

Diagnosen der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen



Erscheinungsfolge: alle zwei Jahre
Erschienen am 23/01/2013

Weitere Informationen zur Thematik dieser Publikation unter:
Telefon: +49 (0)228 99643-8951; Fax: +49 (0) 228 99643-8996;
www.destatis.de/Kontakt
gesundheit@destatis.de

© Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2013
Vervielfältigungen und Verbreitung, auch auszugsweise, mit Quellenangabe gestattet.

Kurzfassung

1 Allgemeine Angaben zur Statistik	Seite 3
<ul style="list-style-type: none">• Erhebungsgesamtheit: Diagnosen der Patienten und Patientinnen in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen mit mehr als 100 Betten• Räumliche Abdeckung: Deutschland, Gemeindeebene• Erhebungszeitraum: 1. Januar bis 31. Dezember• Periodizität: Jährlich• Rechtsgrundlagen: Krankenhausstatistik-Verordnung	
2 Inhalte und Nutzerbedarf	Seite 4
<ul style="list-style-type: none">• Hauptdiagnosen der Vorsorge- oder Rehabilitationspatientinnen und –patienten nach soziodemographischen Merkmalen.• Informationen über das Morbiditätsgeschehen und die Morbiditätsentwicklung in der stationären Versorgung sowie über das Volumen und die Struktur der Leistungsnachfrage.	
3 Methodik	Seite 4
<ul style="list-style-type: none">• Dezentrale Statistik mit Fragebogen	
4 Genauigkeit und Zuverlässigkeit	Seite 5
<ul style="list-style-type: none">• Mögliche Untererfassung in Bezug auf neue Einrichtungen bzw. Einrichtungen, die innerhalb des Berichtsjahres oder zwischen Erhebungsstichtag und Meldetermin schließen.	
5 Aktualität und Pünktlichkeit	Seite 6
<ul style="list-style-type: none">• Die Veröffentlichung erfolgt jährlich zu den bekannt gegebenen Terminen	
6 Vergleichbarkeit	Seite 6
<ul style="list-style-type: none">• Die Vergleichbarkeit ist grundsätzlich gewährleistet und unterliegt ausschließlich den Veränderungen der Klassifikationen bzw. Katalog	
7 Kohärenz	Seite 6
<ul style="list-style-type: none">• Einzelne, auch in den Grunddaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen erfasste Merkmale sind nur eingeschränkt vergleichbar, da die Diagnosestatistik nur eine Teilerhebung von Einrichtungen mit mehr als 100 Betten ist.	
8 Verbreitung und Kommunikation	Seite 7
<ul style="list-style-type: none">• Jährliche Veröffentlichung in der Fachserie 12 Reihe 6.2.2 „Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen “• Gesundheitsberichterstattung des Bundes (www.gbe-bund.de)• GENESIS-online	
9 Sonstige fachstatistische Hinweise	Seite 7
<ul style="list-style-type: none">• Keine	

1 Allgemeine Angaben zur Statistik

1.1 Grundgesamtheit

Bei den Diagnosedaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen handelt es sich um eine jährliche Teilerhebung von Patienten und Patientinnen, die im Berichtsjahr aus der vollstationären Behandlung einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung mit mehr als 100 Betten entlassen wurden.

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

1.2 Statistische Einheiten (Erhebungs- und Darstellungseinheiten)

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

1.3 Räumliche Abdeckung

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

1.4 Berichtszeitraum/-zeitpunkt

Der Berichtszeitraum umfasst den 1. Januar bis einschließlich den 31. Dezember (Kalenderjahr).

1.5 Periodizität

Jährlich seit 2003

1.6 Rechtsgrundlagen und andere Vereinbarungen

Verordnung über die Bundesstatistik für Krankenhäuser (Krankenhausstatistik-Verordnung – KHStatV) vom 10. April 1990 (BGBl. I S. 730), zuletzt geändert durch Artikel 4b des Gesetzes vom 17. März 2009 (BGBl. I S. 534) in Verbindung mit dem Bundesstatistikgesetz (BStatG) vom 22. Januar 1987 (BGBl. I S. 462, 565), zuletzt geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 7. September 2007 (BGBl. I S. 2246). 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.

1.7 Geheimhaltung

1.7.1 Geheimhaltungsvorschriften

Die erhobenen Einzelangaben werden grundsätzlich nach § 16 BStatG 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 großen 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.

Nach § 7 Abs. 1 KHStatV ist die Übermittlung von Tabellen mit statistischen Ergebnissen, auch soweit Tabellenfelder nur einen einzigen Fall ausweisen, an die fachlich zuständigen obersten Bundes- und Landesbehörden nach § 16 Abs. 4 BStatG zulässig. Dies gilt nicht für diagnosebezogene Daten nach § 3 Nr. 14 KHStatV, soweit diese differenzierter als auf Kreisebene ausgewiesen werden. Ferner sind die Statistischen Landesämter nach § 7 Abs. 3 KHStatV berechtigt, mit Zustimmung der Krankenhäuser für Zwecke der Krankenhausplanung Tabellen mit diagnosebezogenen Daten nach § 3 Nr. 14 KHStatV für einzelne Krankenhäuser zu übermitteln, wenn nicht mehr als die Hauptdiagnose, gegliedert nach Altersgruppen, in Verbindung mit Patientenzahl, Verweildauer und der Angabe, ob operiert worden ist, verbunden werden. Das Gleiche gilt bei Einzugsgebietsstatistiken, bei denen nur die Wohngemeinde, in Stadtstaaten Stadtteile, mit Fachabteilung, Hauptdiagnose und Patientenzahl verbunden werden darf.

1.7.2 Geheimhaltungsverfahren

Ein Personenbezug ist nur dann herstellbar, wenn für alle männlichen bzw. für alle weiblichen Patienten einer Altersgruppe eine einzige Diagnose nachgewiesen wird. Nur in diesen Fällen ist es möglich, mit Hilfe der Statistik die Hauptdiagnose einer Person aufzudecken, deren Name, Geschlecht und Alter aus einer anderen Quelle bekannt sind. Dies muss auch bei Felddbesetzungen größer als „Eins“ oder „Zwei“ erfolgen. Diese Fälle werden dann auf unbekannt gesetzt.

1.8 Qualitätsmanagement

1.8.1 Qualitätssicherung

Umfangreiche Maßnahmen zur Qualitätssicherung erfolgen durch die Statistischen Ämter der Länder mit Hilfe von aufwändigen Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen bei der Datenaufbereitung mit einer entsprechenden regelmäßigen Anpassung und Weiterentwicklung der Verfahren.

1.8.2 Qualitätsbewertung

Keine.

2 Inhalte und Nutzerbedarf

2.1 Inhalte der Statistik

2.1.1 Inhaltliche Schwerpunkte der Statistik

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

2.1.2 Klassifikationssysteme

Für die Hauptdiagnosen der Patientinnen und Patienten wird die ICD-10 – Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision – verwendet, und zwar in Form der „German Modification“ in der jeweils für das Erhebungsjahr gültigen Form.

2.1.3 Statistische Konzepte und Definitionen

Die statistischen Hauptmerkmale der Diagnosestatistik der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen sind:

- Vollstationäre Patientinnen und Patienten (Fälle)
- Alter
- Geschlecht
- Wohnort
- Behandlungsort
- Erkrankungsart (Hauptdiagnose)
- Verweildauer
- Fachabteilung

2.2 Nutzerbedarf

Die Ergebnisse bilden die statistische Basis für viele gesundheitspolitische Entscheidungen des Bundes und der Länder und dienen den an der Finanzierung beteiligten Institutionen als Planungsgrundlage. 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.

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.

2.3 Nutzerkonsultation

Die Einbeziehung von Nutzern geschieht über verschiedene Wege: Die Daten der im Internet abgerufenen Zahlen werden hinsichtlich ihrer Schwerpunkte ausgewertet. Direkte Rückmeldungen erhält das Referat über den direkten Kontakt zu den Datennutzern (Auskunftsdienst).

Sowohl international (EU-Ebene) als auch vor allem auf nationaler Ebene erfolgt eine enge Zusammenarbeit mit medizinischen, politischen und epidemiologischen Instituten/Interessenvertretern. Hierdurch wird ein kontinuierlicher Austausch mit anderen Experten gewährleistet. Darüber hinaus finden in unregelmäßigen Abständen Fachausschusssitzungen und Nutzerkonferenzen statt.

3 Methodik

3.1 Konzept der Datengewinnung

Schriftliche (postalische) Befragung mit Auskunftspflicht. In der Erhebungspraxis werden alternativ elektronische Dateien mit den Diagnosedaten von Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen erzeugt. Es handelt sich um eine Teilerhebung. Auskunftspflichtig sind Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen mit mehr als 100 Betten.

3.2 Vorbereitung und Durchführung der Datengewinnung

Der ausgefüllte schriftliche Fragebogen bzw. die elektronische Datei wird an das jeweilige Landesamt für Statistik übermittelt und dort elektronisch erfasst. Daran schließen sich Datenprüfverfahren (z. B. Format- und

Plausibilitätsprüfung) an. Anschließend erfolgt die Übermittlung aggregierter Landesergebnisse an das Statistische Bundesamt.

Ein Muster des [Fragebogens](#) mit den dazu gehörigen Erläuterungen ist als Anlage beigefügt.

3.3 Datenaufbereitung (einschließlich Hochrechnung)

Die Daten werden im Rahmen der Erfassung und Plausibilisierung in eine einheitliche Datenstruktur gebracht, auf deren Basis Tabellen und aggregierte Datensätze zur Ergebnisdarstellung erzeugt werden.

3.4 Preis- und Saisonbereinigung; andere Analyseverfahren

Keine.

3.5 Beantwortungsaufwand

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

4 Genauigkeit und Zuverlässigkeit

4.1 Qualitative Gesamtbewertung der Genauigkeit

Es handelt sich um eine Teilerhebung aller Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen mit mehr als 100 Betten. Durch diese Einschränkung kann es zu einem Ausschluss von Einrichtungen mit einem speziellen Behandlungsspektrum kommen. 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 und Patientinnen 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 den Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen erfolgt und bereits dort Fehler auftreten können. Sollten dennoch Unstimmigkeiten auftreten, so können diese in der Datenaufbereitungsphase bei der Plausibilisierung der Angaben berichtigt werden, z. B. wenn Diagnose- und Geschlechtsangabe des Patienten/der Patientin nicht übereinstimmen.

4.2 Stichprobenbedingte Fehler

Keine.

4.3 Nicht-stichprobenbedingte Fehler

• Verzerrungen durch Antwortausfälle auf Ebene der Einheiten (Unit-Non-Response)

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.

• Verzerrungen durch Antwortausfälle auf Ebene wichtiger Merkmale (Item-Non-Response)

Verglichen mit der Anzahl der Entlassungen in den Grunddaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen gibt es in der Diagnosestatistik der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen eine Untererfassung, da nur Einrichtungen mit mehr als 100 Betten berichtspflichtig sind. Der Erfassungsgrad lag 2011 96,9%.

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 2011 bei 0,3%.

4.4 Revisionen

4.4.1 Revisionsgrundsätze

Vorläufige Ergebnisse werden nicht veröffentlicht. Dadurch entsteht kein Revisionsbedarf.

4.4.2 Revisionsverfahren

s. 4.4.1

4.4.3 Revisionsanalysen

s. 4.4.1

5 Aktualität und Pünktlichkeit

5.1 Aktualität

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

5.2 Pünktlichkeit

Die Veröffentlichung der Ergebnisse ist abhängig von der Datenlieferung des letzten Bundeslandes.

6 Vergleichbarkeit

6.1 Räumliche 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. Innerhalb Deutschlands sind die Daten uneingeschränkt vergleichbar.

6.2 Zeitliche Vergleichbarkeit

Bis einschließlich 1999 galt die neunte Revision der Internationalen Statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD). Seit 2000 ist deren zehnte Revision gültig. Anhand einer standardisierten europäischen Diagnosenkurzliste ist eine Überleitung der alten in die neuen Diagnoseschlüssel für ausgewählte Hauptdiagnosen möglich. Dadurch sind zeitliche Vergleiche bezogen auf diese Diagnosen möglich. Die ICD wird permanent weiterentwickelt, so dass auch die zehnte Revision der ICD unterschiedliche Versionen aufweist. Maßgeblich ist die jeweils im Berichtsjahr gültige Version der ICD.

7 Kohärenz

7.1 Statistikübergreifende Kohärenz

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. In erster Linie dadurch, dass in den Grunddaten **alle** Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen erfasst werden und in den Diagnosedaten nur die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen mit mehr als 100 Betten. Darüber hinaus gibt es auch Abweichungen aufgrund unterschiedlicher Erhebungs- und Aufbereitungsverfahren. 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.

7.2 Statistikinterne Kohärenz

Die Statistik ist intern kohärent.

7.3 Input für andere Statistiken

Die Diagnosen der 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 Gesamtrechnungen.

8 Verbreitung und Kommunikation

8.1 Verbreitungswege

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. Des Weiteren sind die Ergebnisse Bestandteil des Internetangebots der Gesundheitsberichterstattung des Bundes unter www.gbe-bund.de. Eckwerte werden im Internetangebot von DESTATIS und in GENESIS-online zur Verfügung gestellt.

8.2 Methodenpapiere/Dokumentation der Methodik

Bölt, Ute/Graf, Thomas: 20 Jahre Krankenhausstatistik, in: Wirtschaft und Statistik 02/2012, S. 112-138.

Graf, Thomas: Statistische Krankenhausdaten: Grund- und Diagnosedaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 2007, in: Klauber/Geraedts/Friedrich (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2010, Stuttgart 2010, S. 417-436.

8.3 Richtlinien der Verbreitung

Ein Veröffentlichungskalender liegt nicht vor.

9 Sonstige fachstatistische Hinweise

Liegen nicht vor.

Krankenhausstatistik 2011

– Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen –
Teil II: Diagnosen (manuelle Lieferung)

VR-DM

Name des Amtes
Org. Einheit
Anschrift + Hausnummer
PLZ, Ort

Anschrift
des Trägers

Anschrift
der Einrichtung

Rücksendung bitte bis 1. April 2012

Ansprechpartner/-in für Rückfragen (freiwillige Angabe)
Name:

Telefon:

Telefax:

E-Mail:

Sie erreichen uns über

Telefon: XXXX XX-Durchwahl
Xxxx-Xxxxxx Xxxxxx-Xxxxxxxxxx -XXXX
Xxxxxx Xxxxxxxxxxxxxxxx -XXXX

Telefax: XXXX XX-XXXX

E-Mail: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX@XXXXXXXXXX.de

Unterrichtung nach § 17 Bundesstatistikgesetz**Art, Umfang und Zweck der Erhebung**

Es handelt sich um eine jährliche Vollerhebung 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/-patientinnen 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 4b des Gesetzes vom 17. März 2009 (BGBl. I S. 534, 548) in Verbindung mit dem Bundesstatistikgesetz (BStatG) vom 22. Januar 1987 (BGBl. I S. 462, 565), zuletzt geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 7. September 2007 (BGBl. I S. 2246).

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

Land Einrichtungsnummer
(wird vom Statistischen Amt ausgefüllt)

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, Name und 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.

noch: Unterrichtung nach § 17 Bundesstatistikgesetz

noch: Hilfsmerkmale, Trennen und Löschen, Ordnungsnummern

Sie werden nach abgeschlossener 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.

Weitere Informationen zur Krankenhausstatistik

Abgrenzung des Erhebungsbereichs „Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung“

Die Erhebung erstreckt sich auf Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen gemäß § 107 Abs. 2 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/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/Patientinnen bei der Entwicklung eigener Abwehr- und Heilungskräfte zu helfen,

und in denen

- die Patienten/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 demselben Grundstück/im gleichen Gebäude betrieben werden. Stationäre Pflegeeinrichtungen sind nicht Gegenstand der Krankenhausstatistik.

Maßgeblich für die statistische Erfassung einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung ist 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 selbstständig geleitete Fachabteilungen umfassen. In diesem Fall ist die Meldung für die gesamte Einrichtung abzugeben.

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

Meldung zur Statistik

Für jede Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung sind jährlich Angaben zu Teil I „Grunddaten“ der Krankenhausstatistik zu machen; Einrichtungen mit mehr als 100 Betten haben zusätzlich jährlich getrennte Angaben zu Teil II „Diagnosen“ zu machen. Der Fragebogen ist bis zum **1. April 2012** an das zuständige Amt 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 CD-ROM oder Disketten möglich ist, setzen Sie sich bitte mit dem zuständigen Statistischen Amt 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 den 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/Patientinnen einschließlich Sterbefälle mit den Angaben zu Teil I Grunddaten („2 Krankbetten, Pflage tage und Patientenbewegung“, Spalte 8 und Spalte 10) übereinstimmt.

Damit eine Zuordnung der beiden Erhebungsteile I und II (Grunddaten, 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.

Krankenhausstatistik 2011

VR-DM

– Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen –
Teil II: Diagnosen (manuelle Bereitstellung)

Beachten Sie folgende Hinweise:

In der Diagnosestatistik der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen werden alle diejenigen im Jahr 2011 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, Pflage tage und Patientenbewegung“, Spalte 8 und Spalte 10) übereinstimmt.

Erläuterungen zum Fragebogen

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

1 Einrichtungnummer

Die Verschlüsselungsnummer für Ihre Einrichtung wird Ihnen vom zuständigen Statistischen Amt 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 geben Sie bitte die Anzahl der Pflage tage an.

5 Sterbefall

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

6 Hauptdiagnose

Die Hauptdiagnose soll gemäß den Deutschen Kodierrichtlinien angegeben werden.

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

Die Hauptdiagnose ist entsprechend der **Internationalen Statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision GM (German Modification)** in der jeweils für das Berichtsjahr gültigen Version zu melden. Unberücksichtigt bleiben Angaben aus dem Kapitel XX (Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität, V01-Y98).

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).

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 für den jeweiligen Fachbereich typischen Behandlungseinrichtungen. Die Fachabteilungsgliederung orientiert sich an der Gebiets- und Schwerpunktbezeichnung der Ärzte. Ausnahmen stellen die Fachabteilungen Geriatrie und Sucht dar.

In einer nach Fachabteilungen gegliederten Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung sind die entsprechenden Organisationseinheiten einer der aufgeführten Fachabteilungen zuzuordnen.

Schlüssel der Fachabteilungen

Bitte verwenden Sie ausschließlich die von uns vorgegebenen Schlüssel des nachstehenden 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

329 Nephrologie

332 Pneumologie

333 Rheumatologie (Innere Medizin)

339 Nicht untergliedertes Fachgebiet „Innere Medizin“
sowie „Sonstige und allgemeine Innere Medizin“

340 Geriatrie

360 Kinderheilkunde

570 Neurologie

Orthopädie

693 Rheumatologie (Orthopädie)

699 Nicht untergliedertes Fachgebiet „Orthopädie“
sowie „Sonstige und allgemeine Orthopädie“

770 Physikalische und Rehabilitative Medizin

Psychiatrie und Psychotherapie

821 Sucht

829 Nicht untergliedertes Fachgebiet „Psychiatrie und
Psychotherapie“ sowie „Sonstige und allgemeine
Psychiatrie und Psychotherapie“

830 Psychotherapeutische Medizin/Psychosomatik

930 Sonstige Fachbereiche bzw. Einrichtung ohne abgegrenzte Fachabteilungen

Krankenhausstatistik 2011

– Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen –
Teil II: Diagnosen (maschinelle Lieferung)

VR-D

Name des Amtes
Org. Einheit
Straße + Hausnummer
PLZ, Ort

Anschrift
des Trägers

Anschrift
der Einrichtung

Rücksendung bitte bis 1. April 2012

Ansprechpartner/-in für Rückfragen (freiwillige Angabe)
Name:

Telefon:

Telefax:

E-Mail:

Sie erreichen uns über

Telefon: XXXX XX-Durchwahl

XXXX-XXXXX XXXXX-XXXXXXXX -XXXX

XXXXX XXXXXXXXXXXXXXX -XXXX

Telefax: XXXX XX-XXXX

E-Mail: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX@XXXXXXXXXX.de

Unterrichtung nach § 17 Bundesstatistikgesetz**Art, Umfang und Zweck der Erhebung**

Es handelt sich um eine jährliche Vollerhebung 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/-patientinnen 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 4b des Gesetzes vom 17. März 2009 (BGBl. I S. 534, 548) in Verbindung mit dem Bundesstatistikgesetz (BStatG) vom 22. Januar 1987 (BGBl. I S. 462, 565), zuletzt geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 7. September 2007 (BGBl. I S. 2246).

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

Land Einrichtungsnummer
(wird vom Statistischen Amt ausgefüllt)

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, Name und 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.

noch: Unterrichtung nach § 17 Bundesstatistikgesetz

noch: Hilfsmerkmale, Trennen und Löschen, Ordnungsnummern

Sie werden nach abgeschlossener 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.

Weitere Informationen zur Krankenhausstatistik

Abgrenzung des Erhebungsbereichs „Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung“

Die Erhebung erstreckt sich auf Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen gemäß § 107 Abs. 2 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/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/Patientinnen bei der Entwicklung eigener Abwehr- und Heilungskräfte zu helfen,

und in denen

- die Patienten/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 demselben Grundstück/im gleichen Gebäude betrieben werden. Stationäre Pflegeeinrichtungen sind nicht Gegenstand der Krankenhausstatistik.

Maßgeblich für die statistische Erfassung einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung ist 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 selbstständig geleitete Fachabteilungen umfassen. In diesem Fall ist die Meldung für die gesamte Einrichtung abzugeben.

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

Meldung zur Statistik

Für jede Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung sind jährlich Angaben zu Teil I „Grunddaten“ der Krankenhausstatistik zu machen; Einrichtungen mit mehr als 100 Betten haben zusätzlich jährlich getrennte Angaben zu Teil II „Diagnosen“ zu machen. Die Angaben zu Teil II „Diagnosen“ sind bis zum **1. April 2012** an das zuständige Statistische Amt zu übermitteln.

Um Zusatzaufwand in den Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung 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/Patientinnen einschließlich Sterbefälle mit den Angaben zu Teil I Grunddaten („2 Krankenbetten, Pflageetage und Patientenbewegung“, Spalte 8 und Spalte 10) übereinstimmt.

Die Erhebungsmerkmale je Patient/Patientin können dem Statistischen Amt als ASCII oder als XML-Datei übermittelt werden. Folgendes ist dabei zu beachten:

ASCII: Datensätze müssen entsprechend der beigefügten Datensatzbeschreibung erstellt werden. Die Satzlänge beträgt konstant 100 Zeichen. Jeder Datensatz ist mit einem RETURN abzuschließen.

XML: Die Liefervereinbarungen finden Sie unter

www.statspez.de/core/downloads/liefervereinbarungen/#evas23.

Die jeweiligen Dateien sollten die 4-stellige Einrichtungsnummer als Namen erhalten.

Die Daten können dann mit 3½ Zoll Diskette oder CD-ROM dem Statistischen Amt zugesendet werden. Informationen über einen sicheren Upload der Dateien, so dass auf eine Übersendung der Datenträger verzichtet werden kann, erhalten Sie beim zuständigen Statistischen Amt.

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 Statistischem Amt.

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.

Krankenhausstatistik 2011

– Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen –
Teil II: Diagnosen (maschinelle Lieferung)

Beachten Sie folgende Hinweise:

In der Diagnosestatistik der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen werden alle diejenigen im Jahr 2011 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, Pflage tage und Patientenbewegung“, Spalte 8 und Spalte 10) übereinstimmt.

Erläuterungen zum Datensatz

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

1 Einrichtungnummer

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

5 Zu- und Abgangsdatum

Als **Zugangsdatum** ist der Aufnahme tag 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 geben Sie bitte die Anzahl der Pflage tage an.

8 Sterbefall

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

9 Hauptdiagnose

Die Hauptdiagnose soll gemäß den Deutschen Kodier richtlinien angegeben werden.

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

Die Hauptdiagnose ist entsprechend der **Internationalen Statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision GM (German Modification)** in der jeweils für das Berichtsjahr gültigen Version zu melden. Unberücksichtigt bleiben Angaben aus dem Kapitel XX (Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität, V01-Y98).

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).

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 für den jeweiligen Fachbereich typischen Behandlungseinrichtungen. Die Fachabteilungsgliederung orientiert sich an der Gebiets- und Schwerpunktbezeichnung der Ärzte. Ausnahmen stellen die Fachabteilungen Geriatrie und Sucht dar.

In einer nach Fachabteilungen gegliederten Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung sind die entsprechenden Organisationseinheiten einer der aufgeführten Fachabteilungen zuzuordnen.

Hier ist der Signierschlüssel jener Fachabteilung einzutragen, in welcher der Patient/die Patientin während seines/ihrer Aufenthalts 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 selbstständige 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 Aufenthalts in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung und nicht der Schwerpunkt der erbrachten medizinischen Leistungen.

20 Postleitzahl

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

Bei Patienten/Patientinnen mit ständigem Wohnsitz im Ausland darf keine Eintragung erfolgen.

21 Wohnort

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

Für Patienten/Patientinnen, die in den Stadtstaaten Hamburg, Bremen und Berlin wohnen, ist auch der Stadtteil einzutragen.

Bei Patienten/Patientinnen mit ständigem Wohnsitz im Ausland ist nur der Name des ausländischen Staates einzusetzen; hierbei muss 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/Patientinnen ist der Sitz (Gemeinde) der behandelnden Einrichtung einzutragen.

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

- nur der amtliche Name der Wohngemeinde und
- keine Abkürzungen von Gemeindepensens

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 Gemeindepensens in die amtliche Schlüsselnummer verfügen, bitten wir, verschlüsselte Angaben zum Wohnort des Patienten/der Patientin zu übermitteln.

22 Gemeindepensenschlüssel

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.

Wir bedanken uns sehr herzlich für Ihre Mitarbeit.

Schlüssel der Fachabteilungen

Bitte verwenden Sie ausschließlich die von uns vorgegebenen Schlüssel des nachstehenden Schlüsselverzeichnisses

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

329 Nephrologie

332 Pneumologie

333 Rheumatologie (Innere Medizin)

339 Nicht untergliedertes Fachgebiet „Innere Medizin“
sowie „Sonstige und allgemeine Innere Medizin“

340 Geriatrie

360 Kinderheilkunde

570 Neurologie

Orthopädie

693 Rheumatologie (Orthopädie)

699 Nicht untergliedertes Fachgebiet „Orthopädie“
sowie „Sonstige und allgemeine Orthopädie“

770 Physikalische und Rehabilitative Medizin

Psychiatrie und Psychotherapie

821 Sucht

829 Nicht untergliedertes Fachgebiet „Psychiatrie und
Psychotherapie“ sowie „Sonstige und allgemeine
Psychiatrie und Psychotherapie“

830 Psychotherapeutische Medizin/Psychosomatik

930 Sonstige Fachbereiche bzw. Einrichtung ohne abgegrenzte Fachabteilungen

Statistisches Bundesamt - Maschinelle Aufbereitung -	Datensatzbeschreibung
---	------------------------------

Aufgabengebiet: Krankenhausstatistik Teil II: Diagnosen Datensatz-Nr./ -Name: ASP-B-KU-302-08 Datensatz-Nr./ - name lt. Ersteller: Materialbezeichnung(en) KU301 KU302 KU305 KU310 ggf. Sortierung: (Archivmaterial) Bemerkungen: Erfassungs-/Liefersatz der Krankenhäuser, Satzart 9 Mit "****" gekennzeichnete Wertfelder enthalten bei REHA-Einrichtungen keine Werte	Blatt Nr. 1 von 2 Datum: 20.02.2008 Stand: 16.01.2007 Bearbeiter: Krichbaum Land: StBA Berichtszeitraum: ab 2008 Satzformat: F Satztyp 2): Satzlänge in Bytes: 100
--	---

Feldbez. EF - Nr.	Satzstellen			Feldformat 1)		Inhalt / Bemerkungen
	von	- bis	Anzahl	allg.	Intern	
EF1	1	- 6	6			Nummer des Krankenhauses bzw. der Rehaeinrichtung
EF1U1	1	- 2	2	C	ALN	Land
EF1U2	3	- 6	4	C	ALN	Nummer
EF2	7		1	C	ALN	Satzart 9
EF3	8		1	C	ALN	Geschlecht 1 männlich 2 weiblich
EF4	9	- 14	6			Geburtsmonat/-jahr
EF4U1	9	- 10	2	C	ALN	- Monat
EF4U2	11	- 14	4	C	ALN	- Jahr
EF5	15	- 22	8			Zugangsdatum
EF5U1	15	- 16	2	C	ALN	- Tag
EF5U2	17	- 18	2	C	ALN	- Monat
EF5U3	19	- 22	4	C	ALN	- Jahr
EF6	23	- 30	8			Abgangsdatum
EF6U1	23	- 24	2	C	ALN	- Tag
EF6U2	25	- 26	2	C	ALN	- Monat
EF6U3	27	- 30	4	C	ALN	- Jahr
EF7	31	- 34	4	C	ALN	Verweildauer
EF8	35		1	C	ALN	Sterbefall 1 ja / 2 nein
EF9	36	- 41	6			Hauptdiagnose nach - ICD-Schlüssel
EF9UG1	36	- 39	4			-- 4 Steller
EF9U1	36	- 38	3	C	ALN	-- 3 Steller
EF9U2	39		1	C	ALN	-- 4.Stelle
EF9U3	40	- 41	2	C	ALN	-- Reserve für Zusatzkennzeichnungen
EF10	42		1	C	ALN	Operation im Zusammenhang mit der Hauptdiagnose 1 ja / 2 nein
EF11	43	- 45	3	C	ALN	Fachabteilung mit der längsten Verweildauer Krankenhäuser 120,153,163,166,167,169,193,196,199,220,250,263, 269,311,313,316,319,323,329,332,333,339,340,350, 363,366,369,390,510,540,570,630,693,699,800, 821,829,830,870,900,930 Reha-Einrichtungen 030,190,250,311,313,316,319,323,329,332,333,339, 340,360,570,693,699,770,821,829,830,930

1) ALN = alphanumerisch, NOV = numerisch ohne Vorzeichen, NMV = numerisch mit Vorzeichen, GEP = gepackt, GLD = Gleitkomma
 X = hexadezimal, PO = gepackt ohne Vorzeichen, C = charakter (Zeichen), P = gepackt
 2) leer = normaler Datensatz, V = Vorlaufinformation, S = Sonderfall, A = ASP- Beschreibung

Statistisches Bundesamt - Maschinelle Aufbereitung -		Datensatzbeschreibung	
Aufgabengebiet:	Krankenhausstatistik	Blatt Nr.	2 von 2
	Teil II: Diagnosen	Datum:	01.12.2010
Datensatz-Nr./-Name:	ASP-B-KU-302-08	Datensatz-Nr./-name lt. Ersteller:	Stand: 16.01.2007
Materialbezeichnung(en)	KU301 KU302 KU305 KU310	Bearbeiter:	Krichbaum
		Land:	StBA
ggf. Sortierung:		Berichtszeitraum:	
(Archivmaterial)			ab 2008
Bemerkungen:	Erfassungs-/Liefersatz der Krankenhäuser, Satzart 9	Satzformat:	F
	Mit "****" gekennzeichnete Wertfelder enthalten	Satztyp 2):	
	bei REHA-Einrichtungen keine Werte	Satzlänge in Bytes:	100

Feldbez. EF - Nr.	Satzstellen			Feldformat 1)		Inhalt / Bemerkungen
	von	- bis	Anzahl	allg.	Intern	
EF20	46	- 50	5	C	ALN	Wohnort des Patienten
EF21	51	- 85	35	C	ALN	Postleitzahl (leer bei Wohnsitz im Ausland) Ortsname oder Herkunftsland 1. Stelle "*" bei Wohnsitz im Ausland
EF22	86	- 94	9			Regionalangaben des Patientenwohnortes
EF22UG1	86	- 91	6			Gemeinde (Land,Reg.Bez.,Kreis,Gemeinde)
EF22UG2	86	- 89	4			Untergruppe1: Kreis (Land,Reg.Bez.,Kreis)
EF22U1	86	- 88	3	C	ALN	Untergruppe2: Regierungsbezirk (Land,Reg.Bez.)
EF22U2	89	- 88	1	C	ALN	Land (Bundesländer mit führender "0")
EF22U3	90	- 91	2	C	ALN	Regierungsbezirk
EF22U4	92	- 94	3	C	ALN	Kreis
						Gemeinde
EF23	95	- 100	6	C	ALN	Reserve

1) ALN = alphanumerisch, NOV = numerisch ohne Vorzeichen, NMV = numerisch mit Vorzeichen, GEP = gepackt, GLD = Gleitkomma
X = hexadezimal, PO = gepackt ohne Vorzeichen, C = charakter (Zeichen), P = gepackt
2) leer = normaler Datensatz, V = Vorlaufinformation, S = Sonderfall, A = ASP- Beschreibung