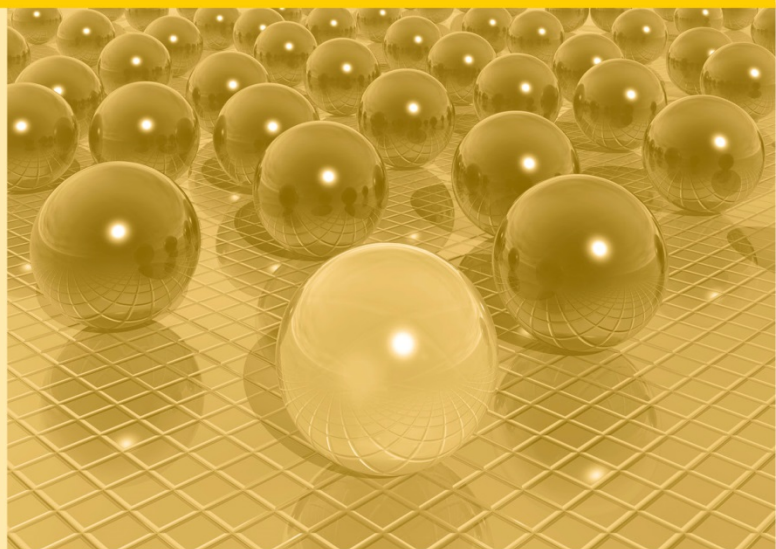


# Metadatenreport



Teil II: Produktspezifische Informationen zur Nutzung der *DRG-Statistik 2015 für die On-Site-Nutzung*

DOI: 10.21242/23141.2015.00.00.1.1.0 (KDFV)  
10.21242/23141.2015.00.00.2.1.0 (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 2015 für die On-Site-Nutzung (EVAS-Nummer: 23141). Version 4. DOI: 10.21242/23141.2015.00.00.1.1.0 (KDFV), 10.21242/23141.2015.00.00.2.1.0 (GWAP). Wiesbaden 2021.

# Metadatenreport

---

Teil II: Produktspezifische Informationen zur Nutzung der *DRG-Statistik 2015 für die On-Site-Nutzung*

DOI: 10.21242/23141.2015.00.00.1.1.0 (KDFV)  
10.21242/23141.2015.00.00.2.1.0 (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<br>02 = Hamburg<br>03 = Niedersachsen<br>04 = Bremen<br>05 = Nordrhein-Westfalen<br>06 = Hessen<br>07 = Rheinland-Pfalz<br>08 = Baden-Württemberg<br>09 = Bayern<br>10 = Saarland<br>11 = Berlin<br>12 = Brandenburg<br>13 = Mecklenburg-Vorpommern<br>14 = Sachsen<br>15 = Sachsen-Anhalt<br>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.<br>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<br>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<br>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_gem3 | Regionstyp des Krankenhauses                 | a | 2 | 01 = Städtische Region<br>02 = Region mit Verstärkeransätzen<br>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<br>02 = Hamburg<br>03 = Niedersachsen<br>04 = Bremen<br>05 = Nordrhein-Westfalen<br>06 = Hessen<br>07 = Rheinland-Pfalz<br>08 = Baden-Württemberg<br>09 = Bayern<br>10 = Saarland<br>11 = Berlin<br>12 = Brandenburg<br>13 = Mecklenburg-Vorpommern<br>14 = Sachsen<br>15 = Sachsen-Anhalt<br>16 = Thüringen<br>au = Ausland<br>un = unbekannt |    | klassifiziert nach dem AGS zum 31.12. des Berichtsjahres.   |
| pat_rb      | Regierungsbezirk der Patientin/des Patienten | a | 1 | 0 – 9<br>a = Ausland<br>u = unbekannt  |    | klassifiziert nach dem AGS zum 31.12. des Berichtsjahres.   |



|              |  |   |   |  |    |   |
|--------------|--|---|---|--|----|---|
| pat_kreis    | Kreis der Patientin/des Patienten                        | a | 2 | 00 – 93<br>au = Ausland<br>un = unbekannt  |    | klassifiziert nach dem AGS zum 31.12. des Berichtsjahres.   |
| pat_gem      | Gemeinde der Patientin/des Patienten                     | a | 3 | 0 – 999<br>aus = Ausland<br>unb = unbekannt  |    | klassifiziert nach dem AGS zum 31.12. des Berichtsjahres.<br>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<br>ausaa = Ausland<br>unbuu = unbekannt  |    | klassifiziert nach dem AGS zum 31.12. des Berichtsjahres.   |
| pat_typ_gem3 | Regionstyp der Patientin/des Patienten                   | a | 2 | 01 = Städtische Region<br>02 = Region mit Verstärkeransätzen<br>03 = Ländliche Region  | Ja | Erläuterung unter <a href="http://www.bbsr.bund.de">www.bbsr.bund.de</a>  |
| sex          | Geschlecht   | a | 1 | m = männlich<br>w = weiblich<br>u = unbekannt  |    |   |
| alter        | Alter in Jahren  | n | 8 | 999 = unbekannt  | Ja |   |
| typ_alter    | Alter gruppiert  | n | 3 | 1 = 0 Jahre<br>2 = 1 bis 4 Jahre<br>3 = 5 bis 9 Jahre<br>4 = 10 bis 14 Jahre<br>5 = 15 bis 19 Jahre<br>6 = 20 bis 24 Jahre<br>7 = 25 bis 29 Jahre<br>8 = 30 bis 34 Jahre<br>9 = 35 bis 39 Jahre<br>10 = 40 bis 44 Jahre<br>11 = 45 bis 49 Jahre<br>12 = 50 bis 54 Jahre<br>13 = 55 bis 59 Jahre<br>14 = 60 bis 64 Jahre<br>15 = 65 bis 69 Jahre<br>16 = 70 bis 74 Jahre<br>17 = 75 bis 79 Jahre<br>18 = 80 bis 84 Jahre<br>19 = 85 bis 89 Jahre<br>20 = 90 bis 94 Jahre<br>21 = 95 bis 110 Jahre<br>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<br>1 = 1 Monat<br>2 = 2 Monat<br>3 = 3 Monat<br>4 = 4 Monat<br>5 = 5 Monat<br>6 = 6 Monat<br>7 = 7 Monat<br>8 = 8 Monat<br>9 = 9 Monat<br>10 = 10 Monat<br>11 = 11 Monat<br>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<br>2 = Nein   | Ja |  |
| aufn_anl   | Aufnahmeanlass   | a | 1 | E = Einweisung durch eine Ärztin/einen Arzt<br>Z = Einweisung durch eine Zahnärztin/einen Zahnarzt<br>N = Notfall<br>R = Aufnahme nach vorausgehender Behandlung in einer Rehabilitationseinrichtung<br>V = Verlegung mit Behandlungsdauer im verlegenden Krankenhaus länger als 24 Stunden<br>A = Verlegung mit Behandlungsdauer im verlegenden Krankenhaus bis zu 24 Stunden (für Aufnahmen ab dem 1.1.2007)<br>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 | <ul style="list-style-type: none"> <li>1 = Krankenhausbehandlung, vollstationär</li> <li>2 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung</li> <li>5 = stationäre Entbindung</li> <li>6 = Geburt</li> <li>7 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003</li> <li>8 = stationäre Aufnahme zur Organentnahme</li> </ul>   | Ja |  |
| aufn_gew | Aufnahmegewicht in Gramm<br>(nur für unter 1-Jährige) | n | 8 | . = 1 Jahr und älter  | Ja | 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<br>Hauptdiagnose | a | 3 |   |    | Diagnoseschlüssel in der<br>gültigen ICD-10GM-Version<br>analog zur § 301-Vereinbar-<br>ung.   |
| icd_hd4            | ICD-Code 4Steller<br>Hauptdiagnose | a | 4 |   |    | Diagnoseschlüssel in der<br>gültigen ICD-10GM-Version<br>analog zur § 301-Vereinbar-<br>ung.   |
| icd_hd             | ICD-Code Hauptdiagnose<br>5Steller | a | 5 |   |    | Diagnoseschlüssel in der<br>gültigen ICD-10GM-Version<br>analog zur § 301-Vereinbar-<br>ung.   |
| icd_nd1 - icd_nd89 | ICD-Code Nebendiagnose             | a | 5 |   | Ja | Diagnoseschlüssel in der<br>gültigen ICD-10GM-Version<br>analog zur § 301-Vereinbar-<br>ung.   |
| dia_art1-dia_art90 | Diagnoseart                        | a | 5 | HD = Hauptdiagnose<br>ND = Nebendiagnose<br>SD = Sekundärdiagnose<br>UN = unbekannt | Ja | Diese Zusatzangabe zu den<br>ICD-Diagnosevariablen liegt<br>nicht plausibilisiert vor.<br>Daher enthält diese Angabe<br>nur bei den ICD-Codes, die<br>nicht nachträglich im Plausi-<br>bilisierungsprozess geändert<br>wurden, gültige Werte. Bei<br>ICD-Codes, die nachplausi-<br>bilisiert wurden, ist in dieser<br>entsprechenden Zusatzen-<br>gabe „UN“ enthalten.<br>Die Variable dia_art1 bezieht<br>sich auf die Hauptdiagnose.<br>Die Variablen dia_art2 bis<br>dia_art90 beziehen sich auf<br>die Nebendiagnosen 1 bis 89 |

|                  |  |   |   |  |    |   |
|------------------|--|---|---|--|----|---|
| icd_ve1-icd_ve90 | ICD-Version  | n | 4 | vierstellige Berichtsjahrangabe (JJJJ)<br>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<br>(Zusatzinformation zum Diagnoseschlüssel)                                    | a | 1 | R = rechts<br>L = links<br>B = beidseitig<br>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<br>O = operative Fallpauschale<br>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<br>2 = Nein  |    |  |
| z_bel_oper                | Anzahl Beteiligung/<br>Durchführung<br>Belegoperateurin/innen,<br>Belegoperateur/e       | n | 8 |   | Ja |  |
| z_bel_an                  | Anzahl Beteiligung/<br>Durchführung<br>Belegansästhesistin/innen,<br>Beleganästhesist/en | n | 8 |   | Ja |  |
| z_bel_heb                 | Anzahl Beteiligung/<br>Durchführung<br>Beleghebamme/n                                    | n | 8 |   | Ja |  |
| bel_oper1-<br>bel_oper101 | Belegoperateur/in  | a | 1 | J = Ja, Beteiligung / Durchführung Belegoperateur/in<br>N = Nein, keine Beteiligung / Durchführung Belegoperateur/in<br>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<br>N = Nein, keine Beteiligung / Durchführung Belegansästhesist/in<br>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-<br>bel_heb101   | Beleghebamme | a | 1 | J = Ja, Beteiligung / Durchführung Beleghebamme<br>N = Nein, keine Beteiligung / Durchführung Beleghebamme<br>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-<br>ops_ve101     | OPS-Version  | n | 4 | vierstellige Berichtsjahrangabe<br>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-<br>dat_ops101   | OPS-Datum    | a | 8 | Datumsangabe im Format JJJJMMTT<br>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-<br>zeit_ops101 | OPS-Uhrzeit  | a | 4 | Uhrzeitangabe im Format hhmm<br>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<br>(Zusatzinformation zum<br>Prozedurenschlüssel) | a | 1 | R = rechts<br>L = links<br>B = beidseitig<br>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 | 01 = Innere Medizin<br>0102 = Schwerpunkt Geriatrie<br>0103 = Schwerpunkt Kardiologie<br>0104 = Schwerpunkt Nephrologie<br>0105 = Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie<br>0106 = Schwerpunkt Endokrinologie<br>0107 = Schwerpunkt Gastroenterologie<br>0108 = Schwerpunkt Pneumologie<br>0109 = Schwerpunkt Rheumatologie<br>0114 = Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde<br>0150 = Tumorforschung<br>0151 = Schwerpunkt Coloproktologie<br>0152 = Schwerpunkt Infektionskrankheiten<br>0153 = Schwerpunkt Diabetes<br>0154 = Schwerpunkt Naturheilkunde<br>0156 = Schwerpunkt Schlaganfallpatienten (Stroke units, Artikel 7 § 1 Abs. 3 GKV-SolG)<br><br>02 = Geriatrie<br>0224 = Schwerpunkt Frauenheilkunde<br>0260 = Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)<br>0261 = Nachtambulanz (für teilstationäre Pflegesätze)<br><br>03 = Kardiologie<br><br>04 = Nephrologie<br>0410 = Schwerpunkt Pädiatrie<br>0436 = Intensivmedizin<br><br>05 = Hämatologie und internistische Onkologie<br>0510 = Schwerpunkt Pädiatrie<br>0524 = Schwerpunkt Frauenheilkunde<br>0533 = Schwerpunkt Strahlenheilkunde<br><br>06 = Endokrinologie<br>0607 = Schwerpunkt Gastroenterologie<br>0610 = Schwerpunkt Gastroenterologie<br><br>07 = Gastroenterologie<br>0706 = Schwerpunkt Endokrinologie | ja | 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.<br><br>Fachabteilungsschlüssel, bei denen nach BPfIV 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:<br>- 0436<br>- 1136 |



|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  | <p>0710 = Schwerpunkt Pädiatrie</p> <p>08 = Pneumologie</p> <p>09 = Rheumatologie</p> <p>0910 = Schwerpunkt Pädiatrie</p> <p>10 = Pädiatrie</p> <p>1004 = Schwerpunkt Nephrologie</p> <p>1005 = Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie</p> <p>1006 = Schwerpunkt Endokrinologie</p> <p>1007 = Schwerpunkt Gastroenterologie</p> <p>1009 = Schwerpunkt Rheumatologie</p> <p>1011 = Schwerpunkt Kinderkardiologie</p> <p>1012 = Schwerpunkt Neonatologie</p> <p>1014 = Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde</p> <p>1028 = Schwerpunkt Kinderneurologie</p> <p>1050 = Schwerpunkt Perinatalmedizin</p> <p>1051 = Langzeitbereich Kinder</p> <p>11 = Kinderkardiologie</p> <p>1136 = Schwerpunkt Intensivmedizin</p> <p>12 = Neonatologie</p> <p>13 = Kinderchirurgie</p> <p>14 = Lungen- und Bronchialheilkunde</p> <p>1410 = Schwerpunkt Pädiatrie</p> <p>15 = Allgemeine Chirurgie</p> <p>1513 = Schwerpunkt Kinderchirurgie</p> <p>1516 = Schwerpunkt Unfallchirurgie</p> <p>1518 = Schwerpunkt Gefäßchirurgie</p> <p>1519 = Schwerpunkt Plastische Chirurgie</p> <p>1520 = Schwerpunkt Thoraxchirurgie</p> <p>1523 = Schwerpunkt Orthopädie</p> <p>1536 = Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3, 2. Halbs. BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)</p> <p>1550 = Schwerpunkt Abdominal- und Gefäßchirurgie</p> <p>1551 = Schwerpunkt Handchirurgie</p> <p>16 = Unfallchirurgie</p> <p>17 = Neurochirurgie</p> <p>18 = Gefäßchirurgie</p> <p>19 = Plastische Chirurgie</p> <p>20 = Thoraxchirurgie</p> <p>2021 = Schwerpunkt Herzchirurgie</p> <p>2036 = Intensivmedizin</p> <p>2050 = Schwerpunkt Herzchirurgie Intensivmedizin</p> | <ul style="list-style-type: none"> <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> <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 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)).</li> </ul> |
|--|--|--|--|--|

|  |  |  |   |  |  |
|--|--|--|---|--|--|
|  |  |  | <p>21 = Herzchirurgie<br/> 2118 = Schwerpunkt Gefäßchirurgie<br/> 2120 = Schwerpunkt Thoraxchirurgie<br/> 2136 = Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3 2. Halbsatz BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)<br/> 2150 = Schwerpunkt Thoraxchirurgie Intensivmedizin</p> <p>22 = Urologie</p> <p>23 = Orthopädie<br/> 2309 = Schwerpunkt Rheumatologie<br/> 2315 = Schwerpunkt Chirurgie<br/> 2316 = Orthopädie und Unfallchirurgie</p> <p>24 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe<br/> 2402 = Schwerpunkt Geriatrie<br/> 2405 = Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie<br/> 2406 = Schwerpunkt Endokrinologie<br/> 2425 = Frauenheilkunde</p> <p>25 = Geburtshilfe</p> <p>26 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde</p> <p>27 = Augenheilkunde</p> <p>28 = Neurologie<br/> 2810 = Schwerpunkt Pädiatrie<br/> 2856 = Schwerpunkt Schlaganfallpatienten/-patientinnen (Stroke units, Artikel 7 § 1 Abs. 3 GKV-SolG)</p> <p>29 = Allgemeine Psychiatrie<br/> 2928 = Schwerpunkt Neurologie<br/> 2930 = Schwerpunkt Kinder- und Jugendpsychiatrie<br/> 2931 = Schwerpunkt Psychosomatik/Psychotherapie<br/> 2950 = Schwerpunkt Suchtbehandlung<br/> 2951 = Schwerpunkt Gerontopsychiatrie<br/> 2952 = Schwerpunkt Forensische Behandlung<br/> 2953 = Schwerpunkt Suchtbehandlung, Tagesklinik<br/> 2954 = Schwerpunkt Suchtbehandlung, Nachtambulanz<br/> 2955 = Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Tagesklinik<br/> 2956 = Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Nachtambulanz<br/> 2960 = Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)<br/> 2961 = Nachtambulanz (für teilstationäre Pflegesätze)</p> <p>30 = Kinder- und Jugendpsychiatrie<br/> 3060 = Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)<br/> 3061 = Nachtambulanz (für teilstationäre Pflegesätze)</p> <p>31 = Psychosomatik/Psychotherapie<br/> 3110 = Schwerpunkt Kinder- und Jugendpsychosomatik<br/> 3160 = Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)<br/> 3161 = Nachtambulanz (für teilstationäre Pflegesätze)</p> |  |  |
|--|--|--|---|--|--|

|                          |   |   |   |   |  |  |
|--------------------------|---|---|---|---|--|--|
|                          |   |   |   | <p>32 = Nuklearmedizin<br/>3233 = Schwerpunkt Strahlenheilkunde</p> <p>33 = Strahlenheilkunde<br/>3305 = Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie<br/>3350 = Schwerpunkt Radiologie</p> <p>34 = Dermatologie<br/>3460 = Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)</p> <p>35 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie</p> <p>36 = Intensivmedizin<br/>3601 = Schwerpunkt Innere Medizin<br/>3603 = Schwerpunkt Kardiologie<br/>3610 = Schwerpunkt Pädiatrie<br/>3617 = Schwerpunkt Neurochirurgie<br/>3618 = Schwerpunkt Chirurgie<br/>3621 = Herzchirurgie<br/>3622 = Schwerpunkt Urologie<br/>3624 = Schwerpunkt Frauenheilkunde und Geburtshilfe<br/>3626 = Schwerpunkt Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde<br/>3628 = Schwerpunkt Neurologie<br/>3650 = Schwerpunkt Chirurgie<br/>3651 = Thorax-Herzchirurgie<br/>3652 = Herz-Thoraxchirurgie</p> <p>37 = Sonstige Fachabteilung<br/>3750 = Angiologie<br/>3751 = Radiologie<br/>3752 = Palliativmedizin<br/>3753 = Schmerztherapie<br/>3754 = Heiltherapeutische Abteilung<br/>3755 = Wirbelsäulenchirurgie<br/>3756 = Suchtmedizin<br/>3757 = Visceralchirurgie</p> |  |  |
| fab_max                  | Fachabteilung mit längster Verweildauer | a | 8 | siehe fab1 – fab100   |  |  |
| tage_fa1 -<br>tage_fa100 | Verweildauer<br>Fachabteilung           | n | 8 |   |  |  |
| tage_max                 | Längste Verweildauer                    | n | 8 |   |  | Bei mehreren Fachabteilungen: Tatsächlich verbrachte Tage in der fab_max |

|                                   |   |   |   |   |   |
|-----------------------------------|---|---|---|---|---|
| dat_aufn_fa1-<br>dat_aufn_fa100   | Datum der Aufnahme in die Fachabteilung   | a | 8 | Datumsangabe im Format JJJJMMTT<br>99999999 = unbekannt | Diese Zusatzangabe zu den FAB-Codes liegt nicht plausibilisiert vor. Daher enthält diese Angabe nur bei den FAB-Codes, die nicht nachträglich im Plausibilisierungsprozess geändert wurden, gültige Werte. Bei FAB-Codes, die nachplausibilisiert wurden, ist in dieser entsprechenden Zusatzangabe ein „99999999“ enthalten. |
| zeit_aufn_fa1-<br>zeit_aufn_fa100 | Uhrzeit der Aufnahme in die Fachabteilung | a | 8 | Uhrzeitangabe im Format hhmm                            | Diese Zusatzangabe zu den FAB-Codes liegt nicht plausibilisiert vor. Daher enthält diese Angabe nur bei den FAB-Codes, die nicht nachträglich im Plausibilisierungsprozess geändert wurden, gültige Werte. Bei FAB-Codes, die nachplausibilisiert wurden, ist in dieser entsprechenden Zusatzangabe ein „9999“ enthalten.     |
| dat_entl_fa1-<br>dat_entl_fa100   | Datum der Verlegung aus der Fachabteilung | a | 8 | Datumsangabe im Format JJJJMMTT                         | Diese Zusatzangabe zu den FAB-Codes liegt nicht plausibilisiert vor. Daher enthält diese Angabe nur bei den FAB-Codes, die nicht nachträglich im Plausibilisierungsprozess geändert wurden, gültige Werte. Bei FAB-Codes, die nachplausibilisiert wurden, ist in dieser entsprechenden Zusatzangabe ein „99999999“ enthalten. |

|                                   |  |   |   |  |  |   |
|-----------------------------------|--|---|---|--|--|---|
| zeit_entl_fa1-<br>zeit_entl_fa100 | Uhrzeit der Verlegung aus<br>der Fachabteilung | a | 8 | Uhrzeitangabe im Format hhmm   |  | Diese Zusatzangabe zu den<br>FAB-Codes liegt nicht plausi-<br>bilisiert vor. Daher enthält<br>diese Angabe nur bei den<br>FAB-Codes, die nicht nach-<br>träglich im Plausibilisierungs-<br>prozess geändert wurden,<br>gültige Werte. Bei FAB-<br>Codes, die nachplausi-<br>bilisiert wurden, ist in dieser<br>entsprechenden Zusatzan-<br>gabe ein „9999“ enthalten. |
| typ_abt                           | Abteilungstyp                                  | n | 3 | 1 = nur Hauptabteilung<br>2 = nur Belegabteilung<br>3 = nur besondere Einrichtung<br>4 = mehrere verschiedene Belegungen |  |   |
| abt_art1 -<br>abt_art100          | Abteilungsart                                  | a | 8 | HA = Hauptabteilung<br>BA = Belegabteilung<br>BE = Besondere Einrichtungen   |  |   |
| ik                                | Institutionskennzeichen<br>(systemfrei)        | a | 9 |  |  |   |
| fall_nr                           | Anonymisierte Fallnummer<br>(systemfrei)       | n | 8 |  |  |   |
| entl_ort                          | Entlassender Standort<br>(systemfrei)          | n | 3 |  |  | Die Aufschlüsselung ist nur<br>erforderlich, wenn ein Kran-<br>kenhaus über mehrere<br>Standorte verfügt und unter<br>einem einheitlichen Institu-<br>tionskennzeichen abrechnet.<br>Andernfalls steht in den Da-<br>ten eine Null.   |
| auf_monat                         | Monat der Aufnahme in<br>das Krankenhaus       | n | 3 | zweistellige Monatsangabe  |  |   |
| aufn_jahr                         | Jahr der Aufnahme in das<br>Krankenhaus        | n | 4 | vierstellige Jahresangabe  |  |   |
| dat_aufn                          | Datum der Aufnahme in<br>das Krankenhaus       | a | 8 | Datumsangabe im Format JJJJMMTT  |  |   |
| zeit_aufn                         | Uhrzeit der Aufnahme in<br>das Krankenhaus     | a | 4 | Uhrzeitangabe im Format hhmm   |  |   |
| dat_entl                          | Datum der Entlassung aus<br>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<br>02 = tage = 1<br>03 = tage = 2<br>04 = tage = 3<br>05 = tage = 4<br>06 = tage = 5<br>07 = tage = 6<br>08 = tage = 7<br>09 = tage <= 9<br>10 = tage <= 12<br>11 = tage <= 14<br>12 = tage <= 21<br>13 = tage <= 28<br>14 = tage <= 35<br>15 = tage <= 42<br>16 = tage <= 70<br>17 = tage <= 182<br>18 = tage <= 365<br>19 = tage <= 99999 |  |  |
| std_fall  | Stundenfall  | n | 3 | 1 = Ja<br>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 2015 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 2015 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                        | 616.133           | 3,30       |
| Hamburg                                   | 361.409           | 1,94       |
| Niedersachsen                             | 1.765.315         | 9,46       |
| Bremen                                    | 136.528           | 0,73       |
| Nordrhein-Westfalen                       | 4.387.890         | 23,51      |
| Hessen                                    | 1.351.911         | 7,24       |
| Rheinland-Pfalz                           | 963.012           | 5,16       |
| Baden-Württemberg                         | 2.044.042         | 10,95      |
| Bayern                                    | 2.818.550         | 15,10      |
| Saarland                                  | 258.690           | 1,39       |
| Berlin                                    | 708.959           | 3,80       |
| Brandenburg                               | 626.080           | 3,35       |
| Mecklenburg-Vorpommern                    | 395.103           | 2,12       |
| Sachsen                                   | 960.235           | 5,14       |
| Sachsen-Anhalt                            | 602.738           | 3,23       |
| Thüringen                                 | 574.068           | 3,08       |
| Unbekannt                                 | 94.575            | 0,51       |
| <b>Summe</b>                              | <b>18.665.238</b> | <b>100</b> |

| Bundesland des Krankenhaus | Häufigkeit        | Prozent    |
|----------------------------|-------------------|------------|
| Schleswig-Holstein         | 566.165           | 3,03       |
| Hamburg                    | 482.602           | 2,59       |
| Niedersachsen              | 1.657.088         | 8,88       |
| Bremen                     | 202.585           | 1,09       |
| Nordrhein-Westfalen        | 4.421.496         | 23,69      |
| Hessen                     | 1.319.201         | 7,07       |
| Rheinland-Pfalz            | 915.878           | 4,91       |
| Baden-Württemberg          | 2.096.623         | 11,23      |
| Bayern                     | 2.876.482         | 15,41      |
| Saarland                   | 269.826           | 1,45       |
| Berlin                     | 800.257           | 4,29       |
| Brandenburg                | 538.833           | 2,89       |
| Mecklenburg-Vorpommern     | 396.127           | 2,12       |
| Sachsen                    | 978.866           | 5,24       |
| Sachsen-Anhalt             | 574.091           | 3,08       |
| Thüringen                  | 569.118           | 3,05       |
| <b>Summe</b>               | <b>18.665.238</b> | <b>100</b> |

| Geschlecht der Patientinnen und Patienten | Häufigkeit        | Prozent    |
|---|-------------------|------------|
| Männlich                                  | 8.824.828         | 47,28      |
| Weiblich                                  | 9.840.125         | 52,72      |
| Unbekannt                                 | 285               | 0,00       |
| <b>Summe</b>                              | <b>18.665.238</b> | <b>100</b> |

| <b>Alter der Patientinnen und Patienten</b> | <b>Häufigkeit</b> | <b>Prozent</b> |
|---|-------------------|----------------|
| 0 bis 9 Jahre                               | 1.499.256         | 8,03           |
| 10-19 Jahre                                 | 720.853           | 3,86           |
| 20-29 Jahre                                 | 1.271.190         | 6,81           |
| 30-39 Jahre                                 | 1.434.001         | 7,68           |
| 40-49 Jahre                                 | 1.526.217         | 8,18           |
| 50-59 Jahre                                 | 2.425.743         | 13,00          |
| 60-69 Jahre                                 | 2.708.751         | 14,51          |
| 70 und älter                                | 7.079.151         | 37,93          |
| Unbekannt                                   | 76                | 0,00           |
| <b>Summe</b>                                | <b>18.665.238</b> | <b>100</b>     |

| Hauptdiagnosen nach ICD-10-GM   | Häufigkeit | Prozent |
|---|------------|---------|
| I. Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00 – B99)  | 620.291    | 3,32    |
| II. Neubildungen (C00 – D48)  | 1.821.625  | 9,76    |
| III. Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems (D50 – D90) | 134.895    | 0,72    |
| IV. Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00 – E90)  | 517.805    | 2,77    |
| V. Psychische und Verhaltensstörungen (F00 – F99)   | 300.802    | 1,61    |
| VI. Krankheiten des Nervensystems (G00 – G99)   | 751.897    | 4,03    |
| VII. Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilden (H00 – H59)   | 343.294    | 1,84    |
| VIII. Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes (H60 – H95)  | 156.044    | 0,84    |
| IX. Krankheiten des Kreislaufsystems (I00 – I99)  | 2.887.730  | 15,47   |
| X. Krankheiten des Atmungssystems (J00 – J99)   | 1.290.651  | 6,91    |
| XI. Krankheiten des Verdauungssystems (K00 – K93)   | 1.924.894  | 10,31   |
| XII. Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00 – L99)   | 291.552    | 1,56    |

|  |            |       |
|--|------------|-------|
| <b>XIII. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00 – M99)</b>   | 1.745.207  | 9,35  |
| <b>XIV. Krankheiten des Urogenitalsystems (N00 – N99)</b>  | 1.036.084  | 5,55  |
| <b>XV. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00 – O99)</b>  | 1.012.079  | 5,42  |
| <b>XVI. Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben (P00 – P96)</b>   | 193.329    | 1,04  |
| <b>XVII. Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien (Q00 – Q99)</b>   | 101.763    | 0,55  |
| <b>XVIII. Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind (R00 – R99)</b>  | 945.197    | 5,06  |
| <b>XIX. Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (S00 – T98)</b>  | 1.931.085  | 10,35 |
| <b>XX. – XXII. Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen; Schlüsselnummern für besondere Zwecke (U00 – Z99)</b> | 659.014    | 3,53  |
| <b>Summe</b>   | 18.665.238 | 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     |
| <b>I. Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00 – B99)</b>  | 139.615        | 73.561          | 92.379          | 314.736       | 620.291   |
| <b>II. Neubildungen (C00 – D48)</b>  | 40.263         | 90.375          | 482.454         | 1.208.533     | 1.821.625 |
| <b>III. Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems (D50 – D90)</b> | 11.409         | 9.350           | 21.245          | 92.891        | 134.895   |
| <b>IV. Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00 – E90)</b>  | 29.986         | 41.570          | 112.965         | 333.284       | 517.805   |
| <b>V. Psychische und Verhaltensstörungen (F00 – F99)</b>   | 53.416         | 71.697          | 94.906          | 80.783        | 300.802   |
| <b>VI. Krankheiten des Nervensystems (G00 – G99)</b>   | 64.615         | 97.091          | 206.475         | 383.716       | 751.897   |
| <b>VII. Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilden (H00 – H59)</b>   | 14.371         | 17.469          | 58.920          | 252.534       | 343.294   |
| <b>VIII. Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes (H60 – H95)</b>  | 19.174         | 21.559          | 48.698          | 66.613        | 156.044   |
| <b>IX. Krankheiten des Kreislaufsystems (I00 – I99)</b>  | 23.413         | 75.548          | 510.120         | 2.278.649     | 2.887.730 |
| <b>X. Krankheiten des Atmungssystems (J00 – J99)</b>   | 250.604        | 152.264         | 207.099         | 680.684       | 1.290.651 |

|  |           |           |           |           |            |
|--|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|
| <b>XI. Krankheiten des Verdauungssystems (K00 – K93)</b>   | 132.224   | 272.383   | 535.052   | 985.235   | 1.924.894  |
| <b>XII. Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00 – L99)</b>   | 41.183    | 67.397    | 75.182    | 107.790   | 291.552    |
| <b>XIII. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00 – M99)</b>   | 58.209    | 162.595   | 570.474   | 953.929   | 1.745.207  |
| <b>XIV. Krankheiten des Urogenitalsystems (N00 – N99)</b>  | 59.073    | 165.505   | 273.338   | 538.168   | 1.036.084  |
| <b>XV. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00 – O99)</b>  | 31.531    | 941.086   | 39.459    | 3         | 1.012.079  |
| <b>XVI. Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben (P00 – P96)</b>   | 193.320   | 4         | 5         | 0         | 193.329    |
| <b>XVII. Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien (Q00 – Q99)</b>   | 72.715    | 12.875    | 10.428    | 5.745     | 101.763    |
| <b>XVIII. Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind (R00 – R99)</b>  | 135.698   | 143.696   | 210.402   | 455.401   | 945.197    |
| <b>XIX. Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (S00 – T98)</b>  | 288.225   | 274.214   | 376.151   | 992.495   | 1.931.085  |
| <b>XX. – XXII. Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen; Schlüsselnummern für besondere Zwecke (U00 – Z99)</b> | 561.065   | 14.952    | 26.208    | 56.789    | 659.014    |
| <b>Summe</b>   | 2.220.109 | 2.705.191 | 3.951.960 | 9.787.978 | 18.665.238 |

## **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/arbeitspapier-44.pdf>.

