

Krankenhausstatistik 2017

– Krankenhäuser –
Teil I: Grunddaten

KH-G

Landesamt für Statistik Niedersachsen
Dezernat 23 -Bevölkerung, Gesundheit-
Postfach 91 07 64
30427 Hannover

Rücksendung bitte bis spätestens 1. April 2018

Institutionskennzeichen 1 _____
Institutionskennzeichen 2 _____
Institutionskennzeichen 3 _____
Institutionskennzeichen 4 _____
Institutionskennzeichen 5 _____

Ansprechpartner/-in für Rückfragen (freiwillige Angabe)

Name:

Telefon:

Telefax:

E-Mail:

Sie erreichen uns über

0511 9898 -Durchwahl

Frau Julia Schwarze -2127

Herr Carsten Lüders -2125

E-Mail: Gesundheit@Statistik.Niedersachsen.de

Land _____ Krankenhausnummer _____
(wird vom statistischen Amt ausgefüllt)

Unterrichtung nach § 17 Bundesstatistikgesetz (BStatG)¹

Zweck, Art und Umfang der Erhebung

Die Krankenhausstatistik ist eine jährliche Vollerhebung über Krankenhäuser ihre organisatorischen Einheiten, personelle und sachliche Ausstattung sowie die von ihnen erbrachten Leistungen. 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, Auskunftspflicht

Rechtsgrundlage ist die Krankenhausstatistik-Verordnung (KHStatV) in Verbindung mit dem BStatG. Erhoben werden die Angaben zu § 3 Satz 1 Nummer 1 bis 13 und 15 bis 17 KHStatV. Die Auskunftspflicht ergibt sich aus § 6 Absatz 1 Satz 1 KHStatV § 15 BStatG. Nach § 6 Absatz 2 Satz 1 KHStatV sind die Träger der Krankenhäuser auskunftspflichtig.

Nach § 11a Absatz 2 BStatG sind alle Unternehmen und Betriebe verpflichtet, ihre Meldungen 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 eine zeitlich befristete Ausnahme von der Online-Meldung vereinbart werden. Dies ist auf formlosen Antrag möglich. Die Verpflichtung, die geforderten Auskünfte zu erteilen, bleibt jedoch weiterhin bestehen.

Nach § 15 Absatz 7 BStatG haben Widerspruch und Anfechtungsklage gegen die Aufforderung zur Auskunftserteilung keine aufschiebende Wirkung.

Geheimhaltung

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

Nach § 7 Absatz 1 KHStatV in Verbindung mit § 16 Absatz 4 BStatG dürfen an die fachlich zuständigen obersten Bundes- und Landesbehörden für die Verwendung gegenüber den gesetzgebenden Körperschaften und für Zwecke der Planung,

¹ Den Wortlaut der nationalen Rechtsvorschriften in der jeweils geltenden Fassung finden Sie unter <https://www.gesetze-im-internet.de/>.

noch: Geheimhaltung

jedoch nicht für die Regelung von Einzelfällen vom Statistischen Bundesamt und den statistischen Ämtern der Länder Tabellen mit statistischen Ergebnissen übermittelt werden, 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.

1. Einzelangaben zu übermitteln, wenn die Einzelangaben so anonymisiert sind, dass sie nur mit einem unverhältnismäßig großen Aufwand an Zeit, Kosten und Arbeitskraft den Befragten oder Betroffenen zugeordnet werden können (faktisch anonymisierte Einzelangaben),
2. innerhalb speziell abgesicherter Bereiche des Statistischen Bundesamtes und der statistischen Ämter der Länder Zugang zu Einzelangaben ohne Name und Anschrift (formal anonymisierte Einzelangaben) zu gewähren, wenn wirksame Vorkehrungen zur Wahrung der Geheimhaltung getroffen werden.

Die Pflicht zur Geheimhaltung besteht auch für Personen, die Einzelangaben erhalten.

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.

Hilfsmerkmale, Krankenhausnummer und Löschung

Der Name des Krankenhausträgers, Name und Anschrift des Krankenhauses das/die Institutionskennzeichen 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 Abschluss der Überprüfung der Erhebungs- und Hilfsmerkmale auf ihre Schlüssigkeit und Vollständigkeit gelöscht. Bitte geben Sie **alle Institutionskennzeichen** an, die Ihrer Einrichtung zugeteilt sind. Die statistikintern vergebene Krankenhausnummer dient ebenfalls der technischen Durchführung der Statistik und enthält keine Merkmale über persönliche oder sachliche Verhältnisse.

Meldung zur Statistik

Für jedes Krankenhaus sind jährlich getrennte Angaben zu Teil I „Grunddaten“, Teil II „Diagnosen“ und Teil III „Kosten“ der Krankenhausstatistik zu machen. Die Angaben zu den Grunddaten sind bis zum **1. April 2018** 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 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.dkeg.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 2017 eine neue Version des Moduls genutzt werden muss. Die Vorgängerversion des Jahres 2016 ist nicht mehr gültig.

Krankenhausstatistik 2017

– 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 psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen, für die zum 1. Januar 2013 ein pauschalierendes Vergütungssystem gemäß § 17d Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) eingeführt wurde, das in den Jahren 2013 bis 2017 optional angewendet werden kann.

Soweit Krankenhäuser das pauschalierende Vergütungssystem noch nicht anwenden, ist die Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) in der am 31. Dezember 2012 geltenden Fassung weiterhin maßgeblich. Die Vorgaben zur Fallzählung bleiben für diese Krankenhäuser im Vergleich zu den Vorjahren unverändert.

Bei Umstieg auf das neue Vergütungssystem nach § 17d KHG sind die Vorgaben zur Fallzählung nach der Vereinbarung über die pauschalierenden Entgelte für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPPV) in der zum Umstiegszeitpunkt gültigen Fassung zu beachten. Diese Vorgaben finden ausschließlich in Verbindung mit der Abrechnung pauschalierender Entgelte für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) oder krankenhaushausindividueller Entgelte nach § 6 BPfIV Anwendung.

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 P67E nach § 1 Absatz 5 der Fallpauschalenvereinbarung 2017 (FPV 2017) 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:

Bundespflegesatzverordnung:

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 2017 – FPV 2017) 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 2017. 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, 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).

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 P67E nach § 1 Absatz 5 der Fallpauschalenvereinbarung 2017 (FPV 2017) **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 2017 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 2017 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 2017 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 P67E nach § 1 Absatz 5 der Fallpauschalenvereinbarung 2017 (FPV 2017) 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 2017 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 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).

Neu hinzugekommen ist der gesonderte Nachweis von Pflegepersonal, das im medizinisch-technischen Dienst (Schlüssel 101, 102, 103) und im Funktionsdienst (Schlüssel 301, 302, 303) eingesetzt ist.

Bitte orientieren Sie sich bei der Zuordnung des Pflegepersonals zu den Personalgruppen an den Zuordnungsvorschriften zum Kontenrahmen der Krankenhaus-Buchführungsverordnung (KHBV):

- Pflegepersonal im medizinisch-technischen Dienst (Schlüssel 101, 102, 103) entsprechend Konto 6002
- Pflegepersonal im Funktionsdienst (Schlüssel 301, 302, 303) entsprechend Konto 6003.

Für den Nachweis des Pflegepersonals, das in psychiatrischen Fachabteilungen beschäftigt ist (Zeilen 001, 011, 021, 031 und 041), zählen Sie bitte das Personal in folgenden Fachabteilungen (gegliedert nach den Gebiets- und Schwerpunktbezeichnungen der Musterweiterbildungsordnung): 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/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 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 („outsourcete“) 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 2017, **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 Nachtklinikplätze

Bitte ordnen Sie die Tages- und Nachtklinikplätze 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 BPfIV:

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.

Patienten/Patientinnen, die wegen derselben Erkrankung regelmäßig oder mehrfach teilstationär behandelt werden, werden **je Quartal als ein Fall** gezählt (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 2017).

Wenn für teilstationär behandelte Fälle tagesbezogene Entgelte vereinbart wurden, ist die o. g. Quartalszählung anzuwenden (§ 8 Absatz 2 Nummer 2 FPV 2017).

Teilstationäre Leistungen über BPfIV bei Anwendung des Vergütungssystems nach § 17d KHG

Bei der Abrechnung von tagesbezogenen teilstationären Entgelten zählt jede Aufnahme als ein Fall. Im Falle einer Wiederaufnahme oder Rückverlegung nach den Vorgaben des § 2 PEPPV werden gemäß § 1 Absatz 5 Satz 2 PEPPV die Aufenthalte zusammengefasst und insgesamt nur ein Fall gezählt.

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 Bundespflegesatzverordnung 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.

Bundespflegesatzverordnung:

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 Nachtklinikplätze, 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.

Muster

Krankenhausstatistik 2017

– 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 2017

– Krankenhäuser –

Teil I: Grunddaten

1 Allgemeine Angaben

Muster

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

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

1 Zulassung des Krankenhauses

Folgende Zulassungen von Krankenhäusern lassen sich unterscheiden:

Hochschulklinik:

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

Plankrankenhaus:

Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind.

Krankenhaus mit Versorgungsvertrag nach § 108 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

- Bundespflegesatzverordnung ☐
- 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.

Muster

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.

Muster

1.7 Entbindungen und Geburten im Berichtsjahr **5**

Anzahl

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

1.8 Nicht bettenführende Fachabteilungen **6**

Bitte jede Zeile ausfüllen

	Ja	Nein
Anästhesie	☐	☐
Biochemie	☐	☐
Humangenetik	☐	☐
Immunologie	☐	☐
Laboratoriumsmedizin	☐	☐
Nuklearmedizin (Diagnostik)	☐	☐
Pathologie	☐	☐
Radiologie	☐	☐
Rechtsmedizin	☐	☐
Transfusionsmedizin	☐	☐

1.9 Dialyseplätze

Plätze
Hämo-
dialyse

Plätze
Peritoneal-
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 P67E nach § 1 Absatz 5 der Fallpauschalenvereinbarung 2017 (FPV 2017) sind **nicht** einzubeziehen.

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

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

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

Die aufgestellten Betten lassen sich folgendermaßen untergliedern:

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

Aufgestellte Betten nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz:

Alle aufgestellten Betten, für die Fördermittel nach dem KHG (§ 8 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 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.

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 Krankbetten, 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

☐

Muster

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, Schwerbrandverletzungen, 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).

Muster

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 _____

Muster

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	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
Geriatrie	340																	340
Kinderchirurgie	350																	350
Kinderheilkunde	360																	360
darunter: Kinderkardiologie	363																	363
Neonatologie	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 2017 – 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:

Bundespflegesatzverordnung:
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 Belegungstage 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 2017 – FPV 2017) 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 2017. 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 P67E nach § 1 Absatz 5 der Fallpauschalenvereinbarung 2017 (FPV 2017) **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 2017 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 2017 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 2017 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 P67E nach § 1 Absatz 5 der Fallpauschalenvereinbarung 2017 (FPV 2017) 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 2017 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 verpflegt 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/ Beleg-ärztinnen	von Beleg-ärzten/ Belegärz-tinnen an-gestellte 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 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
- 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.

Muster

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) ^{22 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							
darunter: Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen	101							
Krankenpflegehelfer/-innen	102							
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen	103							
davon: Med.-techn. Assistenten/-innen (<i>ohne Zeile 120 bis 140</i>)	110							
Zytologieassistenten/-innen	120							
Med.-techn. Radiologieassistenten/-innen	130							
Med.-techn. Laboratoriumsassistenten/-innen	140							
Apothekenpersonal	150							
davon: Apotheker/-innen	151							
Pharmazeutisch-techn. Assistenten/-innen	152							
sonstiges Apothekenpersonal	153							
Krankengymnasten/-innen, Physiotherapeuten/-innen	160							
Masseure/-innen und medizinische Bademeister/-innen	180							
Logopäden/-innen	190							
Heilpädagogen/-innen	210							
Psychologen/-innen und Psychotherapeuten/-innen	220							
Diätassistenten/-innen	230							
Sozialarbeiter/-innen	240							
sonstiges med.- techn. Personal	250							
Funktionsdienst (einschl. dort tätiges Pflegepersonal)	300							
darunter: Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen	301							
Krankenpflegehelfer/-innen	302							
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen	303							
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).
Neu hinzugekommen ist der gesonderte Nachweis von Pflegepersonal, das im medizinisch-technischen Dienst (Schlüssel 101, 102, 103) und im Funktionsdienst (Schlüssel 301, 302, 303) eingesetzt ist.
Bitte orientieren Sie sich bei der Zuordnung des Pflegepersonals zu den Personalgruppen an den Zuordnungsvorschriften zum Kontenrahmen der Krankenhaus-Buchführungsverordnung (KHBV): – Pflegepersonal im medizinisch-technischen Dienst (Schlüssel 101, 102, 103) entsprechend Konto 6002 – Pflegepersonal im Funktionsdienst (Schlüssel 301, 302, 303) entsprechend Konto 6003. Für den Nachweis des Pflegepersonals, das in psychiatrischen Fachabteilungen beschäftigt ist (Zeilen 001, 011, 021, 031 und 041), zählen Sie bitte das Personal in folgenden Fachabteilungen (gegliedert nach den Gebiets- und Schwerpunktbezeichnungen der Musterweiterbildungsordnung): 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: – 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 („outgesourcte“) 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.

Fachabteilungen 18	Fachabteilungs- schlussel-	Behandlungen im Berichtsjahr 25		Tages- und Nachtklinikplätze im Berichtsjahr 26	Entlassungen aus der teilstationären Behandlung im Berichtsjahr 27	Teilstationäre Behandlungstage im Berichtsjahr 28	Fachabteilungs- schlussel
		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
Geriatrie	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

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 2017, **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 BPfIV:

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.

Patienten/Patientinnen, die wegen derselben Erkrankung regelmäßig oder mehrfach teilstationär behandelt werden, werden **je Quartal als ein Fall** gezählt (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 krankenhausindividuell 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 2017).

Wenn für teilstationär behandelte Fälle tagesbezogene Entgelte vereinbart wurden, ist die o. g. Quartalszählung anzuwenden (§ 8 Absatz 2 Nummer 2 FPV 2017).

Teilstationäre Leistungen über BPfIV bei Anwendung des Vergütungssystems nach § 17d KHG

Bei der Abrechnung von tagesbezogenen teilstationären Entgelten zählt jede Aufnahme als ein Fall. Im Falle einer Wiederaufnahme oder Rückverlegung nach den Vorgaben des § 2 PEPPV werden gemäß § 1 Absatz 5 Satz 2 PEPPV die Aufenthalte zusammengefasst und insgesamt nur ein Fall gezählt.

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 Bundespflegesatzverordnung 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.

Bundespflegesatzverordnung:

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).