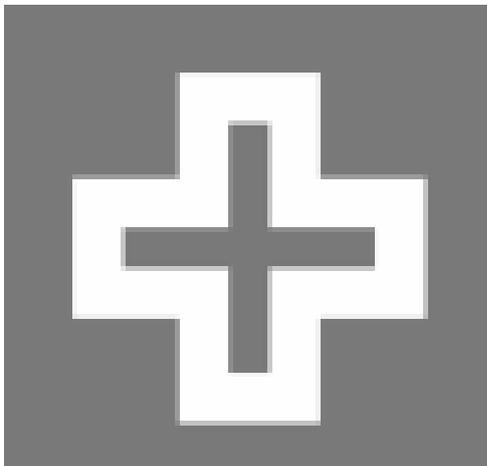


Grunddaten der Krankenhäuser



Erscheinungsfolge des Qualitätsberichts: unregelmäßig
Erschienen im: Dezember 2008

Fachliche Informationen zu dieser Veröffentlichung können Sie direkt beim Statistischen Bundesamt erfragen:
Gruppe: VIII A 1, Telefon: +49 (0) 228 99643-8951, Fax: +49 (0) 228 99643-8996 oder E-Mail:
gesundheitsstatistiken@destatis.de

Kurzfassung

<u>1 Allgemeine Angaben zur Statistik</u>	<u>Seite 3</u>
•	
<u>2 Zweck und Ziele der Statistik</u>	<u>Seite 4</u>
•	
<u>3 Erhebungsmethodik</u>	<u>Seite 4</u>
•	
<u>4 Genauigkeit</u>	<u>Seite 5</u>
•	
<u>5 Aktualität und Pünktlichkeit</u>	<u>Seite 6</u>
•	
<u>6 Zeitliche und räumliche Vergleichbarkeit</u>	<u>Seite 6</u>
•	
<u>7 Bezüge zu anderen Erhebungen</u>	<u>Seite 6</u>
•	
<u>8 Weitere Informationsquellen</u>	<u>Seite 7</u>
•	

1 Allgemeine Angaben zur Statistik

1.1 Bezeichnung der Statistik (gem. EVAS)

Grunddaten der Krankenhäuser

1.2 Berichtszeitraum

1. Januar bis 31. Dezember

1.3 Erhebungstermin

Erhebungsstichtag ist der 31. Dezember. Meldetermin ist der 1. April des dem Berichtsjahr folgenden Jahres.

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

Jährlich seit 1990, in den neuen Bundesländern seit 1991; Personalerhebung erst ab 1991.

1.5 Regionale Gliederung

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

1.6 Erhebungsgesamtheit und Zuordnungsprinzip der Erhebungseinheiten

Krankenhäuser einschließlich deren Ausbildungsstätten nach § 1 Abs. 3 Nr. 1 KHStatV. Ausgeschlossen sind Krankenhäuser im Straf- oder Maßregelvollzug und Polizeikrankenhäuser. Bundeswehrkrankenhäuser sind nur, soweit sie Leistungen für Zivilpatienten und -patientinnen 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.

Krankenhäuser, die innerhalb des Erhebungsjahres oder zwischen dem Erhebungsstichtag und dem Meldetermin schließen, können in der Statistik u. U. nicht erfasst werden.

1.7 Erhebungseinheiten

Krankenhäuser

1.8 Rechtsgrundlagen

1.8.1 EU-Recht

1.8.2 Bundesrecht

Verordnung über die Bundesstatistik für Krankenhäuser (Krankenhausstatistik-Verordnung – KHStatV) vom 10. April 1990 (BGBl. I S. 730), zuletzt geändert durch Artikel 4 des Gesetzes vom 15. Dezember 2004 (BGBl. I S. 3429) in Verbindung mit dem Bundesstatistikgesetz (BStatG) vom 22. Januar 1987 (BGBl. I S. 462, 565), zuletzt geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 7. September 2007 (BGBl. I S. 2246). Für die Erhebung besteht Auskunftspflicht gemäß § 6 KHStatV in Verbindung mit § 15 BStatG.

1.8.3 Landesrecht

1.8.4 Sonstige Grundlagen

1.9 Geheimhaltung und Datenschutz

Die erhobenen Einzelangaben werden nach § 16 BStatG grundsätzlich geheim gehalten. Nur in ausdrücklich gesetzlich geregelten Ausnahmefällen dürfen Einzelangaben übermittelt werden. Nach § 16 Abs. 6 BStatG ist es möglich, den Hochschulen oder sonstigen Einrichtungen mit der Aufgabe unabhängiger wissenschaftlicher Forschung für die Durchführung wissenschaftlicher Vorhaben Einzelangaben dann zur Verfügung zu stellen, wenn diese so anonymisiert sind, dass sie nur mit einem unverhältnismäßig 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. 2 KHStatV berechtigt, mit Zustimmung der Betroffenen jährlich im Rahmen eines Verzeichnisses Name, Anschrift, Träger, Art des Krankenhauses, Fachabteilungen und Bettenzahl von Krankenhäusern zu veröffentlichen. Dies geschieht in einem „Krankenhausverzeichnis“, das seit dem Berichtsjahr 2003 jährlich erscheint.

2 Zweck und Ziele der Statistik

2.1 Erhebungsinhalte

Sachliche und personelle Ausstattung sowie Patientenbewegung in den Krankenhäusern und ihren organisatorischen Einheiten.

2.2 Zweck der Statistik

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 des Leistungsangebots in der stationären Versorgung. Sie dient damit auch der Wissenschaft und Forschung und trägt zur Information der Bevölkerung bei.

2.3 Hauptnutzer/-innen der Statistik

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

2.4 Einbeziehung der Nutzer/-innen

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

3 Erhebungsmethodik

3.1 Art der Datengewinnung

Schriftliche (postalische) Befragung mit Auskunftspflicht. Seit 2003 wird alternativ eine Softwareanwendung zur elektronischen Datenerfassung bereitgestellt. Sie ermöglicht das Einlesen und die Weiterverarbeitung von statistikrelevanten Daten aus dem DV-System des Krankenhauses.

3.2 Stichprobenverfahren

Nicht relevant. Es handelt sich um eine Vollerhebung mit ca. 2 100 Krankenhäusern.

3.2.1 Stichprobendesign

3.2.2 Stichprobenumfang, Auswahlatz und Auswahlinheit

3.2.3 Schichtung der Stichprobe

3.2.4 Hochrechnung

3.3 Saisonbereinigungsverfahren

Keine

3.4 Erhebungsinstrumente und Berichtsweg

Neben einem schriftlichen Fragebogen wird seit 2003 eine Softwareanwendung der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V. zur Datenerhebung eingesetzt. Mit ihrer Hilfe ist es möglich, statistische Informationen aus dem DV-System der befragten Einrichtung in einen elektronischen Fragebogen einzulesen, diesen zu ergänzen und als Datei an das jeweilige Landesamt für Statistik zu übermitteln. Die einzulesenden Informationen müssen zuvor über eine Schnittstelle aus dem DV-System der Einrichtung extrahiert und im XML-Format abgespeichert werden. In den Landesämtern für Statistik werden die Einzeldaten dann auf Fehler, Qualität und Plausibilität geprüft. Anschließend werden aggregierte Landesdatensätze an das Statistische Bundesamt gesandt und dort zu einem Bundesergebnis zusammengefügt.

3.5 Belastung der Auskunftspflichtigen

Die Belastung hängt von verschiedenen Faktoren, wie z.B. der Einrichtungsgröße, der Erfahrung des Sachbearbeiters im Krankenhaus, dem Einsatz von DV-Technik usw., ab.

Im Vergleich zur schriftlichen Befragung können die Auskunftspflichtigen durch den Einsatz der Softwareanwendung grundsätzlich ihren Zeitaufwand reduzieren. Änderungen des Fragebogens, wie z.B. aufgrund der ersten Novellierung der Krankenhausstatistik-Verordnung, erfordern zunächst eine Umstellung seitens der Befragten. Grundsätzlich wird in der

Krankenhausstatistik bei der Aufnahme neuer Merkmale das so genannte Omnibus-Prinzip angewandt, d.h. dass im Gegenzug andere Merkmale aus der Erhebung gestrichen werden, so dass sich die Belastung nicht erhöht.

3.6 Dokumentation des Fragebogens

Ein Muster des [Fragebogen](#)s mit den dazu gehörigen Erläuterungen (Stand: Berichtsjahr 2008) steht als PDF-Datei zur Verfügung.

4 Genauigkeit

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 Landesämter für Statistik gemeldet werden. Darüber hinaus können Krankenhäuser, die innerhalb des Erhebungsjahres oder zwischen dem Erhebungsstichtag und dem Meldetermin schließen, nicht in der Statistik enthalten sein. In diesen Fällen kommt es zu einer Untererfassung.

Aufgrund regelmäßiger Änderungen im Gesundheitswesen werden Anpassungen des Fragebogens notwendig. Ausführliche Erläuterungen zu den Erhebungsmerkmalen und den Änderungen sollen Fehler aufgrund von Missverständnissen vermeiden. Trotz dieser Anmerkungen kann nicht gänzlich ausgeschlossen werden, dass Fragen missverstanden und falsch beantwortet werden. Problematisch ist u. a. die Zuordnung der Patientenbewegung, Betten und Berechnungs-/Belegungstage auf einzelne Fachabteilungen bei Krankenhäusern mit reinen Intensivstationen, da eine solche Fachabteilung in der Fachabteilungsgliederung nicht gesondert ausgewiesen wird. Teilweise können derartige Unklarheiten und Fehler durch Rückfragen und im Rahmen der Datenaufbereitung bei der Plausibilisierung der Angaben korrigiert werden. Teilweise werden bei der Aufbereitung des Kostennachweises (späterer Datenliefertermin) Fehler bekannt, die dann in den Grunddaten nicht mehr bereinigt werden können

4.2 Stichprobenbedingte Fehler

Nicht relevant

4.2.1 Standardfehler

4.2.2 Ergebnisverzerrungen durch das Hochrechnungsverfahren

4.3 Nicht-stichprobenbedingte Fehler

4.3.1 Fehler durch die Erfassungsgrundlage

Trotz intensiver Recherchen können Fehler, die durch eine falsche oder unvollständige Erfassungsgrundlage bedingt sind, nicht völlig ausgeschlossen werden. Eine Meldung über neu eröffnete 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 Krankenhäuser, die innerhalb des Erhebungsjahres oder zwischen dem Erhebungsstichtag und dem Meldetermin schließen, nicht in der Statistik enthalten sein.

Es kann ausgeschlossen werden, dass Krankenhäuser mehrfach in der Erfassungsgrundlage vertreten sind und ebenfalls, dass Einheiten enthalten sind, die nicht zur Grundgesamtheit der Krankenhäuser gehören.

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

Aufgrund der Auskunftspflicht sind Antwortausfälle auf Ebene der Einheiten grundsätzlich nicht vorhanden. Sofern Fehler in der Erfassungsgrundlage bestehen, kann es in Ausnahmefällen zu Ausfällen ganzer Einheiten kommen

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

Aufgrund der Auskunftspflicht sind Antwortausfälle auf Ebene der Merkmale grundsätzlich nicht vorhanden. Sofern Einheiten ausfallen, gibt es auch Antwortausfälle auf Merkmalsebene.

4.3.4 Imputationsmethoden

4.3.5 Weiterführende Analysen zum systematischen Fehler

4.4 Laufende Revisionen

4.4.1 Umfang des Revisionsbedarfs

Etwa einen Monat vor Veröffentlichung endgültiger Ergebnisse werden erste vorläufige Ergebnisse publiziert. Diese beziehen sich auf einen stark eingeschränkten Merkmalskatalog. In der Vergangenheit traten nur bei wenigen Merkmalen Abweichungen der vorläufigen von den endgültigen Ergebnissen auf (z.B. Beschäftigtenzahl, teilstationäre Fälle).

4.4.2 Gründe für Revisionen

Keine

4.5 Außergewöhnliche Fehlerquellen

Nicht bekannt.

5 Aktualität und Pünktlichkeit

5.1 Aktualität vorläufiger Ergebnisse

Die Befragten berichten bis zum 1. April des dem Berichtsjahr folgenden Jahres. Vorläufige Ergebnisse stehen Ende August zur Verfügung.

5.2 Aktualität endgültiger Ergebnisse

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

5.3 Pünktlichkeit

6 Zeitliche und räumliche Vergleichbarkeit

6.1 Qualitative Bewertung der Vergleichbarkeit

Aufgrund des Inkrafttretens der ersten Novellierung der Krankenhausstatistikverordnung werden einzelne Merkmale seit 2002 nicht mehr erhoben oder sind geändert worden. Stundenfälle innerhalb eines Tages werden seit 2002 nicht mehr gesondert erfasst und können daher nicht mehr aus der Fallzahl herausgerechnet werden. Dadurch erhöht sich die Fallzahl. Dies hat wiederum Auswirkungen auf die Berechnung der durchschnittlichen Verweildauer (niedriger) und Bettenauslastung (höher). Für viele Ergebnisse ist jedoch eine Rückrechnung der Ergebnisse (einschließlich Stundenfälle) möglich.

Zeitreihen für andere Merkmale wurden durch deren Wegfall abgebrochen (z.B. Planbetten). Außerdem änderte sich die Fachabteilungsgliederung, die seit 2002 differenzierter dargestellt wird. Auf Ebene der Fachgebiete ist eine Überführung der alten in die neue Gliederung möglich, nicht jedoch auf Ebene der Teilgebiete. Insgesamt kann dadurch die zeitliche Vergleichbarkeit der Ergebnisse gewährleistet werden.

Die räumliche Vergleichbarkeit innerhalb des Erhebungsgebietes ist durch die bundeseinheitliche Rechtsgrundlage seit 1991 ebenfalls gewährleistet. Die internationale Vergleichbarkeit ist aufgrund unterschiedlicher Merkmalsdefinitionen und Erhebungsabgrenzungen eingeschränkt. Durch entsprechende merkmalsbezogene Vorgaben und die Veröffentlichung methodischer Hinweise wird ein höheres Maß an Vergleichbarkeit angestrebt bzw. werden Unterschiede transparent und nachvollziehbar gemacht.

6.2 Änderungen, die Auswirkungen auf die zeitliche Vergleichbarkeit haben

Nicht relevant.

7 Bezüge zu anderen Erhebungen

7.1 Input für andere Statistiken

Die Grunddaten der Krankenhäuser 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.

7.2 Unterschiede zu vergleichbaren Statistiken oder Ergebnissen

Einige Kennzahlen der Grunddaten der Krankenhäuser werden auch in den Diagnosen der Krankenhauspatienten erfasst. Zum Teil weisen diese Unterschiede auf. Dies betrifft zum einen die Fallzahl. In den Grunddaten wird sie auf Basis des Patientenzu- und -abgangs im Berichtsjahr ermittelt. In den Diagnosedaten entspricht die Fallzahl demgegenüber den Entlassungen im Berichtsjahr.

Des Weiteren unterscheidet sich die Summe der Berechnungs- und Belegungstage in den Grunddaten von jener in den Diagnosedaten. In der erstgenannten Erhebung sind es alle im Berichtsjahr erbrachten Berechnungs- und Belegungstage, in der letztgenannten Erhebung ist es die kumulierte Verweildauer aller im Berichtsjahr entlassenen Patienten und

Patientinnen. Deren Verweildauer im Krankenhaus kann mitunter höher ausfallen als die Anzahl der Kalendertage im Berichtsjahr (sog. Überlieger).

Als Folge der beiden zuvor genannten Unterschiede weicht die durchschnittliche Verweildauer beider Erhebungen voneinander ab. In den Grunddaten wird sie als Quotient aus den im Berichtsjahr erbrachten Berechnungs- und Belegungstagen und der Fallzahl berechnet. In den Diagnosedaten ermittelt sie sich als Quotient aus der Summe der Verweildauern aller im Berichtsjahr entlassenen Patienten und Patientinnen und deren Anzahl.

8 Weitere Informationsquellen

8.1 Publikationswege, Bezugsadresse

Die wichtigsten Ergebnisse der Erhebung werden jährlich in der Fachserie 12 Reihe 6.1.1 im Publikationsservice des Statistischen Bundesamtes veröffentlicht. Die Publikation kann kostenlos im Internet herunter geladen werden unter [Grunddaten der Krankenhäuser](#).

Des Weiteren sind die Ergebnisse Bestandteil des Internetangebots der Gesundheitsberichterstattung des Bundes unter www.gbe-bund.de.

8.2 Kontaktinformation

Statistisches Bundesamt Zweigstelle Bonn

Gruppe VIII A Gesundheit

Graurheindorfer Straße 198

53117 Bonn

Fon +49 (0) 228 99643-8951

Fax +49 (0) 228 99643-8996

E-Mail gesundheitsstatistiken@destatis.de

8.3 Weiterführende Veröffentlichungen

Jährliche Veröffentlichung, zuletzt: **Böhl**, Ute: Statistische Krankenhausdaten: Grund- und Kostendaten der Krankenhäuser 2006, in: *Klauber, Jürgen/Robra, Bernt-Peter/Schellschmidt, Henner* (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2008/2009, Stuttgart 2009, S. 241-273.

Rolland, Sebastian: Krankenhäuser in Deutschland 2003, in: *Wirtschaft und Statistik* 8/2005, S. 838-848.

Rosenow, Christiane/**Steinberg**, Anke: 10 Jahre bundeseinheitliche Krankenhausstatistik, in: *Wirtschaft und Statistik* 5/2002, S. 383-391.

Krankenhausstatistik 2007

- Krankenhäuser -
Teil I: Grunddaten

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

Anschrift
des Trägers

Anschrift
des Krankenhauses

Rücksendung bitte bis spätestens 1. April 2008

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

Telefonnummer:

Telefaxnummer:

E-Mail:

Bei Rückfragen erreichen Sie uns unter: Telefon XXXXX - Durchwahl

Ansprechpartner-in:

Herr XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX - XXXX

Frau XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX - XXXX

Telefax: XXXXXXXXXXXX - XXXXX

E-Mail: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX@XXXXXXXXX.de

Unterrichtung nach § 17 Bundesstatistikgesetz

Land Krankenhausnummer
Wird vom Statistischen Amt ausgefüllt

Art, Umfang und Zweck der Erhebung

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

Rechtsgrundlagen

Krankenhausstatistik-Verordnung (KHStatV) vom 10. April 1990 (BGBl. I S. 730), zuletzt geändert durch Artikel 4 des Gesetzes vom 15. Dezember 2004 (BGBl. I S. 3429, 3442) in Verbindung mit dem Bundesstatistikgesetz (BStatG) vom 22. Januar 1987 (BGBl. I S. 462, 565), zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 9. Juni 2005 (BGBl. I S. 1534).

Erhoben werden die Angaben zu § 3 Nr. 1 bis 13 und 15 bis 17 KHStatV. Die Auskunftspflicht ergibt sich aus § 6 KHStatV

in Verbindung mit § 15 BStatG. Danach sind die Träger der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen auskunftspflichtig. Gemäß § 15 Abs. 6 BStatG haben Widerspruch und Anfechtungsklage gegen die Aufforderung zur Auskunftserteilung keine aufschiebende Wirkung.

Geheimhaltung

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

Eine Übermittlung der erhobenen Angaben ist nach § 7 Abs. 1 KHStatV in Verbindung mit § 16 Abs. 4 BStatG an die fachlich zuständigen obersten Bundes- und Landesbehörden in Form von Tabellen mit statistischen Ergebnissen zulässig, auch soweit Tabellenfelder nur einen einzigen Fall ausweisen.

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

Eine Übermittlung von Einzelangaben mit Namen und Anschrift ist ausgeschlossen.

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

noch: Unterrichtung nach § 17 Bundesstatistikgesetz

Hilfsmerkmale, Trennen und Löschen, Ordnungsnummern

Der Name des Krankenhausträgers, Name und Anschrift des Krankenhauses sowie Name, E-Mail-Adresse, Telefon- und Telefaxnummer der für Rückfragen zur Verfügung stehenden Person sind Hilfsmerkmale, die lediglich der technischen Durchführung der Erhebung dienen. Sie werden nach abgeschlossener Prüfung der Angaben vom Fragebogen getrennt, gesondert aufbewahrt und spätestens nach der nächsten Erhebung vernichtet.

Weitere Informationen der Krankenhausstatistik

Abgrenzung des Erhebungsbereichs „Krankenhaus“

Die Erhebung erstreckt sich auf alle Krankenhäuser einschließlich der mit ihnen verbundenen Ausbildungsstätten. Ausgenommen sind Krankenhäuser im Straf- oder Maßregelvollzug sowie Polizeikrankenhäuser. Bundeswehrkrankenhäuser haben einen eigenen Fragebogen auszufüllen. Krankenhäuser im Sinne dieser Erhebung sind Einrichtungen, die gemäß § 107 Abs. 1 Sozialgesetzbuch V. Buch (SGB V)

- der Krankenhausbehandlung oder Geburtshilfe dienen,
- fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende, ihrem Versorgungsauftrag entsprechende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und nach wissenschaftlich anerkannten Methoden arbeiten,
- mit Hilfe von jederzeit verfügbarem ärztlichem, Pflege-, Funktions- und medizinisch-technischem Personal darauf eingerichtet sind, vorwiegend durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten der Patienten/Patientinnen zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern oder Geburtshilfe zu leisten,

und in denen

- die Patienten/Patientinnen untergebracht und gepflegt werden können.

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

Maßgeblich für die statistische Erfassung eines Krankenhauses ist jede organisatorische Einheit, die unter einheitlicher Verwaltung steht und für die auf Grundlage der kaufmännischen Buchführung ein Jahresabschluss erstellt wird. Ein Krankenhaus als Einheit kann mehrere selbstständig geleitete Fachabteilungen oder Fachkliniken umfassen, wie z. B. bei Universitätskliniken. In diesem Fall ist die Meldung für das gesamte Krankenhaus abzugeben.

Die verwendete Krankenhausnummer dient ebenfalls der technischen Durchführung der Statistik, sie enthält keine Merkmale über persönliche oder sachliche Verhältnisse.

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

Meldung zur Statistik

Für jedes Krankenhaus sind jährlich getrennte Angaben zu Teil I „Grunddaten“, Teil II „Diagnosen“ und Teil III „Kosten“ zu machen. Der Fragebogen zu den Grunddaten ist vollständig ausgefüllt bis zum 1. April 2008 an das zuständige Statistische Landesamt zu senden.

Damit eine Zuordnung der verschiedenen Erhebungsteile I - III (Grunddaten, Diagnosen, Kosten) je Krankenhaus erfolgen kann, muss darauf geachtet werden, dass auf den verschiedenen Fragebogen und auf den maschinenlesbaren Datenträgern die gleiche Krankenhausnummer angegeben ist.

Modul der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG e.V.) zur Erhebung der Grund- und Kostendaten:

Die DKG e.V. hat für die jährliche Krankenhausstatistik ein Modul programmiert, in das über eine Schnittstelle Daten aus den DV-Systemen der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen eingelesen und weiterverarbeitet werden können. Das Modul bedient sich des XML-Formats, d.h. es liest XML-Daten ein und gibt XML-Daten aus, so dass bei der Übermittlung der Daten an das jeweilige Statistische Landesamt ein einheitlicher Standard gewahrt bleibt. Die Schnittstelle wandelt die Daten aus dem DV-System der Einrichtung in XML-Daten um, so dass diese in das Modul eingelesen werden können.

Das Modul kann im Downloadbereich des Internetangebots der DKG e.V. (www.dkgev.de) als ZIP-Archiv innerhalb der Rubrik „EDV & Statistik“ kostenlos herunter geladen werden. Ein Internetzugang ist daher erforderlich. Das ZIP-Archiv trägt den Namen „KHStat-XX-X.zip“, wobei das angehängte Kürzel (hier als X gekennzeichnet) die Version beschreibt. Zusammen mit dem Modul finden Sie ein Handbuch und eine XML-Beispieldatei, die die Programmierung der Schnittstelle erleichtern sollen.

Bitte beachten Sie, dass für die Krankenhausstatistik 2007 eine neue Version des Moduls genutzt werden muss. Die Vorgängerversion des Jahres 2006 ist nicht mehr gültig.

Krankenhausstatistik 2007 - Krankenhäuser - Teil I: Grunddaten

Hinweise zum Ausfüllen

Seit dem Jahr 2004 gilt das Vergütungssystem auf Basis der German Diagnosis Related Groups (G-DRG) verbindlich für alle Akutkrankenhäuser.

Hiervon ausgenommen sind Einrichtungen der Psychiatrie, für Psychosomatik und für Psychotherapeutische Medizin (§ 17b Abs. 1 Satz 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz - KHG); in diesen Einrichtungen wird weiterhin nach der Bundespflegegesetzverordnung (BPfIV) abgerechnet.

Die Vorabfrage zu dem in Ihrem Haus angewandten Abrechnungssystem hilft uns, die von Ihnen gemeldeten Daten besser zu verstehen und damit die Qualität der Statistik zu steigern.

Bei einigen Erhebungsmerkmalen erhalten Sie Hinweise dazu, wie die Merkmale unter dem jeweiligen Abrechnungssystem abzugrenzen sind.

Alle Angaben beziehen sich – soweit nichts anderes vermerkt ist – auf den Erhebungsstichtag 31.12. des Berichtsjahres.

Komplette Ausgabe der Erläuterungen

[1] Zulassung des Krankenhauses

Folgende Zulassungen von Krankenhäusern lassen sich unterscheiden:

Hochschulmedizin: Krankenhäuser, die nach (den) landesrechtlichen Vorschriften für den Hochschulbau gefördert werden.

Plankrankenhaus: Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind.

Krankenhaus mit Versorgungsvertrag nach § 108

Nr. 3 SGB V: Krankenhäuser, die aufgrund eines Versorgungsvertrages mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen zur Krankenhausbehandlung Versicherter zugelassen sind.

Sonstiges Krankenhaus (ohne Versorgungsvertrag): Krankenhäuser, die nicht in die oben genannten Kategorien fallen und somit nicht zu den zugelassenen Krankenhäusern nach § 108 SGB V gehören.

[2] Art des Trägers, Rechtsform des Krankenhauses

Nach der Art des Trägers und der Rechtsform lassen sich die Krankenhäuser folgendermaßen differenzieren:

Öffentlich: Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft lassen sich nach zwei Rechtsformen unterscheiden: der **öffentlich-rechtlichen** und der **privatrechtlichen** Form.

In öffentlich-rechtlicher Form betriebene Krankenhäuser sind dabei entweder rechtlich unselbstständig (Regiebetrieb, Eigenbetrieb) oder rechtlich selbstständig (Zweckverband, Anstalt, Stiftung). Privatrechtliche Krankenhäuser (z. B. GmbHs) befinden sich in öffentlicher Trägerschaft, wenn Gebietskörperschaften (Bund, Land, Bezirk, Kreis, Gemeinde), Zusammenschlüsse solcher Körperschaften (z. B. Arbeitsgemeinschaften oder Zweckverbände) oder Sozialversicherungsträger (z. B. Rentenversicherungsträger oder Berufsgenossenschaften) unmittelbar oder mittelbar mehr als 50 vom Hundert des Nennkapitals oder des Stimmrechts halten.

Freigemeinnützig: Krankenhäuser, die von Trägern der kirchlichen oder freien Wohlfahrtspflege, Kirchengemeinden, Stiftungen oder Vereinen unterhalten werden.

Privat: Krankenhäuser, die als gewerbliche Unternehmen einer Konzession nach § 30 Gewerbeordnung bedürfen.

Bei Krankenhäusern mit unterschiedlichen Trägern wird der Träger angegeben, der überwiegend beteiligt ist oder überwiegend die Geldlasten trägt.

[3] Ausbildungsplätze (laut Genehmigungsbescheid)

Bitte geben Sie hier die Zahl der tatsächlich anerkannten Ausbildungsplätze laut Genehmigungsbescheid an.

Hierbei handelt es sich um nach § 2 Nr. 1a KHG mit dem Krankenhaus notwendigerweise verbundene Ausbildungsplätze in Ausbildungsstätten, soweit das Krankenhaus Träger oder Mitträger ist.

Wird eine Ausbildungsstätte gemeinsam von mehreren Krankenhäusern getragen (sog. Verbundschulen), so sind die Ausbildungsplätze gemäß der finanziellen Trägerschaft aufzuteilen.

[4] Sondereinrichtungen und Medizinisch-technische Großgeräte

Anzugeben sind Sondereinrichtungen und medizinisch-technische Großgeräte, die sich im Besitz des Krankenhauses befinden (auch wenn sie nicht dessen Eigentum sind wie bspw. geleaste Geräte) und zur Versorgung von Krankenhauspatienten/-patientinnen (Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V) genutzt werden.

Bitte zählen Sie hier keine Geräte, die lediglich für Demonstrations- und Lehrzwecke oder ausschließlich im Rahmen der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung von ermächtigten Ärzten/Ärztinnen genutzt werden.

Nutzen mehrere berichtspflichtige Krankenhäuser ein Gerät, so wird es nur von dem berichtspflichtigen Krankenhaus gemeldet, in dem es aufgestellt ist.

[5] Entbindungen und Geburten

Entbundene Frauen: Zahl der im Berichtsjahr entbundenen Frauen, unabhängig von der Zahl der geborenen Kinder. Wegen Fehlgeburt behandelte Frauen werden hier nicht gemeldet.

[6] Nicht bettenführende Fachabteilungen

Nicht bettenführende Fachabteilungen sind organisatorisch abgrenzbare, von entsprechenden Fachärzten/Fachärztinnen ständig verantwortlich geleitete Abteilungen mit besonderen therapeutischen bzw. diagnostischen Einrichtungen, die über keine eigenen aufgestellten Betten im Sinne von [7] verfügen.

[7] Bettenkapazität

Vollstationär aufgestellte Betten insgesamt sind alle betriebsbereit aufgestellten Betten des Krankenhauses, unabhängig von der Förderung.

Bitte berücksichtigen Sie nur Betten zur vollstationären Behandlung. Betten zur teilstationären Unterbringung von Patienten/Patientinnen sowie Betten in Untersuchungs- und Funktionsräumen und Betten für gesunde Neugeborene sind **nicht** einzubeziehen.

Die Zahl der aufgestellten Betten insgesamt ist als Jahresdurchschnittswert (ohne Nachkommastellen) anzugeben. Veränderungen der Zahl der Betten sind zeitanteilig zu berücksichtigen.

Der **Jahresdurchschnitt** (ohne Nachkommastellen) ergibt sich als Durchschnittswert der an den Monatsenden vorhandenen Bettenzahl.

Die Zahl der aufgestellten Betten insgesamt muss den Angaben unter „2 Krankenbetten, Berechnungs- und Belegungstage und Patientenbewegung“ Spalte 2, Zeile 990 entsprechen.

Die aufgestellten Betten lassen sich folgendermaßen untergliedern:

Aufgestellte Betten, die nach (den) landesrechtlichen Vorschriften für den Hochschulbau gefördert werden.

Aufgestellte Betten nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz: Alle aufgestellten Betten, für die Fördermittel nach dem KHG (§8 Abs. 1) gewährt werden.

Vertragsbetten nach § 108 Nr. 3 SGB V: Alle nicht geförderten aufgestellten Betten, für die Verträge mit den Krankenkassen über die Gewährung von Krankenhausbehandlung vorliegen.

Sonstige Betten: Aufgestellte Betten, die weder im Krankenhausplan aufgeführt, noch gefördert werden und für die auch keine Verträge nach § 108 Nr. 3 SGB V abgeschlossen sind.

[8] Ambulante Operationen

Bitte tragen Sie die Anzahl der in Ihrem Krankenhaus nach § 115b SGB V durchgeführten ambulanten Operationen ein.

Eine **ambulante Operation** zeichnet sich dadurch aus, dass die Patienten/Patientinnen die Nacht vor und die Nacht nach der Operation nicht im Krankenhaus verbringen. Ist eine stationäre Aufnahme, z. B. aufgrund von Komplikationen erforderlich, handelt es sich nicht mehr um eine ambulante Operation, sondern um einen vollstationären Behandlungsfall.

Bitte zählen Sie **nicht** die ambulanten Operationen, die von Belegärzten, Vertragsärzten oder ermächtigten Ärzten im Krankenhaus durchgeführt wurden. Sollten solche ambulanten Operationen jedoch zusätzlich zu denen nach § 115b SGB V durchgeführt werden, kreuzen Sie bitte bei der entsprechenden Frage „Ja“ an.

[9] Intensivbetten

Bezogen auf die intensivmedizinische Behandlung werden der Jahresdurchschnitt der aufgestellten Intensivbetten (ohne Nachkommastellen), die Berechnungs- und Belegungstage sowie die Zahl der Behandlungsfälle (inkl. derjenigen einer Fachabteilung Intensivmedizin) im Berichtsjahr erfasst.

Aufwachbetten gelten nicht als **Intensivbetten**.

Bitte ordnen Sie unter „2 Krankenbetten, Berechnungs-

und Belegungstage und Patientenbewegung“, Spalte 3 alle Intensivbetten, d. h. sowohl die in die Fachabteilungen integrierten als auch die von mehreren Fachabteilungen gemeinsam genutzten Intensivbetten unter eigenständiger fachlicher Leitung entsprechend ihrer Nutzung den einzelnen Fachabteilungen zu.

Bitte geben Sie dabei keine Betten an, die im Fragebogen 1 unter Punkt 1.12 für Einrichtungen nach § 3 Nr. 4 KHStatV (zur Abgrenzung vgl. [12]) nachgewiesen werden. Also auch keine Betten zur neonatologischen Intensivbehandlung, wenn diese Betten einer Einrichtung nach § 3 Nr. 4 KHStatV zuzuordnen sind.

[10] Fachabteilung Intensivmedizin

Sofern eine organisatorisch abgrenzbare **Fachabteilung Intensivmedizin** im Krankenhaus besteht, sind deren Betten, Berechnungs- und Belegungstage sowie die Zahl der Patienten/Patientinnen im Berichtsjahr gesondert auszuweisen. Zusätzlich ist die Zahl der Patienten/Patientinnen anzugeben, die im Berichtsjahr künstlich beatmet wurden.

Bitte ordnen Sie unter „2 Krankenbetten, Berechnungs- und Belegungstage und Patientenbewegung“, Spalte 3 die Betten der Fachabteilung Intensivmedizin entsprechend ihrer Nutzung den einzelnen Fachabteilungen zu.

[11] Berechnungs- und Belegungstage

Bitte weisen Sie die Berechnungs- und Belegungstage der **vollstationären Patienten/Patientinnen** folgendermaßen nach:

Bundespflegesatzverordnung:

Gilt ab 2004 für Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 1 zweiter Halbsatz KHG, bzw. § 1 Abs. 1 BpflV 2004. Die im Erhebungsbereich der BpflV (Abrechnung von tagesgleichen Pflegesätzen) erbrachten **Berechnungstage** sind nach § 14 Abs. 2 BpflV zu ermitteln.

Danach werden die Abteilungspflegesätze und der Basispflegesatz sowie die entsprechenden teilstationären Pflegesätze für den Aufnahmetag und jeden weiteren Tag des Krankenhausaufenthaltes berechnet (Berechnungstag). Der Entlassungs- oder Verlegungstag, der nicht zugleich Aufnahmetag ist, wird nur bei teilstationärer Behandlung berechnet.

Für **tagesbezogene** Entgelte gilt die Definition der Berechnungstage entsprechend.

Fallpauschalensystem

(German Diagnosis Related Groups - G-DRG):

Gilt ab 2004 für Krankenhäuser nach § 17b Abs. 1 Satz 1 erster Halbsatz KHG.

Im Rahmen des pauschalierten Entgeltsystems auf der Grundlage der G-DRG sind die im Berichtsjahr angefallenen **Belegungstage** nach § 1 Abs. 7 der Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser (Fallpauschalenvereinbarung 2007 - FPV 2007) nachzuweisen.

Danach sind Belegungstage der Aufnahmetag sowie jeder weitere Tag des Krankenhausaufenthaltes ohne den Verlegungs- oder Entlassungstag aus dem Krankenhaus; wird ein Patient/eine Patientin am gleichen Tag aufgenommen und verlegt oder entlassen, gilt dieser Tag als Aufnahmetag. Für den Fall von Wiederaufnahmen gilt § 2 Abs. 4 Satz 3 FPV 2007. Vor- und nachstationäre Belegungstage werden hier nicht gezählt.

Dies gilt auch im Falle der Vereinbarung **fallbezogener** Entgelte nach § 6 Abs. 1 oder Abs. 2 KHEntgG. Reine Urlaubstage sind nicht als Belegungstage auszuweisen.

[12] Organisatorisch abgrenzbare Einrichtungen nach §3 Nr. 4 KHStatV

Bitte geben Sie hier die Zahl der aufgestellten Betten im Jahresdurchschnitt (ohne Nachkommastellen), die Berechnungs- und Belegungstage sowie die Zahl der Patienten/Patientinnen im Berichtsjahr an, die in organisatorisch abgrenzbaren Einrichtungen zur Behandlung von Querschnittlähmung, Schwerst-Schädel-Hirn-Verletzungen, Schwerebrandverletzungen, AIDS, Mukoviszidose, Onkologiepatienten/-patientinnen, Transplantationspatienten/-patientinnen oder zur neonatologischen Intensivbehandlung behandelt wurden.

Bitte ordnen Sie im Fragebogen „2 Krankenbetten, Berechnungs- und Belegungstage und Patientenbewegung“ die Betten der Einrichtungen nach §3 Nr. 4 KHStatV entsprechend ihrer Nutzung auch den einzelnen Fachabteilungen der Spalte 2 „aufgestellte Betten, Insgesamt“ zu, nicht jedoch den Intensivbetten (Spalte 3)!

[13] Fachabteilungen

Fachabteilungen sind organisatorisch abgrenzbare, von Ärzten/Ärztinnen ständig verantwortlich geleitete Abteilungen mit für den jeweiligen Fachbereich typischen Behandlungseinrichtungen. Die Fachabteilungsgliederung orientiert sich an den Gebiets- und Schwerpunktbezeichnungen der Ärzte. Ausnahmen hiervon stellen die Fachabteilung Geriatrie und Sucht dar. In einem nach Fachabteilungen gegliederten Krankenhaus sind die entsprechenden Organisationseinheiten einer der aufgeführten **Fachabteilungen** zuzuordnen.

Sollte sich Ihr Krankenhaus ausschließlich auf eine Fachrichtung spezialisiert haben, tragen Sie Ihre Angaben sowohl bei der betreffenden Fachabteilung als auch in der Summenzeile 990 ein. Krankenhäuser ohne organisatorisch abgrenzbare Fachabteilungen und Krankenhäuser, die Behandlungen auch außerhalb organisatorisch abgrenzbarer Fachabteilungen leisten, tragen ihre Angaben hierfür in Zeile 930 „Sonstige Fachbereiche/Allgemeinbetten“ ein.

Aus Gründen einheitlicher Zählweise wird an dieser Stelle auf den gesonderten Ausweis einer Fachabteilung „Intensivmedizin“ verzichtet. Sofern eine organisatorisch abgrenzbare Fachabteilung „Intensivmedizin“ in Ihrem Krankenhaus besteht (siehe auch [10]), sind diese Betten entsprechend der Beanspruchung den aufgeführten Fachabteilungen zuzuordnen. Das gleiche gilt für die dort versorgten Patienten/Patientinnen und deren Berechnungs- und Belegungstage. Verlegungen in und aus der Fachabteilung „Intensivmedizin“ werden in der Statistik nicht gezählt. Die Patienten/Patientinnen sowie die Berechnungs- und Belegungstage sind in diesen Fällen weiter bei der abgebenden Fachabteilung nachzuweisen. Sofern eine Patientenaufnahme von außen direkt in der „Intensivmedizin“ erfolgt, sind die Patientendaten einer der aufgeführten Fachabteilungen zuzuordnen, in der Regel der im Anschluss aufnehmenden Abteilung.

Zur vollständigen Darstellung der Ergebnisse nach Fachabteilungen empfehlen wir Ihnen, die Angaben über Betten, Berechnungs- und Belegungstage und Patientenbewegung zunächst für die Hauptdisziplinen wie Innere Medizin, Kinderheilkunde etc. zusammenzustellen.

Aus der Zusammenfassung der Zahlen für die Hauptdisziplinen ergeben sich die Summen für das Krankenhaus insgesamt (Zeile 990).

Sind Hauptdisziplinen weiter untergliedert, so müssen auch für die als „darunter“-Positionen aufgeführten Unterabteilungen Angaben gemacht werden.

[14] Aufgestellte Betten (Jahresdurchschnitt)

Bitte geben Sie hier die Zahl der im Jahresdurchschnitt zur vollstationären Behandlung betriebsbereit aufgestellten Betten (ohne Nachkommastellen) gegliedert nach Fachabteilungen an.

Die Angabe in der Zeile 990 „Insgesamt“ muss mit der Zahl der Betten bei den Angaben im Fragebogen 1 unter „1.9 Bettenkapazität“ übereinstimmen.

Folgende „darunter“ – Positionen werden dabei unterschieden:

Intensivbetten: Bitte zählen Sie hier alle aufgestellten Intensivbetten in Ihrem Krankenhaus (zur Abgrenzung vgl. [9]).

Betten einer eigenständigen Fachabteilung „Intensivmedizin“ werden entsprechend ihrer Nutzung den aufgeführten Fachabteilungen zugeordnet (siehe auch [10]).

Die Angabe in der Zeile 990 „Insgesamt“ muss mit der Zahl der im Fragebogen 1 unter „1.11 Intensivmedizinische Versorgung“ in der Zeile „Intensivbetten insgesamt“ genannten Intensivbetten übereinstimmen.

Belegbetten: Betten, die Belegärzten/-ärztinnen zur vollstationären Versorgung ihrer Patienten/Patientinnen zur Verfügung stehen.

[15] Tage der Intensivbehandlung/-überwachung

Tage der Intensivbehandlung/-überwachung sind Berechnungs- und Belegungstage für Patienten/Patientinnen, die in Intensivbetten behandelt werden.

Berechnungs- und Belegungstage einer eigenständigen Fachabteilung „Intensivmedizin“ sind entsprechend der Zuordnung der Patienten/Patientinnen und Betten den einzelnen Fachabteilungen zuzurechnen (siehe auch [10]).

Die Angabe in der Zeile 990 „Insgesamt“ muss mit der Zahl der im Fragebogen 1 unter „1.11 Intensivmedizinische Versorgung“ in der Zeile „Intensivbetten insgesamt“ genannten Berechnungs-/Belegungstage im Berichtsjahr übereinstimmen.

[16] Patientenzugang

Als **Patientenzugang** werden ausschließlich Patienten/Patientinnen (Fälle) gezählt, die in den vollstationären Bereich des Krankenhauses aufgenommen werden.

Bitte lassen Sie ausschließlich teilstationär oder ambulant behandelte Patienten/Patientinnen sowie **gesunde Neugeborene und Begleitpersonen** unberücksichtigt. Patienten/Patientinnen, die vorstationär behandelt werden, sind hier erst nachzuweisen, wenn sie in den vollstationären Bereich aufgenommen werden.

Zum Nachweis der vor-, nach- und teilstationär behandelten Fälle siehe auch „5 Vor- und nachstationäre Behandlungen, teilstationär behandelte Fälle und Berechnungs-/Belegungstage“.

Folgende Positionen werden dabei unterschieden:

Aufnahmen in die vollstationäre Behandlung: Alle in den vollstationären Bereich des Krankenhauses aufgenommenen Patienten/Patientinnen einschließlich der Stundenfälle, darunter:

Aus anderen Krankenhäusern: Patienten/Patientinnen, die von anderen Krankenhäusern, in denen sie stationär

untergebracht waren, zur weiteren Versorgung in das berichtende Krankenhaus aufgenommen werden.

Bitte beachten Sie bei Abrechnung nach dem G-DRG Entgeltsystem, dass bei einer Wiederaufnahme nach § 2 und einer Rückverlegung nach § 3 Abs. 3 FPV 2007 die Aufenthalte zu einem Fall zusammen zu führen sind. Bei der Abrechnung nach tagesbezogenen Entgelten nach § 6 Abs. 1 KHEntgG ist keine Fallzusammenführung möglich.

Von teilstationär in vollstationär: Patienten/Patientinnen, die aus einer teilstationären Behandlung in eine vollstationäre Behandlung wechseln.

Verlegungen von vollstationär in vollstationär: Vollstationär behandelte Patienten/Patientinnen, die innerhalb des Krankenhauses verlegt werden, sind in der aufnehmenden Abteilung als Patientenzugang **und** in der abgebenden Abteilung als Patientenabgang zahlenmäßig nachzuweisen.

Bitte beachten Sie folgendes:

Wird ein Patient/eine Patientin innerhalb eines Krankenhauses aus dem Geltungsbereich der BpflV in den Geltungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes verlegt (oder umgekehrt), so werden die zwei Teilbereiche wie zwei eigenständige Krankenhäuser behandelt, d. h. es findet ein Patientenzugang als „Aufnahme in die vollstationäre Behandlung des Krankenhauses“ statt.

Bei mehrfach im Jahr vollstationär behandelten Patienten/Patientinnen ist jeder Krankenhausaufenthalt als ein Fall zu zählen, sofern es sich nicht um eine Wiederaufnahme nach § 2 oder eine Rückverlegung nach § 3 Abs. 3 FPV 2007 handelt. Wird ein Patient/eine Patientin für einen Tag/mehrere Tage beurlaubt, ist ebenfalls nur ein Fall zu zählen.

Verlegungen in eine eventuell vorhandene Abteilung „Intensivmedizin“ werden nicht erfasst (siehe [14]).

Bei den Hauptdisziplinen werden Verlegungen nur in und von anderen Hauptdisziplinen gezählt. Verlegungen zwischen den „darunter“-Positionen **einer** Hauptdisziplin, beispielsweise von der „Unfallchirurgie“ in die „Gefäßchirurgie“, dürfen nicht in der Hauptabteilung (hier Zeile: 150) erfasst werden, weil sonst keine exakten Verweildauern für die Hauptdisziplinen berechnet werden können.

Bei den als „darunter“-Positionen aufgeführten Fachabteilungen sind jedoch alle internen Zu- und Abgänge zu melden, beispielsweise Verlegungen aus dem Bereich der Inneren Medizin von der „Kardiologie“ in die „Pneumologie“.

Die Summe der internen Zu- und Abgänge ist somit nicht identisch mit dem Nachweis in den Hauptdisziplinen.

[17] Patientenabgang

Folgende Positionen werden unterschieden:

Entlassungen aus der vollstationären Behandlung: Alle aus vollstationärer Behandlung entlassenen Patienten/Patientinnen einschließlich der Stundenfälle. Sterbefälle sind hier nicht enthalten, sie werden in Spalte 17 gesondert erfasst.

Patienten/Patientinnen, die teilstationär oder nachstationär weiterbehandelt werden, sind bereits bei der Entlassung aus dem vollstationären Bereich nachzuweisen.

Bei mehrfach im Jahr vollstationär behandelten Patienten/Patientinnen ist jeder Krankenhausaufenthalt als ein Fall zu zählen, sofern es sich nicht um eine Wiederaufnahme nach § 2 oder eine Rückverlegung nach § 3 Abs. 3 FPV 2007 handelt. Wird ein Patient/eine Patientin für einen Tag/mehrere Tage beurlaubt, ist ebenfalls nur ein Fall zu zählen.

Bitte beachten Sie, dass die Zahl der entlassenen Patienten/Patientinnen (Spalten 11 und 17) mit Ihren Angaben zur Diagnosestatistik ohne gesunde Neugeborene (Erhebungsteil II) übereinstimmen muss.

Entlassungen in andere Krankenhäuser:

Patienten/Patientinnen, die von dem Berichtskrankenhaus, in dem sie vollstationär untergebracht sind, zur weiteren Versorgung in ein anderes Krankenhaus „abgegeben“ werden.

Bitte beachten Sie bei Abrechnung nach dem G-DRG Entgeltsystem, dass bei einer Wiederaufnahme nach § 2 und einer Rückverlegung nach § 3 Abs. 3 FPV 2007 die Aufenthalte zu einem Fall zusammen zu führen sind. Bei der Abrechnung nach tagesbezogenen Entgelten nach § 6 Abs. 1 KHEntgG ist keine Fallzusammenführung möglich.

Entlassungen in stationäre Rehabilitationseinrichtungen oder Pflegeheime:

Hier weisen Sie bitte diejenigen Patienten/Patientinnen nach, die vom Berichtskrankenhaus, in dem sie vollstationär untergebracht sind, zur weiteren Versorgung in eine stationäre Rehabilitationseinrichtung oder ein Pflegeheim entlassen werden.

Als **Pflegeheime** werden laut § 71 Abs. 2 SGB XI selbstständig wirtschaftende stationäre Pflegeeinrichtungen bezeichnet, in denen Pflegebedürftige unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft gepflegt werden und ganztätig (vollstationär) oder nur tagsüber oder nur nachts (teilstationär) untergebracht und gepflegt werden können.

Verlegungen von vollstationär in vollstationär: siehe [16].

[18] Gebiets-/Schwerpunktbezeichnung

Ärzte/Ärztinnen mit abgeschlossener Weiterbildung (Fachärzte/-ärztinnen) sind nach ihrer anerkannten Gebiets- bzw. Schwerpunktbezeichnung zu erheben.

Als **Schwerpunkt** wird hier eine zusätzliche Spezialisierung innerhalb eines Gebietes verstanden. Ärzte/Ärztinnen mit mehreren Gebiets- bzw. Schwerpunktbezeichnungen sind entsprechend ihrer überwiegend ausgeübten Tätigkeit zuzuordnen. Ärzte/Ärztinnen mit Schwerpunktbezeichnung (z. B. Gefäßchirurgie) sind auch bei der entsprechenden Gebietsbezeichnung (z. B. Chirurgie) zu zählen.

[19] Hauptamtliche Ärzte/Ärztinnen am 31.12.

Bitte erfassen Sie nur die in Ihrem Krankenhaus fest angestellten Ärzte/Ärztinnen.

Gast-, Konsiliar-, Beleg- und hospitierende Ärzte/Ärztinnen sind nicht zu erfassen.

Folgende Position kann unter anderem nachgewiesen werden:

Leitende Ärzte/Ärztinnen: Hauptamtlich im Krankenhaus tätige Ärzte/Ärztinnen mit Chefarztverträgen sowie Ärzte/Ärztinnen als Inhaber/Inhaberinnen konzessionierter Privatkliniken.

[20] Nichthauptamtliche Ärzte/Ärztinnen am 31.12.

Folgende Positionen können dabei unterschieden werden:
Belegärzte/-ärztinnen: Nicht am Krankenhaus angestellte Vertragsärzte/-ärztinnen, die berechtigt sind, ihre Patienten/Patientinnen (Belegpatienten/-patientinnen) im Krankenhaus unter Inanspruchnahme der hierfür bereitgestellten Dienste, Einrichtungen und Mittel stationär oder teilstationär zu behandeln, ohne hierfür vom Krankenhaus eine Vergütung zu erhalten.

Von Belegärzten/-ärztinnen angestellte Ärzte/Ärztinnen: Von Belegärzten/-ärztinnen angestellte Ärzte/Ärztinnen nach der Gebiets-/Schwerpunktbezeichnung des anstellenden Arztes/der anstellenden Ärztin.

[21] Vollkräfte im Jahresdurchschnitt

Als Vollkräfte werden die auf volle tarifliche Arbeitszeit umgerechneten Beschäftigten bezeichnet.

Die Gesamtzahl der Vollkräfte im Jahresdurchschnitt ergibt sich aus der Summe der umgerechneten Teilzeitkräfte, der umgerechneten kurzfristig oder geringfügig beschäftigten Arbeitnehmer/Arbeitnehmerinnen und der Beschäftigten, die im gesamten Jahr bei voller tariflicher Arbeitszeit eingesetzt waren. Überstunden und Bereitschaftsdienste werden nicht in die Berechnung einbezogen.

Für das ärztliche Personal umfasst die Umrechnung das hauptamtliche ärztliche Personal ohne Zahnärzte/ Zahnärztinnen.

Grundsätzlich sind Zeiten, die für das Krankenhaus keine Personalkosten verursacht haben (z. B. Erziehungsurlaub), in die Umrechnung nicht einzubeziehen.

Arbeitnehmer/Arbeitnehmerinnen in Altersteilzeit sind – abhängig von der gewählten Arbeitszeitverteilung – entsprechend dem jeweiligen Beschäftigungsumfang im Berichtsjahr in Vollkräfte umzurechnen. Arbeitnehmer/Arbeitnehmerinnen, die sich für die Altersteilzeit im sog. Blockmodell entschieden haben, sind während der Freistellungsphase bei der Umrechnung in Vollkräfte nicht zu berücksichtigen (vgl. Erläuterungen Personalkosten [1] Kostennachweis, Teil III der Krankenhausstatistik).

Gesundheits- und Krankenpflegeschüler/-schülerinnen sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflegeschüler/-schülerinnen sind im Verhältnis 9,5 zu 1, Schüler/Schülerinnen in der Krankenpflegehilfe im Verhältnis 6 zu 1 bei der Berechnung der Vollkräfte zu berücksichtigen und in Spalte 7, Zeile 991 einzutragen.

Zivildienstleistende sind im Verhältnis 1:1 in Vollkräfte umzurechnen.

Bitte ziehen Sie bei der Vollkräfteberechnung in den einzelnen Obergruppen entsprechende Anteile ab, wenn dieses Personal als Ausbildungspersonal tätig ist.

Bitte zählen Sie hier kein Personal in Bereichen, die im Teil III „Kostennachweis“, als Fremdleistungen abgerechnet werden, so genannte „outsourcete“ Bereiche.

[22] Nichtärztliches Personal

Die Zuordnung der einzelnen Berufsbezeichnungen zu den Funktionsbereichen entspricht weitgehend der Gliederung der Krankenhaus-Buchführungsverordnung (KHBV).

Wenn Sie Pflegepersonal in den Zeilen 001, 011, 021, 031 und 041 nachweisen, so zählen Sie bitte folgende Fach-

abteilungen (gegliedert nach den Gebiets- und Schwerpunktbezeichnungen der Musterweiterbildungsordnung) zu den psychiatrischen Fachabteilungen: Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Psychiatrie und Psychotherapie sowie Psychotherapeutische Medizin.

Bitte weisen Sie die Beleghebammen/-entbindungshelfer, Schüler/Schülerinnen und Auszubildenden **nicht** bei den Angaben über nichtärztliches Personal am 31.12. nach Personalgruppe/Berufsbezeichnung nach; sie sind in den Zeilen 991 bis 995 nachrichtlich anzugeben.

Bitte geben Sie in der Zeile 991 **alle** Schüler/Schülerinnen und Auszubildenden an, die mit Ihrem Krankenhaus einen Ausbildungsvertrag haben.

Personal mit Pflegeberufen und abgeschlossener Weiterbildung ist nochmals in den Zeilen 950 bis 953 – unabhängig vom Einsatzbereich – nachzuweisen.

Als **sonstiges Personal** wird sonstiges nichtärztliches Personal wie Famuli, Zivildienstleistende, Absolventen/Absolventinnen im freiwilligen sozialen Jahr und Praktikanten/Praktikantinnen erfasst. Bitte weisen Sie Zivildienstleistende in Zeile 910 nochmals gesondert aus. Im Gegensatz zur KHBV und im Gegensatz zum Ausweis im Teil III „Kostennachweis“ werden die Vorschüler/-schülerinnen und Schüler/Schülerinnen nicht erfasst. Die Schüler/Schülerinnen sind jedoch nachrichtlich auszuweisen.

Tragen Sie beim **Personal der Ausbildungsstätten** bitte nur Lehrkräfte – auch Ärzte/Ärztinnen – ein, die für diese Tätigkeit einen Arbeits- oder Dienstvertrag mit Ihrem Krankenhaus haben. Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen mit sog. Honorarverträgen werden hier nicht nachgewiesen.

Zur Ermittlung der **Vollkräfte** siehe auch [21].

[23] Vorstationäre und nachstationäre Behandlungen

Hier werden die im Berichtsjahr abgeschlossenen vor- bzw. nachstationären Behandlungen gezählt.

Als eine Behandlung ist dabei die Summe der Behandlungstage vor bzw. nach dem stationären Aufenthalt zu verstehen.

Bitte tragen Sie hier zur Erfassung der Anzahl der vor- und nachstationären Behandlungen, abweichend zur Fallzählung nach den Vorgaben der FPV 2007, **alle** während des Berichtsjahres vorstationär und/oder nachstationär behandelten Fälle ein, unabhängig von dem nach § 8 Abs. 2 Nr. 4 KHEntG gezahlten Entgelt.

Die **vor- und nachstationäre Behandlung** wird vom Krankenhaus in ambulanter Form erbracht, also ohne Unterkunft und Verpflegung. Eine vorstationäre Behandlung ist auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der vollstationären Behandlung begrenzt, eine nachstationäre Behandlung darf sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der vollstationären Behandlung – von Ausnahmen abgesehen – nicht überschreiten (vgl. § 115a Abs. 2 SGB V).

Das bedeutet, dass Patienten/Patientinnen, deren vor-, voll- und/oder nachstationäre Behandlung mit nur einer G-DRG abgerechnet werden, in den Grunddaten als bis zu drei Fälle nachzuweisen sind: als vorstationärer Fall und/oder als nachstationärer Fall, sowie im Fragebogen „2 Krankbetten, Berechnungs- und Belegungstage und Patientenbewegung“ als vollstationärer Fall. Auch Fälle mit nur vorstationärer Behandlung werden als ein Fall gezählt.

Ordnen Sie die Fälle den aufgeführten Fachabteilungen zu. Sollten solche Behandlungen auch in einer organisatorisch abgrenzbaren Einrichtung nach § 3 Nr. 7 KHStatV (die Abgrenzung entspricht § 3 Nr. 4, vgl. hierzu [12]) durchgeführt werden, so weisen Sie diese dort bitte zusätzlich aus.

[24] Tages- und Nachtambulanzplätze

Bitte ordnen Sie die Tages- und Nachtambulanzplätze einer der aufgeführten Fachabteilungen zu. Sollten solche Plätze auch in einer Einrichtung der Geriatrie bzw. organisatorisch abgrenzbaren Einrichtung nach § 3 Nr. 7 KHStatV (die Abgrenzung entspricht § 3 Nr. 4, vgl. hierzu [12]) zur Verfügung stehen, so weisen Sie diese dort bitte zusätzlich aus.

[25] Entlassungen aus der teilstationären Behandlung

Eine teilstationäre Behandlung unterscheidet sich von einer vollstationären Behandlung durch eine regelmäßige, aber nicht zeitlich durchgehende Anwesenheit des Patienten/der Patientin im Krankenhaus, wobei die regelmäßige Verweildauer im Krankenhaus weniger als 24 Stunden umfasst. Die Patienten/Patientinnen verbringen dort nur den entsprechenden Tagesabschnitt während der ärztlichen Behandlung, die restliche Zeit aber außerhalb des Krankenhauses.

Teilstationäre Leistungen nach der Bundespflegegesetzverordnung:

Als **teilstationär behandelte Fälle** gelten diejenigen Patienten/Patientinnen, für die Leistungen entsprechend § 13 Abs. 1 BPFIV teilstationär erbracht und mit einem gesonderten Pflegesatz abgerechnet werden.

Bitte zählen Sie bei Patienten/Patientinnen, die wegen derselben Erkrankung mehrfach teilstationär behandelt wurden, je Quartal eine Entlassung bzw. Behandlung (vgl. Fußnote 11 im Anhang 2 zu Anlage 1 der BPFIV).

Teilstationäre Leistungen über Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG:

Als **teilstationär behandelte Fälle** gelten diejenigen Patienten/Patientinnen, für die ein fall- oder tagesbezogenes Entgelt nach § 6 Abs. 1 Nr. 2 KHEntgG krankenhausspezifisch abgerechnet wird.

Sind für teilstationäre Leistungen fallbezogene Entgelte vereinbart worden, so zählen Sie bitte jeden abgerechneten Patienten/jede abgerechnete Patientin als einen Fall (vgl. § 8 Abs. 2 Nr. 1 FPV 2007).

Wenn für teilstationär behandelte Fälle tagesbezogene Entgelte vereinbart wurden, ist die o. g. Quartalszählung anzuwenden (§ 8 Abs. 2 Nr. 2 FPV 2007).

Es werden nur diejenigen teilstationären Patienten/Patientinnen (Fälle) gezählt, die im Berichtsjahr aus der teilstationären Behandlung entlassen wurden (einschließlich gestorbenen teilstationärer Patienten/Patientinnen). Überlieger ins nächste Berichtsjahr werden im folgenden Jahr nachgewiesen.

Ordnen Sie die behandelten Patienten/Patientinnen einer der aufgeführten Fachabteilungen, in der sie zuletzt gelegen haben, zu. In einer organisatorisch abgrenzbaren Einrichtung nach § 3 Nr. 7 KHStatV (die Abgrenzung entspricht § 3 Nr. 4, vgl. hierzu [12]) teilstationär behandelte Fälle sollen zusätzlich auch in den Zeilen 002 bis 010 ausgewiesen werden.

Beurlaubungen, beispielsweise für einen oder mehrere Tage, gelten nicht als Behandlungszeit bzw. Entlassung und sind bei den teilstationären Berechnungstagen/Belegungstagen nicht zu berücksichtigen.

[26] Teilstationäre Behandlungstage

Bitte weisen Sie die Behandlungstage der **teilstationären Patienten/Patientinnen** folgendermaßen nach:

Hier sollen die im aktuellen Berichtsjahr angefallenen Behandlungstage gezählt werden. Dies gilt unabhängig davon, ob die teilstationären Leistungen über die Bundespflegegesetzverordnung oder über fall- oder tagesbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 1 Nr. 2 KHEntgG abgerechnet werden.

Beispiel: Wird ein Patient/eine Patientin zur täglichen teilstationären Behandlung am 28. Dezember aufgenommen und erst am 2. Januar des dem Berichtsjahr folgenden Jahres entlassen, so fallen vier Behandlungstage im aktuellen Berichtsjahr an (bei der Fallzählung muss ein Fall angegeben werden). Die zwei Behandlungstage des folgenden Berichtsjahres werden ein Jahr später angegeben (auch hier mit einem Fall bei der Fallzählung).

Behandlungstage können mit der Anzahl der Berechnungs-/Belegungstage identisch sein, müssen es aber nicht.

Bundespflegegesetzverordnung:

Die im Erhebungsbereich der BPFIV erbrachten Behandlungstage (Abrechnung von tagesgleichen Pflegesätzen) sind analog zum Ausweis der Berechnungstage auszuweisen, d. h. sie sind nach § 14 Abs. 2 BPFIV zu ermitteln.

Behandlungstage = Berechnungstage

Fallbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 1 Nr. 2 KHEntgG:

Sind in Ihrem Krankenhaus **fallbezogene** Entgelte individuell verhandelt worden, so werden die Behandlungstage analog zum Ausweis der Belegungstage im vollstationären Bereich nachgewiesen.

Behandlungstage = Belegungstage

Tagesbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 1 Nr. 2 KHEntgG:

Sind in Ihrem Krankenhaus **tagesbezogene** Entgelte individuell verhandelt worden, so gilt jeder Tag, an dem teilstationäre Leistungen erbracht werden, als Behandlungstag. Dies gilt auch dann, wenn der vollstationäre Aufenthalt eines Patienten/einer Patientin als DRG abgerechnet wurde und ein oder mehrere Behandlungstage noch innerhalb der oberen Grenzverweildauer liegen und darüber finanziert sind.

Behandlungstage ≠ Belegungstage.

[27] „Darunter“ – Position:

Organisatorisch abgrenzbare Einrichtungen nach § 3 Nr. 7 KHStatV

Bitte ordnen Sie die nachgewiesenen vor- und nachstationären Behandlungen, die Tages- und Nachtambulanzplätze, die teilstationären Fälle sowie die teilstationären Behandlungstage der Zeilen 002 bis 010 entsprechend ihrer Nutzung **auch** den einzelnen Fachabteilungen im oberen Teil zu (Zeilen 120 bis 930).

Wir bedanken uns sehr herzlich für Ihre Mitarbeit.

Krankenhausstatistik 2007

- Krankenhäuser -

Teil I: Grunddaten

Fragebogen

- 1 Allgemeine Angaben
- 2 Krankenbetten, Berechnungs- und Belegungstage und Patientenbewegung
- 3 Ärztliches Personal
- 4 Nichtärztliches Personal
- 5 Vor- und nachstationär sowie teilstationär behandelte Fälle und teilstationäre Behandlungstage

Hinweis

Sie können die Meldung zur Krankenhausstatistik auch mit Hilfe des Moduls der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V. abgeben. Nähere Informationen hierzu finden Sie im Mantelbogen.

Krankenhausstatistik 2007

- Krankenhäuser -

Teil I: Grunddaten

1 Allgemeine Angaben

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Rechtsgrundlagen und weitere rechtliche Hinweise entnehmen Sie dem Mantelbogen, der Bestandteil dieses Fragebogens ist.

Bitte beachten Sie bei der Beantwortung der Fragen die Erläuterungen zu [1] bis [12], die jeweils links neben den Fragen stehen.

[1] Zulassung des Krankenhauses

Folgende Zulassungen von Krankenhäusern lassen sich unterscheiden:

Hochschulklinik: Krankenhäuser, die nach (den) landesrechtlichen Vorschriften für den Hochschulbau gefördert werden.

Plankrankenhaus: Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind.

Krankenhaus mit Versorgungsvertrag nach § 108

Nr. 3 SGB V: Krankenhäuser, die aufgrund eines Versorgungsvertrages mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen zur Krankenhausbehandlung Versicherter zugelassen sind.

Sonstiges Krankenhaus (ohne Versorgungsvertrag): Krankenhäuser, die nicht in die oben genannten Kategorien fallen und somit nicht zu den zugelassenen Krankenhäusern nach § 108 SGB V gehören.

[2] Art des Trägers, Rechtsform des Krankenhauses

Nach der Art des Trägers und der Rechtsform lassen sich die Krankenhäuser folgendermaßen differenzieren:

Öffentlich: Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft lassen sich nach zwei Rechtsformen unterscheiden: der **öffentlich-rechtlichen** und der **privatrechtlichen** Form.

In öffentlich-rechtlicher Form betriebene Krankenhäuser sind dabei entweder rechtlich unselbstständig (Regiebetrieb, Eigenbetrieb) oder rechtlich selbstständig (Zweckverband, Anstalt, Stiftung). Privatrechtliche Krankenhäuser (z. B. GmbHs) befinden sich in öffentlicher Trägerschaft, wenn Gebietskörperschaften (Bund, Land, Bezirk, Kreis, Gemeinde), Zusammenschlüsse solcher Körperschaften (z. B.

Arbeitsgemeinschaften oder Zweckverbände) oder Sozialversicherungsträger (z. B. Rentenversicherungsträger oder Berufsgenossenschaften) unmittelbar oder mittelbar mehr als 50 vom Hundert des Nennkapitals oder des Stimmrechts halten.

Freigemeinnützig: Krankenhäuser, die von Trägern der kirchlichen oder freien Wohlfahrtspflege, Kirchengemeinden, Stiftungen oder Vereinen unterhalten werden.

Privat: Krankenhäuser, die als gewerbliche Unternehmen einer Konzession nach § 30 Gewerbeordnung bedürfen.

Bei Krankenhäusern mit unterschiedlichen Trägern wird der Träger angegeben, der überwiegend beteiligt ist oder überwiegend die Geldlasten trägt.

[3] Ausbildungsplätze (laut Genehmigungsbescheid)

Bitte geben Sie hier die Zahl der tatsächlich anerkannten Ausbildungsplätze laut Genehmigungsbescheid an.

Hierbei handelt es sich um nach § 2 Nr. 1a KHG mit dem Krankenhaus notwendigerweise verbundene Ausbildungsplätze in Ausbildungsstätten, soweit das Krankenhaus Träger oder Mitträger ist.

Wird eine Ausbildungsstätte gemeinsam von mehreren Krankenhäusern getragen (sog. Verbundschulen), so sind die Ausbildungsplätze gemäß der finanziellen Trägerschaft aufzuteilen.

Vorabfrage

Mit welchem Vergütungssystem hat Ihr Krankenhaus in diesem Berichtsjahr voll- und teilstationäre Leistungen abgerechnet?

Bitte nur ein Feld ankreuzen

- Bundespfllegesatzverordnung 92 1
- DRG-Vergütungssystem 2
- Beide Vergütungssysteme 3
- Keines der beiden Vergütungssysteme 4

1 Allgemeine Angaben

1.1 Zulassung des Krankenhauses [1]

Bitte nur ein Feld ankreuzen

- Hochschulklinik 01 1
- Plankrankenhaus 2
- Krankenhaus mit einem Versorgungsvertrag
(nach § 108 Nr. 3 SGB V) 3
- Sonstiges Krankenhaus (ohne Versorgungsvertrag) 4

1.2 Art des Trägers, Rechtsform des Krankenhauses [2]

Bitte nur ein Feld ankreuzen

Öffentlicher Träger

in öffentlich-rechtlicher Form

- rechtlich unselbstständig (Regiebetrieb, Eigenbetrieb) 02 1
- rechtlich selbstständig (Zweckverband, Anstalt, Stiftung) 2

in privatrechtlicher Form

- Freigemeinnütziger Träger 3
- Privater Träger 4
- 5

1.3 Anzahl der Ausbildungsplätze [3] laut Genehmigungsbescheid

Anzahl

- Diätassistenten/-innen 03
- Ergotherapeuten/-innen 04
- Hebammen, Entbindungspfleger 05
- Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen 06
- Krankenpflegehelfer/-innen 07
- Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen 08
- Logopäden/-innen 09
- Medizinisch-technische Assistenten/-innen für Funktionsdiagnostik 10
- Medizinisch-technische Laboratoriumsassistenten/-innen 11
- Medizinisch-technische Radiologieassistenten/-innen 12
- Orthoptisten/-innen 13
- Physiotherapeuten/-innen 14

[4] **Sondereinrichtungen und Medizinisch-technische Großgeräte**

Anzugeben sind Sondereinrichtungen und medizinisch-technische Großgeräte, die sich im Besitz des Krankenhauses befinden (auch wenn sie nicht dessen Eigentum sind wie bspw. geleaste Geräte) und zur Versorgung von Krankenhauspatienten/-patientinnen (Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V) genutzt werden.

Bitte zählen Sie hier keine Geräte, die lediglich für Demonstrations- und Lehrzwecke oder ausschließlich im Rahmen der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung von ermächtigten Ärzten/Ärztinnen genutzt werden.

Nutzen mehrere berichtspflichtige Krankenhäuser ein Gerät, so wird es nur von dem berichtspflichtigen Krankenhaus gemeldet, in dem es aufgestellt ist.

[5] **Entbindungen und Geburten**

Entbundene Frauen: Zahl der im Berichtsjahr entbundenen Frauen, unabhängig von der Zahl der geborenen Kinder. Wegen Fehlgeburt behandelte Frauen werden hier nicht gemeldet.

1.4 Arzneimittelversorgung

Bitte nur ein Feld ankreuzen

Das Krankenhaus verfügt über eine eigene Apotheke

ausschließlich zur Selbstversorgung 15 1

zur Selbstversorgung und Versorgung anderer
Krankenhäuser 2

Das Krankenhaus wird versorgt von einer

Apotheke eines anderen Krankenhauses 3

öffentlichen Apotheke 4

1.5 Sondereinrichtungen und Medizinisch-technische Großgeräte [4]

Anzahl

Computer-Tomographen 16

Dialysegeräte 17

Digitale Subtraktions-Angiographiegeräte 18

Gammakameras 19

Herz-Lungen-Maschinen 20

Kernspin-Tomographen 21

Koronarangiographische Arbeitsplätze
(Linksherzkatheter-Messplätze) 22

Linearbeschleuniger (Kreisbeschleuniger) 23

Positronen-Emissions-Computer-Tomographen (PET) 24

Stoßwellenlithotripter 25

Tele-Kobalt-Therapiegeräte 26

1.6 Entbindungen und Geburten im Berichtsjahr [5]

Anzahl

Entbundene Frauen insgesamt 83

darunter: Entbindungen durch

Zangengeburt 84

Vakuumextraktion 85

Kaiserschnitt 86

Geborene Kinder insgesamt 89

davon: lebendgeboren 90

totgeboren 91

[6] Nicht bettenführende Fachabteilungen

Nicht bettenführende Fachabteilungen sind organisatorisch abgrenzbare, von entsprechenden Fachärzten/Fachärztinnen ständig verantwortlich geleitete Abteilungen mit besonderen therapeutischen bzw. diagnostischen Einrichtungen, die über keine eigenen aufgestellten Betten im Sinne von [7] verfügen.

[7] Bettenkapazität

Vollstationär aufgestellte Betten insgesamt sind alle betriebsbereit aufgestellten Betten des Krankenhauses, unabhängig von der Förderung.

Bitte berücksichtigen Sie nur Betten zur vollstationären Behandlung. Betten zur teilstationären Unterbringung von Patienten/Patientinnen sowie Betten in Untersuchungs- und Funktionsräumen und Betten für gesunde Neugeborene sind **nicht** einzubeziehen.

Die Zahl der aufgestellten Betten insgesamt ist als Jahresdurchschnittswert (ohne Nachkommastellen) anzugeben. Veränderungen der Zahl der Betten sind zeitanteilig zu berücksichtigen.

Der **Jahresdurchschnitt** (ohne Nachkommastellen) ergibt sich als Durchschnittswert der an den Monatsenden vorhandenen Bettenzahl.

Die Zahl der aufgestellten Betten insgesamt muss den Angaben unter „2 Krankbetten, Berechnungs- und Belegungstage und Patientenbewegung“ Spalte 2, Zeile 990 entsprechen.

Die aufgestellten Betten lassen sich folgendermaßen untergliedern:

Aufgestellte Betten, die nach (den) landesrechtlichen Vorschriften für den Hochschulbau gefördert werden.

Aufgestellte Betten nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz: Alle aufgestellten Betten, für die Fördermittel nach dem KHG (§ 8 Abs. 1) gewährt werden.

Vertragsbetten nach § 108 Nr. 3 SGB V: Alle nicht geförderten aufgestellten Betten, für die Verträge mit den Krankenkassen über die Gewährung von Krankenhausbehandlung vorliegen.

Sonstige Betten: Aufgestellte Betten, die weder im Krankenhausplan aufgeführt, noch gefördert werden und für die auch keine Verträge nach § 108 Nr. 3 SGB V abgeschlossen sind.

[8] Ambulante Operationen

Bitte tragen Sie die Anzahl der in Ihrem Krankenhaus nach § 115b SGB V durchgeführten ambulanten Operationen ein.

Eine **ambulante Operation** zeichnet sich dadurch aus, dass die Patienten/Patientinnen die Nacht vor und die Nacht nach der Operation nicht im Krankenhaus verbringen. Ist eine stationäre Aufnahme, z. B. aufgrund von Komplikationen erforderlich, handelt es sich nicht mehr um eine ambulante Operation, sondern um einen vollstationären Behandlungsfall.

Bitte zählen Sie **nicht** die ambulanten Operationen, die von Belegärzten, Vertragsärzten oder ermächtigten Ärzten im Krankenhaus durchgeführt wurden. Sollten solche ambulanten Operationen jedoch zusätzlich zu denen nach § 115b SGB V durchgeführt werden, kreuzen Sie bitte bei der entsprechenden Frage „Ja“ an.

1.7 Nicht bettenführende Fachabteilungen [6]

vorhanden für

Bitte jede Zeile ausfüllen

	Ja	Nein
Anästhesie	27 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Biochemie	28 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Humangenetik	29 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Immunologie	30 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Laboratoriumsmedizin	31 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Nuklearmedizin (Diagnostik)	32 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Pathologie	33 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Radiologie	34 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Rechtsmedizin	35 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Transfusionsmedizin	36 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

1.8 Dialyseplätze

	Plätze Hämo- dialyse	Plätze Peritoneal- dialyse
für Krankenhausbehandlung nach §39 SGB V	37 <input type="text"/>	38 <input type="text"/>
für ambulante vertragsärztliche Versorgung (ermächtigte Ärzte/Ärztinnen und/oder Institutsambulanzen)	39 <input type="text"/>	40 <input type="text"/>

1.9 Bettenkapazität [7]

	Anzahl
Vollstationär aufgestellte Betten insgesamt (Jahresdurchschnitt)	41 <input type="text"/>
nach landesrechtlichen Vorschriften für den Hochschulbau gefördert ...	42 <input type="text"/>
nach dem KHG	43 <input type="text"/>
Vertragsbetten nach § 108 Nr. 3 SGB V	44 <input type="text"/>
sonstige Betten	45 <input type="text"/>

1.10 Ambulante Operationen im Berichtsjahr [8]

	Anzahl	Ja	Nein
Ambulante Operationen des Krankenhauses (§ 115b SGB V)	46 <input type="text"/>		
Ambulante Operationen wurden darüber hinaus von ermächtigten Ärzten/Ärztinnen, Vertragsärzten/Vertragsärztinnen oder Beleg- ärzten/Belegärztinnen erbracht	47 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	

Aufgestellte Betten im Jahres-durchschnitt insgesamt	Berechnungstage/ Belegungstage im Berichtsjahr	Fälle im Berichtsjahr
--	--	-----------------------

1.11 Intensivmedizinische Versorgung [9]

Intensivbetten insgesamt	48	49	50
darunter: in Fachabteilung Intensivmedizin [10]	52	53	54
Intensivmedizinische Beatmungsfälle insgesamt.....			51
darunter: in Fachabteilung Intensivmedizin [10]			55

1.12 Organisatorisch abgrenzbare Einrichtungen nach §3 Nr. 4 KHStatV [12]

Einrichtungen zur Behandlung von

AIDS	59	60	61
Mukoviszidose	62	63	64
Onkologiepatientinnen und -patienten	65	66	67
Querschnittlähmung	68	69	70
Schwerbrandverletzungen	71	72	73
Schwerst-Schädel-Hirn-Verletzungen	74	75	76
Transplantationspatienten/-innen	77	78	79
Einrichtungen zur neonatologischen Intensivbehandlung	80	81	82

[9] Intensivbetten (Auszug)

Bezogen auf die intensivmedizinische Behandlung werden der Jahresdurchschnitt der aufgestellten Intensivbetten (ohne Nachkommastellen), die Berechnungs- und Belegungstage sowie die Zahl der Behandlungsfälle (inkl. derjenigen einer Fachabteilung Intensivmedizin) im Berichtsjahr erfasst.

[10] Fachabteilung Intensivmedizin (Auszug)

Sofern eine organisatorisch abgrenzbare **Fachabteilung Intensivmedizin** im Krankenhaus besteht, sind deren Betten, Berechnungs- und Belegungstage sowie die Zahl der Patienten/Patientinnen im Berichtsjahr gesondert auszuweisen. Zusätzlich ist die Zahl der Patienten/Patientinnen anzugeben, die im Berichtsjahr künstlich beatmet wurden.

[12] Organisatorisch abgrenzbare Einrichtungen nach § 3 Nr. 4 KHStatV (Auszug)

Bitte geben Sie hier die Zahl der aufgestellten Betten im Jahresdurchschnitt (ohne Nachkommastellen), die Berechnungs- und Belegungstage sowie die Zahl der Patienten/Patientinnen im Berichtsjahr an, die in organisatorisch abgrenzbaren Einrichtungen zur Behandlung von Querschnittlähmung, Schwerst-Schädel-Hirn-Verletzungen, Schwerbrandverletzungen, AIDS, Mukoviszidose, Onkologiepatienten/-patientinnen, Transplantationspatienten/-patientinnen oder zur neonatologischen Intensivbehandlung behandelt wurden.

2 **Krankbetten, Berechnungs- und Belegungstage und Patientenbewegung - nur vollstationäre Fälle -**
 Krankenhausstatistik 2007 - Krankenhäuser -

Fachabteilungen [13]	Fachabteilungsschlüssel	Aufgestellte Betten (Jahresdurchschnitt) [14]			Berechnungs- und Belegungstage im Berichtsjahr [11]		Patientenzugang im Berichtsjahr [16]				Patientenabgang im Berichtsjahr [17]						Fachabteilungsschlüssel	
		insgesamt	darunter		insgesamt	darunter	Aufnahmen in die vollstationäre Behandlung des Krankenhauses	darunter		Verlegungen innerhalb des Krankenhauses von vollstationär in vollstationär	Entlassungen aus der vollstationären Behandlung des Krankenhauses (ohne Sterbefälle)	darunter				Verlegungen innerhalb des Krankenhauses von vollstationär in vollstationär		durch Tod
			Intensivbetten [9]	Belegbetten				Tage der Intensivbehandlung/-überwachung [15]	aus anderen Krankenhäusern			von teilstationär in vollstationär	in andere Krankenhäuser	von vollstationär in teilstationär	in stationäre Reha-Einrichtungen			
Spaltennummer	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Augenheilkunde	120																	120
Chirurgie	150																	150
darunter: Gefäßchirurgie.....	153																	153
Thoraxchirurgie.....	163																	163
Unfallchirurgie.....	166																	166
Viszeralchirurgie.....	167																	167
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	190																	190
darunter: Frauenheilkunde.....	193																	193
Geburtshilfe.....	196																	196
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	220																	220
Haut- und Geschlechtskrankheiten	250																	250
Herzchirurgie	260																	260
darunter: Thoraxchirurgie.....	263																	263
Innere Medizin	310																	310
darunter: Angiologie.....	311																	311
Endokrinologie.....	313																	313
Gastroenterologie.....	316																	316
Hämatologie und internistische Onkologie.....	319																	319
Kardiologie.....	323																	323
Nephrologie.....	329																	329
Pneumologie.....	332																	332
Rheumatologie.....	333																	333
Geriatrie	340																	340
Kinderchirurgie	350																	350
Kinderheilkunde	360																	360
darunter: Kinderkardiologie.....	363																	363
Neonatalogie.....	366																	366
Kinder- u. Jugendpsychiatrie u. -psychotherapie	390																	390
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	510																	510
Neurochirurgie	540																	540
Neurologie	570																	570
Nuklearmedizin	630																	630
Orthopädie	690																	690
darunter: Rheumatologie.....	693																	693
Plastische Chirurgie	800																	800
Psychiatrie und Psychotherapie	820																	820
darunter: Sucht.....	821																	821
Psychotherapeutische Medizin	830																	830
Strahlentherapie	870																	870
Urologie	900																	900
Sonstige Fachbereiche/Allgemeinbetten	930																	930
Insgesamt	990																	990

2 Krankbetten, Berechnungs- und Belegungstage Patientenbewegung - nur vollstationäre Fälle -

Krankenhausstatistik 2007 - Krankenhäuser -

Erläuterungen zum Fragebogen

[9] Intensivbetten

Bezogen auf die intensivmedizinische Behandlung werden der Jahresdurchschnitt der aufgestellten Intensivbetten (ohne Nachkommastellen), die Berechnungs- und Belegungstage sowie die Zahl der Behandlungsfälle (incl. derjenigen einer Fachabteilung Intensivmedizin) im Berichtsjahr erfasst.

Aufwachbetten gelten nicht als **Intensivbetten**.

Bitte ordnen Sie unter „2 Krankbetten, Berechnungs- und Belegungstage und Patientenbewegung“, Spalte 3 alle Intensivbetten, d. h. sowohl die in die Fachabteilungen integrierten als auch die von mehreren Fachabteilungen gemeinsam genutzten Intensivbetten unter eigenständiger fachlicher Leitung entsprechend ihrer Nutzung den einzelnen Fachabteilungen zu.

Bitte geben Sie hier keine Betten an, die im Fragebogen 1 unter Punkt 1.11 für Einrichtungen nach § 3 Nr. 4 KHStatV (zur Abgrenzung vgl. [11]) nachgewiesen werden. Also auch keine Betten zur neonatologischen Intensivbehandlung, wenn diese Betten einer Einrichtung nach § 3 Nr. 4 KHStatV zuzuordnen sind.

[11] Berechnungs- und Belegungstage

Bitte weisen Sie die Berechnungs- und Belegungstage **der vollstationären Patienten/Patientinnen** folgendermaßen nach:

Bundespfllegesatzverordnung:

Gilt ab 2004 für Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 1 zweiter Halbsatz KHG, bzw. § 1 Abs. 1 BpflV 2004.

Die im Erhebungsbereich der BpflV (Abrechnung von tagesgleichen Pfllegesätzen) erbrachten **Berechnungstage** sind nach § 14 Abs. 2 BpflV zu ermitteln.

Danach werden die Abteilungspfllegesätze und der Basispfllegesatz sowie die entsprechenden teilstationären Pfllegesätze für den Aufnahmetag und jeden weiteren Tag des Krankenhausaufenthaltes berechnet (Berechnungstag). Der Entlassungs- oder Verlegungstag, der nicht zugleich Aufnahmetag ist, wird nur bei teilstationärer Behandlung berechnet.

Für **tagesbezogene** Entgelte gilt die Definition der Berechnungstage entsprechend.

Fallpauschalensystem

(German Diagnosis Related Groups - G-DRG):

Gilt ab 2004 für Krankenhäuser nach § 17b Abs. 1 Satz 1 erster Halbsatz KHG.

Im Rahmen des pauschalierten Entgeltsystems auf der Grundlage der G-DRG sind die im Berichtsjahr angefallenen Belegungstage nach § 1 Abs. 7 der Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser (Fallpauschalenvereinbarung 2007 - FPV 2007) nachzuweisen.

Danach sind Belegungstage der Aufnahmetag sowie jeder weitere Tag des Krankenhausaufenthaltes ohne den Verlegungs- oder Entlassungstag aus dem Krankenhaus; wird ein Patient/eine Patientin am gleichen Tag aufgenommen und verlegt oder entlassen, gilt dieser Tag als Aufnahmetag. Für den Fall von Wiederaufnahmen gilt § 2 Abs. 4 Satz 3 FPV 2006. Vor- und nachstationäre Belegungstage werden hier nicht gezählt.

Dies gilt auch im Falle der Vereinbarung **fallbezogener** Entgelte nach § 6 Abs. 1 oder Abs. 2 KHEntgG.

Reine Urlaubstage sind nicht als Belegungstage auszuweisen.

[13] Fachabteilungen

Fachabteilungen sind organisatorisch abgrenzbare, von Ärzten/Ärztinnen ständig verantwortlich geleitete Abteilungen mit für den jeweiligen Fachbereich typischen Behandlungseinrichtungen. Die Fachabteilungsgliederung orientiert sich an den Gebiets- und Schwerpunktbezeichnungen der Ärzte. Ausnahmen hiervon stellen die Fachabteilung Geriatrie und Sucht dar. In einem nach Fachabteilungen gegliederten Krankenhaus sind die entsprechenden Organisationseinheiten einer der aufgeführten **Fachabteilungen** zuzuordnen.

Sollte sich Ihr Krankenhaus ausschließlich auf eine Fachrichtung spezialisiert haben, tragen Sie Ihre Angaben sowohl bei der betreffenden Fachabteilung als auch in der Summenzeile 990 ein. Krankenhäuser ohne organisatorisch abgrenzbare Fachabteilungen und Krankenhäuser, die Behandlungen auch außerhalb organisatorisch abgrenzbarer Fachabteilungen leisten, tragen ihre Angaben hierfür in Zeile 930 „Sonstige Fachbereiche/Allgemeinbetten“ ein.

Aus Gründen einheitlicher Zählweise wird an dieser Stelle auf den gesonderten Ausweis einer Fachabteilung „Intensivmedizin“ verzichtet. Sofern eine organisatorisch abgrenzbare Fachabteilung „Intensivmedizin“ in Ihrem Krankenhaus besteht (siehe auch [10]), sind diese Betten entsprechend der Beanspruchung den aufgeführten Fachabteilungen zuzuordnen. Das gleiche gilt für die dort versorgten Patienten/Patientinnen und deren Berechnungs- und Belegungstage. Verlegungen in und aus der Fachabteilung „Intensivmedizin“ werden in der Statistik nicht gezählt. Die Patienten/Patientinnen sowie die Berechnungs- und Belegungstage sind in diesen Fällen weiter bei der abgebenden Fachabteilung nachzuweisen. Sofern eine Patientenaufnahme von außen direkt in der „Intensivmedizin“ erfolgt, sind die Patientendaten einer der aufgeführten Fachabteilungen zuzuordnen, in der Regel der im Anschluss aufnehmenden Abteilung.

Zur vollständigen Darstellung der Ergebnisse nach Fachabteilungen empfehlen wir Ihnen, die Angaben über Betten, Berechnungs- und Belegungstage und Patientenbewegung zunächst für die Hauptdisziplinen wie Innere Medizin, Kinderheilkunde etc. zusammenzustellen.

Aus der Zusammenfassung der Zahlen für die Hauptdisziplinen ergeben sich die Summen für das Krankenhaus insgesamt (Zeile 990).

Sind Hauptdisziplinen weiter untergliedert, so müssen auch für die als „darunter“-Positionen aufgeführten Unterabteilungen Angaben gemacht werden.

[14] Aufgestellte Betten (Jahresdurchschnitt)

Bitte geben Sie hier die Zahl der im Jahresdurchschnitt zur vollstationären Behandlung betriebsbereit aufgestellten Betten (ohne Nachkommastellen) gegliedert nach Fachabteilungen an.

Die Angabe in der Zeile 990 „Insgesamt“ muss mit der Zahl der Betten bei den Angaben im Fragebogen 1 unter „1.9 Bettenkapazität“ übereinstimmen.

Folgende „darunter“ – Positionen werden dabei unterschieden: **Intensivbetten:** Bitte zählen Sie hier alle aufgestellten Intensivbetten in Ihrem Krankenhaus (zur Abgrenzung vgl. [9]).

Betten einer eigenständigen Fachabteilung „Intensivmedizin“ werden entsprechend ihrer Nutzung den aufgeführten Fachabteilungen zugeordnet (siehe auch [10]).

Die Angabe in der Zeile 990 „Insgesamt“ muss mit der Zahl der im Fragebogen 1 unter „1.11 Intensivmedizinische Versorgung“ in der Zeile „Intensivbetten insgesamt“ genannten Intensivbetten übereinstimmen.

Belegbetten: Betten, die Belegärzten/-ärztinnen zur vollstationären Versorgung ihrer Patienten/Patientinnen zur Verfügung stehen.

[15] Tage der Intensivbehandlung/-überwachung

Tage der Intensivbehandlung/-überwachung sind Berechnungs- und Belegungstage für Patienten/Patientinnen, die in Intensivbetten behandelt werden.

Berechnungs- und Belegungstage einer eigenständigen Fachabteilung „Intensivmedizin“ sind entsprechend der Zuordnung der Patienten/Patientinnen und Betten den einzelnen Fachabteilungen zuzurechnen (siehe auch [10]).

Die Angabe in der Zeile 990 „Insgesamt“ muss mit der Zahl der im Fragebogen 1 unter „1.11 Intensivmedizinische Versorgung“ in der Zeile „Intensivbetten insgesamt“ genannten Berechnungs-/Belegungstage im Berichtsjahr übereinstimmen.

[16] Patientenzugang

Als **Patientenzugang** werden ausschließlich Patienten/Patientinnen (Fälle) gezählt, die in den vollstationären Bereich des Krankenhauses aufgenommen werden.

Bitte lassen Sie ausschließlich teilstationär oder ambulant behandelte Patienten/Patientinnen sowie **gesunde Neugeborene und Begleitpersonen** unberücksichtigt. Patienten/Patientinnen, die vorstationär behandelt werden, sind hier erst nachzuweisen, wenn sie in den vollstationären Bereich aufgenommen werden.

Zum Nachweis der vor-, nach- und teilstationär behandelten Fälle siehe auch „5 Vor- und nachstationäre Behandlungen, teilstationär behandelte Fälle und Berechnungs-/Belegungstage“.

Folgende Positionen werden dabei unterschieden:

Aufnahmen in die vollstationäre Behandlung: Alle in den vollstationären Bereich des Krankenhauses aufgenommenen Patienten/Patientinnen einschließlich der Stundenfälle, darunter:

Aus anderen Krankenhäusern: Patienten/Patientinnen, die von anderen Krankenhäusern, in denen sie stationär untergebracht waren, zur weiteren Versorgung in das berichtende Krankenhaus aufgenommen werden.

Bitte beachten Sie bei Abrechnung nach dem G-DRG Entgeltsystem, dass bei einer Wiederaufnahme nach § 2 und einer Rückverlegung nach § 3 Abs. 3 FPV 2007 die Aufenthalte zu einem Fall zusammen zu führen sind. Bei der Abrechnung nach tagesbezogenen Entgelten nach § 6 Abs. 1 KHEntgG ist keine Fallzusammenführung möglich.

Von teilstationär in vollstationär: Patienten/Patientinnen, die aus einer teilstationären Behandlung in eine vollstationäre Behandlung wechseln.

Verlegungen von vollstationär in vollstationär: Vollstationär behandelte Patienten/Patientinnen, die innerhalb des Krankenhauses verlegt werden, sind in der aufnehmenden Abteilung als Patientenzugang **und** in der abgebenden Abteilung als Patientenabgang zahlenmäßig nachzuweisen.

Bitte beachten Sie folgendes:

Wird ein Patient/eine Patientin innerhalb eines Krankenhauses aus dem Geltungsbereich der BpflV in den Geltungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) verlegt (oder umgekehrt), so werden die zwei Teilbereiche wie zwei eigenständige Krankenhäuser behandelt, d. h. es findet ein Patientenzugang als „Aufnahme in die vollstationäre Behandlung des Krankenhauses“ statt.

Bei mehrfach im Jahr vollstationär behandelten Patienten/Patientinnen ist jeder Krankenhausaufenthalt als ein Fall zu zählen, sofern es sich nicht um eine Wiederaufnahme nach § 2 oder eine Rückverlegung nach § 3 Abs. 3 FPV 2007 handelt. Wird ein Patient/eine Patientin für einen Tag/mehrere Tage beurlaubt, ist ebenfalls nur ein Fall zu zählen.

Verlegungen in eine eventuell vorhandene Abteilung „Intensivmedizin“ werden nicht erfasst (siehe [13]).

Bei den Hauptdisziplinen werden Verlegungen nur in und von anderen Hauptdisziplinen gezählt. Verlegungen zwischen den „darunter“-Positionen **einer** Hauptdisziplin, beispielsweise von der „Unfallchirurgie“ in die „Gefäßchirurgie“, dürfen nicht in der Hauptabteilung (hier Zeile: 150) erfasst werden, weil sonst keine exakten Verweildauern für die Hauptdisziplinen berechnet werden können.

Bei den als „darunter“-Positionen aufgeführten Fachabteilungen sind jedoch alle internen Zu- und Abgänge zu melden, beispielsweise Verlegungen aus dem Bereich der Inneren Medizin von der „Kardiologie“ in die „Pneumologie“.

Die Summe der internen Zu- und Abgänge ist somit nicht identisch mit dem Nachweis in den Hauptdisziplinen.

[17] Patientenabgang

Folgende Positionen werden unterschieden:

Entlassungen aus der vollstationären Behandlung: Alle aus vollstationärer Behandlung entlassenen Patienten/Patientinnen einschließlich der Stundenfälle. Sterbefälle sind hier nicht enthalten, sie werden in Spalte 17 gesondert erfasst.

Patienten/Patientinnen, die teilstationär oder nachstationär weiterbehandelt werden, sind bereits bei der Entlassung aus dem vollstationären Bereich nachzuweisen.

Bei mehrfach im Jahr vollstationär behandelten Patienten/Patientinnen ist jeder Krankenhausaufenthalt als ein Fall zu zählen, sofern es sich nicht um eine Wiederaufnahme nach § 2 oder eine Rückverlegung nach § 3 Abs. 3 FPV 2007 handelt. Wird ein Patient/eine Patientin für einen Tag/mehrere Tage beurlaubt, ist ebenfalls nur ein Fall zu zählen.

Bitte beachten Sie, dass die Zahl der entlassenen Patienten/Patientinnen (Spalten 11 und 17) mit Ihren Angaben zur Diagnosestatistik ohne gesunde Neugeborene (Erhebungsteil II) übereinstimmen muss.

Entlassungen in andere Krankenhäuser:

Patienten/Patientinnen, die von dem Berichtskrankenhaus, in dem sie vollstationär untergebracht sind, zur weiteren Versorgung in ein anderes Krankenhaus „abgegeben“ werden.

Bitte beachten Sie bei Abrechnung nach dem G-DRG Entgeltsystem, dass bei einer Wiederaufnahme nach § 2 und einer Rückverlegung nach § 3 Abs. 3 FPV 2007 die Aufenthalte zu einem Fall zusammen zu führen sind. Bei der Abrechnung nach tagesbezogenen Entgelten nach § 6 Abs. 1 KHEntgG ist keine Fallzusammenführung möglich.

Entlassungen in stationäre Rehabilitationseinrichtungen oder Pflegeheime: Hier weisen Sie bitte diejenigen Patienten/Patientinnen nach, die vom Berichtskrankenhaus, in dem sie vollstationär untergebracht sind, zur weiteren Versorgung in eine stationäre Rehabilitations-einrichtung oder ein Pflegeheim entlassen werden.

Als **Pflegeheime** werden laut § 71 Abs. 2 SGB XI selbstständig wirtschaftende stationäre Pflegeeinrichtungen bezeichnet, in denen Pflegebedürftige unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft gepflegt werden und ganztätig (vollstationär) oder nur tagsüber oder nur nachts (teilstationär) untergebracht und verpflegt werden können.

Verlegungen von vollstationär in vollstationär: siehe [16].

3 Ärztliches Personal

Krankenhausstatistik 2007 - Krankenhäuser -

Gebiets-/Schwerpunktbezeichnung [18]	Schlüssel	Hauptamtliche Ärzte/Ärztinnen (ohne Belegärzte/Belegärztinnen) am 31.12. [19]											Nichthauptamtliche Ärzte/Ärztinnen am 31.12. [20]		Schlüssel
		insgesamt	männlich	weiblich	darunter Teilzeit- und geringfügig Beschäftigte		Leitende Ärzte/Ärztinnen		Oberärzte/ Oberärztinnen		Assistenzärzte/ Assistenzärztinnen mit abgeschlossener Weiterbildung		Belegärzte/ Belegärztinnen	von Belegärzten/ Belegärztinnen angestellte Ärzte/ Ärztinnen	
					männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich			
Spaltennummer	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Allgemeinmedizin	030														030
Anästhesiologie	060														060
Anatomie	070														070
Arbeitsmedizin	090														090
Augenheilkunde	120														120
Biochemie	140														140
Chirurgie	150														150
darunter: Gefäßchirurgie.....	153														153
Thoraxchirurgie.....	163														163
Unfallchirurgie.....	166														166
Viszeralchirurgie.....	167														167
Diagnostische Radiologie	170														170
darunter: Kinderradiologie.....	173														173
Neuroradiologie.....	176														176
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	190														190
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	220														220
Haut- und Geschlechtskrankheiten	250														250
Herzchirurgie	260														260
darunter: Thoraxchirurgie.....	263														263
Humangenetik	270														270
Hygiene und Umweltmedizin	280														280
Innere Medizin	310														310
darunter: Angiologie.....	311														311
Endokrinologie.....	313														313
Gastroenterologie.....	316														316
Hämatologie und internistische Onkologie.....	319														319
Kardiologie.....	323														323
Klinische Geriatrie.....	336														336
Nephrologie.....	329														329
Pneumologie.....	332														332
Rheumatologie.....	333														333
Kinderchirurgie	350														350
Kinderheilkunde	360														360
darunter: Kinderkardiologie.....	363														363
Neonatalogie.....	366														366
Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie	390														390
Klinische Pharmakologie	420														420
Laboratoriumsmedizin	450														450
Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie	480														480
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	510														510
Nervenheilkunde	530														530
Neurochirurgie	540														540
Neurologie	570														570
Neuropathologie	600														600
Nuklearmedizin	630														630
Öffentliches Gesundheitswesen	660														660
Orthopädie	690														690
darunter: Rheumatologie.....	693														693
Pathologie	720														720
Pharmakologie und Toxikologie	750														750
Phoniatrie und Pädaudiologie	760														760
Physikalische und Rehabilitative Medizin	770														770
Physiologie	790														790
Plastische Chirurgie	800														800
Psychiatrie und Psychotherapie	820														820
Psychotherapeutische Medizin	830														830
Rechtsmedizin	840														840
Strahlentherapie	870														870
Transfusionsmedizin	890														890
Urologie	900														900
Summe der Ärzte/Ärztinnen mit abgeschlossener Weiterbildung	960														
Ärzte/Ärztinnen ohne bzw. in einer ersten Weiterbildung	970														
Summe aller Ärzte/Ärztinnen (Zeile 960 + 970)	990														
Zahnärzte/Zahnärztinnen	995														
Vollkräfte im Jahresdurchschnitt (mit einer Nachkommastelle) [21]	999														

3 Ärztliches Personal Krankenhausstatistik 2007 - Krankenhäuser -

Erläuterungen zum Fragebogen

[18] Gebiets-/Schwerpunktbezeichnung

Ärzte/Ärztinnen mit abgeschlossener Weiterbildung (Fachärzte/-ärztinnen) sind nach ihrer anerkannten Gebiets- bzw. Schwerpunktbezeichnung zu erheben.

Als **Schwerpunkt** wird hier eine zusätzliche Spezialisierung innerhalb eines Gebietes verstanden. Ärzte/Ärztinnen mit mehreren Gebiets- bzw. Schwerpunktbezeichnungen sind entsprechend ihrer überwiegend ausgeübten Tätigkeit zuzuordnen. Ärzte/Ärztinnen mit Schwerpunktbezeichnung (z. B. Gefäßchirurgie) sind auch bei der entsprechenden Gebietsbezeichnung (z. B. Chirurgie) zu zählen.

[19] Hauptamtliche Ärzte/Ärztinnen am 31.12.

Bitte erfassen Sie nur die in Ihrem Krankenhaus fest angestellten Ärzte/Ärztinnen.

Gast-, Konsiliar-, Beleg- und hospitierende Ärzte/Ärztinnen sind nicht zu erfassen.

Folgende Position kann unter anderem nachgewiesen werden:

Leitende Ärzte/Ärztinnen: Hauptamtlich im Krankenhaus tätige Ärzte/Ärztinnen mit Chefarztverträgen sowie Ärzte/Ärztinnen als Inhaber/Inhaberinnen konzessionierter Privatkliniken.

[20] Nichthauptamtliche Ärzte/Ärztinnen am 31.12.

Folgende Positionen können dabei unterschieden werden:
Belegärzte/-ärztinnen: Nicht am Krankenhaus angestellte Vertragsärzte/-ärztinnen, die berechtigt sind, ihre Patienten/Patientinnen (Belegpatienten/-patientinnen) im Krankenhaus unter Inanspruchnahme der hierfür bereitgestellten Dienste, Einrichtungen und Mittel stationär oder teilstationär zu behandeln, ohne hierfür vom Krankenhaus eine Vergütung zu erhalten.

Von Belegärzten/-ärztinnen angestellte Ärzte/Ärztinnen: Von Belegärzten/-ärztinnen angestellte Ärzte/Ärztinnen nach der Gebiets-/Schwerpunktbezeichnung des anstellenden Arztes/der anstellenden Ärztin.

[21] Vollkräfte im Jahresdurchschnitt

Als Vollkräfte werden die auf volle tarifliche Arbeitszeit umgerechneten Beschäftigten bezeichnet.

Die Gesamtzahl der Vollkräfte im Jahresdurchschnitt ergibt sich aus der Summe der umgerechneten Teilzeitkräfte, der umgerechneten kurzfristig oder geringfügig beschäftigten Arbeitnehmer/Arbeitnehmerinnen und der Beschäftigten, die im gesamten Jahr bei voller tariflicher Arbeitszeit eingesetzt waren. Überstunden und Bereitschaftsdienste werden nicht in die Berechnung einbezogen.

Für das ärztliche Personal umfasst die Umrechnung das hauptamtliche ärztliche Personal ohne Zahnärzte/ Zahnärztinnen.

Grundsätzlich sind Zeiten, die für das Krankenhaus keine Personalkosten verursacht haben (z. B. Erziehungsurlaub), in die Umrechnung nicht einzubeziehen.

Arbeitnehmer/Arbeitnehmerinnen in Altersteilzeit sind – abhängig von der gewählten Arbeitszeitverteilung – entsprechend dem jeweiligen Beschäftigungsumfang im Berichtsjahr in Vollkräfte umzurechnen. Arbeitnehmer/Arbeitnehmerinnen, die sich für die Altersteilzeit im sog. Blockmodell entschieden haben, sind während der Freistellungsphase bei der Umrechnung in Vollkräfte nicht zu berücksichtigen (vgl. Erläuterungen Personalkosten [1] Kostennachweis, Teil III der Krankenhausstatistik).

Gesundheits- und Krankenpflegeschüler/-schülerinnen sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflegeschüler/-schülerinnen sind im Verhältnis 9,5 zu 1, Schüler/Schülerinnen in der Krankenpflegehilfe im Verhältnis 6 zu 1 bei der Berechnung der Vollkräfte zu berücksichtigen und in Spalte 7, Zeile 991 einzutragen.

Zivildienstleistende sind im Verhältnis 1:1 in Vollkräfte umzurechnen.

Bitte ziehen Sie bei der Vollkräfteberechnung in den einzelnen Obergruppen entsprechende Anteile ab, wenn dieses Personal als Ausbildungspersonal tätig ist.

Bitte zählen Sie hier kein Personal in Bereichen, die im Teil III „Kostennachweis“, als Fremdleistungen abgerechnet werden, so genannte „outgesourcte“ Bereiche.

4 Nichtärztliches Personal
Krankenhausstatistik 2007 - Krankenhäuser -

Nichtärztliches Personal nach Personalgruppe/Berufsbezeichnung [22]	Schlüssel	Beschäftigte am 31.12.					Vollkräfte im Jahresdurchschnitt (mit einer Nachkommastelle) [21]
		insgesamt	männlich	weiblich	darunter Teilzeit- und geringfügig Beschäftigte		
					männlich	weiblich	
Spaltennummer	1	2	3	4	5	6	7
Pflegedienst (Pflegebereich)	000						
darunter: in psychiatrischen Fachabteilungen Tätige zusammen	001						
davon: Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen	010						
darunter: in psychiatrischen Fachabteilungen Tätige	011						
Krankenpflegehelfer/-innen	020						
darunter: in psychiatrischen Fachabteilungen Tätige	021						
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen	030						
darunter: in psychiatrischen Fachabteilungen Tätige	031						
sonstige Pflegepersonen (ohne/mit staatlicher Prüfung)	040						
darunter: in psychiatrischen Fachabteilungen Tätige	041						
Medizinisch-technischer Dienst	100						
davon: Med.-techn. Assistenten/-innen (ohne Zeile 120 bis 140)	110						
Zytologieassistenten/-innen	120						
Med.-techn. Radiologieassistenten/-innen	130						
Med.-techn. Laboratoriumsassistenten/-innen	140						
Apothekenpersonal	150						
davon: Apotheker/-innen	151						
Pharmazeutisch-techn. Assistenten/-innen	152						
sonstiges Apothekenpersonal	153						
Krankengymnasten/-innen, Physiotherapeuten/-innen	160						
Masseure/-innen und medizinische Bademeister/-innen	180						
Logopäden/-innen	190						
Heilpädagogen/-innen	210						
Psychologen/-innen und Psychotherapeuten/-innen	220						
Diätassistenten/-innen	230						
Sozialarbeiter/-innen	240						
sonstiges med.- techn. Personal	250						
Funktionsdienst (einschl. dort tätiges Pflegepersonal)	300						
davon: Personal im Operationsdienst	310						
Personal in der Anästhesie	320						
Personal in der Funktionsdiagnostik	330						
Personal in der Endoskopie	340						
Personal in der Ambulanz und in Polikliniken	350						
Festangestellte Hebammen/Entbindungspfleger (sonst Nr. 995)	360						
Beschäftigungs-/Arbeits-/Ergotherapeuten/-innen	370						
Personal im Krankentransportdienst	380						
sonstiges Personal im Funktionsdienst	390						
Klinisches Hauspersonal	400						
Wirtschafts- und Versorgungsdienst	500						
darunter: Personal der Küchen	510						
Personal der Wäschereien	520						
Technischer Dienst	600						
Verwaltungsdienst	700						
Sonderdienste	800						
Sonstiges Personal	900						
darunter: Zivildienstleistende	910						
Nichtärztliches Personal des Krankenhauses insgesamt	990						
darunter: Personal mit Pflegeberuf und abgeschl. Weiterbildung	950						
darunter: für Intensivpflege/Anästhesie	951						
für OP-Dienst	952						
für Psychiatrie	953						
Hygienefachkraft	960						
Personal der Ausbildungsstätten	970						
Nachrichtlich							
Schüler/-innen und Auszubildende insgesamt	991						
darunter: in der Gesundheits- und Krankenpflege	992						
in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege	993						
in der Krankenpflegehilfe	994						
Beleghebammen/-entbindungspfleger (sonst Nr. 360)	995						
Vollkräfte nichtärztl. Personal des Krankenhauses insgesamt	999						

4 Nichtärztliches Personal Krankenhausstatistik 2007 - Krankenhäuser -

Erläuterungen zum Fragebogen

[21] Vollkräfte im Jahresdurchschnitt (Auszug)

Als Vollkräfte werden die auf volle tarifliche Arbeitszeit umgerechneten Beschäftigten bezeichnet.

Die Gesamtzahl der Vollkräfte im Jahresdurchschnitt ergibt sich aus der Summe der umgerechneten Teilzeitkräfte, der umgerechneten kurzfristig oder geringfügig beschäftigten Arbeitnehmer/Arbeitnehmerinnen und der Beschäftigten, die im gesamten Jahr bei voller tariflicher Arbeitszeit eingesetzt waren. Überstunden und Bereitschaftsdienste werden nicht in die Berechnung einbezogen.

Für das ärztliche Personal umfasst die Umrechnung das hauptamtliche ärztliche Personal ohne Zahnärzte/Zahnärztinnen.

Grundsätzlich sind Zeiten, die für das Krankenhaus keine Personalkosten verursacht haben (z. B. Erziehungsurlaub), in die Umrechnung nicht einzubeziehen.

Arbeitnehmer/Arbeitnehmerinnen in Altersteilzeit sind – abhängig von der gewählten Arbeitszeitverteilung – entsprechend dem jeweiligen Beschäftigungsumfang im Berichtsjahr in Vollkräfte umzurechnen. Arbeitnehmer/Arbeitnehmerinnen, die sich für die Altersteilzeit im sog. Blockmodell entschieden haben, sind während der Freistellungsphase bei der Umrechnung in Vollkräfte **nicht** zu berücksichtigen (vgl. Erläuterungen Personalkosten [1] Kostennachweis, Teil III der Krankenhausstatistik).

Gesundheits- und Krankenpflegeschüler/-schülerinnen sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflegeschüler/-schülerinnen sind im Verhältnis 9,5 zu 1, Schüler/Schü-

lerinnen in der Krankenpflegehilfe im Verhältnis 6 zu 1 bei der Berechnung der Vollkräfte zu berücksichtigen und in Spalte 7, Zeile 991 einzutragen.

Zivildienstleistende sind im Verhältnis 1:1 in Vollkräfte umzurechnen.

Bitte ziehen Sie bei der Vollkräfteberechnung in den einzelnen Obergruppen entsprechende Anteile ab, wenn dieses Personal als Ausbildungspersonal tätig ist.

Bitte zählen Sie hier kein Personal in Bereichen, die im Teil III „Kostennachweis“, als Fremdleistungen abgerechnet werden, so genannte „outgesourcte“ Bereiche.

[22] Nichtärztliches Personal

Die Zuordnung der einzelnen Berufsbezeichnungen zu den Funktionsbereichen entspricht weitgehend der Gliederung der Krankenhaus-Buchführungsverordnung (KHBV).

Wenn Sie Pflegepersonal in den Zeilen 001, 011, 021, 031 und 041 nachweisen, so zählen Sie bitte folgende Fachabteilungen (gegliedert nach den Gebiets- und Schwerpunktbezeichnungen der Musterweiterbildungsordnung) zu den psychiatrischen Fachabteilungen: Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Psychiatrie und Psychotherapie sowie Psychotherapeutische Medizin.

Bitte weisen Sie die Beleghebammen/-entbindungshelfer, Schüler/Schülerinnen und Auszubildenden **nicht** bei den Angaben über nichtärztliches Personal am 31.12. nach Personalgruppe/Berufsbezeichnung nach; sie sind in den Zeilen 991 bis 995 nachrichtlich anzugeben.

Bitte geben Sie in der Zeile 991 **alle** Schüler/Schülerinnen und Auszubildenden an, die mit Ihrem Krankenhaus einen Ausbildungsvertrag haben.

Personal mit Pflegeberufen und abgeschlossener Weiterbildung ist nochmals in den Zeilen 950 bis 953 – unabhängig vom Einsatzbereich – nachzuweisen.

Als **sonstiges Personal** wird sonstiges nichtärztliches Personal wie Famuli, Zivildienstleistende, Absolventen/Absolventinnen im freiwilligen sozialen Jahr und Praktikanten/Praktikantinnen erfasst. Bitte weisen Sie Zivildienstleistende in Zeile 910 nochmals gesondert aus. Im Gegensatz zur KHBV und im Gegensatz zum Ausweis im Teil III „Kostennachweis“ werden die Vorschüler/-schülerinnen und Schüler/Schülerinnen nicht erfasst. Die Schüler/Schülerinnen sind jedoch nachrichtlich auszuweisen.

Tragen Sie beim **Personal der Ausbildungsstätten** bitte nur Lehrkräfte – auch Ärzte/Ärztinnen – ein, die für diese Tätigkeit einen Arbeits- oder Dienstvertrag mit Ihrem Krankenhaus haben. Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen mit sog. Honorarverträgen werden hier nicht nachgewiesen.

Zur Ermittlung der **Vollkräfte** siehe auch [21].

5 Vor- und nachstationär sowie teilstationär behandelte Fälle und teilstationäre Behandlungstage

Krankenhausstatistik 2007 - Krankenhäuser -

Fachabteilungen [13]	Fachabteilungs- schlüssel	Behandlungen im Berichtsjahr [23]		Tages- und Nachtklinikplätze im Berichtsjahr [24]	Entlassungen aus der teilstationären Behandlung im Berichtsjahr [25]	Teilstationäre Behandlungstage im Berichtsjahr [26]	Fachabteilungs- schlüssel
		vorstationär	nachstationär				
Spaltennummer	1	2	3	4	5	6	1
Augenheilkunde	120						120
Chirurgie	150						150
darunter: Gefäßchirurgie.....	153						153
Thoraxchirurgie.....	163						163
Unfallchirurgie.....	166						166
Viszeralchirurgie.....	167						167
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	190						190
darunter: Frauenheilkunde.....	193						193
Geburtshilfe	196						196
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	220						220
Haut- und Geschlechtskrankheiten	250						250
Herzchirurgie	260						260
darunter: Thoraxchirurgie.....	263						263
Innere Medizin	310						310
darunter: Angiologie.....	311						311
Endokrinologie.....	313						313
Gastroenterologie.....	316						316
Hämatologie und internistische Onkologie.....	319						319
Kardiologie.....	323						323
Nephrologie	329						329
Pneumologie.....	332						332
Rheumatologie	333						333
Geriatric	340						340
Kinderchirurgie	350						350
Kinderheilkunde	360						360
darunter: Kinderkardiologie.....	363						363
Neonatalogie	366						366
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	390						390
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	510						510
Neurochirurgie	540						540
Neurologie	570						570
Nuklearmedizin	630						630
Orthopädie	690						690
darunter: Rheumatologie	693						693
Plastische Chirurgie	800						800
Psychiatrie und Psychotherapie	820						820
darunter: Sucht.....	821						821
Psychotherapeutische Medizin	830						830
Strahlentherapie	870						870
Urologie	900						900
Sonstige Fachbereiche/Allgemeinbetten	930						930
Insgesamt	990						990

darunter: [27]							
Organisatorisch abgrenzbare Einrichtungen nach §3 Nr.7 KHStatV							
zur Behandlung von							
AIDS.....	003						003
Dialysepatientinnen und -patienten.....	004						004
Mukoviszidose	005						005
Onkologiepatientinnen und -patienten	006						006
Querschnittlähmung	007						007
Schwerbrandverletzungen.....	008						008
Schwerst-Schädel-Hirn-Verletzungen.....	009						009
Transplantationspatientinnen und -patienten	002						002
zur neonatologischen Intensivbehandlung.....	010						010

5 Vor- und nachstationär sowie teilstationär behandelte Fälle und teilstationäre Behandlungstage Krankenhausstatistik 2007 - Krankenhäuser -

Erläuterungen zum Fragebogen

[13] Fachabteilungen (Auszug)

Fachabteilungen sind organisatorisch abgrenzbare, von Ärzten/Ärztinnen ständig verantwortlich geleitete Abteilungen mit für den jeweiligen Fachbereich typischen Behandlungseinrichtungen. Die Fachabteilungsgliederung orientiert sich an den Gebiets- und Schwerpunktbezeichnungen der Ärzte. Ausnahmen hiervon stellen die Fachabteilung Geriatrie und Sucht dar. In einem nach Fachabteilungen gegliederten Krankenhaus sind die entsprechenden Organisationseinheiten einer der aufgeführten **Fachabteilungen** zuzuordnen.

[23] Vorstationäre und nachstationäre Behandlungen

Hier werden die im Berichtsjahr abgeschlossenen vor- bzw. nachstationären Behandlungen gezählt.

Als eine Behandlung ist dabei die Summe der Behandlungstage vor bzw. nach dem stationären Aufenthalt zu verstehen.

Bitte tragen Sie hier zur Erfassung der Anzahl der vor- und nachstationären Behandlungen, abweichend zur Fallzählung nach den Vorgaben der FPV 2007, **alle** während des Berichtsjahres vorstationär und/oder nachstationär behandelten Fälle ein, unabhängig von dem nach § 8 Abs. 2 Nr. 4 KHEntgG gezahlten Entgelt.

Die **vor- und nachstationäre Behandlung** wird vom Krankenhaus in ambulanter Form erbracht, also ohne Unterkunft und Verpflegung. Eine vorstationäre Behandlung ist auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der vollstationären Behandlung begrenzt, eine nachstationäre Behandlung darf sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der vollstationären Behandlung – von Ausnahmen abgesehen – nicht überschreiten (vgl. § 115a Abs. 2 SGB V).

Das bedeutet, dass Patienten/Patientinnen, deren vor-, voll- und/oder nachstationäre Behandlung mit nur einer G-DRG abgerechnet werden, in den Grunddaten als bis zu drei Fälle nachzuweisen sind: als vorstationärer Fall und/oder als nachstationärer Fall, sowie im Fragebogen „2 Krankbetten, Berechnungs- und Belegungstage und Patientenbewegung“ als vollstationärer Fall. Auch Fälle mit nur vorstationärer Behandlung werden als ein Fall gezählt.

Ordnen Sie die Fälle den aufgeführten Fachabteilungen zu. Sollten solche Behandlungen auch in einer organisatorisch abgrenzbaren Einrichtung nach § 3 Nr. 7 KHStatV (die Abgrenzung entspricht § 3 Nr. 4, vgl. hierzu [12]) durchgeführt werden, so weisen Sie diese dort bitte zusätzlich aus.

[24] Tages- und Nachtambulanzplätze

Bitte ordnen Sie die Tages- und Nachtambulanzplätze einer der aufgeführten Fachabteilungen zu. Sollten solche Plätze auch in einer Einrichtung der Geriatrie bzw. organisatorisch abgrenzbaren Einrichtung nach § 3 Nr. 7 KHStatV (die Abgrenzung entspricht § 3 Nr. 4, vgl. hierzu [12]) zur Verfügung stehen, so weisen Sie diese dort bitte zusätzlich aus.

[25] Entlassungen aus der teilstationären Behandlung

Eine teilstationäre Behandlung unterscheidet sich von einer vollstationären Behandlung durch eine regelmäßige, aber nicht zeitlich durchgehende Anwesenheit des Patienten/der Patientin im Krankenhaus, wobei die regelmäßige Verweildauer im Krankenhaus weniger als 24 Stunden umfasst. Die Patienten/Patientinnen verbringen dort nur den entsprechenden Tagesabschnitt während der ärztlichen Behandlung, die restliche Zeit aber außerhalb des Krankenhauses.

Teilstationäre Leistungen nach der Bundespflegegesetzverordnung:

Als **teilstationär behandelte Fälle** gelten diejenigen Patienten/Patientinnen, für die Leistungen entsprechend § 13 Abs. 1 BpflV teilstationär erbracht und mit einem gesonderten Pflegesatz abgerechnet werden.

Bitte zählen Sie bei Patienten/Patientinnen, die wegen derselben Erkrankung mehrfach teilstationär behandelt wurden, je Quartal eine Entlassung bzw. Behandlung (vgl. Fußnote 11 im Anhang 2 zu Anlage 1 der BpflV).

Teilstationäre Leistungen über Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG:

Als **teilstationär behandelte Fälle** gelten diejenigen Patienten/Patientinnen, für die ein fall- oder tagesbezogenes Entgelt nach § 6 Abs. 1 Nr. 2 KHEntgG krankenspezifisch abgerechnet wird.

Sind für teilstationäre Leistungen fallbezogene Entgelte vereinbart worden, so zählen Sie bitte jeden abgerechneten Patienten/jede abgerechnete Patientin als einen Fall (vgl. § 8 Abs. 2 Nr. 1 FPV 2007).

Wenn für teilstationär behandelte Fälle tagesbezogene Entgelte vereinbart wurden, ist die o. g. Quartalszählung anzuwenden (§ 8 Abs. 2 Nr. 2 FPV 2007).

Es werden nur diejenigen teilstationären Patienten/Patientinnen (Fälle) gezählt, die im Berichtsjahr aus der teilstationären Behandlung entlassen wurden (einschließlich gestorbener teilstationärer Patienten/Patientinnen). Überlieger ins nächste Berichtsjahr werden im folgenden Jahr nachgewiesen.

Ordnen Sie die behandelten Patienten/Patientinnen einer der aufgeführten Fachabteilungen, in der sie zuletzt gelegen haben, zu. In einer organisatorisch abgrenzbaren Einrichtung nach § 3 Nr. 7 KHStatV (die Abgrenzung entspricht § 3 Nr. 4) teilstationär behandelte Fälle sollen zusätzlich auch in den Zeilen 002 bis 010 ausgewiesen werden.

Beurlaubungen, beispielsweise für einen oder mehrere Tage, gelten nicht als Behandlungszeit bzw. Entlassung und sind bei den teilstationären Berechnungstagen/Belegungstagen nicht zu berücksichtigen.

[26] Teilstationäre Behandlungstage

Bitte weisen Sie die Behandlungstage der **teilstationären Patienten/Patientinnen** folgendermaßen nach:

Hier sollen die im aktuellen Berichtsjahr angefallenen Behandlungstage gezählt werden. Dies gilt unabhängig davon, ob die teilstationären Leistungen über die Bundespflegegesetzverordnung oder über fall- oder tagesbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 1 Nr. 2 KHEntgG abgerechnet werden.

Beispiel: Wird ein Patient/eine Patientin zur täglichen teilstationären Behandlung am 28. Dezember aufgenommen und erst am 2. Januar des dem Berichtsjahr folgenden Jahres entlassen, so fallen vier Behandlungstage im aktuellen Berichtsjahr an (bei der Fallzählung muss ein Fall angegeben werden). Die zwei Behandlungstage des folgenden Berichtsjahres werden ein Jahr später angegeben (auch hier mit einem Fall bei der Fallzählung).

Behandlungstage können mit der Anzahl der Berechnungs-/Belegungstage identisch sein, müssen es aber nicht.

Bundespflegegesetzverordnung:

Die im Erhebungsbereich der BpflV erbrachten Behandlungstage (Abrechnung von tagesgleichen Pflegesätzen) sind analog zum Ausweis der Berechnungstage auszuweisen, d. h. sie sind nach § 14 Abs. 2 BpflV zu ermitteln.

Behandlungstage = Berechnungstage

Fallbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 1 Nr. 2 KHEntgG:

Sind in Ihrem Krankenhaus **fallbezogene** Entgelte individuell verhandelt worden, so werden die Behandlungstage analog zum Ausweis der Belegungstage im vollstationären Bereich nachgewiesen.

Behandlungstage = Belegungstage

Tagesbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 1 Nr. 2 KHEntgG:

Sind in Ihrem Krankenhaus **tagesbezogene** Entgelte individuell verhandelt worden, so gilt jeder Tag, an dem teilstationäre Leistungen erbracht werden, als Behandlungstag. Dies gilt auch dann, wenn der vollstationäre Aufenthalt eines Patienten/einer Patientin als DRG abgerechnet wurde und ein oder mehrere Behandlungstage noch innerhalb der oberen Grenzverweildauer liegen und darüber finanziert sind.

Behandlungstage ≠ Belegungstage.

[27] „Darunter“ – Position: Organisatorisch abgrenzbare Einrichtungen nach § 3 Nr. 7 KHStatV

Bitte ordnen Sie die nachgewiesenen vor- und nachstationären Behandlungen, die Tages- und Nachtambulanzplätze, die teilstationären Fälle sowie die teilstationären Behandlungstage der Zeilen 002 bis 010 entsprechend ihrer Nutzung **auch** den einzelnen Fachabteilungen im oberen Teil zu (Zeilen 120 bis 930).