

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.
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 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			Erläuterung unter www.bbsr.bund.de
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	

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_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) un = 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

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 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		
	alter	Alter in Jahren	n	8	90 = 90 Jahre und älter 999 = unbekannt 9999 = anonymisiert, wenn sex=u oder pat_land=au/oh/un	ja	Anonymisierungsmaßnahme vorgenommen.
	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 23 = 90 Jahre und älter 24 = anonymisiert, wenn sex=u oder pat_land=au/oh/un 22 = unbekannt	ja	Anonymisierungsmaßnahme vorgenommen.

verfügbare Berichtsjahr (keine Eintragung in dieser Spalte bedeutet, dass die Variable in allen Berichtsjahren verfügbar ist)	Variable	Beschreibung	Format	Länge	Schlüssel	Fehlende Werte	Anmerkungen
	typ_geb	Zusatzinformation Neugeborene: Im Geburtsmonat aufgenommen	n	3	1 = Ja 2 = Nein	ja	
	aufn_anl	Aufnahmeanlass	a	1	E = Einweisung durch eine Arztl/in/einen Arzt Z = Einweisung durch eine Zahnärztl/in/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 vorausgeganger 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 = 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 5 = Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers (bei tagesbezogenen Entgelten) 6 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus 7 = Tod 8 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Kooperation 9 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung 10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung 11 = Entlassung in ein Hospiz 13 = externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung 14 = Behandlung aus sonst. Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen		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
					15 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 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 22 = Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung (stationsäquivalent ab BJ 2018) 24 = Beendigung eines externen Aufenthalts mit Abwesenheit über Mitternacht (BPfIV-Bereich, für Pseudo-Fachabteilung 0003) (Kategorie ab BJ 2016 vorhanden) 25 = Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung, § 4 PEPVV 2013) (Kategorie ab BJ 2014 vorhanden) 28 = Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen (Kategorie ab BJ 2020 vorhanden) 29 = Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt (Kategorie ab BJ 2020 vorhanden) 30 = Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege – für Fälle mit Aufnahme ab dem 01.11.2021 (Kategorie ab BJ 2021 vorhanden) 99 = Entlassungsgrund fehlt (Kategorie ab BJ 2020 vorhanden)		
	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.
	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 Belegoperatörin/innen, Belegoperateur/e	n	8		ja	

verfügbare Berichtsjahr (keine Eintragung in dieser Spalte bedeutet, dass die Variable in allen Berichtsjahren verfügbar ist)	Variable	Beschreibung	Format	Länge	Schlüssel	Fehlende Werte	Anmerkungen
	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 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_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.

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	01 = Innere Medizin 0102 = Schwerpunkt Geriatrie 0103 = Schwerpunkt Kardiologie 0104 = Schwerpunkt Nephrologie 0105 = Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie 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)			ja	<p>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.</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 0436 - 1136 - 1536 - 2036 - 2050 - 2136 - 2150 - 36xx <p>Sonderregelung für Pseudo-Fachabteilungen im ETL-Segment der Entlassungs-anzeige:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 BPfIV-Bereich (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
					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 1011 = Schwerpunkt Kinderkardiologie 1012 = Schwerpunkt Neonatologie 1014 = Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde 1028 = Schwerpunkt Kinderneurologie 1050 = Schwerpunkt Perinatalmedizin 1051 = Langzeitbereich Kinder		

verfügbare Berichtsjahr (keine Eintragung in dieser Spalte bedeutet, dass die Variable in allen Berichtsjahren verfügbar ist)	Variable	Beschreibung	Format	Länge	Schlüssel	Fehlende Werte	Anmerkungen
					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. BPfIV 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 BPfIV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung) 2150 = Schwerpunkt Thoraxchirurgie Intensivmedizin		

verfügbare Berichtsjahr (keine Eintragung in dieser Spalte bedeutet, dass die Variable in allen Berichtsjahren verfügbar ist)	Variable	Beschreibung	Format	Länge	Schlüssel	Fehlende Werte	Anmerkungen
					22 = Urologie 23 = Orthopädie 2309 = Schwerpunkt Rheumatologie 2315 = Schwerpunkt Chirurgie 2316 = Orthopädie und Unfallchirurgie 24 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe 2402 = Schwerpunkt Geriatrie 2405 = Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie 2406 = Schwerpunkt Endokrinologie 2425 = Frauenheilkunde 25 = Geburtshilfe 26 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde 27 = Augenheilkunde 28 = Neurologie 2810 = Schwerpunkt Pädiatrie 2851 = Schwerpunkt Gerontologie 2852 = Schwerpunkt Neurologische Frührehabilitation 2856 = Schwerpunkt Schlaganfallpatienten/-patientinnen (Stroke units, Artikel 7 § 1 Abs. 3 GKV-SolG) 29 = Allgemeine Psychiatrie 2928 = Schwerpunkt Neurologie 2930 = Schwerpunkt Kinder- und Jugendpsychiatrie 2931 = Schwerpunkt Psychosomatik/Psychotherapie 2950 = Schwerpunkt Suchtbehandlung 2951 = Schwerpunkt Gerontopsychiatrie 2952 = Schwerpunkt Forensische Behandlung 2953 = Schwerpunkt Suchtbehandlung, Tagesklinik 2954 = Schwerpunkt Suchtbehandlung, Nachtklinik 2955 = Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Nachtklinik 2956 = Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Tagesklinik 2960 = Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze) 2961 = Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)		

verfügbare Berichtsjahr (keine Eintragung in dieser Spalte bedeutet, dass die Variable in allen Berichtsjahren verfügbar ist)	Variable	Beschreibung	Format	Länge	Schlüssel	Fehlende Werte	Anmerkungen
					30 = Kinder- und Jugendpsychiatrie 3060 = Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze) 3061 = Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze) 31 = Psychosomatik/Psychotherapie 3110 = Schwerpunkt Kinder- und Jugendpsychosomatik 3160 = Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze) 3161 = Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze) 32 = Nuklearmedizin 3233 = Schwerpunkt Strahlenheilkunde 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		

verfügbare Berichtsjahr (keine Eintragung in dieser Spalte bedeutet, dass die Variable in allen Berichtsjahren verfügbar ist)	Variable	Beschreibung	Format	Länge	Schlüssel	Fehlende Werte	Anmerkungen
					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	02 = 1 Tag 03 = 2 Tage 04 = 3 Tage 05 = 4 Tage 06 = 5 Tage 07 = 6 Tage 08 = 7 Tage 09 = 8 - 9 Tage 10 = 10 - 12 Tage 11 = 13 - 14 Tage 12 = 15 - 21 Tage 13 = 22 - 28 Tage 14 = 29 - 35 Tage 15 = 36 - 42 Tage 16 = 43 - 70 Tage 17 = 71 - 182 Tage 18 = 183 - 365 Tage 19 = 366 Tage und mehr		Anonymisierungsmaßnahme vorgenommen.

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_max	Längste Verweildauer	n	8	02 = 1 Tag 03 = 2 Tage 04 = 3 Tage 05 = 4 Tage 06 = 5 Tage 07 = 6 Tage 08 = 7 Tage 09 = 8 - 9 Tage 10 = 10 - 12 Tage 11 = 13 - 14 Tage 12 = 15 - 21 Tage 13 = 22 - 28 Tage 14 = 29 - 35 Tage 15 = 36 - 42 Tage 16 = 43 - 70 Tage 17 = 71- 182 Tage 18 = 183 - 365 Tage 19 = 366 Tage und mehr	ja	Bei mehreren Fachabteilungen: Tatsächlich verbrachte Tage in der fab_max. Anonymisierungsmaßnahme vorgenommen.
	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			Pseudonymisierung des Institutskennzeichen.
	fall_nr	Anonymisierte Fallnummer (systemfrei)	n	8			Randomisierung der Fallnummer.
	auf_monat	Monat der Aufnahme in das Krankenhaus	n	3	zweistellige Monatsangabe		
	aufn_jahr	Jahr der Aufnahme in das Krankenhaus	n	4	vierstellige Jahresangabe		

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	02 = 1 Tag 03 = 2 Tage 04 = 3 Tage 05 = 4 Tage 06 = 5 Tage 07 = 6 Tage 08 = 7 Tage 09 = 8 - 9 Tage 10 = 10 - 12 Tage 11 = 13 - 14 Tage 12 = 15 - 21 Tage 13 = 22 - 28 Tage 14 = 29 - 35 Tage 15 = 36 - 42 Tage 16 = 43 - 70 Tage 17 = 71- 182 Tage 18 = 183 - 365 Tage 19 = 366 Tage und mehr		Anonymisierungsmaßnahme vorgenommen.
	std_fall	Stundenfall	n	3	1 = Ja 2 = Nein		
ab BJ 2010	cm	Case Mix (CM)	n	8			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. 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.
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 Erlösvolumen in EURO	n	8			<p>Das bewertete Erlösvolumen 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	BwlVol	DRG-Erlös	n	8			<p>Für eine näherungsweise Hochrechnung des Erlösvolumens ausschließlich in Hauptabteilungen; berechnet über die DRG-Bewertungsrelation lt. Fallpauschalenkatalog multipliziert mit Landesbasisfallwert. Zu- und Abschläge sowie Zusatzentgelte sind nicht berücksichtigt.</p>
BJ 2019	version	Versionierung	n	1			

* a = alphanumerisch; n = numerisch