



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI

Bundesamt für Statistik BFS
Abteilung Gesundheit und Soziales

Juni 2008 (Stand 01/2019)

Variablen der Medizinischen Statistik

Spezifikationen gültig ab 1.1.2019

("Schnittstellenkonzept")

Letzte Aktualisierung: Januar 2019

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 > Statistiken > Gesundheit > Erhebungen > Medizinische Statistik der Krankenhäuser > Konzept

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/erhebungen/ms.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	9
Betriebswirtschaftliche Angaben	9
Austrittsmerkmale	10
Diagnosen	12
Behandlungen	13
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	18
Daten zum Austritt	21
Patientengruppen- Zusatzdaten (MD)	24
Allgemeine Angaben	24
MD-Diagnosen	24
MD-Behandlungen	26
MD-Intensivmedizin	28
MD-Kinder	29
MD-Fallkostenstatistik	30
MD-Kennzeichnung von Wiedereintritten	30
Reservfelder	31

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).

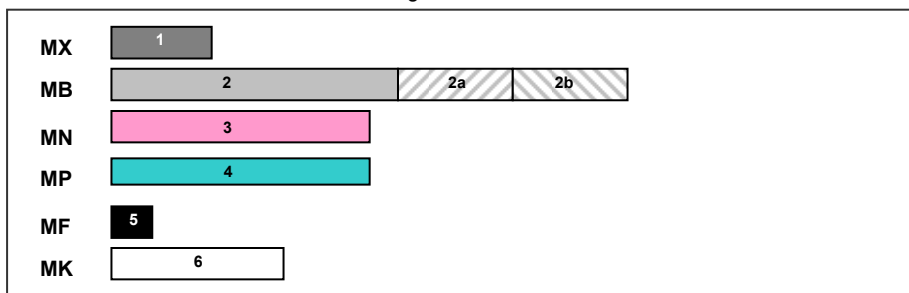
Der Minimaldatensatz¹ **MB**(2) enthält alle Basisdaten eines Patienten. Im Jahr 2006 wurde dieser Datensatz angepasst, damit 20 zusätzliche Diagnosen (2a) und ebenso viele zusätzliche Behandlungen (2b) erhoben werden konnten.

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.

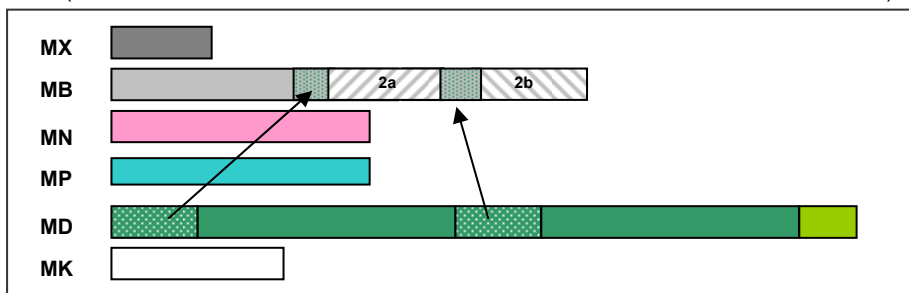
Zusätzlich können die kantonalen Erhebungsstellen weitere Variablen in einem kantonalen Zusatzdatensatz **MK**(6) erheben.



Angepasster Datensatz, Konzept 2009

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,

34 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.								
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 Name, 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								
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: Link	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)				
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

Rang	Va. Nr	Bezeichnung	Beschreibung	Bemerkungen	Quelle	Definition	Max Länge	Typ	
17	1.2.V02	Aufenthaltort vor dem Eintritt	1	= Zuhause	Unmittelbarer Aufenthaltsort vor dem Eintritt. Wo befand sich der Patient / die Patientin? Neu: gültig ab dem 1.1.2017	BFS	1-99	2	N
			2	= Zuhause mit SPITEX Versorgung					
			3	= Krankenhaus, Pflegeheim					
			4	= Altersheim, andere sozialmed. Institutionen					
			5	= Psychiatrische Klinik, anderer Betrieb					
			55	= Psychiatrische Abteilung/Klinik, gleicher Betrieb					
			6	= anderes Krankenhaus (Akutspital) oder Geburtshaus					
			66	= Akutabteilung/-klinik, gleicher Betrieb					
			7	= Strafvollzugsanstalt					
			8	= andere					
18	1.2.V03	Eintrittsart	1	= Notfall (Behandlung innerhalb von 12 Std. unabdingbar)	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 Neu: gültig ab 1.1.2012	BFS	1-4 / 8-9	1	N
			2	= angemeldet, geplant					
			3	= Geburt (Kind in dieser Klinik geboren)					
			4	= interner Übertritt					
			5	= „Verlegung innerhalb 24 Std.“					
			8	= andere					
			9	= unbekannt					

Rang	Va. Nr	Bezeichnung	Beschreibung	Bemerkungen	Quelle	Definition	Max Länge	Typ
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)				
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. Definition Intensivstation gemäss Richtlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Intensivmedizin. 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, eine Patientin die Institution für mehr als 24 Stunden bei bleibender Reservierung eines Bettes (ferienhalber oder als Belastungserprobung in der Psychiatrie), 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 M960 = Notfallzentrum M970 = Ärztenotfallpraxis M990 = Andere Tätigkeitsbereiche	Wichtigste Kostenstelle, der die Kosten dieser Hospitalisierung zugeordnet werden. Sollte mit den Kostenstellen gemäss der Krankenhausstatistik (administrative Daten) übereinstimmen. Bei den ambulanten Statistiken werden zusätzliche Informationen zum „Notfall“ benötigt. Wenn die Patienten über Nacht bleiben, kann es sein, dass ein stationärer Fall entsteht.	BFS	M000 - M990	4	AN
25	1.4.V02	Hauptkostenträger für Grundversicherungsleistungen	1 = Krankenversicherung (obligat.) 2 = Invalidenversicherung 3 = Militärversicherung 4 = Unfallversicherung 5 = Selbstzahler (z.B. 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. Neu: Gültig ab dem 1.1.2017	BFS	0-99	2	N
											2	= Krankenhaus, Pflegeheim					
3	= Altersheim, andere sozialmed. Institution																
4	= Psychiatrische Klinik, anderer Betrieb																
44	= Psychiatrische Abteilung/Klinik, gleicher Betrieb																
5	= Rehabilitationsklinik, anderer Betrieb																
55	= Rehabilitationsabteilung/-klinik, gleicher Betrieb																
6	= anderes Krankenhaus (Akutspital) oder Geburtshaus																
66	= Akutabteilung/-klinik, gleicher Betrieb																
7	= Strafvollzugsanstalt																
8	= andere																
9	= unbekannt																
0	= Todesfall																

Rang	Va. Nr	Bezeichnung	Beschreibung	Bemerkungen	Quelle	Definition	Max Länge	Typ
29	1.5.V04	Behandlung nach Austritt	1 = geheilt/kein Behandlungsbedarf 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	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
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 (Sterncode, 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

Rang	Va. Nr	Bezeichnung	Beschreibung	Bemerkungen	Quelle	Definition	Max Länge	Typ
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.			Administrative Meldungen mit reduziertem Datensatz (Fall « B » der Variablen 0.2.V02) beantworten diese Fragen nicht.				
		Behandlungen						
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	JJJJMMTThh	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) Administrative Meldungen mit reduziertem Datensatz (Fall « B » der Variablen 0.2.V02) beantworten diese Fragen nicht.				
	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	2.2.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

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		Auszufüllen bei Statistikfall A und C (0.2V02) Administrative Meldungen mit reduziertem Datensatz (Fall « B » der Variablen 0.2.V02) beantworten diese Fragen nicht.				
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

Rang	Va. Nr	Bezeichnung	Beschreibung	Bemerkungen	Quelle	Definition	Max Länge	Typ	
3	3.2.V02	Aufenthaltort vor dem Eintritt (Psychiatrie)	11	= Zuhause, alleine	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. Neu: Gültig ab dem 1.1.2017	Psychiatrie	11 / 12	2	N
			12	= Zuhause, mit anderen			21 / 22		
			21	= Zuhause, alleine, mit Spitex			30		
			22	= Zuhause, mit anderen, mit Spitex			40 / 41		
			30	= Krankenhaus, Pflegeheim			50 / 55		
			40	= Altersheim, andere sozialmed. Instit.			60 / 66		
			41	= Wohnheim			70		
			50	= Psychiatrische Klinik, anderer Betrieb			81 / 82		
			55	= Psychiatrische Abteilung/Klinik, gleicher Betrieb			83 / 84		
			60	= anderes Krankenhaus (Akutspital) oder Geburtshaus			90		
			66	= Akutabteilung/-klinik, gleicher Betrieb					
			70	= Strafvollzugsanstalt					
			81	= andere					
			82	= ohne festen Wohnsitz					
			83	= Rehabilitationsklinik, anderer Betrieb					
84	= Rehabilitationsabteilung/-klinik, gleicher Betrieb								
90	= unbekannt								
4	3.2.V03	Beschäftigung vor Eintritt: teilzeit erwerbstätig	0 = nein 1 = ja	Mehrfachantworten möglich	Psychiatrie	0 / 1	1	N	
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	

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

Medizinische Statistik, Spezifikationen gültig ab 1.1.2019

Variablen

Rang	Va. Nr	Bezeichnung	Beschreibung	Bemerkungen	Quelle	Definition	Max Länge	Typ
14	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
15	3.3.V02	Freiwilligkeit	1 = freiwilliger Eintritt 2 = unfreiwilliger Eintritt 9 = unbekannt	Ab dem 1. Januar 2013 wurde der „fürsorgerische Freiheitsentzug“ durch die „fürsorgerische Unterbringung“ FU ersetzt. Die Eintritte mittels einer FU sind seither alle automatisch unfreiwillig. Folglich muss diese Variable nicht mehr ausgefüllt werden.	Psychiatrie	1 / 2 / 9	1	N

Rang	Va. Nr	Bezeichnung	Beschreibung	Bemerkungen	Quelle	Definition	Max Länge	Typ
16	3.3.V03	Fürsorgerische Unterbringung	1 = ohne FU 2 = mit FU	Der Begriff des "fürsorgerischen Freiheitsentzuges" FFE wurde infolge der Revision des Vormundschaftsrechts zum neuen Erwachsenenschutzrecht per 1. Januar 2013 von der Bezeichnung "fürsorgerische Unterbringung" FU abgelöst.	Psychiatrie	1 / 2	1	N
3.4.								
Daten zu Behandlung/ Verlauf								
17	3.4.V04	Anzahl Tage / Konsultationen	stationär: Anzahl- Behandlungstage teilstationär: Anzahl- Behandlungstage ambulant: Anzahl- Konsultationen	Diese Variable muss nicht mehr ausgefüllt werden.	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 = Übertritt von Akutstation 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
----	---------	--------------------------------------	--	---	-------------	--	---	---

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. Institut. 31 = Wohnheim 40 = Psychiatrische Klinik, anderer Betrieb 44 = Psychiatrische Abteilung/Klinik, gleicher Betrieb 50 = Rehabilitationsklinik, anderer Betrieb 55 = Rehabilitationsabteilung/-klinik, gleicher Betrieb 60 = anderes Krankenhaus (Akutspital) oder Geburtshaus 66 = Akutabteilung/-klinik, gleicher Betrieb 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. Neu: Gültig ab dem 1.1.2017	Psychiatrie	00 11 12 20 31 / 32 40 / 44 50 / 55 60 / 66 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 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
34	3.5.V04	Behandlungsbereich	1. Allgemein Psychiatrie 2. Kinder und Jugendpsychiatrie 3. Alterspsychiatrie 4. Abhängigkeitserkrankungen 5. Forensik	Das Merkmal wird einmal pro Fall erfasst, das heisst Verlegungen zwischen den Abteilungen können nicht abgebildet werden. Die bestimmende Abteilung ist die Austrittsabteilung, also die Abteilung in welcher der Patient liegt, bevor er entlassen wird.	Psychiatrie/ TARPSY	1-5 / leer	1	N

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	Diese Variable muss nicht mehr ausgefüllt werden.	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, Spezifikationen gültig ab 1.1.2019

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	Diese Variable muss nicht mehr ausgefüllt werden.	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	Tumoraktivität 2.Nebendiagnose	Wie Variable 4.2.V012	Diese Variable muss nicht mehr ausgefüllt werden.	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	Diese Variable muss nicht mehr ausgefüllt werden.	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	Diese Variable muss nicht mehr ausgefüllt werden.	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	Diese Variable muss nicht mehr ausgefüllt werden.	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	Diese Variable muss nicht mehr ausgefüllt werden.	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	Diese Variable muss nicht mehr ausgefüllt werden.	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	Diese Variable muss nicht mehr ausgefüllt werden.	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	Diese Variable muss nicht mehr ausgefüllt werden.	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	<i>Diese Variable muss nicht mehr ausgefüllt werden.</i>	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	JJJJMMTT SS	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, Spezifikationen gültig ab 1.1.2019

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

Medizinische Statistik, Spezifikationen gültig ab 1.1.2019

Variablen

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.				
655	4.4.V01	Dauer der künstlichen Beatmung	Anzahl Stunden	Die Dauer der Beatmung wird nach Intensivstation gemäss den Regeln des aktuell gültigen Kodierungshandbuchs berechnet. In diesem Feld gibt es keine Angaben zur Art der künstlichen Beatmung.	SGI	0-99999	5	N

Rang	Va. Nr	Bezeichnung	Beschreibung	Bemerkungen	Quelle	Definition	Max Länge	Typ
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 -> Qualität -> MDSi	SGI	0-999999	6	N
659	4.4.V05	Aufenthalt in einer Intermediate Care Station (IMC)	Erfassung der vollendenden Stunden, analog zur bestehenden Variable 1.3.V03 für den Aufenthalt auf einer Intensivstation.	Anzahl Betreuungsstunden auf einer Intermediate Care Station. Nicht zu beantworten für Statistikfälle des Typs B.	BFS	0-999999	6	N
660	4.4.V06	Erfassung der Aufwandpunkte für IMC	Summe (Addition) der NEMS + Schweregrad (S/P/C)	Analog zu den Variablen 4.4.V02 und 4.4.V04 der Intensivstation.	SGI	0-999999	6	N
4.5.								
MD-Kinder								
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

Rang	Va. Nr	Bezeichnung	Beschreibung	Bemerkungen	Quelle	Definition	Max Länge	Typ
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
4.7		MD-Kennzeichnung von Wiedereintritten (bei Fallzusammenführungen)	Hinweis: Diese Felder sind ab dem 1.1.2012 für alle Betriebe auszufüllen, welche mit dem Fallpauschalensystem SwissDRG abrechnen werden. Betriebe, welche zukünftig unter TARPSY/ST Reha abrechnen, haben diese Felder ab 01.01.2017 auszufüllen.	Die neuen Falldefinitionen von SwissDRG sehen für gewisse Situationen Fallzusammenführungen in der Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation 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 MDC 2 = Wiederaufnahme mit gleicher MDC durch Komplikationen 3 = Rückverlegung 9 = unbekannt	Für Fälle der Psychiatrie und Rehabilitation ist die MDC nicht zu berücksichtigen. dito	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
669	4.7.V13	Grund des 2. Wiedereintrittes	leer = (default) 1 = Wiederaufnahme mit gleicher MDC 2 = Wiederaufnahme mit gleicher MDC durch Komplikationen 3 = Rückverlegung 9 = unbekannt	Für Fälle der Psychiatrie und Rehabilitation ist die MDC nicht zu berücksichtigen. dito	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

Rang	Va. Nr	Bezeichnung	Beschreibung	Bemerkungen	Quelle	Definition	Max Länge	Typ
672	4.7.V23	Grund des 3. Wiedereintrittes	leer = (default) 1 = Wiederaufnahme mit gleicher MDC 2 = Wiederaufnahme mit gleicher MDC durch Komplikationen 3 = Rückverlegung 9 = unbekannt	Für Fälle der Psychiatrie und Rehabilitation ist die MDC nicht zu berücksichtigen. dito	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 MDC 2 = Wiederaufnahme mit gleicher MDC durch Komplikationen 3 = Rückverlegung 9 = unbekannt	Für Fälle der Psychiatrie und Rehabilitation ist die MDC nicht zu berücksichtigen. dito	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 l
<p>4.8. Reservfelder</p>				<p>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.</p>				
677	4.8.V01	Tarif für die Abrechnung (<i>Reservfeld 1</i>)	0 = unbekannt 1 = SwissDRG 2 = Andere Tarife Akutsomatik 3 = ST Reha 4 = Andere Tarife stationäre Reha 5 = TARPSY 6 = Andere Tarife stationäre Psychiatrie 7 = Pflgetaxe	Mit dieser Spezifikation können alle stationären Fälle nach der Art der Abrechnung erfasst werden.	BFS	0-9 / leer	1	N
678	4.8.V02	Medikament 1 (<i>Reservfeld 2</i>)		Angabe zur Abgabe von hochteuren Medikamenten.	BFS		50	AN
679	4.8.V03	Medikament 2 (<i>Reservfeld 3</i>)		dito.	BFS		50	AN
680	4.8.V04	Medikament 3 (<i>Reservfeld 4</i>)		dito.	BFS		50	AN
681	4.8.V05	Medikament 4 (<i>Reservfeld 5</i>)		dito.	BFS		50	AN

Rang	Va. Nr	Bezeichnung	Beschreibung	Bemerkungen	Quelle	Definition	Max Länge	Typ
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	Gestationsalter_12M (Reservefeld 16)	Verschlüsselt	Reservefeld, wird automatisch verschlüsselt (ähnliches Verfahren wie beim Verbindungskode). Der Originalwert kann vom BFS entschlüsselt werden. Das Feld kann aber, wenn die Möglichkeit technisch besteht, auch unverschlüsselt übermittelt werden.	BFS		50	AN
693	4.8.V17	Aufenthaltsort nach dem 1. Zwischenaustritt (Reservefeld 17)	Verschlüsselt	Reservefeld, wird automatisch verschlüsselt (ähnliches Verfahren wie beim Verbindungskode). Der Originalwert kann vom BFS entschlüsselt werden. Das Feld kann aber, wenn die Möglichkeit technisch besteht, auch unverschlüsselt übermittelt werden.	BFS	0-99	2	N
			1 = Zuhause					
			2 = Krankenhaus, Pflegeheim					
			3 = Altersheim, andere sozialmed. Institution					
			4 = Psychiatrische Klinik, anderer Betrieb					
			44 = Psychiatrische Abteilung/Klinik, gleicher Betrieb					
			5 = Rehabilitationsklinik, anderer Betrieb					
			55 = Rehabilitationsabteilung/-klinik, gleicher Betrieb					
			6 = anderes Krankenhaus (Akutspital) oder Geburtshaus					
			66 = Akutabteilung/-klinik, gleicher Betrieb					
			7 = Strafvollzugsanstalt					
			8 = andere					
			9 = unbekannt					
			0 = Todesfall					

Rang	Va. Nr	Bezeichnung	Beschreibung	Bemerkungen	Quelle	Definition	Max Länge	Typ
694	4.8.V18	Aufenthaltsort nach dem 2. Zwischen- austritt (<i>Reservefeld 18</i>)	Verschlüsselt	Reservefeld, wird automatisch verschlüsselt (ähnliches Verfahren wie beim Verbindungskode). Der Originalwert kann vom BFS entschlüsselt werden. Das Feld kann aber, wenn die Möglichkeit technisch besteht, auch unverschlüsselt übermittelt werden.	BFS	0-99	2	N
			1 = Zuhause					
			2 = Krankenhaus, Pfleheim					
			3 = Altersheim, andere sozialmed. Institution					
			4 = Psychiatrische Klinik, anderer Betrieb					
			44 = Psychiatrische Abteilung/Klinik, gleicher Betrieb					
			5 = Rehabilitationsklinik, anderer Betrieb					
			55 = Rehabilitations- abteilung/-klinik, gleicher Betrieb					
			6 = anderes Krankenhaus (Akutspital) oder Geburtshaus					
			66 = Akutabteilung/-klinik, gleicher Betrieb					
			7 = Strafvollzugsanstalt					
			8 = andere					
			9 = unbekannt					
			0 = Todesfall					

Rang	Va. Nr	Bezeichnung	Beschreibung	Bemerkungen	Quelle	Definition	Max Länge	Typ
695	4.8.V19	Aufenthaltsort nach dem 3. Zwischen- austritt (<i>Reservefeld 19</i>)	Verschlüsselt	Reservefeld, wird automatisch verschlüsselt (ähnliches Verfahren wie beim Verbindungskode). Der Originalwert kann vom BFS entschlüsselt werden. Das Feld kann aber, wenn die Möglichkeit technisch besteht, auch unverschlüsselt übermittelt werden.	BFS	0-99	2	N
			1 = Zuhause					
			2 = Krankenhaus, Pflegeheim					
			3 = Altersheim, andere sozialmed. Institution					
			4 = Psychiatrische Klinik, anderer Betrieb					
			44 = Psychiatrische Abteilung/Klinik, gleicher Betrieb					
			5 = Rehabilitationsklinik, anderer Betrieb					
			55 = Rehabilitations- abteilung/-klinik, gleicher Betrieb					
			6 = anderes Krankenhaus (Akutspital) oder Geburtshaus					
			66 = Akutabteilung/-klinik, gleicher Betrieb					
			7 = Strafvollzugsanstalt					
			8 = andere					
			9 = unbekannt					
			0 = Todesfall					

Rang	Va. Nr	Bezeichnung	Beschreibung	Bemerkungen	Quelle	Definition	Max Länge	Typ
696	4.8.V20	Aufenthaltsort nach dem 4. Zwischen- austritt (<i>Reservefeld 20</i>)	Verschlüsselt	Reservefeld, wird automatisch verschlüsselt (ähnliches Verfahren wie beim Verbindungskode). Der Originalwert kann vom BFS entschlüsselt werden. Das Feld kann aber, wenn die Möglichkeit technisch besteht, auch unverschlüsselt übermittelt werden.	BFS	0-99	2	N
			1 = Zuhause					
			2 = Krankenhaus, Pfleheim					
			3 = Altersheim, andere sozialmed. Institution					
			4 = Psychiatrische Klinik, anderer Betrieb					
			44 = Psychiatrische Abteilung/Klinik, gleicher Betrieb					
			5 = Rehabilitationsklinik, anderer Betrieb					
			55 = Rehabilitations- abteilung/-klinik, gleicher Betrieb					
			6 = anderes Krankenhaus (Akutspital) oder Geburtshaus					
			66 = Akutabteilung/-klinik, gleicher Betrieb					
			7 = Strafvollzugsanstalt					
			8 = andere					
			9 = unbekannt					
			0 = Todesfall					

Rang	Va. Nr	Bezeichnung	Beschreibung	Bemerkungen	Quelle	Definition	Max Länge	Typ
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)			
	Version 1.0 - Dezember 2010		Dezember 2010		Änderung der Definitionen: 1.2.V02 / 1.2.V03 / 1.5.V03 / 4.7.V01 – 4.7.V41 „MD-Kennzeichnung von Wiedereintritten“ Ergänzung der „Bemerkungen“ zu 4.4. MD-Intensivmedizin und 4.4.V01 „Dauer der künstlichen Beatmung“			
	Version 1.0 – Juli 2011		Juli 2011		Änderung der Beschreibung eines Wertmerkmals bei der Variable 1.2.V02: 6 = „anderes Krankenhaus (Akutspital) oder Geburtshaus“ Ergänzen eines Wertmerkmals bei der Variable 1.2.V03 „Eintrittsart“: 5 = „Verlegung innerhalb 24 Std.“ Änderung der Beschreibung eines Wertmerkmals bei der Variable 1.5.V03 „Aufenthalt nach Austritt“: 6: „anderes Krankenhaus (Akutspital) oder Geburtshaus“ Änderung der Beschreibung eines Wertmerkmals bei der Variable 3.5.V01: 40 = „Übertritt von Akutstation“ Änderung der Beschreibung und Bemerkungen für die Variable 4.4.V01 „Dauer der künstlichen Beatmung“			
	Version 1.0 – Januar 2016		Januar 2016		Ergänzung der Wertmerkmale bei der Variable 1.4.V01 „Hauptkostenstelle“ Aktualisierung des Reservfeldes 16 (4.8.V16) Bemerkung zur Variable 3.3.V02 „Freiwilligkeit“ Änderung der Bezeichnung der Variable 3.3.V03 „Fürsorgerische Unterbringung“			
	Version 1.0 – Januar 2017		Januar 2017		Ergänzung der Wertmerkmale bei der Variable 1.2.V02 „Aufenthaltssort vor dem Eintritt“ und 3.2.V02 „Aufenthaltssort vor dem Eintritt (Psychiatrie)“ Ergänzung der „Bemerkungen“ zu 1.3.V04 „Administrativer Urlaub & Ferien“ Ergänzung der Wertmerkmale bei der Variable 1.5.V03 „Aufenthalt nach Austritt“ und 3.5.V02 „Aufenthalt nach Austritt (Psychiatrie)“ Aktualisierung der Reservfelder 4.4.V05 und 4.4.V06 (Intermediate Care Variablen) Ergänzung der „Bemerkungen“ zu 4.7. „MD-Kennzeichnung von Wiedereintritten“ und 4.7.V03/13/23/33 Aktualisierung der Reservfelder 4.7.V und 4.4.V06 (Intermediate Care Variablen) Ergänzung der „Bemerkungen“ zu 4.8.V16 Reservefeld Aktualisierung der Reservfelder 4.8.V17/18/19/20 „Aufenthaltssort nach dem 1./2./3./4. Zwischenaustritt (Reservfelder 17/18/19/20)			
	Version 1.0 – Januar 2018		Januar 2018		Einführung der neuen Variable 3.5.V04 „Behandlungsbereich“ Änderung der Beschreibung und der Bemerkung bei der Variable 4.4.V06 „Erfassung der Aufwandpunkte für IMC“ Änderung der Bezeichnung der Variable 4.8.V01 (Neu: „Tarif für die Abrechnung“), und Ergänzung der Wertmerkmale.			
	Version 1.0 – Januar 2019		Januar 2019		Bemerkung zur Variable 3.4.V01 „Anzahl Tage / Konsultationen“			