

Verordnung

der Bundesregierung

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

A. Zielsetzung

Durch die Verordnung werden die Inhalte der Krankenhausstatistik an den aktuellen Informationsbedarf für gesundheitspolitische Entscheidungen und für die Aufgabenerfüllung der an der Krankenhausfinanzierung Beteiligten angepaßt.

B. Lösung

Die Zielsetzung soll insbesondere erreicht werden durch:

1. geänderte und zum Teil erweiterte Inhalte, z.B. auch die Erfassung von Diagnosen und Kosten,
2. die Umstellung von einer koordinierten Länderstatistik auf eine Bundesstatistik mit einheitlichen Erhebungs- und Verarbeitungsverfahren,
3. die Schaffung einer Rechtsgrundlage für die Krankenhausstatistik, die den Anforderungen des Datenschutzes nach dem Volkszählungsurteil genügt.

C. Alternativen

Keine

D. Kosten

Nach einer Kostenschätzung der statistischen Ämter vom Juli 1988 entstehen dem Bund voraussichtlich jährlich Mehrkosten im Bereich des Statistischen Bundesamtes in Höhe von 307.000 DM, bei den Ländern im Bereich der Statistischen Landesämtern in Höhe von 704.000 DM. Auswirkungen auf das Preisniveau sind nicht zu erwarten, weil den Krankenhäusern nur geringer zusätzlicher Erhebungsaufwand entsteht.

Drucksache 106/89

24.02.89

AS - Fz - G - In - K

Verordnung

der Bundesregierung

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

Bundesrepublik Deutschland
Der Bundeskanzler

Bonn, den 24. Februar 1989

An den
Präsidenten des Bundesrates

Hiermit übersende ich die von der Bundesregierung beschlossene

Verordnung über die Bundesstatistik für Krankenhäuser (Krankenhaus- statistik-Verordnung - KHStatV)

mit Begründung und Vorblatt.

Ich bitte, die Zustimmung des Bundesrates aufgrund des Artikels 80 Absatz 2 des Grundgesetzes herbeizuführen.

Federführend ist der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung.

Y. C. Fung

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

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

§ 1

Umfang der Erhebungen,
Begriffsbestimmungen

(1) Erhebungen als Bundesstatistik werden durchgeführt über

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

(2) Die Erhebungen erstrecken sich nicht auf die in § 3 Nr. 1 bis 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Krankenhäuser.

(3) Im Sinne dieser Verordnung sind

1. Krankenhäuser

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

2. Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen

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

§ 2

Erhebungseinheiten

Erhebungseinheiten sind:

1. Krankenhäuser einschließlich Ausbildungsstätten,
2. Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen.

§ 3

Erhebungsmerkmale

Erhebungsmerkmale sind:

1. Art des Krankenhauses und der Vorsorge- oder Rehabilitations-einrichtung sowie Art der Trägerschaft,
2. Zulassung nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und Vertrag nach § 111 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
3. Planbetten und aufgestellte Betten, gegliedert nach Art der Förderung und Fachabteilung; aufgestellte Betten zusätzlich nach Art der Nutzung und Vertragsbestimmung,
4. Einrichtungen der Intensivmedizin sowie für die Behandlung Querschnittgelähmter und Schwerbrandverletzter, gegliedert nach Art und Zahl der Betten,
5. Art und Zahl der medizinisch-technischen Großgeräte nach § 10 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes,
6. Art und Zahl der Dialyseplätze,
7. Zahl der Plätze für teilstationäre Behandlung während des Tages oder der Nacht,
8. Art der nicht-bettenführenden Fachabteilungen,
9. Art der Arzneimittelversorgung,

10. Art und Zahl der Plätze in Ausbildungsstätten für die in § 2 Nr. 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Berufe,
11. ärztliches und zahnärztliches Personal, gegliedert nach Geschlecht und Beschäftigungsverhältnis, bei hauptamtlichen Ärzten zusätzlich nach Dienststellung, Gebiets- und Teilgebietsbezeichnung sowie in Weiterbildung; ferner Belegärzte nach Gebiets- und Teilgebietsbezeichnung und von diesen angestellte Ärzte nach der Gebiets- und Teilgebietsbezeichnung des anstellenden Belegarztes,
12. nichtärztliches Personal, gegliedert nach Geschlecht, Beschäftigungsverhältnis, Funktionsbereich und Berufsbezeichnung, im Pflegedienst auch nach Einsatz in der Psychiatrie, für in Pflegeberufen Ausgebildete nur nach Geschlecht, Beschäftigungsverhältnis und Art der abgeschlossenen Weiterbildung; ferner Personal der Ausbildungsstätten nach Geschlecht und Beschäftigungsverhältnis sowie Personen in Ausbildung nach Geschlecht, zusätzlich für Pflegeberufe nach der Art des Pflegeberufes,
13. hauptamtliches ärztliches Personal und nichtärztliches Personal umgerechnet auf Vollkräfte, bei nichtärztlichem Personal gegliedert nach Funktionsbereich, im Pflegedienst auch nach Einsatz in der Psychiatrie,
14. aus dem Krankenhaus entlassene vollstationär behandelte Patienten und Sterbefälle, gegliedert nach Geschlecht, Geburtsmonat und -jahr, Wohngemeinde, Zu- und Abgangsdatum, Erkrankung nach Hauptdiagnose und der Angabe, ob im Zusammenhang mit der Hauptdiagnose operiert worden ist, sowie nach Fachabteilung mit der längsten Verweildauer,

15. entlassene teilstationär behandelte Patienten einschließlich Sterbefälle, gegliedert nach Geschlecht und Fachabteilung,
16. Entbindungen und Geburten nach Art und Zahl sowie Zahl der wegen Fehlgeburt und Komplikationen im Zusammenhang mit der Entbindung behandelten Frauen,
17. Pfllegetage, Krankenzugang und -abgang, jeweils gegliedert nach Art und Zahl sowie nach Fachabteilung,
18. Kosten und Abzüge nach der Bundespflegesatzverordnung, gegliedert nach Arten.

§ 4

Hilfsmerkmale

Hilfsmerkmale sind:

1. Name des Krankenhausträgers oder des Trägers der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung,
2. Name und Anschrift des Krankenhauses oder der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung,
3. Name und Telefonnummer der für Rückfragen zur Verfügung stehenden Person.

§ 5

Periodizität und Berichtszeitraum

Die Erhebungen werden jährlich durchgeführt. Die Angaben nach § 3 Nr. 1, 2 und 5 bis 12 werden jeweils nach dem Stand vom 31. Dezember, die Angaben nach § 3 Nr. 3, 4 und 13 bis 17 jeweils für das abgelaufene Kalenderjahr, die Angaben nach § 3 Nr. 18 jeweils für das abgelaufene Geschäftsjahr erhoben. Die Angaben nach § 3 Nr. 1 bis 13 und 15 bis 17 sind bis zum 1. März und die Angaben nach § 3 Nr. 14 und 18 bis zum 30. Juni des Folgejahres dem zuständigen Statistischen Landesamt zu melden.

§ 6

Auskunftspflicht

(1) Für die Erhebung besteht Auskunftspflicht. Die Angaben zu § 4 Nr. 3 sind freiwillig.

(2) Auskunftspflichtig sind die Träger der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. Die Träger der Krankenhäuser haben Angaben zu den Erhebungsmerkmalen nach § 3 Nr. 1 bis 18, die Träger der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen Angaben nach § 3 Nr. 1 bis 3, 5, 6, 8, 9, 11 bis 13 und 17 zu machen.

§ 7

Übermittlung

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 des Bundesstatistikgesetzes vom 22. Januar 1987 (BGBl. I S. 462, 565) ist zulässig. Satz 1 gilt nicht für diagnosebezogene Daten nach § 3 Nr. 14, soweit diese differenzierter als auf Regierungsbezirksebene ausgewiesen werden.

§ 8

Berlin-Klausel

Diese Verordnung gilt nach § 14 des Dritten Überleitungsgesetzes in Verbindung mit § 31 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auch im Land Berlin.

§ 9

Inkrafttreten

Diese Verordnung tritt mit Ausnahme des § 3 Nr. 14 am 1. Januar 1990 in Kraft. § 3 Nr. 14 tritt am 1. Januar 1991 in Kraft.

Der Bundesrat hat zugestimmt.

B E G R Ü N D U N G

A. Allgemeiner Teil

I. Notwendigkeit einer Krankenhausstatistik-Verordnung

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

Mit einem Jahresumsatz (einschl. Investitionen), der sich der 60 Mrd. DM-Grenze nähert, sind die Krankenhäuser zudem einer der großen Unternehmensbereiche der Bundesrepublik Deutschland. Ende 1986 gab es im Bundesgebiet 3071 Krankenhäuser mit 674 384 Betten, in denen über 12,5 Millionen Patienten stationär behandelt wurden. In den Krankenhäusern arbeiten über 820 000 Menschen. Für diesen wichtigen Sektor unserer Volkswirtschaft ist die Datenlage auf Bundesebene sowohl vom Umfang wie auch von der Qualität her unzureichend. Darauf hat auch der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen in seinem Jahresgutachten 1987 hingewiesen; im internationalen Vergleich weise die Bundesrepublik Deutschland bei statistischen Erhebungen im Gesundheitswesen und ihrer politischen Verarbeitung einen erheblichen Rückstand auf. Der Sachverständigenrat fordert deshalb eine genaue Erfassung von allen für die Akutversorgung verwendeten Betten, von Art und Umfang des Volumens der darin versorgten Patienten und des medizinischen Leistungsspektrums.

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

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

Die Bundesregierung hält es für notwendig, die Krankenhausstatistik auf eine tragfähige Rechtsgrundlage zu stellen, sie inhaltlich zu verbessern und das Erhebungsverfahren zu vereinfachen. Sie macht daher von der Ermächtigung des § 28 Abs. 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG), der durch Artikel 22 des Gesundheits-Reformgesetzes (GRG) vom 20. Dezember 1988 neugefaßt worden ist (BGBl. I S. 2477), Gebrauch und ordnet eine entsprechende Bundesstatistik an.

II. Schwerpunkte der Verordnung

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

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

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

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

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

und deren Umrechnung in sog. Vollkräfte macht erstmals die tatsächliche Personalausstattung der Krankenhäuser sichtbar.

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

der Krankenhäuser und zu ihrer Entwicklung vorliegen. Die bisherigen Auswertungen der Verbände konnten diese Anforderungen nicht erfüllen.

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

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

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

III. Kosten

Die Haushalte von Bund und Ländern werden durch zusätzliche Verwaltungskosten aufgrund dieser Verordnung nur geringfügig belastet. Auswirkungen auf die Haushalte der Gemeinden entstehen nicht. Voraussichtlich werden im Verwaltungsbereich jährlich Mehrkosten in Höhe von rd. 703.800 DM bei den Statistischen Landesämtern und in Höhe von rd. 307.400 DM bei dem Statistischen Bundesamt anfallen (Stand: Juli 1988).

Auswirkungen auf das Preisniveau, insbesondere auf die Verbraucherpreise, sind nicht zu erwarten, weil den Krankenhäusern nur geringer zusätzlicher Erhebungsaufwand entsteht. Die Verordnung greift weitgehend auf bestehende Meldepflichten in den Ländern sowie auf vorliegende Daten zurück, vor allem auf den für Pflegesatzverhandlungen ohnehin zu erstellenden Kosten- und Leistungsnachweis.

B. Einzelbegründung

Zu § 1: Umfang der Erhebungen, Begriffsbestimmungen

Zu Absatz 1

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

Zu Absatz 2

Absatz 2 nimmt Krankenhäuser der Bundeswehr sowie Krankenhäuser im Straf- oder Maßregelvollzug und Polizeikrankenhäuser aus dem Anwendungsbereich der Verordnung heraus. Krankenhäuser im Straf- oder Maßregelvollzug und Polizeikrankenhäuser versorgen nur einen kleinen, begrenzten Teil der Bevölkerung und stehen der allgemeinen Versorgung nicht zur Verfügung. Die Krankenhäuser der Bundeswehr versorgen zwar auch zivile Patienten, allerdings, gemessen an der Gesamtversorgung, nur in geringem Umfang; ihre Einbeziehung würde zu ganz erheblichen Abgrenzungs- und Zurechnungsproblemen führen. Die Bundeswehrkrankenhäuser werden, wie schon in der Vergangenheit, die für Krankenhausplanung und -versorgung wesentlichen Daten den Beteiligten zur Verfügung stellen.

Zu Absatz 3

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

Zu § 2: Erhebungseinheiten

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

Zu § 3: Erhebungsmerkmale

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

Zu Nummer 1

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

Zu Nummer 2

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

Zu Nummer 3

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

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

Bei der Darstellung der Betten, Pflegetage und Krankenbewegungen nach Fachabteilungen wird auf den gesonderten Ausweis der Fachabteilung Intensivmedizin verzichtet, weil die Intensivmedizin in vielen Krankenhäusern nicht als selbständige Abteilung geführt wird, sondern einzelnen Fachabteilungen, z.B. der Inneren und der Chirurgie zugeordnet ist. Ein ge-

sonderter Ausweis würde zu einer unterschiedlichen Zählweise führen. Diese Zuordnung gilt gleichermaßen für die Nummern 14, 15 und 17. Die Betten der Fachabteilung Intensivmedizin werden entsprechend der Nutzung durch andere Fachabteilungen diesen zugeordnet; die Pflagetage werden entsprechend grundsätzlich der Fachabteilung zugeordnet, die den Patienten an den Intensivbereich abgegeben hat.

Zu Nummer 4 bis 9

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

Die Angaben zu Nummern 4 und 7 sind nur von Krankenhausträgern zu machen.

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

Zu Nummer 10

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

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

Zu Nummer 11 bis 13

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

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

Das nichtärztliche Personal wird entsprechend den Vorgaben des Kosten- und Leistungsnachweises nach § 16 Abs. 4 BPflV und der Krankenhaus-Buchführungsverordnung gegliedert. Dabei werden die Beschäftigten nicht mehr ausschließlich nach ihrer

abgeschlossenen Ausbildung, sondern in erster Linie nach Funktionsbereichen, d.h. nach der ausgeübten Tätigkeit, zugeordnet. Die neue Gliederung erlaubt eine Verknüpfung mit den entsprechenden Kostenarten und erleichtert die Beurteilung der Personalbesetzung. Die in Pflegeberufen Ausgebildeten werden auch nach ihrer abgeschlossenen Weiterbildung ausgewiesen.

Zu Nummer 14

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

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

Erhoben werden einzelne, anonymisierte Datensätze je entlassenen Patient. Hierdurch wird einerseits der Verarbeitungsaufwand der Krankenhäuser verringert und andererseits eine genauere und flexiblere Auswertung der Diagnosenstatistik erreicht. Beispielsweise können bei der Auswertung die Altersgruppierung und Verweildauerabstufungen (z.B. Kurzlieger) frei gewählt werden; hierdurch wird auch ein getrennter Ausweis von Patientengruppen möglich, die das Krankenhaus besonders belasten

(Stundenfälle innerhalb eines Tages und Kurzlieger). Darüber hinaus kann ohne nennenswerten Mehraufwand sowohl über das Merkmal "Wohngemeinde" eine Einzugsgebietestatistik als auch mit Hilfe der Merkmale "Fachabteilung" und "Geschlecht" eine Statistik der entlassenen Patienten erstellt werden.

Die Angaben sind nur von Krankenhausträgern zu machen.

Zu Nummer 15

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

Die Angaben sind nur von Krankenhausträgern zu machen.

Zu Nummer 16

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

Die Angaben sind nur von Krankenhausträgern zu machen.

Zu Nummer 17

Gegenüber der bisherigen Statistik werden die Pflegetage und die Krankenzugänge zusätzlich nach Fachabteilungen untergliedert. Außerdem werden Pflegetage der Intensivbehandlung oder -überwachung, Verlegungen innerhalb des Krankenhauses oder der Einrichtung sowie sog. Stundenfälle innerhalb eines Tages zusätzlich erfaßt. Dadurch werden die Belegung des Krankenhauses oder der Einrichtung und die Krankenzugänge trans-

parenter. Ferner wird die Möglichkeit, die fachabteilungsbezogen berechneten Verweildauern der Patienten zu beurteilen, deutlich verbessert.

Zu Nummer 18

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

Die Angaben sind nur von Krankenhausträgern zu machen.

Zu § 4: Hilfsmerkmale

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

Zu § 5: Periodizität und Berichtszeitraum

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

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

Zu § 6: Auskunftspflicht

Die Vorschrift macht deutlich, daß mit Ausnahme der Angabe eines Namens mit Telefonnummer für Rückfragen Auskunftspflicht besteht. Sie verpflichtet die Träger der Krankenhäuser und

Einrichtungen, die Fragen gemäß § 15 BStatG zu beantworten. Absatz 2 Satz 2 legt fest, welche Angaben von Trägern der Krankenhäuser und welche von Trägern der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen zu machen sind.

Zu § 7: Übermittlung

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

Zu § 8: Berlin-Klausel

Die Vorschrift enthält die notwendige Berlin-Klausel.

Zu § 9: Inkrafttreten

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

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

22.09.89

Beschluß

des Bundesrates

zur

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

Der Bundesrat hat in seiner 604. Sitzung am 22. September 1989 beschlossen, der Verordnung gemäß Artikel 80 Abs. 2 des Grundgesetzes nach Maßgabe der sich aus der Anlage ergebenden Änderungen zuzustimmen.

Anlage

Ä n d e r u n g e n

der

Verordnung über die Bundesstatistik für Krankenhäuser

(Krankenhausstatistik-Verordnung - KHStatV)

1. Zu § 1 Abs. 2, § 6 Abs. 2 Satz 3 -neu-

In § 6 Abs. 2 ist folgender neuer Satz 3 anzufügen:

"Der Träger von Krankenhäusern nach § 3 Nr. 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz hat Angaben zu den Erhebungsmerkmalen nach § 3 Nr. 1 bis 8, 14 und 17 zu machen, soweit Leistungen für Zivilpatienten erbracht werden."

Als Folge ist § 1 Abs. 2 wie folgt zu fassen:

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

Begründung:

Auch die Bundeswehrkrankenhäuser sollten in die Erhebungen aufgenommen werden. Für die Region Donau-Iller hat z.B. das Bundeswehrkrankenhaus Ulm mit den ca. 250 (von 600) Betten, die dem zivilen Bereich zur Verfügung stehen, im eigenen Interesse einen beachtlichen Versorgungsauftrag bis hin zu universitären Leistungen übernommen. Für die Krankenhausplanung ist es deshalb erforderlich, daß diese Leistungen erfaßt und aufbereitet werden. Dies ist nur durch die Einbeziehung dieser Krankenhäuser in die Statistikverordnung möglich. Die Auskunftsbereitschaft, "wesentliche Daten" den zuständigen Landesbehörden zu liefern, ist hierfür nicht ausreichend. Die in der bisherigen Begründung angeführten Abgrenzungen zum Bundeswehrbereich werden auch unabhängig von der Statistik erforderlich.

2. Zu § 3 Nr. 7

In § 3 ist in Nummer 7
das Wort "Zahl"
durch die Worte "Zahl und Art"
zu ersetzen.

Begründung:

Die Erfassung der Plätze für teilstationäre Behandlung ohne Differenzierung nach Art der Behandlung (z.B. Psychiatrie, Geriatrie) ist wenig sinnvoll.

3. Zu § 3 Nr. 14

In § 3 Nr. 14 sind nach dem Wort "Wohngemeinde" die Worte
", in den Stadtstaaten Stadtteile," einzufügen.

Begründung:

Die Stadtstaaten stellen einheitliche Versorgungsgebiete dar.

Dessenungeachtet müssen regionale Gesichtspunkte bei der Bedarfsplanung berücksichtigt werden.

Ziel der Krankenhausplanung ist ein bedarfsgerechtes, leistungsfähiges und regional ausgewogenes Versorgungsangebot.

Für die Krankenhausplanung der Stadtstaaten ist es daher notwendig, den Wohnsitz der Patienten innerhalb des Stadtgebietes sowie in dem zu versorgenden Umland (Bremen und Hamburg) zu ermitteln.

4. Zu § 3 Nr. 14

In § 3 Nr. 14 ist das Wort "Erkrankung" durch das Wort "ferner" zu ersetzen.

Begründung:

Anpassung an die Erhebungsmerkmale der Bundespflegesatzverordnung.

Im Rahmen der Diagnosestatistik nach der Bundespflegesatzverordnung werden auch nichtkranke Zustände (z.B. normale Gravidität, Organspender) erfaßt. Vorgehen ist hier die sogenannte V-Klassifikation (Leitfaden zur Erstellung der Diagnosestatistik, Bonn, 1986, S. 86).

5. Zu § 3 Nr. 14

In § 3 Nr. 14 sind die Worte "nach Hauptdiagnose" durch die Worte "nach im Zeitpunkt der Entlassung bekannter Hauptdiagnose" zu ersetzen.

Begründung

Bei manchen Patienten liegen die zur eindeutigen Diagnose notwendigen Untersuchungsergebnisse erst nach Entlassung des Patienten vor. In diesen Fällen stellt der Zusatz klar, daß nur die zum Zeitpunkt der Entlassung bekannten Hauptdiagnosen Gegenstand der Erhebung sein können.

6. Zu § 3 Nr. 17

In § 3 Nr. 17 sind die Worte "Krankenzugang und -abgang" durch die Worte "Patientenzugang und -abgang" zu ersetzen.

Begründung:

Anpassung an die Erhebungsmerkmale der Bundespflegesatzverordnung.

7. Zu § 5 Satz 3

In § 5 Satz 3 sind die Worte "1. März" durch die Worte "1. April" zu ersetzen.

Begründung

Die Meldung der erhobenen Daten schon bis zum 1. März wird praktische Schwierigkeiten bereiten, da sich erfahrungsgemäß zu Jahresbeginn die Erhebungen verzögern und bis zur Meldung der Daten auch noch die im ersten Ausdruck enthaltenen Fehler bereinigt werden müssen.

8. Zu § 7 Satz 2

In § 7 Satz 2 ist das Wort "Regierungsbezirksebene" durch das Wort "Kreisebene" zu ersetzen.

Begründung:

Eine Auswertung auf Regierungsebene ist für die Bedarfsplanung wenig hilfreich. Planungsebene ist in der Regel die Kreisebene. Auch auf dieser Ebene sind Rückschlüsse auf einzelne Patienten nicht möglich.

9. Zu § 7 Satz 4 -neu-

In § 7 ist folgender Satz 4 anzufügen:

"Die Statistischen Landesämter sind berechtigt, mit Zustimmung der Betroffenen jährlich im Rahmen eines Verzeichnisses Name, Anschrift, Träger, Art des Krankenhauses, Fachabteilungen und Bettenzahl von Krankenhäusern sowie von Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen zu veröffentlichen."

Begründung:

Zur Herstellung des Benehmens gemäß § 111 Abs. 4 SGB V benötigt die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde einen Überblick über die vorhandenen Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen. Daneben besteht ein hohes Informationsbedürfnis von Ärzten und Patienten an einem solchen Verzeichnis, das der Vollständigkeit halber auch die Krankenhäuser erfassen sollte. Letztlich sind vor allem auch die Träger selbst an einem solchen Verzeichnis interessiert.

10. Zu § 7 Abs. 2 -neu-

Der Text des § 7 wird Absatz 1; es ist folgender neuer Absatz 2 anzufügen:

"(2) Den obersten Landesbehörden können für Zwecke der Krankenhausplanung Tabellen nach Absatz 1 Satz 1 mit diagnosebezogenen Daten nach § 3 Nr. 14 für einzelne Krankenhäuser übermittelt werden, wenn nicht mehr als folgende 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."

Begründung:

Die Weitergabe der Ergebnisse der Diagnosestatistik an die Länder ist für Zwecke der Krankenhausplanung erforderlich. In der Verordnungsbegründung ist darauf hingewiesen, daß die Informationen darüber, in welchen Krankenhäusern sich die Patienten außerhalb ihres jeweiligen Wohnsitzes behandeln lassen, eine wichtige Grundlage für die Krankenhausplanung sind. Aufgabe der Statistik gem. § 28 Abs. 2 KHG ist auch, die statistischen Grundlagen für die Aufgaben der Länder und der Pflegesatzparteien im Rahmen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu schaffen. Im übrigen ergibt sich aus § 5 Abs. 1 Satz 2 und § 16 Abs. 4 des Bundesstatistikgesetzes, daß das Informationserfordernis der Länder zu berücksichtigen ist und die Verwendung für Zwecke der Planung möglich ist.

11. Zu § 9* Satz 1, 2

- a) In § 9 Satz 1 sind die Worte "mit Ausnahme des § 3 Nr. 14" durch die Worte "vorbehaltlich Satz 2" zu ersetzen.
- b) In § 9 ist Satz 2 wie folgt zu fassen:
"Es treten § 3 Nr. 11 bis 13 am 1. Januar 1991 und § 3 Nr. 14 am 1. Januar 1993 in Kraft."

Begründung:

Die auskunftspflichtigen Krankenhäuser müssen ausreichend Gelegenheit erhalten, sich in EDV-technischer Hinsicht auf die durch die Rechtsvorschrift entstehenden neuen Anforderungen einzustellen. Der Bundesrat geht davon aus, daß eine manuelle Aufbereitung der Daten für die Diagnosenstatistik in den statistischen Ämtern der Länder wegen des damit verbundenen Aufwands nicht möglich ist.