



Statistik der stationären Betriebe des Gesundheitswesens

Medizinische Statistik der Krankenhäuser

Detailkonzept 1997

(Version: 12. Dezember 2005)

Bearbeitung : Bundesamt für Statistik, Sektion Gesundheit

Inhaltsverzeichnis

1.	EINFÜHRUNG	3
1.1.	Statistik der stationären Betriebe des Gesundheitswesens	3
1.1.1.	Historische Hintergründe	3
1.1.2.	Definition eines stationären Betriebs des Gesundheitswesens	3
1.1.3.	Grobkonzept	4
1.1.4.	Reaktionen zum Grobkonzept	4
1.1.5.	Bedeutung	5
1.1.6.	Organisation	6
2.	DIE MEDIZINISCHE STATISTIK DER KRANKENHÄUSER	8
2.1.	Allgemeines	8
2.2.	Gesetzliche Grundlagen	9
2.3.	Geltungsbereich und Definitionen	11
2.4.	Detailkonzept vom April 96, Tests und Vernehmlassung	12
2.5.	Kohärenz mit Krankenhaus-, Fallkostenstatistik und mit den Vitalstatistiken	12
3.	ZIELSETZUNGEN, VERWENDUNGSZWECKE UND GRENZEN	13
3.1.	Zielsetzungen	13
3.2.	Verwendungszwecke	13
3.3.	Nutzen der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser	16
3.4.	Grenzen der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser	17
4.	ERHEBUNGSEINHEIT	17
4.1.	Typologie der Krankenhäuser	18
4.2.	Zuordnungsdatei mit Betriebsnamen und BUR-Nummern (Behandlungsfall)	19
4.3.	Falldefinition (Behandlungsfall)	19
5.	VARIABLEN	23
5.1.	Minimaldatensatz der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser	23
5.2.	Zusatzfragekataloge	24
5.2.1.	Neugeborenen datensatz	25
5.2.2.	Psychiatrie datensatz	25

6.	DURCHFÜHRUNG DER ERHEBUNG	26
6.1.	Datenfluss	26
6.1.1.	Aufgaben der Krankenhäuser	26
6.1.2.	Aufgaben der Kantonalen Statistikstelle	28
6.1.3.	Aufgaben des BFS	28
6.2.	Die Merkmale der Medizinischen Statistik im Detail	29
6.2.1.	Allgemeine Angaben	29
6.2.2.	Minimaldaten	31
7.	DATENSCHUTZ	38
7.1.	Rechtliche Voraussetzungen	38
7.2.	Voraussetzungen für die Realisierung der Statistik	39
7.3.	Gewährleistung des Datenschutzes	39
7.3.1.	Technische Massnahmen	40
7.3.2.	Organisatorische Massnahmen	40
8.	DIE KLASSIFIKATION VON DIAGNOSEN UND OPERATIONEN	41
8.1.	Die ICD-10	41
8.1.1.	ICD-10 Kodierungsregeln	43
8.2.	Schweizerische Operationsklassifikation (ICD-9-CM, Band 3)	44
8.3.	Aktualisierung resp. Anpassung der Klassifikationen	46
9.	STATISTISCHE ANALYSEN UND VERÖFFENTLICHUNGEN	49
Fragebogen	Anhang I	
Variablenliste	Anhang II	

Medizinische Statistik der Krankenhäuser

1. Einführung

Die Medizinische Statistik der Krankenhäuser ist Teil eines grösseren Projekts, das den gesamten stationären Bereich abdecken soll: die neue "Statistik der stationären Betriebe des Gesundheitswesens" interessiert sich sowohl für die Spitäler als auch für die sozialmedizinischen Institutionen (Altersheime, Institutionen für Behinderte, Suchtkranke usw.).

1.1. Statistik der stationären Betriebe des Gesundheitswesens

1.1.1. Historische Hintergründe

Die ersten Bestrebungen zur Erstellung einer eidgenössischen Statistik der stationären Betriebe des Gesundheitswesens wurden in den siebziger Jahren unternommen. Eine vom Bundesrat eingesetzte und mit der Konkretisierung des Projekts beauftragte Expertenkommission legte im Jahre 1986 ihren Schlussbericht vor, in dem ein Informationssystem über die Spitäler und Heime auf schweizerischer Ebene als wünschenswert betrachtet wurde. Die Arbeit der Expertengruppe deckte Schwachstellen im Bereich der gesetzlichen Grundlagen auf, die die Verwirklichung einer solchen Statistik erschwerten und schlug gesetzliche Ergänzungen zu deren Beseitigung vor.

1988 und 1991 wurden zwei Mini-Studien bei den Alters- und Pflegeheimen, bei den Institutionen für Invalide sowie bei anderen Institutionen (z.B. im Erholungs- und Suchtbereich) durchgeführt. Die Resultate dieser Studien, die 1990 bzw. 1993 publiziert wurden, gestatteten es, die Problematik der sozialmedizinischen Institutionen und den Erhebungsumfang besser zu ergründen

1.1.2. Definition eines stationären Betriebs des Gesundheitswesens

Erhoben werden administrative, medizinische und finanzielle Daten. Die vorliegende Statistik soll auf landesweiter Ebene sämtliche stationären Betriebe des Gesundheitswesens erfassen. Ein stationärer Betrieb des Gesundheitswesens wird von seiner Tätigkeit definiert:

Er nimmt Patienten oder Bewohner zur stationären ununterbrochenen Behandlung oder Betreuung auf. Im Prinzip dauert der Aufenthalt mehr als einen Tag, und die Einweisung erfolgt durch einen Arzt. Es bestehen Räumlichkeiten für die stationäre Behandlung. Dabei müssen zwei Untergruppen von stationären Betrieben unterschieden werden: die Spitäler und die sozialmedizinischen Institutionen.

1.1.3. Grobkonzept

Das Grobkonzept "Statistik der stationären Betriebe des Gesundheitswesens" wurde im Herbst 1995 vorgestellt und den betroffenen Institutionen, Einrichtungen und Behörden in den Kantonen, interessierten Berufsverbänden im Spitalbereich, Bundesämtern usw. zugestellt.

Die Zielsetzung bestand darin, einen Überblick über das Angebot, die Leistungen und die finanziellen Aspekte zu erhalten, die epidemiologische Untersuchung der Bevölkerung zu verbessern, die Entwicklung der entsprechenden Grössen im Laufe der Zeit zu betrachten, aber auch die sanitätspolitische Zusammenarbeit zwischen Kantonen und Bund zu fördern und Daten für weitere Statistiken sowie der Wissenschaft und der Öffentlichkeit zur Verfügung zu stellen.

Dabei wurde aus methodischen Gründen besonders Wert gelegt auf die vollständige Erfassung aller Betriebe, auf eine hohe Genauigkeit der erhobenen Daten, eine weitgehende Koordination der verschiedenen Statistiken, einheitliche Konzepte und Definitionen und schliesslich auf die Anpassungsfähigkeit des Konzepts für den Fall, dass sich die Rahmenbedingungen ändern sollten.

Vier Erhebungen sind dabei als prioritär zu betrachten:

- Erhebung der betrieblichen Daten der Krankenhäuser (Krankenhausstatistik)

Erhebung der Diagnosen und Operationen der hospitalisierten Patienten (Medizinische Statistik).

- Erhebung der betrieblichen Daten der sozialmedizinischen Institutionen (Statistik der sozialmedizinischen Institutionen).
- Fallkostenerhebung (Fallkostenstatistik).

Das BFS wurde bei der Konzeption der Erhebungen von externen Fachleuten in mehreren Arbeitsgruppen begleitet. Auf diese Weise konnten die im Grobkonzept vorgegebenen Strukturen konkretisiert werden, wobei das Hauptgewicht auf die ersten drei der obengenannten Erhebungen gelegt wurde.

1.1.4. Reaktionen zum Grobkonzept

Die Schweizerische Kommission für Gesundheitsstatistik (KOGES), die eigentliche Wegbereiterin des Projekts, stimmte dem Grobkonzept zu. Im Sommer 1995 hiess die Sanitätsdirektorenkonferenz (SDK) die Zielsetzungen und Grundsätze des Grobprojekts und der geplanten Verordnungen gut. Sie begrüsst die von der KOGES und dem Eidgenössischen Departement des Innern (EDI) vorgeschlagene Organisation der Statistik.

Die SDK legte Wert darauf, dass die Anliegen der Kantone bei der Umsetzung und Konkretisierung des Grobkonzepts berücksichtigt werden. Schliesslich sollte nach Meinung der SDK auch die H+/VESKA in der

Lage sein, ihren Mitgliedern rasch die gewünschten Auswertungen zur Verfügung zu stellen.

Anfang 1995 wurde das Grobkonzept den Kantonen zur Stellungnahme vorgelegt. Die Reaktionen waren grundsätzlich positiv. Die Kantone unterstützten die Vorschläge und auch die Auskunftspflicht mehrheitlich. Ein Grossteil erklärt sich mit der Änderung der bisherigen Rolle der H+/VESKA einverstanden. Die vorgeschlagene Zentralisierung der Organisation und der Projektkoordination durch das EDI dürfte zur Vereinheitlichung der Statistik beitragen.

Die vorgeschlagenen Erhebungen wurden insgesamt positiv aufgenommen, mit Ausnahme der unzureichenden Unterscheidung zwischen stationärer, teilstationärer und ambulanter Behandlung.

Eine medizinische Statistik wurde ebenfalls begrüsst, obwohl die Möglichkeit einer Inkraftsetzung per Anfang 1997 von den meisten Kantonen angezweifelt wurde. Es wurde bedauert, dass die Auskunftspflicht nicht auf die Fallkosten ausgedehnt werden konnte, auch wenn dabei nicht die effektiven Kosten, sondern lediglich die "fakturierten Beträge" erfasst werden. Die technischen Aspekte und das Übertragungsformat der Daten waren noch nicht spezifiziert und die Kantone ersuchten um Aufschluss über die genauen Modalitäten. Die Frist zur Verwirklichung dieser Statistik per 1. Januar 1997 erschien vielen Kantonen als zu knapp und schliesslich waren sie auch wegen der anfallenden Kosten dieser neuen Statistik beunruhigt.

Sämtliche Krankenhäuser, sozialmedizinischen Institutionen, Spitalverbände und andere in diesem Bereich tätige Verbände erhielten ein Informationsschreiben zu dieser Statistik. Das Projekt wurde mit Interesse aufgenommen und die verschiedenen Interessengruppen konnten sich durch ihre Delegierten in den Kommissionen und Begleitgruppen dazu äussern.

1.1.5. Bedeutung

Mit dem Inkrafttreten des Bundesstatistikgesetzes und des neuen Krankenversicherungsgesetzes hat sich die Situation grundlegend geändert. Dank der Auskunftspflicht wird das BFS über vollständige und weitgehend vergleichbare Daten verfügen. Die wichtige Rolle der Kantone bei der Datenerfassung dürfte der Statistik förderlich sein, und zwar sowohl im Hinblick auf die Erhebung wie auch für die Verwendung der Daten.

Mit der Verbesserung der Kenntnisse (bezüglich Strukturen, Leistungen und Kosten) über die stationären Betriebe des Gesundheitswesens schaffen diese Statistiken die Voraussetzung für eine Optimierung der kantonalen Spitalplanung und der interkantonalen Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich. So können gewisse Aspekte unseres Gesundheitswesens aufgrund von verlässlichen Angaben überdacht werden.

Die Schweizerische Kommission für Gesundheitsstatistik (KOGES) und die Sanitätsdirektorenkonferenz (SDK) halten dieses Projekt im Hinblick auf die Verbesserung der Kenntnisse unseres Gesund-

heitssysteme für absolut prioritär. Wegen der Vielfalt der kantonalen Statistiksysteme ist es vorderhand unmöglich, aktuelle, vergleichbare und kohärente Daten auf gesamtschweizerischer Ebene zu erhalten. Diese Lücke soll mit der neuen Statistik geschlossen werden.

Das Projekt besteht aus mehreren statistischen Modulen (Betriebe, Pflage, Kosten, usw.) mit den folgenden Bereichen:

Administrativ:

Die administrativen Daten sollen den interessierten Stellen in Bund und Kantonen sowie den Betrieben selbst zur Verfügung gestellt werden. Die vorliegende Statistik wird beispielsweise die Datengrundlage für Effizienzvergleiche zwischen den Spitälern liefern. Ausserdem lassen sich damit die Behandlungskosten bei ausserkantonalen Hospitalisationen berechnen.

Epidemiologisch:

Die Medizinische Statistik wird grundlegende Informationen für die Beobachtung epidemiologischer Trends liefern (Häufigkeit von Krankheiten, welche Spitalpflege erfordern, Mehrfachhospitalisationen, gesamtschweizerische Vergleiche der Spitaldienste, usw.). Die Überwachung von ansteckenden Krankheiten und Krebsleiden wird damit erheblich verbessert.

Erwartet werden auch verbesserte Kenntnisse über die Morbidität, die in der Schweiz im Gegensatz zur Mortalität noch kaum statistisch erfasst wird.

Statistisch:

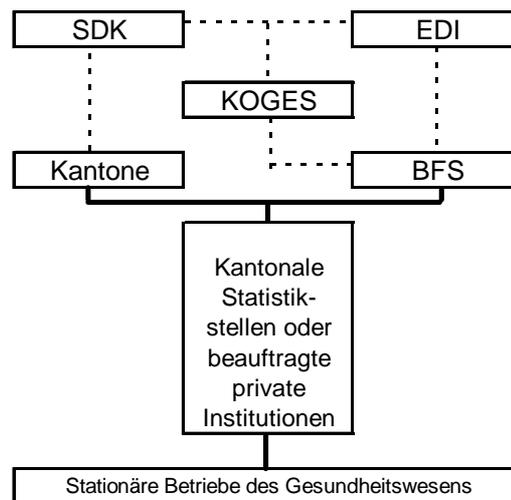
Die Daten werden in andere gesamtschweizerische Statistiken einfließen, etwa in jene über die Kosten des Gesundheitswesens oder in die Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung. Die Kantone können die Daten zudem für interkantonale Vergleiche benutzen.

1.1.6. Organisation

Die Sanitätsdirektorenkonferenz (SDK) und das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) tragen die Verantwortung für die rechtlichen Rahmenbedingungen und die Zuteilung der notwendigen personellen und finanziellen Mittel. Die Schweizerische Kommission für Gesundheitsstatistik (KOGES) berät sowohl die SDK und das EDI als auch das Bundesamt für Statistik (BFS).

Grundsätzlich ist das BFS für die Erstellung der Statistik zuständig. Hier werden die Erhebungen konzeptuell festgelegt, die Adresskarteien unterhalten und die Daten aufbereitet. Die Kantone sorgen für die Durchführung der Erhebungen bei den Betrieben und die Übermittlung der Daten ans BFS. Dabei wird auf der Ebene der Spitäler und der Kantone schon ein wichtiger Teil der Plausibilisierungen geleistet.

Organisationsschema:



Legende: - - - Beratung / Verantwortung
— Datenfluss

Für die Statistik der stationären Betriebe des Gesundheitswesens gilt es eine Reihe von organisatorischen Grundprinzipien festzulegen:

- Die Erhebungen werden bei allen Betrieben im Gesundheitswesen und bei allen Betrieben, die sich der stationären Behandlung und Betreuung Behinderter und älterer Menschen widmen, durchgeführt.
- Die Betriebe sind in bezug auf die aufgeführten Minimalangaben zur Auskunft verpflichtet, ausgenommen die privaten Betriebe, die nicht verpflichtet sind, gewisse Angaben über die Einnahmen und ihre ausserbetrieblichen Tätigkeiten zu liefern.
- Das Bundesamt für Statistik ist zuständig für die Führung einer zentralen Adressdatei, für die Koordination der Datenbeschaffung sowie für das Zusammenführen, Überprüfen und Auswerten der Daten auf gesamtschweizerischer Ebene. Die Kantone melden dem Bundesamt für Statistik Aufhebungen und Neugründungen von Betrieben.
- Die Kantone sorgen dafür, dass die Erhebungen bei den Betrieben in ihrem Hoheitsgebiet durchgeführt werden. Sie können Organisationen des Krankenhaus- und Heimbereichs oder andere geeignete private Institutionen mit der Durchführung beauftragen.

Die Kantone sorgen für den Versand der Erhebungsunterlagen und für einen vollständigen Rücklauf, führen eine Datenvalidierung durch und sind zuständig für die Datenauswertung auf kantonaler Ebene. Einmal jährlich übermitteln sie die bereinigten Daten unter Einhaltung einer einheitlichen Datenstruktur auf elektronischen Datenträgern fristgerecht an das Bundesamt für Statistik.

- Die Kantone können auf ihrem Gebiet zusätzliche Angaben verlangen, die im gesamtschweizerischen Katalog der Minimaldaten nicht enthalten sind.

- Jeder Kanton bestimmt eine Stelle, die gegenüber dem Bundesamt für Statistik für die Koordination der Statistik zuständig ist. Die Kantone können, sofern sie über keine geeignete kantonale Statistikstelle verfügen, andere geeignete Organisationen für die statistischen Arbeiten heranziehen. Diese Organisationen müssen den Datenschutz gewährleisten (BStatG Art. 14 -17) und die Richtlinien des BFS und des beauftragenden Kantons einhalten.
- Die Betriebe müssen die Erhebungsformulare resp. Datenträger korrekt und vollständig ausfüllen und fristgerecht an den Kanton oder dessen Beauftragten zurücksenden. Nach Möglichkeit sollte die Datenübermittlung von den Betrieben an die kantonalen statistischen Dienststellen auf elektronischem Weg erfolgen.
- Im Rahmen dieser Erhebungen werden sowohl statistische als auch administrative Daten für die Kantone und das Bundesamt für Sozialversicherung zur Erfüllung deren gesetzlicher Aufsichtsfunktionen (KVG, Art. 49-51, 53-56, 58 und 59) beschafft, um die administrative Belastung der Betriebe möglichst gering zu halten. Die gemäss KVG erhobenen Daten werden gekennzeichnet.

2. Die Medizinische Statistik der Krankenhäuser

2.1. Allgemeines

1886 - 1969 wurde unter der Verantwortung des Eidg. statistischen Amtes eine medizinische Statistik der psychiatrischen Behandlungsfälle schweizerischer psychiatrischer Kliniken geführt. 1969 nahm die damalige VESKA (heute: H+) ein Projekt einer Diagnosen- und Operationsstatistik in Krankenhäusern in Angriff. Primäre Zielsetzung war eine medizinische Dokumentation für die Fachabteilungen von Krankenhäusern, die diese Statistik auch finanzieren. Die erhobenen Merkmale und die Definitionen entsprechen den Empfehlungen des Europarates. Der Nutzen für die Statistik und die epidemiologische Forschung ist aber beschränkt, weil es sich weder um eine Vollerhebung noch um eine Stichprobe der Behandlungsfälle handelt und somit keine Bevölkerungsbezug hergestellt werden kann (Berechnung von Hospitalisationsraten). Ein grosser Teil der gynäkologisch-geburtshilflichen Spitalabteilungen beteiligt sich jedoch nicht an der medizinischen Statistik VESKA, sondern an der Statistik der Arbeitsgemeinschaft schweiz. Frauenkliniken. In den Kantonen Tessin, Waadt und Wallis sind die öffentlichen Spitäler zur Teilnahme an der medizinischen Statistik VESKA verpflichtet.

2.2. Gesetzliche Grundlagen

Die vorliegende Statistik beruht in erster Linie auf dem Bundesstatistikgesetz.

Bundesstatistikgesetz vom 1. Oktober 1992 (BStatG):

Das Gesetz erhebt die Einrichtung von Gesundheitsstatistiken auf nationaler Ebene zum Ziel (Art. 3 Abs. 2b), und es fordert die Zusammenarbeit von Bund, Kantonen und Gemeinden (Art. 3 Abs. 3 und Art. 7). Ausserdem sieht es vor, dass der Bundesrat bei der Anordnung einer Erhebung natürliche und juristische Personen des privaten und öffentlichen Rechts zur Auskunft verpflichten kann (Art. 6, Abs.1).

Vorschriften bezüglich der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser enthält die Verordnung vom 30. Juni 1993 über die Durchführung von statistischen Erhebungen des Bundes (geändert am 1. August 1995) samt Anhang. Diese Verordnung bestimmt das verantwortliche Erhebungsorgan und regelt die Durchführung:

Erhebungsorgan:	Bundesamt für Statistik
Bezeichnung der Erhebung:	Medizinische Statistik der Krankenhäuser
Erhebungsgegenstand:	Soziodemographische Merkmale, Angaben über die Hospitalisation, Diagnosen- und Operationskodes stationär behandelter Patienten (Aufenthaltsdauer mehr als 24 Stunden).
Art der Erhebung und Erhebungsmethode:	Vollerhebung
Befragte:	Krankenhäuser
Auskunftspflicht:	Obligatorisch
Zeitpunkt der Durchführung:	Ab 1997 (Spitalaustritte ab 1. Jan. 1997)
Periodizität:	Jährlich
Mitwirkende bei der Durchführung:	Kantone, Gemeinden, Verbände des Spitalwesens
Besondere Bestimmungen:	Die Diagnosen und verwandte Gesundheitsprobleme sind mit dem 4-stelligen Kode der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD), 10. Revision, die diagnostischen und operativen Eingriffe sind nach dem 4-stelligen Kode der schweizerischen Ausgabe der amerikanischen Operationsklassifikation, ICD-9-CM, vol. 3 zu schlüsseln. Die Kantone können die Erhebung auch monatlich durchführen. Die Kantone sind befugt, die Erhebung bereits ab 1. Januar 1996 durchzuführen. Auf Antrag der Be-

triebe können die Kantone beim Eidgenössischen Departement des Innern eine um 1-2 Jahre verzögerte Einführung beantragen.

Die Medizinische Statistik dient zudem der Verwirklichung der Anforderungen des neuen Krankenversicherungsgesetzes, da die Spitäler verpflichtet werden, eine Kostenstellenrechnung und eine Leistungsstatistik nach einheitlicher Methode zu führen (KVG Art. 49, Abs. 6).

Im Zusammenhang mit den Zusatzdaten betreffend die Neugeborenen ist die folgende Bestimmung relevant:

Erhebungsorgan:	Bundesamt für Statistik
Bezeichnung der Erhebung:	Gesundheitszustand der Lebendgeborenen
Erhebungsgegenstand:	Schwangerschaftsdauer, Anzahl vorausgegangener Schwangerschaften, Verlegung der Mutter oder des Kindes vor oder nach der Geburt, kongenitale Missbildungen, Ort der Geburt sowie Angaben, die eine Verbindung mit der Statistik der Geburten ermöglichen.
Art der Erhebung und Erhebungsmethode:	Vollerhebung
Befragte:	Ärzte und Hebammen
Auskunftspflicht:	Freiwillig
Zeitpunkt der Durchführung:	-
Periodizität:	Laufend ab 1996
Mitwirkende bei der Durchführung:	-
Besondere Bestimmungen:	Rückfragen von Statistik- und Forschungsstellen kann das Bundesamt an den zuständigen Arzt weiterleiten.

2.3. Geltungsbereich und Definitionen

Als Krankenhäuser werden Betriebe bezeichnet, die im 24-Stunden Betrieb Patienten zur stationären Untersuchung, Behandlung und Pflege aufnehmen. Die Dienste werden unter Aufsicht eines Arztes durch ausgebildetes Personal erbracht.

Unter Berücksichtigung von wirtschaftlichen Kriterien wird zwischen öffentlichem und privatem Sektor unterschieden. Die Betriebe werden dem Betriebs- und Unternehmensregister entnommen und von den entsprechenden Kantonen bestätigt. Die Einteilung nach Kategorien erfolgt nachträglich aufgrund einer hierarchischen Typologie, welche dem Betriebszweck und dem Hauptangebot an Leistungen Rechnung trägt.

2.4. Detailkonzept vom April 96, Tests und Vernehmlassung

Das BFS legte im April 1996 plangemäss ein provisorisches Detailkonzept vor. Dieses Konzept wurden den verschiedenen Partnern zur Vernehmlassung unterbreitet, also insbesondere den betroffenen kantonalen und Bundesämtern (BSV, BAG) sowie den zuständigen Verbänden (wie H+/VESKA, FMH, Patientenorganisation). Diese Stellen wurden eingeladen, die Sachdienlichkeit und Kohärenz des Projekts zu beurteilen. Bei einigen Spitälern wurde ein der Variablenliste entnommen Fragebogen getestet.

Im Herbst 1996 wurden die zahlreichen Stellungnahmen und die Testergebnisse ausgewertet und eine Zusammenfassung der Kommentare erstellt. In einem letzten Arbeitsschritt in den Begleitgruppen wurde das ganze Projekt noch einmal revidiert und schliesslich das nun vorliegende definitive Konzept (Version 1997) verfasst.

2.5. Kohärenz mit Krankenhaus-, Fallkostenstatistik und mit den Vitalstatistiken

Die Medizinische Statistik muss mit den administrativen Daten der Krankenhäuser (Krankenhausstatistik) in Beziehung gebracht werden können. Auf diese Weise kann der sogenannte Case-mix (d.h. die Zusammensetzung des Patientengut) auf Ebene eines Spitals und seiner Hauptkostenstellen ermittelt werden. Dieser Case-mix ermöglicht Vergleiche der Ressourcen oder Kosten zwischen den verschiedenen Spitälern.

Daneben muss die Koordination mit der Fallkostenstatistik gewährleistet sein. Die zukünftige Erhebung von Fallkosten ist mittels eines Zusatzfragekatalogs zur Medizinischen Statistik vorgesehen.

Im Rahmen der Medizinischen Statistik werden auch statistischen Daten über die Todesfälle und Geburten in den Spitälern erfasst. Die bestehende zivilrechtliche Meldepflicht dieser Ereignisse wird dadurch aber nicht ersetzt und muss nach wie vor eingehalten werden.

Bei der bestehenden Todesursachenstatistik werden Todesursachen aufgrund der schriftlichen Bescheinigung des Arztes vom BFS nach ICD-10 verschlüsselt dokumentiert. Dies hat nach wie vor in dieser Form zu erfolgen, da eine Ausbildung aller Aerzte in die komplexe Kodiertechnik der Mortalitätsstatistik unzweckmässig wäre. Die Medizinische Statistik beinhaltet die Haupt- und Nebendiagnosen - auch von im Spital verstorbenen Patienten - und zwar dokumentiert nach Morbiditätsregeln, d.h. entsprechend den im Zusammenhang mit der Untersuchung und Behandlung relevanten Diagnosen.

3. Zielsetzungen, Verwendungszwecke und Grenzen

3.1. Zielsetzungen

Die Medizinische Statistik der Krankenhäuser weist die folgenden Ziele auf:

1. Sicherstellung der epidemiologischen Überwachung der schweizerischen Wohnbevölkerung. Dabei muss insbesondere die Inzidenz und Prävalenz der wichtigsten Krankheiten in der Wohnbevölkerung der Kantone und der Schweiz, z. B. meldepflichtige Infektionskrankheiten, Krebs, Missbildungen, sowie die Art und Risiken ihrer Behandlung feststellbar sein.
2. Schaffung von Grundlagen für eine einheitliche, medizinische Leistungserfassung und Qualitätskontrolle in den Krankenhäusern gemäss KVG, Art. 49 (Leistungsstatistik). Unter Anwendung geeigneter Patientenklassifikationssysteme (z.B. DRGs) können die Behandlungsfälle nach medizinischen Gesichtspunkten charakterisiert werden im Hinblick auf die Tarifierung nach Fallkosten oder zur Bestimmung von Globalbudgets.
3. Bereitstellung medizinischer Grunddaten zur Untersuchung interkantonalen Versorgungsstrukturen im Krankenhausbereich. Dies ist aufgrund der unterschiedlichen kantonalen Spitalversorgung und der gesetzlich verlangten kantonalen Spitalplanung von besonderer Bedeutung (vgl. KVG Art. 39).
4. Bereitstellung von Daten für interkantonale und internationale Synthesestatistiken, für die wissenschaftliche Forschung und für die Öffentlichkeit.

3.2. Verwendungszwecke

Überblick über die erbrachten Leistungen der Krankenhäuser

Die stationäre medizinische Behandlung gehört zu den Kerndienstleistungen eines Spitals. Traditionell wird ein Pfl egetag als statistische Leistungseinheit betrachtet. Die patientenbezogenen Leistungen werden dabei nicht in Betracht gezogen. Sie sollen nun in Form von Behandlungsfällen erfasst werden, die durch ihre Diagnosen und die durchgeführten Behandlungen definiert sind. Dies ermöglicht die folgenden Aussagen:

- Beschreibung der Patientenpopulation resp. der Krankenhausprodukte (case-mix)

Untersuchung der Rehospitalisationhäufigkeiten nach Diagnosen, Behandlungsarten oder Behandlungsfallgruppen

- Beschreibung der Krankenhaus-Einzugsgebiete nach Diagnose, Operation oder Case-mix-Kategorie

Schaffung der Grundlagen für eine einheitliche Leistungserfassung und Fallkostenberechnung

Diese Art der Leistungserfassung bildet die Voraussetzung für den Einsatz von Patientenklassifikationssystemen (z.B. diagnosis-related-groups) und in Verbindung mit der Kostenstellenrechnung die Berechnung von Fallkosten mit einer gesamtschweizerisch vergleichbaren Methode. Sie ermöglicht daher die Untersuchungen über die Effizienz der Leistungserbringung.

Qualitätskontrolle und klinische Forschung

Die Medizinische Statistik kann zumindest als Screening-Instrument im Rahmen eines Qualitätssicherungsprogramms in den Krankenhäusern eingesetzt werden. Zweifellos genügen diese Daten alleine dazu nicht, zumindest die Strukturdaten des Krankenhauses, Behandlungsstandards und Referenzwerte sind mitzubersichtigen. Die klinische Forschung kann durch diese minimale, einheitliche, medizinische Dokumentation erleichtert werden. In der Regel werden die Routinedaten mit den forschungsspezifischen Daten ergänzt werden müssen.

Epidemiologische Überwachung der Bevölkerung

Das vorliegende Projekt liefert die Grundlage für die epidemiologische Überwachung der Bevölkerung. Ein umfassendes Bild über die Inzidenz und die Prävalenz der wichtigsten Krankheiten nach Ort, Zeit und Person liefert statistische Entscheidungsgrundlagen für die Planung, den Einsatz und die Erfolgskontrolle von präventiven und kurativen Massnahmen und von gesamtschweizerischen Studien im Public Health-Bereich. Die Berechnung von Hospitalisationsraten gibt Hinweise auf die Funktionsweise der medizinischen Versorgung und kann somit zu einer Überprüfung der Versorgungsstrukturen führen. Diese Morbiditätsdaten dient aber auch der wissenschaftlichen Forschung (z.B. klinische, epidemiologische Forschung, Health-Services-Research) und der Öffentlichkeit. Die Medizinische Statistik ermöglicht die Erstellung einer Vielzahl von Indikatoren über den Gesundheitszustand der Bevölkerung in der Schweiz.

Bereitstellen von intra- und interkantonalen Planungsgrundlagen

Die heutigen Möglichkeiten gesundheitlicher Versorgung in der Schweiz braucht die Überschreitung der kantonalen Perspektive für dessen optimierte Steuerung. Da die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung in der Verantwortung der Kantone liegt, ist es wichtig über gesamtschweizerische, nach einheitlicher Methode gewonnene Daten verfügen zu können.

Die Erkenntnisse über die Art und Zusammensetzung der behandelten Personen der verschiedenen Krankenhäuser ermöglichen die Erarbeitung von Grundlagen für die kantonale Spitalplanung sowie von objektiven Kriterien für interkantonale Verhandlungen betreffend die regionale oder interkantonale Zusammenarbeit.

Der oben beschriebene Mangel einer gesamtschweizerischen Koordination, an Vergleichbarkeit und den dazu nötigen einheitlichen Definitionen wird auch im neuen Krankenversicherungsgesetz als wichtiger Ansatzpunkt für die Umsetzung von Reformen im Gesundheitswesen angesehen. Das neue KVG fordert eine vereinheitlichte Erfassung der erbrachten Leistungen.

3.3. Nutzen der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser

Die patientenbezogene Erfassung aller Diagnosen und Operationen in den Schweizer Spitälern dient nicht nur den Bedürfnissen der Statistik des Bundes, sondern auch den vielfältigen Informationsbedürfnissen der behandelnden Ärzte, der Epidemiologen, der Spitäler und der Gesundheitsbehörden.

Interessen der öffentlichen Gesundheit und der Epidemiologie

Die statistische Beobachtung ist insbesondere in einem heterogen strukturierten Gesundheitswesen von grosser Bedeutung. Eine zentrale Rolle nehmen dabei die Morbiditätsdaten der Krankenhäuser ein, da sie einerseits die Häufigkeit und die Entwicklungstendenzen der zur Hospitalisation führenden Krankheiten und andererseits die Aktivitäten des Krankensektors, der für den grössten Anteil der Gesundheitskosten verantwortlich ist, messen.

Epidemiologische Fragestellungen betreffen beispielsweise die Entwicklung der Inzidenz von Asthma, Herzinfarkt oder Schenkelhalsfrakturen. Solche Informationen dienen der Planung von präventiven oder kurativen Massnahmen auf regionaler oder nationaler Ebene. Die Angaben über die operativen Eingriffe werden benutzt, um die Angemessenheit der Indikationsstellung, die Resultate unterschiedlicher Behandlungsmethoden oder die Qualität der Versorgung zu beurteilen.

Interessen der behandelnden Ärzte

Für die behandelnden Ärzte ergibt sich ein dreifacher Nutzen. Erstens kann die eigene Aktivität in Form der von ihnen vorgenommenen Behandlungen und Operationen mit einheitlichen internationalen Instrumenten systematisch dokumentiert werden und es lassen sich mit Hilfe der entsprechenden Auswertungsinstrumente auf effiziente Weise persönliche Statistiken erstellen. Zweitens bilden diese Daten eine Grundlage für ein Qualitätssicherungssystem. Einerseits können Abweichungen von Norm- resp. Standardwerten angezeigt oder eigene Ergebnisse mit vergleichbaren Erfahrungsdaten verglichen werden. Drittens ermöglichen die Informationen Hinweise auf den Case-mix und ausgehend davon auf den Ressourcenbedarf, Budget- oder Tarifverhandlungen und das Marketing.

Interessen der Spitäler

Für die Spitäler kann die Medizinische Statistik ein wichtiges Steuerungsinstrument der Betriebsführung sein. Vergleiche der betriebseigenen Daten mit denjenigen vergleichbarer Regionen oder mit nationalen Daten ergeben Informationen zu Funktion und Marktstellung bezüglich der Versorgung der Bevölkerung im Einzugsbereich. Es ergeben sich Daten für die administrative Planung, die Zuweisung der Mittel, die Förderung der Qualität und die Effizienzsteigerung. Die Erkenntnisse liefern Argumentationsgrundlagen bei Verhandlungen mit den Behörden und den Versicherern.

Interessen der Kantone

Die Kantone erhalten mit den neuen Statistiken einen Überblick über das Angebot, die Leistungen und Kosten der stationären Versorgung im Kanton. Diese Informationen dienen der kantonalen Spitalplanung und der Erstellung von Spitallisten, der Analyse der Versorgungsfunktion der einzelnen Spitäler und der Definition von Leitungsaufträgen. Sie ermöglichen die detaillierte Darstellung der inner- und ausserkantonalen Patientenströme. Im Rahmen der Erstellung und Revision von Leistungsaufträgen kann das Patientengut analysiert werden im Hinblick auf die Ermittlung von Leistungsindikatoren. Im Bereich der Finanzierung können Grundlagen für Finanzierungsmodelle bereitgestellt werden. Zudem ermöglichen Untersuchungen der zeitlichen Entwicklung und von regionalen Differenzen Rückschlüsse auf den Erfolg resp. Misserfolg gesundheitspolitischer Massnahmen.

3.4. Grenzen der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser

Die Medizinische Statistik ist kein Instrument epidemiologischer Ursachenforschung. Auch eignet sie sich nicht zur Untersuchung der Qualität der Behandlung oder Pflege. Ebenso wenig kann sie eine umfassende Leistungsstatistik ersetzen, sondern allenfalls als Basis zu deren Entwicklung dienen.

Es werden gegenwärtig keine direkten Informationen betreffend die Pflegesituation oder die Pflegeleistungen miteinbezogen, obwohl diese natürlich sowohl für die Behandlung wie auch betreffend die Kosten eine wichtige Rolle spielen. Zurzeit sind auf internationaler Ebene Methoden und Instrumente zur Erfassung der Pflege, z.B. Pflegediagnosen, Pflegeinterventionen, Pflegeleistungen, in Bearbeitung. Internationale Standardinstrumente sind jedoch noch nicht festgelegt worden. Dies ist einer der wesentlichen Gründe für den Verzicht auf den Einbezug von Pflegedaten in den Minimaldatensatz oder in Form eines Pflegeminimaldatensatzes im jetzigen Zeitpunkt. Dieser Verzicht stellt zweifellos ein Mangel dar, der in Zusammenarbeit mit der Schweizerischen Kommission für Gesundheitsstatistik (KOGES) und den Berufsverbänden sobald als möglich behoben werden soll.

Angesichts der Heterogenität des Untersuchungsgegenstandes ist ferner abzusehen, dass diverse Festlegungen und erhobene Merkmale in naher Zukunft revidiert werden müssen. Dies wird insbesondere nach der Festlegung der Modalitäten einer neuen Leistungsstatistik und Kostenstellenrechnung durch den Bundesrat geschehen.

4. Erhebungseinheit

Mit der Medizinischen Statistik soll eine patientenbezogene Vollerhebung der stationären und teilstationären Spitalbehandlungen realisiert werden. Die Erhebungseinheit ist ein durch die Hauptdiagnose definierter Behandlungsfall in einem Krankenhaus resp. einer Klinik.

4.1. Typologie der Krankenhäuser

Krankenhäuser sind Institutionen, die Patienten zur stationären medizinischen Untersuchung, Behandlung und Pflege aufnehmen. Als stationär wird eine Behandlung bezeichnet, die in der Regel einen kontinuierlichen Aufenthalt von mehr als einem Tag in einer Institution beinhaltet. Voraussetzung ist eine dauernde Pflege durch fachgemäss ausgebildetes Personal unter ärztlicher Aufsicht (die Verfügbarkeit eines Arztes rund um die Uhr muss vertraglich gewährleistet sein) und ein durchgehender, vollständiger 24-Stundenbetrieb.

Die nachstehende Typologie entspricht der Einteilung der Betriebe gemäss der Systematik der wirtschaftlichen Aktivitäten, die für die amtliche Statistik der Schweiz und der EU-Länder verbindlich ist. Diese Typologie weist keinen Zusammenhang mit kantonalen Typologien oder Spitallisten auf, die hauptsächlich für Planungs- oder Versorgungszwecke benützt werden.

- 1 Allgemeinkrankenhäuser (NOGA-Kode 8511A, vgl. §5.1.1) Behandlung körperlich Kranker, gewährleistet durch mehrere medizinische Fachgebiete
 - 1.1 Nichtuniversitäre Krankenhäuser
 - 1.2 Universitätsspitäler: medizinischen Fakultäten angegliederte Fachgebiete
- 2 Spezialkliniken (NOGA-Kode 8511B): Behandlung körperlich Kranker, ausgerichtet auf ein Fachgebiet, z.B. Frauenspitäler, Kinderspitäler, Augenkliniken, Pneumologische Kliniken, Rheumakliniken, Medizinische Rehabilitation
 - 2.1 Nicht-universitäre Spezialkliniken: Behandlung körperlich Kranker, ausgerichtet auf ein Fachgebiet, z.B. Frauenspitäler, Kinderspitäler, Augenkliniken, Pneumologische Kliniken, Rheumakliniken, Medizinische Rehabilitation
 - 2.2 Universitäre Spezialkliniken: medizinischen Fakultäten angegliederte Fachgebiete
- 3 Psychiatrische Kliniken (NOGA-Kode 8511C: Behandlung psychisch Kranker
 - 3.1 Psychiatrische Kliniken
 - 3.2 Psychiatrische Universitätskliniken: medizinischen Fakultäten angegliederte Fachgebiete
- 4 Geriatriische Kliniken (NOGA-Kode 8511D: Behandlung von Alterskrankheiten (aktive ärztliche Therapie)

Die Typologie entspricht der Allgemeinen Systematik der Wirtschaftszweige NOGA des BFS (Nomenclature Générale des Activités économiques), welche die Allgemeine Systematik der Wirtschaftszweige von 1985 abgelöst hat.

Jeder Betrieb wird vom BFS in Zusammenarbeit mit den zuständigen kantonalen Stellen einem Betriebstyp zugeordnet. Alle Betriebe der oben aufgeführten Betriebstypen sind auskunftspflichtig. Die Krankenhäuser sind verpflichtet, für jede Behandlungsepisode einen vollständigen Minimaldatensatz bereitzustellen.

4.2. Zuordnungsdatei mit Betriebsnamen und BUR-Nummern (Behandlungsfall)

Das BFS stellt den für die Medizinische Statistik verantwortlichen kantonalen Stellen eine Datei mit den Namen sämtlicher stationären Betriebe des Gesundheitswesens in der Schweiz zur Verfügung. Diese Zuordnungsdatei erlaubt sowohl die Übereinstimmung der Identität des Betriebes mit der BUR-Nummer als auch mit den verschiedenen Merkmalen, welche die Erfassung der medizinischen Statistik und die Interpretation der Ergebnisse vereinfachen, die durch das BFS herausgegeben werden.

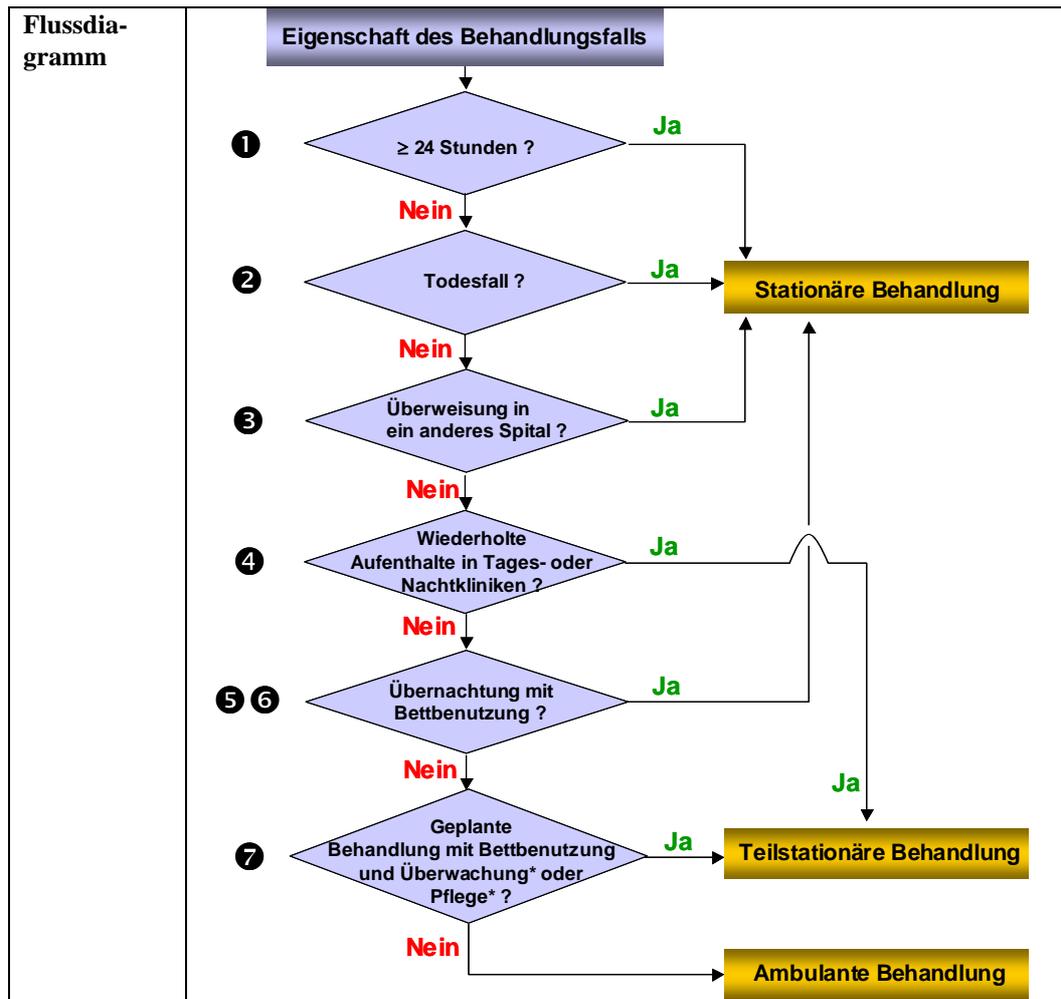
4.3. Faldefinition (Behandlungsfall)

Die Behandlung in einem Spital kann einen Spitalaufenthalt, eine teilstationäre oder eine ambulante Behandlung beinhalten. Diese drei Behandlungsarten unterscheiden sich hinsichtlich der Dauer, dem Ort und der Planung.

Stationäre Behandlung: Als stationäre Behandlung nach Art. 49 Absatz 1 des Gesetzes gelten Aufenthalte im Spital von mindestens 24 Stunden zur Untersuchung, Behandlung und Pflege. Aufenthalte im Spital von weniger als 24 Stunden, bei denen während einer Nacht ein Bett belegt wird, sowie Aufenthalte im Spital bei Überweisung in ein anderes Spital und bei Todesfällen gelten ebenfalls als stationäre Behandlung.

Teilstationäre Behandlung: Als teilstationäre Behandlung nach Artikel 49 Absatz 5 des Gesetzes gelten geplante Aufenthalte zur Untersuchung, Behandlung und Pflege, die an die Behandlung anschliessende Überwachung oder Pflege sowie die Benutzung eines Bettes erfordern. Wiederholte Aufenthalte in Tages- oder Nachtkliniken gelten ebenfalls als teilstationäre.

Ambulante Behandlung: Als ambulante Behandlung nach Artikel 49 Absatz 5 des Gesetzes gelten alle Behandlungen, die weder als stationäre noch als teilstationäre angesehen werden.



Kriterien Das Flussdiagramm muss mit Hilfe der folgenden Kriterien interpretiert werden:

- ❶ Kriterium erfüllt wenn der Patient mindestens 24 Stunden im Spital bleibt.
- ❷ Kriterium erfüllt wenn der Patient verstorben ist.
- ❸ Kriterium erfüllt wenn der Patient in ein anderes Spital überwiesen worden ist.
- ❹ Es handelt sich um einen medizinischen Entscheid und ist Bestandteil des Therapieplans eines Patienten. Wiederholte Aufenthalte in Tages- oder Nachtkliniken im Bereich der Psychiatrie gelten als teilstationäre Behandlungen. Wiederholte Aufenthalte im Rahmen von anderen medizinischen und therapeutischen Leistungsbereichen wie zum Beispiel Chemo- oder Radiotherapien, Dialysen, spitalbasierten Schmerzbehandlungen oder Physiotherapie gelten weiterhin als ambulante Behandlung.
- ❺ Das Kriterium wird erfüllt, wenn ein Patient um Mitternacht (00:00) im Spital ist.

- ⑥ Ein Patient belegt ein Bett, sobald es sich um ein Pflegestationsbett handelt. Die Behandlung von Patienten, welche ausschließlich die Notfallstation beanspruchen (sowohl tags als auch nachts), gelten als ambulant.
- ⑤ und ⑥ Diese Kriterien sind nicht trennbar. Die Behandlung muss von weniger als 24 Std. die Kriterien „Nacht“ und „Bettbelegung“ erfüllen, damit sie als stationäre Behandlung erfasst und verrechnet werden kann.
- ⑦ Man spricht von geplantem Aufenthalt, wenn die Untersuchung, Behandlung und Pflege eine an die Behandlung anschließende Überwachung oder Pflege sowie die Benutzung eines Pflegestationsbettes erfordern geplant ist. Ist ein Aufenthalt aus Sicht des Spitals nicht geplant, dann spricht man von „Notfall“. Als Notfälle gelten alle Aufenthalte, für welche die TAR MED-Position „Triage im Notfall“ 36.0010 (anerkannte Notfallstation) oder 36.0110 (nicht anerkannte Notfallstation) erfasst und/oder in Rechnung gestellt werden. Alle anderen Aufenthalte sind geplante Aufenthalte. Geplante Aufenthalte, welche keine Bettbelegung erfordern oder keine Überwachung/Pflege anschließend der Untersuchung, Behandlung oder Pflege benötigen, gelten weiterhin als ambulant.

Im Rahmen der obenstehenden Definitionen sind für die Medizinische Statistik alle stationären und teilstationären Fälle obligatorisch zu erfassen.

Ein Behandlungsfall ist definiert als die Behandlung eines Patienten mit einer bestimmten Hauptdiagnose im selben Krankenhaus. Eine weitere Behandlung für eine andere Hauptdiagnose ist demnach ein neuer Behandlungsfall.

Stationäre Behandlungen aufgrund der gleichen Hauptdiagnose in mehreren Fachgebieten resp. Kostenstellen des gleichen Spitals, die sich ohne Unterbruch folgen, werden zu einem stationären Aufenthalt zusammengefasst.

Während einer stationären Behandlung sind Kurzabsenzen bis 24 Stunden möglich, die keine Beendigung der Behandlung (d.h. Austritt) nach sich ziehen. Zu diesen Kurzabsenzen zählt ein Kurzurlaub von maximal 24 Stunden oder ein kurzzeitiger Aufenthalt von weniger als 24 Stunden in einem anderen Krankenhaus zwecks Spezialuntersuchung oder -behandlung.

Ambulante Konsultationen respektive Behandlungen mit weniger als 24 Stunden dauernden Behandlungsepisoden, die die obengenannten Kriterien für teilstationäre Fälle nicht erfüllen, werden im Rahmen der medizinischen Statistik nicht erfasst.

In der Berechnungsmethode für den administrativen Urlaub werden nur Abwesenheiten gezählt, die länger als 24 Stunden dauern. Dies gilt

ebenso bei mehrfachem Urlaub, d.h. es werden nur die Abwesenheiten gezählt welche die die Dauer eines Tages überschreiten.

Diese Falldefinition weist folgende Vorteile auf:

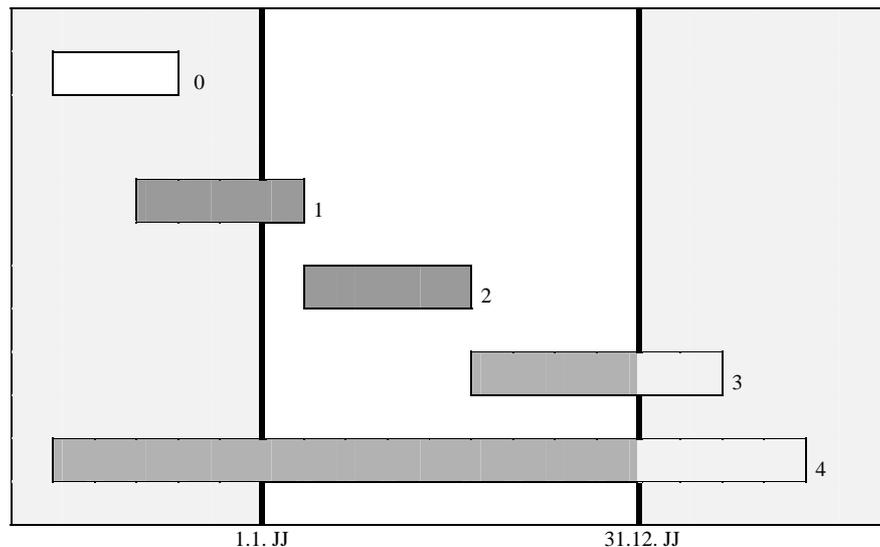
- 1) Sie entsprechen den epidemiologischen Zielsetzungen besser, da die krankenhausesinternen Verlegungen von keiner Bedeutung sind.
- 2) Die betriebsinterne Organisation beeinflusst die Falldefinition nicht mehr. Dies im Gegensatz zu einer Falldefinition, die sich auf einen Aufenthalt auf einer Abteilung stützen würde. Aus diesem Grund werden auch keine Angaben bezüglich Fachabteilungen erhoben, da in dieser Beziehung die Heterogenität der Organisation der Betriebe zu gross ist. Im Zusammenhang mit betriebswirtschaftlichen Beurteilungen wird aber die hauptsächlichliche Kostenstelle erfasst.

Dabei sind folgende Nachteile in Kauf zu nehmen:

- 1) Bei den Behandlungsfällen mit spitalinternen Verlegungen müssen die Daten bei Austritt zusammengefügt werden. Dies erfordert organisatorische Massnahmen und Mehraufwand.
- 2) Für die krankenhausesinternen Zwecke sind auch die einzelnen Daten nach Fachgebieten resp. Kostenstellen zu dokumentieren (fachgebietsbezogene Datensätze) und nach eigenem Bedarf auszuwerten.

Normalerweise wird der Statistik-Datensatz beim Spitalaustritt respektive dem Behandlungsabschluss des Patienten erstellt. Für diejenigen Patienten, die am Stichtag der Erhebungsperiode (31. Dezember) in Behandlung sind wird eine sogenannte administrative Meldung erstellt. Diese administrative Meldung muss keine Angaben betreffend die (möglicherweise zum gegebenen Zeitpunkt noch gar nicht vorhandenen) Diagnosen und Behandlungen enthalten. Sie dient der Ermittlung des gesamten Patientenbestandes am Stichtag. Bei Patienten, die zu diesem Zeitpunkt schon länger als 12 Monate in Behandlung sind, ist allerdings eine vollständige Meldung zu machen inklusive Diagnosen und Behandlungen.

Zusammenfassend sei die Erfassung der Behandlungsfälle für eine Erhebungsperiode (ein Kalenderjahr vom 1.1. bis 31.12.) anhand eines Schemas dargestellt.



- Fall 0: Keine Erfassung, da nicht in der betreffenden Erhebungsperiode
- Fall 1: Erfassung mit Minimaldatensatz
- Fall 2: Erfassung mit Minimaldatensatz
- Fall 3: administrative Meldung mit gekürztem Datensatz
- Fall 4: administrative Meldung mit vollständigem Minimaldatensatz

Während die "normalen" Fälle (1 und 2 nach Schema) laufend, periodisch oder einmalig am Jahresanfang des der Erhebungsperiode folgenden Jahres gemeldet resp. übermittelt werden, können die administrativen Meldungen erst anfangs des nächstfolgenden Jahres vorgenommen werden. Beim Beispiel "3" umfasst die administrative Meldung die Behandlungsperiode des Erhebungsjahres ohne Diagnosen- und Behandlungsangaben und Austrittsdatum. Die vollständige Erfassung erfolgt im folgendem Jahr, wie beispielsweise bei Fall "1". Bei den Patienten, die zu Beginn der Erhebungsperiode schon in Behandlung waren (Beispiel "4") wird eine administrative Meldung ohne Austrittsdatum jedoch mit den zum Meldezeitpunkt relevanten Diagnosen und durchgeführten Behandlungen erzeugt. Beim tatsächlichen Austritt ist eine Standarderfassung betreffend die gesamte Behandlungsdauer vorzunehmen.

5. Variablen

5.1. Minimaldatensatz der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser

Im Rahmen der obigen Falldefinition müssen für die Medizinische Statistik die folgenden Minimaldaten erfasst werden, deren Austrittsdatum in die jährliche Erhebungsperiode (1. Januar bis 31. Dezember) fällt.

Erhebungstechnische Merkmale	Rekordart Kennzeichnung des Statistikfalls Zusätzliche Daten
Leistungserbringer	Spitalidentifikation NOGA-Kode Kanton
Patientenmerkmale	Anonymer Verbindungskode Geschlecht Geburtsdatum Alter bei Spitaleintritt Wohnort (Region) Nationalität
Aufenthaltsmerkmale	Eintrittsdatum (Notfälle: inkl. Stunde) Aufenthalt vor Eintritt Eintrittsart Einweisende Instanz Behandlungsart Klasse Aufenthalt in Intensivmedizin Administrativer Urlaub & Ferien Hauptkostenstelle Hauptkostenträger für Grundversicherungsleistungen Austrittsdatum Entscheid für Austritt Aufenthalt nach Austritt Behandlung nach Austritt
Diagnosen	Hauptdiagnose Zusatz zu Hauptdiagnose 1- max. 8 Nebendiagnosen
Chirurgische und medizinische Behandlungen	Hauptbehandlung Datum des Beginns der Hauptbehandlung 1- max. 9 weitere Behandlungen

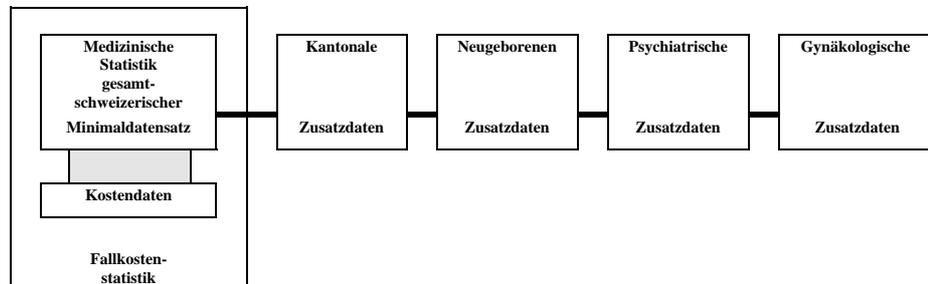
Eine detaillierte Beschreibung der obigen Merkmale befindet sich in Kapitel 6.2. 'Die Merkmale der Medizinischen Statistik im Detail'. Ergänzende Angaben und eine tabellarische Übersicht der zulässigen Werte befindet sich im Anhang. Im Anhang finden sich auch weitere Schnittstellenspezifikationen und Hinweise betreffend die geforderten Angaben.

Dem Persönlichkeitsschutz wird hohe Priorität eingeräumt. Um zu verhindern, dass Einzelpersonen aufgrund der Verknüpfung von Angaben über Geburtsdatum und Wohnort/Nationalität identifiziert werden können, werden diese Variablen auf ein erhöhtes Aggregationsniveau gesetzt. Ausführlicher wird der Datenschutz im Kapitel 7 erläutert.

5.2. Zusatzfragekataloge

Der Minimaldatensatz der Medizinischen Statistik kann durch Zusatzfragekataloge ergänzt werden. Sie bilden ein modulares System von ergänzenden Angaben, das auf dem gesamtschweizerischen Minimaldatensatz aufgesetzt wird. Dies ermöglicht zukünftige Erweiterungen und ein einfaches Hinzufügen allfälliger kantonale festgelegter Merkmale.

Die folgende Abbildung veranschaulicht den inhaltlichen Zusammenhang zwischen dem Minimaldatensatz der medizinischen Statistik und zusätzlichen kantonalen oder gesamtschweizerischen Datensätzen (z.B. Neugeborenenendatensatz, Psychiatrierendatensatz) einerseits sowie der Fallkostenstatistik andererseits.



Dieser modulare Aufbau stellt die Grundlage dar zur Erfüllung zusätzlicher Datenbedürfnisse der amtlichen Statistik des Bundes (vgl. Fallkostenstatistik und Statistik der Geburten) oder der Kantone sowie der medizinischen Fachgesellschaften (vgl. Schweiz. Gesellschaft für Psychiatrie, u.a.), die sich so ein Instrument für die Qualitätssicherung aufbauen können.

5.2.1. Neugeborenenendatensatz

Für Neugeborene ist der obligatorische Minimaldatensatz und ergänzend ein Neugeborenenendatensatz zu erfassen. Damit kann für die Spitalgeburten (über 95% aller Geburten in der Schweiz) die epidemiologische und medizinische Zusatzinformation, insbesondere Parität, Schwangerschaftsdauer, Geburtsgewicht und Transfers im Rahmen der Medizinischen Statistik gewonnen werden. Die Organisation einer neuen Erhebung mittels Fragebogen über die Neugeborenen kann auf diese Weise auf die ambulanten Geburten beschränkt werden. Dies stellt für die Spitäler eine administrative Vereinfachung dar. Unverändert bleibt allerdings die zivilrechtliche Meldepflicht der Tot- und Lebendgeburten an das Zivilstandsamt.

Die Merkmale des Neugeborenen-Zusatzfragekatalogs befinden sich im Anhang.

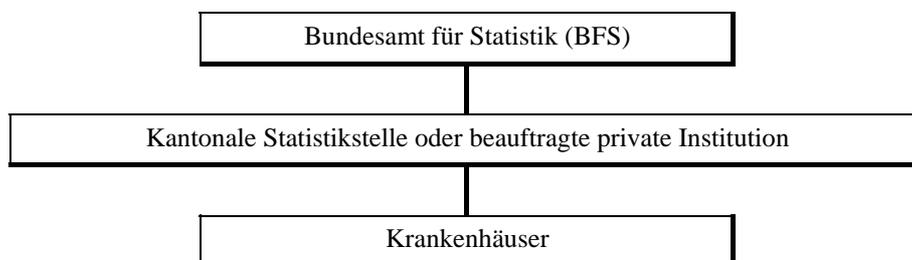
5.2.2. Psychiatriedatensatz

In Zusammenarbeit mit der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und der Schweizerischen Vereinigung Psychiatrischer Chefärzte wird ein an die Bedürfnisse der Psychiatrie angepasster Zusatzfragekatalog entwickelt. Er enthält zusätzliche Angaben betreffend die soziodemographischen Merkmale, die Behandlungen und die Begleitung nach Austritt. Die Angaben unterstehen nicht der Auskunftspflicht und werden zu einem späteren Zeitpunkt spezifiziert.

6. Durchführung der Erhebung

6.1. Datenfluss

Die Durchführung der Erhebung richtet sich nach den im Grobkonzept (Kapitel 7) festgelegten Prinzipien und organisatorischen Abläufen. Die dezentrale Organisation sei hier nochmals kurz dargestellt:



Die Angabe der im Minimaldatensatz aufgeführten Merkmale ist im Rahmen der in Kapitel 4.2. gegebenen Falldefinition für alle schweizerischen Krankenhäuser obligatorisch. Es handelt sich um eine Vollerhebung, die gesamtschweizerisch einmal jährlich erfolgt. Damit bei den Krankenhäusern und den kantonalen Statistikstellen eine logistisch einwandfreie Durchführung gewährleistet werden kann, können die Kantone von sich aus eine monatliche oder eine kontinuierliche Datenerhebung einführen.

6.1.1. Aufgaben der Krankenhäuser

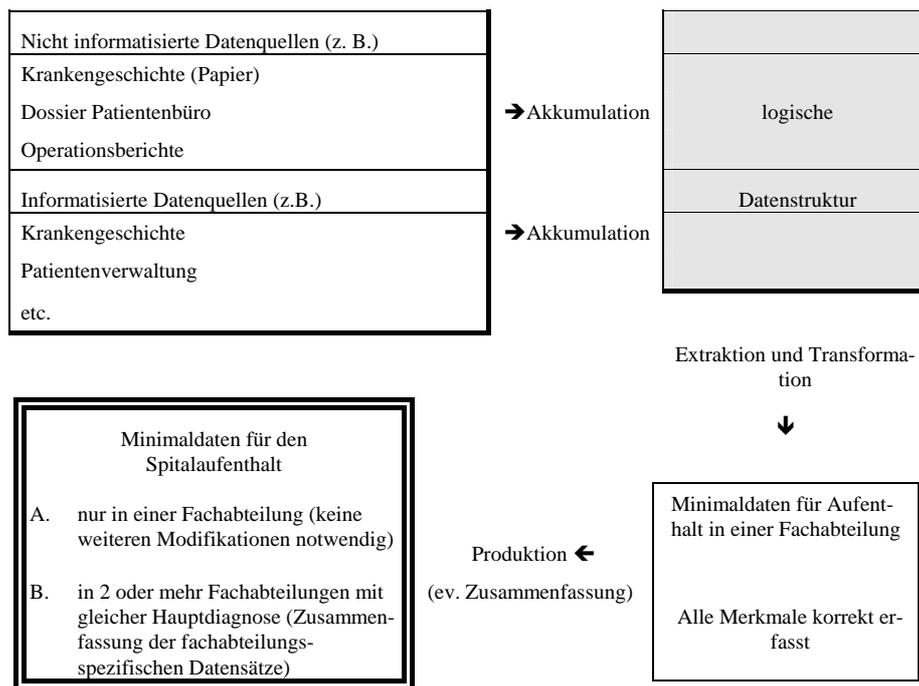
Die Krankenhäuser sind verantwortlich für die Erstellung der Datensätze für die gesamtschweizerischen Minimaldaten und gegebenenfalls von kantonalen Zusatzdaten (N.B. Kantonale Minimaldaten müssen zwingend mindestens die gesamtschweizerischen Merkmale umfassen). Diese Datensätze werden bei Behandlungsende respektive Austritt hergestellt, ausgenommen die administrativen Meldungen für die am 31.12. Hospitalisierten, die jährlich per 31.12. erzeugt werden. Alle in einer Erhebungsperiode, d.h. einem Kalenderjahr, erstellten Datensätze werden der kantonalen Statistikstelle auf Datenträger oder via elektronischem Datentransfer übermittelt. Die Detailspezifikationen für die Dateiformate und den Datentransfer ans das BFS werden im Anhang beschrieben. Die Krankenhäuser können den kantonalen Statistikstellen keine schriftlichen Fragebogen zustellen. Wenn die Datensätze nicht mit dem Spitalinformationssystem erzeugt werden können, muss das Spital die Datenerfassung unter Einhaltung des Datenschutzes und der Datensicherheit extern, d.h. durch outsourcing, ausführen lassen.

Ein theoretisches Organisationsmodell für die Produktion der Datensätze für die Medizinische Statistik

Selbstverständlich gibt es verschiedene Produktionsmöglichkeiten, manchmal sogar im selben Spital je nach Erfahrung und Kultur der verschiedenen Fachabteilungen. Trotzdem kann man sich, zumindest theo-

retisch, ein Modell ausdenken, das die notwendigen Arbeitsschritte beinhaltet.

Wie auch immer die Organisation der Datenerfassung im Betrieb oder das Spitalinformationssystem gestaltet sind, so müssen alle Merkmale des Minimaldatensatzes in einer logischen Struktur zusammengefasst werden (siehe Schema). Diese logische Struktur muss in der Lage sein, alle für einen Behandlungsfall mit einer bestimmten Hauptdiagnose benötigten Informationen vom Beginn (Eintritt) bis zum Ende (Austritt) zu akkumulieren. Dieses Produktionskonzept ist ein logisches System und verlangt keinerlei konkrete organisatorische oder EDV-technische Richtlinien.



Die Produktion wird in der Regel beim Patienteneintritt initialisiert und beim Austritt aus dem Spital abgeschlossen. Bei Abschluss der Behandlung in einer spezifischen Fachabteilung werden die gesammelten Daten ev. transformiert (um die verlangten Merkmalausprägungen herzustellen) oder extrahiert (um die relevanten Diagnosen auszuwählen). Sofern die Spitalbehandlung dann gleich beendet ist, hat man damit auch den Minimaldatensatz. Wenn die Behandlung im selben Spital in einer anderen oder in mehreren Fachabteilungen weitergeführt werden, sind ein zweiter oder mehrere abteilungsspezifische Datensätze zu erstellen. Diese sind im abschliessenden Produktionsschritt zu einem einzigen Datensatz zusammenzufügen.

Die Verzeichnisse oder Listen, die für die Verschlüsselung verschiedener Merkmale benötigt werden, können mit Ausnahme der ICD-10 und der Schweiz. Operationsklassifikation bei der kantonalen Statistikstelle bezogen werden. Die beiden letztgenannten sind im Buchhandel und/oder bei Fachverbänden resp. Firmen erhältlich.

6.1.2. Aufgaben der Kantonalen Statistikstelle

Diese organisiert die Datenerhebung der in ihrem Verantwortungsbereich liegenden Krankenhäuser respektive Kliniken, d.h. informiert die Betriebe über die Detailspezifikationen und die Termine, kontrolliert die Datenlieferung von den Betrieben, prüft die Qualität der erhaltenen Daten und übermittelt die gesamtschweizerischen Minimaldaten an das BFS. Die kantonale Statistikstelle erhält zudem vom BFS die Datensätze von Personen ihrer Wohnbevölkerung, die in einem anderen Kanton behandelt worden sind. Die kantonalen Stellen senden die validierten Daten bis spätestens dem 31. Juli des dem Berichtsjahr folgenden Jahres dem BFS weiter.

Zu den Hauptaufgaben der kantonalen Statistikstelle zählt zudem die Auswertung und Veröffentlichung der kantonalen Daten.

6.1.3. Aufgaben des BFS

Das BFS führt das gesamtschweizerische Betriebsregister in Zusammenarbeit mit den Kantonen. Dieses bildet die Grundlage für die Durchführung der Erhebung.

Daneben befasst sich das BFS mit der Organisation der Erhebung auf gesamtschweizerischer Ebene, d.h. es informiert die kantonalen Stellen über Detailspezifikationen und Termine, kontrolliert die Datenlieferungen von den kantonalen Stellen und übermittelt ihnen die Datensätze von Personen ihrer Wohnbevölkerung, die ausserkantonale behandelt worden sind.

Anschliessend wird das BFS zwei zusätzliche Arten von Datensätzen herstellen:

- a) Personendatensätze: Die anonymisierten Datensätze der medizinischen Statistik, die sich auf Behandlungsfälle beziehen, werden mit Hilfe des anonymen Verbindungskodes zu Datensätzen zusammengefügt, die sich auf einzelne (namentlich unbekannt) Personen beziehen. Diese Kohorten-Datensätze ermöglichen im Gegensatz zu den Behandlungsfalldaten die Untersuchung der Krankheitshäufigkeit in der Wohnbevölkerung (z.B. Anzahl Personen mit Diabetes mellitus pro 100'000 Personen der Wohnbevölkerung) oder der Häufigkeit von Rehospitalisationen, die infolge Verkürzung der Aufenthaltsdauer zunehmend zu beobachten sein werden.
- b) Datensätze mit erweiterter Anonymisierung: Um die Daten der medizinischen Statistik für die Statistik und die wissenschaftliche Forschung zugänglich zu machen, werden die Datensätze zusätzlich aggregiert. Dadurch wird der Grad der Anonymität erhöht und damit die Möglichkeit eines missbräuchlichen Rückschlusses auf die Identität des behandelten Patienten verunmöglicht zur Gewährung des Datenschutzes (siehe auch Kapitel 6.3 'Datenschutzmassnahmen in der Medizinischen Statistik').

Schliesslich befasst sich das BFS mit der Auswertung und Publikation der gesamtschweizerischen Daten. Die wichtigsten Ergebnisse werden in Form von Indikatoren oder Prävalenzraten, vorwiegend elektronisch veröffentlicht in einer Form, die Rückschlüsse auf einzelne Betriebe oder Behandlungsfälle verhindert.

6.2. Die Merkmale der Medizinischen Statistik im Detail

Der Minimaldatensatz der Medizinischen Statistik beschreibt diejenigen Variablen, die der gesetzlichen Auskunftspflicht unterliegen. Im Folgenden werden die einzelnen Variablen des Merkmalskatalogs erläutert. Die genauen Angaben, weitere Erläuterungen und Definitionen sowie technische Details sind im Anhang verzeichnet. Dies in Form eines Fragebogens in Anhang I und der Variablenliste in Anhang II. Die Numerierung in Klammern bezieht sich auf die entsprechenden Unterkapitel der Variablenkataloge.

6.2.1. Allgemeine Angaben

Betriebsidentifikation (0.1):

Rekordart

Diese Variable dient der Typenidentifikation des gesamten Datensatzes. Anhand der Rekordart wird bezeichnet, dass es sich um den Minimaldatensatz der Medizinischen Statistik handelt. Bei Revision der bestehenden Datenformate wird dieses Feld zusätzlich zur Bezeichnung der Version des Datensatzes benutzt. Die Datensätze werden zeilenorientiert ohne Trennzeichen (fixed-format) übertragen, wobei eine Zeile mit CR/LF (ASCII 13/10) abgeschlossen wird.

Detailspezifikation: MB=Basisdatensatz Medizinische Statistik ('B' - Basisdaten). Die Neugeborenen-Zusatzdaten werden durch die Rekordart MN gekennzeichnet.

Betriebsnummer

Die Betriebsnummer besteht aus einer nichtsprechenden achtstelligen Nummer der Institution gemäss dem Betriebs- und Unternehmensregister des BFS (BUR-Nummer). Diese Spitalidentifikation dient der Auswertung der medizinischen Daten nach Institution, der Inbeziehungsetzung der Daten mit der Krankenhausstatistik und anderen Strukturdaten des Betriebsregisters.

Detailspezifikation: Jedes Krankenhaus (Spital) wird mit einer nichtsprechenden Identifikationsnummer bezeichnet. Diese Nummer (BUR-Nummer) wird dem Krankenhaus vom BFS in Zusammenarbeit mit den kantonalen Stellen zugeteilt.

NOGA-Kode

In Zusammenarbeit mit den Kantonalen Stellen wird den Betrieben ein Typus zugeordnet. Siehe dazu 4.1 Typologie der Krankenhäuser.

Detailspezifikation: BFS-NOGA Schlüsselnummer des Betriebstyps.

Kanton

Autokennzeichen des Kantons.

Fallidentifikation (0.2):

Anonymer Verbindungskode

Für die Analyse von Rehospitalisationen, für die Untersuchung der regionalen und überregionalen Patientenströme (z.B. ausserkantonale Behandlungen) und für die Durchführung von epidemiologischen Studien ist es notwendig, mehrere Behandlungsepisoden einzelner Personen unabhängig von Zeitpunkt und Ort miteinander in Bezug zu setzen. Es handelt sich dabei um ein klassisches, in der Epidemiologie und der Demographie oft angewandtes statistisches Verfahren (Longitudinalstudien). Diese Variable ermöglicht solche Auswertungen auf anonymer Basis.

Aus Gründen des Persönlichkeitsschutzes werden keine nominativen Daten erhoben, sondern es wird mit Hilfe eines mehrstufigen Verschlüsselungsverfahrens für jedes Individuum ein anonymer Verbindungskode generiert. Als Ausgangsdaten für die Erstellung des anonymen Verbindungskodes 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 Verbindungskode kann nicht auf die ursprünglichen Daten zurückgeschlossen werden. Das Dokument 'Datenschutz in der Medizinischen Statistik' schildert die methodischen und technischen Details des anonymen Verbindungskodes.

Detailspezifikation: Aus Vorname und Name der behandelten Person, Geburtsdatum und Geschlecht wird ein nichtsprechender anonymer Verbindungskode generiert. Der zugehörige Algorithmus wird den Herstellern von Spitalsoftware zur Einbindung in ihre Programme zur Verfügung gestellt.

Kennzeichnung des Statistikfalls

Die statistischen Meldungen betreffen nicht nur Behandlungsfälle, die vollständig in der Erhebungsperiode (einem Kalenderjahr) liegen, sondern sich über mehrere Kalenderjahre erstrecken. Letztere werden als administrative Meldungen bezeichnet und ermöglichen die Gesamtübersicht über das in einem bestimmten Jahr behandelte Patientengut.

Detailspezifikation: Angabe, ob es sich um einen normalen Minimaldatensatz (A, entsprechend Fall 1, 2 auf Seite 23), eine administrative Meldung mit reduziertem (B, Fall 3 auf Seite 23) oder mit vollständigem Minimaldatensatz (C, Fall 4 auf Seite 23) handelt.

Zusätzliche Daten (0.3):

Da der Minimaldatensatz mit verschiedenen Zusatzdaten ergänzt werden kann, muss angegeben werden, welche Art von Zusatzdaten zu diesem Behandlungsfall mitgeliefert werden.

Detailspezifikation: Angabe, welche Zusatzdaten zu diesem Behandlungsfall mitgeliefert werden (ja/nein Antwort für jeden spezifischen Zusatzfragekatalog).

6.2.2. Minimaldaten

Soziodemographische Angaben (1.1):

Geschlecht

Das Geschlecht der Personen ist ein Grundmerkmal jeglicher statistischen Datenauswertung.

Detailspezifikation: Geschlecht der behandelten Person (1 - Mann, 2 - Frau).

Geburtsdatum (Geburtsjahr obligatorisch)

Aufgrund dieser Angabe und dem Eintrittsdatum kann das exakte erfüllte Alter berechnet werden. Auch dieses Merkmal ist für epidemiologische Zwecke notwendig. Die Angabe von Monat und Tag des Geburtsdatums ist notwendig für die Abstimmung mit der Geburten- und der Todesursachenstatistik des BFS.

Aus Gründen des Persönlichkeitsschutzes wird das vollständige Geburtsdatum nur verlangt bei Kindern bis zwei Jahren (erfüllt) und bei Todesfällen. Die Angabe des Geburtsjahres ist hingegen obligatorisch.

Detailspezifikation: Geburtsdatum der behandelten Person (JJJJ-MMTT). Die Angabe von Monat und Tag ist fakultativ ausgenommen bei Todesfällen und bei hospitalisierten Kindern im Alter unter 2 Jahren (erfüllt).

Alter bei Spitaleintritt (in erfüllten Jahren)

Das Alter der Personen ist ein Grundmerkmal jeglicher statistischer Datenauswertung: Die exakte Berechnung des Alters in erfüllten Altersjahren ergibt sich aus der Differenz des Geburtsdatums und des Eintrittsdatums.

Detailspezifikation: Alter bei Spitaleintritt in erfüllten Altersjahren (3-stellig), exakt berechnet (Eintrittsdatum-Geburtsdatum).

Wohnort respektive Region

Der Wohnort ist ein wichtiges soziodemographisches Merkmal. Er gibt unter anderem Aufschluss über das Einzugsgebiet einer Institution und über die regionale Krankheitshäufigkeit. Es gilt der zivilrechtliche Wohnsitz. Die Angabe erfolgt im Spital in Form der vierstelligen Postleitzahl. Sie ist für die Kantone von Interesse und wird von den kantonalen Statistikstellen vor der Weitergabe ans BFS gelöscht und durch die Angabe eines Regionskodes ersetzt. Bei Personen, die im Ausland wohnhaft sind, wird in dieses Feld der entsprechende Landeskode gesetzt.

Detailspezifikation: Fakultativ: Vierstellige Postleitzahl der zivilrechtlichen Wohngemeinde.

Obligatorisch: Angabe der Wohnortregion. Das BFS stellt die entsprechenden Regionstabellen zur Verfügung.

Nationalität

Es handelt sich um eine wichtige epidemiologische Variable, da Menschen aus fremden Kulturkreisen häufig Schwierigkeiten mit dem Versorgungssystem bekunden. Da in der Schweiz rund ein Fünftel der Bevölkerung ausländischer Abstammung ist, muss die Nationalität der hospitalisierten Personen ebenfalls in Betracht gezogen werden. Aussereuropäische Nationalitäten werden zusammengefasst.

Detailspezifikation: Dieses Merkmal wird mittels der internationalen Länderkodes der ISO kodiert. (Zur Anwendung kommt der dreistellige alphabetische Kode, ISO alpha3. Aussereuropäische Nationalitäten werden zusammengefasst). Das BFS stellt zu diesem Zweck entsprechende Ländertabellen zur Verfügung.

Eintritts-Merkmale (1.2):

Eintrittsdatum und -Stunde

Das Eintrittsdatum respektive die Eintrittszeit ist ein essentielles epidemiologisches Merkmal. Die Kenntnis der zeitlichen Entwicklung von Spitaleinweisungen für bestimmte Krankheiten stellt eine Grundlage zur Entscheidungsfindung bei gesundheitspolitischen Massnahmen dar. Die Angabe ist zudem wichtig für die Beurteilung der Empfangsbereitschaft eines Betriebs.

Detailspezifikation: Erfasst wird das vollständige Eintrittsdatum und -Stunde (JJJMMTThh). Mit Ausnahme von Notfall-eintritten ist die Angabe der Stunde fakultativ. Ein

Notfall ist definiert durch eine Behandlungsnotwendigkeit innerhalb von 12 Stunden.

Aufenthaltort vor dem Eintritt

Diese Information gibt Aufschluss über den Aufenthalt vor der Spitalweisung sowie die Verlegungen zwischen den verschiedenen Institutionen des Gesundheitswesens.

Detailspezifikation: Beschreibung des unmittelbaren Aufenthaltsorts vor dem Eintritt (Alltagsumgebung, Spital, Pflegeheim, usw.).

Eintrittsart

Diese Variable beschreibt die Umstände unter welchen die Behandlungsaufnahme, der Eintritt erfolgte.

Detailspezifikation: Es wird unterschieden zwischen Notfallaufnahmen (Behandlung innerhalb von 12 Stunden erforderlich) und geplanten Eintritten. Bei Änderung der Hauptdiagnose wird kein neuer Fall hergestellt. Bei Neugeborenen, die im Spital geboren wurden, ist die Eintrittsart 'Geburt' vorgesehen. In diesem Fall ist ein Neugeborenen-Zusatzdatensatz zu erstellen.

Einweisende Instanz

Die Kenntnis der einweisenden Instanz vermittelt eine Übersicht über die Organisation der medizinischen Versorgung und ist daher gesundheitspolitisch relevant.

Detailspezifikation: Beschreibung der Person oder Instanz, die den Eintritt veranlasst hat. (Selbsteinweisung, Rettungsdienst, Arzt, usw.)

Aufenthaltsmerkmale (1.3):

Behandlungsart

Diese Variable ermöglicht die Unterscheidung von stationären, teilstationären und ambulanten Behandlungsfällen.

Detailspezifikation: Art der Behandlung dieses Patienten. (ambulant, teilstationär, stationär, unbekannt). Es gelten die in Kapitel 4.2 gegebenen Definitionen.

Klasse

Angabe der im Rahmen des Spitalaufenthaltes hauptsächlich beanspruchten Liegeklasse. Diese Angabe ist ein Indikator für die soziale Situation des behandelten Patienten und ist einfach zu erheben (administrative Standardinformation). Darüberhinaus gibt sie Auskunft über die Versicherungsverhältnisse der Patienten.

Detailspezifikation: Anzugeben ist die im wesentlichen beanspruchte Liegeklasse, nicht die Versicherungskategorie. Mehrfachnennungen sind nicht möglich. (allgemein, halbprivat, privat).

Aufenthalt in Intensivmedizin

Intensivmedizinische Behandlungen benötigen einen hohen Personal-, Sach- und Infrastrukturaufwand, dessen Inanspruchnahme auf diese Weise approximativ erfasst werden soll. Die Anzahl Stunden dient dabei als Indikator des Behandlungsaufwands.

Detailspezifikation: Anzahl Stunden intensivmedizinischer Betreuung (in Abteilungen, die von der Schweizerischen Gesellschaft für Intensivmedizin anerkannt sind) oder in neonatologischer Intensivstation. Es sind bis zu vierstellige Angaben möglich (maximal 9999 Stunden, was 416 Tagen entspricht).

Administrativer Urlaub und Ferien

Verlässt ein Patient, eine Patientin die Institution für mehr als 24 Stunden bei bleibender Reservierung eines Bettes, so ist dies als administrativer Urlaub anzugeben. Die Angabe enthält die Gesamtsumme in Stunden.

Detailspezifikation: Ausserhalb der Institution als administrativer Urlaub verbrachte Anzahl Stunden. Es sind bis zu vierstellige Angaben möglich.

Betriebswirtschaftliche Angaben (1.4):

Hauptkostenstelle

Diese Variable bezeichnet die im Rahmen dieses Falles relevante Kostenstelle. Sie ermöglicht die Verbindung zur Kostenrechnung und ist eine wichtige Schnittstelle für betriebswirtschaftliche Auswertungen.

Detailspezifikation: Angabe der Hauptkostenstelle, der der betreffende Fall zugeordnet ist (M000-M990).

Hauptkostenträger für Grundversicherungsleistungen

Die Differenzierung des Garanten für den Behandlungsfall ist ein notwendiges Merkmal für wirtschaftsstatistische Synthesestatistiken wie beispielsweise die Kosten des Gesundheitswesens.

Detailspezifikation: Angegeben wird der Hauptgarant dieses Behandlungsfalls gemäss Grundversicherung bei Personen mit Wohnsitz in der Schweiz. (Kranken-, Unfall-, Invaliden-, Militärversicherung, usw.). Mehrfachnennungen sind nicht möglich, es ist die im wesentlichen zutreffende Angabe zu machen.

Austrittsmerkmale (1.5):

Austrittsdatum (fakultativ: inkl. Stunde)

Die Kenntnis des Austrittsdatums ermöglicht einerseits die Berechnung der Aufenthaltsdauer und andererseits die Bestimmung des Zeitintervalls bei Rehospitalisationen.

Detailspezifikation: Erfasst wird das vollständige Datum. Zusätzlich ist fakultativ die Angabe der Stunde möglich (JJJJMMTThh).

Entscheid für Austritt

Hier wird analog zur Eintrittsart die Art und Weise des Austritts respektive des Behandlungsabbruchs festgehalten. Dieses Merkmal kann auch für Untersuchungen der Versorgungsqualität benützt werden.

Detailspezifikation: Angabe der Art des Austritts (auf ärztliche Initiative, auf eigene Initiative, Hauptdiagnosewechsel, usw.).

Aufenthalt nach Austritt

Analog zu 'Aufenthalt vor Eintritt' wird hier die Situation nach Spitalaustritt beschrieben.

Detailspezifikation: Angabe des Aufenthalts nach Austritt (Alltagsumgebung, andere Institutionen, usw.).

Behandlung nach Austritt

Diese Variable gibt Aufschluss über die Art der Behandlung oder Pflege (in Bezug auf die Hauptdiagnose) nach Spitalaustritt, die der Arzt dem austretenden Patienten empfohlen oder verordnet hat. Die Angabe drückt den Behandlungserfolg, den Grad der Unabhängigkeit des Patienten, der Patientin nach der Entlassung aus. Es handelt sich um ein Merkmal, das für die Qualitätssicherung bedeutsam ist.

Detailspezifikation: Angabe des Behandlungsbedarfs aus der Sicht des Arztes (geheilt, ambulante Behandlung, ambulante Pflege (SPITEX), usw.).

Diagnosen (1.6):

Hauptdiagnose

Die Hauptdiagnose ist als derjenige Zustand definiert, der am Ende des Spitalaufenthalts als Diagnose feststeht und der Hauptanlass für die Behandlung und Untersuchung des Patienten war. Sind mehr als ein Zustand aufgeführt, ist derjenige auszuwählen, der (medizinisch gesehen) den grössten Aufwand an Mitteln erforderte. Erfolgte keine Diagnosenstellung, dann ist das Hauptsymptom, der medizinisch schwerwiegendste abnorme Befund oder die schwerwiegendste Gesundheitsstörung als Hauptdiagnose auszuwählen.

Sofern anwendbar, sollen zur Verschlüsselung der Hauptdiagnose sowohl Kreuz *(+)- als auch Stern*(*)- Codes benützt werden, denn sie bezeichnen zwei unterschiedliche Sichtweisen eines einzelnen Krankheitszustands. Der Kreuzcode ist dabei immer als Hauptdiagnose einzutragen. Siehe dazu auch die Erläuterungen in Kapitel 8 'Klassifikation von Diagnosen und Operationen'.

Detailspezifikation: Schlüsselnummer der ICD-10, exklusiv die Sternschlüsselnummern. Die Angabe erfolgt vierstellig. Für zukünftige Erweiterungen sind bis zu 5-stellige Codes vorgesehen.

Zusatz zu Hauptdiagnose

Unter diesem Merkmal ist entweder der Sterncode der betreffenden Hauptdiagnose oder die externe Ursache bei Unfällen respektive Vergiftungen (d.h. Diagnosen aus Kapitel XX der ICD-10) einzutragen. In allen anderen Situationen ist das Feld leer (blank) zu lassen.

Detailspezifikation: Bis zu 5-stellige Schlüsselnummer der ICD-10 aus Kapitel XX oder Sterncode der entsprechenden Hauptdiagnose.

Nebendiagnosen (Begleitkrankheiten)

Zusätzlich zu der Hauptdiagnose sollten auch andere Krankheitszustände oder Gesundheitsstörungen aufgeführt werden, die während des Be-

handlungszeitraumes von Belang waren. Andere Krankheitszustände sind diejenigen Zustände, die gleichzeitig bestehen (Begleitkrankheiten) oder die sich während des Behandlungszeitraumes entwickelt haben und die die Behandlung des Patienten beeinflussen. Frühere Krankheitszustände, die für den aktuellen Behandlungszeitraum unbedeutend sind, sind nicht aufzuzeichnen. Bei der Verschlüsselung der Haupt- und Nebendiagnosen sind die internationalen Richtlinien zu beachten, vgl. ICD-10, Band 2, Kapitel 4.4.2-4.4.4.

Detailspezifikation: Bis zu 5-stellige Schlüsselnummer der ICD-10 (die fünfte Stelle ist für zukünftige Erweiterungen der Klassifikationssysteme vorgesehen). Allfällige zusätzliche Kreuz- und Sternkodes werden linear, ohne weitere Markierung aneinander angefügt. Die Angaben sind auf die medizinisch wesentlichen Fakten zu beschränken. Bis zu acht Nebendiagnosen können angegeben werden.

Behandlungen (1.7):

Hauptbehandlung

Im Rahmen der Hauptdiagnose wichtigste chirurgische oder medizinische Behandlung respektive Eingriff, Operation, diagnostische oder therapeutische Massnahme kodiert nach der Schweizerischen Operationsklassifikation (CHOP). Es soll die im Rahmen der Hauptdiagnose für den Behandlungsprozess entscheidendste medizinische Behandlung angegeben werden.

Detailspezifikation: Bis zu 5-stellige Schlüsselnummer der CHOP. Die fünfte Stelle ist zum aktuellen Zeitpunkt noch nicht definiert und ist reserviert für zukünftige Erweiterungen.

Beginn der Hauptbehandlung

Diese Information erweist sich als nützlich im Zusammenhang mit Untersuchungen der Versorgungsqualität und des Health Services Research.

Detailspezifikation: Massgebend und zu erfassen ist das exakte Datum und der Zeitpunkt des Beginns der effektiven Behandlung (JJJMMTThh).

Weitere Behandlungen

Angabe von bis zu neun weiteren Behandlungen.

Detailspezifikation: Bis max. 5-stellige Schlüsselnummer der CHOP.

7. Datenschutz

Die bei der Erhebung der Medizinischen Statistik anfallenden Daten betreffen den Gesundheitszustand und zählen gemäss Schweizerischen Datenschutzgesetz zu besonders schützenswerten Daten. Die ursprünglich vorgesehene Erhebung des mittels Soundex-Kode verschlüsselten Vornamens sowie der Angabe des Geburtsdatums und der Wohngemeinde jedes Patienten wurde als zu detailliert angesehen und in Bezug auf den Datenschutz als ungenügend beurteilt.

7.1. Rechtliche Voraussetzungen

Das Bundesgesetz über den Datenschutz vom 19. Juni 1992 hält fest, dass für Statistiken erhobene Daten anonymisiert werden müssen, sobald es der Zweck des Bearbeitens erlaubt (Art. 22, Abs. 1a). Das Bundesstatistikgesetz vom 9. Oktober 1992 bestimmt, dass die zu statistischen Zwecken erhobenen oder weitergegebenen Daten nicht zu anderen Zwecken verwendet werden dürfen, ausser wenn ein Bundesgesetz eine andere Verwendung ausdrücklich anordnet (Art. 14, Abs. 1).

Laut Krankenversicherungsgesetz und im weiteren Sinne laut der Verordnung über das KVG dienen die vom BFS erhobenen Daten dazu, Betriebskostenvergleiche zwischen den Spitälern anzustellen und den Kostendeckungsgrad, die Wirtschaftlichkeit und die Qualität der Leistungen zu ermitteln.

Dabei sind die Grundsätze des Datenschutzes einzuhalten, namentlich:

- die **Vertraulichkeit**: "die mit der Durchführung der Erhebungen betrauten Personen und Dienststellen sind verpflichtet, die Daten vertraulich zu behandeln; sie sorgen dafür, dass diese an einem sicheren Ort aufbewahrt werden" (Art. 7 der Verordnung über die Durchführung von statistischen Erhebungen des Bundes)
- das **Amtsgeheimnis** (einschl. für die Kantone) "Die mit statistischen Arbeiten betrauten Personen müssen alle Daten geheimhalten ..." (Art. 14 BStatG) und "für die Bearbeitung durch kantonale Organe gelten die Artikel 14..." (Art. 17 BStatG)
- die **technischen Massnahmen**: Die Statistikproduzenten des Bundes dürfen Personendaten für nicht personenbezogene Zwecke, insbesondere für Forschung, Planung und Statistik, Forschungs- und Statistikstellen des Bundes sowie Dritten bekanntgeben, wenn: a. die Daten anonymisiert werden, sobald es der Zweck des Bearbeitens erlaubt; b. der Empfänger die Daten nur mit Zustimmung des Statistikproduzenten weitergibt; c. der Empfänger die Ergebnisse nur so bekanntgibt, dass die betroffenen Personen nicht bestimmbar sind; und d. die Voraussetzungen für die Einhaltung des Statistikgeheimnisses und der übrigen Datenschutzbestimmungen durch den Empfänger gegeben sind. (Art. 19 BStatG).

Die kantonalen Stellen unterstehen derselben Datenschutzpflicht wie das BFS, sofern das kantonale Gesetz nichts anderes vorsieht. Der Austausch zwischen BFS und Partnern wird vertraglich geregelt.

7.2. Voraussetzungen für die Realisierung der Statistik

Bei der Untersuchung der Erfordernisse an die zu erhebenden Daten müssen die folgenden Aspekte beachtet werden, die für die Verwirklichung der Ziele der Medizinischen Statistik unabdingbar sind.

Für die Analyse der Rehospitalisationen ist es nötig, verschiedene Spitalbehandlungen eines Individuums über mehrere Institutionen und mehrere Jahre zu verknüpfen. Dazu braucht es ein Verfahren, mit dem Behandlungsdaten von ein und derselben Person zusammengeführt werden können. Dies muss in einer anonymisierten Form geschehen, die Rückschlüsse auf die Identität der behandelten Person verunmöglicht.

Dasselbe Verfahren wird auch benötigt für die Durchführung von epidemiologischen Analysen. Die Berechnung von Krankheitshäufigkeiten in der Bevölkerung (Prävalenz und/oder Inzidenz) beispielsweise ist nicht realisierbar, wenn nur bekannt ist, wieviele Behandlungen durchgeführt worden sind. Zusätzlich muss auch eruiert werden, wieviele Personen an den beobachteten Behandlungen beteiligt waren. Nur mit Hilfe einer solchen Längsschnittbetrachtung lässt sich anhand von Behandlungsfalldaten, wie sie die Medizinische Statistik darstellt, die effektive Grösse der Population ermitteln, die infolge einer bestimmten Krankheit (z.B. Diabetes mellitus) hospitalisiert wurde.

Ein weiterer wichtiger Punkt ist die Notwendigkeit der Abstimmung mit der Geburten- und der Todesursachenstatistik. Diese Abstimmung ermöglicht eine weitergehende epidemiologische Datenanalyse und Interpretation der bestehenden Vitalstatistiken, z.B. der Morbidität von Neugeborenen mit geringem Geburtsgewicht oder des Krankheitsverlaufs bei älteren Menschen in den letzten 6-12 Lebensmonaten.

Einige soziodemographische Daten wie die Angabe des Wohnortes oder der Nationalität sind Merkmale, die für die Datenanalyse auf eidgenössischer Ebene in diesem Genauigkeitsgrad nicht unbedingt nötig sind. Sie entsprechen aber dem Bedürfnis der Kantone, die auf diese Weise genaue Angaben über die regionalen Hospitalisationshäufigkeiten in ihrem Kanton erhalten.

7.3. Gewährleistung des Datenschutzes

Die Massnahmen zur Gewährleistung des Datenschutzes sind technischer und organisatorischer Art. Es folgt ein kurzer Überblick über die zu treffenden Massnahmen. Die detaillierte Beschreibung und technischen Spezifikationen werden in einem speziellen Datenschutzkonzept "Datenschutz in der Medizinischen Statistik" gegeben.

7.3.1. Technische Massnahmen

Eine Lösung des Problems der Sicherstellung des Datenschutzes bei der Analyse von Rehospitalisationen wurde in der Generierung eines anonymen Verbindungskodes gefunden. Das technisch komplizierte Verfahren lässt sich mit wenigen Worten beschreiben. Die Personendaten der hospitalisierten Personen werden in einen kryptologischen Kode verwandelt (Einwegverfahren mit Zerstückelung (Hashing) und anschliessender Verschlüsselung der Daten). Die identifizierenden Angaben werden also in anonymisierter Form an die kantonalen Stellen und das BFS weitergeleitet. An ihrem Bestimmungsort werden die Kodes in individuelle anonyme Verbindungskodes umgewandelt. Diese Verbindungskodes dienen dazu, Behandlungsfälle derselben Person, d.h. desselben anonymen Verbindungskodes zu ermitteln und dadurch die Fälle von Mehrfachhospitalisationen zu erkennen.

Als weitere Massnahme zur Verbesserung des Datenschutzes wird die Angabe des vollständigen Geburtsdatums nur noch bei Kindern unter 2 (erfüllten) Altersjahren und bei Todesfällen verlangt. Auf diese Weise ist die Abstimmung mit der Geburten- und Todesursachenstatistik möglich.

Die Angabe des Wohnorts (Postleitzahl) wird zu grösseren Gebietseinheiten zusammengefasst. Diese Gebietseinheiten sind von der Grösse von um die 10'000 Personen, mindestens aber 3'500 Personen. Da die Kantone aus Gründen der kantonalen Spitalplanung an den detaillierten Angaben interessiert sind, wird das Merkmal in den Spitälern vollumfänglich erhoben und von den kantonalen Stellen erst vor der Übergabe ans BFS rekodiert.

Die Angaben betreffend die Nationalitäten werden bei allen aussereuropäischen Nationalitäten ebenfalls zusammengefasst.

Um die Datensicherheit zu erhöhen, werden die Minimaldatensätze also wie folgt anonymisiert:

Minimaldatensatz	Statistik-Datensatz
Spitalidentifikation	Spitaltyp und geograph. Region des Standorts
Anonymer Verbindungskode	—
Geburtsdatum	erfülltes Alter (Tage [Säuglinge] resp. Jahre)
Wohnort	Geograph. Region des Wohnorts

7.3.2. Organisatorische Massnahmen

Die Datensicherheit der im BFS archivierten Daten wird mit besonderen organisatorischen Massnahmen gewährleistet. Neben den üblichen Sicherheitssystemen beinhalten sie die zusätzliche Verschlüsselung der Verbindungskodes. Nähere Angaben betreffend die Aufbewahrung der

Daten sind dem Datenschutzkonzept der Medizinischen Statistik zu entnehmen.

Die vollständigen kantonalen oder gesamtschweizerischen Einzeldaten aus der medizinischen Statistik der Krankenhäuser dürfen lediglich von den kantonalen Statistikstellen und vom BFS bearbeitet werden.

Es sei an dieser Stelle ausdrücklich darauf hingewiesen, dass in der Schweiz keine 'public use' Einzeldaten zur Verfügung gestellt werden dürfen. Statistische Daten können für die wissenschaftliche Forschung zur Verfügung gestellt werden. Die Bestimmungen dazu finden sich im Bundesstatistikgesetz und in der Verordnung über die Durchführung amtlicher Statistiken des Bundes.

8. Die Klassifikation von Diagnosen und Operationen

8.1. Die ICD-10

Die Schweizerische Kommission für Gesundheitsstatistik (KOGES) hat nach einer kritischen Evaluation der vorhandenen internationalen Klassifikationen in der Medizin die Einführung von zwei neuen Klassifikationssystemen für Diagnosen und Operationen in allen Krankenhäusern des Landes ab 1997 empfohlen.

Die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme - 10. Revision (ICD-10) wurde von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) 1990 gebilligt und zum Einsatz in den Morbiditäts- und Mortalitätsstatistiken ab 1993 empfohlen.

Organisation der ICD-10:

Die ICD-10 umfasst 3 Bände. Diese bilden die nötigen grundlegenden Hilfsmittel zur Kodierung der diagnostischen Angaben.

- **Band 1 - Systematik**

Dieser Band enthält ein systematisches alphanumerisches Verzeichnis aller ICD-10-Kodes der Krankheiten und verwandten Gesundheitsprobleme. Der Band umfasst 21 Kapitel, die nach den Körpersystemen und der Aetiologie gegliedert sind.

- **Band 2 - Regelwerk**

Dieser Band enthält Richtlinien für alle internationalen AnwenderInnen, die Grundlagen der Klassifikation, die Grundregeln der Kodierung und die Anwendungsanleitungen der Bände 1 und 3.

- **Band 3 - Alphabetisches Verzeichnis**

Dieser Band enthält ein alphabetisches Verzeichnis der Krankheiten. Die Oberbegriffe sind fett gedruckt; neu umfasst die Überarbeitung des Kapitels 'Neubildungen' die sekundären bösartigen Neubildungen und eine detaillierte Liste der eponymen Syndrome.

- Elektronische Version

Die elektronische Referenzversion der ICD-10 ist auch im Internet verfügbar auf der Seite www.icd10.ch.

Struktur der ICD-10:

Alphanumerische Struktur der Kodes: Verglichen mit der ICD-9 ist die hauptsächliche Neuerung der ICD-10 die alphanumerische Struktur der Kodes. Dies erhöht die Anzahl verfügbarer Schlüsselnummern und soll spätere Revisionen erleichtern. Alle Buchstaben des Alphabets werden benutzt. Der Buchstabe 'U' ("Update") steht für die Zuweisung von provisorischen Kodes für lokalen oder temporären Gebrauch zur Verfügung.

Klassifikationsachsen: Die Achse stellt das für die Klassifikation der Krankheiten innerhalb der Kapitel angewendete Kriterium dar. Verschiedene Achsen, die auf feststehenden klinischen Prinzipien basieren, sind gemäss folgenden Punkten gegliedert:

- resultierende Manifestation
- Pathogenese
- zugrundeliegende Ursache
- Verlauf

Hierarchischer Aufbau: Die Klassifikation ist hierarchisch organisiert, in Kapitel, Gruppen, 3-stellige und 4-stellige Kategorien. 17 der 21 Kapitel beinhalten die systemischen und die an bestimmte Körperregionen gebundene Krankheiten. Zwei Kapitel befassen sich mit Verletzungen, Vergiftungen und anderen Gewalteinwirkungen einerseits mit den externen Ursachen für eine Verletzung andererseits mit der Art und Lokalisation der Verletzungen (Kapitel XX und XIX). Bestimmte Kodes (Kapitel XXI) erklären die Gründe für eine Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten, ohne dass eine Krankheit vorhanden ist (Routineuntersuchung, Kontrollen, Vorsorge). Ein Kapitel (XVII) behandelt Symptome, Anzeichen oder abnorme Befunde klinischer Untersuchungen sowie schlecht definierte Leiden, für welche keine definierte Diagnose feststellbar ist.

Verbesserungen:

Die Modifikationen und Verbesserungen, die in die ICD-10 eingeflossen sind, reflektieren die aktuellen Praktiken und auch die Veränderungen in der Gesundheitspflege und bieten gleichzeitig eine angepasstere Klassifikation für die medizinische Dokumentation und die Epidemiologie sowie zur Evaluation der gesundheitlichen Betreuung an.

Verglichen mit der ICD-9 wurden zahlreiche Kategorien erweitert, um eine grössere klinische Spezifität bei der Beschreibung der Krankheiten zu ermöglichen. 855 neue Kategorien (73%) verdoppeln die deskriptive Kapazität und versehen die ICD-10 dadurch mit einem detaillierteren Kodierungsrahmen. Die ICD-10 beispielsweise schlägt 9 Kodes vor, um die intrazerebrale Blutung zu beschreiben, während die ICD-9 nur

einen enthielt. Dies bedeutet für den Kodierer ein besseres Verständnis der klinischen Begriffe. Die seit dem Erscheinen der ICD-9 anerkannten Leiden sind nun Bestandteil der ICD-10 (Beispiele: Erworbenes Immundefektsyndrom (Aids), Lyme-Krankheit).

Neu eingeführt wird in der Schweiz die Anwendung des Kreuz-Stern-Systems. Dies ermöglicht die gleichzeitige Dokumentation einer Krankheit und ihrer Manifestation. Der Kreuzcode (+) geht immer vor, ist also z.B. Hauptdiagnose. Der Sterncode (*) ist dann unter "Zusatz zur Hauptdiagnose" anzugeben.

8.1.1. ICD-10 Kodierungsregeln

An dieser Stelle wird besonders auf die Benützung des Kreuz-Stern-Systems und die Verschlüsselung von Verdachtsdiagnosen sowie nicht-krankhaften Zuständen hingewiesen.

- a. Sofern anwendbar, sollen zur Verschlüsselung der Hauptdiagnose sowohl Kreuz(+)- als auch Stern(*)- Codes benützt werden, denn sie bezeichnen zwei unterschiedliche Sichtweisen eines einzelnen Krankheitszustands. Der Kreuzcode ist dabei als Hauptdiagnose und der Sterncode im Merkmal "Zusatz zur Hauptdiagnose" einzutragen, z.B. Tuberkulöse Perikarditis: Hauptdiagnose=A18.8 (+), Zusatz zur Hauptdiagnose=I32.0 (*).
- b. Ist am Behandlungsende (d.h. Austritt) die Hauptdiagnose weiterhin als "Verdacht auf", fraglich, usw. ausgewiesen und liegen keine weiteren Informationen vor, so ist die Verdachtsdiagnose zu verschlüsseln, als ob sie bestätigt wäre, z.B. V.a. akute Cholezystitis: Hauptdiagnose=K81.0.

Sofern eine Verdachtsdiagnose durch die Untersuchungen ausgeschlossen werden konnte, kann die Kategorie Z03.- (ärztliche Beobachtung und Beurteilung von Verdachtsfällen) angewendet werden, z.B. V.a. Cervixcarcinom, Neubildung der Cervix uteri ausgeschlossen, Hauptdiagnose= Z03.1.

Beispiel für die Verschlüsselung der Haupt- und Nebendiagnosen:

Ein Arbeiter stürzt von einem Gerüst und zieht sich dabei eine lumbale Wirbelfraktur mit Paraplegie ab L2 sowie neurogener Blasen- und Sexualfunktionsstörung zu.

Diese Diagnosen werden wie folgt erfasst:

<i>Hauptdiagnose</i>	Lumbale Wirbelfraktur	S32.0
<i>Zusatz zu Hauptdiagnose</i>	Sturz von Gerüst	W12.6
<i>1. Nebendiagnose</i>	Paraplegie ab L2	G82.2
<i>2. Nebendiagnose</i>	Blasen- und Sexualfunktionsstörung	G83.4

8.2. Schweizerische Operationsklassifikation (ICD-9-CM, Band 3)

Die Klassifikation der chirurgischen Eingriffe ICD-9-CM, Band 3, ist eine amerikanische Bearbeitung des V. Faszikels der internationalen Klassifikation der Prozeduren in der Medizin (chirurgische Eingriffe), die 1978 von der WHO zu Testzwecken publiziert wurde. Diese Systematik wurde, unter der Leitung des nationalen Rates für die Gesundheitsstatistik, gemeinsam von den Gesellschaften und den Schulen der chirurgischen Fachgesellschaften, der Geburtshilfe und Gynäkologie, etc., der Vereinigten Staaten erarbeitet. Sie ist die am weitesten verbreitete Klassifikation chirurgischer Interventionen und bildet zusammen mit der ICD die Grundlage für die Bildung der sogenannten DRG's (Diagnosis related groups).

Die schweizerische Bearbeitung basiert auf der 4. amerikanischen Ausgabe, die 1994 aktualisiert wurde. Sie ist in Französisch, Deutsch und Italienisch erhältlich.

Die Version 7.0 der CHOP ist auch in elektronischer Form verfügbar. Sie kann aus dem Internet von der folgenden Adresse heruntergeladen werden:

http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen_quellen/blank/blank/codage/03.html

(Rubrik: Kodierung/Klassifikation)

Die Kodierung der Behandlungen der Medizinischen Statistik kann ab dem 01.01.2004 an mit dieser Version erfolgen. Obligatorisch wird die Version 7.0 ab dem 1.1.2005 für die Datenerhebung 2005.

Organisation und Struktur der Operationsklassifikation:

Diese Klassifikation ist in zwei Teile gegliedert:

- alphabetischer Index

Der alphabetische Index beinhaltet ein Verzeichnis der Operationen, das auf den hauptsächlichsten Begriffen der Chirurgie (Oberbegriff) oder auf den genauen, gängigen Begriffen, die einen Eingriff beschreiben, basiert. Eponyme Begriffe sind ebenfalls dort angefügt.

- Systematik

Die Systematik stellt die Klassifikation selbst dar und unterteilt sich in 16 Kapitel. Sie enthält die Bezeichnungen der sich gegenseitig ausschliessenden Klassen. Eine oder mehrere Beschreibungen können dem Haupttitel folgen, um seinen Inhalt zu präzisieren.

Struktur der Codes: Die Codes sind numerisch und enthalten 2 Hauptziffern, gefolgt von einem Punkt und je nach Kategorie ein oder zwei Dezimalstellen.

Reihenfolge der Kapitel: Die Kapitel sind eher anhand der Anatomie strukturiert (Kapitel I-XV) als nach chirurgischen Fachgebieten. Das Kapitel XVI betrifft diverse diagnostische und therapeutische Techniken oder Massnahmen.

Klassifikationsachsen: Innerhalb der Kapitel geht die Klassifikationsachse von der einfachsten bis zur komplexesten Handlung und berücksichtigt in grossen Zügen folgende Reihenfolge:

- Punktion, Einschnitt
- Diagnostische Techniken (Biopsien, andere)
- Partielle Exzision oder Destruktion von Läsion oder Gewebe
- Naht oder Plastik
- Rekonstruktion
- andere Eingriffe

Verbesserungen

- Gegenüber dem VESKA-Operationsschlüssel weist die Schweizer Klassifikation CH-OP (ICD-9-CM, Band 3) mehr, ca. 4200 Kodes auf. So kann die Spezifität der Eingriffe besser herausgeschält werden, ohne gleichzeitig die Details aufzublähen.
- Andererseits ist die neue Klassifikation gekennzeichnet durch eine taxonomische Strenge, d. h. die Klassen schliessen sich gegenseitig aus: eine Operation kann nur in einer einzigen Kategorie kodiert werden.
- Eine wesentliche Verbesserung stellt auch die regelmässige, jährliche Revision der amerikanischen Operationsklassifikation dar. Diesem Prozess muss die schweizerische Ausgabe ebenfalls unterworfen werden (vgl. 3.8).

Vereinbarungen und Kodierungsregeln

Die beiden oben beschriebenen Klassifikationen stellen einen Kompromiss dar zwischen der Notwendigkeit, einerseits die Krankheitsentitäten oder spezifischen Operationen zu identifizieren, und andererseits statistische Daten zu erzeugen, die den verschiedenen Anwendergruppen als nützliche und verständliche Information präsentiert werden kann. Sie beruhen auf den gleichen Richtlinien und den gleichen grundlegenden klassifikatorischen Regeln.

Alle beide enthalten:

- **Inklusiva:** Sie beziehen sich auf die Elemente, die in einer Kategorie oder Subkategorie klassiert werden müssen. Sie dienen hauptsächlich als Anleitung zur Verschlüsselung von Begriffen, die ähnlichen Kategorien zugeordnet werden könnten (Körperregionen, allgemeine Beschreibungen).
- **Exklusiva:** Diese dürfen nicht in der betreffenden Rubrik, sondern müssen unter dem in Klammern angegebenen Kode klassiert werden.

Dadurch wird eine einheitliche Verschlüsselung ähnlicher Begriffe sichergestellt.

- Doppelkodierung: Diese ermöglicht eine bessere Dokumentation bei den Diagnosen z. B. die Angabe von Ursache und Manifestation, oder bei Eingriffen die Angabe gleichzeitig ausgeführter Komponenten.

8.3. Aktualisierung resp. Anpassung der Klassifikationen

Obwohl methodische Änderungen in der Statistik nicht besonders geschätzt werden, können medizinische Klassifikationen infolge medizinischer und technologischer Fortschritte nicht jahrzehntelang ohne Aktualisierung oder Anpassung benützt werden. Dies gilt im besonderen Masse für die Klassifikation operativer und diagnostischer Eingriffe in der Medizin, die ohne dauernde Aktualisierung innert weniger Jahre zur musealen Antiquität wird. Dies gilt es zu vermeiden.

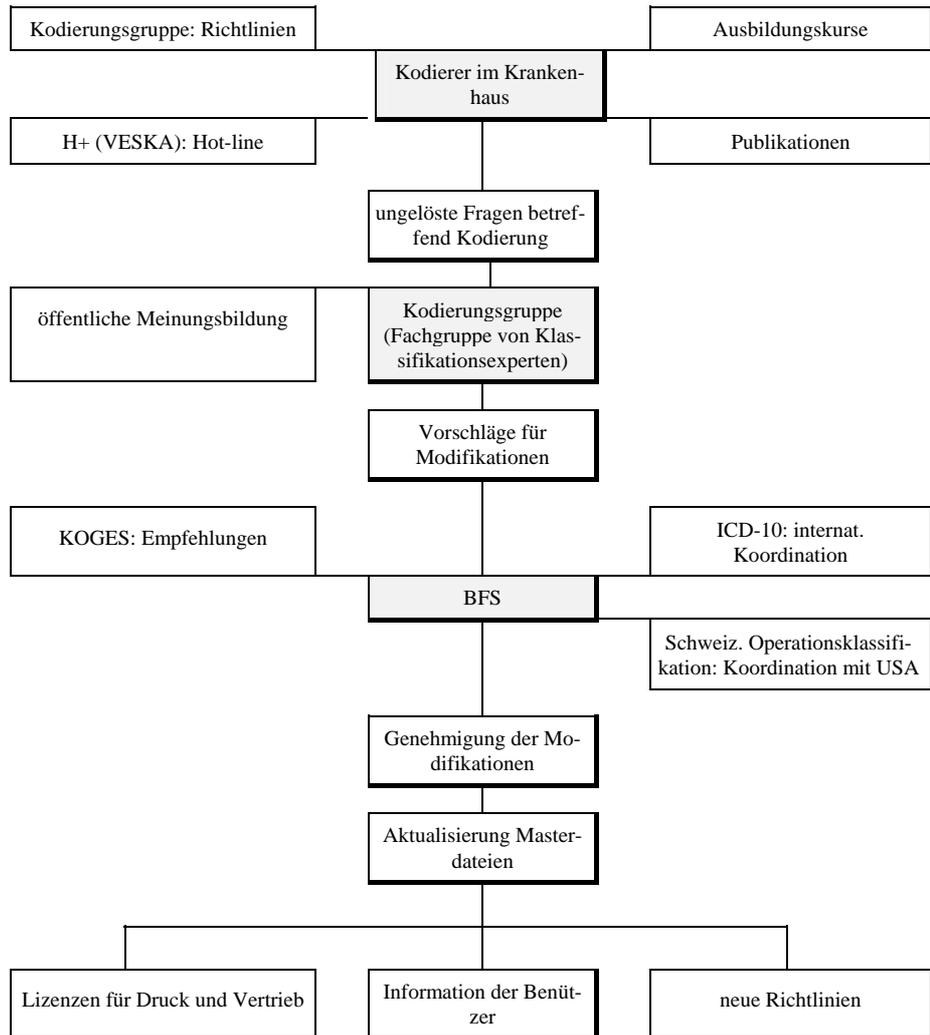
Bei der ICD-10 haben die Mitgliedsländer die WHO beauftragt, eine permanente Aktualisierung durchzuführen. Die notwendigen Arbeiten werden durch die "ICD-Collaboration Centres" im Auftrag der WHO erledigt. Der WHO obliegt insbesondere der Informationsaustausch zwischen Mitgliedsländern und "Collaboration Centres". Mitgliedsländer, und damit die Schweiz, haben sowohl die Möglichkeit, Anpassungen (z.B. Definition von 5. und 6. Stellen) oder Aktualisierungen (Benützung des Buchstabens "U") vorzunehmen. Damit nicht jedes Krankenhaus oder jeder Kanton eigene Anpassungen oder Aktualisierungen ausführt (was viel Zeit und Geld kostet), wird eine gesamtschweizerische Fachgruppe mit dieser Aufgabe betraut (siehe unten).

Bei der schweizerischen Operationsklassifikation (ICD-9-CM, Vol. 3) können resp. müssen zuerst die amerikanischen Aktualisierungen, die jährlich per 1.10. publiziert und neu eingeführt werden, berücksichtigt werden. Aufbauend darauf können schweizerische Anpassungen oder Aktualisierungen vorgenommen werden, die ebenfalls von der erwähnten Fachgruppe koordiniert werden.

Das Bundesamt für Statistik als Herausgeber der amtlichen schweizerischen Ausgaben der ICD-10 und der schweizerischen Operationsklassifikation wird in der Regel alle 2 Jahre aktualisierte Versionen dieser Klassifikationen publizieren lassen.

Der Bund setzt für die schweizerische Aktualisierung resp. Anpassung eine Fachgruppe von medizin. Klassifikationsexperten mit einem operativen Sekretariat (Sekretariat der Kodierungsgruppe) ein. Die H+ (ehem. VESKA) wird mit der Führung dieses Sekretariat beauftragt. Neben den Revisionsarbeiten und den Klassifikationen sind die Fachgruppe und das Sekretariat auch für die Erarbeitung von Richtlinien für den Gebrauch verantwortlich.

Schematisch lassen sich die Arbeitsabläufe wie folgt zusammenfassen:



9. Statistische Analysen und Veröffentlichungen

Nach der Konsolidierung der gesamtschweizerischen Datenbank führt das BFS eine Reihe von statistischen Untersuchungen durch. Es werden Standardtabellen gemäss Beschreibung in der EDV-Analyse erzeugt (Betriebskonzept, September 1997) und in Form einer jährlich erscheinenden Publikation veröffentlicht, welche bestenfalls am Ende des Erhebungsjahres erscheinen wird.

Zwischenresultate können der Öffentlichkeit in Form von elektronischen Veröffentlichungen zugänglich gemacht werden.

Den zuständigen kantonalen Stellen steht es frei, die von ihnen erhobenen Daten auszuwerten, bevor das BFS die konsolidierte Datenbank retourniert. Die Ergebnisse solcher Analysen können veröffentlicht werden, solange erwähnt wird, dass die Quelldaten nicht vom BFS validiert wurden.

Statistik der stationären Betriebe des Gesundheitswesens

Anhang I Fragebogen

0.	Allgemeine Angaben	2
1.	Minimaldaten	3
2.	Neugeborenen-Zusatzdaten	5
3.	Psychiatrie-Zusatzdaten	6

0. **Allgemeine Angaben**

0.1 **Betriebsidentifikation**

0.1.V01 Rekordart

0.1.V02 Betriebsnummer (BUR-Satellit Gesundheit)

0.1.V03 Kode der NOGA

0.1.V04 Kanton

0.2 **Identifikation**

0.2.V01 Anonymer Verbindungscode

0.2.V02 Kennzeichnung des Statistikfalls

A = normaler Minimaldatensatz (Austrittsdatum innerhalb 1.1.JJ und 31.12.JJ)
B = administrative Meldung mit reduziertem Datensatz (Eintritt ab 1.1.JJ, über 31.12.JJ fortdauernde Behandlung)
C = adm. Meldung mit vollständigem Minimaldatensatz (Eintritt vor 1.1.JJ, über 31.12.JJ fortdauernde Behandlung)

0.3 **Zusatzdatensätze**

0.3.V01 Neugeborenen-Zusatzdaten

0.3.V02 Psychiatrie-Zusatzdaten

0.3.V03 Fallkosten-Zusatzdaten

0.3.V04 kantonale Zusatzdaten

1.6.

Diagnosen

Auszufüllen bei Statistikfall A, C (0.2V02)

1.6.V01 **Hauptdiagnose**

				.	
--	--	--	--	---	--

1.6.V02 Zusatz zu Hauptdiagnose

				.	
--	--	--	--	---	--

1.6.V03 1. Nebendiagnose

				.	
--	--	--	--	---	--

1.6.V04 2. Nebendiagnose

				.	
--	--	--	--	---	--

1.6.V05 3. Nebendiagnose

				.	
--	--	--	--	---	--

1.6.V06 4. Nebendiagnose

				.	
--	--	--	--	---	--

1.6.V07 5. Nebendiagnose

				.	
--	--	--	--	---	--

1.6.V08 6. Nebendiagnose

				.	
--	--	--	--	---	--

1.6.V09 7. Nebendiagnose

				.	
--	--	--	--	---	--

1.6.V10 8. Nebendiagnose

				.	
--	--	--	--	---	--

1.7.

Behandlungen

Auszufüllen bei Statistikfall A, C (0.2V02)

1.7.V02

Behandl.datum,
Stunde

Jahr - Monat - Tag - Stunde

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1.7.V01 **Hauptbehandlung**

		.		
--	--	---	--	--

1.7.V03 1. weitere Behandlung

		.		
--	--	---	--	--

1.7.V04 2. weitere Behandlung

		.		
--	--	---	--	--

1.7.V05 3. weitere Behandlung

		.		
--	--	---	--	--

1.7.V06 4. weitere Behandlung

		.		
--	--	---	--	--

1.7.V07 5. weitere Behandlung

		.		
--	--	---	--	--

1.7.V08 6. weitere Behandlung

		.		
--	--	---	--	--

1.7.V09 7. weitere Behandlung

		.		
--	--	---	--	--

1.7.V10 8. weitere Behandlung

		.		
--	--	---	--	--

1.7.V11 9. weitere Behandlung

		.		
--	--	---	--	--

2. Neugeborenen-Zusatzdaten

Auszufüllen bei Statistikfall A (0.2V02)

2.1. **Allgemeine**

2.1.V01 Rekordart MN = Neugeborenen Zusatzdaten

2.1.V02 Interne Geburtsnummer Laufnummer gemäss Hebammentagebuch

2.1.V03 Geburtszeitpunkt : Uhrzeit der Geburt HH:MM

2.2. **Angaben betreffend das Kind**

2.2.V01 Vitalstatus 1 = lebendgeboren
0 = totgeboren

2.2.V02 Mehrling ? 1 = Einling
2 = Zwilling
3 = Drilling
4 = Vierling
usw.

2.2.V03 Geburtsrang 1 = Als erstes geboren
2 = Als zweites geboren
3 = Als drittes geboren
4 = Als viertes geboren
usw.
(bei Mehrlingsgeburten)

2.2.V04 Geburtsgewicht Gramm

2.2.V05 Körperlänge Zentimeter

2.2.V06 Kongenitale Missbildungen 0 = Nein
1 = Ja
9 = unbekannt

2.2.V07 Verlegung 0 = Nein
1 = Ja
(nach Geburt in and. Spital)

2.3. **Angaben betreffend die Mutter**

2.3.V01 Geburtsdatum der Mutter JJJJMM(TT)

2.3.V02 Gestationsalter 1 Wochen und Tage (erfüllt)
(Ab Beginn der letzten Menstruation)

2.3.V03 Gestationsalter 2 Wochen und Tage (erfüllt)
(Aufgr. Ultraschalluntersuchung in der 1. Schwangerschaftshälfte)

2.3.V04 Anzahl vorausgegangener Schwangerschaften insgesamt

2.3.V05 Anzahl vorausgegangener Lebendgeburten

2.3.V06 Anzahl vorausgegangener Fehl- oder Totgeburten

2.3.V07 Anz. Schwangerschaftsabbrüche

2.3.V08 Verlegung (Mutter) 0 = Nein
1 = Ja
(aus anderem Spital)

3. **Psychiatrie-Zusatzdaten**
(unterstehen nicht der Auskunftspflicht)

3.1. **Allgemeine Angaben**

3.1.V01 **Rekordart** **MP** MP = Psychiatrie Zusatzdaten

3.2. **Daten zur Person** Auszufüllen bei Statistikfall A, B, C (0.2V02)

3.2.V01 **Zivilstand** 1 = ledig
2 = verheiratet, zusammenlebend
3 = verheiratet, getrennt lebend
4 = verwitwet
5 = geschieden
9 = unbekannt

Beschäftigung vor Eintritt (Mehrfachantworten zulässig)

3.2.V03 **teilzeit erwerbstätig** 0 = nein, 1 = ja

3.2.V04 **voll erwerbstätig**

3.2.V05 **nicht erwerbstätig oder arbeitslos**

3.2.V06 **Hausarbeit in eigenem Haushalt**

3.2.V07 **in Ausbildung (Schule, Lehre, Studium)**

3.2.V08 **Rehabilitationsprogramm**

3.2.V09 **IV, AHV oder andere Rente**

3.2.V10 **Arbeit in geschütztem Rahmen**

3.2.V11 **unbekannt**

3.2.V02 **Aufenthaltort vor dem Eintritt (Psychiatrie)** 11 = Zuhause, alleine
12 = Zuhause, mit anderen
21 = Zuhause, alleine, mit Spitex
22 = Zuhause, mit anderen, mit Spitex
30 = Krankenhaus, Pflegeheim
40 = Altersheim, andere sozialmed. Instit.
41 = Wohnheim
50 = Psychiatrische Klinik
60 = anderes Krankenhaus, (Akutspital)
70 = Strafvollzugsanstalt
81 = andere
82 = ohne festen Wohnsitz
90 = unbekannt

Diese Angabe stellt eine detailliertere Form der Variablen 1.2.V02 'Aufenthaltort vor Eintritt' des allgemeinen Minimaldatensatzes dar. Die erste Stelle dieser Angabe muss mit 1.2.V02 übereinstimmen.

3.2.V12 **Höchste abgeschlossene Schul- oder Berufsausbildung** 1 = keine abgeschlossene Schulbildung
2 = obligatorische Volksschule
3 = Berufslehre oder Vollzeitberufsschule
4 = Maturitätsschule
5 = Höhere Fach- oder Berufsschule
6 = Universität, Hochschule
9 = unbekannt

3.3. **Daten zum Eintritt**

3.3.V01 **Einweisende Instanz (Psychiatrie)** 11 = Patient kommt auf eigene Initiative
12 = Angehörige, Bezugsperson, Laien
20 = Rettungsdienst
31 = praktizierender Arzt
32 = praktizierender Psychiater/innen
33 = Allgemeinspital, somatisches Spital
34 = Psychiatrie eigene Instit. ambulant
35 = Psychiatrie eigene Instit. teilstationär
36 = Psychiatrie eigene Instit. stationär
37 = Psychiatrie andere Instit. ambulant
38 = Psychiatrie andere Instit. teilstationär
39 = Psychiatrie andere Instit. stationär
40 = nicht ärztliche Therapeut/innen
50 = Beratungsstelle, soziale Institution
60 = strafrechtlich, Justizbehörden
81 = Behörden: Vormundschaft, Fürsorge, zivill.
82 = Militär
83 = Versicherungen, IV, SUVA
84 = andere
90 = unbekannt

Diese Angabe stellt eine detailliertere Form der Variablen 1.2.V04 'Einweisende Instanz' des allgemeinen Minimaldatensatzes dar. Die erste Stelle dieser Angabe muss mit 1.2.V04 übereinstimmen.

3.3.V02 **Freiwilligkeit** 1 = freiwilliger Eintritt
2 = unfreiw. Eintritt
9 = unbekannt

3.3.V03 **Fürsorgerischer Freiheitsentzug** 1 = ohne FFE
2 = mit FFE

3.4. **Daten zu Behandlung/Verlauf**

3.4.V01 Anzahl Tage / Konsultationen

stationär: Anzahl Behandlungstage
 teilstationär: Anz. Behandlungstage
 ambulant: Anzahl Konsultationen

3.4.V02 Behandlung

- 1 = Krisenintervention
- 2 = Beratung
- 3 = Psychotherapie (einzel)
- 4 = Psychotherapie (Paar oder Familie)
- 5 = Psychotherapie (Gruppe)
- 6 = integrierte psychiatrische Behandlung
- 7 = Sozialpsych. Behandlung/Betreuung
- 8 = Konsilium, Liaisondienst
- 9 = Sachhilfe
- 10 = Abklärung (nur)
- 11 = Begutachtung
- 12 = andere

Psychopharmakotherapie
 (Mehrfachantworten zulässig)

3.4.V03 Neuroleptika 0 = nein, 1 = ja

3.4.V09 Lithium 0 = nein, 1 = ja

3.4.V04 Depotneuroleptika

3.4.V10 Suchtsubstitutionsmittel (z.B. Methadon)

3.4.V05 Antidepressiva

3.4.V11 Suchtaversionsmittel (z.B. Antabus, Nemexin)

3.4.V06 Tranquilizer

3.4.V12 Antiparkinsonmittel

3.4.V07 Hypnotika

3.4.V13 andere

3.4.V08 Antiepileptika

3.4.V14 Medikamente zur Behandl. körperl. Leiden

3.5. **Daten zum Austritt**

3.5.V01 Entscheid für Austritt (Psychiatrie)

Diese Angabe stellt eine detailliertere Form der Variablen 1.5.V02 'Entscheid für Austritt' aus dem Minimaldatensatz dar. Die erste Stelle dieser Angabe muss mit 1.5.V02 des allgemeinen Minimaldatensatzes übereinstimmen.

- 11 = in gegenseitigem Einvernehmen
- 12 = auf Initiative der Behandelnden
- 20 = auf Initiative des/r Patienten/in
- 30 = auf Initiative Dritter
- 40 = Wechsel der Hauptdiagnose
- 51 = Patient hat sich suizidiert
- 52 = Patient ist gestorben (ausser Suizid)
- 80 = anderes
- 90 = unbekannt

3.5.V02 Aufenthalt nach Austritt

Diese Angabe stellt eine detailliertere Form der Variablen 1.5.V03 'Aufenthalt nach Austritt' aus dem Minimaldatensatz dar. Die erste Stelle dieser Angabe muss mit 1.5.V03 des allgemeinen Minimaldatensatzes übereinstimmen.

- 11 = Zuhause, alleine
- 12 = Zuhause, mit anderen
- 20 = Krankenhaus, Pflegeheim
- 32 = Altersh., and. sozialm. Inst.
- 31 = Wohnheim
- 40 = Psychiatrische Klinik
- 50 = Rehabilitationsklinik
- 60 = and. Krankenhaus (Akut)
- 70 = Strafvollzugsanstalt
- 81 = ohne festen Wohnsitz
- 82 = andere
- 90 = unbekannt
- 00 = gestorben

3.5.V03 Behandlung nach Austritt

Diese Angabe stellt eine detailliertere Form der Variablen 1.5.V04 'Behandlung nach Austritt' aus dem Minimaldatensatz dar. Die erste Stelle dieser Angabe muss mit 1.5.V04 des allgemeinen Minimaldatensatzes übereinstimmen.

- 10 = geheilt / kein Behandlungsbedarf
- 21 = Bezugsperson, freiw. Mitarb., Laien
- 22 = Beratungsstelle, soziale Institution, Sozialdienst, etc.
- 23 = praktizierender Arzt/in
- 24 = praktizierender Psychiater/in
- 25 = nicht ärztlicher Psychotherapeut/in
- 26 = Psychiatrie, eigene Instit., ambulant
- 27 = Psychiatrie, andere Instit., ambulant
- 28 = keine, wäre aber notwendig gewesen
- 30 = Pflegepersonal, Spitex, etc.
- 41 = Allgemeinspital, somatisches Spital
- 42 = Psychiatrie, eigene Instit., stationär
- 43 = Psychiatrie, andere Instit., stationär
- 51 = Rehabilitation (ambulant oder stationär)
- 52 = Psychiatrie, eigene Inst., teilstationär
- 53 = Psychiatrie, andere Inst., teilstationär
- 81 = Behörden
- 82 = andere
- 90 = unbekannt
- 00 = gestorben

Statistik der stationären Betriebe des Gesundheitswesens

Anhang II Variablen

Allgemeine Angaben	2
Betriebsidentifikation	
Identifikation	
Zusätzliche Daten	
Minimaldaten	3
soziodemographische Angaben	
Eintrittsmerkmale	
Aufenthaltsmerkmale	4
Betriebswirtschaftliche Angaben	
Austrittsmerkmale	
Diagnosen	7
Behandlungen	
Neugeborenen-Zusatzdaten	9
Allgemeine Angaben	
Angaben betreffend das Kind	
Angaben betreffend die Mutter	10
Psychiatrie-Zusatzdaten	11
Allgemeine Angaben	
Daten zur Person	
Daten zum Eintritt	13
Daten zum Austritt	15

N°	Bezeichnung	Beschreibung	Bemerkungen	Quelle	Definition	Länge	Typ
0.	Allgemeine Angaben						
0.1.	Betriebsidentifikation		Nicht durch den Betrieb auszufüllen				
0.1.V01	Rekordart	MB = Medizinische Statistik	Art der Erhebung	BFS	MB	2	AN
0.1.V02	Betriebsnummer (BUR-Satellit Gesundheit)	BUR-Nummer	Achtstellige Nummer der Institution gemäss dem Betriebs- und Unternehmensregister des BFS (BUR-GES).	BFS	-	8	N
0.1.V03	Kode der NOGA		BFS-NOGA-Schlüsselnummer des Betriebstyps	BFS	-	5	AN
0.1.V04	Kanton		BFS-Kantonskurzzeichen	BFS	AG - ZH	2	AN
0.2.	Identifikation						
0.2.V01	Anonymer Verbindungskode		Via ein kryptologisches Verfahren aus Vorname, Geburtsdatum und Geschlecht generierter Identifikator des Individuums. Dieser ist nicht sprechend (etwa: «sV6kOEqWi9»). Siehe Dokument «Datenschutz in der Medizinischen Statistik».	BFS	-	16	AN
0.2.V02	Kennzeichnung des Statistikfalls	A = normaler Minimaldatensatz B = Administrative Meldung mit reduziertem Datensatz C = Administrative Meldung mit vollständigem Minimaldatensatz	Fall « A »: Häufigster Fall, mit Austrittsdatum zwischen 1. Januar und 31. Dezember. Die Diagnosen und Behandlungen werden erhoben, es kann eine Aufenthaltsdauer berechnet werden. Der gesamte Minimaldatensatz muss ausgefüllt werden. Fall « B » entspricht dem Behandlungsbeginn während der Erhebungsperiode, bei welchem die Hospitalisation über den 31. Dezember hinausgeht. In diesem Falle müssen die Variablen der Bereiche « 1.5. Austrittsmerkmale », « 1.6. Diagnosen » und « 1.7. Behandlungen » nicht ausgefüllt werden. Fall « C » entspricht einer längeren Behandlung, deren Behandlungsbeginn schon im Vorjahr der Erhebungsperiode begonnen hat und die Hospitalisation über den 31. Dezember der Erhebungsperiode hinausgeht. In diesem Falle muss der gesamte Minimaldatensatz ohne «1.5. Austrittsmerkmale », ausgefüllt werden.	BFS	A-B-C	1	AN
0.3.	Zusätzliche Daten		Existieren für diesen Fall zusätzliche, ergänzende Daten?				
0.3.V01	Neugeborenen-Datensatz	0 = nein 1 = ja	Falls 1 = ja folgt in der Zeile nach den Minimaldaten der entsprechende Neugeborenen-Datensatz	BFS	0/1	1	N
0.3.V02	Psychiatrie-Datensatz	0 = nein 1 = ja	Falls 1 = ja folgt in der Zeile nach den Minimaldaten (und ggf. nach den Neugeborenen-Daten) der Psychiatrie-Datensatz	BFS	0/1	1	N
0.3.V03	Fallkosten-Datensatz	0 = nein 1 = ja	Falls 1 = ja folgt in der Zeile nach den Minimaldaten (eventuell nach sonstigen Zusatzdaten) der Fallkosten-Datensatz	BFS	0/1	1	N

N°	Bezeichnung	Beschreibung	Bemerkungen	Quelle	Definition	Länge	Typ
0.3.V04	kantonaler Datensatz	0 = nein 1 = ja	Falls 1 = ja folgt in der Zeile nach den Minimaldaten (eventuell nach sonstigen Zusatzdaten) ein vom Kanton definierter Zusatzdatensatz.	Kanton	0/1	1	N
1. Minimaldaten							
1.1. soziodemographische Angaben							
1.1.V01	Geschlecht	1 - Mann 2 - Frau	Geschlecht des Individuums. Bei Geschlechtsumwandlungen ist das bei Spitaleintritt geltende zivilrechtliche Geschlecht anzugeben.	BFS	1/2	1	N
1.1.V02	Geburtsdatum	Datumsangabe	Jahr-Monat-Tag des Geburtsdatums. Die Angabe des Tages und des Monats ist obligatorisch bei Kindern unter 2 Jahren (erfüllt) und bei Todesfällen. Alle übrigen Fälle kodieren den Monat und den Tag jeweils mit 00.	BFS	JJJJMMTT	8	N
1.1.V03	Alter bei Eintritt	Exaktes Alter	Alter in erfüllten Jahren (Eintrittsdatum-Geburtsdatum) bei Spitaleintritt	BFS	0-135	3	N
1.1.V04	Wohnort (Region)		Die Datei mit den geographischen Parametern ist durch eine neue übereinstimmende Tabelle zwischen den Postnummern und den BFS-Regionen auf den neuesten Stand gebracht worden. Sie befindet sich im Internet unter folgender Adresse: http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen_quellen/blank/blank/mkh/08.html Für Personen mit ständigem Wohnsitz in der Schweiz wird die Wohnregion nach einer Typologie des BFS mit Bevölkerungsgrössen von je ca. 10'000 erhoben. Fakultativ erfolgt die Angabe in Form der vierstelligen Postleitzahl. Bei Personen mit Wohnsitz im Ausland wird das Wohnland angegeben nach der Ländertabelle des BFS (wie 1.1.V05).	BFS	AG01 - ZH99 ISO alpha3 - BFS	4	AN
1.1.V05	Nationalität		ISO-Kode des Herkunftslandes. Nach einer ISO-Ländertabelle, bei welcher die aussereuropäischen Staaten zu Regionen zusammengefasst sind.	BFS	ISO alpha3 - BFS	3	AN
1.2. Eintrittsmerkmale							
1.2.V01	Eintrittsdatum und -Stunde		Angabe des Eintrittszeitpunktes. Für Notfälle ist die Angabe der Uhrzeit obligatorisch (1.2.V03 = 1). Ein Notfall ist definiert durch die Behandlungsnotwendigkeit innerhalb von 12 Stunden.	BFS	JJJJMMTThh	10	N

Medizinische Statistik der Krankenhäuser

Liste des variables

N°	Bezeichnung	Beschreibung	Bemerkungen	Quelle	Definition	Länge	Typ
1.2.V02	Aufenthaltort vor dem Eintritt	1 = Zuhause	Unmittelbarer Aufenthaltort vor dem Eintritt. Wo befand sich der Patient / die Patientin?	BFS	1-9	1	N
		2 = Zuhause mit SPITEX Versorgung					
		3 = Krankenhaus, Pflegeheim					
		4 = Altersheim, andere sozialmed. Institutionen					
		5 = Psychiatrische Klinik					
		6 = anderes Krankenhaus, Spital (Allgemeinspital)					
		7 = Strafvollzugsanstalt					
		8 = andere					
		9 = unbekannt					
1.2.V03	Eintrittsart	1 = Notfall (Behandlung innerhalb von 12 Std. unabdingbar)	Beschreibung der Umstände des Eintritts. Wie wurde der Patient / die Patientin aufgenommen ?	BFS	1-4 / 8-9	1	N
		2 = angemeldet, geplant					
		3 = Geburt (Kind in dieser Klinik geboren)					
		8 = andere					
		9 = unbekannt					
1.2.V04	Einweisende Instanz	1 = selbst, Angehörige	Wer hat die Initiative für die Klinikeinweisung ergriffen ?	BFS	1-6 / 8-9	1	N
		2 = Rettungsdienst (Ambulanz, Polizei)					
		3 = Arzt					
		4 = nichtmedizinischer Therapeut					
		5 = sozialmedizinischer Dienst					
		6 = Justizbehörden					
		8 = andere					
		9 = unbekannt					
		1.3.					
Aufenthaltsmerkmale							
1.3.V01	Behandlungsart	1 = ambulant	Angabe der Behandlungsart	BFS	1-3 / 9	1	N
		2 = teilstationär					
		3 = stationär					
		9 = unbekannt					
1.3.V02	Klasse	1 = allgemein	Im Rahmen des Spitalaufenthaltes belegte Liegeklasse, nicht die Versicherungskategorie. Bei Wechsel der Klasse ist die im wesentlichen beanspruchte Klasse anzugeben.	BFS	1-3 / 9	1	N
		2 = halbprivat					
		3 = privat					
		9 = unbekannt					

N°	Bezeichnung	Beschreibung	Bemerkungen	Quelle	Definition	Länge	Typ
1.3.V03	Aufenthalt in Intensivmedizin	vollendete Stunden	Anzahl Stunden intensivmedizinischer Betreuung, der Inanspruchnahme intensivmedizinischer Infrastruktur oder Aufenthalt in neonatologischer Intensivstation.	BFS	0-9999	4	N
1.3.V04	Administrativer Urlaub & Ferien	vollendete Stunden	Verlässt ein Patient die Institution 'ferienhalber' für mehr als 24 Stunden bei bleibender Platzerservierung, so ist dies als administrativer Urlaub anzugeben. Die Angabe enthält die Gesamtsumme in Stunden.	BFS	0-9999	4	N
1.4.							
Betriebswirtschaftliche Angaben							
1.4.V01	Hauptkostenstelle	M000 = Fachgebiete (allgemein) M050 = Intensivmedizin M100 = Innere Medizin M200 = Chirurgie M300 = Gynäkologie und Geburtshilfe M400 = Pädiatrie M500 = Psychiatrie und Psychotherapie M600 = Ophthalmologie M700 = Oto-Rhino-Laryngologie M800 = Dermatologie und Venereologie M850 = Medizinische Radiologie M900 = Geriatrie M950 = Physikalische Medizin und Rehabilitation M990 = Andere Tätigkeitsbereiche	Kostenstelle, der die Kosten dieser Hospitalisation zugeordnet werden. Diese Variable ist vorgesehen im Hinblick auf die geplante Einführung der Kostenstellenrechnung in den Spitälern. Sollte im Prinzip mit den Kostenstellen gemäss der Krankenhausstatistik (administrative Daten) übereinstimmen.	BFS	M000 - M990	4	AN
1.4.V02	Hauptkostenträger für Grundversicherungsleistungen	1 = Krankenversicherung (obligat.) 2 = Invalidenversicherung 3 = Militärversicherung 4 = Unfallversicherung 5 = Selbstzahler (zB. Ausländer ohne Grundversicherung) 8 = andere 9 = unbekannt	Angabe des Hauptgaranten, der für die Kosten der Grundversicherungsleistungen des Spitalaufenthalts im wesentlichen aufkommt. Keine Mehrfachnennungen möglich.	BFS	1-5 / 8-9	1	N
1.5.			Administrative Meldungen mit reduziertem Datensatz (Fall « B » und « C » der Variablen 0.2.V02) beantworten diese Fragen nicht.				
Austrittsmerkmale							
1.5.V01	Austrittsdatum und -Stunde		Die Angabe der Stunde des Austritts ist fakultativ. Bei Todesfällen ist das genaue Datum und die Stunde des Todes anzugeben.	BFS	JJJJMMThh	10	N

Medizinische Statistik der Krankenhäuser

Liste des variables

N°	Bezeichnung	Beschreibung	Bemerkungen	Quelle	Definition	Länge	Typ	
1.5.V02	Entscheid für Austritt	1	= auf Initiative des Behandelnden	Wer hat den Klinikaustritt veranlasst?	BFS	1-5 / 8-9	1	N
		2	= auf Initiative des Patienten (gegen Ansicht des Behandelnden)					
		3	= auf Initiative einer Drittperson					
		5	= gestorben					
		8	= anderes					
		9	= unbekannt					
1.5.V03	Aufenthalt nach Austritt	1	= Zuhause	Wohin wurde der Patient entlassen? Bei Todesfällen muss dieses Feld nicht ausgefüllt werden, soll auf 0 gesetzt werden.	BFS	0-9	1	N
		2	= Krankenhaus, Pflegeheim					
		3	= Altersheim, andere sozialmed. Institution					
		4	= Psychiatrische Klinik					
		5	= Rehabilitationsklinik					
		6	= anderes Krankenhaus, Spital (Allgemeinspital)					
		7	= Strafvollzugsanstalt					
		8	= andere					
		9	= unbekannt					
1.5.V04	Behandlung nach Austritt	1	= geheilt/kein Behandlungsbedarf	Behandlung, Pflege, Rehabilitation nach dem Spitalaufenthalt. Es geht darum, den Behandlungserfolg resp. den Abhängigkeitsgrad bei Austritt anzugeben. Nur die am besten zutreffende Kategorie auswählen Bei Todesfällen muss dieses Feld nicht ausgefüllt werden, soll auf 0 gesetzt werden.	BFS	0-5 / 8-9	1	N
		2	= ambulante Behandlung					
		3	= ambulante Pflege (z.B. SPITEX)					
		4	= stationäre Behandlung oder Pflege					
		5	= Rehabilitation (amb. oder stat.)					
		8	= anderes					
9	= unbekannt							

N°	Bezeichnung	Beschreibung	Bemerkungen	Quelle	Definition	Länge	Typ
1.6.	Diagnosen		Administrative Meldungen mit reduziertem Datensatz (Fall « B » der Variablen 0.2.V02) beantworten diese Fragen nicht.				
1.6.V01	Hauptdiagnose	ICD-10 Kode	Die Hauptdiagnose ist als derjenige Zustand definiert, der am Ende des Spitalaufenthalts als Diagnose feststeht und der Hauptanlass für die Behandlung und Untersuchung des Patienten war. Sind mehr als ein Zustand aufgeführt, ist derjenige auszuwählen, der (medizinisch gesehen) den grössten Aufwand an Mitteln erforderte. Erfolgte keine Diagnosenstellung, dann ist das Hauptsymptom, der medizinisch schwerwiegendste abnorme Befund oder die schwerwiegendste Gesundheitsstörung als Hauptdiagnose auszuwählen. Die Vergabe der Codes erfolgt nach den Richtlinien der ICD-10, Band 2. Die Angabe kann bis zu fünfstelligen Codes umfassen.	ICD-10	A0000-Z9999	5	AN
1.6.V02	Zusatz zu Hauptdiagnose	ICD-10 Kode	Angabe von ergänzenden Merkmalen des Hauptdiagnosekodes (Sternkode, Kode für externe Ursachen) Sternkodes werden nicht als solche markiert, die Vergabe erfolgt nach den Richtlinien der ICD10, Band 2.	ICD-10	A0000-Z9999	5	AN
1.6.V03	1. Nebendiagnose	ICD-10 Kode	Angabe der wichtigsten Begleitkrankheiten, die mit der Hauptdiagnose im Zusammenhang stehen. Die Auswahl und Reihung soll nach medizinischen Kriterien erfolgen. Eventuelle Kreuz- und Sternkodes werden linear in die Nebendiagnose-Felder gefügt.	ICD-10	A0000-Z9999	5	AN
1.6.V04	2. Nebendiagnose	ICD-10 Kode	Dito	ICD-10	A0000-Z9999	5	AN
1.6.V05	3. Nebendiagnose	ICD-10 Kode	Dito	ICD-10	A0000-Z9999	5	AN
1.6.V06	4. Nebendiagnose	ICD-10 Kode	Dito	ICD-10	A0000-Z9999	5	AN
1.6.V07	5. Nebendiagnose	ICD-10 Kode	Dito	ICD-10	A0000-Z9999	5	AN
1.6.V08	6. Nebendiagnose	ICD-10 Kode	Dito	ICD-10	A0000-Z9999	5	AN
1.6.V09	7. Nebendiagnose	ICD-10 Kode	Dito	ICD-10	A0000-Z9999	5	AN
1.6.V10	8. Nebendiagnose	ICD-10 Kode	Dito	ICD-10	A0000-Z9999	5	AN
1.7.	Behandlungen		Administrative Meldungen mit reduziertem Datensatz (Fall « B » der Variablen 0.2.V02) beantworten diese Fragen nicht.				
1.7.V01	Hauptbehandlung	CHOP-2 Kode	Angabe der im Rahmen der Hauptdiagnose für den Behandlungsprozess entscheidenden medizinischen Behandlung. Verschlüsselung nach der Schweizerischen Operationsklassifikation (CHOP-2). Die Angabe erfolgt mit bis zu fünfstelligen Codes.	CHOP-2	01011-99999	5	N
1.7.V02	Beginn der Hauptbehandlung	Datum und Stunde	Zeitpunkt des effektiven Beginns des unter 'Hauptbehandlung' angegebenen medizinischen Aktes (ohne routinemässige Vorbereitungen).	OFS	JJJJMMThh	10	N
1.7.V03	1. weitere Behandlung	CHOP-2 Kode	Angabe der wichtigsten weiteren Behandlungen. Verschlüsselung nach der Schweizerischen Operationsklassifikation (CHOP-2)	CHOP-2	01011-99999	5	N
1.7.V04	2. weitere Behandlung	CHOP-2 Kode	Dito	CHOP-2	01011-99999	5	N

Medizinische Statistik der Krankenhäuser

Liste des variables

N°	Bezeichnung	Beschreibung	Bemerkungen	Quelle	Definition	Länge	Typ
1.7.V05	3. weitere Behandlung	CHOP-2 Kode	Dito	CHOP-2	01011-99999	5	N
1.7.V06	4. weitere Behandlung	CHOP-2 Kode	Dito	CHOP-2	01011-99999	5	N
1.7.V07	5. weitere Behandlung	CHOP-2 Kode	Dito	CHOP-2	01011-99999	5	N
1.7.V08	6. weitere Behandlung	CHOP-2 Kode	Dito	CHOP-2	01011-99999	5	N
1.7.V09	7. weitere Behandlung	CHOP-2 Kode	Dito	CHOP-2	01011-99999	5	N
1.7.V10	8. weitere Behandlung	CHOP-2 Kode	Dito	CHOP-2	01011-99999	5	N
1.7.V11	9. weitere Behandlung	CHOP-2 Kode	Dito	CHOP-2	01011-99999	5	N

N°	Bezeichnung	Beschreibung	Bemerkungen	Quelle	Definition	Länge	Typ
2. Neugeborenen-Zusatzdaten							
2.1. Allgemeine Angaben							
2.1.V01	Rekordart	MN = Zusatzdaten Neugeborene	Art des Datensatzes	BFS	MN	2	AN
2.1.V02	Interne Geburtsnummer	vierstellige Nummer	Spitalinterne Laufnummer der Geburt gemäss Hebammentagebuch	BFS	nnnn	4	N
2.1.V03	Geburtszeitpunkt	Zeitangabe	Uhrzeit der Geburt	BFS	hhmm	4	N
2.2. Angaben betreffend das Kind							
2.2.V01	Vitalstatus	0 = totgeboren 1 = lebendgeboren	Lebend- oder totgeboren	BFS	0, 1	1	N
2.2.V02	Mehrling	1 = Einling 2 = Zwilling 3 = Drilling 4 = Vierling usw.	Angabe für Mehrlingsgeburten	BFS	1-9	1	N
2.2.V03	Geburtsrang bei Mehrlingsgeburten	1 = Als erstes geboren 2 = Als zweites geboren 3 = Als drittes geboren 4 = Als viertes geboren usw.	Angabe der Geburtsreihenfolge bei Mehrlingsgeburten als Indikator für den Geburtsstress	BFS	1-9	1	N
2.2.V04	Geburtsgewicht	Angabe in Gramm		BFS	0-9999	4	N
2.2.V05	Körperlänge	Angabe in Zentimeter		BFS	0-99	2	N
2.2.V06	Kongenitale Missbildungen	0 = Nein 1 = Ja 9 = unbekannt	Wurden beim Kind pränatal oder bei der Geburt Abklärungs- bzw. behandlungsbedürftige Missbildungen festgestellt (einschliesslich nicht lebensfähige Missbildungen?)	BFS	0, 1, 9	1	N
2.2.V07	Verlegung Kind in anderes Spital	0 = nein 1 = ja	Wurde Kind nach der Geburt in ein anderes Spital verlegt?	BFS	0, 1	1	N

N°	Bezeichnung	Beschreibung	Bemerkungen	Quelle	Definition	Länge	Typ
2.3.							
Angaben betreffend die Mutter							
2.3.V01	Geburtsdatum der Mutter	Datumsangabe (Jahr und Monat)	Angabe des Jahres und Monats obligatorisch für die Verbindung von Kind- und Mutterdatensatz.	BFS	JJJJMMTT	8	N
2.3.V02	Gestationsalter 1	Wochen und Tage	Gestationsalter berechnet ab Beginn der letzten Menstruation in Anzahl Wochen und Tage (erfüllte Wochen und erfüllte Tage, 1. Tag der letzten Menstruation ist Tag null).	BFS	WWT	3	N
2.3.V03	Gestationsalter 2	Wochen und Tage	Gestationsalter aufgrund einer Ultraschalluntersuchung in der 1. Schwangerschaftshälfte (erfüllte Wochen und erfüllte Tage)	BFS	WWT	3	N
2.3.V04	Anzahl vorausgegangener Schwangerschaften insgesamt	Anzahl		BFS	0-50	2	N
2.3.V05	Anzahl vorausgegangener Lebendgeburten	Anzahl		BFS	0-20	2	N
2.3.V06	Anzahl vorausgegangener Fehl- oder Totgeburten	Anzahl	Fetaltod (Tod ini utero) unabhängig von der Schwangerschaftsdauer, exklusive Schwangerschaftsabbrüche	BFS	0-20	2	N
2.3.V07	Anzahl vorausgegangener Schwangerschaftsabbrüche	Anzahl		BFS	0-30	2	N
2.3.V08	Verlegung Mutter aus anderem Spital	0 = nein 1 = ja	Wurde Mutter vor der Geburt aus einem anderen Spital verlegt?	BFS	0, 1	1	N

N°	Bezeichnung	Beschreibung	Bemerkungen	Quelle	Definition	Länge	Typ
3. Psychiatrie-Zusatzdaten							
3.1. Allgemeine Angaben							
3.1.V01	Rekordart	MP = Zusatzdaten Psychiatrie	Art des Datensatzes	BFS	MP	2	AN
3.2. Daten zur Person							
3.2.V01	Zivilstand	1 = ledig 2 = verheiratet, zusammenlebend 3 = verheiratet, getrennt lebend 4 = verwitwet 5 = geschieden 9 = unbekannt		Psychiatrie	1-5 / 9	1	N
3.2.V02	Aufenthaltort vor dem Eintritt (Psychiatrie)	11 = Zuhause, alleine 12 = Zuhause, mit anderen 21 = Zuhause, alleine, mit Spitex 22 = Zuhause, mit anderen, mit Spitex 30 = Krankenhaus, Pflegeheim 40 = Altersheim, andere sozialmed. Instit. 41 = Wohnheim 50 = Psychiatrische Klinik 60 = anderes Krankenhaus, (Akutspital) 70 = Strafvollzugsanstalt 81 = andere 82 = ohne festen Wohnsitz 90 = unbekannt	Diese Angabe stellt eine detailliertere Form der Variablen 1.2.V02 'Aufenthaltort vor Eintritt' des allgemeinen Minimaldatensatzes dar. Die erste Stelle dieser Angabe muss mit 1.2.V02 übereinstimmen.	Psychiatrie	11 / 12 21 / 22 30 40 / 41 50 60 70 81 / 82 90	2	N
3.2.V03	Beschäftigung vor Eintritt: teilzeit erwerbstätig	0 = nein 1 = ja	Mehrfachantworten möglich	Psychiatrie	0 / 1	1	N
3.2.V04	Beschäftigung vor Eintritt: voll erwerbstätig	0 = nein 1 = ja	Mehrfachantworten möglich	Psychiatrie	0 / 1	1	N

N°	Bezeichnung	Beschreibung	Bemerkungen	Quelle	Definition	Länge	Typ
3.2.V05	Beschäftigung vor Eintritt: nicht erwerbstätig oder arbeitslos	0 = nein 1 = ja	Mehrfachantworten möglich	Psychiatrie	0 / 1	1	N
3.2.V06	Beschäftigung vor Eintritt: Hausarbeit in eigenem Haushalt	0 = nein 1 = ja	Mehrfachantworten möglich	Psychiatrie	0 / 1	1	N
3.2.V07	Beschäftigung vor Eintritt: in Ausbildung (Schule, Lehre, Studium)	0 = nein 1 = ja	Mehrfachantworten möglich	Psychiatrie	0 / 1	1	N
3.2.V08	Beschäftigung vor Eintritt: Rehabilitationsprogramm	0 = nein 1 = ja	Mehrfachantworten möglich	Psychiatrie	0 / 1	1	N
3.2.V09	Beschäftigung vor Eintritt: IV, AHV oder andere Rente	0 = nein 1 = ja	Mehrfachantworten möglich	Psychiatrie	0 / 1	1	N
3.2.V10	Beschäftigung vor Eintritt: Arbeit in geschütztem oder beschützendem Rahmen	0 = nein 1 = ja	Mehrfachantworten möglich	Psychiatrie	0 / 1	1	N
3.2.V11	Beschäftigung vor Eintritt: unbekannt	0 = nein 1 = ja	Mehrfachantworten möglich	Psychiatrie	0 / 1	1	N
3.2.V12	Höchste abgeschlossene Schul- oder Berufsbildung	1 = keine abgeschlossene Schulbildung 2 = obligatorische Volksschule 3 = Berufslehre oder Vollzeitberufsschule 4 = Maturitätsschule 5 = Höhere Fach- oder Berufsschule 6 = Universität, Hochschule 9 = unbekannt		Psychiatrie	1-6 / 9	1	N

N°	Bezeichnung	Beschreibung	Bemerkungen	Quelle	Definition	Länge	Typ
3.3.							
Daten zum Eintritt							
3.3.V01	Einweisende Instanz (Psychiatrie)	11 = Patient kommt auf eigene Initiative 12 = Angehörige, Bezugsperson, freiw. Mitarb., Laien 31 = praktizierender Arzt 32 = praktizierender Psychiater/innen 40 = nicht ärztliche (Psycho-, u.a.) Therapeut/innen 33 = Allgemeinspital, somatisches Spital 34 = Psychiatrie eigene Instit. ambulant 35 = Psychiatrie eigene Instit. teilstationär 36 = Psychiatrie eigene Instit. stationär 37 = Psychiatrie andere Instit. ambulant 38 = Psychiatrie andere Instit. teilstationär 39 = Psychiatrie andere Instit. stationär 20 = Rettungsdienst (Ambulanz o.ä., nicht ärztlich) 50 = Beratungsstelle, soziale Institution 81 = Behörden: Vormundschaft, Fürsorge, zivilrechtlich 60 = strafrechtlich, Justizbehörden 82 = Militär 83 = Versicherungen, IV, SUVA 84 = andere 90 = unbekannt	Diese Angabe stellt eine detailliertere Form der Variablen 1.2.V04 'Einweisende Instanz' aus dem Minimaldatensatz dar. Die erste Stelle dieser Angabe muss mit 1.2.V04 des allgemeinen Minimaldatensatzes übereinstimmen.	Psychiatrie	11 / 12 20 31-39 40 60 81-84 90	2	N
3.3.V02	Freiwilligkeit	1 = freiwilliger Eintritt 2 = unfreiwilliger Eintritt 9 = unbekannt		Psychiatrie	1 / 2 / 9	1	N
3.3.V03	Fürsorgerischer Freiheitsentzug	1 = ohne FFE 2 = mit FFE		Psychiatrie	1 / 2	1	N

N°	Bezeichnung	Beschreibung	Bemerkungen	Quelle	Definition	Länge	Typ
3.4.	Daten zu Behandlung/ Verlauf						
3.4.V01	Anzahl Tage / Konsultationen	stationär: Anzahl Behandlungstage teilstationär: Anzahl Behandlungstage ambulant: Anzahl Konsultationen	Bis zu vierstellige Angabe möglich	Psychiatrie	0000-9999	4	N
3.4.V02	Behandlung (Was wurde gemacht)	1 = Krisenintervention 2 = Beratung 3 = Psychotherapie (einzel) 4 = Psychotherapie (Paar oder Familie) 5 = Psychotherapie (Gruppe) 6 = integrierte psychiatrische Behandlung 7 = Sozialpsychiatrische Behandlung/Betreuung 8 = Konsilium, Liaisondienst 9 = Sachhilfe 10 = Abklärung (nur) 11 = Begutachtung 12 = andere		Psychiatrie	1-12	2	N
3.4.V03	Psychopharmakotherapie: Neuroleptika	0 = nein 1 = ja	Mehrfachantworten möglich	Psychiatrie	0 / 1	1	N
3.4.V04	Psychopharmakotherapie: Depotneuroleptika	0 = nein 1 = ja	Mehrfachantworten möglich	Psychiatrie	0 / 1	1	N
3.4.V05	Psychopharmakotherapie: Antidepressiva	0 = nein 1 = ja	Mehrfachantworten möglich	Psychiatrie	0 / 1	1	N
3.4.V06	Psychopharmakotherapie: Tranquilizer	0 = nein 1 = ja	Mehrfachantworten möglich	Psychiatrie	0 / 1	1	N
3.4.V07	Psychopharmakotherapie: Hypnotika	0 = nein 1 = ja	Mehrfachantworten möglich	Psychiatrie	0 / 1	1	N
3.4.V08	Psychopharmakotherapie: Antiepileptika	0 = nein 1 = ja	Mehrfachantworten möglich	Psychiatrie	0 / 1	1	N
3.4.V09	Psychopharmakotherapie: Lithium	0 = nein 1 = ja	Mehrfachantworten möglich	Psychiatrie	0 / 1	1	N
3.4.V10	Psychopharmakotherapie: Suchtsubstitutionsmittel (z.B. Methadon)	0 = nein 1 = ja	Mehrfachantworten möglich	Psychiatrie	0 / 1	1	N
3.4.V11	Psychopharmakotherapie: Suchtaversionsmittel (z.B. Antabus, Nemexin)	0 = nein 1 = ja	Mehrfachantworten möglich	Psychiatrie	0 / 1	1	N

N°	Bezeichnung	Beschreibung	Bemerkungen	Quelle	Definition	Länge	Typ
3.4.V12	Psychopharmakotherapie: Antiparkinsonmittel	0 = nein 1 = ja	Mehrfachantworten möglich	Psychiatrie	0 / 1	1	N
3.4.V13	Psychopharmakotherapie: andere	0 = nein 1 = ja	Mehrfachantworten möglich	Psychiatrie	0 / 1	1	N
3.4.V14	Psychopharmakotherapie: Medikamente zur Behandlung körperlicher Leiden	0 = nein 1 = ja	Mehrfachantworten möglich	Psychiatrie	0 / 1	1	N

3.5.

Daten zum Austritt

3.5.V01	Entscheid für Austritt (Psychiatrie)	11 = in gegenseitigem Einvernehmen 12 = auf Initiative der Behandelnden 20 = auf Initiative des/r Patienten/in (nur gegen Ansicht des Behandelnden) 30 = auf Initiative Dritter 40 = Wechsel der Hauptdiagnose 51 = Patient hat sich suizidiert 52 = Patient ist gestorben (ausser Suizid) 80 = anderes 90 = unbekannt	Diese Angabe stellt eine detailliertere Form der Variablen 1.5.V02 'Entscheid für Austritt' aus dem Minimaldatensatz dar. Die erste Stelle dieser Angabe muss mit 1.5.V02 des allgemeinen Minimaldatensatzes übereinstimmen.	Psychiatrie	11 / 12 20 30 40 51 / 52 80 90	2	N
3.5.V02	Aufenthalt nach Austritt (Psychiatrie)	11 = Zuhause, alleine 12 = Zuhause, mit anderen 20 = Krankenhaus, Pflegeheim 32 = Altersheim, andere sozialmed. Instit. 31 = Wohnheim 40 = Psychiatrische Klinik 50 = Rehabilitationsklinik 60 = anderes Krankenhaus, (Akutspital) 70 = Strafvollzugsanstalt 81 = ohne festen Wohnsitz 82 = andere 90 = unbekannt 00 = gestorben	Diese Angabe stellt eine detailliertere Form der Variablen 1.5.V03 'Aufenthalt nach Austritt' aus dem Minimaldatensatz dar. Die erste Stelle dieser Angabe muss mit 1.5.V03 des allgemeinen Minimaldatensatzes übereinstimmen.	Psychiatrie	00 11 12 20 31 / 32 40 50 60 70 81 / 82 90	2	N

N°	Bezeichnung	Beschreibung	Bemerkungen	Quelle	Definition	Länge	Typ
3.5.V03	Behandlung nach Austritt (Psychiatrie)	10 = geheilt / kein Behandlungsbedarf 21 = Bezugsperson, freiw. Mitarb., Laien 22 = Beratungsstelle, soziale Institution, Sozialdienst, etc. 23 = praktizierender Arzt/in 24 = praktizierender Psychiater/in 25 = nicht ärztlicher Psychotherapeut/in 26 = Psychiatrie, eigene Instit., ambulant 27 = Psychiatrie, andere Instit., ambulant 28 = keine, wäre aber notwendig gewesen 30 = Pflegepersonal, Spitex, etc. 41 = Allgemeinspital, somatisches Spital 42 = Psychiatrie, eigene Instit., stationär 43 = Psychiatrie, andere Instit., stationär 51 = Rehabilitation (ambulant oder stationär) 52 = Psychiatrie, eigene Inst., teilstat. 53 = Psychiatrie, andere Inst., teilstat. 81 = Behörden 82 = andere 90 = unbekannt 00 = gestorben	Diese Angabe stellt eine detailliertere Form der Variablen 1.5.V04 'Behandlung nach Austritt' aus dem Minimaldatensatz dar. Die erste Stelle dieser Angabe muss mit 1.5.V04 des allgemeinen Minimaldatensatzes übereinstimmen.	Psychiatrie	00 10 21-28 30 41-43 51-53 81 / 82 90	2	N