

verfügbare Berichtsjahr (keine Eintragung in dieser Spalte bedeutet, dass die Variable in allen Berichtsjahren verfügbar ist)	Variable	Beschreibung	Format*	Länge	Schlüssel	Fehlende Werte	Anmerkungen	
	kh_land	Bundesland des Krankenhauses	a	2	01 = Schleswig-Holstein 02 = Hamburg 03 = Niedersachsen 04 = Bremen 05 = Nordrhein-Westfalen 06 = Hessen 07 = Rheinland-Pfalz 08 = Baden-Württemberg 09 = Bayern 10 = Saarland 11 = Berlin 12 = Brandenburg 13 = Mecklenburg-Vorpommern 14 = Sachsen 15 = Sachsen-Anhalt 16 = Thüringen			Klassifiziert nach dem AGS zum 31.12. des Berichtsjahres.
	kh_rb	Regierungsbezirk des Krankenhauses	a	1	0 – 9	ja	Klassifiziert nach dem AGS zum 31.12. des Berichtsjahres. Auswertungen auf dieser regionalen Ebene aus Geheimhaltungsgründen nicht möglich.	
BJ 2011	kh_typ_ror	Raumordnungsregion des Krankenhauses	a	4			Auswertungen auf dieser regionalen Ebene aus Geheimhaltungsgründen nicht möglich.	
	kh_kreis	Kreis des Krankenhauses	a	2	0 – 93	ja	Klassifiziert nach dem AGS zum 31.12. des Berichtsjahres. Auswertungen auf dieser regionalen Ebene aus Geheimhaltungsgründen nicht möglich.	
	kh_gem	Gemeinde des Krankenhauses	a	3	0 – 690	ja	Klassifiziert nach dem AGS zum 31.12. des Berichtsjahres. Auswertungen auf dieser regionalen Ebene aus Geheimhaltungsgründen nicht möglich.	
	kh_plz	Postleitzahl des Krankenhauses	a	5	1067 – 99976	ja	Auswertungen auf dieser regionalen Ebene aus Geheimhaltungsgründen nicht möglich.	
BJ 2006 - BJ2010	kh_typ_gem	Siedlungsstrukturelle Gebietstypen des Krankenhauses	a	2	01 = Agglomerationsräume: größere Kernstädte 02 = Agglomerationsräume: Kernstädte 03 = Agglomerationsräume: hochverdichtete Kreise: Ober-/ Mittelzentren 04 = Agglomerationsräume: hochverdichtete Kreise: sonst. Gemeinden 05 = Agglomerationsräume: verdichtete Kreise: Ober-/ Mittelzentren 06 = Agglomerationsräume: verdichtete Kreise: sonstige Gemeinden 07 = Agglomerationsräume: ländliche Kreise: Ober-/ Mittelzentren 08 = Agglomerationsräume: ländliche Kreise: sonst. Gemeinden 09 = Verstädterte Räume: Kernstädte 10 = Verstädterte Räume: verdichtete Kreise: Ober-/ Mittelzentren 11 = Verstädterte Räume: verdichtete Kreise: sonst. Gemeinden		Erläuterung unter www.bbsr.bund.de	

verfügbare Berichtsjahr (keine Eintragung in dieser Spalte bedeutet, dass die Variable in allen Berichtsjahren verfügbar ist)	Variable	Beschreibung	Format*	Länge	Schlüssel	Fehlende Werte	Anmerkungen
					12 = Verstädterte Räume: ländliche Kreise: Ober-/ Mittelzentren 13 = Verstädterte Räume: ländliche Kreise: sonstige Gemeinden 14 = Ländliche Räume: ländliche Kreise höherer Dichte: Ober-/ Mittelzentren 15 = Ländliche Räume: ländliche Kreise höherer Dichte: sonst. Gemeinden 16 = Ländliche Räume: ländliche Kreise geringerer Dichte: Ober-/ Mittelzentren 17 = Ländliche Räume: ländliche Kreise geringerer Dichte: sonst. Gemeinden		
ab BJ 2011	kh_typ_gem3	Regionstyp des Krankenhauses	a	2	01 = Städtische Region 02 = Region mit Verstädterungsansätzen 03 = Ländliche Region		Erläuterung unter www.bbsr.bund.de
	pat_land	Bundesland der Patientin/des Patienten	a	2	01 = Schleswig-Holstein 02 = Hamburg 03 = Niedersachsen 04 = Bremen 05 = Nordrhein-Westfalen 06 = Hessen 07 = Rheinland-Pfalz 08 = Baden-Württemberg 09 = Bayern 10 = Saarland 11 = Berlin 12 = Brandenburg 13 = Mecklenburg-Vorpommern 14 = Sachsen 15 = Sachsen-Anhalt 16 = Thüringen au = Ausland oh = ohne Angabe (Kategorie bis BJ2010 vorhanden)		klassifiziert nach dem AGS zum 31.12. des Berichtsjahres.
	pat_rb	Regierungsbezirk der Patientin/des Patienten	a	1	0 – 9 a = Ausland oh = ohne Angabe (Kategorie bis BJ2010 vorhanden) u = unbekannt		klassifiziert nach dem AGS zum 31.12. des Berichtsjahres.
	pat_kreis	Kreis der Patientin/des Patienten	a	2	00 – 93 au = Ausland oh = ohne Angabe (Kategorie bis BJ2010 vorhanden) un = unbekannt		klassifiziert nach dem AGS zum 31.12. des Berichtsjahres.

verfügbare Berichtsjahr (keine Eintragung in dieser Spalte bedeutet, dass die Variable in allen Berichtsjahren verfügbar ist)	Variable	Beschreibung	Format*	Länge	Schlüssel	Fehlende Werte	Anmerkungen
	pat_gem	Gemeinde der Patientin/des Patienten	a	3	0 – 999 aus = Ausland ohn = ohne Angabe (Kategorie bis BJ2010 vorhanden) unb = unbekannt		klassifiziert nach dem AGS zum 31.12. des Berichtsjahres. Ohne Aggregation kommt es auf dieser tiefen regionalen Ebene zu Geheimhaltungsproblemen.
	pat_agss5	Kreis der Patientin/des Patienten nach dem AGS 5-Steller	a	5	01001 – 16077 ausaa = Ausland ohnoo = ohne Angabe (Kategorie bis BJ2010 vorhanden) unbuu = unbekannt		klassifiziert nach dem AGS zum 31.12. des Berichtsjahres.
BJ 2006 - BJ 2010	pat_typ_gem	Siedlungsstrukturelle Gebietstypen der Patientin/des Patienten	a	2	01 = Agglomerationsräume: größere Kernstädte 02 = Agglomerationsräume: Kernstädte 03 = Agglomerationsräume: hochverdichtete Kreise: Ober-/ Mittelzentren 04 = Agglomerationsräume: hochverdichtete Kreise: sonst. Gemeinden 05 = Agglomerationsräume: verdichtete Kreise: Ober-/ Mittelzentren 06 = Agglomerationsräume: verdichtete Kreise: sonst. Gemeinden 07 = Agglomerationsräume: ländliche Kreise: Ober-/ Mittelzentren 08 = Agglomerationsräume: ländliche Kreise: sonstige Gemeinden 09 = Verstädterte Räume: Kernstädte 10 = Verstädterte Räume: verdichtete Kreise: Ober-/ Mittelzentren 11 = Verstädterte Räume: verdichtete Kreise: sonst. Gemeinden 12 = Verstädterte Räume: ländliche Kreise: Ober-/ Mittelzentren 13 = Verstädterte Räume: ländliche Kreise: sonstige Gemeinden 14 = Ländliche Räume: ländliche Kreise höherer Dichte: Ober-/ Mittelzentren 15 = Ländliche Räume: ländliche Kreise höherer Dichte: sonst. Gemeinden 16 = Ländliche Räume: ländliche Kreise geringerer Dichte: Ober-/ Mittelzentren 17 = Ländliche Räume: ländliche Kreise geringerer Dichte: sonst. Gemeinden au = Ausland oh = ohne Angabe (Kategorie bis BJ 2010 vorhanden) un = unbekannt		Erläuterung unter www.bbsr.bund.de
ab BJ 2011	pat_typ_gem3	Regionstyp der Patientin/des Patienten	a	2	01 = Städtische Region 02 = Region mit Verstädterungsansätzen 03 = Ländliche Region	ja	Erläuterung unter www.bbsr.bund.de
	sex	Geschlecht	a	1	m = männlich w = weiblich u = unbekannt		

verfügbare Berichtsjahr (keine Eintragung in dieser Spalte bedeutet, dass die Variable in allen Berichtsjahren verfügbar ist)	Variable	Beschreibung	Format*	Länge	Schlüssel	Fehlende Werte	Anmerkungen
ab BJ 2019	sex_original	Geschlecht	a	1	m = männlich w = weiblich d = divers x = unbestimmt		Auswertungen aus Geheimhaltungsgründen nicht möglich. Für Auswertungen nach Geschlecht Variable „sex“ verwenden.
	alter	Alter in Jahren	n	8	999 = unbekannt	ja	
	typ_alter	Alter gruppiert	n	3	1 = 0 Jahre 2 = 1 bis 4 Jahre 3 = 5 bis 9 Jahre 4 = 10 bis 14 Jahre 5 = 15 bis 19 Jahre 6 = 20 bis 24 Jahre 7 = 25 bis 29 Jahre 8 = 30 bis 34 Jahre 9 = 35 bis 39 Jahre 10 = 40 bis 44 Jahre 11 = 45 bis 49 Jahre 12 = 50 bis 54 Jahre 13 = 55 bis 59 Jahre 14 = 60 bis 64 Jahre 15 = 65 bis 69 Jahre 16 = 70 bis 74 Jahre 17 = 75 bis 79 Jahre 18 = 80 bis 84 Jahre 19 = 85 bis 89 Jahre 20 = 90 bis 94 Jahre 21 = 95 bis 110 Jahre 22 = unbekannt	ja	
	geb_jahr	Geburtsjahr	n	8	Vierstellige Geburtsjahrrangangabe (JJJJ)		
	geb_monat	Geburtsmonat (nur für unter 1-Jährige)	n	8	0 = 1 Jahr und älter 1 = 1 Monat 2 = 2 Monat 3 = 3 Monat 4 = 4 Monat 5 = 5 Monat 6 = 6 Monat 7 = 7 Monat 8 = 8 Monat		

verfügbare Berichtsjahr (keine Eintragung in dieser Spalte bedeutet, dass die Variable in allen Berichtsjahren verfügbar ist)	Variable	Beschreibung	Format*	Länge	Schlüssel	Fehlende Werte	Anmerkungen
					9 = 9 Monat 10 = 10 Monat 11 = 11 Monat 12 = 12 Monat		
	alter_tage	Alter in Tagen (nur für unter 1-Jährige)	n	8	0 = 1 Jahr und älter		Die Angabe erfolgt nur bei Kindern bis zur Vollendung des 1. Lebensjahrs. Sie wird für die DRG-Zuordnung benötigt. Bei Neugeborenen mit Aufnahmetag = Geburtsdatum ist „1“ anzugeben.
	typ_geb	Zusatzinformation Neugeborene: Im Geburtsmonat aufgenommen	n	3	1 = Ja 2 = Nein	ja	
	aufn_anl	Aufnahmeanlass	a	1	E = Einweisung durch eine Ärztin/einen Arzt Z = Einweisung durch eine Zahnärztin/einen Zahnarzt N = Notfall R = Aufnahme nach vorausgehender Behandlung in einer Rehabilitationseinrichtung V = Verlegung mit Behandlungsdauer im verlegenden Krankenhaus länger als 24 Stunden K = Verlegung (Aufnahme) aus einem anderen Krankenhaus im Rahmen einer Kooperation (Kategorie bis BJ 2008 vorhanden) A = Verlegung mit Behandlungsdauer im verlegenden Krankenhaus bis zu 24 Stunden (für Aufnahmen ab dem 1.1.2007) G = Geburt		Für Neugeborene ist bei gemeinsamer Entlassung mit der Mutter „06“ (Geburt) als Aufnahmegrund und der Aufnahmeanlass „G“ anzugeben. Wird das Neugeborene nicht gemeinsam mit der Mutter entlassen oder verlegt, sind bei dem Neugeborenen der Aufnahmegrund „01“ und der Aufnahmeanlass „G“ anzugeben.
	aufn_grd	Aufnahmegrund	n	3	1 = Krankenhausbehandlung, vollstationär 2 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung 5 = stationäre Entbindung 6 = Geburt 7 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003 8 = stationäre Aufnahme zur Organentnahme 99 = unbekannt (Kategorie bis BJ2007 vorhanden)	ja	
	aufn_gew	Aufnahmegewicht in Gramm (nur für unter 1-Jährige)	n	8	. = 1 Jahr und älter	ja	Nur bei Kindern bis zur Vollendung des 1. Lebensjahres, bei Neugeborenen zählt das Geburtsgewicht.
	beatm	Beatmungszeit in Stunden	n	8		ja	
	entl_grd	Entlassungsgrund	n	3	1 = Behandlung regulär beendet 2 = Behandlung regulär beendet, nächste Behandlung vorgesehen 3 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet 4 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet		Die Angabe „13“ bezieht sich auf eine Untergruppe der ehemals unter „6“ zusammengefassten Krankenhäuser. Die Angabe „6“ bezieht sich nunmehr nur noch auf externe Verlegungen in Krankenhäuser, sofern nicht in eine psychiatrische oder psychosomatische Abteilung verlegt wird.

verfügbare Berichtsjahr (keine Eintragung in dieser Spalte bedeutet, dass die Variable in allen Berichtsjahren verfügbar ist)	Variable	Beschreibung	Format*	Länge	Schlüssel	Fehlende Werte	Anmerkungen
					<p>5 = Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers (bei tagesbezogenen Entgelten)</p> <p>6 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus</p> <p>7 = Tod</p> <p>8 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Kooperation</p> <p>9 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung</p> <p>10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung</p> <p>11 = Entlassung in ein Hospiz</p> <p>13 = externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung</p> <p>14 = Behandlung aus sonst. Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen</p> <p>15 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen</p> <p>17 = interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BPfIV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG</p> <p>22 = Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung (stationsäquivalent ab BJ 2018)</p> <p>24 = Beendigung eines externen Aufenthalts mit Abwesenheit über Mitternacht (BPfIV-Bereich, für Pseudo-Fachabteilung 0003) (Kategorie ab BJ 2016 vorhanden)</p> <p>25 = Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung, § 4 PEPPV 2013) (Kategorie ab BJ 2014 vorhanden)</p> <p>26 = Beginn eines Zeitraumes ohne direkten Patientenkontakt (stationsäquivalente Behandlung) (Kategorie ab BJ 2018)</p> <p>27 = Beendigung eines Zeitraumes ohne direkten Patientenkontakt (stationsäquivalente Behandlung für Pseudofachabteilung 0004) (Kategorie ab BJ 2018 vorhanden)</p> <p>28 = Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen (Kategorie ab BJ 2020 vorhanden)</p> <p>29 = Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt (Kategorie ab BJ 2020 vorhanden)</p> <p>30 = Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege – für Fälle mit Aufnahme ab dem 01.11.2021 (Kategorie ab BJ 2021 vorhanden)</p> <p>33 = Ungeplante Beendigung eines externen Aufenthalts bei tagesstationärer Behandlung-Notfall (Kategorie ab BJ 2023 vorhanden)</p> <p>99 = Entlassungsgrund fehlt (Kategorie ab BJ 2020 vorhanden)</p>		
	icd_hd3	ICD-Code 3Steller Hauptdiagnose	a	3			Diagnoseschlüssel in der gültigen ICD-10GM-Version analog zur § 301-Vereinbarung.
	icd_hd4	ICD-Code 4Steller Hauptdiagnose	a	4			Diagnoseschlüssel in der gültigen ICD-10GM-Version analog zur § 301-Vereinbarung.
	icd_hd	ICD-Code Hauptdiagnose 5Steller	a	5			Diagnoseschlüssel in der gültigen ICD-10GM-Version analog zur § 301-Vereinbarung.
	icd_nd1 - icd_nd89	ICD-Code Nebendiagnose	a	5		ja	Diagnoseschlüssel in der gültigen ICD-10GM-Version analog zur § 301-Vereinbarung.
	dia_art1 - dia_art90	Diagnoseart	a	5	<p>HD = Hauptdiagnose</p> <p>ND = Nebendiagnose</p> <p>SD = Sekundärdiagnose</p>	ja	<p>Diese Zusatzangabe zu den ICD-Diagnosevariablen liegt nicht plausibilisiert vor.</p> <p>Daher enthält diese Angabe nur bei den ICD-Codes, die nicht nachträglich im Plausibilisierungsprozess geändert wurden, gültige Werte. Bei ICD-Codes, die nachplausibilisiert wurden, ist in dieser entsprechenden Zusatzangabe „UN“ enthalten.</p> <p>Die Variable dia_art1 bezieht sich auf die Hauptdiagnose. Die Variablen dia_art2 bis dia_art90 beziehen sich auf die Nebendiagnosen 1 bis 89.</p>

verfügbare Berichtsjahr (keine Eintragung in dieser Spalte bedeutet, dass die Variable in allen Berichtsjahren verfügbar ist)	Variable	Beschreibung	Format*	Länge	Schlüssel	Fehlende Werte	Anmerkungen
					UN = unbekannt		
	icd_ve1 - icd_ve90	ICD-Version	n	4	vierstellige Berichtsjahrangabe (JJJJ) 9999 = unbekannt	ja	Diese Zusatzangabe zu den ICD-Diagnosevariablen liegt nicht plausibilisiert vor. Daher enthält diese Angabe nur bei den ICD-Codes, die nicht nachträglich im Plausibilisierungsprozess geändert wurden, gültige Werte. Bei ICD-Codes, die nachplausibilisiert wurden, ist in dieser entsprechenden Zusatzangabe „9999“ enthalten. Die Variable icd_ve1 bezieht sich auf die Hauptdiagnose. Die Variablen icd_ve2 bis icd_ve90 beziehen sich auf die Nebendiagnosen 1 bis 89.
	icd_lo1 - icd_lo90	ICD-Lokalisation (Zusatzinformation zum Diagnoseschlüssel)	a	1	R = rechts L = links B = beidseitig U = unbekannt	ja	Diese Zusatzangabe zu den ICD-Diagnosevariablen liegt nicht plausibilisiert vor. Daher enthält diese Angabe nur bei den ICD-Codes, die nicht nachträglich im Plausibilisierungsprozess geändert wurden, gültige Werte. Bei ICD-Codes, die nachplausibilisiert wurden, ist in dieser entsprechenden Zusatzangabe ein „U“ enthalten. Die Variable icd_lo1 bezieht sich auf die Hauptdiagnose. Die Variablen icd_lo2 bis icd_lo90 beziehen sich auf die Nebendiagnosen 1 bis 89.
	drg	DRG-Code (Leit-DRG-Code vom InEK gruppiert)	a	4			
Ab BJ 2006	partition	DRG-Partition (M, O, A)	a	1	M = medizinische Fallpauschale O = operative Fallpauschale A = andere Fallpauschalen	ja	
	split	Aufteilung einer Basis-DRG nach Schweregrad bzw. Ressourcenverbrauch, 4. Stelle der DRG-Notation	a	4	A – Z		
	ops_ko1 - ops_ko101	OPS-Code	a	6	99999 = unbekannt	ja	Prozedurenschlüssel in der gültigen OPS-Version analog zur § 301- Vereinbarung.
	typ_op	Operation lt. Kap. 5	n	3	1 = Ja 2 = Nein		
	z_bel_oper	Anzahl Beteiligung/ Durchführung Belegoperateurin/innen, Belegoperateur/e	n	8		ja	
	z_bel_an	Anzahl Beteiligung/ Durchführung Beleganästhesist/innen, Beleganästhesist/en	n	8		ja	
	z_bel_heb	Anzahl Beteiligung/ Durchführung Beleghebamme/n	n	8		ja	
	bel_oper1-bel_oper101	Belegoperateur/in	a	1	J = Ja, Beteiligung / Durchführung Belegoperateur/in N = Nein, keine Beteiligung / Durchführung Belegoperateur/in	ja	Diese Zusatzangabe zu den OPS-Codes liegt nicht plausibilisiert vor. Daher enthält diese Angabe nur bei den OPS-Codes, die nicht nachträglich im Plausibilisierungsprozess geändert wurden, gültige Werte. Bei OPS-Codes, die nachplausibilisiert wurden, ist in dieser entsprechenden Zusatzangabe ein „U“ enthalten.

verfügbare Berichtsjahr (keine Eintragung in dieser Spalte bedeutet, dass die Variable in allen Berichtsjahren verfügbar ist)	Variable	Beschreibung	Format*	Länge	Schlüssel	Fehlende Werte	Anmerkungen
					U = unbekannt		
	bel_an1 - bel_an101	Beleganästhesist/in	a	1	J = Ja, Beteiligung / Durchführung Beleganästhesist/in N = Nein, keine Beteiligung / Durchführung Beleganästhesist/in U = unbekannt	ja	Diese Zusatzangabe zu den OPS-Codes liegt nicht plausibilisiert vor. Daher enthält diese Angabe nur bei den OPS-Codes, die nicht nachträglich im Plausibilisierungsprozess geändert wurden, gültige Werte. Bei OPS-Codes, die nachplausibilisiert wurden, ist in dieser entsprechenden Zusatzangabe ein „U“ enthalten.
	bel_heb1 - bel_heb101	Beleghebamme	a	1	J = Ja, Beteiligung / Durchführung Beleghebamme N = Nein, keine Beteiligung / Durchführung Beleghebamme U = unbekannt	ja	Diese Zusatzangabe zu den OPS-Codes liegt nicht plausibilisiert vor. Daher enthält diese Angabe nur bei den OPS-Codes, die nicht nachträglich im Plausibilisierungsprozess geändert wurden, gültige Werte. Bei OPS-Codes, die nachplausibilisiert wurden, ist in dieser entsprechenden Zusatzangabe ein „U“ enthalten.
	ops_ve1 - ops_ve101	OPS-Version	n	4	vierstellige Berichtsjahrangabe 9999 = unbekannt	ja	Diese Zusatzangabe zu den OPS-Codes liegt nicht plausibilisiert vor. Daher enthält diese Angabe nur bei den OPS-Codes, die nicht nachträglich im Plausibilisierungsprozess geändert wurden, gültige Werte. Bei OPS-Codes, die nachplausibilisiert wurden, ist in dieser entsprechenden Zusatzangabe „9999“ enthalten.
	dat_ops1 - dat_ops101	OPS-Datum	a	8	Datumsangabe im Format JJJJMMTT 99999999 = unbekannt	ja	Diese Zusatzangabe zu den OPS-Codes liegt nicht plausibilisiert vor. Daher enthält diese Angabe nur bei den OPS-Codes, die nicht nachträglich im Plausibilisierungsprozess geändert wurden, gültige Werte. Bei OPS-Codes, die nachplausibilisiert wurden, ist in dieser entsprechenden Zusatzangabe „99999999“ enthalten.
	zeit_ops1 - zeit_ops101	OPS-Uhrzeit	a	4	Uhrzeitangabe im Format hhmm 9999 = unbekannt	ja	Diese Zusatzangabe zu den OPS-Codes liegt nicht plausibilisiert vor. Daher enthält diese Angabe nur bei den OPS-Codes, die nicht nachträglich im Plausibilisierungsprozess geändert wurden, gültige Werte. Bei OPS-Codes, die nachplausibilisiert wurden, ist in dieser entsprechenden Zusatzangabe ein „9999“ enthalten.
	ops_lo1 - ops_lo101	OPS-Lokalisation (Zusatzinformation zum Prozedurenschlüssel)	a	1	R = rechts L = links B = beidseitig U = unbekannt	ja	Diese Zusatzangabe zu den OPS-Codes liegt nicht plausibilisiert vor. Daher enthält diese Angabe nur bei den OPS-Codes, die nicht nachträglich im Plausibilisierungsprozess geändert wurden, gültige Werte. Bei OPS-Codes, die nachplausibilisiert wurden, ist in dieser entsprechenden Zusatzangabe ein „U“ enthalten.

verfügbare Berichtsjahr (keine Eintragung in dieser Spalte bedeutet, dass die Variable in allen Berichtsjahren verfügbar ist)	Variable	Beschreibung	Format*	Länge	Schlüssel	Fehlende Werte	Anmerkungen	
	fab1 - fab100	Fachabteilung	a	8	0 = Pseudo-Fachabteilung für den Krankenhausbezug bei internen Verlegungen und/oder Rückverlegungen und/oder Wiederaufnahmen und/oder bei externem Aufenthalt mit Abwesenheit über Mitternacht 1 = Pseudo-Fachabteilung für den Aufenthalt bei Rückverlegung 2 = Pseudo-Fachabteilung für den externen Aufenthalt bei Wiederaufnahme 5 = Pseudo-Fachabteilung für Zeitraum ohne direkten Patientenkontakt (bei voll- oder teilstationärer Behandlung im Entgeltbereich DRG) 6 = Pseudo-Fachabteilung für die Rückkehr in das Krankenhaus bei tagesstationärer Behandlung 01 = Innere Medizin 0102 = Schwerpunkt Geriatrie 0103 = Schwerpunkt Kardiologie 0104 = Schwerpunkt Nephrologie 0105 = Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie		ja	Zusätzlich zu „00“ kann in der 3. und 4. Stelle „90“ bis „98“ individuell genutzt werden, um spezialisierte Fachabteilungen zu verschlüsseln, für die kein bundeseinheitlicher Fachabteilungsschlüssel vorgesehen ist. Bei dieser Differenzierung von Fachabteilungen kommt es im Rahmen der Datenübermittlung nicht auf die exakte Benennung der Art der Spezialisierung oder des Schwerpunktes der Fachabteilung an. Voraussetzung für das Verfahren ist, dass die Vertragsparteien im Rahmen der Pflegesatzvereinbarung gemeinsam die oben beschriebene Festlegung der Fachabteilungsschlüssel vornehmen. Fachabteilungsschlüssel, bei denen nach BPfIV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung 50 % APS-intensiv abgerechnet werden kann und deren Abteilungspflegesätze bei gleichzeitiger Abrechnung eines Sonderentgeltes nicht um 20 % zu ermäßigen sind: - 0436 - 1136 - 1536 - 2036 - 2050 - 2136 - 2150 - 36xx Sonderregelung für Pseudo-Fachabteilungen im ETL-Segment der Entlassungs-anzeige: - 0000: Pseudo-Fachabteilung für den Krankenhausbezug (relevante „Fachabteilung“ für die DRG-Gruppierung) bei internen Verlegungen und / oder Rückverlegungen und / oder Wiederaufnahme und / oder bei externem Aufenthalt mit Abwesenheit über Mitternacht. - 0001: Pseudo-Fachabteilung für den Aufenthalt bei Rückverlegung - 0002: Pseudo-Fachabteilung für den externen Aufenthalt bei Wiederaufnahme. - 0003: Pseudo-Fachabteilung für den externen Aufenthalt mit Abwesenheit über Mitternacht im BPfVBereich (Hinweis: „0003“ wird als Fachabteilungsschlüssel bei einem externen Aufenthalt mit Abwesenheit über Mitternacht für Versicherte in Krankenhäusern, die gemäß BPfIV vergütet werden angewendet (unabhängig von der Anwendung des neuen Vergütungssystems nach § 17d KHG)).

verfügbare Berichtsjahr (keine Eintragung in dieser Spalte bedeutet, dass die Variable in allen Berichtsjahren verfügbar ist)	Variable	Beschreibung	Format*	Länge	Schlüssel	Fehlende Werte	Anmerkungen
					0106 = Schwerpunkt Endokrinologie 0107 = Schwerpunkt Gastroenterologie 0108 = Schwerpunkt Pneumologie 0109 = Schwerpunkt Rheumatologie 0114 = Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde 0150 = Tumorforschung 0151 = Schwerpunkt Coloproktologie 0152 = Schwerpunkt Infektionskrankheiten 0153 = Schwerpunkt Diabetes 0154 = Schwerpunkt Naturheilkunde 0156 = Schwerpunkt Schlaganfallpatienten (Stroke units, Artikel 7 § 1 Abs. 3 GKV-SolG) 02 = Geriatrie 0224 = Schwerpunkt Frauenheilkunde 0260 = Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze) 0261 = Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze) 03 = Kardiologie 04 = Nephrologie 0410 = Schwerpunkt Pädiatrie 0436 = Intensivmedizin 05 = Hämatologie und internistische Onkologie 0510 = Schwerpunkt Pädiatrie 0524 = Schwerpunkt Frauenheilkunde 0533 = Schwerpunkt Strahlenheilkunde 06 = Endokrinologie 0607 = Schwerpunkt Gastroenterologie 0610 = Schwerpunkt Gastroenterologie 07 = Gastroenterologie 0706 = Schwerpunkt Endokrinologie 0710 = Schwerpunkt Pädiatrie 08 = Pneumologie 09 = Rheumatologie 0910 = Schwerpunkt Pädiatrie 10 = Pädiatrie 1004 = Schwerpunkt Nephrologie 1005 = Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie 1006 = Schwerpunkt Endokrinologie 1007 = Schwerpunkt Gastroenterologie 1009 = Schwerpunkt Rheumatologie		

verfügbare Berichtsjahr (keine Eintragung in dieser Spalte bedeutet, dass die Variable in allen Berichtsjahren verfügbar ist)	Variable	Beschreibung	Format*	Länge	Schlüssel	Fehlende Werte	Anmerkungen
					1011 = Schwerpunkt Kinderkardiologie 1012 = Schwerpunkt Neonatologie 1014 = Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde 1028 = Schwerpunkt Kinderneurologie 1050 = Schwerpunkt Perinatalmedizin 1051 = Langzeitbereich Kinder 11 = Kinderkardiologie 1136 = Schwerpunkt Intensivmedizin 12 = Neonatologie 13 = Kinderchirurgie 14 = Lungen- und Bronchialheilkunde 1410 = Schwerpunkt Pädiatrie 15 = Allgemeine Chirurgie 1513 = Schwerpunkt Kinderchirurgie 1516 = Schwerpunkt Unfallchirurgie 1518 = Schwerpunkt Gefäßchirurgie 1519 = Schwerpunkt Plastische Chirurgie 1520 = Schwerpunkt Thoraxchirurgie 1523 = Schwerpunkt Orthopädie 1536 = Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3, 2. Halbs. BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung) 1550 = Schwerpunkt Abdominal- und Gefäßchirurgie 1551 = Schwerpunkt Handchirurgie 16 = Unfallchirurgie 17 = Neurochirurgie 18 = Gefäßchirurgie 19 = Plastische Chirurgie 20 = Thoraxchirurgie 2021 = Schwerpunkt Herzchirurgie 2036 = Intensivmedizin 2050 = Schwerpunkt Herzchirurgie Intensivmedizin 21 = Herzchirurgie 2118 = Schwerpunkt Gefäßchirurgie 2120 = Schwerpunkt Thoraxchirurgie 2136 = Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3 2. Halbsatz BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung) 2150 = Schwerpunkt Thoraxchirurgie Intensivmedizin 22 = Urologie 23 = Orthopädie		

verfügbare Berichtsjahr (keine Eintragung in dieser Spalte bedeutet, dass die Variable in allen Berichtsjahren verfügbar ist)	Variable	Beschreibung	Format*	Länge	Schlüssel	Fehlende Werte	Anmerkungen	
					<p>2309 = Schwerpunkt Rheumatologie</p> <p>2315 = Schwerpunkt Chirurgie</p> <p>2316 = Orthopädie und Unfallchirurgie</p> <p>24 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe</p> <p>2402 = Schwerpunkt Geriatrie</p> <p>2405 = Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie</p> <p>2406 = Schwerpunkt Endokrinologie</p> <p>2425 = Frauenheilkunde</p> <p>25 = Geburtshilfe</p> <p>26 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde</p> <p>27 = Augenheilkunde</p> <p>28 = Neurologie</p> <p>2810 = Schwerpunkt Pädiatrie</p> <p>2851 = Schwerpunkt Gerontologie</p> <p>2852 = Schwerpunkt Neurologische Frührehabilitation</p> <p>2856 = Schwerpunkt Schlaganfallpatienten/-patientinnen (Stroke units, Artikel 7 § 1 Abs. 3 GKV-SolG)</p> <p>29 = Allgemeine Psychiatrie</p> <p>2928 = Schwerpunkt Neurologie</p> <p>2930 = Schwerpunkt Kinder- und Jugendpsychiatrie</p> <p>2931 = Schwerpunkt Psychosomatik/Psychotherapie</p> <p>2950 = Schwerpunkt Suchtbehandlung</p> <p>2951 = Schwerpunkt Gerontopsychiatrie</p> <p>2952 = Schwerpunkt Forensische Behandlung</p> <p>2953 = Schwerpunkt Suchtbehandlung, Tagesklinik</p> <p>2954 = Schwerpunkt Suchtbehandlung, Nachtklinik</p> <p>2955 = Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Tagesklinik</p> <p>2956 = Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Nachtklinik</p> <p>2960 = Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)</p> <p>2961 = Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)</p> <p>30 = Kinder- und Jugendpsychiatrie</p> <p>3060 = Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)</p> <p>3061 = Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)</p> <p>31 = Psychosomatik/Psychotherapie</p> <p>3110 = Schwerpunkt Kinder- und Jugendpsychosomatik</p> <p>3160 = Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)</p> <p>3161 = Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)</p> <p>32 = Nuklearmedizin</p> <p>3233 = Schwerpunkt Strahlenheilkunde</p>			

verfügbare Berichtsjahr (keine Eintragung in dieser Spalte bedeutet, dass die Variable in allen Berichtsjahren verfügbar ist)	Variable	Beschreibung	Format*	Länge	Schlüssel	Fehlende Werte	Anmerkungen	
					33 = Strahlenheilkunde 3305 = Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie 3350 = Schwerpunkt Radiologie 34 = Dermatologie 3460 = Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze) 35 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie 36 = Intensivmedizin 3601 = Schwerpunkt Innere Medizin 3603 = Schwerpunkt Kardiologie 3610 = Schwerpunkt Pädiatrie 3617 = Schwerpunkt Neurochirurgie 3618 = Schwerpunkt Chirurgie 3621 = Herzchirurgie 3622 = Schwerpunkt Urologie 3624 = Schwerpunkt Frauenheilkunde und Geburtshilfe 3626 = Schwerpunkt Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde 3628 = Schwerpunkt Neurologie 3650 = Schwerpunkt Chirurgie 3651 = Thorax-Herzchirurgie 3652 = Herz-Thoraxchirurgie 37 = Sonstige Fachabteilung 3750 = Angiologie 3751 = Radiologie 3752 = Palliativmedizin 3753 = Schmerztherapie 3754 = Heiltherapeutische Abteilung 3755 = Wirbelsäulenchirurgie 3756 = Suchtmedizin 3757 = Visceralchirurgie 3758 = Weaningeinheit			
	fab_max	Fachabteilung mit längster Verweildauer	a	8	siehe fab1 – fab100	ja		
	tage_fa1 - tage_fa100	Verweildauer Fachabteilung	n	8				
	tage_max	Längste Verweildauer	n	8		ja	Bei mehreren Fachabteilungen: Tatsächlich verbrachte Tage in der fab_max	
	dat_aufn_fa1 - dat_aufn_fa100	Datum der Aufnahme in die Fachabteilung	a	8	Datumsangabe im Format JJJJMMTT 99999999 = unbekannt		Diese Zusatzangabe zu den FAB-Codes liegt nicht plausibilisiert vor. Daher enthält diese Angabe nur bei den FAB-Codes, die nicht nachträglich im Plausibilisierungsprozess geändert wurden, gültige Werte. Bei FAB-Codes, die nachplausibilisiert wurden, ist in dieser entsprechenden Zusatzangabe ein „99999999“ enthalten.	

verfügbare Berichtsjahr (keine Eintragung in dieser Spalte bedeutet, dass die Variable in allen Berichtsjahren verfügbar ist)	Variable	Beschreibung	Format*	Länge	Schlüssel	Fehlende Werte	Anmerkungen
	zeit_aufn_fa1 - zeit_aufn_fa100	Uhrzeit der Aufnahme in die Fachabteilung	a	8	Uhrzeitangabe im Format hhmm		Diese Zusatzangabe zu den FAB-Codes liegt nicht plausibilisiert vor. Daher enthält diese Angabe nur bei den FAB-Codes, die nicht nachträglich im Plausibilisierungsprozess geändert wurden, gültige Werte. Bei FAB-Codes, die nachplausibilisiert wurden, ist in dieser entsprechenden Zusatzangabe ein „9999“ enthalten.
	dat_entl_fa1 - dat_entl_fa100	Datum der Verlegung aus der Fachabteilung	a	8	Datumsangabe im Format JJJJMMTT		Diese Zusatzangabe zu den FAB-Codes liegt nicht plausibilisiert vor. Daher enthält diese Angabe nur bei den FAB-Codes, die nicht nachträglich im Plausibilisierungsprozess geändert wurden, gültige Werte. Bei FAB-Codes, die nachplausibilisiert wurden, ist in dieser entsprechenden Zusatzangabe ein „99999999“ enthalten.
	zeit_entl_fa1 - zeit_entl_fa100	Uhrzeit der Verlegung aus der Fachabteilung	a	8	Uhrzeitangabe im Format hhmm		Diese Zusatzangabe zu den FAB-Codes liegt nicht plausibilisiert vor. Daher enthält diese Angabe nur bei den FAB-Codes, die nicht nachträglich im Plausibilisierungsprozess geändert wurden, gültige Werte. Bei FAB-Codes, die nachplausibilisiert wurden, ist in dieser entsprechenden Zusatzangabe ein „9999“ enthalten.
	typ_abt	Abteilungstyp	n	3	1 = nur Hauptabteilung 2 = nur Belegabteilung 3 = nur besondere Einrichtung 4 = mehrere verschiedene Belegungen		
	abt_art1 - abt_art100	Abteilungsart	a	8	HA = Hauptabteilung BA = Belegabteilung BE = Besondere Einrichtungen		
	ik	Institutionskennzeichen (systemfrei)	a	9			
	fall_nr	Anonymisierte Fallnummer (systemfrei)	n	8			
	entl_ort	Entlassender Standort (6-Steller) (systemfrei)	n	6			BJ 2005 - 2018 2-Steller. Die Aufschlüsselung ist nur erforderlich, wenn ein Krankenhaus über mehrere Standorte verfügt und unter einem einheitlichen Institutionskennzeichen abrechnet. Andernfalls steht in den Daten eine Null. ab BJ 2019: Die ersten 6 Ziffern der neunstelligen Standortnummer (siehe: https://krankenhausstandorte.de/login)
ab BJ 2019	entl_ort9	Entlassender Standort (9-Steller) (systemfrei)	a	9			neunstellige Standortnummer (siehe: https://krankenhausstandorte.de/login)
	auf_monat	Monat der Aufnahme in das Krankenhaus	n	3	zweistellige Monatsangabe		
	aufn_jahr	Jahr der Aufnahme in das Krankenhaus	n	4	vierstellige Jahresangabe		
	dat_aufn	Datum der Aufnahme in das Krankenhaus	a	8	Datumsangabe im Format JJJJMMTT		
	zeit_aufn	Uhrzeit der Aufnahme in das Krankenhaus	a	4	Uhrzeitangabe im Format hhmm		
	dat_entl	Datum der Entlassung aus dem Krankenhaus	a	8	Datumsangabe im Format JJJJMMTT		
	zeit_entl	Uhrzeit der Entlassung aus dem Krankenhaus	a	4	Uhrzeitangabe im Format hhmm		

verfügbare Berichtsjahr (keine Eintragung in dieser Spalte bedeutet, dass die Variable in allen Berichtsjahren verfügbar ist)	Variable	Beschreibung	Format*	Länge	Schlüssel	Fehlende Werte	Anmerkungen
	tage	Verweildauer (Stundenfälle werden als 1 Tag berechnet)	n	8			
	typ_vwd	Typ Verweildauer	n	3	01 = std_fall = 1 02 = tage = 1 03 = tage = 2 04 = tage = 3 05 = tage = 4 06 = tage = 5 07 = tage = 6 08 = tage = 7 09 = tage <= 9 10 = tage <= 12 11 = tage <= 14 12 = tage <= 21 13 = tage <= 28 14 = tage <= 35 15 = tage <= 42 16 = tage <= 70 17 = tage <= 182 18 = tage <= 365 19 = tage <= 99999		
	std_fall	Stundenfall	n	3	1 = Ja 2 = Nein		
ab BJ 2010	cm	Case Mix (CM)	n	8		<p>Der Case Mix ergibt sich aus der Addition der effektiven Bewertungsrelationen aller behandelten Krankenhausfälle im jeweiligen Berichtsjahr. In die Berechnung ist die effektive Bewertungsrelation der DRG-Fallpauschale des Behandlungsfalls einbezogen. Berücksichtigt werden dabei tagesbezogene Abschläge bei Unterschreitung der unteren Grenzverweildauer und Zuschläge bei Überschreitung der oberen Grenzverweildauer sowie Verlegungen nach den Regelungen der Fallpauschalenverordnung. Zusatzentgelte sowie nicht mit dem Fallpauschalenkatalog bewertete und vergütete vollstationäre Leistungen sind in der Berechnung nicht eingeschlossen.</p> <p>Mit Jahresbeginn 2020 werden die Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen durch ein krankenhausindividuelles Pflegebudget finanziert. Bei der Berechnung sind deshalb die Pflegepersonalkosten ab dem Berichtsjahr 2020 nicht mehr mit enthalten.</p>	
AB BJ 2010	cm_n	Gültige Fälle (Zählervariable für den Case Mix)	n	8		Zählervariable, die den Wert 1 annimmt, wenn cm und cm_vol gültige Werte aufweisen.	

verfügbare Berichtsjahr (keine Eintragung in dieser Spalte bedeutet, dass die Variable in allen Berichtsjahren verfügbar ist)	Variable	Beschreibung	Format*	Länge	Schlüssel	Fehlende Werte	Anmerkungen
Ab BJ 2010	cm_vol	Case Mix Erlösvolume in EURO	n	8			<p>Das bewertete Erlösvolume wird ermittelt aus dem Produkt der effektiven Bewertungsrelation und dem jeweiligen Landesbasisfallwert (mit Angleichungsbetrag) der behandelten Krankenhausfälle. Zusatzentgelte und nicht mit dem Fallpauschalenkatalog vergütete vollstationäre Leistungen sind in der Berechnung nicht eingeschlossen.</p> <p>Mit Jahresbeginn 2020 werden die Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen durch ein krankenhausindividuelles Pflegebudget finanziert. Bei der Berechnung sind deshalb die Pflegepersonalkosten ab dem Berichtsjahr 2020 nicht mehr mit enthalten.</p>
BJ 2007 - 2009	BwrlVol	DRG-Erlös	n	8			Für eine näherungsweise Hochrechnung des Erlös volumens ausschließlich in Hauptabteilungen; berechnet über die DRG-Bewertungsrelation lt. Fallpauschalenkatalog multipliziert mit Landesbasisfallwert. Zu- und Abschläge sowie Zusatzentgelte sind nicht berücksichtigt.
BJ 2019	version	Versionierung	n	1			

* a = alphanumerisch; n = numerisch