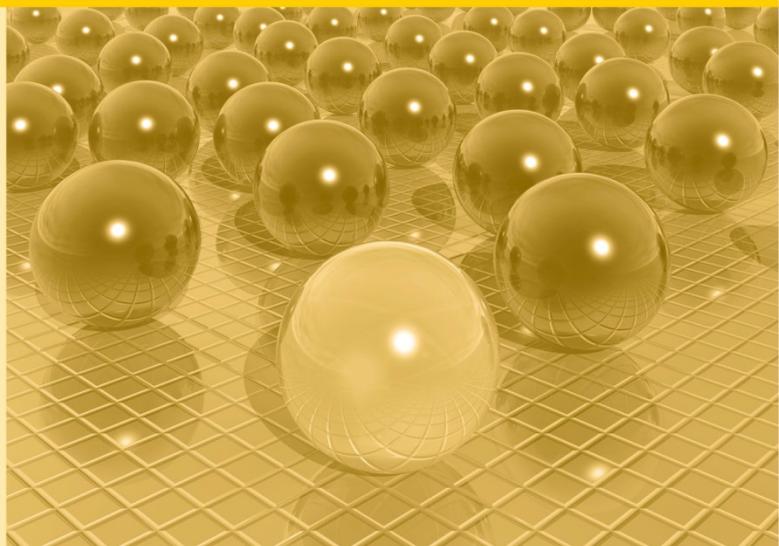


# Metadatenreport



Teil II: Produktspezifische Informationen zur Nutzung der *DRG-Statistik 2012 für die On-Site-Nutzung*

DOI: 10.21242/23141.2012.00.00.1.1.0 (KDFV)  
10.21242/23141.2012.00.00.2.1.0 (GWAP)

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](http://www.forschungsdatenzentrum.de)  
E-Mail: [forschungsdatenzentrum@it.nrw.de](mailto:forschungsdatenzentrum@it.nrw.de)

### Fachliche Informationen

zu dieser Veröffentlichung:

Statistisches Bundesamt  
Forschungsdatenzentrum

Tel.: 0611 75-2420  
Fax: 0611 75-3915  
[forschungsdatenzentrum@destatis.de](mailto:forschungsdatenzentrum@destatis.de)

### Informationen zum Datenangebot:

Statistisches Bundesamt  
Forschungsdatenzentrum

Tel.: 0611 75-2420  
Fax: 0611 75-3915  
[forschungsdatenzentrum@destatis.de](mailto:forschungsdatenzentrum@destatis.de)

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

Erscheinungsfolge: unregelmäßig  
Erschienen im März 2021

Diese Publikation wird kostenlos als PDF-Datei zum Download unter [www.forschungsdatenzentrum.de](http://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 2012 für die On-Site-Nutzung (EVAS-Nummer: 23141). Version 4. DOI: 10.21242/23141.2012.00.00.1.1.0 (KDFV), 10.21242/23141.2012.00.00.2.1.0 (GWAP). Wiesbaden 2021.

# Metadatenreport

---

Teil II: Produktspezifische Informationen zur Nutzung der *DRG-Statistik 2012 für die On-Site-Nutzung*

DOI: 10.21242/23141.2012.00.00.1.1.0 (KDFV)  
10.21242/23141.2012.00.00.2.1.0 (GWAP)

Version 4



## Inhalt

<b>1</b>	<b>Datenaufbereitung in den FDZ.....</b>	<b>4</b>
1.1	Datenaufbereitung .....	4
1.2	Anonymisierungsmaßnahmen.....	4
1.3	Methodik der Verknüpfung.....	4
<b>2</b>	<b>Produkt.....</b>	<b>5</b>
2.1	Merkmale und Merkmalsbeschreibung.....	5
2.2	Vergleichbarkeit der Merkmale über die Zeit.....	22
2.3	Eckwerte relevanter Merkmale und Merkmalskombinationen .....	23
2.4	Auswertbare regionale Ebene.....	30
<b>3</b>	<b>Praktische Hinweise.....</b>	<b>30</b>
3.1	Hinweise zur Geheimhaltung .....	30
3.1.1	Gesetzliche Grundlagen der statistischen Geheimhaltung .....	30
3.1.2	Geheimhaltung von Ergebnissen .....	31
3.1.3	Praktische Tipps zur Vermeidung von Geheimhaltungsfällen ...	32
3.2	FAQ.....	33
3.3	Verfügbare Tools.....	33

# **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		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		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		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		Auswertungen auf dieser regionalen Ebene aus Geheimhaltungsgründen nicht möglich.
kh_typ_gem3	Regionstyp des Krankenhauses	a	2	01 = Städtische Region 02 = Region mit Verstärkeransätzen 03 = Ländliche Region		Erläuterung unter <a href="http://www.bbsr.bund.de">www.bbsr.bund.de</a>
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 un = unbekannt		klassifiziert nach dem AGS zum 31.12. des Berichtsjahres.
pat_rb	Regierungsbezirk der Patientin/des Patienten	a	1	0 – 9 a = Ausland u = unbekannt		klassifiziert nach dem AGS zum 31.12. des Berichtsjahres.
pat_kreis	Kreis der Patientin/des Patienten	a	2	00 – 93 au = Ausland un = unbekannt		klassifiziert nach dem AGS zum 31.12. des Berichtsjahres.
pat_gem	Gemeinde der Patientin/des Patienten	a	3	0 – 999 aus = Ausland 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 unbuu = unbekannt		klassifiziert nach dem AGS zum 31.12. des Berichtsjahres.
pat_typ_gem3	Regionstyp der Patientin/des Patienten	a	2	01 = Städtische Region 02 = Region mit Verstädterungsansätzen 03 = Ländliche Region	Ja	Erläuterung unter <a href="http://www.bbsr.bund.de">www.bbsr.bund.de</a>
sex	Geschlecht	a	1	m = männlich w = weiblich u = unbekannt		
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	Aufnahmeanlass	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 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 Aufnahmeanlass ‚G‘ anzugeben. Wird das Neugeborene nicht gemeinsam mit der Mutter entlassen oder verlegt, sind bei dem Neugeborenen der Aufnahmegrund ‚01‘ und der Aufnahmeanlass ‚G‘ anzugeben.
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	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. Lebensjahres, bei Neugeborenen zählt das Geburtsgewicht.
beatm	Beatmungszeit in Stunden	n	8		Ja	
entl_grd	Entlassungsgrund	n	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 = Behandlung regulär beendet</li> <li>2 = Behandlung regulär beendet, nächste Behandlung vorgesehen</li> <li>3 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet</li> <li>4 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet</li> <li>5 = Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers (bei tagesbezogenen Entgelten)</li> <li>6 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus</li> <li>7 = Tod</li> <li>8 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Kooperation</li> <li>9 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung</li> <li>10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung</li> <li>11 = Entlassung in ein Hospiz</li> <li>13 = externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung</li> <li>14 = Behandlung aus sonst. Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen</li> <li>15 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen</li> <li>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</li> <li>22 = Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll- und teilstationärer Behandlung</li> <li>23 = Beginn eines externen Aufenthalts mit Abwesenheit über Mitternacht (BpflV-Bereich, für verlegende Fachabteilung)</li> <li>24 = Beendigung eines externen Aufenthalts mit Abwesenheit über Mitternacht (BpflV-Bereich, für Pseudo-Fachabteilung 0003)</li> <li>25 = Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung, §4 PEPPV 2013)</li> </ul>		Die Angabe „13“ bezieht sich auf eine Untermenge 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	Belegopérateur/in	a	1	J = Ja, Beteiligung / Durchführung Belegopérateur/in N = Nein, keine Beteiligung / Durchführung Belegopérateur/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"> <li>- 0436</li> <li>- 1136</li> <li>- 1536</li> <li>- 2036</li> <li>- 2050</li> <li>- 2136</li> <li>- 2150</li> <li>- 36xx</li> </ul> <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. BPfIV 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 BPfIV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)  2150 = Schwerpunkt Thoraxchirurgie Intensivmedizin</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- 0001: Pseudo-Fachabteilung für den Aufenthalt bei Rückverlegung</li> <li>- 0002: Pseudo-Fachabteilung für den externen Aufenthalt bei Wiederaufnahme.</li> <li>- 0003: Pseudo-Fachabteilung für den externen Aufenthalt mit Abwesenheit über Mitternacht im BPfIVBereich (Hinweis: „0003“ wird als Fachabteilungsschlüssel bei einem externen Aufenthalt mit Abwesenheit über Mitternacht für Versicherte in Krankenhäusern, die gemäß BPfIV vergütet werden angewendet (unabhängig von der Anwendung des neuen Vergütungssystems nach § 17d KHG)).</li> </ul>
--	--	--	---	--	---

			<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 Zusatzen- 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 Zusatzen- 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 Zusatzen- 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		

cm	Case Mix (CM)	n	8		Der Case Mix ergibt sich aus der Addition der effektiven Bewertungsrelationen aller behandelten Krankenhausfälle im jeweiligen Berichtsjahr. In die Berechnung ist die effektive Bewertungsrelation der DRG-Fallpauschale des Behandlungsfalls einbezogen. Berücksichtigt werden dabei tagesbezogene Abschläge bei Unterschreitung der unteren Grenzverweildauer und Zuschläge bei Überschreitung der oberen Grenzverweildauer sowie Verlegungen nach den Regelungen der Fallpauschalenverordnung. Zusatzentgelte sowie nicht mit dem Fallpauschalenkatalog bewertete und vergütete vollstationäre Leistungen sind in der Berechnung nicht eingeschlossen.
cm_n	Gültige Fälle (Zählvariable für den Case Mix)	n	8		Zählvariable, die den Wert 1 annimmt, wenn cm und cm_vol gültige Werte aufweisen.
cm_vol	Case Mix Erlösvolumen in EURO	n	8		Das bewertete Erlösvolumen wird ermittelt aus dem Produkt der effektiven Bewertungsrelation und dem jeweiligen Landesbasisfallwert (mit Angleichungsbetrag) der behandelten Krankenhausfälle. Zusatzentgelte und nicht mit dem Fallpauschalenkatalog vergütete vollstationäre Leistungen sind in der Berechnung nicht eingeschlossen.

## **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 2012 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 2012 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	590.452	3,28
Hamburg	348.045	1,94
Niedersachsen	1.688.435	9,39
Bremen	133.537	0,74
Nordrhein-Westfalen	4.196.971	23,35
Hessen	1.304.007	7,25
Rheinland-Pfalz	926.943	5,16
Baden-Württemberg	1.964.070	10,93
Bayern	2.707.878	15,06
Saarland	248.885	1,38
Berlin	665.507	3,7
Brandenburg	609.243	3,39
Mecklenburg-Vorpommern	390.013	2,17
Sachsen	948.681	5,28
Sachsen-Anhalt	601.664	3,35
Thüringen	565.008	3,14
Unbekannt	87.108	0,48
<b>Summe</b>	<b>17.976.447</b>	<b>100</b>

Bundesland des Krankenhaus	Häufigkeit	Prozent
Schleswig-Holstein	552.781	3,08
Hamburg	448.084	2,49
Niedersachsen	1.591.227	8,85
Bremen	196.132	1,09
Nordrhein-Westfalen	4.223.440	23,49
Hessen	1.270.245	7,07
Rheinland-Pfalz	880.113	4,9
Baden-Württemberg	2.023.498	11,26
Bayern	2.761.506	15,36
Saarland	258.610	1,44
Berlin	753.044	4,19
Brandenburg	524.447	2,92
Mecklenburg-Vorpommern	391.968	2,18
Sachsen	966.456	5,38
Sachsen-Anhalt	574.995	3,20
Thüringen	559.901	3,11
<b>Summe</b>	<b>17.976.447</b>	<b>100</b>

Geschlecht der Patientinnen und Patienten	Häufigkeit	Prozent
Männlich	8.444.303	46,97
Weiblich	9.530.699	53,02
Unbekannt	1.445	0,01
<b>Summe</b>	<b>17.976.447</b>	<b>100</b>

<b>Alter der Patientinnen und Patienten</b>	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>
0 bis 9 Jahre	1.446.781	8,05
10-19 Jahre	724.552	4,03
20-29 Jahre	1.230.740	6,85
30-39 Jahre	1.308.377	7,28
40-49 Jahre	1.670.922	9,30
50-59 Jahre	2.281.167	12,69
60-69 Jahre	2.608.205	14,51
70 und älter	6.705.694	37,3
Unbekannt	9	0,00
<b>Summe</b>	<b>17.976.447</b>	<b>100</b>

Hauptdiagnosen nach ICD-10-GM	Häufigkeit	Prozent
I. Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00 – B99)	565.803	3,15
II. Neubildungen (C00 – D48)	1.824.920	10,15
III. Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems (D50 – D90)	130.860	0,73
IV. Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00 – E90)	493.876	2,75
V. Psychische und Verhaltensstörungen (F00 – F99)	302.988	1,69
VI. Krankheiten des Nervensystems (G00 – G99)	721.109	4,01
VII. Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilden (H00 – H59)	334.555	1,86
VIII. Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes (H60 – H95)	151.480	0,84
IX. Krankheiten des Kreislaufsystems (I00 – I99)	2.846.284	15,83
X. Krankheiten des Atmungssystems (J00 – J99)	1.167.165	6,49
XI. Krankheiten des Verdauungssystems (K00 – K93)	1.845.386	10,27
XII. Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00 – L99)	274.700	1,53

<b>XIII. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00 – M99)</b>	1.719.126	9,56
<b>XIV. Krankheiten des Urogenitalsystems (N00 – N99)</b>	1.014.640	5,64
<b>XV. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00 – O99)</b>	929.305	5,17
<b>XVI. Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben (P00 – P96)</b>	181.047	1,01
<b>XVII. Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien (Q00 – Q99)</b>	101.370	0,56
<b>XVIII. Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind (R00 – R99)</b>	891.933	4,96
<b>XIX. Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (S00 – T98)</b>	1.877.857	10,45
<b>XX. – XXII. Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen; Schlüsselnummern für besondere Zwecke (U00 – Z99)</b>	602.043	3,35
<b>Summe</b>	17.976.447	100

Hauptdiagnosen nach ICD-10-GM nach Geschlecht	Häufigkeiten			
	Männlich	Weiblich	Unbekannt	Summe
I. Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00 – B99)	274.051	291.668	84	565.803
II. Neubildungen (C00 – D48)	919.272	905.490	158	1.824.920
III. Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems (D50 – D90)	55.367	75.484	9	130.860
IV. Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00 – E90)	209.395	284.436	45	493.876
V. Psychische und Verhaltensstörungen (F00 – F99)	170.575	132.382	31	302.988
VI. Krankheiten des Nervensystems (G00 – G99)	378.941	342.116	52	721.109
VII. Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilden (H00 – H59)	150.739	183.797	19	334.555
VIII. Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes (H60 – H95)	70.202	81.264	14	151.480
IX. Krankheiten des Kreislaufsystems (I00 – I99)	1.515.359	1.330.695	230	2.846.284
X. Krankheiten des Atmungssystems (J00 – J99)	640.118	526.914	133	1.167.165

<b>XI. Krankheiten des Verdauungssystems (K00 – K93)</b>	940.043	905.198	145	1.845.386
<b>XII. Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00 – L99)</b>	147.610	127.064	26	274.700
<b>XIII. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00 – M99)</b>	740.023	978.969	134	1.719.126
<b>XIV. Krankheiten des Urogenitalsystems (N00 – N99)</b>	454.578	560.026	36	1.014.640
<b>XV. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00 – O99)</b>	0	929.305	0	929.305
<b>XVI. Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben (P00 – P96)</b>	98.915	82.104	28	181.047
<b>XVII. Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien (Q00 – Q99)</b>	56.191	45.170	9	101.370
<b>XVIII. Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind (R00 – R99)</b>	412.383	479.480	70	891.933
<b>XIX. Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (S00 – T98)</b>	906.600	971.109	148	1.877.857
<b>XX. – XXII. Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen; Schlüsselnummern für besondere Zwecke (U00 – Z99)</b>	303.941	298.028	74	602.043
<b>Summe</b>	8.444.303	9.530.699	1.445	17.976.447

## **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) und am Gastwissenschaftsarbeitsplatz (GWAP) 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](http://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 Sekundärsperre schnell viele „Löcher“ in den Auswertungen. Da eine einmal zur Sekundärsperre 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>

