

Nachfolgend abgedruckt
die Verordnung über die Bundesstatistik für Krankenhäuser
(Krankenhausstatistik-Verordnung – KHStatV)
vom 10. April 1990

Lfd. Nr.	Verordnung (ändernde)	Fundstelle	Begründung
1.		BGBI. I S. 730 ⁰⁾	BR-Drs. 704/89 (Verordnungsentwurf) siehe Seite 6
2.	Verordnung vom 13.08.2001	BGBI. I S. 2135	BR-Drs. 270/01 siehe Seite 14
3.	Artikel 4 Gesetz vom 15.12.2004	BGBI. I S. 3429	BT-Drs. 15/3672 siehe Seite 21
4.	Artikel 4 b Gesetz vom 17.03.2009	BGBI. I S. 534	
5.	Artikel 1 Verordnung vom 10.07.2017.	BGBI. I S. 2300	BR-Drs. 414/17

Diesem Deckblatt folgt der konsolidierte Gesetzestext¹ und (soweit vorhanden) die historische/n Gesetzesbegründung/en. Der Begründungsteil des Gesamtdokuments wird nicht mehr ergänzt und bezogen auf aktuelle Regelungs-/Änderungsvorhaben durch einen Link (siehe oben) auf die uns bekannte Bundesrats- oder Bundestagsdrucksache² ersetzt.

⁰⁾ In-Kraft getreten mit Wirkung vom 1. Januar 1990, § 3 Nr. 11 bis 13 am 1. Januar 1991 und § 3 Nr. 14 am 1. Januar 1993.

¹ Quelle: www.gesetze-im-internet.de - „Gesetze im Internet“ ist als Datenbank im Sinne der §§ 87a ff. UrhG geschützt. Die Bereitstellung der Daten erfolgt durch die juris GmbH.

² Quelle: Dokumentations- und Informationssystem für Parlamentarische Vorgänge (DIP) - www.bundestag.de.

Verordnung über die Bundesstatistik für Krankenhäuser (Krankenhausstatistik-Verordnung - KHStatV)

KHStatV

Ausfertigungsdatum: 10.04.1990

Vollzitat:

"Krankenhausstatistik-Verordnung vom 10. April 1990 (BGBl. I S. 730), die zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 10. Juli 2017 (BGBl. I S. 2300) geändert worden ist"

Stand: Zuletzt geändert durch Art. 1 V v. 10.7.2017 I 2300

Fußnote

(+++ Textnachweis ab: 1.1.1990 +++)

(+++ V gilt nicht im Beitrittsgebiet vom 3.10.1990 bis zum 31.12.1990 gem. KHG § 21 F. 23.9.1990 +++)

Eingangsformel

Auf Grund des § 28 Abs. 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 23. Dezember 1985 (BGBl. 1986 I S. 33), der durch Artikel 22 Nr. 7 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477) geändert worden ist, verordnet die Bundesregierung:

§ 1 Umfang der Erhebungen, Begriffsbestimmungen

(1) Erhebungen als Bundesstatistik werden durchgeführt über

1. die Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, ihre organisatorischen Einheiten, ihre personelle Besetzung und sachliche Ausstattung sowie ihre Leistungen,
2. die Kosten der Krankenhäuser sowie die Krankenhauspatienten und die Art ihrer Erkrankungen,
3. die Ausbildungsstätten an Krankenhäusern.

(2) Die Erhebungen erstrecken sich nicht auf die in § 3 Nr. 2 und 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Krankenhäuser.

(3) Im Sinne dieser Verordnung sind

1. Krankenhäuser
die Krankenhäuser nach § 2 Nr. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes einschließlich der in den §§ 3 und 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Krankenhäuser, soweit sie zu den Krankenhäusern nach § 107 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gehören,
2. Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen
die Krankenhäuser nach § 2 Nr. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes einschließlich der in den §§ 3 und 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Krankenhäuser und Einrichtungen, soweit sie zu den Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nach § 107 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gehören.

§ 2 Erhebungseinheiten

Erhebungseinheiten sind:

1. Krankenhäuser einschließlich Ausbildungsstätten und zusätzlich ab dem 1. Januar 2020 die Standorte der Krankenhäuser entsprechend dem Verzeichnis nach § 293 Absatz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
2. Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen.

§ 3 Erhebungsmerkmale

Erhebungsmerkmale sind:

1. Art des Krankenhauses oder der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung sowie Art der Trägerschaft,
2. Zulassung nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und Vertrag nach § 111 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder § 111a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder Zulassung nach § 30 der Gewerbeordnung,
3. Betten, gegliedert nach Art der Förderung und Fachabteilung sowie nach Art der Nutzung und Vertragsbestimmung,
4. besondere Einrichtungen nach § 17b Absatz 1 Satz 10 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, gegliedert nach Art und Anzahl der Betten, nach Berechnungs- und Belegungstagen sowie nach der Anzahl der behandelten Fälle,
5. Art und Zahl der medizinisch-technischen Großgeräte,
6. Art und Zahl der Dialyseplätze,
7. Zahl der Plätze für teilstationäre Behandlung während des Tages und der Nacht, gegliedert nach Fachabteilungen, nach besonderen Einrichtungen nach § 17b Absatz 1 Satz 10 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie nach Einrichtungen für Dialysepatientinnen und -patienten,
8. Art der nicht-bettenführenden Fachabteilungen,
9. Art der Arzneimittelversorgung,
10. Art und Zahl der Plätze sowie ihre Besetzung in Ausbildungsstätten für die in § 2 Nummer 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Berufe,
11. ärztliches Personal, gegliedert nach Geschlecht, Geburtsjahr und Beschäftigungsverhältnis, bei hauptamtlichem ärztlichen Personal zusätzlich nach Dienststellung, Gebiets- und Teilgebietsbezeichnung; ferner Belegärztinnen und Belegärzte nach Gebiets- und Teilgebietsbezeichnung und von diesen angestelltes ärztliches Personal nach der Gebiets- und Teilgebietsbezeichnung der anstellenden Belegärztin oder des anstellenden Belegarztes,
12. nichtärztliches Personal, gegliedert nach Geschlecht, Geburtsjahr, Beschäftigungsverhältnis, Funktionsbereich und Berufsbezeichnung, im Pflegedienst auch nach Einsatz in der Psychiatrie, für in Pflegeberufen Ausgebildete zusätzlich nach Art der abgeschlossenen Weiterbildung; ferner Personal der Ausbildungsstätten nach Geschlecht und Beschäftigungsverhältnis sowie Personen in Ausbildung mit oder ohne direktes Beschäftigungsverhältnis bei dem Krankenhaus oder der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung nach Geschlecht und Beschäftigungsverhältnis, zusätzlich für Pflegeberufe nach der Art des Pflegeberufes,
13. ärztliches Personal und nichtärztliches Personal umgerechnet auf Vollkräfte, bei ärztlichem Personal gegliedert nach Gebiets- und Teilgebietsbezeichnung, bei nichtärztlichem Personal gegliedert nach Funktionsbereich, im Pflegedienst auch nach Berufsbezeichnung, Art der abgeschlossenen Weiterbildung und Fachabteilung; hauptamtliches Personal und Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis bei der Einrichtung sind gesondert auszuweisen,
14. aus dem Krankenhaus oder der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung, die über mehr als 100 Betten verfügt, entlassene vollstationär behandelte Patientinnen und Patienten und Sterbefälle, gegliedert nach Geschlecht, Geburtsmonat und -jahr, Postleitzahl und Wohnort, in den Stadtstaaten zusätzlich nach Stadtteil, Zu- und Abgangsdatum, ferner nach im Zeitpunkt der Entlassung bekannter Hauptdiagnose und nach Fachabteilung mit der längsten Verweildauer,
15. vorstationär, nachstationär und teilstationär behandelte Patientinnen und Patienten und teilstationäre Berechnungstage, jeweils gegliedert nach Fachabteilung, nach besonderen Einrichtungen nach § 17b Absatz 1 Satz 10 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie nach Einrichtungen für Dialysepatientinnen und -patienten,
16. Zahl ambulant behandelter Patientinnen und Patienten, gegliedert nach der gesetzlichen Grundlage der Leistungserbringung, bei ambulanten Operationen zusätzlich nach der Zahl der in dem Katalog nach § 115b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Operationen und der Zahl anderer ambulanter Operationen sowie Zahl ambulanter Notfälle,
17. Stufe der Teilnahme an der stationären Notfallversorgung nach § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
18. Art und Zahl der Entbindungen und Geburten,

19. Berechnungs- und Belegungstage, in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen die Pflegetage, sowie Patientenzugang und -abgang einschließlich der Einrichtung, in die entlassen wird, jeweils gegliedert nach Art und Zahl sowie nach Fachabteilung,
20. auf der Grundlage der Krankenhaus-Buchführungsverordnung die Aufwendungen des Krankenhauses nach den Kontenuntergruppen 600 bis 720, 730 bis 742, 781 und 782, nachrichtlich die Zahlungen für Ausbildungsfonds sowie die Höhe der Aufwendungen, die in den vorgenannten Kontenuntergruppen auf Leistungen entfallen, die nicht zu den allgemeinen voll- und teilstationären Krankenhausleistungen gehören (Abzüge), gegliedert nach einzelnen Personal- und Sachkostenarten; soweit die Ermittlung der Abzüge mit unverhältnismäßig hohem Aufwand verbunden ist, sind sie wirklichkeitsnah zu schätzen.

Die Erhebungsmerkmale nach Satz 1 Nummer 3 bis 9 und 14 bis 19 sind ab dem 1. Januar 2020 für Krankenhäuser nach Standorten gegliedert zu erfassen.

§ 4 Hilfsmerkmale

Hilfsmerkmale sind:

1. Name des Krankenhausträgers oder des Trägers der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung,
2. Name und Anschrift des Krankenhauses oder der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung,
3. Name und Anschrift des Eigentümers des Krankenhauses oder der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung,
4. Name und Kontaktdaten der für Rückfragen zur Verfügung stehenden Person,
5. Institutionskennzeichen des Krankenhauses,
6. ab dem 1. Januar 2020 die Standorte des Krankenhauses entsprechend dem Verzeichnis nach § 293 Absatz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

§ 5 Periodizität und Berichtszeitraum

Die Erhebungen werden jährlich durchgeführt. Die Angaben nach § 3 Satz 1 Nummer 1, 2, 5 bis 12 und 17 werden jeweils nach dem Stand vom 31. Dezember eines jeden Kalenderjahres, die Angaben nach § 3 Satz 1 Nummer 3, 4, 13 bis 16 und 18 bis 19 jeweils für das abgelaufene Kalenderjahr, die Angaben nach § 3 Satz 1 Nummer 20 jeweils für das abgelaufene Geschäftsjahr erhoben. Die Angaben nach § 3 Satz 1 Nummer 1 bis 19 sind bis zum 1. April und die Angaben nach § 3 Satz 1 Nummer 20 bis zum 30. Juni des Folgejahres dem zuständigen Statistischen Landesamt zu melden.

§ 6 Auskunftspflicht

(1) Für die Erhebung besteht Auskunftspflicht. Die Angaben zu § 4 Nummer 4 sind freiwillig.

(2) Auskunftspflichtig sind die Träger oder die Eigentümer der Krankenhäuser und der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen.

(3) Folgende Angaben sind zu machen:

1. für die Krankenhäuser: Angaben zu den Erhebungsmerkmalen nach § 3 Satz 1 Nummer 1 bis 20,
2. für die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen: Angaben nach § 3 Satz 1 Nummer 1 bis 3, 5, 11 bis 14 und 19 und
3. für die Krankenhäuser, deren Träger der Bund ist: Angaben zu den Erhebungsmerkmalen nach § 3 Satz 1 Nummer 1 bis 8, 14, 17 und 19, wenn Leistungen für Zivilpatientinnen und Zivilpatienten erbracht werden.

§ 7 Übermittlung, Veröffentlichung

(1) Das Statistische Bundesamt und die Statistischen Landesämter dürfen den fachlich zuständigen obersten Bundes- und Landesbehörden Tabellen mit statistischen Ergebnissen übermitteln für

1. die Verwendung gegenüber den gesetzgebenden Körperschaften und
2. Zwecke der Planung, jedoch nicht für die Regelung von Einzelfällen.

Satz 1 gilt auch, wenn Tabellenfelder nur einen einzigen Fall ausweisen. Für Tabellen mit statistischen Ergebnissen mit diagnosebezogenen Daten nach § 3 Satz 1 Nummer 14 gilt, dass diese nicht Daten unterhalb der Kreisebene ausweisen dürfen.

(2) Die Statistischen Landesämter dürfen den obersten Landesbehörden für Zwecke der Krankenhausplanung Tabellen mit statistischen Ergebnissen nach Absatz 1 Satz 1 mit diagnosebezogenen Daten nach § 3 Satz 1 Nummer 14 für einzelne Krankenhäuser übermitteln, wenn nicht mehr als die folgenden Daten verbunden werden:

1. bei Diagnosestatistiken die Hauptdiagnose, gegliedert nach Altersgruppen, in Verbindung mit Patientenzahl und Verweildauer,
2. bei Einzugsgebietsstatistiken die Postleitzahl und der Wohnort, in Stadtstaaten zusätzlich die Stadtteile, in Verbindung mit Fachabteilung, Hauptdiagnose und Patientenzahl.

(3) Die Statistischen Landesämter sind berechtigt, jährlich ein Verzeichnis mit folgenden Angaben zu veröffentlichen:

1. Name, Anschrift, Träger oder Eigentümer, Art, Fachabteilungen, Standort, Stufe der Teilnahme an der stationären Notfallversorgung nach § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und Bettenzahl von Krankenhäusern,
2. Name, Anschrift, Träger oder Eigentümer, Art, Fachabteilungen und Bettenzahl von Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen.

§ 8 Inkrafttreten

Diese Verordnung tritt vorbehaltlich des Satzes 2 mit Wirkung vom 1. Januar 1990 in Kraft. Es treten § 3 Nr. 11 bis 13 am 1. Januar 1991 und § 3 Nr. 14 am 1. Januar 1993 in Kraft.

Schlußformel

Der Bundesrat hat zugestimmt.

**Begründung zur Verordnung vom 10. April 1990
(BR-Drucks. Nr. 704/89 vom 7. Dezember 1989)**

A Allgemeiner Teil

I. Notwendigkeit einer Krankenhausstatistik-Verordnung

Auf den Krankenhausbereich entfallen etwa ein Drittel der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung. Er beeinflusst daher maßgeblich deren Beitragssatzentwicklung und damit die Lohnnebenkosten der Wirtschaft.

Mit einem Jahresumsatz (einschl. Investitionen), der sich der 60 Mrd. DM-Grenze nähert, sind die Krankenhäuser zudem einer der großen Unternehmensbereiche der Bundesrepublik Deutschland. Ende 1987 gab es im Bundesgebiet 3071 Krankenhäuser mit 673 687 Betten, in denen 12,9 Millionen Patienten stationär behandelt werden. In den Krankenhäusern arbeiten über 840 000 Menschen. Für diesen wichtigen Sektor unserer Volkswirtschaft ist die Datenlage auf Bundesebene sowohl vom Umfang wie auch von der Qualität her unzureichend. Darauf hat auch der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen in seinem Jahresgutachten 1987 hingewiesen; im internationalen Vergleich weise die Bundesrepublik Deutschland bei statistischen Erhebungen im Gesundheitswesen und ihrer politischen Verarbeitung einen erheblichen Rückstand auf. Der Sachverständigenrat fordert deshalb eine genaue Erfassung von allen für die Akutversorgung verwendeten Betten, von Art und Umfang des Volumens der darin versorgten Patienten und des medizinischen Leistungsspektrums.

Die derzeitige Krankenhausstatistik ist eine koordinierte Länderstatistik, bei der die Daten in den verschiedenen Bundesländern uneinheitlich erhoben werden. So sind Erhebungsmerkmale unterschiedlich definiert, es bestehen Lücken in den inhaltlichen Aussagen und die Daten werden in den Ländern nach verschiedenen Aufbereitungs- und Prüfverfahren zusammengeführt. Die Zusammenstellung der Statistik für das Bundesgebiet aus den Länderergebnissen verursacht außerdem gegenwärtig erhebliche Zeitverzögerungen.

Die Datenerhebung für die derzeitige Krankenhausstatistik gründet auf einen Beschluß des Reichsrates vom 17. September 1931 und die §§ 49 und 79 der Dritten Durchführungsverordnung vom 30. März 1935 zum Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens vom 3. Juli 1934.

Die Bundesregierung hält es für notwendig, die Krankenhausstatistik auf eine tragfähige Rechtsgrundlage zu stellen, sie inhaltlich zu verbessern und das Erhebungsverfahren zu vereinfachen. Sie hat daher von der Ermächtigung des § 28 Abs. 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG), der durch Artikel 22 des Gesundheits-Reformgesetzes (GRG) vom 20. Dezember 1988 neugefaßt worden ist (BGBl. I S. 2477), Gebrauch gemacht und mit Beschluß vom 22. Januar 1989 eine entsprechende Krankenhausstatistik-Verordnung dem Bundesrat vorgelegt. Mit Beschluß vom 22. September 1989 hat der Bundesrat dieser Verordnung mit Maßgabe von Änderungsvorschlägen zugestimmt (BR-Drucksache 106/89).

Die vom Bundesrat zu § 7 der Verordnung vorgesehene Befugnis der Statistischen Landesämter, Daten einzelner Krankenhäuser an die für die Krankenhausplanung zuständigen obersten Landesbehörden zu übermitteln (Ziff. 10 des Bundesrats-Beschlusses vom 22. September 1989), ist von der Ermächtigungsnorm in § 28 Abs. 2 Krankenhausfinanzierungsgesetz nicht abgedeckt. Die Übermittlung ist deshalb nur dann rechtlich zulässig, wenn die betroffenen Krankenhäuser gem. § 16 Abs. 1 Ziff. 1 Bundesstatistikgesetz zustimmen. Die Bundesregierung legt eine neue Verordnung vor, in der die vom Bundesrat vorgeschlagene Übermittlungsbefugnis der Statistischen Landesämter dementsprechend an die Zustimmung der Krankenhäuser gebunden wird. Die übrigen Vorschläge des Bundesrats sind uneingeschränkt übernommen worden.

II. Schwerpunkte der Verordnung

Die Krankenhausstatistik-Verordnung unterliegt den Vorschriften des Bundesstatistikgesetzes vom 22. Januar 1987 - BStatG - (BGBl. I S. 462, 565). Insbesondere für Erhebung, Aufbereitung und Weitergabe der Daten sowie die Geheimhaltung von Einzelangaben gelten die dort festgelegten Grundsätze. Eine Übermittlung der Daten an die obersten Bundes- und Landesbehörden ist danach grundsätzlich nur in aggregierter und anonymisierter Form zulässig, soweit nicht die in § 16 BStatG genannten Ausnahmen von der Geheimhaltungspflicht vorliegen.

Nach § 28 Abs. 2 Satz 4 KHG teilen die Träger der nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) zur Krankenhausbehandlung zugelassenen Krankenhäuser die von dieser Statistik umfaßten Sachverhalte gleichzeitig den für die Krankenhausplanung und -finanzierung zuständigen Landesbehörden mit.

Von dieser Verordnung unberührt bleiben die auf Gesetz beruhenden Auskunftspflichten, insbesondere nach § 28 Abs. 1 KHG, oder die im Rahmen der Zuständigkeit der Länder als Landesstatistik angeordneten Erhebungen über Sachverhalte des Gesundheitswesens (§ 28 Abs. 3 KHG).

Ziel der Verordnung ist nicht nur die Schaffung besserer Rechtsgrundlagen einer Statistik für Zwecke des Bundes. Aufgabe ist gemäß § 28 Abs. 2 KHG vielmehr auch, die statistischen Grundlagen für die Aufgaben der Länder und der Pflegesatzparteien im Rahmen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu schaffen, sowie länderübergreifende Vergleichbarkeit sicherzustellen. Folgende wesentliche Verbesserungen sind vorgesehen:

- Durch die organisatorische Umstellung von einer koordinierten Länderstatistik auf eine Bundesstatistik werden die Daten künftig nach einem bundeseinheitlichen Merkmalkatalog und auf der Basis einheitlicher Definitionen erhoben. Einheitliche Prüf- und Verarbeitungsverfahren sowie die zulässige Übermittlung der Daten durch Datenträger ermöglichen, weniger fehleranfällige, kostengünstigere und zeitnähere Statistiken zu erstellen.
- Die Inhalte der Statistik werden entsprechend den Vorgaben des § 28 Abs. 2 KHG an den aktuellen Informationsbedarf angepaßt. Für gesundheitspolitische Entscheidungen und die Aufgabenerfüllung der an der Krankenhausfinanzierung Beteiligten sowie für wissenschaftliche Untersuchungen und für die Gesellschaft werden Grundinformationen bereitgestellt, die die Strukturen des Krankenhausbereichs länderübergreifend für das Bundesgebiet darstellen. Dazu gehört auch die getrennte Darstellung für den Bereich der Krankenhäuser nach § 107 Abs. 1 SGB V und den der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nach § 107 Abs. 2 SGB V.
- Neben einer differenzierten Darstellung von Krankenhausbetten werden zusätzliche Strukturmerkmale ausgewiesen wie z.B. Ausbildungsstätten, Ausstattung mit medizinisch-technischen Geräten, Dialyseplätze sowie Einrichtungen zur Behandlung von Querschnittgelähmten und Schwerbrandverletzten.
- Gegenüber der heutigen Statistik wird die Personalausstattung der Krankenhäuser, die rd. 68 Prozent der pflegesatzfähigen Kosten verursacht, stärker aufgegliedert. Die Darstellung der Teilzeitbeschäftigten und deren Umrechnung in sog. Vollkräfte macht erstmals die tatsächliche Personalausstattung der Krankenhäuser sichtbar.

- Während bisher in der Krankenhausstatistik hauptsächlich die Angebotsseite des Krankenhauses dargestellt wurde, liefert die neue Statistik nach Alter und Geschlecht differenzierte Daten über die Inanspruchnahme des Krankenhauses durch die Patienten. Eine auf den Krankenhausaufenthalt bezogene Diagnosenstatistik weist die Hauptdiagnosen der Patienten gegliedert nach Altersgruppen aus; ergänzend werden die zugehörige durchschnittliche Verweildauer sowie die operierten Patienten ausgewiesen. Insbesondere mit der Diagnosenstatistik, mit deren Einführung die Bundesregierung auch einer seit Jahren erhobenen Forderung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) nachkommt, werden Grundinformationen über die Krankheitsarten der Bevölkerung sowie deren Behandlung bereitgestellt.
- Die bisher zum Teil auf Länderebene geführte Statistik über das Einzugsgebiet der Krankenhäuser wird nach einheitlichen Kriterien bundesweit eingeführt. Die Informationen darüber, in welchen Krankenhäusern sich die Patienten außerhalb ihres jeweiligen Wohnortes behandeln lassen, sind eine wichtige Grundlage für die Krankenhausplanung der Länder.
- Erstmals werden die Kosten der Krankenhäuser nach § 107 Abs. 1 SGB V nach Kostenarten erfaßt. Auf die Erhebung der Kosten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nach § 107 Abs. 2 SGB V wird verzichtet. Künftig werden damit zuverlässige Statistiken zu den Selbstkosten der Krankenhäuser und zu ihrer Entwicklung vorliegen. Die bisherigen Auswertungen der Verbände konnten diese Anforderungen nicht erfüllen.

Die inhaltliche Verbesserung der Krankenhausstatistik ist mit einer Zunahme der Daten verbunden. Dennoch erhöht sich insgesamt der Erfassungsaufwand in den Krankenhäusern wenig, da vergleichbare Daten in den Ländern schon bisher für Planungszwecke erhoben werden. Außerdem werden - soweit möglich - Daten aus dem von den Krankenhäusern für die Pflegesatzverhandlungen zu erstellenden Kosten- und Leistungsnachweis übernommen oder an dessen Definitionen angeglichen, so daß Doppelerhebungen oder -verarbeitungen von ansonsten gleichen Informationen weitgehend vermieden werden.

Durch die Neugestaltung der Statistik wird ein Teil der künftigen Tabellen mit früheren Statistiken nur noch begrenzt vergleichbar sein; dies wurde auf das sachlich Notwendige begrenzt.

Die bundeseinheitliche Krankenhausstatistik wird als Primärerhebung angeordnet, bei der die Krankenhäuser ihre Daten den Statistischen Landesämtern unmittelbar zur Verfügung stellen. Die Erfahrung mit vergleichbaren Erhebungen hat gezeigt, daß die Überprüfung des umfangreichen Datenmaterials auf Widerspruchsfreiheit nur gewährleistet werden kann, wenn die Daten primär erhoben und vom sachkundigen Personal der Statistischen Landesämter unter Einsatz moderner Verfahren der maschinellen Aufbereitung verarbeitet werden.

B. Einzelbegründung

Zu § 1: Umfang der Erhebungen, Begriffsbestimmungen

Zu Absatz 1

Die Vorschrift legt die Erhebung als Bundesstatistik fest und beschreibt den Regelungsumfang der Verordnung. Der bisherige Meldeumfang der statistischen Landesämter an das Statistische Bundesamt wird erweitert insbesondere um Angaben zur sachlichen Ausstattung, Leistungen und zu Kosten der Krankenhäuser, um Angaben zu den Ausbildungsstätten sowie um die Zahl der Patienten und deren Erkrankungen. Diese Daten wurden zum Teil bereits jetzt in einzelnen Bundesländern bei den Krankenhäusern erhoben.

Zu Absatz 2

Absatz 2 nimmt Krankenhäuser im straf- oder Maßregelvollzug und Polizeikrankenhäuser aus dem Anwendungsbereich der Verordnung heraus; sie versorgen nur einen kleinen, begrenzten Teil der Bevölkerung und stehen der allgemeinen Versorgung nicht zur Verfügung. Die Krankenhäuser der Bundeswehr werden in die Statistik einbezogen, jedoch nur in begrenztem Umfang (vgl. § 6 Abs. 2 Satz 3). Sie versorgen zwar auch zivile Patienten, allerdings, gemessen an der Gesamtversorgung, nur in geringem Umfang. Ihre volle Einbeziehung würde zu ganz erheblichen Abgrenzungs- und Zurechnungsproblemen führen. Ebenfalls nicht voll einbezogen werden die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, da diese nicht nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz finanziert werden und nicht der Bundespflegesatzverordnung unterliegen; von ihnen werden insbesondere Daten verlangt, die für die Krankenhausbedarfsplanung von Bedeutung sind.

Zu Absatz 3

Absatz 3 untergliedert den umfassenden Krankenhausbegriff des KHG, indem die Begriffe "Krankenhäuser" und "Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen" aus dem Gesundheits-Reformgesetz (GRG) eingeführt werden; damit sind die in dieser Verordnung verwendeten Begriffe an die des Leistungsrechts der gesetzlichen Krankenversicherung angepaßt worden.

Zu § 2: Erhebungseinheiten

Als Erhebungseinheiten, denen Erhebungsbögen zugesandt werden, werden die in § 1 dieser Verordnung definierten Krankenhäuser und die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen bestimmt. Die Träger der Krankenhäuser geben auch Auskunft über ihre Ausbildungsstätten.

Zu § 3: Erhebungsmerkmale

Die Vorschrift legt die in den Erhebungseinheiten zu erhebenden Merkmale und damit den Inhalt der Statistik fest. Die Sachverhalte, die Gegenstand der Verordnung sind, gibt § 28 Abs. 2 Satz 2 KHG vor.

Zu Nummer 1

Die Krankenhäuser und Einrichtungen werden in "Krankenhäuser (ohne Hochschulkliniken)", "Hochschulkliniken", "Vorsorgeeinrichtungen" und "Rehabilitationseinrichtungen" gegliedert. Nach der Zweckbestimmung wird nicht mehr gefragt; damit entfällt die bisherige Einteilung in Akut- und Sonderkrankenhäuser, die aufgrund der heutigen Strukturen im Krankenhausbereich mit zunehmenden Mischformen nicht mehr aussagefähig ist. Auch künftig wird nach der Art des Trägers in öffentliche, freigemeinnützige und private Krankenhäuser unterschieden.

Zu Nummer 2

Die Angabe, ob ein Krankenhaus für die Behandlung von Patienten der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassen ist oder ob für eine Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung ein Versorgungsvertrag besteht, ist ein wichtiges Datum zur Beurteilung der stationären Versorgungsstruktur.

Zu Nummer 3

In der Krankenhausstatistik wurden bis 1984 "planmäßige Betten", d.h. Betten, deren Aufstellung den Richtlinien für den Bau und die Einrichtung von Krankenhäusern entspricht, nachgewiesen; ab 1985 werden die "tatsächlich betriebenen Betten" erfaßt. Um den Bettenbestand genauer abzubilden, werden künftig sowohl die "Planbetten" nach dem Krankenhausplan als auch die tatsächlich "aufgestellten Betten" erfaßt. Ferner werden die Betten nach der Art der Förderung und den Vertragsbestimmungen untergliedert. Mit diesen verschiedenen Angaben lassen sich Abweichungen zwischen Planung und Realität feststellen.

Bei der Erhebung der Bettenzahl wird vom bisherigen Verfahren (Stichtagsabrechnung) abgewichen und der Jahresdurchschnitt erfaßt, der die Kapazität der Krankenhäuser genauer wiedergibt. Zusammen mit Diagnosen sowie Kennzahlen zu Kosten und Personal kann damit die Angebots- und Leistungsstruktur der Krankenhäuser beurteilt werden.

Bei der Darstellung der Betten, Pflegetage und Krankenzugänge nach Fachabteilungen wird auf den gesonderten Ausweis der Fachabteilung Intensivmedizin verzichtet, weil die Intensivmedizin in vielen Krankenhäusern nicht als selbständige Abteilung geführt wird, sondern einzelnen Fachabteilungen, z.B. der Inneren und der Chirurgie zugeordnet ist. Ein gesonderter Ausweis würde zu einer unterschiedlichen Zählweise führen. Diese Zuordnung gilt gleichermaßen für die Nummern 14, 15, und 17. Die Betten der Fachabteilung Intensivmedizin werden entsprechend der Nutzung durch andere Fachabteilungen diesen zugeordnet; die Pflegetage werden entsprechend grundsätzlich der Fachabteilung zugeordnet, die den Patienten an den Intensivbereich abgegeben hat.

Zu Nummer 4 bis 9

Eine statistische Erfassung der Krankenhäuser und Einrichtungen sowie ihrer Versorgungskapazitäten allein über die Zahl der Betten und über die Gliederung der Fachabteilungen genügt den gesundheitspolitischen und volkswirtschaftlichen Informationsbedürfnissen nicht mehr. Die Leistungsstrukturen und deren Entwicklung werden deutlicher durch die Erhebung einiger Angaben zu Sondereinrichtungen der Krankenhäuser und Einrichtungen sowie zur Versorgung durch Apotheken. Zu den Sondereinrichtungen zählen die hohe Kosten verursachenden Einrichtungen zur Intensivpflege, zur Behandlung von Querschnittgelähmten und Schwerbrandverletzten sowie die medizinisch-technischen Großgeräte; außerdem werden in diesem Zusammenhang die Dialyse- und die Tages- und Nachtambulanzplätze sowie nicht bettenführende Fachabteilungen wie z.B. die Anästhesie oder die Nuklearmedizin ausgewiesen.

Ein großer Teil dieser Daten wird bereits bisher in einigen Ländern erhoben, jedoch nicht bundesweit ausgewiesen.

Zu Nummer 10

Die Erhebung von Art und Zahl der Ausbildungsplätze ermöglicht einen Überblick über die Ausbildungskapazitäten im Krankenhausbereich, deren regionale Verteilung sowie die Ausbildungsleistung verschiedener Gruppen von Krankenhäusern. Die Untergliederung der Ausbildungsstätten nach den dort angebotenen Berufsausbildungen entspricht der des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.

Die Kosten der Ausbildungsstätten sind Erhebungsmerkmal nach § 3 Nr. 18; sie können dem Kosten- und Leistungsnachweis nach der Bundespflegesatzverordnung entnommen werden.

Zu Nummer 11 bis 13

Die Angaben zu den Beschäftigten der Krankenhäuser und Einrichtungen sind gegenüber der bisherigen Statistik weiter aufgeschlüsselt. Die gesonderte Erfassung von Teilzeitbeschäftigten sowie deren Umrechnung in sog. Vollkräfte macht erstmals die tatsächliche Personalausstattung sichtbar.

Die Gliederung des ärztlichen Personals wird an die Weiterbildungsordnung angepaßt. Darüber hinaus gibt die Statistik Auskunft über die Zahl der Ärzte in Weiterbildung. Mit den Belegärzten und den von diesen angestellten Ärzten wird eine Gruppe des ärztlichen Personals gesondert ausgewiesen, die in bestimmten Bereichen der stationären Versorgung großes Gewicht hat.

Das nichtärztliche Personal wird entsprechend den Vorgaben des Kosten- und Leistungsnachweises nach § 16 Abs. 4 BPfIV und der Krankenhaus-Buchführungsverordnung gegliedert. Dabei werden die Beschäftigten nicht mehr ausschließlich nach ihrer abgeschlossenen Ausbildung, sondern in erster Linie nach Funktionsbereichen, d.h. nach der ausgeübten Tätigkeit, zugeordnet. Die neue Gliederung erlaubt eine Verknüpfung mit den entsprechenden Kostenarten und erleichtert die Beurteilung der Personalbesetzung. Die in Pflegeberufen Ausgebildeten werden auch nach ihrer abgeschlossenen Weiterbildung ausgewiesen.

Zu Nummer 14

Die Vorschrift führt eine auf den gesamten Krankenhausaufenthalt der entlassenen und der verstorbenen Patienten bezogene Diagnosenstatistik ein; erfaßt werden nur die vollstationär behandelten Patienten in Krankenhäusern. Die zu erhebenden Daten können aus der bereits nach § 16 Abs. 4 BPfIV zu erstellenden Diagnosenstatistik, die für Zwecke der Pflegesatzverhandlungen die Diagnosen fachabteilungsbezogen erfaßt, abgeleitet werden.

Die Verweildauer der Patienten kann mit Hilfe des Zugangsdatums und des Abgangsdatums, das Alter mit Hilfe von Geburtsmonat und -jahr diagnosebezogen errechnet werden. Die Angabe, ob die Patienten im Zusammenhang mit ihrer jeweiligen Hauptdiagnose operiert wurden, läßt Rückschlüsse auf die Art der Behandlung und damit auf deren Kosten zu.

Erhoben werden einzelne, anonymisierte Datensätze je entlassenen Patient. Hierdurch wird einerseits der Verarbeitungsaufwand der Krankenhäuser verringert und andererseits eine genauere und flexiblere Auswertung der Diagnosenstatistik erreicht. Beispielsweise können bei der Auswertung die Altersgruppierung und Verweildauerabstufungen (z.B. Kurzlieger) frei gewählt werden; hierdurch wird auch ein getrennter Ausweis von Patientengruppen möglich, die das Krankenhaus besonders belasten (Stundenfälle innerhalb eines Tages und Kurzlieger). Darüber hinaus kann ohne nennenswerten Mehraufwand sowohl über das Merkmal "Wohngemeinde", bzw. bei Stadtstaaten "Stadtteile", eine Einzugsgebietsstatistik als auch mit Hilfe der Merkmale "Fachabteilungen" und "Geschlecht" eine Statistik der entlassenen Patienten erstellt werden.

Zu Nummer 15

Über die heutige Statistik hinaus werden künftig entlassene teilstationär behandelte Patienten gesondert ausgewiesen und nach Fachabteilung und Geschlecht differenziert.

Zu Nummer 16

Bei den Angaben zu Entbindungen und Geburten wird zusätzlich die Art der Entbindung erhoben, da diese Untergliederung im Bereich der Geburtshilfe im Krankenhaus von Bedeutung ist und im Rahmen der vorgesehenen Diagnosenstatistik nicht erfaßt wird.

Zu Nummer 17

Gegenüber der bisherigen Statistik werden die Pflorgetage und die Krankenbewegungen zusätzlich nach Fachabteilungen untergliedert. Außerdem werden Pflorgetage der Intensivbehandlung oder -überwachung, Verlegungen innerhalb des Krankenhauses oder der Einrichtung sowie sog. Stundenfälle innerhalb eines Tages zusätzlich erfaßt. Dadurch werden die Belegung des Krankenhauses oder der Einrichtung und die Krankenbewegungen transparenter. Ferner wird die Möglichkeit, die fachabteilungsbezogenen berechneten Verweildauern der Patienten zu beurteilen, deutlich verbessert.

Zu Nummer 18

Die Kosten der Krankenhäuser waren in der bisherigen Statistik nicht enthalten. Über die vorgesehene Erfassung der Kosten nach Kostenarten lassen sich deren Strukturen und Entwicklungen abbilden.

Zu § 4: Hilfsmerkmale

Hilfsmerkmale sind nach § 10 BStatG Angaben, die der technischen Durchführung von Bundesstatistiken dienen. Nach § 6 Abs. 1 Satz 2 dieser Verordnung sind die Angaben zu Nummer 3 freiwillig.

Zu § 5: Periodizität und Berichtszeitraum

Die Vorschrift bestimmt die jährliche Durchführung der Statistik sowie die Erfassung der Kosten und der Abzüge für das Geschäftsjahr; außerdem schreibt sie vor, welche Angaben zum Stichtag 31. Dezember und welche für den Zeitraum des Kalenderjahres zu erheben sind.

Die Auskünfte zu den verschiedenen Erhebungsmerkmalen sind zu unterschiedlichen Zeitpunkten zu erteilen.

Zu § 6: Auskunftspflicht

Absatz 1 macht deutlich, daß mit Ausnahme der Angabe eines Namens mit Telefonnummer für Rückfragen Auskunftspflicht besteht. Sie verpflichtet die Träger der Krankenhäuser und Einrichtungen, die Fragen gemäß § 15 BStatG zu beantworten. Absatz 2 Satz 2 legt fest, welche Angaben von Trägern der Krankenhäuser und welche von Trägern der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen zu machen sind. Die Krankenhäuser der Bundeswehr werden nach Satz 3 nur in begrenztem Umfang in die Statistik einbezogen, da sie - gemessen an der Gesamtversorgung - nur in geringem Umfang Zivilpatienten versorgen. Darüber hinaus ist die Zuordnung der Krankenhausleistungen zu diesen Patienten in Abgrenzung zum Bundeswehrbereich schwierig. Daher sollen die Bundeswehr-Krankenhäuser lediglich Daten für die Krankenhausplanung der Länder zur Verfügung stellen.

Zu § 7: Übermittlung

Zu Absatz 1

Die Vorschrift erlaubt die Weitergabe von Tabellen mit statistischen Ergebnissen an die fachlich zuständigen obersten Bundes- und Landesbehörden auch dann, wenn einzelne Tabellenfelder nur einen einzigen Fall ausweisen. Dies gilt nicht für diagnosebezogene Daten nach § 3 Nr. 14, soweit diese Daten differenzierter als auf Kreisebene ausgewiesen werden.

Zu Absatz 2

Verzeichnisse der Krankenhäuser sowie der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen dienen vor allem dem Informationsbedürfnis der Beihilfestellen auf Landes- und Bundesebene sowie der übrigen am Krankenhauswesen Beteiligten. Die Erstellung der Verzeichnisse bedarf der Zustimmung der Krankenhäuser gemäß § 16 Abs. 1 Ziff. 1 Bundesstatistikgesetz.

Zu Absatz 3

Die Weitergabe von Angaben zu Diagnosen und Einzugsgebieten für einzelne Krankenhäuser von den Statistischen Landesämtern an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden dient der Verwaltungsvereinfachung. Sie ist nur zulässig mit Zustimmung der betroffenen Krankenhäuser gemäß § 16 Abs. 1 Ziff. 1 Bundesstatistikgesetz. Die Anonymität des Patienten bleibt dadurch gewahrt, daß die Zahl der Merkmale, die verbunden werden dürfen, begrenzt wird. Im übrigen gelten hinsichtlich des Datenschutzes und der Weitergabe von Daten die Bestimmungen des Bundesstatistikgesetzes.

Zu § 8: Berlin-Klausel

Die Vorschrift enthält die notwendige Berlin-Klausel.

Zu § 9: Inkrafttreten

Die Daten werden in den Krankenhäusern und Einrichtungen ab dem 1. Januar 1990 nach den neuen Vorschriften erfaßt. Die erste bundeseinheitliche Erhebung durch die statistischen Ämter wird im Jahre 1991 durchgeführt.

Wegen der erforderlichen Umstellungsarbeiten in den Krankenhäusern und den statistischen Ämtern sowie wegen des großen Datenumfanges ist für die Daten nach § 3 Nr. 11 bis 13 eine einjährige und für die Daten nach § 3 Nr. 14 eine dreijährige Übergangsfrist vorgesehen.

**Begründung zur Ersten Verordnung zur Änderung der
Krankenhaustatistik-Verordnung vom 13. August 2001
(BR-Drucks. Nr. 270/01 vom 6. April 2001)**

Nachfolgend abgedruckt

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Inhalt der Verordnung

Mit Beschluss der 70. Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren der Länder (GMK) wurde das Bundesministerium für Gesundheit gebeten, Änderungen an der Krankenhausstatistik-Verordnung vorzunehmen. Ziel war dabei insbesondere die Anpassung der Krankenhausstatistik an zwischenzeitlich eingetretene Änderungen, z. B. die Erfassung neuer Behandlungsformen, sowie die Durchführung von Anpassungsnotwendigkeiten und Vereinfachungen, die sich aus der praktischen Erfahrung mit der Krankenhausstatistik ergeben haben. Auch wurde von Ländern eine Erweiterung des Erhebungsteils für Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen gefordert (u. a. Einführung einer Diagnosestatistik).

Auf der Grundlage des GMK-Beschlusses hat eine vom Bundesministerium für Gesundheit eingerichtete Arbeitsgruppe unter Beteiligung der Länder, der Spitzenverbände der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, des Statistischen Bundesamtes sowie einzelner Krankenhäuser Lösungsvorschläge hierzu erarbeitet. Viele der erarbeiteten Lösungen werden ohne Änderung der Verordnung direkt in die Erhebungspraxis der Statistischen Landesämter umgesetzt, z. B. die Harmonisierung der Fachabteilungsgliederung mit der Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer. Nachfolgend werden nur noch die erforderlichen Änderungen der Verordnung angesprochen.

II. Kosten

Die Haushalte von Bund und Gemeinden werden durch die Novellierung der Krankenhausstatistik-Verordnung nicht zusätzlich belastet. Das Omnibusprinzip, d. h. die Reduzierung vorhandener Statistiken in Höhe des Mehraufwandes von Erweiterungen, ist durch den Wegfall der Statistiken der meldepflichtigen Krankheiten ab dem Berichtsjahr 2001 gewahrt. Ohne Berücksichtigung des Wegfalls der Statistiken der meldepflichtigen Krankheiten entstehen bei den Statistischen Landesämtern durch die Änderungen bei den Grunddaten der Krankenhäuser und der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen laufende Kosten in Höhe von rd. 118.000 DM sowie einmalige Umstellungskosten in Höhe von rd. 78.000 DM. Die Einführung einer Diagnosestatistik für Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen verursacht einer Kostenschätzung

der statistischen Ämter der Länder zufolge zusätzliche laufende Kosten in Höhe von rd. 721.000 DM und einmalige Umstellungskosten in Höhe von rd. 179.000 DM. Für EDV-Programmierung entsteht ein Aufwand von 50.000 DM. Durch die Begrenzung der Erhebung auf Einrichtungen mit mehr als 100 Betten wird der zusätzliche Erhebungsaufwand zur Erstellung einer Diagnosestatistik für Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen begrenzt, da hierdurch auf die aufwändige Einbeziehung sehr kleiner Einrichtungen verzichtet wird.

Eine Erhöhung der Einzelpreise, des allgemeinen Preisniveaus und des Verbraucherpreisniveaus auf Grund der Verordnung ist nicht zu erwarten. Auch den Wirtschaftspartnern von Krankenhäusern, Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen und Krankenkassen entstehen keine zusätzlichen Kosten.

B. Einzelbegründung

Zu Artikel 1

Zu Nummer 1 (§ 3)

Zu Buchstabe a)

Doppelbuchstabe aa ist eine redaktionelle Änderung und dient der Angleichung an die Änderung in § 3 Nr. 14. Durch Doppelbuchstabe bb wird im Zusammenhang mit der Trägerschaft von Krankenhäusern und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen bei öffentlichen Trägern zukünftig auch die Rechtsform erfasst. Damit wird einer Entwicklung Rechnung getragen, nach der immer mehr öffentliche Träger auf veränderte wirtschaftliche Rahmenbedingungen reagieren und die Einrichtungen rechtlich verselbständigen.

Zu Buchstabe b)

Die Unterscheidung zwischen Planbetten und aufgestellten Betten wird aus Vereinfachungsgründen aufgegeben.

Zu Buchstabe c)

Über die Erhebung von Daten zu Einrichtungen der Intensivmedizin und zur Behandlung Querschnittsgelähmter und Schwerbrandverletzter hinaus werden künftig auch bei anderen beson-

deren Einrichtungen im Sinne von § 13 Abs. 2 Satz 3 der Bundespflegesatzverordnung und bei geriatrischen Einrichtungen Daten über die Zahl der Betten erhoben. Damit werden Ländern mit tiefergehenden Fachabteilungs- und Disziplingliederungen statistische Auswertungen und Analysen über wichtige Leistungsbereiche ermöglicht. Dabei wird die weitgehende Vergleichbarkeit der Basisdaten gewahrt. Darüber hinaus werden für die genannten Einrichtungen neben kapazitätsbezogenen Informationen zukünftig mit der Zahl der Berechnungs- und Belegungstage sowie der Zahl der behandelten Fälle auch leistungsorientierte Daten erhoben. Einrichtungen für Dialysepatienten sind von der Erhebung der unter § 3 Nr. 4 genannten Merkmale ausgenommen, da durch die Erhebungsmerkmale des § 3 Nr. 6, 7 und 15 bereits hinreichende Informationen zu diesen Einrichtungen erhoben werden.

Zu Buchstabe d)

Redaktionelle Anpassung nach Wegfall der Großgeräteplanung auf der Grundlage des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.

Zu Buchstabe e)

Die Zahl von Tages- und Nachtambulanzplätzen wird zukünftig in der tiefergehenden Fachabteilungs- und Disziplingliederung erhoben. Auf die bisherige getrennte Erhebung von Tages- und Nachtambulanzplätzen wird deshalb verzichtet; es entfällt damit insbesondere die Untergliederung zwischen Tages- und Nachtambulanzplätzen in der Geriatrie und Psychiatrie.

Zu Buchstabe f)

Ärzte in einer Weiterbildung werden aus Vereinfachungsgründen nicht mehr differenziert nach dem im Rahmen der Weiterbildung jeweils aktuellen Tätigkeitsbereich ausgewiesen. Damit wird der in der Vergangenheit geringen Nachfrage dieser Daten der amtlichen Statistik Rechnung getragen.

Zu Buchstabe g)

Der Beschluss der 70. GMK enthält die Forderung, analog zum Krankenhausbereich auch im Bereich der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen eine Diagnosestatistik einzuführen. Aus Ländersicht sind nach Einstellung der bisherigen Rehabilitationsstatistik im Rahmen des 3. Statistikbereinigungsgesetzes (BGBl. I S. 3158) zum Jahresende 1997 weiterhin Angaben

erforderlich, um die Krankenhausplanung mit dem Rehabilitationsbereich abzugleichen. Nach § 111 Abs. 4 Satz 3 SGB V ist mit der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde Einvernehmen über Abschluss und Kündigung von Versorgungsverträgen im Rehabilitationsbereich anzustreben. Nur durch Diagnoseangaben für beide Versorgungsbereiche lässt sich nach Auffassung der Länder hier der erforderliche Überblick gewinnen. Auch die mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 als Regelleistung neu eingeführte integrierte Versorgung erfordere bei einer bereichsübergreifenden Vergütung der Leistungen z. B. durch Fallpauschalen die Angabe von Diagnosen. Vor diesem Hintergrund wird auch für Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen mit mehr als 100 Betten eine Diagnosestatistik eingeführt. Durch die Begrenzung der Erhebung auf Einrichtungen mit mehr als 100 Betten kann zudem der zusätzliche Erhebungsaufwand zur Erstellung einer Diagnosestatistik für Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen begrenzt werden, da hierdurch auf die aufwendige Einbeziehung sehr kleiner Einrichtungen verzichtet wird. Obgleich nach den Daten des Jahres 1999 rd. 47 Prozent aller Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nicht in die Erhebung einbezogen wären, stünden dennoch Daten für rd. 86 Prozent aller Patienten zur Verfügung. Angesichts der Unterschiede im Behandlungsgeschehen wird bei Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen zudem auf die Erhebung des Operationsmerkmals verzichtet.

Die durch die Ausweitung der Diagnosestatistik entstehenden zusätzlichen Kosten der Statistikämter entstehen in erster Linie bei den Landesämtern, die die von den Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen gelieferten Datensätze auf Vollständigkeit und Qualität prüfen müssen.

Zu Buchstabe h)

Um dem sich ändernden Leistungsgeschehen in den Krankenhäusern Rechnung zu tragen, wird die Krankenhausstatistik um die Erhebungsmerkmale „vorstationäre Behandlung“, „nachstationäre Behandlung“ und „ambulante Operationen“ ergänzt. Aus Vereinfachungsgründen wird auf die bisherige geschlechtsspezifische Differenzierung der Erhebung bei teilstationärer Behandlung verzichtet.

Zu Buchstabe i)

Redaktionelle Anpassung an die inzwischen geänderte Bundespflegesatzverordnung. Zudem wird der Patientenabgang differenzierter erfragt, indem auch die Einrichtung abgefragt wird in die der Patient entlassen wurde. Zu nennen sind hier insbesondere stationäre Rehabilitationseinrichtungen oder Pflegeheime.

Zu Buchstabe j)

Seit dem Jahr 1995 werden die Ist-Kosten der Krankenhäuser nicht mehr in der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung nach der Bundespflegesatzverordnung (LKA) ausgewiesen. Um auch weiterhin den Ausweis der Ist-Kosten im Rahmen der Krankenhausstatistik-Verordnung zu ermöglichen, wird deshalb der bisherige Bezug auf die Bundespflegesatzverordnung ersetzt durch den Bezug auf die Krankenhaus-Buchführungsverordnung. Eine Ausweitung des Erhebungsumfangs findet nicht statt. Da eine Ermittlung der nicht pflegesatzfähigen Kosten (Abzüge) für die Zwecke der LKA nicht mehr erforderlich und nur mit unverhältnismäßig hohem Aufwand durchzuführen ist, wird auf eine genaue Kostenkalkulation für die nicht pflegesatzfähigen Kostenanteile verzichtet; auch in der Vergangenheit wurden meist nur verhandelte Abzugsgrößen erfasst. Soweit eine gesonderte Kostenerfassung nicht vorliegt, genügt aus Vereinfachungsgründen eine möglichst sachgerechte Schätzung dieser Kostenanteile.

Zu Buchstabe k)

Im Gegensatz zu Krankenhäusern sind für Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen wie bislang Pfl egetage zu erheben. Die nach den Mitternachtsbeständen erhobenen Pfl egetage entsprechen vom Ergebnis her grundsätzlich der Zählung nach § 14 Abs. 2 Satz 1 Bundespflegesatzverordnung, da Stunden- und Tagesfälle hier keine erkennbare Bedeutung haben.

Zu Nummer 2 (§ 4)

Redaktionelle Anpassung an den neuen Sprachgebrauch im Recht der Bundesstatistik.

Zu Nummer 3 (§ 5)

Um für gesundheitspolitische Entscheidungen zeitnähere Daten zur Verfügung zu haben, wird der Meldetermin für die Diagnosedaten vom 30. Juni auf den 1. April voverlegt.

Zu Nummer 4 (§ 6)

Buchstabe a verzichtet aus Vereinfachungsgründen bei Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen künftig auf die Erfassung von Dialyseplätzen, nicht-bettenführenden Fachabteilungen

sowie die Art der Arzneimittelversorgung. Buchstabe b führt auch für Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen ab dem 1. Januar 2003 eine Diagnosestatistik ein.

Zu Nummer 5 (§ 8)

- § 8 (alt) enthielt die nunmehr entfallende Berlin-Klausel.

Zu Artikel 2 (Inkrafttreten)

Zu Absatz 1

Die Vorschrift bestimmt, dass die Diagnosestatistik für Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen mit mehr als 100 Betten erst ab dem 1. Januar 2003 eingeführt wird, damit in den Ländern die technischen und organisatorischen Fragen abgeklärt werden können.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift regelt das Inkrafttreten der übrigen Änderungen der Krankenhausstatistik-Verordnung zum 1. Januar 2002.

Auszugsweiser Abdruck:

**Begründung des Entwurfs für das Zweite Gesetz zur Änderung der Vorschriften
zum diagnose-orientierten Fallpauschalensystem für Krankenhäuser
und zur Änderung anderer Vorschriften
(Zweites Fallpauschalenänderungsgesetz – 2. FPÄndG) vom 15. Dezember 2004
(BT-Drucks. Nr. 15/3672 vom 3. September 2004)**

Zu Artikel 4 (Änderung der Krankenhausstatistik-Verordnung)

Zu Nummer 1 (§ 3 KHStatV)

Nach § 3 Satz 1 Nr. 4, 7 und 15 dürfen als Erhebungsmerkmale die „besonderen Einrichtungen“ nach § 13 Abs. 2 Satz 3 BPfIV erhoben werden. Nach der Einführung des DRG-Vergütungssystems unterliegen die meisten Krankenhäuser jedoch nicht mehr den Vorgaben der Bundespflegesatzverordnung, sondern dem Krankenhausentgeltgesetz. Um die erforderliche Rechtsgrundlage für die weitere Erhebung der Daten sicherzustellen, wird der bisherige Bezug auf die Bundespflegesatzverordnung durch eine Aufzählung dieser besonderen Einrichtungen in der Krankenhausstatistik-Verordnung selbst ersetzt (Buchstabe a Doppelbuchstabe aa bis cc). Entsprechend wird durch Buchstabe a Doppelbuchstabe dd und Buchstabe b der Verweis auf die BPfIV gestrichen.

Zu Nummer 2 (§ 4 Nr. 3 KHStatV)

Anpassung an den amtlichen Sprachgebrauch, der die Einbeziehung aller Wege der elektronischen Kommunikation ermöglicht.