

# Diagnosen der Krankenhauspatientinnen und -patienten



2022

Erscheinungsfolge: jährlich  
Erschienen am 25/10/2023

Ihr Kontakt zu uns:  
[www.destatis.de/kontakt](http://www.destatis.de/kontakt)  
Telefon: +49 (0)611 75-2405

Herausgeber: Statistisches Bundesamt (Destatis)

[www.destatis.de](http://www.destatis.de)

Ihr Kontakt zu uns:

[www.destatis.de/kontakt](http://www.destatis.de/kontakt)

Zentraler Auskunftsdienst:

Tel.: +49 611 75 2405

Titel

© Caviar-Premium Icons by Neway Lau, CreativMarket / eigene Bearbeitung

© nanoline icons by vuuuds, CreativMarket / eigene Bearbeitung

© Statistisches Bundesamt (Destatis), Vervielfältigung und Verbreitung, auch auszugsweise, mit Quellenangabe gestattet.

# Kurzfassung

## 1 Allgemeine Angaben zur Statistik Seite 5

- *Grundgesamtheit*: Vollerhebung von Patientinnen und Patienten, die im Berichtsjahr aus der vollstationären Behandlung eines Krankenhauses entlassen wurden
- *Räumliche Abdeckung*: Deutschland, Gemeindeebene
- *Berichtszeitraum*: 1. Januar bis 31. Dezember
- *Periodizität*: Jährlich
- *Rechtsgrundlagen*: Krankenhausstatistik-Verordnung, Bundesstatistikgesetz

## 2 Inhalte und Nutzerbedarf Seite 6

- *Inhalte der Statistik*: Hauptdiagnosen der Krankenhauspatientinnen und -patienten nach soziodemographischen Merkmalen.
- *Nutzerbedarf*: Informationen über das Morbiditätsgeschehen und die Morbiditätsentwicklung in der stationären Versorgung
- *Nutzerkonsultation*: Nutzerkonferenzen, Rückmeldungen im Rahmen nationaler und internationaler Gremien sowie des Auskunftsdienstes

## 3 Methodik Seite 7

- *Konzept der Datengewinnung*: Seit 2013 verpflichtende Datenlieferung auf elektronischem Weg.
- *Durchführung der Datengewinnung*: Online-Meldeverfahren eSTATISTIK.core

## 4 Genauigkeit und Zuverlässigkeit Seite 7

- *Qualitative Gesamtbewertung der Genauigkeit*: Mögliche Untererfassung in Bezug auf Einrichtungen sowie Patientinnen und Patienten, die im laufenden Berichtsjahr neu hinzukommen, aber nicht an die Statistischen Ämter der Länder gemeldet werden.

## 5 Aktualität und Pünktlichkeit Seite 8

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

## 6 Vergleichbarkeit Seite 8

- *Räumlich*: Innerhalb Deutschlands und international gewährleistet durch Verschlüsselung der Hauptdiagnose nach ICD
- *Zeitlich*: Die Vergleichbarkeit ist grundsätzlich gewährleistet und unterliegt ausschließlich den Veränderungen der Klassifikationen bzw. Kataloge.

## 7 Kohärenz Seite 9

- *Statistikübergreifend*: Ist (mit Einschränkungen) zu den Grunddaten der Krankenhäuser und zur Fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik (DRG-Statistik) gegeben
- *Input für andere Statistiken*: Gesundheitsbezogene Rechensysteme auf nationaler und internationaler Ebene, Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen

## 8 Verbreitung und Kommunikation Seite 9

- *Verbreitungswege*: Tiefgegliederte Daten zu den Hauptdiagnosen, Datenbankangebote unter [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de) und GENESIS-online

## 9 Sonstige fachstatistische Hinweise

Seite 10

- Keine

# 1 Allgemeine Angaben zur Statistik

## 1.1 Grundgesamtheit

Bei der Krankenhausdiagnosestatistik handelt es sich um eine jährliche Vollerhebung von Patientinnen und Patienten, die im Berichtsjahr aus der vollstationären Behandlung eines Krankenhauses entlassen wurden.

Sie erstreckt sich auf alle Krankenhäuser nach § 1 Abs. 3 Nr. 1 KHStatV. Ausgeschlossen sind Krankenhäuser im Straf- oder Maßregelvollzug und Polizeikrankenhäuser. Bundeswehrkrankenhäuser sind nur, soweit sie Leistungen für Zivilpatientinnen und -patienten erbringen, einbezogen. Maßgeblich für die statistische Erfassung einer Einrichtung ist die Wirtschaftseinheit. Darunter wird jede organisatorische Einheit verstanden, die unter einheitlicher Verwaltung steht und für die auf Grundlage der kaufmännischen Buchführung ein Jahresabschluss erstellt wird. Ein Krankenhaus als Wirtschaftseinheit kann zudem mehrere selbstständig geleitete Fachabteilungen oder Fachkliniken umfassen. Patienten in Krankenhäusern, die innerhalb des Erhebungsjahres oder zwischen dem Erhebungsstichtag und dem Meldetermin schließen, können in der Statistik u. U. nicht erfasst werden.

## 1.2 Statistische Einheiten (Darstellungs- und Erhebungseinheiten)

Krankenhäuser nach § 1 KHStatV und behandelte Patientinnen und Patienten (Fälle).

## 1.3 Räumliche Abdeckung

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

## 1.4 Berichtszeitraum/-zeitpunkt

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

## 1.5 Periodizität

Jährlich seit 1993.

## 1.6 Rechtsgrundlagen und andere Vereinbarungen

Verordnung über die Bundesstatistik für Krankenhäuser (Krankenhausstatistik-Verordnung - KHStatV) in Verbindung mit dem Bundesstatistikgesetz (BStatG) in der im Berichtsjahr geltenden Fassung (<https://www.gesetze-im-internet.de/>). Grundlage für die Erhebung der Diagnosedaten sind die Angaben zu § 3 Satz 1 Nr. 14 KHStatV. Für die Erhebung besteht Auskunftspflicht gemäß § 6 KHStatV in Verbindung mit § 15 BStatG.

## 1.7 Geheimhaltung

### 1.7.1 Geheimhaltungsvorschriften

Die erhobenen Einzelangaben werden grundsätzlich nach § 16 BStatG 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 nur mit einem unverhältnismäßig großen Aufwand an Zeit, Kosten und Arbeitskraft dem Befragten oder Betroffenen zugeordnet werden können (faktisch anonymisierte Einzelangaben). Die Pflicht zur Geheimhaltung besteht auch für Personen, die Empfänger von Einzelangaben sind.

Nach § 7 Abs. 1 KHStatV ist die Übermittlung von Tabellen mit statistischen Ergebnissen, auch soweit Tabellenfelder nur einen einzigen Fall ausweisen, an die fachlich zuständigen obersten Bundes- und Landesbehörden nach § 16 Abs. 4 BStatG zulässig. Dies gilt nicht für diagnosebezogene Daten nach § 3 Satz 1 Nr. 14 KHStatV, soweit diese differenzierter als auf Kreisebene ausgewiesen werden. Ferner sind die Statistischen Landesämter nach § 7 Abs. 2 KHStatV berechtigt, mit Zustimmung der Krankenhäuser für Zwecke der Krankenhausplanung Tabellen mit diagnosebezogenen Daten nach § 3 Satz 1 Nr. 14 KHStatV für einzelne Krankenhäuser zu übermitteln, wenn nicht mehr als die Hauptdiagnose, gegliedert nach Altersgruppen, in Verbindung mit Patientenzahl und Verweildauer verbunden werden. Das Gleiche gilt bei Einzugsgebietsstatistiken, bei denen die Postleitzahl und der Wohnort, in Stadtstaaten zusätzlich die Stadtteile, mit Fachabteilung, Hauptdiagnose und Patientenzahl verbunden werden darf.

### 1.7.2 Geheimhaltungsverfahren

Ein Personenbezug ist nur dann herstellbar, wenn für alle weiblichen bzw. für alle männlichen Patienten einer Altersgruppe eine einzige Diagnose nachgewiesen wird. Nur in diesen Fällen ist es möglich, mit Hilfe der Statistik die Hauptdiagnose einer Person aufzudecken, deren Name, Geschlecht und Alter aus einer anderen Quelle bekannt sind. Dies muss auch bei Feldbesetzungen größer als "Eins" oder "Zwei" erfolgen. Bei diesen Fälle wird die Hauptdiagnose dann auf "unbekannt" gesetzt.

© Statistisches Bundesamt (Destatis), 2023

Vervielfältigung und Verbreitung, auch auszugsweise, mit Quellenangabe gestattet.

## 1.8 Qualitätsmanagement

### 1.8.1 Qualitätssicherung

Umfangreiche Maßnahmen zur Qualitätssicherung erfolgen durch die statistischen Ämter der Länder mit Hilfe von aufwändigen Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen bei der Datenaufbereitung mit einer entsprechenden regelmäßigen Anpassung und Weiterentwicklung der Verfahren.

### 1.8.2 Qualitätsbewertung

Durch umfassende Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen sowie die in über 25 Jahren erworbene Routine in der Berichterstattung ist von einer hohen Datenqualität auszugehen.

## 2 Inhalte und Nutzerbedarf

### 2.1 Inhalte der Statistik

#### 2.1.1 Inhaltliche Schwerpunkte der Statistik

Neben der Erkrankungsart, Zu- und Abgangsdatum, Verweildauer und Fachabteilung werden soziodemographische Merkmale der Patientinnen und Patienten (z. B. Geschlecht, Geburtsmonat und -jahr, Postleitzahl und Wohnort) erhoben.

#### 2.1.2 Klassifikationssysteme

Für die Hauptdiagnosen der Patientinnen und Patienten wird die ICD-10 - Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision - verwendet, und zwar in Form der "German Modification" in der jeweils für das Erhebungsjahr gültigen Fassung.

#### 2.1.3 Statistische Konzepte und Definitionen

Die statistischen Hauptmerkmale der Krankenhausdiagnosestatistik sind:

- Vollstationäre Patientinnen und Patienten (Fälle)
- Sterbefälle
- Geschlecht
- Geburtsmonat und -jahr
- Postleitzahl
- Wohnort
- Behandlungsort
- Erkrankungsart (Hauptdiagnose)
- Zu- und Abgangsdatum
- Fachabteilung mit der längsten Verweildauer

### 2.2 Nutzerbedarf

Die Ergebnisse 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 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.

Neben verschiedenen internationalen Institutionen (Europäische Kommission, Eurostat, OECD, WHO) nutzen vor allem die Gesundheits- und Sozialministerien des Bundes und der Länder, Spitzen- und Landesverbände der gemeinsamen Selbstverwaltung im Gesundheitswesen, wissenschaftliche Einrichtungen und Institute, Unternehmensberatungsgesellschaften, Medien und die interessierte Öffentlichkeit die Daten.

### 2.3 Nutzerkonsultation

Die Einbeziehung von Nutzern geschieht über verschiedene Wege: Die Daten der im Internet abgerufenen Zahlen werden hinsichtlich ihrer Schwerpunkte ausgewertet. Unmittelbare Rückmeldungen gibt es durch den direkten Kontakt zu den Datennutzern über den Auskunftsdienst. Weiterhin erfolgt sowohl national als auch international u.

a. im Rahmen institutionalisierter Gremien, Arbeitsgruppen und Fachkreise eine enge Zusammenarbeit. Darüber hinaus finden in unregelmäßigen Abständen Fachausschusssitzungen und Nutzerkonferenzen statt.

## 3 Methodik

### 3.1 Konzept der Datengewinnung

Nach § 11a Bundesstatistikgesetz sind alle Betriebe und Unternehmen gesetzlich verpflichtet, ihre Angaben auf elektronischem Weg an die statistischen Ämter zu übermitteln. Hierzu sind die von den statistischen Ämtern zur Verfügung gestellten Online-Verfahren zu nutzen.

Mit dem Online-Meldeverfahren eSTATISTIK.core ist eine automatisierte Datengewinnung und Datenübermittlung an die Statistischen Ämter möglich.

### 3.2 Vorbereitung und Durchführung der Datengewinnung

Die Liefervereinbarungen für XML-Datenlieferungen sind in der Erhebungsdatenbank der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder unter <https://erhebungsdatenbank.estatistik.de> eingestellt.

Mit der Nutzung von eSTATISTIK.core steht auch die eSTATISTIK.core-Webanwendung zur Verfügung, mit der CSV-Dateien im eSTATISTIK.core-Portal hochgeladen werden können, ohne zuvor eine XML-Datei zu generieren. Die Informationen zur Struktur der CSV-Dateien sind ebenfalls in der Erhebungsdatenbank der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder eingestellt.

### 3.3 Datenaufbereitung (einschl. Hochrechnung)

In den Landesämtern für Statistik werden die Einzeldaten auf Fehler, Qualität und Plausibilität geprüft. Grundsätzlich wird bei fehlenden oder unplausiblen Angaben bei den Auskunftgebenden nachgefragt. Unvollständige Datumsangaben, die nicht durch Nachfrage ermittelt werden können, werden mit umfangreichen maschinellen Korrekturen durch die wahrscheinlichsten Ergebnissen ersetzt.

Die Daten werden im Rahmen der Aufbereitung und Plausibilisierung in eine einheitliche Datenstruktur gebracht, auf deren Basis Tabellen und aggregierte Datensätze zur Ergebnisdarstellung erzeugt werden.

Anschließend werden aggregierte Landesdatensätze an das Statistische Bundesamt gesandt und dort zu einem Bundesergebnis zusammengefügt.

### 3.4 Preis- und Saisonbereinigung; andere Analyseverfahren

Eine Preis- und Saisonbereinigung/andere Analyseverfahren findet nicht statt.

### 3.5 Beantwortungsaufwand

Die Belastung hängt vor allem von der Zahl der Patienten und Patientinnen ab, sowie vom Umfang des Einsatzes von DV-Technik. Pro Patientin/Patient werden zehn Merkmale erhoben.

## 4 Genauigkeit und Zuverlässigkeit

### 4.1 Qualitative Gesamtbewertung der Genauigkeit

Da es sich um eine Vollerhebung handelt, können nur nicht-stichprobenbedingte Fehler auftreten. 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 Krankenhäuser nicht an die Statistischen Ämter der Länder gemeldet werden. Darüber hinaus können Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern, 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 Patientinnen und Patienten die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD) zu Grunde. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) gibt die deutsche Version dieser Klassifikation heraus. Daneben stellt das BfArM 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 im Krankenhaus erfolgt und bereits dort Fehler auftreten können. Dadurch, dass die Angabe der Hauptdiagnose für die Krankenhäuser 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 zueinander passen.

## 4.2 Stichprobenbedingte Fehler

Da es sich um eine Vollerhebung handelt, können keine stichprobenbedingten Fehler auftreten.

## 4.3 Nicht-Stichprobenbedingte Fehler

- Verzerrungen durch Antwortausfälle auf Ebene der Einheiten (Unit-Non-Response)

Trotz intensiver Recherchen können Fehler, die durch eine falsche oder unvollständige Erfassungsgrundlage bedingt sind, nicht völlig ausgeschlossen werden. Eine Meldung über neu eröffnete Krankenhäuser z. B. seitens der Gesundheitsbehörden erfolgt grundsätzlich nicht. In einigen Ländern informieren die zuständigen Krankenhausplanungsbehörden über alle Veränderungen bei den Plankrankenhäusern, und zwar über den von ihnen zu erstellenden Krankenhausplan für das jeweilige Bundesland. Informationen über Nicht-Plankrankenhäuser können nur über Recherchen und Abfragen bei verschiedenen Institutionen (z. B. Gesundheits- und Gewerbeämter) gewonnen werden. Darüber hinaus können Patienten in Krankenhäusern, die innerhalb des Erhebungsjahres oder zwischen dem Erhebungsstichtag und dem Meldetermin schließen, nicht in der Statistik enthalten sein. Sofern Krankenhäuser in der Erfassungsgrundlage fehlen, sind auch die dort aus der vollstationären Behandlung entlassenen Patienten und Patientinnen nicht enthalten.

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

Antwortausfälle auf Ebene der Krankenhäuser sind nicht bekannt. Auf Ebene der Erhebungseinheiten (Patientinnen und Patienten) kommt es in einigen Krankenhäusern zu Antwortausfällen, die u. a. aus technischen Problemen bei der Erstellung der Diagnosedatei resultieren. Verglichen mit der Anzahl der Entlassungen in den Grunddaten der Krankenhäuser gibt es in der Diagnosestatistik Abweichungen in Form von Unter- und Übererfassungen, die jedoch nie mehr als 1 % betragen.

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. Sollten diese Daten nicht im Rahmen der Aufbereitung (vgl. 3.2) ergänzt werden können, wird der Wert auf "unbekannt" gesetzt.

Bspw. beträgt der Anteil unbekannter Hauptdiagnosen durchschnittlich weniger als 0,1%.

## 4.4 Revisionen

### 4.4.1 Revisionsgrundsätze

Vorläufige Ergebnisse werden nicht veröffentlicht. Dadurch entsteht kein Revisionsbedarf.

### 4.4.2 Revisionsverfahren

s. 4.4.1

### 4.4.3 Revisionsanalysen

s. 4.4.1

## 5 Aktualität und Pünktlichkeit

### 5.1 Aktualität

Die Befragten berichten bis zum 1. April des dem Berichtsjahr folgenden Jahres. Endgültige tief gegliederte Ergebnisse stehen in der Regel Ende November zur Verfügung.

### 5.2 Pünktlichkeit

Terminüberschreitungen sind selten. Lieferverzögerungen eines einzelnen Bundeslandes wirken sich auf die Veröffentlichung des Bundesergebnisses aus.

## 6 Vergleichbarkeit

### 6.1 Räumliche Vergleichbarkeit

Maßgeblich für die statistische Erfassung der Hauptdiagnose der Patientinnen und Patienten 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. Innerhalb Deutschlands sind die Daten uneingeschränkt vergleichbar.

## 6.2 Zeitliche Vergleichbarkeit

Bis einschließlich 1999 galt die neunte Revision der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD). Seit 2000 ist deren zehnte Revision gültig. Anhand einer standardisierten europäischen Diagnosenkurzliste ist eine Überleitung der alten in die neuen Diagnoseschlüssel für ausgewählte Hauptdiagnosen möglich. Dadurch sind zeitliche Vergleiche bezogen auf diese Diagnosen möglich. Die ICD wird permanent weiterentwickelt, so dass auch die zehnte Revision der ICD unterschiedliche Versionen aufweist. Maßgeblich ist die jeweils im Berichtsjahr gültige Version der ICD.

## 7 Kohärenz

### 7.1 Statistikübergreifende Kohärenz

Einige Merkmale der Diagnosen der Krankenhauspatienten werden auch in den Grunddaten der Krankenhäuser 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. Aber auch bei einem Vergleich mit den im Berichtsjahr entlassenen Patienten und Patientinnen in den Grunddaten gibt es leichte Abweichungen (+/- 1%), die jedoch die Aussagekraft beider Statistiken nicht beeinflusst.

Des Weiteren unterscheidet sich die Summe der Berechnungs- und Belegungstage 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 Berechnungs- und Belegungstage. 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 Patientinnen und Patienten und deren Anzahl. In den Grunddaten wird sie als Quotient aus den im Berichtsjahr erbrachten Berechnungs- und Belegungstagen und der Fallzahl berechnet.

Eine der Diagnosestatistik bedingt vergleichbare Statistik ist die des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhausbereich (InEK). Mit der Einführung eines pauschalierten Entgeltsystems im Krankenhausbereich ab 2004 werden Daten nach § 21 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) erhoben (Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik)). Abweichungen sind vor allem darauf zurückzuführen, dass bei der DRG-Statistik im Unterschied zu den Grund- und Diagnosedaten der amtlichen Krankenhausstatistik keine Einrichtungen und Patienten enthalten sind, die außerhalb des Geltungsbereichs des DRG-Entgeltsystems liegen. Dies sind vor allem psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen bzw. psychiatrisch und psychosomatisch behandelte Patientinnen und Patienten; sie werden im Rahmen der PEPP-Statistik (Pauschalierendes Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik) nachgewiesen. Die PEPP-Statistik wurde erstmalig mit dem Berichtsjahr 2018 veröffentlicht. Ebenfalls nicht enthalten sind Patientinnen und Patienten, deren Behandlung über die Gesetzliche Unfallversicherung abgerechnet wird. Insofern sind diese Statistiken nur bedingt vergleichbar und vielmehr als gegenseitige Ergänzung zu betrachten.

### 7.2 Statistikinterne Kohärenz

Die Statistik ist intern kohärent.

### 7.3 Input für andere Statistiken

Die Diagnosen der Krankenhauspatienten 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 Gesamtrechnungen.

## 8 Verbreitung und Kommunikation

### 8.1 Verbreitungswege

Pressemitteilungen

Es werden unregelmäßig anlassbezogene Pressemitteilungen veröffentlicht.

Veröffentlichungen

Die wichtigsten Ergebnisse der Erhebung wurden bis einschließlich 2016 jährlich in der Fachserie 12 Reihe 6.2.1 im Publikationsservice des Statistischen Bundesamtes veröffentlicht. Ebenfalls dort stehen tiefgegliederte Diagnosedaten der Krankenhauspatienten in Datensatzstruktur zur Verfügung.

In der Statistischen Bibliothek des Statistischen Bundesamtes stehen die "Tiefgegliederte Diagnosedaten der Krankenhauspatientinnen und -patienten" zum kostenlosen Download zur Verfügung:  
[https://www.statistischebibliothek.de/mir/receive/DESerie\\_mods\\_00000950](https://www.statistischebibliothek.de/mir/receive/DESerie_mods_00000950)

Ab dem Berichtsjahr 2022 werden ergänzend zu dem Angebot in der Datenbank GENESIS-Online Statistische Berichte als neues Format in der Rubrik "Publikationen" veröffentlicht. Sie enthalten neben Layout-Tabellen auch maschinenlesbare Datensätze (csv).

#### Online-Datenbank

Zu den Diagnosen der Krankenhauspatientinnen und -patienten stehen im Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung (IS-GBE) sowie in GENESIS-online umfangreiche Daten zur Verfügung.

#### Zugang zu Mikrodaten

Das Forschungsdatenzentrum der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder bietet die Krankenhausdiagnosestatistik in seinem Datenangebot an.

#### Sonstige Verbreitungswege

Keine

## 8.2 Methodenpapiere/Dokumentation der Methodik

Jährliche Veröffentlichung, zuletzt: *Schelhase, Torsten*: Diagnosedaten der Krankenhauspatienten 2020, in: *Klauber/Wasem/Beivers/Mostert* (Hrsg.) Krankenhausreport 2023, Springer, Berlin Heidelberg, S. 381-412

## 8.3 Richtlinien der Verbreitung

#### Veröffentlichungskalender

Ein Veröffentlichungskalender liegt nicht vor.

#### Zugriff auf den Veröffentlichungskalender

s. Angaben zum Veröffentlichungskalender

#### Zugangsmöglichkeiten der Nutzer/-innen

s. Angaben zum Veröffentlichungskalender

## 9 Sonstige fachstatistische Hinweise

Liegen nicht vor.