

Standard-Dokumentation Metainformationen

(Definitionen, Erläuterungen, Methoden, Qualität)

zur

Spitalsentlassungsstatistik

Diese Dokumentation gilt für folgende Berichtszeiträume:
1989 bis 2022

Die Statistik war Gegenstand eines [Feedback-Gesprächs zur Qualität](#) am 08.05.2024.

Bearbeitungsstand: **05.06.2024**



STATISTIK AUSTRIA
Bundesanstalt Statistik Österreich
A-1110 Wien, Guglgasse 13
Tel.: +43 1 711 28-0
www.statistik.at

**Direktion Bevölkerung
Bereich Demographie und Gesundheit**

Ansprechperson:
Michaela Prammer-Waldhör
Tel.: +43 1 711 28-7263
E-Mail: michaela.prammer-waldhoer@statistik.gv.at

Inhaltsverzeichnis

Executive Summary	4
1 Allgemeine Informationen	7
1.1 Ziel und Zweck, Geschichte.....	7
1.2 Auftraggeber:innen.....	8
1.3 Nutzer:innen.....	8
1.4 Rechtsgrundlage	9
2 Konzeption und Erstellung	9
2.1 Statistische Konzepte, Methodik	9
2.1.1 Gegenstand der Statistik.....	9
2.1.2 Beobachtungs-/Erhebungs-/Darstellungseinheiten	11
2.1.3 Datenquellen, Abdeckung	11
2.1.4 Meldeeinheiten	11
2.1.5 Erhebungsform	12
2.1.6 Erhebungstechnik/Datenübermittlung.....	12
2.1.7 Erhebungsbogen	13
2.1.8 Erhebungs- und Darstellungsmerkmale, Maßzahlen	13
2.1.9 Verwendete Klassifikationen, Codebuch.....	17
2.1.10 Regionale Gliederung.....	19
2.2 Erstellung der Statistik, Datenaufarbeitung, qualitätssichernde Maßnahmen.....	20
2.2.1 Datenerfassung.....	20
2.2.2 Signierung (Codierung)	21
2.2.3 Plausibilitätsprüfung, Prüfung der verwendeten Datenquellen.....	21
2.2.4 Imputation (bei Antwortausfällen bzw. unvollständigen Datenbeständen)	23
2.2.5 Erstellung des Datenkörpers.....	23
2.2.6 Sonstige qualitätssichernde Maßnahmen	24
2.3 Publikation (Zugänglichkeit)	25
2.3.1 Endgültige Ergebnisse.....	26
2.3.2 Revisionen.....	26
2.3.3 Publikationsmedien	26
2.3.4 Behandlung vertraulicher Daten	29
3 Qualität.....	31
3.1 Relevanz	31
3.2 Genauigkeit	32
3.2.1 Nichtstichprobenbedingte Effekte.....	32
3.3 Aktualität und Rechtzeitigkeit	33
3.4 Vergleichbarkeit.....	33
3.4.1 Zeitliche Vergleichbarkeit	33

3.4.2	Internationale und regionale Vergleichbarkeit	35
3.5	Kohärenz	36
4	Ausblick	37
4.1	Spitalsentlassungsstatistik als Morbiditätsstatistik.....	37
4.2	(Spitals-)Ambulante Aufenthalte und Leistungen	37
5	Glossar	39
6	Abkürzungsverzeichnis	45
7	Hinweis auf ergänzende Dokumentationen/Publicationen	46
8	Anlagen.....	48

Executive Summary

Gegenstand der Spitalsentlassungsstatistik sind **stationäre Aufenthalte in österreichischen Krankenanstalten**. Krankenanstalten (Synonym Spital, Krankenhaus) sind Gesundheitseinrichtungen, die laut Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz KAKuG) als solche definiert sind.

Die Spitalsentlassungsstatistik ist eine **fallbezogene Statistik**, in der aufenthalts-, patient:innen-, krankenhausbezogene und medizinische Merkmale pro Spitalsaufenthalt dokumentiert sind – und zwar für jene Aufenthalte, deren Entlassungsdatum im jeweiligen Berichtsjahr liegt. In der Spitalsentlassungsstatistik sind ausschließlich stationäre Aufenthalte dokumentiert, bei denen ein:e Patient:in formal aufgenommen (und formal entlassen) wurde. Das können vollstationäre Aufenthalte (mit mindestens einer Übernachtung im Spital) oder tagesklinische Aufenthalte (Nulltagesaufenthalte mit einer Aufnahme und Entlassung am selben Kalendertag) sein. Ambulante Spitalsaufenthalte (ohne eine formale Aufnahme und Entlassung) sind in der Spitalsentlassungsstatistik nicht erfasst.

Die **gesetzliche Grundlage** der Spitalsentlassungsstatistik bildet das Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen (BGBl. Nr. 745/1996), das Krankenanstalten zur Erfassung administrativer und medizinischer Daten der Patient:innen und Statistik Austria zur Veröffentlichung zentraler Kennzahlen verpflichtet. Die Datengrundlage bilden die Diagnosen- und Leistungsberichtsdaten der österreichischen Krankenanstalten, welche nach dem System der **leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF)** erfolgt.

Die in den Krankenanstalten erfassten Daten werden von den Spitälern an die Landesgesundheitsfonds bzw. an das Gesundheitsministerium (BMG) übermittelt. Das BMG liest die Daten in das von ihm betriebene **Data Warehouse „Dokumentations- und Informationssystem für Analysen im Gesundheitswesen“ (DIAG)** ein. Aus der DIAG-Datenbank werden die Spitalsentlassungsdaten vom Ministerium gemeinsam mit der aktuellen Liste der im Berichtsjahr geöffneten Krankenanstalten an Statistik Austria übermittelt. Diese Liste ist ein Auszug aus der **Krankenanstaltenstatistik** des BMG, die eine Beschreibung der einzelnen Krankenanstalten enthält.

Auf Basis der Diagnosen- und Leistungsdokumentation und der Krankenanstaltenstatistik erstellt Statistik Austria die **Statistik der Spitalsentlassungen**, die jährlich (im Regelfall) im November des auf das Entlassungsjahr folgenden Jahres publiziert wird. Die Spitalsentlassungsstatistik kann nach drei (verkreuzbaren) Dimensionen ausgewertet werden:

- Zahl der Spitalsaufenthalte (Zahl der Entlassungen)
- Dauer der Spitalsaufenthalte (Belagstage)
- Zahl der während der stationären Aufenthalte erbrachten medizinischen Einzelleistungen

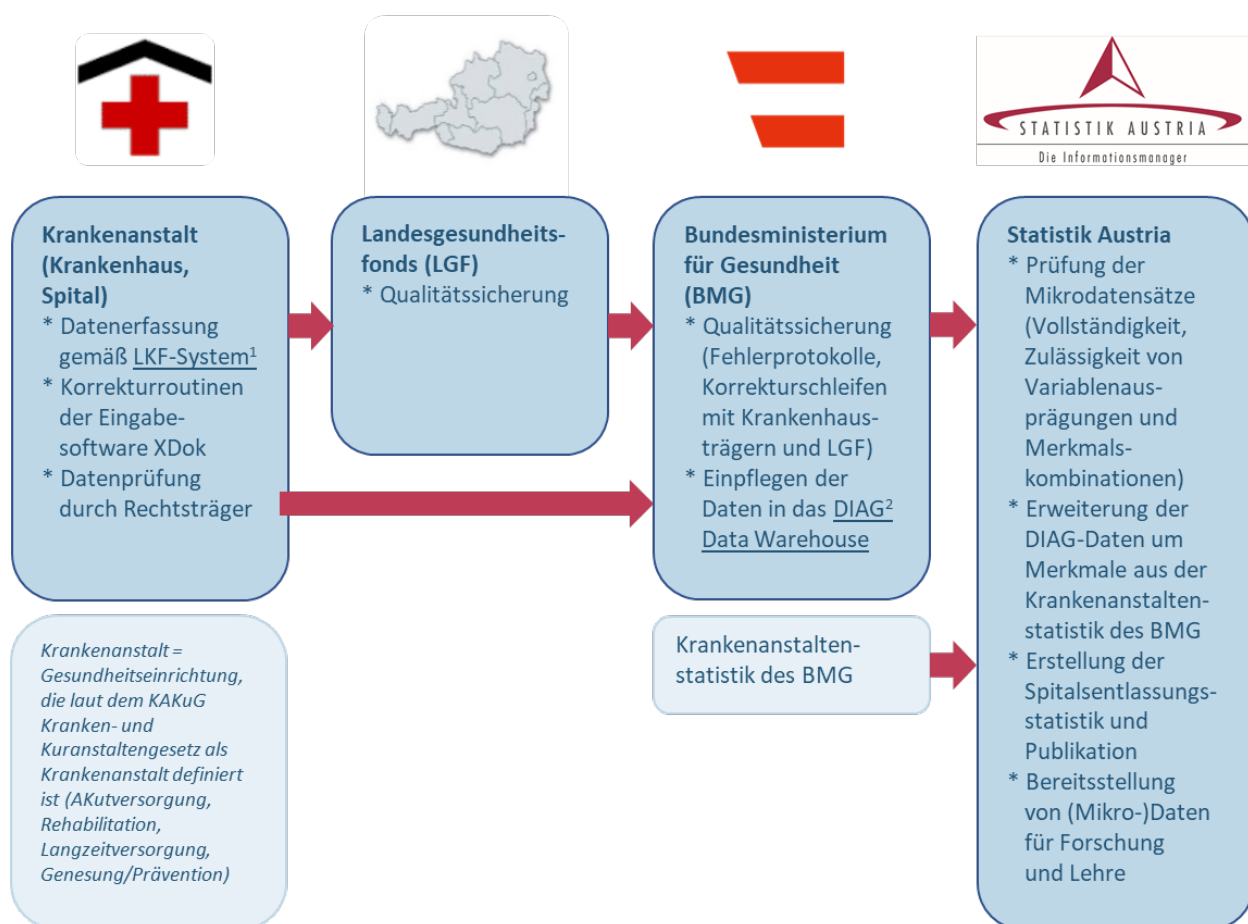
Die Spitalsentlassungsstatistik ist eine **harmonisierte Statistik**. Die Daten werden mit Hilfe von standardisierten und für den gesamten Zeitraum gültigen einheitlichen Klassifikationen codiert und aggregiert – das gilt für alle Variablen der Spitalsentlassungsstatistik, sowohl für die aus der DIAG-Datenbank als auch für die aus der Krankenanstaltenstatistik übernommenen Informationen. Diese Klassifikationen werden jährlich gemäß den aktuellen LKF-Katalogen adaptiert (die fortlaufend an medizinische und technische Entwicklungen angepasst werden) und sind in einem Codebuch

dokumentiert (es gilt immer die jeweils aktuellste Fassung). Damit ist die nutzer:innenfreundliche Abfrage von standardisiert gegliederten Zeitreihen in einem homogenisierten Format möglich.

Eckdaten aus der Spitalsentlassungsstatistik, Detailergebnisse sowie weiterführende und historische Tabellen werden von Statistik Austria auf der Homepage „Gesundheitsversorgung stationär“ zu den [Spitalsentlassungen](#) und den [medizinischen Leistungen](#) und im Gesundheitsstatistischen Jahrbuch publiziert. Individuelle Datenabfragen sind aus der Datenbank STATcube (im Gastzustand und im Abonnement) möglich. Darüber hinaus stehen Auszüge aus der Spitalsentlassungsstatistik als Open Data zur Verfügung. Für Forschung und Lehre bietet Statistik Austria die Durchführung von Sonderauswertungen und die Bereitstellung von Mikrodaten an.

Grafik 1

Stufen im Erstellungsprozess der Spitalsentlassungsstatistik



¹ Das System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) dient der Abrechnung der stationären Spitalskosten.

² Die Diagnosen- und Leistungsdokumentation (DIAG) der österreichischen Krankenanstalten erfolgt nach dem System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF).

Spitalsentlassungsstatistik – Wichtigste Eckpunkte

Gegenstand der Statistik	Stationäre Spitalsaufenthalte (vollstationäre Aufenthalte, Nulltagesaufenthalte) in allen österreichischen Krankenanstalten (laut KAKuG – Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz) pro Kalenderjahr mit aufenthalts-, patient:innen-, krankenhausbezogenen und medizinischen Merkmalen
Grundgesamtheit	Jährliche Spitalsentlassungen (einschließlich Sterbefälle) aus den österreichischen Krankenanstalten (von Patient:innen mit in- oder ausländischem Wohnsitz)
Statistiktyp	Sekundärstatistik
Datenquellen/Erhebungsform	Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten (Auszug aus der Datenbank DIAG), Krankenanstaltenstatistik des BMG. Die Diagnosen- und Leistungsdokumentation erfolgt nach dem System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF), das für die Abrechnung der stationären Spitalskosten entwickelt wurde.
Berichtszeitraum bzw. Stichtag	Kalenderjahr
Periodizität	Jährlich
Teilnahme an der Erhebung (Primärstatistik)	Krankenanstalten sind zur Diagnosen- und Leistungsdokumentation gesetzlich verpflichtet; das BMG ist zur Übermittlung der Administrativdaten an Statistik Austria gesetzlich verpflichtet.
Zentrale Rechtsgrundlagen	<ul style="list-style-type: none"> – Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen, BGBl. Nr. 745/1996 vom 27. Dezember 1996; letzte Änderung BGBl. Nr. 191/2023 Vereinbarungsumsetzungsgesetz 2024 – Verordnung (EU) 2022/2294 der Kommission vom 23. November 2022 zur Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 1338/2008 des Europäischen Parlaments und des Rates in Bezug auf Statistiken über Gesundheitsversorgungseinrichtungen, Humanressourcen im Bereich der Gesundheitsversorgung und Nutzung der Gesundheitsversorgung – Verordnung (EG) Nr. 1338/2008 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16.12.2008 zu Gemeinschaftsstatistiken über öffentliche Gesundheit und über Gesundheitsschutz und Sicherheit am Arbeitsplatz
Tiefste regionale Gliederung	Bundesland (Wohnort und Standort Krankenanstalt); tiefere Gliederungen sind im Rahmen von Sonderauswertungen möglich (Wohnort: Gemeinde, Wohnbezirk, Standort Krankenanstalt: Versorgungsregion)
Verfügbarkeit der Ergebnisse	Endgültige Daten: 31.12. des Berichtsjahres + 11 Monate
Sonstiges	Fallbezogene Statistik, da kein direkter oder indirekter Personenbezug gegeben ist

1 Allgemeine Informationen

1.1 Ziel und Zweck, Geschichte

Die österreichische Krankenanstaltenstatistik weist eine rund 145-jährige Tradition auf. Bereits im Jahr 1870 richtete der Oberste Sanitätsrat im Einvernehmen mit der Statistischen Zentralkommission eine Krankenanstaltenstatistik ein, deren Ergebnisse ab 1873 laufend veröffentlicht wurden. Im Jahr 1953 wurden die Heil- und Pflegeanstalten gemäß Erlass des Bundesministeriums für soziale Verwaltung zum monatlichen Vorlegen von Berichten über Morbiditätsstatistiken an das Österreichische Statistische Zentralamt veranlasst („C-Berichte der Krankenanstalten“; diese Abkürzung geht auf die frühere Bezeichnung der Diagnosendokumentation in den Krankenanstalten zurück).

Seit dem Berichtsjahr 1989 wird (mit der Novelle des Krankenanstaltengesetzes im Jahr 1988 – BGBl. Nr. 282/1988) die Erfassung, Übermittlung und Auswertung der Spitalsentlassungsstatistik EDV-gestützt vorgenommen. Mit dem Berichtsjahr 1997 wurde die Statistik um die Daten der Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) bzw. um Medizinische Einzelleistungen erweitert.

Die Diagnosen- und Leistungsdokumentation in den Krankenanstalten, auf der die Spitalsentlassungsstatistik beruht, dient in erster Linie als Berechnungsgrundlage für die **Krankenanstaltenfinanzierung**. Eine ausführliche Beschreibung des österreichischen [LKF-Systems](#) ist auf der Website des BMG verfügbar.

Der Zweck der Statistik laut **Dokumentationsgesetz** (Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen, BGBl. Nr. 745/1996) liegt in der „Erstellung einer länderbezogenen Statistik über die Krankenbewegung¹ und deren Veröffentlichung im Gesundheitsstatistischen Jahrbuch“ gegliedert nach Diagnosen, Altersgruppen, Geschlecht und Entlassungsart, sowie nach ausgewählten medizinischen Einzelleistungen.

Auswertungen aus der Spitalsentlassungsstatistik werden für die Erforschung demographischer, medizinischer und ökonomischer Aspekte der Inanspruchnahme stationärer Versorgung genutzt, schaffen eine Grundlage für **gesundheitspolitische Planungs- und Steuerungsmaßnahmen**, vor allem für den [Österreichischen Strukturplan Gesundheit](#) und leisten einen Beitrag zur Gesundheitsberichterstattung und Public Health.

Daten aus der Spitalsentlassungsstatistik fließen auch in international harmonisierte Datenbasen von Eurostat, der OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) und der WHO (World Health Organisation) ein. Zu diesem Zweck erfolgen jährlich **internationale Lieferungen** ausgewählter Daten und Indikatoren an Eurostat (Joint Questionnaire non-Monetary Health Care Statistics – JQNMHCS), die OECD (Health Data) und die WHO (European Health for All database – HFA-DB)).

¹ Die Spitalsentlassungsstatistik wird im Gesundheitsdokumentationsgesetz als Statistik der Krankenbewegung bezeichnet.

Schließlich wird die Spitalsentlassungsstatistik für Sonderauswertungen im Rahmen individueller Anfragen, für **Forschungszwecke**, wissenschaftliche Arbeiten, Presse und Medien genutzt.

1.2 Auftraggeber:innen

Die Erstellung der Spitalsentlassungsstatistik ist im Sinne des § 4 (1) [Bundesstatistikgesetz 2000](#) angeordnet (siehe [Kapitel 1.4 Rechtsgrundlage](#)). Das fachlich zuständige Ministerium ist das BMG.

1.3 Nutzer:innen

Nationale Institutionen

- Bundesministerien
- Politische Institutionen (wie Nationalrat, Bundesrat, Landtage, Gemeinderat)
- Interessenvertretungen (wie Sozialpartner, Kammern oder Standesvertretungen)
- Gebietskörperschaften (Bund, Länder, Bezirke, Gemeinden)
- Statistik Austria (interne Nutzer:innen)
- Landesstatistikämter
- Wirtschafts- und Sozialforschungsinstitute
- (Medizinische) Universitäten, Fachhoch- und Berufsschulen
- Umweltbundesamt
- Kuratorium für Verkehrssicherheit

Internationale Institutionen

- Europäische Kommission/Eurostat
- OECD
- WHO
- Internationale Forschungseinrichtungen und Universitäten
- Internationale Statistische Ämter

Sonstige Nutzer:innen

- Medien
- Bildungseinrichtungen
- Forschungseinrichtungen
- Gesundheitseinrichtungen
- Unternehmen (Pharmazeutik, Medizintechnik, etc.)
- Gemeinnützige Organisationen bzw. Non-Profit-Organisationen
- Allgemeine Öffentlichkeit

1.4 Rechtsgrundlage

- [Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen](#), BGBl. Nr. 745/1996 vom 27. Dezember 1996; letzte Änderung BGBl. Nr. 191/2023 Vereinbarungsumsetzungsgesetz 2024.
- Verordnung (EU) 2022/2294 der Kommission vom 23. November 2022 zur Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 1338/2008 des Europäischen Parlaments und des Rates in Bezug auf Statistiken über Gesundheitsversorgungseinrichtungen, Humanressourcen im Bereich der Gesundheitsversorgung und Nutzung der Gesundheitsversorgung
- Verordnung (EG) Nr. 1338/2008 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. Dezember 2008 zu Gemeinschaftsstatistiken über öffentliche Gesundheit und über Gesundheitsschutz und Sicherheit am Arbeitsplatz

2 Konzeption und Erstellung

2.1 Statistische Konzepte, Methodik

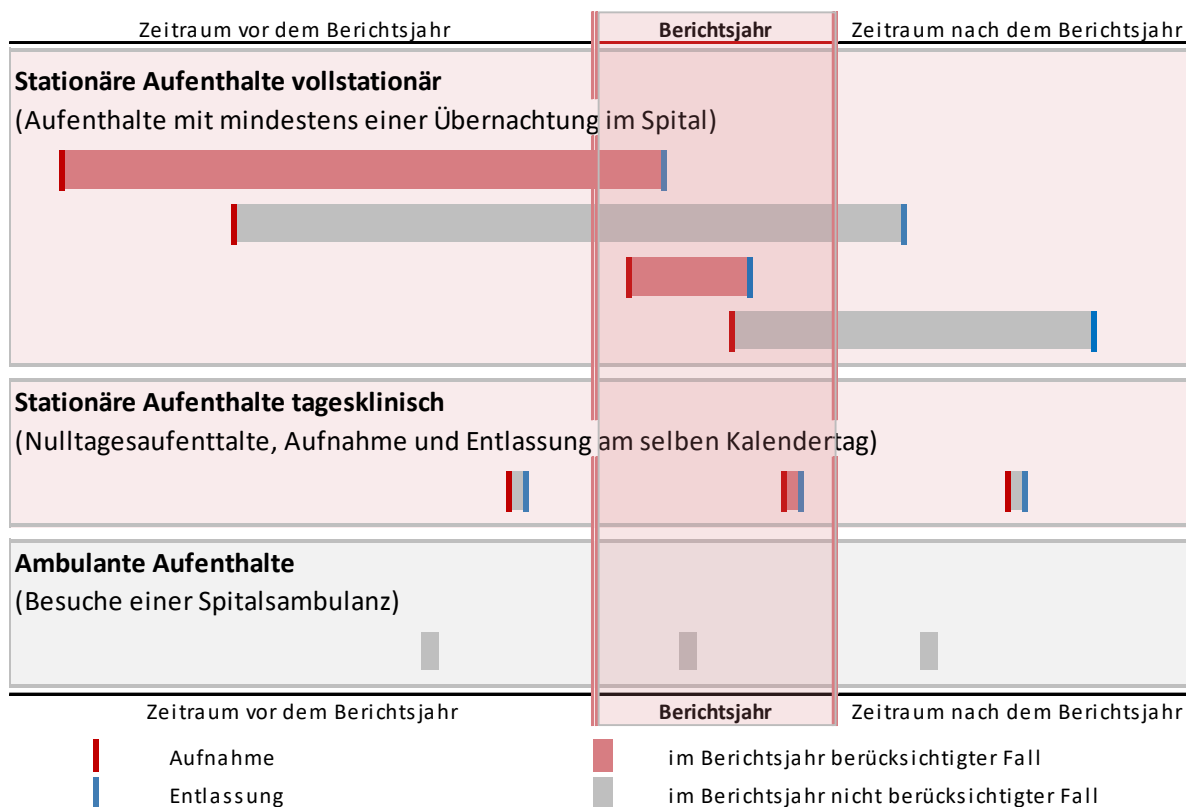
2.1.1 Gegenstand der Statistik

Gegenstand der Statistik ist die statistische Beschreibung der stationären Spitalsaufenthalte in den österreichischen Krankenanstalten mit einem Entlassungsdatum im Berichtsjahr. Krankenanstalten (Synonym Spital, Krankenhaus) sind Gesundheitseinrichtungen, die laut Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz KAKuG) als solche definiert sind. Erfasst werden stationäre, nicht aber ambulante Spitalsaufenthalte; das heißt, dass die betreffenden Patient:innen formal in einer Krankenanstalt aufgenommen und wieder entlassen worden oder dort verstorben sein müssen. Die Dauer des Aufenthaltes in der Krankenanstalt spielt in diesem Zusammenhang keine Rolle, es sind sowohl sogenannte **vollstationäre Aufenthalte** (mit mindestens einer Übernachtung im Spital) als auch **Nulltagesaufenthalte** mit Aufnahme und Entlassung am selben Kalendertag (auch als „tagesklinische Aufenthalte“ bezeichnet) erfasst.

Berücksichtigt werden alle Spitalsaufenthalte in Österreich, unabhängig vom Wohnort der Patient:innen. In der Statistik sind somit auch Personen ohne Wohnsitz im Inland enthalten. Ebenfalls inkludiert sind alle **Sterbefälle** in Krankenanstalten (Aufenthalte mit Entlassungsart „verstorben“).

Grafik 2

In der Spitalsentlassungsstatistik erfasste Spitalsaufenthalte



Die Spitalsentlassungsstatistik ist eine fallbezogene Statistik, in der aufenthalts-, patient:innen-, krankenhausbezogene und medizinische Merkmale für jeden Spitalsaufenthalt dokumentiert sind. Sie bezieht sich auf jene Aufenthalte, deren Entlassungsdatum im jeweiligen Berichtsjahr liegt. Aus diesem Grund werden die Begriffe „Spitalsaufenthalt“ und „Spitalsentlassung“ synonym verwendet. Die Spitalsentlassungsstatistik ist keine personenbezogene Statistik, sondern eine **fallbezogene Statistik**. Wird ein und dieselbe Person innerhalb eines Jahres mehrfach stationär behandelt (im engeren Sinne entlassen), so sind für diese Person auch mehrere Fälle von Spitalsaufenthalten ausgewiesen.

Eine Verknüpfung von Informationen zu mehreren Spitalsaufenthalten ein und derselben Person ist gegenwärtig nicht möglich, da die Datensätze zu den einzelnen Spitalsaufenthalten keine Personen-ID (bzw. kein Pseudonym wie das BPK-AS²) enthalten. Beginnend mit dem Berichtsjahr 2024 wurde jedoch eine gesetzliche Grundlage für die Übermittlung der Daten aus dem Data Warehouse DIAG³ mit dem verschlüsselten BPK-AS an Statistik Austria geschaffen (§ 5 des [Gesundheitsdokumentationsgesetzes](#), siehe auch [Kapitel 4.1 Spitalsentlassungsstatistik als Morbiditätsstatistik](#)).

² Bereichsspezifische Personenkennziffer – Amtliche Statistik.

³ Dokumentations- und Informationssystem für Analysen im österreichischen Gesundheitswesen; Datenbank des BMG für LKF-Daten.

2.1.2 Beobachtungs-/Erhebungs-/Darstellungseinheiten

Beobachtungseinheiten sind die in einem Kalenderjahr durch Entlassung oder Todesfall beendeten stationären Aufenthalte in Krankenanstalten (vollstationäre und Nulltagesaufenthalte).

Die Ergebnisse der Spitalsentlassungsstatistik können nach drei (verkreuzbaren) Dimensionen dargestellt werden:

- Zahl der Spitalsaufenthalte (Zahl der Entlassungen)
- Dauer der Spitalsaufenthalte (Belagstage)
- Zahl der während der stationären Aufenthalte erbrachten medizinischen Einzelleistungen (MEL)

2.1.3 Datenquellen, Abdeckung

Hauptdatenquelle der Spitalsentlassungsstatistik ist ein Auszug aus dem vom Gesundheitsministerium (im Weiteren: BMG) geführten Data Warehouse „**Dokumentations- und Informationssystem für Analysen im Gesundheitswesen**“ (**DIAG**). In die DIAG-Datenbank werden aufenthalts-, patient:innen- und krankenhausbegleitende Administrativdaten sowie medizinische Informationen eingelesen, die von den Krankenanstalten für jeden Aufenthalt dokumentiert und über die Krankenhausträger bzw. den Landesgesundheitsfonds⁴ an das BMG übermittelt werden. Die Datenerfassung in den Krankenanstalten erfolgt nach dem System der **leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF)**, das für die Abrechnung der stationären Spitalskosten entwickelt wurde und jährlich aktualisiert wird. Die Datenerfassung und -codierung in den Krankenanstalten basiert dabei immer auf der im Berichtsjahr gültigen Fassung der LKF-Dokumentation. Quellen für die medizinischen Daten stellen in erster Linie Anamnesen und Arztbriefe dar; letztere werden nach Entlassung (bzw. Versterben) der Patient:innen erstellt.

Die krankenhausbegleitenden Daten werden mit Informationen aus der vom BMG geführten Liste geöffneter Krankenanstalten (**Krankenanstaltenstatistik**) ergänzt.

2.1.4 Meldeeinheiten

Meldeeinheiten sind alle laut dem Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (KAKuG) als Krankenanstalt bescheideten Gesundheitseinrichtungen; dazu zählen vier **Krankenhaustypen**:

- Allgemeine Krankenanstalten
- Sonderkrankenanstalten
- Pflegeanstalten für chronisch Kranke
- Sanatorien

⁴ Die Übermittlung der Daten an das BMG erfolgt bei landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten über den Landesgesundheitsfonds, bei nichtlandesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten direkt von den Krankenanstaltenträgern.

Die Krankenanstalten werden nach Versorgungsbereichen (Allgemeinversorgung und Spezialversorgung) gegliedert und sind einem der vier **Versorgungssektoren** zugeordnet:

- Akutversorgung
- Rehabilitation
- Langzeitversorgung
- Genesung/Prävention

Die Begriffe Krankenanstalt, Krankenhaus und Spital sind synonym.

2.1.5 Erhebungsform

Die Spitalsentlassungsstatistik beruht auf einer Vollerhebung von Verwaltungsdaten für den stationären Versorgungsbereich. Es handelt sich somit um eine klassische Sekundärstatistik.

2.1.6 Erhebungstechnik/Datenübermittlung

Die Diagnosen- und Leistungsdaten werden in den einzelnen Krankenanstalten laufend erfasst. Die Träger der Krankenanstalten haben laut § 1a des Bundesgesetz für die Dokumentation im Gesundheitswesen die für den Spitalsaufenthalt relevante Hauptdiagnose nach der von der Weltgesundheitsorganisation veröffentlichten (und vom BMG leicht modifizierten) Internationalen Klassifikation der Krankheiten, Version 10 (ICD-10) zu dokumentieren, sowie medizinische Einzelleistungen gemäß des vom BMG herausgegebenen und jährlich aktualisierten stationären LKF-Leistungskatalogs zu erfassen. Die Fristen für die Übermittlung der Daten an das BMG sind in § 2 und § 3 des Gesundheitsdokumentationsgesetzes geregelt: Die auf Vollständigkeit und Plausibilität geprüften Datensätze der landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten sind bis Ende April des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres den jeweiligen Landesgesundheitsfonds zu übermitteln. Diese müssen sie nach weiteren Kontrollen bis spätestens Ende Mai des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres an das BMG weiterleiten. Träger von Krankenanstalten, die nicht über die Landesgesundheitsfonds abgerechnet werden, haben dem BMG direkt einen auf Vollständigkeit und Plausibilität geprüften Bericht vorzulegen (bis Ende März des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres).

Die Diagnosen- und Leistungsdaten der Krankenanstalten werden als **Jahreslieferungen** an das BMG gesandt. Der beschriebene Zeitplan für die Datenübermittlungen ist im Gesetz zur Dokumentation im Gesundheitswesen geregelt. Statistik Austria erhält jeweils im Herbst des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres einen Datenauszug aus der DIAG-Datenbank⁵ in elektronischer Form zur weiteren Verarbeitung. Die Publikation der Daten durch Statistik Austria erfolgt im Regelfall im November des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres.

⁵ Dokumentations- und Informationssystem für Analysen im österreichischen Gesundheitswesen; Data Warehouse des BMG für LKF-Daten.

2.1.7 Erhebungsbogen

Es sind keine Erhebungsbögen der Statistik Austria erforderlich, da es sich um eine Übernahme von elektronisch erfassten Administrativdaten handelt.

Die Träger aller Krankenanstalten sind gesetzlich verpflichtet, die **Hauptdiagnosen** der in stationärer Behandlung befindlichen Patient:innen sowie die gemäß LKF-Katalog stationär zu codierenden **medizinische Leistungen** zu dokumentieren. Die Erhebung und Erfassung der Daten erfolgen entsprechend den Richtlinien des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen.

Die Dokumentationspflicht gilt für alle öffentlichen, privaten und sonstigen Träger von Krankenanstalten im Sinne des § 2 Absatz 1 Bundeskrankenanstaltengesetz (KAKuG), die Patient:innen in die stationäre Anstaltspflege aufnehmen.

Form und Inhalt der zu erstellenden Diagnoseberichte (Hauptdiagnose zum Zeitpunkt der Entlassung sowie bis zu neun Zusatzdiagnosen bis zum Berichtsjahr 2000 bzw. beliebig viele Zusatzdiagnosen ab dem Berichtsjahr 2001) und Leistungsberichte sind durch eine Verordnung des BMG im LKF-System geregelt, wobei es jeweils eigene Verordnungen für Krankenanstalten gibt, die durch die Landesgesundheitsfonds finanziert werden bzw. für jene, bei denen dies nicht der Fall ist.

Für die Erhebung in den Krankenanstalten wird eine vom BMG eigens entwickelte Software namens XDok⁶ zur Verfügung gestellt. Einige Krankenanstalten verwenden auch eine eigene Software.

2.1.8 Erhebungs- und Darstellungsmerkmale, Maßzahlen

Die Erhebungseinheit entspricht in der Spitalsentlassungsstatistik der Beobachtungseinheit und ist der Spitalsaufenthalt. Die Spitalsentlassungsstatistik kann nach drei (verkreuzbaren)

Darstellungsmerkmalen ausgewertet werden, nach der

- Zahl der Spitalsaufenthalte (Zahl der Entlassungen),
- Dauer der Spitalsaufenthalte und
- Zahl der während der Spitalsaufenthalte stationär erbrachten medizinischen Einzelleistungen.

Zu beachten ist, dass es sich um eine fallbezogene Statistik ohne die Möglichkeit einer Personenidentifikation handelt; wird ein und dieselbe Person in einem Berichtsjahr mehrfach stationär behandelt (per definitionem: entlassen), so werden ihre Spitalsaufenthalte auch mehrfach in der Statistik gezählt.

⁶ Scoring-Programme, Quellcodes und Stammdaten können von der [Webseite des BMG](#) unter LKF-Modell 20jj > Programme (XDok, C-Files, Stammdaten, Intensiv-Scoring) für (nicht-)landesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalten heruntergeladen werden.

Eine **Differenzierung** der Darstellungsmerkmale ist möglich in Hinblick auf

- aufenthaltsbezogene Daten (Datenquelle: DIAG-Datenbank des BMG),
- patient:innenbezogene Merkmale (Datenquelle: DIAG-Datenbank des BMG),
- medizinische Merkmale (Datenquelle: DIAG-Datenbank des BMG) und
- krankenhausbezogene Merkmale (Datenquelle: Krankenanstaltenstatistik des BMG).

Die Merkmale der in der DIAG-Datenbank des BMG gespeicherten Informationen sind in Anhang 1 des für das Berichtsjahr gültigen LKF-Handbuchs („Aufbau und Inhalt der Datenmeldungen“) erläutert.

In den folgenden Unterkapiteln sind die in die Spitalsentlassungsstatistik eingelesenen Variablen beschrieben. Sämtliche in der Spitalsentlassungsstatistik enthaltenen Variablen, Merkmalsausprägungen und Klassifikationen sind im [Codebuch](#)⁷ (deutsch- und englischsprachig) dokumentiert.

2.1.8.1 Aufenthaltsbezogene Daten

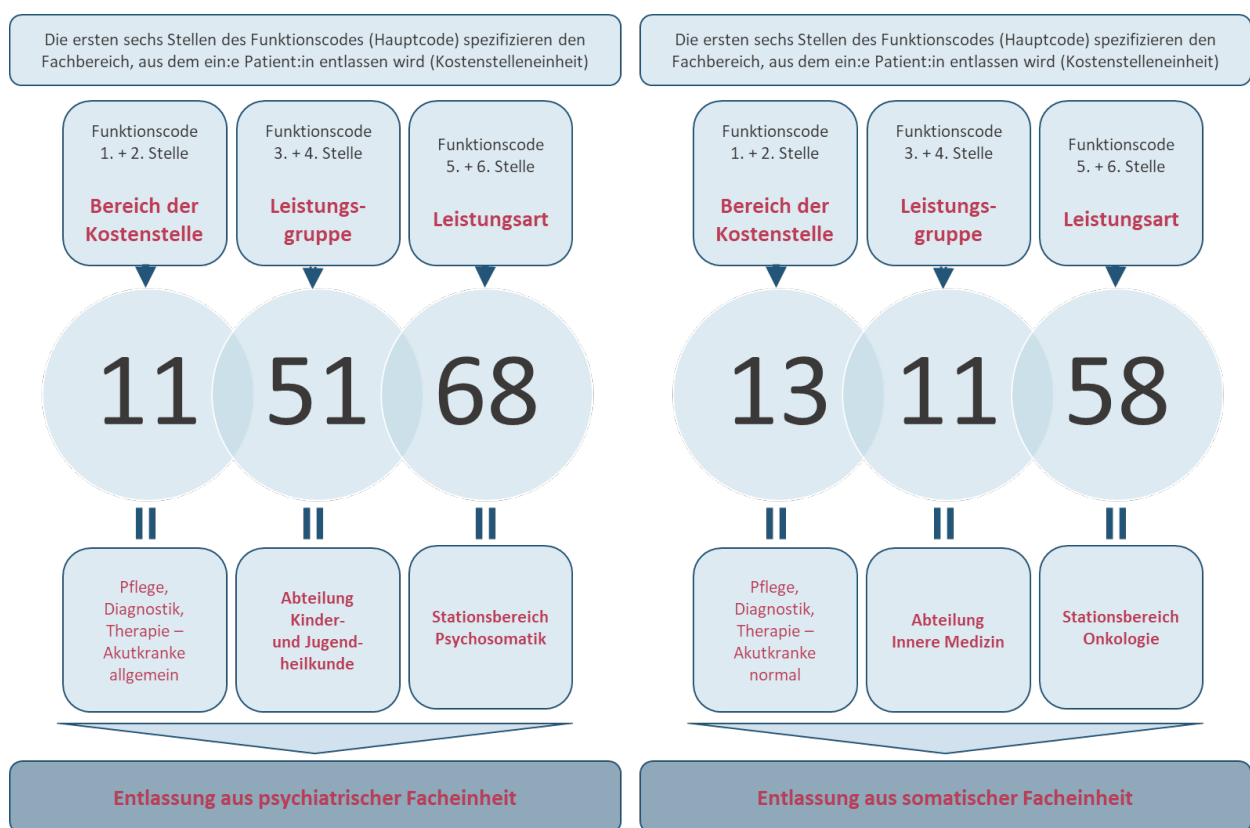
- Berichtsjahr: Kalenderjahr der Spitalsentlassung
- Aufenthaltsnummer (Schlüsselvariable zum Verknüpfen der vier Quelldatenfiles)
- Aufnahmedatum
- Entlassungsdatum
- Entlassungsart (entlassen, verstorben)
- Belagstage: Als Aufenthaltstage (Belagstage) werden Nächte (Mitternachtsstände) gezählt, die ein:e Patient:in in der Krankenanstalt verbringt. Im Falle eines Nulltagesaufenthaltes (tagesklinischer Aufenthalt) wird die betreffende Person am gleichen Tag stationär aufgenommen und entlassen. Wird ein Spitalsaufenthalt durch einzelne Tage unterbrochen (beispielsweise Ausgang des:der Patient:in über Feiertage oder das Wochenende, Funktionscode 100000), werden diese Unterbrechungstage bei der Abrechnung herausgerechnet. In diesen Fällen unterscheidet sich die Differenz „Entlassungsdatum minus Aufnahmedatum“ von der Zahl der Belagstage (nämlich genau um die Zahl der Unterbrechungstage).
- Funktionscode (siehe Grafik 3): Der Funktionscode ist ein Bestandteil des LKF-Systems und beschreibt unter anderem das Fachgebiet der entlassenden Kostenstelle. Er besteht aus einem sechsstelligen Hauptcode sowie einem zweistelligen Subcode. Die erste Stelle des Funktionscodes bezeichnet Haupt-, Neben- und Hilfskostenstelle. Die zweite Stelle beschreibt den Leistungsbereich, die dritte und vierte Stelle definieren die Leistungsgruppe (Krankenhausabteilung), die fünfte und sechste Stelle des Funktionscodes beschreiben die Leistungsart. Die im Berichtsjahr gültigen Funktionscodes sind der jeweiligen LKF-Modelldokumentation (Handbuch „Organisation und Datenverwaltung“) zu entnehmen.
- Leistungsbereich (2. Stelle des Funktionscodes):
Pflege/Diagnostik/Therapie, Akut-/Langzeitpflege, Allgemein-/Intensivpflege

⁷ Siehe [Webseite Statistik Austria unter Statistiken > Bevölkerung und Soziales > Gesundheit > Gesundheitsversorgung und -ausgaben > Gesundheitsversorgung stationär > Spitalsentlassungen > Weiterführende Dokumentationen.](#)

- Leistungsgruppe (3./4. Stelle des Funktionscodes):
Abteilungen (Krankenhausstationen) wie Innere Medizin und Angiologie, Chirurgie, Geburtshilfe, etc.
- Leistungsart (5./6. Stelle des Funktionscodes): z. B. Allgemein, Röntgendiagnostik, Tagesklinik, etc.
- Medizinisches Fach: Aus der Kombination der Stellen 3 bis 6 des Funktionscodes lässt sich die exakte Fachzuteilung ableiten. Auch ob eine Abteilung der psychiatrischen oder der somatischen Versorgung zuzurechnen ist, ist über die Stellen 3 bis 6 definiert (siehe Grafik 3).
- Psychiatrische/somatische Versorgung: Als Psychiatrie gelten die Leistungsgruppen 61 (bis 2009), 62 und 64 (3. und 4. Stelle des Funktionscodes) sowie alle anderen Leistungsgruppen mit Leistungsart 68 oder 63 an der 5. und 6. Stelle. Alle anderen Codekombinationen sind dem somatischen Versorgungsbereich zuzurechnen (siehe Grafik 3).

Grafik 3

Beispiele für Funktionscodes als Kennzeichnung des stationären Fachbereichs



2.1.8.2 Patient:innenbezogene Merkmale

- Alter/Altersgruppe: Ausschlaggebend ist das zum Zeitpunkt der Entlassung jeweils vollendete Lebensjahr. Das Alter in Einzeljahren wurde nur bis einschließlich Berichtsjahr 2014 an Statistik Austria übermittelt. Seit dem Berichtsjahr 2015 werden vom Ministerium aus Datenschutzgründen nur mehr 5-Jahres-Gruppen angeliefert. Eine Ausnahme bilden Kleinkinder; hier gibt es zwei Altersgruppen: Neugeborene (unter einem Jahr) und 1- bis 4-Jährige. Die oberste Altersgruppe ist 95+.

- Geschlecht: männlich, weiblich, anderes (wird aus Geheimhaltungsgründen recodiert), unbekannt (wird imputiert)
- Staatsbürgerschaft: Der im BMG gebräuchliche Ländercode wird gemäß der [Statistik-Austria-Staatenklassifikation](#) recodiert.
- Gemeindecode Hauptwohnsitz: fünfstelliger Gemeindecode (gemäß [Gemeindeliste Statistik Austria](#)⁸; Code für im Ausland wohnhafte Patient:innen: 00000)
- Staat des Hauptwohnsitzes: Der im BMG gebräuchliche Ländercode wird gemäß [Statistik-Austria-Staatenklassifikation](#) recodiert.

2.1.8.3 Medizinische Merkmale

- Hauptdiagnose: ICD-Viersteller laut der im aktuellen Berichtsjahr gültigen ICD-10-Version in der für Österreich angepassten Form (Dreisteller sind nur dort dokumentiert, wo die ICD keine Untergliederung in Viersteller vorsieht). Bis einschließlich Berichtsjahr 2000 war die ICD-9, seit dem Berichtsjahr 2001 ist die ICD-10 gültig; es gilt immer der [ICD-Katalog des aktuellen Berichtsjahres](#)⁹. Pro stationären Krankenhausaufenthalt wird exakt eine Hauptdiagnose (Entlassungsdiagnose) angegeben. Die Hauptdiagnose ist eine endgültig abgeklärte Diagnose, die jene Gesundheitsstörung beschreibt, die sich nach Durchführung aller Untersuchungen letztlich als Hauptgrund für den stationären Krankenhausaufenthalt herausgestellt hat. Ist eine endgültige Abklärung nicht möglich, dann werden das Hauptsymptom, der schwerwiegendste abnorme Befund oder die schwerwiegendste Gesundheitsstörung als Hauptdiagnose angegeben. Demnach muss die Hauptdiagnose nicht die Einweisungs- bzw. Aufnahmediagnose und auch nicht immer jene Diagnose sein, mit der der:die Patient:in zur Weiterbehandlung entlassen wird (oder an welcher der:die Patient:in nach der Entlassung leidet); sie muss auch nicht unbedingt die für den entlassenden Fachbereich typische Diagnose sein. Eine während des Krankenhausaufenthalts neu erworbene Erkrankung oder neu aufgetretene Komplikation kann jedoch keine Hauptdiagnose sein. Bei Sterbefällen ist darauf zu achten, dass die Hauptdiagnose nicht in jedem Fall mit der Todesursache ident sein muss.
- Diagnose-Typ: Hauptdiagnose, Zusatzdiagnose
- ICD-Subkategorie: Codes für Zusatzdiagnosen (Codierung analog den Hauptdiagnosen (ICD-Dreisteller, ICD-Viersteller bzw. ICD-Fünfsteller laut der gültigen ICD-10-Version in der für Österreich angepassten Form) und Verletzungsursachen. Die Codierung von Zusatzdiagnosen in den Krankenanstalten erfolgt unterschiedlich und ist in erster Linie von der Hauptdiagnose abhängig. Bei schweren Krankheiten kann davon ausgegangen werden, dass verschiedene Krankenanstalten Zusatzdiagnosen in der Anamnese durchaus in einer vergleichbaren Art und Weise erheben. Die Zusatzdiagnosen werden nicht eingelesen.
- Verletzungsursache: Die Verletzungsursache wird nur für S- und T-Codes (ICD-10-Kapitel XIX Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen) bzw. für 800er- und 900er-Codes (ICD-9-Kapitel XVII Verletzungen und Vergiftungen) angegeben. Bei allen anderen Codes wird „Keine Verletzung“ eingetragen.

⁸ Siehe Weiterführende Daten > Tabelle Regionale Listen.

⁹ Siehe Weiterführende Dokumentationen.

- MEL-Code (Medizinische Leistung): stationär verpflichtend zu codierende medizinische Einzelleistungen, die während eines Spitalsaufenthaltes erbracht worden sind und mit den Krankenkassen abgerechnet werden. Medizinische Leistungen unter einer gewissen kostenrechnerisch relevanten Grenze und privat verrechnete Leistungen sind nicht abgedeckt. Die Codierung der medizinischen Leistungen erfolgt auf Basis des stationären LKF-Leistungskataloges. Es gilt immer der [LKF-Leistungskatalog des aktuellen Berichtsjahres](#)¹⁰.
- MEL-Anzahl: In diesem Datenfeld ist eingetragen, wie oft die jeweilige Leistung im Rahmen des dazugehörigen stationären Aufenthalts erbracht wurde.

2.1.8.4 Krankenhausbezogene Merkmale

Die Informationen zur entlassenden Krankenanstalt in der Spitalsentlassungsstatistik speisen sich aus der Krankenanstaltenstatistik des BMG. Über die eindeutige Krankenanstaltennummer, die sowohl in der DIAG-Datenbank (als Quelle für aufenthalts- und patient:innenbezogene sowie für medizinische Merkmale) als auch in der Krankenanstaltenstatistik vorhanden ist, werden die Daten verschnitten. Die vom Ministerium an Statistik Austria übermittelte Liste der im Berichtsjahr geöffneten Krankenanstalten enthält unter anderem Namen, Versorgungssektor und -bereiche, Öffentlichkeitsrecht, Gemeinnützigkeit, Fondszugehörigkeit, Rechtsträger, Adresse und Standort der Krankenanstalt.

2.1.9 Verwendete Klassifikationen, Codebuch

Alle in der Spitalsentlassungsstatistik verwendeten Klassifikationen, mit Hilfe derer Variablenausprägungen gruppiert und gelabelt werden, sind in einem Codebuch dokumentiert. Dieses Codebuch steht auf der Webseite zum Download zur Verfügung und wird jährlich aktualisiert; es liegt (unter Weiterführende Dokumentationen) in einer [deutschsprachigen Version](#) und einer [englischsprachigen Version](#) vor.

Jede Klassifikation baut auf einem Basismerkmal mit diversen Ausprägungen auf, die (teilweise in mehreren Stufen) zu bestimmten definierten Gruppen aggregiert werden können. Die Bezeichnungen der Variablenausprägungen, die Gliederungstiefe der Kategorien und die Bezeichnungen der Kategorien werden mit den der Spitalsentlassungsstatistik zugrundeliegenden Klassifikationen eindeutig definiert.

Sämtliche Klassifikationen sind über die gesamte Zeitreihe kumulativ und umfassen alle Ausprägungen eines Merkmals, die im gesamten Beobachtungszeitraum zumindest einmal vorgekommen sind (also auch Ausprägungen, die im aktuellen Berichtsjahr nicht mehr gültig sind). Dies erlaubt die Durchführung von über die Zeitreihe homogenen Analysen.

¹⁰ Siehe Weiterführende Dokumentationen.

2.1.9.1 ICD-Klassifikation in der Spitalsentlassungsstatistik

Die Diagnosen in der Spitalsentlassungsstatistik werden nach der „Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“ (ICD-10) in der für Österreich angepassten Version des BMG erfasst. Die **ICD-10 BMG** ist akkordiert an das System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF), das in Österreichs Krankenanstalten bundeseinheitlich für die Diagnosen- und Leistungsdokumentation verwendet wird.

Im Vergleich zur deutschsprachigen Version der ICD-Klassifikationen enthält die ICD-10 BMG Ergänzungen zur Erfassung bestimmter Diagnosen (beispielsweise das Tumorstadium beim kolorektalen Karzinom, den Schweregrad bei der Linksherzinsuffizienz und COPD oder Revisionsgründe in der Endoprothetik). Kapitel XX der deutschen BfArM-Version¹¹ („Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität“) ist in der BMG-Version durch das Kapitel XXa „Exogene Noxen – Ätiologie“ (entsprechend den „E-Codes“ der ICD-9) ersetzt. Kapitel XXI differenziert und kennzeichnet einzelne Codes als national spezifische Schlüsselnummern, während die Gruppe Z55–Z65 („Personen mit potenziellen Gesundheitsrisiken auf Grund sozioökonomischer und psychosozialer Umstände“) nicht verwendet wird.

Rückwirkend bis zum Berichtsjahr 2001 erfolgt die Gliederung der Diagnosen gemäß der **ICD-10** in der aktuell gültigen Version. Für die Jahre davor (1989 bis 2000) kommt in der Spitalsentlassungsstatistik die **ICD-9** in der zuletzt gültigen Fassung zur Anwendung. Bis inklusive Berichtsjahr 2000 sind die Hauptdiagnosen gemäß der ICD-9 gegliedert, seit 2001 gilt die ICD-10. Die Diagnosen beider Kataloge sind zwar nicht überführbar, können aber einheitlich den ISHMT-Gruppen zugeordnet (**ISHMT**¹²: International Shortlist for Hospital Morbidity Tabulation) und zu ICD-Kapiteln zusammengefasst (in der jeweils im Berichtsjahr gültigen Gliederung) werden.

Aus technischen Gründen werden die Diagnosen in zwei Parallelklassifikationen von Vierstellern auf Dreisteller und von Vierstellern auf die ISHMT und weiter auf ICD-Kapitel höheraggregiert.

2.1.9.2 Medizinische Einzelleistungen

Bis inklusive 2008 gilt der **LKF-Katalog 1997**, seit dem Berichtsjahr 2009 kommt der **LKF-Katalog 2009** zur Anwendung. Wie bei den Diagnosen können auch die Leistungen beider Kataloge nicht überführt werden, allerdings auch homogen zu Unterkapiteln und Kapiteln zusammengefasst werden. Es gilt immer der Leistungskatalog¹³ des aktuellen Berichtsjahres. Auch hier kommen aus technischen Gründen zwei Parallelklassifikationen zur Anwendung, mit denen die medizinischen Einzelleistungen einmal zu Unterkapiteln und Kapitel zusammengefasst und einmal als **operativ oder nichtoperativ** codiert werden.

¹¹ BfArM Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte des deutschen Gesundheitsministeriums (ehemals DIMDI Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information).

¹² Die International Shortlist for Hospital Morbidity Tabulation ist eine Liste von 136 Diagnosegruppen, die von einer internationalen Expert:innengruppe erarbeitet wurde (aktueller Stand: Dezember 2022).

¹³ Siehe Weiterführende Dokumentationen.

2.1.9.3 Weitere Klassifikationen

Mit Ausnahme von Geschlecht und regionalen Gliederungen (für die „globale“, in Statistik Austria einheitliche Klassifikationen eingesetzt werden), kommen für die folgenden Merkmale weitere projektspezifische Klassifikationen bzw. mehrstufige Hierarchien zur Anwendung (siehe [Codebuch auf der Webseite von Statistik Austria unter Weiterführende Informationen](#)).

- Alter/Altersgruppen
- Belagstage/-wochen
- Leistungsbereich, -gruppe und -art (Funktionscode)/psychiatrische und somatische Versorgung
- Krankenanstalt/Versorgungssektor
- Krankenanstalt/Versorgungsregion

2.1.10 Regionale Gliederung

2.1.10.1 Standort Krankenanstalt

Für Veröffentlichungen ist das Bundesland die tiefste Gliederungsebene. Sonderauswertungen sind auch auf der Ebene von Gesundheitsversorgungsregionen möglich, sofern zumindest drei Krankenanstalten in einer Versorgungsregion liegen. Auswertungen auf Spitalsebene sind aus Datenschutzgründen nicht zulässig. Die regionale Gliederung der Gesundheitsversorgungsregionen ist im [Österreichischen Strukturplan Gesundheit \(ÖSG 2023\)](#) definiert und wird jährlich mit der aktuellen Version des ÖSG abgeglichen (siehe auch [Codebuch](#) unter Weiterführende Dokumentationen).

2.1.10.2 Wohnort der Patient:innen

Seit dem Berichtsjahr 2017 ist in den Administrativdaten der **Gemeindecodes** des Wohnortes der Patient:innen verfügbar. Dieser wird in der Spitalsentlassungsstatistik gemäß der Gemeindeklassifikation von Statistik-Austria- zum Gebietsstand 01.01. des jeweiligen Berichtsjahres gespeichert. Gleiches gilt für die Zuordnung zu Bezirken (globale Klassifikation zum Gebietsstand 01.01.) und weiter zu Gesundheitsversorgungsregionen (siehe [2.1.10.1 Standort Krankenanstalt](#)). Die Klassifikation der Gemeinden ist kumulativ und umfasst sämtliche im Laufe der Zeit vorhandenen Gemeindecodes. Der in der Spitalsentlassungsstatistik ausgewiesene Wohnort entspricht dem Gebietsstand des jeweiligen Berichtsjahres.

Die Information der **Versorgungsregion** steht seit dem Jahr 2017 zur Verfügung. Bis einschließlich Berichtsjahr 2016 wurde die Postleitzahl als Wohnortangabe in den Administrativdaten übermittelt. Da die Postleitzahl nicht immer eine eindeutige Zuordnung zum Wohnbundesland ermöglicht, wurde das Bundesland für die nichteindeutigen Postleitzahlen in einem Schätzverfahren zugewiesen.

2.2 Erstellung der Statistik, Datenaufarbeitung, qualitätssichernde Maßnahmen

2.2.1 Datenerfassung

Die Träger von Krankenanstalten sind gesetzlich verpflichtet, Daten zu den Krankenhausaufenthalten ihrer Patient:innen zu dokumentieren. Dies betrifft unter anderem das Aufnahme- und Entlassungsdatum, die Entlassungsart (entlassen oder verstorben), Informationen zum entlassenden Fachbereich („Funktionscode¹⁴“) und Personeninformationen wie Altersgruppe, Geschlecht, Staatsbürgerschaft und Wohnsitz der Patient:innen.

Des Weiteren haben die Krankenanstalten die Diagnosen der in Patient:innen nach der von der Weltgesundheitsorganisation veröffentlichten Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD) in der für das jeweilige Berichtsjahr gültigen nationalen Version¹⁵ und Verletzungsursachen zu erfassen. Die stationär erbrachten medizinischen Leistungen sind entsprechend des vom BMG herausgegebenen LKF-Katalogs verpflichtend zu codierender Leistungen zu dokumentieren, die Leistungserfassung entspricht den Erfordernissen der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung. Der stationäre LKF-Leistungskatalog¹⁶ wird entlang der medizinischen und technischen Entwicklungen jährlich angepasst.

Für die Datenerfassung in den Krankenanstalten stellt das BMG die Software XDok¹⁷ zur Verfügung, das von den Krankenanstalten als Erfassungsprogramm mit standardisierten Eingabemasken, Auswahlmenüs und integrierten Plausibilitätsprüfungen in der jeweils aktuellen Version implementiert werden kann. Nach einer weiteren Prüfung durch die Krankenhausträger werden die Daten an die Landesgesundheitsfonds bzw. (von nichtlandesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten) direkt an das BMG übermittelt. Die Daten der Krankenanstalten werden vom BMG in das Data Warehouse DIAG eingespeist und im Zuge dieses Prozesses mehreren Prüfroutinen unterzogen. Identifizierte Datenfehler werden in mehreren Rückkopplungsschleifen mit den Krankenanstaltenträgern und den Landesgesundheitsfonds bearbeitet.

Ist dieser Abstimmungsprozess durchlaufen, werden die DIAG-Aufenthaltsdaten gemeinsam mit Daten aus der Krankenanstaltenstatistik in einem streng gesicherten Übertragungsmodus über FTAPI¹⁸ vom BMG an Statistik Austria übermittelt. Die Übermittlung der jährlichen Spitalsentlassungsdaten erfolgt in der Regel Ende September des Folgejahres.

¹⁴ Siehe auch [Kapitel 2.1.8.1 Aufenthaltsbezogene Daten](#).

¹⁵ Die ICD-10 BMSGPK ist die fortlaufend an den jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft angepasste nationale Fassung der ICD-10 ([ICD-10 BMSGPK](#) unter Weiterführende Informationen).

¹⁶ [LKF-Leistungskatalog BMSGPK – Codierung stationär](#) (unter Weiterführende Informationen)

¹⁷ Siehe [BMG-Homepage](#) > LKF-Model 20xx -> Programme für landesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalten, Programme für nichtlandesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten

¹⁸ FTAPI: Plattform für sicheren Datenaustausch.

2.2.2 Signierung (Codierung)

Die Codierung der Administrativdaten aus der DIAG-Datenbank erfolgt nicht durch Statistik Austria, sondern durch medizinisches Personal in den Krankenanstalten.

In manchen Fällen ist eine Recodierung von Merkmalsausprägungen durch Statistik Austria notwendig. Dies betrifft in erster Linie die Recodierung des diversen Geschlechts aus Gründen des Datenschutzes. Bei einem ungeraden Aufnahme-tag wird einer Person mit diversem Geschlecht das Geschlecht männlich, bei einem geraden Aufnahme-tag das Geschlecht weiblich zugewiesen.

2.2.3 Plausibilitätsprüfung, Prüfung der verwendeten Datenquellen

2.2.3.1 Plausibilitätsprüfung durch Krankenanstalten, Landesgesundheitsfonds und BMG

Die Daten werden im Vorfeld mehreren Plausibilitätsprüfungen unterzogen: bei der Erfassung in den Krankenanstalten, von den Krankenanstaltenträgern, den Landesgesundheitsfonds und dem BMG. Die Prozesse dieser Qualitätssicherungs-routinen können von Statistik Austria nicht beeinflusst werden.

Bereits während der Datenerfassung in den Krankenanstalten werden mit der vom BMG zur Verfügung gestellten Erfassungssoftware automatisch umfangreiche formale und medizinische Prüfroutinen durchgeführt:

- Plausibilität Diagnosen – Alter – Geschlecht – Zusatzdiagnosen – medizinische Einzelleistung
- Plausibilität medizinische Einzelleistungen –Alter – Geschlecht – Leistungskombinationen

Von den Krankenanstaltenträgern werden stichprobenartig weitere Plausibilitätsprüfungen durch den Abgleich der programmerfassten Informationen mit den Krankengeschichten bzw. Arztbriefen durchgeführt, bevor die Daten in weiterer Folge an den zuständigen Landesgesundheitsfonds bzw. das BMG weitergeleitet und dort in das DIAG Data Warehouse eingelesen werden. Im Zuge dieses Einleseprozesses werden die Daten bundeseinheitlich geplaut, Fehlermeldungen werden an die Krankenanstaltenträger und Landesgesundheitsfonds rückgemeldet und von diesen korrigiert. Nach Abschluss dieser Prüfroutinen werden die Daten aus der DIAG-Datenbank vom BMG an Statistik Austria übermittelt.

2.2.3.2 Plausibilitätsprüfung bei Statistik Austria

Bei Statistik Austria werden die DIAG-Daten mit den Informationen aus der Krankenanstaltenstatistik verschnitten und durchlaufen danach eine umfassende Plausibilitätsprüfung auf der Ebene der Mikrodatensätze. Bei dieser finalen Datenbereinigung werden die einzelnen Mikrodatensätze bzw. die enthaltenen Merkmalsausprägungen auf zeitliche Gültigkeit, inhaltliche und technische Korrektheit, Konsistenz und Vollständigkeit hin überprüft. Dies ist notwendig, weil sich die LKF-Kataloge (wie die Klassifikation der Leistungen, die Klassifikation der Diagnosen oder die Klassifikation der Funktions-codes) jährlich ändern und diese Änderungen in der Spitalsentlassungsstatistik übernommen werden

müssen. Bei der finalen Datenprüfung wird einerseits die Codierung der übermittelten Administrativdaten mit den aktuell gültigen LKF-Katalogen abgeglichen. Andererseits werden die in der Spitalsentlassungsstatistik verwendeten Listen von Variablenausprägungen und Klassifikationen dahingehend überprüft, ob sie mit den aktuellen LKF-Katalogen übereinstimmen (siehe auch [Kapitel 2.1.9 Verwendete Klassifikationen, Codebuch](#)).

Interne Plausibilitätsprüfungen haben in der Vergangenheit eine sehr große Rolle gespielt, zwischenzeitlich ist die Qualität der Administrativdaten hoch; Änderungen in den Mikrodatensätzen sind selten notwendig und müssen im Einzelfall mit dem BMG abgestimmt werden, da jede Änderung zu Abweichungen von den vom Ministerium veröffentlichten Zahlen¹⁹ führt und deshalb mit dem BMG zu akkordieren ist. Unabhängig davon, ob von Statistik Austria vorgeschlagene Änderungen in Abstimmung mit dem BMG umgesetzt werden oder nicht, wird die vereinbarte Vorgehensweise in der internen Projektdokumentation bzw. im Prüfprotokoll dokumentiert.

Über den Abgleich der in der Jahresdatenlieferung und den Statistikklassifikationen vorhandenen Codes hinaus kommen spezielle **Prüflisten** zur Anwendung, mit denen unter anderem die Einhaltung von erlaubten **Gültigkeitsbereichen** kontrolliert wird. Folgende Plausibilitätsprüfungen werden von Statistik Austria auf Basis solcher Prüflisten durchgeführt:

- Belagsdauer und Alter: Deckelung der Belagsdauer mit dem Alter der stationär entlassenen Person
- Gültigkeit Funktionscodes: In dieser Prüfliste sind die zeitlichen Gültigkeitsbereiche sämtlicher seit dem Jahr 1990 im LKF-Handbuch dokumentierten und für den stationären Bereich zulässigen Funktionscodes dokumentiert. Sie wird jährlich aktualisiert und mit dem LKF-Handbuch Organisation und Datenverwaltung abgeglichen (Aufnahme neuer Codes, Eintrag des Ablaufdatums von gestrichenen Codes, Übernahme von Namensänderungen).
- Zeitlicher Geltungsbereich Diagnosen (ICD-10): Für sämtliche seit dem Jahr 2001 verwendeten ICD-10-Codes sind die jeweiligen zeitlichen Gültigkeitsbereiche dokumentiert. Diese Prüfliste wird bei jeder Revision der ICD-10-Fassung des BMG (zuletzt für das Berichtsjahr 2022) angepasst (Aufnahme neue Codes, Eintrag des Ablaufdatums von gestrichenen Codes, Übernahme von Namensänderungen).
- Zeitlicher Geltungsbereich Medizinische Leistungen (System ab 2009): In der Prüfdatei „Geltungsbereich Medizinische Leistungen“ sind die Gültigkeitsbereiche sämtlicher in der Zeitreihe erfassten Leistungen dokumentiert. Sie wird jährlich um die in den LKF-Modelländerungen angeführten neuen Leistungen ergänzt; ausgelaufene Leistungen werden mit einem Ablaufdatum versehen, Namensänderungen werden übernommen.
- Medizinische Leistung und Alter: Kumulative Liste von Einzelleistungen, die nur für bestimmte Altersbereiche Gültigkeit haben, die jährlich um neue MEL-Codes erweitert wird.

¹⁹ Das BMG publiziert ebenfalls zentrale Ergebnisse aus der Diagnosen- und Leistungsdokumentation. Siehe dazu [„Krankenanstalten in Zahlen“](#).

- Medizinische Leistung und Geschlecht: Kumulative Listen für Frauen und Männer, die nur für das betreffende Geschlecht Gültigkeit haben, die jährlich um neue MEL-Codes erweitert werden.
- Diagnose und Geschlecht: Kumulative Listen für Frauen und Männer, die nur für das betreffende Geschlecht Gültigkeit haben, die jährlich um neue Diagnosecodes erweitert werden.

2.2.4 Imputation (bei Antwortausfällen bzw. unvollständigen Datenbeständen)

Da die DIAG-Administrativdaten der Abrechnung stationär erbrachter Leistungen dienen, ist von einer Vollzähligkeit der Zahl stationärer Spitalsaufenthalte und Leistungen auszugehen. Das gilt auch in Bezug auf die Vollständigkeit der Datensätze, da sich die meisten in der Spitalsentlassungsstatistik enthaltenen Merkmale auf Kenngrößen beziehen, die für das LKF-Bepunktungsmodell und damit für die Berechnung der Entgeltzahlungen relevant sind. Aus diesem Grund ist kaum eine Imputation von Datenwerten notwendig. Einzige Ausnahme bildet das Merkmal Geschlecht, hier werden in sehr seltenen Einzelfällen, in denen das Geschlecht einer stationär behandelten Person nicht angegeben ist, ein Wert imputiert: Bei einem geraden Aufnahmedatum wird das Geschlecht weiblich, bei einem ungeraden Aufnahmedatum das Geschlecht männlich zugewiesen. Für fehlende Zelleinträge anderer (nicht abrechnungsrelevanter) Variablen wird die Ausprägung „unbekannt“ codiert.

2.2.5 Erstellung des Datenkörpers

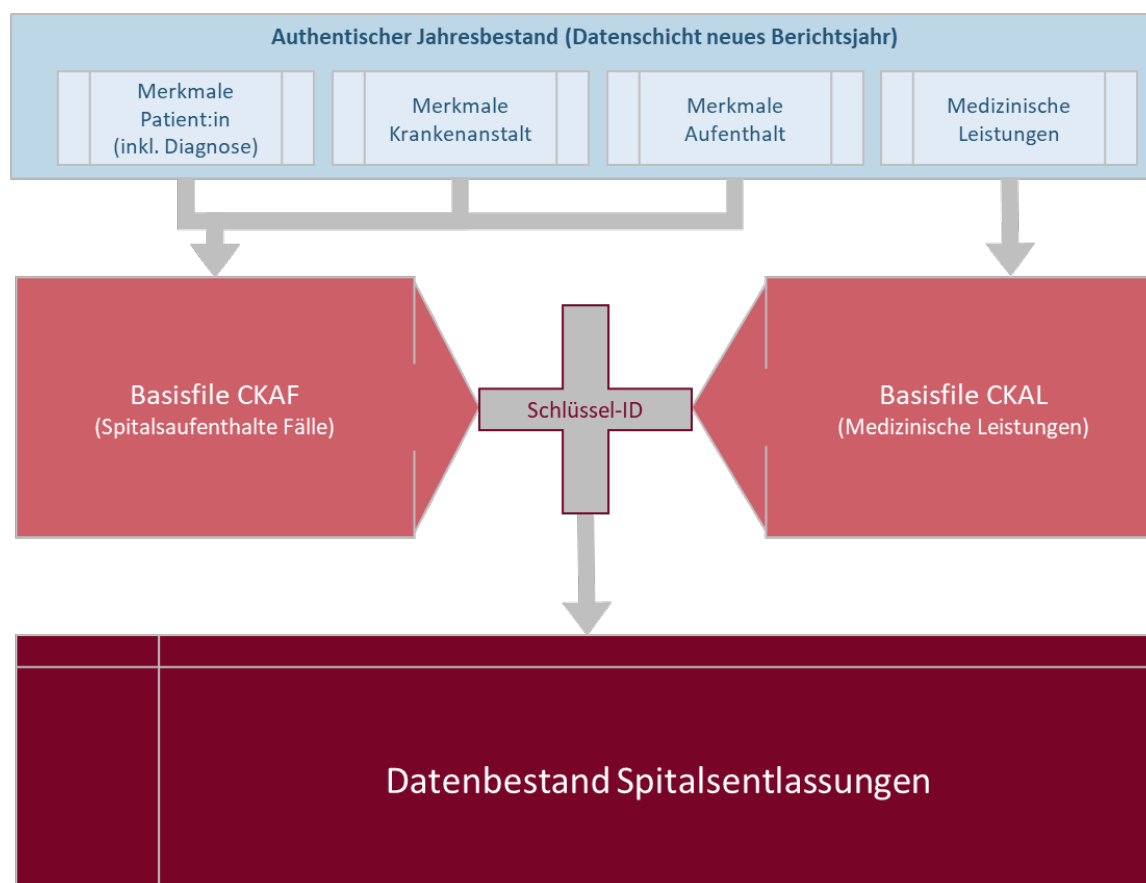
Die final geprüften Jahresdaten werden als **authentische Jahresdatenbestände** abgelegt. Der neu aufgebaute Jahresdatenbestand wird dann zu den bestehenden Basisfiles hinzugefügt. Da dieser Datenbestand sehr umfangreich ist, wird er zur besseren Verarbeitung geteilt:

- **Basisfile CKA20-Fälle (CKAF)** enthält Informationen zu Spitalsaufenthalt, Patient:in, Diagnose und Krankenhaus,
- **Basisfile CKA-Leistungen (CKAL)** enthält Informationen zu den erbrachten medizinischen Leistungen.

²⁰ CKA steht für „C-Bericht der Krankenanstalten“; diese Abkürzung geht auf die frühere Bezeichnung der Diagnosendokumentation in den Krankenanstalten zurück.

Grafik 4

Struktur des Datenbestandes



Die Basisfiles enthalten alle vorhandenen Jahresdatenbestände in einer über die Zeitreihe homogenen Struktur. Sie werden über eine technische Schlüssel-ID zum **Gesamtdatenbestand der Spitalsentlassungen** zusammengeführt. Das Gesamtfile umfasst somit alle in CKAL und CKAF enthaltenen Basismerkmale (siehe [Kapitel 2.1.8 Erhebungs- und Darstellungsmerkmale, Maßzahlen](#)), wobei die einzelnen Mikrodatsätze aus den beiden Basisfiles vertikal angeordnet sind. Das heißt, dass für jede während eines Spitalsaufenthalts erbrachte Leistung eine eigene Datenzeile (record) angelegt ist. Diese zu ein- und demselben Fall gehörenden **records** enthalten jeweils idente Fallinformationen (aus dem Basisfile CKAF) und unterscheiden sich nur in den Spalten „Leistung“ und „Zahl der erbrachten Leistung“ (letztere beiden Informationen speisen sich aus dem Basisfile CKAL).

2.2.6 Sonstige qualitätssichernde Maßnahmen

2.2.6.1 Qualitätssicherung Datenbestand Spitalsentlassungen

Nach Einlagerung der Jahresdaten in den Gesamtdatenbestand erfolgen Testabfragen mittels Häufigkeitszählungen und Zeitreihenvergleiche. Bei diesen Tests werden die Auswertungsergebnisse mit jenen des Vorjahres und vergleichbaren externen Quellen (in erster Linie mit [„Krankenhäusern in](#)

[Zahlen²¹](#)) auf Vollzähligkeit und Konsistenz hin abgeglichen. Darüber hinaus werden strukturelle Änderungen in Variablenhierarchien sowie Anpassungen von Variablenbezeichnungen und Metadaten überprüft. Im Rahmen dieser Kontrollen kommt jährlich ein Set an Prüfprogrammen zum Einsatz. Bei diesen Prüfroutinen abgeglichen werden

- die Zahl der Spitalsentlassungen nach Wohnort (Versorgungsregion), Standort der Krankenanstalt (Bundesland), Altersgruppen, Geschlecht, Fondszugehörigkeit, Diagnosegruppen und Staatsbürgerschaft,
- die Belagsdauer nach Standort der Krankenanstalt (Bundesland), Versorgungssektor und Fondszugehörigkeit,
- die Zahl der medizinischen Leistungen (Unterkapitel) und
- die aktuellen Auswertungen mit den Vorjahrestabellen (Jahrbuch, Web) auf allen Verkreuzungsebenen,
- die Zahl der Spitalsentlassungen nach Wohnstaat, Wohngemeinde und Wohnbundesland.

2.2.6.2 Restrukturierung Spitalsentlassungsstatistik 2018

Die über mehrere Jahrzehnte gewachsene Spitalsentlassungsstatistik ist fortlaufend an veränderliche fachliche, organisatorische, technische und rechtliche Rahmenbedingungen anzupassen. Im Jahr 2018 wurde eine grundlegende strukturelle Überarbeitung der Spitalsentlassungsstatistik durchgeführt (siehe dazu: [„Restrukturierung der Spitalsentlassungsstatistik²²“](#)).

Im Zuge der Restrukturierung wurden die bislang vorhandenen Mikrodatenfiles für einzelne Berichtsjahre harmonisiert und in einen Gesamtdatenbestand für die gesamte Zeitreihe der Spitalsentlassungsstatistik eingespielt. Dabei wurden sämtliche strukturellen Änderungen der Vergangenheit in globale Datenbankkonzepte zusammengeführt, die für alle Berichtsjahre anwendbar sind. So kann der Datenbestand einheitlich über die gesamte Zeitreihe ausgewertet werden.

2.3 Publikation (Zugänglichkeit)

Hauptergebnisse aus der Spitalsentlassungsstatistik stehen kostenfrei auf der Homepage zur stationären Gesundheitsversorgung bereit. Diese umfassen [Spitalsentlassungen](#) und [Medizinische Leistungen](#) und sind auch als Abfragen in [STATcube](#) und als [Open Data verfügbar](#). Daten auf der Ebene von medizinischen Einzelleistungen, ICD-Drei- und ICD-Vierstellern, Altersgruppen in 5-Jahresschritten, sowie Einzeldatensätze und Sonderauswertungen sind kostenpflichtig (bzw. stehen teilweise in [STATcube](#) im Abonnement zur Verfügung).

²¹ Vergleiche:

[Krankenanstalten in Zahlen: Stationäre Aufenthalte in Krankenanstalten.](#)

[Krankenanstalten in Zahlen: Diagnosen bei stationären Aufenthalten.](#)

[Krankenanstalten in Zahlen: Medizinische Leistungen bei stationären Krankenhausaufenthalten.](#)

²² Statistik Austria: Restrukturierung der Spitalsentlassungsstatistik. Dokumentation der Projektkonzeption 2018 und der fortlaufenden Adaptionen bis Berichtsjahr 2022. Ergänzung zur Standarddokumentation. Wien: 2023.

In einem Standardjahr sind folgende Veröffentlichungstermine vorgesehen:

- Mitte November (Berichtsjahr+1): Aktualisierung der Webinhalte, Veröffentlichung von STATcube und Open Data, Pressemitteilung
- Dezember (Berichtsjahr+1): Handbuch Projektdokumentation, Standarddokumentation
- Februar/März (Berichtsjahr+2): Gesundheitsstatistisches Jahrbuch
- Mai (Berichtsjahr+2): Statistische Nachrichten
- Oktober (Berichtsjahr+2): Kapitel im Statistischen Jahrbuch

2.3.1 Endgültige Ergebnisse

Die Datenaufarbeitung eines neuen Berichtsjahres erfolgt jährlich zwischen September und November; im November werden die endgültigen Ergebnisse veröffentlicht. Vorläufige Ergebnisse werden nicht publiziert.

2.3.2 Revisionen

Im Regelfall wird die Spitalsentlassungsstatistik keinen gesonderten Revisionen unterzogen. Jährliche Änderungen des LKF-Systems, das der Erfassung der Spitalsentlassungsdaten zugrunde liegt, erfordern zwar Anpassungen in den Klassifikationen, Datenbankstrukturen und -programmen, ein Neuaufbau der Basisfiles ist meist aber nicht erforderlich. Tiefergreifende konzeptuelle Änderungen werden im Zuge der Jahresaufarbeitung umgesetzt. Eine Revision der Daten wird dabei nicht vorgenommen.

2.3.3 Publikationsmedien

2.3.3.1 Pressemitteilungen

Nach Fertigstellung der Datenaufarbeitung wird jährlich eine Pressemitteilung zu den Spitalsentlassungen veröffentlicht (in der Regel Mitte November).

2.3.3.2 Homepage der Statistik Austria

Informationen zur Spitalsentlassungsstatistik stehen auf der Homepage der Statistik Austria auf zwei Landing Pages zur Verfügung ([Spitalsentlassungen](#) und [Medizinische Leistungen](#)). Beide Seiten sind mit STATcube und dem Open-Data-Portal von Statistik Austria verlinkt.

Gesundheitsversorgung stationär: Spitalsentlassungen

Hier stehen folgende Tabellen zu stationären Spitalsaufenthalte und ihrer Dauer seit 1989 (auch differenziert nach Diagnosen) zur Verfügung:

- Stationäre Spitalsaufenthalte seit 1989 (Akutkrankenanstalten und Krankenanstalten insgesamt)
- Dauer von Spitalsaufenthalten seit 1989 (Akutkrankenanstalten und Krankenanstalten insgesamt)
- Spitalsentlassungen aus Akutkrankenanstalten seit 1989 – Detailergebnisse
- Stationäre Spitalsaufenthalte in Akutkrankenanstalten seit 1989 nach Diagnose (ICD-Kapitel)

- Stationäre Spitalsaufenthalte in Akutkrankenanstalten im Berichtsjahr nach Diagnose (ISHMT)
- Dauer von Spitalsaufenthalten in Akutkrankenanstalten im Berichtsjahr nach Diagnose (ISHMT)
- Stationäre Spitalsaufenthalte in Akutkrankenanstalten im Berichtsjahr nach Diagnose (ISHMT), Geschlecht und Alter
- Spitalsentlassungen im Berichtsjahr nach Diagnose (ISHMT), Geschlecht und Alter – Detailergebnisse
- Spitalsentlassungen nach Diagnose (ISHMT), Geschlecht und Alter – historische Detailergebnisse seit 2001

Gesundheitsversorgung stationär: medizinische Leistungen

- Medizinische Leistungen (Kapitel des LKF-Kataloges) seit 1997
- Medizinische Leistungen (Unterkapitel des LKF-Kataloges) seit 2009 nach Geschlecht
- Medizinische Leistungen (Kapitel des LKF-Kataloges) seit 2009 nach Geschlecht und Standort der Krankenanstalt (Bundesland)

2.3.3.3 Datenbank STATcube

In [STATcube](#) sind Abfragen zu den stationär versorgten Erkrankungsfällen, der Aufenthaltsdauer in den Krankenanstalten und ausgewählten medizinischen Leistungen möglich. Die Daten können aggregiert nach Alter, Geschlecht, Bundesland, Versorgungssektor und Diagnosen abgefragt werden. Für externe Benutzer:innen gibt es sowohl einen kostenpflichtigen Zugang auf die Statistische Datenbank für detaillierte Datenabfragen als auch kostenfreie Eckdaten.

2.3.3.4 Open Data

Seit 2018 steht die Spitalsentlassungsstatistik auch als [Open Data](#) zur Verfügung (als Open Data können Datensatzauszüge mit maximal fünf im STATcube-Gastzugang verfügbaren Merkmalen angeboten werden, nicht aber Informationen aus dem ABO):

- Medizinische Leistungen (Unterkapitel) 1997 bis 2008 nach Personenmerkmalen (Codes bis 2008)
- Medizinische Leistungen (Unterkapitel) seit 2009 nach Personenmerkmalen (Codes ab 2009)
- Zahl und Dauer von Spitalsaufenthalten seit 1989 nach Geschlecht, Alter und Wohnort (Bundesland) der Patient:innen
- Zahl und Dauer von Spitalsaufenthalten 1989 bis 2000 nach Versorgungssektor, Bundesland (Standort Krankenanstalt) und Diagnose (ICD-9)
- Zahl und Dauer von Spitalsaufenthalten seit 2001 nach Versorgungssektor, Bundesland (Standort Krankenanstalt) und Diagnose (ICD-10)

2.3.3.5 Mikrodaten

Jahresdatensätze

(Disaggregierte) Informationen auf der Ebene einzelner Datensätze (records) wurden bis einschließlich Berichtsjahr 2016 als jahresspezifische und über die Jahre nicht kompatible Einzeldatensätze erstellt. Danach wurden sie als (Teil-)Datenbanken aus den Basisfiles CKAL und CKAF extrahiert. Seit dem Berichtsjahr 2020 wird jährlich der Datenbestand Spitalsentlassungen erstellt, der sämtliche Informationen aus beiden Basisfiles aller Jahre bereits verschnitten enthält. Aus diesem Gesamtdatenbestand werden Jahresdatensätze und andere Standard- und aufgabenspezifische Datensätze nach Bedarf extrahiert

Jährlich werden die folgenden Mikrodatendatensätze erstellt:

- NMHC-Datenlieferung (Non-monetary Health Care) an Eurostat gemäß Verordnung (EU) 2022/2294 (Februar_{t+2})
- Bundeslandspezifische Jahresfiles für Landesstatistikämter (November_{t+1})
- Kuratorium für Verkehrssicherheit: Teildatenbankauszug Verletzungsdiagnosen (November_{t+1})

Scientific Use Files: Standard- und aufgabenspezifische Datensätze

Für Forschung und Lehre werden Einzeldatensätze (records) einschließlich einer Dokumentation der Metadaten und der entsprechenden Codebücher (deutsch- und englischsprachig) bereitgestellt. Der Zugang zu diesen Mikrodaten ist online unter [Scientific Use Files](#) möglich.

Mikrodaten für Forschung und Lehre stehen in folgenden Settings zur Verfügung:

- Standardisierter Datensatz SDS – kostenloses Subsample (5 % der Entlassungsfälle): Nach Registrierung können diese Daten online beantragt werden. Mit der Registrierung stimmen die Nutzer:innen den Nutzungsbestimmungen zu.
- Standardisierter Datensatz SDS – komplettes Sample (kostenpflichtig): SDS können per Formular beantragt werden. Die Anträge werden stets auf die Einhaltung der Datenschutzbestimmungen hin überprüft.
- Aufgabenspezifischer Datensatz ADS (kostenpflichtig): Nach Bewilligung eines analogen Antrags (siehe SDS) werden die Nutzungsbedingungen durch einen Vertrag zwischen Statistik Austria und der antragstellenden Person fixiert.

2.3.3.6 Safe Center

Daten aus der Spitalsentlassungsstatistik können auch im Safe Center abgefragt werden. In diesem Setting ist es möglich, schützenswerte Informationen vor Ort zu analysieren. Dazu wird ein im Vorfeld spezifizierter Datensatz erstellt, den die Kund:innen im Safe Center auswerten können. Die Aufbereitung dieses Datensatzes ist kostenpflichtig, genauso wie die Betreuung und die Prüfung des Outputs (der das Haus verlässt). Der Output darf ausschließlich aggregierte Daten enthalten, die den Datenschutzbestimmungen entsprechen. Für die Nutzung des Safe Centers ist ein Vertrag aufzusetzen, in dem auch

die Kosten für die Erstellung des Datensatzes und die Abrechnung der Personenstunden für die Betreuung und Outputprüfung aufgeschlüsselt sind.

2.3.3.7 Statistische Nachrichten

Jährlich wird ein Statistischer Nachrichtenartikel zu (ausgewählten) Ergebnissen aus der Spitalsentlassungsstatistik erstellt (Schwerpunktanalysen). Als Beispiele seien genannt:

- Stationäre Versorgung in der Pandemie (Oktober 2022)
- Stationäre psychiatrische Akutversorgung in Österreich (Oktober 2021, begutachteter Beitrag)
- Krankenhausaufenthalte 2018 in öffentlichen und privaten Spitälern (Mai 2020)

2.3.3.8 Jahrbuch der Gesundheitsstatistik und Statistisches Jahrbuch

Im Jahrbuch der Gesundheitsstatistik werden die Ergebnisse der Spitalsentlassungsstatistik als Text und Tabellen nach Bundesland publiziert. Ergänzend zur Publikation stehen im Web weiterführende Tabellen in tieferer Gliederung zur Verfügung. Ebenso enthält Kapitel 3 des Statistischen Jahrbuchs die Ergebnisse der Spitalsentlassungen nach den ICD-Hauptgruppen.

2.3.3.9 Internationale Datenbanken

Daten aus der österreichischen Spitalsentlassungsstatistik finden Eingang in folgende internationale Datenbanken und Publikationen:

- Eurostat Statistics Explained: <https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Health>
- Eurostat Health Database: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/health/database>
- OECD Health Database: <https://stats.oecd.org/Index.aspx?ThemeTreeId=9>
- OECD Health at a Glance: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance_19991312
- OECD Country Health Profiles: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/osterreich-landerprofil-gesundheit-2021_bdde3767-de
- WHO Database Health for all: <https://gateway.euro.who.int/en/datasets/european-health-for-all-database/>

2.3.4 Behandlung vertraulicher Daten

Die **Geheimhaltungsbestimmungen** für Daten, die im Bundesstatistikgesetz 2000 idGF § 19 (2) und (3), geregelt sind, werden stets strikt eingehalten. Die Spitalsentlassungsstatistik ist eine fallbezogene und keine personenbezogene Statistik, die Einzeldaten zu stationär entlassenen **Patient:innen** sind völlig anonymisiert. Ein Personenidentifikator (Sozialversicherungsnummer, bereichsspezifisches Personenkennzeichen bPK oder ähnliches) ist in den Daten nicht enthalten. Bei Datenabfragen wird stets darauf geachtet, Datenkombinationen, die eine Identifikation ermöglichen könnten, nicht zu veröffentlichen.

Die Mikrodatensätze zu den einzelnen Entlassungsfällen sind mit einer **Fall-ID** versehen, die bei einer Mikrodatennutzung durch Externe nach außen gegeben wird. Diese externe Fall-ID ist berichtsja-hr-spezifisch und muss am Datensatz aufgebracht sein, damit die einzelnen Zeilenrecords für unterschiedliche medizinische Leistungen zu einem Fall zusammengeführt werden können. Aus Datenschutzgründen wird diese Fall-ID bei jeder Erstellung eines Teildatensatzes neu generiert, damit zu unterschiedlichen Zeitpunkten abgefragte strukturkompatible Daten nicht verschnitten werden können (weil damit unter Umständen datenschutzrechtlich zu feingliedrige Aggregate entstehen könnten).

Die tiefste **räumliche Gliederung** in veröffentlichten Tabellen sind die Bundesländer. Sonderauswertungen können in Abhängigkeit von den gewählten Verkreuzungen und unter Wahrung der Anonymität auch auf einer tieferen regionalen Ebene durchgeführt werden – dies wird in jedem Einzelfall geprüft.

3 Qualität

3.1 Relevanz

Die Spitalsentlassungsstatistik ist trotz einiger Einschränkungen für das Aufzeigen der Häufigkeit des Auftretens bestimmter Erkrankungen in der Bevölkerung (Morbidität) von großer Bedeutung, da epidemiologische Daten nur zu wenigen Erkrankungen systematisch und flächendeckend erfasst werden (etwa im nationalen Krebsregister der Statistik Austria). Sie beruht zudem auf der einheitlichen österreichweiten Vollerhebung der Diagnosen- und Leistungsdokumentation, die zwar primär anderen Zwecken dient, nämlich der Krankenanstaltenfinanzierung, aber dennoch eine einheitliche Datenbasis liefert.

Zu beachten sind allerdings auch einige Einschränkungen der Spitalsentlassungsstatistik: So werden stationär erbrachte medizinische Leistungen von den Spitälern nur dann erfasst, wenn sie mit Kosten über einer laut LKF kostenrechnerisch relevanten Grenze verbunden sind. Zudem handelt es sich bei der Spitalsentlassungsstatistik um eine fallbezogene Statistik, da ein eindeutiger Personenbezug fehlt. Aus diesem Grund werden Mehrfachaufnahmen von Patient:innen mit derselben Hauptdiagnose innerhalb eines Berichtsjahres auch mehrfach gezählt. Zudem werden nicht alle Erkrankungen bzw. in der Regel nur Erkrankungen mit einem bestimmten Schweregrad stationär versorgt.

Bei der Analyse der Spitalsentlassungsdaten ist deshalb zu berücksichtigen, dass sie zwar Aussagen über Häufigkeit und Dauer von stationären Aufenthalten und über während dieser Aufenthalte erbrachte Leistungen ermöglicht, nicht aber Schlüsse über die Verbreitung von Erkrankungen in der Bevölkerung (im Sinne einer Morbiditätsstatistik) zulässt.

Auch im internationalen Kontext ist die Spitalsentlassungsstatistik von großer Relevanz (siehe auch [Kapitel 2.3.3.9 Internationale Datenbanken](#)), da sich zahlreiche Kennzahlen internationaler Gesundheitsstatistiken aus der Spitalsentlassungsstatistik speisen. Seit dem Inkrafttreten der EU-Durchführungsverordnung (EG) Nr. 1338/2008 des Europäischen Parlaments und des Rates in Bezug auf Statistiken über Gesundheitsversorgungseinrichtungen, Humanressourcen im Bereich der Gesundheitsversorgung und Nutzung der Gesundheitsversorgung im November 2008 ist Österreich gesetzlich verpflichtet, jährlich ein breites Spektrum an Daten zur Gesundheitsversorgung an Eurostat zu übermitteln. Ein großer Teil dieser Datenlieferung wird aus der Spitalsentlassungsstatistik gewonnen; die extrahierten Daten sind vollständig und entsprechen den vorgegebenen international harmonisierten Definitionen (diese Metadaten sind im Manual „Healthcare non-Expenditure Statistics“²³ publiziert).

²³ Eurostat CIRCABC (2022): Healthcare non-expenditure statistics manual: Guidelines for completing the Joint questionnaire on non-monetary healthcare statistics. 2023 edition.

Auf EU-Ebene finden jährlich Arbeitsgruppensitzungen statt, die primär Qualitätssicherung und Verbesserung der internationalen Vergleichbarkeit zum Ziel haben – letztere ist vor allem durch eine Vereinheitlichung von Definitionen und eine umfassende Metadokumentation zu erreichen.

Auf nationaler Ebene findet jedes Jahr der Fachbeirat für Gesundheitsstatistik statt, wo über das Projekt der Spitalsentlassungsstatistik und die Aufarbeitung und Publikation der Daten berichtet und diskutiert wird.

3.2 Genauigkeit

3.2.1 Nichtstichprobenbedingte Effekte

Die Datenerfassung in den Krankenanstalten unterliegt verwaltungstechnischen Einflüssen, die sich auf die Qualität der medizinischen Daten auswirken:

- Zum einen unterliegt die Erfassung von Leistungen und Diagnosen in den Krankenanstalten kostenrechnerisch relevanten Prämissen. Dies führt zu einer Überschätzung von Hauptdiagnosen und Leistungen, die finanziell höher abgegolten werden.
- Zum anderen steht in den Krankenanstalten in der Regel kein eigenes Personal für die medizinische Dokumentation von Krankenhausaufenthalten zur Verfügung. Für eine gewissenhafte Datenerfassung fehlt es deshalb mancherorts an zeitlichen und personellen Ressourcen.

3.2.1.1 Qualität der verwendeten Datenquellen

Statistik Austria kann die Qualität der Datenerfassung nicht beeinflussen, da diese den Krankenanstalten, den Landesgesundheitsfonds und dem BMG obliegt. Technisch gesehen weisen die Daten eine hohe Qualität auf, da die Codierung nach dem bundesweit einheitlichen LKF-System für landesgesundheitsfondsfinanzierte und für nichtlandesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalten erfolgt und die Daten vor Übermittlung an Statistik Austria zahlreiche Plausibilitätsprüfungen durchlaufen (siehe [2.2.3.1 Plausibilitätsprüfung durch Krankenanstalten, Landesgesundheitsfonds und BMG](#)). Am 01.01.2017 wurde ein bundesweit einheitliches Datenerfassungssystem für vollstationär, tagesklinisch und ambulant erbrachte operative und nichtoperative Leistungen eingeführt, das nach einer zweijährigen Übergangsfrist für alle österreichischen Krankenanstalten am 01.01.2019 verpflichtend geworden ist. Davor kamen in verschiedenen Bundesländern unterschiedliche Erfassungssysteme für Landesträger- und PRIKRAF-Krankenanstalten zur Anwendung.

3.2.1.2 Abdeckung (Fehlklassifikationen, Unter-/Übererfassung)

Erfasst werden alle in den Krankenanstalten erbrachten Leistungen, die im LKF-Leistungskatalog des BMG enthalten sind, unabhängig davon, ob die Leistungen durch öffentliche Finanzierung abgegolten werden oder nicht. Durch die Koppelung der dokumentierten Leistungen der Krankenanstalten an ihre Finanzierung durch die öffentliche Hand (seit 1997), ist ein hoher Anreiz zu einer möglichst lückenlosen Dokumentation gegeben. Die Vollständigkeit der Einzeldatensätze je Krankenanstalt beträgt seither nahezu 100 %.

3.2.1.3 Antwortausfall (Unit-Non Response, Item-Non Response)

Gemäß § 1a des [Gesundheitsdokumentationsgesetzes](#) sind die Träger von Krankenanstalten verpflichtet, die Diagnosen der in stationärer Behandlung befindlichen Patienten nach der von der Weltgesundheitsorganisation veröffentlichten Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD, an Österreich angepasste BMG-Version) originär zu erfassen. Weiters haben die Krankenhausträger die während der stationären Aufenthalte erbrachten medizinischen Leistungen zu dokumentieren, wobei der Umfang und der Inhalt der Leistungserfassung den Erfordernissen der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung Rechnung tragen müssen. Aufgrund der gesetzlichen Verpflichtung zur Datenmeldung kommen Antwortausfälle so gut wie nicht vor.

3.2.1.4 Messfehler (Erfassungsfehler)

Erfassungsfehler werden durch mehrere Plausibilitätsprüfungen und -routinen reduziert (bei der Erfassung in den Krankenanstalten, bei den Krankenanstaltenträgern, bei den Landesgesundheitsfonds und im BMG, siehe auch [Kapitel 2.2.1 bis 2.2.3](#)).

3.2.1.5 Aufarbeitungsfehler

Aufarbeitungsfehler sind keine bekannt.

3.3 Aktualität und Rechtzeitigkeit

Unter Einhaltung der gesetzlichen Fristen der endgültigen Jahresberichte der Landesgesundheitsfonds an das BMG und der mehrstufigen Überprüfungsrouitinen werden die Daten vom BMG im Herbst des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres an Statistik Austria übermittelt. Die Aufarbeitung der Jahresdaten, die Aktualisierung der Datenbasen und der Auswertungssysteme erfordern etwa zwei Monate Arbeitszeit, in der Regel wird die Spitalsentlassungsstatistik im November des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres von Statistik Austria veröffentlicht.

3.4 Vergleichbarkeit

3.4.1 Zeitliche Vergleichbarkeit

Um die Vergleichbarkeit der Daten im Zeitverlauf zu gewährleisten, ist eine standardisierte Aufbereitung der vom Ministerium seit 1989 (teils deutlich) unterschiedlich strukturierten Administrativdaten notwendig.

Genau diese Homogenisierung war das Ziel der im Jahr 2018 initiierten Restrukturierung der Spitalsentlassungsstatistik, mit der sämtliche Metadatenkonzepte, Datendefinitionen und -klassifikationen einheitlich operationalisiert wurden – seit dieser Restrukturierung ist eine über die gesamte Zeitreihe harmonisierte Abfrage aller Merkmale der Spitalsentlassungsstatistik möglich (siehe dazu auch

„Restrukturierung der Spitalsentlassungsstatistik“²⁴). Bis einschließlich des Berichtsjahres 2016 wurden die einzelnen Jahresdatenbestände nach den jeweils gültigen (und sich im Laufe der Zeit veränderten) Konzepten und Klassifikationen erstellt, rückwirkend allerdings nicht angepasst.

Um die zeitliche Vergleichbarkeit bei Änderungen in den der Spitalsentlassungsstatistik zugrundeliegenden Datenstrukturen zu gewährleisten, erfolgen jährliche Entwicklungsarbeiten, die fortlaufend in der internen Projektdokumentation dokumentiert werden. Insbesondere geht es dabei um

- die Anpassungen von Klassifikationen (Bezeichnung und Kategorisierung von Variablenausprägungen),
- die Erarbeitung von Korrespondenztabelle zur (historischen) Umschlüsselung von Klassifikationen,
- die Operationalisierung neuer Variablen,
- konzeptuelle Adaptionen sowie um
- Anpassungen an sich ändernde technische Gegebenheiten.

3.4.1.1 Vergleichbarkeit der Diagnosen

Bedingt durch die Umstellung von der ICD-9-Klassifikation auf die ICD-10-Systematik ist ein Zeitreihenbruch im Jahr 2001 zu verzeichnen, da weder die Drei- noch die Viersteller beider Systematiken direkt überführbar sind. Zeitreihenvergleiche auf Viersteller- und Dreistellerebene sind von 1989 bis 2000 in der ICD-9-Systematik und von 2001 bis zum aktuellen Berichtsjahr in der ICD-10-Systematik möglich. Die den Gliederungen der Spitalsentlassungsstatistik zugrundeliegenden Klassifikationen wurden erstmals während der Restrukturierung der Spitalsentlassungsstatistik 2018 und weiterhin jährlich an die aktuell gültigen ICD-Fassungen angepasst (Übernahme von neuen Codes und Namensänderungen; siehe Kapitel 2.1.9 Verwendete Klassifikationen, Codebuch und „Restrukturierung der Spitalsentlassungsstatistik“²⁵).

Zeitreihenvergleiche vom Beginn der elektronischen Dokumentation der Spitalsentlassungsstatistik im Jahr 1989 bis zum aktuellen Berichtsjahr sind auf der Ebene der ISHMT²⁶ möglich.

3.4.1.2 Vergleichbarkeit der medizinischen Leistungen

Analoges gilt für die Vergleichbarkeit der medizinischen Leistungen. Auch hier ist es mit der Einführung eines neuen Leistungskatalogs im Jahr 2009 zu einem Zeitreihenbruch gekommen, da die Codes des bis 2008 gültigen Katalogs nicht in die Codes des Katalogs 2009+ überführbar waren. Zeitreihenvergleiche

²⁴ Statistik Austria: Restrukturierung der Spitalsentlassungsstatistik. Dokumentation der grundlegenden Projektkonzeption 2018 und der fortlaufenden Adaptionen bis Berichtsjahr 2021. Ergänzung zur Standarddokumentation. Wien: 2023.

²⁵ Statistik Austria: Restrukturierung der Spitalsentlassungsstatistik. Dokumentation der grundlegenden Projektkonzeption 2018 und der fortlaufenden Adaptionen bis Berichtsjahr 2021. Ergänzung zur Standarddokumentation. Wien: 2023.

²⁶ International Shortlist for Hospital Morbidity Tabulation.

sind von 1997 bis 2008 (LKF Katalog bis 2008) und von 2009 bis zum aktuellen Berichtsjahr (LKF Katalog ab 2009) möglich, da die den Gliederungen zugrundeliegenden Klassifikationen erstmals während der Restrukturierung 2018 und ab dann jährlich an die aktuell gültigen Kataloge angepasst worden sind (Aufnahme neuer Codes, Namensänderungen; siehe [Kapitel 2.1.9 Verwendete Klassifikationen, Codebuch](#) und [„Restrukturierung der Spitalsentlassungsstatistik“^{27\)}](#)).

3.4.2 Internationale und regionale Vergleichbarkeit

3.4.2.1 Vergleichbarkeit der Diagnosen

Die internationale Vergleichbarkeit der Diagnosen ist für die Berichtsjahre 1989 bis 2000 nur bis zur dritten Stelle der ICD-Klassifikation möglich. Der Grund dafür ist, dass die ICD-Codes vom BMG für Österreich angepasst wurden. Mit Einführung der ICD-10-Klassifikation ist die internationale Vergleichbarkeit ab dem Berichtsjahr 2001 bis zur vierstelligen Ebene gewährleistet – Ausnahmen bilden die Kapitel XX und XXI.

Für das WHO-ICD-10-Kapitel XX „Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität“ wird in der Österreichversion der ICD-10 das Kapitel XXa „Exogene Noxen – Ätiologie“ benutzt; dieses sieht nur elf Positionen (gegenüber 372 dreistelligen Positionen in der Originalversion der WHO) vor. Im Kapitel XXI „Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen“ wurde aus der Österreichversion die Gruppe „Personen mit potenziellen Gesundheitsrisiken auf Grund sozioökonomischer und psychosozialer Umstände“ gestrichen.

3.4.2.2 Vergleichbarkeit der medizinischen Leistungen

Für internationale Vergleiche ist die nationale Leistungsstatistik nur bedingt anwendbar, da international zur Codierung der Daten die Systematik für „Surgical procedures by ICD-9-CM“ angewandt wird. Die Informationen der für Vergleiche nötigen Indikatoren können aus der Leistungsstatistik des BMG nicht direkt abgeleitet werden. Allerdings kann für Datenlieferungen an internationale Organisationen bei Bedarf eine Umschlüsselung erstellt werden.

²⁷ Statistik Austria: Restrukturierung der Spitalsentlassungsstatistik. Dokumentation der grundlegenden Projektkonzeption 2018 und der fortlaufenden Adaptionen bis Berichtsjahr 2021. Ergänzung zur Standarddokumentation. Wien: 2023.

3.4.2.3 Regionale Vergleichbarkeit

Da mit 01.01.2019 verpflichtend ein bundesweites LKF-Codierungssystem eingeführt wurde, nach dem die medizinischen Merkmale eines Spitalsaufenthaltes gleichermaßen zu codieren sind, sind die Voraussetzungen für regionale Vergleiche erfüllt. Davor kamen in den Bundesländern verschiedene (stationäre und ambulante) Leistungskataloge und Erfassungsprogramme zur Anwendung, was zu teilweisen Beschränkungen in regionalen Analysen führte.

3.5 Kohärenz

Das BMG veröffentlicht auf der Webseite „[Krankenanstalten in Zahlen](#)“²⁸ Eckdaten zu den Spitalsentlassungen aus dem DIAG Data Warehouse. Im Rahmen der jährlichen [Plausibilitätsprüfung bei Statistik Austria](#) (siehe auch [Kapitel 2.2.3.2 Plausibilitätsprüfung bei Statistik Austria](#)) zeigt sich eine nahezu vollständige Kohärenz. Feiner verkreuzte Ergebnisse zu stationären Krankenhausaufenthalten werden vom BMG nicht publiziert und können deshalb nicht abgeglichen werden.

Da die Spitalsentlassungsstatistik eine fallbezogene Statistik ist und keinen Personenidentifikator enthält, ist keine direkte Verknüpfung mit anderen personenbezogenen gesundheitsstatistischen Daten und deshalb auch kein direkter Abgleich möglich.

Ein Vergleich der im Rahmen der Gesundheitsbefragung 2019 erhobenen Häufigkeiten unterschiedlicher chronischer Erkrankungen mit den Spitalsentlassungsdaten zeigte gute Übereinstimmung. Ebenfalls plausibel fielen die Ergebnisse der Abgleiche der Spitalsentlassungsstatistik 2020 mit der Todesursachenstatistik 2020 und der Geborenenstatistik 2020 aus.

²⁸ „Krankenanstalten in Zahlen“ ist eine Übersicht über grundlegende Kenngrößen der österreichischen Krankenanstalten (Ressourcen und Inanspruchnahme der Krankenanstalten, Kosten sowie Daten aus der medizinischen Dokumentation).

4 Ausblick

4.1 Spitalsentlassungsstatistik als Morbiditätsstatistik

Bei der Spitalsentlassungsstatistik handelt es sich derzeit um eine fallbezogene Statistik stationärer Aufenthalte. Die gesetzliche Grundlage der Spitalsentlassungsstatistik sah bislang keine Übermittlung eines Personenidentifikators vor. Daher konnten mehrfache Krankenhausaufenthalte ein und derselben Person nicht miteinander verknüpft werden. Mit 01.01.2024 wurde die Gesetzesgrundlage der Spitalsentlassungsstatistik²⁹ dahingehend erweitert, dass die an Statistik Austria zu übermittelnden Daten auch eine Personen-ID in Form des bPK-AS zu enthalten haben. Diese Gesetzesänderung wirkt sich erstmals auf das Berichtsjahr 2024 aus. Mit dem Vorhandensein einer Personen-ID kann die Spitalsentlassungsstatistik künftig als Morbiditätsstatistik genutzt werden, da das Erkrankungsrisiko für stationär behandelte Krankheiten bestimmt werden kann – und nicht wie bis dato lediglich Informationen zur Häufigkeit stationärer Behandlungen von einzelnen Diagnosen vorhanden sind. Die Erweiterung der Spitalsentlassungsstatistik birgt in mehrfacher Hinsicht sehr großes Potenzial für die Gesundheitspolitik. So ermöglicht eine personenbezogene Spitalsentlassungsstatistik (um nur einige Beispiele zu nennen) unter anderem

- die Analyse von Prävalenz und Inzidenz stationär behandelter Erkrankungen,
- die Verknüpfung mit anderen Registerdaten für die statistische Analyse von Erkrankungen in Zusammenhang mit sozioökonomischen Faktoren (Bildung, Einkommen, Erwerbsstatus usw.),
- die Verknüpfung mit personenbezogenen Daten aus dem ambulanten Versorgungssektor (Daten des Dachverbands, Daten aus der ambulanten Diagnosen- und Leistungsdokumentation, Daten aus Impfregistern, usw.)
- die Schaffung einer umfangreichen Datenbasis für Analysen von COVID-19 und Long-COVID durch die Verknüpfung mit EMS-Daten zu COVID-19-Erkrankungen und ELGA-Daten zum Impfstatus,
- die Beobachtung von „Patient:innenkarrieren“ bzw. von Krankheitsverläufen.
- Somit kann das Potential der Statistik für epidemiologische und gesundheitsstatistische Fragestellungen künftig besser ausgeschöpft werden. Die Spitalsentlassungsstatistik würde sich auch zur Qualitätssicherung sowohl der Todesursachen- als auch der Krebsstatistik eignen.

4.2 (Spitals-)Ambulante Aufenthalte und Leistungen

In der Spitalsentlassungsstatistik sind bislang ausschließlich stationäre Spitalsaufenthalte berücksichtigt. Zu spitalsambulanten Besuchen werden keinerlei Daten an Statistik Austria übermittelt. Gleiches gilt auch für den extramuralen Sektor, also die Gesundheitsversorgung im niedergelassenen Bereich. Mit einer Novelle des Dokumentationsgesetzes für das Gesundheitswesen werden ab 01.01.2025 auch Spitalsambulanzen, der niedergelassene Bereich von Ärzt:innen und selbstständige Ambulatorien in die bundesweit einheitliche Diagnosen- und Leistungsdokumentation einbezogen.³⁰ Dafür wird ein eigener ambulanter LKF-Leistungskatalog gelten, die erhobenen Daten werden künftig mit dem bPK-AS

²⁹ Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen, BGBl. Nr. 745/1996

³⁰ § 6 (3) Bundesgesetz für die Dokumentation im Gesundheitswesen

ausgestattet. Weitere Schritte für den Aufbau einer der Spitalsentlassungsstatistik analogen Datenbasis für den ambulanten Versorgungssektor durch Statistik Austria sind im Gesetz derzeit allerdings nicht enthalten, insbesondere besteht keine Rechtsgrundlage für die Übermittlung der dafür notwendigen Administrativdaten an Statistik Austria.

5 Glossar

AKUTVERSORGUNG: Merkmal des Versorgungssektors. Diesem Sektor sind alle landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten sowie alle weiteren Krankenanstalten, die grundsätzlich durchschnittliche Belagstage (Aufenthaltsdauer) von 18 Tagen oder weniger aufweisen, zugeordnet. Es ist sowohl die ungeplante (akute) als auch die geplante/planbare Kurzzeitversorgung umfasst.

ALLGEMEINVERSORGUNG: Merkmal des Versorgungsbereichs. Diesem Bereich werden alle Krankenanstalten zugeordnet, die ein relativ breites Spektrum an operativen und konservativen Leistungen bzw. zumindest in der Inneren Medizin und der Allgemein Chirurgie erbringen. Allgemeinversorgung wird nur in der Akutversorgung von Allgemeinen Krankenanstalten und Sanatorien (Krankenanstaltentypen) erbracht.

ALLGEMEINE KRANKENANSTALTEN: Merkmal des Krankenanstaltentyps. Gemäß § 2 Absatz 1 Ziffer 1 KAKuG versorgen Allgemeine Krankenanstalten Personen ohne Unterschied des Geschlechts, des Alters oder der Art der ärztlichen Betreuung; in der vom BMG geführten Statistik „Krankenanstalten in Zahlen“ werden diesem Krankenanstaltentyp alle gemeinnützigen Krankenanstalten, die Allgemeinversorgung leisten, zugeordnet. Gemäß § 2a Absatz 1 KAKuG untergliedern sich Allgemeine Krankenanstalten in Standardkrankenanstalten, Schwerpunktkrankenanstalten und Zentralkrankenanstalten.

BELAGSTAGE: Bei der Berechnung der Belagstage (Aufenthaltsdauer) werden Nulltagesaufenthalte (das sind jene Fälle, bei denen Aufnahme und Entlassung am selben Kalendertag erfolgen) aus der Berechnung ausgeschlossen. Als Belagstage werden Übernachtungen im Spital (Mitternachtsstände) gezählt. Dabei handelt es sich um einen international üblichen Berechnungsmodus. Zusätzlich zur Darstellung des arithmetischen Mittels der Aufenthaltsdauer wird der Median für klassierte Daten abgebildet.

BEREICHSSPEZIFISCHES PERSONENKENNZEICHEN – AMTLICHE STATISTIK (bPK-AS): Im österreichischen E-Government werden von der Stammzahlenregisterbehörde administrierte Personenkennzeichen verwendet. Um einen umfänglichen Datenschutz zu gewährleisten, werden keine einheitlichen Personenkennzeichen verwendet, sondern für unterschiedliche Behörden unterschiedliche Personenkennzeichen herangezogen, die sich aus der Stammzahl der betroffenen natürlichen Person für den jeweiligen Verfahrensbereich ableiten. Nähere Informationen finden sich auf der Homepage der [Stammzahlenregisterbehörde](#) (Web Finanzministerium > Ministerium > Aufgaben und Organisation > Stammzahlenregisterbehörde)

DURCHSCHNITTLICHE BELAGSTAGE: Zahl der Tage, die ein:e Patient:in durchschnittlich in vollstationärer Behandlung verbracht hat. Berechnungsformel: Summe der Belagstage/Zahl aller stationären Aufenthalte (ohne Nulltagesaufenthalte). Synonyme: Belagsdauer, Aufenthaltsdauer.

GEMEINNÜTZIGKEIT: In § 16 KAKuG ist geregelt, unter welchen Bedingungen eine Krankenanstalt als gemeinnützig zu betrachten ist: Unter anderem darf ihr Betrieb nicht die Erzielung eines Gewinns bezwecken; jede:r Aufnahmebedürftige ist nach Maßgabe der Anstaltseinrichtungen aufzunehmen und so lange unterzubringen, als es sein Gesundheitszustand nach dem Ermessen der behandelnden Ärzt:innen erfordert. Für die ärztliche Behandlung und Pflege ist ausschließlich der Gesundheitszustand

maßgeblich, die Bediensteten der Krankenanstalt dürfen von den Patient:innen oder deren Angehörigen auf keinerlei Art entlohnt werden, und die Zahl der für die Sonderklasse bestimmten Betten darf ein Viertel der für die Anstaltspflege bereitstehenden Bettenzahl nicht übersteigen.

GENESUNG/PRÄVENTION: Merkmal des Versorgungssektors Nicht-Akutversorgung.

GESUNDHEITSVERSORGUNGSREGION: siehe VERSORGUNGSREGION.

HAUPTDIAGNOSE: Die Hauptdiagnose ist eine endgültig abgeklärte Diagnose, die jene Gesundheitsstörung beschreibt, die sich nach Durchführung aller Untersuchungen letztlich als Hauptgrund für den stationären Krankenhausaufenthalt herausgestellt hat. Ist eine endgültige Abklärung nicht möglich, dann wird das Hauptsymptom, der schwerwiegendste abnorme Befund oder die schwerwiegendste Gesundheitsstörung als Hauptdiagnose angegeben. Demnach muss die Hauptdiagnose nicht die Einweisungs- bzw. Aufnahmediagnose und auch nicht immer jene Diagnose sein, mit der der Patient zur Weiterbehandlung entlassen wird (oder an welcher der Patient nach der Entlassung leidet); sie muss auch nicht unbedingt die für die entlassende Fachabteilung typische Diagnose sein. Eine während des Krankenhausaufenthalts neu erworbene Erkrankung oder neu aufgetretene Komplikation kann keine Hauptdiagnose sein. Bei Sterbefällen ist darauf zu achten, dass die Hauptdiagnose nicht in jedem Fall mit der Todesursache ident sein muss. Synonym: Entlassungsdiagnose.

ICD-9: International Classification of Diseases, 9. Revision. Die internationale Klassifikation der Erkrankungen in der für Österreich angepassten Form wurde in der Spitalsentlassungsstatistik von 1989 bis 2000 verwendet.

ICD-10: International Classification of Diseases, 10. Revision. Die internationale Klassifikation der Erkrankungen in der für Österreich angepassten Form wird in der Spitalsentlassungsstatistik seit 2001 verwendet. Versionierungen fanden in den Jahren 2013, 2014, 2017, 2020, 2021 und 2022 statt.

ISHMT: Die International Shortlist for Hospital Morbidity Tabulation ist eine Liste von 136 Diagnosegruppen, die von einer internationalen Expert:innengruppe erarbeitet wurde (aktueller Stand Dezember 2022).

KRANKENHAUS: Im Sinne von § 1 KAKuG als Krankenanstalt bescheidete Gesundheitseinrichtung. Synonyme: Krankenanstalt, Spital.

KRANKENANSTALT: Im Sinne von § 1 KAKuG als Krankenanstalt bescheidete Gesundheitseinrichtung. Synonyme: Krankenhaus, Spital.

KRANKENANSTALTENTYP: In der vom BMG geführten Statistik „Krankenanstalten in Zahlen“ werden Spitäler in Anlehnung an § 2 Absatz 1 Ziffern 1 bis 4 KAKuG unterschieden in Allgemeine Krankenanstalten, Sonderkrankenanstalten, Pflegeanstalten für chronisch Kranke und Sanatorien. In internationalen Gesundheitsstatistiken (Eurostat, WHO, OECD) werden Krankenanstalten nach den Klassifikationen des System of Health Accounts (SHA) der OECD gruppiert. Das SHA definiert drei Dimensionen der Gesundheitsversorgung, darunter die Klassifikation HP der Gesundheitsdiensteanbieter:innen (health care providers), von denen die Gruppe HP.1 die Spitäler umfasst. Diese werden

weiter untergliedert in HP.1.1 General hospitals, HP.1.2 Mental health and substance abuse hospitals und HP.1.3 Speciality (other than mental health and substance abuse) hospitals.

LANDESGESUNDHEITSFONDSFINANZIERT KANKENANSTALTEN: Die Krankenanstalten des Akutversorgungssektors mit Öffentlichkeitsrecht sowie gemeinnützige Krankenhäuser ohne Öffentlichkeitsrecht werden aus öffentlichen Mitteln über die neun Landesgesundheitsfonds nach dem System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) finanziert. Die Landesgesundheitsfonds werden aus Mitteln des Bundes, der Länder, der Gemeinden und der Sozialversicherung gespeist.

LEISTUNGSORIENTIERTE KANKENANSTALTENFINANZIERUNG (LKF): Die Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung ist ein DRG-System (diagnosis-related groups), wie sie seit Anfang der 1980er-Jahre in den USA und später auch in Deutschland und der Schweiz zur Finanzierung von Spitälern in Verwendung sind. Vor der Einführung des LKF-Systems im Jahr 1997 wurde in Österreich nach einem einfachen Pauschalbetrag pro Spitalstag abgerechnet. Mit dem LKF-System erhält das Spital einen von der Hauptdiagnose und den jeweils erbrachten medizinischen Leistungen (Operation, Diagnostik, Therapie) abhängigen Pauschalbetrag innerhalb bestimmter Belagsdauer-Ober- und Untergrenzen.

MEDIZINISCHE LEISTUNGEN (MEL): Bei den seit 1997 erfassten medizinischen Einzelleistungen (MEL) werden ausgewählte Leistungen ab einer bestimmten Kostengrenze erfasst. Darüber hinaus werden hochfrequente Leistungen mit einbezogen (z. B. Appendektomie). Seit dem Jahr 2009 ist ein neu strukturierter Leistungskatalog in Verwendung. Dieser Zeitreihenbruch ist bei Vergleichen mit Daten vor 2009 zu berücksichtigen. Bei der Erstellung von Zeitreihen ist aber auch die laufende Wartung des Leistungskatalogs zu beachten. Da sich die Spitalsentlassungsstatistik ausschließlich auf stationäre Aufenthalte bezieht, werden sind auch nur jene Leistungen dokumentiert, die laut dem stationären LKF-Leistungskatalog von den Spitälern verpflichtend zu codieren sind. Das sind hochfrequente Leistungen bzw. Leistungen über einer bestimmten Kostengrenze. Innerhalb der multiaxialen Systematik des Leistungskatalogs des BMG werden folgende Merkmalsdimensionen erfasst: Anatomie grob und Anatomie fein, Art des Zugangs, Art der Tätigkeit. Die Codes der Medizinischen Einzelleistungen bestehen aus fünfstelligen alphanumerischen Schlüsselnummern, einem zweistelligen Anatomiecode gefolgt von einer dreistelligen Nummer. Der erste Buchstabe bezeichnet das Organsystem, der zweite das Organ. Innerhalb der anatomischen Struktur sind die Positionen nach der Art des Eingriffs sortiert und mit dreistelligen Nummern bezeichnet. Die Restklasse, also alle nicht explizit dargestellten und mit dem Begriff „sonstige“ versehenen Leistungen, ist mit der Endziffer 9 gekennzeichnet.

MEL: siehe MEDIZINISCHE LEISTUNGEN.

NICHTAKUTVERSORGUNG: Merkmal des Versorgungssektors In der vom BMG geführten Statistik „Krankenanstalten in Zahlen“ werden diesem Sektor alle Spitäler zugeordnet, in denen die durchschnittlichen Belagstage (Aufenthaltsdauer) grundsätzlich mehr als 18 Tage betragen. Je nach Leistungsspektrum und Aufenthaltsdauer wird unterschieden zwischen Genesung/Prävention, Rehabilitation und Langzeitversorgung. Dieser Sektor zählt ausschließlich zum Bereich Spezialversorgung.

NICHTLANDESGESUNDHEITSFONDSFINANZIERT KANKENANSTALTEN: Diese gliedern sich in PRIKRAF-Krankenanstalten und sonstige Krankenanstalten. Sonstige Krankenanstalten sind im Wesent-

lichen verschiedene Sonderversorgungseinrichtungen, vor allem Rehabilitationszentren und Einrichtungen für chronisch Kranke. Sofern diese Einrichtungen nicht ohnehin in der Trägerschaft der Sozialversicherung sind, verfügen sie teilweise über Einzelverträge mit Sozialversicherungsträgern.

NULLTAGESAUFENTHALTE: Stationäre Aufenthalte, bei denen die Patient:innen in einem Krankenhaus aufgenommen und am selben Kalendertag aus diesem entlassen werden (0 Tage, kein Mitternachtsstand). Synonyme: tagesklinischer Aufenthalt.

ÖFFENTLICHKEITSRECHT: Gemäß § 15 KAKuG kann einer Krankenanstalt das Öffentlichkeitsrecht verliehen werden, wenn sie den Vorgaben des jeweiligen Landeskrankenanstaltenplans entspricht, sie gemeinnützig ist, die Erfüllung der ihr in diesem Bundesgesetz auferlegten Pflichten sowie ihr gesicherter Bestand und zweckmäßiger Betrieb gewährleistet sind und wenn sie vom Bund, einem Bundesland, einer Gemeinde, einer sonstigen Körperschaft öffentlichen Rechtes, einer Stiftung, einem öffentlichen Fonds, einer anderen juristischen Person oder einer Vereinigung von juristischen Personen verwaltet und betrieben wird. Wenn der Rechtsträger der Krankenanstalt keine Gebietskörperschaft ist, so ist ferner nachzuweisen, dass ihr Rechtsträger über die für den gesicherten Betrieb der Krankenanstalt nötigen Mittel verfügt. Ein Anspruch auf die Verleihung besteht nicht.

PFLEGEANSTALTEN FÜR CHRONISCH KRANKE: Merkmal des Krankenanstaltentyps. Gemäß § 2 Absatz 1 Ziffer 3 KAKuG behandeln diese Spitäler chronisch Kranke, die ärztlicher Betreuung und besonderer Pflege bedürfen.

PRIVATKRANKENANSTALTEN-FINANZIERUNGSFONDS (PRIKRAF): In den meisten Sanatorien werden jene Leistungen, für die eine Leistungspflicht der sozialen Krankenversicherung besteht, über den PRIKRAF nach dem LKF-System abgerechnet. Dieser Fonds wird aus Mitteln der Sozialversicherung gespeist.

RECHTSTRÄGER: Der Rechtsträger ist der:die Inhaber:in der Rechte und Pflichten der Krankenanstalt und kann, muss aber nicht der:die Eigentümer:in der Krankenanstalt sein.

RECHTSTRÄGERTYP: Die österreichischen Krankenanstalten haben viele verschiedene Rechtsträger, die in der BMG-Statistik „Krankenanstalten in Zahlen“ jeweils mehreren Gruppen von Trägern im öffentlichen Bereich (Bund, Länder/Landesgesellschaften, Gemeinden/Gemeindeverbände/Gemeindegesellschaften, Sozialversicherungsträger, Fürsorgeverbände) und im privaten Bereich (Geistliche Orden und Glaubensgemeinschaften, Privatpersonen und -gesellschaften, Vereine und Stiftungen) zugeordnet werden.

REHABILITATION: Merkmal des Versorgungssektors Nicht-Akutversorgung.

SANATORIEN: Merkmal des Krankenanstaltentyps. Gemäß § 2 Absatz 1 Ziffer 4 KAKuG entsprechen Sanatorien durch ihre besondere Ausstattung höheren Ansprüchen hinsichtlich Verpflegung und Unterbringung. Sanatorien können Allgemeinversorgung oder Spezialversorgung im Rahmen der Akutversorgung leisten. Sanatorien sind nicht gemeinnützig und werden mehrheitlich über den PRIKRAF mitfinanziert (Sanatorien sind mitunter unter der Bezeichnung Sonderkrankenanstalt genehmigt und führen diese Bezeichnung daher oft auch in ihrem Namen).

SONDERKRANKENANSTALTEN: Merkmal des Krankenanstaltentyps. Gemäß § 2 Absatz 1 Ziffer 2 KAKuG versorgen Sonderkrankenanstalten Personen mit bestimmten Krankheiten oder Personen bestimmter Altersstufen oder für bestimmte Zwecke. In der vom BMG geführten Statistik „Krankenanstalten in Zahlen“ werden diesem Typ alle dieser Definition entsprechenden Spitäler zugerechnet mit Ausnahme von Sanatorien, die Spezialversorgung im Rahmen der Akutversorgung leisten.

SPEZIALVERSORGUNG: Merkmal des Versorgungsbereichs. Diesem Bereich werden alle Spitäler zugeordnet, die nur Personen mit bestimmten Krankheiten (z. B. psychiatrische Krankenhäuser oder Rehabilitationszentren) oder Personen bestimmter Altersstufen (z. B. Kinderkrankenhäuser) versorgen oder für bestimmte Zwecke eingerichtet sind (z. B. Heeresspitäler). Spezialversorgung wird in beiden Versorgungssektoren von den Krankenanstaltentypen Sonderkrankenanstalten, Sanatorien und Pflegeanstalten für chronisch Kranke erbracht.

SPITAL: Im Sinne von § 1 KAKuG als Krankenanstalt bescheidete Gesundheitseinrichtung. Synonyme: Krankenanstalt, Krankenhaus.

STATIONÄRE AUFENTHALTE: Anzahl der stationären Aufenthalte (einschließlich Sterbefälle und Nulltagesaufenthalte) von allen formal aufgenommenen Personen mit Entlassungsdatum im Berichtsjahr (unabhängig vom Wohnstaat und unabhängig von der Dauer des Aufenthalts). Diese der Spitalentlassungsstatistik zugrundeliegenden Definition unterscheidet sich von der in der Krankenanstaltenstatistik des BMG angewandten Definition, wo sich die Zahl der stationären Aufenthalte im Berichtsjahr (01.01. bis 31.12.) nach folgender Formel berechnet: $(\text{Aufnahmen} + \text{Entlassungen} + \text{Verstorbene}) / 2$.

VERSORGUNGSBEREICH: In der vom BMG ausgewiesenen Statistik „Krankenanstalten in Zahlen“ werden zwei Bereiche Allgemeinversorgung und Spezialversorgung unterschieden.

VERSORGUNGSREGION: Die 32 Versorgungsregionen sind im Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) unter Berücksichtigung der regionalen Beziehungen in der Gesundheitsversorgung und in Anlehnung an das Konzept der „NUTS-III-Regionen“ des Statistischen Amtes der Europäischen Union (Eurostat) definiert. Die Versorgungsregionen setzen sich jeweils aus mehreren politischen Bezirken eines Bundeslandes zusammen und erstrecken sich nicht über Bundeslandgrenzen hinweg.

VERSORGUNGSEKTOR: Neben der Akut- bzw. Kurzzeitversorgung werden drei Nicht-Akutversorgungssektoren unterschieden: Rehabilitation, Langzeitversorgung und Genesung/Prävention.

XDOK: Die jährlich aktualisierten Programmpakete „XDok“ für die Diagnosen- und Leistungsdokumentation in den Krankenanstalten beinhalten vielfältige Funktionalitäten, wie Erfassungsmasken für Patient:innen-, Krankenhaus-, Aufenthaltsdaten, Codieraster für medizinische Leistungen und Diagnosen, Vorlagen für Kostenrechnung, Plausibilitätsprüfprogramme und Berichtsfunktionen. Das Programmpaket ist als Download von der BMG-Homepage verfügbar (Sozialministerium > Themen > Gesundheit > Gesundheitssystem > Krankenanstalten > LKF Modell 2021 > Programme (XDok, C-Files, Stammdaten, Intensiv-Scoring) für landesgesundheitsfondsfinanzierte bzw. nichtlandesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalten.

STATIONÄRE SPITALSAUFENTHALTE: Als stationäre Spitalsaufenthalte werden jene Fälle erfasst, bei denen eine Person formal aufgenommen und im Berichtsjahr formal entlassen wurde oder verstorben ist. Für die Zuordnung zu einem Berichtsjahr zählt das Entlassungsdatum. Personen, die über den 31. Dezember im Spital verbleiben, werden zum nächsten Berichtsjahr gezählt. Erfasst werden Spitalsaufenthalte von Personen mit in- oder ausländischem Wohnort einschließlich Sterbefälle.

TAGESKLINISCHER AUFENTHALT: Bei einem tagesklinischen Aufenthalt (oder: Nulltagesaufenthalt) ist das Datum der Aufnahme und der Entlassung ident. Das bedeutet, es findet keine Übernachtung in der Krankenanstalt statt. In Österreich werden die tagesklinischen Aufenthalte im stationären Bereich administriert.

VOLLSTATIONÄRE AUFENTHALTE: Aufenthalte mit mindestens einer Übernachtung im Spital.

6 Abkürzungsverzeichnis

ADS	Aufgabenspezifischer Datensatz
AMDC	Austrian Micro Data Center
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
bPK	bereichsspezifisches Personenkennzeichen
bPK-AS	bereichsspezifisches Personenkennzeichen Amtliche Statistik
CKA	C-Berichte der Krankenanstalten
CKAF	C-Berichte der Krankenanstalten – Fälle
CKAL	C-Berichte der Krankenanstalten – Leistungen
COPD	Chronisch obstruktive Lungenerkrankung
DIAG	Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
EU	Europäische Union
Eurostat	Statistische Amt der Europäischen Union
HP	health care providers
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
ISHMT	International Shortlist for Hospital Morbidity Tabulation
KAKuG	Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz
LGF	Landesgesundheitsfonds
LKF	Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
MEL	medizinische Einzelleistung
Nr.	Nummer
OECD	Organisation for Economic Cooperation and Development
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
PRIKRAF	Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds
RIS	Rechtsinformationssystem des Bundes
SDS	Standardisierter Datensatz
USA	United States of America
WHO	World Health Organisation

7 Hinweis auf ergänzende Dokumentationen/Publicationen

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2021): „ICD-10 BMSGPK 2022. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision – BMSGPK-Version 2022+“.

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2023): „Krankenanstalten in Zahlen“, [Webseite Krankenanstalten in Zahlen](#).

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2023): „Krankenanstalten in Zahlen: Überregionale Auswertung der Dokumentation der landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten Österreich 2022“.

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (Wien 2022): „Handbuch zur Dokumentation – Organisation & Datenverwaltung“.

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (Wien 2023): „Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (LKF)“, [Website BMG](#).

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2023): „Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2023“. [Website BMG](#).

Eurostat (2023): „Hospital discharges and length of stay statistics“. Statistics explained. [Webseite Eurostat](#).

OECD (2023): „[Health Statistics 2023](#)“. Online database. [Website OECD](#).

OECD (2023): „Health at a glance 2023 – OECD Indicators“. [Website OECD](#).

Prammer-Waldhör, M. (2023): „Projektdokumentation Spitalsentlassungsstatistik. Projektentwicklungen und Jahresdokumentationen (Teil A), Bausteine der Spitalsentlassungsstatistik (Teil B), Arbeitsprogramm jährliche Datenaufarbeitung (Teil C)“.

Prammer-Waldhör, M. (2023): „Stationäre Akutversorgung psychischer Erkrankungen in der Pandemie“. Statistische Nachrichten, 9/2023, Seiten 700–714.

Prammer-Waldhör, M. (2022): „Stationäre Versorgung in der Pandemie“. Statistische Nachrichten, 9/2022, Seite 677–693.

Prammer-Waldhör, M. (2021): „Stationäre psychiatrische Akutversorgung in Österreich“. Statistische Nachrichten, 10/2021, Seiten 787–805.

Prammer-Waldhör, M. (2020): „Krankenhausaufenthalte 2018 in öffentlichen und privaten Spitälern“. Statistische Nachrichten, 5/2020, Seiten 341–352.

Prammer-Waldhör, M./Kavlik, W./Klimont, J. (2019): „Stationäre Gesundheitsversorgung 2017“. Statistische Nachrichten, 5/2019, Seiten 360–368.

Rechtsinformationssystem des Bundes: Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen. BGBl. Nr. 745/1996. [Website RIS](#).

Rechtsinformationssystem des Bundes: Vereinbarungsumsetzungsgesetz 2024. BGBl. I Nr. 191/2023. BGBl. I Nr. 191/2023. [Website RIS](#).

Statistik Austria (1997 bis 2023): „Jahrbücher der Gesundheitsstatistik“ (1996 bis 2021).
[Website Statistik Austria.](#)

Statistik Austria (Wien 2023): „Österreichischer Zahlenspiegel November 2023“,
[Website Statistik Austria.](#)

Statistik Austria (Wien 2022): „Österreichischer Zahlenspiegel November 2022“,
[Website Statistik Austria.](#)

Verordnung (EG) Nr. 1338/2008 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 23.11.2008 in Bezug auf Statistiken über Gesundheitsversorgungseinrichtungen, Humanressourcen im Bereich der Gesundheitsversorgung und Nutzung der Gesundheitsversorgung (Amtsblatt der Europäischen Union 2008 L 304/42).

8 Anlagen

Folgendes Subdokument ist in dieser Standard-Dokumentation verlinkt:
[Restrukturierung der Spitalsentlassungsstatistik.](#)