



Krankenhausstatistik 2016

– Krankenhäuser –
Teil II: Diagnosen (maschinelle Lieferung)

KH-D Information und Technik
Nordrhein-Westfalen
Geschäftsbereich Statistik
Referat 512
40193 Düsseldorf

Rücksendung bitte bis 1. April 2017

Anschrift
des Trägers

Anschrift
des Krankenhauses

Ansprechpartner/-in für Rückfragen (freiwillige Angabe)

Name:

Telefon:

Telefax:

E-Mail:

Bei Rückfragen erreichen Sie uns unter: Telefon: 0211 9449-Durchwahl
Herr Bonzelett -2866
Telefax: 0211 9449-8000
E-Mail: karl-hans.bonzelett@it.nrw.de

Unterrichtung nach § 17 Bundesstatistikgesetz

Art, Umfang und Zweck der Erhebung

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

Rechtsgrundlagen

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

Erhoben werden die Angaben zu § 3 Nummer 14 KHStatV. Die Auskunftspflicht ergibt sich aus § 6 KHStatV in Verbindung mit § 15 BStatG. Danach sind die Träger der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen auskunftspflichtig. Gemäß § 15 Absatz 6 BStatG haben Widerspruch und Anfechtungsklage gegen die Aufforderung zur Auskunftserteilung keine aufschiebende Wirkung.

Land Krankenhausnummer
(wird vom statistischen Amt ausgefüllt)

Geheimhaltung

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

Eine Übermittlung der erhobenen Angaben ist nach § 7 Absatz 1 KHStatV in Verbindung mit § 16 Absatz 4 BStatG an die fachlich zuständigen obersten Bundes- und Landesbehörden in Form von Tabellen mit statistischen Ergebnissen zulässig, auch soweit Tabellenfelder nur einen einzigen Fall ausweisen. Dies gilt nicht für die diagnosebezogenen Daten nach § 3 Nummer 14 KHStatV, soweit sie differenzierter als auf Kreisebene ausgewiesen werden. Mit Zustimmung der Krankenhäuser können den obersten Landesbehörden nach § 7 Absatz 3 KHStatV für Zwecke der Krankenhausplanung Tabellen mit statistischen Ergebnissen des Teils II Diagnosen der Krankenhausstatistik für einzelne Krankenhäuser übermittelt werden, auch soweit Tabellenfelder nur einen einzigen Fall ausweisen, wenn nicht mehr als die folgenden Daten verbunden werden:

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

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

noch: Unterrichtung nach § 17 Bundesstatistikgesetz

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

Hilfsmerkmale, Trennen und Löschen, Ordnungsnummern

Der Name des Krankenhausträgers, Name und Anschrift des Krankenhauses sowie Name, E-Mail-Adresse, Telefon- und Telefaxnummer der für Rückfragen zur Verfügung stehenden Person sind Hilfsmerkmale, die lediglich der technischen Durchführung der Erhebung dienen. Sie werden nach abgeschlossener Prüfung

Weitere Informationen zur Krankenhausstatistik

Abgrenzung des Erhebungsbereichs „Krankenhaus“

Die Erhebung erstreckt sich auf alle Krankenhäuser einschließlich der mit ihnen verbundenen Ausbildungsstätten. Ausgenommen sind Krankenhäuser im Straf- oder Maßregelvollzug sowie Polizeikrankenhäuser. Krankenhäuser im Sinne dieser Erhebung sind Einrichtungen, die gemäß § 107 Absatz 1 SGB V

- der Krankenhausbehandlung oder Geburtshilfe dienen,
- fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende, ihrem Versorgungsauftrag entsprechende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und nach wissenschaftlich anerkannten Methoden arbeiten,
- mit Hilfe von jederzeit verfügbarem ärztlichem, Pflege-, Funktions- und medizinisch-technischem Personal darauf eingerichtet sind, vorwiegend durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten der Patienten/Patientinnen zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern oder Geburtshilfe zu leisten,

und in denen

- die Patienten/Patientinnen untergebracht und gepflegt werden können.

Von Krankenhäusern zu unterscheiden sind Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen im Sinne von § 107 Absatz 2 SGB V sowie stationäre Pflegeeinrichtungen im Sinne von § 71 Absatz 2 SGB XI. Für Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen sind eigene Fragebogen auszufüllen, auch wenn sie vom selben Träger auf demselben Grundstück/im gleichen Gebäude betrieben werden. Stationäre Pflegeeinrichtungen sind nicht Gegenstand der Krankenhausstatistik.

Maßgeblich für die statistische Erfassung eines Krankenhauses ist jede organisatorische Einheit, die unter einheitlicher Verwaltung steht und für die auf Grundlage der kaufmännischen Buchführung ein Jahresabschluss erstellt wird. Ein Krankenhaus als Einheit kann mehrere selbstständig geleitete Fachabteilungen oder Fachkliniken umfassen, wie z. B. bei Universitätskliniken. In diesem Fall ist die Meldung für das gesamte Krankenhaus abzugeben.

Meldung zur Statistik

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

Die Angaben zu den Diagnosen sind bis zum **1. April 2017** an das zuständige statistische Amt zu übermitteln.

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

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

der Angaben vernichtet bzw. gelöscht. Die verwendete Krankenhausnummer dient ebenfalls der technischen Durchführung der Statistik; sie enthält keine Merkmale über persönliche oder sachliche Verhältnisse.

Mit Zustimmung der Betroffenen sind die Statistischen Ämter der Länder gemäß § 7 Absatz 2 KHStatV berechtigt, jährlich im Rahmen eines Verzeichnisses Name, Anschrift, Träger, Art des Krankenhauses, Fachabteilungen und Bettenzahl von Krankenhäusern sowie von Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen zu veröffentlichen.

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

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

Bei den Eintragungen sind Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben sicherzustellen. Die allgemeinen Grundsätze für die Dokumentation und Qualitätskontrolle der Daten, wie sie der „Leitfaden zur Medizinischen Basisdokumentation nach § 301 SGB V“ enthält, sind zu berücksichtigen. Bitte achten Sie darauf, dass die hier nachgewiesene Anzahl der entlassenen stationären Patienten/Patientinnen einschließlich Sterbefälle mit den Angaben zu Teil I Grunddaten („2 Krankbetten, Berechnungs- und Belegungstage und Patientenbewegung“, Spalte 11 und Spalte 17) übereinstimmt. In diesen Vergleich werden die nicht krankheitsbedingt behandlungsbedürftigen Neugeborenen entsprechend den Fallpauschalen P66D und P67D nach § 1 Absatz 5 der Fallpauschalenvereinbarung 2016 (FPV 2016) nicht mit einbezogen, da sie im Teil I Grunddaten nicht zu zählen sind.

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

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

XML: Die Liefervereinbarungen finden Sie unter

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

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

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

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



Krankenhausstatistik 2016

KH-D

– Krankenhäuser –
Teil II: Diagnosen (maschinelle Lieferung)

Beachten Sie folgende Hinweise:

In der Krankenhausdiagnosestatistik werden alle im Jahr 2016 entlassenen vollstationär behandelten Patienten/Patientinnen (einschließlich Sterbefälle) und nicht krankheitsbedingt behandlungsbedürftige Neugeborene entsprechend den Fallpauschalen P66D und P67D nach § 1 Absatz 5 der Fallpauschalenvereinbarung 2016 (FPV 2016), im Folgenden „gesunde Neugeborene“ genannt, nachgewiesen. Erfasst wird die ununterbrochene vollstationäre Behandlung im Krankenhaus, unabhängig von der Zahl der dabei durchlaufenen Fachabteilungen. Bitte achten Sie darauf, dass die hier nachgewiesene Anzahl der entlassenen vollstationären Patienten/Patientinnen einschließlich Sterbefälle mit den Angaben zu Teil I Grunddaten („2 Krankbetten, Berechnungs- und Belegungstage und Patientenbewegung“, Spalte 11 und Spalte 17) übereinstimmt.

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

Fälle, die nach der Bundespflegesatzverordnung abgerechnet werden:

Gilt in 2016 für Krankenhäuser nach § 17b Absatz 1 Satz 1 zweiter Halbsatz KHG bzw. § 1 Absatz 1 BPfIV.

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

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

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

Gilt in 2016 für Krankenhäuser nach § 17b Absatz 1 Satz 1 erster Halbsatz KHG.

Für jeden Patienten/jede Patientin, für den/die eine G-DRG-Fallpauschale abgerechnet wurde, die einen vollstationären Aufenthalt umfasst, sind nach Abgang aus der vollstationären Behandlung die im Datensatz enthaltenen Fragen vollständig zu beantworten. Diese Angaben betreffen auch die im Krankenhaus verstorbenen Patienten/Patientinnen, sofern sie zuvor vollstationär im Krankenhaus aufgenommen wurden. Bitte nehmen Sie auch gesunde Neugeborene in den Nachweis auf. Nicht nachgewiesen werden vorstationär, nachstationär, teilstationär oder ambulant behandelte Patienten/Patientinnen sowie Begleitpersonen. Bitte beachten Sie, dass bei einer Wiederaufnahme nach § 2 und einer Rückverlegung nach § 3 Absatz 3 der Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser (Fallpauschalenvereinbarung 2016 – FPV 2016) die Aufenthalte zu einem Fall zusammen zu führen sind.

Erläuterungen zum Datensatz

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

1 Krankenhausnummer

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

5 Zu- und Abgangsdatum

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

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

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

Sollte es sich jedoch um eine Wiederaufnahme nach § 2 oder eine Rückverlegung nach § 3 Absatz 3 FPV 2016 handeln, werden die Fälle zu einem Fall zusammengeführt. Geben Sie dann bitte das Aufnahmedatum des ersten Aufenthalts und das Entlassungsdatum des letzten Aufenthalts an.

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

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

7 Verweildauer

Für die Verweildauer geben Sie bitte die Anzahl der Berechnungs-/Belegungstage an. Sollte es sich in einem Einzelfall jedoch um eine Wiederaufnahme nach § 2 oder eine Rückverlegung nach § 3 Absatz 3 FPV 2016 handeln, so darf die tatsächliche Verweildauer auch kürzer sein als die rechnerische Differenz aus Zugangs- und Abgangsdatum.

8 Sterbefall

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

9 Hauptdiagnose (Entlassdiagnose G-DRG-Datensatz)

Die Hauptdiagnose soll gemäß den Deutschen Kodierlinien angegeben werden.

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

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

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

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

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

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

10 Operation im Zusammenhang mit der Hauptdiagnose

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

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

11 Fachabteilung mit der längsten Verweildauer

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

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

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

Sind einzelne Fachabteilungen des Krankenhauses nicht in selbstständige Fachrichtungen/Fachbereiche

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

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

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

20 Postleitzahl

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

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

21 Wohnort

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

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

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

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

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

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

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

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

22 Gemeindepflichtschlüssel

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

Wir bedanken uns sehr herzlich für Ihre Mitarbeit.

Schlüssel der Fachabteilungen

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

120 Augenheilkunde

Chirurgie

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

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

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

220 Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

250 Haut- und Geschlechtskrankheiten

Herzchirurgie

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

Innere Medizin

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

340 Geriatrie

350 Kinderchirurgie

Kinderheilkunde

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

390 Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie

510 Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

540 Neurochirurgie

570 Neurologie

630 Nuklearmedizin

Orthopädie

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

800 Plastische Chirurgie

Psychiatrie und Psychotherapie

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

830 Psychotherapeutische Medizin/Psychosomatik

870 Strahlentherapie

900 Urologie

930 Sonstige Fachbereiche/Allgemeinmedizin bzw. Krankenhaus ohne abgegrenzte Fachabteilungen