Statistisches Bundesamt

DESTATIS
wissen.nutzen.

Qualitätsbericht

Diagnosen der Patienten und Patientinnen in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen

Erscheinungsfolge: unregelmäßig
Erschienen im Januar 2011

Weitere Informationen zur Thematik dieser Publikation unter:
Telefon: +49 (0) 228 99 643-8951; Fax: +49 (0) 228 99 643-8996;
E-Mail: gesundheit@destatis.de

© Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2011
Vervielfältigungen und Verbreitung, auch auszugsweise, mit Quellenangabe gestattet.

Kurzfassung

1 Allgemeine Angaben zur Statistik — Seite 3

- *Bezeichnung der Statistik:* Diagnosen der Patienten und Patientinnen in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen
- *Berichtszeitraum/Periodizität:* Kalenderjahr/seit 2003 jährlich
- *Erhebungsgesamtheit:* Aus vollstationärer Behandlung entlassene Patienten und Patientinnen
- *Rechtsgrundlage:* Krankenhausstatistik-Verordnung, Bundesstatistikgesetz

2 Zweck und Ziele der Statistik — Seite 3

- *Erhebungsinhalte:* Erkrankungsart, Verweildauer, Fachabteilung sowie soziodemographische Merkmale der Patienten und Patientinnen (z. B. Alter, Geschlecht, Wohnort)
- *Zweck der Statistik:* Differenzierte Datenbasis über Volumen und Struktur der Leistungsnachfrage und Morbiditätsentwicklung in der stationären Versorgung
- *Hauptnutzer/-innen der Statistik:* Nationale und internationale Organisationen, Politik, Wissenschaft und Forschung, Medien, breite Öffentlichkeit
- *Einbeziehung der Nutzer/-innen:* Nutzerkonferenzen, Rückmeldungen im Rahmen nationaler und internationaler Gremien sowie des Auskunftsdienstes

3 Erhebungsmethodik — Seite 4

- *Art der Datengewinnung:* Teilerhebung durch schriftliche (postalische) Befragung; alternativ elektronische Datenlieferung (ASCII- oder XML-Datei) auf 3½ Zoll Diskette, CD-ROM oder IDEV-Upload-Verfahren
- *Belastung der Auskunftspflichtigen:* Abhängig z. B. von der Möglichkeit des Einsatzes von DV-Technik
- *Erhebungsinstrumente:* Fragebogen (siehe Anhang)/Datensatzbeschreibung (siehe Anhang) bei ASCII-Dateien/Liefervereinbarungen bei XML-Dateien

4 Genauigkeit — Seite 4

- *Qualitative Gesamtbewertung der Genauigkeit*: Mögliche Untererfassung in Bezug auf neue Einrichtungen bzw. Einrichtungen, die innerhalb des Berichtsjahres oder zwischen Erhebungsstichtag (31. Dezember) und Meldetermin (1. April des Folgejahres) schließen.

5 Aktualität und Pünktlichkeit — Seite 5

- *Aktualität endgültiger Ergebnisse:* Endgültige Ergebnisse stehen in der Regel Ende Dezember des dem Berichtsjahr folgenden Jahres zur Verfügung.

6 Zeitliche und räumliche Vergleichbarkeit — Seite 6

- *Qualitative Bewertung der Vergleichbarkeit:* Erfassung der Hauptdiagnose auf Basis der Internationalen Statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandte Gesundheitsprobleme (ICD) gewährleistet internationale Vergleichbarkeit.

7 Bezüge zu anderen Erhebungen — Seite 6

- *Input für andere Statistiken:* Gesundheitsbezogene Rechensysteme auf nationaler und internationaler Ebene, Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen
- *Unterschiede zu vergleichbaren Statistiken oder Ergebnissen:* Einzelne, auch in den Grunddaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen erfasste Merkmale sind nur eingeschränkt vergleichbar, da die Diagnosestatistik nur eine Teilerhebung von Einrichtungen mit mehr als 100 Betten ist.

8 Weitere Informationsquellen — Seite 6

- *Publikationen, Bezugsadresse:* Themenseite „Gesundheit“ unter www.destatis.de
- *Kontaktinformation:* Statistisches Bundesamt, Gruppe H 1 Gesundheit, 53117 Bonn, Tel: +49 (0) 228 99 643-8951, Fax: +49 (0) 228 99 643-8996, E-Mail: gesundheit@destatis.de

1 Allgemeine Angaben zur Statistik

1.1 Bezeichnung der Statistik (gem. EVAS)
23132 - Diagnosen der Patienten und Patientinnen in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen

1.2 Berichtszeitraum
Januar bis 31. Dezember

1.3 Erhebungstermin
Die Daten werden kontinuierlich über das Berichtsjahr von den Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen erfasst. Meldetermin ist der 1. April des dem Berichtsjahr folgenden Jahres.

1.4 Periodizität und Zeitraum, für den eine Zeitreihe ohne Bruch vorliegt
Jährlich seit 2003

1.5 Regionale Gliederung
Erhebungsbereich ist das gesamte Bundesgebiet. Erhoben werden die Daten bis auf Gemeindeebene.

1.6 Erhebungsgesamtheit und Zuordnungsprinzip der Erhebungseinheiten
Patienten und Patientinnen, die im Berichtsjahr aus der vollstationären Behandlung einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung entlassen wurden.
Patienten in Einrichtungen, die innerhalb des Erhebungsjahres oder zwischen dem Erhebungsstichtag und dem Meldetermin schließen, können in der Statistik u. U. nicht erfasst werden.

1.7 Erhebungseinheiten
Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen mit mehr als 100 Betten nach § 1 Abs. 3 Nr. 2 i. V. m. § 3 Nr. 14 KHStatV.

1.8 Rechtsgrundlagen

1.8.1 EU-Recht

1.8.2 Bundesrecht
Verordnung über die Bundesstatistik für Krankenhäuser (Krankenhausstatistik-Verordnung – KHStatV) vom 10. April 1990 (BGBl. I S. 730), zuletzt geändert durch Artikel 4b des Gesetzes vom 17. März 2009 (BGBl. I S. 534) in Verbindung mit dem Bundesstatistikgesetz (BStatG) vom 22. Januar 1987 (BGBl. I S. 462, 565), zuletzt geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 7. September 2007 (BGBl. I S. 2246). Grundlage für die Erhebung der Diagnosedaten sind die Angaben zu § 3 Nr. 14 KHStatV. Für die Erhebung besteht Auskunftspflicht gemäß § 6 KHStatV in Verbindung mit § 15 BStatG.

1.8.3 Landesrecht

1.8.4 Sonstige Grundlagen

1.9 Geheimhaltung und Datenschutz
Die erhobenen Einzelangaben werden nach § 16 BStatG grundsätzlich geheim gehalten. Nur in ausdrücklich gesetzlich geregelten Ausnahmefällen dürfen Einzelangaben übermittelt werden. Nach § 16 Abs. 6 BStatG ist es möglich, den Hochschulen oder sonstigen Einrichtungen mit der Aufgabe unabhängiger wissenschaftlicher Forschung für die Durchführung wissenschaftlicher Vorhaben Einzelangaben dann zur Verfügung zu stellen, wenn diese so anonymisiert sind, dass sie nur mit einem unverhältnismäßig hohen Aufwand an Zeit, Kosten und Arbeitskraft dem Befragten oder Betroffenen zugeordnet werden können. Die Pflicht zur Geheimhaltung besteht auch für Personen, die Empfänger von Einzelangaben sind.

2 Zweck und Ziele der Statistik

2.1 Erhebungsinhalte
Neben der Erkrankungsart, Verweildauer und Fachabteilung werden soziodemographische Merkmale der Patienten und Patientinnen (z. B. Alter, Geschlecht, Wohnort) erhoben.

2.2 Zweck der Statistik
Die Ergebnisse bilden die statistische Basis für viele gesundheitspolitische Entscheidungen des Bundes und der Länder. Die Erhebung liefert wichtige Informationen über das Volumen und die Struktur der Leistungsnachfrage und der

Morbiditätsentwicklung in der stationären Versorgung. Darüber hinaus wird auf dieser Datengrundlage eine Einzugsgebietsstatistik erstellt, die u. a. Aufschluss über die Patientenwanderung gibt. Die Diagnosestatistik dient damit auch der epidemiologischen Forschung und trägt zur Information der Bevölkerung bei.

2.3 Hauptnutzer/-innen der Statistik

Gesundheits- und Sozialministerien des Bundes und der Länder, Europäische Kommission, Weltgesundheitsorganisation (WHO), Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD), nationale und internationale Gesundheitsberichterstattungssysteme, nationale Organisationen (z. B. Krankenkassen) und Wirtschaftsunternehmen (z. B. Pharma- und Beratungsunternehmen), epidemiologische und gesundheitsökonomische Institute, Medien.

2.4 Einbeziehung der Nutzer/-innen

Änderungen erfolgen vor allem durch das Bundesministerium für Gesundheit, Anregungen gibt es durch die Tagung des Fachausschusses der Nutzer der Krankenhausstatistik, durch Nutzerkonferenzen, sowie die Mitarbeit in internationalen Arbeitsgruppen (z. B. Eurostat) und durch Rückmeldungen der Nutzer im Rahmen des Auskunftsdienstes.

3 Erhebungsmethodik

3.1 Art der Datengewinnung

Schriftliche (postalische) Befragung mit Auskunftspflicht. In der Erhebungspraxis werden alternativ elektronische Dateien mit den Diagnosedaten von den Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen erzeugt.

3.2 Stichprobenverfahren

3.2.1 Stichprobendesign

3.2.2 Stichprobenumfang, Auswahlsatz und Auswahleinheit

3.2.3 Schichtung der Stichprobe

3.2.4 Hochrechnung

3.3 Saisonbereinigungsverfahren

Keine.

3.4 Erhebungsinstrumente und Berichtsweg

Der ausgefüllte schriftliche Fragebogen bzw. die elektronische Datei wird an das jeweilige Landesamt für Statistik übermittelt und dort elektronisch erfasst. Daran schließen sich Datenprüfverfahren an (z. B. Format- und Plausiblitätsprüfung) an. Anschließend erfolgt die Übermittlung aggregierter Landesergebnisse an das Statistische Bundesamt.

3.5 Belastung der Auskunftspflichtigen

Die Belastung hängt vor allem von der Fallzahl ab, sowie von dem Einsatz von DV-Technik. Pro Patient/Patientin werden zehn Merkmale erhoben.

3.6 Dokumentation des Fragebogens

Ein Muster des Fragebogens mit den dazu gehörigen Erläuterungen (Stand: Berichtsjahr 2011) befindet sich im Anhang.

4 Genauigkeit

4.1 Qualitative Gesamtbewertung der Genauigkeit

Es handelt sich um eine Teilerhebung aller Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen mit mehr als 100 Betten. Durch diese Einschränkung kommt es zu einem Ausschluss von Einrichtungen mit einem speziellen Behandlungsspektrum. Grundsätzlich kann davon ausgegangen werden, dass sämtliche Elemente der Grundgesamtheit in der Erhebung enthalten sind. Allerdings kann es zu Fehlern in der Erfassungsgrundlage kommen, wenn im Berichtsjahr neu eröffnete Einrichtungen nicht an die Landesämter für Statistik gemeldet werden. Darüber hinaus können Patienten und Patientinnen in Einrichtungen, die innerhalb des Erhebungsjahres oder zwischen dem Erhebungsstichtag und dem Meldetermin schließen, nicht in der Statistik enthalten sein. In diesen Fällen kommt es in der Folge zu einer Untererfassung der Patienten und Patientinnen.
Der Statistik liegt zur Verschlüsselung der Hauptdiagnose der Patienten und Patientinnen die Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD) zu Grunde. Das Deutsche Institut für

Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) gibt eine deutsche Version dieser Klassifikation heraus. Daneben stellt das DIMDI Metadaten bereit, in denen eine entsprechende Beschreibung der Plausibilitäten erfolgt, so z. B. welcher Diagnoseschlüssel bei welcher Geschlechts- und/oder Altersgruppe vorkommen kann bzw. darf. An diesen Vorgaben orientiert sich die statistische Aufbereitung der Daten. Dabei ist stets zu bedenken, dass die Vergabe des Diagnoseschlüssels in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung erfolgt und bereits dort Fehler auftreten können. Da die Angabe der Hauptdiagnose für die Einrichtungen entgeltrelevant ist, kann davon ausgegangen werden, dass die Qualität der Diagnoseangabe hoch ist. Sollten dennoch Unstimmigkeiten auftreten, so können diese in der Datenaufbereitungsphase bei der Plausibilisierung der Angaben berichtigt werden, z. B. wenn Diagnose- und Geschlechtsangabe der Patientin/des Patienten nicht übereinstimmen.

4.2 Stichprobenbedingte Fehler

Nicht relevant.

4.2.1 Standardfehler

4.2.2 Ergebnisverzerrungen durch das Hochrechnungsverfahren

4.3 Nicht-stichprobenbedingte Fehler

4.3.1 Fehler durch die Erfassungsgrundlage

Trotz intensiver Recherchen können Fehler, die durch eine falsche oder unvollständige Erfassungsgrundlage bedingt sind, nicht völlig ausgeschlossen werden. Eine Meldung über neu eröffnete Einrichtungen z. B. seitens der Gesundheitsbehörden erfolgt grundsätzlich nicht. Informationen über die Einrichtungen können nur über Recherchen und Abfragen bei verschiedenen Institutionen (z. B. Gesundheits- und Gewerbeämter) gewonnen werden. Darüber hinaus können Patienten in Einrichtungen, die innerhalb des Erhebungsjahres oder zwischen dem Erhebungsstichtag und dem Meldetermin schließen, nicht in der Statistik enthalten sein. Sofern Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in der Erfassungsgrundlage fehlen, sind auch die dort aus der vollstationären Behandlung entlassenen Patienten und Patientinnen nicht enthalten.

4.3.2 Antwortausfälle auf Ebene der Einheiten (Unit-Non-Response)

Verglichen mit der Anzahl der Entlassungen in den Grunddaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen mit 100 oder mehr Betten gibt es in der Diagnosestatistik eine Untererfassung. Der Erfassungsgrad lag 2008 bei 96,5%.

4.3.3 Antwortausfälle auf Ebene wichtiger Merkmale (Item-Non-Response)

Antwortausfälle auf Ebene wichtiger Merkmale fallen durchweg gering aus und stellen keine Beeinträchtigung für die Nutzung der Daten dar. Antwortausfälle kommen zum einen durch fehlende Angaben, zum anderen durch unplausible Daten zustande. In beiden Fällen erfolgt zunächst eine Rückfrage bei den Einrichtungen, bevor die Merkmalsausprägung auf unbekannt gesetzt wird. Der Anteil unbekannter Hauptdiagnosen lag 2008 bei 0,4%.

4.3.4 Imputationsmethoden

4.3.5 Weiterführende Analysen zum systematischen Fehler

4.4 Laufende Revisionen

Es werden keine vorläufigen Ergebnisse veröffentlicht. Dadurch entsteht kein Revisionsbedarf.

4.4.1 Umfang des Revisionsbedarfs

4.4.2 Gründe für Revisionen

4.5 Außergewöhnliche Fehlerquellen

Nicht bekannt.

5 Aktualität und Pünktlichkeit

5.1 Aktualität vorläufiger Ergebnisse

Es werden keine vorläufigen Ergebnisse veröffentlicht.

5.2 Aktualität endgültiger Ergebnisse

Die Befragten berichten bis zum 1. April des dem Berichtsjahr folgenden Jahres. Endgültige tief gegliederte Ergebnisse stehen grundsätzlich Ende Dezember zur Verfügung.

5.3 Pünktlichkeit

6 Zeitliche und räumliche Vergleichbarkeit

6.1 Qualitative Bewertung der Vergleichbarkeit

Maßgeblich für die statistische Erfassung der Hauptdiagnose der Patienten und Patientinnen ist die Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD). Dadurch, dass die Hauptdiagnose nach ICD verschlüsselt und erfasst wird, ist die internationale Vergleichbarkeit gewährleistet.

6.2 Änderungen, die Auswirkungen auf die zeitliche Vergleichbarkeit haben

Die der Diagnosestatistik zugrunde liegende Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD) in ihrer für Zwecke der Morbidität (SGB-V-Version oder GM Version) überarbeiteten Fassung wird permanent weiterentwickelt, so dass auch die seit 2000 gültige zehnte Revision unterschiedliche Versionen aufweist in ihrer für Zwecke des SGB V überarbeiteten Fassung.

7 Bezüge zu anderen Erhebungen

7.1 Input für andere Statistiken

Die Diagnosen der Patienten und Patientinnen in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen fließen in die Gesundheitsberichterstattung auf regionaler, nationaler sowie internationaler Ebene und in die gesundheitsbezogenen Rechensysteme auf nationaler und internationaler Ebene ein. Sie bilden ferner eine Berechnungsgröße für Indikatoren der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung.

7.2 Unterschiede zu vergleichbaren Statistiken oder Ergebnissen

Einige Merkmale der Diagnosen der Patienten und Patientinnen in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen werden auch in den Grunddaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen erfasst. Zum Teil weisen diese Unterschiede auf. Dies betrifft zum einen die Fallzahl. In den Diagnosedaten entspricht die Fallzahl den Entlassungen im Berichtsjahr. In den Grunddaten wird sie auf Basis des Patientenzu- und -abgangs im Berichtsjahr ermittelt.
Des Weiteren unterscheidet sich die Summe der Pflegetage in den Diagnosedaten von jener in den Grunddaten. In der erstgenannten Erhebung ist es die kumulierte Verweildauer aller im Berichtsjahr entlassenen Patienten und Patientinnen. In der letztgenannten Erhebung sind es alle im Berichtsjahr erbrachten Pflegetage. Die Verweildauer kann in den Diagnosedaten mitunter höher ausfallen als die Anzahl der Kalendertage im Berichtsjahr (sog. Überlieger), während dies in den Grunddaten nicht möglich ist.
Als Folge der beiden zuvor genannten Unterschiede weicht die durchschnittliche Verweildauer beider Erhebungen voneinander ab. In den Diagnosedaten ermittelt sie sich als Quotient aus der Summe der Verweildauern aller im Berichtsjahr entlassenen Patienten und Patientinnen und deren Anzahl. In den Grunddaten wird sie als Quotient aus den im Berichtsjahr erbrachten Pflegetagen und der Fallzahl berechnet.

8 Weitere Informationsquellen

8.1 Publikationswege, Bezugsadresse

Die wichtigsten Ergebnisse der Erhebung werden jährlich in der Fachserie 12 Reihe 6.2.2 im Publikationsservice des Statistischen Bundesamtes veröffentlicht. Die Publikation kann kostenlos im Internet herunter geladen werden. Des Weiteren sind die Ergebnisse Bestandteil des Internetangebots der Gesundheitsberichterstattung des Bundes unter www.gbe-bund.de.

8.2 Kontaktinformation

Statistisches Bundesamt Zweigstelle Bonn
Gruppe H 1 Gesundheit
Graurheindorfer Straße 198
53117 Bonn
Fon +49 (0) 228 99 643–8951
Fax +49 (0) 228 99 643–8996
E-Mail gesundheit@destatis.de

8.3 Weiterführende Veröffentlichungen

Jährliche Veröffentlichung, zuletzt: ***Graf,*** Thomas: Statistische Krankenhausdaten: Grund- und Diagnosedaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 2007, in: *Klauber/Geraerdts/Friedrich* (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2010, Stuttgart 2010, S. 417-436.
Rolland, Sebastian: Vorsorge und Rehabilitation in Deutschland 2003, in: Wirtschaft und Statistik 9/2005, Wiesbaden 2005, S. 971-982.

Name der befragenden Behörde

STATISTISCHE ÄMTER
DES BUNDES UND DER LÄNDER

Krankenhausstatistik 2009

– Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen –
Teil II: Diagnosen (manuelle Bereitstellung)

VR-DM

Name des Amtes
Org. Einheit
Anschrift + Hausnummer
PLZ, Ort

Anschrift
des Trägers

Anschrift
der Einrichtung

Rücksendung bitte bis spätestens 1. April 2010

Ansprechpartner/-in für Rückfragen (freiwillige Angabe)
Name:

Telefonnummer:

Telefaxnummer:

E-Mail:

Bei Rückfragen erreichen Sie uns unter: Telefon XXXXX - Durchwahl

Ansprechpartner/-in:
Herr Xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx - XXXX
Frau Xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx - XXXX

Telefax: XXXXXXXXXX - XXXXX
E-Mail: XXXXXXXXXXXXXXXXX@XXXXXXXXX.de

Land Einrichtungsnummer
Wird vom Statistischen Amt ausgefüllt

Unterrichtung nach § 17 Bundesstatistikgesetz

Art, Umfang und Zweck der Erhebung

Es handelt sich um eine jährliche Vollerhebung der Krankenhäuser sowie Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, ihrer organisatorischen Einheiten, personellen und sachlichen Ausstattung sowie der von ihnen erbrachten Leistungen. Daneben sind Angaben über die Krankenhauskosten, über die Zahl der Krankenhauspatienten/-patientinnen und die Art ihrer Erkrankungen sowie über Ausbildungsstätten an Krankenhäusern zu machen. Die Ergebnisse der Krankenhausstatistik bilden die statistische Basis für viele gesundheitspolitische Entscheidungen des Bundes und der Länder und dienen den an der Krankenhausfinanzierung beteiligten Institutionen als Planungsgrundlage. Die Erhebung liefert wichtige Informationen über die Struktur der stationären Versorgung, über die Zusammenhänge zwischen Morbiditäts- und Kostenentwicklung im Krankenhausbereich sowie über die regionale Häufigkeit von Krankheitsarten. Sie dient damit letztlich auch der Wissenschaft und Forschung und trägt zur Information der Bevölkerung bei.

Rechtsgrundlagen

Krankenhausstatistik-Verordnung (KHStatV) vom 10. April 1990 (BGBl. I S. 730), zuletzt geändert durch Artikel 4 des Gesetzes vom 15. Dezember 2004 (BGBl. I S. 3429, 3442) in Verbindung mit dem Bundesstatistikgesetz (BStatG) vom 22. Januar 1987 (BGBl. I S. 462, 565), zuletzt geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 7. September 2007 (BGBl. I S. 2246).

Erhoben werden die Angaben zu § 3 Nr. 14 KHStatV. Die Auskunftspflicht ergibt sich aus § 6 KHStatV in Verbindung mit § 15 BStatG. Danach sind die Träger der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen auskunftspflichtig. Gemäß § 15 Abs. 6 BStatG haben Widerspruch und Anfechtungsklage gegen die Aufforderung zur Auskunftserteilung keine aufschiebende Wirkung.

Geheimhaltung

Die erhobenen Einzelangaben werden nach § 16 BStatG grundsätzlich geheimgehalten. Nur in ausdrücklich gesetzlich geregelten Ausnahmefällen dürfen Einzelangaben übermittelt werden.

Nach § 16 Abs. 6 BStatG ist es zulässig, den Hochschulen oder sonstigen Einrichtungen mit der Aufgabe unabhängiger wissenschaftlicher Forschung für die Durchführung wissenschaftlicher Vorhaben Einzelangaben dann zur Verfügung zu stellen, wenn diese so anonymisiert sind, dass sie nur mit einem unverhältnismäßig großen Aufwand an Zeit, Kosten und Arbeitskraft dem Befragten oder Betroffenen zugeordnet werden können.
Eine Übermittlung von Einzelangaben mit Namen und Anschrift ist ausgeschlossen.

Die Pflicht zur Geheimhaltung besteht auch für Personen, die Empfänger von Einzelangaben sind.

Hilfsmerkmale, Trennen und Löschen, Ordnungsnummern

Der Name des Trägers der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung, Name und Anschrift der Einrichtung sowie Name, E-Mail-Adresse, Telefon- und Telefaxnummer der für Rückfragen zur Verfügung stehenden Person sind Hilfsmerkmale, die

noch: Unterrichtung nach § 17 Bundesstatistikgesetz

lediglich der technischen Durchführung der Erhebung dienen. Sie werden nach Abschluss der Prüfung der Angaben vom Fragebogen getrennt, gesondert aufbewahrt und spätestens nach der nächsten Erhebung vernichtet. Die verwendete Einrichtungsnummer dient ebenfalls der technischen Durchführung der Statistik; sie enthält keine Merkmale über persönliche oder sachliche Verhältnisse.

Mit Zustimmung der Betroffenen sind die Statistischen Landesämter gemäß § 7 Abs. 2 KHStatV berechtigt, jährlich im Rahmen eines Verzeichnisses Name, Anschrift, Träger, Art des Krankenhauses, Fachabteilungen und Bettenzahl von Krankenhäusern sowie von Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen zu veröffentlichen.

Weitere Informationen der Krankenhausstatistik

Abgrenzung des Erhebungsbereichs „Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung“

Die Erhebung erstreckt sich auf Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen gemäß § 107 Abs. 2 Sozialgesetzbuch V. Buch (SGB V). Danach sind Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen Einrichtungen, die

– der stationären Behandlung dienen, um

– eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen oder einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken (Vorsorge) oder

– eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern oder im Anschluss an Krankenhausbehandlung den dabei erzielten Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen, auch mit dem Ziel, einer drohenden Behinderung oder Pflegebedürftigkeit vorzubeugen, sie nach Eintritt zu beseitigen, zu bessern oder eine Verschlimmerung zu verhüten (Rehabilitation), wobei Leistungen der aktivierenden Pflege nicht von den Krankenkassen übernommen werden dürfen,

– fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Verantwortung und unter Mitwirkung von besonders geschultem Personal darauf eingerichtet sind, den Gesundheitszustand der Patienten/Patientinnen nach einem ärztlichen Behandlungsplan vorwiegend durch Anwendung von Heilmitteln einschließlich Krankengymnastik, Bewegungstherapie, Sprachtherapie oder Arbeits- und Beschäftigungstherapie, ferner durch andere geeignete Hilfen, auch durch geistige und seelische Einwirkungen, zu verbessern und den Patienten/Patientinnen bei der Entwicklung eigener Abwehr- und Heilungskräfte zu helfen,

und in denen

– die Patienten/Patientinnen untergebracht und verpflegt werden können.

Von Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen im Sinne von § 107 Abs. 2 SGB V sowie stationären Pflegeeinrichtungen im Sinne von § 71 Abs. 2 SGB XI zu unterscheiden sind Krankenhäuser. Für Krankenhäuser sind eigene Fragebogen auszufüllen, auch wenn sie vom selben Träger auf demselben Grundstück/im gleichen Gebäude betrieben werden. Stationäre Pflegeeinrichtungen sind nicht Gegenstand der Krankenhausstatistik.

Maßgeblich für die statistische Erfassung einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung ist jede organisatorische Einheit, die unter einheitlicher Verwaltung steht und für die auf Grundlage der kaufmännischen Buchführung ein Jahresabschluss erstellt wird. Eine Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung als Einheit kann mehrere selbstständig geleitete Fachabteilungen umfassen. In diesem Fall ist die Meldung für die gesamte Einrichtung abzugeben.

Meldung zur Statistik

Für jede Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung sind jährlich Angaben zu Teil I „Grunddaten“ der Krankenhausstatistik zu machen; Einrichtungen mit mehr als 100 Betten haben zusätzlich jährlich getrennte Angaben zu Teil II „Diagnosen“ zu machen.

Der Fragebogen ist bis zum **1. April 2010** an das zuständige Landesamt zu senden.

Um Zusatzaufwand in den Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen zu vermeiden, sollen die Patientendaten möglichst maschinell der vorhandenen Basisdokumentation bzw. den verschiedenen Unterlagen der Patientendatenverwaltung entnommen werden. Wenn eine maschinelle Bereitstellung der Daten auf CD-ROM oder Disketten möglich ist, setzen Sie sich bitte mit dem zuständigen Statistischen Landesamt in Verbindung, damit die Liefermodalitäten vereinbart werden können.

Falls eine maschinelle Bereitstellung der Daten nicht möglich ist, sind die Angaben pro Patient/Patientin in den beiliegenden Fragebogen manuell einzutragen. Für jeden Entlassungsfall ist dabei eine Zeile vorgesehen. Es ist ratsam, die entsprechenden Angaben fallweise im Zusammenhang mit der Entlassungsdokumentation bzw. der Rechnungserstellung zu machen, um eine Häufung von Meldungen und den damit verbundenen unnötigen Verwaltungsaufwand zu vermeiden.

Bei den Eintragungen sind Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben sicherzustellen. Die allgemeinen Grundsätze für die Dokumentation und Qualitätskontrolle der Daten, wie sie der „Leitfaden zur Medizinischen Basisdokumentation nach § 301 SGB V“ enthält, sind zu berücksichtigen. Bitte achten Sie darauf, dass die **hier** nachgewiesene Anzahl der entlassenen stationären Patienten/Patientinnen einschließlich Sterbefälle mit den Angaben zu Teil I Grunddaten („2 Krankenbetten, Pflegetage und Patientenbewegung“, Spalte 8 und Spalte 10) übereinstimmt.

Damit eine Zuordnung der beiden Erhebungsteile I und II (Grunddaten und Diagnosen) je Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung erfolgen kann, muss darauf geachtet werden, dass auf den verschiedenen Fragebogen und auf den maschinenlesbaren Datenträgern die gleiche Einrichtungsnummer angegeben ist.

Krankenhausstatistik 2009 – Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen – Teil II: Diagnosen (manuelle Bereitstellung)

VR-DM

Hinweise zum Ausfüllen

In der Diagnosestatistik der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen werden alle diejenigen im Jahr 2009 entlassenen vollstationär behandelten Patienten/Patientinnen (einschließlich Sterbefälle) nachgewiesen, ohne solche, bei denen keine medizinische Indikation bestand (z. B. Hotel-/Wellnesspatienten). Nicht nachgewiesen werden teilstationär behandelte Patienten/Patientinnen sowie Begleitpersonen. Erfasst wird die ununterbrochene vollstationäre Behandlung in der Einrichtung, unabhängig von der Zahl der dabei durchlaufenen Fachabteilungen. Bitte achten Sie darauf, dass die **hier** nachgewiesene Anzahl der entlassenen vollstationären Patienten/Patientinnen einschließlich Sterbefälle mit den Angaben zu Teil I Grunddaten („2 Krankenbetten, Pflegetage und Patientenbewegung“, Spalte 8 und Spalte 10) übereinstimmt.

Erläuterungen zum Fragebogen

Die den Erhebungsmerkmalen vorangestellten Nummern beziehen sich jeweils auf die entsprechenden Ziffern im Fragebogen!

[1] **Einrichtungsnummer**

Die Verschlüsselungsnummer für Ihre Einrichtung wird Ihnen vom zuständigen Statistischen Landesamt mitgeteilt und ist auf dem Deckblatt mit den Informationen zur Krankenhausstatistik angegeben. Sie muss hier übernommen werden.

[2] **Geschlecht**

Zutreffendes bitte ankreuzen.

[3] **Geburtsdatum**

Geben Sie hier bitte den Geburtsmonat und das Geburtsjahr des Patienten/der Patientin an.

[4] **Zu- und Abgangsdatum, Verweildauer**

Als **Zugangsdatum** ist der Aufnahmetag in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung zu erfassen. Als **Abgangsdatum** ist der Entlassungstag aus der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung anzugeben.

Die Angaben zum Zu- und Abgangsdatum dienen in Verbindung mit dem Geburtsdatum der Bestimmung des Alters des Patienten/der Patientin zum Zeitpunkt des Beginns der Behandlung.

Bei mehrfach im Jahr vollstationär behandelten Patienten/Patientinnen ist jeder Aufenthalt als ein Fall zu zählen.

Wird ein Patient/eine Patientin für einen Tag/mehrere Tage beurlaubt, ist ebenfalls nur ein Fall zu zählen.

Für die Verweildauer geben Sie bitte die Anzahl der Pflegetage an.

[5] **Sterbefall**

Hier ist anzugeben, ob der/die vollstationär behandelte Patient/Patientin während des Aufenthaltes in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung verstorben ist.

[6] **Hauptdiagnose**

Die Hauptdiagnose soll gemäß den Deutschen Kodierrichtlinien angegeben werden.

Die **Hauptdiagnose** wird definiert als die Diagnose, die nach Analyse als diejenige festgestellt wurde, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Aufenthalts des Patienten verantwortlich ist. Der Begriff „nach Analyse“ bezeichnet die Evaluation der Befunde am Ende des stationären Aufenthalts.

Die Hauptdiagnose ist entsprechend der **Internationalen Statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision GM (German Modification)** in der jeweils für das Erhebungsjahr gültigen Version zu melden. Unberücksichtigt bleiben Angaben aus dem Kapitel XX (Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität, V01-Y98).

Die Hauptdiagnose ist bis auf die in der ICD-10-GM vorgesehenen Ausnahmen grundsätzlich **vierstellig** und ohne den Trennpunkt anzugeben (Beispiel: C18.7 Bösartige Neubildung: Colon sigmoideum = C187).

Nichtkranke Zustände werden nach dem Kapitel XXI „Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen“ verschlüsselt.

Auf die Angabe einer fünften Stelle wird verzichtet. Die Zusatzkennzeichen sind **nicht** Bestandteil der Erhebung.

[7] **Fachabteilung mit der längsten Verweildauer**

Fachabteilungen sind organisatorisch abgrenzbare, von Ärzten/Ärztinnen ständig verantwortlich geleitete Abteilungen mit für den jeweiligen Fachbereich typischen Behandlungseinrichtungen. Die Fachabteilungsgliederung orientiert sich an der Gebiets- und Schwerpunktbezeichnung der Ärzte. Ausnahmen stellen die Fachabteilungen Geriatrie und Sucht dar.

In einer nach Fachabteilungen gegliederten Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung sind die entsprechenden Organisationseinheiten einer der aufgeführten Fachabteilungen zuzuordnen.

Hier ist der Signierschlüssel jener Fachabteilung einzutragen, in welcher der Patient/die Patientin während seines/ihres Aufenthaltes am längsten gelegen hat. Das Schlüsselverzeichnis ist nachstehend abgedruckt.

Bitte verwenden Sie ausschließlich die von uns vorgegebenen Schlüssel.

Sind einzelne Fachabteilungen der Einrichtung nicht in selbstständige Fachrichtungen/Fachbereiche untergliedert, ist für die Fachabteilung mit der längsten Verweildauer die jeweilige mit 9 endende Schlüsselnummer für "Nicht untergliedertes Fachgebiet ... sowie sonstige ..." anzugeben.

Maßgeblich für die Zuordnung ist die Dauer des Aufenthaltes in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung und nicht der Schwerpunkt der erbrachten medizinischen Leistungen.

[8] **Postleitzahl**

Hier ist die Postleitzahl der Wohngemeinde anzugeben, in der der Patient/die Patientin seinen/ihren ständigen Wohnsitz hat.

Bei Patienten/Patientinnen mit ständigem Wohnsitz im Ausland darf keine Eintragung erfolgen.

[9] **Wohnort**

Als **Wohnort** ist die Wohngemeinde anzugeben, in der der Patient/die Patientin seinen/ihren ständigen Wohnsitz hat.

Für Patienten/Patientinnen, die in den Stadtstaaten Hamburg, Bremen und Berlin wohnen, ist auch der Stadtteil einzutragen.

Bei Patienten/Patientinnen mit ständigem Wohnsitz im Ausland ist nur der Name des ausländischen Staates einzusetzen; hierbei sollte der Name durch ein führendes *-Zeichen markiert werden (siehe unten angeführtes Beispiel). Anstelle des Namens des jeweiligen Landes in seiner offiziellen Schreibweise kann dabei das international einheitliche Nationalitätskennzeichen angegeben werden.

Als Wohnort nichtsesshafter Patienten/Patientinnen ist der Sitz (Gemeinde) der behandelnden Einrichtung einzutragen.

Um eine automatische Umsetzung der Postleitzahl und des Gemeindenamens in die amtliche Schlüsselnummer vornehmen zu können, muss darauf geachtet werden, dass

– nur der amtliche Name der Wohngemeinde und
– keine Abkürzungen von Gemeindenamen verwendet werden. Reicht der vorhandene Platz nicht aus, so ist der Name der Gemeinde soweit wie möglich auszuschreiben und erst am Schluss abzukürzen.

Fachabteilung mit der längsten Verweildauer [7]	Postleitzahl (Für Patienten mit ständigem Wohnsitz im Ausland keine Postleitzahl eintragen) [8]	Wohnort Für Patienten aus den Stadtstaaten Hamburg, Bremen und Berlin auch Stadtteil eintragen. Bei Patienten mit ständigem Wohnsitz im Ausland bitte an erster Stelle einen Stern * und dann das Land eintragen [9] (Bitte in Druckschrift)
Lt. Schlüsselverzeichnis		
43–45	46–50	51–85
0 3 0	4 0 2 1 5	D U E S S E L D O R F
3 1 1		* U N G A R N

Wir bedanken uns sehr herzlich für Ihre Mitarbeit!

Schlüssel der Fachabteilungen

Bitte verwenden Sie ausschließlich die von uns vorgegebenen Schlüssel des nachstehenden Schlüsselverzeichnisses

030 Allgemeinmedizin

190 Frauenheilkunde und Geburtshilfe

250 Haut- und Geschlechtskrankheiten

Innere Medizin

311 Angiologie

313 Endokrinologie

316 Gastroenterologie

319 Hämatologie und internistische Onkologie

323 Kardiologie

329 Nephrologie

332 Pneumologie

333 Rheumatologie

339 Nicht untergliedertes Fachgebiet „Innere Medizin“ sowie „Sonstige und allgemeine Innere Medizin“

340 Geriatrie

360 Kinderheilkunde

570 Neurologie

Orthopädie

693 Rheumatologie (Orthopädie)

699 Nicht untergliedertes Fachgebiet „Orthopädie“ sowie „Sonstige und allgemeine Orthopädie“

770 Physikalische und Rehabilitative Medizin

Psychiatrie und Psychotherapie

821 Sucht

829 Nicht untergliedertes Fachgebiet „Psychiatrie/Psychotherapie“ sowie „Sonstige und allgemeine Psychiatrie/Psychotherapie“

830 Psychotherapeutische Medizin

930 Sonstige Fachbereiche bzw. Einrichtung ohne abgegrenzte Fachabteilungen

Fragebogen für die manuelle Datenlieferung zur Diagnosestatistik 2009

Aus vollstationärer Behandlung in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung entlassene Patienten/Patientinnen und Sterbefälle nach der Hauptdiagnose

Krankenhausstatistik Teil II

VR-DM

Land ___ [1] Einrichtungsnummer ___ SA 9

Blatt ___ von ___

Geschlecht [2]		Geburtsdatum [3]		Zugangsdatum [4]			Abgangsdatum (Nur der 01.01. bis 31.12. des jeweiligen Berichtsjahres ist zulässig) [4]		Verweildauer Anzahl der Pflegetage [4]	Sterbefall [5] ☒ = Ja	Hauptdiagnose nach ICD-10-GM [6]	Fachabteilung mit der längsten Verweildauer [7]	Postleitzahl (Für Patienten mit ständigem Wohnsitz im Ausland keine Postleitzahl eintragen) [8]	Wohnort Für Patienten aus den Stadtstaaten Hamburg, Bremen und Berlin auch Stadtteil eintragen. Bei Patienten mit ständigem Wohnsitz im Ausland bitte an erster Stelle einen Stern * und dann das Land eintragen [9] (Bitte in Druckschrift)
männl.	weibl.	Monat	Jahr	Tag	Monat	Jahr	Tag	Monat			ICD-Schlüssel	Lt. Schlüssel-verzeichnis		
8		9–14		15–22			23–30		31–34	35	36–39	43–45	46–50	51–85
☐ 1	☒ 2	1 0	1 9 7 0	1 1	0 8	2 0 0 9	1 5	0 8	4	☐ 1	C 1 8 7	0 3 0	4 0 2 1 5	D U E S S E L D O R F
☐ 1	☐ 2									☐ 1				
☐ 1	☐ 2									☐ 1				
☐ 1	☐ 2									☐ 1				
☐ 1	☐ 2									☐ 1				
☐ 1	☐ 2									☐ 1				
☐ 1	☐ 2									☐ 1				
☐ 1	☐ 2									☐ 1				
☐ 1	☐ 2									☐ 1				
☐ 1	☐ 2									☐ 1				
☐ 1	☐ 2									☐ 1				
☐ 1	☐ 2									☐ 1				
☐ 1	☐ 2									☐ 1				
☐ 1	☐ 2									☐ 1				
☐ 1	☐ 2									☐ 1				
☐ 1	☐ 2									☐ 1				
☐ 1	☐ 2									☐ 1				
☐ 1	☐ 2									☐ 1				
☐ 1	☐ 2									☐ 1				
☐ 1	☐ 2									☐ 1				
☐ 1	☐ 2									☐ 1				
☐ 1	☐ 2									☐ 1				
☐ 1	☐ 2									☐ 1				
☐ 1	☐ 2									☐ 1				
☐ 1	☐ 2									☐ 1				
☐ 1	☐ 2									☐ 1				
☐ 1	☐ 2									☐ 1				

Name der befragenden Behörde

STATISTISCHE ÄMTER
DES BUNDES UND DER LÄNDER

Krankenhausstatistik 2009

– Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen –
Teil II: Diagnosen (maschinelle Lieferung)

VR-D

Name des Amtes
Org. Einheit
Anschrift + Hausnummer
PLZ, Ort

Anschrift
des Trägers

Anschrift
der Einrichtung

Rücksendung bitte bis spätestens 1. April 2010

Ansprechpartner/-in für Rückfragen (freiwillige Angabe)
Name:

Telefonnummer:

Telefaxnummer:

E-Mail:

Bei Rückfragen erreichen Sie uns unter: Telefon XXXXX - Durchwahl

Ansprechpartner/-in:
Herr Xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx - XXXX
Frau Xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx - XXXX

Telefax: XXXXXXXXXX - XXXXX
E-Mail: XXXXXXXXXXXXXXXXX@XXXXXXXXX.de

Unterrichtung nach § 17 Bundesstatistikgesetz

Land | Einrichtungsnummer
Wird vom Statistischen Amt ausgefüllt

Art, Umfang und Zweck der Erhebung

Es handelt sich um eine jährliche Vollerhebung der Krankenhäuser sowie Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, ihrer organisatorischen Einheiten, personellen und sachlichen Ausstattung sowie der von ihnen erbrachten Leistungen. Daneben sind Angaben über die Krankenhauskosten, über die Zahl der Krankenhauspatienten/-patientinnen und die Art ihrer Erkrankungen sowie über Ausbildungsstätten an Krankenhäusern zu machen. Die Ergebnisse der Krankenhausstatistik bilden die statistische Basis für viele gesundheitspolitische Entscheidungen des Bundes und der Länder und dienen den an der Krankenhausfinanzierung beteiligten Institutionen als Planungsgrundlage. Die Erhebung liefert wichtige Informationen über die Struktur der stationären Versorgung, über die Zusammenhänge zwischen Morbiditäts- und Kostenentwicklung im Krankenhausbereich sowie über die regionale Häufigkeit von Krankheitsarten. Sie dient damit letztlich auch der Wissenschaft und Forschung und trägt zur Information der Bevölkerung bei.

Rechtsgrundlagen

Krankenhausstatistik-Verordnung (KHStatV) vom 10. April 1990 (BGBl. I S. 730), zuletzt geändert durch Artikel 4 des Gesetzes vom 15. Dezember 2004 (BGBl. I S. 3429, 3442) in Verbindung mit dem Bundesstatistikgesetz (BStatG) vom 22. Januar 1987 (BGBl. I S. 462, 565), zuletzt geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 7. September 2007 (BGBl. I S. 2246).

Erhoben werden die Angaben zu § 3 Nr. 14 KHStatV. Die Auskunftspflicht ergibt sich aus § 6 KHStatV in Verbindung mit § 15 BStatG. Danach sind die Träger der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen auskunftspflichtig. Gemäß § 15 Abs. 6 BStatG haben Widerspruch und Anfechtungsklage gegen die Aufforderung zur Auskunftserteilung keine aufschiebende Wirkung.

Geheimhaltung

Die erhobenen Einzelangaben werden nach § 16 BStatG grundsätzlich geheimgehalten. Nur in ausdrücklich gesetzlich geregelten Ausnahmefällen dürfen Einzelangaben übermittelt werden.

Nach § 16 Abs. 6 BStatG ist es zulässig, den Hochschulen oder sonstigen Einrichtungen mit der Aufgabe unabhängiger wissenschaftlicher Forschung für die Durchführung wissenschaftlicher Vorhaben Einzelangaben dann zur Verfügung zu stellen, wenn diese so anonymisiert sind, dass sie nur mit einem unverhältnismäßig großen Aufwand an Zeit, Kosten und Arbeitskraft dem Befragten oder Betroffenen zugeordnet werden können. Eine Übermittlung von Einzelangaben mit Namen und Anschrift ist ausgeschlossen.

Die Pflicht zur Geheimhaltung besteht auch für Personen, die Empfänger von Einzelangaben sind.

Hilfsmerkmale, Trennen und Löschen, Ordnungsnummern

Der Name des Trägers der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung, Name und Anschrift der Einrichtung sowie Name, E-Mail-Adresse, Telefon- und Telefaxnummer der für Rückfragen zur Verfügung stehenden Person sind Hilfsmerkmale, die lediglich der technischen Durchführung der Erhebung dienen.

noch: Unterrichtung nach § 17 Bundesstatistikgesetz

Sie werden nach Abschluss der Prüfung der Angaben vom Fragebogen getrennt, gesondert aufbewahrt und spätestens nach der nächsten Erhebung vernichtet. Die verwendete Einrichtungsnummer dient ebenfalls der technischen Durchführung der Statistik; sie enthält keine Merkmale über persönliche oder sachliche Verhältnisse. Mit Zustimmung der Betroffenen sind die Statistischen Landesämter gemäß § 7 Abs. 2 KHStatV berechtigt, jährlich im Rahmen eines Verzeichnisses Name, Anschrift, Träger, Art des Krankenhauses, Fachabteilungen und Bettenzahl von Krankenhäusern sowie von Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen zu veröffentlichen.

Weitere Informationen der Krankenhausstatistik

Abgrenzung des Erhebungsbereichs „Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung“

Die Erhebung erstreckt sich auf Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen gemäß § 107 Abs. 2 Sozialgesetzbuch V. Buch (SGB V). Danach sind Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen Einrichtungen, die

– der stationären Behandlung dienen, um

– eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen oder einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken (Vorsorge) oder

– eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern oder im Anschluss an Krankenhausbehandlung den dabei erzielten Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen, auch mit dem Ziel, einer drohenden Behinderung oder Pflegebedürftigkeit vorzubeugen, sie nach Eintritt zu beseitigen, zu bessern oder eine Verschlimmerung zu verhüten (Rehabilitation), wobei Leistungen der aktivierenden Pflege nicht von den Krankenkassen übernommen werden dürfen,

– fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Verantwortung und unter Mitwirkung von besonders geschultem Personal darauf eingerichtet sind, den Gesundheitszustand der Patienten/Patientinnen nach einem ärztlichen Behandlungsplan vorwiegend durch Anwendung von Heilmitteln einschließlich Krankengymnastik, Bewegungstherapie, Sprachtherapie oder Arbeits- und Beschäftigungstherapie, ferner durch andere geeignete Hilfen, auch durch geistige und seelische Einwirkungen, zu verbessern und den Patienten/Patientinnen bei der Entwicklung eigener Abwehr- und Heilungskräfte zu helfen,

und in denen

– die Patienten/Patientinnen untergebracht und verpflegt werden können.

Von Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen im Sinne von § 107 Abs. 2 SGB V sowie stationären Pflegeeinrichtungen im Sinne von § 71 Abs. 2 SGB XI zu unterscheiden sind Krankenhäuser. Für Krankenhäuser sind eigene Fragebogen auszufüllen, auch wenn sie vom selben Träger auf demselben Grundstück/im gleichen Gebäude betrieben werden. Stationäre Pflegeeinrichtungen sind nicht Gegenstand der Krankenhausstatistik.

Maßgeblich für die statistische Erfassung einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung ist jede organisatorische Einheit, die unter einheitlicher Verwaltung steht und für die auf Grundlage der kaufmännischen Buchführung ein Jahresabschluss erstellt wird. Eine Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung als Einheit kann mehrere selbstständig geleitete Fachabteilungen umfassen. In diesem Fall ist die Meldung für die gesamte Einrichtung abzugeben.

Meldung zur Statistik

Für jede Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung sind jährlich Angaben zu Teil I „Grunddaten“ der Krankenhausstatistik zu machen; Einrichtungen mit mehr als 100 Betten haben zusätzlich jährlich getrennte Angaben zu Teil II „Diagnosen“ zu machen.

Um Zusatzaufwand in den Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung zu vermeiden, sollen die Patientendaten möglichst maschinell der vorhandenen Basisdokumentation bzw. den verschiedenen Unterlagen der Patientendatenverwaltung entnommen werden.

Bei den Eintragungen sind Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben sicherzustellen. Die allgemeinen Grundsätze für die Dokumentation und Qualitätskontrolle der Daten, wie sie der „Leitfaden zur Medizinischen Basisdokumentation nach § 301 SGB V“ enthält, sind zu berücksichtigen. Bitte achten Sie darauf, dass die **hier** nachgewiesene Anzahl der entlassenen stationären Patienten/Patientinnen einschließlich Sterbefälle mit den Angaben zu Teil I Grunddaten („2 Krankenbetten, Pflegetage und Patientenbewegung“, Spalte 8 und Spalte 10) übereinstimmt.

Die Erhebungsmerkmale je Patient/Patientin können dem Statistischen Landesamt als ASCII oder als XML-Datei übermittelt werden. Folgendes ist dabei zu beachten:

ASCII: Datensätze müssen entsprechend der beigefügten Datensatzbeschreibung erstellt werden. Die Satzlänge beträgt konstant 100 Zeichen. Jeder Datensatz ist mit einem RETURN abzuschließen.

XML: Die Liefervereinbarungen finden Sie unter www.statspez.de/core/Liefervereinbarungen/#evas23.

Die jeweiligen Dateien sollten die 4-stellige Krankenhausnummer als Namen erhalten.

Die Daten können dann mit 3½ Zoll Diskette oder CD-ROM dem Statistischen Landesamt zugesendet werden. Informationen über einen sicheren Upload der Dateien, so dass auf eine Übersendung der Datenträger verzichtet werden kann, erhalten Sie beim zuständigen Statistischen Landesamt.

Falls eine maschinelle Bereitstellung der Daten nicht möglich ist, sind die Angaben pro Patient/Patientin in einen eigenen Fragebogen manuell einzutragen. Die Fragebogen erhalten Sie bei Ihrem Statistischen Landesamt.

Damit eine Zuordnung der beiden Erhebungsteile I und II (Grunddaten und Diagnosen) je Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung erfolgen kann, muss darauf geachtet werden, dass auf den verschiedenen Fragebogen und auf den maschinenlesbaren Datenträgern die gleiche Einrichtungsnummer angegeben ist.

Krankenhausstatistik 2009 – Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen – Teil II: Diagnosen (maschinelle Lieferung)

VR-D

Hinweise zur Bereitstellung

In der Diagnosestatistik der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen werden alle diejenigen im Jahr 2009 entlassenen vollstationär behandelten Patienten/Patientinnen (einschließlich Sterbefälle) nachgewiesen, ohne solche, bei denen keine medizinische Indikation bestand (z. B. Hotel-/Wellnesspatienten). Nicht nachgewiesen werden teilstationär behandelte Patienten/Patientinnen sowie Begleitpersonen. Erfasst wird die ununterbrochene vollstationäre Behandlung in der Einrichtung, unabhängig von der Zahl der dabei durchlaufenen Fachabteilungen. Bitte achten Sie darauf, dass die **hier** nachgewiesene Anzahl der entlassenen vollstationären Patienten/Patientinnen einschließlich Sterbefälle mit den Angaben zu Teil I Grunddaten („2 Krankenbetten, Pflegetage und Patientenbewegung“, Spalte 8 und Spalte 10) übereinstimmt.

Erläuterungen zum Datensatz

Die den Erhebungsmerkmalen vorangestellten Nummern beziehen sich jeweils auf die Nummer des Eingabefeldes (EF) in der Datensatzbeschreibung!

[1] **Einrichtungsnummer**

Die Verschlüsselungsnummer für Ihre Einrichtung wird Ihnen vom zuständigen Statistischen Landesamt mitgeteilt und ist auf dem Deckblatt mit den Informationen zur Krankenhausstatistik angegeben. Sie muss hier übernommen werden.

[5] **und** [6] **Zu- und Abgangsdatum**

Als **Zugangsdatum** ist der Aufnahmetag in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung zu erfassen. Als **Abgangsdatum** ist der Entlassungstag aus der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung anzugeben.

Die Angaben zum Zu- und Abgangsdatum dienen in Verbindung mit dem Geburtsdatum der Bestimmung des Alters des Patienten/der Patientin zum Zeitpunkt des Beginns der Behandlung.

Bei mehrfach im Jahr vollstationär behandelten Patienten/Patientinnen ist jeder Aufenthalt als ein Fall zu zählen.

Wird ein Patient/eine Patientin für einen Tag/mehrere Tage beurlaubt, ist ebenfalls nur ein Fall zu zählen.

[7] **Verweildauer**

Für die Verweildauer geben Sie bitte die Anzahl der Pflegetage an.

[8] **Sterbefall**

Hier ist anzugeben, ob der/die vollstationär behandelte Patient/Patientin während des Aufenthaltes in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung verstorben ist.

[9] **Hauptdiagnose**

Die Hauptdiagnose soll gemäß den Deutschen Kodierrichtlinien angegeben werden.

Die **Hauptdiagnose** wird definiert als die Diagnose, die nach Analyse als diejenige festgestellt wurde, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Aufenthalts des Patienten verantwortlich ist. Der Begriff „nach Analyse“ bezeichnet die Evaluation der Befunde am Ende des stationären Aufenthalts.

Die Hauptdiagnose ist entsprechend der **Internationalen Statistischen Klassifikation der Krankheiten- und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision GM (German Modification)** in der jeweils für das Erhebungsjahr gültigen Version zu melden. Unberücksichtigt bleiben Angaben aus dem Kapitel XX (Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität, V01-Y98).

Die Hauptdiagnose ist bis auf die in der ICD-10-GM vorgesehenen Ausnahmen grundsätzlich **vierstellig** und ohne den Trennpunkt anzugeben (Beispiel: C18.7 Bösartige Neubildung: Colon sigmoideum = C187).

Nichtkranke Zustände werden nach dem Kapitel XXI „Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen“ verschlüsselt.

Auf die Angabe einer fünften Stelle wird verzichtet. Die Zusatzkennzeichen sind **nicht** Bestandteil der Erhebung.

Die im Datensatz enthaltenen Reservefelder sind für eine möglicherweise zukünftige Erhebung einer **fünften Stelle** der Hauptdiagnose oder die Erhebung von **Zusatzkennzeichen** für die Dokumentation der Diagnosesicherheit und/oder Seitenlokalisation vorgesehen.

[11] **Fachabteilung mit der längsten Verweildauer**

Fachabteilungen sind organisatorisch abgrenzbare, von Ärzten/Ärztinnen ständig verantwortlich geleitete Abteilungen mit für den jeweiligen Fachbereich typischen Behandlungseinrichtungen. Die Fachabteilungsgliederung orientiert sich an der Gebiets- und Schwerpunktbezeichnung der Ärzte. Ausnahmen stellen die Fachabteilungen Geriatrie und Sucht dar.

In einer nach Fachabteilungen gegliederten Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung sind die entsprechenden Organisationseinheiten einer der aufgeführten Fachabteilungen zuzuordnen.

Hier ist der Signierschlüssel jener Fachabteilung einzutragen, in welcher der Patient/die Patientin während seines/ihres Aufenthaltes am längsten gelegen hat. Das Schlüsselverzeichnis ist nachstehend abgedruckt. Bitte verwenden Sie ausschließlich die von uns vorgegebenen Schlüssel.

Sind einzelne Fachabteilungen der Einrichtung nicht in selbstständige Fachrichtungen/Fachbereiche untergliedert, ist für die Fachabteilung mit der längsten Verweildauer die jeweilige mit 9 endende Schlüsselnummer für "Nicht untergliedertes Fachgebiet ... sowie sonstige ..." anzugeben.

Maßgeblich für die Zuordnung ist die Dauer des Aufenthaltes in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung und nicht der Schwerpunkt der erbrachten medizinischen Leistungen.

[20] **Postleitzahl**

Hier ist die Postleitzahl der Wohngemeinde anzugeben, in der der Patient/die Patientin seinen/ihren ständigen Wohnsitz hat.

Bei Patienten/Patientinnen mit ständigem Wohnsitz im Ausland darf keine Eintragung erfolgen.

[21] **Wohnort**

Als **Wohnort** ist die Wohngemeinde anzugeben, in der der Patient/die Patientin seinen/ihren ständigen Wohnsitz hat.

Für Patienten/Patientinnen, die in den Stadtstaaten Hamburg, Bremen und Berlin wohnen, ist auch der Stadtteil einzutragen.

Bei Patienten/Patientinnen mit ständigem Wohnsitz im Ausland ist nur der Name des ausländischen Staates einzusetzen; hierbei sollte der Name durch ein führendes *-Zeichen markiert werden. Anstelle des Namens des jeweiligen Landes in seiner offiziellen Schreibweise kann dabei das international einheitliche Nationalitätskennzeichen angegeben werden.

Als Wohnort nichtsesshafter Patienten/Patientinnen ist der Sitz (Gemeinde) der behandelnden Einrichtung einzutragen.

Um eine automatische Umsetzung der Postleitzahl und des Gemeindenamens in die amtliche Schlüsselnummer vornehmen zu können, muss darauf geachtet werden, dass

- nur der amtliche Name der Wohngemeinde und
- keine Abkürzungen von Gemeindenamen verwendet werden. Reicht der vorhandene Platz nicht aus, so ist der Name der Gemeinde soweit wie möglich auszuschreiben und erst am Schluss abzukürzen.

Vorsorge- bzw. Rehabilitationseinrichtungen, die über Software zur Umsetzung der Postleitzahl und des Gemeindenamens in die amtliche Schlüsselnummer verfügen, bitten wir, verschlüsselte Angaben zum Wohnort des Patienten/der Patientin zu übermitteln.

[22] **Gemeindeschlüssel**

Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, die die Postleitzahl und die Wohngemeinde in die amtliche Schlüsselnummer umsetzen wollen, können hier die verschlüsselten Angaben zum Wohnort des Patienten/der Patientin eintragen.

Wir bedanken uns sehr herzlich für Ihre Mitarbeit.

Schlüssel der Fachabteilungen

Bitte verwenden Sie ausschließlich die von uns vorgegebenen Schlüssel des nachstehenden Schlüsselverzeichnisses

030 Allgemeinmedizin

190 Frauenheilkunde und Geburtshilfe

250 Haut- und Geschlechtskrankheiten

Innere Medizin

311 Angiologie

313 Endokrinologie

316 Gastroenterologie

319 Hämatologie und internistische Onkologie

323 Kardiologie

329 Nephrologie

332 Pneumologie

333 Rheumatologie

339 Nicht untergliedertes Fachgebiet „Innere Medizin“ sowie „Sonstige und allgemeine Innere Medizin“

340 Geriatrie

360 Kinderheilkunde

570 Neurologie

Orthopädie

693 Rheumatologie (Orthopädie)

699 Nicht untergliedertes Fachgebiet „Orthopädie“ sowie „Sonstige und allgemeine Orthopädie“

770 Physikalische und Rehabilitative Medizin

Psychiatrie und Psychotherapie

821 Sucht

829 Nicht untergliedertes Fachgebiet „Psychiatrie/Psychotherapie“ sowie „Sonstige und allgemeine Psychiatrie/Psychotherapie“

830 Psychotherapeutische Medizin

930 Sonstige Fachbereiche bzw. Einrichtung ohne abgegrenzte Fachabteilungen

Statistisches Bundesamt
- Maschinelle Aufbereitung -

Datensatzbeschreibung

Aufgabengebiet: Krankenhausstatistik

Teil II: Diagnosen

Datensatz-Nr./ -Name: ASP-B-KU-302-08 Datensatz-Nr. / - name lt. Ersteller:

Materialbezeichnung(en) KU301 KU302 KU305 KU310

ggf. Sortierung:

(Archivmaterial)

Bemerkungen: Erfassungs-/Liefersatz der Krankenhäuser, Satzart 9

Mit "***" gekennzeichnete Wertfelder enthalten

bei REHA-Einrichtungen keine Werte

Blatt Nr. 1 von 2

Datum: 20.02.2008

Stand: 16.01.2007

Bearbeiter: Krichbaum

Land: StBA

Berichtszeitraum:

ab 2008

Satzformat: F

Satztyp 2):

Satzlänge in Bytes:

100

Feldbez. EF - Nr.	Satzstellen von	-	bis	Anzahl	Feldformat 1) allg.	Intern	Inhalt / Bemerkungen
EF1	1	-	6	6			Nummer des Krankenhauses bzw. der Rehaeinrichtung
EF1U1	1	-	2	2	C	ALN	Land
EF1U2	3	-	6	4	C	ALN	Nummer
EF2	7			1	C	ALN	Satzart 9
EF3	8			1	C	ALN	Geschlecht 1 männlich 2 weiblich
EF4	9	-	14	6			Geburtsmonat/-jahr
EF4U1	9	-	10	2	C	ALN	- Monat
EF4U2	11	-	14	4	C	ALN	- Jahr
EF5	15	-	22	8			Zugangsdatum
EF5U1	15	-	16	2	C	ALN	- Tag
EF5U2	17	-	18	2	C	ALN	- Monat
EF5U3	19	-	22	4	C	ALN	- Jahr
EF6	23	-	30	8			Abgangsdatum
EF6U1	23	-	24	2	C	ALN	- Tag
EF6U2	25	-	26	2	C	ALN	- Monat
EF6U3	27	-	30	4	C	ALN	- Jahr
EF7	31	-	34	4	C	ALN	Verweildauer
EF8	35			1	C	ALN	Sterbefall 1 ja / 2 nein
EF9	36	-	41	6			Hauptdiagnose nach - ICD-Schlüssel
EF9UG1	36	-	39	4			-- 4 Steller
EF9U1	36	-	38	3	C	ALN	-- 3 Steller
EF9U2	39			1	C	ALN	-- 4.Stelle
EF9U3	40	-	41	2	C	ALN	-- Reserve für Zusatzkennzeichnungen
EF10	42			1	C	ALN	Operation im Zusammenhang mit der Hauptdiagnose *** 1 ja / 2 nein
EF11	43	-	45	3	C	ALN	Fachabteilung mit der längsten Verweildauer Krankenhäuser 120,153,163,166,167,169,193,196,199,220,250,263, 269,311,313,316,319,323,329,332,333,339,340,350, 363,366,369,390,510,540,570,630,693,699,800, 820,821,830,870,900,930 Reha-Einrichtungen 030,190,250,311,313,316,319,323,329,332,333,339, 340,360,579,693,699,770,821,829,830,930

1) ALN = alphanumerisch, NOV = numerisch ohne Vorzeichen, NMV = numerisch mit Vorzeichen, GEP = gepackt, GLD = Gleitkomma
X = hexadezimal, PO = gepackt ohne Vorzeichen, C = charakter (Zeichen), P = gepackt
2) leer = normaler Datensatz, V = Vorlaufinformation, S = Sonderfall, A = ASP- Beschreibung

Statistisches Bundesamt
- Maschinelle Aufbereitung -

Datensatzbeschreibung

Aufgabengebiet: Krankenhausstatistik

Teil II: Diagnosen

Datensatz-Nr./ -Name: ASP-B-KU-302-08 **Datensatz-Nr. / - name lt. Ersteller:**

Materialbezeichnung(en) KU301 KU302 KU305 KU310

ggf. Sortierung:

(Archivmaterial)

Bemerkungen: Erfassungs-/Liefersatz der Krankenhäuser, Satzart 9

Mit "***" gekennzeichnete Wertfelder enthalten

bei REHA-Einrichtungen keine Werte

Blatt Nr. 2 **von** 2

Datum: 20.02.2008

Stand: 16.01.2007

Bearbeiter: Krichbaum

Land: StBA

Berichtszeitraum:

ab 2008

Satzformat: F

Satztyp 2):

Satzlänge in Bytes:

100

Feldbez. EF - Nr.	Satzstellen von	-	bis	Anzahl	Feldformat 1) allg.	Intern	Inhalt / Bemerkungen
							Wohnort des Patienten
EF20	46	-	50	5	C	ALN	Postleitzahl (leer bei Wohnsitz im Ausland)
EF21	51	-	85	35	C	ALN	Ortsname oder Herkunftstland 1. Stelle "*" bei Wohnsitz im Ausland
							Regionalangaben des Patientenwohnortes
EF22	86	-	94	9			Gemeinde (Land,Reg.Bez.,Kreis,Gemeinde)
EF22UG1	86	-	91	6			Untergruppe1: Kreis (Land,Reg.Bez.,Kreis)
EF22UG2	86	-	89	4			Untergruppe2: Regierungsbezirk (Land,Reg.Bez.)
EF22U1	86	-	88	3	C	ALN	Land (Bundesländer mit führender "0")
EF22U2	89			1	C	ALN	Regierungsbezirk
EF22U3	90	-	91	2	C	ALN	Kreis
EF22U4	92	-	94	3	C	ALN	Gemeinde
EF23	95	-	100	6	C	ALN	Reserve

1) ALN = alphanumerisch, NOV = numerisch ohne Vorzeichen, NMV = numerisch mit Vorzeichen, GEP = gepackt, GLD = Gleitkomma
X = hexadezimal, PO = gepackt ohne Vorzeichen, C = charakter (Zeichen), P = gepackt
2) leer = normaler Datensatz, V = Vorlaufinformation, S = Sonderfall, A = ASP- Beschreibung