

Diagnosen der Krankenhauspatientinnen und - patienten



2024

Erscheinungsfolge: jährlich
Erschienen am 08/09/2025

Ihr Kontakt zu uns:

www.destatis.de/kontaktformular

© **Statistisches Bundesamt (Destatis), 2025**

Vervielfältigung und Verbreitung, auch auszugsweise, mit Quellenangabe gestattet.

Herausgeber: Statistisches Bundesamt (Destatis)

www.destatis.de

Ihr Kontakt zu uns:

www.destatis.de/kontaktformular

Titel

© nanoline icons by vuuuds, CreativMarket / eigene Bearbeitung

Kurzfassung

1 Allgemeine Angaben zur Statistik

Seite 5

- *Grundgesamtheit*: Vollerhebung von Patientinnen und Patienten, die im Berichtsjahr aus der vollstationären Behandlung eines Krankenhauses entlassen wurden
- *Räumliche Abdeckung*: Deutschland, Gemeindeebene
- *Berichtszeitraum*: 1. Januar bis 31. Dezember
- *Periodizität*: Jährlich
- *Rechtsgrundlagen*: Krankenhausstatistik-Verordnung, Bundesstatistikgesetz

2 Inhalte und Nutzerbedarf

Seite 6

- *Inhalte der Statistik*: Hauptdiagnosen der Krankenhauspatientinnen und -patienten nach soziodemographischen Merkmalen.
- *Nutzerbedarf*: Informationen über das Morbiditätsgeschehen und die Morbiditätsentwicklung in der stationären Versorgung
- *Nutzerkonsultation*: Nutzerkonferenzen, Rückmeldungen im Rahmen nationaler und internationaler Gremien sowie des Auskunftsdienstes

3 Methodik

Seite 8

- *Konzept der Datengewinnung*: Seit 2013 verpflichtende Datenlieferung auf elektronischem Weg.
- *Durchführung der Datengewinnung*: Online-Meldeverfahren eSTATISTIK.core

4 Genauigkeit und Zuverlässigkeit

Seite 9

- *Qualitative Gesamtbewertung der Genauigkeit*: Mögliche Untererfassung in Bezug auf Einrichtungen sowie Patientinnen und Patienten, die im laufenden Berichtsjahr neu hinzukommen, aber nicht an die Statistischen Ämter der Länder gemeldet werden.

5 Aktualität und Pünktlichkeit

Seite 11

- *Aktualität endgültiger Ergebnisse*: Endgültige Ergebnisse stehen im November des dem Berichtsjahr folgenden Jahres zur Verfügung.

6 Vergleichbarkeit

Seite 11

- *Räumlich*: Innerhalb Deutschlands und international gewährleistet durch Verschlüsselung der Hauptdiagnose nach ICD
- *Zeitlich*: Die Vergleichbarkeit ist grundsätzlich gewährleistet und unterliegt ausschließlich den Veränderungen der Klassifikationen bzw. Kataloge.

7 Kohärenz

Seite 12

- *Statistikübergreifend*: Ist (mit Einschränkungen) zu den Grunddaten der Krankenhäuser und zur Fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik (DRG-Statistik) gegeben
- *Input für andere Statistiken*: Gesundheitsbezogene Rechensysteme auf nationaler und internationaler Ebene, Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen

8 Verbreitung und Kommunikation

Seite 13

- *Verbreitungswege*: Statistischer Bericht zu den Hauptdiagnosen, Datenbankangebote unter www.gbe-bund.de und GENESIS-Online

9 Sonstige fachstatistische Hinweise

Seite 14

- Keine

1 Allgemeine Angaben zur Statistik

1.1 Grundgesamtheit

Bei der Krankenhausdiagnosestatistik handelt es sich um eine jährliche Vollerhebung von Patientinnen und Patienten, die im Berichtsjahr aus der vollstationären Behandlung eines Krankenhauses entlassen wurden.

Sie erstreckt sich auf alle Krankenhäuser nach § 1 Abs. 3 Nr. 1 KHStatV.

Ausgeschlossen sind Krankenhäuser im Straf- oder Maßregelvollzug und Polizeikrankenhäuser. Bundeswehrkrankenhäuser sind nur, soweit sie Leistungen für Zivilpatientinnen und -patienten erbringen, einbezogen. Maßgeblich für die statistische Erfassung einer Einrichtung ist die Wirtschaftseinheit. Darunter wird jede organisatorische Einheit verstanden, die unter einheitlicher Verwaltung steht und für die auf Grundlage der kaufmännischen Buchführung ein Jahresabschluss erstellt wird. Ein Krankenhaus als Wirtschaftseinheit kann zudem mehrere selbstständig geleitete Fachabteilungen, Fachkliniken und Standorte umfassen.

1.2 Statistische Einheiten (Darstellungs- und Erhebungseinheiten)

Krankenhäuser nach § 1 KHStatV und behandelte Patientinnen und Patienten (Fälle).

1.3 Räumliche Abdeckung

Erhebungsbereich ist das gesamte Bundesgebiet. Erhoben werden die Daten bis auf Gemeindeebene. Die Ergebnisse können nach dem Behandlungsort des Krankenhauses sowie nach dem Wohnort des Patienten oder der Patientin ausgewiesen werden.

Die Ergebnisse werden vom Statistischen Bundesamt nach Bundesgebiet und Bundesländern ausgewiesen. Die Statistischen Ämter der Länder stellen die Ergebnisse nach NUTS-2-Ebene und gegebenenfalls für kleinere Regionen unterhalb der NUTS-2-Ebene dar.

1.4 Berichtszeitraum/-zeitpunkt

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

1.5 Periodizität

Jährlich seit 1993.

1.6 Rechtsgrundlagen und andere Vereinbarungen

Verordnung über die Bundesstatistik für Krankenhäuser (Krankenhausstatistik-Verordnung - KHStatV) in Verbindung mit dem Bundesstatistikgesetz (BStatG) in der im Berichtsjahr geltenden Fassung (<https://www.gesetze-im-internet.de/>). Grundlage für die Erhebung der Diagnosedaten sind die Angaben zu § 3 Satz 1 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.

Qualitätsbericht - Diagnosen der Krankenhauspatientinnen und -patienten

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 nur mit einem unverhältnismäßig großen Aufwand an Zeit, Kosten und Arbeitskraft dem Befragten oder Betroffenen zugeordnet werden können (faktisch anonymisierte Einzelangaben). 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 Satz 1 Nr. 14 KHStatV, soweit diese differenzierter als auf Kreisebene ausgewiesen werden. Ferner sind die Statistischen Landesämter nach § 7 Abs. 2 KHStatV berechtigt, mit Zustimmung der Krankenhäuser für Zwecke der Krankenhausplanung Tabellen mit diagnosebezogenen Daten nach § 3 Satz 1 Nr. 14 KHStatV für einzelne Krankenhäuser zu übermitteln, wenn nicht mehr als die Hauptdiagnose, gegliedert nach Altersgruppen, in Verbindung mit Patientenzahl und Verweildauer verbunden werden. Das Gleiche gilt bei Einzugsgebietsstatistiken, bei denen die Postleitzahl und der Wohnort, in Stadtstaaten zusätzlich die Stadtteile, mit Fachabteilung, Hauptdiagnose und Patientenzahl verbunden werden darf.

1.7.2 Geheimhaltungsverfahren

Ein Personenbezug ist nur dann herstellbar, wenn für alle weiblichen bzw. für alle männlichen 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 Feldbesetzungen größer als "Eins" oder "Zwei" erfolgen. Bei diesen Fällen wird die Hauptdiagnose 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

Durch umfassende Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen sowie die in über 30 Jahren erworbene Routine in der Berichterstattung ist von einer hohen Datenqualität auszugehen.

2 Inhalte und Nutzerbedarf

2.1 Inhalte der Statistik

2.1.1 Inhaltliche Schwerpunkte der Statistik

Neben der Erkrankungsart, Zu- und Abgangsdatum, Verweildauer und Fachabteilung, entlassender Standort werden soziodemographische Merkmale der Patientinnen und

Patienten (z. B. Geschlecht, Geburtsmonat und -jahr, Postleitzahl und 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 Fassung.

2.1.3 Statistische Konzepte und Definitionen

Die statistischen Hauptmerkmale der Krankenhausdiagnosestatistik sind:

- Vollstationäre Patientinnen und Patienten (Fälle)
- Sterbefälle
- Geschlecht
- Geburtsmonat und -jahr
- Postleitzahl
- Wohnort
- Behandlungsort
- Erkrankungsart (Hauptdiagnose)
- Zu- und Abgangsdatum
- Fachabteilung mit der längsten Verweildauer
- Entlassender Standort

2.2 Nutzerbedarf

Die Ergebnisse 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 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.

Neben verschiedenen internationalen Institutionen (Europäische Kommission, Eurostat, OECD, WHO) nutzen vor allem die Gesundheits- und Sozialministerien des Bundes und der Länder, Spitzen- und Landesverbände der gemeinsamen Selbstverwaltung im Gesundheitswesen, wissenschaftliche Einrichtungen und Institute, Unternehmensberatungsgesellschaften, Medien und die interessierte Öffentlichkeit die Daten.

2.3 Nutzerkonsultation

Die Einbeziehung von Nutzenden geschieht über verschiedene Wege: Die Daten der im Internet abgerufenen Zahlen werden hinsichtlich ihrer Schwerpunkte ausgewertet. Unmittelbare Rückmeldungen gibt es durch den direkten Kontakt zu den

Qualitätsbericht - Diagnosen der Krankenhauspatientinnen und -patienten

Datennutzenden über den Auskunftsdienst. Weiterhin erfolgt sowohl national als auch international u. a. im Rahmen institutionalisierter Gremien, Arbeitsgruppen und Fachkreise eine enge Zusammenarbeit. Darüber hinaus finden in unregelmäßigen Abständen Fachausschusssitzungen und Nutzerkonferenzen statt.

3 Methodik

3.1 Konzept der Datengewinnung

Nach § 11a Bundesstatistikgesetz sind alle Betriebe und Unternehmen gesetzlich verpflichtet, ihre Angaben auf elektronischem Weg an die Statistischen Ämter zu übermitteln. Hierzu sind die von den Statistischen Ämtern zur Verfügung gestellten Online-Verfahren zu nutzen.

Mit dem Online-Meldeverfahren eSTATISTIK.core ist eine automatisierte Datengewinnung und Datenübermittlung an die Statistischen Ämter möglich.

3.2 Vorbereitung und Durchführung der Datengewinnung

Die Liefervereinbarungen für XML-Datenlieferungen sind in der Erhebungsdatenbank der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder unter <https://erhebungsdatenbank.estatistik.de> eingestellt.

Mit der Nutzung von eSTATISTIK.core steht auch die eSTATISTIK.core-Webanwendung zur Verfügung, mit der CSV-Dateien im eSTATISTIK.core-Portal hochgeladen werden können, ohne zuvor eine XML-Datei zu generieren. Die Informationen zur Struktur der CSV-Dateien sind ebenfalls in der Erhebungsdatenbank der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder eingestellt.

Für die Datenlieferung auf elektronischem Weg stehen zwei Wege zur Verfügung.

1. IDEV-Online Fragebogen: Die Auskunftspflichtigen erfassen ihre Daten in einem nutzerfreundlichen Online-Fragebogen und können mittels dieses Fragebogens die Daten sicher an die Statistischen Ämter übermitteln. Ebenfalls ist der Import als CSV-Datei der Daten in diesen Online-Fragebogen möglich.
2. Datenmeldung über eSTATISTIK.core: Hierzu stehen XML-Liefervereinbarungen zur Verfügung, die das Format der Datenlieferung beschreiben. Ebenfalls möglich ist im Rahmen von eSTATISTIK.core die Erzeugung der XML-Datei auf Basis einer CSV-Datei. Diese Daten können dann über einen sicheren Online-Zugang den statistischen Ämtern der Länder übermittelt werden.

Die Liefervereinbarungen für XML-Datenlieferungen und die Informationen zur Struktur der CSV-Dateien sind in der Erhebungsdatenbank der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder unter <https://erhebungsdatenbank.estatistik.de> eingestellt.

3.3 Datenaufbereitung (einschl. Hochrechnung)

In den Statistischen Ämtern der Länder werden die Einzeldaten auf Fehler, Qualität und Plausibilität geprüft. Grundsätzlich wird bei fehlenden oder unplausiblen Angaben bei den Auskunftgebenden nachgefragt. Unvollständige Datumsangaben, die nicht durch Nachfrage ermittelt werden können, werden mit umfangreichen maschinellen Korrekturen durch die wahrscheinlichsten Ergebnisse ersetzt.

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

Anschließend werden aggregierte Landesdatensätze an das Statistische Bundesamt gesandt und dort zu einem Bundesergebnis zusammengefügt.

3.4 Preis- und Saisonbereinigung; andere Analyseverfahren

Eine Preis- und Saisonbereinigung/andere Analyseverfahren finden nicht statt.

3.5 Beantwortungsaufwand

Der Beantwortungsaufwand hängt von verschiedenen Faktoren, wie z. B. der Krankenhausgröße, der Zahl der Patientinnen und Patienten, der Erfahrung des Sachbearbeiters, dem Einsatz von Informationstechnik usw., ab. Pro Patientin/Patient werden zehn Merkmale erhoben.

Je besser die Daten für die Statistik schon von den internen Krankenhausinformationssystemen zur Verfügung gestellt werden, desto geringer ist der Aufwand der Beantwortung.

4 Genauigkeit und Zuverlässigkeit

4.1 Qualitative Gesamtbewertung der Genauigkeit

Da es sich um eine Vollerhebung handelt, können nur nicht-stichprobenbedingte Fehler auftreten. 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 Krankenhäuser nicht an die Statistischen Ämter der Länder gemeldet werden. Darüber hinaus können Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern, 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 Patientinnen und Patienten die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD) zu Grunde. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) gibt die deutsche Version dieser Klassifikation heraus. Daneben stellt das BfArM 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 im Krankenhaus erfolgt und bereits dort Fehler auftreten können. Dadurch, dass die Angabe der Hauptdiagnose für die Krankenhäuser 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 zueinander passen.

4.2 Stichprobenbedingte Fehler

Da es sich um eine Vollerhebung handelt, können keine stichprobenbedingten Fehler auftreten.

4.3 Nicht-Stichprobenbedingte Fehler

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

Nicht-Stichprobenbedingte Fehler sollen weitgehend vermieden werden, indem die im Rahmen der Krankenhausstatistik erhobenen Informationen mit anderen Datenquellen, zum Beispiel dem Standortverzeichnis nach § 293 Abs. 6 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) abgeglichen werden. Das Standortverzeichnis ist ein bundesweites Verzeichnis der Standorte der nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen. Es wird seit dem 1. Januar 2020 vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und des GKV Spitzenverbandes (GKV-SV) im Regelbetrieb geführt. Die Krankenhäuser verwenden die im Verzeichnis enthaltenen Kennzeichen zu Abrechnungszwecken, für Datenübermittlungen an die Datenstelle nach § 21 Absatz 1 KHEntgG sowie zur Erfüllung der Anforderungen der Richtlinien und Beschlüsse zur Qualitätssicherung des Gemeinsamen Bundesausschusses und auch zur Meldung der Daten an die amtliche Statistik. Somit ist das Verzeichnis die entscheidende Grundlage zur Berichtskreispflege. Da jedoch auskunftspflichtige Einrichtungen ohne Versorgungsvertrag (mit Zulassung nach § 30 Gewerbeordnung) nicht unter die Regelung des § 293 Abs. 6 SGB V fallen, können insbesondere in diesem Bereich – trotz intensiver Recherchen – Fehler, die durch eine falsche oder unvollständige Erfassungsgrundlage bedingt sind, nicht völlig ausgeschlossen werden.

Darüber hinaus können Krankenhäuser, die innerhalb des Erhebungsjahres oder zwischen dem Erhebungsstichtag und dem Meldetermin schließen, nicht in der Statistik enthalten sein. Sofern Krankenhäuser 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)

Antwortausfälle auf Ebene der Krankenhäuser sind nicht bekannt. Auf Ebene der Erhebungseinheiten (Patientinnen und Patienten) kommt es in einigen Krankenhäusern zu Antwortausfällen, die u. a. aus technischen Problemen bei der Erstellung der Diagnosedatei resultieren. Verglichen mit der Anzahl der Entlassungen in den Grunddaten der Krankenhäuser gibt es in der Diagnosestatistik Abweichungen in Form von Unter- und Übererfassungen, die jedoch nie mehr als 1 % betragen.

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. Sollten diese Daten nicht im Rahmen der Aufbereitung (vgl. 3.2) ergänzt werden können, wird der Wert auf "unbekannt" gesetzt.

Bspw. beträgt der Anteil unbekannter Hauptdiagnosen durchschnittlich weniger als 0,1%.

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 in der Regel im November zur Verfügung.

5.2 Pünktlichkeit

Terminüberschreitungen sind selten. Lieferverzögerungen eines einzelnen Bundeslandes wirken sich auf die Veröffentlichung des Bundesergebnisses aus.

6 Vergleichbarkeit

6.1 Räumliche Vergleichbarkeit

Auf internationaler Ebene gibt es derzeit keine einheitliche Rechtsgrundlage, so dass die Vergleichbarkeit aufgrund unterschiedlicher Merkmalsdefinitionen und Erhebungsabgrenzungen eingeschränkt ist.

Bei dem Merkmal der Hauptdiagnose der Patientinnen und Patienten ist die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD) maßgeblich. Dadurch, dass die Hauptdiagnose nach ICD verschlüsselt und erfasst wird, ist die internationale Vergleichbarkeit in diesem Bereich gewährleistet. Die Abgrenzung der Berichtseinheiten ist international nicht gegeben.

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 Krankenhauspatienten werden auch in den Grunddaten der Krankenhäuser erfasst (z. B. Entlassungen, Berechnungs- und Belegungstage). 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. Aber auch bei einem Vergleich mit den im Berichtsjahr entlassenen Patienten und Patientinnen in den Grunddaten gibt es leichte Abweichungen, die jedoch die Aussagekraft beider Statistiken nicht beeinflusst.

Des Weiteren unterscheidet sich die Summe der Berechnungs- und Belegungstage 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 Berechnungs- und Belegungstage. 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 Patientinnen und Patienten und deren Anzahl. In den Grunddaten wird sie als Quotient aus den im Berichtsjahr erbrachten Berechnungs- und Belegungstagen und der Fallzahl berechnet.

Mit der Diagnosestatistik bedingt vergleichbare Statistiken sind die Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik) und die Statistik für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP-Statistik) nach § 21 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) des Statistischen Bundesamtes. Abweichungen sind vor allem darauf zurückzuführen, dass bei der DRG-Statistik im Unterschied zu den Grund- und Diagnosedaten der amtlichen Krankenhausstatistik keine Einrichtungen und Patienten enthalten sind, die außerhalb des Geltungsbereichs des DRG-Entgeltsystems liegen. Dies sind vor allem psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen bzw. psychiatrisch und psychosomatisch behandelte Patientinnen und Patienten; sie werden im Rahmen der PEPP-Statistik nachgewiesen. Die PEPP-Statistik wurde erstmalig mit dem Berichtsjahr 2018 veröffentlicht.

Ebenfalls nicht enthalten sind Patientinnen und Patienten, deren Behandlung über die Gesetzliche Unfallversicherung abgerechnet wird. Insofern sind diese Statistiken nur bedingt vergleichbar und vielmehr als gegenseitige Ergänzung zu betrachten.

7.2 Statistikinterne Kohärenz

Die Statistik ist intern kohärent.

7.3 Input für andere Statistiken

Die Diagnosen der Krankenhauspatienten 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

Pressemitteilungen

Es werden unregelmäßig anlassbezogene Pressemitteilungen veröffentlicht.

Veröffentlichungen

Für die Berichtsjahre 2022 und 2023 wurden ergänzend zu dem Angebot ein der Datenbank GENESIS-Online Statistische Berichte als neues Format in der Rubrik "Publikationen" veröffentlicht. Sie enthalten neben Layout-Tabellen auch maschinenlesbare Datensätze (csv). In der Statistischen Bibliothek des Statistischen Bundesamtes stehen ältere Ausgaben der ehemaligen Berichtsjahre zum kostenlosen Download zur Verfügung: [Statistische Bibliothek](#)

Online-Datenbank

Zu den Diagnosen der Krankenhauspatientinnen und -patienten stehen in der Gesundheitsberichterstattung des Bundes ([IS- GBE](#)) sowie in [GENESIS-Online](#) umfangreiche Daten zur Verfügung.

Zugang zu Mikrodaten

Das Forschungsdatenzentrum der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder bietet die Krankenhausdiagnosestatistik in seinem Datenangebot an. Ausführliche Informationen zu den verfügbaren Daten und den geltenden Nutzungsbedingungen sind auf der Webseite der Forschungsdatenzentren einsehbar (<https://www.forschungsdatenzentrum.de/de/gesundheit/krankenhaus>).

Sonstige Verbreitungswege

Eigene Veröffentlichungen der Statistischen Ämter der Länder sind über deren Webseite zugänglich. Eine entsprechende [Linkliste](#) zu den Statistischen Landesämtern steht zur Verfügung.

8.2 Methodenpapiere/Dokumentation der Methodik

Jährliche Veröffentlichung, zuletzt: Behrens, *Sophia*: Statistische Diagnosedaten der Krankenhauspatienten 2023, in: Klauber/Wasem/Beivers/Mostert/Scheller-Kreinsen (Hrsg.) Krankenhausreport 2025, Springer, Berlin Heidelberg, S. 467-499

8.3 Richtlinien der Verbreitung

Veröffentlichungskalender

Die Veröffentlichungstermine der Erhebung „Diagnosen der Krankenhauspatientinnen und -patienten“ sind nicht im Veröffentlichungskalender enthalten.

Zugriff auf den Veröffentlichungskalender

s. Angaben zum Veröffentlichungskalender

Zugangsmöglichkeiten der Nutzer/-innen

Qualitätsbericht - Diagnosen der Krankenhauspatientinnen und -patienten

s. Angaben zum Veröffentlichungskalender

9 Sonstige fachstatistische Hinweise

Liegen nicht vor.