

Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen

Februar 2008

Fachliche Informationen zu dieser Veröffentlichung können Sie direkt beim Statistischen Bundesamt erfragen:
Gruppe VIII A Gesundheit, Telefon: +49 (0) 228 99644-8951; Fax: +49 (0) 228 99644-8996 oder E-Mail:
gesundheitsstatistiken@destatis.de

© Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2008

Vervielfältigungen und Verbreitung, auch auszugsweise, mit Quellenangabe gestattet.

1 Allgemeine Angaben

1.1 Bezeichnung der Statistik

Diagnosen der Patienten und Patientinnen in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen

1.2 Berichtszeitraum

1. Januar bis 31. Dezember

1.3 Erhebungstermin

Die Daten werden kontinuierlich über das Berichtsjahr von den Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen erfasst. Meldetermin ist der 1. April des dem Berichtsjahr folgenden Jahres.

1.4 Periodizität

Jährlich seit 2003

1.5 Regionale Gliederung

Erhebungsbereich ist das gesamte Bundesgebiet. Erhoben werden die Daten bis auf Gemeindeebene.

1.6 Erhebungsgesamtheit, Zuordnungsprinzip der Erhebungsgesamtheiten

Patienten und Patientinnen, die im Berichtsjahr aus der vollstationären Behandlung einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung entlassen wurden.

Patienten in Einrichtungen, die innerhalb des Erhebungsjahres oder zwischen dem Erhebungstichtag und dem Meldetermin schließen, können in der Statistik u. U. nicht erfasst werden.

1.7 Erhebungseinheiten

Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen mit mehr als 100 Betten nach § 1 Abs. 3 Nr. 2 i.V.m. § 3 Nr. 14 KHStatV.

1.8 Rechtsgrundlagen

Verordnung über die Bundesstatistik für Krankenhäuser (Krankenhausstatistik-Verordnung - KHStatV) vom 10. April 1990 (BGBl. I S. 730), zuletzt geändert durch Artikel 4 des Gesetzes vom 15. Dezember 2004 (BGBl. I S. 3429, 3442) in Verbindung mit dem Bundesstatistikgesetz (BStatG) vom 22. Januar 1987 (BGBl. I S. 462, 565), zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 9. Juni 2005 (BGBl. I S. 1534). Grundlage für die Erhebung der Diagnosedaten sind die Angaben zu § 3 Nr. 14 KHStatV. Für die Erhebung besteht Auskunftspflicht gemäß § 6 KHStatV in Verbindung mit § 15 BStatG.

1.9 Geheimhaltung und Datenschutz

Die erhobenen Einzelangaben werden nach § 16 BStatG grundsätzlich geheim gehalten. Nur in ausdrücklich gesetzlich geregelten Ausnahmefällen dürfen Einzelangaben übermittelt werden. Nach § 16 Abs. 6 BStatG ist es möglich, den Hochschulen oder sonstigen Einrichtungen mit der Aufgabe unabhängiger wissenschaftlicher Forschung für die Durchführung wissenschaftlicher Vorhaben Einzelangaben dann zur Verfügung zu stellen, wenn diese so anonymisiert sind, dass sie nur mit einem unverhältnismäßig hohen Aufwand an Zeit, Kosten und Arbeitskraft dem Befragten oder Betroffenen zugeordnet werden können. Die Pflicht zur Geheimhaltung besteht auch für Personen, die Empfänger von Einzelangaben sind.

2 Zweck und Ziele der Statistik

2.1 Erhebungsinhalte

Neben der Erkrankungsart, Verweildauer und Fachabteilung werden soziodemographische Merkmale der Patienten und Patientinnen (z.B. Alter, Geschlecht, Wohnort) erhoben.

2.2 Zweck der Statistik

Die Ergebnisse bilden die statistische Basis für viele gesundheitspolitische Entscheidungen des Bundes und der Länder. Die Erhebung liefert wichtige Informationen über das Volumen und die Struktur der Leistungsnachfrage und der Morbiditätsentwicklung in der stationären Versorgung. Darüber hinaus wird auf dieser Datengrundlage eine Einzugsgebietsstatistik erstellt, die u. a. Aufschluss über die Patientenwanderung gibt. Die Diagnosestatistik dient damit auch der epidemiologischen Forschung und trägt zur Information der Bevölkerung bei.

2.3 Hauptnutzer der Statistik

Gesundheits- und Sozialministerien des Bundes und der Länder, Europäische Kommission, Weltgesundheitsorganisation (WHO), Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD), nationale und internationale Gesundheitsberichterstattungssysteme, nationale Organisationen (z.B. Krankenkassen) und Wirtschaftsunternehmen (z.B. Pharma- und Beratungsunternehmen), epidemiologische und gesundheitsökonomische Institute, Medien.

2.4 Einbeziehung der Nutzer

Änderungen erfolgen vor allem durch das Bundesministerium für Gesundheit, Anregungen gibt es durch die Tagung des Fachausschusses der Nutzer der Krankenhausstatistik sowie die Mitarbeit in internationalen Arbeitsgruppen (z.B. Eurostat) und durch Rückmeldungen der Nutzer im Rahmen des Auskunftsdienstes.

3 Erhebungsmethodik

3.1 Art der Datengewinnung

Schriftliche (postalische) Befragung mit Auskunftspflicht. In der Erhebungspraxis werden alternativ elektronische Dateien mit den Diagnosedaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen erzeugt.

3.2 Stichprobenverfahren

Entsprechend der Begrenzung auf Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen mit mehr als 100 Betten waren bezogen auf das Jahr 2005 insgesamt 53% aller Einrichtungen auskunftspflichtig. 86% aller Patienten und Patientinnen in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen wurden in Einrichtungen dieser Größenordnung behandelt.

3.3 Saisonbereinigungsverfahren

Keine.

3.4 Erhebungsinstrumente und Berichtsweg

Der ausgefüllte schriftliche Fragebogen bzw. die elektronische Datei wird an das jeweilige Landesamt für Statistik übermittelt und dort elektronisch erfasst. Daran schließen sich Datenprüfverfahren an (z.B. Format- und Plausibilitätsprüfung) an. Anschließend erfolgt die Übermittlung aggregierter Landesergebnisse an das Statistische Bundesamt.

3.5 Belastung der Auskunftspflichtigen

Die Belastung hängt vor allem von der Fallzahl ab, sowie von dem Einsatz von DV-Technik. Pro Patient/Patientin werden zehn Merkmale erhoben.

3.6 Dokumentation des Fragebogens

Ein Muster des Fragebogens mit den dazu gehörigen Erläuterungen (Stand: Berichtsjahr 2007) ist als Anlage beigefügt.

4 Genauigkeit

4.1 Qualitative Gesamtbewertung der Genauigkeit

Es handelt sich um eine Teilerhebung aller Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen mit mehr als 100 Betten. Durch diese Einschränkung kommt es zu einem Ausschluss von Einrichtungen mit einem speziellen Behandlungsspektrum. Grundsätzlich kann davon ausgegangen werden, dass sämtliche Elemente der Grundgesamtheit in der Erhebung enthalten sind. Allerdings kann es zu Fehlern in der Erfassungsgrundlage kommen, wenn im Berichtsjahr neu eröffnete Einrichtungen nicht an die Landesämter für Statistik gemeldet werden. Darüber hinaus können Patienten in Einrichtungen, die innerhalb des Erhebungsjahres oder zwischen dem Erhebungsstichtag und dem Meldetermin schließen, nicht in der Statistik enthalten sein. In diesen Fällen kommt es in der Folge zu einer Untererfassung der Patienten und Patientinnen.

Der Statistik liegt zur Verschlüsselung der Hauptdiagnose der Patienten und Patientinnen die Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD) zu Grunde. Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) gibt eine deutsche Version dieser Klassifikation heraus. Daneben stellt das DIMDI Metadaten bereit, in denen eine entsprechende Beschreibung der Plausibilitäten erfolgt, so z.B. welcher Diagnoseschlüssel bei welcher Geschlechts- und/oder Altersgruppe vorkommen kann bzw. darf. An diesen Vorgaben orientiert sich die statistische Aufbereitung der Daten. Dabei ist stets zu bedenken, dass die Vergabe des Diagnoseschlüssels in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung erfolgt und bereits dort Fehler auftreten können. Da die Angabe der Hauptdiagnose für die Einrichtungen entgeltrelevant ist, kann davon ausgegangen werden, dass die Qualität der Diagnoseangabe hoch ist. Sollten dennoch Unstimmigkeiten auftreten, so können diese in der Datenaufbereitungsphase bei der Plausibilisierung der Angaben berichtigt werden, z.B. wenn Diagnose- und Geschlechtsangabe der Patientin/des Patienten nicht übereinstimmen.

4.2 Stichprobenbedingte Fehler (für Eckwerte)

Nicht relevant.

4.3 Nicht-stichprobenbedingte Fehler

4.3.1 Fehler durch die Erfassungsgrundlage

Trotz intensiver Recherchen können Fehler, die durch eine falsche oder unvollständige Erfassungsgrundlage bedingt sind, nicht völlig ausgeschlossen werden. Eine Meldung über neu eröffnete Einrichtungen z.B. seitens der Gesundheitsbehörden erfolgt grundsätzlich nicht. Informationen über die Einrichtungen können nur über Recherchen und Abfragen bei verschiedenen Institutionen (z.B. Gesundheits- und Gewerbeämter) gewonnen werden. Darüber hinaus können Patienten in Einrichtungen, die innerhalb des Erhebungsjahres oder zwischen dem Erhebungsstichtag und dem Meldetermin schließen, nicht in der Statistik enthalten sein. Sofern Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in der Erfassungsgrundlage fehlen, sind auch die dort aus der vollstationären Behandlung entlassenen Patienten und Patientinnen nicht enthalten.

4.3.2 Antwortausfälle auf Ebene der Einheiten (Unit-Non-Response)

Verglichen mit der Anzahl der Entlassungen in den Grunddaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen gibt es in der Diagnosestatistik eine Untererfassung. Der Erfassungsgrad lag 2005 bei 96%.

4.3.3 Antwortausfälle auf Ebene wichtiger Merkmale (Item-Non-Response)

Antwortausfälle auf Ebene wichtiger Merkmale fallen durchweg gering aus und stellen keine Beeinträchtigung für die Nutzung der Daten dar. Antwortausfälle kommen zum einen durch fehlende Angaben, zum anderen durch unplausible Daten zustande. In beiden Fällen erfolgt zunächst eine Rückfrage bei den Einrichtungen, bevor die Merkmalsausprägung auf unbekannt gesetzt wird. Der Anteil unbekannter Hauptdiagnosen lag 2006 bei 0,6%.

4.4 Revisionen

Es werden keine vorläufigen Ergebnisse veröffentlicht. Dadurch entsteht kein Revisionsbedarf.

4.5 Außergewöhnliche Fehlerquellen

Nicht bekannt.

5 Aktualität und Pünktlichkeit

5.1 Zeitspanne zwischen Berichtszeitpunkt und dem Veröffentlichungstermin vorläufiger Ergebnisse

Es werden keine vorläufigen Ergebnisse veröffentlicht.

5.2 Zeitspanne zwischen Berichtszeitpunkt und dem Veröffentlichungstermin endgültiger Ergebnisse

Die Befragten berichten bis zum 1. April des dem Berichtsjahr folgenden Jahres. Endgültige tief gegliederte Ergebnisse stehen grundsätzlich Ende Dezember zur Verfügung.

6 Zeitliche und räumliche Vergleichbarkeit

6.1 Qualitative Bewertung der Vergleichbarkeit

Maßgeblich für die statistische Erfassung der Hauptdiagnose der Patienten und Patientinnen ist die Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD). Dadurch, dass die Hauptdiagnose nach ICD verschlüsselt und erfasst wird, ist die internationale Vergleichbarkeit gewährleistet.

6.2 Änderungen bei Stichprobendesign, Klassifikationen

Die der Diagnosestatistik zugrunde liegende Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD) wird permanent weiterentwickelt, so dass auch die seit 2000 gültige zehnte Revision unterschiedliche Versionen aufweist. In 2003 galt die für die Zwecke des Fünften Buches Sozialgesetzbuch überarbeitete Version 2.0 der ICD. Mit der Einführung des fallpauschalierten Entgeltsystems (DRG-Systems) im Jahr 2004 wurde die angepasste Version ICD-10-GM 2004 eingeführt (GM = German Modification). Für 2005 gilt wiederum eine neue Version, und zwar die ICD-10-GM 2005.

6.3 Vollständigkeit der Daten

Sofern es zu Antwortausfällen auf Ebene der Einrichtungen kommt und diese ein spezifisches Behandlungsspektrum aufweisen, können bestimmte Hauptdiagnosen unterrepräsentiert sein. In diesem Fall wäre durch die Unvollständigkeit der Daten die Vergleichbarkeit beeinträchtigt.

7 Bezüge zu anderen Erhebungen

7.1 Als Input

Die Diagnosen der Patienten und Patientinnen in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen fließen in die Gesundheitsberichterstattung auf regionaler, nationaler sowie internationaler Ebene und in die gesundheitsbezogenen Rechensysteme auf nationaler und internationaler Ebene ein. Sie bilden ferner eine Berechnungsgröße für Indikatoren der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung.

7.2 Unterschiede zu vergleichbaren Statistiken

Einige Merkmale der Diagnosen der Patienten und Patientinnen in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen werden auch in den Grunddaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen erfasst. Zum Teil weisen diese Unterschiede auf. Dies betrifft zum einen die Fallzahl. In den Diagnosedaten entspricht die Fallzahl den Entlassungen im Berichtsjahr. In den Grunddaten wird sie auf Basis des Patientenzu- und -abgangs im Berichtsjahr ermittelt.

Des Weiteren unterscheidet sich die Summe der Pflage tage in den Diagnosedaten von jener in den Grunddaten. In der erstgenannten Erhebung ist es die kumulierte Verweildauer aller im Berichtsjahr entlassenen Patienten und Patientinnen. In der letztgenannten Erhebung sind es alle im Berichtsjahr erbrachten Pflage tage. Die Verweildauer kann in den Diagnosedaten mitunter höher ausfallen als die Anzahl der Kalendertage im Berichtsjahr (sog. Überlieger), während dies in den Grunddaten nicht möglich ist.

Als Folge der beiden zuvor genannten Unterschiede weicht die durchschnittliche Verweildauer beider Erhebungen voneinander ab. In den Diagnosedaten ermittelt sie sich als Quotient aus der Summe der Verweildauern aller im Berichtsjahr entlassenen Patienten und Patientinnen und deren Anzahl. In den Grunddaten wird sie als Quotient aus den im Berichtsjahr erbrachten Pflage tagen und der Fallzahl berechnet.

8 Weitere Informationsquellen

8.1 Publikationswege, Bezugsadressen

Die wichtigsten Ergebnisse der Erhebung werden jährlich in der Fachserie 12 Reihe 6.2.2 im Publikationsservice des Statistischen Bundesamtes veröffentlicht. Die Publikation kann kostenlos im Internet herunter geladen werden unter [Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen](#).

Des Weiteren sind die Ergebnisse Bestandteil des Internetangebots der Gesundheitsberichterstattung des Bundes unter www.gbe-bund.de.

8.2 Kontaktinformation

Statistisches Bundesamt Zweigstelle Bonn

Gruppe VIII A Gesundheit

Graurheindorfer Straße 198

53117 Bonn

Fon +49 (0) 228 99644-8951

Fax +49 (0) 228 99644-8996

E-Mail gesundheitsstatistiken@destatis.de

8.3 Weiterführende Veröffentlichungen

Jährliche Veröffentlichung, zuletzt: **Graf**, Thomas: Statistische Krankenhausdaten: Grund- und Diagnosedaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 2005, in: *Klauber, Jürgen/Robra, Bernt-Peter/Schellschmidt, Henner* (Hrsg.): Krankenhausreport 2007, Stuttgart 2008, S. 371-390. **Rolland**, Sebastian: Vorsorge und Rehabilitation in Deutschland 2003, in: *Wirtschaft und Statistik* 9/2005, Wiesbaden 2005, S. 971-982.

9 Merkmale, Indizes und Klassifikationen

Eine Dokumentation der deutschsprachigen Version der Internationalen Statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD) wird durch das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Internet veröffentlicht:

<http://www.dimdi.de/de/klassi/diagnosen/icd10/index.htm>.

Statistisches Landesamt	
Bitte den Fragebogen vollständig ausgefüllt bis zum 1. April 2007 zurücksenden.	
Beim Ausfüllen bitte die Erläuterungen beachten.	
Bitte teilen Sie uns mit, an wen wir uns bei Rückfragen wenden dürfen (freiwillige Angaben).	

Name	

E-Mail	
_____	_____
Telefonnummer	Telefaxnummer

Krankenhausstatistik 2006	
– Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen –	
Teil II: Diagnosen (manuelle Bereitstellung)	
Träger der Einrichtung	_____
Name der Einrichtung	_____
Straße	_____
PLZ, Ort	_____

Vom Statistischen Landesamt auszufüllen!	_____	_____
	Landesnummer	Einrichtungsnummer

Informationen zur Krankenhausstatistik

Art, Umfang und Zweck der Erhebung

Es handelt sich um eine jährliche Totalerhebung der Krankenhäuser sowie Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, ihrer organisatorischen Einheiten, personellen und sachlichen Ausstattung sowie der von ihnen erbrachten Leistungen. Daneben sind Angaben über die Krankenhauskosten, über die Zahl der Krankenhauspatienten/-innen und die Art ihrer Erkrankungen sowie über Ausbildungsstätten an Krankenhäusern zu machen. Die Ergebnisse der Krankenhausstatistik bilden die statistische Basis für viele gesundheitspolitische Entscheidungen des Bundes und der Länder und dienen den an der Krankenhausfinanzierung beteiligten Institutionen als Planungsgrundlage. Die Erhebung liefert wichtige Informationen über die Struktur der stationären Versorgung, über die Zusammenhänge zwischen Morbiditäts- und Kostenentwicklung im Krankenhausbereich sowie über die regionale Häufigkeit von Krankheitsarten. Sie dient damit letztlich auch der Wissenschaft und Forschung und trägt zur Information der Bevölkerung bei.

Rechtsgrundlagen

Krankenhausstatistik-Verordnung (KHStatV) vom 10. April 1990 (BGBl. I S. 730), zuletzt geändert durch Artikel 4 des Gesetzes vom 15. Dezember 2004 (BGBl. I S. 3429, 3442) in Verbindung mit dem Bundesstatistikgesetz (BStatG) vom 22. Januar 1987 (BGBl. I S. 462, 565), zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 9. Juni 2005 (BGBl. I S. 1534).

Erhoben werden die Angaben zu § 3 Nr. 14 KHStatV. Die Auskunftspflicht ergibt sich aus § 6 KHStatV in Verbindung mit § 15 BStatG. Danach sind die Träger der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen auskunftspflichtig.

Gemäß § 15 Abs. 6 BStatG haben Widerspruch und Anfechtungsklage gegen die Aufforderung zur Auskunftserteilung keine aufschiebende Wirkung.

Geheimhaltung

Die erhobenen Einzelangaben werden nach § 16 BStatG grundsätzlich geheimgehalten. Nur in ausdrücklich gesetzlich geregelten Ausnahmefällen dürfen Einzelangaben übermittelt werden.

Nach § 16 Abs. 6 BStatG ist es zulässig, den Hochschulen oder sonstigen Einrichtungen mit der Aufgabe unabhängiger wissenschaftlicher Forschung für die Durchführung wissenschaftlicher Vorhaben Einzelangaben dann zur Verfügung zu stellen, wenn diese so anonymisiert sind, dass sie nur mit einem unverhältnismäßig großen Aufwand an Zeit, Kosten und Arbeitskraft dem Befragten oder Betroffenen zugeordnet werden können.

Eine Übermittlung von Einzelangaben mit Namen und Anschrift ist ausgeschlossen.

Die Pflicht zur Geheimhaltung besteht auch für Personen, die Empfänger von Einzelangaben sind.

Hilfsmerkmale, Trennen und Löschen, Ordnungsnummern

Der Name des Trägers der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung, der Name und die Anschrift der Einrichtung sowie, E-Mail-Adresse, Telefon- und Telefaxnummer der für Rückfragen zur Verfügung stehenden Person sind Hilfsmerkmale, die lediglich der technischen Durchführung der Erhebung dienen. Sie werden nach Abschluss der Prüfung der Angaben vom Fragebogen getrennt, gesondert aufbewahrt und spätestens nach der nächsten Erhebung vernichtet. Die verwendete Einrichtungsnummer dient ebenfalls der technischen Durchführung der Statistik; sie enthält keine Merkmale über persönliche oder sachliche Verhältnisse.

Mit Zustimmung der Betroffenen sind die Statistischen Landesämter gemäß § 7 Abs. 2 KHStatV berechtigt, jährlich im Rahmen eines Verzeichnisses Name, Anschrift, Träger, Art des Krankenhauses, Fachabteilungen und Bettenzahl der Krankenhäuser sowie der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen zu veröffentlichen.

Abgrenzung des Erhebungsbereichs "Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung"

Die Erhebung erstreckt sich auf Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen gemäß § 107 Abs. 2 Sozialgesetzbuch V. Buch (SGB V). Danach sind Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen Einrichtungen, die

- der stationären Behandlung dienen, um
 - eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen oder einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken (Vorsorge) oder
 - eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern oder im Anschluss an Krankenhausbehandlung den dabei erzielten Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen, auch mit dem Ziel, einer drohenden Behinderung oder Pflegebedürftigkeit vorzubeugen, sie nach Eintritt zu beseitigen, zu bessern oder eine Verschlimmerung zu verhüten (Rehabilitation), wobei Leistungen der aktivierenden Pflege nicht von den Krankenkassen übernommen werden dürfen,
- fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Verantwortung und unter Mitwirkung von besonders geschultem Personal darauf eingerichtet sind, den Gesundheitszustand der Patienten und Patientinnen nach einem ärztlichen Behandlungsplan vorwiegend durch Anwendung von Heilmitteln einschließlich Krankengymnastik, Bewegungstherapie, Sprachtherapie oder Arbeits- und Beschäftigungstherapie, ferner durch andere geeignete Hilfen, auch durch geistige und seelische Einwirkungen, zu verbessern und den Patienten und Patientinnen bei der Entwicklung eigener Abwehr- und Heilungskräfte zu helfen,

und in denen

- die Patienten und Patientinnen untergebracht und gepflegt werden können.

Von Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen im Sinne von § 107 Abs. 2 SGB V sowie stationären Pflegeeinrichtungen im Sinne von § 71 Abs. 2 SGB XI zu unterscheiden sind Krankenhäuser. Für Krankenhäuser sind eigene Fragebogen auszufüllen, auch wenn sie vom selben Träger auf auf demselben Grundstück/im gleichen Gebäude betrieben werden. Stationäre Pflegeeinrichtungen sind nicht Gegenstand der Krankenhausstatistik.

Maßgeblich für die statistische Erfassung einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung jede organisatorische Einheit, die unter einheitlicher Verwaltung steht und für die auf Grundlage der kaufmännischen Buchführung ein Jahresabschluss erstellt wird. Eine Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung als Einheit kann mehrere selbständig geleitete Fachabteilungen umfassen. In diesem Fall ist die Meldung für die gesamte Einrichtung abzugeben.

Meldung zur Statistik

Für jede Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung sind jährlich Angaben zu Teil I "Grunddaten" der Krankenhausstatistik zu machen und mit Wirkung vom 1. Januar 2003 sind von Einrichtungen mit mehr als 100 Betten zusätzlich jährlich getrennte Angaben zu Teil II "Diagnosen" abzugeben. Der Fragebogen ist bis zum **1. April 2007** an das zuständige Landesamt zu senden.

Um Zusatzaufwand in den Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen zu vermeiden, sollen die Patientendaten möglichst maschinell der vorhandenen Basisdokumentation bzw. den verschiedenen Unterlagen der Patientendatenverwaltung entnommen werden. Wenn eine maschinelle Bereitstellung der Daten auf 18-Spur-Magnetbandkassetten oder Disketten möglich ist, setzen Sie sich bitte mit dem zuständigen Statistischen Landesamt in Verbindung, damit die Liefermodalitäten vereinbart werden können.

Falls eine maschinelle Bereitstellung der Daten nicht möglich ist, sind die Angaben pro Patient/Patientin in den beiliegenden Fragebogen manuell einzutragen. Für jeden Entlassungsfall ist dabei eine Zeile vorgesehen. Es ist ratsam, die entsprechenden Angaben fallweise im Zusammenhang mit der Entlassungsdokumentation bzw. der Rechnungserstellung zu machen, um eine Häufung von Meldungen und damit verbundenen unnötigen Verwaltungsaufwand zu vermeiden.

Bei den Eintragungen sind Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben sicherzustellen. Die allgemeinen Grundsätze für die Dokumentation und Qualitätskontrolle der Daten, wie sie der "Leitfaden zur Medizinischen Basisdokumentation nach § 301 SGB V" enthält, sind zu berücksichtigen. Bitte achten Sie darauf, dass die **hier** nachgewiesene Anzahl der entlassenen stationären Patienten und Patientinnen einschließlich Sterbefälle mit den Angaben zu Teil I Grunddaten („2 Krankenbetten; Pflegeetage und Patientenbewegung, Spalte 8 und Spalte 10) übereinstimmt.

Damit eine Zuordnung der beiden Erhebungsteile I und II (Grunddaten und Diagnosen) je Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung erfolgen kann, muss darauf geachtet werden, dass auf den verschiedenen Fragebogen und auf den maschinenlesbaren Datenträgern die gleiche Einrichtungsnummer angegeben ist.

Erläuterungen zu Teil II „Diagnosen“ im Einzelnen

In der Diagnosestatistik der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen werden alle diejenigen im Jahr 2006 entlassenen vollstationär behandelten Patienten/Patientinnen (einschließlich Sterbefälle) nachgewiesen, ohne solche, bei denen keine medizinische Indikation bestand (z.B. Hotel-/Wellnesspatienten). Nicht nachgewiesen werden teilstationär behandelte Patienten/Patientinnen sowie Begleitpersonen. Erfasst wird die ununterbrochene vollstationäre Behandlung in der Einrichtung, unabhängig von der Zahl der dabei durchlaufenen Fachabteilungen. Bitte achten Sie darauf, dass die **hier** nachgewiesene Anzahl der entlassenen vollstationären Patienten/Patientinnen einschließlich Sterbefälle mit den Angaben zu Teil I Grunddaten ("2 Krankenbetten; Pflage- und Patientenbewegung", Spalte 8 und Spalte 10) übereinstimmt.

Die den Erhebungsmerkmalen vorangestellten Nummern beziehen sich jeweils auf die entsprechenden Ziffern im Fragebogen!

① **Einrichtungsnummer**

Die Verschlüsselungsnummer für Ihre Einrichtung wird Ihnen vom zuständigen Statistischen Landesamt mitgeteilt und ist auf dem Deckblatt mit den Informationen zur Krankenhausstatistik angegeben. Sie muss hier übernommen werden.

② **Geschlecht**

Zutreffendes bitte ankreuzen.

③ **Geburtsdatum**

Geben Sie hier bitte den Geburtsmonat und das Geburtsjahr des Patienten/der Patientin an.

④ **Zu- und Abgangsdatum, Verweildauer**

☒ Als **Zugangsdatum** ist der Aufnahmetag in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung zu erfassen. Als **Abgangsdatum** ist der Entlassungstag aus der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung anzugeben.

Die Angaben zum Zu- und Abgangsdatum dienen in Verbindung mit dem Geburtsdatum der Bestimmung des Alters des Patienten/der Patientin zum Zeitpunkt des Beginns der Behandlung.

(!) *Bei mehrfach im Jahr vollstationär behandelten Patienten/Patientinnen ist jeder Aufenthalt als ein Fall zu zählen.*

(!) *Wird ein Patient/eine Patientin für einen Tag/mehrere Tage beurlaubt, ist ebenfalls nur ein Fall zu zählen.*

Für die Verweildauer (Kontrollmerkmal) geben Sie bitte die Anzahl der Pflage- und Patientenbewegungen an. Der Wert in diesem Feld lässt sich in der Regel aus der Differenz zwischen Zugangs- und Abgangsdatum errechnen.

⑤ **Sterbefall**

Hier ist anzugeben, ob der/die vollstationär behandelte Patient/Patientin während des Aufenthaltes in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung verstorben ist.

⑥ **Hauptdiagnose**

Die Hauptdiagnose soll gemäß den Deutschen Kodierichtlinien angegeben werden.

☒ Die **Hauptdiagnose** wird definiert als die Diagnose, die nach Analyse als diejenige festgestellt wurde, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Aufenthaltes des Patienten verantwortlich ist. Der Begriff "nach Analyse" bezeichnet die Evaluation der Befunde am Ende des stationären Aufenthaltes.

(!) *Die Hauptdiagnose ist entsprechend der **Internationalen Statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision Version 2006 GM (German Modification)** zu melden.*

Die Hauptdiagnose ist bis auf die in der ICD-10-GM vorgesehenen Ausnahmen grundsätzlich **vierstellig** und ohne den

Trennpunkt anzugeben (Beispiel: C18.7 Bösartige Neubildung: Colon sigmoideum = C187).

(!) *Zur Verschlüsselung verwenden Sie bitte die ICD-10-GM-Ausgabe 2006 ohne Angaben aus dem Kapitel XX (Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität, V01-Y98).*

Nichtkranke Zustände werden nach dem Kapitel XXI „Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen“ verschlüsselt.

(!) *Auf die Angabe einer fünften Stelle wird verzichtet. Die Zusatzkennzeichen sind **nicht** Bestandteil der Erhebung.*

⑦ **Fachabteilung mit der längsten Verweildauer**

☒ **Fachabteilungen** sind organisatorisch abgrenzbare, von Ärzten/Ärztinnen ständig verantwortlich geleitete Abteilungen mit besonderen Behandlungseinrichtungen.

(!) *In nach Fachabteilungen gegliederten Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen sind die entsprechenden Organisationseinheiten einer der aufgeführten Fachabteilungen nach der Gebiets- bzw. Schwerpunktbezeichnung des leitenden Arztes/der leitenden Ärztin zuzuordnen.*

Hier ist der Signierschlüssel jener Fachabteilung einzutragen, in welcher der Patient/die Patientin während seines/ihrer Aufenthaltes am längsten gelegen hat. Das Schlüsselverzeichnis ist nachstehend abgedruckt. Bitte verwenden Sie ausschließlich die von uns vorgegebenen Schlüssel.

Sind einzelne Fachabteilungen der Einrichtung nicht in selbständige Fachrichtungen/Fachbereiche untergliedert, ist für die Fachabteilung mit der längsten Verweildauer die jeweilige mit 9 endende Schlüsselnummer für "Nicht untergliedertes Fachgebiet ..." sowie sonstige ..." anzugeben.

(!) *Maßgeblich für die Zuordnung ist die Dauer des Aufenthaltes in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung und nicht der Schwerpunkt der erbrachten medizinischen Leistungen.*

⑧ **Postleitzahl**

Hier ist die Postleitzahl der Wohngemeinde anzugeben, in der der Patient/die Patientin seinen/ihren ständigen Wohnsitz hat.

(!) *Bei Patienten/Patientinnen mit ständigem Wohnsitz im Ausland darf keine Eintragung erfolgen.*

⑨ **Wohnort**

☒ Als **Wohnort** ist die Wohngemeinde anzugeben, in der der Patient/die Patientin seinen/ihren ständigen Wohnsitz hat.

(!) *Für Patienten und Patientinnen, die in den Stadtstaaten Hamburg, Bremen und Berlin wohnen, ist auch der Stadtteil einzutragen.*

(!) *Bei Patienten und Patientinnen mit ständigem Wohnsitz im Ausland ist nur der Name des ausländischen Staates einzusetzen; hierbei sollte der Name durch ein führendes *"-Zeichen markiert werden. Anstelle des Namens des jeweiligen Landes in seiner offiziellen Schreibweise kann dabei das international einheitliche Nationalitätskennzeichen angegeben werden.*

(!) *Als Wohnort nichtsesshafter Patienten und Patientinnen ist der Sitz (Gemeinde) der behandelnden Einrichtung einzutragen.*

Um eine automatische Umsetzung der Postleitzahl und des Gemeindennamens in die amtliche Schlüsselnummer vornehmen zu können, muss darauf geachtet werden, dass

- nur der amtliche Name der Wohngemeinde und
- keine Abkürzungen von Gemeindennamen verwendet werden. Reicht der vorhandene Platz nicht aus, so ist der Name der Gemeinde soweit wie möglich auszuschreiben und erst am Schluss abzukürzen.

Schlüssel der Fachabteilungen

nach Gebiets-/Schwerpunktbezeichnung des leitenden Arztes/der leitenden Ärztin

(!) Bitte verwenden Sie ausschließlich die von uns vorgegebenen Schlüssel des nachstehendes Schlüsselverzeichnis

030	Allgemeinmedizin
190	Frauenheilkunde und Geburtshilfe
250	Haut- und Geschlechtskrankheiten
	Innere Medizin
311	Angiologie
313	Endokrinologie
316	Gastroenterologie
319	Hämatologie und internistische Onkologie
323	Kardiologie
336	Klinische Geriatrie
329	Nephrologie
332	Pneumologie
333	Rheumatologie
339	Nicht untergliedertes Fachgebiet 'Innere Medizin' sowie 'Sonstige und allgemeine Innere Medizin'
360	Kinderheilkunde
	Neurologie
573	Klinische Geriatrie
579	Nicht untergliedertes Fachgebiet 'Neurologie' sowie 'Sonstige und allgemeine Neurologie'
	Orthopädie
693	Rheumatologie (Orthopädie)
699	Nicht untergliedertes Fachgebiet 'Orthopädie' sowie 'Sonstige und allgemeine Orthopädie'
770	Physikalische und Rehabilitative Medizin
	Psychiatrie und Psychotherapie
823	Klinische Geriatrie
829	Nicht untergliedertes Fachgebiet 'Psychiatrie/Psychotherapie' sowie 'Sonstige und allgemeine Psychiatrie/ Psychotherapie'
830	Psychotherapeutische Medizin
930	Sonstige Fachbereiche bzw. Einrichtung ohne abgegrenzte Fachabteilungen

Wir bedanken uns sehr herzlich für Ihre Mitarbeit!

Aus vollstationärer Behandlung in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung entlassene Patienten/Patientinnen und Sterbefälle nach der Hauptdiagnose

Bitte beachten Sie beim Ausfüllen die Erläuterungen entsprechend der Nr.: **n**

①

 Land

 Nummer
 der Einrichtung

Blatt ___ von ___

Lfd. Nr.	② Geschlecht		③ Geburtsdatum		④ Zugangsdatum			④ Abgangsdatum			④ Verweildauer	⑤ Sterbefall		⑥ Hauptdiagnose nach ICD-Schlüssel (4-stellig)		⑦ Fachabteilung mit der längsten Verweildauer		⑨ Postleitzahl		⑩ Wohnort	
	Nur ein Feld ankreuzen		Monat / Jahr		Tag / Monat / Jahr			Tag / Monat / Jahr			Anzahl der Pflgetage	Nur ein Feld ankreuzen		Nur einen Schlüssel eintragen und nur 10. Revision der ICD verwenden		Zulässige Schlüssel siehe Erläuterungen		Für Patienten mit ständigem Wohnsitz im Ausland keine Postleitzahl eintragen		Für Patienten aus den Stadtstaaten Hamburg, Bremen und Berlin auch Stadtteil eintragen. Bei Patienten mit ständigem Wohnsitz im Ausland bitte an erster Stelle einen Stern (*) und dann das Land eintragen	
	männl.	weibl.	Monat	Jahr	Tag	Monat	Jahr	Tag	Monat	Jahr	31 - 34	ja	nein	4. Stelle 36 - 39		43 - 45		46 - 50		(Bitte in Druckschrift) 51 - 85	
1	1	2								2	0	0	6			1	2				
2	1	2								2	0	0	6			1	2				
3	1	2								2	0	0	6			1	2				
4	1	2								2	0	0	6			1	2				
5	1	2								2	0	0	6			1	2				
6	1	2								2	0	0	6			1	2				
7	1	2								2	0	0	6			1	2				
8	1	2								2	0	0	6			1	2				
9	1	2								2	0	0	6			1	2				
10	1	2								2	0	0	6			1	2				
11	1	2								2	0	0	6			1	2				
12	1	2								2	0	0	6			1	2				
13	1	2								2	0	0	6			1	2				
14	1	2								2	0	0	6			1	2				
15	1	2								2	0	0	6			1	2				
16	1	2								2	0	0	6			1	2				
17	1	2								2	0	0	6			1	2				
18	1	2								2	0	0	6			1	2				
19	1	2								2	0	0	6			1	2				
20	1	2								2	0	0	6			1	2				

Statistisches Landesamt

Bitte den Fragebogen vollständig ausgefüllt bis zum **1. April 2007** zurücksenden.

Beim Ausfüllen bitte die Erläuterungen beachten.

Bitte teilen Sie uns mit, an wen wir uns bei Rückfragen wenden dürfen (freiwillige Angaben).

Name

E-Mail

Telefonnummer

Telefaxnummer

Krankenhausstatistik 2006

– **Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen** –

Teil II: Diagnosen (maschinelle Lieferung)

Träger
der Einrichtung

Name
der Einrichtung

Straße

PLZ, Ort

Vom Statistischen Landesamt auszufüllen!

Landesnummer

Einrichtungsnummer

Informationen zur Krankenhausstatistik

Art, Umfang und Zweck der Erhebung

Es handelt sich um eine jährliche Totalerhebung der Krankenhäuser sowie Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, ihrer organisatorischen Einheiten, personellen und sachlichen Ausstattung sowie der von ihnen erbrachten Leistungen. Daneben sind Angaben über die Krankenhauskosten, über die Zahl der Krankenhauspatienten/-innen und die Art ihrer Erkrankungen sowie über Ausbildungsstätten an Krankenhäusern zu machen. Die Ergebnisse der Krankenhausstatistik bilden die statistische Basis für viele gesundheitspolitische Entscheidungen des Bundes und der Länder und dienen den an der Krankenhausfinanzierung beteiligten Institutionen als Planungsgrundlage. Die Erhebung liefert wichtige Informationen über die Struktur der stationären Versorgung, über die Zusammenhänge zwischen Morbiditäts- und Kostenentwicklung im Krankenhausbereich sowie über die regionale Häufigkeit von Krankheitsarten. Sie dient damit letztlich auch der Wissenschaft und Forschung und trägt zur Information der Bevölkerung bei.

Rechtsgrundlagen

Krankenhausstatistik-Verordnung (KHStatV) vom 10. April 1990 (BGBl. I S. 730), zuletzt geändert durch Artikel 4 des Gesetzes vom 15. Dezember 2004 (BGBl. I S. 3429, 3442) in Verbindung mit dem Bundesstatistikgesetz (BStatG) vom 22. Januar 1987 (BGBl. I S. 462, 565), zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 9. Juni 2005 (BGBl. I S. 1534).

Erhoben werden die Angaben zu § 3 Nr. 14 KHStatV. Die Auskunftspflicht ergibt sich aus § 6 KHStatV in Verbindung mit § 15 BStatG. Danach sind die Träger der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen auskunftspflichtig.

Gemäß § 15 Abs. 6 BStatG haben Widerspruch und Anfechtungsklage gegen die Aufforderung zur Auskunftserteilung keine aufschiebende Wirkung.

Geheimhaltung

Die erhobenen Einzelangaben werden nach § 16 BStatG grundsätzlich geheimgehalten. Nur in ausdrücklich gesetzlich geregelten Ausnahmefällen dürfen Einzelangaben übermittelt werden.

Nach § 16 Abs. 6 BStatG ist es zulässig, den Hochschulen oder sonstigen Einrichtungen mit der Aufgabe unabhängiger wissenschaftlicher Forschung für die Durchführung wissenschaftlicher Vorhaben Einzelangaben dann zur Verfügung zu stellen, wenn diese so anonymisiert sind, dass sie nur mit einem unverhältnismäßig großen Aufwand an Zeit, Kosten und Arbeitskraft dem Befragten oder Betroffenen zugeordnet werden können.

Eine Übermittlung von Einzelangaben mit Namen und Anschrift ist ausgeschlossen.

Die Pflicht zur Geheimhaltung besteht auch für Personen, die Empfänger von Einzelangaben sind.

Hilfsmerkmale, Trennen und Löschen, Ordnungsnummern

Der Name des Trägers der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung, der Name und die Anschrift der Einrichtung sowie Name, E-Mail-Adresse, Telefon- und Telefaxnummer der für Rückfragen zur Verfügung stehenden Person sind Hilfsmerkmale, die lediglich der technischen Durchführung der Erhebung dienen. Sie werden nach Abschluss der Prüfung der Angaben vom Fragebogen getrennt, gesondert aufbewahrt und spätestens nach der nächsten Erhebung vernichtet. Die verwendete Einrichtungsnummer dient ebenfalls der technischen Durchführung der Statistik; sie enthält keine Merkmale über persönliche oder sachliche Verhältnisse.

Mit Zustimmung der Betroffenen sind die Statistischen Landesämter gemäß § 7 Abs. 2 KHStatV berechtigt, jährlich im Rahmen eines Verzeichnisses Name, Anschrift, Träger, Art des Krankenhauses, Fachabteilungen und Bettenzahl der von Krankenhäusern sowie der von Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen zu veröffentlichen.

Abgrenzung des Erhebungsbereichs "Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung"

Die Erhebung erstreckt sich auf Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen gemäß § 107 Abs. 2 Sozialgesetzbuch V. Buch (SGB V). Danach sind Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen Einrichtungen, die

- der stationären Behandlung dienen, um
 - eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen oder einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken (Vorsorge) oder
 - eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern oder im Anschluss an Krankenhausbehandlung den dabei erzielten Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen, auch mit dem Ziel, einer drohenden Behinderung oder Pflegebedürftigkeit vorzubeugen, sie nach Eintritt zu beseitigen, zu bessern oder eine Verschlimmerung zu verhüten (Rehabilitation), wobei Leistungen der aktivierenden Pflege nicht von den Krankenkassen übernommen werden dürfen,
- fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Verantwortung und unter Mitwirkung von besonders geschultem Personal darauf eingerichtet sind, den Gesundheitszustand der Patienten und Patientinnen nach einem ärztlichen Behandlungsplan vorwiegend durch Anwendung von Heilmitteln einschließlich Krankengymnastik, Bewegungstherapie, Sprachtherapie oder Arbeits- und Beschäftigungstherapie, ferner durch andere geeignete Hilfen, auch durch geistige und seelische Einwirkungen, zu verbessern und den Patienten und Patientinnen bei der Entwicklung eigener Abwehr- und Heilungskräfte zu helfen,

und in denen

- die Patienten und Patientinnen untergebracht und gepflegt werden können.

Von Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen im Sinne von § 107 Abs. 2 SGB V sowie stationären Pflegeeinrichtungen im Sinne von § 71 Abs. 2 SGB XI zu unterscheiden sind Krankenhäuser. Für Krankenhäuser sind eigene Fragebogen auszufüllen, auch wenn sie vom selben Träger auf auf demselben Grundstück/im gleichen Gebäude betrieben werden. Stationäre Pflegeeinrichtungen sind nicht Gegenstand der Krankenhausstatistik.

Maßgeblich für die statistische Erfassung einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung jede organisatorische Einheit, die unter einheitlicher Verwaltung steht und für die auf Grundlage der kaufmännischen Buchführung ein Jahresabschluss erstellt wird. Eine Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung als Einheit kann mehrere selbständig geleitete Fachabteilungen umfassen. In diesem Fall ist die Meldung für die gesamte Einrichtung abzugeben.

Meldung zur Statistik

Für jede Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung sind jährlich Angaben zu Teil I "Grunddaten" der Krankenhausstatistik zu machen und mit Wirkung vom 1. Januar 2003 sind von Einrichtungen mit mehr als 100 Betten zusätzlich jährlich getrennte Angaben zu Teil II "Diagnosen" abzugeben. Der Fragebogen ist bis zum **1. April 2007** an das zuständige Landesamt zu senden.

Um Zusatzaufwand in den Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen zu vermeiden, sollen die Patientendaten möglichst maschinell der vorhandenen Basisdokumentation bzw. den verschiedenen Unterlagen der Patientendatenverwaltung entnommen werden. Bei den Eintragungen sind Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben sicherzustellen. Die allgemeinen Grundsätze für die Dokumentation und Qualitätskontrolle der Daten, wie sie der "Leitfaden zur Medizinischen Basisdokumentation nach § 301 SGB V" enthält, sind zu berücksichtigen. Bitte achten Sie darauf, dass die **hier** nachgewiesene Anzahl der entlassenen stationären Patienten und Patientinnen einschließlich Sterbefälle mit den Angaben zu Teil I Grunddaten („2 Krankbetten; Pflagegetage und Patientenbewegung, Spalte 8 und Spalte 10) übereinstimmt.

Die Erhebungsmerkmale je Patient/Patientin sind dem zuständigen Statistischen Landesamt entsprechend der beigefügten Datensatzbeschreibung auf elektronischen Datenträgern zu übermitteln. Folgende Datenträger sind zulässig:

- Disketten, 3 ½ Zoll (1,44 MB), ASCII-Format, erstellt unter dem Betriebssystem MS-DOS.
- CD-ROM, ASCII-Format, erstellt unter dem Betriebssystem MS-DOS.

Die Satzlänge ist konstant und beträgt 100 Einheiten. Datensätze sind mit HEX OD (carridge return) und HEX OA (line feed) abzuschließen. Die Dateien sollten die 4-stellige Einrichtungsnummer der jeweiligen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung als Namen erhalten, wobei als Namensweiterung die laufende Nummer der Datei bzw. Diskette und in den Stellen 5 bis 8 das Berichtsjahr enthalten ist (????20???.001 bis ?????20???.????).

Die Disketten oder CD-ROMs sind mit dem Namen der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung und mit dem Namen der enthaltenen Datei zu beschriften. Weitergehende Vereinbarungen über die Verwendung anderer Datenträger bzw. anderer Vorgaben der Datenübermittlung können mit den zuständigen Statistischen Landesämtern getroffen werden.

Falls eine maschinelle Bereitstellung der Daten nicht möglich ist, sind die Angaben pro Patient/Patientin in einen eigenen Fragebogen manuell einzutragen. Die Fragebogen erhalten Sie bei Ihrem Statistischen Landesamt.

Damit eine Zuordnung der beiden Erhebungsteile I und II (Grunddaten und Diagnosen) je Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung erfolgen kann, muss darauf geachtet werden, dass auf den verschiedenen Fragebogen und auf den maschinenlesbaren Datenträgern die gleiche Einrichtungsnummer angegeben ist.

Erläuterungen zu Teil II „Diagnosen“ im Einzelnen

In der Diagnosestatistik der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen werden alle diejenigen im Jahr 2006 entlassenen vollstationär behandelten Patienten/Patientinnen (einschließlich Sterbefälle) nachgewiesen, ohne solche, bei denen keine medizinische Indikation bestand (z.B. Hotel-/Wellnesspatienten). Nicht nachgewiesen werden teilstationär behandelte Patienten/Patientinnen sowie Begleitpersonen. Erfasst wird die ununterbrochene vollstationäre Behandlung in der Einrichtung, unabhängig von der Zahl der dabei durchlaufenen Fachabteilungen. Bitte achten Sie darauf, dass die **hier** nachgewiesene Anzahl der entlassenen vollstationären Patienten/Patientinnen einschließlich Sterbefälle mit den Angaben zu Teil I Grunddaten ("2 Krankbetten; Pflegetage und Patientenbewegung", Spalte 8 und Spalte 10) übereinstimmt

Die den Erhebungsmerkmalen vorangestellten Nummern beziehen sich jeweils auf die Nummer des Eingabefeldes (EF) in der Datensatzbeschreibung!

① **Einrichtungsnummer**

Die Verschlüsselungsnummer für Ihre Einrichtung wird Ihnen vom zuständigen Statistischen Landesamt mitgeteilt und ist auf dem Deckblatt mit den Informationen zur Krankenhausstatistik angegeben. Sie muss hier übernommen werden.

⑤ und ⑥ **Zu- und Abgangsdatum**

☒ Als **Zugangsdatum** ist der Aufnahmetag in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung zu erfassen. Als **Abgangsdatum** ist der Entlassungstag aus der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung anzugeben.

Die Angaben zum Zu- und Abgangsdatum dienen in Verbindung mit dem Geburtsdatum der Bestimmung des Alters des Patienten/der Patientin zum Zeitpunkt des Beginns der Behandlung.

(!) *Bei mehrfach im Jahr vollstationär behandelten Patienten/Patientinnen ist jeder Aufenthalt als ein Fall zu zählen.*

(!) *Wird ein Patient/eine Patientin für einen Tag/mehrere Tage beurlaubt, ist ebenfalls nur ein Fall zu zählen.*

⑦ **Verweildauer**

Für die Verweildauer (Kontrollmerkmal) geben Sie bitte die Anzahl der Pflegetage an. Der Wert in diesem Feld lässt sich in der Regel aus der Differenz zwischen Zugangs- und Abgangsdatum errechnen.

⑧ **Sterbefall**

Hier ist anzugeben, ob der/die vollstationär behandelte Patient/Patientin während des Aufenthaltes in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung verstorben ist.

⑨ **Hauptdiagnose**

Die Hauptdiagnose soll gemäß den Deutschen Kodierichtlinien angegeben werden.

☒ Die **Hauptdiagnose** wird definiert als die Diagnose, die nach Analyse als diejenige festgestellt wurde, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Aufenthaltes des Patienten verantwortlich ist. Der Begriff „nach Analyse“ bezeichnet die Evaluation der Befunde am Ende des stationären Aufenthaltes.

(!) *Die Hauptdiagnose ist entsprechend der **Internationalen Statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision Version 2006 GM (German Modification)** zu melden.*

Die Hauptdiagnose ist bis auf die in der ICD-10-GM vorgesehenen Ausnahmen grundsätzlich **vierstellig** und ohne den Trennpunkt anzugeben (Beispiel: C18.7 Bösartige Neubildung: Colon sigmoideum = C187).

(!) *Zur Verschlüsselung verwenden Sie bitte die ICD-10-GM-Ausgabe 2006 ohne Angaben aus dem Kapitel XX (Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität, V01-Y98).*

Nichtkranke Zustände werden nach dem Kapitel XXI „Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen“ verschlüsselt.

(!) *Auf die Angabe einer fünften Stelle wird verzichtet. Die Zusatzkennzeichen sind **nicht** Bestandteil der Erhebung.*

Die im Datensatz enthaltenen Reservfelder sind für eine möglicherweise zukünftige Erhebung einer **fünften Stelle** der Hauptdiagnose oder die Erhebung von **Zusatzkennzeichen** für die Dokumentation der Diagnosesicherheit und/oder Seitenlokalisierung vorgesehen.

⑪ **Fachabteilung mit der längsten Verweildauer**

☒ **Fachabteilungen** sind organisatorisch abgrenzbare, von Ärzten/Ärztinnen ständig verantwortlich geleitete Abteilungen mit besonderen Behandlungseinrichtungen.

(!) *In nach Fachabteilungen gegliederten Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen sind die entsprechenden Organisationseinheiten einer der aufgeführten Fachabteilungen nach der Gebiets- bzw. Schwerpunktbezeichnung des leitenden Arztes/der leitenden Ärztin zuzuordnen.*

Hier ist der Signierschlüssel jener Fachabteilung einzutragen, in welcher der Patient/die Patientin während seines/ihrer Aufenthaltes am längsten gelegen hat. Das Schlüsselverzeichnis ist nachstehend abgedruckt. Bitte verwenden Sie ausschließlich die von uns vorgegebenen Schlüssel.

Sind einzelne Fachabteilungen der Einrichtung nicht in selbständige Fachrichtungen/Fachbereiche untergliedert, ist für die Fachabteilung mit der längsten Verweildauer die jeweilige mit 9 endende Schlüsselnummer für "Nicht untergliedertes Fachgebiet '...' sowie sonstige ..." anzugeben.

(!) *Maßgeblich für die Zuordnung ist die Dauer des Aufenthaltes in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung und nicht der Schwerpunkt der erbrachten medizinischen Leistungen.*

⑫ **Postleitzahl**

Hier ist die Postleitzahl der Wohngemeinde anzugeben, in der der Patient/die Patientin seinen/ihren ständigen Wohnsitz hat.

(!) *Bei Patienten/Patientinnen mit ständigem Wohnsitz im Ausland darf keine Eintragung erfolgen.*

⑬ **Wohnort**

☒ Als **Wohnort** ist die Wohngemeinde anzugeben, in der der Patient/die Patientin seinen/ihren ständigen Wohnsitz hat.

(!) *Für Patienten und Patientinnen, die in den Stadtstaaten Hamburg, Bremen und Berlin wohnen, ist auch der Stadtteil einzutragen.*

(!) *Bei Patienten und Patientinnen mit ständigem Wohnsitz im Ausland ist nur der Name des ausländischen Staates einzusetzen; hierbei sollte der Name durch ein führendes '*'-Zeichen markiert werden. Anstelle des Namens des jeweiligen Landes in seiner offiziellen Schreibweise kann dabei das international einheitliche Nationalitätskennzeichen angegeben werden.*

(!) *Als Wohnort nichtsesshafter Patienten und Patientinnen ist der Sitz (Gemeinde) der behandelnden Einrichtung einzutragen.*

Um eine automatische Umsetzung der Postleitzahl und des Gemeindepflichtnamens in die amtliche Schlüsselnummer vornehmen zu können, muss darauf geachtet werden, dass

- nur der amtliche Name der Wohngemeinde und
- keine Abkürzungen von Gemeindefüramen verwendet werden. Reicht der vorhandene Platz nicht aus, so ist der Name der Gemeinde soweit wie möglich auszuschreiben und erst am Schluss abzukürzen.

Vorsorge- bzw. Rehabilitationseinrichtungen, die über Software zur Umsetzung der Postleitzahl und des Gemeindefüramens in die amtliche Schlüsselnummer verfügen, bitten wir, verschlüsselte Angaben zum Wohnort des Patienten/der Patientin zu übermitteln. Die Weitergabe des Texteintrags zur Wohngemeinde ist in diesen Fällen nicht erforderlich.

22 Gemeindefürschlüssel

Vorsorge-oder Rehabilitationseinrichtungen, die die Postleitzahl und die Wohngemeinde in die amtliche Schlüsselnummer umsetzen wollen, können hier die verschlüsselten Angaben zum Wohnort des Patienten/der Patientin eintragen.

Schlüssel der Fachabteilungen

nach Gebiets-/Schwerpunktbezeichnung des leitenden Arztes/der leitenden Ärztin

(!) *Bitte verwenden Sie ausschließlich die von uns vorgegebenen Schlüssel des nachstehendes Schlüsselverzeichnis*

030	Allgemeinmedizin
190	Frauenheilkunde und Geburtshilfe
250	Haut- und Geschlechtskrankheiten
	Innere Medizin
311	Angiologie
313	Endokrinologie
316	Gastroenterologie
319	Hämatologie und internistische Onkologie
323	Kardiologie
336	Klinische Geriatrie
329	Nephrologie
332	Pneumologie
333	Rheumatologie
339	Nicht untergliedertes Fachgebiet 'Innere Medizin' sowie 'Sonstige und allgemeine Innere Medizin'
360	Kinderheilkunde
	Neurologie
573	Klinische Geriatrie
579	Nicht untergliedertes Fachgebiet 'Neurologie' sowie 'Sonstige und allgemeine Neurologie'
	Orthopädie
693	Rheumatologie (Orthopädie)
699	Nicht untergliedertes Fachgebiet 'Orthopädie' sowie 'Sonstige und allgemeine Orthopädie'
770	Physikalische und Rehabilitative Medizin
	Psychiatrie und Psychotherapie
823	Klinische Geriatrie
829	Nicht untergliedertes Fachgebiet 'Psychiatrie/Psychotherapie' sowie 'Sonstige und allgemeine Psychiatrie/Psychotherapie'
830	Psychotherapeutische Medizin
930	Sonstige Fachbereiche bzw. Einrichtung ohne abgegrenzte Fachabteilungen

Wir bedanken uns sehr herzlich für Ihre Mitarbeit!