Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI

Bundesamt für Statistik BFS
Abteilung Gesundheit und Soziales

FAQ SpiGes

Dezember 2023

Inhalt

Inhaltliche Fragen 2

1 Allgemeine Angaben 2

1.1 Rollen und Stakeholder 2
1.2 Inhaltliche Anpassungen 3
1.3 Grundgesamtheit und Erhebungseinheiten 3
1.4 ITAR_K® 4

2 Identifikatoren 5

3 Falldaten 5

3.1 Administratives 5
3.2 Neugeborene 6
3.3 Psychiatrie 6
3.4 Diagnose 6
3.5 Behandlungen 7
3.6 Medikamente 8
3.7 Rechnungen 8
3.8 Patientenbewegung 8
3.9 Kostenträger Fall 9

4 Fallunabhängige Kosten und Erlöse 9

5 Abstimmungsbrücke 10

Technische Fragen 11

Bundesamt für Statistik BFS
Edith Salgado Valdivia
Espace de l'Europe 10, 2010 Neuchâtel
Tel. +41 58 463 66 21
edith.salgado@bfs.admin.ch
www.statistik.admin.ch

Inhaltliche Fragen

1 Allgemeine Angaben

1.1 Rollen und Stakeholder

1. Wen kontaktiert das Spital, wenn es inhaltliche Fragen betreffend der SpiGes Erhebung hat?
   - Bei fachlichen oder technischen Fragen zur SpiGes wendet sich das Spital primär an seine zuständige kantonale Erhebungsstelle.

2. Wie sieht die Rolle der Kantone, insbesondere der kantonalen Erhebungspartner, zukünftig aus?
   - Die kantonalen Erhebungsstellen wirken bei der BFS Erhebung mit wie bisher (Grundgesamtheit, Koordination und Kommunikation Spital, Mahnwesen usw.).
   - Das zuständige kantonale Gesundheitsamt gibt neu Ende Juli die Daten der Spitalunternehmen auf ihrem Hoheitsgebiet für die Nutzung nach KVG auf der SpiGes Plattform frei.

3. Es gibt in SpiGes freiwillige Variablen, welche gemäss Vorgabe des Kantons ausgefüllt werden können. Bis wann muss der Kanton den Betrieben bzw. dem BFS mitteilen, welche Variablen ausgefüllt werden sollen. Ist der Kanton hier frei in der Entscheidung, welche freiwilligen Elemente ausgefüllt werden müssen?
   - Die Kantone teilen ihren Spitälern die Bereitstellung der freiwilligen Variablen (z. B. op_gln) früh genug mit, damit diese ab den Daten 2024 im Spitalsystem erfasst werden. Der Kanton beschliesst gemäss seinen Vorgaben im Gesundheitsbereich, welche bei diesen Variablen spezifischer als die nationalen Vorgaben sein können.

4. Die Spitäler wünschen sich eine Informationsveranstaltung, damit sie einen besseren Überblick über die bevorstehenden Anforderungen erhalten. Ist eine solche vom BFS geplant?
   - Das BFS hat bereits 4 Infoveranstaltungen für ein breites Publikum durchgeführt, hier haben auch einige Spitäler teilgenommen. H+ hat seine Spitäler jeweils darüber informiert. Da zum jetzigen Zeitpunkt nicht mehr konzeptuelle Fragen, sondern sehr spezifische Themen auftauchen, sieht das BFS einen solchen Grossanlass nicht als das geeignete Instrument an. Das BFS sammelt die eingegangenen Fragen und wird die FAQ auf der SpiGes Webseite hochschalten.

5. Können künftig auch die Anforderungen des ANQ mit dem XML-File erfüllt werden?
   - Das BFS ist mit dem ANQ in Kontakt, um die SpiGes Variablen und Formate abzugleichen.

6. Können Sie mir die gesetzliche Grundlage nennen, die die Krankenhäuser verpflichtet, die Statistik zu übermitteln?
   - Gemäss Art. 23 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10), Art. 6 Abs. 4 des Bundesstatistikgesetzes vom 9. Oktober 1992 (BStatG; SR 431.01), Art. 6 Abs. 1 der Verordnung vom 30. Juni 1993 über die Durchführung von statistischen Erhebungen des Bundes (SR 431. 012.1) und den Bestimmungen über die Krankenhausstatistik und der Medizinischen Statistik im Anhang der genannten Verordnung sind alle Krankenhäuser verpflichtet, dem Bundesamt für Statistik die erforderlichen Daten in der vorgeschriebenen Form und innerhalb der festgesetzten Frist zu liefern.

1.2 Inhaltliche Anpassungen

7. Welche Variablen ändern sich mit SpiGes?
   - SpiGes hat vor allem grössere Auswirkungen auf den Prozess der Datenprüfung und das Datenformat der Lieferung. Bei den medizinischen Angaben (heutige MS) ändern sich nur wenige Punkte. Die wichtigsten dürften für Sie die folgenden sein:
     - *Die Hauptbehandlung wird abgeschafft.*
     - *Der Zusatz zur Hauptdiagnose wird abgeschafft.*
     - *Diagnosen und Behandlungen können neu in unbegrenzter Zahl erfasst werden.*
     - *Die chirurgische Leistungszeit wird bei operativen Prozeduren erfasst.*
     - *Der Behandlungsbeginn muss bei operativen Prozeduren mit der Uhrzeit (der Operation insgesamt) erfasst werden.*
     - *Der Bezug zwischen mehreren Diagnosen (Kreuz/Stern, Ausrufezeichen) wird neu mit einer Bezugsvariable (diagnose_zusatz) anstelle des Sonderzeichens erfasst.*

   - Alle Änderungen am Datensatz sowie die genauen Details können Sie am besten nachvollziehen, wenn Sie die Variablenliste zur Hand nehmen und die Spalte «Neu/MS-Variable» filtern nach neuen und angepassten Variablen.

   - Neu werden Rechnungsdaten und Kosten, resp. Erlöse pro Fall erhoben.

   - Hier finden Sie den kompletten Datensatz: https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitswesen/projekt-spiges.assetdetail.25885643.html

8. Welche Auswirkungen hat SpiGes auf die Kodierrichtlinien?
   - Diese Informationen finden Sie im Kodierungshandbuch. Dieses ist unter dem folgenden Link herunterladbar: https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/nomenklaturen/medkk.html

9. Was ist der Inhalt des nationalen Prüfprotokolls?
   - Der genaue Inhalt des Prüfprotokolls hängt von den Prüfungen ab, welche aktuell mit einer Arbeitsgruppe mit allen Stakeholdern erarbeitet werden. Im Wesentlichen umfasst das Prüfprotokoll die Prüfungen, welche angeschlagen haben sowie die offiziellen Begründungen zu diesen Prüfungen (ein Auszug aus dem Chat zur Prüfung).

1.3 Grundgesamtheit und Erhebungseinheiten

10. Wird bei der Einführung von SpiGes bzw. zum Zeitpunkt der Definition der Grundgesamtheit für die erste SpiGes-Erhebung noch mit den herkömmlichen «Spitallisten» oder bereits mit SpiReg gearbeitet?
    - Bei der ersten SpiGes Erhebung (Daten 2024) im Jahre 2025 wird noch manuell die Grundgesamtheit KS in Form von Excellisten importiert.
    - Die bisherige BUR wird BURGESV heissen und der Identifikator des Spitals bleiben. Die Standort-BUR heisst ab den Daten 2024 (Erhebung 2025) BUR.

11. Was ist der Unterschied zwischen einem Spitalunternehmen, einem Spital und einem Spitalstandort?
    - Ein Spitalunternehmen, ist ein Unternehmen mit dem NOGA-Code 861001 (Allgemeine Krankenhäuser), 861002 (Spezialkliniken) oder 869004 (Geburtshäuser). Es ist mit der Identifikationsnummer ENTID eindeutig bezeichnet.
    - Das Spital ist in der SpiGes Erhebung eine Einheit, welche ein ITAR-K ausfüllt und nach der sich die Falldefinition der SwissDRG AG richtet. Ein Spital ist mit der BUR-Nr. GESV gekennzeichnet, welche nur auf der Datenbank von GESV geführt wird.
    - Ein Spitalstandort ist mit der BUR-Nr. eindeutig gekennzeichnet und gehört immer zu genau einem Spitalunternehmen.

Folgende Tabelle zeigt als Beispiel ein Unternehmen (UID/ENTID)[1] mit 12 Spitälern (BURGESV)[2] und 14 Standorten (BUR)[3]:

ENTID	Spitalunter-nehmen	BURGESV	Spital	KT BUR	BUR	Spital-standort
		71192114	SMN AG Clinique Générale-Ste-Anne	FR	60207465	Clinique Générale-Ste-Anne
		71275535	SMN AG Clinica Sant'Anna	TI	51908937	Clinica Sant'Anna
		71276083	SMN AG Privatklinik Obach	SO	51995395	Privatklinik Obach
		71277988	SMN AG Clinica Ars Medica	TI	53832081	Clinica Ars Medica
		71284320	SMN AG Clinique de Valère	VS	61429014	Clinique de Valère
		71286029	SMN AG Privatklinik Belair	SH	40896709	Privatklinik Belair
		71289580	SMN AG Privatklinik Villa im Park	AG	45214175	Privatklinik Villa im Park
		71289800	SMN AG Schmerzklinik Basel	BS	45835933	Schmerzklinik Basel
		71297120	SMN AG Privatklinik Lindberg	ZH	41194623	Privatklinik Lindberg
		71319103	SMN AG Privatklinik Bethanien	ZH	65486259	Privatklinik Bethanien
				NE	52154638	Hôpital de la Providence
				NE	53912229	Clinique Montbrillant
		87822855	SMN AG Neuchâtel	NE	95702870	Hôpital de la Providence
101491144	**SMN AG**	99474061	SMN AG Privatklinik Siloah	BE	99474061	Privatklinik Siloah

12. Welche Begriffe werden in der SpiGes Erhebung synonym für Spitalunternehmen, Spital und Spitalstandort verwendet?

Ebene	**Begriffe synonym**
Spitalunternehmen Juristische Einheit	(Spital-)Unternehmen
Spital (gemäss Angabe Kanton, Erhebung MS/KS, Falldefinition)	Spital, Klinik, (Spital-)Betrieb
Spitalstandort lokale Einheit	(Spital-)Standort

13. Wie wird festgestellt, zu welchem Spital (burnr_gesv) ein Standort (burnr) gehört?
    - Die Zuordnung der Standorte (BUR-Nummern) zu den Spitälern (BUR-GESV) erfragen wir bei der Erhebung der Grundgesamtheit. In diesem Prozess sind es die Kantone, die uns in Zusammenarbeit mit den Krankenhäusern die Informationen geben.
    - Die burnr_gesv wird auf Wunsch unserer Partner auch erhoben.

14. Was versteht man unter einer Hauptleistungsstelle (z.B. M000, M050)?
    - Eine Leistungsstelle ist eine organisatorische Einheit im Spital, in der u.a. medizinische, medizinisch-technische oder medizinisch-therapeutische Leistungen erbracht werden. In der SpiGes Erhebung wird angegeben, in welcher medizinischen Hauptleistungsstelle der Patient behandelt wird.

1.4 ITAR_K®

15. SpiGes erhebt nur Informationen zu den stationären Fällen. Wie kann der ambulante Teil des ITAR_K® ausgefüllt werden?
    - Das ITAR_K® kann mit den SpiGes Daten erstellt werden. Die ambulanten Angaben werden in den dafür vorgesehenen KTR Typen erhoben (z.B. Tarif Labor).

[1] Öffentlich zugängliche ID

[2] BURGESV pseudonymisiert

[3] BUR pseudonymisiert

16. Wie wird das ITAR_K® von Kliniken erstellt, welche nur Teil eines Spitalunternehmens sind? (z.B. Klinik St. Anne von Fribourg ist Teil der Swiss Medical Network AG)
    - Die Klinik St. Anne von Fribourg wird die Finanzbuchhaltung (und alle anderen Angaben) in der Krankenhausstatistik pro Klinik (Ebene BURGESV) ausfüllen. Die Kosten aus SpiGes lassen sich nach BURGESV aggregieren.

17. Die Kostendaten muss man bis zum 31.3 erfassen. Müssen diese Daten revidiert sein? Aktuell könnten wir das nicht umsetzen da der Jahresabschluss erst Ende März revidiert wird.
    - Bei dieser Frist müssen die Kostendaten erstmals automatisch auf der SpiGes Plattform geprüft sein. Die Revision kann später erfolgen.

18. Wir finden keine SpiGes-Variable, die es ermöglichen würde, die direkt mit einem Fall verbundenen GWL-Einnahmen/Kosten in die dafür vorgesehene GWL Spalte im ITAR_K® zu überführen. Wie wird die GWL-Spalte von ITAR_K® mit den SpiGes Daten berechnet?
    - Bei der Abbildung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen hält sich SpiGes grundsätzlich an die Rechtsprechung und die Empfehlungen des Spitalverbandes H+. REKOLE® sieht vor, dass die Kosten der fallbezogenen gemeinwirtschaftlichen Leistungen auf dem Fall, die Erlöse jedoch auf einem separaten GWL-Kostenträger abgebildet werden. Kosten und Erlöse von fallunabhängigen GWL werden ebenfalls auf einem separaten GWL-Kostenträger abgebildet.
    - Aus technischer Sicht ist es möglich, von den Vorgaben von REKOLE® abzuweichen. Die Kosten und Erlöse der fallbezogenen GWL könnten auch auf einem eigenen Kostenträger (Typ KTR 700-799) erfasst werden. Dies liegt im Ermessen des Kantons. Wichtig ist in diesem Fall, dass die Kosten und Erlöse für die OKP-Leistungen trotzdem auf dem Fall erfasst werden (Typ KTR = 1).

2 Identifikatoren

19. Die AHVN ist ein Pflichtfeld. Trotzdem wird es Fälle ohne AHV-Nr. geben. Wo ist beschrieben was in diesem Fall in die Variable kommt?
    - Genau diese Frage ist noch offen. Im Datensatz steht: «Anmerkung: Bezüglich der Personen, die keine AHV-Nummer haben können, sind noch Abklärungen im Gange (vgl. auch Spalte "Anzugeben für").» Kurzfristig ist angedacht, die Variable in diesem Falle leer zu lassen resp. eine Dummy-Nummer anzugeben. Es gab nun aber starken Widerstand dagegen aus einigen Grenzkantonen, weshalb diese Frage langfristig noch genauer abgeklärt wird.

20. Bei der Datenerhebung soll ja die AHVN genutzt werden. Wird die AHVN über die Tarifpartner auch an die Krankenkassen ersichtlich sein werden?
    - Bei der Datenübermittlung werden Identifikatoren und Daten separat verschickt. Der Datenkanal ist verschlüsselt. Zur Überprüfung der AHVN wird der «BFS AHVN Validator» eingesetzt. Nachdem die AHVN verschlüsselt worden ist, wird diese auf der gesicherten Identifikatoren Datenbank gespeichert. Während der Bearbeitung der Daten auf der Plattform ist die AHVN somit pseudonymisiert und nicht zusammen mit dem Leistungsdatensatz abgelegt. Die AHVN kann nur verschlüsselt an die Datennutzer weitergegeben werden. Da diese Datennutzer den Schlüssel nicht kennen, ist für diese die AHVN anonymisiert. Ein Rückschluss auf den Originalwert ist nicht möglich.

21. Hat der Kanton Zugang zum ID-File der Lieferungen?
    - Der Kanton kann während der Erhebung zu Plausibilisierungszwecken Daten exportieren, dabei wird die AHVN pseudonymisiert werden.

3 Falldaten

3.1 Administratives

22. Wie ist der «interne Übertritt» definiert?

- Übertritt von einem Bereich (Akut, Psychiatrie, Rehabilitation) in einen anderen Bereich desselben Spitals (burnr_gesv)
- oder für die sogenannten Wartepatienten/-patientinnen

23. Wird ein Fall, der den Standort wechselt, in beiden Standorten geführt?
    - Nein, jeder Fall wird nur am Hauptstandort geführt, auch wenn er innerhalb eines Spitals (BURGESV) von einem Standort zum anderen verlegt wird. Wechselt ein Patient in ein anderes Spital (BURGESV), ist ein neuer Fall zu eröffnen.

24. Ist es möglich, eine Definition für den Wert «7 = Repatriierung» zu erhalten?
    - Rückführung eines Patienten oder einer Patientin mit Schweizer Pass aus dem Ausland in die Schweiz, ohne spezielle Anforderungen an Transportmittel oder Begleitung

25. Wie ist eine «Verlegung» definiert? (z.B. die Codes «5 = Verlegung innerhalb 24 Std.» und «6 = Rückverlegung» der Variable Eintrittsart)
    - Die Variable Eintrittsart existiert bereits in der MS und hat sich mit SpiGes auch nicht verändert. Eine Verlegung grenzt sich vom internen Übertritt dadurch ab, dass diese nicht im gleichen Spital (BURGESV) geschieht, sondern spitalübergreifend (zwei unterschiedliche BURGESV). Die Definition richtet sich nach den Grundsätzen der SwissDRG AG, welche Sie hier finden: https://www.swissdrg.org/application/files/7416/7051/1936/Klarstellungen_und_Fallbeispiele_zu_den_Anwendungsregeln_Version_4.7.pdf

26. Wie werden Fälle, die von der Rehabilitation (Tarif ST-REHA) in die Langzeitpflege (Tarif «Pflegetaxe») des gleichen Betriebs übergehen codiert? Die Variablen 1.2.V02 und 1.5.V03 erlauben uns nicht, «Langzeitpflege, gleicher Betrieb» anzugeben.
    - Dies war bereits bei der MS so; der Fall wechselt von Rehabilitation zu SOMED (gleicher Betrieb); bei Code 2 sind beide Möglichkeiten enthalten (gleicher Betrieb oder anderer Betrieb). Der Fall muss wie folgt kodiert werden:
      austritt_aufenthalt: 2 = Krankenheim, Pflegeheim
      eintritt_aufenthalt: 84 = Rehabilitations-abteilung/-klinik, gleicher Betrieb

27. Variable «Wohnland»: In der Variablenbeschreibung ist eine separate Einteilung der aussereuropäischen Länder in Regionen erwähnt. Existiert diese Liste bereits oder wird sie noch veröffentlicht?
    - Das ist dieselbe Liste wie heute in der MS. Anbei der Link zur Liste: https://www.bfs.admin.ch/asset/de/10687502

3.2 Neugeborene

3.3 Psychiatrie

28. Variable psy_zivilstand: Was ist mit dem Code "5 = unverheiratet" gemeint bzw. wie unterscheidet sich dieser von ledig etc.?
    - Die Codeliste der Variable Zivilstand wird beim BFS einheitlich genutzt. Der Zivilstand «Unverheiratet» kann als Folge einer Ungültigerklärung der letzten Ehe oder als Folge einer Verschollenerklärung des letzten Ehepartners bzw. der letzten Ehepartnerin entstehen.
    - Siehe Link: https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/stand-entwicklung/zivilstand.html

3.4 Diagnose

29. POA-Variable: Könnten Sie uns bitte sagen, zu welchem Zweck die Variable diagnose_poa verwendet wird?
    - Die Angabe «POA» kann unter anderem zur Verbesserung der Qualität und der Patientensicherheit verwendet werden. Siehe z. B. die Mitteilung des Kantons Zürich zu diesem Thema. Present on admission - Informationen zur Erfassung (zh.ch)

30. Variable «diagnose_zusatz»: Welche Angaben müssen hier bei Stern-Kodes und Kodes mit Ausrufezeichen gemacht werden?

- Bei Stern-Kodes wird hier der zugehörige Kreuz-Kode angegeben. Bei Kodes mit Ausrufezeichen, der zu präzisierende Kode.
- Stern-Kodes werden nicht als solche markiert, die Vergabe erfolgt gemäss ICD-10-GM.

Beispiel 4 *im Kodierhandbuch (Seite 38)*
HD E10.73† Diabetes mellitus, Typ 1, mit multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet
ND I79.2 Periphere Angiopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten*
ND H36.0 Retinopathia diabetica*
ND N08.3 Glomeruläre Krankheiten bei Diabetes mellitus*
…wird wie folgt in ***SpiGes*** *erfasst:*

diagnose_kode	diagnose_id	diagnose_zusatz
E10.73	1	
I79.2	2	E10.73
H36.0	3	E10.73
N08.3	4	E10.73

Beispiel 4 *im Koderhandbuch (Seite 40)*
HD S37.03 Komplette Ruptur des Nierenparenchyms
L 2
ND V99! Transportmittelunfall
ND S36.03 Rissverletzung der Milz mit Beteiligung des Parenchyms
ND S36.49 Verletzung sonstiger und mehrerer Teile des Dünndarmes
ND S31.83! Offene Wunde (jeder Teil des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens) mit Verbindung zu einer intraabdominalen Verletzung
…wird wie folgt in ***SpiGes*** *erfasst:*

diagnose_kode	diagnose_id	diagnose_zusatz
S37.03	1	
V99	2	S37.03
S36.03	3	
S36.49	4	
S31.83	5	S36.03
S31.83	6	S36.49
S31.83	7	S37.03

3.5 Behandlungen

31. Variable «behandlung_id»: Gibt es hier Empfehlungen für die umzusetzende Reihenfolge in der Psychiatrie? Gerade die HoNOS-Items, die als CHOPs geliefert werden, sind ja diagnose- bzw. behandlungsunspezifisch.
    - Gemäss Variablenbeschreibung gilt:
      Eindeutige, fortlaufende Nummer der Behandlung.
      1 = Behandlung 1
      2 = Behandlung 2
      3 = Behandlung 3
      (…) etc. -> Unbegrenzt
      Für die Reihenfolge der Behandlungen sind die folgenden Kriterien empfohlen:
      1. Prozeduren zur Behandlung der Hauptdiagnose
      2. Prozeduren zur Behandlung der Nebendiagnosen
      3. Prozeduren zur Bestimmung der Hauptdiagnose
      4. Prozeduren zur Bestimmung der Nebendiagnosen
      5. Weitere Prozeduren
    - Für die HoNOS-Items würden wir eine chronologische Nummerierung empfehlen (frühere HoNOS-Messungen = tiefere IDs, spätere HoNOS-Messungen = höhere IDs).

32. Wir sorgen uns etwas, dass insbesondere in der Anfangszeit diese Daten nicht vollständig erfasst werden und es zu vielen Nacharbeiten kommen könnte. Daher würden wir gern bei

den betroffenen CHOP-Codes das Feld als Muss-Feld definieren. Gibt es für den CHOP-Katalog eine Zuordnung, welche Codes als Operativ bzw. interventionell gelten?

- Das BFS ist sich bewusst, dass bei Einführung dieser neuen Angabe die Daten unvollständig sein werden. Nach der üblichen Konsolidierungsphase wird sich zeigen, welche Präzisierungen nötig sind. Es ist gar nicht möglich, für jeden CHOP-Kode eindeutig zu bestimmen, ob er eine Angabe der Zeit erfordert oder nicht. Es sind andere Merkmale, die hier massgeblich sind: ob die Behandlung in einem Zusammenhang mit der Benützung eines Operationssaals oder eines Herzkatheterlabors steht.

3.6 Medikamente

33. Variable «medi_id»: Die Leistungsnummern können bei unseren Kunden alphanumerisch sein, die Variable ist nur numerisch vorgesehen. Wäre es hier auch möglich, den Pharmacode oder den GTIN zu exportieren?
    - Diese Variable musste aus rein technischen Gründen hinzugefügt werden (XML Struktur) und stellt eine eindeutige Zeilennummer der thematischen Tabelle «Medikamente» dar. Solange die Variable eindeutig und vollständig ausgefüllt wird, wären theoretisch auch Pharmacode oder GTIN als Angabe möglich. Das BFS bezweifelt jedoch, ob diese Bedingungen für restlos alle Medikamente eingehalten werden könnten. Für gewisse liegen diese Infos einfach noch nicht vor.

3.7 Rechnungen

34. Wird für jede gestellte Rechnung - und jedes Zusatzentgelt - eine Zeile exportiert?
    - Es ist dieselbe Granularität, wie die Zeilen auf den verschickten Rechnungen anzugeben. Wurde z.B. für einen grundversicherten Fall eine Fallpauschale sowie ein Zusatzentgelt abgerechnet und der Grundversicherung sowie dem Kanton in Rechnung gestellt, so sind vier Zeilen zu liefern (1.Pauschale an Kanton, 2.Zusatzentgelt an Kanton, 3.Pauschale an Versicherer, 4.Zusatzentgelt an Versicherer).

35. Wie werden die entsprechenden Felder ausgefüllt für Rechnungen, die nicht über SwissDRG, TARPSY oder ST Reha abgerechnet werden?
    - Grundsätzlich analog Forum Datenaustausch, einfach nur für die stationären Behandlungen.
    - Tariftyp, Betrag und Menge sollten klar sein.
    - Felder, die bei anderen Tarifen keinen Sinn machen, können leer gelassen werden.

3.8 Patientenbewegung

36. Gelten der Eintritt und Austritt auch als Episode?
    - Eintritt und Austritt werden wie bisher unter Eintrittsdatum und Austrittsdatum angegeben. Falls der Fall nicht transferiert wurde, werden keine Episoden erfasst. Sobald es aber zu einem Transfer kommt (z.B. ein Zwischenaustritt) wird Episode 1 vom Eintrittsdatum bis zum Zwischenaustritt erfasst. Episode 2 beginnt beim Zwischenausstritt und endet mit dem Wiedereintritt. Episode 3 beginnt mit dem Wiedereintritt und endet mit dem nächsten Transfer (z.B. Urlaub). Dies kann für den gleichen Fall in mehrere Episoden enden (siehe Abbildung). Die letzte Episode (9) endet mit dem Austrittsdatum. Episoden sind die Abschnitte vor und nach einem Standortwechsel eines Falls, Zwischenaustritte / Wiedereintritte, externe ambulante Behandlungen, Urlaube und Belastungserprobungen.

Beispiel A: Patientin mit allen möglichen Episoden

Tabelle 1-Falldaten

fall_id	...	Hauptstandort	Eintrittsdatum	Austrittsdatum	...
5434684354	...	78359453	14.07.2022 16:00	06.08.2022 16:00	...

Tabelle 8-Patientenbewegungen

episode_id	episode_beginn	episode_ende	bumr	Art er Episode	Aufenthalt nach Zwischenaustritt	Grund des Wiedereintrittes
1	14.07.2022 16:00	17.07.2022 19:00	78359453	1 = Behandlung vor Ort		
2	16.07.2022 19:00	17.07.2022 09:00		2 = Zwischenaustritt/Wiedereintritt	2 = Krankenheim, Pflegeheim	1 = Wiederaufnahme mit gleicher MDC
3	17.07.2022 09:00	19.07.2022 11:00	78359467	1 = Behandlung vor Ort		
4	19.07.2022 11:00	20.07.2022 09:00		3 = Urlaub (Ferien)		
5	20.07.2022 09:00	25.07.2022 12:00	78359453	1 = Behandlung vor Ort		
6	25.07.2022 12:00	26.07.2022 07:00		4 = Belastungserprobung		
7	26.07.2022 07:00	01.08.2022 08:00	78359453	1 = Behandlung vor Ort		
8	01.08.2022 08:00	01.08.2022 16:00	83457521	5 = ambulante Behandlung auswärts		
9	01.08.2022 16:00	06.08.2022 16:00	78359453	1 = Behandlung vor Ort		

Beispiel B: Patient mit nur einer Episode

Tabelle 1-Falldaten

fall_id	...	Hauptstandort	Eintrittsdatum	Austrittsdatum	...
5434684777	...	78359453	11.06.2022 19:00	23.06.2022 16:00	...

Tabelle 8-Patientenbewegungen

episode_id	episode_beginn	episode_ende	bumr	Art er Episode	Aufenthalt nach Zwischenaustritt	Grund des Wiedereintrittes
1	11.06.2022 19:00	23.06.2022 16:00	78359453	1 = Behandlung vor Ort		

→ Episoden von Fällen mit nur einer Episode werden nicht erfasst (z.B. Einstandort-Spital, Fälle ohne Urlaube usw.)

3.9 Kostenträger Fall

37. Wie sollen die Kosten für forensische C-Fälle (mehrere Jahre Liegedauer) eingereicht werden? Für den ganzen Fall (ganze Liegedauer) oder nur die Kosten für das jeweilige Kalenderjahr und der Rest über Abgrenzungen?
    - ➢ Für B- und C-Fälle sind die Kosten im Kalenderjahr anzugeben, für A-Fälle die Kosten über die ganze Falldauer. Für ambulante und nicht-fallbezogene Kostenträger auch die Kosten im Kalenderjahr. Siehe auch Spalte «Zeitbezug» der Variablenliste.

4 Fallunabhängige Kosten und Erlöse

38. Wie lassen sich die Kosten und Erlöse der gemeinwirtschaftlichen Leistungen in SpiGes erfassen?
    - ➢ Dazu wählen Sie unter ktr_typ den passenden Code der entsprechenden GWL Leistung aus und tragen die entsprechenden Kosten und Erlöse anhand den in REKOLE® definierten Kostenarten-, bzw. Kostenstellennummern und Erlöskonten ein. Anbei die Liste der unterschiedlichen GWL Typen und dem entsprechenden ktr_typ Code:

Code	GWL	Bezeichnung
501	Typ a)	Vorhalteleistungen (exkl. Vorhalteleistungen für den Notfall)
502	Typ a)	Rettungswesen/Notruf 144
503	Typ a)	Geschützte Spitalbereiche
504	Typ a)	Kindergarten und Schule für Patientinnen und Patienten
505	Typ a)	Sozialdienstliche Leistungen für Patienten
506	Typ a)	Prävention/Gesundheitsförderung
507	Typ a)	Bevölkerungsschutz
508	Typ a)	Spitalseelsorge / Andachtsraum
599	Typ a)	Weitere Spezialaufgaben
601	Typ b)	Forschung, inkl. Doktorat (MD und PhD)
602	Typ b)	Erteilte und erhaltene universitäre Ausbildung
603	Typ b)	Erteilte berufliche Weiterbildung
701	Typ c)	Aufrechterhaltung von Überkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen
702	Typ c)	Geburtshilfe
703	Typ c)	Nicht kostendeckende Tarife (z. B.TARMED.)

799 Typ c) Weitere spitalbezogene gemeinwirtschaftliche Leistungen

39. Können fallunabhängige Kostenträger einem Spital (burnr_gesv) angehängt werden anstelle eines Standortes?
    - Nein, das ist nicht möglich.

40. Kann man KTR-Typen auch mehrfach verwenden? Zum Beispiel bei 599 mehrfache Zeilen abliefern mit unterschiedlichem Freitext in der Variable "ktr_beschr"?
    - Ja, das ist möglich.
      Anhand der Angabe «ktr_typ» wird ein Kostenträger einer ITAR_K®-Spalte zugeordnet. Somit muss in der Variable «ktr_typ» einer der vordefinierten Werte verwendet werden. Es ist jedoch möglich mehrere Kostenträger mit demselben KTR-Typ anzugeben, z.B. für den ktr_typ 205 einmal mit dem Freitext «KVG» und einmal mit dem Freitext «MTK» in der Variable «ktr_beschr». Diese beiden Kostenträger werden dann summiert und in der ITAR_K®-Spalte «Tagesklinik Kind- & Jugendpsychiatrie» abgebildet. Theoretisch sind auch weitere Aufteilungen technisch möglich, bis auf den ambulanten Fall. Solange alle denselben KTR-Typ aufweisen, werden sie wie beschrieben summiert und abgebildet.

5 Abstimmungsbrücke

41. Aus SDEP ist mir die Abgrenzungsrechnung bekannt. Wird es diese in SpiGes auch geben oder nur gemäss ITAR_K®?
    - SpiGes nutzt die Abstimmbrücke der GDK / von REKOLE®.

42. Wo im BFS werden die Begründungen zu den Abgrenzungen integriert? Bzw wie muss ich mir das vorstellen?
    - Die Begründungen werden als Prüfungen in SpiGes erfasst. D.h. wenn ein Betrag von FiBu und BeBu nicht übereinstimmt, muss die Differenz begründet werden. Diese Begründungen werden dann auch weiterverwendet, z.B. für das Prüfprotokoll und für ITAR_K® oder auch für die GDK Abstimmbrücke.

43. Wo werden die Kosten der Überlieger in der Abstimmungsbrücke berücksichtigt?
    - In der Kostenträgerrechnung von SpiGes lassen sich die Kosten der übers Jahr ausgetretenen Patienten (A Fälle) berechnen. Diese können bereits im Vorjahr ins Spital eingetreten sein und Kosten verursacht haben. In der Finanzbuchhaltung wird der Aufwand pro Jahr (Zeitrechnung) eingegeben. Die daraus entstehende Differenz wird in der Abstimmungsbrücke von SpiGes korrigiert.

44. Für 2024 (Daten 2023) hat die SwissDRG AG die Details der Anlagenutzungskosten der Fälle nach VKL angefordert. In SpiGes ermöglichen es die Variablen "_ank", die Details der Anlagenutzungskosten der Fälle nach REKOLE® zu senden. Da dieses Detail nun für SwissDRG AG benötigt wird, sollte man in SpiGes die "_ank"-Variablen nicht auch für die VKL-Ergebnisse vorsehen?
    - Es handelt sich hierbei lediglich um eine Testerhebung der SwissDRG AG. Sollte der definitive Wechsel zu VKL erfolgen, würden die Anlagenutzungskosten pro Kostenstelle in SpiGes nach VKL statt nach REKOLE® erhoben werden und die REKOLE®-Anlagenutzungskosten als Summe.

    - Zusammengefasst sind die Anlagenutzungskosten nach folgenden Methoden abzubilden:

Variablen	***ANK-Methodik***
KTR-Variablen «ktr_10_ank» bis «ktr_77_ank»	*REKOLE®*
KTR-Variable «ktr_44_vkl»	*VKL*
KS FiBu: *SA6, insbesondere Var. A.15.06 bis A.15.06.05*	*VKL*

KS Abstimmbrücke : *SA81-84*	*VKL*
KS Abstimmbrücke: *SA85, Var. A.17.22.25 bis A.17.24.28*	*REKOLE®*

45. Das Konto 441 wird weder von VKL noch von REKOLE® in die Berechnung der Anlagenutzungskosten einbezogen. Können Sie das bestätigen?
Die Anlagenutzungskosten (nach REKOLE® und OCP) entsprechen folgenden Kostenarten:
- 442 Abschreibungen
- 444 Übrige Mietzinse (inkl. operatives Leasing)
- 448 Kalkulatorische Verzinsung des Anlagevermögens

Weitere Informationen sind im REKOLE®-Handbuch (Kapitel 6.5.3) zu finden.

Technische Fragen

46. Gibt es für den Datenimport in die SpiGes Applikation eine Formatvorlage?
    - ➢ Ja, die Formate im Schnittstellenkonzept sind zu übernehmen.

47. Wurden die grossen Anbieter von Pat.-Admin-Software (SAP) ebenfalls vom BFS informiert und entwickeln sie bereits Software-Lösungen? Vermutlich sollte das XML-File künftig in der Pat.-Admin-Software erstellt werden.
    - ➢ Im Januar 2023 haben wir ein Informationsveranstaltung Richtung KIS Hersteller (Pat.-Admin-Software) gemacht. SAP war auch repräsentiert. Das BFS informiert diese Gruppe laufend über den Stand von SpiGes.

48. Gemäss Variablenliste 1.3 gibt es folgende Tabellen:

1	Administratives
2	Neugeborene
3	Psychiatrie
4	KTR
5	Diagnosen
6	Behandlungen
7	Operierende
8	Medikamente
9	Rechnungen
10	Patientenbewegung
11	Kantonsdaten
12	Personenidentifikator

Kann man unter SpiGes diese Tabellen alle als einzelnes xml-File abgeben?
- ➢ Die Tabelle 10 Personenidentifikatoren muss in einem separaten File geliefert werden (aus Datenschutzgründen). Für die restlichen Tabellen ist ein anderes File definiert, welches aber Teillieferungen unterstützt. Theoretisch ist es also möglich, alle Tabellen in einem einzelnen XML-File als Teillieferungen zu liefern. Wir empfehlen dies jedoch nicht, da dies eine aufwändige Abstimmung der verschiedenen Tabellen erfordert (Sicherstellen, dass die Informationen zu allen Fällen in allen Files vorhanden sind). Genauere Informationen zu diesem Thema finden Sie in der Beschreibung der XML-Datei für den Datenimport in die SpiGes-Plattform auf unserer Webseite. https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitswesen/projekt-spiges.html

49. Gibt es eine Möglichkeit für kleine Betriebe aus einem Excel (in der die KTR eingetragen ist) ein XML-File herzustellen. Gibt es ein Anbieter, der dies plant umzusetzen?
    - Diese Möglichkeit wird zurzeit vom BFS geprüft.

50. Ist geplant eine Excel für die fallunabhängigen Kosten zur Verfügung zu stellen, in welchem der Betrieb die fallunabhängigen Kosten im Excel-Format ausfüllen kann und dann als XML-Format exportieren kann?
    - Die separate Lieferung von verschiedenen Arten von XML-Elementen ist möglich. D.h. die fallunabhängigen Kostenträger können grundsätzlich in einem anderen File als die fallabhängigen Kostenträger geliefert werden. Ob wir ein Tool für die Transformation der Daten aus einem Excel-File bereitstellen können, müssen wir noch abklären.

51. Hat das SpiGes Exportfile die gleiche Struktur wie das File, welches die Spitäler in SpiGes importieren?
    - Es wird mehrere Exportfiles geben. Einerseits wird man das XML-File, was die Spitäler importieren, auch exportieren können und andererseits wird ein Export in einem flachen Format (mehrere CSV-Dateien) möglich sein.

52. Spielt im XML-Format die Reihenfolge der Variablen innerhalb einer Zeile eine Rolle?
    - Die Reihenfolge der Elemente ist vorgegeben und nicht veränderbar. Elemente können höchstens weggelassen werden. Also für das Fall-Element sind die Unterelemente immer in der Reihenfolge «Administratives», «Neugeborene», «Psychiatrie», «KostenträgerFall», «Diagnose», «Behandlung», «Medikament», «Rechnung», «Patientenbewegung» und «Kantonsdaten» anzugeben.
    - Die Reihenfolge der Attribute ist hingegen frei wählbar. So kann z.B. im Element «Administratives» sowohl «…geschlecht="2" alter="37"…» als auch «…alter="37" geschlecht="2"…» angegeben werden.

53. Können auch Variablen innerhalb einer Zeile fehlen, falls die Klinik in dieser Zeile nichts zu der entsprechenden Variable auszufüllen hat? Oder müssen immer alle Variablen der Schnittstelle in jeder Zeile stehen?
    - Ja, Variablen können fehlen. Gewisse Variablen müssen aber zwingend angegeben werden. Diese sind im XSD-Definitionsfile als «required» gekennzeichnet («xs:attribute name="fall_id" use="required"»). In der Variablenliste werden wir diese Information auch noch ergänzen.

54. Können die Variablen, welche keinen Inhalt haben, auch mit einem NULLWERT geliefert werden (zum Beispiel vollständige KTR-Zeilen mit NULLEN in den Variablen wo nichts vorhanden ist)?
    - Das kommt auf die Variablen an. Bei den KTR-Variablen ist es möglich, alle Variablen mit dem Wert «0» zu erfassen. Leere Variablen («») oder Nullwerte («NULL») sind jedoch nicht zulässig. Falls Sie das konkret überprüfen möchten, können Sie ihr XML-File gegen die XSD-Definition validieren. Dazu gibt es online gratis Tools. Bitte beachten Sie dabei, dass keine echten Daten auf solche Plattformen hochgeladen werden dürfen. Fiktive Beispiel-Files können sie aber so überprüfen. Auch die SpiGes Plattform wird eine solche Validierung bereitstellen.

55. Wird es eine Plausibilisierungssoftware analog Medplaus geben, die vor dem Upload lokal innerhalb der Spitäler eingesetzt werden kann?
    - Es wird ein Prüftool via API (Application Programming Interfaces) zur Verfügung gestellt werden. Dies wird jedoch erst im Laufe des kommenden Jahres bereitstehen. Bis dahin empfehlen wir MedPlaus weiter zu verwenden. Davon wird es auch eine Version für das Jahr 2024 geben.

56. Ist schon bekannt, wie das Vorgehen in Bezug auf die kantonalen Zusatzdaten sein wird? Verschiedene Kantone (z.B. LU, GR, VS und VD) haben ja bereits heute eine MK-Zeile. Zudem erheben die Kantone ZH und BE im Rahmen von SDEP ebenfalls zusätzliche Daten. Wissen Sie bereits, ob diese Daten in den Export SpiGes integriert werden oder ob diese separat exportiert werden müssen?

- Die kantonalen Zusatzdaten wurden in der Schnittstelle berücksichtigt; siehe Beschreibung der XML-Datei für den Datenimport in die SpiGes-Plattform 1.3: Stationäre Spitalaufenthalte: Mehrfachnutzung der Daten (Projekt SpiGes)
- Die kantonalen Zusatzdaten können zwar im XML angegeben werden, werden beim Import auf die SpiGes Plattform jedoch nicht weiterverarbeitet. Sie werden von den Kantonen separat plausibilisiert und bearbeitet.
- Exportierbar sind die Kantonsdaten nur durch das Spital selbst und durch den Kanton. Voraussichtlich sind die Kantonsdaten für diese User im selben XML-File enthalten, wie die restlichen Daten.

57. Wird es möglich sein, Korrekturen direkt auf der Plattform vorzunehmen?
    - Nein, die Plattform bietet keine Möglichkeit, Daten einzugeben oder zu korrigieren. Ziel ist es, die Fehler an der Quelle, d.h. in den Systemen der Krankenhäuser, zu korrigieren, damit die späteren Exporte konsistent sind und die Fehler in den nächsten Erhebungen nicht mehr auftauchen.