Kanton Zürich
Gesundheitsdirektion
Amt für Gesundheit

SDEP Erhebungskonzept

Version 7.0 (Daten 2025)

Inhaltsverzeichnis

1 Einführung ... 3
1.1 Ausgangslage ... 3
1.2 Rechtliche Grundlagen ... 3

2 Erhebungsprozess ... 4
2.1 Periodizität der Datenlieferung ... 4
2.2 Verantwortung der Betriebe ... 4
2.3 Datenlieferung ... 4
2.4 Plausibilisierung der Datenlieferung ... 5
2.5 Abschluss Erhebung ... 5

3 Erweiterte Definitionen SpiGes ... 7

4 Erweitere Definitionen fallunabhängige KTR ... 12
4.1 Abgrenzung Heim- und Pflegebereich ... 12
4.2 Forschung und universitäre Lehre ... 12
4.3 Ambulante Psychiatrie ... 13

5 Kantonsdaten (integriert in SpiGes-Datensatz) ... 13

6 Zusätzliche Erhebungsteile ... 13
6.1 «SDEP-E» Abstimmbrücke ... 13
6.2 Krankenhausstatistik ... 14
6.3 SDEP-D Anlagebuchhaltung ... 15

7 Exportformate ... 17
7.1 Krankenhausstatistik Finanzen ... 17

8 Prüfung ... 17
8.1 Prüfungsstufen in SDEP ... 17

1 Einführung

1.1 Ausgangslage

Mit dem Bundesratsbeschluss vom 27.09.2019 «Mehrfachnutzung von Daten (Umsetzung des Once-Only-Prinzips)» wurde das Programm «Nationale Datenbewirtschaftung» (NaDB) beim BFS gestartet. Eines der Pilotprojekte in diesem Programm ist SpiGes. Das Projekt SpiGes zielt darauf ab, die Datenerhebung und -nutzung im Bereich der spitalstationären Gesundheitsversorgung schweizweit zu vereinfachen und zu vereinheitlichen.

Dafür hat das BFS eine nationale Erhebungsplattform SpiGes eingeführt und dahingehend die Inhalte und das Format der Datenlieferung spezifiziert. SpiGes deckt aktuell folgende Dateninhalte ab:

- Leistungsdaten (inkl. Diagnosen und Behandlungen) der stationären Fälle
- Administrative Angaben der stationären Fälle
- Kostendaten der stationären Fälle, Nebenbetriebe, GWL, Aufträge und des spitalambulanten Bereichs
- Rechnungsdaten der stationären Fälle

Der Kanton Zürich erhebt die Daten über die kantonseigene Plattform SDEP, übernimmt aber die Spezifikationen von SpiGes in Bezug auf das Format und den Inhalt der Daten.

Im Grundsatz gelten daher auch für die Erhebung über SDEP die Vorgaben des BFS zu SpiGes. Diese Vorgaben sind zu finden unter: Stationäre Spitalaufenthalte: Mehrfachnutzung der Daten (Projekt SpiGes) (admin.ch)

Ergänzend zur Datenerhebung gemäss SpiGes werden im Kanton Zürich zusätzliche Daten erhoben und für ausgewählte Variablen aus SpiGes gelten strengere Vorgaben. Zu einigen Variablen von SpiGes werden ergänzende Erläuterungen in diesem Konzept publiziert (s. Kapitel 3). Zudem werden in SDEP weitere Exportformate angeboten.

Dieses Erhebungskonzept dient somit als Ergänzung zu den Vorgaben des BFS und beschreibt die weiterführenden Vorgaben für den Kanton Zürich sowie die kantonseigenen Erhebungsteile und Exporte.

1.2 Rechtliche Grundlagen

1.2.1 Bundesrecht

Nach dem Bundesstatistikgesetz (BStatG) vom 9. Oktober 1992 (SR 431.01) sowie den dazugehörenden Ausführungserlassen, insbesondere der Verordnung über die Durchführung von statistischen Erhebungen des Bundes (VO DStatE) vom 30. April 2025 (SR 431.011), ist die Erhebung für die Statistik der Gesundheitsversorgung auf Bundesebene vorgeschrieben.

Das Krankenversicherungsgesetz (KVG) vom 18. März 1994 sowie die zur Umsetzung 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. 46, Art. 49, Art. 59a und Art. 84 KVG sowie Art. 58 KVV.

1.2.2 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 die Gesundheitsdirektion und damit das Amt für Gesundheit (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 und bearbeiten.

2 Erhebungsprozess

2.1 Periodizität der Datenlieferung

Die Daten werden einmal jährlich erhoben. Für die Erhebung massgebend ist die Periode zwischen dem 1. Januar und dem 31. Dezember des Datenjahres.

Die Datenlieferung zu einer Periode erfolgt jeweils bis zu einem Fixtag im Folgejahr. Der jeweilige Fixtag wird vom AFG rechtzeitig im Voraus kommuniziert. Bis dahin müssen auf SDEP die definitiven Daten des Erhebungsjahres hochgeladen und allfällige Fehlermeldungen begründet 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 BFS und AFG aufzugleisen und umzusetzen. Die Daten müssen in der vorgegebenen Form korrekt und rechtzeitig dem AFG zugestellt werden. 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 zu den Spezifikationen von SpiGes und der kantonseigenen Erhebungsteilen sowie zur SDEP-Applikation bietet das AFG den Spitälern jedoch Hilfe an.

2.3 Datenlieferung

Die Daten werden gemäss den Vorgaben erfasst, aus dem Klinikinformationssystem extrahiert und anschliessend auf die Erhebungsplattform SDEP im SpiGes-Format hochgeladen. Die Spitäler sind darum besorgt, dass sie nur korrekte und konsistente Daten dem AFG liefern.

2.3.1 Vorbereitung Datenlieferung

Die Daten können frühzeitig, das heisst bereits im Laufe des Datenjahres, auf der SDEP-Plattform geprüft werden. Der Prüfungskatalog basiert jeweils auf der Version des Vorjahres. Dieser 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.

2.4 Plausibilisierung der Datenlieferung

Der Plausibilisierungsprozess besteht aus drei Prüfstufen:

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

Eine detaillierte Auflistung dieser Prüfungsstufen ist im Kapitel 8 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 korrigierte Daten auf SDEP 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 SpiGes-Daten sowie die Krankenhausstatistik ans BFS weiter.

Auf der SpiGes-Plattform ist das BFS aktuell daran, einen eigenen Abschlussprozess zu implementieren. Die Erhebung ist somit erst dann definitiv abgeschlossen, wenn auch der Abschlussprozess auf SpiGes durchgeführt wurde.

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.
- Der Abschlussprozess auf SDEP (s. 2.5.1.) und auf SpiGes (s.2.5.2) durchgeführt wurde und der Abschluss und die Vollständigkeit der Daten per E-Mail bestätigt sind.

2.5.1 Abschlussprozess auf 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, die 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 soll, 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.

2.5.2 Abschlussprozess auf SpiGes

Der Abschlussprozess auf SpiGes ist aktuell beim BFS in Erarbeitung. Dieser Abschnitt des Erhebungskonzepts wird ergänzt, sobald der Abschlussprozess vom BFS definiert und kommuniziert wurde.

3 Erweiterte Definitionen SpiGes

Die folgenden Variablen aus dem SpiGes-Datensatz hat das AFG wie folgt präzisiert:

Variable SpiGes	Beschreibung SpiGes	Ergänzung AFG ZH
fall_id	Diese Identifikationsnummer muss über den ganzen Datensatz und die Jahre hinweg für den Fall gleich sein, damit Angaben aus unterschiedlichen Tabellen (z.B. 1-Falldaten und 6-Behandlungen) verknüpft werden können.	Die Fallnummer darf ab 2024 nicht mehr konvertiert werden. Bei einer Änderung der Fallnummer muss für die Fälle mit Eintritt vor dem 1.1.2024 die bisherige Fallnummer verwendet werden (Datensatz 2023).
alter_U1	Alter bei Eintritt in Tagen. Anzugeben für Kinder, die weniger als ein Jahr alt sind. Der Eintrittstag ist nicht mitzuzählen (Berechnung: Eintrittstag - Geburtstag). Die Angabe wird für die Gruppierung der SpiGes-Daten nach SwissDRG, TARPSY, ST-Reha und SPLG zwingend benötigt. Beim Upload auf die SpiGes-Plattform ist sie jedoch freiwillig. Beim Download wird sie automatisch ergänzt.	Im Kanton Zürich muss die Variable alter_U1 immer geliefert werden, weil sonst der SwissDRG-Grouper die Datei nicht gruppieren kann. Bei Geburten muss der Wert 1 erfasst werden (und nicht 0).
wohnort_medstat	Für Personen mit ständigem Wohnsitz in der Schweiz wird die Wohnregion nach einer Nomenklatur des BFS mit Bevölkerungsgrössen von je ca. 10’000 erhoben (Medstat-Regionen). Fakultativ erfolgt die Angabe in Form der vierstelligen Postleitzahl. Bei Personen mit Wohnsitz im Ausland wird diese Variable leer gelassen und das Wohnland in der entsprechenden Variable angegeben.	Massgebend ist der zivilrechtliche Wohnsitz. Im Gegensatz zur SpiGes-Variablenliste des BFS darf in der SDEP-Datenlieferung nicht die MedStat-Region als Wohnort angegeben werden.
nationalitaet	ISO-Kode des Herkunftslandes. Nach einer ISO-Ländertabelle, bei welcher die aussereuropäischen Staaten zu Regionen zusammengefasst sind. (Staaten, Unterteilungen und Gebiete basierend auf dem ISO-3166-Standard)	Wenn unbekannt: NON 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.
eintrittsdatum	Angabe des Eintrittszeitpunktes. Für Notfälle (eintrittsart =1) ist die Angabe der Uhrzeit obligatorisch. Ein Notfall ist definiert durch die Behandlungsnotwendigkeit innerhalb von 12 Stunden.	Die Stundenangabe muss immer zweistellig erfolgen, für 0--9 Uhr ist eine führende Null zu ergänzen. Mitternacht = 00 mit Datum des folgenden Tages. Die Stundenangabe ist im Gegensatz zu SpiGes bei allen stationären Fällen zu erfassen.

eintritt_aufenthalt	Unmittelbarer Aufenthaltsort vor dem Eintritt. Wo befand sich der Patient / die Patientin? Für die institutionelle Abgrenzung gilt bei den Ausprägungen 5, 55, 6, 66, 83 und 84 die burnr_gesv.	Mit Spitex ist alle spitalexterne Pflege, die nach Hause kommt, gemeint, auch wenn der Träger anders heisst.
eintrittsart	Beschreibung der Umstände des Eintritts. Wie wurde der Patient / die Patientin aufgenommen? „Interner Übertritt“ gilt für: - den internen Übertritt von einem Bereich (Akut, Psychiatrie, Rehabilitation) in einen anderen Bereich desselben Spitals (burnr_gesv) - oder für die sogenannten Wartepatienten/-patientinnen Für die institutionelle Abgrenzung gilt bei der Ausprägung 5 und 6 die burnr_gesv.	Unter «Notfall» fallen alle Patientinnen und Patienten, die unangemeldet und ungeplant eintreten und die sofort Hilfe/Behandlung benötigen, bzw. für die diese innerhalb von 12 Stunden unabdingbar ist. Code 3 Geburt gilt nur für Neugeborene, die in dieser Klinik geboren sind. Nicht jedoch für die Mutter, die das Kind geboren hat. Code 5 bedeutet: Der Aufenthalt im überweisenden Spital oder Geburtshaus beträgt weniger als 24 Stunden. Treffen mehrere Ausprägungen gleichzeitig zu, so gehen die speziellen Ausprägungen 3,4 und 5 den allgemeinen Ausprägungen 1 und 2 vor.
einw_instanz	Wer hat die Initiative für die Klinikeinweisung ergriffen?	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. Die Polizei gehört zur zivilrechtlichen oder strafrechtlichen Justizbehörde (ausser sie handelt im Sinne eines Rettungsdienstes). Bei Zuweisungen aus Heimen ist diejenige Person/Instanz anzugeben, die Veranlassende/Ausführende war (Arzt, Bezugsperson, Psychiatrie etc.).
admin_urlaub	Verlässt ein Patient, eine Patientin die Institution für mehr als 24 Stunden bei bleibender Reservierung eines Bettes (ferienhalber oder als Belastungserprobung) so ist dies als administrativer Urlaub anzugeben. Die Angabe enthält die Gesamtsumme in Stunden. Es sind nur vollendete Stunden anzugeben.	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 drei Urlaube hat, von denen einer 8:15, einer 36:20 und einer 26:50 dauert, müssen daher 63 Stunden (36:20 + 26:50) administrativer Urlaub kodiert werden.

aufenthalt_ips	Anzahl Stunden intensivmedizinischer Betreuung, der Inanspruchnahme intensivmedizinischer Infrastruktur oder Aufenthalt in einer neonatologischen Intensivstation. Definition Intensivstation gemäss Richtlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Intensivmedizin. Nicht anzugeben sind folglich Aufenthalte auf nicht anerkannten Intensivstationen.	0 = kein Aufenthalt auf IPS, leer = unbekannt Wenn eine Person weniger als eine Stunde auf der Intensivstation behandelt wurde, soll eine Stunde in der Variable abgefüllt werden, da kleinere Zeiteinheiten nicht kodiert werden können.
schwere_score	Definition gemäss SGI: Im MDSi ist im Datenfeld 2.3.5.1 der Schweregrad-Score SAPS dokumentiert Im MDSi ist im Datenfeld 2.3.5.2 der Schweregrad-Score PIM2 dokumentiert Im MDSi ist im Datenfeld 2.3.5.3 der Schweregrad-Score CRIB2 dokumentiert (Es wird jeweils nur ein Feld (also entweder 2.3.5.1 oder 2.3.5.2 oder 2.3.5.3) ausgefüllt) Der Wert Predicted Death Rate in % wird auf die nächsthöhere ganze Zahl aufgerundet. Zum Beispiel: 8.1 wird auf 9 aufgerundet.	Bei mehreren Aufenthalten wird die Summe aus den Scores der einzelnen Aufenthalte genommen.
aufenthalt_imc	Erfassung der vollendenden Stunden Definition übernommen von der Schweizerischen Gesellschaft für Intensivmedizin (SGI). Die Daten sind im Datensatz der SGI vorhanden.	Wird ein Patient weniger als eine Stunde auf der IMC behandelt, soll eine Stunde in der Variable abgefüllt werden, da kleinere Zeiteinheiten nicht kodiert werden können.
grundversicherung	Angabe des Hauptgaranten, der für die Kosten der Grundversicherungsleistungen des Spitalaufenthalts im Wesentlichen aufkommt. Keine Mehrfachnennungen möglich. Diese Variable ist für die Zuteilung der Fälle auf die Spalten in ITAR_K relevant. Die Ausprägung 9 = unbekannt ist für A-Fälle (Austritte) nicht zulässig. Wenn der Unfall über die OKP Krankenversicherung abgedeckt ist, dann ist die richtige Angabe 1=Krankenversicherung.	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 die Patientin oder der Patient die Rechnung schliesslich selbst bezahlt, ist in diesen KVG-Fällen die Ausprägung 1 zu erfassen. 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.

tarif	Mit dieser Spezifikation können alle stationären Fälle nach der Art der Abrechnung erfasst werden. Diese Variable ist für die Zuteilung der Fälle auf die Spalten in ITAR_K relevant. Die Ausprägung 0 = unbekannt ist für A-Fälle (Austritte) nicht zulässig.	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.
austrittsdatum	Die Angabe der Stunde des Austritts ist fakultativ. Bei Todesfällen ist das genaue Datum und die Stunde des Todes anzugeben.	Im Gegensatz zu SpiGes ist die Stundenangabe bei allen stationären Fällen zu erfassen. Die Stundenangabe muss immer zweistellig erfolgen, für 0-9 Uhr ist eine führende Null zu ergänzen. Mitternacht = 00 mit Datum des folgenden Tages.
Erwerbstätigkeit (psy_eintritt_teilzeit, psy_eintritt_vollzeit, psy_eintritt_arbeitslos)	Beschäftigung vor Eintritt	Befindet sich eine Person in einem ungekündigten Arbeitsverhältnis und arbeitet wegen Krankheit nicht, ist die entsprechende Kategorie für Erwerbstätigkeit anzugeben (Voll- bzw. Teilzeit). Sobald aber kein Lohn mehr bezahlt wird, ist «arbeitslos» anzugeben, auch wenn nach Genesung an der gleichen Stelle weitergearbeitet werden kann.
psy_fu	Der Begriff des "fürsorgerischen Freiheitsentzuges" FFE wurde infolge der Revision des Vormundschaftsrechts zum neuen Erwachsenenschutzrecht per 1. Januar 2013 von der Bezeichnung "fürsorgerische Unterbringung" FU abgelöst.	FU heisst, dass das FU-Formular vorliegt und hierdurch eine Einweisung ohne die Zustimmung des Patienten/der Patientin gegeben ist.
psy_entsch_austritt	Diese Angabe stellt eine detailliertere Form der Variablen austrittsentscheid dar. Die erste Stelle dieser Angabe muss mit der Variable austrittsentscheid übereinstimmen.	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. Auch in solchen Fällen müssen die Austrittsvariablen ausgefüllt werden.
psy_austritt_aufenthalt	Diese Angabe stellt eine detailliertere Form der Variable austritt_aufenthalt (‘Aufenthalt nach Austritt’) dar. Die erste Stelle dieser Angabe muss der Variable austritt_aufenthalt übereinstimmen. Für die institutionelle Abgrenzung gilt bei den Ausprägungen 40, 44, 50, 55, 60 und 66 die burnr_gesv.	Wohngemeinschaften sind unter «Zuhause mit anderen» einzuordnen; therapeutische Wohngemeinschaften unter «Wohnheim»; Jugend- und Erziehungsheime gelten als «Altersheim, andere sozialmed. Instit.».

psy_austritt_behandlung	Diese Angabe stellt eine detailliertere Form der Variable austritt_behandlung ('Behandlung nach Austritt') dar. Die erste Stelle dieser Angabe muss mit austritt_behandlung übereinstimmen.	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.
behandlung_auswaerts	Nur bei ambulanten Behandlungen ausserhalb des eigenen Krankenhausareals anzugeben. Falls sich die Frage nicht stellt (bei Behandlung innerhalb des eigenen Krankenhausareals), wird das Feld leer gelassen -> gleicher Betrieb = gleiche BUR_GESV -> anderer Betrieb = andere BUR_GESV	Belegärzte, die unabhängig vom Betrieb Behandlungen durchführen, gelten vom Beherbergungsspital aus gesehen als „fremder Betrieb».

4 Erweitere Definitionen fallunabhängige KTR

4.1 Abgrenzung Heim- und Pflegebereich

Spitäler, welche gleichzeitig Alters- oder Pflegeheime betreiben, müssen die Kosten und Erlöse für diese Bereiche 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.

4.2 Forschung und universitäre Lehre

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

- 601 = Forschung inkl. Doktorat
- 602 = Erteilte und erhaltene universitäre Ausbildung
- 603 = Erteilte berufliche Weiterbildung

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 603 abgebildet werden. Die voraussichtlichen Subventionen für die Assistenzärztinnen und -ärzte sind als Erlös anzugeben.

Universitäre Betriebe differenzieren je zwischen erhaltener und erteilter Lehre. Diese Angaben werden auf zwei separaten Zeilen (KTR-Typ 602 und 603) festgehalten und durch die Variable «ktr_beschr» gekennzeichnet.

4.3 Ambulante Psychiatrie

Die Kosten und Erlöse in der ambulanten Psychiatrie (inkl. TNK) müssen auf Hauptkostenstelle aggregiert in dafür vorgesehenen Sammel-Kostenträgern geliefert werden. Die Angabe der Kosten und Erlöse erfolgt jahresbezogen (Zeitrechnung).

Sofern die Kosten und Erlöse, die auf einem bestimmten KTR-Typ geliefert werden, in verschiedenen Tageskliniken oder Ambulatorien anfallen, bitten wir Sie, uns die Aufteilung dieser Kosten separat mitzuteilen. Dazu werden wir Ihnen zu Beginn der Datenerhebung eine Excel-Vorlage zustellen. Wir bitten Sie, diese bis zum Abschluss der Erhebung ausgefüllt auf SDEP in der erhebungsbezogenen Kommunikation hochzuladen.

5 Kantonsdaten (integriert in SpiGes-Datensatz)

Die Liste der fallabhängigen und fallunabhängigen Variablen für die Erhebung der kantonalen Zusatzdaten sind wie folgt abrufbar: https://www.zh.ch/de/gesundheit/spitaeler-kliniken/zahlen-fakten-spitaeler.html#-1347683788

Sämtliche Spezifikationen sind ebenfalls in dieser Tabelle abgebildet.

Für die ambulante Psychiatrie werden mit der Einführung von SpiGes keine fallspezifischen Variablen mehr erhoben. Relevante Variablen in der ambulanten Psychiatrie werden neu auf Ebene Standort beziehungsweise Standort und ZH-Hauptkostenstelle erhoben.

6 Zusätzliche Erhebungsteile

6.1 «SDEP-E» Abstimmbrücke

Mit der Abstimmbrücke werden die für die Krankenhausstatistik benötigten Daten erhoben. Entsprechend entspricht die Struktur der Abstimmbrücke den KS-Definitionen. Sie ist Erhebungsteil und Exportformat zugleich: Sobald der SpiGes-Datensatz hochgeladen wurde, kann die Abstimmbrücke exportiert werden. Beim Export ist die Abstimmbrücke bereits teilweise mit den KTR-Daten vorausgefüllt (gelbe Felder). Voraussetzung dafür ist, dass der SpiGes-Datensatz mindestens die Kantonsdaten und Daten zu Kostenträger Fall und Standort enthält.

Der Betrieb ergänzt in den grün markierten Feldern die Angaben zur FIBU, BEBU und die Begründungen zu den sachlichen Abgrenzungen und lädt das File im Erhebungsteil «SDEP-E» wieder hoch. Nach dem ersten Upload einer komplett ausgefüllten Abstimmbrücke wird beim erneuten SDEP-E Export die identische Datei wieder herausgegeben, sofern die zugrundeliegenden KTR-Daten nicht geändert haben.

In den Spalten T bis U ist eine Abstimmungshilfe eingebaut. Sie dient dazu, allfällige Differenzen zur Kostenträgerrechnung zu erkennen. Ebenfalls können in der Abstimmungshilfe kostenmindernd verbuchte Erlöse angegeben werden. Standardmässig wird die negative Summe der Zellen G11 und G13 vorabgefüllt, da erwartet wird, dass ausschliesslich Erlöse der Konten 66 und 68 kostenmindernd verbucht werden. Der Wert kann jedoch überschrieben werden.

Beim Ausfüllen gilt es die folgenden Punkte zu beachten:

- Die Zahlen aus der Finanzbuchhaltung müssen gemäss Jahresrechnung nachvollziehbar sein.
- 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.
- Die Erlöse der Überlieger vom aktuellen Jahr (B+C-Fälle) können in zwei Varianten erfasst werden:

- Variante 1: In Erlöskonto 60 oder 61
- Variante 2: keine Verbuchung der Erlöse in der KTR, aber Erfassung der geschätzten Erlöse in FIBU Konto 67 (Bestandesänderungen an unverbuchten Leistungen). Dieser Betrag wird dann sachlich abgegrenzt.

– 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. Periodenfremder Aufwand ist in diesem Zusammenhang als ausserordentlich zu betrachten und darf nicht in die Kostenrechnung der laufenden Periode einfliessen. Entsprechend muss der Betrag abgegrenzt werden.

– 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.

6.2 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: https://www.ks.bfs.admin.ch

Die Spitäler liefern in den Erhebungsteilen 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 SpiGes 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 (KS -> SDEP)”. 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:

1. **Erfassung auf der KS-Plattform**: Die Spitäler erfassen die Krankenhausstatistik (ohne Finanzen) auf der KS- Plattform. Dies umfasst die Kapitel SA1, SA2, SA3, SA4, SA5 und SA11.

2. **Übertragung der Daten von KS-Plattform nach SDEP**: 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 (KS -> SDEP)» 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.

3. **Export aus SDEP**: Die Spitäler exportieren aus SDEP die Buchhaltungskapitel der Krankenhausstatistik. Dies umfasst die Kapitel SA6, SA7, SA8, SA9 und SA10. Dazu gibt es auf SDEP zwei verschiedene Exporte:

    i. “Generierte KS: Anlagebuchhaltung (Betrieb)” enthält die Anlagebuchhaltung aus SDEP-D zum Import auf die KS-Plattform.

    ii. “Generierte KS: FiBu und Bebu (Betrieb)” enthält die Finanzdaten aus SDEP-E.

4. **Import auf die KS-Plattform**: Die Spitäler importieren diese Daten auf die KS-Plattform.

5. **Übertragung der Daten von KS-Plattform nach SDEP**: 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. **Übertragung der KS-Schreibrechte an den Kanton**: 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.

6.3 SDEP-D Anlagebuchhaltung

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

6.3.1 Record SX (Lieferungsmeldung)

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

6.3.2 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. 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.

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.

6.3.3 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)
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)

6.3.4 Record SA102 (Miet- und Abzahlungsgeschäfte)

Nr	Var	Beschreibung	Wert	Format
1		Recordart	SA102	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)

6.3.5 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
2_7	Hardware	ja	ja
2_8	Software	ja	ja
2_9	ERP/KIS	ja	ja

7 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. Auf den Export der Krankenhausstatistik Finanzen (FiBu und Bebu) wird je in einem jeweils separaten Unterkapitel eingegangen. Folgende weitere Exporte stehen ebenfalls zur Verfügung::

- SpiGes Daten mit ZH, SpiGes Daten ohne ZH, SpiGes Identifikatoren, SDEP-D Anlagebuchhaltung: Diese Exportformate sind identisch mit den entsprechenden Erhebungsteilen, die auf SDEP importiert werden.
- SDEP-E: Siehe Kapitel 6.1
- Subventionen Weiterbildung
- Weitere

7.1 Krankenhausstatistik Finanzen

Siehe auch Kapitel 6.2.

Die KS-Finanzteile (FiBu, Bebu und Abgrenzungen) SA6, SA7, SA8 und SA9 können aus SDEP exportiert und manuell auf der BFS-Plattform importiert werden, sobald alle Kostendaten (in SpiGes und SDEP-E) auf SDEP geliefert worden sind. Dieser Datenexport ist nur dann inhaltlich sinnvoll, wenn auch die Kostendaten in SpiGes und SDEP-E vollständig und plausibel geliefert wurden. 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.

Sollten Sie 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.

KS-Werte ganzzahlig:

Die KS erlaubt in allen Feldern nur Ganzzahlen. Die aus SDEP generierten Werte werden gerundet. Dies kann pro Feld zu einer Rundungsdifferenz von maximal 1 führen. Bei Zwischentotalen können gegenüber SDEP Rundungsdifferenzen bis zur Anzahl der summierten Felder auftreten.

8 Prüfung

8.1 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.

8.1.1 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 und Ausprägung jeder einzelnen Variablen (Zahl, Text, datetime)
- Anzahl Variablen pro Record (Anzahl Pipes |)
- Eindeutigkeit der Primärschlüssel
- XML-Struktur
- Weitere Prüfungen

8.1.2 Einzelfallprüfung

Wenn in der Vorprüfung keine Fehler gefunden werden, wird jeder Erhebungsteil auf inhaltliche Korrektheit geprüft. Diese Prüfung findet einerseits gemäss dem Plausibilisierungskonzept des BFS für SpiGes (MedPlaus) sowie anderseits 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
- Erwartete Records
- Weitere inhaltliche Tests, sowohl innerhalb eines Erhebungsteils als auch in mehreren Erhebungsteilen

8.1.3 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 es werden die Verteilungen der Ausprägungen verschiedener Variablen aufgezeigt.