

# Diagnosen der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen



2018

Erscheinungsfolge: jährlich  
Erschienen am 09/09/2020

Ihr Kontakt zu uns:  
[www.destatis.de/kontakt](http://www.destatis.de/kontakt)  
Telefon:+49 (0) 611 / 75 24 05

# Kurzfassung

<b>1 Allgemeine Angaben zur Statistik</b>	<b>Seite 3</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Grundgesamtheit</i>: Teilerhebung von Patientinnen und Patienten, die im Berichtsjahr aus vollstationärer Behandlung in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen mit mehr als 100 Betten entlassen wurden.</li><li>• <i>Räumliche Abdeckung</i>: Deutschland, Gemeindeebene</li><li>• <i>Berichtszeitraum</i>: 1. Januar bis 31. Dezember</li><li>• <i>Periodizität</i>: Jährlich</li><li>• <i>Rechtsgrundlagen</i>: Krankenhausstatistik-Verordnung, Bundesstatistikgesetz</li></ul>	
<b>2 Inhalte und Nutzerbedarf</b>	<b>Seite 4</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Inhalte der Statistik</i>: Hauptdiagnosen der Patientinnen und Patienten nach soziodemographischen Merkmalen.</li><li>• <i>Nutzerbedarf</i>: Informationen über das Morbiditätsgeschehen und die Morbiditätsentwicklung in der stationären Versorgung</li><li>• <i>Nutzerkonsultation</i>: Nutzerkonferenzen, Rückmeldungen im Rahmen nationaler und internationaler Gremien sowie des Auskunftsdienstes</li></ul>	
<b>3 Methodik</b>	<b>Seite 4</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Konzept der Datengewinnung</i>: Seit 2013 verpflichtende Datenlieferung auf elektronischem Weg.</li><li>• <i>Durchführung der Datengewinnung</i>: Online-Meldeverfahren eSTATISTIK.core</li></ul>	
<b>4 Genauigkeit und Zuverlässigkeit</b>	<b>Seite 5</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Qualitative Gesamtbewertung der Genauigkeit</i>: Möglicher Ausschluss von Einrichtungen mit einem speziellen Behandlungsspektrum (Teilerhebung).</li></ul>	
<b>5 Aktualität und Pünktlichkeit</b>	<b>Seite 6</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Aktualität endgültiger Ergebnisse</i>: Endgültige Ergebnisse stehen in der Regel Anfang Dezember des dem Berichtsjahr folgenden Jahres zur Verfügung.</li></ul>	
<b>6 Vergleichbarkeit</b>	<b>Seite 6</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Räumlich</i>: Innerhalb Deutschlands und international gewährleistet durch Verschlüsselung der Hauptdiagnose nach ICD</li><li>• <i>Zeitlich</i>: Die Vergleichbarkeit ist grundsätzlich gewährleistet und unterliegt ausschließlich den Veränderungen der Klassifikationen bzw. der Kataloge</li></ul>	
<b>7 Kohärenz</b>	<b>Seite 6</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Statistikübergreifend</i>: Ist (mit Einschränkungen) zu den Grunddaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen) gegeben.</li></ul>	
<b>8 Verbreitung und Kommunikation</b>	<b>Seite 7</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Verbreitungswege</i>: Datenbankangebote unter <a href="http://www.gbe-bund.de">www.gbe-bund.de</a> und GENESIS-Online</li></ul>	
<b>9 Sonstige fachstatistische Hinweise</b>	<b>Seite 7</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Keine</li></ul>	

# **1 Allgemeine Angaben zur Statistik**

## **1.1 Grundgesamtheit**

Bei den Diagnosedaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen handelt es sich um eine jährliche Teilerhebung von Patienten und Patientinnen, die im Berichtsjahr aus der vollstationären Behandlung einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung mit mehr als 100 Betten entlassen wurden.

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

## **1.2 Statistische Einheiten (Darstellungs- und Erhebungseinheiten)**

Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen mit mehr als 100 Betten.

## **1.3 Räumliche Abdeckung**

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

## **1.4 Berichtszeitraum/-zeitpunkt**

Der Berichtszeitraum umfasst den 1. Januar bis einschließlich den 31. Dezember (Kalenderjahr).

## **1.5 Periodizität**

Jährlich seit 2003.

## **1.6 Rechtsgrundlagen und andere Vereinbarungen**

Verordnung über die Bundesstatistik für Krankenhäuser (Krankenhausstatistik-Verordnung - KHStatV) in Verbindung mit dem Bundesstatistikgesetz (BStatG) in der im Berichtsjahr geltenden Fassung (<https://www.gesetze-im-internet.de/>). Grundlage für die Erhebung der Diagnosedaten sind die Angaben zu § 3 Satz 1 Nr. 14 KHStatV. Für die Erhebung besteht Auskunftspflicht gemäß § 6 KHStatV in Verbindung mit § 15 BStatG.

## **1.7 Geheimhaltung**

### **1.7.1 Geheimhaltungsvorschriften**

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

Nach § 16 Abs. 6 BStatG ist es möglich, den Hochschulen oder sonstigen Einrichtungen mit der Aufgabe unabhängiger wissenschaftlicher Forschung für die Durchführung wissenschaftlicher Vorhaben Einzelangaben dann zur Verfügung zu stellen, wenn diese nur mit einem unverhältnismäßig großen Aufwand an Zeit, Kosten und Arbeitskraft dem Befragten oder Betroffenen zugeordnet werden können (faktisch anonymisierte Einzelangaben). Die Pflicht zur Geheimhaltung besteht auch für Personen, die Empfänger von Einzelangaben sind.

Nach § 7 Abs. 1 KHStatV ist die Übermittlung von Tabellen mit statistischen Ergebnissen, auch soweit Tabellenfelder nur einen einzigen Fall ausweisen, an die fachlich zuständigen obersten Bundes- und Landesbehörden nach § 16 Abs. 4 BStatG zulässig. Dies gilt nicht für diagnosebezogene Daten nach § 3 Satz 1 Nr. 14 KHStatV, soweit diese differenzierter als auf Kreisebene ausgewiesen werden. Ferner sind die Statistischen Landesämter nach § 7 Abs. 3 KHStatV berechtigt, mit Zustimmung der Krankenhäuser für Zwecke der Krankenhausplanung Tabellen mit diagnosebezogenen Daten nach § 3 Satz 1 Nr. 14 KHStatV für einzelne Krankenhäuser zu übermitteln, wenn nicht mehr als die Hauptdiagnose, gegliedert nach Altersgruppen, in Verbindung mit Patientenzahl, Verweildauer und der Angabe, ob operiert worden ist, verbunden werden. Das Gleiche gilt bei Einzugsgebietsstatistiken, bei denen nur die Wohngemeinde, in Stadtstaaten Stadtteile, mit Fachabteilung, Hauptdiagnose und Patientenzahl verbunden werden darf.

### **1.7.2 Geheimhaltungsverfahren**

Ein Personenbezug ist nur dann herstellbar, wenn für alle männlichen bzw. für alle weiblichen Patienten einer Altersgruppe eine einzige Diagnose nachgewiesen wird. Nur in diesen Fällen ist es möglich, mit Hilfe der Statistik die Hauptdiagnose einer Person aufzudecken, deren Name, Geschlecht und Alter aus einer anderen Quelle bekannt sind. Dies muss auch bei Feldbesetzungen größer als "Eins" oder "Zwei" erfolgen. Diese Fälle werden dann auf "unbekannt" gesetzt.

## **1.8 Qualitätsmanagement**

### **1.8.1 Qualitätssicherung**

Umfangreiche Maßnahmen zur Qualitätssicherung erfolgen durch die statistischen Ämter der Länder mit Hilfe von aufwändigen Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen bei der Datenaufbereitung mit einer entsprechenden regelmäßigen Anpassung und Weiterentwicklung der Verfahren.

### **1.8.2 Qualitätsbewertung**

Durch umfassende Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen sowie die erworbene Routine in der Berichterstattung ist von einer hohen Datenqualität auszugehen.

## **2 Inhalte und Nutzerbedarf**

### **2.1 Inhalte der Statistik**

#### **2.1.1 Inhaltliche Schwerpunkte der Statistik**

Neben der Erkrankungsart, Zu- und Abgangsdatum, Verweildauer und Fachabteilung werden soziodemographische Merkmale der Patientinnen und Patienten (z. B. Geschlecht, Geburtsmonat und -jahr, Postleitzahl und Wohnort) erhoben.

#### **2.1.2 Klassifikationssysteme**

Für die Hauptdiagnosen der Patientinnen und Patienten wird die ICD-10 - Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision - verwendet, und zwar in Form der "German Modification" in der jeweils für das Erhebungsjahr gültigen Fassung.

#### **2.1.3 Statistische Konzepte und Definitionen**

Die statistischen Hauptmerkmale der Diagnosestatistik der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen sind:

- Vollstationäre Patientinnen und Patienten (Fälle)
- Sterbefälle
- Geschlecht
- Geburtsmonat und -jahr
- Postleitzahl
- Wohnort
- Behandlungsort
- Erkrankungsart (Hauptdiagnose)
- Zu- und Abgangsdatum
- Fachabteilung mit der längsten Verweildauer

### **2.2 Nutzerbedarf**

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

Neben verschiedenen internationalen Institutionen (Europäische Kommission, Eurostat, OECD, WHO) nutzen vor allem die Gesundheits- und Sozialministerien des Bundes und der Länder, Spitzen- und Landesverbände der gemeinsamen Selbstverwaltung im Gesundheitswesen, wissenschaftliche Einrichtungen und Institute, Unternehmensberatungsgesellschaften, Medien und die interessierte Öffentlichkeit die Daten.

### **2.3 Nutzerkonsultation**

Die Einbeziehung von Nutzern geschieht über verschiedene Wege: Die Daten der im Internet abgerufenen Zahlen werden hinsichtlich ihrer Schwerpunkte ausgewertet. Unmittelbare Rückmeldungen erhält der Fachbereich durch den direkten Kontakt zu den Datennutzern über den Auskunftsdienst. Weiterhin erfolgt sowohl national als auch international u. a. im Rahmen institutionalisierter Gremien, Arbeitsgruppen und Fachkreise eine enge Zusammenarbeit. Darüber hinaus finden in unregelmäßigen Abständen Fachausschusssitzungen und Nutzerkonferenzen statt.

## **3 Methodik**

### **3.1 Konzept der Datengewinnung**

Nach § 11a Bundesstatistikgesetz sind alle Betriebe und Unternehmen gesetzlich verpflichtet, ihre Angaben auf elektronischem Weg an die statistischen Ämter zu übermitteln. Hierzu sind die von den statistischen Ämtern zur Verfügung gestellten Online-Verfahren zu nutzen.

Die Erhebungsmerkmale je Patientin/Patient können dem statistischen Amt als XML-Datei oder als ASCII übermittelt werden.

### **3.2 Vorbereitung und Durchführung der Datengewinnung**

XML: Die Liefervereinbarungen finden Sie in der Erhebungsdatenbank der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder unter <https://erhebungsdatenbank.estatistik.de>.

ASCII: Datensätze müssen entsprechend der mit den Erhebungsunterlagen beigefügten Datensatzbeschreibung erstellt werden. Die Satzlänge beträgt konstant 100 Zeichen.

Über das Erhebungsportal der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder können die Einrichtungen die Daten über einen sicheren Zugang an die Statistischen Landesämter übermittelt werden. Die Nutzererkennung wird vom jeweiligen zuständigen Statistischen Landesamt zur Verfügung gestellt. Das Erhebungsportal erreicht man unter <https://erhebungsportal.estatistik.de/Erhebungsportal/>

### **3.3 Datenaufbereitung (einschl. Hochrechnung)**

In den Landesämtern für Statistik werden die Einzeldaten auf Fehler, Qualität und Plausibilität geprüft. Grundsätzlich wird bei fehlenden oder unplausiblen Angaben bei den Auskunftgebenden nachgefragt. Unvollständige Datumsangaben, die nicht durch Nachfrage ermittelt werden können, werden mit umfangreichen maschinellen Korrekturen durch die wahrscheinlichsten Ergebnissen ersetzt.

Die Daten werden im Rahmen der Aufbereitung und Plausibilisierung in eine einheitliche Datenstruktur gebracht, auf deren Basis Tabellen und aggregierte Datensätze zur Ergebnisdarstellung erzeugt werden.

Anschließend werden aggregierte Landesdatensätze an das Statistische Bundesamt gesandt und dort zu einem Bundesergebnis zusammengefügt.

### **3.4 Preis- und Saisonbereinigung; andere Analyseverfahren**

Eine Preis- und Saisonbereinigung/andere Analyseverfahren findet nicht statt.

### **3.5 Beantwortungsaufwand**

Die Belastung hängt vor allem von der Zahl der Patientinnen und Patienten ab, sowie vom Umfang des Einsatzes von DV-Technik. Pro Patientin/Patient werden zehn Merkmale erhoben

## **4 Genauigkeit und Zuverlässigkeit**

### **4.1 Qualitative Gesamtbewertung der Genauigkeit**

Es handelt sich um eine Teilerhebung aller Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen mit mehr als 100 Betten. Durch diese Einschränkung kann es zu einem Ausschluss von Einrichtungen mit einem speziellen Behandlungsspektrum kommen. Grundsätzlich kann davon ausgegangen werden, dass sämtliche Elemente der Grundgesamtheit in der Erhebung enthalten sind. Allerdings kann es zu Fehlern in der Erfassungsgrundlage kommen, wenn im Berichtsjahr neu eröffnete Einrichtungen nicht an die Landesämter für Statistik gemeldet werden. Darüber hinaus können Patienten und Patientinnen in Einrichtungen, die innerhalb des Erhebungsjahres oder zwischen dem Erhebungstichtag und dem Meldetermin schließen, nicht in der Statistik enthalten sein. In diesen Fällen kommt es in der Folge zu einer Untererfassung der Patienten und Patientinnen.

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

### **4.2 Stichprobenbedingte Fehler**

Keine.

### **4.3 Nicht-Stichprobenbedingte Fehler**

#### **• Verzerrungen durch Antwortausfälle auf Ebene der Einheiten (Unit-Non-Response)**

Trotz intensiver Recherchen können Fehler, die durch eine falsche oder unvollständige Erfassungsgrundlage bedingt sind, nicht völlig ausgeschlossen werden. Eine Meldung über neu eröffnete Einrichtungen z. B. seitens der Gesundheitsbehörden erfolgt grundsätzlich nicht. Informationen über die Einrichtungen können nur über Recherchen und Abfragen bei verschiedenen Institutionen (z. B. Gesundheits- und Gewerbeämter) gewonnen werden. Darüber hinaus können Patienten in Einrichtungen, die innerhalb des Erhebungsjahres oder zwischen dem Erhebungstichtag und dem Meldetermin schließen, nicht in der Statistik enthalten sein. Sofern Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in der Erfassungsgrundlage fehlen, sind auch die dort aus der vollstationären Behandlung entlassenen Patienten und Patientinnen nicht enthalten.

#### **• Verzerrungen durch Antwortausfälle auf Ebene wichtiger Merkmale (Item-Non-Response)**

Verglichen mit der Anzahl der Entlassungen in den Grunddaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen gibt es in der Diagnosestatistik der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen eine Untererfassung, da nur Einrichtungen mit mehr als 100 Betten berichtspflichtig sind. Antwortausfälle auf Ebene wichtiger Merkmale fallen durchweg gering aus und stellen keine Beeinträchtigung für die Nutzung der Daten dar. Antwortausfälle kommen zum einen durch fehlende

Angaben, zum anderen durch unplausible Daten zustande. Sollten diese Daten nicht im Rahmen der Aufbereitung (vgl. 3.2) ergänzt werden können, wird der Wert auf "unbekannt" gesetzt. Der Anteil unbekannter Hauptdiagnosen lag 2018 bei 0,2%.

## **4.4 Revisionen**

### **4.4.1 Revisionsgrundsätze**

Vorläufige Ergebnisse werden nicht veröffentlicht. Dadurch entsteht kein Revisionsbedarf.

### **4.4.2 Revisionsverfahren**

s. 4.4.1

### **4.4.3 Revisionsanalysen**

s. 4.4.1

## **5 Aktualität und Pünktlichkeit**

### **5.1 Aktualität**

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

### **5.2 Pünktlichkeit**

Terminüberschreitungen sind selten. Lieferverzögerungen eines einzelnen Bundeslandes wirken sich auf die Veröffentlichung des Bundesergebnisses aus.

## **6 Vergleichbarkeit**

### **6.1 Räumliche Vergleichbarkeit**

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

### **6.2 Zeitliche Vergleichbarkeit**

Seit 2000 gilt die zehnte Revision der ICD, somit sind alle Erhebungen seit 2003 danach gegliedert. Die ICD wird permanent weiterentwickelt, so dass auch die zehnte Revision der ICD unterschiedliche Versionen aufweist. Maßgeblich ist die jeweils im Berichtsjahr gültige Version der ICD.

## **7 Kohärenz**

### **7.1 Statistikübergreifende Kohärenz**

Einige Merkmale der Diagnosen der Patienten und Patientinnen in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen werden auch in den Grunddaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen erfasst. Zum Teil weisen diese Unterschiede auf. In erster Linie dadurch, dass in den Grunddaten alle Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen erfasst werden und in den Diagnosedaten nur die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen mit mehr als 100 Betten. Darüber hinaus gibt es auch Abweichungen aufgrund unterschiedlicher Erhebungs- und Aufbereitungsverfahren. Dies betrifft zum einen die Fallzahl. In den Diagnosedaten entspricht die Fallzahl den Entlassungen im Berichtsjahr. In den Grunddaten wird sie auf Basis des Patientenzu- und -abgangs im Berichtsjahr ermittelt.

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

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

### **7.2 Statistikinterne Kohärenz**

Die Statistik ist intern kohärent.

### **7.3 Input für andere Statistiken**

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

## **8 Verbreitung und Kommunikation**

### **8.1 Verbreitungswege**

#### **Pressemitteilungen**

In unregelmäßigen Abständen werden anlassbezogene Pressemitteilungen veröffentlicht.

#### **Veröffentlichungen**

Ausgewählte Ergebnisse der Erhebung (Eckdaten) werden in Form von [Tabellen](#) und [Schaubildern](#) auf der Homepage des Statistischen Bundesamtes veröffentlicht.

#### **Online-Datenbank**

Daten zu den Diagnosen der Rehapatientinnen und -patienten stehen im Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung (IS-GBE) und in der GENESIS-Online-Datenbank zur Verfügung.

#### **Zugang zu Mikrodaten**

Das Forschungsdatenzentrum der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder bietet die Diagnosestatistik der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen mit mehr als 100 Betten in seinem Datenangebot an.

#### **Sonstige Verbreitungswege**

Keine.

### **8.2 Methodenpapiere/Dokumentation der Methodik**

*Bölt, Ute/Graf, Thomas: 20 Jahre Krankenhausstatistik, in: Wirtschaft und Statistik 02/2012, S. 112-138.*

*Graf, Thomas: Statistische Krankenhausdaten: Grund- und Diagnosedaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 2007, in: Klauber/Geraedts/Friedrich (Hrsg.): Krankenhaus Report 2010, Stuttgart 2010, S. 417-436.*

### **8.3 Richtlinien der Verbreitung**

#### **Veröffentlichungskalender**

Ein Veröffentlichungskalender liegt nicht vor.

#### **Zugriff auf den Veröffentlichungskalender**

s. Angaben zum Veröffentlichungskalender

#### **Zugangsmöglichkeiten der Nutzer/-innen**

s. Angaben zum Veröffentlichungskalender

### **9 Sonstige fachstatistische Hinweise**

Liegen nicht vor.