

Grunddaten der Krankenhäuser



2014

Erscheinungsfolge: unregelmäßig
Erschienen am 02/07/2015

Ihr Kontakt zu uns:
www.destatis.de/kontakt
Telefon:+49 (0) 228 99 643-8951

© Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2015

Vervielfältigungen und Verbreitung, auch auszugsweise, mit Quellenangabe gestattet.

Kurzfassung

- 1 Allgemeine Angaben zur Statistik** **Seite 3**
- *Bezeichnung der Statistik:* Grunddaten der Krankenhäuser
 - *Berichtszeitraum/Periodizität:* Kalenderjahr/seit 1990 jährlich
 - *Erhebungsgesamtheit:* Krankenhäuser einschließlich deren Ausbildungsstätten
 - *Rechtsgrundlage:* Krankenhausstatistik-Verordnung, Bundesstatistikgesetz
- 2 Inhalte und Nutzerbedarf** **Seite 4**
- *Erhebungsinhalte:* Sachliche und personelle Ausstattung der Krankenhäuser sowie Patientenbewegungen
 - *Nutzerbedarf:* Differenzierte Datenbasis über Volumen und Struktur des Leistungsangebots in der stationären Versorgung
 - *Hauptnutzer/-innen der Statistik:* Nationale und internationale Organisationen, Politik, Wissenschaft und Forschung, Medien, breite Öffentlichkeit
 - *Einbeziehung der Nutzer/-innen:* Nutzerkonferenzen, Rückmeldungen im Rahmen nationaler und internationaler Gremien sowie des Auskunftsdienstes
- 3 Methodik** **Seite 4**
- *Konzept der Datengewinnung:* Ab 2013 verpflichtende Datenlieferung auf elektronischem Weg.
 - *Durchführung der Datengewinnung:* Datenlieferung auf elektronischem Weg mit Hilfe einer von der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V. entwickelten Software-Anwendung
 - *Beantwortungsaufwand:* Abhängig z. B. von der Möglichkeit des Einsatzes von DV-Technik, Häufigkeit und Ausmaß von Änderungen der Rechtsgrundlage
- 4 Genauigkeit und Zuverlässigkeit** **Seite 5**
- *Qualitative Gesamtbewertung der Genauigkeit:* Mögliche Untererfassung in Bezug auf neue Einrichtungen bzw. Einrichtungen, die innerhalb des Berichtsjahres oder zwischen Erhebungsstichtag (31. Dezember) und Meldetermin (1. April des Folgejahres) schließen.
- 5 Aktualität und Pünktlichkeit** **Seite 6**
- *Aktualität endgültiger Ergebnisse:* Endgültige Ergebnisse stehen in der Regel Ende September des dem Berichtsjahr folgenden Jahres zur Verfügung.
- 6 Vergleichbarkeit** **Seite 6**
- *Räumliche Vergleichbarkeit:* Durch bundeseinheitliche Rechtsgrundlage seit 1991 im Bundesgebiet gewährleistet
 - *Zeitliche Vergleichbarkeit:* Für einzelne Merkmale in Folge der Weiterentwicklung der Rechtsgrundlage eingeschränkt
- 7 Kohärenz** **Seite 6**
- *Statistikübergreifende Kohärenz:* Einzelne, auch in der Diagnosestatistik erfasste Merkmale (z. B. Fallzahl, Berechnungs- und Belegungstage) sind nur eingeschränkt vergleichbar, da sie nach unterschiedlichen Methoden ermittelt werden.
 - *Input für andere Statistiken:* Gesundheitsbezogene Rechensysteme auf nationaler und internationaler Ebene, Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen
- 8 Verbreitung und Kommunikation** **Seite 7**
- Jährliche Veröffentlichung in der Fachserie 12 Reihe 6.1.1 „Grunddaten der Krankenhäuser“
 - Gesundheitsberichterstattung des Bundes unter www.gbe-bund.de
- 9 Sonstige fachstatistische Hinweise** **Seite 7**
- Keine

1 Allgemeine Angaben zur Statistik

1.1 Grundgesamtheit

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

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.

1.2 Statistische Einheiten (Darstellungs- und Erhebungseinheiten)

Krankenhäuser

1.3 Räumliche Abdeckung

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

1.4 Berichtszeitraum/-zeitpunkt

In der Regel 1. Januar bis 31. Dezember (Kalenderjahr), bestimmte Daten wie „Anzahl der Einrichtungen“ und „Anzahl des Personals“ werden zum 31. Dezember des Berichtsjahres erhoben.

1.5 Periodizität

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

1.6 Rechtsgrundlagen und andere Vereinbarungen

Verordnung über die Bundesstatistik für Krankenhäuser (Krankenhausstatistik-Verordnung - KHStatV) vom 10. April 1990 (BGBl. I S. 730), zuletzt geändert durch Artikel 4b des Gesetzes vom 17. März 2009 (BGBl. I S. 534) in Verbindung mit dem Bundesstatistikgesetz (BStatG) vom 22. Januar 1987 (BGBl. I S. 462, 565), zuletzt geändert durch Artikel 13 des Gesetzes vom 25. Juli 2013 (BGBl. I S. 2749). Für die Erhebung besteht Auskunftspflicht gemäß § 6 KHStatV in Verbindung mit § 15 BStatG.

1.7 Geheimhaltung

1.7.1 Geheimhaltungsvorschriften

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.

1.7.2 Geheimhaltungsverfahren

Sind in einer Abgrenzung weniger als 3 Häuser vorhanden, werden alle Merkmale dieser Häuser geheimgehalten, die eine Aussage zur wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Berichtseinheit ermöglichen, z. B. Fallzahl, Nutzungsgrad, Anzahl des Personals u. ä. Es werden lediglich die Anzahl der Häuser und die aufgestellten Betten veröffentlicht. Die geheimzuhaltenden Werte werden durch einen Punkt ersetzt.

1.8 Qualitätsmanagement

1.8.1 Qualitätssicherung

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

1.8.2 Qualitätsbewertung

Durch umfassende Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen sowie die in fast 20 Jahren erworbene Routine in der Berichterstattung ist von einer hohen Datenqualität auszugehen.

2 Inhalte und Nutzerbedarf

2.1 Inhalte der Statistik

2.1.1 Inhaltliche Schwerpunkte der Statistik

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

2.1.2 Klassifikationssysteme

Keine

2.1.3 Statistische Konzepte und Definitionen

Wesentliche Erhebungsmerkmale der Statistik zu den Grunddaten der Krankenhäuser sind:

- Art der Zulassung, Art des Trägers und Rechtsform des Krankenhauses
- Bettenkapazitäten
- Medizinisch-technische Großgeräte
- Arzneimittelversorgung
- Ärztliches und nichtärztliches Personal
- Pflagetage
- Patientenzu- und -abgänge
- Entbindungen und Geburten
- Ambulante Operationen
- Vor-, nach- und teilstationäre Behandlungen

2.2 Nutzerbedarf

Die Ergebnisse bilden die statistische Basis für viele gesundheitspolitische Entscheidungen des Bundes und der Länder und dienen den an der Krankenhausfinanzierung beteiligten Institutionen als Planungsgrundlage. Die Erhebung liefert wichtige Informationen über das Volumen und die Struktur des Leistungsangebots in der stationären Versorgung. Sie dient damit auch der Wissenschaft und Forschung und trägt zur Information der Bevölkerung bei.

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

2.3 Nutzerkonsultation

Die Einbeziehung von Nutzern geschieht über verschiedene Wege: Die Daten der im Internet abgerufenen Zahlen werden hinsichtlich ihrer Schwerpunkte ausgewertet. Unmittelbare Rückmeldungen erhält der Fachbereich durch den direkten Kontakt zu den Datennutzern über den Auskunftsdienst. Weiterhin erfolgt sowohl national als auch international u. a. im Rahmen institutionalisierter Gremien, Arbeitsgruppen und Fachkreise eine enge Zusammenarbeit. Darüber hinaus finden in unregelmäßigen Abständen Fachausschusssitzungen und Nutzerkonferenzen statt.

3 Methodik

3.1 Konzept der Datengewinnung

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

Nach § 11a Bundesstatistikgesetz vom 22. Januar 1987 (BGBl. I S. 462, 565), das zuletzt durch Artikel 13 des Gesetzes vom 25. Juli 2013 (BGBl. I S. 2749) geändert worden ist, sind alle Betriebe und Unternehmen gesetzlich verpflichtet, ihre Angaben auf elektronischem Weg an die statistischen Ämter zu übermitteln. Hierzu sind die von den statistischen Ämtern zur Verfügung gestellten Online-Verfahren zu nutzen. Im begründeten Einzelfall kann auf formlosen Antrag eine zeitlich befristete Ausnahme von der Online-Meldung vereinbart werden.

Für die Datenlieferung auf elektronischem Weg stehen xml-Liefervereinbarungen zur Verfügung, die das Format der Datenlieferung beschreiben. Diese Daten können dann über einen sicheren Online-Zugang den statistischen Ämtern der Länder übermittelt werden.

Zur Unterstützung der Generierung der xml-Daten steht den Berichtspflichtigen das Modul der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG e. V.) zur Verfügung.

3.2 Vorbereitung und Durchführung der Datengewinnung

Die DKG e. V. hat für die jährliche Krankenhausstatistik ein Modul programmiert, in das über eine Schnittstelle Daten aus den DV-Systemen der Krankenhäuser eingelesen und weiterverarbeitet werden können. Das Modul bedient sich ausschließlich des xml-Formats, d. h. es liest xml-Daten ein und gibt xml-Daten entsprechend der Liefervereinbarungen der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder (siehe <https://erhebungsportal.estatistik.de/Erhebungsportal/#a5w45rEzYH/statistiken-mit-online-verfahren/durch-online-verfahren-unterstuetzte-statistiken>) aus, so dass bei der Übermittlung der Daten an das jeweilige statistische Amt ein einheitlicher Standard gewahrt bleibt. Die Schnittstelle innerhalb der DV-Systeme wandelt die Daten der Einrichtung in XML-Daten um, so dass diese in das Modul eingelesen werden können. Daten, die nicht automatisiert aus den DV-Systemen übernommen werden können, können in dem Modul erfasst werden.

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 findet man ein Handbuch und eine xml-Beispieldatei, die die Programmierung der Schnittstelle erleichtern sollen.

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.

Sofern mit dem jeweils zuständigen Landesamt eine zeitlich befristete Ausnahme von der Online-Meldung vereinbart wurde, sind ausgefüllte schriftliche Fragebogen an das jeweilige Landesamt für Statistik zu übermitteln, wo sie elektronisch erfasst werden. Ein Muster des Fragebogens mit den dazu gehörigen Erläuterungen (Stand: Berichtsjahr 2013) befindet sich im Anhang.

3.3 Datenaufbereitung (einschl. Hochrechnung)

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

3.4 Preis- und Saisonbereinigung; andere Analyseverfahren

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

3.5 Beantwortungsaufwand

Der Beantwortungsaufwand hängt von verschiedenen Faktoren, wie z. B. der Größe des Krankenhauses, der Erfahrung des Sachbearbeiters, dem Einsatz von DV-Technik usw., ab.

Im Vergleich zur schriftlichen Befragung können die Auskunftspflichtigen durch den Einsatz der Softwareanwendung grundsätzlich ihren Zeitaufwand reduzieren.

4 Genauigkeit und Zuverlässigkeit

4.1 Qualitative Gesamtbewertung der Genauigkeit

Da es sich um eine Vollerhebung handelt, können nur nicht-stichprobenbedingte Fehler auftreten. Grundsätzlich kann davon ausgegangen werden, dass sämtliche Elemente der Grundgesamtheit in der Erhebung enthalten sind. Allerdings kann es zu Fehlern in der Erfassungsgrundlage kommen, wenn im Berichtsjahr neu eröffnete Krankenhäuser nicht an die 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 von Änderungen der tatsächlichen Gegebenheiten im Bereich der stationären Gesundheitsversorgung sind regelmäßige Anpassungen der Fragebogen 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. Teilweise können derartige 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.

4.3 Nicht-Stichprobenbedingte Fehler

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 nicht grundsätzlich. 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.

4.4 Revisionen

4.4.1 Revisionsgrundsätze

Vorläufige Ergebnisse auf der Basis ausgewählter Eckdaten werden Mitte August in Form einer Pressemitteilung veröffentlicht. In der Vergangenheit traten nur bei wenigen Merkmalen Abweichungen der vorläufigen von den endgültigen Ergebnissen auf (z. B. Beschäftigtenzahl, teilstationäre Fälle).

4.4.2 Revisionsverfahren

Die Revision erfolgt durch die Veröffentlichung der endgültigen Ergebnisse.

4.4.3 Revisionsanalysen

Keine

5 Aktualität und Pünktlichkeit

5.1 Aktualität

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

5.2 Pünktlichkeit

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

6 Vergleichbarkeit

6.1 Räumliche Vergleichbarkeit

Die räumliche Vergleichbarkeit innerhalb des Erhebungsgebietes ist durch die bundeseinheitliche Rechtsgrundlage seit 1991 gewährleistet. Auf internationaler Ebene gibt es derzeit keine einheitliche Rechtsgrundlage, so dass die Vergleichbarkeit aufgrund unterschiedlicher Merkmalsdefinitionen und Erhebungsabgrenzungen stark eingeschränkt ist.

6.2 Zeitliche Vergleichbarkeit

Die Krankenhausstatistik ist seit 1991 kontinuierlich weiterentwickelt und an die tatsächlichen Gegebenheiten auf dem Gebiet der stationären Versorgung angepasst worden. In der Regel ist eine zeitliche Vergleichbarkeit (u. U. mit Einschränkungen) durch Rückrechnung von Vorjahresergebnissen herzustellen.

Beispielhaft hierfür ist die Berücksichtigung von sog. Stundenfällen, die seit 2002 als Fälle mit jeweils einem Berechnungs- und Belegungstag gezählt werden; dies wirkt sich auf die Ermittlung der durchschnittlichen Verweildauer sowie die Bettenauslastung aus. Die Vorjahresergebnisse wurden entsprechend neu berechnet und sind dadurch vergleichbar.

Eine seit 2002 differenziertere Darstellung der Ergebnisse auf Fachabteilungsebene ist zwar nicht auf der Ebene der Teilgebiete, wohl aber auf der Ebene der Hauptgebiete zeitlich vergleichbar. In Bezug auf neue Erhebungsmerkmale ist die zeitliche Vergleichbarkeit eingeschränkt. So werden z. B. die Rechtsform der Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft und die Anzahl ambulanter Operationen im Krankenhaus erst seit 2002 erhoben. Seit 2009 wird zusätzlich zu den Vollkräften mit direktem Beschäftigungsverhältnis die Zahl derjenigen Vollkräfte erfasst, die nicht in einem direkten Beschäftigungsverhältnis zu der Einrichtung stehen, sondern z. B. im Personal-Leasing-Verfahren eingesetzt werden.

7 Kohärenz

7.1 Statistikübergreifende Kohärenz

Einzelne Kennzahlen der Krankenhausgrunddaten werden auch in den Diagnosen der Krankenhauspatienten erfasst (z. B. Entlassungen, Berechnungs- und Belegungstage). Die Ergebnisse dieser beiden Statistiken sind eingeschränkt vergleichbar, da sie nach unterschiedlichen Methoden ermittelt werden.

7.2 Statistikinterne Kohärenz

Die Statistik ist intern kohärent.

7.3 Input für andere Statistiken

Die Grunddaten der Krankenhäuser fließen in die Gesundheitsberichterstattung und in die gesundheitsbezogenen Rechensysteme auf nationaler und internationaler Ebene ein. Sie werden darüber hinaus als Berechnungsgröße für Indikatoren der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen verwendet.

8 Verbreitung und Kommunikation

8.1 Verbreitungswege

Pressemitteilungen

Vorläufige Ergebnisse auf der Basis ausgewählter Eckdaten werden Mitte August in Form einer Pressemitteilung veröffentlicht. Darüber hinaus werden unregelmäßig anlassbezogene Pressemitteilungen veröffentlicht.

Veröffentlichungen

Die wichtigsten Ergebnisse der Erhebung werden jährlich in der Fachserie 12 Reihe 6.1.1 Grunddaten der Krankenhäuser veröffentlicht. Die Publikation kann kostenfrei im Internet herunter geladen werden.

Online-Datenbank

Zu den Grunddaten der Krankenhäuser stehen im Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung (IS-GBE) ausgewählte Daten sowie in GENESIS-online ausgewählte Eckdaten zur Verfügung.

Zugang zu Mikrodaten

Das Forschungsdatenzentrum des Bundes bietet die Grunddaten der Krankenhäuser in seinem Datenangebot an.

Sonstige Verbreitungswege

Eigene Veröffentlichungen der Statistischen Ämter der Länder sind über deren Webseite zugänglich. Eine entsprechende Linkliste zu den Statistischen Landesämtern steht zur Verfügung.

8.2 Methodenpapiere/Dokumentation der Methodik

Jährliche Veröffentlichung, zuletzt: *Bölt, Ute*: Statistische Krankenhausdaten: Grund- und Kostendaten der Krankenhäuser 2012, in: Klauber/Geraedts/Friedrich/Wasem (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2015, Stuttgart 2015, S. 325-359.

Bölt, Ute/Graf, Thomas: 20 Jahre Krankenhausstatistik, in: Wirtschaft und Statistik 02/2012, S. 112-138.

Bölt, Ute: Krankenhäuser in Deutschland, in: Wirtschaft und Statistik 04/2011, S. 363-375.

8.3 Richtlinien der Verbreitung

Veröffentlichungskalender

Ein Veröffentlichungskalender liegt nicht vor.

Zugriff auf den Veröffentlichungskalender

s. Angaben zum Veröffentlichungskalender

Zugangsmöglichkeiten der Nutzer/-innen

s. Angaben zum Veröffentlichungskalender

9 Sonstige fachstatistische Hinweise

Keine

Krankenhausstatistik 2014

– Krankenhäuser –
Teil I: Grunddaten

KH-G Name des Amtes
Org. Einheit
Straße + Hausnummer
PLZ, Ort

Rücksendung bitte bis spätestens 1. April 2015

Anschrift
des Trägers

Institutionskennzeichen 1

Institutionskennzeichen 2

Institutionskennzeichen 3

Institutionskennzeichen 4

Institutionskennzeichen 5

Anschrift
des Krankenhauses

Ansprechpartner/-in für Rückfragen (freiwillige Angabe)

Name:

Telefon:

Telefax:

E-Mail:

Sie erreichen uns über

Telefon: XXXX XX-Durchwahl
Xxxx-Xxxxxx Xxxxxx-Xxxxxxxx -XXXX
XxxxxxXXXXXXXXXXXX -XXXX

Telefax: XXXX XX-XXXX

E-Mail: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX@XXXXXXXXXX.de

Land Krankenhausnummer
(wird vom statistischen Amt ausgefüllt)

Unterrichtung nach § 17 Bundesstatistikgesetz

Art, Umfang und Zweck der Erhebung

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

Rechtsgrundlagen

Krankenhausstatistik-Verordnung (KHStatV) vom 10. April 1990 (BGBl. I S. 730), zuletzt geändert durch Artikel 4b des Gesetzes vom 17. März 2009 (BGBl. I S. 534, 548) in Verbindung mit dem Bundesstatistikgesetz (BStatG) vom 22. Januar 1987 (BGBl. I S. 462, 565),

zuletzt geändert durch Artikel 13 des Gesetzes vom 25. Juli 2013 (BGBl. I S. 2749).

Erhoben werden die Angaben zu §3 Nummer 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 Absatz 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 Absatz 1 KHStatV in Verbindung mit §16 Absatz 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 Absatz 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

noch: Unterrichtung nach § 17 Bundesstatistikgesetz

noch: Geheimhaltung

zu stellen, wenn diese so anonymisiert sind, dass sie nur mit einem unverhältnismäßig großen Aufwand an Zeit, Kosten und Arbeitskraft dem Befragten oder Betroffenen zugeordnet werden können.

Eine Übermittlung von Einzelangaben mit Namen und Anschrift ist ausgeschlossen.

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

Hilfsmerkmale, Trennen und Löschen, Ordnungsnummern

Der Name des Krankenhausträgers, Name und Anschrift des Krankenhauses sowie das/die Institutionskennzeichen nach § 293 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) sind Hilfsmerkmale, zu deren Angabe Sie verpflichtet sind. Bitte geben

Sie **alle** Institutionskennzeichen an, die Ihrer Einrichtung zugeordnet sind. Darüber hinaus können Sie Name, E-Mail-Adresse, Telefon- und Telefaxnummer der für Rückfragen zur Verfügung stehenden Person angeben. Die Hilfsmerkmale dienen lediglich der technischen Durchführung der Erhebung. Sie werden nach abgeschlossener Prüfung der Angaben vernichtet bzw. gelöscht. 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 Ämter der Länder gemäß § 7 Absatz 2 KHStatV berechtigt, jährlich im Rahmen eines Verzeichnisses Name, Anschrift, Träger, Art des Krankenhauses, Fachabteilungen und Bettenzahl von Krankenhäusern sowie von Vorsorge- oder Rehabilitations-einrichtungen zu veröffentlichen.

Weitere Informationen zur 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 Absatz 1 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 Absatz 2 SGB V sowie stationäre Pflegeeinrichtungen im Sinne von § 71 Absatz 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.

Meldung zur Statistik

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

Nach § 11a Bundesstatistikgesetz vom 22. Januar 1987 (BGBl. I S. 462, 565), das zuletzt durch Artikel 13 des

Gesetzes vom 25. Juli 2013 (BGBl. I S. 2749) geändert worden ist, sind alle Betriebe und Unternehmen gesetzlich verpflichtet, ihre Angaben **auf elektronischem Weg** an die statistischen Ämter zu übermitteln. Hierzu sind die von den statistischen Ämtern zur Verfügung gestellten Online-Verfahren zu nutzen. Im begründeten Einzelfall kann auf formlosen Antrag eine zeitlich befristete Ausnahme von der Online-Meldung vereinbart werden.

Für die Meldung zur Krankenhausstatistik bedeutet dies:

Für jedes Krankenhaus sind jährlich getrennte Angaben zu Teil I „Grunddaten“, Teil II „Diagnosen“ und Teil III „Kosten“ zu machen. Die Angaben zu den Grunddaten sind bis zum **1. April 2015** an das zuständige statistische Amt zu senden.

Damit eine Zuordnung der verschiedenen Erhebungsteile I–III (Grunddaten, Diagnosen, Kosten) je Krankenhaus erfolgen kann, muss darauf geachtet werden, dass bei den verschiedenen Datenlieferungen eines Hauses die gleiche Krankenhausnummer angegeben ist.

Für die Datenlieferung auf elektronischem Weg steht Ihnen das **Modul der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG e. V.) zur Erhebung der Grund- und Kostendaten** zur Verfügung:

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 Amt 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 2014 eine neue Version des Moduls genutzt werden muss. Die Vorgängerversion des Jahres 2013 ist nicht mehr gültig.

Krankenhausstatistik 2014

– Krankenhäuser –
Teil I: Grunddaten

KH-G

Beachten Sie folgende Hinweise:

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 Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (§ 17b Absatz 1 Satz 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz – KHG); in diesen Einrichtungen wird weiterhin nach der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) abgerechnet.

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:

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 Nummer 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.

Die weitere Differenzierung dieses Merkmals dient der Qualitätssicherung.

– Freigemeinnütziger Träger

Organisationen, die den sechs genannten Spitzenverbänden der Freien Wohlfahrtspflege angeschlossen sind, z. B. Landesverbände oder örtliche Verbände, kreuzen den zugehörigen Verband an.

Bitte beachten: Manche Organisationen gehören dabei einem Verband an, der wiederum einem der sechs genannten Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege angegliedert ist. In diesem Fall kreuzt die Organisation ebenfalls den zugehörigen Spitzenverband an.

Von den Kirchen selbst betriebene Einrichtungen sind der gleichen Position wie die von den entsprechenden konfessionellen Verbänden (z. B. Diakonisches Werk, Deutscher Caritasverband) getragenen Einrichtungen zuzuordnen.

– Sonstiger gemeinnütziger Träger

Hierzu gehören die gemeinnützigen Träger, die keinem der aufgeführten sechs Spitzenverbände angeschlossen sind bzw. die einem Verband angehören, der keinem der sechs Spitzenverbände angeschlossen ist. Entsprechend werden hier auch die Religionsgemeinschaften des öffentlichen Rechts erfasst, die nicht bereits den aufgeführten Verbänden zugeordnet wurden. Gemeinnützige Träger (zumeist in der Rechtsform des eingetragenen Vereins, der Stiftung oder gemeinnützigen GmbH) sind steuerbegünstigt und daher nach §§ 51 ff. Abgabenordnung durch das Finanzamt anerkannt.

Eine Auswertung des Merkmals und die Datenweitergabe sind ohne ausdrückliche Zustimmung des Krankenhauses nicht möglich.

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 Nummer 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 Medizinisch-technische Großgeräte

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

Bitte geben Sie hier keine Geräte an, 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.

Als **totgeborene** Kinder gelten Totgeburten mit einem Geburtsgewicht von mindestens 500 Gramm; Totgeburten unter 500 Gramm gelten als Fehlgeburten und sind hier nicht anzugeben.

6 Nicht bettenführende Fachabteilungen

Nicht bettenführende Fachabteilungen sind organisatorisch abgrenzbare, von entsprechenden Fachärzten/Fachärztinnen ständig verantwortlich geleitete Abteilungen mit besonderen therapeutischen beziehungsweise 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 nicht krankheitsbedingt behandlungsbedürftige Neugeborene („gesunde Neugeborene“) entsprechend den Fallpauschalen P66D und P67D nach § 1 Absatz 5 der Fallpauschalenvereinbarung 2014 (FPV 2014) 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 Absatz 1) gewährt werden.

Vertragsbetten nach § 108 Nummer 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 Nummer 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

Erfasst wird der Jahresdurchschnitt der aufgestellten Intensivbetten (ohne Nachkommastellen), inklusive derjenigen einer Fachabteilung Intensivmedizin.

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 hier keine Betten an, die im Fragebogen 1 unter Punkt 1.13 für Einrichtungen nach § 3 Nummer 4 KHStatV (zur Abgrenzung vgl. 12) nachgewiesen werden. Also auch keine Betten zur neonatologischen Intensivbehandlung, wenn diese Betten einer Einrichtung nach § 3 Nummer 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 Fälle auszuweisen. Zusätzlich ist die Zahl der Fälle anzugeben, die im Berichtsjahr künstlich beatmet wurden. Dabei werden nicht einzelne Beatmungsaktionen gezählt sondern nur, ob der Intensivpatient auch beatmet wurde.

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:

Bundespflugesatzverordnung:

Gilt ab 2004 für Einrichtungen nach § 17b Absatz 1 Satz 1 zweiter Halbsatz KHG, bzw. § 1 Absatz 1 BPfIV 2004. Die im Erhebungsbereich der BPfIV (Abrechnung von tagesgleichen Pflegesätzen) erbrachten **Berechnungstage** sind nach § 14 Absatz 2 BPfIV 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 Absatz 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 Absatz 7 der Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser (Fallpauschalenvereinbarung 2014 – FPV 2014) 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 Absatz 4 Satz 3 FPV 2014. Vor- und nachstationäre Behandlungstage werden hier nicht gezählt.

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

Reine Urlaubstage sind nicht als Belegungstage auszuweisen.

12 Organisatorisch abgrenzbare Einrichtungen nach § 3 Nummer 4 KHStatV

Bitte geben Sie hier die Zahl der aufgestellten Betten im Jahresdurchschnitt (ohne Nachkommastellen), die Berechnungs- und Belegungstage sowie die Zahl der

Fälle im Berichtsjahr an, die in organisatorisch abgrenzbaren Einrichtungen zur Behandlung von Querschnittslähmung, Schwerst-Schädel-Hirn-Verletzungen, Scherbrandverletzungen, AIDS, Mukoviszidose, Onkologipatienten/-patientinnen, Transplantationspatienten/Transplantationspatientinnen oder zur neonatologischen Intensivbehandlung behandelt wurden.

Bitte ordnen Sie im Fragebogen „2 Krankenbetten, Berechnungs- und Belegungstage und Patientenbewegung“ die Betten der Einrichtungen nach § 3 Nummer 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 Fachabteilungen Geriatrie und Sucht dar. Bei einer Fachabteilung „Orthopädie und Unfallchirurgie“ mit dem Behandlungsschwerpunkt Akutversorgung bei Unfällen sind die Daten der Unfallchirurgie (Zeile 166) zuzuordnen, andernfalls der Orthopädie (Zeile 690); in Zweifelsfällen kann auch hier die Facharztbezeichnung des Leitenden Arztes als Orientierung dienen. 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.

Empfehlung:

Erfassen Sie zunächst die Angaben zu den Hauptfachabteilungen wie Innere Medizin, Chirurgie etc. Die Summe der Hauptfachabteilungen wird dann in Zeile 990 erfasst. Abschließend erfassen Sie die „darunter“-Positionen“.

14 Aufgestellte Betten (Jahresdurchschnitt)

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

Die Angabe in Zeile 990 „Insgesamt“ muss mit der Angabe im Fragebogen 1 unter „1.10 Bettenkapazität“ übereinstimmen.

Gesondert ausgewiesen wird die Nutzungsart der aufgestellten Betten und zwar als Intensiv- und/oder Belegbetten. Dabei kann es zu Überschneidungen kommen (Beispiel: In reinen Belegkrankenhäusern können Belegbetten zugleich Intensivbetten sein).

Intensivbetten:

Die Angabe in Zeile 990 „Insgesamt“ muss mit der Angabe im Fragebogen 1 unter „1.12 Intensivmedizinische Versorgung“ in der Zeile „Intensivbetten insgesamt“ 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 Zeile 990 „Insgesamt“ muss mit der Angabe im Fragebogen 1 unter „1.12 Intensivmedizinische Versorgung“ in der Zeile „Intensivbetten insgesamt“ 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 **nicht krankheitsbedingt behandlungsbedürftige Neugeborene** („gesunde Neugeborene“) entsprechend den Fallpauschalen P66D und P67D nach § 1 Absatz 5 der Fallpauschalenvereinbarung 2014 (FPV 2014) **und Begleitpersonen** unberücksichtigt. Patienten/Patientinnen, die vorstationär behandelt werden, sind hier erst nachzuweisen, wenn sie in den vollstationären Bereich aufgenommen werden.

Folgende Positionen werden unterschieden:

Aufnahmen in die vollstationäre Behandlung:

Alle in den vollstationären Bereich des Krankenhauses aufgenommenen Patienten/Patientinnen einschließlich der Stundenfälle.

Verlegungen 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 Absatz 3 FPV 2014 die Aufenthalte zu einem Fall zusammen zu führen sind. Bei der Abrechnung nach tagesbezogenen Entgelten nach § 6 Absatz 1 KHEntgG ist keine Fallzusammenführung möglich.

Verlegungen innerhalb des Krankenhauses von teilstationär in vollstationär:

Patienten/Patientinnen, die aus einer teilstationären Behandlung in eine vollstationäre Behandlung wechseln.

Verlegungen innerhalb des Krankenhauses 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 nachzuweisen.

Bitte beachten Sie Folgendes:

Wird ein Patient/eine Patientin innerhalb eines Krankenhauses aus dem Geltungsbereich der BPfIV in den Geltungsbereich des 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 Absatz 3 FPV 2014 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 auch 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 Absatz 3 FPV 2014 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 (Erhebungsteil II) ohne Berücksichtigung der nicht krankheitsbedingt behandlungsbedürftigen Neugeborenen („gesunden Neugeborenen“) entsprechend den Fallpauschalen P66D und P67D nach §1 Absatz 5 der Fallpauschalenvereinbarung 2014 (FPV 2014) übereinstimmen muss.

Verlegungen in andere Krankenhäuser:

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

Bitte beachten Sie bei Abrechnung nach dem G-DRG Entgeltsystem, dass bei einer Wiederaufnahme nach §2 und einer Rückverlegung nach §3 Absatz 3 FPV 2014 die Aufenthalte zu einem Fall zusammen zu führen sind. Bei der Abrechnung nach tagesbezogenen Entgelten nach §6 Absatz 1 KHEntG ist keine Fallzusammenführung möglich.

Entlassungen in stationäre Rehabilitationseinrichtungen oder Pflegeheime:

Patienten/Patientinnen, 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 Absatz 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 innerhalb des Krankenhauses von vollstationär in vollstationär:

siehe auch 13.

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 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:

Niedergelassene und andere nicht im Krankenhaus angestellte Ärzte/Ärztinnen, die berechtigt sind, ihre Patienten/Patientinnen (Belegpatienten/-patientinnen) 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 Hauptamtliches 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/ Psychosomatik.

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 nur Schüler/Schülerinnen und Auszubildende 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, Freiwillige nach dem BFDG (Bundesfreiwilligendienstgesetz), Absolventen/Absolventinnen im freiwilligen sozialen Jahr und Praktikanten/Praktikantinnen erfasst. Bitte weisen Sie Freiwillige nach dem BFDG in Zeile 910 nochmals gesondert aus. Im Gegensatz zur KHBV und im Gegensatz zum Ausweis im Teil III „Kostennachweis“ werden die Vorschüler/Vorschülerinnen 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.

22 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.

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).

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

Die Umrechnung umfasst:

- Hauptamtliche Ärzte/Ärztinnen ohne Zahnärzte/Zahnärztinnen
- Ärzte/Ärztinnen ohne direktes Beschäftigungsverhältnis beim Krankenhaus
- Hauptamtliches nichtärztliches Personal
- Nichtärztliches Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis beim Krankenhaus

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 Zeile 991 einzutragen. Freiwillige nach dem BFDG sind im Verhältnis 1 zu 1 in Vollkräfte umzurechnen.

23 Ärzte/Ärztinnen ohne direktes Beschäftigungsverhältnis beim Krankenhaus (Zeile 980). Hierbei handelt es sich um nicht beim Krankenhaus angestellte Ärzte/Ärztinnen, die z. B. im Personal-Leasing-Verfahren, als Honorarkräfte oder im Rahmen einer konzerninternen Personalgesellschaft im Krankenhaus eingesetzt werden. Sie werden nach den gleichen Regeln wie die hauptamtlichen Ärzte/Ärztinnen in Vollkräfte im Jahresdurchschnitt (siehe auch **22**) umgerechnet und zusätzlich eingetragen. Nichthauptamtliche Ärzte/Ärztinnen (z. B. Beleg- und Konsiliarärzte/Beleg- und Konsiliarärztinnen) sind nicht einzubeziehen.

Soweit die Ermittlung der Vollkräfte für Ärzte/Ärztinnen ohne direktes Beschäftigungsverhältnis beim Krankenhaus mit unverhältnismäßig hohem Aufwand verbunden ist, sind sie zu schätzen.

24 Nichtärztliches Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis beim Krankenhaus, das z. B. im Personal-Leasing-Verfahren eingesetzt wird, wird nach den gleichen Regeln wie das im Krankenhaus angestellte nichtärztliche Personal in Vollkräfte im Jahresdurchschnitt (siehe auch **22**) umgerechnet und für ausgewählte Beschäftigtengruppen nachrichtlich in Spalte 8 eingetragen. Entscheidend für die Erfassung dieses Personals ist, dass die Leistung vom Krankenhaus erbracht wird und es sich zur Bewältigung dieser Aufgabe Personalverstärkung in Form von Zeitarbeit o. Ä. hinzuholt.

Beispiel: Pflegekräfte, die als „Zeitarbeiter“ beim Krankenhaus tätig sind, werden erfasst. Im Gegensatz dazu wird das Personal einer **Fremdfirma**, die die Reinigung im Krankenhaus übernommen hat, nicht erfasst; hier gehört die („outsourcte“) Reinigung nicht mehr zu den Leistungen des Krankenhauses.

In Zeile 991 sind die in sog. „Ausbildungsgesellschaften“ beschäftigten Schüler/Schülerinnen und Auszubildenden zu erfassen.

Soweit die Ermittlung der Vollkräfte für nichtärztliches Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis beim Krankenhaus mit unverhältnismäßig hohem Aufwand verbunden ist, sind sie zu schätzen.

25 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 2014, **alle** während des Berichtsjahres vorstationär und/oder nachstationär behandelten Fälle ein, unabhängig von dem nach § 8 Absatz 2 Nummer 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 Absatz 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 Nummer 7 KHStatV (die Abgrenzung entspricht § 3 Nummer 4, vgl. hierzu 12) durchgeführt werden, so weisen Sie diese dort bitte zusätzlich aus.

26 Tages- und Nachtambulanzplätze

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

27 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 Bundespflege-satzverordnung:

Als **teilstationär behandelte Fälle** gelten diejenigen Patienten/Patientinnen, für die Leistungen entsprechend § 13 Absatz 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 11a im Anhang 2 zu Anlage 1 der BPfIV).

Teilstationäre Leistungen über Entgelte nach § 6 Absatz 1 KHEntgG:

Als **teilstationär behandelte Fälle** gelten diejenigen Patienten/Patientinnen, für die ein fall- oder tagesbezogenes Entgelt nach § 6 Absatz 1 Nummer 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 Absatz 2 Nummer 1 FPV 2014).

Wenn für teilstationär behandelte Fälle tagesbezogene Entgelte vereinbart wurden, ist die o.g. Quartalszählung anzuwenden (§ 8 Absatz 2 Nummer 2 FPV 2014).

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 Nummer 7 KHStatV (die Abgrenzung entspricht § 3 Nummer 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 Berechnungs-/Belegungstagen nicht zu berücksichtigen.

28 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 Absatz 1 Nummer 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 (Überlieger), 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 Absatz 2 BPfIV zu ermitteln.

Behandlungstage = Berechnungstage

Fallbezogene Entgelte nach §6 Absatz 1 Nummer 2 KHEntgG:

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

Behandlungstage = Belegungstage

Tagesbezogene Entgelte nach §6 Absatz 1 Nummer 2 KHEntgG:

Sind in Ihrem Krankenhaus **tagesbezogene** Entgelte individuell vereinbart 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 G-DRG abgerechnet wurde und ein oder mehrere Behandlungstage noch innerhalb der oberen Grenzerweildauer liegen und darüber finanziert sind.

Behandlungstage ≠ Belegungstage

29 Organisatorisch abgrenzbare Einrichtungen nach §3 Nummer 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 2014

– Krankenhäuser –

Teil I: Grunddaten

Fragebogen

- 1 Allgemeine Angaben (KH-G1)
- 2 Krankenbetten, Berechnungs- und Belegungstage und Patientenbewegung (KH-G2)
- 3 Ärztliches Personal (KH-G3)
- 4 Nichtärztliches Personal (KH-G4)
- 5 Vor- und nachstationär sowie teilstationär behandelte Fälle und teilstationäre Behandlungstage (KH-G5)

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 2014

– Krankenhäuser –

Teil I: Grunddaten

1 Allgemeine Angaben

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:

Hochschullinik:

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 Nummer 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.

Die weitere Differenzierung dieses Merkmals dient der Qualitätssicherung.

– Freigemeinnütziger Träger

Organisationen, die den sechs genannten Spitzenverbänden der Freien Wohlfahrtspflege angeschlossen sind, z. B. Landesverbände oder örtliche Verbände, kreuzen den zugehörigen Verband an.

Bitte beachten: Manche Organisationen gehören dabei einem Verband an, der wiederum einem der sechs genannten Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege angegliedert ist. In diesem Fall kreuzt die Organisation ebenfalls den zugehörigen Spitzenverband an.

Von den Kirchen selbst betriebene Einrichtungen sind der gleichen Position wie die von den entsprechenden konfessionellen Verbänden (z. B. Diakonisches Werk, Deutscher Caritasverband) getragenen Einrichtungen zuzuordnen.

– Sonstiger gemeinnütziger Träger

Hierzu gehören die gemeinnützigen Träger, die keinem der aufgeführten sechs Spitzenverbände angeschlossen sind bzw. die einem Verband angehören, der keinem der sechs Spitzenverbände angeschlossen ist. Entsprechend werden hier auch die Religionsgemeinschaften des öffentlichen Rechts erfasst, die nicht bereits den aufgeführten Verbänden zugeordnet wurden. Gemeinnützige Träger (zumeist in der Rechtsform des eingetragenen Vereins, der Stiftung oder gemeinnützigen GmbH) sind steuerbegünstigt und daher nach §§ 51 ff. Abgabenordnung durch das Finanzamt anerkannt.

Eine Auswertung des Merkmals und die Datenweitergabe sind ohne ausdrückliche Zustimmung des Krankenhauses nicht möglich.

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.

1 Allgemeine Angaben

1.1 Vergütungssystem

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

Bitte nur ein Feld ankreuzen

- Bundespfllegesatzverordnung
- G-DRG-Vergütungssystem
- Beide Vergütungssysteme
- Keines der beiden Vergütungssysteme

1.2 Zulassung des Krankenhauses **1**

Bitte nur ein Feld ankreuzen

- Hochschulklinik
- Plankrankenhaus
- Krankenhaus mit einem Versorgungsvertrag
(nach § 108 Nummer 3 SGB V)
- Sonstiges Krankenhaus (ohne Versorgungsvertrag)

1.3 Art des Trägers, Rechtsform des Krankenhauses **2**

Bitte nur ein Feld ankreuzen

Öffentlicher Träger

in öffentlich-rechtlicher Form

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

in privatrechtlicher Form

Freigemeinnütziger Träger

Freie Wohlfahrtspflege (einschließlich zugehörigem Spitzenverband)

- Deutscher Caritasverband oder sonstiger katholischer Träger
- Diakonisches Werk oder sonstiger der EKD angeschlossener Träger
- Arbeiterwohlfahrt oder deren Mitgliedsorganisation
- Deutsches Rotes Kreuz oder dessen Mitgliedsorganisation
- Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband oder dessen
Mitgliedsorganisation
- Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland oder jüdische
Kultusgemeinde

sonstiger gemeinnütziger Träger

Privater Träger

3 Ausbildungsplätze (laut Genehmigungsbescheid)

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

Hierbei handelt es sich um nach §2 Nummer 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 Medizinisch-technische Großgeräte

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

Bitte geben Sie hier keine Geräte an, 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.

1.4 Anzahl der Ausbildungsplätze laut Genehmigungsbescheid 3	Anzahl
Diätassistenten/-innen	_ _ _ _
Ergotherapeuten/-innen	_ _ _ _
Hebammen, Entbindungspfleger	_ _ _ _
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen	_ _ _ _
Krankenpflegehelfer/-innen	_ _ _ _
Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen	_ _ _ _
Logopäden/-innen	_ _ _ _
Medizinisch-technische Assistenten/-innen für Funktionsdiagnostik	_ _ _ _
Medizinisch-technische Laboratoriumsassistenten/-innen	_ _ _ _
Medizinisch-technische Radiologieassistenten/-innen	_ _ _ _
Orthoptisten/-innen	_ _ _ _
Physiotherapeuten/-innen	_ _ _ _

1.5 Arzneimittelversorgung

Bitte nur ein Feld ankreuzen

Das Krankenhaus verfügt über eine eigene Apotheke

ausschließlich zur Selbstversorgung

zur Selbstversorgung und Versorgung anderer
Krankenhäuser

Das Krankenhaus wird versorgt von einer

Apotheke eines anderen Krankenhauses

öffentlichen Apotheke

1.6 Medizinisch-technische Großgeräte 4	Anzahl
Computer-Tomographen	_ _ _ _
Dialysegeräte	_ _ _ _
Digitale Subtraktions-Angiographiegeräte	_ _ _ _
Gammakameras	_ _ _ _
Herz-Lungen-Maschinen	_ _ _ _
Kernspin-Tomographen	_ _ _ _
Koronarangiographische Arbeitsplätze (Linksherzkatheter-Messplätze)	_ _ _ _
Linearbeschleuniger (Kreisbeschleuniger)	_ _ _ _
Positronen-Emissions-Computer-Tomographen (PET)	_ _ _ _
Stoßwellenlithotripter	_ _ _ _
Tele-Kobalt-Therapiegeräte	_ _ _ _

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.

Als **totgeborene** Kinder gelten Totgeburten mit einem Geburtsgewicht von mindestens 500 Gramm; Totgeburten unter 500 Gramm gelten als Fehlgeburten und sind hier nicht anzugeben.

6 Nicht bettenführende Fachabteilungen

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

1.7 Entbindungen und Geburten im Berichtsjahr **5**

Anzahl

Entbundene Frauen insgesamt	_____
darunter: Entbindungen durch	
Zangengeburt	_____
Vakuumentraktion	_____
Kaiserschnitt	_____
Geborene Kinder insgesamt	_____
davon: lebendgeboren	_____
totgeboren	_____

1.8 Nicht bettenführende Fachabteilungen **6**

Bitte jede Zeile ausfüllen

Ja Nein

Anästhesie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Biochemie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Humangenetik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Immunologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laboratoriumsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nuklearmedizin (Diagnostik)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pathologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rechtsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transfusionsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.9 Dialyseplätze

Plätze Plätze
Hämo- Peritoneal-
dialyse dialyse

für Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V	_____	_____
für ambulante vertragsärztliche Versorgung (ermächtigte Ärzte/Ärztinnen)	_____	_____

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 nicht krankheitsbedingt behandlungsbedürftige Neugeborene („gesunde Neugeborene“) entsprechend den Fallpauschalen P66D und P67D nach § 1 Absatz 5 der Fallpauschalenvereinbarung 2014 (FPV 2014) 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 Absatz 1) gewährt werden.

Vertragsbetten nach § 108 Nummer 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 Nummer 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 (inklusive 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 hier keine Betten an, die im Fragebogen 1 unter Punkt 1.13 für Einrichtungen nach § 3 Nummer 4 KHStatV (zur Abgrenzung vgl. [12](#)) nachgewiesen werden. Also auch keine Betten zur neonatologischen Intensivbehandlung, wenn diese Betten einer Einrichtung nach § 3 Nummer 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 Fälle auszuweisen. Zusätzlich ist die Zahl der Fälle 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.

1.10 Bettenkapazität **7**

Anzahl

Vollstationär aufgestellte Betten insgesamt (Jahresdurchschnitt)

nach landesrechtlichen Vorschriften für den Hochschulbau
gefördert

nach dem KHG

Vertragsbetten nach § 108 Nummer 3 SGB V

sonstige Betten

1.11 Ambulante Operationen im Berichtsjahr **8**

Anzahl

Ambulante Operationen des Krankenhauses (§ 115b SGB V)

Wurden darüber hinaus von ermächtigten Ärzten/Ärztinnen,
Vertragsärzten/-ärztinnen oder Belegärzten/-ärztinnen
Ambulante Operationen durchgeführt?

Ja Nein

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

1.12 Intensivmedizinische Versorgung **9**

Intensivbetten insgesamt

darunter: in Fachabteilung Intensivmedizin **10**

Intensivmedizinische Beatmungsfälle insgesamt

darunter: in Fachabteilung Intensivmedizin **10**

12 Organisatorisch abgrenzbare Einrichtungen nach §3 Nummer 4 KHStatV

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

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

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

1.13 Organisatorisch abgrenzbare Einrichtungen
nach §3 Nummer 4 KHStatV **12**

zur Behandlung von ...

... AIDS	_____	_____	_____
... Mukoviszidose	_____	_____	_____
... Onkologiepatienten/-patientinnen	_____	_____	_____
... Querschnittlähmung	_____	_____	_____
... Schwerbrandverletzungen	_____	_____	_____
... Schwerst-Schädel-Hirn-Verletzungen	_____	_____	_____
... Transplantationspatienten/-patientinnen	_____	_____	_____
zur neonatologischen Intensivbehandlung	_____	_____	_____

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

Krankenhausstatistik 2014 – Krankenhäuser –

KH-G2

Land Krankenhausnummer SA
(wird vom statistischen Amt ausgefüllt)

Fachabteilungen ¹³	Fachabteilungs- schlüssel	Aufgestellte Betten (Jahresdurchschnitt) ¹⁴			Berechnungs- und Belegungstage im Berichtsjahr ¹¹		Patientenzugang im Berichtsjahr ¹⁶				Patientenabgang im Berichtsjahr ¹⁷					Fachabteilungs- schlüssel		
		Insgesamt	und zwar		Insgesamt	darunter Tage der Intensiv- behandlung/ -überwachung ¹⁵	Aufnahmen in die vollstationäre Behandlung des Krankenhauses	darunter		Verlegungen innerhalb des Krankenhau- ses von voll- stationär in vollstationär	Entlassungen aus der vollstationären Behandlung des Krankenhauses (ohne Sterbefälle)	darunter					Verlegungen innerhalb des Krankenhau- ses von voll- stationär in vollstationär	durch Tod
			Intensiv- betten ⁹	Beleg- betten				aus anderen Kranken- häusern	von teilstationär in vollstationär			in andere Kranken- häuser	von vollstationär in teilstationär	in stationäre Reha- Einrich- tungen	in Pflegeheime			
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
Geriatric	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/Psychosomatik	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 2014 – Krankenhäuser –

Erläuterungen zum Fragebogen

9 Intensivbetten

Erfasst wird der Jahresdurchschnitt der aufgestellten Intensivbetten (ohne Nachkommastellen), inklusive derjenigen einer Fachabteilung Intensivmedizin.

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 1.13 für Einrichtungen nach § 3 Nummer 4 KHStatV (zur Abgrenzung vgl. **12**) nachgewiesen werden. Also auch keine Betten zur neonatologischen Intensivbehandlung, wenn diese Betten einer Einrichtung nach § 3 Nummer 4 KHStatV zuzuordnen sind.

11 Berechnungs- und Belegungstage

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

Bundespflegegesetzverordnung:

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

Danach werden die Abteilungspflegesätze und der Basispflegegesetz 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 Absatz 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 Absatz 7 der Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser (Fallpauschalenvereinbarung 2014 – FPV 2014) 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 Absatz 4 Satz 3 FPV 2014. Vor- und nachstationäre Behandlungstage werden hier nicht gezählt.

Dies gilt auch im Falle der Vereinbarung **fallbezogener** Entgelte nach § 6 Absatz 1 oder Absatz 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 Fachabteilungen Geriatrie und Sucht dar. Bei einer Fachabteilung „Orthopädie und Unfallchirurgie“ mit dem Behandlungsschwerpunkt Akutversorgung bei Unfällen sind die Daten der Unfallchirurgie (Zeile 166) zuzuordnen, andernfalls der Orthopädie (Zeile 690); in Zweifelsfällen kann auch hier die Facharztbezeichnung des Leitenden Arztes als Orientierung dienen. 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.

Empfehlung:

Erfassen Sie zunächst die Angaben zu den Hauptfachabteilungen wie Innere Medizin, Chirurgie etc. Die Summe der Hauptfachabteilungen wird dann in Zeile 990 erfasst. Abschließend erfassen Sie die „darunter“-Positionen“.

14 Aufgestellte Betten (Jahresdurchschnitt)

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

Die Angabe in Zeile 990 „Insgesamt“ muss mit der Angabe im Fragebogen 1 unter „1.10 Bettenkapazität“ übereinstimmen.

Gesondert ausgewiesen wird die Nutzungsart der aufgestellten Betten und zwar als Intensiv- und/oder Belegbetten. Dabei kann es zu Überschneidungen kommen (Beispiel: In reinen Belegkrankenhäusern können Belegbetten zugleich Intensivbetten sein).

Intensivbetten:

Die Angabe in Zeile 990 „Insgesamt“ muss mit der Angabe im Fragebogen 1 unter „1.12 Intensivmedizinische Versorgung“ in der Zeile „Intensivbetten insgesamt“ 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 Zeile 990 „Insgesamt“ muss mit der Angabe im Fragebogen 1 unter „1.12 Intensivmedizinische Versorgung“ in der Zeile „Intensivbetten insgesamt“ 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 **nicht krankheitsbedingt behandlungsbedürftige Neugeborene** („gesunde Neugeborene“) entsprechend den Fallpauschalen P66D und P67D nach § 1 Absatz 5 der Fallpauschalenvereinbarung 2014 (FPV 2014) **und Begleitpersonen** unberücksichtigt. Patienten/Patientinnen, die vorstationär behandelt werden, sind hier erst nachzuweisen, wenn sie in den vollstationären Bereich aufgenommen werden.

Folgende Positionen werden unterschieden:

Aufnahmen in die vollstationäre Behandlung:

Alle in den vollstationären Bereich des Krankenhauses aufgenommenen Patienten/Patientinnen einschließlich der Stundenfälle.

Verlegungen 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 Absatz 3 FPV 2014 die Aufenthalte zu einem Fall zusammen zu führen sind. Bei der Abrechnung nach tagesbezogenen Entgelten nach § 6 Absatz 1 KHEntgG ist keine Fallzusammenführung möglich.

Verlegungen innerhalb des Krankenhauses von teilstationär in vollstationär:

Patienten/Patientinnen, die aus einer teilstationären Behandlung in eine vollstationäre Behandlung wechseln.

Verlegungen innerhalb des Krankenhauses 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 nachzuweisen.

Bitte beachten Sie Folgendes:

Wird ein Patient/eine Patientin innerhalb eines Krankenhauses aus dem Geltungsbereich der BPfIV in den Geltungsbereich des 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 Absatz 3 FPV 2014 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 auch **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 Absatz 3 FPV 2014 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 (Erhebungsteil II) ohne Berücksichtigung der nicht krankheitsbedingt behandlungsbedürftigen Neugeborenen („gesunden Neugeborenen“) entsprechend den Fallpauschalen P66D und P67D nach § 1 Absatz 5 der Fallpauschalenvereinbarung 2014 (FPV 2014) übereinstimmen muss.

Verlegungen in andere Krankenhäuser:

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

Bitte beachten Sie bei Abrechnung nach dem G-DRG Entgeltsystem, dass bei einer Wiederaufnahme nach § 2 und einer Rückverlegung nach § 3 Absatz 3 FPV 2014 die Aufenthalte zu einem Fall zusammen zu führen sind. Bei der Abrechnung nach tagesbezogenen Entgelten nach § 6 Absatz 1 KHEntgG ist keine Fallzusammenführung möglich.

Entlassungen in stationäre Rehabilitationseinrichtungen oder Pflegeheime:

Patienten/Patientinnen, 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 Absatz 2 SGB XI selbstständig wirtschaftende stationäre Pflegeeinrichtungen bezeichnet, in denen Pflegebedürftige unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft gepflegt werden und ganztägig (vollstationär) oder nur tagsüber oder nur nachts (teilstationär) untergebracht und gepflegt werden können.

Verlegungen innerhalb des Krankenhauses von vollstationär in vollstationär: siehe auch **16**.

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	Teilzeit- und geringfügig Beschäftigte		Leitende Ärzte/Ärztinnen		Oberärzte/ Oberärztinnen		Assistenzärzte/ Assistenzärztinnen		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
Ärzte/Ärztinnen mit abgeschlossener Weiterbildung															
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
Neonatologie	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/Psychosomatik	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) ²²															
Hauptamtliche Ärzte/Ärztinnen	999														
Nachrichtlich: Ärzte/Ärztinnen ohne direktes Beschäftigungsverhältnis beim Krankenhaus 22 23 980															

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 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:

Niedergelassene und andere nicht im Krankenhaus angestellte Ärzte/Ärztinnen, die berechtigt sind, ihre Patienten/Patientinnen (Belegpatienten/-patientinnen) 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.

22 **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.

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 **11** Kostennachweis, Teil III der Krankenhausstatistik).

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

Die Umrechnung umfasst:

- Hauptamtliche Ärzte/Ärztinnen ohne Zahnärzte/Zahnärztinnen
- Ärzte/Ärztinnen ohne direktes Beschäftigungsverhältnis beim Krankenhaus

- 23 **Ärzte/Ärztinnen ohne direktes Beschäftigungsverhältnis beim Krankenhaus** (Zeile 980). Hierbei handelt es sich um nicht beim Krankenhaus angestellte Ärzte/Ärztinnen, die z. B. im Personal-Leasing-Verfahren, als Honorarkräfte oder im Rahmen einer konzerninternen Personalgesellschaft im Krankenhaus eingesetzt werden. Sie werden nach den gleichen Regeln wie die hauptamtlichen Ärzte/Ärztinnen in Vollkräfte im Jahresdurchschnitt (siehe auch **22**) umgerechnet und zusätzlich eingetragen. Nichthauptamtliche Ärzte/Ärztinnen (z. B. Beleg- und Konsiliarärzte/Beleg- und Konsiliarärztinnen) sind nicht einzubeziehen.

Soweit die Ermittlung der Vollkräfte für Ärzte/Ärztinnen ohne direktes Beschäftigungsverhältnis beim Krankenhaus mit unverhältnismäßig hohem Aufwand verbunden ist, sind sie zu schätzen.

Nichtärztliches Personal nach Personalgruppe/Berufsbezeichnung 21	Schlüssel	Hauptamtlich Beschäftigte am 31.12.					Vollkräfte im Jahresdurchschnitt (mit einer Nachkommastelle) 22	Nachrichtlich: Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis beim Krankenhaus (Vollkräfte im Jahresdurchschnitt) 23 24
		insgesamt	männlich	weiblich	Teilzeit- und geringfügig Beschäftigte			
					männlich	weiblich		
Spaltennummer	1	2	3	4	5	6	7	8
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							
Masseur/-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							
Technischer Dienst	600							
Verwaltungsdienst	700							
Sonderdienste	800							
Sonstiges Personal	900							
darunter: Freiwillige nach dem BFDG	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							

Erläuterungen zum Fragebogen

21 Hauptamtliches 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/ Psychosomatik.

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 nur Schüler/Schülerinnen und Auszubildende 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, Freiwillige nach dem BFDG (Bundesfreiwilligendienstgesetz), Absolventen/Absolventinnen im freiwilligen sozialen Jahr und Praktikanten/Praktikantinnen erfasst. Bitte weisen Sie Freiwillige nach dem BFDG in Zeile 910 nochmals gesondert aus. Im Gegensatz zur KHBV und im Gegensatz zum Ausweis im Teil III „Kostennachweis“ werden die Vorschüler/Vorschülerinnen 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.

22 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.

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 **I** Kostennachweis, Teil III der Krankenhausstatistik).

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

Die Umrechnung umfasst:

- Hauptamtliches nichtärztliches Personal
- Nichtärztliches Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis beim Krankenhaus

Gesundheits- und Krankenpflegeschüler/-schülerinnen sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflegeschüler/ Gesundheits- und Kinderkrankenpflegeschülerinnen 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 Zeile 991 einzutragen.

Freiwillige nach dem BFDG sind im Verhältnis 1 zu 1 in Vollkräfte umzurechnen.

24 **Nichtärztliches Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis beim Krankenhaus**, das z. B. im Personal-Leasing-Verfahren eingesetzt wird, wird nach den gleichen Regeln wie das im Krankenhaus angestellte nichtärztliche Personal in Vollkräfte im Jahresdurchschnitt (siehe auch 22) umgerechnet und für ausgewählte Beschäftigtengruppen nachrichtlich in Spalte 8 eingetragen. Entscheidend für die Erfassung dieses Personals ist, dass die Leistung vom Krankenhaus erbracht wird und es sich zur Bewältigung dieser Aufgabe Personalverstärkung in Form von Zeitarbeit o. Ä. hinzuholt.

Beispiel: Pflegekräfte, die als „Zeitarbeiter“ beim Krankenhaus tätig sind, werden erfasst. Im Gegensatz dazu wird das Personal einer **Fremdfirma**, die die Reinigung im Krankenhaus übernommen hat, nicht erfasst; hier gehört die („outsourcte“) Reinigung nicht mehr zu den Leistungen des Krankenhauses.

In Zeile 991 sind die in sog. „Ausbildungsgesellschaften“ beschäftigten Schüler/Schülerinnen und Auszubildenden zu erfassen.

Soweit die Ermittlung der Vollkräfte für nichtärztliches Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis beim Krankenhaus mit unverhältnismäßig hohem Aufwand verbunden ist, sind sie zu schätzen.

5 Vor- und nachstationär sowie teilstationär behandelte Fälle und teilstationäre Behandlungstage
Krankenhausstatistik 2014 – Krankenhäuser –

KH-G5

Land _____
Krankenhausnummer _____
(wird vom statistischen Amt ausgefüllt)

5
SA

Fachabteilungen ¹⁸	Fachabteilungs- schlüssel	Behandlungen im Berichtsjahr ²⁵		Tages- und Nachtklinikplätze im Berichtsjahr ²⁶	Entlassungen aus der teilstationären Behandlung im Berichtsjahr ²⁷	Teilstationäre Behandlungstage im Berichtsjahr ²⁸	Fachabteilungs- schlüssel
		vorstationär	nachstationär				
Spaltennummer	1	2	3	4	5	6	7
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
Neonatologie	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/Psychosomatik	830	_____	_____	_____	_____	_____	830
Strahlentherapie	870	_____	_____	_____	_____	_____	870
Urologie	900	_____	_____	_____	_____	_____	900
Sonstige Fachbereiche/Allgemeinbetten	930	_____	_____	_____	_____	_____	930
Insgesamt	990	_____	_____	_____	_____	_____	990
Organisatorisch abgrenzbare Einrichtungen nach §3 Nummer 7 KHStatV ²⁹							
zur Behandlung von ...							
... AIDS	003	_____	_____	_____	_____	_____	003
... Dialysepatienten/-patientinnen	004	_____	_____	_____	_____	_____	004
... Mukoviszidose	005	_____	_____	_____	_____	_____	005
... Onkologiepatienten/-patientinnen	006	_____	_____	_____	_____	_____	006
... Querschnittlähmung	007	_____	_____	_____	_____	_____	007
... Schwerbrandverletzungen	008	_____	_____	_____	_____	_____	008
... Schwerst-Schädel-Hirn-Verletzungen	009	_____	_____	_____	_____	_____	009
... Transplantationspatienten/-patientinnen	002	_____	_____	_____	_____	_____	002
zur neonatologischen Intensivbehandlung	010	_____	_____	_____	_____	_____	010

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

Krankenhausstatistik 2014 – 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 Fachabteilungen Geriatrie und Sucht dar. Bei einer Fachabteilung „Orthopädie und Unfallchirurgie“ mit dem Behandlungsschwerpunkt Akutversorgung bei Unfällen sind die Daten der Unfallchirurgie (Zeile 166) zuzuordnen, andernfalls der Orthopädie (Zeile 690); in Zweifelsfällen kann auch hier die Facharztbezeichnung des Leitenden Arztes als Orientierung dienen. 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.

25 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 2014, **alle** während des Berichtsjahres vorstationär und/oder nachstationär behandelten Fälle ein, unabhängig von dem nach § 8 Absatz 2 Nummer 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 Absatz 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 Nummer 7 KHStatV (die Abgrenzung entspricht § 3 Nummer 4, vgl. hierzu 12) durchgeführt werden, so weisen Sie diese dort bitte zusätzlich aus.

26 Tages- und Nachtambulanzplätze

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

27 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 Bundespflege-satzverordnung:

Als **teilstationär behandelte Fälle** gelten diejenigen Patienten/Patientinnen, für die Leistungen entsprechend § 13 Absatz 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 11a im Anhang 2 zu Anlage 1 der BPfIV).

Teilstationäre Leistungen über Entgelte nach § 6 Absatz 1 KHEntgG:

Als **teilstationär behandelte Fälle** gelten diejenigen Patienten/Patientinnen, für die ein fall- oder tagesbezogenes Entgelt nach § 6 Absatz 1 Nummer 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 Absatz 2 Nummer 1 FPV 2014).

Wenn für teilstationär behandelte Fälle tagesbezogene Entgelte vereinbart wurden, ist die o. g. Quartalszählung anzuwenden (§ 8 Absatz 2 Nummer 2 FPV 2014).

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 Nummer 7 KHStatV (die Abgrenzung entspricht § 3 Nummer 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 Berechnungs-/Belegungstagen nicht zu berücksichtigen.

28 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 Absatz 1 Nummer 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 (Überlieger), 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 Absatz 2 BPfIV zu ermitteln.

Behandlungstage = Berechnungstage

Fallbezogene Entgelte nach § 6 Absatz 1 Nummer 2 KHEntgG:

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

Behandlungstage = Belegungstage

Tagesbezogene Entgelte nach § 6 Absatz 1 Nummer 2 KHEntgG:

Sind in Ihrem Krankenhaus **tagesbezogene** Entgelte individuell vereinbart 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 G-DRG abgerechnet wurde und ein oder mehrere Behandlungstage noch innerhalb der oberen Grenzverweildauer liegen und darüber finanziert sind.

Behandlungstage ≠ Belegungstage

29 Organisatorisch abgrenzbare Einrichtungen nach § 3 Nummer 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).

Krankenhausstatistik 2015

– Krankenhäuser –
Teil II: Diagnosen (manuelle Bereitstellung)

KH-DM

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

Rücksendung bitte bis 1. April 2016

Anschrift
des Trägers

Ansprechpartner/-in für Rückfragen (freiwillige Angabe)

Name:

Telefon:

Telefax:

E-Mail:

Anschrift
des Krankenhauses

Sie erreichen uns über

Telefon: XXXX XX-Durchwahl

XXXX-XXXXXX XXXXXX-XXXXXXXX -XXXX

XXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXX -XXXX

Telefax: XXXX XX-XXXX

E-Mail: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX@XXXXXXXXXX.de

Unterrichtung nach § 17 Bundesstatistikgesetz**Art, Umfang und Zweck der Erhebung**

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

Rechtsgrundlagen

Krankenhausstatistik-Verordnung (KHStatV) vom 10. April 1990 (BGBl. I S. 730), zuletzt geändert durch Artikel 4b des Gesetzes vom 17. März 2009 (BGBl. I S. 534, 548) in Verbindung mit dem Bundesstatistikgesetz (BStatG) vom 22. Januar 1987 (BGBl. I S. 462, 565), zuletzt geändert durch Artikel 13 des Gesetzes vom 25. Juli 2013 (BGBl. I S. 2749).

Erhoben werden die Angaben zu § 3 Nummer 14 KHStatV. Die Auskunftspflicht ergibt sich aus § 6 KHStatV in Verbindung mit § 15 BStatG. Danach sind die Träger der Krankenhäuser und

Land Krankenhausnummer
(wird vom statistischen Amt ausgefüllt)

Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen auskunftspflichtig. Gemäß § 15 Absatz 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 Absatz 1 KHStatV in Verbindung mit § 16 Absatz 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. Dies gilt nicht für die diagnosebezogenen Daten nach § 3 Nummer 14 KHStatV, soweit sie differenzierter als auf Kreisebene ausgewiesen werden. Mit Zustimmung der Krankenhäuser können den obersten Landesbehörden nach § 7 Absatz 3 KHStatV für Zwecke der Krankenhausplanung Tabellen mit statistischen Ergebnissen des Teils II Diagnosen der Krankenhausstatistik für einzelne Krankenhäuser übermittelt werden, auch soweit Tabellenfelder nur einen einzigen Fall ausweisen, wenn nicht mehr als die folgenden Daten verbunden werden:

1. Bei Diagnosestatistiken die Hauptdiagnose, gegliedert nach Altersgruppen, in Verbindung mit Patientenzahl, Verweildauer und der Angabe, ob operiert worden ist.
2. Bei Einzugsgebietsstatistiken die Wohngemeinde (in Stadtstaaten Stadtteile), in Verbindung mit Fachabteilung, Hauptdiagnose und Patientenzahl.

noch: Unterrichtung nach § 17 Bundesstatistikgesetz

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

Eine Übermittlung von Einzelangaben mit Namen und Anschrift ist ausgeschlossen.

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

Hilfsmerkmale, Trennen und Löschen, Ordnungsnummern

Der Name des 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 vernichtet bzw. gelöscht. 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 Ämter der Länder gemäß § 7 Absatz 2 KHStatV berechtigt, jährlich im Rahmen eines Verzeichnisses Name, Anschrift, Träger, Art des Krankenhauses, Fachabteilungen und Bettenzahl von Krankenhäusern sowie von Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen zu veröffentlichen.

Weitere Informationen zur 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. Krankenhäuser im Sinne dieser Erhebung sind Einrichtungen, die gemäß § 107 Absatz 1 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 Absatz 2 SGB V sowie stationäre Pflegeeinrichtungen im Sinne von § 71 Absatz 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.

Meldung zur Statistik

Für jedes Krankenhaus sind jährlich getrennte Angaben zu Teil I „Grunddaten“, zu Teil II „Diagnosen“ und Teil III „Kosten“

zu machen. Die Angaben zu den Diagnosen sind bis zum **1. April 2016** an das zuständige statistische Amt zu übermitteln.

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

Nach § 11a Bundesstatistikgesetz vom 22. Januar 1987 (BGBl. I S. 462, 565), das zuletzt durch Artikel 13 des Gesetzes vom 25. Juli 2013 (BGBl. I S. 2749) geändert worden ist, sind alle Betriebe und Unternehmen gesetzlich verpflichtet, ihre Angaben **auf elektronischem Weg** an die statistischen Ämter zu übermitteln. Hierzu sind die von den statistischen Ämtern zur Verfügung gestellten Online-Verfahren zu nutzen. Im begründeten Einzelfall kann auf formlosen Antrag eine zeitlich befristete Ausnahme von der Online-Meldung vereinbart werden.

Falls eine befristete Ausnahme von der Online-Meldung vereinbart wurde sind die Angaben pro Patient/Patientin in den beiliegenden Fragebogen manuell einzutragen. Für jeden Entlassungsfall ist dabei eine Zeile vorgesehen. Es ist ratsam, die entsprechenden Angaben fallweise im Zusammenhang mit der Entlassungsdokumentation bzw. der Rechnungserstellung zu machen, um eine Häufung von Meldungen und den damit verbundenen unnötigen Verwaltungsaufwand zu vermeiden.

Bei den Eintragungen sind Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben sicherzustellen. Die allgemeinen Grundsätze für die Dokumentation und Qualitätskontrolle der Daten, wie sie der „Leitfaden zur Medizinischen Basisdokumentation nach § 301 SGB V“ enthält, sind zu berücksichtigen. Bitte achten Sie darauf, dass die hier nachgewiesene Anzahl der entlassenen stationären Patienten/Patientinnen einschließlich Sterbefälle mit den Angaben zu Teil I Grunddaten („2 Krankbetten, Berechnungs- und Belegungstage und Patientenbewegung“, Spalte 11 und Spalte 17) übereinstimmt. In diesen Vergleich werden die nicht krankheitsbedingt behandlungsbedürftigen Neugeborenen entsprechend den Fallpauschalen P66D und P67D nach § 1 Absatz 5 der Fallpauschalenvereinbarung 2015 (FPV 2015) nicht mit einbezogen, da sie im Teil I Grunddaten nicht zu zählen sind.

Damit eine Zuordnung der verschiedenen Erhebungsteile I–III (Grunddaten, Diagnosen, Kosten) je Krankenhaus erfolgen kann, muss darauf geachtet werden, dass bei den verschiedenen Datenlieferungen eines Hauses die gleiche Krankenhausnummer angegeben ist.

Krankenhausstatistik 2015

KH-DM

– Krankenhäuser –

Teil II: Diagnosen (manuelle Bereitstellung)

Beachten Sie folgende Hinweise:

In der Krankenhausdiagnosestatistik werden alle im Jahr 2015 entlassenen vollstationär behandelten Patienten/Patientinnen (einschließlich Sterbefälle) und nicht krankheitsbedingt behandlungsbedürftige Neugeborene entsprechend den Fallpauschalen P66D und P67D nach § 1 Absatz 5 der Fallpauschalenvereinbarung 2015 (FPV 2015), im Folgenden „gesunde Neugeborene“ genannt, nachgewiesen. Erfasst wird die ununterbrochene vollstationäre Behandlung im Krankenhaus, unabhängig von der Zahl der dabei durchlaufenen Fachabteilungen. Bitte achten Sie darauf, dass die hier nachgewiesene Anzahl der entlassenen vollstationären Patienten/Patientinnen einschließlich Sterbefälle mit den Angaben zu Teil I Grunddaten („2 Krankbetten, Berechnungs- und Belegungstage und Patientenbewegung“, Spalte 11 und Spalte 17) übereinstimmt. In diesen Vergleich werden die gesunden Neugeborenen nicht einbezogen, da sie im Teil I Grunddaten nicht zu zählen sind.

Zum 1. Januar 2004 wurde das Fallpauschalensystem (German Diagnosis Related Groups – G-DRG) grundsätzlich in allen Krankenhäusern verpflichtend eingeführt. Die Entgelte regelt das Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG). Von diesem Gesetz ausgenommen sind Krankenhäuser nach § 1 Absatz 2 KHEntgG. Für die Diagnosestatistik beachten Sie deshalb folgendes.

Fälle, die nach der Bundespflegesatzverordnung abgerechnet werden:

Gilt in 2015 für Krankenhäuser nach § 17b Absatz 1 Satz 1 zweiter Halbsatz KHG bzw. § 1 Absatz 1 BPfIV.

Für jeden vollstationär behandelten Patienten/jede vollstationär behandelte Patientin, für die Leistungen nach der Bundespflegesatzverordnung abgerechnet werden, sind nach Abgang aus der vollstationären Behandlung die auf dem Fragebogen enthaltenen Fragen vollständig zu beantworten. Diese Angaben betreffen auch die im Krankenhaus verstorbenen Patienten/Patientinnen, sofern sie zuvor vollstationär im Krankenhaus aufgenommen wurden. Bitte nehmen Sie auch gesunde Neugeborene in den Nachweis auf. Nicht nachgewiesen werden vorstationär, nachstationär, teilstationär oder ambulant behandelte Patienten/Patientinnen sowie Begleitpersonen.

Fälle, die nach dem G-DRG-Fallpauschalensystem abgerechnet werden:

Gilt in 2015 für Krankenhäuser nach § 17b Absatz 1 Satz 1 erster Halbsatz KHG.

Für jeden Patienten/jede Patientin, für den/die eine G-DRG-Fallpauschale abgerechnet wurde, die einen vollstationären Aufenthalt umfasst, sind nach Abgang aus der vollstationären Behandlung die auf dem Fragebogen enthaltenen Fragen vollständig zu beantworten. Diese Angaben betreffen auch die im Krankenhaus verstorbenen Patienten/Patientinnen, sofern sie zuvor vollstationär im Krankenhaus aufgenommen wurden. Bitte nehmen Sie auch gesunde Neugeborene in den Nachweis auf. Nicht nachgewiesen werden vorstationär, nachstationär, teilstationär oder ambulant behandelte Patienten/Patientinnen sowie Begleitpersonen. Bitte beachten Sie, dass bei einer Wiederaufnahme nach § 2 und einer Rückverlegung nach § 3 Absatz 3 der Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser (Fallpauschalenvereinbarung 2015 – FPV 2015) die Aufenthalte zu einem Fall zusammen zu führen sind.

Erläuterungen zum Fragebogen

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

1 Krankenhausnummer

Die Verschlüsselungsnummer für Ihr Krankenhaus wird Ihnen vom zuständigen statistischen Amt mitgeteilt und ist auf dem Deckblatt mit den Informationen zur Krankenhausstatistik angegeben. Sie muss hier übernommen werden.

2 Geschlecht

Zutreffendes bitte ankreuzen.

3 Geburtsdatum

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

4 Zu- und Abgangsdatum, Verweildauer

Als **Zugangsdatum** ist der Aufnahmetag in den vollstationären Bereich des Krankenhauses zu erfassen. Als **Abgangsdatum** ist der Entlassungstag aus dem vollstationären Bereich des Krankenhauses anzugeben.

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

Jeder Krankenhausaufenthalt eines vollstationär behandelten Patienten/einer vollstationär behandelten Patientin ist als ein eigener Fall zu zählen.

Sollte es sich jedoch um eine Wiederaufnahme nach § 2 oder eine Rückverlegung nach § 3 Absatz 3 FPV 2015 handeln, werden die Fälle zu einem Fall zusammengeführt. Geben Sie dann bitte das Aufnahmedatum des ersten Aufenthalts und das Entlassungsdatum des letzten Aufenthalts an.

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

Wird ein Patient/eine Patientin innerhalb eines Krankenhauses verlegt und kommt es dadurch zu einer Änderung des Abrechnungssystems (beispielsweise Verlegung aus der „Inneren Medizin“ in die „Psychiatrie und Psychotherapie“ oder umgekehrt), so werden die zwei Teilbereiche wie zwei eigenständige Krankenhäuser behandelt, d. h. es findet eine Falltrennung statt.

Für die Verweildauer geben Sie bitte die Anzahl der Berechnungs-/Belegungstage an. Sollte es sich in einem Einzelfall jedoch um eine Wiederaufnahme nach §2 oder eine Rückverlegung nach §3 Absatz 3 FPV 2015 handeln, so darf die tatsächliche Verweildauer auch kürzer sein als die rechnerische Differenz aus Zugangs- und Abgangsdatum.

5 Sterbefall

Hier ist anzugeben, ob der vollstationär behandelte Patient/die vollstationär behandelte Patientin während des Aufenthalts verstorben ist.

6 Hauptdiagnose (Entlassdiagnose G-DRG-Datensatz)

Die Hauptdiagnose soll gemäß den Deutschen Kodier-richtlinien angegeben werden.

Die Hauptdiagnose wird definiert als die Diagnose, die nach Analyse als diejenige festgestellt wurde, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Aufenthalts des Patienten/der Patientin verantwortlich ist. Im G-DRG-Abrechnungssystem entspricht dies der Entlassdiagnose.

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

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

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

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

7 Operation im Zusammenhang mit der Hauptdiagnose

Wenn der Patient/die Patientin während des Krankenhausaufenthalts im Zusammenhang mit der Hauptdiagnose operiert wurde, ist hier ein Kreuz zu setzen.

Als **Operation** gelten ausschließlich die in Kapitel 5 (5-01 bis 5-99) des amtlichen Operationenschlüssels (OPS-301) nach §301 SGB V aufgeführten Maßnahmen.

8 Fachabteilung mit der längsten Verweildauer

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

In einem nach Fachabteilungen gegliederten Krankenhaus sind die entsprechenden Organisationseinheiten einer der aufgeführten Fachabteilungen zuzuordnen.

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

Sind einzelne Fachabteilungen des Krankenhauses nicht in selbstständige Fachrichtungen/Fachbereiche untergliedert, ist für die Fachabteilung mit der längsten

Verweildauer die jeweilige mit 9 endende Schlüsselnummer für "Nicht untergliedertes Fachgebiet ... sowie sonstige ..." anzugeben.

Maßgeblich für die Zuordnung ist die Dauer des Krankenhausaufenthalts und nicht der Schwerpunkt der erbrachten medizinischen Leistungen.

Aus Gründen einheitlicher Zählweise wird auf den gesonderten Ausweis einer Fachabteilung „Intensivmedizin“ verzichtet. Behandlungen von Patienten/Patientinnen in der Fachabteilung „Intensivmedizin“ werden der abgehenden bzw., falls die Aufnahme von außerhalb erfolgt war, der aufnehmenden Fachabteilung zugeordnet. Ausschließlich in der Fachabteilung „Intensivmedizin“ behandelte Fälle sind ebenfalls einer der aufgeführten Fachabteilungen zuzurechnen.

9 Postleitzahl

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

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

10 Wohnort

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

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

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

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

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

- nur der amtliche Name der Wohngemeinde und
- keine Abkürzungen von Gemeindepens verwendet werden.

Reicht der vorhandene Platz nicht aus, so ist der Name der Gemeinde soweit wie möglich auszuschreiben und erst am Schluss abzukürzen.

Fachabteilung mit der längsten Verweildauer 8	Postleitzahl (Für Patienten mit ständigem Wohnsitz im Ausland keine Postleitzahl eintragen.) 9	Wohnort (Für Patienten aus den Stadtstaaten Hamburg, Bremen und Berlin auch Stadtteil eintragen. Bei Patienten mit ständigem Wohnsitz im Ausland bitte an erster Stelle einen Stern * und dann das Land eintragen.) 10 <i>Bitte in Druckschrift ausfüllen.</i>
Lt. Schlüsselverzeichnis		
43-45	46-50	51-85

1 2 0 | 4 0 2 1 5 | D U E S S E L D O R F
 3 1 1 | * U N G A R N

Wir bedanken uns sehr herzlich für Ihre Mitarbeit.

Schlüssel der Fachabteilungen

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

120 Augenheilkunde

Chirurgie

- 153 Gefäßchirurgie
- 163 Thoraxchirurgie
- 166 Unfallchirurgie
- 167 Viszeralchirurgie
- 169 Nicht untergliedertes Fachgebiet „Chirurgie“ sowie „Sonstige und allgemeine Chirurgie“

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

- 193 Frauenheilkunde
- 196 Geburtshilfe
- 199 Nicht untergliedertes Fachgebiet „Frauenheilkunde und Geburtshilfe“ sowie „Sonstige Frauenheilkunde und Geburtshilfe“

220 Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

250 Haut- und Geschlechtskrankheiten

Herzchirurgie

- 263 Thoraxchirurgie
- 269 Nicht untergliedertes Fachgebiet „Herzchirurgie“ sowie „Sonstige und allgemeine Herzchirurgie“

Innere Medizin

- 311 Angiologie
- 313 Endokrinologie
- 316 Gastroenterologie
- 319 Hämatologie und internistische Onkologie
- 323 Kardiologie
- 329 Nephrologie
- 332 Pneumologie
- 333 Rheumatologie (Innere Medizin)
- 339 Nicht untergliedertes Fachgebiet „Innere Medizin“ sowie „Sonstige und allgemeine Innere Medizin“

340 Geriatrie

350 Kinderchirurgie

Kinderheilkunde

- 363 Kinderkardiologie
- 366 Neonatologie
- 369 Nicht untergliedertes Fachgebiet „Kinderheilkunde“ sowie „Sonstige und allgemeine Kinderheilkunde“

390 Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie

510 Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

540 Neurochirurgie

570 Neurologie

630 Nuklearmedizin

Orthopädie

- 693 Rheumatologie (Orthopädie)
- 699 Nicht untergliedertes Fachgebiet „Orthopädie“ sowie „Sonstige und allgemeine Orthopädie“

800 Plastische Chirurgie

Psychiatrie und Psychotherapie

- 821 Sucht
- 829 Nicht untergliedertes Fachgebiet „Psychiatrie und Psychotherapie“ sowie „Sonstige und allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie“

830 Psychotherapeutische Medizin/Psychosomatik

870 Strahlentherapie

900 Urologie

930 Sonstige Fachbereiche/Allgemeinmedizin bzw. Krankenhaus ohne abgegrenzte Fachabteilungen

Krankenhausstatistik 2015

– Krankenhäuser –
Teil II: Diagnosen (maschinelle Lieferung)

KH-D Name des Amtes
Org. Einheit
Straße + Hausnummer
PLZ, Ort

Rücksendung bitte bis 1. April 2016

Anschrift
des Trägers

Ansprechpartner/-in für Rückfragen (freiwillige Angabe)

Name:

Telefon:

Telefax:

E-Mail:

Anschrift
des Krankenhauses

Sie erreichen uns über

Telefon: XXXX XX-Durchwahl

XXXX-XXXXXX XXXXXX-XXXXXXXX -XXXX

XXXXXX XXXXXXXXXXXXXXX -XXXX

Telefax: XXXX XX-XXXX

E-Mail: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX@XXXXXXXXXX.de

Land Krankenhausnummer
 (wird vom statistischen Amt ausgefüllt)

Unterrichtung nach § 17 Bundesstatistikgesetz**Art, Umfang und Zweck der Erhebung**

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

Rechtsgrundlagen

Krankenhausstatistik-Verordnung (KHStatV) vom 10. April 1990 (BGBl. I S. 730), zuletzt geändert durch Artikel 4b des Gesetzes vom 17. März 2009 (BGBl. I S. 534, 548) in Verbindung mit dem Bundesstatistikgesetz (BStatG) vom 22. Januar 1987 (BGBl. I S. 462, 565), zuletzt geändert durch Artikel 13 des Gesetzes vom 25. Juli 2013 (BGBl. I S. 2749).

Erhoben werden die Angaben zu § 3 Nummer 14 KHStatV. Die Auskunftspflicht ergibt sich aus § 6 KHStatV in Verbindung mit § 15 BStatG. Danach sind die Träger der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen auskunftspflichtig. Gemäß § 15 Absatz 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 Absatz 1 KHStatV in Verbindung mit § 16 Absatz 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. Dies gilt nicht für die diagnosebezogenen Daten nach § 3 Nummer 14 KHStatV, soweit sie differenzierter als auf Kreisebene ausgewiesen werden. Mit Zustimmung der Krankenhäuser können den obersten Landesbehörden nach § 7 Absatz 3 KHStatV für Zwecke der Krankenhausplanung Tabellen mit statistischen Ergebnissen des Teils II Diagnosen der Krankenhausstatistik für einzelne Krankenhäuser übermittelt werden, auch soweit Tabellenfelder nur einen einzigen Fall ausweisen, wenn nicht mehr als die folgenden Daten verbunden werden:

1. Bei Diagnosestatistiken die Hauptdiagnose, gegliedert nach Altersgruppen, in Verbindung mit Patientenzahl, Verweildauer und der Angabe, ob operiert worden ist.
2. Bei Einzugsgebietsstatistiken die Wohngemeinde (in Stadtstaaten Stadtteile), in Verbindung mit Fachabteilung, Hauptdiagnose und Patientenzahl.

Nach § 16 Absatz 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.

noch: Unterrichtung nach § 17 Bundesstatistikgesetz

Eine Übermittlung von Einzelangaben mit Namen und Anschrift ist ausgeschlossen. Die Pflicht zur Geheimhaltung besteht auch für Personen, die Empfänger von Einzelangaben sind.

Hilfsmerkmale, Trennen und Löschen, Ordnungsnummern

Der Name des 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

Weitere Informationen zur 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. Krankenhäuser im Sinne dieser Erhebung sind Einrichtungen, die gemäß § 107 Absatz 1 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 Absatz 2 SGB V sowie stationäre Pflegeeinrichtungen im Sinne von § 71 Absatz 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.

Meldung zur Statistik

Für jedes Krankenhaus sind jährlich getrennte Angaben zu Teil I „Grunddaten“, zu Teil II „Diagnosen“ und zu Teil III „Kosten“ zu machen.

Die Angaben zu den Diagnosen sind bis zum **1. April 2016** an das zuständige statistische Amt zu übermitteln.

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

Nach § 11a Bundesstatistikgesetz vom 22. Januar 1987 (BGBl. I S. 462, 565), das zuletzt durch Artikel 13 des Gesetzes vom 25. Juli 2013 (BGBl. I S. 2749) geändert worden ist, sind alle Betriebe und Unternehmen gesetzlich verpflichtet, ihre Angaben

der Angaben vernichtet bzw. gelöscht. 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 Ämter der Länder gemäß § 7 Absatz 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.

auf elektronischem Weg an die statistischen Ämter zu übermitteln. Hierzu sind die von den statistischen Ämtern zur Verfügung gestellten Online-Verfahren zu nutzen. Im begründeten Einzelfall kann auf formlosen Antrag eine zeitlich befristete Ausnahme von der Online-Meldung vereinbart werden.

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

Bei den Eintragungen sind Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben sicherzustellen. Die allgemeinen Grundsätze für die Dokumentation und Qualitätskontrolle der Daten, wie sie der „Leitfaden zur Medizinischen Basisdokumentation nach § 301 SGB V“ enthält, sind zu berücksichtigen. Bitte achten Sie darauf, dass die hier nachgewiesene Anzahl der entlassenen stationären Patienten/Patientinnen einschließlich Sterbefälle mit den Angaben zu Teil I Grunddaten („2 Krankbetten, Berechnungs- und Belegungstage und Patientenbewegung“, Spalte 11 und Spalte 17) übereinstimmt. In diesen Vergleich werden die nicht krankheitsbedingt behandlungsbedürftigen Neugeborenen entsprechend den Fallpauschalen P66D und P67D nach § 1 Absatz 5 der Fallpauschalenvereinbarung 2015 (FPV 2015) nicht mit einbezogen, da sie im Teil I Grunddaten nicht zu zählen sind.

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

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

XML: Die Liefervereinbarungen finden Sie unter

<http://www.statspez.de/core/liefervereinbarungen.html#evas23>

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

Informationen über einen sicheren Upload der Dateien, so dass auf eine Übersendung der Datenträger verzichtet werden kann, erhalten Sie beim zuständigen statistischen Amt.

Damit eine Zuordnung der verschiedenen Erhebungsteile I–III (Grunddaten, Diagnosen, Kosten) je Krankenhaus erfolgen kann, muss darauf geachtet werden, dass bei den verschiedenen Datenerlieferungen eines Hauses die gleiche Krankenhausnummer angegeben ist.

Krankenhausstatistik 2015

KH-D

– Krankenhäuser –
Teil II: Diagnosen (maschinelle Lieferung)

Beachten Sie folgende Hinweise:

In der Krankenhausdiagnosestatistik werden alle im Jahr 2015 entlassenen vollstationär behandelten Patienten/Patientinnen (einschließlich Sterbefälle) und nicht krankheitsbedingt behandlungsbedürftige Neugeborene entsprechend den Fallpauschalenvereinbarung 2015 (FPV 2015), im Folgenden „gesunde Neugeborene“ genannt, nachgewiesen. Erfasst wird die ununterbrochene vollstationäre Behandlung im Krankenhaus, unabhängig von der Zahl der dabei durchlaufenen Fachabteilungen. Bitte achten Sie darauf, dass die hier nachgewiesene Anzahl der entlassenen vollstationären Patienten/Patientinnen einschließlich Sterbefälle mit den Angaben zu Teil I Grunddaten („2 Krankbetten, Berechnungs- und Belegungstage und Patientenbewegung“, Spalte 11 und Spalte 17) übereinstimmt.

Zum 1. Januar 2004 wurde das Fallpauschalensystem (German Diagnosis Related Groups – G-DRG) grundsätzlich in allen Krankenhäusern verpflichtend eingeführt. Die Entgelte regelt das Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG). Von diesem Gesetz ausgenommen sind Krankenhäuser nach § 1 Absatz 2 Satz 2 KHEntG. Für die Diagnosestatistik beachten Sie deshalb folgendes.

Fälle, die nach der Bundespflegesatzverordnung abgerechnet werden:

Gilt in 2015 für Krankenhäuser nach § 17b Absatz 1 Satz 1 zweiter Halbsatz KHG bzw. § 1 Absatz 1 BPfIV.

Für jeden vollstationär behandelten Patienten/jede vollstationär behandelte Patientin, für die Leistungen nach der Bundes-

pflegesatzverordnung abgerechnet werden, sind nach Abgang aus der vollstationären Behandlung die im Datensatz enthaltenen Fragen vollständig zu beantworten. Diese Angaben betreffen auch die im Krankenhaus verstorbenen Patienten/Patientinnen, sofern sie zuvor vollstationär im Krankenhaus aufgenommen wurden. Bitte nehmen Sie auch gesunde Neugeborene in den Nachweis auf. Nicht nachgewiesen werden vorstationär, nachstationär, teilstationär oder ambulant behandelte Patienten/Patientinnen sowie Begleitpersonen.

Fälle, die nach dem G-DRG-Fallpauschalensystem abgerechnet werden:

Gilt in 2015 für Krankenhäuser nach § 17b Absatz 1 Satz 1 erster Halbsatz KHG.

Für jeden Patienten/jede Patientin, für den/die eine G-DRG-Fallpauschale abgerechnet wurde, die einen vollstationären Aufenthalt umfasst, sind nach Abgang aus der vollstationären Behandlung die im Datensatz enthaltenen Fragen vollständig zu beantworten. Diese Angaben betreffen auch die im Krankenhaus verstorbenen Patienten/Patientinnen, sofern sie zuvor vollstationär im Krankenhaus aufgenommen wurden. Bitte nehmen Sie auch gesunde Neugeborene in den Nachweis auf. Nicht nachgewiesen werden vorstationär, nachstationär, teilstationär oder ambulant behandelte Patienten/Patientinnen sowie Begleitpersonen. Bitte beachten Sie, dass bei einer Wiederaufnahme nach § 2 und einer Rückverlegung nach § 3 Absatz 3 der Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser (Fallpauschalenvereinbarung 2015 – FPV 2015) die Aufenthalte zu einem Fall zusammen zu führen sind.

Erläuterungen zum Datensatz

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

1 Krankenhausnummer

Die Verschlüsselungsnummer für Ihr Krankenhaus wird Ihnen vom zuständigen statistischen Amt mitgeteilt und ist auf dem Deckblatt mit den Informationen zur Krankenhausstatistik angegeben. Sie muss hier übernommen werden.

5 Zu- und Abgangsdatum

Als **Zugangsdatum** ist der Aufnahmetag in den vollstationären Bereich des Krankenhauses zu erfassen. Als **Abgangsdatum** ist der Entlassungstag aus dem vollstationären Bereich des Krankenhauses anzugeben.

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

Jeder Krankenhausaufenthalt eines vollstationär behandelten Patienten/einer vollstationär behandelten Patientin ist als ein eigener Fall zu zählen.

Sollte es sich jedoch um eine Wiederaufnahme nach § 2 oder eine Rückverlegung nach § 3 Absatz 3 FPV 2015 handeln, werden die Fälle zu einem Fall zusammengeführt. Geben Sie dann bitte das Aufnahmedatum des ersten Aufenthalts und das Entlassungsdatum des letzten Aufenthalts an.

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

Wird ein Patient/eine Patientin innerhalb eines Krankenhauses verlegt und kommt es dadurch zu einer Änderung des Abrechnungssystems (beispielsweise Verlegung aus der „Inneren Medizin“ in die „Psychiatrie und Psychotherapie“ oder umgekehrt), so werden die zwei Teilbereiche wie zwei eigenständige Krankenhäuser behandelt, d. h. es findet eine Falltrennung statt.

7 Verweildauer

Für die Verweildauer geben Sie bitte die Anzahl der Berechnungs-/Belegungstage an. Sollte es sich in einem Einzelfall jedoch um eine Wiederaufnahme nach § 2 oder eine Rückverlegung nach § 3 Absatz 3 FPV 2015 handeln, so darf die tatsächliche Verweildauer auch kürzer sein als die rechnerische Differenz aus Zugangs- und Abgangsdatum.

8 Sterbefall

Hier ist anzugeben, ob der vollstationär behandelte Patient/die vollstationär behandelte Patientin während des Aufenthalts im Krankenhaus verstorben ist.

9 Hauptdiagnose (Entlassdiagnose G-DRG-Datensatz)

Die Hauptdiagnose soll gemäß den Deutschen Kodierrichtlinien angegeben werden.

Die Hauptdiagnose wird definiert als die Diagnose, die nach Analyse als diejenige festgestellt wurde, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Aufenthalts des Patienten/der Patientin verantwortlich ist. Im G-DRG-Abrechnungssystem entspricht dies der Entlassdiagnose.

Die Hauptdiagnose ist entsprechend der **Internationalen Statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision GM (German Modification)** in der jeweils im Berichtsjahr gültigen Version zu melden. Unberücksichtigt bleiben Angaben aus dem Kapitel XX (Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität V01-YY98).

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

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

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

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

10 Operation im Zusammenhang mit der Hauptdiagnose

Hier ist anzugeben, ob der Patient/die Patientin während des Krankenhausaufenthalts im Zusammenhang mit der Hauptdiagnose operiert wurde.

Als **Operation** gelten ausschließlich die in Kapitel 5 (5-01 bis 5-99) des amtlichen Operationenschlüssels (OPS-301) nach §301 SGB V aufgeführten Maßnahmen.

11 Fachabteilung mit der längsten Verweildauer

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

In einem nach Fachabteilungen gegliederten Krankenhaus sind die entsprechenden Organisationseinheiten einer der aufgeführten Fachabteilungen zuzuordnen.

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

Sind einzelne Fachabteilungen des Krankenhauses nicht in selbstständige Fachrichtungen/Fachbereiche

untergliedert, ist für die Fachabteilung mit der längsten Verweildauer die jeweilige mit 9 endende Schlüsselnummer für „Nicht untergliedertes Fachgebiet ... sowie sonstige ...“ anzugeben.

Maßgeblich für die Zuordnung ist die Dauer des Krankenhausaufenthalts und nicht der Schwerpunkt der erbrachten medizinischen Leistungen.

Aus Gründen einheitlicher Zählweise wird auf den gesonderten Ausweis einer Fachabteilung „Intensivmedizin“ verzichtet. Behandlungen von Patienten/Patientinnen in der Fachabteilung „Intensivmedizin“ werden der abgehenden bzw., falls die Aufnahme von außerhalb erfolgt war, der aufnehmenden Fachabteilung zugeordnet. Ausschließlich in der Fachabteilung „Intensivmedizin“ behandelte Fälle sind ebenfalls einer der aufgeführten Fachabteilungen zuzurechnen.

20 Postleitzahl

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

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

21 Wohnort

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

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

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

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

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

- nur der amtliche Name der Wohngemeinde und
- keine Abkürzungen von Gemeindepflichtnamen

verwendet werden. Reicht der vorhandene Platz nicht aus, so ist der Name der Gemeinde soweit wie möglich auszuschreiben und erst am Schluss abzukürzen.

Krankenhäuser, die über Software zur Umsetzung der Postleitzahl und des Gemeindepflichtnamens in die amtliche Schlüsselnummer verfügen bitten wir, verschlüsselte Angaben zum Wohnort des Patienten/der Patientin zu übermitteln.

22 Gemeindepflichtschlüssel

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

Wir bedanken uns sehr herzlich für Ihre Mitarbeit.

Schlüssel der Fachabteilungen

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

120 Augenheilkunde

Chirurgie

- 153 Gefäßchirurgie
- 163 Thoraxchirurgie
- 166 Unfallchirurgie
- 167 Viszeralchirurgie
- 169 Nicht untergliedertes Fachgebiet „Chirurgie“ sowie „Sonstige und allgemeine Chirurgie“

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

- 193 Frauenheilkunde
- 196 Geburtshilfe
- 199 Nicht untergliedertes Fachgebiet „Frauenheilkunde und Geburtshilfe“ sowie „Sonstige Frauenheilkunde und Geburtshilfe“

220 Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

250 Haut- und Geschlechtskrankheiten

Herzchirurgie

- 263 Thoraxchirurgie
- 269 Nicht untergliedertes Fachgebiet „Herzchirurgie“ sowie „Sonstige und allgemeine Herzchirurgie“

Innere Medizin

- 311 Angiologie
- 313 Endokrinologie
- 316 Gastroenterologie
- 319 Hämatologie und internistische Onkologie
- 323 Kardiologie
- 329 Nephrologie
- 332 Pneumologie
- 333 Rheumatologie (Innere Medizin)
- 339 Nicht untergliedertes Fachgebiet „Innere Medizin“ sowie „Sonstige und allgemeine Innere Medizin“

340 Geriatrie

350 Kinderchirurgie

Kinderheilkunde

- 363 Kinderkardiologie
- 366 Neonatologie
- 369 Nicht untergliedertes Fachgebiet „Kinderheilkunde“ sowie „Sonstige und allgemeine Kinderheilkunde“

390 Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie

510 Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

540 Neurochirurgie

570 Neurologie

630 Nuklearmedizin

Orthopädie

- 693 Rheumatologie (Orthopädie)
- 699 Nicht untergliedertes Fachgebiet „Orthopädie“ sowie „Sonstige und allgemeine Orthopädie“

800 Plastische Chirurgie

Psychiatrie und Psychotherapie

- 821 Sucht
- 829 Nicht untergliedertes Fachgebiet „Psychiatrie und Psychotherapie“ sowie „Sonstige und allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie“

830 Psychotherapeutische Medizin/Psychosomatik

870 Strahlentherapie

900 Urologie

930 Sonstige Fachbereiche/Allgemeinmedizin bzw. Krankenhaus ohne abgegrenzte Fachabteilungen

KU302.2008

Krankenhausstatistik Teil II: Diagnosen

Statistikidentifikator: -
EVAS-Nummer: -
Berichtszeit: ab 2008

Satzformat: fest
Satzlänge: 100

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

Materialbezeichnung(en):	Sortierung (Ordnungsfelder):	Archivierungsdauer (in Jahren):
KU301 KU302 KU305 KU310	-	

Beschreibung:

-

Kommentar:

Erfassungs-/Liefersatz der Krankenhäuser, Satzart 9
Mit "****" gekennzeichnete Wertfelder enthalten
bei REHA-Einrichtungen keine Werte

.BASE-Bereich: Krankenhausstatistik
.BASE-Projekt: Diagnose-ab-2005
.BASE-Programm: -

Verantwortlich: StBA
Ansprechpartner: Krichbaum

Stand: 16.01.2007
Datum: 01.12.2010

Datensatzbeschreibung

.BASE-DSB-Name: KU302.2008	ASP-Name: ASP-B-KU-302-08
Datensatz-Nr./-Name: ASP-B-KU-302-08	Präfix: -

CSV-Nr.	Feldbezeichnung	Satzstellen		Feldformat intern ^{*)}	Inhalt / Bemerkungen
		von - bis	Anzahl		

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

*) Bedeutung der Feldformate: siehe Seite 4

Datensatzbeschreibung

.BASE-DSB-Name: KU302.2008	ASP-Name: ASP-B-KU-302-08
Datensatz-Nr./-Name: ASP-B-KU-302-08	Präfix: -

CSV-Nr.	Feldbezeichnung	Satzstellen		Feldformat intern ¹⁾	Inhalt / Bemerkungen
		von - bis	Anzahl		

20	EF20	46 - 50	5	ALN	Wohnort des Patienten
21	EF21	51 - 85	35	ALN	Postleitzahl (leer bei Wohnsitz im Ausland) Ortsname oder Herkunftstland 1. Stelle "***" bei Wohnsitz im Ausland
	EF22	86 - 94	9	STR	Regionalangaben des Patientenwohnortes
	EF22UG1	86 - 91	6	STR	Gemeinde (Land,Reg.Bez.,Kreis,Gemeinde)
	EF22UG2	86 - 89	4	STR	Untergruppe1: Kreis (Land,Reg.Bez.,Kreis)
22	EF22U1	86 - 88	3	ALN	Untergruppe2: Regierungsbezirk (Land,Reg.Bez.) Land (Bundesländer mit führender "0")
23	EF22U2	89	1	ALN	Regierungsbezirk
24	EF22U3	90 - 91	2	ALN	Kreis
25	EF22U4	92 - 94	3	ALN	Gemeinde
26	EF23	95 - 100	6	ALN	Reserve

*) Bedeutung der Feldformate: siehe Seite 4

Bedeutung der Feldformate

STR = strukturiertes Feld
WFG = wiederholte Feldgruppe (feste Anzahl)
VWFG = wiederholte Feldgruppe (variable Anzahl)

EBCDIC-Feldtypen

ALN = beliebiger alfanumerischer Inhalt
NOV = numerischer Wert in Zeichendarstellung ohne Vorzeichen
NMV = numerischer Wert in Zeichendarstellung mit Vorzeichen
GEP = numerischer Wert in gepackter Darstellung
GLD = numerischer Wert in Gleitpunktformat mit doppelter Genauigkeit

ASCII-Feldtypen

ASC = beliebiger alfanumerischer Inhalt
NAS = numerischer Wert, evtl. mit Vorzeichen, Dezimaltrennzeichen, auch Exponentialdarstellung möglich

Krankenhausstatistik 2014

– Krankenhäuser –
Teil III: Kostennachweis

KH-K Name des Amtes
Org. Einheit
Straße + Hausnummer
PLZ, Ort

Rücksendung bitte bis 30. Juni 2015

Anschrift
des Trägers

Ansprechpartner/-in für Rückfragen (freiwillige Angabe)

Name:

Telefon:

Telefax:

E-Mail:

Anschrift
des Krankenhauses

Sie erreichen uns über

Telefon: XXXX XX-Durchwahl

XXXX-XXXXXX XXXXXX-XXXXXXXX -XXXX

XXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXX -XXXX

Telefax: XXXX XX-XXXX

E-Mail: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX@XXXXXXXXXX.de

Unterrichtung nach § 17 Bundesstatistikgesetz**Art, Umfang und Zweck der Erhebung**

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

Rechtsgrundlagen

Krankenhausstatistik-Verordnung (KHStatV) vom 10. April 1990 (BGBl. I S. 730), zuletzt geändert durch Artikel 4b des Gesetzes vom 17. März 2009 (BGBl. I S. 534, 548) in Verbindung mit dem Bundesstatistikgesetz (BStatG) vom 22. Januar 1987 (BGBl. I S. 462, 565), zuletzt geändert durch Artikel 13 des Gesetzes vom 25. Juli 2013 (BGBl. I S. 2749).

Land Krankenhausnummer
(wird vom statistischen Amt ausgefüllt)

Erhoben werden die Angaben zu § 3 Nummer 18 KHStatV. Die Auskunftspflicht ergibt sich aus § 6 KHStatV in Verbindung mit § 15 BStatG. Danach sind die Träger der Krankenhäuser auskunftspflichtig. Gemäß § 15 Absatz 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 Absatz 1 KHStatV in Verbindung mit § 16 Absatz 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 Absatz 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 vernichtet bzw. gelöscht.

Weitere Informationen zur 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 Absatz 1 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 Absatz 2 SGB V sowie stationäre Pflegeeinrichtungen im Sinne von § 71 Absatz 2 SGB XI. Die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen sind zu diesem Teil der Krankenhausstatistik nicht auskunftspflichtig, 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.

Meldung zur Statistik

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

Nach § 11a Bundesstatistikgesetz vom 22. Januar 1987 (BGBl. I S. 462, 565), das zuletzt durch Artikel 13 des Gesetzes vom 25. Juli 2013 (BGBl. I S. 2749) geändert worden

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 Ämter der Länder gemäß § 7 Absatz 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.

ist, sind alle Betriebe und Unternehmen gesetzlich verpflichtet, ihre Angaben **auf elektronischem Weg** an die statistischen Ämter zu übermitteln. Hierzu sind die von den statistischen Ämtern zur Verfügung gestellten Online-Verfahren zu nutzen. Im begründeten Einzelfall kann auf formlosen Antrag eine zeitlich befristete Ausnahme von der Online-Meldung vereinbart werden.

Für die Meldung zur Krankenhausstatistik bedeutet dies:

Für jedes Krankenhaus sind jährlich getrennte Angaben zu Teil I „Grunddaten“, zu Teil II „Diagnosen“ und Teil III „Kosten“ zu machen. Die Angaben zu den Kosten sind bis zum **30. Juni 2015** an das zuständige statistische Amt zu senden.

Damit eine Zuordnung der verschiedenen Erhebungsteile I–III (Grunddaten, Diagnosen, Kosten) je Krankenhaus erfolgen kann, muss darauf geachtet werden, dass bei den verschiedenen Datenlieferungen eines Hauses die gleiche Krankenhausnummer angegeben ist.

Für die Datenlieferung auf elektronischem Weg steht Ihnen das **Modul der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG e. V.) zur Erhebung der Grund- und Kostendaten** zur Verfügung:

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 Amt 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 2014 eine neue Version des Moduls genutzt werden muss. Die Vorgängerversion des Jahres 2013 ist nicht mehr gültig.

Beachten Sie folgende Hinweise:

Erhoben werden die Kosten des Krankenhauses für das abgelaufene Geschäftsjahr (Kalenderjahr). Sie sind auf der Grundlage der Krankenhaus-Buchführungsverordnung (KHBV) in der Fassung der Bekanntmachung vom 24. März 1987 (BGBl. I S. 1045), zuletzt geändert durch Artikel 7 Absatz 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 2012 (BGBl. I S. 2751) anzugeben und umfassen alle Aufwendungen des Krankenhauses einschließlich Aufwendungen für Leistungen, die nicht zu den allgemeinen voll- und teilstationären Krankenhausleistungen gehören (Bruttokosten).

Die Gliederung der Kosten richtet sich nach bestimmten, in der KHBV genannten Kontengruppen. Sie können in der Regel direkt übernommen werden. Die sachgemäße Zuordnung der Kosten regelt der Kontenrahmen für die Buchführung (Anlage 4 zur KHBV).

Bitte halten Sie sich bei allen Angaben an die realen Buchungsvorgänge und übertragen Sie lediglich die geforderten Konten in den Kostennachweis für die Krankenhausstatistik.

Erläuterungen zum Fragebogen

1 Personalkosten

Die **Personalkosten** umfassen alle Kosten, die dem Krankenhaus durch die Beschäftigung von ärztlichem und nichtärztlichem Personal entstehen (Löhne und Gehälter, gesetzliche Sozialabgaben, Aufwendungen für die Altersversorgung, Aufwendungen für Beihilfen und Unterstützungen sowie sonstige Personalaufwendungen entsprechend den Kontengruppen 60 bis 64). Nachzuweisen sind sämtliche Kosten für die Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen des Krankenhauses, unabhängig davon, ob es sich um ein Arbeitnehmer- oder arbeitnehmerähnliches Verhältnis, um eine nebenberufliche Tätigkeit oder um eine nur vorübergehende oder aushilfsweise Tätigkeit handelt. Für Arbeitnehmer/Arbeitnehmerinnen in **Altersteilzeit** sind die Personalkosten abhängig von der gewählten Arbeitszeitverteilung (Teilzeit mit der Hälfte der regelmäßigen Arbeitszeit oder im sog. Blockmodell) dem jeweiligen Berichtsjahr zuzuordnen, in dem sie anfallen. Rückstellungen für Altersteilzeit im Blockmodell erhöhen die Personalkosten in dem Jahr, in dem die Rückstellungen gebildet wurden. Die Auflösung der Rückstellungen in der Freistellungsphase wird bei den Personalkosten grundsätzlich nicht nachgewiesen.

Die gesamten Personalkosten (Kontengruppen 60 bis 64) sind den einzelnen Funktionsbereichen entsprechend den Konten 00 bis 08, 11 und 12 zuzuordnen (KHBV Anlage 4, Zuordnungsvorschriften zum Kontenrahmen).

Das **Personal der Ausbildungsstätten** (Konto 10) bitte unter Kosten der Ausbildungsstätten nachweisen.

Bei den Kosten für das **Sonstige Personal** (Konto 11) sind die Kosten für Famuli, Praktikanten/Praktikantinnen, Freiwillige nach dem BFDG (Bundesfreiwilligendienstgesetz) und Absolventen/Absolventinnen des Freiwilligen Sozialen Jahres sowie für Vorschüler/Vorschülerinnen und Schüler/Schülerinnen zu berücksichtigen, soweit diese nicht auf den Stellenplan einzelner Dienststellen angerechnet werden.

Bitte geben Sie hier keine Kosten für Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis beim Krankenhaus an. Diese sind in der Kostenstatistik nachrichtlich anzugeben und zwar für nicht beim Krankenhaus angestelltes nicht-ärztliches Personal und für nicht im Krankenhaus angestellte Ärzte.

Um Abweichungen gegenüber den Angaben zum Personal aus der Erhebung der Grunddaten (Teil I) zu vermeiden empfehlen wir Ihnen, die Kostenangaben für die einzelnen Funktionsbereiche mit den Angaben zum Personal aus dem Erhebungsteil Grunddaten abzugleichen (Fragebogen 3 und 4).

Bitte nehmen Sie für Arbeitnehmer/Arbeitnehmerinnen, die sich in Altersteilzeit befinden, keinen Abgleich mit den Angaben zum Personal aus dem Erhebungsteil Grunddaten vor, da hier bewusst eine Lücke zwischen der entstehenden Arbeitszeit und den dafür aufgewendeten Kosten in Kauf genommen wird.

2 Sachkosten

Die **Sachkosten** sind nach der KHBV Anlage 4 als **Materialaufwand** in der Abgrenzung der Kontengruppen

- 65 Lebensmittel und bezogene Leistungen,
- 66 Medizinischer Bedarf,
- 67 Wasser, Energie, Brennstoffe,
- 68 Wirtschaftsbedarf sowie
- 71 Wiederbeschaffte Gebrauchsgüter

anzugeben.

Für den **medizinischen Bedarf** sind die ausgewählten Kosten entsprechend den Konten 6600, 6602, 6603, 6604, 6606, 6608, 6613 und 6614 einzutragen.

Als **Sonstige betriebliche Aufwendungen** sind in der Abgrenzung der Kontengruppe bzw. der Kontenuntergruppen

- 69 Verwaltungsbedarf,
- 700 Zentraler Verwaltungsdienst,
- 701 Zentraler Gemeinschaftsdienst,
- 720 Pflegesatzfähige Instandhaltung,
- 731 Sonstige Abgaben,
- 732 Versicherungen sowie
- 782 Sonstiges

anzugeben.

Bitte beachten Sie, dass in den Kosten der Kontenuntergruppe „782 Sonstiges“ nicht die Kosten des Ausbildungsfonds enthalten sein dürfen. Diese sollen unter Aufwendungen für den Ausbildungsfonds **7** nachgewiesen werden.

Nach den **Sachkosten insgesamt** werden folgende nachrichtliche Positionen nochmals gesondert erfasst, unabhängig davon, in welchem Konto der KHBV der Aufwand verbucht wird:

Aufwendungen für nicht im Krankenhaus angestellte Ärzte

Tragen Sie hier die Aufwendungen für Ärzte ein, die keinen Arbeitsvertrag mit Ihrer Einrichtung haben, aber ärztliche Leistungen für Ihr Krankenhaus erbringen (Beispiele: Honorarärzte, Ärzte bei konzerninternen Beschäftigungsgesellschaften). Nehmen Sie hier keine Leistungen für Konsiliarärzte/Belegärzte auf.

Aufwendungen für nicht im Krankenhaus angestelltes nichtärztliches Personal

Tragen Sie hier die Aufwendungen für nichtärztliches Personal ein, das keinen Arbeitsvertrag mit Ihrer Einrichtung hat, aber im sog. Personal-Leasing-Verfahren oder auf Honorarbasis eine Leistung erbringt, die von Ihrem Krankenhaus selbst erbracht wird (Beispiel: Pflegekräfte, die als „Zeitarbeiter“ bei Ihnen tätig sind).

Aufwendungen für ausgelagerte Leistungen („outsourcing“)

Tragen Sie hier die Aufwendungen für Leistungen ein, die nicht mehr von Ihrem Krankenhaus erbracht werden, aber zum Betrieb der Einrichtung erforderlich sind (Beispiele: Reinigung durch externe Reinigungsfirma, Inanspruchnahme eines Cateringservice für die Kantine).

Soweit die Ermittlung der Aufwendungen mit unverhältnismäßig hohem Aufwand verbunden ist, sind sie zu schätzen.

3 Zinsen und ähnliche Aufwendungen

Hier geben Sie bitte Zinsen und ähnliche Aufwendungen nach der KHBV Anlage 4 gemäß der Kontengruppe 74 und als „darunter“-Position Aufwendungen der Kontenuntergruppe 740 Zinsen und ähnliche Aufwendungen für Betriebsmittelkredite an.

4 Steuern

Bitte geben Sie die Steuern gemäß Kontenuntergruppe 730 der KHBV Anlage 4 an. Steuererstattungen (z. B. infolge des Bilanzrechtsmodernisierungsgesetzes - BilMoG) sind nicht zu verrechnen.

5 Kosten des Krankenhauses insgesamt

Hierunter wird die Summe der Personal- und Sachkosten einschließlich der Zinsen und ähnlicher Aufwendungen sowie der Steuern verstanden.

6 Kosten der Ausbildungsstätten

Die Kosten der Ausbildungsstätten enthalten die Kosten für das Personal (Kontengruppen 60 bis 64, Konto 10) und die Sachkosten der Ausbildungsstätten (Kontenuntergruppe 781).

Geben Sie bei **Personal der Ausbildungsstätten** bitte Aufwendungen für Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen des Krankenhauses an, die entweder gänzlich oder anteilig laut Arbeits- oder Dienstvertrag eine Lehrtätigkeit ausüben. Auch Kosten für Schreibkräfte, die in Ausbildungsstätten eingesetzt sind, werden hier nachgewiesen. Kosten, die durch Honorare für nebenamtliche Lehrtätigkeiten von Krankenhausmitarbeitern/-mitarbeiterinnen und für nicht fest angestellte Lehrkräfte entstehen, sind unter **Sachaufwand der Ausbildungsstätten auszuweisen**.

7 Aufwendungen für den Ausbildungsfonds

Tragen Sie hier bitte Ihre Aufwendungen für den **Ausbildungsfonds** (Ausbildungszuschlag) nach § 17a Absatz 5 bzw. § 17a Absatz 9 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) ein. § 17a Absatz 5 KHG gilt für alle Bundesländer außer BB, MV, SN, ST und HH. Für HH gilt § 17a Absatz 9 (Ausbildungszuschlagsverordnung vom 28. Februar 2006). Bitte geben Sie hier keine Kosten aus dem Ausbildungsbudget an.

8 Gesamtkosten

Die **Gesamtkosten** ergeben sich aus der Summe der Kosten des Krankenhauses, der Kosten der Ausbildungsstätten und der Aufwendungen für den Ausbildungsfonds.

9 Abzüge

Abzüge sind Kosten für Leistungen, die nicht der stationären und teilstationären Krankenhausversorgung dienen sowie Kosten für wissenschaftliche Forschung und Lehre, die über den normalen Krankenhausbetrieb hinausgehen (§ 17 Absatz 3 KHG).

Die Abzüge insgesamt setzen sich aus den Abzügen für „Ambulanz“, „Wissenschaftliche Forschung und Lehre“ sowie „Sonstige Abzüge“ zusammen.

Die Position „Sonstige Abzüge“ umfasst die nicht stationären Kosten für vor- und nachstationäre Behandlung, für beleg- und wahlärztliche sowie für sonstige ärztliche Leistungen, die Kosten für gesondert berechenbare Unterkunft sowie für sonstige nichtärztliche Wahlleistungen, aber auch beispielsweise Kosten für die Personalunterkunft. Daraus werden Abzüge für wahlärztliche Leistungen, für gesondert berechenbare Unterkunft sowie für vor- und nachstationäre Behandlung gesondert ausgewiesen.

Soweit die Ermittlung der Abzüge mit unverhältnismäßig hohem Aufwand verbunden ist, sind sie zu schätzen.

10 Bereinigte Kosten

Bei den **bereinigten Kosten** (Gesamtkosten minus Abzüge) handelt es sich um die Kosten für allgemeine voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen.

Wir bedanken uns sehr herzlich für Ihre Mitarbeit.

Kontengruppe
 60-64
 Kontenunter-
 gruppe
 Konto

Personalkosten 1

Personalaufwand

Volle Euro

00	Ärztlicher Dienst	
01	Pflegedienst	
02	Medizinisch-technischer Dienst	
03	Funktionsdienst	
04	Klinisches Hauspersonal	
05	Wirtschafts- und Versorgungsdienst	
06	Technischer Dienst	
07	Verwaltungsdienst	
08	Sonderdienste	
11	Sonstiges Personal	
12	Nicht zurechenbare Personalkosten	
	Personalkosten insgesamt	

Sachkosten 2

Materialaufwand

65	Lebensmittel und bezogene Leistungen	
66	Medizinischer Bedarf	
00	darunter: Arzneimittel (außer Implantate und Dialysebedarf)	
02	Blut, Blutkonserven und Blutplasma	
03	Verband-, Heil- und Hilfsmittel	
04	Ärztliches und pflegerisches Verbrauchsmaterial, Instrumente	
06	Narkose- und sonstiger OP-Bedarf	
08	Laborbedarf	
13	Implantate	
14	Transplantate	
67	Wasser, Energie, Brennstoffe	
68	Wirtschaftsbedarf	
71	Wiederbeschaffte Gebrauchsgüter (soweit Festwerte gebildet wurden)	

noch: Sachkosten

Volle Euro

69		Sonstige betriebliche Aufwendungen		
		Verwaltungsbedarf		
700		Zentraler Verwaltungsdienst		
701		Zentraler Gemeinschaftsdienst		
720		Pflegesatzfähige Instandhaltung		
731		Sonstige Abgaben		
732		Versicherungen		
782		Sonstiges (ohne Aufwendungen für den Ausbildungsfonds)		
		Sachkosten insgesamt		
		nachrichtlich: Aufwendungen für nicht im Krankenhaus angestellte Ärzte		
		Aufwendungen für nicht im Krankenhaus angestelltes nichtärztliches Personal		
		Aufwendungen für ausgelagerte Leistungen („outsourcing“)		
74		Zinsen und ähnliche Aufwendungen	3	
740		darunter: für Betriebsmittelkredite		
730		Steuern	4	
		Kosten des Krankenhauses insgesamt	5	
		Kosten der Ausbildungsstätten 6		
60-64	10	Personal der Ausbildungsstätten		
781		Sachaufwand der Ausbildungsstätten		
		Kosten der Ausbildungsstätten insgesamt		
		Aufwendungen für den Ausbildungsfonds	7	
		Gesamtkosten	8	
		Abzüge für 9		
		Ambulanz		
		Wissenschaftliche Forschung und Lehre		
		Sonstige Abzüge		
		darunter: Wahlärztliche Leistungen		
		Gesondert berechenbare Unterkunft		
		Vor- und nachstationäre Behandlung		
		Abzüge insgesamt		
		Bereinigte Kosten (Gesamtkosten minus Abzüge insgesamt)	10	