

# Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik

## DRG-Statistik



Erscheinungsfolge: unregelmäßig  
Erschienen am 12/10/2011

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

© Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2011

Vervielfältigungen und Verbreitung, auch auszugsweise, mit Quellenangabe gestattet.

# Kurzfassung

<b>1 Allgemeine Angaben zur Statistik</b>	<b>Seite 3</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Erhebungsgesamtheit: Krankenhäuser im Anwendungsbereich des § 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG)</li><li>• Räumliche Abdeckung: Deutschland, Bundesländer, Regierungsbezirke, Kreise</li><li>• Erhebungszeitraum: 1. Januar bis 31. Dezember</li><li>• Periodizität: Jährlich</li><li>• Rechtsgrundlagen: Krankenhausentgeltgesetz</li></ul>	
<b>2 Inhalte und Nutzerbedarf</b>	<b>Seite 4</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Haupt-, Nebendiagnosen, Operationen und Prozeduren sowie Fallpauschalen der Krankenhauspatientinnen und -patienten nach soziodemographischen Merkmalen, Case Mix.</li><li>• Informationen über das Morbiditätsgeschehen und die Morbiditätsentwicklung in der stationären Versorgung sowie über das Volumen und die Struktur der Leistungsnachfrage.</li></ul>	
<b>3 Methodik</b>	<b>Seite 5</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Sekundärstatistik auf Basis der Daten nach § 21 KHEntgG</li></ul>	
<b>4 Genauigkeit und Zuverlässigkeit</b>	<b>Seite 5</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Abhängig von der Qualität der Abrechnungsdaten des DRG-Entgeltsystems</li></ul>	
<b>5 Aktualität und Pünktlichkeit</b>	<b>Seite 6</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Die Veröffentlichung erfolgt jährlich zu den bekannt gegebenen Terminen</li></ul>	
<b>6 Vergleichbarkeit</b>	<b>Seite 6</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Die Vergleichbarkeit ist grundsätzlich gewährleistet und unterliegt ausschließlich den Veränderungen der Klassifikationen bzw. Kataloge</li></ul>	
<b>7 Kohärenz</b>	<b>Seite 6</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Kohärent mit Einschränkungen zu den Grund- und Diagnosedaten der Krankenhäuser</li></ul>	
<b>8 Verbreitung und Kommunikation</b>	<b>Seite 6</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Jährliche Veröffentlichung in der 12 Reihe 6.4 „Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik“</li><li>• Tiefgegliederte Daten zu Operationen und Prozeduren</li><li>• Gesundheitsberichterstattung des Bundes (<a href="http://www.gbe-bund.de">www.gbe-bund.de</a>)</li><li>• Die Statistik steht über das Datenangebot des Forschungsdatenzentrums des Bundes zur Verfügung</li></ul>	
<b>9 Sonstige fachstatistische Hinweise</b>	<b>Seite 7</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Keine</li></ul>	

# 1 Allgemeine Angaben zur Statistik

## 1.1 Grundgesamtheit

Bei der Fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik (DRG-Statistik) handelt es sich um eine jährliche Vollerhebung. Sie erstreckt sich auf alle Krankenhäuser, die nach dem DRG-Vergütungssystem abrechnen und dem Anwendungsbereich des § 1 KHEntgG unterliegen. Einbezogen sind darin auch Krankenhäuser der Bundeswehr, soweit diese Zivilpatienten behandeln und Kliniken der Berufsgenossenschaften, soweit die Behandlungskosten nicht von der Unfall- sondern der Krankenversicherung vergütet werden. Ausgenommen sind Krankenhäuser im Straf- oder Maßregelvollzug und Polizeikrankenhäuser. Darüber hinaus bleiben Leistungen von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen nach § 17d Abs. 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) unberücksichtigt.

## 1.2 Statistische Einheiten (Erhebungs- und Darstellungseinheiten)

Krankenhäuser nach § 1 KHEntgG und behandelte Patientinnen und Patienten (Fälle)

## 1.3 Räumliche Abdeckung

Erhebungsbereich ist das gesamte Bundesgebiet. Erhoben werden die Daten bis auf Gemeindeebene. Maßgeblich für die regionale Zuordnung ist die Postleitzahl.

## 1.4 Berichtszeitraum/-zeitpunkt

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

## 1.5 Periodizität

Die Daten werden jährlich erhoben, eine Veröffentlichung der Ergebnisse durch das Statistische Bundesamt erfolgte erstmalig für das Berichtsjahr 2005.

## 1.6 Rechtsgrundlagen und andere Vereinbarungen

Rechtsgrundlage ist § 21 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1312, 1422), zuletzt geändert durch Artikel 5 des Gesetzes vom 28. Juli 2011 (BGBl. I S. 1622) i. V. m. § 28 Abs. 4 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 17. März 2009 (BGBl. I S. 534) und 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).

## 1.7 Geheimhaltung

### 1.7.1 Geheimhaltungsvorschriften

Die erhobenen Einzelangaben werden grundsätzlich nach § 16 BStatG geheim gehalten.

### 1.7.2 Geheimhaltungsverfahren

Die erhobenen Einzelangaben werden nach § 16 BStatG geheim gehalten. Ein Personenbezug zu Patientinnen und Patienten ist nur dann herstellbar, wenn für alle männlichen bzw. für alle weiblichen Behandelten einer Altersgruppe eine einzige Diagnose (Haupt- oder Nebendiagnose) oder eine einzige Prozedur nach dem Operationen- und Prozedurenschlüssel nachgewiesen wird. Nur in diesen Fällen ist es mit Hilfe der Statistik möglich, die Diagnosen oder Prozeduren einer Person aufzudecken, deren Name, Geschlecht und Alter aus einer anderen Quelle bekannt sind. Diese Fälle werden nicht veröffentlicht. Auch bei Zellenbesetzungen größer als „Eins“ oder „Zwei“ wird dieses Verfahren angewendet. In der Regel ist es ausreichend, wenn als tiefste regionale Auswertungsebene für den Wohnort der Patientinnen und Patienten die Kreisebene genutzt wird. Hier kommt es i. d. R. nicht zu den oben genannten Geheimhaltungsfällen.

Ein Bezug zu Einrichtungen ist herstellbar sobald in einer regionalen Abgrenzungsebene nach den unterschiedlichen Gliederungskriterien nur zwei Einrichtungen vorhanden sind. Hier besteht die Möglichkeit der Reidentifizierung. Um diese Fälle möglichst gering zu halten, werden Analysen nach den Einrichtungen ausschließlich auf Ebene der Bundesländer vorgenommen. Treten obengenannte Fälle auf, werden diese entsprechend geheim gehalten.

## 1.8 Qualitätsmanagement

### 1.8.1 Qualitätssicherung

Umfangreiche Maßnahmen zur Qualitätssicherung erfolgen sowohl durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) als auch durch das Statistische Bundesamt zum Beispiel im Rahmen einer systematischen und mehrstufigen technischen Datenprüfung („Fehlerverfahren“) bei der Datenannahme durch die DRG-Datenstelle sowie von aufwändigen Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen bei der Datenaufbereitung mit einer entsprechenden regelmäßigen Anpassung und Weiterentwicklung der Verfahren.

### 1.8.2 Qualitätsbewertung

Da es sich bei der DRG-Statistik um eine Sekundärstatistik auf der Basis von Abrechnungsdaten der Krankenhäuser handelt, ist von einer sehr hohen Qualität der Daten auszugehen.

## 2 Inhalte und Nutzerbedarf

### 2.1 Inhalte der Statistik

#### 2.1.1 Inhaltliche Schwerpunkte der Statistik

Neben soziodemographischen Merkmalen der Patientinnen und Patienten (z. B. Alter, Geschlecht, Postleitzahl) werden insbesondere die Erkrankungsart nach Haupt- und Nebendiagnosen, Operationen und Prozeduren, Verweildauer und Fachabteilung sowie Art und Umfang der abgerechneten Fallpauschalen erhoben.

#### 2.1.2 Klassifikationssysteme

Für die Haupt- und Nebendiagnosen 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.

Für die Operationen und Prozeduren der Patientinnen und Patienten wird der amtliche Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) in der jeweiligen für das Berichtsjahr gültigen Form verwendet. Er bildet die offizielle Prozedurenklassifikation für Leistungsnachweise und -abrechnungen der deutschen Krankenhäuser.

Für die Fallpauschalen (DRGs) wird der DRG-Fallpauschalenkatalog in der jeweils für das Erhebungsjahr aktuellen Form verwendet. Er dient den Krankenhäusern zur Abrechnung der Krankenhausbehandlungen und wird jährlich im Rahmen der Fallpauschalenvereinbarung von den Selbstverwaltungspartnern im Gesundheitswesen (GKV-Spitzenverband, Verband der Privaten Krankenversicherung und Deutsche Krankenhausgesellschaft) beschlossen.

#### 2.1.3 Statistische Konzepte und Definitionen

Die statistischen Hauptmerkmale der Fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik sind:

- Vollstationäre Patientinnen und Patienten (Fälle)
- Alter
- Geschlecht
- Wohnort
- Behandlungsort
- Erkrankungsart (Haupt- und Nebendiagnosen)
- Operationen und Prozeduren
- Verweildauer
- Fachabteilung
- Art und Umfang der abgerechneten Fallpauschalen
- Case Mix

### 2.2 Nutzerbedarf

Die DRG-Statistik liefert über die Merkmale der bestehenden amtlichen Krankenhausstatistik hinaus weitere wichtige Informationen über das Morbiditätsgeschehen und die Morbiditätsentwicklung in der stationären Versorgung sowie über das Volumen und die Struktur der Leistungsnachfrage. Der Informationszugewinn bezieht sich vor allem auf Nebendiagnosen, Art der Operationen und Prozeduren sowie Fallpauschalen (DRGs). Er dient der epidemiologischen Forschung und trägt zur weiteren Information der Bevölkerung bei.

Neben verschiedenen internationalen Institutionen sind es vor allem Datennutzer aus den Bereichen Politik, Wissenschaft und Forschung, Wirtschaftsunternehmen, epidemiologische und gesundheitsökonomische Institute, Medien und die breite Öffentlichkeit.

### 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**

Bei der vorliegenden Erhebung handelt es sich um eine Sekundärstatistik. Nach § 21 KHEntgG sind alle Krankenhäuser, die dem Anwendungsbereich des KHEntgG unterliegen, verpflichtet, ihre krankenhausbezogenen Struktur- und fallbezogenen Leistungsdaten bereitzustellen. Die Krankenhäuser übermitteln auf einem maschinenlesbaren Datenträger jeweils zum 31. März für das jeweils vorangegangene Kalenderjahr ihre Daten an eine von den Selbstverwaltungspartnern im Gesundheitswesen benannte DRG-Datenstelle auf Bundesebene. Gemäß § 21 Absatz 3 Satz 1 Nr. 1 bis 4 KHEntgG erhalten die Vertragsparteien auf Bundes- und Landesebene, die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden und das Statistische Bundesamt Daten aus dem Datenpool nach § 21 KHEntgG.

#### **3.2 Vorbereitung und Durchführung der Datengewinnung**

Die Zuordnung von Krankenhausfällen zu Fallpauschalen (DRGs) wird anhand von Datensätzen mittels eines lizenzierten Computerprogramms (sog. „Grouper“) aus den Diagnose- und Prozedurenkatalogen (ICD-10-GM und OPS) sowie zusätzlichen fallbezogenen Merkmalen (z. B. Alter und Geschlecht der Patientinnen und Patienten, Verweildauer, Dauer der maschinellen Beatmung usw.) generiert. Die Krankenhäuser übermitteln nach dem Datenexport die maschinenlesbaren und verschlüsselten Dateien mit den DRG-Daten nach § 21 KHEntgG per E-Mail an die DRG-Datenstelle. Die Datenübermittlung an das Statistische Bundesamt erfolgt jeweils jährlich bis zum 1. Juli.

#### **3.3 Datenaufbereitung (einschließlich Hochrechnung)**

Die Daten werden in Form eines definierten Datensatzes vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) an das Statistische Bundesamt übermittelt. Diese werden einer weiteren technischen Aufbereitung unterzogen, um sie mit entsprechenden Statistikprogrammen bearbeiten und auswerten zu können. Imputationen, Gewichtungen, Kalibrierungen oder andere Verfahren dieser Art werden nicht angewendet.

#### **3.4 Preis- und Saisonbereinigung; andere Analyseverfahren**

Trifft nicht zu, da es sich um eine Vollerhebung handelt.

#### **3.5 Beantwortungsaufwand**

Es entsteht keine zusätzliche Belastung für die Auskunftspflichtigen, da das Statistische Bundesamt auf bereits vorhandene Routinedaten des Datenpools nach § 21 KHEntgG zurückgreift.

### **4 Genauigkeit und Zuverlässigkeit**

#### **4.1 Qualitative Gesamtbewertung der Genauigkeit**

Da es sich um eine Vollerhebung handelt, können nur nicht-stichprobenbedingte Fehler auftreten. Fehler in der Erfassungsgrundlage können beispielsweise dadurch entstehen, dass Datenlieferungen einzelner Krankenhäuser nicht fristgerecht oder nur unvollständig an die DRG-Datenstelle bzw. das InEK übermittelt werden. In diesen Fällen käme es zu einer Untererfassung sowohl der Krankenhäuser als auch der Patientinnen und Patienten. Detaillierte Informationen, in wie weit grundsätzlich davon ausgegangen werden kann, dass sämtliche Elemente der Grundgesamtheit in der Erhebung enthalten sind, liegen dem Statistischen Bundesamt nicht vor. Aufgrund der Art der Daten als Abrechnungsdaten der Krankenhäuser ist aber davon auszugehen, dass weitestgehend eine vollständige Erfassung vorliegt.

Der Statistik liegt zur Verschlüsselung der Diagnosen der Patientinnen und Patienten die Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD) zu Grunde. Eine Erfassung der Operationen und Prozeduren erfolgt auf Basis des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS). Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) gibt jeweils eine deutsche Version dieser Klassifikationen heraus. Daneben stellt das DIMDI Metadaten für Diagnosen 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 u. a. die statistische Aufbereitung der Daten. Dabei ist zu bedenken, dass die Vergabe der Schlüssel im Krankenhaus erfolgt und bereits dort Fehler auftreten können. Da die Diagnose- und Prozedurangaben für die Krankenhäuser entgeltrelevant sind, kann davon ausgegangen werden, dass die Qualität der Angaben sehr hoch ist. Sollten dennoch Unstimmigkeiten auftreten, werden diese – falls möglich – in der Datenaufbereitungsphase bei der Plausibilisierung der Angaben berichtigt, z. B. wenn Diagnose- und Geschlechtsangabe der Patientin/des Patienten nicht übereinstimmen.

#### **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)

Durch die Verpflichtung zur Datenlieferung sind Ausfälle ganzer Einheiten gering einzuschätzen. Sofern es jedoch zu Antwortausfällen auf Ebene der Krankenhäuser kommt und diese ein spezifisches Behandlungsspektrum aufweisen, können bestimmte Diagnosen und Prozeduren unterrepräsentiert sein. In diesem Fall wäre durch die Unvollständigkeit der Daten die Vergleichbarkeit beeinträchtigt. Exakte Informationen liegen dem Statistischen Bundesamt hierzu nicht vor.

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

Antwortausfälle kommen zum einen durch fehlende Angaben, zum anderen durch unplausible Daten zustande. Antwortausfälle auf Ebene wichtiger Merkmale vor allem bei Diagnosen, Operationen und Prozeduren sowie Fallpauschalen fallen durchweg gering aus und stellen keine Beeinträchtigung für die Nutzung der Daten dar.

## 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 auskunftspflichtigen Krankenhäuser berichten bis zum 31. März des dem Berichtsjahr folgenden Jahres an die DRG-Datenstelle. Das InEK übermittelt die Daten jeweils bis zum 1. Juli an das Statistische Bundesamt. Endgültige Ergebnisse stehen generell bis Ende Oktober im Rahmen der Fachserie zur Verfügung.

### 5.2 Pünktlichkeit

Die Veröffentlichung der Ergebnisse erfolgte jeweils pünktlich zu den vorab geplanten und ggf. bekanntgegebenen Terminen.

## 6 Vergleichbarkeit

### 6.1 Räumliche Vergleichbarkeit

Maßgeblich für die statistische Erfassung der Haupt- und Nebendiagnosen der Patientinnen und Patienten ist die Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD), für Operationen und Prozeduren der nationale amtliche Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) sowie für Fallpauschalen (DRGs) der nationale Fallpauschalenkatalog. Auf dieser Basis ist die Vergleichbarkeit innerhalb Deutschlands gewährleistet und unterliegt ausschließlich den Veränderungen der Klassifikationen bzw. Kataloge. International ist die Vergleichbarkeit auf dieser Basis ebenfalls grundsätzlich gegeben. Sie wird aber durch die unterschiedlichen nationalen Abrechnungssysteme für Krankenhausbehandlungen eingeschränkt.

### 6.2 Zeitliche Vergleichbarkeit

Die ICD wird permanent weiterentwickelt, so dass auch die zehnte Revision der ICD unterschiedliche Versionen mit meist nur geringfügigen Änderungen aufweist. Mit der verpflichtenden Einführung des fallpauschalierten Entgeltsystems (DRG-System) für alle Krankenhäuser wurde die angepasste Version ICD-10-GM 2004 eingeführt (GM = German Modification). Für 2010 gilt die Version ICD-10-GM 2010. Einer kontinuierlichen Weiterentwicklung und Anpassung ist ebenfalls der OPS- und Fallpauschalenkatalog unterworfen. Die Daten stehen seit dem Berichtsjahr 2005 zur Verfügung.

## 7 Kohärenz

### 7.1 Statistikübergreifende Kohärenz

Verschiedene Merkmale der Krankenhäuser und der Krankenhauspatienten werden sowohl in den Grunddaten der Krankenhäuser als auch in den Diagnosedaten erfasst (vgl. Fachserie 12 Reihen 6.1.1 und 6.2.1). Zum Teil weisen diese erhebliche Abweichungen zur DRG-Statistik (z. B. bei der Fallzahl und Verweildauer) auf. Dies ist 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. 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

Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen, Krankheitskostenrechnung.

# 8 Verbreitung und Kommunikation

## 8.1 Verbreitungswege

Die wichtigsten Ergebnisse der Erhebung werden jährlich in der Fachserie 12 Reihe 6.4 im Publikationsservice des Statistischen Bundesamtes veröffentlicht. Die [Publikation](#) kann kostenlos im Internet herunter geladen werden. Ebenfalls steht dort kostenlos eine ausführliche Darstellung der Operationen und Prozeduren auf Ebene der 4-Steller zur Verfügung. Ergebnisse zu den Operationen und Prozeduren bis auf Ebene der kodierbaren Endpunkte (6-Steller) können auf Anfrage zum Preis von 120 € direkt bei der Fachabteilung bezogen werden. Auch sind Sonderauswertungen (je nach Umfang und Aufwand u. U. kostenpflichtig) erhältlich. Weiterhin bietet das Forschungsdatenzentrum des Bundes die Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik in ihrem Datenangebot an.

Jährliche Abschlussberichte zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems mit ausführlichen Informationen zur Methodik der Erhebung werden darüber hinaus vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) veröffentlicht. Diese sind erhältlich im Internet unter [www.g-drg.de](http://www.g-drg.de)

## 8.2 Methodenpapiere/Dokumentation der Methodik

Jährliche Veröffentlichung, zuletzt: Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus gGmbH (InEK): Abschlussbericht zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2011, Klassifikation, Katalog und Bewertungsrelationen, Siegburg 2010.

Jährliche Veröffentlichung, zuletzt: *Spindler, Jutta*: Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik: Diagnosen und Prozeduren der Patienten auf Basis der Daten nach § 21 Krankenhausentgeltgesetz, in *Klauber/Geraedts/Friedrich* (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2011, Stuttgart 2011, S. 349-378

## 8.3 Richtlinien der Verbreitung

Ein Veröffentlichungskalender liegt nicht vor.

# 9 Sonstige fachstatistische Hinweise

Liegen nicht vor.