosten gemäss VKL dar und sind hier nicht einzuschliessen. Das Feld entspricht der Summe der Felder B67 bis B69.
-------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

B107 44 Anlagenutzungskosten nach REKOLE/SwissDRG

Format	N10
Spezifikation	positive Dezimalzahl mit bis zu zwei Nachkommastellen
Anmerkungen	Summe der Anlagenutzungskosten nach REKOLE®, wie sie in der SwissDRG-Fallkostendatei ausgewiesen werden (Ktogruppen 441, 442, 444 und 448). Die Kostenermittlung erfolgt gemäss REKOLE®. Die Variable entspricht der Summe der Variablen B73 bis B105. Die ANK zu den 'nicht patientenbezogene Kosten' sind darin nicht enthalten. Angabe freiwillig, wird für die Erstellung der SwissDRG-Fallkostendatei benötigt."

B108 Gesamtkosten (ANK VKL)

Format	N10
Spezifikation	positive Dezimalzahl mit bis zu zwei Nachkommastellen
Anmerkungen	Die Gesamtkosten entsprechen der Summe der Einzelkosten, der Gemeinkosten sowie der Anlagenutzungskosten gemäss VKL, d.h. der Summe der Variablen B105 und B106.

B109 Gesamtkosten (ANK REKOLE)

Format	N10
Spezifikation	positive Dezimalzahl mit bis zu zwei Nachkommastellen
Anmerkungen	Die Gesamtkosten (ANK REKOLE®) entsprechen der Summe der Einzelkosten, der Gemeinkosten sowie der Anlagenutzungskosten gemäss REKOLE, d.h. der Summe der Variablen B105 und B107.

B110 Erlöse aus unbewerteten Zusatzentgelten und unbewerteten Fallpauschalen

Format	N10
Spezifikation	Erlöse aus unbewerteten Zusatzentgelten oder unbewerteten Fallpauschalen gemäss Abrechnungsversion des SwissDRG-Katalogs. Positive Dezimalzahl mit bis zu zwei Nachkommastellen
Anmerkungen	Wird für die Erstellung von ITAR_K benötigt. Kann mit dem SwissDRG Grouper (sofern dieser die ZE dann ermittelt) plausibilisiert werden (nur Fälle, für die der SwissDRG-Grouper unbewertete Zusatzentgelte oder Fallpauschalen feststellt, dürfen hier einen Betrag ausweisen).

B111 Kosten von Leistungen an Patienten zu Erlösen Kt.gr. 65 (falls ermittelt)

Format	N10
Spezifikation	Für den Fall, dass die Kosten für (Nicht-KVG-)Leistungen an Patienten ausgewiesen werden können, sind diese hier anzugeben. Positive Dezimalzahl mit bis zu zwei Nachkommastellen
Anmerkungen	In der Fallkostenberechnung werden entweder die Erlöse Kto. 65 oder die tatsächlich angefallenen Kosten von entsprechenden Leistungen abgezogen. I.d.R. können diese jedoch nicht hergeleitet werden und deshalb werden die Erlöse gemäss Konto 65 abgezogen. Sind die Kosten ermittelbar, sind sie hier anzugeben und werden dann folglich in der Fallkostenberechnung abgezogen. Dieses Vorgehen entspricht der Rechtsprechung.

B112 Anzahl Leistungseinheiten

Format	N15
Spezifikation	Taxpunkte, gewichtete Pflgetage, usw. Es sind die für das jeweilige Tarifwerk relevanten Leistungseinheiten anzugeben, Positive Ganzzahl
Anmerkungen	Wird benötigt um ITAR_K abzufüllen.

B113 Anzahl Fälle

Format	N10
Spezifikation	Nur bei tages-/nachtsklinischen Angeboten anzugeben. Positive Ganzzahl
Anmerkungen	Wird benötigt um ITAR_K abzufüllen.

B114 Methodik der Kostenermittlung

Format	N1
Ausprägungen	1 = Tätigkeit 2 = Schätzung 3 = Ertrag 4 = Erfahrungswerte (anderer Jahre) 5 = Kontierung 6 = Umlage 9 = Andere
Spezifikation	Anzugeben, wenn KTR-Typ = 10/12/13/14/15/16/17
Anmerkungen	Für GWL-, FuuL und Nebenbetriebe anzugeben. Bei einer vollständigen Leistungserfassung oder Aktivitätserhebung gemäss REKOLE ist '1' zu codieren.

B115 Hauptkostenstelle

Format	AN3
Ausprägungen	vgl. separates Tabellenblatt "Hauptkostenstellen"
Spezifikation	3-stelliger Zahlencode mit Werten zwischen 010 und 975
Anmerkungen	Hauptsächlich beanspruchte Hauptkostenstelle (vgl. dazu Tabelle Hauptkostenstelle). Entspricht Variable C13. Für fallunabhängige KTR (B7 KTR-Typ ungleich 1) ist diese Variable leer zu lassen.

B116 Standort

Format	AN5
Ausprägungen	Verbindliche Liste der Standorte (vgl. Einteilungsliste in der Krankenhausstatistik). Es sind ausschliesslich stationäre Standorte erlaubt.
Spezifikation	mindestens 2-stelliger Zahlencode (01,02 etc.)
Anmerkungen	Wird für das Abfüllen des ITAR_K benötigt. Wenn ein Spital ein ITAR_K für den gesamten Spitalbetrieb benötigt, dann ist hier für alle Records derselbe Standort (Hauptstandort) zu erheben. Bei mehreren ITAR_K sind die ambulanten und fallunabhängigen Kostenträger den jeweiligen stationären Hauptstandorten zuzuweisen.

B117 Aktivitätstyp

Format	N1
Ausprägungen	1 = Akutsomatik 2 = Psychiatrie 3 = Rehabilitation / Geriatrie 4 = Geburtshaus
Spezifikation	Entspricht dem Aktivitätstyp in der KS
Anmerkungen	Wird benötigt um die Krankenhausstatistik abzufüllen, da dort nicht nur die Fälle, sondern auch die nicht fallbezogenen Kostenträger auf die Aktivitätstypen aufgeteilt werden müssen. Betriebe mit mehreren Aktivitätstypen müssen die nicht fallbezogenen Kostenträger auf mehrere Zeilen aufteilen oder einem Aktivitätstyp zuordnen.

B118 Versicherungsklasse

Format	N1
Ausprägungen	1 'allgemein' 2 'halbprivat' 3 'privat'
Spezifikation	Entspricht C14 in SDEP-ZH

(cont.)

Anmerkungen	Angabe der Versicherungsklasse des Patienten. Es ist die Versicherungsklasse gemäss dem vom Patienten gewählten Versicherungsmodell zu erfassen. Bei Selbstzahlern mit nicht versicherungspflichtigen Eingriffen muss keine Versicherungsklasse erfasst werden.
-------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

4.4 SDEP-ZH

4.4.1 ZK-Record

C1 Recordtyp

Format	AN2
Ausprägungen	ZK
Anmerkungen	ZK: Kopfrecord - Kennzeichnung des Files

C2 BUR-Nummer

Format	AN8
Spezifikation	XXXXXXXX
Anmerkungen	BUR-Nummer des Betriebs

C3 Erstellungszeitpunkt

Format	N14
Spezifikation	yyyymmddhhmmss
Anmerkungen	Zeitpunkt der Erstellung des Files

C4 Erstellt durch

Format	AN100
Spezifikation	beliebig
Anmerkungen	Optional: Ersteller (User) und Erstellungssystem

4.4.2 ZD-Record

C1 Recordtyp

Format	AN2
Ausprägungen	ZD
Anmerkungen	ZD: Zusatzdaten-Record (administrativ)

C5 BUR-Nummer

Format	AN8
Spezifikation	XXXXXXXX
Anmerkungen	BUR-Nummer des Betriebs

C6 Fallnummer

Format	AN16
Spezifikation	Entspricht der in der MS Variable 4.6.V01 eingetragenen Fallnummer
Anmerkungen	s. Anmerkungen zur MS Variable 4.6.V01

C7 Patientenidentifikationsnummer (PID-Nummer)

Format	AN10
Spezifikation	Eindeutige, jahresübergreifende Nummer pro Klinik und Person
Anmerkungen	Die Patientenidentifikationsnummer darf aus Datenschutzgründen nicht mit den spitalinternen ID's übereinstimmen, die im Rahmen der Rechnungsstellung verwendet werden.

C8 Personenidentifikator - AHV Nummer

Format	AN16
Spezifikation	(Neue) AHV-Nummer / AHV-756 (Bsp.: 756.1234.5678.90)
Anmerkungen	Für Personen ohne AHV-Nummer ist das Feld leer zu lassen.

C9 Identifikationsnummer des administrativen Falls der Mutter (Id Admfall - Mutter)

Format	AN16
Spezifikation	Angabe der Fallnummer der Mutter (4.6.V01 Fallnummer der Fallkostenstatistik) bei Neugeborenen, welche stationär in der Klinik geboren sind (Eintrittsart = 3).

(cont.)

Anmerkungen	Bei ambulanten Geburten ist das Feld leer zu lassen.
-------------	------------------------------------------------------

C10 Geburt ambulant

Format	N1
Ausprägungen	0 'nein' 1 'ja'
Spezifikation	Kennzeichnung der ambulanten Geburten
Anmerkungen	Falls die Geburt ambulant erfolgt und die Mutter deshalb in dieser Statistik nicht erfasst wurde, so ist beim Neugeborenenfall der Code 1 = Ja zu codieren.

C11 Krankenversicherer

Format	N4
Spezifikation	Code des zugelassenen Krankenversicherers
Anmerkungen	Das Verzeichnis ist im Internet abrufbar: http://www.bag.admin.ch Für Fälle, die über die Gemeinsame Einrichtung KVG abgerechnet werden, ist der Wert 9999 einzutragen. Für die weiteren Personen ohne Krankenversicherung in der Schweiz ist das Feld leer zu lassen. Bei einem Wechsel des Krankenversicherers während des stationären Aufenthaltes ist der Krankenversicherer bei Eintritt anzugeben, an welchen auch die Rechnung gestellt wird.

C12 Zivilrechtlicher Wohnkanton

Format	AN2
Ausprägungen	Autokennzeichen (zwei Buchstaben) ZH = Zürich, etc. für Schweizer Kantone
Anmerkungen	Bei Grundversicherung KVG/IV kommt dieser Kanton für den Kantonsanteil der Kosten auf. Bitte beachten Sie, dass es Postleitzahlen gibt, welche nicht eindeutig einem Kanton zugewiesen werden können. Dementsprechend kann nicht in jedem Fall automatisch aufgrund der Postleitzahl der Kanton im System hinterlegt werden.

C13 Hauptkostenstelle

Format	AN3
Ausprägungen	vgl. separates Tabellenblatt "Hauptkostenstellen"
Spezifikation	3-stelliger Zahlencode mit Werten zwischen 010 und 975

(cont.)

Anmerkungen	Hauptsächlich beanspruchte Hauptkostenstelle (vgl. dazu Tabelle Hauptkostenstelle).
-------------	-------------------------------------------------------------------------------------

C14 Versicherungsklasse

Format	N1
Ausprägungen	1 'allgemein' 2 'halbprivat' 3 'privat'
Anmerkungen	Angabe der Versicherungsklasse des Patienten. Es ist die Versicherungsklasse gemäss dem vom Patienten gewählten Versicherungsmodell zu erfassen. Bei Selbstzahlern mit nicht versicherungspflichtigen Eingriffen muss keine Versicherungsklasse erfasst werden.

C15 Begründung für stationäre Behandlung

Format	AN3
Ausprägungen	Ausprägungen gemäss Anhang 1a KLV Ziff. II. Kriterien zugunsten einer stationären Durchführung (SR 832.112.31)
Spezifikation	Entspricht der Begründung, die im MCD auch an die Krankenversicherer geliefert wird.
Anmerkungen	Für die Fälle, die gemäss Art. 3c KLV auf der Liste der grundsätzlich ambulant durchzuführenden elektiven Eingriffe (BAG) aufgeführt sind, kann mit dem Krankenversicherer vertraglich vereinbart sein, dass eine Begründung übermittelt wird, wenn diese Fälle stationär behandelt werden (vgl. Anhang 1a KLV). Diese Begründungen können hier erfasst werden. Einzutragen ist der 2-3 stellige Code gemäss Anhang 1a KLV, z.B. 1.1 oder 91. Für Fälle, die nicht auf der Liste des BAG, jedoch auf der "Ambulant vor Stationär"-Liste der GD Zürich sind, ist die Angabe freiwillig. Die Variable bleibt freiwillig, bis etwas anderes kommuniziert wird.

4.4.3 ZL-Record

C1 Recordtyp

Format	AN2
Ausprägungen	ZL

(cont.)

Anmerkungen	<p>ZL: Leistungsmengen-Record</p> <p>Für alle zumindest teilweise von der OKP oder durch die IV, UV oder MV gedeckten Fälle, die nicht über die nationalen Tarifsysteme SwissDRG, TARPSY oder ST Reha abgerechnet werden, ist ein ZL-Record auszufüllen. Für jeden Fall muss pro Tarifart ein Record erfasst werden. Es kann somit für einen Fall mehrere ZL-Records geben. Im Spezialfall, dass es für eine Tarifart unterschiedliche Tariffhöhen gibt, ist wie folgt vorzugehen:</p> <ul style="list-style-type: none">- Verändert sich die Tariffhöhe während des Erhebungsjahres – z.B., weil provisorische Tarife durch definitive ersetzt werden – ist die zum Zeitpunkt der Datenabgabe geltende Tariffhöhe anzugeben.- Bei mehreren fallbezogenen Pauschaltarifen (z.B. SVK) ist als Menge der abgerechneten Leistungen (C18) der Wert 1 und in der Tariffhöhe (C21) die Summe der abgerechneten Beträge anzugeben.- Bei zwei tagesbezogenen Tarifen in der Rehabilitation ausserhalb von ST Reha (z.B. Wechsel von OKP zu MTK oder Selbstzahler während der Falldauer) ist der zweite Tarif unter der Tarifart (C20) «98 = Andere Tagespauschale» auszuweisen.
-------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

C16 BUR-Nummer

Format	AN8
Spezifikation	XXXXXXXX
Anmerkungen	BUR-Nummer des Betriebs

C17 Fallnummer

Format	AN16
Spezifikation	Entspricht der in der MS Variable 4.6.V01 eingetragenen Fallnummer
Anmerkungen	s. Anmerkungen zur MS Variable 4.6.V01

C18 Menge der abgerechneten Leistungen

Format	N10
Anmerkungen	<p>Hier sind sämtliche stationären und tages-/nachtklinischen OKP-Leistungen anzugeben, die nicht über ein national einheitliches Tarifsystem (SwissDRG, TARPSY, ST Reha) abgerechnet werden. Für jeden separaten Tarif und jede Tariffhöhe ist eine eigene Zeile anzugeben. So ist z.B. bei degressiven Tarifen mit mehreren Stufen für jede Stufe eine Zeile auszufüllen.</p> <p>Nicht anzugeben sind Leistungen der national einheitlichen Tarifsysteme TARPSY, SwissDRG und ST Reha, ambulante Leistungen sowie Leistungen zu Lasten der Zusatzversicherung.</p>

C19 Einheit der abgerechneten Leistungen

Format	N2
Ausprägungen	01 = stationäre Pflorgetage 02 = ganze Tage TNK 03 = halbe Tage TNK 04 = Nächte TNK 07 = Tagesbezogener Zuschlag 08 = Fallbezogener Zuschlag 09 = Andere Einheit
Anmerkungen	Die Einheit der in C18 angegebenen Menge.

C20 Tarifart

Format	N2
Ausprägungen	01 = Akut: Tagespauschale 1. bis 30. Tag 02 = Akut: Tagespauschale 31. bis 60. Tag 03 = Akut: Tagespauschale 61. bis 90. Tag 04 = Akut: Tagespauschale 91. bis 365. Tag 05 = Akut: Tagespauschale ab 366. Tag 11 = Psy: Tagespauschale 1. bis 60. Tag 12 = Psy: Tagespauschale ab 61. Tag 13 = Psy: Tagespauschale 61. bis 365. Tag 14 = Psy: Tagespauschale 366. bis 2000. Tag 15 = Psy: Tagespauschale ab 2001. Tag 31 = Reha: Tagespauschale Akutnahe Frührehabilitation 32 = Reha: Tagespauschale Internistisch 33 = Reha: Tagespauschale Internistische Onkologie 34 = Reha: Tagespauschale Kardial 35 = Reha: Tagespauschale Kinder/Jugendliche 36 = Reha: Tagespauschale Muskuloskelettal 37 = Reha: Tagespauschale Neurologie 38 = Reha: Tagespauschale Neurologie einfach 39 = Reha: Tagespauschale Neurologie mittel 40 = Reha: Tagespauschale Neurologie schwer 41 = Reha: Tagespauschale Pulmonal 42 = Reha: Tagespauschale Querschnittslähmung 43 = Reha: Zuschlag Isolationspatienten/Innen 80 = Langzeit: Tagespauschale 90 = Akut: Andere Tagespauschale 91 = Akut: Anderer Tarif (ohne Tagespauschale) 94 = Psy: Andere Tagespauschale 95 = Psy: Anderer Tarif (ohne Tagespauschale) 98 = Reha: Andere Tagespauschale 99 = Reha: Anderer Tarif (ohne Tagespauschale)
Anmerkungen	Hier werden die unterschiedlichen Tarifsstufen oder Tarifarten abgebildet. Alle Leistungen einer Tarifart für einen Fall sind als Summe in einer Zeile anzugeben. Für einen Fall dürfen nicht mehrere Zeilen mit derselben Tarifart erfasst werden.

C21 Tarifhöhe

Format	N10
Anmerkungen	Verändert sich die Tarifhöhe während des Erhebungsjahres - z.B. weil provisorische Tarife durch definitive ersetzt werden - ist die zum Zeitpunkt der Datenabgabe geltende Tarifhöhe anzugeben.

4.4.4 ZO-Record

C1 Recordtyp

Format	AN2
Ausprägungen	ZO
Anmerkungen	ZO: Operierenden-Record

C22 BUR-Nummer

Format	AN8
Spezifikation	XXXXXXXX
Anmerkungen	BUR-Nummer des Betriebs

C23 Fallnummer

Format	AN16
Spezifikation	Entspricht der in der MS Variable 4.6.V01 eingetragenen Fallnummer
Anmerkungen	s. Anmerkungen zur MS Variable 4.6.V01

C24 GLN-Nummer

Format	N13
Spezifikation	13 stellige GLN-Nummer des Operateurs

C25 Rolle

Format	N1
Ausprägungen	1 'Erstoperator' 2 'Zweitoperator (Supervisor oder zweiter Hauptoperator)'
Anmerkungen	Bitte beachten Sie das Informationsblatt zur Erfassung der Operateure. Online verfügbar unter https://www.gd.zh.ch/grouper

C26 Auf Liste GD

Format	N1
Ausprägungen	0 'nein' 1 'ja'
Anmerkungen	Neue im Kanton Zürich in der entsprechenden SPLG operierende Personen mit Facharzttitel sind in den ersten zwei Jahren den Operateuren auf der Liste gleichgestellt. Sie sind mit 1 = ja zu erfassen. Relevant ist immer die Liste des Datenjahres.

C27 Behandlung

Format	AN9
Ausprägungen	0 'Hauptbehandlung' 1 '1. Nebenbehandlung' 2 '2. Nebenbehandlung' ... 99 '99. Nebenbehandlung' ODER 4.3.V010 4.3.V020 ... 4.3.V1000
Anmerkungen	Einzutragen ist der Rang der Behandlung (empfohlen) oder der Variablenname der Medizinischen Statistik (MS), welche den relevanten CHOP-Code enthält und nicht der CHOP-Code selber. Der Rang beginnt mit 0 = Hauptbehandlung und geht bis 99 = 99. Nebenbehandlung.

4.4.5 ZP-Record

C1 Recordtyp

Format	AN2
Ausprägungen	ZP
Anmerkungen	ZP: Psychiatrie-Record

C28 BUR-Nummer

Format	AN8
Spezifikation	XXXXXXXX
Anmerkungen	BUR-Nummer des Betriebs

C29 Fallnummer

Format	AN16
Spezifikation	Entspricht der in der MS Variable 4.6.V01 eingetragenen Fallnummer
Anmerkungen	s. Anmerkungen zur MS Variable 4.6.V01

C30 Aufenthaltsstatus

Format	N1
Ausprägungen	1 'Schweizer/in durch Geburt' 2 'Schweizer/in durch Einbürgerung' 3 'Ausländerausweis L (Kurzaufenthalter)' 4 'Ausländerausweis B (Jahresaufenthalter)' 5 'Ausländerausweis C (Niederlassung)' 6 'Ausländerausweis F (Flüchtlinge) und N (Asylsuchende)' 7 'Tourist/in' 8 'Andere'

C31 Sprachkenntnisse des Patienten

Format	N1
Ausprägungen	1 'Verständigung gut möglich' 2 'Verständigung erschwert' 3 'Dolmetscher erforderlich'

C32 Hauptfinanzierung Lebensunterhalt

Format	N1
Ausprägungen	1 'eigener Verdienst' 2 'Verdienst Partner/in, Eltern, Verwandte' 3 'AHV' 4 'Krankengeld, IV- oder andere Rente' 5 'Sozial, Fürsorgegelder' 6 'Arbeitslosengelder' 8 'anderes (z.B. Vermögen) 9 'unbekannt'
Anmerkungen	Falls zwei Verdiensteile je 50% betragen, ist derjenige anzugeben, der seit längerer Zeit besteht. IV-Leistungen, die nicht eine Rente sind (nämlich Eingliederungsmassnahmen, Taggelder, Hilflosenentschädigung) sind unter „anderes“ zu kodieren. Bei Kindern und Jugendlichen bezieht sich die Angabe auf die Finanzierung des Familiensystems, in dem die Kinder / Jugendlichen die meiste Zeit wohnen.

C33 Berufliche Stellung vor Eintritt

Format	N1
Ausprägungen	1 'Selbständig' 2 'angestellt als Lehrling/Lehrtochter (Lehre, Anlehre, Praktikum)' 3 'Hilfsangestellte/r, Hilfsarbeiter/in, Gelegenheitsarbeiter/in' 4 'angestellt in anderer Funktion, z.B. Angestellte/r, Arbeiter/in' 5 'angestellt in Kaderfunktion' 8 'andere Stellung' 9 'unbekannt/unzutreffend'
Anmerkungen	Für Personen ausserhalb des Erwerbsfähigkeitsalters ist 9 „unzutreffend“ zu kodieren. Die hier erfasste berufliche Stellung bezieht sich auf die letzte Erwerbstätigkeit (= Geld verdienen durch Arbeitsleistung). Bei Arbeitslosen und nicht mehr Erwerbstätigen (z.B. Hausfrauen, Rentnern) wird die Stellung während der letzten Erwerbstätigkeit angegeben. Falls nie eine Erwerbstätigkeit bestand ist 9 zu kodieren.

C34 Freiwilligkeit

Format	N1
Ausprägungen	1 'Freiwilliger Eintritt' 2 'FU, ärztliche Einweisung' 3 'FU, Einweisung durch Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB)' 4 'Massnahmen- und Strafvollzug' 5 'Haft/U-Haft mit (vorübergehender) Behandlung' 6 'Eltern sind mit der Behandlung einverstanden, Kind jedoch nicht'
Anmerkungen	Diese Variable bezieht sich ausschliesslich auf die Situation des Klinikeintritts. Grundsätzlich tritt eine Person freiwillig ein – ausser der Eintritt erfolgte gegen den Willen der Person (z.B. Einweisung per Fürsorgerische Unterbringung (FU), strafrechtliche Massnahme). Freiwillig heisst, dass der/die Patient/in mit dem Eintritt einverstanden ist und von sich aus zur Behandlung kommt. FU heisst, dass das FU-Formular vorliegt und hierdurch eine Einweisung ohne die Zustimmung des Patienten/der Patientin gegeben ist. Unter der Ausprägung 3 ist ausschliesslich die Primäreinweisung durch die KESB gemeint. Bei mehreren FU-Anordnungen bezieht sich die Angabe auf die erste Anordnung des Falles. Tritt ein Patient freiwillig einen zu erwartenden Massnahmen- oder Strafvollzug an, wird von Anfang an 4 kodiert.

C35 Erwerbstätigkeit nach Austritt

Format	N1
Ausprägungen	1 'voll erwerbstätig (100%)' 2 'teilzeiterwerbstätig (<100%)' 3 'arbeitslos (vermittelbar)' 4 'aus anderen Gründen nicht erwerbstätig'
Anmerkungen	Diese Variable kann bei nicht regulär abschliessbaren Fällen leer gelassen werden.

C36 Weitere Beschäftigung nach Austritt: Hausarbeit im eigenen Haushalt

Format	N1
Ausprägungen	0 'nein' 1 'ja'
Anmerkungen	Diese Variable kann bei nicht regulär abschliessbaren Fällen leer gelassen werden.

C37 Weitere Beschäftigung nach Austritt: in Ausbildung (Schule, Lehre, Studium)

Format	N1
Ausprägungen	0 'nein' 1 'ja'
Anmerkungen	Diese Variable kann bei nicht regulär abschliessbaren Fällen leer gelassen werden.

C38 Weitere Beschäftigung nach Austritt: Rehabilitationsprogramm

Format	N1
Ausprägungen	0 'nein' 1 'ja'
Anmerkungen	Diese Variable kann bei nicht regulär abschliessbaren Fällen leer gelassen werden.

C39 Weitere Beschäftigung nach Austritt: IV, AHV oder andere Rente

Format	N1
Ausprägungen	0 'nein' 1 'ja'
Anmerkungen	Diese Variable kann bei nicht regulär abschliessbaren Fällen leer gelassen werden.

C40 Weitere Beschäftigung nach Austritt: Arbeit in geschütztem oder beschütztem Rahmen

Format	N1
Ausprägungen	0 'nein' 1 'ja'
Anmerkungen	Diese Variable kann bei nicht regulär abschliessbaren Fällen leer gelassen werden.

C41 Weitere Beschäftigung nach Austritt: unbekannt

Format	N1
Ausprägungen	0 'nein' 1 'ja'
Anmerkungen	Diese Variable kann bei nicht regulär abschliessbaren Fällen leer gelassen werden.

C42 Vormundschaftlicher Status bei Austritt

Format	N1
Ausprägungen	1 'mündig' 2 'bevormundet (nicht minderjährig)' 3 'in Beiratschaft/in Beistandschaft' 4 'minderjährig, kein Beistand/kein Vormund' 9 'unbekannt'

C43 Entscheid für Austritt

Format	N2
Ausprägungen	11 = in gegenseitigem Einvernehmen 12 = auf Initiative des Behandelnden 20 = auf Initiative des/r Patienten/in (nur gegen Ansicht des Behandelnden) 21 = Entweichung 22 = Entlassung durch Gerichtsentscheid 30 = auf Initiative Dritter 40 = interner Übertritt 51 = Patient hat sich suizidiert 52 = Patient ist gestorben (ausser Suizid) 80 = anderes 90 = unbekannt
Anmerkungen	Können Behandlungen nicht regulär abgeschlossen werden, muss Variable 1.5.V02 (Entscheid für Austritt) zwingend einer der folgenden Ausprägungen entsprechen: 20 = auf Initiative des/r Patienten/in (nur gegen Ansicht des Behandelnden), 21 = Entweichung 51 = Patient hat sich suizidiert 52 = Patient ist gestorben (ausser Suizid) 80 = anderes 90 = unbekannt. In solchen Fällen müssen die Austrittsvariablen grundsätzlich auch ausgefüllt werden. «Interner Übertritt» gilt für den internen Übertritt von einer Akutabteilung in eine Nicht-Akutabteilung (Rehabilitationsphase oder Geriatrie) desselben Betriebes.

C44 Anzahl Konsultationstage (ambulant)

Format	N3
Ausprägungen	Anzahl Tage
Spezifikation	Anzahl Tage, an denen mindestens eine Konsultation stattfand.
Anmerkungen	Definition „Konsultation“: Grundsätzlich bedingt eine Konsultation immer einen Kontakt zwischen Patient und behandelnder Fachperson. Zudem muss es sich um eine gegenüber den Versicherern (z.B. TARMED) verrechenbare Leistung handeln. Telefongespräche gelten als Konsultationen, wenn sie verrechnet werden (ab welcher Dauer hängt von klinikinternen Regelungen ab). Gutachten: Als Konsultation gilt hier der Patientenkontakt, der wegen der Gutachtenerstellung zustande kommt. Die für diesen Kontakt verwendete Zeit wird erfasst (nicht aber die Zeit, die für das Schreiben des Gutachtens verwendet wird). Externe Hausbesuche gelten als Konsultationen.

C45 Krisenintervention

Format	N1
Ausprägungen	0 'nein' 1 'ja'

C46 Beratung (nur, ohne Psychotherapie)

Format	N1
Ausprägungen	0 'nein' 1 'ja'

C47 Psychotherapie (einzel)

Format	N1
Ausprägungen	0 'nein' 1 'ja'

C48 Psychotherapie (Paar oder Familie)

Format	N1
Ausprägungen	0 'nein' 1 'ja'

C49 Psychotherapie (Gruppe)

Format	N1
Ausprägungen	0 'nein' 1 'ja'

C50 Integrierte psychiatrische Behandlung

Format	N1
Ausprägungen	0 'nein' 1 'ja'
Anmerkungen	Unter integrierter psychiatrischer Behandlung wird eine Vielzahl von therapeutischen Massnahmen zusammengefasst. Sie grenzen sich einerseits von psychotherapeutischem Vorgehen im engeren Sinne (also Psychotherapie nach spezifisch erlernten Programmen bestimmter Schulen) ab, andererseits von Therapien, für die eine bestimmte Berufsausbildung erforderlich ist (wie z.B. Ergo- oder Physiotherapie). Die Erfahrung zeigt, dass im Vorfeld psycho- sowie pharmakotherapeutischer Massnahmen (und auch begleitend dazu) häufig ein sogenanntes Clinical Management sinnvoll ist (Motivationssteigerung, Gewinnung von Vertrauen und Compliance usw.). Auch tagesstrukturierende- und sozialpsychiatrische Massnahmen sollen hier abgebildet werden, wie z.B. Schuldensanierung, Umgang mit Ämtern, Begleitung bei diagnostischen Abklärungen, Reintegration im Beziehungs-, Wohn-, Arbeits- und Freizeitbereich. Die integrierte psychiatrische Behandlung soll nur markiert werden, wenn die Kombination von Behandlungen im Vordergrund der durchgeführten Therapien steht. Falls einzelne Therapien die vorliegende Behandlung besser beschreiben sind nur diese zu markieren.

C51 Konsilium/Liaisondienst

Format	N1
Ausprägungen	0 'nein' 1 'ja'

C52 Sachhilfe

Format	N1
Ausprägungen	0 'nein' 1 'ja'

C53 Abklärung (auch testpsychologische)

Format	N1
--------	----

(cont.)

Ausprägungen	0 'nein' 1 'ja'
--------------	--------------------

C54 Begutachtung

Format	N1
Ausprägungen	0 'nein' 1 'ja'

C55 Psychopharmakotherapie

Format	N1
Ausprägungen	0 'nein' 1 'ja'

C56 Arbeitstherapie

Format	N1
Ausprägungen	0 'nein' 1 'ja'
Anmerkungen	Unter arbeitsspezifischer Rehabilitation versteht man alle Verfahren, die das Ziel haben, berufsspezifische Fähigkeiten zu üben und/oder Personen wieder in das berufliche Leben einzugliedern. Die Arbeitstherapie wird im stationären oder ambulanten (übrige und T/N) Bereich eingesetzt. Arbeitstherapie beinhaltet den zielgerichteten therapeutischen Einsatz von Arbeit zur Abklärung und Förderung der Arbeitsfähigkeiten (Arbeitsdiagnostik) und bereitet die (Wieder-) Eingliederung in den geschützten oder freien Arbeitsmarkt z.B. Supported Employment oder Berufsförderungskurse (BFK) vor.

C57 Logopädie

Format	N1
Ausprägungen	0 'nein' 1 'ja'

C58 Ergotherapie, Musiktherapie

Format	N1
Ausprägungen	0 'nein' 1 'ja'

C59 Physiotherapie, Bewegungstherapie

Format	N1
Ausprägungen	0 'nein' 1 'ja'

C60 Besuch (zu Hause, Arbeitsplatz etc.)

Format	N1
Ausprägungen	0 'nein' 1 'ja'

C61 Andere

Format	N1
Ausprägungen	0 'nein' 1 'ja'

C62 Zwangsmedikation

Format	N1
Ausprägungen	0 'nein' 1 'ja'
Anmerkungen	Diese Variable muss nur für stationäre Behandlungen angegeben werden. Bei ambulant übrige und ambulant T/N Behandlungen können diese Felder leer gelassen werden.

C63 Zwangsisolation/-fixation

Format	N1
Ausprägungen	0 'nein' 1 'ja'
Anmerkungen	Diese Variable muss nur für stationäre Behandlungen angegeben werden. Bei ambulant übrige und ambulant T/N Behandlungen können diese Felder leer gelassen werden.

C64 Rückbehalt

Format	N1
--------	----

(cont.)

Ausprägungen	0 'nein' 1 'ja'
Anmerkungen	Diese Variable muss nur für stationäre Behandlungen angegeben werden. Bei ambulant übrige und ambulant T/N Behandlungen können diese Felder leer gelassen werden. Die Zurückbehaltung ist in Art. 427 ZGB geregelt: Befindet sich der Patient freiwillig in der Klinik, kann er jedoch für höchstens drei Tage (72h) zurückbehalten werden, wenn er: 1. sich selbst an Leib und Leben gefährdet; oder 2. das Leben oder die körperliche Integrität Dritter ernsthaft gefährdet. Verordnet ein Arzt während der Behandlung eine Zurückbehaltung, führt dies zu einer Bejahung der Variable Nr. C64.

C65 Psychopharmakotherapie: Stimulanzien

Format	N1
Ausprägungen	0 'nein' 1 'ja'

4.4.6 ZF-Record

C1 Recordtyp

Format	AN2
Ausprägungen	ZF
Anmerkungen	ZF: FU-Record (Psychiatrie)

C66 BUR-Nummer

Format	AN8
Spezifikation	XXXXXXXX
Anmerkungen	BUR-Nummer des Betriebs

C67 Fallnummer

Format	AN16
Spezifikation	Entspricht der in der MS Variable 4.6.V01 eingetragenen Fallnummer
Anmerkungen	s. Anmerkungen zur MS Variable 4.6.V01

C68 Zeitpunkt der Anordnung der FU

Format	D8
Ausprägungen	JJJJMMTT
Spezifikation	Angabe des Datums (Jahr, Monat, Tag) im Format D8 (JJJJMMTT)
Anmerkungen	Diese Variable muss nur für die stationäre Behandlung von Personen angegeben werden, die per FU eingewiesen wurden oder bei denen eine FU während des Aufenthaltes angeordnet wurde. In dieser Variable ist das Anordnungsdatum der fürsorgerischen Unterbringung eines Falles anzugeben. Die Dauer eines vorgängigen Rückbehaltes ist nicht miteinzubeziehen.

C69 Zeitpunkt der Aufhebung der FU

Format	D8
Ausprägungen	JJJJMMTT
Spezifikation	Angabe des Datums (Jahr, Monat, Tag) im Format D8 (JJJJMMTT)
Anmerkungen	Diese Variable muss nur für stationäre Fälle angegeben werden, die per FU eingewiesen wurden oder bei denen eine FU während des Aufenthaltes angeordnet wurde. In dieser Variable ist das Aufhebungsdatum der FU anzugeben. Wird die FU durch die KESB „verlängert“, führt dies nicht zu einer weiteren FU. Diese nahtlose Verlängerung wird zur angeordneten FU dazugezählt. Als Aufhebungsdatum ist das Ende der Verlängerung anzugeben. Besteht die FU auch nach Austritt aus der psychiatrischen Klinik, kann diese Variable leer gelassen werden.

C70 FU bei Austritt aufgehoben

Format	N1
Ausprägungen	0 'nein' 1 'ja'
Anmerkungen	Diese Variable muss nur für stationäre Fälle angegeben werden, die per FU eingewiesen wurden oder bei denen eine FU während des Aufenthaltes angeordnet wurde. Werden mehrere ZF Records pro Fall ausgefüllt, so ist diese Angabe nur im letzten ZF Record zu erfassen. In den anderen ZF Records kann diese Variable leer gelassen werden

C71 Gründe für FU Anordnung: Psychische Störung

Format	N1
Ausprägungen	0 'nein' 1 'ja'

(cont.)

Anmerkungen	Diese Variable muss nur für stationäre Fälle angegeben werden, die per FU eingewiesen wurden oder bei denen eine FU während des Aufenthaltes angeordnet wurde.
-------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

C72 Gründe für FU Anordnung: Geistige Behinderung

Format	N1
Ausprägungen	0 'nein' 1 'ja'
Anmerkungen	Diese Variable muss nur für stationäre Fälle angegeben werden, die per FU eingewiesen wurden oder bei denen eine FU während des Aufenthaltes angeordnet wurde.

C73 Gründe für FU Anordnung: Schwere Verwahrlosung

Format	N1
Ausprägungen	0 'nein' 1 'ja'
Anmerkungen	Diese Variable muss nur für stationäre Fälle angegeben werden, die per FU eingewiesen wurden oder bei denen eine FU während des Aufenthaltes angeordnet wurde.

C74 Fürsorgebedürftigkeit für FU gegeben wegen: Akute Selbstgefährdung

Format	N1
Ausprägungen	0 'nein' 1 'ja'
Anmerkungen	Diese Variable muss nur für stationäre Fälle angegeben werden, die per FU eingewiesen wurden oder bei denen eine FU während des Aufenthaltes angeordnet wurde.

C75 Fürsorgebedürftigkeit für FU gegeben wegen: Fremdgefährdung

Format	N1
Ausprägungen	0 'nein' 1 'ja'
Anmerkungen	Diese Variable muss nur für stationäre Fälle angegeben werden, die per FU eingewiesen wurden oder bei denen eine FU während des Aufenthaltes angeordnet wurde.

C76 Fürsorgebedürftigkeit für FU gegeben wegen: Erhebliche Belastung der Umgebung

Format	N1
Ausprägungen	0 'nein' 1 'ja'
Anmerkungen	Diese Variable muss nur für stationäre Fälle angegeben werden, die per FU eingewiesen wurden oder bei denen eine FU während des Aufenthaltes angeordnet wurde.

C77 Anordnende Instanz bei ärztlichen FU

Format	N1
Ausprägungen	1 'niedergelassener Arzt/Hausarzt' 2 'niedergelassener Psychiater (inkl. Notfallpsychiater)' 3 'Rettungsdienst (SOS-Ärzte etc.)' 4 'Somatisches Spital' 5 'andere'
Anmerkungen	Diese Variable muss nur für stationäre Fälle angegeben werden, die per FU eingewiesen wurden oder bei denen eine FU während des Aufenthaltes angeordnet wurde.

C78 Weiterbildungstitel anordnende Instanz

Format	N1
Ausprägungen	1 Psychiatrie/Psychotherapie 2 anderer 3 unbekannt
Anmerkungen	Diese Variable muss nur für stationäre Fälle angegeben werden, die per FU eingewiesen wurden oder bei denen eine FU während des Aufenthaltes angeordnet wurde. Ärztinnen und Ärzte mit einem Weiterbildungstitel in Kinder-und Jugendpsychiatrie sind mit 1 zu codieren.

C79 Tätigkeitsbereich anordnende Instanz

Format	N1
Ausprägungen	1 stationär 2 ambulant (inkl. Notfalldienst) 3 unbekannt
Anmerkungen	Diese Variable muss nur für stationäre Fälle angegeben werden, die per FU eingewiesen wurden oder bei denen eine FU während des Aufenthaltes angeordnet wurde.

4.5 SDEP-D Anlagebuchhaltung

Der Erhebungsteil D umfasst vier Records der KS-Schnittstelle des BFS. Diese sind 1:1 im gleichen Format zu liefern. Darüber hinaus können einige Felder leer gelassen werden gemäss Schnittstellenkonzept:

[BFS Krankenhausstatistik](#)

Seite 9-11, Record SX

Seite 36-39, Record SA10

Seite 40-42, Records SA101 und SA102

Record SX (Lieferungsmeldung)

Lieferungsmeldung analog KS-Datensatz. Zwingend auszufüllen sind die Variablen Recordart, Datenjahr, Betriebsnummer (BUR) der Spital-Organisation und Erstellungsdatum der Datei. Die restlichen Felder können abgefüllt werden, werden aber nicht weiter verwendet.

Record SA10 (Allgemeine Angaben Anlagebuchhaltung)

Der Record SA10 umfasst die Anzahl Anlagen pro Anlagekategorie und die Nutzungsdauer pro Anlagekategorie. Die Anzahl Anlagen können aus den Records SA101 und SA102 abgezählt werden. Die Nutzungsdauern sind durch REKOLE vorgegeben. Die einzige Variable in diesem Record, die eine neue Information enthält, ist die A.19.01.21 - Nutzungsdauer der Bauprovisorien. Für Bauprovisorien als einzige Anlagekategorie sind die Nutzungsdauern durch REKOLE nicht vorgegeben. Wenn Sie in der Anlagebuchhaltung keine Bauprovisorien ausweisen, müssen Sie den Record SA10 nicht hochladen. Dieser wird automatisch generiert. Falls Sie Bauprovisorien ausweisen, müssen Sie den Record SA10 gemäss den Vorgaben der KS-Schnittstelle erstellen. Einzige obligatorische Variable ist jedoch die A.19.01.21 (Nutzungsdauer Bauprovisorien). Alle anderen Variablen können abgefüllt werden, werden aber nicht weiter verwendet.

Record SA101 (Kaufgeschäfte)

Die Zwischen- und Gesamttotalzeilen müssen nicht geliefert werden. Sie können abgefüllt werden, werden aber nicht weiter verwendet.

Nr	Var	Beschreibung	Wert	Format
1		Recordart	SA101	C(5)
2		Konto	Geschäftstyp Anlagekategorie (siehe Liste unten)	C(9)
3		Anlage Nummer (Laufnummer; Interne Reihenfolge per Abschnitt 1, 2, 3, ...)		N(4)
4		Name der Anlage		C(30)
5	A.19.02.xx.yyyy.1	Anschaffungswert in Fr.		N(9)
6	A.19.02.xx.yyyy.2	Anschaffungsjahr		N(4)
7	A.19.02.xx.yyyy.3	Buchwert in Fr. (Anfang des Jahres)		N(9)

(cont.)

Nr	Var	Beschreibung	Wert	Format
8	A.19.02.xx.yyyy.4	Buchwert in Fr. (Ende des Jahres)		N(9)
9	A.19.02.xx.yyyy.5	Jährliche Abschreibung in Fr.		N(9)
10	A.19.02.xx.yyyy.6	Kalkulatorischer Zins in Fr.		N(9)
11	A.19.02.xx.yyyy.7	Anlagenutzungskosten in Fr.		N(9)

Record SA102 (Miet- und Abzahlungsgeschäfte)

Nr	Var	Beschreibung	Wert	Format
1		Recordart	SA101	C(5)
2		Konto (Abschnittscode) (siehe Liste zur Abschnittscode)	Geschäftstyp Anlagekategorie (siehe Liste unten)	C(9)
3		Anlage Nummer (Laufnummer; Interne Reihenfolge per Abschnitt 1, 2, 3, ...)		N(4)
4		Name der Anlage		C(30)
5	A.19.03.xx.yyyy	Anlagenutzungskosten in Fr.		N(9)

Liste Anlagekategorien

Nr	Anlagekategorie	ZH	BFS
1_1	Bebautes und unbebautes Land	ja	ja
1_2	Spitalgebäude und andere Gebäude	ja	ja
1_3	Bauprovisorien	ja	ja
1_4	Allgemeine Betriebsinstallationen	ja	ja
1_5	Anlagespezifische Installationen	ja	ja
2_1	Mobiliar und Einrichtungen (inkl. Lager)	ja	ja
2_2	Büromaschinen und Kommunikationssyst.	ja	ja
2_3	Fahrzeuge	ja	ja
2_4	Werkzeuge und Geräte (Betrieb)	ja	ja
2_5	Apparate, Geräte, Instrumente (inkl. neue SW)	ja	ja
2_6	Software-Upgrades	ja	ja

(cont.)

Nr	Anlagekategorie	ZH	BFS
2_7	Hardware	ja	ja
2_8	Software	ja	ja
2_9	Strategische Software	ja	nein

4.6 SDEP-E Abstimmbrücke

Die Abstimmbrücke ist Erhebungsteil und Exportformat zugleich. Zuerst wird sie exportiert, vom Spital oder der Klinik vervollständigt und dann wieder als Erhebungsteil hochgeladen. Beim Export ist die Abstimmbrücke bereits teilweise vorausgefüllt (gelbe Felder). Diese werden anhand der SDEP-KTR Daten berechnet und ausgefüllt. Deshalb kann SDEP-E erst dann exportiert werden, wenn eine SDEP-KTR Datei hochgeladen wurde. Eine wichtige Rolle spielen hier vor allem die KTR-Daten der Überlieger (siehe hierzu Details im [Kapitel 5.1](#)). Nach dem ersten Upload einer komplett ausgefüllten Abstimmbrücke wird beim erneuten SDEP-E Export die identische Datei wieder herausgegeben, sofern die zugrundeliegenden SDEP-KTR Daten nicht geändert haben.

Die Abstimmbrücke listet die Kostenarten gemäss REKOLE® auf. Beginnen Sie in der von SDEP exportierten Abstimmbrücke mit der Spalte D und füllen Sie dort die Zahlen der Finanzbuchhaltung ab. Diese Zahlen müssen gemäss Jahresrechnung nachvollziehbar sein. Fahren Sie dann mit den Spalten F und G weiter, indem Sie die Betriebsbuchhaltung (grüne Felder) erfassen. In Spalte H sind die Werte aus SDEP-KTR bereits ausgefüllt. Die Daten in SDEP-KTR sind gemäss Kostenträgerrechnung erfasst. Deshalb fehlen bei Konten die Kosten, welche im Rahmen der Erstellung der Kostenträgerrechnung auf andere Kostenstellen umgelegt werden. Solche Differenzen entstehen ausschliesslich bei Konten, welche in der Kostenträgerrechnung Gemeinkostenstellen sind und gleichzeitig in der Abstimmbrücke eine Kostenart darstellen. Diese Differenz zwischen Kostenarten- und Kostenträgerrechnung erfassen Sie in Spalte G. Die Summe aus Spalte G und H ergibt die Werte gemäss der Betriebsbuchhaltung auf Ebene Kostenartenrechnung (Spalte F).

Beim Ausfüllen gilt es die folgenden Punkte zu beachten:

- In den Erträgen aus medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Leistungen ist der Kantonsanteil ebenfalls enthalten.
- Die Beiträge aus Subventionen enthalten in der Regel Beiträge von den Gemeinden, für Lehre und Forschung sowie für gemeinwirtschaftliche Leistungen etc.
- Die Abschreibungen sowie die kalkulatorische Verzinsung des Anlagevermögens müssen mit den Angaben in der Krankenhausstatistik des BFS (KS) übereinstimmen. Wie auch in der KS wird für die Abstimmbrücke die Berücksichtigung der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung (VKL) vorausgesetzt.
- In den Kontengruppen 405, 381 und 382 wird eine Unterscheidung nach Grund- (GV) und Zusatzversicherungsanteil (ZV) vorgenommen. Weitere Erläuterungen dazu finden Sie im [Kapitel 4.3](#) unter dem Stichwort «Arzthonorare».

Sachliche Abgrenzungen

Die sachlichen Abgrenzungen werden aus der Differenz zwischen Spalten D und F berechnet. Die Abgrenzungen sind rechts in der Tabelle ab Zelle T34 auf Ebene Kontengruppe zu begründen. In der ersten Spalte der Tabelle kann pro Zeile mittels Drop-Down-Menü die gewünschte Kostenartengruppe ausgewählt werden. Der Detaillierungsgrad der Abgrenzungen ist sinnvoll zu wählen, so dass wichtige Sachverhalte dargestellt und unwichtige mit gleichartigen zusammengefasst werden. Zur Kontrolle, ob alle Abgrenzungsbeträge begründet sind, gibt es oberhalb dieser Tabelle eine Übersicht aller Kontengruppen

mit sämtlichen sachlichen Abgrenzungen. Erscheint eine Zeile blau, werden keine weiteren Begründungen benötigt. Abgrenzungen, die rot erscheinen, sind noch nicht ausreichend begründet. Bitte begründen Sie sämtliche Abgrenzungen, so dass alle Zeilen im oberen Bereich blau erscheinen.

Abstimmungshilfe

In den Spalten T bis U ist eine Abstimmungshilfe eingebaut. Sie dient dazu allfällige Differenzen zur Kostenträgerrechnung zu bereinigen. Zudem sind hier die Abgrenzungen der Stornos/Refaktura von Vorjahresfällen vorzunehmen. Dazu gibt es zwei Optionen:

1. Sachliche Abgrenzung FiBu-BeBu: Die Kosten werden sachlich abgegrenzt werden. Das heisst, die Kosten sind nicht Teil der Spalte F «BEBU Zeitrechnung KAR».
2. Abgrenzung zwischen BeBu KAR und BeBu KTR: Die Kosten sind Teil der Spalte F «BEBU Zeitrechnung KAR», da diese in Spalte G «BEBU Zeitrechnung Diff KARKTR» abgefüllt werden. In der Abstimmungshilfe wird der Betrag dann in der dafür vorgesehenen Zeile abgefüllt.

Wichtig ist, dass entweder die eine oder die andere Option gewählt wird. Es dürfen nicht teils Kosten via sachliche Abgrenzungen aufgrund Storno oder Refaktura abgegrenzt werden und teils über die neue Zeile in der Abstimmungshilfe.

Ebenfalls können in der Abstimmungshilfe kostenmindernd verbuchte Erlöse angegeben werden. Standardmässig wird die negative Summe der Zellen G12 und G14 vorabgefüllt, da erwartet wird, dass ausschliesslich Erlöse der Konten 66 und 68 kostenmindernd verbucht werden. Der Wert kann jedoch überschrieben werden.

4.7 Krankenhausstatistik

Die Krankenhausstatistik ist kein eigentlicher Teil der Datenerhebung über SDEP. Es gibt für sie eine eigene Internetplattform des BFS. Aber die KS-Daten werden zu einem Teil aus über SDEP erhobenen Datensätzen generiert. Zudem findet die gesamte Plausibilisierung der KS auf SDEP statt. Der Inhalt der Krankenhausstatistik wird vom BFS definiert:

[BFS Krankenhausstatistik](#)

Listenspitäler liefern in den Erhebungsteilen SDEP-KTR, SDEP-D und SDEP-E detaillierte Finanz- und Kostendaten. Diese Daten können automatisch auf die KS-Plattform transferiert werden und müssen deshalb nicht separat auf der KS-Plattform erfasst werden (s. Kapitel Exporte). Sobald qualitätsmässig gute Daten dieser Erhebungsteile sowie der MS auf SDEP existieren, empfehlen wir einen Transfer der Daten auf die KS-Plattform zu machen, damit Sie sehen, ob es von der KS-Plattform noch Fehlermeldungen in diesen Bereichen gibt. Dabei werden alle bereits auf der KS-Plattform erfassten Daten überschrieben! Alle übrigen Teile der Krankenhausstatistik, die nicht aus über SDEP erhobenen Daten generiert werden können (z.B. Personal), müssen direkt auf die KS-Plattform importiert werden.

Zur Plausibilisierung werden alle auf der KS-Plattform erfassten Daten auf SDEP übertragen. Sie machen dies auf SDEP über "Neue Datenlieferung" -> "KS Transfer". Der manuelle Upload von KS-Datensätzen ist während der Erhebung nicht möglich. Wenn Sie Daten direkt auf der KS-Plattform ändern, müssen Sie diese zur Plausibilisierung erneut auf SDEP transferieren.

Der Prozess der Erhebung der Krankenhausstatistik umfasst die folgenden Schritte (für Listenspitäler):

1. Die Listenspitäler erfassen die Krankenhausstatistik (ohne FiBu und KTR/ETR) auf der KS-Plattform. Dies umfasst die Kapitel SA1, SA2, SA3, SA4, SA5, SB1, SC1, SD1 und SE1.
2. Die Spitäler übertragen die Daten von der KS-Plattform auf SDEP. Dies wird durch einen Web-Service erleichtert. Auf SDEP steht dazu unter «Neue Datenlieferung» beim Erhebungsteil KS auch ein Knopf «KS Transfer (KS -> SDEP)» zur Verfügung. Damit wird die ganze KS sowie gleichzeitig die BFS Warnung- und Fehlerliste übertragen. In der produktiven Phase der Datenerhebung ist nur der «KS Transfer» möglich und kein manueller «Import» von KS-Daten auf SDEP. Ein solcher Transfer kann bei jedem Status der Schreibrechte des KS Fragebogens aus KS-Web erfolgen. Der Fragebogen muss dazu nicht an den Kanton übermittelt werden. Achtung: Etwaige Daten zu FIBU

oder KTR/ETR, welche bereits auf der KS-Plattform erfasst wurden, werden vom Kanton nicht berücksichtigt.

3. Die Spitäler exportieren aus SDEP die Finanzkapitel der Krankenhausstatistik. Dies umfasst die Kapitel SA6, SA7, SA8, SA9, SA10, SB201 / SC201 / SD201 / SE201 und SB202 / SC202 / SD202 / SE202. Dazu gibt es auf SDEP zwei verschiedene Exporte: "Generierte KS: Anlagebuchhaltung (Betrieb)" enthält die Anlagebuchhaltung aus SDEP-D zum Import auf die KS-Plattform. "Generierte KS: FiBu, KTR und ETR (Betrieb) v2.0" enthält die Daten der FiBu, KTR und ETR.
4. Die Spitäler importieren diese Daten auf die KS-Plattform.
5. Die Spitäler transferieren die gesamte Krankenhausstatistik (alle Kapitel) erneut von der KS-Plattform auf SDEP. Dabei werden allfällige neue Fehlermeldungen der KS-Plattform auf SDEP übernommen.
6. Wenn die Krankenhausstatistik aus Sicht des Spitals abgeschlossen ist, übertragen Sie die Schreibrechte auf der KS-Plattform an den Kanton.
7. Der Kanton wird vor dem Abschluss der Datenerhebung einen erneuten Transferkreislauf (SDEP -> KS und anschliessend KS -> SDEP) vornehmen um sicherzustellen, dass die Daten auf den beiden Plattformen identisch sind.

Vertragsspitäler, die keine Finanz- und Kostendaten über SDEP liefern, erfassen die gesamte Krankenhausstatistik direkt auf der Plattform des BFS. Anschliessend transferieren sie diese Daten und plausibilisieren diese auf SDEP. Wenn Sie Daten auf der Krankenhausstatistik ändern, müssen Sie einen erneuten Transfer auf SDEP machen.

5 Exportformate

SDEP ermöglicht den Export in alle gängigen kantonalen und nationalen Formate. Je nach Format werden diese jährlich oder bei Bedarf angepasst. Damit wird die Kompatibilität mit anderen Tools und Systemen gewährleistet. Folgende Exporte können aus SDEP generiert werden, wobei auf den Export der SDEP-E Abstimmbrücke, des ITAR-K Eingabefiles und der Krankenhausstatistik in einem jeweils separaten Unterkapitel eingegangen wird:

- **Medizinische Statistik, SDEP-KTR, SDEP-ZH, SDEP-D Anlagebuchhaltung**

Diese Exportformate sind identisch mit den entsprechenden Erhebungsteilen, die auf SDEP importiert werden.

- **Medizinische Statistik (nur stationäre Fälle)**

Kann von Psychiatrien mit nicht stationären Fällen verwendet werden, um die MS ohne diese Fälle zu exportieren.

- **SwissDRG-Kostendaten**

Entspricht dem Format der Fallkostenerhebung durch die SwissDRG. Damit wird eine konsistente Datenlieferung an SwissDRG garantiert.

- **Subventionen Weiterbildung**

- **Weitere**

Zum Beispiel SwissDRG-Groupen.

5.1 SDEP-E Abstimmbrücke

Die Abstimmbrücke (SDEP-E) wird beim Export teilweise vorausgefüllt, basierend auf den SDEP-KTR Daten. Nach dem ersten Upload einer ausgefüllten Abstimmbrücke wird beim Export die identische Datei wieder herausgegeben, solange die zugrundeliegenden SDEP-KTR Daten nicht geändert haben. Siehe Details zum entsprechenden Erhebungsteil im [Kapitel 4.6](#)

Überliegerkorrektur

Wie bereits weiter oben erläutert, wird die Abstimmbrücke vor dem Abfüllen zuerst exportiert. Dabei werden die bereits hochgeladenen SDEP-KTR Daten abgefüllt. Damit sämtliche Daten in Zeitrechnung dargestellt werden, bedarf es der sogenannten Überliegerkorrektur.

Überlieger laufendes Jahr

Die B- und C-Fälle werden gemäss Zeitrechnung (angefallene KTR-Daten im aktuellen Erhebungsjahr) in SDEP-KTR erfasst. Diese Daten fließen ohne weitere Berechnungsschritte in die "BEBU Zeitrechnung KTR (SDEP)" (Spalte H) ein.

Überlieger Vorjahr

Die im aktuellen Erhebungsjahr ausgetretenen Fälle, die vor dem 1.1. eingetreten sind, werden wie bisher gemäss Stückrechnung (total, über den gesamten stationären Aufenthalt angefallene KTR-Daten) in SDEP-KTR erhoben. Diese müssen vor dem Abfüllen in SDEP-E um die Vorjahresdaten korrigiert werden, damit die Daten gemäss Zeit- und nicht Stückrechnung in der BeBu berücksichtigt werden. In SDEP findet während der jährlichen Datenerhebung eine Kostenkumulierung der Vorjahresdaten statt.

$$\underbrace{costs_{t,zeit}} = \underbrace{costs_{t,stück}} - \underbrace{\sum_{i=t-n}^{t-1} costs_i}$$

Wert in Zeitrechnung Erhebungsjahr t

Erhobener Wert Erhebungsjahr t in Stückrechnung

Überliegerabgrenzung: Kumulierte Zeitrechnung bis t-1

Abbildung 5.1: Überliegerkorrektur mathematischer Form

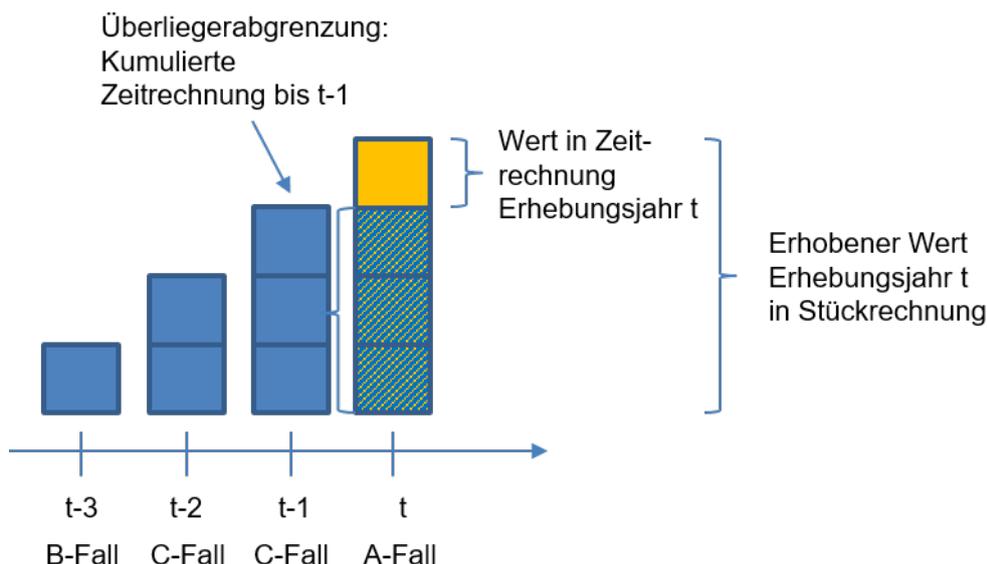


Abbildung 5.2: Überliegerkorrektur grafisch dargestellt

Der im Vorjahr eingetretene A-Fall wird zum Zeitpunkt des Uploads auf SDEP mit dem entsprechenden Wert der Vorjahreskumulierung angereichert. Der aktuell erhobene Wert in Stückrechnung wird um diesen Wert korrigiert. Diese Korrektur geschieht pro Fall und Konto, so dass die jeweiligen BeBu-Werte in

der Abstimmbrücke aggregiert und abgefüllt werden können. Nicht zu vergessen sind die fallunabhängigen KTR (Nebenbetriebe, Forschung, universitäre Lehre, GWL, Aufträge von Dritten und aggregiert erhobene ambulante KTR), welche gemäss Zeitrechnung erhoben werden. Diese fliessen analog zu den Überliegern des laufenden Jahres in die BeBu der Abstimmbrücke ein.

5.2 ITAR-K Eingabefile

Erstellt das ITAR-K Eingabefile von H+. Die Daten werden alle direkt basierend auf den SDEP-KTR Daten abgefüllt. Bevor der ITAR_K Export aus SDEP generiert werden kann, muss das Eingabefile auf der H+ Plattform erzeugt werden. Wie bisher sind folgende betriebsspezifischen Spalten in den Stammdaten zu ergänzen, sofern diese Leistungen angeboten werden:

Rehabilitation stationär

- Früh-Reha
- Weiterer stat. Rehatarif

Psychiatrie stationär

- Forensik
- weitere stat. Psychtarif

Psychiatrie Tagesklinik

- Tagesheim

Ambulante Behandlung

- Ambulante Psychiatrie

Nachdem Sie das ITAR-K Eingabefile auf der H+ Plattform erzeugt haben, können Sie auf SDEP über den Reiter "Export" Ihr ITAR-K Eingabefile auswählen. Dann wird das noch leere Dokument mit den erhobenen SDEP Daten abgefüllt. Im Anhang finden Sie im [Kapitel 7.1](#) den Entscheidungsbaum, wie die Fälle, Sammel-Kostenträger und fallunabhängige Kostenträger in die einzelnen ITAR-K Spalten abgefüllt werden.

5.3 Krankenhausstatistik

Die KS Finanzteile können von Ihnen aus SDEP exportiert und manuell auf der BFS Plattform importiert werden, sobald alle Kostendaten auf SDEP geliefert worden sind. Diese Datenexporte sind nur dann inhaltlich sinnvoll, wenn auch die Kostendaten vollständig und plausibel geliefert wurden. Eine genaue technische Beschreibung der Regeln, nach denen diese Exporte erstellt werden, finden Sie im Anhang [Kapitel 7.2](#). Wenn Fehlermeldungen zu den Finanzteilen auf der BFS Plattform bestehen, bitten wir Sie, die KS Finanzteile frühzeitig von SDEP zu exportieren und auf der BFS Plattform zu importieren und anschliessend erneut die KS von der BFS Plattform auf SDEP zu transferieren, damit die Fehlerliste aktualisiert wird. Einige wenige Felder der generierten KS Finanzteile können nicht eindeutig abgefüllt werden. Wir empfehlen, das Resultat der von uns beschriebenen Regeln zu übernehmen. Trotzdem möchten wir Ihnen die Möglichkeit geben, diese Felder selbst zu beurteilen. Diese sind im Anhang [Kapitel 7.3](#) hervorgehoben. Sollten Sie deswegen eine Anpassung wünschen, melden Sie sich noch vor dem Abschluss der Datenerhebung bei uns. Wenn wir bis und mit Ihrer Bestätigung des Abschlusses keine solche Meldung erhalten haben, betrachten wir die KS Finanzteile Ihrerseits als akzeptiert.

6 Prüfung

6.1 Prüfungsstufen in SDEP

In SDEP gibt es drei unterschiedliche Prüfungsstufen. In den Vorprüfungen wird sichergestellt, dass ein File das richtige Format aufweist, so dass es überhaupt verarbeitet werden kann. In den Einzelfallprüfungen werden die einzelnen Zeilen eines oder mehrerer Erhebungsteile auf inhaltliche Korrektheit geprüft.

In den Kennzahlenprüfungen werden Indikatoren für einen Betrieb berechnet und geprüft. Im Folgenden werden die einzelnen (technischen) Elemente der Prüfungsstufen aufgelistet.

6.1.1 Vorprüfung

Die einzelnen Erhebungsteile werden auf SDEP hochgeladen und auf formale Korrektheit geprüft. Sind Formatfehler vorhanden, so lösen diese Fehlermeldungen in der Vorprüfung aus. Diese sind zwingend zu korrigieren, da formal nicht korrekte Erhebungsteile nicht weiterverarbeitet werden. Wurde für einen Erhebungsteil zu einem früheren Zeitpunkt ein formal korrekter Datensatz hochgeladen, wird dieser weiterhin für alle Prüfungen verwendet, bis ein neuer formal korrekter Datensatz hochgeladen wird.

Folgende Prüfungen sind in der Vorprüfung definiert:

- Existenz eines Kopfrecords
- Gültigkeit der Record-Bezeichnungen
- Format jeder einzelnen Variablen (Zahl, Text, datetime)
- Anzahl Variablen pro Record (Anzahl Pipes |)
- Eindeutigkeit der Primärschlüssel
- Weitere Prüfungen

6.1.2 Einzelfallprüfung

Wenn in der Vorprüfung keine Fehler gefunden werden, wird jeder Erhebungsteil auf inhaltliche Korrektheit geprüft. Diese Prüfung findet einerseits gemäss dem Plausibilisierungskonzept der Medizinischen Statistik des Bundesamtes für Statistik (MedPlaus) sowie andererseits nach zusätzlichen Plausibilisierungsrichtlinien des AFG statt. Es werden auch Übereinstimmungen zwischen mehreren Erhebungsteilen geprüft. Solche Prüfungen, die mehrere Erhebungsteile betreffen, können erst dann ausgeführt werden, wenn alle dazu benötigten Erhebungsteile mindestens einmal formal korrekt hochgeladen wurden. Die Applikation erstellt eine strukturierte Liste der Fehler. Fehler, die nicht korrigiert werden können, müssen begründet werden.

Folgende Prüfungen sind in der zweiten Prüfungsstufe definiert:

- Vorzeichen von Zahlen
- Ausprägungen der diskreten Variablen
- Gleiche Anzahl Fälle in den Erhebungsteilen, welche auf Fallebene erhoben werden
- Erwartete Records
- Weitere inhaltliche Tests, sowohl innerhalb eines Erhebungsteils als auch in mehreren Erhebungsteilen

6.1.3 Kennzahlprüfung

Auf der dritten Prüfungsstufe werden die Daten der verschiedenen Erhebungsteile aggregiert und plausibilisiert. Anhand von Kennzahlen auf Betriebsebene erfolgen Vergleiche mit den Vorjahresdaten oder zwischen den verschiedenen Statistiken, oder es werden die Verteilungen der Ausprägungen verschiedener Variablen aufgezeigt. Dieser Plausibilisierungsschritt erfolgte mit der Erhebung der Daten 2020 zum ersten Mal über SDEP. In früheren Datenerhebungen fanden diese Prüfungen im Excel PlausiZH statt.

6.2 AVC-Prüfung

Unabhängig vom ordentlichen Plausibilisierungsprozess ist die Prüfung des anonymen Verbindungskodes (AVC) in der MS. Aus Gründen des Persönlichkeitsschutzes werden in der medizinischen Statistik des BFS keine nominativen Daten erhoben. Stattdessen wird mit Hilfe eines mehrstufigen Verschlüsselungsverfahrens für jedes Individuum ein anonymer Verbindungskode generiert. Die Spitäler verschlüsseln ihre Daten mit einem Programm, das vom BFS zur Verfügung gestellt wird. Für das Datenjahr ist zwingend die neuste Version der Verschlüsselungssoftware zu verwenden. Damit die Verschlüsselung korrekt funktioniert, muss unbedingt der gesamte Datensatz in einem Lauf verschlüsselt

werden. Weitere Informationen zur Verschlüsselung finden Sie auf der Internetseite des BFS unter: www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/erhebungen/ms/applikation-hilfe-benutzer.html

Während der Datenerhebung prüft die zuständige Person beim BFS, ob der AVC formal korrekt erstellt wurde. Während der Vorbereitung einer Datenerhebung und nach Abschluss der Datenerhebung findet keine Prüfung des AVC statt. Der zuständigen Person beim BFS steht zur Prüfung ein eigener Dialog zur Verfügung, über den sie Zugriff auf die ersten paar Zeilen eines Uploads erhält. Die Spitäler haben auf diesen Dialog keinen Zugriff. Ist die Verschlüsselung formal korrekt, erhält der entsprechende Upload den Status "O.K.". Ist die Verschlüsselung formal nicht korrekt, erhält der Upload den Status "Nicht O.K.". In diesem Fall erscheint in der Erhebungsübersicht in der Spalte "Abschlussstatus" der Eintrag "AVC Prüfung fehlerhaft". Das Spital muss dann einen neu verschlüsselten MS-Datensatz erstellen und hochladen. Die zuständige Person beim BFS wird diesen dann wieder prüfen und den Status "O.K." oder "Nicht O.k." setzen. Wenn der Status "O.K." ist, verschwindet der Eintrag "AVC Prüfung fehlerhaft". Ein Abschluss der Datenlieferung ist erst möglich, wenn auch der AVC formal korrekt ist.

7 Anhang

7.1 Entscheidungsbaum ITAR-K Eingabe

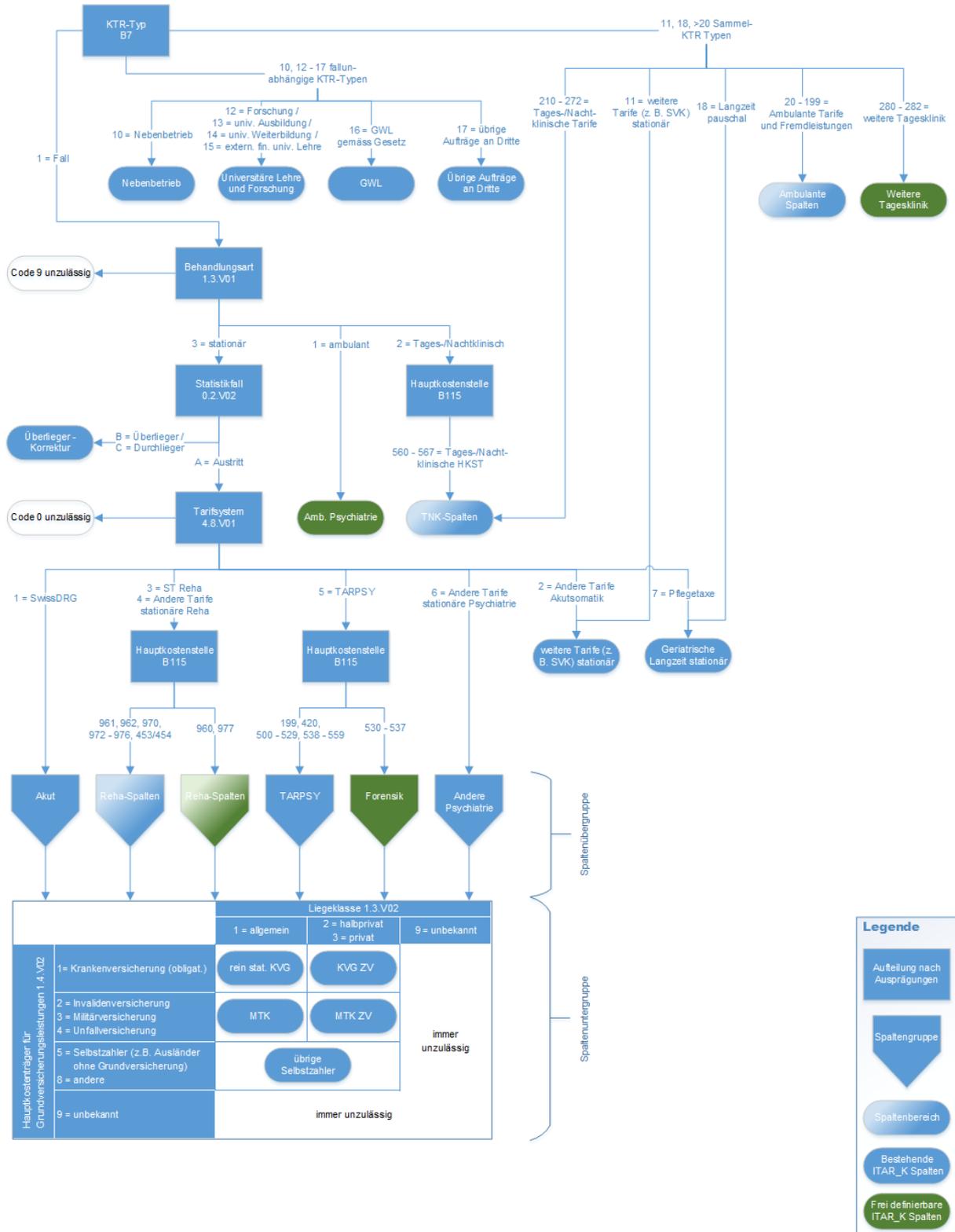


Abbildung 7.1: Struktur der Erhebung

7.2 Aus SDEP Kostendaten generierte KS Finanzteile

In diesem Kapitel wird beschrieben, wie die Finanzteile der Krankenhausstatistik (KS) aus den auf SDEP erhobenen Kostendaten technisch generiert werden.

Einführung

Generierbare Finanzteile der KS

Die folgenden Finanzteile der KS können aus den bereits auf SDEP gelieferten Daten in zwei Exportdateien generiert werden:

- Finanzbuchhaltung und Abstimmbrücke
 - SA6 Finanzbuchhaltung
 - SA7 Betriebsergebnis
 - SA8 Abstimmungsbrücke
 - SA9 Lohnbuchhaltung und Honorare
- Anlagespiegel der Anlagebuchhaltung
 - SA10 Anzahl und Nutzungsdauern
 - SA101 Kaufgeschäfte
 - SA102 Mietgeschäfte
- Kosten- und Erlösträgerrechnung
 - SB/C/D/E201 Kostenträgerrechnung
 - SB/C/D/E202 Erlösträgerrechnung

Benötigte SDEP Kostendaten

Auf SDEP sind dafür die Erhebungsteile MS, SDEP-KTR, SDEP-D und SDEP-E nötig, sowie SDEP-ZH (Leistungsmenge für Berechnung des OKP-Anteils), die KS (Zugehörigkeit zur kantonalen Spitalliste des Standortkantons) und die Überliegerkorrektur anhand der Vorjahresdaten.

KS Werte: ganzzahlig und vorgeschriebene Vorzeichen

Die KS erlaubt in allen Feldern nur Ganzzahlen. Die aus SDEP generierten Werte werden so gerundet, dass die gerundeten Gesamttotale der FiBu und der KTR/ETR gleich bleiben. Dies kann pro Feld zu einer Rundungsdifferenz von maximal 1 führen. Bei Zwischentotalen können gegenüber SDEP Rundungsdifferenzen bis zur Anzahl der summierten Felder auftreten.

Mit Ausnahme von A.15.42 "67 Bestandesänderungen", A.17.03/04 "Anderskosten" und A.17.08 "Differenz in der Abstimmbrücke" ist in der KS bei allen Feldern das Vorzeichen vorgeschrieben. Grundsätzlich resultieren bei korrekten Daten auf SDEP auch die korrekten Vorzeichen für die KS. Dies wird jedoch nicht systematisch geprüft. Sollten falsche Vorzeichen auftreten, führt dies zu einer nicht auf der BFS Plattform importierbaren KS-Exportdatei.

Details FiBu und Abstimmbrücke

SA6 Finanzbuchhaltung

Die Konten 70-76 werden in der KS unter A.15.12 "Steuern, ausserordentlicher und betriebsfremder Aufwand" abgebildet.

SA8 Abstimmungsbrücke

- Die Abgrenzungen aus SDEP-E werden nach Konto aufgeteilt in "Anderskosten" und "Steuern, ausserordentlicher und betriebsfremder Aufwand". Es werden keine Zusatzkosten ausgewiesen.

-
- Die Abgrenzung der Konten 70-76 wird bei negativem Vorzeichen unter “Steuern, ausserordentlicher und betriebsfremder Aufwand”, und bei positivem Vorzeichen unter den “Anderskosten” angerechnet.

Details Anlagebuchhaltung

SA10 Anlagebuchhaltung

Die KS lässt nur ganzzahlige Nutzungsdauern zu, weshalb bei der Anlagekategorie “1_2: Spitalgebäude und andere Gebäude” unter A.19.01.20 der Wert 33 eingefüllt wird. Auf SDEP rechnen und plausibilisieren wir immer mit der von REKOLE vorgegebenen Nutzungsdauer von 33.3 Jahren.

Details KTR/ETR

Zuteilung der Kostenträger und Konten

- Die Fälle (KTR-Typ 1) werden anhand des KTR-Entscheidungsbaumes den verschiedenen Spalten der KS KTR/ETR zugewiesen.
- Bei den anderen KTR-Typen wird unterschieden zwischen
 - fallunabhängige KTR-Typen: 10 und 12-18
 - stationäre Sammel-KTR-Typen: 11
 - ambulante Sammel-KTR-Typen: ab 20
- Die Unterscheidung GV/ZV im stationären Bereich richtet sich nach der Liegeklasse und nicht nach der Versicherungskategorie.
- Bei den ambulanten Sammel-KTR-Typen werden die Kategorien “KVG reine OKP” und “MTK” den jeweiligen Spalten unter “Nur grundversicherte Patienten” zugewiesen. Die Kategorie “Selbstzahler inkl. Zusatzversicherte” wird nur in der Totalspalte angerechnet.
- Die ambulanten Sammel-KTR-Typen ohne diese Kategorien werden wie folgt behandelt:
 - Von 129: “Material, Medikamente, Blut” und 139: “Fremdleistungen” wird sowohl bei den Kosten wie auch den Erlösen für die “nur grundversicherten Patienten” der Anteil KVG und MTK berechnet, basierend auf dem Verhältnis der Gemeinkosten dieser Spalten an den Gemeinkosten Total.
 - 199: “Total ambulante Psychiatrie” wird gesamthaft in der Spalte “Nur grundversicherte Patienten, KVG, ambulant” angerechnet.
- Der stationäre Sammel-KTR-Typ 11: “Weitere Tarife stationär” wird in der Totalspalte stationär angerechnet.
- Der KTR-Typ 18: “Langzeit pauschal”, sowie die Forensik Langzeit (SDEP HKST 534, 535 und 537) werden wie Nebenbetriebe behandelt, da es sich hier nicht um Wartepatienten nach Art. 50 KVG handelt.
- Bei Konten mit spezifischen Unterkonten für GV- und ZV-Anteil wird jeweils der ganze GV-Anteil bei den entsprechenden Spalten angerechnet, während der ZV-Anteil in der Totalspalte angerechnet wird. Diese Konten sind:
 - Kosten:
 - * 38xx: “Arzthonorare sozialversicherungspflichtig”
 - * 405x: “Arzthonorare nicht sozialversicherungspflichtig”
 - Erlöse:
 - * 61x: “Ärztliche Einzelleistungen”

KTR SB/C/D/E201

-
- Der OKP-Anteil der ZV-Patienten (nur KVG) wird anhand des Verhältnisses der Leistungsmenge der GV- zu den ZV-Patienten und den Kosten pro Konto der GV-Patienten berechnet, mit Ausnahme der oben aufgeführten Konten mit GV/ZV-Anteil Unterkonten. Dabei wird die Leistungsmenge wie folgt berechnet:
 - Stationär (je nach Variable MS 4.8.V01)
 - Akutsomatik und Geburtshäuser:
 - Fälle in SwissDRG: effektives Kostengewicht ECW
 - Fälle mit “weiterer Tarif stationär”: 1 pro Fall
 - Psychiatrie:
 - Fälle nach TARPSY: effektives Kostengewicht ECW
 - Fälle mit “andere Tarife stat. Psychiatrie”: 1 pro Fall
 - Rehabilitation:
 - Fälle nach ST Reha: effektives Kostengewicht ECW
 - Fälle mit “andere Tarife stat. Rehabilitation”: 1 pro Fall
 - Ambulant:
 - Akutsomatik, Reha und Geburtshäuser: In diesen ZV-Spalten ist nichts ausgewiesen, weil die Kategorie “Selbstzahler inkl. Zusatzversicherte” aus den ambulanten Sammel-KTR-Typen komplett in der Totalspalte angerechnet wird. Somit kann kein OKP-Anteil berechnet werden.
 - Psychiatrie:
 - Ambulante Fälle exkl. TNK: Anzahl ambulante Konsultationen C44 aus dem ZP-Record
 - TNK-Fälle: Summe der Tage, halben Tage und Nächte C19 aus dem ZL-Record
 - Langzeit: Anzahl stationäre Pflage tage C19 aus dem ZL-Record
 - Auf den Fällen oder auf ambulanten und stationären Sammel-KTR-Typen (11, und ab 20) erfasste “nicht patientenbezogene Kosten” NPK werden nirgends angerechnet. Nur bei den fallunabhängigen KTR-Typen (10, 12-18) werden die NPK angerechnet.
 - Der KTR-Typ 15: “Extern finanzierte Lehre und Forschung” wird gesamthaft unter X2.01.602 “Forschung” ausgewiesen.
 - Die fallunabhängigen KTR-Typen (10, 12-18) werden unter “übrige Aufträge” abgebildet.
 - Die Anlagenutzungskosten der Aufträge X2.01.604 enthalten sowohl die ANK der “übrigen Aufträge” wie auch der “Forschung und Lehre”.

ETR SB/C/D/E202

- Die gesamten Erlöse der Konten 66, 68 und 69 werden in den entsprechenden Konten ausgewiesen, unabhängig vom KTR-Typ.
- Die gesamten Erlöse der Konten 60, 61, 62 und 65 auf fallunabhängigen KTR-Typen (10, 12-18) werden beim Konto 68 angerechnet.
- Der Kantonsanteil wird bei Zürcher Listenspitälern fix mit 55% (KVG) resp. 20% (MTK) berechnet. Bei Spitälern, die nicht auf der Zürcher Spitalliste sind, wird der ganze Betrag unter “Versichereranteil” ausgewiesen.
- Der OKP-Anteil der ZV-Patienten wird wie folgt berechnet: Das Verhältnis des GV-Anteils der Gesamterlöse aus SDEP-KTR B104 zu den Gesamterlösen B103 wird jeweils auf die Erlöskonten 60 und 62 in den drei Spalten ambulant, stationär und Langzeit angewandt.
- In der ETR der KS müssen die Erlöse der Subventionen im Konto 69 auf die Subventionsunterkonten 69x verteilt werden. In SDEP-E wird diese Aufteilung auf Betriebsebene erhoben und in

SDEP-KTR der Gesamterlös im Konto 69 pro Aktivitätsbereich. Für die ETR der KS werden die Subventionsunterkonten bei jedem Aktivitätstyp anhand der Aufteilung in der FiBu berechnet.

- Ausweis der Unterbereiche im Konto 62: "Übrige Spitaleinzelleistungen", davon TARMED, Labor und Physio:
 - Im ambulanten Bereich:
 - * Bei Akutsomatik, Reha und Geburtshäusern werden diese Unterbereiche anhand der entsprechenden ambulanten Sammel-KTR-Typen ausgefüllt.
 - * Bei der Psychiatrie wird der Gesamtbetrag des Kontos 62 unter "davon TARMED" ausgewiesen und nichts bei Labor und Physio.
 - Im stationären Bereich und bei der Langzeit: Labor und Physio werden nicht gesondert ausgewiesen.

7.3 Auflistung der Felder der KS Finanzteile, die nicht eindeutig abgefüllt werden können

Wir haben die Berechnung der aus den SDEP Kostendaten generierten KS Finanzteilen optimiert und die Regeln im [Kapitel 7.2](#), verfügbar auf SDEP unter "Hilfe>Dokumente", sorgfältig beschrieben.

Einige wenige Felder können nicht eindeutig abgefüllt werden. Wir empfehlen, das Resultat der von uns beschriebenen Regeln zu übernehmen. Trotzdem möchten wir Ihnen die Möglichkeit geben, diese Felder selbst zu beurteilen. Sie sind unten hervorgehoben. Sollten Sie deswegen eine Anpassung wünschen, melden Sie sich noch vor dem Abschluss der Datenerhebung bei uns. Wenn wir bis und mit Ihrer Bestätigung des Abschlusses der Datenerhebung keine solche Meldung erhalten haben, betrachten wir die KS Finanzteile ihrerseits als akzeptiert.

- Alle Betriebe:
 - In der Abstimmbrücke werden keine Zusatzkosten ausgewiesen. Ein Teil der Anderskosten könnte als Zusatzkosten deklariert werden.
 - In der Erlösträgerrechnung wird der Kantonsanteil bei Zürcher Listenspitälern fix mit 55% (KVG) resp. 20% (MTK) berechnet. Bei Spitälern, die nicht auf der Zürcher Spitalliste sind, wird der ganze Betrag unter "Versichereranteil" ausgewiesen. Um ausserkantonale Fälle abzubilden oder bei ausserkantonalen Listenplätzen könnte hier eine andere Aufteilung verwendet werden.
- Betriebe mit ambulanten oder TNK Sammel-KTR-Typen:
 - Beim "OKP-Anteil der ZV Patienten" im ambulanten Bereich ist nichts ausgewiesen, weil die Kategorie "Selbstzahler inkl. Zusatzversicherte" aus den ambulanten Sammel-KTR-Typen komplett in der Totalspalte angerechnet wird. Hier könnte eine Angabe gemacht werden.
- Betriebe mit KTR-Typ 15: "Ext. finanzierte Lehre und Forschung":
 - Der KTR-Typ 15: "Extern finanzierte Lehre und Forschung" wird gesamthaft unter X2.01.602 "Forschung" ausgewiesen. Diese Kosten könnten ganz oder teilweise einem anderen Unterkonto von "Forschung und Lehre" zugewiesen werden.
- Betriebe mit Aktivitätstyp Psychiatrie:
 - Der Gesamtbetrag des Kontos 62 wird unter "davon TARMED" ausgewiesen. Hier könnte ein kleinerer Anteil ausgewiesen werden.
 - 199: "Total ambulante Psychiatrie" wird gesamthaft in der Spalte "Nur grundversicherte Patienten, KVG, ambulant" angerechnet. Hier könnte ein Teil bei der MTK Spalte oder nur im Total abgebildet werden.
- Betriebe mit mehreren Aktivitätsbereichen mit Erlösen im Konto 69 und mit mehr als einem Subventionsunterkonto in der FiBu:

-
- Die Erlöse des Kontos 69 in der ETR werden bei jedem Aktivitätstyp anhand der Aufteilung aus der FiBu berechnet. Diese Erlöse könnten bei jedem Aktivitätstyp mit einer unterschiedlichen Aufteilung auf die verschiedenen Subventionserlösunterkonten verteilt werden.

7.4 Häufig gestellte Fragen

Berechnung kalkulatorische Zinsen UV

Frage: Wie werden die kalkulatorischen Zinsen für das Umlaufvermögen berechnet?

Antwort: Die Methodik der Berechnung der kalkulatorischen Zinsen des Umlaufvermögens richtet sich nach der REKOLE-Methodik. Dabei wird der WACC-Zinssatz von gegenwärtig 3.7% auf das Nettoumlaufvermögen angewendet. Die kalkulatorische Verzinsung des Anlage- und des Umlaufvermögens hat separat zu erfolgen. Für die Berechnung der Fallkosten und für andere tarifliche Zwecke werden die Zinsen auf dem Umlaufvermögen abgezogen und nach der Preisüberwachermethodik wieder ergänzt.

Verbuchung von Kosten und Erträgen der Forschung und universitären Lehre (FuUL)

Frage: Wie werden die Kosten und die Erträge (Subventionen) der Forschung und universitären Lehre verbucht?

Antwort: PRISMA/Psyrec_KTR: Alle KTR-Variablen sind exklusive Kosten/Erträge FuUL auszuweisen. KOREK: Blatt GD_KTR-Ausweis und GD_KOREK_Gesamtsicht: In allen Spalten werden die Kosten und Erträge exklusive FuUL ausgewiesen. Nur in den Spalten CK bis CM werden ausschliesslich diese Kosten und Subventionen (im Sinne eines Auftrages) ausgewiesen.

Patienten mit Wohnsitz im EU/EFTA-Raum

Frage: Wie werden die Patienten mit Wohnsitz Ausland behandelt, die eine Krankenversicherungskarte der EU/EFTA besitzen und über die gemeinsame Einrichtung abgerechnet werden?

Antwort: Neu werden diese Fälle in der Spalte «KVG» abgebildet. Die Definitionen dieser Fälle werden in Prisma und PSYREC-KTR Handbuch geregelt. Dies ist nun gleich geregelt wie im ITAR_K©.

Begleitpersonen und Wartepatienten

Frage: Wie ist mit Begleitpersonen und Wartepatienten umzugehen?

Antwort: Kosten und Erlöse von Begleitpersonen werden in der Spalte «weitere Tarife (z.B. SVK) stationär» ausgewiesen, da sie nichts mit anderen Tarifen zu tun haben. Wartepatienten dagegen sind der Tarifspalte zuzuordnen, die für die Wartedauer zur Anwendung kommt: Patienten die auf eine Organtransplantation warten, sind in der Spalte «weitere Tarife (z.B. SVK) stationär» und Patienten, die pflegebedürftig sind und auf einen Platz in einem Pflegeheim warten in der Spalte «allgemeine Langzeit». Personen, die auf eine Operation (nach SwissDRG) warten, im Tarif «Akut stationär SwissDRG-relevant».