

# Diagnosen der Krankenhauspatientinnen und - patienten



11/2016-12/2016

Erscheinungsfolge: unregelmäßig  
Erschienen am 16/11/2016

Ihr Kontakt zu uns:  
[www.destatis.de/kontakt](http://www.destatis.de/kontakt)  
Telefon:+49 (0)228 99643-8951

© Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2016

Vervielfältigungen und Verbreitung, auch auszugsweise, mit Quellenangabe gestattet.

# Kurzfassung

<b>1 Allgemeine Angaben zur Statistik</b>	<b>Seite 3</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Erhebungsgesamtheit:</i> Vollerhebung von Patientinnen und Patienten, die im Berichtsjahr aus der vollstationären Behandlung eines Krankenhauses entlassen wurden</li><li>• <i>Räumliche Abdeckung:</i> Deutschland, Gemeindeebene</li><li>• <i>Erhebungszeitraum:</i> 1. Januar bis 31. Dezember</li><li>• <i>Periodizität:</i> Jährlich</li><li>• <i>Rechtsgrundlage:</i> Krankenhausstatistik-Verordnung, Bundesstatistikgesetz</li></ul>	
<b>2 Inhalte und Nutzerbedarf</b>	<b>Seite 4</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Erhebungsinhalte:</i> Hauptdiagnosen der Krankenhauspatientinnen und -patienten nach soziodemographischen Merkmalen.</li><li>• <i>Nutzerbedarf:</i> Informationen über das Morbiditätsgeschehen und die Morbiditätsentwicklung in der stationären Versorgung</li><li>• <i>Hauptnutzer/-innen der Statistik:</i> Nationale und internationale Organisationen, Politik, Wissenschaft und Forschung, Medien</li><li>• <i>Einbeziehung der Nutzer/-innen:</i> Fachausschüsse, Nutzerkonferenzen, Rückmeldungen im Rahmen nationaler und internationaler Gremien sowie des Auskunftsdienstes</li></ul>	
<b>3 Methodik</b>	<b>Seite 4</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Dezentrale Primärerhebung bei den Trägern der Krankenhäuser.</li></ul>	
<b>4 Genauigkeit und Zuverlässigkeit</b>	<b>Seite 5</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Mögliche Untererfassung in Bezug auf neue Einrichtungen bzw. Einrichtungen, die innerhalb des Berichtsjahres oder zwischen Erhebungsstichtag und Meldetermin schließen.</li></ul>	
<b>5 Aktualität und Pünktlichkeit</b>	<b>Seite 6</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Aktualität endgültiger Ergebnisse:</i> Endgültige Ergebnisse stehen in der Regel Anfang Dezember des dem Berichtsjahr folgenden Jahres zur Verfügung.</li></ul>	
<b>6 Vergleichbarkeit</b>	<b>Seite 6</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Die Vergleichbarkeit ist grundsätzlich gewährleistet und unterliegt ausschließlich den Veränderungen der Klassifikationen bzw. Katalogen</li></ul>	
<b>7 Kohärenz</b>	<b>Seite 6</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Mit Einschränkungen kohärent zu den Grunddaten der Krankenhäuser und zur Fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik (DRG-Statistik)</li></ul>	
<b>8 Verbreitung und Kommunikation</b>	<b>Seite 7</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Jährliche Veröffentlichung in der Fachserie 12 Reihe 6.2.1 „Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern“</li><li>• Tiefgegliederte Daten zu den Hauptdiagnosen</li><li>• Gesundheitsberichterstattung des Bundes (<a href="http://www.gbe-bund.de">www.gbe-bund.de</a>)</li><li>• GENESIS-online</li></ul>	
<b>9 Sonstige fachstatistische Hinweise</b>	<b>Seite 8</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Keine</li></ul>	

# 1 Allgemeine Angaben zur Statistik

## 1.1 Grundgesamtheit

Bei der Krankenhausdiagnosestatistik handelt es sich um eine jährliche Vollerhebung von Patienten und Patientinnen, 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 Erhebungstichtag 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 Patienten und Patientinnen (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) 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 1 des Gesetzes vom 21. Juli 2016 (BGBl. I S. 1768). 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.

## 1.7 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 so anonymisiert sind, dass sie nur mit einem unverhältnismäßig großen 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.

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 Nr. 14 KHStatV, soweit diese differenzierter als auf Kreisebene ausgewiesen werden. Ferner sind die Statistischen Landesämter nach § 7 Abs. 3 KHStatV berechtigt, mit Zustimmung der Krankenhäuser für Zwecke der Krankenhausplanung Tabellen mit diagnosebezogenen Daten nach § 3 Nr. 14 KHStatV für einzelne Krankenhäuser zu übermitteln, wenn nicht mehr als die Hauptdiagnose, gegliedert nach Altersgruppen, in Verbindung mit Patientenzahl, Verweildauer und der Angabe, ob operiert worden ist, verbunden werden. Das Gleiche gilt bei Einzugsgebietsstatistiken, bei denen nur die Wohngemeinde, in Stadtstaaten Stadtteile, mit Fachabteilung, Hauptdiagnose und Patientenzahl verbunden werden darf.

### 1.7.2 Geheimhaltungsverfahren

Ein Personenbezug ist nur dann herstellbar, wenn für alle männlichen bzw. für alle weiblichen 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 Fällen wird die Hauptdiagnose dann auf "unbekannt" gesetzt.

## **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 20 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, Verweildauer und Fachabteilung werden soziodemographische Merkmale der Patienten und Patientinnen (z. B. Alter, Geschlecht, Wohnort) erhoben.

#### **2.1.2 Klassifikationssysteme**

Für die Hauptdiagnosen der Patienten und Patientinnen 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 Form.

#### **2.1.3 Statistische Konzepte und Definitionen**

Die statistischen Hauptmerkmale der Krankenhausdiagnosestatistik sind:

- Vollstationäre Patienten und Patientinnen (Fälle)
- Alter
- Geschlecht
- Wohnort
- Behandlungsort
- Erkrankungsart (Hauptdiagnose)
- Verweildauer
- Fachabteilung

### **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 erhält das Referat 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**

Der Gesetzgeber hat die Übermittlung der Meldungen zur amtlichen Krankenhausstatistik an die statistischen Ämter neu geregelt:

Nach § 11a Bundesstatistikgesetz vom 22. Januar 1987 (BGBl. I S. 462, 565), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 21. Juli 2016 (BGBl. I S. 1768) geändert worden ist, 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. Im begründeten Einzelfall kann auf formlosen Antrag eine zeitlich befristete Ausnahme von der Online-Meldung vereinbart werden.

Die Erhebungsmerkmale je Patient/Patientin können dem statistischen Amt als XML-Datei oder als ASCII übermittelt werden.

### **3.2 Vorbereitung und Durchführung der Datengewinnung**

Die Daten können im XML-Format oder im ASCII-Format übermittelt werden. Dabei ist folgendes zu beachten:

XML: Die Liefervereinbarungen finden Sie unter <http://www.statspez.de/core/liefervereinbarungen.html#evas23>.

ASCII: Datensätze müssen entsprechend der mit den Erhebungsunterlagen beigefügten Datensatzbeschreibung erstellt werden. Die Satzlänge beträgt konstant 100 Zeichen.

Über das Erhebungsportal der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder können die Einrichtungen die Daten über einen sicheren Zugang an die Statistischen Landesämter übermittelt werden. Die Nutzerkennung wird vom jeweiligen zuständigen Statistischen Landesamt zur Verfügung gestellt. Das Erhebungsportal erreicht man unter <https://erhebungsportal.estatistik.de/Erhebungsportal/#>

Sofern mit dem jeweils zuständigen Landesamt eine zeitlich befristete Ausnahme von der Online-Meldung vereinbart wurde, sind ausgefüllte schriftliche Fragebogen an das jeweilige Landesamt für Statistik zu übermitteln, wo sie elektronisch erfasst werden. Ein Muster des Fragebogens mit den dazu gehörigen Erläuterungen befindet sich im Anhang.

### **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 Patient/Patientin werden elf 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 Patienten und Patientinnen 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 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 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 des Patienten/der Patientin 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 (Patienten und Patientinnen) 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 grundsätzlich 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 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. 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 Patienten und Patientinnen 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 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. Im Unterschied zu den Diagnosedaten der amtlichen Krankenhausstatistik sind in dieser Erhebung keine Einrichtungen und Patienten enthalten, die außerhalb des Geltungsbereichs des neuen Entgeltsystems liegen. Dies sind u. a. psychiatrische und psychotherapeutische Einrichtungen bzw. psychiatrisch und psychotherapeutisch behandelte Patienten und Patientinnen. Ebenfalls nicht enthalten sind Patienten und Patientinnen, deren Behandlung über die Gesetzliche Unfallversicherung abgerechnet wird.

## **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**

Die Erstveröffentlichung der neuesten Ergebnisse erfolgt jährlich mit einer Pressemitteilung. Darüber hinaus werden unregelmäßig anlassbezogene Pressemitteilungen veröffentlicht.

### **Veröffentlichungen**

Die wichtigsten Ergebnisse der Erhebung werden 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.

### **Online-Datenbank**

Zu den Diagnosen der Krankenhauspatienten und -patientinnen 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 Krankenhäuser 2014, in: Klauber/Geraedts/Friedrich/Wasem (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2016, Stuttgart 2016, S. 343-371.

## **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.