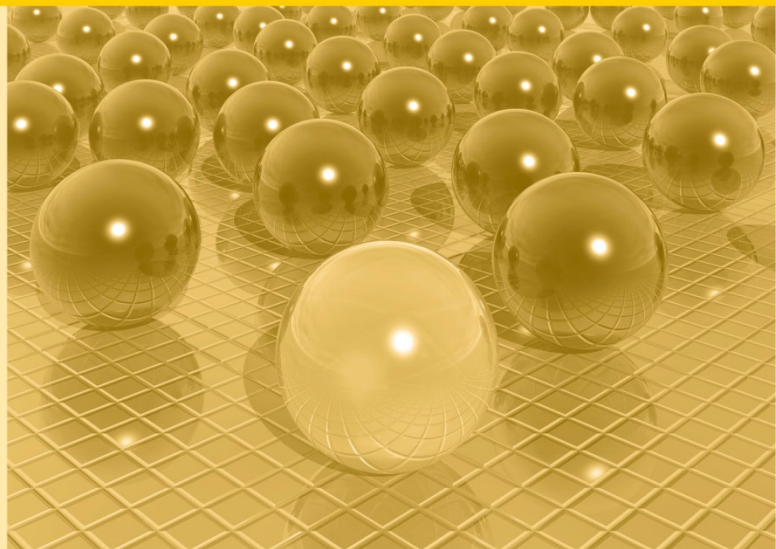


# Metadatenreport



Teil II: Produktspezifische Informationen zur Nutzung der *DRG-Statistik 2023 für die On-Site-Nutzung*

DOI: 10.21242/23141.2023.00.00.1.1.0 (KDFV)  
10.21242/23141.2023.00.00.2.1.0 (GWAP)

Version 1

## Impressum

Herausgeber: Statistische Ämter des Bundes und der Länder  
Herstellung: Information und Technik Nordrhein-Westfalen  
Telefon 0211 9449-01 • Telefax 0211 9449-8000  
Internet: [www.forschungsdatenzentrum.de](http://www.forschungsdatenzentrum.de)  
E-Mail: [forschungsdatenzentrum@it.nrw.de](mailto:forschungsdatenzentrum@it.nrw.de)

### Fachliche Informationen

zu dieser Veröffentlichung:

Statistisches Bundesamt  
Forschungsdatenzentrum

Tel.: 0611 75-2420  
Fax: 0611 75-3915  
[forschungsdatenzentrum@destatis.de](mailto:forschungsdatenzentrum@destatis.de)

### Informationen zum Datenangebot:

Statistisches Bundesamt  
Forschungsdatenzentrum

Tel.: 0611 75-2420  
Fax: 0611 75-3915  
[forschungsdatenzentrum@destatis.de](mailto:forschungsdatenzentrum@destatis.de)

Forschungsdatenzentrum der  
Statistischen Ämter der Länder  
– Geschäftsstelle –  
Tel.: 0211 9449-2873  
Fax: 0211 9449-8087  
[forschungsdatenzentrum@it.nrw.de](mailto:forschungsdatenzentrum@it.nrw.de)

Erscheinungsfolge: unregelmäßig  
Erschienen im Oktober 2024

Diese Publikation wird kostenlos als PDF-Datei zum Download unter [www.forschungsdatenzentrum.de](http://www.forschungsdatenzentrum.de) angeboten.

© Information und Technik Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf, 2023  
(im Auftrag der Herausbergemeinschaft)

Vervielfältigung und Verbreitung, nur auszugsweise, mit Quellenangabe gestattet. Alle übrigen Rechte bleiben vorbehalten.

Fotorechte Umschlag: ©artSILENCEcom – Fotolia.com

### Empfohlene Zitierung:

Forschungsdatenzentren der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder: Metadatenreport. Teil II: Produktspezifische Informationen zur Nutzung der DRG-Statistik 2023 für die On-Site-Nutzung (EVAS-Nummer: 23141). Version 1. DOI: 10.21242/23141.2023.00.00.1.1.0 (KDFV), 10.21242/23141.2023.00.00.2.1.0 (GWAP). Wiesbaden 2024.

# Metadatenreport

---

Teil II: Produktspezifische Informationen zur Nutzung der *DRG-Statistik 2023 für die On-Site-Nutzung*

DOI: 10.21242/23141.2023.00.00.1.1.0 (KDFV)  
10.21242/23141.2023.00.00.2.1.0 (GWAP)

Version 1



## **Inhalt**

<b>1</b>	<b>Datenaufbereitung in den FDZ.....</b>	<b>4</b>
1.1	Datenaufbereitung .....	4
1.2	Anonymisierungsmaßnahmen .....	4
1.3	Methodik der Verknüpfung.....	4
<b>2</b>	<b>Produkt .....</b>	<b>5</b>
2.1	Merkmale und Merkmalsbeschreibung .....	5
2.2	Vergleichbarkeit der Merkmale über die Zeit .....	24
2.3	Eckwerte relevanter Merkmale und Merkmalskombinationen .....	25
2.4	Auswertbare regionale Ebene.....	30
<b>3</b>	<b>Praktische Hinweise .....</b>	<b>30</b>
3.1	Hinweise zur Geheimhaltung .....	30
3.1.1	Gesetzliche Grundlagen der statistischen Geheimhaltung .....	30
3.1.2	Geheimhaltung von Ergebnissen .....	31
3.1.3	Praktische Tipps zur Vermeidung von Geheimhaltungsfällen ...	31
3.2	FAQ .....	32
3.3	Verfügbare Tools .....	32

# **1 Datenaufbereitung in den FDZ**

## **1.1 Datenaufbereitung**

Aus den Daten wurden alle Hilfsmerkmale und direkte Identifikatoren gelöscht, da diese aus Anonymisierungsgründen nicht bereitgestellt werden dürfen. Das Institutskennzeichen des Krankenhauses (ik), der entlassende Standort (entl\_ort) sowie die Fallnummer des Krankenhausfalles (fall\_nr) werden jeweils durch systemfreie Identifikatoren ersetzt.

Ferner werden die Daten gefiltert, sodass ausschließlich vollstationäre und reine DRG-Fälle enthalten bleiben (typ\_fall = 1 und typ\_bereich = 1).

## **1.2 Anonymisierungsmaßnahmen**

Zur Wahrung der Geheimhaltung darf das dritte Geschlecht nicht veröffentlicht werden. Es erfolgt eine Zuordnung der Merkmalsausprägung „divers“ und „unbestimmt“ zu den Kategorien „männlich“ und „weiblich“ per Zufallsprinzip.

Über die Ersetzung der direkten Identifikatoren durch systemfreie Nummern hinaus, wurden durch die FDZ keine Maßnahmen zur Anonymisierung der Daten vorgenommen.

## **1.3 Methodik der Verknüpfung**

Da zur Erstellung dieses Produkts keine Daten verknüpft wurden, entfällt dieser Punkt.

## 2 Produkt

### 2.1 Merkmale und Merkmalsbeschreibung

Variable	Beschreibung	Format	Länge	Schlüssel	Fehlende Werte	Anmerkungen
kh_land	Bundesland des Krankenhauses	a	2	01 = Schleswig-Holstein 02 = Hamburg 03 = Niedersachsen 04 = Bremen 05 = Nordrhein-Westfalen 06 = Hessen 07 = Rheinland-Pfalz 08 = Baden-Württemberg 09 = Bayern 10 = Saarland 11 = Berlin 12 = Brandenburg 13 = Mecklenburg-Vorpommern 14 = Sachsen 15 = Sachsen-Anhalt 16 = Thüringen		klassifiziert nach dem AGS zum 31.12. des Berichtsjahres.
kh_rb	Regierungsbezirk des Krankenhauses	a	1	0 – 9		klassifiziert nach dem AGS zum 31.12. des Berichtsjahres. Auswertungen auf dieser regionalen Ebene aus Geheimhaltungsgründen nicht möglich.
kh_kreis	Kreis des Krankenhauses	a	2	0 – 93		klassifiziert nach dem AGS zum 31.12. des Berichtsjahres Auswertungen auf dieser regionalen Ebene aus Geheimhaltungsgründen nicht möglich.

kh_gem	Gemeinde des Krankenhauses	a	3	0 – 690		klassifiziert nach dem AGS zum 31.12. des Berichtsjahres Auswertungen auf dieser regionalen Ebene aus Geheimhaltungsgründen nicht möglich.
kh_plz	Postleitzahl des Krankenhauses	a	5	1067 – 99976		Auswertungen auf dieser regionalen Ebene aus Geheimhaltungsgründen nicht möglich.
kh_typ_gem3	Regionstyp des Krankenhauses	a	2	01 = Städtische Region 02 = Region mit Verstärkeransätzen 03 = Ländliche Region		Erläuterung unter <a href="http://www.bbsr.bund.de">www.bbsr.bund.de</a>
pat_land	Bundesland der Patientin/des Patienten	a	2	01 = Schleswig-Holstein 02 = Hamburg 03 = Niedersachsen 04 = Bremen 05 = Nordrhein-Westfalen 06 = Hessen 07 = Rheinland-Pfalz 08 = Baden-Württemberg 09 = Bayern 10 = Saarland 11 = Berlin 12 = Brandenburg 13 = Mecklenburg-Vorpommern 14 = Sachsen 15 = Sachsen-Anhalt 16 = Thüringen au = Ausland un = unbekannt		klassifiziert nach dem AGS zum 31.12. des Berichtsjahres.
pat_rb	Regierungsbezirk der Patientin/des Patienten	a	1	0 – 9 a = Ausland u = unbekannt		klassifiziert nach dem AGS zum 31.12. des Berichtsjahres.
pat_kreis	Kreis der Patientin/des Patienten	a	2	00 – 93 au = Ausland un = unbekannt		klassifiziert nach dem AGS zum 31.12. des Berichtsjahres.
pat_gem	Gemeinde der Patientin/des Patienten	a	3	0 – 999 aus = Ausland unb = unbekannt		klassifiziert nach dem AGS zum 31.12. des Berichtsjahres. Ohne Aggregation kommt es auf dieser tiefen regionalen Ebene zu Geheimhaltungsproblemen.



pat_ags5	Kreis der Patientin/des Patienten nach dem AGS 5-Steller	a	5	01001 – 16077 ausaa = Ausland unbuu = unbekannt		klassifiziert nach dem AGS zum 31.12. des Berichtsjahres.
pat_typ_gem3	Regionstyp der Patientin/des Patienten	a	2	01 = Städtische Region 02 = Region mit Verstärkeransätzen 03 = Ländliche Region	ja	Erläuterung unter <a href="http://www.bbsr.bund.de">www.bbsr.bund.de</a>
sex	Geschlecht	a	1	m = männlich w = weiblich u = unbekannt		
sex_orginal	Geschlecht	a	1	m = männlich w = weiblich d = divers x = unbestimmt		Auswertungen aus Geheimhaltungsgründen nicht möglich. Für Auswertungen nach Geschlecht Variable „sex“ verwenden.
alter	Alter in Jahren	n	8	999 = unbekannt		
typ_alter	Alter gruppiert	n	3	1 = 0 Jahre 2 = 1 bis 4 Jahre 3 = 5 bis 9 Jahre 4 = 10 bis 14 Jahre 5 = 15 bis 19 Jahre 6 = 20 bis 24 Jahre 7 = 25 bis 29 Jahre 8 = 30 bis 34 Jahre 9 = 35 bis 39 Jahre 10 = 40 bis 44 Jahre 11 = 45 bis 49 Jahre 12 = 50 bis 54 Jahre 13 = 55 bis 59 Jahre 14 = 60 bis 64 Jahre 15 = 65 bis 69 Jahre 16 = 70 bis 74 Jahre 17 = 75 bis 79 Jahre 18 = 80 bis 84 Jahre 19 = 85 bis 89 Jahre 20 = 90 bis 94 Jahre 21 = 95 bis 110 Jahre 22 = unbekannt		
geb_jahr	Geburtsjahr	n	8	Vierstellige Geburtsjahrangabe (JJJJ)		

geb_monat	Geburtsmonat (nur für unter 1-Jährige)	n	8	0 = 1 Jahr und älter 1 = 1 Monat 2 = 2 Monat 3 = 3 Monat 4 = 4 Monat 5 = 5 Monat 6 = 6 Monat 7 = 7 Monat 8 = 8 Monat 9 = 9 Monat 10 = 10 Monat 11 = 11 Monat 12 = 12 Monat		
alter_tage	Alter in Tagen (nur für unter 1-Jährige)	n	8	0 = 1 Jahr und älter		Die Angabe erfolgt nur bei Kindern bis zur Vollendung des 1. Lebensjahrs. Sie wird für die DRG-Zuordnung benötigt. Bei Neugeborenen mit Aufnahmetag = Geburtsdatum ist „1“ anzugeben.
typ_geb	Zusatzinformation Neugeborene: Im Geburtsmonat aufgenommen	n	3	1 = Ja 2 = Nein	ja	
aufn_anl	Aufnahmeanlass	a	1	E = Einweisung durch eine Ärztin/einen Arzt Z = Einweisung durch eine Zahnärztin/einen Zahnarzt N = Notfall R = Aufnahme nach vorausgehender Behandlung in einer Rehabilitationseinrichtung V = Verlegung mit Behandlungsdauer im verlegenden Krankenhaus länger als 24 Stunden A = Verlegung mit Behandlungsdauer im verlegenden Krankenhaus bis zu 24 Stunden (für Aufnahmen ab dem 1.1.2007) G = Geburt		Für Neugeborene ist bei gemeinsamer Entlassung mit der Mutter ‚06‘ (Geburt) als Aufnahmegrund und der Aufnahmeanlass ‚G‘ anzugeben. Wird das Neugeborene nicht gemeinsam mit der Mutter entlassen oder verlegt, sind bei dem Neugeborenen der Aufnahmegrund ‚01‘ und der Aufnahmeanlass ‚G‘ anzugeben.
aufn_grd	Aufnahmegrund	n	3	1 = Krankenhausbehandlung, vollstationär 2 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung 5 = stationäre Entbindung 6 = Geburt 7 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003 8 = stationäre Aufnahme zur Organentnahme		

aufn_gew	Aufnahmegewicht in Gramm (nur für unter 1-Jährige)	n	8	. = 1 Jahr und älter	ja	Nur bei Kindern bis zur Vollendung des 1. Lebensjahres, bei Neugeborenen zählt das Geburtsgewicht.
beatm	Beatmungszeit in Stunden	n	8			
entl_grd	Entlassungsgrund	n	3	1 = Behandlung regulär beendet 2 = Behandlung regulär beendet, nächste Behandlung vorgesehen 3 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet 4 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet 5 = Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers (bei tagesbezogenen Entgelten) 6 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus 7 = Tod 8 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Kooperation 9 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung 10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung 11 = Entlassung in ein Hospiz 13 = externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung 14 = Behandlung aus sonst. Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 15 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 17 = interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG 22 = Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung 23 = Beginn eines externen Aufenthalts mit Abwesenheit über Mitternacht (BpflV-Bereich, für verlegende Fachabteilung) 24 = Beendigung eines externen Aufenthalts mit Abwesenheit über Mitternacht (BpflV-Bereich, für Pseudo-Fachabteilung 0003) 25 = Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung, §4 PEPPV 2013) 26 = Beginn eines Zeitraumes ohne direkten Patientenkontakt (stationsäquivalente Behandlung) 25 = Beendigung eines Zeitraumes ohne direkten Patientenkontakt (stationsäquivalente Behandlung – für Pseudofachabteilung 0004) 28 = Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen 29 = Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt 30 = Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege – für Fälle mit Aufnahme ab dem 01.11.2021 33 = Ungeplante Beendigung eines externen Aufenthalts bei tagesstationärer Behandlung – Notfall 99 = Entlassungsgrund fehlt		Die Angabe „13“ bezieht sich auf eine Untermenge der ehemals unter „6“ zusammengefassten Krankenhäuser. Die Angabe „6“ bezieht sich nunmehr nur noch auf externe Verlegungen in Krankenhäuser, sofern nicht in eine psychiatrische oder psychosomatische Abteilung verlegt wird.

icd_hd3	ICD-Code 3Steller Hauptdiagnose	a	3			Diagnoseschlüssel in der gültigen ICD-10GM-Version analog zur § 301-Vereinbarung.
icd_hd4	ICD-Code 4Steller Hauptdiagnose	a	4			Diagnoseschlüssel in der gültigen ICD-10GM-Version analog zur § 301-Vereinbarung.
icd_hd	ICD-Code Hauptdiagnose 5Steller	a	5			Diagnoseschlüssel in der gültigen ICD-10GM-Version analog zur § 301-Vereinbarung.
icd_nd1 - icd_nd89	ICD-Code Nebendiagnose	a	5		ja	Diagnoseschlüssel in der gültigen ICD-10GM-Version analog zur § 301-Vereinbarung.
dia_art1-dia_art90	Diagnoseart	a	5	HD = Hauptdiagnose ND = Nebendiagnose SD = Sekundärdiagnose UN = unbekannt	ja	Diese Zusatzangabe zu den ICD-Diagnosevariablen liegt nicht plausibilisiert vor. Daher enthält diese Angabe nur bei den ICD-Codes, die nicht nachträglich im Plausibilisierungsprozess geändert wurden, gültige Werte. Bei ICD-Codes, die nachplausibilisiert wurden, ist in dieser entsprechenden Zusatzangabe „UN“ enthalten. Die Variable dia_art1 bezieht sich auf die Hauptdiagnose. Die Variablen dia_art2 bis dia_art90 beziehen sich auf die Nebendiagnosen 1 bis 89.

icd_ve1-icd_ve90	ICD-Version	n	4	vierstellige Berichtsjahrangabe (JJJJ) 9999 = unbekannt	ja	Diese Zusatzangabe zu den ICD-Diagnosevariablen liegt nicht plausibilisiert vor. Daher enthält diese Angabe nur bei den ICD-Codes, die nicht nachträglich im Plausibilisierungsprozess geändert wurden, gültige Werte. Bei ICD-Codes, die nachplausibilisiert wurden, ist in dieser entsprechenden Zusatzangabe „9999“ enthalten. Die Variable icd_ve1 bezieht sich auf die Hauptdiagnose. Die Variablen icd_ve2 bis icd_ve90 beziehen sich auf die Nebendiagnosen 1 bis 89.
icd_lo1-icd_lo90	ICD-Lokalisation (Zusatzinformation zum Diagnoseschlüssel)	a	1	R = rechts L = links B = beidseitig U = unbekannt	ja	Diese Zusatzangabe zu den ICD-Diagnosevariablen liegt nicht plausibilisiert vor. Daher enthält diese Angabe nur bei den ICD-Codes, die nicht nachträglich im Plausibilisierungsprozess geändert wurden, gültige Werte. Bei ICD-Codes, die nachplausibilisiert wurden, ist in dieser entsprechenden Zusatzangabe ein „U“ enthalten. Die Variable icd_lo1 bezieht sich auf die Hauptdiagnose. Die Variablen icd_lo2 bis icd_lo90 beziehen sich auf die Nebendiagnosen 1 bis 89.
drgh	DRG-Code (Leit-DRG-Code vom InEK gruppiert)	a	4			
partition	DRG-Partition (M, O, A)	a	1	M = medizinische Fallpauschale O = operative Fallpauschale A = andere Fallpauschalen	ja	
split	Aufteilung einer Basis-DRG nach Schweregrad bzw. Ressourcenverbrauch, 4. Stelle der DRG-Notation	a	4	A – Z		

ops_ko1 - ops_ko101	OPS-Code	a	6	99999 = unbekannt	ja	Prozedurenschlüssel in der gültigen OPS-Version analog zur § 301- Vereinbarung
typ_op	Operation lt. Kap. 5	n	3	1 = Ja 2 = Nein		
z_bel_oper	Anzahl Beteiligung/ Durchführung Belegoperateurin/innen, Belegoperateur/e	n	8		ja	
z_bel_an	Anzahl Beteiligung/ Durchführung Belegansästhesistin/innen, Beleganästhesist/en	n	8		ja	
z_bel_heb	Anzahl Beteiligung/ Durchführung Beleghebamme/n	n	8		ja	
bel_oper1- bel_oper101	Belegoperateur/in	a	1	J = Ja, Beteiligung / Durchführung Belegoperateur/in N = Nein, keine Beteiligung / Durchführung Belegoperateur/in U = unbekannt	ja	Diese Zusatzangabe zu den OPS-Codes liegt nicht plausibilisiert vor. Daher enthält diese Angabe nur bei den OPS-Codes, die nicht nachträglich im Plausibilisierungsprozess geändert wurden, gültige Werte. Bei OPS-Codes, die nachplausibilisiert wurden, ist in dieser entsprechenden Zusatzangabe ein „U“ enthalten.
bel_an1-bel_an101	Belegansästhesist/in	a	1	J = Ja, Beteiligung / Durchführung Belegansästhesist/in N = Nein, keine Beteiligung / Durchführung Belegansästhesist/in U = unbekannt	ja	Diese Zusatzangabe zu den OPS-Codes liegt nicht plausibilisiert vor. Daher enthält diese Angabe nur bei den OPS-Codes, die nicht nachträglich im Plausibilisierungsprozess geändert wurden, gültige Werte. Bei OPS-Codes, die nachplausibilisiert wurden, ist in dieser entsprechenden Zusatzangabe ein „U“ enthalten.

bel_heb1- bel_heb101	Beleghebamme	a	1	J = Ja, Beteiligung / Durchführung Beleghebamme N = Nein, keine Beteiligung / Durchführung Beleghebamme U = unbekannt	ja	Diese Zusatzangabe zu den OPS-Codes liegt nicht plausibilisiert vor. Daher enthält diese Angabe nur bei den OPS-Codes, die nicht nachträglich im Plausibilisierungsprozess geändert wurden, gültige Werte. Bei OPS-Codes, die nachplausibilisiert wurden, ist in dieser entsprechenden Zusatzangabe ein „U“ enthalten.
ops_ve1- ops_ve101	OPS-Version	n	4	vierstellige Berichtsjahrangabe 9999 = unbekannt	ja	Diese Zusatzangabe zu den OPS-Codes liegt nicht plausibilisiert vor. Daher enthält diese Angabe nur bei den OPS-Codes, die nicht nachträglich im Plausibilisierungsprozess geändert wurden, gültige Werte. Bei OPS-Codes, die nachplausibilisiert wurden, ist in dieser entsprechenden Zusatzangabe „9999“ enthalten.
dat_ops1- dat_ops101	OPS-Datum	a	8	Datumsangabe im Format JJJJMMTT 99999999 = unbekannt	ja	Diese Zusatzangabe zu den OPS-Codes liegt nicht plausibilisiert vor. Daher enthält diese Angabe nur bei den OPS-Codes, die nicht nachträglich im Plausibilisierungsprozess geändert wurden, gültige Werte. Bei OPS-Codes, die nachplausibilisiert wurden, ist in dieser entsprechenden Zusatzangabe „99999999“ enthalten.
zeit_ops1- zeit_ops101	OPS-Uhrzeit	a	4	Uhrzeitangabe im Format hhmm 9999 = unbekannt	ja	Diese Zusatzangabe zu den OPS-Codes liegt nicht plausibilisiert vor. Daher enthält diese Angabe nur bei den OPS-Codes, die nicht nachträglich im Plausibilisierungsprozess geändert wurden, gültige Werte. Bei OPS-Codes, die nachplausibilisiert wurden, ist in dieser entsprechenden Zusatzangabe ein „9999“ enthalten.

ops_lo1-ops_lo101	OPS-Lokalisation (Zusatzinformation zum Prozedurenschlüssel)	a	1	R = rechts L = links B = beidseitig U = unbekannt	ja	Diese Zusatzangabe zu den OPS-Codes liegt nicht plausibilisiert vor. Daher enthält diese Angabe nur bei den OPS-Codes, die nicht nachträglich im Plausibilisierungsprozess geändert wurden, gültige Werte. Bei OPS-Codes, die nachplausibilisiert wurden, ist in dieser entsprechenden Zusatzangabe ein „U“ enthalten.
fab1 - fab100	Fachabteilung	a	8	0 = Pseudo-Fachabteilung für den Krankenhausbezug bei internen Verlegungen und/oder Rückverlegungen und/oder Wiederaufnahmen und/oder bei externem Aufenthalt mit Abwesenheit über Mitternacht 1 = Pseudo-Fachabteilung für den Aufenthalt bei Rück-Rückverlegung 2 = Pseudo-Fachabteilung für den externen Aufenthalt bei Wiederaufnahme 5 = Pseudo-Fachabteilung für Zeitraum ohne direkten Patientenkontakt (bei voll- oder teilstationärer Behandlung im Entgeltbereich DRG) 6 = Pseudo-Fachabteilung für die Rückkehr in das Krankenhaus bei tagesstationärer Behandlung  01 = Innere Medizin 0102 = Schwerpunkt Geriatrie 0103 = Schwerpunkt Kardiologie 0104 = Schwerpunkt Nephrologie 0105 = Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie 0106 = Schwerpunkt Endokrinologie 0107 = Schwerpunkt Gastroenterologie 0108 = Schwerpunkt Pneumologie 0109 = Schwerpunkt Rheumatologie 0114 = Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde 0150 = Tumorforschung 0151 = Schwerpunkt Coloproktologie 0152 = Schwerpunkt Infektionskrankheiten 0153 = Schwerpunkt Diabetes 0154 = Schwerpunkt Naturheilkunde 0156 = Schwerpunkt Schlaganfallpatienten (Stroke units, Artikel 7 § 1 Abs. 3 GKV-SolG)  02 = Geriatrie 0224 = Schwerpunkt Frauenheilkunde 0260 = Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze) 0261 = Nachtambulanz (für teilstationäre Pflegesätze)  03 = Kardiologie	ja	Zusätzlich zu „00“ kann in der 3. und 4. Stelle „90“ bis „98“ individuell genutzt werden, um spezialisierte Fachabteilungen zu verschlüsseln, für die kein bundeseinheitlicher Fachabteilungsschlüssel vorgesehen ist. Bei dieser Differenzierung von Fachabteilungen kommt es im Rahmen der Datenübermittlung nicht auf die exakte Benennung der Art der Spezialisierung oder des Schwerpunktes der Fachabteilung an. Voraussetzung für das Verfahren ist, dass die Vertragsparteien im Rahmen der Pflegesatzvereinbarung gemeinsam die oben beschriebene Festlegung der Fachabteilungsschlüssel vornehmen.  Fachabteilungsschlüssel, bei denen nach BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung 50 % APS-intensiv abgerechnet werden kann und deren Abteilungspflegesätze bei gleichzeitiger Abrechnung eines Sonderentgeltes nicht um 20 % zu ermäßigen sind: - 0436 - 1136 - 1536



			<p>04 = Nephrologie 0410 = Schwerpunkt Pädiatrie 0436 = Intensivmedizin</p> <p>05 = Hämatologie und internistische Onkologie 0510 = Schwerpunkt Pädiatrie 0524 = Schwerpunkt Frauenheilkunde 0533 = Schwerpunkt Strahlenheilkunde</p> <p>06 = Endokrinologie 0607 = Schwerpunkt Gastroenterologie 0610 = Schwerpunkt Gastroenterologie</p> <p>07 = Gastroenterologie 0706 = Schwerpunkt Endokrinologie 0710 = Schwerpunkt Pädiatrie</p> <p>08 = Pneumologie</p> <p>09 = Rheumatologie 0910 = Schwerpunkt Pädiatrie</p> <p>10 = Pädiatrie 1004 = Schwerpunkt Nephrologie 1005 = Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie 1006 = Schwerpunkt Endokrinologie 1007 = Schwerpunkt Gastroenterologie 1009 = Schwerpunkt Rheumatologie 1011 = Schwerpunkt Kinderkardiologie 1012 = Schwerpunkt Neonatologie 1014 = Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde 1028 = Schwerpunkt Kinderneurologie 1050 = Schwerpunkt Perinatalmedizin 1051 = Langzeitbereich Kinder</p> <p>11 = Kinderkardiologie 1136 = Schwerpunkt Intensivmedizin</p> <p>12 = Neonatologie</p> <p>13 = Kinderchirurgie</p> <p>14 = Lungen- und Bronchialheilkunde 1410 = Schwerpunkt Pädiatrie</p> <p>15 = Allgemeine Chirurgie 1513 = Schwerpunkt Kinderchirurgie 1516 = Schwerpunkt Unfallchirurgie 1518 = Schwerpunkt Gefäßchirurgie 1519 = Schwerpunkt Plastische Chirurgie 1520 = Schwerpunkt Thoraxchirurgie</p>	<p>- 2036 - 2050 - 2136 - 2150 - 36xx</p> <p>Sonderregelung für Pseudo-Fachabteilungen im ETL-Segment der Entlassungsanzeige:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 0000: Pseudo-Fachabteilung für den Krankenhausbezug (relevante „Fachabteilung“ für die DRG-Gruppierung) bei internen Verlegungen und / oder Rückverlegungen und / oder Wiederaufnahme und / oder bei externem Aufenthalt mit Abwesenheit über Mitternacht.</li> <li>- 0001: Pseudo-Fachabteilung für den Aufenthalt bei Rückverlegung</li> <li>- 0002: Pseudo-Fachabteilung für den externen Aufenthalt bei Wiederaufnahme.</li> <li>- 0003: Pseudo-Fachabteilung für den externen Aufenthalt mit Abwesenheit über Mitternacht im BPfIVBereich (Hinweis: „0003“ wird als Fachabteilungsschlüssel bei einem externen Aufenthalt mit Abwesenheit über Mitternacht für Versicherte in Krankenhäusern, die gemäß BPfIV vergütet werden angewendet (unabhängig von der Anwendung des neuen Vergütungssystems nach § 17d KHG)).</li> </ul>
--	--	--	--	---

			<p>1523 = Schwerpunkt Orthopädie  1536 = Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3, 2. Halbs. BPfIV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)  1550 = Schwerpunkt Abdominal- und Gefäßchirurgie  1551 = Schwerpunkt Handchirurgie</p> <p>16 = Unfallchirurgie  17 = Neurochirurgie  18 = Gefäßchirurgie  19 = Plastische Chirurgie</p> <p>20 = Thoraxchirurgie  2021 = Schwerpunkt Herzchirurgie  2036 = Intensivmedizin  2050 = Schwerpunkt Herzchirurgie Intensivmedizin</p> <p>21 = Herzchirurgie  2118 = Schwerpunkt Gefäßchirurgie  2120 = Schwerpunkt Thoraxchirurgie  2136 = Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3 2. Halbsatz BPfIV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)  2150 = Schwerpunkt Thoraxchirurgie Intensivmedizin</p> <p>22 = Urologie</p> <p>23 = Orthopädie  2309 = Schwerpunkt Rheumatologie  2315 = Schwerpunkt Chirurgie  2316 = Orthopädie und Unfallchirurgie</p> <p>24 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe  2402 = Schwerpunkt Geriatrie  2405 = Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie  2406 = Schwerpunkt Endokrinologie  2425 = Frauenheilkunde</p> <p>25 = Geburtshilfe</p> <p>26 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde</p> <p>27 = Augenheilkunde</p> <p>28 = Neurologie  2810 = Schwerpunkt Pädiatrie  2851 = Schwerpunkt Gerontologie  2852 = Schwerpunkt Neurologische Frührehabilitation  2856 = Schwerpunkt Schlaganfallpatienten/-patientinnen (Stroke units, Artikel 7 §1 Abs. 3 GKV-SolG)</p>		
--	--	--	---	--	--

			<p>29 = Allgemeine Psychiatrie  2928 = Schwerpunkt Neurologie  2930 = Schwerpunkt Kinder- und Jugendpsychiatrie  2931 = Schwerpunkt Psychosomatik/Psychotherapie  2950 = Schwerpunkt Suchtbehandlung  2951 = Schwerpunkt Gerontopsychiatrie  2952 = Schwerpunkt Forensische Behandlung  2953 = Schwerpunkt Suchtbehandlung, Tagesklinik  2954 = Schwerpunkt Suchtbehandlung, Nachtambulanz  2955 = Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Tagesklinik  2956 = Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Nachtambulanz  2960 = Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)  2961 = Nachtambulanz (für teilstationäre Pflegesätze)</p> <p>30 = Kinder- und Jugendpsychiatrie  3060 = Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)  3061 = Nachtambulanz (für teilstationäre Pflegesätze)</p> <p>31 = Psychosomatik/Psychotherapie  3110 = Schwerpunkt Kinder- und Jugendpsychosomatik  3160 = Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)  3161 = Nachtambulanz (für teilstationäre Pflegesätze)</p> <p>32 = Nuklearmedizin  3233 = Schwerpunkt Strahlenheilkunde</p> <p>33 = Strahlenheilkunde  3305 = Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie  3350 = Schwerpunkt Radiologie</p> <p>34 = Dermatologie  3460 = Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)</p> <p>35 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie</p> <p>36 = Intensivmedizin  3601 = Schwerpunkt Innere Medizin  3603 = Schwerpunkt Kardiologie  3610 = Schwerpunkt Pädiatrie  3617 = Schwerpunkt Neurochirurgie  3618 = Schwerpunkt Chirurgie  3621 = Herzchirurgie  3622 = Schwerpunkt Urologie  3624 = Schwerpunkt Frauenheilkunde und Geburtshilfe  3626 = Schwerpunkt Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde  3628 = Schwerpunkt Neurologie  3650 = Schwerpunkt Chirurgie  3651 = Thorax-Herzchirurgie</p>		
--	--	--	---	--	--

				3652 = Herz-Thoraxchirurgie 37 = Sonstige Fachabteilung 3750 = Angiologie 3751 = Radiologie 3752 = Palliativmedizin 3753 = Schmerztherapie 3754 = Heiltherapeutische Abteilung 3755 = Wirbelsäulenchirurgie 3756 = Suchtmedizin 3757 = Visceralchirurgie 3758 = Weaningeinheit		
fab_max	Fachabteilung mit längster Verweildauer	a	8	siehe fab1 – fab100		
tage_fa1 - tage_fa100	Verweildauer Fachabteilung	n	8			
tage_max	Längste Verweildauer	n	8		ja	Bei mehreren Fachabteilungen: Tatsächlich verbrachte Tage in der fab_max
dat_aufn_fa1- dat_aufn_fa100	Datum der Aufnahme in die Fachabteilung	a	8	Datumsangabe im Format JJJJMMTT 99999999 = unbekannt		Diese Zusatzangabe zu den FAB-Codes liegt nicht plausibilisiert vor. Daher enthält diese Angabe nur bei den FAB-Codes, die nicht nachträglich im Plausibilisierungsprozess geändert wurden, gültige Werte. Bei FAB-Codes, die nachplausibilisiert wurden, ist in dieser entsprechenden Zusatzangabe ein „99999999“ enthalten.
zeit_aufn_fa1- zeit_aufn_fa100	Uhrzeit der Aufnahme in die Fachabteilung	a	8	Uhrzeitangabe im Format hhmm		Diese Zusatzangabe zu den FAB-Codes liegt nicht plausibilisiert vor. Daher enthält diese Angabe nur bei den FAB-Codes, die nicht nachträglich im Plausibilisierungsprozess geändert wurden, gültige Werte. Bei FAB-Codes, die nachplausibilisiert wurden, ist in dieser entsprechenden Zusatzangabe ein „9999“ enthalten.
dat_entl_fa1- dat_entl_fa100	Datum der Verlegung aus der Fachabteilung	a	8	Datumsangabe im Format JJJJMMTT		Diese Zusatzangabe zu den FAB-Codes liegt nicht plausi-

						bilisiert vor. Daher enthält diese Angabe nur bei den FAB-Codes, die nicht nachträglich im Plausibilisierungsprozess geändert wurden, gültige Werte. Bei FAB-Codes, die nachplausibilisiert wurden, ist in dieser entsprechenden Zusatzangabe ein „99999999“ enthalten.
zeit_entl_fa1- zeit_entl_fa100	Uhrzeit der Verlegung aus der Fachabteilung	a	8	Uhrzeitangabe im Format hhmm		Diese Zusatzangabe zu den FAB-Codes liegt nicht plausibilisiert vor. Daher enthält diese Angabe nur bei den FAB-Codes, die nicht nachträglich im Plausibilisierungsprozess geändert wurden, gültige Werte. Bei FAB-Codes, die nachplausibilisiert wurden, ist in dieser entsprechenden Zusatzangabe ein „9999“ enthalten.
typ_abt	Abteilungstyp	n	3	1 = nur Hauptabteilung 2 = nur Belegabteilung 3 = nur besondere Einrichtung 4 = mehrere verschiedene Belegungen		
abt_art1 - abt_art100	Abteilungsart	a	8	HA = Hauptabteilung BA = Belegabteilung BE = Besondere Einrichtungen	ja	

ik	Institutionskennzeichen (systemfrei)	a	9			
fall_nr	Anonymisierte Fallnummer (systemfrei)	n	8			
entl_ort	Entlassender Standort (6-Steller) (systemfrei)	n	6			Die Aufschlüsselung ist nur erforderlich, wenn ein Krankenhaus über mehrere Standorte verfügt und unter einem einheitlichen Institutionskennzeichen abrechnet. Andernfalls steht in den Daten eine Null.
entl_ort9	Entlassender Standort (9-Steller) (systemfrei)	a	9			Die Aufschlüsselung ist nur erforderlich, wenn ein Krankenhaus über mehrere Standorte verfügt und unter einem einheitlichen Institutionskennzeichen abrechnet. Andernfalls steht in den Daten eine Null.
auf_monat	Monat der Aufnahme in das Krankenhaus	n	3	zweistellige Monatsangabe		
aufn_jahr	Jahr der Aufnahme in das Krankenhaus	n	4	vierstellige Jahresangabe		
dat_aufn	Datum der Aufnahme in das Krankenhaus	a	8	Datumsangabe im Format JJJJMMTT		
zeit_aufn	Uhrzeit der Aufnahme in das Krankenhaus	a	4	Uhrzeitangabe im Format hhmm		
dat_entl	Datum der Entlassung aus dem Krankenhaus	a	8	Datumsangabe im Format JJJJMMTT		
zeit_entl	Uhrzeit der Entlassung aus dem Krankenhaus	a	4	Uhrzeitangabe im Format hhmm		
tage	Verweildauer (Stundenfälle werden als 1 Tag berechnet)	n	8			

typ_vwd	Typ Verweildauer	n	3	01 = std_fall = 1 02 = tage = 1 03 = tage = 2 04 = tage = 3 05 = tage = 4 06 = tage = 5 07 = tage = 6 08 = tage = 7 09 = tage <= 9 10 = tage <= 12 11 = tage <= 14 12 = tage <= 21 13 = tage <= 28 14 = tage <= 35 15 = tage <= 42 16 = tage <= 70 17 = tage <= 182 18 = tage <= 365 19 = tage <= 99999		
std_fall	Stundenfall	n	3	1 = Ja 2 = Nein		

cm	Case Mix (CM)	n	8		<p>Der Case Mix ergibt sich aus der Addition der effektiven Bewertungsrelationen aller behandelten Krankenhausfälle im jeweiligen Berichtsjahr. In die Berechnung ist die effektive Bewertungsrelation der DRG-Fallpauschale des Behandlungsfalls einbezogen. Berücksichtigt werden dabei tagesbezogene Abschläge bei Unterschreitung der unteren Grenzverweildauer und Zuschläge bei Überschreitung der oberen Grenzverweildauer sowie Verlegungen nach den Regelungen der Fallpauschalenverordnung.</p> <p>Zusatzentgelte sowie nicht mit dem Fallpauschalenkatalog bewertete und vergütete vollstationäre Leistungen sind in der Berechnung nicht eingeschlossen.</p> <p>Die Pflegepersonalkosten werden für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen durch ein krankenhausespezifisches Pflegebudget finanziert. Bei der Berechnung sind deshalb die Pflegepersonalkosten nicht mit enthalten.</p>
cm_n	Gültige Fälle (Zählvariable für den Case Mix)	n	8		<p>Zählvariable, die den Wert 1 annimmt, wenn cm und cm_vol gültige Werte aufweisen.</p>



cm_vol	Case Mix Erlösvolumen in EURO	n	8		<p>Das bewertete Erlösvolumen wird ermittelt aus dem Produkt der effektiven Bewertungsrelation und dem jeweiligen Landesbasisfallwert (mit Angleichungsbetrag) der behandelten Krankenhausfälle.</p> <p>Zusatzentgelte und nicht mit dem Fallpauschalenkatalog vergütete vollstationäre Leistungen sind in der Berechnung nicht eingeschlossen.</p> <p>Die Pflegepersonalkosten werden für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen durch ein krankenhausindividuelles Pflegebudget finanziert. Bei der Berechnung sind deshalb die Pflegepersonalkosten nicht mit enthalten.</p>
--------	-------------------------------	---	---	--	---

## 2.2 Vergleichbarkeit der Merkmale über die Zeit

Die Merkmale sind grundsätzlich über die Zeit vergleichbar. Zu beachten ist, dass einige Variablen nicht in allen Berichtsjahren vorkommen. Dies ist in der Datensatzbeschreibung über alle Berichtsjahre veranschaulicht, welche zu finden ist unter:

<https://www.forschungsdatenzentrum.de/de/gesundheit/drg>.

Ferner ist zu beachten, dass sich die Klassifikationen, nach denen die Haupt- und Nebendiagnosen sowie die durchgeführten Operationen- und Prozeduren codiert sind, über die Zeit ändern. Maßgeblich für das jeweilige Berichtsjahr ist immer die für das Erhebungsjahr gültige Form der Klassifikation.

Die für das Berichtsjahr 2023 relevante ICD-10-GM-Klassifikation der Haupt- und Nebendiagnosen findet sich unter folgendem Link:

[https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-10-GM/Kode-Suche/\\_node.html](https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-10-GM/Kode-Suche/_node.html).

Der für das Berichtsjahr 2023 relevante Operationen- und Prozeduren-schlüssel ist dagegen unter folgendem Link zu finden:

[https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/OPS-ICHI/OPS/Kode-Suche/\\_node.html](https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/OPS-ICHI/OPS/Kode-Suche/_node.html).

## 2.3 Eckwerte relevanter Merkmale und Merkmalskombinationen

Bundesland der Patientinnen und Patienten	Häufigkeit	Prozent
Schleswig-Holstein	558.973	3,36
Hamburg	307.682	1,85
Niedersachsen	1.580.405	9,5
Bremen	115.263	0,69
Nordrhein-Westfalen	3.982.987	23,95
Hessen	1.219.903	7,34
Rheinland-Pfalz	861.074	5,18
Baden-Württemberg	1.805.006	10,85
Bayern	2.504.225	15,06
Saarland	221.167	1,33
Berlin	651.202	3,92
Brandenburg	557.849	3,35
Mecklenburg-Vorpommern	363.621	2,19
Sachsen	815.278	4,9
Sachsen-Anhalt	502.445	3,02
Thüringen	505.667	3,04
Unbekannt	78.328	0,47
<b>Summe</b>	<b>16.631.075</b>	<b>100</b>

Bundesland des Krankenhauses	Häufigkeit	Prozent
Schleswig-Holstein	503.393	3,03
Hamburg	433.340	2,61
Niedersachsen	1.487.577	8,94
Bremen	166.632	1
Nordrhein-Westfalen	4.024.844	24,2
Hessen	1.187.296	7,14
Rheinland-Pfalz	801.538	4,82
Baden-Württemberg	1.850.585	11,13
Bayern	2.549.730	15,33
Saarland	236.223	1,42
Berlin	750.444	4,51
Brandenburg	463.003	2,78
Mecklenburg-Vorpommern	364.501	2,19
Sachsen	836.684	5,03
Sachsen-Anhalt	476.836	2,87
Thüringen	498.449	3
<b>Summe</b>	16.631.075	100

Geschlecht der Patientinnen und Patienten	Häufigkeit	Prozent
Männlich	8.005.062	48,13
Weiblich	8.626.013	51,87
<b>Summe</b>	16.631.075	100

<b>Alter der Patientinnen und Patienten</b>	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>
0 bis 9 Jahre	1.386.107	8,33
10-19 Jahre	491.208	2,95
20-29 Jahre	897.534	5,4
30-39 Jahre	1.311.798	7,89
40-49 Jahre	1.086.471	6,53
50-59 Jahre	1.969.747	11,84
60-69 Jahre	2.847.542	17,12
70 und älter	6.640.631	39,93
Unbekannt	37	0,00
<b>Summe</b>	<b>16.631.075</b>	<b>100</b>

Hauptdiagnosen nach ICD-10-GM	Häufigkeit	Prozent
I. Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00 – B99)	517.801	3,11
II. Neubildungen (C00 – D48)	1.770.064	10,64
III. Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems (D50 – D90)	116.677	0,7
IV. Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00 – E90)	499.603	3
V. Psychische und Verhaltensstörungen (F00 – F99)	200.941	1,21
VI. Krankheiten des Nervensystems (G00 – G99)	601.856	3,62
VII. Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde (H00 – H59)	307.399	1,85
VIII. Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes (H60 – H95)	126.096	0,76
IX. Krankheiten des Kreislaufsystems (I00 – I99)	2.620.793	15,76
X. Krankheiten des Atmungssystems (J00 – J99)	1.231.200	7,4
XI. Krankheiten des Verdauungssystems (K00 – K93)	1.714.209	10,31
XII. Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00 – L99)	246.641	1,48

<b>XIII. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00 – M99)</b>	1.438.320	8,65
<b>XIV. Krankheiten des Urogenitalsystems (N00 – N99)</b>	1.023.036	6,15
<b>XV. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00 – O99)</b>	881.283	5,3
<b>XVI. Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben (P00 – P96)</b>	175.456	1,05
<b>XVII. Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien (Q00 – Q99)</b>	88.899	0,53
<b>XVIII. Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind (R00 – R99)</b>	715.087	4,3
<b>XIX. Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (S00 – T98)</b>	1.759.277	10,58
<b>XX. - XXII. Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität; Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen; Schlüsselnummern für besondere Zwecke (U00 – Z99)</b>	596.437	3,59
<b>Summe</b>	16.631.075	100

## **2.4 Auswertbare regionale Ebene**

Die tiefste auswertbare regionale Ebene ist die Gemeinde des Krankenhauses oder der Patientin/des Patienten. Darüber hinaus ist das Verknüpfen der Daten unter bestimmten Bedingungen auf Ebene des Krankenhauses möglich. Die Verknüpfung erfolgt durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der FDZ. Eine Auswertung der Daten auf Krankenhausebene ist nicht möglich. Die entsprechende Information wird vor der Bereitstellung der Daten an den Datennutzenden gelöscht.

## **3 Praktische Hinweise**

### **3.1 Hinweise zur Geheimhaltung**

#### **3.1.1 Gesetzliche Grundlagen der statistischen Geheimhaltung**

Unter Geheimhaltung versteht man das Herstellen der absoluten Anonymität der Ergebnisse statistischer Analysen. Konkret bedeutet das, dass im Rahmen der Geheimhaltung sichergestellt wird, dass mit den veröffentlichten Ergebnissen keine Rückschlüsse auf einen Einzelfall (z.B. Person, Betrieb, Einrichtung) gezogen werden können. Statistische Geheimhaltung wird überall dort angewendet, wo statistische Ergebnisse oder Einzeldaten die geschützten Räume der amtlichen Statistik verlassen.

Die Geheimhaltung in der amtlichen Statistik ist in § 16 Bundesstatistikgesetz (BStatG) geregelt und beinhaltet, dass Einzelangaben über persönliche und sachliche Verhältnisse, die für eine Bundesstatistik angegeben werden, von den jeweils durchführenden statistischen Stellen geheim zu halten sind, soweit es keine anderslautenden Bestimmungen gibt. Dies wird auch als Statistikgeheimnis bezeichnet. Das Statistikgeheimnis verpflichtet die amtliche Statistik, die erhaltenen Informationen zu schützen, d.h. sie in einer Form zu anonymisieren, die keine Rückschlüsse mehr auf die betreffende Person und den dargelegten Sachverhalt enthält. Die Geheimhaltung ist auch im Hinblick auf die informationelle Selbstbestimmung von besonderem Interesse: Viele Erhebungen der amtlichen Statistik unterliegen der Auskunftspflicht, somit steht es den Befragten nicht frei, selbst zu entscheiden, ob sie eine Information weitergeben möchten. Die amtliche Statistik muss deshalb sicherstellen, dass die erhobenen Daten keinem Befragten zugeordnet werden können.



Das BStatG sieht jedoch auch Fälle vor, in denen das Statistikgeheimnis nicht gilt. In § 16 BStatG sind die Ausnahmen von der Geheimhaltungspflicht dargelegt. Unter anderem wird dort festgelegt, unter welchen Umständen die Daten der amtlichen Statistik für die Wissenschaft zugänglich gemacht werden dürfen und welche Regeln dabei einzuhalten sind.

### **3.1.2 Geheimhaltung von Ergebnissen**

Um die gesetzlich vorgeschriebene Geheimhaltung von Einzelfällen in den Daten sicherzustellen, müssen alle Ergebnisse, die per Kontrollierter Datenfernverarbeitung (KDFV) und am Gastwissenschaftsarbetsplatz (GWAP) erzeugt werden, vor ihrer Freigabe an die Nutzenden von den FDZ einer Geheimhaltungsprüfung unterzogen werden. Dabei stellen die FDZ sicher, dass die Ergebnisse absolut anonym sind und eine Reidentifikation einzelner Befragter nach menschlichem Ermessen ausgeschlossen werden kann. Entsprechend handeln auch die Fachabteilungen der Statistischen Ämter vor der Veröffentlichung von Ergebnissen.

Zur Sicherstellung der Geheimhaltung wenden die FDZ verschiedene Geheimhaltungsregeln an, die jeweils individuell auf die jeweilige Statistik zugeschnitten sind. In der Broschüre „Regelungen zur Auswertung von Mikrodaten in den Forschungsdatenzentren der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder“ werden die gebräuchlichsten Regeln zur primären Geheimhaltung dargestellt. Diese Regeln werden in den FDZ im Grunde auf alle Statistiken angewendet. Die Anlage dieser Broschüre enthält Informationen darüber, welche Geheimhaltungsregeln auf welche Statistiken anzuwenden sind.

Die Broschüre finden Sie hier:

[www.forschungsdatenzentrum.de/de/geheimhaltung](http://www.forschungsdatenzentrum.de/de/geheimhaltung).

### **3.1.3 Praktische Tipps zur Vermeidung von Geheimhaltungsfällen**

Treten in den erstellten Analysen Geheimhaltungsfälle auf, werden diese Werte von den FDZ zur Sicherstellung der Geheimhaltung durch ein Sperrmuster ersetzt. Gerade in Kreuztabellen entstehen so durch die notwendige Sekundärspernung schnell viele „Löcher“ in den Auswertungen. Da eine einmal zur Sekundärspernung herangezogene Tabellenzelle auch in allen folgenden Analysen gesperrt werden muss (tabellenübergreifende Geheimhaltung) – auch, wenn es in der neu erstellten Tabelle nicht nötig wäre – ist es sinnvoll, bei jeder Ergebniserstellung darauf zu achten,

dass möglichst keine Geheimhaltungsfälle erzeugt werden. Treten in einem Output Geheimhaltungsfälle auf, steht es dem betreuenden FDZ frei, die Prüfung und Freigabe des Outputs abzulehnen.

Um Geheimhaltungsfälle in den Analysen zu vermeiden, sollte immer darauf geachtet werden, dass die erstellten Analysen auf ausreichend großen Fallzahlen beruhen. Bei geringen Fallzahlen empfiehlt es sich, Variablen-ausprägungen zusammenzufassen und damit größere Fallzahlen zu erzielen.

## **3.2 FAQ**

Bitte wenden Sie sich bei auftretenden Fragen an den im Impressum für fachliche Informationen genannten FDZ-Standort.

## **3.3 Verfügbare Tools**

Mit Hilfe des SAS-Makros newvar können neue Dummy- und Summen-Variablen auf Grundlage von Nebendiagnosen sowie Operationen- und Prozedurenschlüssel flexibel erstellt werden. Das Makro wählt hierbei in Abhängigkeit von nutzerspezifischen Parametern eine effiziente Methode zur Erstellung neuer Variablen. Ziel ist es, die Rechenzeiten der Analysen zu verkürzen. Weitere Informationen zum SAS-Makro newvar finden sich unter dem folgenden Link:

<https://www.forschungsdatenzentrum.de/sites/default/files/arbeitpapier-44.pdf>.

