

Metadatenreport



Teil II: Produktspezifische Informationen zur Nutzung der *DRG-Statistik 2007 für die kontrollierte Datenfernverarbeitung*

DOI: 10.21242/23141.2007.00.00.1.1.0

Version 4

Impressum

Herausgeber: Statistische Ämter des Bundes und der Länder
Herstellung: Information und Technik Nordrhein-Westfalen
Telefon 0211 9449-01 • Telefax 0211 9449-8000
Internet: www.forschungsdatenzentrum.de
E-Mail: forschungsdatenzentrum@it.nrw.de

Fachliche Informationen zu dieser Veröffentlichung:

Statistisches Bundesamt
Forschungsdatenzentrum

Tel.: 0611 75-2420
Fax: 0611 75-3915
forschungsdatenzentrum@destatis.de

Informationen zum Datenangebot:

Statistisches Bundesamt
Forschungsdatenzentrum

Tel.: 0611 75-2420
Fax: 0611 75-3915
forschungsdatenzentrum@destatis.de

Forschungsdatenzentrum der
Statistischen Ämter der Länder
– Geschäftsstelle –
Tel.: 0211 9449-2873
Fax: 0211 9449-8087
forschungsdatenzentrum@it.nrw.de

Erscheinungsfolge: unregelmäßig
Erschienen im März 2021

Diese Publikation wird kostenlos als PDF-Datei zum Download unter www.forschungsdatenzentrum.de angeboten.

© Information und Technik Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf, Jahr
(im Auftrag der Herausbergemeinschaft)

Vervielfältigung und Verbreitung, nur auszugsweise, mit Quellenangabe gestattet. Alle übrigen Rechte bleiben vorbehalten.

Fotorechte Umschlag: ©artSILENCEcom – Fotolia.com

Empfohlene Zitierung:

Forschungsdatenzentren der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder: Metadatenreport. Teil II: Produktspezifische Informationen zur Nutzung der DRG-Statistik 2007 für die kontrollierte Datenfernverarbeitung (EVAS-Nummer: 23141). Version 4. DOI: 10.21242/23141.2007.00.00.1.1.0. Wiesbaden 2021.

Teil II: Produktspezifische Informationen zur Nutzung der *DRG-Statistik 2007 für die kontrollierte Datenfernverarbeitung*

DOI: 10.21242/23141.2007.00.00.1.1.0

Version 4

Inhalt

1	Datenaufbereitung in den FDZ.....	4
1.1	Datenaufbereitung	4
1.2	Anonymisierungsmaßnahmen.....	4
1.3	Methodik der Verknüpfung.....	4
2	Produkt.....	5
2.1	Merkmale und Merkmalsbeschreibung.....	5
2.2	Vergleichbarkeit der Merkmale über die Zeit.....	23
2.3	Eckwerte relevanter Merkmale und Merkmalskombinationen	24
2.4	Auswertbare regionale Ebene.....	31
3	Praktische Hinweise.....	31
3.1	Hinweise zur Geheimhaltung	31
3.1.1	Gesetzliche Grundlagen der statistischen Geheimhaltung	31
3.1.2	Geheimhaltung von Ergebnissen	32
3.1.3	Praktische Tipps zur Vermeidung von Geheimhaltungsfällen ...	33
3.2	FAQ.....	34
3.3	Verfügbare Tools.....	34

1 Datenaufbereitung in den FDZ

1.1 Datenaufbereitung

Aus den Daten wurden alle Hilfsmerkmale und direkte Identifikatoren gelöscht, da diese aus Anonymisierungsgründen nicht bereitgestellt werden dürfen. Das Institutskennzeichen des Krankenhauses (ik), der entlassende Standort (entl_ort) sowie die Fallnummer des Krankenhausfalles (fall_nr) werden jeweils durch systemfreie Identifikatoren ersetzt.

Ferner werden die Daten gefiltert, sodass ausschließlich vollstationäre und reine DRG-Fälle enthalten bleiben (typ_fall = 1 und typ_bereich = 1).

1.2 Anonymisierungsmaßnahmen

Über die Ersetzung der direkten Identifikatoren durch systemfreie Nummern hinaus, wurden durch die FDZ keine Maßnahmen zur Anonymisierung der Daten vorgenommen.

1.3 Methodik der Verknüpfung

Da zur Erstellung dieses Produkts keine Daten verknüpft wurden, entfällt dieser Punkt.

2 Produkt

2.1 Merkmale und Merkmalsbeschreibung

Variable	Beschreibung	Format	Länge	Schlüssel	Fehlende Werte	Anmerkungen
kh_land	Bundesland des Krankenhauses	a	2	01 = Schleswig-Holstein 02 = Hamburg 03 = Niedersachsen 04 = Bremen 05 = Nordrhein-Westfalen 06 = Hessen 07 = Rheinland-Pfalz 08 = Baden-Württemberg 09 = Bayern 10 = Saarland 11 = Berlin 12 = Brandenburg 13 = Mecklenburg-Vorpommern 14 = Sachsen 15 = Sachsen-Anhalt 16 = Thüringen		klassifiziert nach dem AGS zum 31.12. des Berichtsjahres.
kh_rb	Regierungsbezirk des Krankenhauses	a	1	0 – 9	ja	klassifiziert nach dem AGS zum 31.12. des Berichtsjahres. Auswertungen auf dieser regionalen Ebene aus Geheimhaltungsgründen nicht möglich.
kh_kreis	Kreis des Krankenhauses	a	2	0 – 93	ja	klassifiziert nach dem AGS zum 31.12. des Berichtsjahres Auswertungen auf dieser regionalen Ebene aus Geheimhaltungsgründen nicht möglich.

kh_gem	Gemeinde des Krankenhauses	a	3	0 – 690	ja	klassifiziert nach dem AGS zum 31.12. des Berichtsjahres Auswertungen auf dieser regionalen Ebene aus Geheimhaltungsgründen nicht möglich.
kh_plz	Postleitzahl des Krankenhauses	a	5	1067 – 99976	ja	Auswertungen auf dieser regionalen Ebene aus Geheimhaltungsgründen nicht möglich.
kh_typ_gem	Siedlungsstrukturelle Gebietstypen des Krankenhauses	a	2	01 = Agglomerationsräume: größere Kernstädte 02 = Agglomerationsräume: Kernstädte 03 = Agglomerationsräume: hochverdichtete Kreise: Ober-/Mittelzentren 04 = Agglomerationsräume: hochverdichtete Kreise: sonst. Gemeinden 05 = Agglomerationsräume: verdichtete Kreise: Ober-/Mittelzentren 06 = Agglomerationsräume: verdichtete Kreise: sonst. Gemeinden 07 = Agglomerationsräume: ländliche Kreise: Ober-/ Mittelzentren 08 = Agglomerationsräume: ländliche Kreise: sonst. Gemeinden 09 = Verstädterte Räume: Kernstädte 10 = Verstädterte Räume: verdichtete Kreise: Ober-/ Mittelzentren 11 = Verstädterte Räume: verdichtete Kreise: sonst. Gemeinden 12 = Verstädterte Räume: ländliche Kreise: Ober-/ Mittelzentren 13 = Verstädterte Räume: ländliche Kreise: sonst. Gemein-den 14 = Ländliche Räume: ländliche Kreise höherer Dichte: Ober-/Mittelzentren 15 = Ländliche Räume: ländliche Kreise höherer Dichte: sonst. Gemeinden 16 = Ländliche Räume: ländliche Kreise geringerer Dichte: Ober-/Mittelzentren" 17 = Ländliche Räume: ländliche Kreise geringerer Dichte: sonst. Gemeinden		Erläuterung unter www.bbsr.bund.de

pat_land	Bundesland der Patientin/des Patienten	a	2	01 = Schleswig-Holstein 02 = Hamburg 03 = Niedersachsen 04 = Bremen 05 = Nordrhein-Westfalen 06 = Hessen 07 = Rheinland-Pfalz 08 = Baden-Württemberg 09 = Bayern 10 = Saarland 11 = Berlin 12 = Brandenburg 13 = Mecklenburg-Vorpommern 14 = Sachsen 15 = Sachsen-Anhalt 16 = Thüringen au = Ausland oh = ohne Angabe un = unbekannt	klassifiziert nach dem AGS zum 31.12. des Berichtsjahres.
pat_rb	Regierungsbezirk der Patientin/des Patienten	a	1	0 – 9 a = Ausland o = ohne Angabe u = unbekannt	klassifiziert nach dem AGS zum 31.12. des Berichtsjahres.
pat_kreis	Kreis der Patientin/des Patienten	a	2	00 – 93 au = Ausland oh = ohne Angabe un = unbekannt	klassifiziert nach dem AGS zum 31.12. des Berichtsjahres.
pat_gem	Gemeinde der Patientin/des Patienten	a	3	0 – 999 aus = Ausland ohn = ohne Angabe unb = unbekannt	klassifiziert nach dem AGS zum 31.12. des Berichtsjahres. Ohne Aggregation kommt es auf dieser tiefen regionalen Ebene zu Geheimhaltungsproblemen.
pat_ags5	Kreis der Patientin/des Patienten nach dem AGS 5-Steller	a	5	01001 – 16077 ausaa = Ausland ohnoo = ohne Angabe unbuu = unbekannt	klassifiziert nach dem AGS zum 31.12. des Berichtsjahres.

pat_typ_gem	Siedlungsstrukturelle Gebietstypen der Patientin/des Patienten	A	2	<p>01 = Agglomerationsräume: größere Kernstädte</p> <p>02 = Agglomerationsräume: Kernstädte</p> <p>03 = Agglomerationsräume: hochverdichtete Kreise: Ober-/ Mittelzentren</p> <p>04 = Agglomerationsräume: hochverdichtete Kreise: sonst. Gemeinden</p> <p>05 = Agglomerationsräume: verdichtete Kreise: Ober-/ Mittelzentren</p> <p>06 = Agglomerationsräume: verdichtete Kreise: sonst. Gemeinden</p> <p>07 = Agglomerationsräume: ländliche Kreise: Ober-/ Mittelzentren</p> <p>08 = Agglomerationsräume: ländliche Kreise: sonst. Gemeinden</p> <p>09 = Verstärterte Räume: Kernstädte</p> <p>10 = Verstärterte Räume: verdichtete Kreise: Ober-/ Mittelzentren</p> <p>11 = Verstärterte Räume: verdichtete Kreise: sonst. Gemeinden</p> <p>12 = Verstärterte Räume: ländliche Kreise: Ober-/ Mittelzentren</p> <p>13 = Verstärterte Räume: ländliche Kreise: sonst. Gemeinden</p> <p>14 = Ländliche Räume: ländliche Kreise höherer Dichte: Ober-/ Mittelzentren</p> <p>15 = Ländliche Räume: ländliche Kreise höherer Dichte: sonst. Gemeinden</p> <p>16 = Ländliche Räume: ländliche Kreise geringerer Dichte: Ober-/ Mittelzentren</p> <p>17 = Ländliche Räume: ländliche Kreise geringerer Dichte: sonst. Gemeinden</p> <p>au = Ausland</p> <p>oh = ohne Angabe</p> <p>un = unbekannt</p>		Erläuterung unter www.bbsr.bund.de
sex	Geschlecht	a	1	<p>m = männlich</p> <p>w = weiblich</p> <p>u = unbekannt</p>		
alter	Alter in jahren	n	8	999 = unbekannt	ja	

typ_alter	Alter gruppiert	n	3	1 = 0 jahre 2 = 1 bis 4 jahre 3 = 5 bis 9 jahre 4 = 10 bis 14 jahre 5 = 15 bis 19 jahre 6 = 20 bis 24 jahre 7 = 25 bis 29 jahre 8 = 30 bis 34 jahre 9 = 35 bis 39 jahre 10 = 40 bis 44 jahre 11 = 45 bis 49 jahre 12 = 50 bis 54 jahre 13 = 55 bis 59 jahre 14 = 60 bis 64 jahre 15 = 65 bis 69 jahre 16 = 70 bis 74 jahre 17 = 75 bis 79 jahre 18 = 80 bis 84 jahre 19 = 85 bis 89 jahre 20 = 90 bis 94 jahre 21 = 95 bis 110 jahre 22 = unbekannt	ja	
geb_jahr	Geburtsjahr	n	8	Vierstellige Geburtsjahrangabe (JJJJ)		
geb_monat	Geburtsmonat (nur für unter 1-Jährige)	n	8	0 = 1 jahr und älter 1 = 1 Monat 2 = 2 Monat 3 = 3 Monat 4 = 4 Monat 5 = 5 Monat 6 = 6 Monat 7 = 7 Monat 8 = 8 Monat 9 = 9 Monat 10 = 10 Monat 11 = 11 Monat 12 = 12 Monat		
alter_tage	Alter in Tagen (nur für unter 1-Jährige)	n	8	0 = 1 jahr und älter		Die Angabe erfolgt nur bei Kindern bis zur Vollendung des 1. Lebensjahrs. Sie wird für die DRG-Zuordnung benötigt. Bei Neugeborenen mit Aufnahmetag = Geburtsdatum ist „1“ anzugeben.

typ_geb	Zusatzinformation Neugeborene: Im Geburtsmonat aufgenommen	n	3	1 = ja 2 = Nein	ja	
aufn_anl	Aufnahmearnlass	a	1	E = Einweisung durch eine Ärztin/einen Arzt Z = Einweisung durch eine Zahnärztin/einen Zahnarzt N = Notfall R = Aufnahme nach vorausgehender Behandlung in einer Rehabilitationseinrichtung V = Verlegung mit Behandlungsdauer im verlegenden Krankenhaus länger als 24 Stunden K = Verlegung (Aufnahme) aus einem anderen Krankenhaus im Rahmen einer Kooperation A = Verlegung mit Behandlungsdauer im verlegenden Krankenhaus bis zu 24 Stunden (für Aufnahmen ab dem 1.1.2007) G = Geburt		Für Neugeborene ist bei gemeinsamer Entlassung mit der Mutter ‚06‘ (Geburt) als Aufnahmegrund und der Aufnahmearnlass ‚G‘ anzu- geben. Wird das Neuge- borene nicht gemeinsam mit der Mutter entlassen oder verlegt, sind bei dem Neu- geborenen der Aufnahme- grund ‚01‘ und der Auf- nahmearnlass ‚G‘ anzu- geben.
aufn_grd	Aufnahmegrund	n	3	1 = Krankenhausbehandlung, vollstationär 2 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung 5 = stationäre Entbindung 6 = Geburt 7 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003 8 = stationäre Aufnahme zur Organentnahme 99 = unbekannt	ja	
aufn_gew	Aufnahmegewicht in Gramm (nur für unter 1-Jährige)	n	8	. = 1 Jahr und älter		Nur bei Kindern bis zur Vollendung des 1. Lebens- jahres, bei Neugeborenen zählt das Geburtsgewicht.
beatm	Beatmungszeit in Stunden	n	8		ja	

entl_grd	Entlassungsgrund	n	3	<p>1 = Behandlung regulär beendet</p> <p>2 = Behandlung regulär beendet, nächste Behandlung vorgesehen</p> <p>3 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet</p> <p>4 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet</p> <p>5 = Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers (bei tagesbezogenen Entgelten)</p> <p>6 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus</p> <p>7 = Tod</p> <p>8 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Kooperation</p> <p>9 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung</p> <p>10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung</p> <p>11 = Entlassung in ein Hospiz</p> <p>13 = externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung</p> <p>14 = Behandlung aus sonst. Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen</p> <p>15 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen</p> <p>17 = interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG</p> <p>22 = Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll- und teilstationärer Behandlung</p>		Die Angabe „13“ bezieht sich auf eine Untergruppe der ehemals unter „6“ zusammengefassten Krankenhäuser. Die Angabe „6“ bezieht sich nunmehr nur noch auf externe Verlegungen in Krankenhäuser, sofern nicht in eine psychiatrische oder psychosomatische Abteilung verlegt wird.
icd_hd3	ICD-Code 3Steller Hauptdiagnose	a	3			Diagnoseschlüssel in der gültigen ICD-10GM-Version analog zur § 301-Vereinbarung.
icd_hd4	ICD-Code 4Steller Hauptdiagnose	a	4			Diagnoseschlüssel in der gültigen ICD-10GM-Version analog zur § 301-Vereinbarung.
icd_hd	ICD-Code Hauptdiagnose 5Steller	a	5			Diagnoseschlüssel in der gültigen ICD-10GM-Version analog zur § 301-Vereinbarung.
icd_nd1 - icd_nd89	ICD-Code Nebendiagnose	a	5		ja	Diagnoseschlüssel in der gültigen ICD-10GM-Version analog zur § 301-Vereinbarung.

dia_art1-dia_art90	Diagnoseart	a	5	HD = Hauptdiagnose ND = Nebendiagnose SD = Sekundärdiagnose UN = unbekannt	ja	Diese Zusatzangabe zu den ICD-Diagnosevariablen liegt nicht plausibilisiert vor. Daher enthält diese Angabe nur bei den ICD-Codes, die nicht nachträglich im Plausibilisierungsprozess geändert wurden, gültige Werte. Bei ICD-Codes, die nachplausibilisiert wurden, ist in dieser entsprechenden Zusatzangabe „UN“ enthalten. Die Variable dia_art1 bezieht sich auf die Hauptdiagnose. Die Variablen dia_art2 bis dia_art90 beziehen sich auf die Nebendiagnosen 1 bis 89.
icd_ve1-icd_ve90	ICD-Version	n	4	vierstellige Berichtsjahrangabe (JJJJ) 9999 = unbekannt	ja	Diese Zusatzangabe zu den ICD-Diagnosevariablen liegt nicht plausibilisiert vor. Daher enthält diese Angabe nur bei den ICD-Codes, die nicht nachträglich im Plausibilisierungsprozess geändert wurden, gültige Werte. Bei ICD-Codes, die nachplausibilisiert wurden, ist in dieser entsprechenden Zusatzangabe „9999“ enthalten. Die Variable icd_ve1 bezieht sich auf die Hauptdiagnose. Die Variablen icd_ve2 bis icd_ve90 beziehen sich auf die Nebendiagnosen 1 bis 89.

icd_lo1-icd_lo90	ICD-Lokalisation (Zusatzinformation zum Diagnoseschlüssel)	a	1	R = rechts L = links B = beidseitig U = unbekannt	ja	Diese Zusatzangabe zu den ICD-Diagnosevariablen liegt nicht plausibilisiert vor. Daher enthält diese Angabe nur bei den ICD-Codes, die nicht nachträglich im Plausibilisierungsprozess geändert wurden, gültige Werte. Bei ICD-Codes, die nachplausibilisiert wurden, ist in dieser entsprechenden Zusatzangabe ein „U“ enthalten. Die Variable icd_lo1 bezieht sich auf die Hauptdiagnose. Die Variablen icd_lo2 bis icd_lo90 beziehen sich auf die Nebendiagnosen 1 bis 89.
drgh	DRG-Code (Leit-DRG-Code vom InEK gruppiert)	a	4			
partition	DRG-Partition (M, O, A)	a	1	M = medizinische Fallpauschale O = operative Fallpauschale A = andere Fallpauschalen	ja	
split	Aufteilung einer Basis-DRG nach Schweregrad bzw. Ressourcenverbrauch, 4. Stelle der DRG-Notation	a	4	A – Z		
ops_ko1 - ops_ko101	OPS-Code	a	6	99999 = unbekannt	ja	Prozedurenschlüssel in der gültigen OPS-Version analog zur § 301- Vereinbarung.
typ_op	Operation lt. Kap. 5	n	3	1 = ja 2 = Nein		
z_bel_oper	Anzahl Beteiligung/ Durchführung Belegoperateurin/innen, Belegoperateur/e	n	8		ja	
z_bel_an	Anzahl Beteiligung/ Durchführung Beleganästhesistin/innen, Beleganästhesist/en	n	8		ja	

z_bel_heb	Anzahl Beteiligung/ Durchführung Beleghebamme/n	n	8		ja	
bel_oper1- bel_oper101	Belegoperateur/in	a	1	J = ja, Beteiligung / Durchführung Belegoperateur/in N = Nein, keine Beteiligung / Durchführung Belegoperateur/in U = unbekannt	ja	Diese Zusatzangabe zu den OPS-Codes liegt nicht plausibilisiert vor. Daher enthält diese Angabe nur bei den OPS-Codes, die nicht nachträglich im Plausibilisierungsprozess geändert wurden, gültige Werte. Bei OPS-Codes, die nachplausibilisiert wurden, ist in dieser entsprechenden Zusatzangabe ein „U“ enthalten.
bel_an1-bel_an101	Belegansästhesist/in	a	1	J = ja, Beteiligung / Durchführung Belegansästhesist/in N = Nein, keine Beteiligung / Durchführung Belegansästhesist/in U = unbekannt	ja	Diese Zusatzangabe zu den OPS-Codes liegt nicht plausibilisiert vor. Daher enthält diese Angabe nur bei den OPS-Codes, die nicht nachträglich im Plausibilisierungsprozess geändert wurden, gültige Werte. Bei OPS-Codes, die nachplausibilisiert wurden, ist in dieser entsprechenden Zusatzangabe ein „U“ enthalten.
bel_heb1- bel_heb101	Beleghebamme	a	1	J = ja, Beteiligung / Durchführung Beleghebamme N = Nein, keine Beteiligung / Durchführung Beleghebamme U = unbekannt	ja	Diese Zusatzangabe zu den OPS-Codes liegt nicht plausibilisiert vor. Daher enthält diese Angabe nur bei den OPS-Codes, die nicht nachträglich im Plausibilisierungsprozess geändert wurden, gültige Werte. Bei OPS-Codes, die nachplausibilisiert wurden, ist in dieser entsprechenden Zusatzangabe ein „U“ enthalten.

ops_ve1-ops_ve101	OPS-Version	n	4	vierstellige Berichtsjahrangabe 9999 = unbekannt	ja	Diese Zusatzangabe zu den OPS-Codes liegt nicht plausibilisiert vor. Daher enthält diese Angabe nur bei den OPS-Codes, die nicht nachträglich im Plausibilisierungsprozess geändert wurden, gültige Werte. Bei OPS-Codes, die nachplausibilisiert wurden, ist in dieser entsprechenden Zusatzangabe „9999“ enthalten.
dat_ops1-dat_ops101	OPS-Datum	a	8	Datumsangabe im Format JJJJMMTT 99999999 = unbekannt	ja	Diese Zusatzangabe zu den OPS-Codes liegt nicht plausibilisiert vor. Daher enthält diese Angabe nur bei den OPS-Codes, die nicht nachträglich im Plausibilisierungsprozess geändert wurden, gültige Werte. Bei OPS-Codes, die nachplausibilisiert wurden, ist in dieser entsprechenden Zusatzangabe „99999999“ enthalten.
zeit_ops1-zeit_ops101	OPS-Uhrzeit	a	4	Uhrzeitangabe im Format hhmm 9999 = unbekannt	ja	Diese Zusatzangabe zu den OPS-Codes liegt nicht plausibilisiert vor. Daher enthält diese Angabe nur bei den OPS-Codes, die nicht nachträglich im Plausibilisierungsprozess geändert wurden, gültige Werte. Bei OPS-Codes, die nachplausibilisiert wurden, ist in dieser entsprechenden Zusatzangabe ein „9999“ enthalten.
ops_lo1-ops_lo101	OPS-Lokalisation (Zusatzinformation zum Prozedurenschlüssel)	a	1	R = rechts L = links B = beidseitig U = unbekannt	ja	Diese Zusatzangabe zu den OPS-Codes liegt nicht plausibilisiert vor. Daher enthält diese Angabe nur bei den OPS-Codes, die nicht nachträglich im Plausibilisierungsprozess geändert wurden, gültige Werte. Bei OPS-Codes, die nachplausibilisiert wurden, ist in dieser entsprechenden Zusatzangabe ein „U“ enthalten.

fab1 - fab100	Fachabteilung	a	8	<p>01 = Innere Medizin 0102 = Schwerpunkt Geriatrie 0103 = Schwerpunkt Kardiologie 0104 = Schwerpunkt Nephrologie 0105 = Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie 0106 = Schwerpunkt Endokrinologie 0107 = Schwerpunkt Gastroenterologie 0108 = Schwerpunkt Pneumologie 0109 = Schwerpunkt Rheumatologie 0114 = Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde 0150 = Tumorforschung 0151 = Schwerpunkt Coloproktologie 0152 = Schwerpunkt Infektionskrankheiten 0153 = Schwerpunkt Diabetes 0154 = Schwerpunkt Naturheilkunde 0156 = Schwerpunkt Schlaganfallpatienten (Stroke units, Artikel 7 § 1 Abs. 3 GKV-SolG)</p> <p>02 = Geriatrie 0224 = Schwerpunkt Frauenheilkunde 0260 = Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze) 0261 = Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)</p> <p>03 = Kardiologie</p> <p>04 = Nephrologie 0410 = Schwerpunkt Pädiatrie 0436 = Intensivmedizin</p> <p>05 = Hämatologie und internistische Onkologie 0510 = Schwerpunkt Pädiatrie 0524 = Schwerpunkt Frauenheilkunde 0533 = Schwerpunkt Strahlenheilkunde</p> <p>06 = Endokrinologie 0607 = Schwerpunkt Gastroenterologie 0610 = Schwerpunkt Gastroenterologie</p> <p>07 = Gastroenterologie 0706 = Schwerpunkt Endokrinologie 0710 = Schwerpunkt Pädiatrie</p> <p>08 = Pneumologie</p> <p>09 = Rheumatologie 0910 = Schwerpunkt Pädiatrie</p> <p>10 = Pädiatrie 1004 = Schwerpunkt Nephrologie 1005 = Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie 1006 = Schwerpunkt Endokrinologie</p>	ja	<p>Zusätzlich zu „00“ kann in der 3. und 4. Stelle „90“ bis „98“ individuell genutzt werden, um spezialisierte Fachabteilungen zu verschlüsseln, für die kein bundeseinheitlicher Fachabteilungsschlüssel vorgesehen ist. Bei dieser Differenzierung von Fachabteilungen kommt es im Rahmen der Datenübermittlung nicht auf die exakte Benennung der Art der Spezialisierung oder des Schwerpunktes der Fachabteilung an. Voraussetzung für das Verfahren ist, dass die Vertragsparteien im Rahmen der Pflegesatzvereinbarung gemeinsam die oben beschriebene Festlegung der Fachabteilungsschlüssel vornehmen.</p> <p>Fachabteilungsschlüssel, bei denen nach BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung 50 % APS-intensiv abgerechnet werden kann und deren Abteilungspflegesätze bei gleichzeitiger Abrechnung eines Sonderentgeltes nicht um 20 % zu ermäßigen sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 0436 - 1136 - 1536 - 2036 - 2050 - 2136 - 2150 - 36xx <p>Sonderregelung für Pseudo-Fachabteilungen im ETL-Segment der Entlassungsanzeige:</p>
---------------	---------------	---	---	---	----	---

			<p>1007 = Schwerpunkt Gastroenterologie 1009 = Schwerpunkt Rheumatologie 1011 = Schwerpunkt Kinderkardiologie 1012 = Schwerpunkt Neonatologie 1014 = Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde 1028 = Schwerpunkt Kinderneurologie 1050 = Schwerpunkt Perinatalmedizin 1051 = Langzeitbereich Kinder</p> <p>11 = Kinderkardiologie 1136 = Schwerpunkt Intensivmedizin</p> <p>12 = Neonatologie</p> <p>13 = Kinderchirurgie</p> <p>14 = Lungen- und Bronchialheilkunde 1410 = Schwerpunkt Pädiatrie</p> <p>15 = Allgemeine Chirurgie 1513 = Schwerpunkt Kinderchirurgie 1516 = Schwerpunkt Unfallchirurgie 1518 = Schwerpunkt Gefäßchirurgie 1519 = Schwerpunkt Plastische Chirurgie 1520 = Schwerpunkt Thoraxchirurgie 1523 = Schwerpunkt Orthopädie 1536 = Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3, 2. Halbs. BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung) 1550 = Schwerpunkt Abdominal- und Gefäßchirurgie 1551 = Schwerpunkt Handchirurgie</p> <p>16 = Unfallchirurgie</p> <p>17 = Neurochirurgie</p> <p>18 = Gefäßchirurgie</p> <p>19 = Plastische Chirurgie</p> <p>20 = Thoraxchirurgie 2021 = Schwerpunkt Herzchirurgie 2036 = Intensivmedizin 2050 = Schwerpunkt Herzchirurgie Intensivmedizin</p> <p>21 = Herzchirurgie 2118 = Schwerpunkt Gefäßchirurgie 2120 = Schwerpunkt Thoraxchirurgie 2136 = Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3 2. Halbsatz BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung) 2150 = Schwerpunkt Thoraxchirurgie Intensivmedizin</p>		<ul style="list-style-type: none"> - 0000: Pseudo-Fachabteilung für den Krankenhausbezug (relevante „Fachabteilung“ für die DRG-Gruppierung) bei internen Verlegungen und / oder Rückverlegungen und / oder Wiederaufnahme und / oder bei externem Aufenthalt mit Abwesenheit über Mitternacht. - 0001: Pseudo-Fachabteilung für den Aufenthalt bei Rückverlegung - 0002: Pseudo-Fachabteilung für den externen Aufenthalt bei Wiederaufnahme. - 0003: Pseudo-Fachabteilung für den externen Aufenthalt mit Abwesenheit über Mitternacht im BpflVBereich (Hinweis: „0003“ wird als Fachabteilungsschlüssel bei einem externen Aufenthalt mit Abwesenheit über Mitternacht für Versicherte in Krankenhäusern, die gemäß BpflV vergütet werden angewendet (unabhängig von der Anwendung des neuen Vergütungssystems nach § 17d KHG)).
--	--	--	---	--	---

			<p>22 = Urologie</p> <p>23 = Orthopädie 2309 = Schwerpunkt Rheumatologie 2315 = Schwerpunkt Chirurgie 2316 = Orthopädie und Unfallchirurgie</p> <p>24 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe 2402 = Schwerpunkt Geriatrie 2405 = Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie 2406 = Schwerpunkt Endokrinologie 2425 = Frauenheilkunde</p> <p>25 = Geburtshilfe</p> <p>26 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde</p> <p>27 = Augenheilkunde</p> <p>28 = Neurologie 2810 = Schwerpunkt Pädiatrie 2856 = Schwerpunkt Schlaganfallpatienten/-patientinnen (Stroke units, Artikel 7 § 1 Abs. 3 GKV-SolG)</p> <p>29 = Allgemeine Psychiatrie 2928 = Schwerpunkt Neurologie 2930 = Schwerpunkt Kinder- und Jugendpsychiatrie 2931 = Schwerpunkt Psychosomatik/Psychotherapie 2950 = Schwerpunkt Suchtbehandlung 2951 = Schwerpunkt Gerontopsychiatrie 2952 = Schwerpunkt Forensische Behandlung 2953 = Schwerpunkt Suchtbehandlung, Tagesklinik 2954 = Schwerpunkt Suchtbehandlung, Nachtambulanz 2955 = Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Tagesklinik 2956 = Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Nachtambulanz 2960 = Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze) 2961 = Nachtambulanz (für teilstationäre Pflegesätze)</p> <p>30 = Kinder- und Jugendpsychiatrie 3060 = Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze) 3061 = Nachtambulanz (für teilstationäre Pflegesätze)</p> <p>31 = Psychosomatik/Psychotherapie 3110 = Schwerpunkt Kinder- und Jugendpsychosomatik 3160 = Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze) 3161 = Nachtambulanz (für teilstationäre Pflegesätze)</p> <p>32 = Nuklearmedizin 3233 = Schwerpunkt Strahlenheilkunde</p>		
--	--	--	---	--	--

				<p>33 = Strahlenheilkunde 3305 = Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie 3350 = Schwerpunkt Radiologie</p> <p>34 = Dermatologie 3460 = Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)</p> <p>35 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie</p> <p>36 = Intensivmedizin 3601 = Schwerpunkt Innere Medizin 3603 = Schwerpunkt Kardiologie 3610 = Schwerpunkt Pädiatrie 3617 = Schwerpunkt Neurochirurgie 3618 = Schwerpunkt Chirurgie 3621 = Herzchirurgie 3622 = Schwerpunkt Urologie 3624 = Schwerpunkt Frauenheilkunde und Geburtshilfe 3626 = Schwerpunkt Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde 3628 = Schwerpunkt Neurologie 3650 = Schwerpunkt Chirurgie 3651 = Thorax-Herzchirurgie 3652 = Herz-Thoraxchirurgie</p> <p>37 = Sonstige Fachabteilung 3750 = Angiologie 3751 = Radiologie 3752 = Palliativmedizin 3753 = Schmerztherapie 3754 = Heiltherapeutische Abteilung 3755 = Wirbelsäulenchirurgie 3756 = Suchtmedizin 3757 = Visceralchirurgie</p>		
fab_max	Fachabteilung mit längster Verweildauer	a	8	siehe fab1 – fab100		
tage_fa1 - tage_fa100	Verweildauer Fachabteilung	n	8			
tage_max	Längste Verweildauer	n	8			Bei mehreren Fachabteilungen: Tatsächlich verbrachte Tage in der fab_max

dat_aufn_fa1- dat_aufn_fa100	Datum der Aufnahme in die Fachabteilung	a	8	Datumsangabe im Format JJJJMMTT 99999999 = unbekannt	Diese Zusatzangabe zu den FAB-Codes liegt nicht plausi- bilisiert vor. Daher enthält diese Angabe nur bei den FAB-Codes, die nicht nach- träglich im Plausibilisierungs- prozess geändert wurden, gültige Werte. Bei FAB- Codes, die nachplausibili- siert wurden, ist in dieser entsprechenden Zusatzan- gabe ein „99999999“ enthalt- en.
zeit_aufn_fa1- zeit_aufn_fa100	Uhrzeit der Aufnahme in die Fachabteilung	a	8	Uhrzeitangabe im Format hhmm	Diese Zusatzangabe zu den FAB-Codes liegt nicht plausi- bilisiert vor. Daher enthält diese Angabe nur bei den FAB-Codes, die nicht nach- träglich im Plausibilisierungs- prozess geändert wurden, gültige Werte. Bei FAB- Codes, die nachplausibili- siert wurden, ist in dieser entsprechenden Zusatzan- gabe ein „9999“ enthalten.
dat_entl_fa1- dat_entl_fa100	Datum der Verlegung aus der Fachabteilung	a	8	Datumsangabe im Format JJJJMMTT	Diese Zusatzangabe zu den FAB-Codes liegt nicht plausi- bilisiert vor. Daher enthält diese Angabe nur bei den FAB-Codes, die nicht nach- träglich im Plausibilisierungs- prozess geändert wurden, gültige Werte. Bei FAB- Codes, die nachplausibili- siert wurden, ist in dieser entsprechenden Zusatzan- gabe ein „99999999“ enthalt- en.

zeit_entl_fa1- zeit_entl_fa100	Uhrzeit der Verlegung aus der Fachabteilung	a	8	Uhrzeitangabe im Format hhmm		Diese Zusatzangabe zu den FAB-Codes liegt nicht plausi- bilisiert vor. Daher enthält diese Angabe nur bei den FAB-Codes, die nicht nach- träglich im Plausibilisierungs- prozess geändert wurden, gültige Werte. Bei FAB- Codes, die nachplausi- bilisiert wurden, ist in dieser entsprechenden Zusatzan- gabe ein „9999“ enthalten.
typ_abt	Abteilungstyp	n	3	1 = nur Hauptabteilung 2 = nur Belegabteilung 3 = nur besondere Einrichtung 4 = mehrere verschiedene Belegungen		
abt_art1 - abt_art100	Abteilungsart	a	8	HA = Hauptabteilung BA = Belegabteilung BE = Besondere Einrichtungen		
ik	Institutionskennzeichen (systemfrei)	a	9			
fall_nr	Anonymisierte Fallnummer (systemfrei)	n	8			
entl_ort	Entlassender Standort (systemfrei)	n	3			Die Aufschlüsselung ist nur erforderlich, wenn ein Kran- kenhaus über mehrere Standorte verfügt und unter einem einheitlichen Institu- tionskennzeichen abrechnet. Andernfalls steht in den Da- ten eine Null.
auf_monat	Monat der Aufnahme in das Krankenhaus	n	3	zweistellige Monatsangabe		
aufn_jahr	jahr der Aufnahme in das Krankenhaus	n	4	vierstellige jahresangabe		
dat_aufn	Datum der Aufnahme in das Krankenhaus	a	8	Datumsangabe im Format JJJJMMTT		
zeit_aufn	Uhrzeit der Aufnahme in das Krankenhaus	a	4	Uhrzeitangabe im Format hhmm		

dat_entl	Datum der Entlassung aus dem Krankenhaus	a	8	Datumsangabe im Format JJJJMMTT		
zeit_entl	Uhrzeit der Entlassung aus dem Krankenhaus	a	4	Uhrzeitangabe im Format hhmm		
tage	Verweildauer (Stundenfälle werden als 1 Tag berechnet)	n	8			
typ_vwd	Typ Verweildauer	n	3	01 = std_fall = 1 02 = tage = 1 03 = tage = 2 04 = tage = 3 05 = tage = 4 06 = tage = 5 07 = tage = 6 08 = tage = 7 09 = tage <= 9 10 = tage <= 12 11 = tage <= 14 12 = tage <= 21 13 = tage <= 28 14 = tage <= 35 15 = tage <= 42 16 = tage <= 70 17 = tage <= 182 18 = tage <= 365 19 = tage <= 99999		
std_fall	Stundenfall	n	3	1 = ja 2 = Nein		
BwrlVol	DRG-Erlös	n	8			Für eine näherungsweise Hochrechnung des Erlösvolumens ausschließlich in Hauptabteilungen; berechnet über die DRG-Bewertungsrelation lt. Fallpauschalenkatalog multipliziert mit Landesbasisfallwert. Zu- und Abschläge sowie Zusatzentgelte sind nicht berücksichtigt.

2.2 Vergleichbarkeit der Merkmale über die Zeit

Die Merkmale sind grundsätzlich über die Zeit vergleichbar. Zu beachten ist, dass einige Variablen nicht in allen Berichtsjahren vorkommen. Dies ist in der Datensatzbeschreibung über alle Berichtsjahre veranschaulicht, welche zu finden ist unter:

<https://www.forschungsdatenzentrum.de/de/gesundheit/drg>.

Ferner ist zu beachten, dass sich die Klassifikationen, nach denen die Haupt- und Nebendiagnosen sowie die durchgeführten Operationen- und Prozeduren codiert sind, über die Zeit ändern. Maßgeblich für das jeweilige Berichtsjahr ist immer die für das Erhebungsjahr gültige Form der Klassifikation.

Die für das Berichtsjahr 2007 relevante ICD-10-GM-Klassifikation der Haupt- und Nebendiagnosen findet sich unter folgendem Link:

<https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/>.

Der für das Berichtsjahr 2007 relevante Operationen- und Prozedurenschlüssel ist dagegen unter folgendem Link zu finden:

<https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/ops/kode-suche/>.

2.3 Eckwerte relevanter Merkmale und Merkmalskombinationen

Bundesland der Patientinnen und Patienten	Häufigkeit	Prozent
Schleswig-Holstein	524.553	3,16
Hamburg	306.741	1,85
Niedersachsen	1.550.869	9,34
Bremen	124.225	0,75
Nordrhein-Westfalen	3.833.806	23,09
Hessen	1.194.089	7,19
Rheinland-Pfalz	863.099	5,20
Baden-Württemberg	1.830.635	11,03
Bayern	2.476.846	14,92
Saarland	237.082	1,43
Berlin	608.285	3,66
Brandenburg	570.695	3,44
Mecklenburg-Vorpommern	374.106	2,25
Sachsen	877.426	5,29
Sachsen-Anhalt	573.855	3,46
Thüringen	526.701	3,17
Unbekannt	127.459	0,77
Summe	16.600.472	100

Bundesland des Krankenhaus	Häufigkeit	Prozent
Schleswig-Holstein	509.960	3,07
Hamburg	389.137	2,34
Niedersachsen	1.465.301	8,83
Bremen	185.044	1,11
Nordrhein-Westfalen	3.870.725	23,32
Hessen	1.161.709	7,00
Rheinland-Pfalz	823.238	4,96
Baden-Württemberg	1.886.844	11,37
Bayern	2.527.399	15,22
Saarland	246.197	1,48
Berlin	681.731	4,11
Brandenburg	503.502	3,03
Mecklenburg-Vorpommern	376.422	2,27
Sachsen	894.230	5,39
Sachsen-Anhalt	552.661	3,33
Thüringen	526.372	3,17
Summe	16.600.472	100

Geschlecht der Patientinnen und Patienten	Häufigkeit	Prozent
Männlich	7.688.897	46,32
Weiblich	8.910.618	53,68
Unbekannt	957	0,01
Summe	16.600.472	100

Alter der Patientinnen und Patienten	Häufigkeit	Prozent
0 bis 9 jahre	1.511.738	9,11
10-19 jahre	731.008	4,40
20-29 jahre	1.163.093	7,01
30-39 jahre	1.306.976	7,87
40-49 jahre	1.621.008	9,76
50-59 jahre	1.978.638	11,92
60-69 jahre	2.805.020	16,90
70 und älter	5.482.988	33,03
Unbekannt	3	0,00
Summe	16.600.472	100

Hauptdiagnosen nach ICD-10-GM	Häufigkeit	Prozent
I. Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00 – B99)	483.646	2,91
II. Neubildungen (C00 – D48)	1.842.881	11,10
III. Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems (D50 – D90)	118.509	0,71
IV. Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00 – E90)	469.838	2,83
V. Psychische und Verhaltensstörungen (F00 – F99)	291.580	1,76
VI. Krankheiten des Nervensystems (G00 – G99)	656.793	3,96
VII. Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilden (H00 – H59)	310.915	1,87
VIII. Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes (H60 – H95)	145.046	0,87
IX. Krankheiten des Kreislaufsystems (I00 – I99)	2.611.123	15,73
X. Krankheiten des Atmungssystems (J00 – J99)	1.085.015	6,54
XI. Krankheiten des Verdauungssystems (K00 – K93)	1.728.145	10,41
XII. Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00 – L99)	236.516	1,42

XIII. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00 – M99)	1.481.742	8,93
XIV. Krankheiten des Urogenitalsystems (N00 – N99)	927.523	5,59
XV. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00 – O99)	938.230	5,65
XVI. Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben (P00 – P96)	177.802	1,07
XVII. Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien (Q00 – Q99)	103.947	0,63
XVIII. Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind (R00 – R99)	680.867	4,10
XIX. Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (S00 – T98)	1.686.318	10,16
XX. – XXII. Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen; Schlüsselnummern für besondere Zwecke (U00 – Z99)	624.036	3,76
Summe	16.600.472	100

Hauptdiagnosen nach ICD-10-GM nach Alter	Häufigkeiten				
	0 bis 19 jahre	20 bis 39 jahre	40 bis 59 jahre	Über 60 jahre	Summe
I. Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00 – B99)	161.751	55.248	68.768	197.879	483.646
II. Neubildungen (C00 – D48)	46.431	101.223	518.333	1.176.894	1.842.881
III. Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems (D50 – D90)	12.470	8.444	19.057	78.538	118.509
IV. Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00 – E90)	28.975	38.792	114.310	287.761	469.838
V. Psychische und Verhaltensstörungen (F00 – F99)	51.412	64.604	97.828	77.736	291.580
VI. Krankheiten des Nervensystems (G00 – G99)	59.897	83.604	190.913	322.379	656.793
VII. Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilden (H00 – H59)	14.546	15.068	46.943	234.358	310.915
VIII. Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes (H60 – H95)	21.656	20.937	46.588	55.865	145.046
IX. Krankheiten des Kreislaufsystems (I00 – I99)	25.341	82.023	498.335	2.005.424	2.611.123
X. Krankheiten des Atmungssystems (J00 – J99)	296.742	143.083	170.282	474.908	1.085.015
XI. Krankheiten des Verdauungssystems (K00 – K93)	154.498	237.362	460.381	875.904	1.728.145

XII. Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00 – L99)	36.006	57.355	61.454	81.701	236.516
XIII. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00 – M99)	52.381	149.532	473.999	805.830	1.481.742
XIV. Krankheiten des Urogenitalsystems (N00 – N99)	61.696	155.597	255.322	454.908	927.523
XV. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00 – O99)	42.032	860.779	35.419	0	938.230
XVI. Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben (P00 – P96)	177.764	11	12	15	177.802
XVII. Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien (Q00 – Q99)	73.376	12.758	10.908	6.905	103.947
XVIII. Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind (R00 – R99)	109.998	97.308	146.252	327.309	680.867
XIX. Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (S00 – T98)	290.965	271.050	355.933	768.370	1.686.318
XX. – XXII. Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen; Schlüsselnummern für besondere Zwecke (U00 – Z99)	524.809	15.291	28.609	55.327	624.036
Summe	2.242.746	2.470.069	3.599.646	8.288.011	16.600.472

2.4 Auswertbare regionale Ebene

Die tiefste auswertbare regionale Ebene ist die Gemeinde des Krankenhauses oder der Patientin/des Patienten. Darüber hinaus ist das Verknüpfen der Daten unter bestimmten Bedingungen auf Ebene des Krankenhauses möglich. Die Verknüpfung erfolgt durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der FDZ. Eine Auswertung der Daten auf Krankenhausebene ist nicht möglich. Die entsprechende Information wird vor der Bereitstellung der Daten an den Datennutzenden gelöscht.

3 Praktische Hinweise

3.1 Hinweise zur Geheimhaltung

3.1.1 Gesetzliche Grundlagen der statistischen Geheimhaltung

Unter Geheimhaltung versteht man das Herstellen der absoluten Anonymität der Ergebnisse statistischer Analysen. Konkret bedeutet das, dass im Rahmen der Geheimhaltung sichergestellt wird, dass mit den veröffentlichten Ergebnissen keine Rückschlüsse auf einen Einzelfall (z.B. Person, Betrieb, Einrichtung) gezogen werden können. Statistische Geheimhaltung wird überall dort angewendet, wo statistische Ergebnisse oder Einzeldaten die geschützten Räume der amtlichen Statistik verlassen.

Die Geheimhaltung in der amtlichen Statistik ist in § 16 Bundesstatistikgesetz (BStatG) geregelt und beinhaltet, dass Einzelangaben über persönliche und sachliche Verhältnisse, die für eine Bundesstatistik angegeben werden, von den jeweils durchführenden statistischen Stellen geheim zu halten sind, soweit es keine anderslautenden Bestimmungen gibt. Dies wird auch als

Statistikgeheimnis bezeichnet. Das Statistikgeheimnis verpflichtet die amtliche Statistik, die erhaltenen Informationen zu schützen, d.h. sie in einer Form zu anonymisieren, die keine Rückschlüsse mehr auf die betreffende Person und den dargelegten Sachverhalt enthält. Die Geheimhaltung ist auch im Hinblick auf die informationelle Selbstbestimmung von besonderem Interesse: Viele Erhebungen der amtlichen Statistik unterliegen der Auskunftspflicht, somit steht es den Befragten nicht frei, selbst zu entscheiden, ob sie eine Information weitergeben möchten. Die amtliche Statistik muss deshalb sicherstellen, dass die erhobenen Daten keinem Befragten zugeordnet werden können.

Das BStatG sieht jedoch auch Fälle vor, in denen das Statistikgeheimnis nicht gilt. In § 16 BStatG sind die Ausnahmen von der Geheimhaltungspflicht dargelegt. Unter anderem wird dort festgelegt, unter welchen Umständen die Daten der amtlichen Statistik für die Wissenschaft zugänglich gemacht werden dürfen und welche Regeln dabei einzuhalten sind.

3.1.2 Geheimhaltung von Ergebnissen

Um die gesetzlich vorgeschriebene Geheimhaltung von Einzelfällen in den Daten sicherzustellen, müssen alle Ergebnisse, die per Kontrollierter Datenfernverarbeitung (KDFV) erzeugt werden, vor ihrer Freigabe an den Nutzer von den FDZ einer Geheimhaltungsprüfung unterzogen werden. Dabei stellen die FDZ sicher, dass die Ergebnisse absolut anonym sind und eine Reidentifikation einzelner Befragter nach menschlichem Ermessen ausgeschlossen werden kann. Entsprechend handeln auch die Fachabteilungen der Statistischen Ämter vor der Veröffentlichung von Ergebnissen.

Zur Sicherstellung der Geheimhaltung wenden die FDZ verschiedene Geheimhaltungsregeln an, die jeweils individuell auf die jeweilige Statistik zugeschnitten sind. In der Broschüre „Regelungen zur Auswertung von Mikrodaten in den Forschungsdatenzentren der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder“ werden die gebräuchlichsten Regeln zur primären Geheimhaltung dargestellt. Diese Regeln werden in den FDZ im Grunde auf alle Statistiken angewendet. Die Anlage dieser Broschüre enthält Informationen darüber, welche Geheimhaltungsregeln auf welche Statistiken anzuwenden sind.

Die Broschüre finden Sie hier:

www.forschungsdatenzentrum.de/de/geheimhaltung.

3.1.3 Praktische Tipps zur Vermeidung von Geheimhaltungsfällen

Treten in den erstellten Analysen Geheimhaltungsfälle auf, werden diese Werte von den FDZ zur Sicherstellung der Geheimhaltung durch ein Sperrmuster ersetzt. Gerade in Kreuztabellen entstehen so durch die notwendige Sekundärspernung schnell viele „Löcher“ in den Auswertungen. Da eine einmal zur Sekundärspernung herangezogene Tabellenzelle auch in allen folgenden Analysen gesperrt werden muss (tabellenübergreifende Geheimhaltung) – auch, wenn es in der neu erstellten Tabelle nicht nötig wäre – ist es sinnvoll, bei jeder Ergebniserstellung darauf zu achten, dass möglichst keine Geheimhaltungsfälle erzeugt werden. Treten in einem Output Geheimhaltungsfälle auf, steht es dem betreuenden FDZ frei, die Prüfung und Freigabe des Outputs abzulehnen.

Um Geheimhaltungsfälle in den Analysen zu vermeiden, sollte immer darauf geachtet werden, dass die erstellten Analysen auf ausreichend großen

Fallzahlen beruhen. Bei geringen Fallzahlen empfiehlt es sich, Variablenausprägungen zusammenzufassen und damit größere Fallzahlen zu erzielen.

3.2 FAQ

Bitte wenden Sie sich bei auftretenden Fragen an den im Impressum für fachliche Informationen genannten FDZ-Standort.

3.3 Verfügbare Tools

Mit Hilfe des SAS-Makros newvar können neue Dummy- und Summen-Variablen auf Grundlage von Nebendiagnosen sowie Operationen- und Prozedurenschlüssel flexibel erstellt werden. Das Makro wählt hierbei in Abhängigkeit von nutzerspezifischen Parametern eine effiziente Methode zur Erstellung neuer Variablen. Ziel ist es, die Rechenzeiten der Analysen zu verkürzen. Weitere Informationen zum SAS-Makro newvar finden sich unter dem folgenden Link:

<https://www.forschungsdatenzentrum.de/sites/default/files/arbeitpapier-44.pdf>.

