



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Statistik BFS
Abteilung Raumwirtschaft, Umwelt, Gesundheit

Juni 2008 (Stand 05/2010)

Variablen der Medizinischen Statistik

Spezifikationen gültig ab 2009

("Schnittstellenkonzept", Version 1.0)

Letzte Aktualisierung: Mai 2010

Anhang D des Dokuments

"Anpassungen der Medizinischen Statistik an die Bedürfnisse für eine leistungsorientierte Spitalfinanzierung (SwissDRG). Änderungen im Detail"

Die Dokumentation der Teilrevision der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser umfasst folgende drei Berichte:

Teilrevision der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser

Ergebnisse von Abklärungen zum allgemeinen Änderungsbedarf und zu den durch SwissDRG vorgegebenen dringlichen Anpassungen

Anpassungen der Medizinischen Statistik an die Bedürfnisse für eine leistungsorientierte Spitalfinanzierung (SwissDRG)

Änderungen im Detail

Variablen der Medizinischen Statistik - Spezifikationen gültig ab 2009

("Schnittstellenkonzept")

Alle Berichte können einzeln heruntergeladen werden von:

Bundesamt für Statistik > Infothek > Erhebungen, Quellen > 14.4. > Medizinische Statistik der Krankenhäuser > Konzept oder

http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen_quellen/blank/blank/mkh/02.html

INHALT

Anpassungen der Medizinischen Statistik	4
Ursprünglicher Datensatz, Konzept 1997	4
Angepasster Datensatz, Konzept 2009	4
Lieferungsmeldung	5
Allgemeine Angaben	6
Betriebsidentifikation	6
Identifikation	6
Zusätzliche Daten	6
Minimaldaten	7
Soziodemographische Angaben	7
Eintrittsmerkmale	7
Aufenthaltsmerkmale	8
Betriebswirtschaftliche Angaben	9
Austrittsmerkmale	10
Diagnosen	12
Behandlungen	12
Neugeborenen-Zusatzdaten	14
Allgemeine Angaben	14
Angaben betreffend das Kind	14
Angaben betreffend die Mutter	15
Psychiatrie-Zusatzdaten	16
Allgemeine Angaben	16
Daten zur Person	16
Daten zum Eintritt	17
Daten zum Austritt	20
Patientengruppen- Zusatzdaten (MD)	23
Allgemeine Angaben	23
MD-Diagnosen	23
MD-Behandlungen	25
MD-Intensivmedizin	27
MD-Kinder	28
MD-Fallkostenstatistik	29
<i>MD-Kennzeichnung von Wiedereintritten</i>	29
<i>Reservefelder</i>	30

Anpassungen der Medizinischen Statistik

Die medizinische Statistik wird ab 2009 angepasst an die Bedürfnisse einer leistungsorientierten Spitalfinanzierung (SwissDRG). Einige wenige zusätzliche Änderungen werden gleichzeitig eingeführt. Dieses Dokument beschreibt die Spezifikationen der Datensätze. Es handelt sich um den **Anhang D des Dokuments Anpassungen der Medizinischen Statistik an die Bedürfnisse für eine leistungsorientierte Spitalfinanzierung (SwissDRG); Änderungen im Detail.**

Ursprünglicher Datensatz, Konzept 1997

(inkl. Änderungen 2006, gültig bis und mit 2008 = Datenlieferung 2007)

Eine Datei enthält die Fälle einer oder mehrerer Kliniken. Sie beginnt mit einer Lieferungsmeldung **MX**(1).

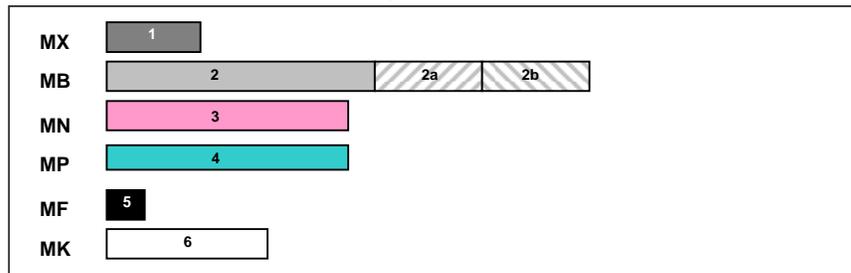
Der Minimaldatensatz¹ **MB**(2) enthält alle Basisdaten eines Patienten. Im Jahr 2006 wurde dieser Datensatz angepasst, damit 20 zusätzliche Diagnosen (2a) und ebenso viele zusätzliche Behandlungen (2b) erhoben werden konnten.

Der Neugeborenen-Datensatz **MN**(3) enthält spezifische Daten zu den Neugeborenen.

Der psychiatrische Datensatz **MP**(4) ist fakultativ, er enthält spezifische Daten zu psychiatrischen Patienten.

Der Fallkosten-Zusatzdatensatz **MF**(5) ist fakultativ und wird im Rahmen der Erhebung der Fallkosten verwendet.

Zusätzlich können die kantonalen Erhebungsstellen weitere Variablen in einem kantonalen Zusatzdatensatz **MK**(6) erheben.

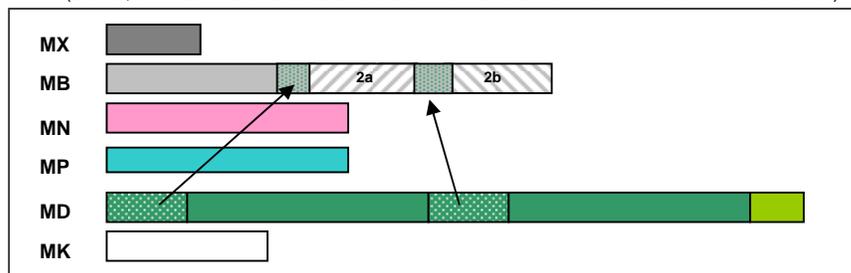


Angepasster Datensatz, Konzept 2009

In der Folge bei den Beschreibungen der Variablen sind alle Anpassungen **ROT markiert**.

Das Wichtigste in Kürze

- Im angepassten Datensatz wird der MF-Zusatzdatensatz durch einen Patientengruppen-Zusatzdatensatz ersetzt.
- Die Datensätze MX, MN, MP und MK bleiben unverändert.
- Im MB-Datensatz bezeichnet das 9. Feld (Variable 0.3.V03) nicht länger die Anwesenheit eines Fallkosten-Zusatzdatensatzes, sondern die eines Patientengruppen-Zusatzdatensatzes (= MD-Zusatzdatensatz).
- Im neuen MD-Zusatzdatensatz werden bis zu 50 Diagnosen erhoben (die 10, bzw. 30 ersten Codes sind bis auf fünf Stellen identisch mit der Information, die sich im MB-Datensatz befindet). Es werden bis zu 100 Behandlungen erhoben (die 10, bzw. 30 ersten Codes sind bis auf fünf Stellen identisch mit der MB Information).



Weitere Angaben

Alle weitere Spezifikationen der 1997/2006 definierten Schnittstelle sind unverändert, es werden weiterhin die Feldtrennzeichen '|' (pipes) benutzt:

9 x '|' für die MX Zeile,

50 x '|' für die MB Zeile (bzw. 90 für das Format 2006),

18 x '|' für die MN Zeile,

33 x '|' für die MP Zeile,

696 x '|' für die MD Zeile.

¹ Ein erster fiktiver Patient (nur MB Zeile) wird nach einer MX Zeile eingeführt, um die Verschlüsselung der Verbindungskodes zu kontrollieren.

Rang	Va. Nr	Bezeichnung	Beschreibung	Bemerkungen	Quelle	Definition	Max Länge	Typ
Lieferungsmeldung								
1		Rekordart	MX = Lieferungsmeldung		BFS	MB	2	AN
2		Betriebsnummer (BUR-Satellit Gesundheit)	BUR-Nummer	Achtstellige Nummer der Institution gemäss dem Betriebs- und Unternehmensregister des BFS (BUR-GES).	BFS	-	8	AN
3		Kürzel der Klinik			BFS	-	8	AN
4		Datum der Erstellung der Datensätze		Enthält das Datum, an dem das Datenpaket im Betrieb erstellt wurde.	BFS	JJJJMMTT	8	D
5		Laufnummer der Datenmeldung		Fortlaufende Nummerierung je Betrieb/Klinik. Beginnt mit 1		NNNNN	5	N
6		Meldungsperiode von			BFS	JJJJMMTT	8	D
7		Meldungsperiode bis			BFS	JJJJMMTT	8	D
8		Anzahl übermittelte Datensätze		Anzahl der Datensätze, welche zum gelieferten Datenblock gehören. Jeder Record des Typs (MX, MB, MN, MP, MD) führt zur Erhöhung dieses Zählers. Der hier beschriebene Record (MX) ist also mitzuzählen.			8	N
9		C-Schlüssel-Block		Er beinhaltet den C-Schlüssel und die Zusatzfelder gemäss dem Datenschutzkonzept Medizinische Statistik.	Hex-Darstellung	HEX	256	

Rang	Va. Nr	Bezeichnung	Beschreibung	Bemerkungen	Quelle	Definition	Max Länge	Typ
0								
Allgemeine Angaben								
0.1.								
Nicht durch den Betrieb auszufüllen								
Betriebsidentifikation								
1	0.1.V01	Rekordart	MB = Medizinische Statistik	Art der Erhebung	BFS	MB	2	AN
2	0.1.V02	Betriebsnummer (BUR-Satellit Gesundheit)	BUR-Nummer	Achtstellige Nummer der Institution gemäss dem Betriebs- und Unternehmensregister des BFS (BUR-GES).	BFS	-	8	AN
3	0.1.V03	Standort	Verbindliche Liste der Standorte (vgl. Einteilungsliste in der Krankenhausstatistik)	Rangnummer des Standorts. Bei Aufhalten in verschiedenen Standorten desselben Betriebes (gleiche BUR-Nr.) ist der Standort des Austritts anzugeben.	BFS	-	5	AN
4	0.1.V04	Kanton		BFS-Kantonskurzzeichen	BFS	AG - ZH	2	AN
0.2.								
Identifikation								
5	0.2.V01	Anonymer Verbindungskode		Via ein kryptologisches Verfahren aus Vorname, Geburtsdatum und Geschlecht generierter Identifikator des Individuums. Dieser ist nicht sprechend. Siehe Dokument «Datenschutz in der Medizinischen Statistik».	BFS	-	16	AN
6	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. Diagnosen und Behandlungen werden erhoben, es kann eine Aufenthaltsdauer berechnet werden. Der gesamte Minimaldatensatz muss ausgefüllt werden. Fall « B » entspricht einem Fall mit 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 Beginn schon im Vorjahr der Erhebungsperiode eingetreten ist und bei welcher 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 ergänzende Datensätze?								
7	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
8	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

Rang	Va. Nr	Bezeichnung	Beschreibung	Bemerkungen	Quelle	Definition	Max Länge	Typ
9	0.3.V03	Patientengruppen-Datensatz	0 = nein 1 = ja	Falls 1 = ja folgt in der Zeile nach den Minimaldaten (eventuell nach Zusatzdaten MN und MP) der Patientengruppen-Datensatz	BFS	0/1	1	N
10	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						
				Auszufüllen bei Statistikfall A, B, C (0.2V02)				
11	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
12	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. In allen übrigen Fällen wird der Monat und der Tag jeweils mit 00 codiert.	BFS	JJJJMMTT	8	N
13	1.1.V03	Alter bei Eintritt	Exaktes Alter	Alter in erfüllten Jahren (Eintrittsdatum-Geburtsdatum) bei Spitaleintritt	BFS	0-135	3	N
14	1.1.V04	Wohnort (Region)		Für Personen mit ständigem Wohnsitz in der Schweiz wird die Wohnregion nach einer Nomenklatur des BFS mit Bevölkerungsgrössen von je ca. 10'000 erhoben (Medstat-Regionen). Fakultativ erfolgt die Angabe in Form der vierstelligen Postleitzahl. Bei Personen mit Wohnsitz im Ausland wird das Wohnland angegeben nach der Ländertabelle des BFS (ISO-Kode wie 1.1.V05). Die Datei mit den geographischen Parametern befindet sich im Internet unter folgender Adresse: http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/nomenklatur/blank/blank/medstat/01.html	BFS	AG01 - ZH99 ISO alpha3 - BFS, PLZ	4	AN
15	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						
				Auszufüllen bei Statistikfall A, B, C (0.2V02)				

Rang	Va. Nr	Bezeichnung	Beschreibung	Bemerkungen	Quelle	Definition	Max Länge	Typ
16	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
17	1.2.V02	Aufenthaltsort vor dem Eintritt	1 = Zuhause 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	Unmittelbarer Aufenthaltsort vor dem Eintritt. Wo befand sich der Patient / die Patientin?	BFS	1-9	1	N
18	1.2.V03	Eintrittsart	1 = Notfall (Behandlung innerhalb von 12 Std. unabdingbar) 2 = angemeldet, geplant 3 = Geburt (Kind in dieser Klinik geboren) 4 = interner Übertritt 8 = andere 9 = unbekannt	Beschreibung der Umstände des Eintritts. Wie wurde der Patient / die Patientin aufgenommen? „Interner Übertritt“ gilt für den internen Übertritt von einer Akutabteilung in eine Nicht-Akutabteilung (Rehabilitationsphase oder Geriatrie) desselben Betriebes oder für die sogenannten Wartepatienten/-patientinnen	BFS	1-4 / 8-9	1	N
19	1.2.V04	Einweisende Instanz	1 = selbst, Angehörige 2 = Rettungsdienst (Ambulanz, Polizei) 3 = Arzt 4 = nichtmedizinischer Therapeut 5 = sozialmedizinischer Dienst 6 = Justizbehörden 8 = andere 9 = unbekannt	Wer hat die Initiative für die Klinikeinweisung ergriffen?	BFS	1-6 / 8-9	1	N

1.3.

Aufenthaltsmerkmale

Auszufüllen bei Statistikfall A, B, C (0.2V02)

Medizinische Statistik, Anpassung 2008

Variablen

Rang	Va. Nr	Bezeichnung	Beschreibung	Bemerkungen	Quelle	Definition	Max Länge	Typ
20	1.3.V01	Behandlungsart	1 = ambulant 3 = stationär 9 = unbekannt	Angabe der Behandlungsart Bemerkung : Die Behandlungsart „2“ (= teilstationär) existiert ab dem 1.1.2009 nicht mehr und darf nicht mehr verwendet werden.	BFS	1 / 3 / 9	1	N
21	1.3.V02	Klasse	1 = allgemein 2 = halbprivat 3 = privat 9 = unbekannt	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
22	1.3.V03	Aufenthalt in einer Intensivstation	vollendete Stunden	Anzahl Stunden intensivmedizinischer Betreuung, der Inanspruchnahme intensivmedizinischer Infrastruktur oder Aufenthalt in einer neonatologischen Intensivstation. Defintion Intensivstation gemäss Richtlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Intensivmedizin, bzw. gemäss BFS-Liste für die neonatologischen Stationen Nicht zu beantworten für Statistikfälle des Typs B	BFS	0-9999	4	N
23	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		Auszufüllen bei Statistikfall A, B, C (0.2V02)				

Rang	Va. Nr	Bezeichnung	Beschreibung	Bemerkungen	Quelle	Definition	Max Länge	Typ
24	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	Wichtigste Kostenstelle, der die Kosten dieser Hospitalisierung zugeordnet werden. Sollte mit den Kostenstellen gemäss der Krankenhausstatistik (administrative Daten) übereinstimmen.	BFS	M000 - M990	4	AN
25	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.		Austrittsmerkmale	Auszufüllen bei Statistikfall A (0.2V02). Administrative Meldungen mit reduziertem Datensatz (Fall « B » und « C » der Variablen 0.2.V02) beantworten diese Fragen nicht.					
26	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	JJJJMMTThh	10	N

Rang	Va. Nr	Bezeichnung	Beschreibung	Bemerkungen	Quelle	Definition	Max Länge	Typ									
27	1.5.V02	Entscheid für Austritt	1	= auf Initiative des Behandelnden	Wer hat den Klinikaustritt veranlasst? „Interner Übertritt“ gilt für den internen Übertritt von einer Akutabteilung in eine Nicht-Akutabteilung (Rehabilitationsphase oder Geriatrie) desselben Betriebes oder für die sogenannten Wartepatienten/-patientinnen	BFS	1-5 / 8-9	1	N								
			2	= auf Initiative des Patienten (gegen Ansicht des Behandelnden)													
			3	= auf Initiative einer Drittperson													
			4	= interner Übertritt													
			5	= gestorben													
			8	= anderes													
			9	= unbekannt													
			28	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																
0	= Todesfall																
29	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													
			0	= Todesfall													

Rang	Va. Nr	Bezeichnung	Beschreibung	Bemerkungen	Quelle	Definition	Max Länge	Typ
	1.6.	Diagnosen		Administrative Meldungen mit reduziertem Datensatz (Fall « B » der Variablen 0.2.V02) beantworten diese Fragen nicht. Die Diagnosen entsprechen den fünf ersten Stellen (max. sechs Stellen) des ICD-10-GM-Kodes, die im Patientengruppen-Zusatzdatensatz eingetragen werden. d.h. ein Buchstabe und max. fünf Ziffern. Sofern 2009 noch im alten Format geliefert wird, sind mindestens 4 Stellen anzugeben. Es muss zwingend die ICD-10 GM verwendet werden.				
30	1.6.V01	Hauptdiagnose	ICD-10-GM 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 des BFS. Die Angabe kann bis zu fünfstelligen Codes umfassen. Entspricht den fünf ersten Stellen der Variable 4.2.V010	ICD-10-GM	A0000-Z9999	5	AN
31	1.6.V02	Zusatz zu Hauptdiagnose	ICD10-GM Kode	Angabe von ergänzenden Merkmalen des Hauptdiagnosekodes (Sternkode, Kode für externe Ursachen) Sternkodes werden nicht als solche markiert, die Vergabe erfolgt nach den Richtlinien des ICD10, Band 2. Entspricht den fünf ersten Stellen der Variable 4.2.V020	ICD-10-GM	A0000-Z9999	5	AN
32	1.6.V03	1. Nebendiagnose	ICD10-GM 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. Entspricht den fünf ersten Stellen der Variable 4.2.V030	ICD-10-GM	A0000-Z9999	5	AN
33	1.6.V04	2. Nebendiagnose	ICD10-GM Kode	Dito Entspricht den fünf ersten Stellen der Variable 4.2.V040	ICD-10-GM	A0000-Z9999	5	AN
34	1.6.V05	3. Nebendiagnose	ICD10-GM Kode	Dito Entspricht den fünf ersten Stellen der Variable 4.2.V050	ICD-10-GM	A0000-Z9999	5	AN
35	1.6.V06	4. Nebendiagnose	ICD10-GM Kode	Dito Entspricht den fünf ersten Stellen der Variable 4.2.V060	ICD-10-GM	A0000-Z9999	5	AN
36	1.6.V07	5. Nebendiagnose	ICD10-GM Kode	Dito Entspricht den fünf ersten Stellen der Variable 4.2.V070	ICD-10-GM	A0000-Z9999	5	AN
37	1.6.V08	6. Nebendiagnose	ICD10-GM Kode	Dito Entspricht den fünf ersten Stellen der Variable 4.2.V080	ICD-10-GM	A0000-Z9999	5	AN
38	1.6.V09	7. Nebendiagnose	ICD10-GM Kode	Dito Entspricht den fünf ersten Stellen der Variable 4.2.V090	ICD-10-GM	A0000-Z9999	5	AN
39	1.6.V10	8. Nebendiagnose	ICD10-GM Kode	Dito Entspricht den fünf ersten Stellen der Variable 4.2.V100	ICD-10-GM	A0000-Z9999	5	AN
	1.7.	Behandlungen		Administrative Meldungen mit reduziertem Datensatz (Fall « B » der Variablen 0.2.V02) beantworten diese Fragen nicht.				

Rang	Va. Nr	Bezeichnung	Beschreibung	Bemerkungen	Quelle	Definition	Max Länge	Typ
40	1.7.V01	Hauptbehandlung	CHOP-Kode	Angabe der im Rahmen der Hauptdiagnose für den Behandlungsprozess entscheidendsten medizinischen Behandlung. Verschlüsselung nach der Schweizerischen Operationsklassifikation (CHOP). Die Angabe erfolgt mit bis zu fünfstelligen Codes. Entspricht den fünf ersten Stellen der Variable 4.3.V010	BFS	xxxxx	5	AN
41	1.7.V02	Beginn der Hauptbehandlung	Datum und Stunde	Zeitpunkt des effektiven Beginns des unter 'Hauptbehandlung' angegebenen medizinischen Aktes (ohne routinemässige Vorbereitungen). Die zehn Stellen der Variable 4.2.V015 entsprechen dieser Variable.	BFS	JJJJMMThh	10	N
42	1.7.V03	1. weitere Behandlung	CHOP-Kode	Dito Entspricht den fünf ersten Stellen der Variable 4.3.V020	BFS	xxxxx	5	AN
43	1.7.V04	2. weitere Behandlung	CHOP-Kode	Dito Entspricht den fünf ersten Stellen der Variable 4.3.V030	BFS	xxxxx	5	AN
44	1.7.V05	3. weitere Behandlung	CHOP-Kode	Dito Entspricht den fünf ersten Stellen der Variable 4.3.V040	BFS	xxxxx	5	AN
45	1.7.V06	4. weitere Behandlung	CHOP-Kode	Dito Entspricht den fünf ersten Stellen der Variable 4.3.V050	BFS	xxxxx	5	AN
46	1.7.V07	5. weitere Behandlung	CHOP-Kode	Dito Entspricht den fünf ersten Stellen der Variable 4.3.V060	BFS	xxxxx	5	AN
47	1.7.V08	6. weitere Behandlung	CHOP-Kode	Dito Entspricht den fünf ersten Stellen der Variable 4.3.V070	BFS	xxxxx	5	AN
48	1.7.V09	7. weitere Behandlung	CHOP-Kode	Dito Entspricht den fünf ersten Stellen der Variable 4.3.V080	BFS	xxxxx	5	AN
49	1.7.V10	8. weitere Behandlung	CHOP-Kode	Dito Entspricht den fünf ersten Stellen der Variable 4.3.V090	BFS	xxxxx	5	AN
50	1.7.V11	9. weitere Behandlung	CHOP-Kode	Dito Entspricht den fünf ersten Stellen der Variable 4.3.V100	BFS	xxxxx	5	AN

Rang	Va. Nr	Bezeichnung	Beschreibung	Bemerkungen	Quelle	Definition	Max Länge	Typ
2		Neugeborenen-Zusatzdaten		Auszufüllen bei Statistikfall A (0.2V02)				
	2.1.	Allgemeine Angaben						
1	2.1.V01	Rekordart	MN = Zusatzdaten Neugeborene	Art des Datensatzes	BFS	MN	2	AN
2	2.1.V02	Interne Geburtsnummer	vierstellige Nummer	Spitalinterne Laufnummer der Geburt gemäss Hebammentagebuch	BFS	nnnn	4	N
3	2.1.V03	Geburtszeitpunkt	Zeitangabe	Uhrzeit der Geburt	BFS	hhmm	4	N
	2.2.	Angaben betreffend das Kind						
4	2.2.V01	Vitalstatus	0 = totgeboren 1 = lebendgeboren	Lebend- oder totgeboren	BFS	0 / 1	1	N
5	2.2.V02	Mehrling	1 = Einling 2 = Zwilling 3 = Drilling 4 = Vierling usw.	Angabe für Mehrlingsgeburten	BFS	1-9	1	N
6	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
7	2.2.V04	Geburtsgewicht	Angabe in Gramm		BFS	0-9999	4	N
8	2.2.V05	Körperlänge	Angabe in Zentimeter		BFS	0-99	2	N
9	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
10	2.2V07	Verlegung Kind in anderes Spital	0 = nein 1 = ja	Wurde Kind nach der Geburt in ein anderes Spital verlegt?	BFS	0 / 1	1	N

Rang	Va. Nr	Bezeichnung	Beschreibung	Bemerkungen	Quelle	Definition	Max Länge	Typ
2.3.								
Angaben betreffend die Mutter								
11	2.3.V01	Geburtsdatum der Mutter	Datumsangabe (Jahr und Monat)	Angabe des Jahres und Monats obligatorisch für die Verbindung von Kind- und Mutterdatensatz, Tag freiwillig	BFS	JJJJMMTT	8	N
12	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
13	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
14	2.3.V04	Anzahl vorausgegangener Schwangerschaften insgesamt	Anzahl		BFS	0-50	2	N
15	2.3.V05	Anzahl vorausgegangener Lebendgeburten	Anzahl		BFS	0-20	2	N
16	2.3.V06	Anzahl vorausgegangener Fehl- oder Totgeburten	Anzahl	Fetaltod (Tod in utero) unabhängig von der Schwangerschaftsdauer, exklusive Schwangerschaftsabbrüche	BFS	0-20	2	N
17	2.3.V07	Anzahl vorausgegangener Schwangerschaftsabbrüche	Anzahl		BFS	0-30	2	N
18	2.3.V08	Verlegung Mutter aus anderem Spital	0 = nein 1 = ja	Wurde die Mutter vor der Geburt aus einem anderen Spital verlegt?	BFS	0 / 1	1	N

Rang	Va. Nr	Bezeichnung	Beschreibung	Bemerkungen	Quelle	Definition	Max Länge	Typ
3. Psychiatrie-Zusatzdaten								
3.1. Allgemeine Angaben								
1	3.1.V01	Rekordart	MP = Zusatzdaten Psychiatrie	Art des Datensatzes	BFS	MP	2	AN
3.2. Daten zur Person								
2	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	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
4	3.2.V03	Beschäftigung vor Eintritt: teilzeit erwerbstätig	0 = nein 1 = ja	Mehrfachantworten möglich	Psychiatrie	0 / 1	1	N

Rang	Va. Nr	Bezeichnung	Beschreibung	Bemerkungen	Quelle	Definition	Max Länge	Typ
5	3.2.V04	Beschäftigung vor Eintritt: voll erwerbstätig	0 = nein 1 = ja	Mehrfachantworten möglich	Psychiatrie	0 / 1	1	N
6	3.2.V05	Beschäftigung vor Eintritt: nicht erwerbstätig oder arbeitslos	0 = nein 1 = ja	Mehrfachantworten möglich	Psychiatrie	0 / 1	1	N
7	3.2.V06	Beschäftigung vor Eintritt: Hausarbeit in eigenem Haushalt	0 = nein 1 = ja	Mehrfachantworten möglich	Psychiatrie	0 / 1	1	N
8	3.2.V07	Beschäftigung vor Eintritt: in Ausbildung (Schule, Lehre, Studium)	0 = nein 1 = ja	Mehrfachantworten möglich	Psychiatrie	0 / 1	1	N
9	3.2.V08	Beschäftigung vor Eintritt: Rehabilitationsprogramm	0 = nein 1 = ja	Mehrfachantworten möglich	Psychiatrie	0 / 1	1	N
10	3.2.V09	Beschäftigung vor Eintritt: IV, AHV oder andere Rente	0 = nein 1 = ja	Mehrfachantworten möglich	Psychiatrie	0 / 1	1	N
11	3.2.V10	Beschäftigung vor Eintritt: Arbeit in geschütztem oder beschütztem Rahmen	0 = nein 1 = ja	Mehrfachantworten möglich	Psychiatrie	0 / 1	1	N
12	3.2.V11	Beschäftigung vor Eintritt: unbekannt	0 = nein 1 = ja	Mehrfachantworten möglich	Psychiatrie	0 / 1	1	N
13	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	Mehrfachantworten möglich	Psychiatrie	1-6 / 9	1	N

3.3.

Daten zum Eintritt

Rang	Va. Nr	Bezeichnung	Beschreibung	Bemerkungen	Quelle	Definition	Max Länge	Typ	
14	3.3.V01	Einweisende Instanz (Psychiatrie)	11	= Patient kommt auf eigene Initiative	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	2	N
			12	= Angehörige, Bezugsperson, freiw. Mitarb., Laien			20		
			31	= praktizierender Arzt			31-39		
			32	= praktizierender Psychiater/innen			40		
			40	= nicht ärztliche (Psycho-, u.a.) Therapeut/innen			60		
			33	= Allgemeinspital, somatisches Spital			81-84		
			34	= Psychiatrie eigene Instit. ambulant			90		
			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								
15	3.3.V02	Freiwilligkeit	1	= freiwilliger Eintritt	Psychiatrie	1 / 2 / 9	1	N	
			2	= unfreiwilliger Eintritt					
			9	= unbekannt					

Rang	Va. Nr	Bezeichnung	Beschreibung	Bemerkungen	Quelle	Definition	Max Länge	Typ
16	3.3.V03	Fürsorgerischer Freiheitsentzug	1 = ohne FFE 2 = mit FFE		Psychiatrie	1 / 2	1	N
3.4.								
Daten zu Behandlung/ Verlauf								
17	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
18	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
19	3.4.V03	Psychopharmakotherapie: Neuroleptika	0 = nein 1 = ja	Mehrfachantworten möglich	Psychiatrie	0 / 1	1	N
20	3.4.V04	Psychopharmakotherapie: Depotneuroleptika	0 = nein 1 = ja	Mehrfachantworten möglich	Psychiatrie	0 / 1	1	N
21	3.4.V05	Psychopharmakotherapie: Antidepressiva	0 = nein 1 = ja	Mehrfachantworten möglich	Psychiatrie	0 / 1	1	N
22	3.4.V06	Psychopharmakotherapie: Tranquilizer	0 = nein 1 = ja	Mehrfachantworten möglich	Psychiatrie	0 / 1	1	N
23	3.4.V07	Psychopharmakotherapie: Hypnotika	0 = nein 1 = ja	Mehrfachantworten möglich	Psychiatrie	0 / 1	1	N

Rang	Va. Nr	Bezeichnung	Beschreibung	Bemerkungen	Quelle	Definition	Max Länge	Typ
24	3.4.V08	Psychopharmakotherapie: Antiepileptika	0 = nein 1 = ja	Mehrfachantworten möglich	Psychiatrie	0 / 1	1	N
25	3.4.V09	Psychopharmakotherapie: Lithium	0 = nein 1 = ja	Mehrfachantworten möglich	Psychiatrie	0 / 1	1	N
26	3.4.V10	Psychopharmakotherapie: Suchtsubstitutionsmittel (z.B. Methadon)	0 = nein 1 = ja	Mehrfachantworten möglich	Psychiatrie	0 / 1	1	N
27	3.4.V11	Psychopharmakotherapie: Suchtaversionsmittel (z.B. Antabus, Nemexin)	0 = nein 1 = ja	Mehrfachantworten möglich	Psychiatrie	0 / 1	1	N
28	3.4.V12	Psychopharmakotherapie: Antiparkinsonmittel	0 = nein 1 = ja	Mehrfachantworten möglich	Psychiatrie	0 / 1	1	N
29	3.4.V13	Psychopharmakotherapie: andere	0 = nein 1 = ja	Mehrfachantworten möglich	Psychiatrie	0 / 1	1	N
30	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

31	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 allge- meinen Minimaldatensatzes übereinstimmen.	Psychiatrie	11 / 12 20 30 40 51 / 52 80 90	2	N
----	---------	--------------------------------------	--	---	-------------	--	---	---

Medizinische Statistik, Anpassung 2008

Variablen

Rang	Va. Nr	Bezeichnung	Beschreibung	Bemerkungen	Quelle	Definition	Max Länge	Typ
32	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

Rang	Va. Nr	Bezeichnung	Beschreibung	Bemerkungen	Quelle	Definition	Max Länge	Typ
33	3.5.V03	Behandlung nach Austritt (Psychiatrie)	10 = geheilt / kein Behandlungsbedarf	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 allge- meinen Minimaldatensatzes übereinstimmen.	Psychiatrie	00	2	N
		21 = Bezugsperson, freiw. Mitarb., Laien	10					
		22 = Beratungsstelle, soziale Institution, Sozialdienst, etc.	21-28					
		23 = praktizierender Arzt/in	30					
		24 = praktizierender Psychiater/in	41-43					
		25 = nicht ärztlicher Psychotherapeut/in	51-53					
		26 = Psychiatrie, eigene Instit., ambulant	81 / 82					
		27 = Psychiatrie, andere Instit., ambulant	90					
		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						

Rang	Va. Nr	Bezeichnung	Beschreibung	Bemerkungen	Quelle	Definition	Max Länge	Typ
4		Patientengruppen-Zusatzdaten (MD)						
	4.1.	Allgemeine Angaben						
1	4.1.V01	Rekordart	MD = Zusatzdaten Patientengruppen	Art des Datensatzes	BFS	MD	2	AN
2	4.1.V02	Lokalisation des Spitals	Postleitzahl	Postleitzahl des den Patienten beherbergenden Hauses (Spitals) als Standort-Merkmal zu jedem Fall. Die Frage des Standortes eines Spitals ist insbesondere für die Versorgungsplanung (Zugänglichkeit) eine wichtige Frage. Sie kann anhand der bisherigen Variablen nicht mehr entschieden werden, weil die rechtliche Einheit immer weniger mit der geografischen Einheit übereinstimmt.	BFS	0000-9999	4	AN
3	4.1.V03	Lokalisation des Spitals, Reservefeld	Wird später definiert	Ein Reservefeld soll sicherstellen, dass später, nach einer erfolgten Abgrenzung der Spitalstandorte, eine genauere Abgrenzung möglich ist.	BFS	0-9	1	N
	4.2.	MD-Diagnosen		Administrative Meldungen mit reduziertem Datensatz (Für einen Statistikfall « B » (Variable 0.2.V02) werden keine Diagnosen kodiert.				
4	4.2.V010	MD-Hauptdiagnose	ICD-10-GM-Kode	Die Vergabe der Codes erfolgt nach den Kodierrichtlinien des BFS Die Angabe kann bis zu sechsstelligen Codes umfassen. Die Codes werden ohne Punkte erfasst.	ICD-10-GM	A00000-Z99999	6	AN
5	4.2.V011	Seitigkeit der MD-Hauptdiagnose	0 = beidseitig 1 = einseitig rechts 2 = einseitig links 3 = einseitig unbekannt 9 = unbekannt leer = Frage stellt sich nicht	Bei jeder Diagnose – bei welcher diese Möglichkeit überhaupt vorhanden ist – muss die Angabe gemacht werden. Falls sich die Frage nicht stellt, wird das Feld leer gelassen.	BFS	0-3/9/leer	1	N
6	4.2.V012	Tumoraktivität der MD-Hauptdiagnose	0 = inaktiv 1 = aktiv 9 = unbekannt leer = Frage stellt sich nicht	Bei jeder Tumordiagnose (ICD-Codes C00-D49) kann die Angabe aktiv/inaktiv/unbekannt gemacht werden. Falls sich die Frage nicht stellt, wird das Feld leer gelassen. Grundsätzlich besteht die Annahme, dass der Tumor aktiv ist. Der Tumor wird als inaktiv bezeichnet, wenn nach üblicher Diagnostik keine Tumoraktivität mehr vorhanden ist.	BFS	0/1/9/leer	1	N
7	4.2.V020	MD-Zusatz zu Hauptdiagnose	ICD-10-GM-Kode	Angabe von ergänzenden Merkmalen des Hauptdiagnosekodes (Sternkode, Kode für externe Ursachen) Sternkodes werden nicht als solche markiert, die Vergabe erfolgt nach den Richtlinien des ICD10, Band 2.	ICD-10-GM	A00000-Z99999	6	AN

Medizinische Statistik, Anpassung 2008

Variablen

Rang	Va. Nr	Bezeichnung	Beschreibung	Bemerkungen	Quelle	Definition	Max Länge	Typ
8	4.2.V030	MD-1.Nebendiagnose	ICD-10-GM-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-GM	A00000-Z99999	6	AN
9	4.2.V031	Seitigkeit 1.Nebendiagnose	Wie Variable 4.2.V011		BFS	0-3/9/leer	1	N
10	4.2.V032	Tumoraktivität 1.Nebendiagnose	Wie Variable 4.2.V012		BFS	0/1/9/leer	1	N
11	4.2.V040	MD-2.Nebendiagnose	ICD-10-GM-Kode	Wie MD-1.Nebendiagnose	ICD-10-GM	A00000-Z99999	6	AN
12	4.2.V041	Seitigkeit 2.Nebendiagnose	Wie Variable 4.2.V011		BFS	0-3/9/leer	1	N
13	4.2.V042	Tumoraktivität2.Nebendiagnose	Wie Variable 4.2.V012		BFS	0/1/9/leer	1	N
14	4.2.V050	MD-3.Nebendiagnose	ICD-10-GM-Kode	Wie MD-1.Nebendiagnose	ICD-10-GM	A00000-Z99999	6	AN
15	4.2.V051	Seitigkeit 3.Nebendiagnose	Wie Variable 4.2.V011		BFS	0-3/9/leer	1	N
16	4.2.V052	Tumoraktivität 3.Nebendiagnose	Wie Variable 4.2.V012		BFS	0/1/9/leer	1	N
17	4.2.V060	MD-4.Nebendiagnose	ICD-10-GM-Kode	Wie MD-1.Nebendiagnose	ICD-10-GM	A00000-Z99999	6	AN
18	4.2.V061	Seitigkeit 4.Nebendiagnose	Wie Variable 4.2.V011		BFS	0-3/9/leer	1	N
19	4.2.V062	Tumoraktivität 4.Nebendiagnose	Wie Variable 4.2.V012		BFS	0/1/9/leer	1	N
20	4.2.V070	MD 5.Nebendiagnose	ICD-10-GM-Kode	Wie MD-1.Nebendiagnose	ICD-10-GM	A00000-Z99999	6	AN
21	4.2.V071	Seitigkeit 5.Nebendiagnose	Wie Variable 4.2.V011		BFS	0-3/9/leer	1	N
22	4.2.V072	Tumoraktivität 5.Nebendiagnose	Wie Variable 4.2.V012		BFS	0/1/9/leer	1	N
23	4.2.V080	MD 6.Nebendiagnose	ICD-10-GM-Kode	Wie MD-1.Nebendiagnose	ICD-10-GM	A00000-Z99999	6	AN
24	4.2.V081	Seitigkeit 6.Nebendiagnose	Wie Variable 4.2.V011		BFS	0-3/9/leer	1	N
25	4.2.V082	Tumoraktivität 6.Nebendiagnose	Wie Variable 4.2.V012		BFS	0/1/9/leer	1	N
26	4.2.V090	MD 7.Nebendiagnose	ICD-10-GM-Kode	Wie MD-1.Nebendiagnose	ICD-10-GM	A00000-Z99999	6	AN
27	4.2.V091	Seitigkeit 7.Nebendiagnose	Wie Variable 4.2.V011		BFS	0-3/9/leer	1	N
28	4.2.V092	Tumoraktivität 7.Nebendiagnose	Wie Variable 4.2.V012		BFS	0/1/9/leer	1	N
29	4.2.V100	MD 8.Nebendiagnose	ICD-10-GM-Kode	Wie MD-1.Nebendiagnose	ICD-10-GM	A00000-Z99999	6	AN
30	4.2.V101	Seitigkeit 8.Nebendiagnose	Wie Variable 4.2.V011		BFS	0-3/9/leer	1	N
31	4.2.V102	Tumoraktivität 8.Nebendiagnose	Wie Variable 4.2.V012		BFS	0/1/9/leer	1	N
32	4.2.V110	MD 9.Nebendiagnose	ICD-10-GM-Kode	Wie MD-1.Nebendiagnose	ICD-10-GM	A00000-Z99999	6	AN
33	4.2.V111	Seitigkeit 9.Nebendiagnose	Wie Variable 4.2.V011		BFS	0-3/9/leer	1	N
34	4.2.V112	Tumoraktivität 9.Nebendiagnose	Wie Variable 4.2.V012		BFS	0/1/9/leer	1	N
35-151	4.2.V...	...	...	...	...	...	...	...

Rang	Va. Nr	Bezeichnung	Beschreibung	Bemerkungen	Quelle	Definition	Max Länge	Typ
152	4.2.V510	MD 49.Nebendiagnose	ICD-10-GM-Kode	Wie MD-1.Nebendiagnose	ICD-10-GM	A00000-Z99999	6	AN
153	4.2.V511	Seitigkeit 49.Nebendiagnose	Wie Variable 4.2.V011		BFS	0-3/9/leer	1	N
154	4.2.V512	Tumoraktivität 49.Nebendiagnose	Wie Variable 4.2.V012		BFS	0/1/9/leer	1	N
	4.3.	MD-Behandlungen		Für einen Statistikfall « B » (Variable 0.2.V02) werden keine Behandlungen kodiert.				
155	4.3.V010	MD-Hauptbehandlung	CHOP-Kode	Angabe der im Rahmen der Hauptdiagnose für den Behandlungsprozess entscheidendsten medizinischen Behandlung. Verschlüsselung nach der Schweizerischen Operationsklassifikation (CHOP). Die Angabe erfolgt mit bis zu den sechsstelligen Codes. Die Codes werden ohne Punkte erfasst.	BFS	xxxxxx	6	AN
156	4.3.V011	Seitigkeit der MD-Hauptbehandlung	0 = beidseitig 1 = einseitig rechts 2 = einseitig links 3 = einseitig unbekannt 9 = unbekannt leer = Frage stellt sich nicht	Bei jeder Behandlung – bei welcher diese Möglichkeit überhaupt vorhanden ist – muss die Angabe gemacht werden. Falls sich die Frage nicht stellt, wird das Feld leer gelassen	BFS	0-3 / 9 / leer	1	N
157	4.3.V015	Beginn der MD-Hauptbehandlung	Datum (mit Angabe der Stunde)	Zeitpunkt des effektiven Beginns des unter 'Hauptbehandlung' angegebenen medizinischen Aktes (ohne routinemässige Vorbereitungen).	BFS	JJJJMMTTSS	10	D
158	4.3.V016	Ambulante Behandlungen auswärts, Hauptbehandlung	leer = (default) Frage stellt sich nicht; eigenes Krankenhausareal, gleicher Betrieb 1 = eigenes Krankenhausareal, anderer Betrieb 2 = ausserhalb eigenem Krankenhausareal, gleicher Betrieb 3 = ausserhalb eigenem Krankenhausareal, anderer Betrieb 9 = unbekannt	Nur bei ambulanten Behandlungen ausserhalb des eigenen Krankenhausareals anzugeben. Falls sich die Frage nicht stellt (bei Behandlung innerhalb des eigenen Krankenhausareals), wird das Feld leer gelassen -> gleicher Betrieb = gleiche BUR-Nr. -> anderer Betrieb = andere BUR-Nr.	BFS	1-3 / 9 / leer	1	N
159	4.3.V017	Ambulante Behandlungen auswärts, Zusatzfeld Hauptbehandlung	wird später definiert	Ein zusätzliches Reservefeld soll sicherstellen, dass später eine Zusatzinformation zum Zielort/Art des Spitals der Durchführung der Behandlung angefügt werden kann.	BFS	Später definiert	16	AN
160	4.3.V020	1. Nebenbehandlung	CHOP-Kode		BFS	xxxxxx	6	AN
161	4.3.V021	1. Nebenbehandlung, Seitigkeit	Wie Variable 4.3.V011		BFS	0-3 / 9 / leer	1	N
162	4.3.V025	1. Nebenbehandlung, Beginn	Datum (ohne Angabe der Stunde)		BFS	JJJJMMTT	8	D

Medizinische Statistik, Anpassung 2008

Variablen

Rang	Va. Nr	Bezeichnung	Beschreibung	Bemerkungen	Quelle	Definition	Max Länge	Typ
163	4.3.V026	1. Nebenbehandlung auswärts	wie Variable 4.3.V016		BFS	1-3 / 9 / leer	1	N
164	4.3.V027	1. Nebenbehandlung Zusatzfeld	Wie Variable 4.3.V017		BFS	Später definiert	16	AN
165	4.3.V030	2. Nebenbehandlung	CHOP-Kode		BFS	xxxxxx	6	AN
166	4.3.V031	2. Nebenbehandlung, Seitigkeit	Wie Variable 4.3.V011		BFS	0-3 / 9 / leer	1	N
167	4.3.V035	2. Nebenbehandlung, Beginn	Datum (ohne Stunde)		BFS	JJJJMMTT	8	D
168	4.3.V036	2. Nebenbehandlung auswärts	wie Variable 4.3.V016		BFS	1-3 / 9 / leer	1	N
169	4.3.V037	2. Nebenbehandlung Zusatzfeld	Wie Variable 4.3.V017		BFS	Später definiert	16	AN
170	4.3.V040	3. Nebenbehandlung	CHOP-Kode		BFS	xxxxxx	6	AN
171	4.3.V041	3. Nebenbehandlung, Seitigkeit	Wie Variable 4.3.V011		BFS	0-3 / 9 / leer	1	N
172	4.3.V045	3. Nebenbehandlung, Beginn	Datum (ohne Stunde)		BFS	JJJJMMTT	8	D
173	4.3.V046	3. Nebenbehandlung auswärts	wie Variable 4.3.V016		BFS	1-3 / 9 / leer	1	N
174	4.3.V047	3. Nebenbehandlung Zusatzfeld	Wie Variable 4.3.V017		BFS	Später definiert	16	AN
175	4.3.V050	4. Nebenbehandlung	CHOP-Kode		BFS	xxxxxx	6	AN
176	4.3.V051	4. Nebenbehandlung, Seitigkeit	Wie Variable 4.3.V011		BFS	0-3 / 9 / leer	1	N
177	4.3.V055	4. Nebenbehandlung, Beginn	Datum (ohne Stunde)		BFS	JJJJMMTT	8	D
178	4.3.V056	4. Nebenbehandlung auswärts	wie Variable 4.3.V016		BFS	1-3 / 9 / leer	1	N
179	4.3.V057	4. Nebenbehandlung Zusatzfeld	Wie Variable 4.3.V017		BFS	Später definiert	16	AN
180	4.3.V060	5. Nebenbehandlung	CHOP-Kode		BFS	xxxxxx	6	AN
181	4.3.V061	5. Nebenbehandlung, Seitigkeit	Wie Variable 4.3.V011		BFS	0-3 / 9 / leer	1	N
182	4.3.V065	5. Nebenbehandlung, Beginn	Datum (ohne Stunde)		BFS	JJJJMMTT	8	D
183	4.3.V066	5. Nebenbehandlung auswärts	wie Variable 4.3.V016		BFS	1-3 / 9 / leer	1	N
184	4.3.V067	5. Nebenbehandlung Zusatzfeld	Wie Variable 4.3.V017		BFS	Später definiert	16	AN
185	4.3.V070	6. Nebenbehandlung	CHOP-Kode		BFS	xxxxxx	6	AN
186	4.3.V071	6. Nebenbehandlung, Seitigkeit	Wie Variable 4.3.V011		BFS	0-3 / 9 / leer	1	N
187	4.3.V075	6. Nebenbehandlung, Beginn	Datum (ohne Stunde)		BFS	JJJJMMTT	8	D
188	4.3.V076	6. Nebenbehandlung auswärts	wie Variable 4.3.V016		BFS	1-3 / 9 / leer	1	N
189	4.3.V077	6. Nebenbehandlung Zusatzfeld	Wie Variable 4.3.V017		BFS	Später definiert	16	AN
190	4.3.V080	7. Nebenbehandlung	CHOP-Kode		BFS	xxxxxx	6	AN
191	4.3.V081	7. Nebenbehandlung, Seitigkeit	Wie Variable 4.3.V011		BFS	0-3 / 9 / leer	1	N
192	4.3.V085	7. Nebenbehandlung, Beginn	Datum (ohne Stunde)		BFS	JJJJMMTT	8	D
193	4.3.V086	7. Nebenbehandlung auswärts	wie Variable 4.3.V016		BFS	1-3 / 9 / leer	1	N
194	4.3.V087	7. Nebenbehandlung Zusatzfeld	Wie Variable 4.3.V017		BFS	Später definiert	16	AN
195	4.3.V090	8. Nebenbehandlung	CHOP-Kode		BFS	xxxxxx	6	AN

Rang	Va. Nr	Bezeichnung	Beschreibung	Bemerkungen	Quelle	Definition	Max Länge	Typ
196	4.3.V091	8. Nebenbehandlung, Seitigkeit	Wie Variable 4.3.V011		BFS	0-3 / 9 / leer	1	N
197	4.3.V095	8. Nebenbehandlung, Beginn	Datum (ohne Stunde)		BFS	JJJJMMTT	8	D
198	4.3.V096	8. Nebenbehandlung auswärts	wie Variable 4.3.V016		BFS	1-3 / 9 / leer	1	N
199	4.3.V097	8. Nebenbehandlung Zusatzfeld	Wie Variable 4.3.V017		BFS	Später definiert	16	AN
200	4.3.V100	9. Nebenbehandlung	CHOP-Kode		BFS	xxxxxx	6	AN
201	4.3.V101	9. Nebenbehandlung, Seitigkeit	Wie Variable 4.3.V011		BFS	0-3 / 9 / leer	1	N
202	4.3.V105	9. Nebenbehandlung, Beginn	Datum (ohne Stunde)		BFS	JJJJMMTT	8	D
203	4.3.V106	9. Nebenbehandlung auswärts	wie Variable 4.3.V016		BFS	1-3 / 9 / leer	1	N
204	4.3.V107	9. Nebenbehandlung Zusatzfeld	Wie Variable 4.3.V017		BFS	Später definiert	16	AN
205	4.3.V110	10. Nebenbehandlung	CHOP-Kode		BFS	xxxxxx	6	AN
206	4.3.V111	10. Nebenbehandlung, Seitigkeit	Wie Variable 4.3.V011		BFS	0-3 / 9 / leer	1	N
207	4.3.V115	10. Nebenbehandlung, Beginn	Datum (ohne Stunde)		BFS	JJJJMMTT	8	D
208	4.3.V116	10. Nebenbehandlung auswärts	wie Variable 4.3.V016		BFS	1-3 / 9 / leer	1	N
209	4.3.V117	10. Nebenbehandlung Zusatzfeld	Wie Variable 4.3.V017		BFS	Später definiert	16	AN
210	4.3.V...	...	...	...	...	...	...	...
-	649							
650	4.3.V1000	99. Nebenbehandlung	CHOP-Kode		BFS	xxxxxx	6	AN
651	4.3.V1001	99. Nebenbehandlung, Seitigkeit	Wie Variable 4.3.V011		BFS	0-3 / 9 / leer	1	N
652	4.3.V1005	99. Nebenbehandlung, Beginn	Datum (ohne Stunde)		BFS	JJJJMMTT	8	D
653	4.3.V1006	99. Nebenbehandlung auswärts	wie Variable 4.3.V016		BFS	1-3 / 9 / leer	1	N
654	4.3.V1007	99. Nebenbehandlung Zusatzfeld	Wie Variable 4.3.V017		BFS	Später definiert	16	AN
4.4.		MD-Intensivmedizin		Definitionen übernommen von der Schweizerischen Gesellschaft für Intensivmedizin (SGI). Die Daten sind im Datensatz der SGI vorhanden. Diese Variablen (Ausgenommen: 4.4.V01) müssen nur ausgefüllt werden, wenn das Spital über eine von der Schweizerischen Gesellschaft für Intensivmedizin SGI anerkannte Intensivstation oder neonatologische Intensivstation verfügt. Die Variable 4.4.V01 kann auch ohne diese Bedingung einzeln ausgefüllt werden.				

Rang	Va. Nr	Bezeichnung	Beschreibung	Bemerkungen	Quelle	Definition	Max Länge	Typ
655	4.4.V01	Dauer der künstlichen Beatmung	Anzahl Stunden Im MDSi gibt das Datenfeld 2.4.1.3 an, ob in der jeweiligen Schicht eine Beatmung vorhanden war oder nicht. Summe aller („ja“ x Dauer der jeweiligen Schicht) ergibt die Beatmungsdauer.	Wird analog zu den deutschen Kodierrichtlinien definiert, wobei folgendes gilt: Nur Angabe der Anzahl Stunden, keine Information zur Art der Beatmung in diesem Feld. Die Information kann aus dem Datensatz SGI (MDSi) berechnet werden, indem die Anzahl Schichten mit Beatmung mit den Stunden der Schichtlänge multipliziert wird. Die Definition einer Schicht mit Beatmung ist in MDSi festgelegt. Die entsprechenden Variablen im Konzept MDSi sind entweder 2.4.1.3 „Beatmung“ oder 2.4.4. „Beatmung“ Das Konzept MDSi befindet sich im Internet unter folgender Adresse: www.sgi-ssmi.ch -> Downloads -> MDSi	SGI	0-99999	5	N
656	4.4.V02	Schweregrad der akuten Erkrankung	Score numerisch integer	Definition gemäss SGI: Im MDSi ist im Datenfeld 2.3.5.1 der Schweregrad-Score SAPS dokumentiert Im MDSi ist im Datenfeld 2.3.5.2 der Schweregrad-Score PIM2 dokumentiert Im MDSi ist im Datenfeld 2.3.5.3 der Schweregrad-Score CRIB2 dokumentiert (Es wird jeweils nur ein Feld (also entweder 2.3.5.1 oder 2.3.5.2 oder 2.3.5.3) ausgefüllt.)	SGI	0 - 999	3	N
657	4.4.V03	Art des Score	S = SAPS P = PIM2 C = CRIB	Definitionen gemäss SGI (vgl. 4.4.V02)	SGI	X	1	AN
658	4.4.V04	NEMS, Total aller Schichten	1) bei 8-Stunden Schicht werden die NEMS-Punkte zur Gesamtsumme zusammengezählt. 2) bei 12-Stunden Schicht wird die jeweilige Punktezahl für NEMS pro Schicht mit 1.5 multipliziert, anschliessend wird wiederum die Gesamtsumme aller NEMS gebildet.	Betreuungs- und Behandlungsaufwand Score gemäss Definition NEMS (SGI) Dies entspricht der Summe der Variable 2.4.1 IS spezifischer Aufwand-Score (NEMS) im MDSi Konzept Die genaue Definition von NEMS befindet sich im Konzept MDSi. Das Konzept MDSi befindet sich im Internet unter folgender Adresse: www.sgi-ssmi.ch -> Downloads -> MDSi	SGI	0-999999	6	N
659	4.4.V05	SGI Resevelfeld 1	Wird später definiert	Vorgesehen für die Möglichkeit, dass parallel mehrere oder neue Scores verwendet werden könnten		XXXXXX	6	AN
660	4.4.V06	SGI Resevelfeld 2	Wird später definiert	Vorgesehen für die Möglichkeit, dass parallel mehrere oder neue Scores verwendet werden könnten	SGI	XXXXXX	6	AN

4.5.

MD-Kinder

Rang	Va. Nr	Bezeichnung	Beschreibung	Bemerkungen	Quelle	Definition	Max Länge	Typ
661	4.5.V01	Aufnahmegewicht	in Gramm (default u. unbekannt = leer)	Aufnahmegewicht eines Säuglings (eines Kindes bis 12 Monate!). Bei einer Geburt während der aktuellen Hospitalisierung muss das Geburtsgewicht im Neugeborenen-Zusatzdatensatz (2.2.V04) dem Aufnahmegewicht im aktuellen Feld entsprechen	BFS	0-99999 / leer	5	N
662	4.5.V02	Kopfumfang bei Geburt	in cm (default u. unbekannt = leer)	Kopfumfang mit dem Massband in üblicher Weise gemessen, nur bei Geburt im Haus zu messen	BFS	0-99 / leer	2	N
4.6.		MD-Fallkostenstatistik		Der Fallkosten-Zusatzdatensatz wurde eliminiert. Diese Variable im Patientengruppen-Datensatz erlaubt die Verknüpfung. Dieses Feld wird nur von den Spitälern ausgefüllt, welche für die Fallkostenstatistik Daten liefern (Netzwerkspitäler).				
663	4.6.V01	Fallnummer der Fallkostenstatistik	Verschlüsselt	Identische Fallnummer wie bei der Fallkostenstatistik geliefert, welche nicht der spitaleigenen Fallnummer entsprechen muss.	BFS		16	AN
		MD-Kennzeichnung von Wiedereintritten (bei Fallzusammenführungen)	<i>Hinweis: Diese Felder sind noch nicht auszufüllen. Sie werden benötigt, sobald SwissDRG die Falldefinition endgültig festlegt hat, insbesondere die Fallzusammenführungen. Die Werte der Variablen können noch ändern.</i>	Die neuen Falldefinitionen von SwissDRG sehen für gewisse Situationen Fallzusammenführungen vor, damit die Abrechnung korrekt erfolgen kann. Durch diese Massnahme geht die Information verloren, wenn ein Patient kurz nach einem Spitalaustritt wieder eintreten muss. Um diese Information für Wiedereintritte weiterhin zu kennen, die zur Erfüllung des gesetzlichen Auftrags der Qualitätsüberwachung notwendig ist, werden diese Zusatzvariablen eingeführt.				
664	4.7.V01	1. Zwischenaustritt	Datum (ohne Stunde)	Nach Eintritt	BFS	JJJJMMTT	8	D
665	4.7.V02	1. Wiedereintritt	Datum (ohne Stunde)	Nach 1. Zwischenaustritt	BFS	JJJJMMTT	8	D
666	4.7.V03	Grund des 1. Wiedereintrittes	leer = (default) 1 = Wiederaufnahme mit gleicher Basis-DRG 2 = Wiederaufnahme mit Partitionswechsel 3 = Wiederaufnahme wegen Komplikation 4 = Rückverlegung 9 = unbekannt		BFS	1-9 / leer (prov.)	1	N
667	4.7.V11	2. Zwischenaustritt	Datum (ohne Stunde)	Nach 1. Wiedereintritt	BFS	JJJJMMTT	8	D
668	4.7.V12	2. Wiedereintritt	Datum (ohne Stunde)	Nach 2. Zwischenaustritt	BFS	JJJJMMTT	8	D

Rang	Va. Nr	Bezeichnung	Beschreibung	Bemerkungen	Quelle	Definition	Max Länge	Typ
669	4.7.V13	Grund des 2. Wiedereintrittes	leer = (default) 1 = Wiederaufnahme mit gleicher Basis-DRG 2 = Wiederaufnahme mit Partitionswechsel 3 = Wiederaufnahme wegen Komplikation 4 = Rückverlegung 9 = unbekannt		BFS	1-9 / leer (prov.)	1	N
670	4.7.V21	3. Zwischenaustritt	Datum (ohne Stunde)	Nach 2. Wiedereintritt	BFS	JJJJMMTT	8	D
671	4.7.V22	3. Wiedereintritt	Datum (ohne Stunde)	Nach 3. Zwischenaustritt	BFS	JJJJMMTT	8	D
672	4.7.V23	Grund des 3. Wiedereintrittes	leer = (default) 1 = Wiederaufnahme mit gleicher Basis-DRG 2 = Wiederaufnahme mit Partitionswechsel 3 = Wiederaufnahme wegen Komplikation 4 = Rückverlegung 9 = unbekannt		BFS	1-9 / leer (prov.)	1	N
673	4.7.V31	4. Zwischenaustritt	Datum (ohne Stunde)	Nach 3. Wiedereintritt	BFS	JJJJMMTT	8	D
674	4.7.V32	4. Wiedereintritt	Datum (ohne Stunde)	Nach 4. Zwischenaustritt	BFS	JJJJMMTT	8	D
675	4.7.V33	Grund des 4. Wiedereintrittes	leer = (default) 1 = Wiederaufnahme mit gleicher Basis-DRG 2 = Wiederaufnahme mit Partitionswechsel 3 = Wiederaufnahme wegen Komplikation 4 = Rückverlegung 9 = unbekannt		BFS	1-9 / leer (prov.)	1	N
676	4.7.V41	Weitere Wiedereintritte	0 = (default) nicht mehr als 5 Aufenthalte bzw. 4 Wiedereintritte 1 = mehr als 5 Aufenthalte bzw. 4 Wiedereintritte		BFS	0/1 (prov.)	1	Boo I
4.8.		Reservfelder	Zusätzlich zu den erwähnten Änderungen werden 20 Reservfelder im Medizinischen Grunddatensatz vorgesehen, um auf unvorhersehbare Neuerungen reagieren zu können. Fünf davon werden bei der Übermittlung verschlüsselt werden.					
677	4.8.V01	DRG Status (Reservfeld 1)	0 = nein 1 = ja	Information, ob ein Behandlungsfall über DRG abgerechnet worden ist.	BFS	0/1/leer	50	AN
678	4.8.V02	Medikament 1 (Reservfeld 2)		Angabe zur Abgabe von hochteuren Medikamenten.	BFS		50	AN

Medizinische Statistik, Anpassung 2008

Variablen

Rang	Va. Nr	Bezeichnung	Beschreibung	Bemerkungen	Quelle	Definition	Max Länge	Typ
679	4.8.V03	Medikament 2 (Reservefeld 3)		dito.	BFS		50	AN
680	4.8.V04	Medikament 3 (Reservefeld 4)		dito.	BFS		50	AN
681	4.8.V05	Medikament 4 (Reservefeld 5)		dito.	BFS		50	AN
682	4.8.V06	Medikament 5 (Reservefeld 6)		dito.	BFS		50	AN
683	4.8.V07	Medikament 6 (Reservefeld 7)		dito.	BFS		50	AN
684	4.8.V08	Medikament 7 (Reservefeld 8)		dito.	BFS		50	AN
685	4.8.V09	Medikament 8 (Reservefeld 9)		dito.	BFS		50	AN
686	4.8.V10	Medikament 9 (Reservefeld 10)		dito.	BFS		50	AN
687	4.8.V11	Medikament 10 (Reservefeld 11)		dito.	BFS		50	AN
688	4.8.V12	Medikament 11 (Reservefeld 12)		dito.	BFS		50	AN
689	4.8.V13	Medikament 12 (Reservefeld 13)		dito.	BFS		50	AN
690	4.8.V14	Medikament 13 (Reservefeld 14)		dito.	BFS		50	AN
691	4.8.V15	Medikament 14 (Reservefeld 15)		dito.	BFS		50	AN
692	4.8.V16	Reservefeld 16	Verschlüsselt	Reservefeld, wird automatisch verschlüsselt (ähnliches Verfahren wie beim Verbindungskode). Der Originalwert kann vom BFS entschlüsselt werden. Bis auf weiteres leer zu lassen.	BFS		50	AN
693	4.8.V17	Reservefeld 17	Verschlüsselt	dito	BFS		50	AN
694	4.8.V18	Reservefeld 18	Verschlüsselt	dito	BFS		50	AN
695	4.8.V19	Reservefeld 19	Verschlüsselt	dito	BFS		50	AN
696	4.8.V20	Reservefeld 20	Verschlüsselt	dito	BFS		50	AN

Version:	Datum:	Änderungen, Status:
Version 1.0 - Juni 2008	Juni.2008	Erste Fassung
Version 1.0 - Dezember 2009	Dezember 2009	Aktualisierung der Reservfelder 1-15 (4.8.V01-4.8.V15)
Version 1.0 - Januar 2010	Januar 2010	Ergänzung der „Bemerkungen“ zu 4.4. MD-Intensivmedizin
Version 1.0 – Mai 2010	Mai 2010	Ersetzen der Variable 0.1.V03 „Kode der NOGA“ (alt, gültig bis 31.12.2010) durch „Standort“ (neu, gültig ab 1.1.2011)