

Qualitätsbericht

Diagnosen der Patienten und Patientinnen in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen

Stand: Dezember 2005

Fachliche Informationen zu dieser Veröffentlichung können Sie direkt beim Statistischen Bundesamt erfragen:

Gruppe VIII A, Telefon: 01888 / 644 8951, Fax: 01888 / 644 8996 oder E-Mail:
gesundheitsstatistiken@destatis.de

© Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2005

Für nichtgewerbliche Zwecke sind Vervielfältigung und unentgeltliche Verbreitung, auch auszugsweise, mit Quellenangabe gestattet. Die Verbreitung, auch auszugsweise, über elektronische Systeme/Datenträger bedarf der vorherigen Zustimmung. Alle übrigen Rechte bleiben vorbehalten.

1 Allgemeine Angaben

1.1 Bezeichnung der Statistik

Diagnosen der Patienten und Patientinnen in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen

1.2 Berichtszeitraum

1. Januar bis 31. Dezember

1.3 Erhebungstermin

Die Daten werden kontinuierlich über das Berichtsjahr von den Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen erfasst. Meldetermin ist der 1. April des dem Berichtsjahr folgenden Jahres.

1.4 Periodizität

Jährlich seit 2003

1.5 Regionale Gliederung

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

1.6 Erhebungsgesamtheit, Zuordnungsprinzip der Erhebungsgesamtheiten

Patienten und Patientinnen, die im Berichtsjahr aus der vollstationären Behandlung einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung entlassen wurden.

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

1.7 Erhebungseinheiten

Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen mit mehr als 100 Betten nach § 1 Abs. 3 Nr. 2 i.V.m. § 3 Nr. 14 KHStatV.

1.8 Rechtsgrundlagen

Verordnung über die Bundesstatistik für Krankenhäuser (Krankenhausstatistik-Verordnung - KHStatV) vom 10. April 1990 (BGBl. I S. 730), zuletzt geändert durch Artikel 4 des Gesetzes vom 15. Dezember 2004 (BGBl. I S. 3429, 3442) in Verbindung mit dem Bundesstatistikgesetz (BStatG) vom 22. Januar 1987 (BGBl. I S. 462, 565), zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 9. Juni 2005 (BGBl. I S. 1534). Grundlage für die Erhebung der Diagnosedaten sind die Angaben zu § 3 Nr. 14 KHStatV. Für die Erhebung besteht Auskunftspflicht gemäß § 6 KHStatV in Verbindung mit § 15 BStatG.

1.9 Geheimhaltung und Datenschutz

Die erhobenen Einzelangaben werden nach § 16 BStatG grundsätzlich geheim gehalten. Nur in ausdrücklich gesetzlich geregelten Ausnahmefällen dürfen Einzelangaben übermittelt werden. Nach § 16 Abs. 6 BStatG ist es möglich, den Hochschulen oder sonstigen Einrichtungen mit der Aufgabe unabhängiger wissenschaftlicher Forschung für die Durchführung wissenschaftlicher Vorhaben Einzelangaben dann zur Verfügung zu stellen, wenn diese so anonymisiert sind, dass sie nur mit einem unverhältnismäßig hohen 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.

2 Zweck und Ziele der Statistik

2.1 Erhebungsinhalte

Neben der Erkrankungsart, Verweildauer und Fachabteilung werden soziodemographische Merkmale der Patienten und Patientinnen (z.B. Alter, Geschlecht, Wohnort) erhoben.

2.2 Zweck der Statistik

Die Ergebnisse bilden die statistische Basis für viele gesundheitspolitische Entscheidungen des Bundes und der Länder. Die Erhebung liefert wichtige Informationen über das Volumen und die Struktur der Leistungsnachfrage und der Morbiditätsentwicklung in der stationären Versorgung. Darüber hinaus wird auf dieser Datengrundlage eine Einzugsgebietsstatistik erstellt, die u. a. Aufschluss über die Patientenwanderung gibt. Die Diagnosestatistik dient damit auch der epidemiologischen Forschung und trägt zur Information der Bevölkerung bei.

2.3 Hauptnutzer der Statistik

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

2.4 Einbeziehung der Nutzer

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

3 Erhebungsmethodik

3.1 Art der Datengewinnung

Schriftliche (postalische) Befragung mit Auskunftspflicht. In der Erhebungspraxis werden alternativ elektronische Dateien mit den Diagnosedaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen erzeugt.

3.2 Stichprobenverfahren

Entsprechend der Begrenzung auf Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen mit mehr als 100 Betten waren bezogen auf das Jahr 2003 insgesamt 52,8 % aller Einrichtungen auskunftspflichtig. 85,3 % aller Patienten und Patientinnen in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen wurden in Einrichtungen dieser Größenordnung behandelt.

3.3 Saisonbereinigungsverfahren

Keine.

3.4 Erhebungsinstrumente und Berichtsweg

Der ausgefüllte schriftliche Fragebogen bzw. die elektronische Datei wird an das jeweilige Landesamt für Statistik übermittelt und dort elektronisch erfasst. Daran schließen sich Datenprüfverfahren an (z.B. Format- und Plausibilitätsprüfung) an. Anschließend erfolgt die Übermittlung aggregierter Landesergebnisse an das Statistische Bundesamt.

3.5 Belastung der Auskunftspflichtigen

Die Belastung hängt vor allem von der Fallzahl ab, sowie von dem Einsatz von DV-Technik. Pro Patient/Patientin werden zehn Merkmale erhoben.

3.6 Dokumentation des Fragebogens

Der Fragebogen kann im Internet unter „www.destatis.de/download/07_99.htm“ eingesehen werden.

4 Genauigkeit

4.1 Qualitative Gesamtbewertung der Genauigkeit

Es handelt sich um eine Teilerhebung aller Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen mit mehr als 100 Betten. Durch diese Einschränkung kommt es zu einem Ausschluss von Einrichtungen mit einem speziellen Behandlungsspektrum. 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 Einrichtungen nicht an die Landesämter für Statistik gemeldet werden. Darüber hinaus können Patienten in Einrichtungen, die innerhalb des Erhebungsjahres oder zwischen dem Erhebungsstichtag und dem Meldetermin schließen, nicht in der Statistik enthalten sein. In diesen Fällen kommt es in der Folge zu einer Untererfassung der Patienten und Patientinnen.

Der Statistik liegt zur Verschlüsselung der Hauptdiagnose der Patienten und Patientinnen die Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD) zu Grunde. Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) gibt eine deutsche Version dieser Klassifikation heraus. Daneben stellt das DIMDI Metadaten bereit, in denen eine entsprechende Beschreibung der Plausibilitäten erfolgt, so z.B. welcher Diagnoseschlüssel bei welcher Geschlechts- und/oder Altersgruppe vorkommen kann bzw. darf. An diesen Vorgaben orientiert sich die statistische Aufbereitung der Daten. Dabei ist stets zu bedenken, dass die Vergabe des Diagnoseschlüssels in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung erfolgt und bereits dort Fehler auftreten können. Da die Angabe der Hauptdiagnose für die Einrichtungen entgeltrelevant ist, kann davon ausgegangen werden, dass die Qualität der Diagnoseangabe hoch ist. Sollten dennoch Unstimmigkeiten auftreten, so können diese in der Datenaufbereitungsphase bei der Plausibilisierung der Angaben berichtigt werden, z.B. wenn Diagnose- und Geschlechtsangabe der Patientin/des Patienten nicht übereinstimmen.

4.2 Stichprobenbedingte Fehler (für Eckwerte)

Nicht relevant.

4.3 Nicht-stichprobenbedingte Fehler

4.3.1 Fehler durch die Erfassungsgrundlage

Trotz intensiver Recherchen können Fehler, die durch eine falsche oder unvollständige Erfassungsgrundlage bedingt sind, nicht völlig ausgeschlossen werden. Eine Meldung über neu eröffnete Einrichtungen z.B. seitens der Gesundheitsbehörden erfolgt grundsätzlich nicht.

Informationen über die Einrichtungen können nur über Recherchen und Abfragen bei verschiedenen Institutionen (z.B. Gesundheits- und Gewerbeämter) gewonnen werden. Darüber hinaus können Patienten in Einrichtungen, die innerhalb des Erhebungsjahres oder zwischen dem Erhebungsstichtag und dem Meldetermin schließen, nicht in der Statistik enthalten sein. Sofern Vor-

sorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in der Erfassungsgrundlage fehlen, sind auch die dort aus der vollstationären Behandlung entlassenen Patienten und Patientinnen nicht enthalten.

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

Verglichen mit der Anzahl der Entlassungen in den Grunddaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen gibt es in der Diagnosestatistik eine Untererfassung. Im ersten Erhebungsjahr wurden 91,7% aller Entlassungen erfasst.

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

Antwortausfälle auf Ebene wichtiger Merkmale fallen durchweg gering aus und stellen keine Beeinträchtigung für die Nutzung der Daten dar. Antwortausfälle kommen zum einen durch fehlende Angaben, zum anderen durch un plausible Daten zustande. In beiden Fällen erfolgt zunächst eine Rückfrage bei den Einrichtungen, bevor die Merkmalsausprägung auf unbekannt gesetzt wird. Der Anteil unbekannter Hauptdiagnosen lag im ersten Erhebungsjahr 2003 bei 1,6%.

4.4 Revisionen

Es werden keine vorläufigen Ergebnisse veröffentlicht. Dadurch entsteht kein Revisionsbedarf.

4.5 Außergewöhnliche Fehlerquellen

Nicht bekannt.

5 Aktualität und Pünktlichkeit

5.1 Zeitspanne zwischen Berichtszeitpunkt und dem Veröffentlichungstermin vorläufiger Ergebnisse

Es werden keine vorläufigen Ergebnisse veröffentlicht.

5.2 Zeitspanne zwischen Berichtszeitpunkt und dem Veröffentlichungstermin endgültiger Ergebnisse

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

6 Zeitliche und räumliche Vergleichbarkeit

6.1 Qualitative Bewertung der Vergleichbarkeit

Maßgeblich für die statistische Erfassung der Hauptdiagnose der Patienten und Patientinnen ist die Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD). Dadurch, dass die Hauptdiagnose nach ICD verschlüsselt und erfasst wird, ist die internationale Vergleichbarkeit gewährleistet.

6.2 Änderungen bei Stichprobendesign, Klassifikationen

Die der Diagnosestatistik zugrunde liegende Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD) wird permanent weiterentwickelt, so dass auch die seit 2000 gültige zehnte Revision unterschiedliche Versionen aufweist. In 2003 galt die für die Zwecke des Fünften Buches Sozialgesetzbuch überarbeitete Version 2.0 der ICD. Mit der Einführung des fallpauschalierten Entgeltsystems (DRG-Systems) im Jahr 2004 wurde die angepasste Version ICD-10-GM 2004 eingeführt (GM = German Modification). Für 2005 gilt wiederum eine neue Version, und zwar die ICD-10-GM 2005.

6.3 Vollständigkeit der Daten

Sofern es zu Antwortausfällen auf Ebene der Einrichtungen kommt und diese ein spezifisches Behandlungsspektrum aufweisen, können bestimmte Hauptdiagnosen unterrepräsentiert sein. In diesem Fall wäre durch die Unvollständigkeit der Daten die Vergleichbarkeit beeinträchtigt.

7 Bezüge zu anderen Erhebungen

7.1 Als Input

Die Diagnosen der Patienten und Patientinnen in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen fließen in die Gesundheitsberichterstattung auf regionaler, nationaler sowie internationaler Ebene und in die gesundheitsbezogenen Rechensysteme auf nationaler und internationaler Ebene ein. Sie bilden ferner eine Berechnungsgröße für Indikatoren der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung.

7.2 Unterschiede zu vergleichbaren Statistiken

Einige Merkmale der Diagnosen der Patienten und Patientinnen in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen werden auch in den Grunddaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen erfasst. Zum Teil weisen diese Unterschiede auf. Dies betrifft zum einen die Fallzahl. In den Diagnosedaten entspricht die Fallzahl den Entlassungen im Berichtsjahr. In den Grunddaten wird sie auf Basis des Patientenzu- und -abgangs im Berichtsjahr ermittelt.

Des Weiteren unterscheidet sich die Summe der Pflage tage in den Diagnosedaten von jener in den Grunddaten. In der erstgenannten Erhebung ist es die kumulierte Verweildauer aller im Berichtsjahr entlassenen Patienten und Patientinnen. In der letztgenannten Erhebung sind es alle im Berichtsjahr erbrachten Pflage tage. Die Verweildauer kann in den Diagnosedaten mitunter höher ausfallen als die Anzahl der Kalendertage im Berichtsjahr (sog. Überlieger), während dies in den Grunddaten nicht möglich ist.

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

8 Weitere Informationsquellen

8.1 Publikationswege, Bezugsadressen

Die wichtigsten Ergebnisse der Erhebung werden jährlich in der Fachserie 12 Reihe 6.2.2 im Statistik-Shop des Statistischen Bundesamtes veröffentlicht. Die Publikation kann kostenlos im Internet herunter geladen werden unter:

<http://www.ec.destatis.de/csp/shop/sfg/vollanzeige.csp?ID=1016510>

Des Weiteren sind die Ergebnisse Bestandteil des Internetangebots der Gesundheitsberichterstattung des Bundes unter:

www.gbe-bund.de

8.2 Kontaktinformation

Statistisches Bundesamt Zweigstelle Bonn

Gruppe VIII A Gesundheit

Graurheindorfer Straße 198

53117 Bonn

Fon 01888 / 644 – 8951

Fax 01888 / 644 – 8996

E-Mail gesundheitsstatistiken@destatis.de

8.3 Weiterführende Veröffentlichungen

Rolland, Sebastian: Vorsorge und Rehabilitation in Deutschland 2003, in: *Wirtschaft und Statistik* 9/2005, Wiesbaden 2005, S. 971-982.

9 Merkmale, Indizes und Klassifikationen

Eine Dokumentation der deutschsprachigen Version der Internationalen Statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD) wird durch das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Internet veröffentlicht:

<http://www.dimdi.de/de/klassi/diagnosen/icd10/index.htm>