

Krankenhaus-Report 2013

„Mengendynamik: mehr Menge, mehr Nutzen?“

Jürgen Klauber / Max Geraedts /
Jörg Friedrich / Jürgen Wasem (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2013

Auszug Seite 385-415



20	Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik: Diagnosen und Prozeduren der Krankenhauspatienten auf Basis der Daten nach § 21 Krankenhausentgeltgesetz	385
	<i>Jutta Spindler</i>	
20.1	Vorbemerkung	386
20.2	Erläuterungen zur Datenbasis	387
20.3	Eckdaten der vollstationär behandelten Krankenhauspatientinnen und -patienten	388
20.4	Ausgewählte Hauptdiagnosen mit den wichtigsten Nebendiagnosen der Behandelten	392
20.5	Operationen und medizinische Prozeduren	396
20.6	Behandlungsspektrum bei den Patientinnen und Patienten in den Fachabteilungen	404
20.7	Leistungsmengen und Leistungsstrukturen der Krankenhäuser	411

20 Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik: Diagnosen und Prozeduren der Krankenhauspatienten auf Basis der Daten nach § 21 Krankenhausentgeltgesetz

Jutta Spindler

Abstract

Mit den DRG-Daten nach § 21 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) steht den Nutzerinnen und Nutzern im Rahmen des Angebots des Statistischen Bundesamtes seit dem Jahr 2005 neben den Grund- und Kostendaten und den Diagnosedaten der Krankenhäuser eine weitere wichtige Datenquelle zur Verfügung. Gegenstand dieses Beitrags sind zentrale Ergebnisse zur stationären Versorgung des Jahres 2010, die das Informationsspektrum der herkömmlichen amtlichen Krankenhausstatistik ergänzen und erweitern. Im Vordergrund stehen die Art und Häufigkeit durchgeführter Operationen und medizinischer Prozeduren sowie die Darstellung wichtiger Hauptdiagnosen, ergänzt um ihre jeweiligen Nebendiagnosen auch unter fachabteilungsspezifischen Gesichtspunkten der vollstationär behandelten Krankenhauspatientinnen und -patienten. Ausgewählte Ergebnisse zum erbrachten Leistungsspektrum der Krankenhäuser, insbesondere zur Art und zum Umfang der abgerechneten Fallpauschalen (DRGs), den Hauptdiagnosegruppen (MDCs) sowie zum Casemix (CM) und Casemix-Index (CMI) werden in diesem Beitrag ebenfalls dargestellt.

With the DRG data according to § 21 Hospital Remuneration Act (KHEntgG), the Federal Statistical Office provides another important data source apart from the structural, cost data and diagnostic data of the German hospitals. This article presents the key findings for inpatient care in 2009 which complement and expand the information spectrum of conventional official hospital statistics. The focus is on the type and frequency of surgical and medical procedures and important main diagnoses of inpatients, supplemented by their respective secondary diagnoses and under department-specific aspects. Additionally, the paper presents selected data on the nature and extent of DRGs billed by the hospitals, the main diagnostic categories (MDCs), the case mix (CM) and case mix index (CMI).

20.1 Vorbemerkung

Im Rahmen der Novellierung der Krankenhausfinanzierung im Jahr 2000 führte der Gesetzgeber zur Vergütung der Leistungen von Krankenhäusern das auf Fallpauschalen basierende DRG-Entgeltsystem (DRG für Diagnosis Related Groups) ein. Seit dem 1. Januar 2004 ist die Anwendung dieses Abrechnungssystems für allgemeine Krankenhäuser, die dem Anwendungsbereich des § 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) unterliegen, verpflichtend. Ausnahmen gelten bislang weitestgehend nur für psychiatrische Krankenhäuser oder einzelne Spezialkliniken mit seltenen bzw. wenig standardisierbaren Indikationsbereichen und Verfahren.¹

In diesem Kontext wurde auch die Übermittlungsverpflichtung der Krankenhäuser für DRG-Daten einschließlich aller Leistungen, die nach Fallpauschalen abgerechnet werden, festgeschrieben. Zur Optimierung und Weiterentwicklung der bisherigen amtlichen Krankenhausstatistik wird über das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) ein ausgewähltes und gesetzlich genau definiertes Merkmalsspektrum dieser umfangreichen Struktur- und Leistungsdaten an das Statistische Bundesamt übermittelt. Auf dieser Basis wurde die Fachserienreihe *Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik)* aufgebaut. Sie wird entsprechend dem Bedarf der Nutzerinnen und Nutzer kontinuierlich weiterentwickelt.²

Einen deutlichen Informationszugewinn stellt insbesondere die Prozeduren-, Diagnose- und Leistungsstatistik dar. Danach können differenzierte Informationen zum Beispiel zu Operationen und medizinischen Prozeduren oder eine Erweiterung der Hauptdiagnosen um ihre jeweiligen Nebendiagnosen auch unter fachabteilungsspezifischen Gesichtspunkten für alle vollstationären Behandlungsfälle eines Kalenderjahrs zur Verfügung gestellt werden. Je nach Berichtsjahr kann darüber hinaus ebenfalls auf Ergebnisse beispielsweise zu Art und Umfang der abgerechneten Fallpauschalen (DRGs), zu Hauptdiagnosegruppen (MDCs) sowie zum Casemix (CM) und Casemix-Index (CMI) zurückgegriffen werden.

Im Folgenden werden zentrale Ergebnisse zur stationären Versorgung des Berichtsjahrs 2010 dargestellt, die das Informationsspektrum der herkömmlichen amtlichen Krankenhausstatistik (vgl. hierzu die Kapitel 18 und 19 in diesem Band) ergänzen und erweitern.

- 1 Nach § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 17. März 2009 (BGBl. I S. 534) geändert worden ist, ist die Entwicklung eines pauschalierenden Entgeltsystems auch für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen in seinen Grundstrukturen bis zum Jahresende 2009 festgelegt. Das Vergütungssystem wird erstmals für das Jahr 2013 budgetneutral umgesetzt.
- 2 Die wichtigsten Ergebnisse der *Fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik* werden jährlich in der Fachserie 12 Reihe 6.4 des Statistischen Bundesamtes veröffentlicht. Sie sind kostenlos unter www.destatis.de auf der Themenseite Gesundheit bei den Veröffentlichungen im Bereich Krankenhäuser erhältlich; ältere Publikationen vor 2007 können ebenfalls kostenlos per Email an gesundheit@destatis.de angefordert werden. Die Erstellung von Sonderauswertungen ist auf Anfrage (je nach Umfang und Aufwand u. U. kostenpflichtig) möglich.

20.2 Erläuterungen zur Datenbasis

Grundlage für die folgenden Auswertungen bilden die Daten nach § 21 KHEntgG. Zur Datenlieferung sind alle Krankenhäuser verpflichtet, die nach dem DRG-Vergütungssystem abrechnen und dem Anwendungsbereich des § 1 KHEntgG unterliegen. Einbezogen sind darin auch Krankenhäuser der Bundeswehr, sofern sie Zivilpatienten behandeln, und Kliniken der Berufsgenossenschaften, soweit die Behandlungskosten nicht von der Unfall-, sondern der Krankenversicherung vergütet werden. Von der Lieferverpflichtung ausgenommen sind Krankenhäuser im Straf- oder Maßregelvollzug und Polizeikrankenhäuser. Darüber hinaus bleiben Leistungen von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen nach § 17d Abs. 1 KHG unberücksichtigt.

Die folgenden Auswertungen für das Jahr 2010 beruhen auf den Struktur- und Leistungsdaten von 1 618 Krankenhäusern und umfassen 17,4 Mill. vollstationär behandelte Fälle. Detaillierte Informationen, ob und inwieweit Datenlieferungen einzelner Krankenhäuser möglicherweise nicht fristgerecht oder nur unvollständig an die DRG-Datenstelle übermittelt wurden und damit eine Untererfassung sowohl der Krankenhäuser als auch der Patientinnen und Patienten vorliegt, stehen für das Jahr 2010 nicht zur Verfügung. Aufgrund der Art der Daten als Abrechnungsdaten der Krankenhäuser ist aber davon auszugehen, dass die nach dem DRG-Vergütungssystem abrechnenden Krankenhäuser nahezu vollständig erfasst und nur geringe Ausfälle zu verzeichnen sind.

Im Vergleich zu den Grund- und Diagnosedaten der Krankenhäuser (vgl. Kapitel 18 und 19) sind bei verschiedenen Merkmalen zum Teil deutliche Abweichungen zur *Fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik* (z.B. bei der Fallzahl und durchschnittlichen Verweildauer der vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten) festzustellen. Diese Abweichungen sind vor allem darauf zurückzuführen, dass bei der Fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik keine Daten von Einrichtungen und Patienten einbezogen sind, die nach der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) abgerechnet werden und außerhalb des Geltungsbereichs des DRG-Entgeltsystems liegen. Dies sind vor allem Einrichtungen der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapeutischen Medizin.³ Daher sind diese Statistiken nur bedingt miteinander vergleichbar und vielmehr als gegenseitige Ergänzung zu betrachten.

³ Die Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für Einrichtungen dieser Art ist ab 2013 festgelegt (siehe hierzu Fußnote 1 in diesem Beitrag).

20.3 Eckdaten der vollstationär behandelten Krankenhauspatientinnen und -patienten

Nach der Fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik wurden im Jahr 2010 17,4 Mill. Patientinnen und Patienten⁴ aus einer vollstationären Krankenhausbehandlung entlassen. Dies war mit 243 300 Fällen 1,4 % mehr als im Jahr zuvor. Altersstandardisiert stieg die Fallzahl im Vergleich zum Vorjahr um 0,8 %. Im Durchschnitt dauerte ein Krankenhausaufenthalt 6,8 Tage und nahm im Vergleich zum Vorjahr um weitere 0,2 Tage ab. 53,3 % der Behandlungsfälle waren weiblich und 46,7 % männlich. Durchschnittlich waren die Behandelten 54 Jahre alt (Frauen 55 Jahre, Männer 54 Jahre). Je 100 000 Einwohner wurden 21 075 Patientinnen und Patienten stationär in den Krankenhäusern behandelt. Im Vergleich zu anderen Altersgruppen waren die Behandlungszahlen je 100 000 Einwohner erwartungsgemäß bei den unter 1-Jährigen und dem Personenkreis im höheren und sehr hohen Alter wie auch in den Vorjahren besonders hoch.

Wohnortbezogen⁵ gab es die meisten Behandlungsfälle je 100 000 Einwohner in Sachsen-Anhalt (24 900), in Thüringen (24 500) und im Saarland (23 700). Im Gegensatz dazu war die geringste Anzahl an Behandlungsfällen je 100 000 Einwohner in Hamburg (17 400 Fälle), Baden-Württemberg (17 800 Fälle) und Berlin (18 700 Fälle) zu verzeichnen (Tabelle 20–1).

Auf Grundlage der siedlungsstrukturellen Gebietstypen des Bundesamtes für Bauwesen und Raumordnung (BBR) ist hierzu ergänzend eine Unterscheidung nach Agglomerationsräumen, verstädterten Räumen und ländlichen Räumen sowohl zwischen als auch innerhalb der Bundesländer möglich.⁶ Unter anderem bedingt durch die Altersstruktur der Bevölkerung liegt insgesamt die Zahl der stationär versorgten Patientinnen und Patienten je 100 000 Einwohner in ländlichen Räumen (22 800 Fälle) deutlich höher als in Agglomerationsräumen (20 500 Fälle) und verstädterten Räumen (21 300 Fälle). Regional betrachtet waren in ländlichen Räumen vor allem von Brandenburg (27 900), Thüringen (26 200) und Sachsen-Anhalt (25 700) die meisten Behandlungsfälle je 100 000 Einwohner zu verzeichnen. In verstädterten Räumen lagen wiederum Sachsen-Anhalt (24 700) und Brandenburg (24 000) sowie Bremen (24 300) an der Spitze. Die vordersten Plätze in Agglomerationsräumen nahmen das Saarland (23 700), nochmals Brandenburg (22 900) und darüber hinaus Nordrhein-Westfalen (22 600) ein (Abbildung 20–1).

4 Im Berichtsjahr aus der vollstationären Krankenhausbehandlung entlassene Patientinnen und Patienten einschließlich Sterbe- und Stundenfälle. Diese werden im Folgenden Fälle bzw. Patientinnen und Patienten genannt.

5 Abgebildet ist hier die absolute Zahl der Behandlungsfälle nach ihrem Wohnort im Verhältnis zur tatsächlichen Bevölkerung je 100 000 Einwohner des jeweiligen Bundeslandes.

6 Für die Regionsgrundtypen gelten folgende Abgrenzungskriterien:

Regionsgrundtyp 1 – Agglomerationsräume: Oberzentrum über 300 000 Einwohner oder Dichte um 300 Einwohner/km²;

Regionsgrundtyp 2 – Verstädterte Räume: Dichte größer als 150 Einwohner/km² oder Oberzentrum über 100 000 Einwohner bei einer Mindestdichte von 100 Einwohner/km²;

Regionsgrundtyp 3 – Ländliche Räume: Dichte über 150 Einwohner/km² und ohne Oberzentrum über 100 000 Einwohner; mit Oberzentrum über 100 000 Einwohner und Dichte unter 100 Einwohner/km².

Tabelle 20–1

Patientinnen und Patienten nach Behandlungs- und Wohnort sowie Behandlungsfälle je 100 000 Einwohner 2010

	Behandlungsort der Patienten	Wohnort der Patienten	Fälle* je 100 000 Einwohner
	Anzahl	Anzahl	
Baden-Württemberg	1 974 782	1 911 070	17 780
Bayern	2 675 918	2 579 831	20 601
Berlin	726 078	644 206	18 689
Brandenburg	517 302	593 593	23 672
Bremen	193 123	130 224	19 718
Hamburg	427 158	309 018	17 360
Hessen	1 222 530	1 256 756	20 724
Mecklenburg-Vorpommern	389 913	386 601	23 483
Niedersachsen	1 550 349	1 634 704	20 626
Nordrhein-Westfalen	4 055 644	4 029 811	22 571
Rheinland-Pfalz	852 840	897 129	22 387
Saarland	250 414	241 463	23 674
Sachsen	948 750	927 199	22 311
Sachsen-Anhalt	564 971	582 839	24 856
Schleswig-Holstein	537 079	556 749	19 658
Thüringen	547 549	550 071	24 540

* auf Basis des Wohnorts

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2013

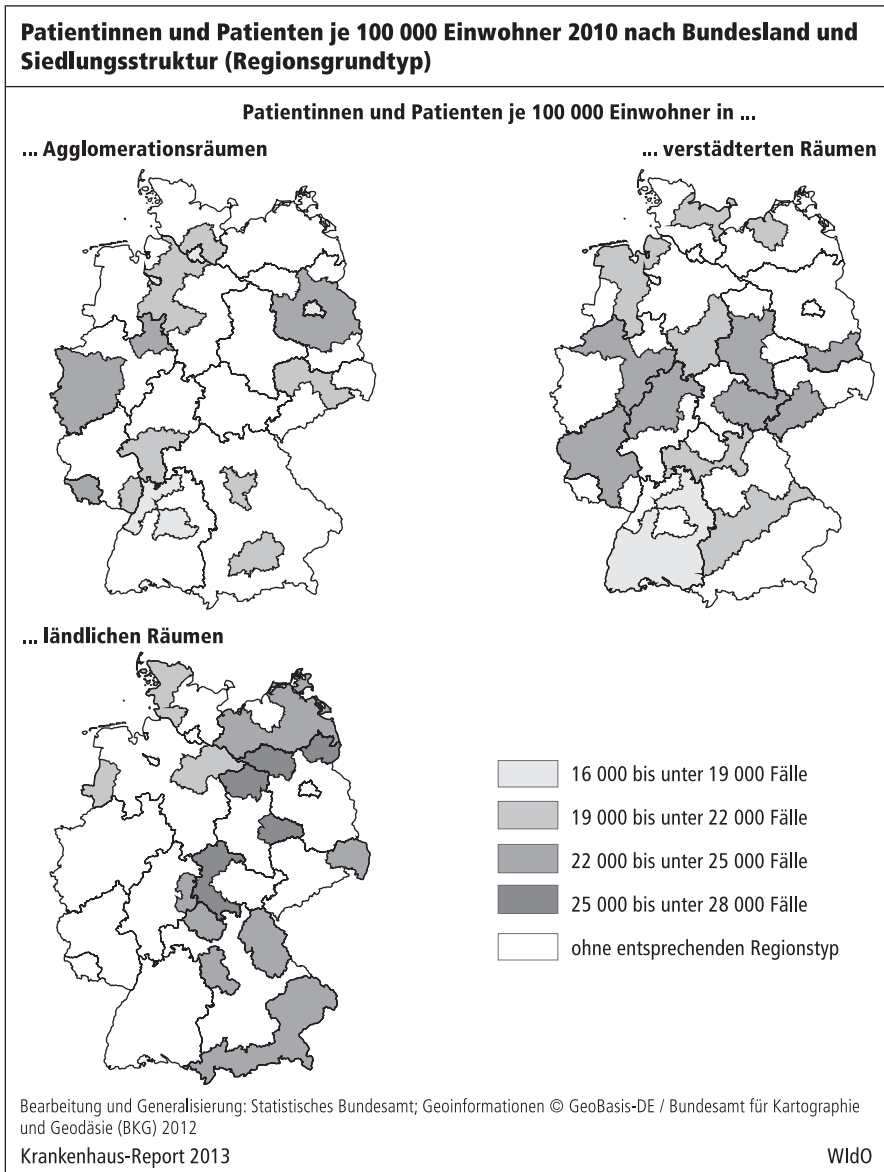
WIdO

Unter Einbezug der Dauer des Krankenhausaufenthalts der Behandelten gab es 494 900 sogenannte Stundenfälle. Dies sind vollstationär aufgenommene Patientinnen und Patienten, bei denen sich innerhalb des ersten Tages herausstellt, dass ein stationärer Aufenthalt nicht erforderlich ist oder Patientinnen und Patienten, die innerhalb des ersten Tages versterben. Im Jahr 2010 betrug ihr Anteil an allen Behandlungsfällen 2,8 %. Die Zahl der sogenannten Kurzlieger, d. h. Patientinnen und Patienten, die mindestens eine Nacht und höchstens drei Nächte im Krankenhaus verbringen, lag bei 6,7 Mill. Diese Patientengruppe entsprach einem Anteil von 38,2 % der Behandlungsfälle.

Im Hinblick auf den Aufnahmearbeit erfolgte im Jahr 2010 bei 53,2 % der Fälle die Aufnahme in die vollstationäre Krankenhausbehandlung aufgrund einer ärztlichen Einweisung. Bei 39,3 % war die Krankenhausaufnahme als Notfall bezeichnet (Abbildung 20–2).

Der häufigste Entlassungsgrund bei den Patientinnen und Patienten war die reguläre Beendigung der Behandlung: In 82,8 % aller Fälle wurde die vollstationäre Krankenhausbehandlung durch eine reguläre Entlassung abgeschlossen. Eine reguläre Beendigung des Krankenhausaufenthalts lag auch vor, wenn eine nachstatio-

Abbildung 20–1



näre Behandlung vorgesehen war (5,2%). Entgegen ärztlichem Rat wurde die Behandlung in 2,0% der Fälle abgebrochen. Die Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung mit einer entsprechenden Weiterbehandlung erfolgte in 2,3% und die Unterbringung in einer Pflegeeinrichtung in 1,6% der Fälle (Abbildung 20–3).

Abbildung 20–2

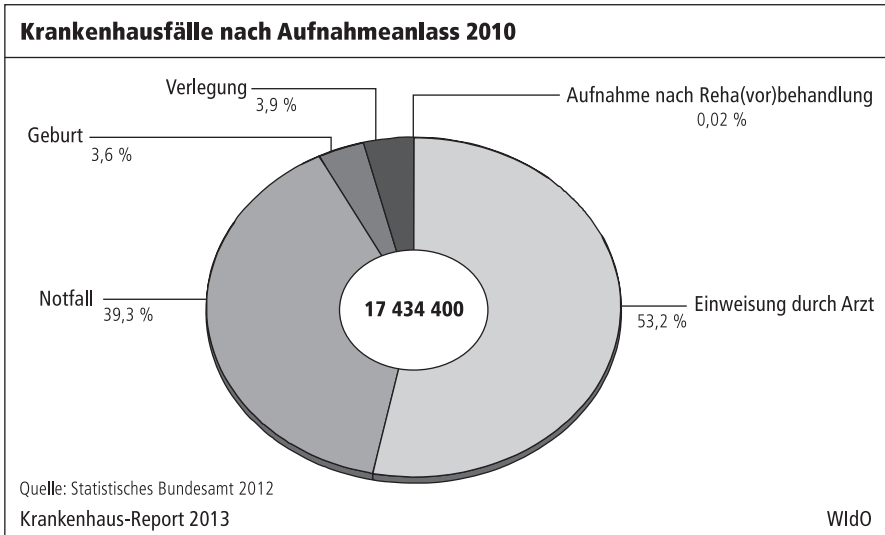
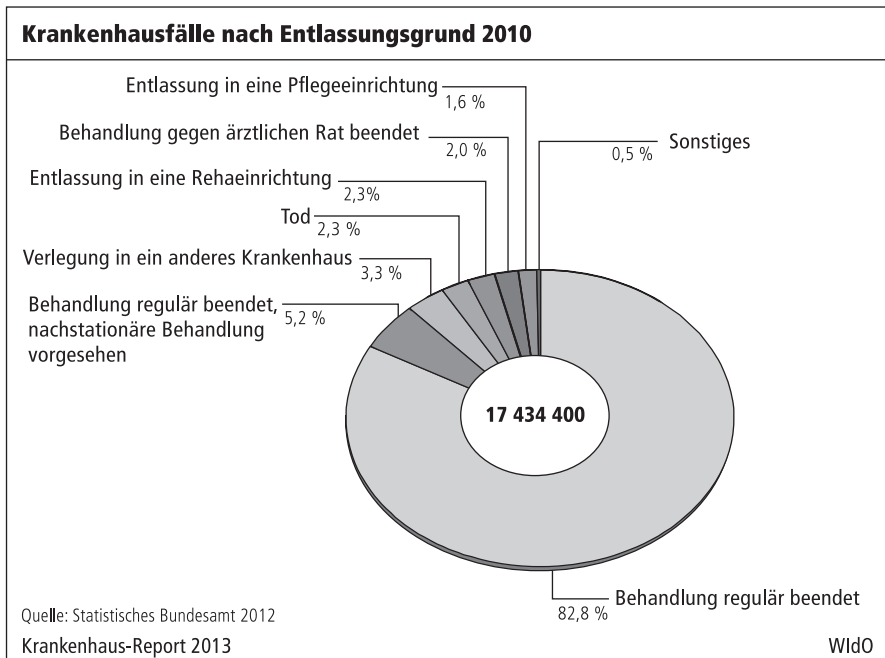


Abbildung 20–3



20.4 Ausgewählte Hauptdiagnosen mit den wichtigsten Nebendiagnosen der Behandelten

Mit der Fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik stehen umfangreiche Informationen sowohl zu den Haupt- als auch den Nebendiagnosen zur Verfügung. Als Hauptdiagnose wird gemäß den Deutschen Kodierrichtlinien⁷ die Diagnose angegeben, die nach Analyse als diejenige festgestellt wurde, die hauptsächlich dafür verantwortlich ist, dass der stationäre Krankenhausaufenthalt der Patientin/des Patienten veranlasst wurde. Der Begriff „nach Analyse“ bezeichnet die Evaluation der Befunde am Ende des stationären Aufenthalts. Die dabei festgestellte Hauptdiagnose muss daher nicht mit der Aufnahme- oder Einweisungsdiagnose übereinstimmen. Die Hauptdiagnose ist entsprechend der 10. Revision der Internationalen Statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme ICD-10 GM⁸ zu kodieren.

Als relevante Nebendiagnose (Komorbidität und Komplikation) gelten Krankheiten oder Beschwerden, die entweder gleichzeitig mit der Hauptdiagnose bestehen oder sich während des Krankenhausaufenthalts entwickeln. Voraussetzung hierfür ist eine diagnostische Maßnahme (Verfahren und/oder Prozedur), eine therapeutische Maßnahme oder ein erhöhter Pflege- und/oder Überwachungsaufwand. Nebendiagnosen sind ebenfalls gemäß der ICD-10 GM zu kodieren.

In Bezug auf die Hauptdiagnosekapitel wurden die Patientinnen und Patienten im Jahr 2010 am häufigsten aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems (2,7 Mill. Fälle), von Verletzungen, Vergiftungen und anderen Folgen äußerer Ursachen (1,9 Mill. Fälle) sowie Neubildungen (1,8 Mill. Fälle) behandelt. Im Vorjahr lagen die Neubildungen noch vor den Verletzungen, Vergiftungen und anderen Folgen äußerer Ursachen.

Bei den Frauen spielten nach den Krankheiten des Kreislaufsystems sowie den Verletzungen, Vergiftungen und anderen Folgen äußerer Ursachen die Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes eine große Rolle. Bei den Männern dominierten neben den Krankheiten des Kreislaufsystems und Neubildungen an dritter Stelle die Krankheiten des Verdauungssystems (Tabelle 20–2).

Lässt man die Versorgung gesunder Neugeborener (Z38) unberücksichtigt, war mit 370 500 Fällen die Herzinsuffizienz (I50) die am häufigsten gestellte Hauptdiagnose. Die wichtigsten zu diesem Krankheitsbild gestellten Nebendiagnosen waren in erster Linie die chronische ischämische Herzkrankheit (I25), Vorhofflattern und Vorhofflimmern (I48) sowie die essentielle (primäre) Hypertonie (I10). Durchgeführte Operationen bezogen sich bei den Behandelten mit dieser Hauptdiagnose vor

7 Die Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) werden jährlich von den Selbstverwaltungspartnern (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Spitzenverband Bund der Krankenkassen und Verband der privaten Krankenversicherung) und dem InEK unter Beteiligung von Bundesärztekammer und Deutschem Pflegerat angepasst. Sie können auf der Homepage des InEK unter www.g-drg.de heruntergeladen werden.

8 Die Abkürzung ICD steht für „International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems“. Die Ziffer 10 bezeichnet deren 10. Revision. Diese Klassifikation wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegeben und weltweit eingesetzt. Die deutschsprachige Ausgabe (GM = German Modification) wird vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) erstellt. Maßgeblich ist die jeweils im Berichtsjahr gültige Version der ICD.

Tabelle 20–2

Hauptdiagnose Herzinsuffizienz (I50) mit ihren häufigsten Nebendiagnosen und Operationen 2010

Pos.-Nr. ICD-10/Hauptdiagnose Herzinsuffizienz			Anzahl	
I50			370 465	
Rang	Pos.-Nr. ICD-10/Nebendiagnose		Anzahl	in %
Insgesamt			3 588 551	100,0
1	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	191 248	5,3
2	I48	Vorhofflattern und Vorhofflimmern	184 210	5,1
3	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	167 484	4,7
4	N18	Chronische Nierenkrankheit	153 954	4,3
5	E11	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]	148 652	4,1
Rang	Operationen nach Kapitel 5 ¹⁾		Anzahl	in %
Insgesamt²⁾			38 770	100,0
1	5-377	Implantation eines Herzschrittmachers und Defibrillators	9 244	23,8
2	5-378	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators	2 453	6,3
3	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	2 307	6,0
4	5-893	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	2 163	5,6
5	5-469	Andere Operationen am Darm	1 700	4,4

¹⁾ Ohne Duplikate²⁾ Operationen insgesamt beinhaltet auch die Pos. 5-93...5-99 (Zusatzinformationen zu Operationen), die aber hier nicht separat ausgewiesen wurden

Quelle: Statistisches Bundesamt 2012

Krankenhaus-Report 2013

WIdO

allem auf die Implantation eines Herzschrittmachers und Defibrillators (5-377) sowie auf Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators (5-378) sowie die lokale Entfernung und Zerstörung von erkranktem Gewebe des Dickdarms (5-452).

Eine Übersicht der weiteren wichtigen Hauptdiagnosen in Verbindung mit den entsprechenden Nebendiagnosen ist im Internetportal www.krankenhaus-report-online.de (Zusatztabelle 20–a) zu finden.

Im Jahr 2010 wurden durchschnittlich 4,7 Nebendiagnosen je Patientin/Patient gestellt. Die durchschnittliche Zahl der Nebendiagnosen, die bei einem Krankenhausfall zusätzlich zur Hauptdiagnose gestellt werden, steigt mit dem Alter der Patientinnen und Patienten deutlich an. Dies spiegelt die mit dem Alter zunehmende Wahrscheinlichkeit sowohl von Mehrfacherkrankungen, der sogenannten Multimorbidität, als auch von Komplikationen bei der Behandlung wider. Alte Menschen leiden danach sehr viel häufiger als junge an mehreren komplexen Erkrankungen gleichzeitig (Abbildung 20–4).

Im Durchschnitt werden bei Frauen nur in den Altersgruppen der 20- bis unter 40-Jährigen – vorwiegend verursacht durch die schwangerschaftsbedingten Behandlungen – deutlich mehr Nebendiagnosen als bei den Männern gestellt. In den Altersgruppen der über 45-Jährigen liegen die Werte der Frauen durchgängig unter

Abbildung 20–4



denen der Männer; bei den Behandelten in sehr hohem Alter nähern sie sich entsprechend wieder an. Unterschiede zeigen sich auch, wenn nach dem Wohnort der Behandelten unterschieden wird. Danach weisen Patientinnen und Patienten aus Sachsen-Anhalt (5,2) Brandenburg, Sachsen und Thüringen (jeweils 5,1) bei den Nebendiagnosen im Schnitt höhere Werte auf als Patientinnen und Patienten aus Hessen (4,2) und Hamburg (4,3).

Werden die gestellten Nebendiagnosen nach ihrer Rangfolge unabhängig von der Hauptdiagnose für sich betrachtet, stand bei den Patientinnen und Patienten an erster Stelle die essentielle primäre Hypertonie (I10), gefolgt von der chronischen ischämischen Herzkrankheit (I25) und dem Typ-II-Diabetes, dem nicht primär insulinabhängigen Diabetes mellitus (E11). Nach Geschlechtern betrachtet zeigt sich diese Rangfolge auch bei den Männern. Bei den Frauen lagen nach der essentiellen primären Hypertonie an weiterer Stelle der Typ-II-Diabetes (E11) und die sonstigen Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts (E87). Insgesamt bilden die in Tabelle 20–3 aufgeführten fünfundzwanzig häufigsten Nebendiagnosen bereits rund 40 % des Spektrums aller Nennungen ab.

Eine ausführliche Darstellung der häufigsten Nebendiagnosen sowohl insgesamt als auch differenziert nach männlichen und weiblichen Behandelten ist im Internetportal www.krankenhaus-report-online.de (Zusatztabellen 20–b bis 20–d) zu finden.

Tabelle 20–3

Die häufigsten Nebendiagnosen 2010

Rang	Pos.-Nr. ICD-10	Nebendiagnose ¹⁾	Anzahl	in %
Insgesamt			81608 409	100,0
1	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	5501 183	6,7
2	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	2395 260	2,9
3	E11	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]	2297 904	2,8
4	Z92	Medizinische Behandlung in der Eigenanamnese	1879 631	2,3
5	E87	Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts	1846 199	2,3
6	E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	1821 566	2,2
7	Z95	Vorhandensein von kardialen oder vaskulären Implantaten oder Transplantaten	1489 460	1,8
8	I48	Vorhofflattern und Vorhofflimmern	1475 256	1,8
9	I50	Herzinsuffizienz	1431 489	1,8
10	N18	Chronische Nierenkrankheit	1419 840	1,7
11	Z74	Probleme mit Bezug auf Pflegebedürftigkeit	1348 746	1,7
12	E66	Adipositas	988 651	1,2
13	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	935 254	1,1
14	O09	Schwangerschaftsdauer	917 922	1,1
15	E03	Sonstige Hypothyreose	815 932	1,0
16	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	741 235	0,9
17	B96	Sonstige näher bezeichnete Bakterien als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind	735 327	0,9
18	D62	Akute Blutungsanämie	717 483	0,9
19	J96	Respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert	696 863	0,9
20	E86	Volumenmangel	677 870	0,8
21	Z37	Resultat der Entbindung	650 982	0,8
22	B95	Streptokokken und Staphylokokken als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind	643 278	0,8
23	I11	Hypertensive Herzkrankheit	621 494	0,8
24	R15	Stuhlinkontinenz	610 445	0,7
25	R32	Nicht näher bezeichnete Harninkontinenz	589 422	0,7

Quelle: Statistisches Bundesamt 2012

Krankenhaus-Report 2013

WlD0

20.5 Operationen und medizinische Prozeduren

Einen deutlichen Informationszugewinn, den die Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik im Vergleich zur herkömmlichen Krankenhausdiagnosestatistik bietet, stellen Informationen über die Art und Häufigkeit von Operationen und medizinischen Prozeduren dar, die bei den Patientinnen und Patienten während ihres vollstationären Krankenhausaufenthalts durchgeführt wurden.

Operationen und medizinische Prozeduren im stationären Bereich sowie ambulante Operationen, die im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung durchgeführt werden, werden anhand des amtlichen Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) kodiert.⁹ Nach den Deutschen Kodierrichtlinien sind alle signifikanten operativen Eingriffe und medizinischen Prozeduren, die vom Zeitpunkt der Aufnahme bis zum Zeitpunkt der Entlassung bei den Behandelten vorgenommen werden und im amtlichen OPS abbildbar sind, von den Krankenhäusern zu kodieren.¹⁰ Dies schließt neben operativen Eingriffen auch diagnostische, therapeutische und pflegerische Prozeduren sowie die Verabreichung von speziellen Medikamenten ein.

Im Berichtsjahr 2010 wurden bei den vollstationär versorgten Patientinnen und Patienten insgesamt 47,4 Mill. Operationen und medizinische Prozeduren durchgeführt. Im Vergleich zum Vorjahr entspricht dies einer Zunahme um 5,2 %. Auf einen Krankenhausfall entfielen damit im Durchschnitt 2,7 Maßnahmen dieser Art. Nach Bundesländern aufgeschlüsselt lag die durchschnittliche Zahl der Operationen und Prozeduren bei Patientinnen und Patienten, die in Krankenhäusern von Hamburg (3,0), Baden-Württemberg, Berlin, des Saarlandes und von Thüringen (jeweils 2,9) behandelt wurden, am höchsten. Am niedrigsten lagen sie in Rheinland-Pfalz (2,5), Hessen, Niedersachsen und Sachsen-Anhalt (jeweils 2,6). Die Betrachtung nach dem Wohnort der Behandelten zeigt dagegen nur geringfügige Unterschiede.

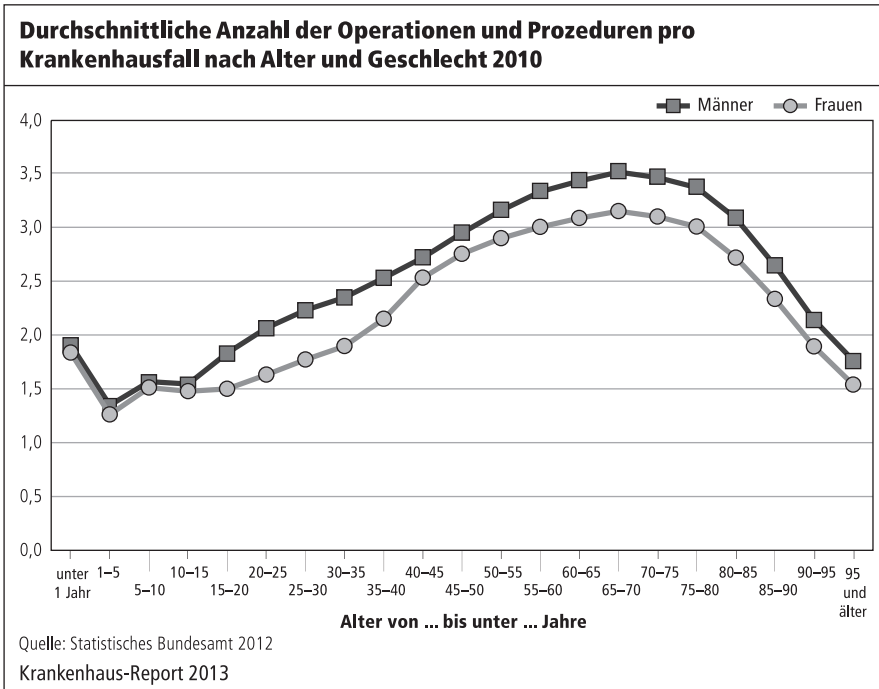
Ohne Berücksichtigung der unter 1-Jährigen steigt die durchschnittliche Anzahl der während eines Krankenhausaufenthaltes durchgeführten operativen Eingriffe und Prozeduren pro Fall bei den bis unter 70-jährigen Frauen und Männern fast kontinuierlich an. Sie lag im Jahr 2010 bei den Behandelten dieser Altersgruppen mit durchschnittlich 3,2 Maßnahmen dieser Art pro Patientin sowie 3,5 pro Patient gut doppelt so hoch wie bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen.

Im hohen und sehr hohen Alter geht die durchschnittliche Anzahl der operativen Eingriffe und Prozeduren pro Krankenhauspatient bei Frauen und Männern zurück. Die durchschnittliche Zahl der Operationen und Prozeduren lag 2010 bei den über 95-Jährigen auf einem annähernd vergleichbaren Niveau wie bei den unter 20-Jährigen. Auch lag die durchschnittliche Anzahl der Operationen und Prozeduren pro

⁹ Die Klassifikation wird seit 1993 vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) nach den §§ 295 und 301 SGB V im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegeben und bereitgestellt. Der OPS ist überwiegend numerisch-hierarchisch strukturiert und weist eine topographisch-anatomische Gliederung auf. Die Hierarchieklassen umfassen Kapitel, Bereichsüberschriften, 3-Steller, 4-Steller, 5-Steller und 6-Steller.

¹⁰ Die Definition einer signifikanten Prozedur ist, dass sie entweder chirurgischer Natur ist, ein Eingriffs- oder Anästhesierisiko birgt, Spezialeinrichtungen, Geräte oder eine spezielle Ausbildung erfordert.

Abbildung 20–5



Krankenhausfall in den meisten Altersgruppen bei Männern über der entsprechenden Anzahl bei Frauen (Abbildung 20–5).

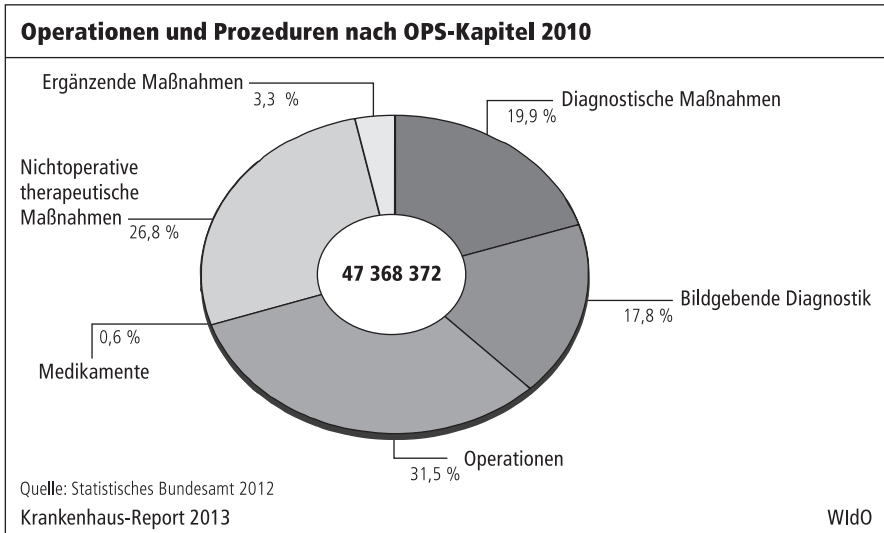
Auf Kapitelebene gliedert sich der OPS in sechs Bereiche: *Diagnostische Maßnahmen* (z. B. Biopsie, Endoskopie), *Bildgebende Diagnostik* (z. B. Computertomographie, Magnetresonanztomographie), *Operationen* (z. B. an den Bewegungsorganen), *Medikamente* (z. B. Verabreichung zur Krebsimmuntherapie, bei schweren Pilzinfektionen), *Nichtoperative therapeutische Maßnahmen* (z. B. Maßnahmen für den Blutkreislauf, Patientenmonitoring) und *Ergänzende Maßnahmen* (z. B. geburtsbegleitende Maßnahmen, psychotherapeutische Therapie).

Nach dieser Gliederung entfielen von allen Eingriffen 26,8 % auf nichtoperative therapeutische Maßnahmen (12,7 Mill.), 19,9 % auf diagnostische Maßnahmen (9,4 Mill.) und 17,8 % auf die bildgebende Diagnostik (8,4 Mill.). Am häufigsten wurden aber Operationen (14,9 Mill.) mit einem Anteil von 31,5 % bei den Patientinnen und Patienten veranlasst. Den größten Anstieg gegenüber dem Vorjahr gab es bei den Ergänzenden Maßnahmen mit einem Zuwachs von 11,7 % (Abbildung 20–6)

Inwieweit sich Unterschiede bei den durchgeführten Operationen und medizinischen Prozeduren von Frauen und Männern in verschiedenen Altersgruppen zeigen, verdeutlicht Tabelle 20–4.

Trotz der steigenden Zahl an Behandlungsfällen ist in den vergangenen Jahren der Anteil operierter Patientinnen und Patienten unter den stationär Behandelten mit geringen jährlichen Zuwächsen und Raten zwischen 40,2 % im Jahr 2005 und

Abbildung 20–6



40,6 % im Jahr 2007 weitestgehend stabil geblieben. Seit 2008 wird die 40 %-Marke jedoch mit jeweils 39,7 % in den Jahren 2008 und 2009 bzw. mit 39,8 % im Jahr 2010 unterschritten.

Werden die Operationen differenziert für sich betrachtet, dann waren die Spitzenreiter unter allen durchgeführten chirurgischen Maßnahmen auf Ebene der sogenannten Bereichsüberschriften die Operationen an den Bewegungsorganen (4,2 Mill.), gefolgt von Operationen am Verdauungstrakt (2,3 Mill.) sowie an Haut und Unterhaut (1,2 Mill.) (Tabelle 20–5).

Rund die Hälfte der operativen Eingriffe wurde in den drei Fachabteilungen¹¹ Allgemeine Chirurgie (29,7 %), Frauenheilkunde und Geburtshilfe (11,6 %) sowie der Orthopädie (9,8 %) erbracht (Abbildung 20–7).

Nach Vierstellern des OPS aufgeschlüsselt erfolgten bei Frauen wie im Vorjahr am häufigsten die Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur/Dammriss (246 800 Eingriffe), der sonstige Kaiserschnitt (187 100 Eingriffe) und andere Operationen am Darm (182 300 Eingriffe). Bei Männern lag an erster Stelle der Verschluss eines Leistenbruchs (155 600 Eingriffe), gefolgt von der chirurgischen Wundtoilette und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut (151 500 Eingriffe) sowie der arthroskopischen Operation am Gelenknorpel und an den Menisken (140 400 Eingriffe). Tabelle 20–6 weist die 30 häufigsten Operationen nach Vierstellern aus, die 36 % aller durchgeführten Operationen ausmachen.

Tabelle 20–7 gibt einen Überblick über die 30 häufigsten Operationen nach Dreistellern des OPS, die im Jahr 2010 erbracht wurden. Diese decken knapp 70 %

¹¹ Maßgeblich für eine eindeutige Zuordnung der Operationen zu den Fachabteilungen ist hier die Fachabteilung mit der längsten Verweildauer.

Tabelle 20–4

Operationen und Prozeduren nach OPS-Kapitel, Alter und Geschlecht 2010

Operation/Prozedur ¹⁾ nach OPS-Kapitel	Insgesamt	davon im Alter von ... bis unter Jahren				
		0–20	20–40	40–60	60–85	85 und älter
Weiblich		Anzahl				
Insgesamt	23 469 746	1 690 720	3 092 496	5 189 959	11 523 255	1 973 316
Diagnostische Maßnahmen	4 471 788	392 386	395 979	992 259	2 310 841	380 323
Bildgebende Diagnostik	4 060 378	111 700	307 253	900 585	2 301 514	439 326
Operationen	7 976 794	367 194	1 546 906	2 129 545	3 491 046	442 103
Medikamente	122 204	8 320	8 235	35 709	67 260	2 680
Nichtoperative herapeutische Maßnahmen	5 832 199	460 674	448 337	1 063 685	3 196 912	662 591
Ergänzende Maßnahmen	1 003 438	350 101	384 007	67 887	155 201	46 242
Unbekannte Operation/Maßnahmen	2 945	345	1 779	289	481	51
Männlich						
Insgesamt	23 896 193	1 938 158	1 897 475	6 197 719	12 974 590	888 251
Diagnostische Maßnahmen	4 970 154	407 634	338 990	1 264 952	2 775 752	182 826
Bildgebende Diagnostik	4 356 194	129 021	334 368	1 140 446	2 568 173	184 186
Operationen	6 959 812	477 384	855 846	2 060 688	3 365 761	200 133
Medikamente	164 921	10 411	9 135	48 866	94 490	2 019
Nichtoperative Therapeutische Maßnahmen	6 864 049	558 813	346 388	1 627 770	4 028 791	302 287
Ergänzende Maßnahmen	578 887	354 218	12 521	54 593	140 791	16 764
Unbekannte Operation/Maßnahmen	2 176	677	227	404	832	36

¹⁾ Ohne Duplikate

Quelle: Statistisches Bundesamt 2012

Krankenhaus-Report 2013

WiDO

Tabelle 20–5

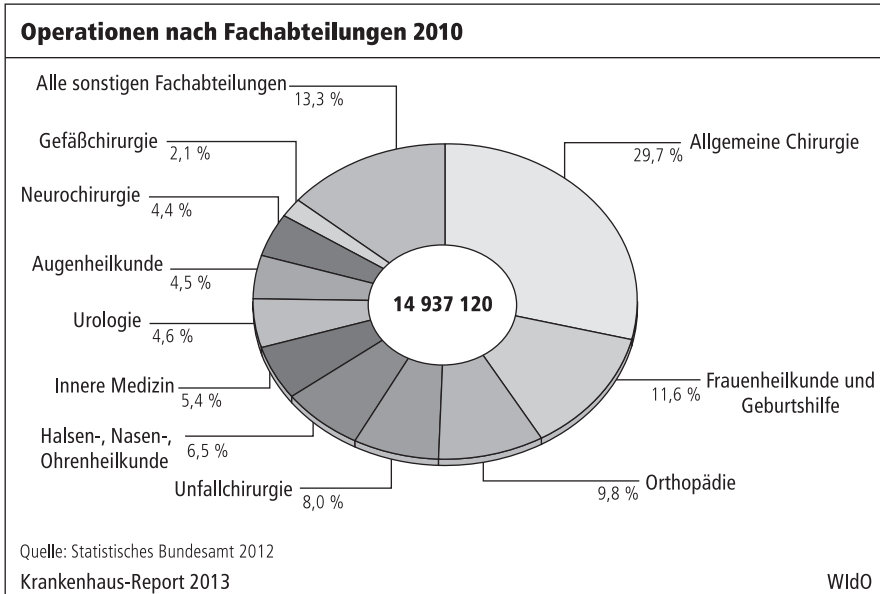
Operationen 2010 nach Bereichsüberschriften

OPS-Schlüssel	Operation ¹⁾	Insgesamt	Männlich	Weiblich	Insgesamt	Männlich	Weiblich
		Anzahl			Veränderung zum Vorjahr in Prozent		
5	Operationen	14937120	6959812	7976794	4,0	4,2	3,9
5-01–5-05	Operationen am Nervensystem	680975	344974	335956	5,9	5,4	6,4
5-06–5-07	Operationen an endokrinen Drüsen	192649	53819	138828	–1,7	–1,2	–2,0
5-08–5-16	Operationen an den Augen	548202	262554	285639	4,6	5,2	4,1
5-18–5-20	Operationen an den Ohren	149723	85282	64437	4,8	5,5	3,8
5-21–5-22	Operationen an Nase und Nasennebenhöhlen	444991	270731	174233	–0,5	–1,1	0,5
5-23–5-28	Operationen an Mundhöhle und Gesicht	339926	183584	156318	3,4	3,7	3,0
5-29–5-31	Operationen an Pharynx, Larynx und Trachea	117080	77379	39691	2,4	1,9	3,4
5-32–5-34	Operationen an Lunge und Bronchus	147042	93562	53466	6,6	5,5	8,6
5-35–5-37	Operationen am Herzen	361649	236271	125361	4,3	4,5	4,0
5-38–5-39	Operationen an den Blutgefäßen	686557	374557	311963	3,8	4,4	3,1
5-40–5-41	Operationen am hämatopoetischen und Lymphgefäßsystem	174221	56344	117868	1,5	2,0	1,2
5-42–5-54	Operationen am Verdauungstrakt	2273439	1180155	1093195	2,2	2,7	1,7
5-55–5-59	Operationen an den Harnorganen	555821	358499	197313	1,2	1,6	0,6
5-60–5-64	Operationen an den männlichen Geschlechtsorganen	225968	225233	–	–1,2	–1,2	–
5-65–5-71	Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen	642913	–	642913	–0,5	–	–0,5
5-72–5-75	Geburtshilffliche Operationen	775450	–	775450	3,4	–	3,4
5-76–5-77	Operationen an Kiefer- und Gesichtsschädelknochen	72482	44441	28035	–0,5	–2,9	3,6
5-78–5-86	Operationen an den Bewegungsorganen	4191688	1923589	2267966	6,2	5,6	6,8
5-87–5-88	Operationen an der Mamma	190588	5264	185319	–3,7	–3,1	–3,7
5-89–5-92	Operationen an Haut und Unterhaut	1161972	644390	517537	4,5	4,6	4,3
5-93–5-99	Zusatzinformationen zu Operationen	1003784	539184	464571	9,2	9,0	9,4

¹⁾ Ohne Duplikate

Quelle: Statistisches Bundesamt 2011

Abbildung 20–7



aller operativen Maßnahmen ab. Nach dieser Gliederung waren die Spitzenreiter bei den chirurgischen Eingriffen der Frauen Operationen an anderen Knochen (440 300 Eingriffe), arthroskopische Gelenkoperationen (380 400 Eingriffe) sowie chirurgische Maßnahmen zur Stellungskorrektur von Knochenbrüchen und Verrenkungen (378 300 Eingriffe). Bei Männern wurden der Rangfolge nach betrachtet am häufigsten arthroskopische Gelenkoperationen (426 800 Eingriffe), Operationen an Haut und Unterhaut (364 100 Eingriffe) sowie an der Wirbelsäule (328 500 Eingriffe) durchgeführt. Eine differenzierte Übersicht zu den häufigsten Operationen insgesamt und differenziert nach männlichen und weiblichen Behandelten (Zusatz-tabelle 20–e bis 20–g) sowie der Operationen mit den größten Veränderungen im Vergleich zum Vorjahr (Zusatz-tabelle 20–h) kann im Internetportal www.krankenhaus-report-online.de abgerufen werden.

Auf Ebene der Viersteller gab es unter den chirurgischen Maßnahmen den deutlichsten Anstieg gegenüber dem Vorjahr bei der minimalinvasiven Operation an Herzklappen (83,3 %). Danach folgten andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen (33,3 %) sowie an den Bewegungsorganen (26,8 %). Der stärkste Rückgang war bei anderen Harninkontinenzoperationen (20,4 %), bei anderen partiellen Schilddrüsenresektionen (20,3 %) und der brusterhaltenden Operation mit der Entfernung von Lymphknoten im Achselbereich (14,3 %) zu verzeichnen. Nach Dreistellern aufgeschlüsselt zeigte sich im Vergleich zum Vorjahr der stärkste Zuwachs bei anderen Operationen an Lunge und Bronchus (16,7 %), der Stellungskorrektur von Knochenbrüchen und Verrenkungen (12,7 %) sowie bei Operationen an der Tränendrüse und den Tränenwegen (11,5 %). Zu den operativen Maßnahmen mit dem höchsten Rückgang gehörten Operationen am Gebärmutterhals (6,6 %), andere Operationen bei Gesichtsschädelfrakturen (5,6 %) und Operationen zur Ent-

Tabelle 20–6

Die häufigsten Operationen¹⁾ 2010 nach Vierstellern

Rang	OPS-Schlüssel /Operation	Anzahl	Prozent
5	Operationen insgesamt¹⁾²⁾	14 937 120	100,0
1	5-469 Andere Operationen am Darm	321 734	2,2
2	5-812 Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	281 177	1,9
3	5-032 Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis	271 236	1,8
4	5-893 Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	267 374	1,8
5	5-758 Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]	246 817	1,7
6	5-513 Endoskopische Operationen an den Gallengängen	224 260	1,5
7	5-794 Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens mit Osteosynthese	215 683	1,4
8	5-820 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	213 697	1,4
9	5-511 Cholezystektomie	192 825	1,3
10	5-749 Andere Sectio caesarea	187 065	1,3
11	5-787 Entfernung von Osteosynthesematerial	178 098	1,2
12	5-530 Verschluss einer Hernia inguinalis	176 693	1,2
13	5-811 Arthroskopische Operation an der Synovialis	174 481	1,2
14	5-831 Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe	171 729	1,1
15	5-810 Arthroskopische Gelenkrevision	170 910	1,1
16	5-790 Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	160 496	1,1
17	5-822 Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk	158 100	1,1
18	5-800 Offen chirurgische Revision eines Gelenkes	157 462	1,1
19	5-839 Andere Operationen an der Wirbelsäule	153 884	1,0
20	5-215 Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]	147 179	1,0
21	5-385 Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	146 279	1,0
22	5-452 Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	138 521	0,9
23	5-793 Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	134 956	0,9
24	5-144 Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]	130 368	0,9
25	5-892 Andere Inzision an Haut und Unterhaut	128 475	0,9
26	5-788 Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes	127 071	0,9
27	5-399 Andere Operationen an Blutgefäßen	125 790	0,8
28	5-916 Temporäre Weichteildeckung	125 450	0,8
29	5-900 Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	125 108	0,8
30	5-895 Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	123 255	0,8

¹⁾ Ohne Duplikate²⁾ Operationen insgesamt beinhaltet auch die Pos. 5-93...5-99 (Zusatzinformationen zu Operationen), die aber hier nicht separat ausgewiesen wurden

Quelle: Statistisches Bundesamt 2012

Tabelle 20–7

Die häufigsten Operationen¹⁾ 2010 nach Dreistellern

Rang	OPS-Schlüssel /Operation	Anzahl	Prozent
	5 Operationen insgesamt¹⁾²⁾	14 937 120	100,0
1	5-81 Arthroskopische Gelenkoperationen	807 303	5,4
2	5-78 Operationen an anderen Knochen	740 186	5,0
3	5-83 Operationen an der Wirbelsäule	685 081	4,6
4	5-89 Operationen an Haut und Unterhaut	661 800	4,4
5	5-79 Reposition von Fraktur und Luxation	632 665	4,2
6	5-82 Endoprothetischer Gelenk- und Knochenersatz	516 029	3,5
7	5-51 Operationen an Gallenblase und Gallenwegen	437 087	2,9
8	5-38 Inzision, Exzision und Verschluss von Blutgefäßen	411 168	2,8
9	5-03 Operationen an Rückenmark, Rückenmarkhäuten und Spinalkanal	404 948	2,7
10	5-46 Andere Operationen an Dünn- und Dickdarm	403 884	2,7
11	5-80 Offen chirurgische Gelenkoperationen	336 496	2,3
12	5-21 Operationen an der Nase	314 186	2,1
13	5-53 Verschluss abdominaler Hernien	297 115	2,0
14	5-90 Operative Wiederherstellung und Rekonstruktion von Haut und Unterhaut	294 892	2,0
15	5-45 Inzision, Exzision, Resektion und Anastomose an Dünn- und Dickdarm	292 784	2,0
16	5-75 Andere geburtshilfliche Operationen	280 412	1,9
17	5-39 Andere Operationen an Blutgefäßen	275 389	1,8
18	5-74 Sectio caesarea und Entwicklung des Kindes	273 467	1,8
19	5-57 Operationen an der Harnblase	257 644	1,7
20	5-85 Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln	252 212	1,7
21	5-37 Rhythmuschirurgie und andere Operationen an Herz und Perikard	195 308	1,3
22	5-15 Operationen an Retina, Choroidea und Corpus vitreum	192 590	1,3
23	5-68 Inzision, Exzision und Exstirpation des Uterus	186 056	1,2
24	5-28 Operationen im Bereich des Naso- und Oropharynx	184 378	1,2
25	5-06 Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüse	184 283	1,2
26	5-73 Andere Operationen zur Geburtseinleitung und unter der Geburt	177 850	1,2
27	5-54 Andere Operationen in der Bauchregion	173 240	1,2
28	5-91 Andere Operationen an Haut und Unterhaut	172 473	1,2
29	5-65 Operationen am Ovar	167 851	1,1
30	5-49 Operationen am Anus	165 087	1,1

¹⁾ Ohne Duplikate²⁾ Operationen insgesamt beinhaltet auch die Pos. 5-93...5-99 (Zusatzinformationen zu Operationen), die aber hier nicht separat ausgewiesen wurden

Quelle: Statistisches Bundesamt 2012

Krankenhaus-Report 2013

WiDO

fernung von Gewebe der Brust (5,1 %). Die Tabellen sind im Internetportal www.krankenhaus-report-online.de (Zusatztable 20–i bis 20–l) zu finden.

Zur Vermeidung nicht notwendiger vollstationärer Krankenhausbehandlungen und zur Sicherstellung einer wirtschaftlichen und patientengerechten Versorgung sind weiterhin ambulante Operationen und sonstige stationersetzende Eingriffe in Krankenhäusern nach § 115b Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) möglich. Leistungen dieser Art werden jedoch nicht auf der Grundlage des DRG-Entgeltsystems, sondern über das Vergütungssystem der vertragsärztlichen Versorgung nach Maßgabe des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) bzw. der Euro-Gebührenordnung abgerechnet. Eine Erfassung und der entsprechende Nachweis dieser Leistungen erfolgt deshalb über die Grunddaten der Krankenhäuser (vgl. Kapitel 18 in diesem Band) und nicht der Fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik.

20.6 Behandlungsspektrum bei den Patientinnen und Patienten in den Fachabteilungen

Im Rahmen der Fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik können differenzierte Analysen zum Aufenthalt der Patientinnen und Patienten in den Fachabteilungen nicht nur nach der längsten Verweildauer, sondern auch nach den einzelnen durchlaufenen Fachabteilungen auf Basis ihrer individuellen Verlegungsketten vorgenommen werden.¹²

Danach wurden 90,7 % der Behandelten ausschließlich in einer Fachabteilung versorgt; bei den Männern waren es 89,7 % und bei den Frauen 91,6 %. Behandlungen in zwei verschiedenen Fachabteilungen erfolgten noch in 8,0 % der Fälle. Die häufigsten Verlegungen gab es zwischen den Fachabteilungen Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie, der Allgemeinen Chirurgie und der Intensivmedizin sowie der Inneren Medizin und der Intensivmedizin. Behandlungen in mehr als zwei verschiedenen Fachabteilungen waren mit 1,3 % nur noch sehr selten (Tabelle 20–8).

Der größte Teil der Patientinnen und Patienten wurde in den Fachabteilungen Innere Medizin (5,2 Mill. Fälle), Allgemeine Chirurgie (3,0 Mill. Fälle) sowie Frauenheilkunde und Geburtshilfe (2,0 Mill. Fälle) behandelt (Abbildung 20–8). Die durchschnittliche Verweildauer der Behandelten lag in der Inneren Medizin bei 6,6 Tagen, in der Allgemeinen Chirurgie bei 6,8 Tagen und in der Frauenheilkunde/ Geburtshilfe bei 4,3 Tagen.

Werden die Patientinnen und Patienten der Fachabteilung zugeordnet, in der sie während ihrer vollstationären Behandlung am längsten versorgt wurden, bleiben nach wie vor die Innere Medizin mit 5,2 Mill. Fällen (29,8 %), die Allgemeine Chirurgie mit 3,0 Mill. Fällen (17,4 %) sowie die Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit 2,0 Mill. Fällen (11,6 %) die patientenstärksten Fachabteilungen. Auf dieser Basis

¹² Maßgeblich für die statistische Fachabteilungsabgrenzung ist die Fachabteilungsgliederung nach Anlage 2, Schlüssel 6 der Datenübermittlungsvereinbarung der Selbstverwaltungspartner im Gesundheitswesen gem. § 301 Abs. 3 SGB V.

Tabelle 20–8

Durchlaufene Fachabteilungen 2010 nach Geschlecht

Durchlaufene Fachabteilungen ¹⁾	Patientinnen und Patienten					
	Insgesamt		Männlich		Weiblich	
	Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %
Eine Fachabteilung	15 811 498	90,7	7 298 792	89,7	8 512 238	91,6
Zwei Fachabteilungen	1 397 326	8,0	720 974	8,9	676 284	7,3
Drei und mehr	225 576	1,3	119 033	1,5	106 525	1,1

¹⁾ Ohne Rückverlegungen

Quelle: Statistisches Bundesamt 2012

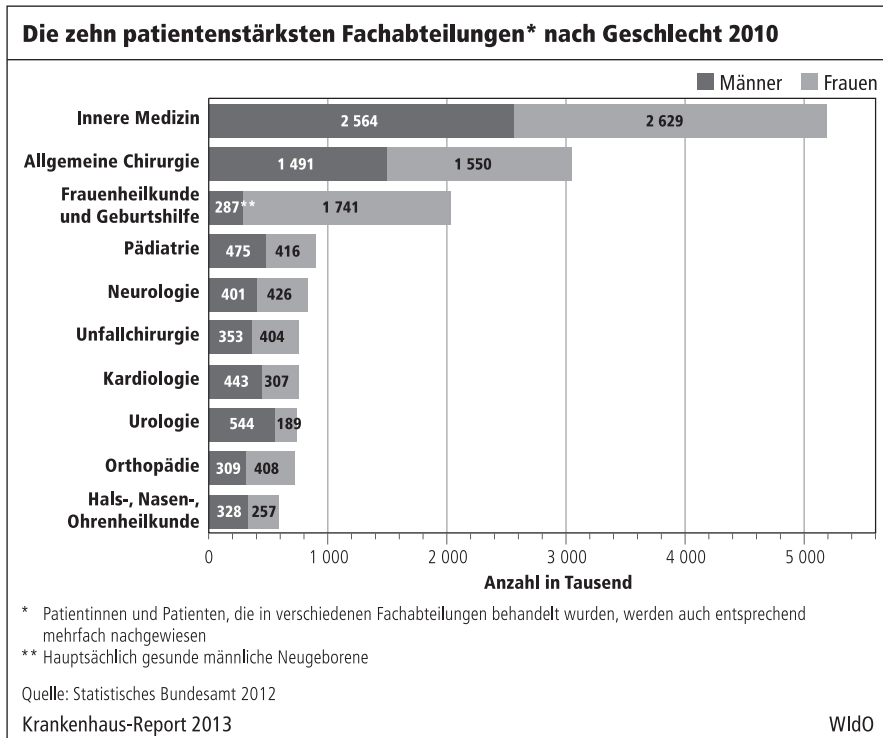
Krankenhaus-Report 2013

WIdO

betrug die durchschnittliche Verweildauer in der Inneren Medizin 7,1 Tage, in der Chirurgie 7,2 Tage sowie in der Frauenheilkunde/Geburtshilfe 4,4 Tage.

Am häufigsten wurden die Patientinnen und Patienten der Inneren Medizin aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems behandelt. Nach der Hauptdiagnose war in 280 700 Fällen eine Herzinsuffizienz (I50) Ursache der Behandlung; sie betraf 5,9% aller Patientinnen und Patienten dieser Abteilung. Die entsprechende durch-

Abbildung 20–8



schnittliche Verweildauer lag bei 10,6 Tagen. Jüngere waren davon kaum betroffen, rund 90 % der Behandelten mit diesem Krankheitsbild waren 65 Jahre und älter.

Der zweithäufigste Behandlungsanlass für eine stationäre Versorgung in der Inneren Medizin war die Pneumonie (J18) mit 144 600 Behandlungsfällen. Sie war Ursache in 3,0 % aller Fälle dieser Abteilung und betraf mit 76,2 % in erster Linie ebenfalls die über 65-Jährigen. Die durchschnittliche Verweildauer lag hier bei 9,9 Tagen.

Die sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit (J44) war für 2,8 % der Behandlungsfälle der Inneren Medizin verantwortlich. Patientinnen und Patienten mit dieser Diagnose verbrachten im Schnitt 9,2 Tage im Krankenhaus. Knapp drei Viertel der Behandelten waren auch hier 65 Jahre und älter (Tabelle 20–9).

Insgesamt wurden in der Inneren Medizin rund 10,6 Mill. Operationen und medizinische Prozeduren, darunter 809 600 operative Eingriffe nach Kapitel 5 des OPS durchgeführt. An erster Stelle stand dabei die endoskopische Operation an den Gallengängen (5-513), gefolgt von der lokalen Entfernung und Zerstörung von erkranktem Gewebe des Dickdarms (5-452) sowie von anderen Operationen am Darm (5-469). Zwischen 72,3 % und 69,5 % der Patientinnen und Patienten mit diesen Operationen in der Inneren Medizin waren 65 Jahre und älter (Tabelle 20–10).

In der zweiten an dieser Stelle ausgewiesenen Fachabteilung, der Allgemeinen Chirurgie, wurden insgesamt 2,9 Mill. Fälle für die durchschnittliche Dauer von 7,2 Tagen stationär im Krankenhaus versorgt. Der häufigste Behandlungsanlass nach Diagnosekapiteln in dieser Abteilung waren Krankheiten des Verdauungssystems.

Mit einem Anteil von 5,3 % wurden die Patientinnen und Patienten der Allgemeinen Chirurgie am häufigsten aufgrund eines Leistenbruchs (K40) stationär behandelt (152 700 Fälle). Sie verbrachten durchschnittlich 2,8 Tage im Krankenhaus. Annähernd die Hälfte der Behandelten mit dieser Diagnose war 65 Jahre und älter und noch etwas mehr als ein Drittel zwischen 45 bis unter 65 Jahre alt.

Die zweithäufigste in der Chirurgie behandelte Erkrankung war mit einem Anteil von 5,2 % und 150 700 Fällen das Gallensteinleiden (K80). Zu fast gleich großen Anteilen waren die meisten Patientinnen und Patienten mit dieser Erkrankung zwischen 45 bis unter 65 Jahre alt (37,8 %) sowie 65 Jahre und älter (34,7 %).

Der dritthäufigste Grund für eine vollstationäre Versorgung in der Chirurgie war die akute Blinddarmentzündung (K35), die bei 90 900 Patientinnen und Patienten behandelt wurde und einen Anteil von 3,2 % ausmachte. Der Krankenhausaufenthalt mit dieser Diagnose dauerte im Schnitt 5,2 Tage und betraf vor allem Personen im jüngeren bis mittleren Alter zwischen 15 bis unter 45 Jahre. Ihr Anteil lag bei 58,4 %.

Zusammengenommen wurden in der Allgemeinen Chirurgie über 8,1 Mill. Operationen und Prozeduren, darunter 4,4 Mill. operative Eingriffe nach Kapitel 5 des OPS durchgeführt. An oberster Stelle stand die Gallenblasenentfernung (5-511), gefolgt von anderen Operationen am Darm (5-469) und dem Verschluss eines Leistenbruchs (5-530). Mit Anteilen zwischen 54,5 % und 38,3 % war bei allen drei Operationen der jeweils größte Teil der Operierten 65 Jahre und älter.

Tabelle 20–9

Patientinnen und Patienten mit den häufigsten Hauptdiagnosen in den Fachabteilungen¹ Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie 2010

Rang	ICD-Pos.	Diagnose/Behandlungsanlass	Durchschnittl. Verweildauer in Tagen	Insgesamt ²⁾ Anzahl	Patienten			
					davon im Alter von ... bis unter ... Jahren			
					0–15	15–45	45–65	65 und älter
Innere Medizin								
Fachabteilung Innere Medizin insgesamt			7,1	4 770 747	8 355	586 846	1 165 714	3 009 832
1	I50	Herzinsuffizienz	10,6	280 696	–	1 905	25 616	253 175
2	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	9,9	144 600	255	11 039	23 177	110 129
3	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	9,2	133 814	.	2 688	33 382	97 743
4	E11	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus (Typ-II-Diabetes)	10,3	108 281	8	4 530	27 894	75 849
5	I21	Akuter Myokardinfarkt	7,9	123 695	–	4 672	33 712	85 311
6	I48	Vorhofflattern und Vorhofflimmern	5,7	163 190	.	5 367	37 753	120 068
7	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	5,1	167 111	9	11 083	46 275	109 744
8	I63	Hirnfarkt	10,7	61 758	–	834	8 151	52 773
9	I20	Angina pectoris	4,2	144 957	.	5 761	45 964	93 230
10	A41	Sonstige Sepsis	12,9	45 184	8	2 103	7 549	35 524
11	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	7,5	75 184	–	1 350	27 192	46 642
12	R55	Synkope und Kollaps	4,9	105 990	232	16 258	21 164	68 336
13	E86	Volumenmangel	6,5	68 315	26	1 594	3 577	63 118
14	K29	Gastritis und Duodenitis	4,9	87 032	51	18 843	23 509	44 629
15	N17	Akutes Nierenversagen	11,6	35 090	.	1 268	4 652	29 169
Allgemeine Chirurgie								
Fachabteilung Allgemeine Chirurgie insgesamt			7,2	2 882 272	74 198	671 748	891 501	1 244 825
1	K40	Hernia inguinalis	2,8	152 721	1 333	28 597	55 061	67 730
2	K80	Cholelithiasis	5,8	150 650	158	41 299	56 990	52 203

Tabelle 20–9
Fortsetzung

Rang	ICD-Pos.	Diagnose/Behandlungsanlass	Durchschnittl. Verweildauer in Tagen	Insgesamt ²⁾ Anzahl	Patienten			
					davon im Alter von ... bis unter ... Jahren			
					0–15	15–45	45–65	65 und älter
Allgemeine Chirurgie								
3	K35	Akute Appendizitis	5,2	90935	11 618	53 140	16 911	9 266
4	S06	Intrakranielle Verletzung	2,5	87 019	10 357	32 576	15 255	28 831
5	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	8,3	80 445	2 567	23 157	29 587	25 134
6	I70	Atherosklerose	13,0	74 572	.	700	19 598	54 273
7	M17	Gonarthrose (Arthrose des Kniegelenkes)	10,3	74 339	.	2 322	23 853	48 162
8	S72	Fraktur des Femurs	14,3	73 887	497	2 626	7 981	62 783
9	S52	Fraktur des Unterarmes	4,3	73 591	5 860	10 100	21 142	36 489
10	K57	Divertikulose des Darmes	11,0	67 313	9	7 641	28 349	31 314
11	E04	Sonstige nichttoxische Struma	4,0	64 569	54	16 624	32 508	15 383
12	K56	Paralytischer Ileus und mechanischer Ileus ohne Hernie	8,4	62 989	785	8 833	15 264	38 107
13	S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	8,0	51 303	2 259	7 857	12 417	28 770
14	M16	Koxarthrose (Arthrose des Hüftgelenkes)	12,8	49 470	–	996	13 506	34 968
15	I83	Varizen der unteren Extremitäten	3,4	49 237	7	8 431	21 100	19 699

¹⁾ Fachabteilung mit der längsten Verweildauer

²⁾ Einschließlich Fälle mit unbekanntem Alter

Quelle: Statistisches Bundesamt 2011

Krankenhaus-Report 2012

WIdO

Tabelle 20–10

Häufigste Operationen in den Fachabteilungen¹⁾ Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie 2010

Rang	Maßnahme ²⁾	Insgesamt ⁴⁾		davon im Alter von ... bis unter ... Jahren			
		in %	Anzahl	0–15	15–45	45–65	65 und älter
Innere Medizin							
Insgesamt Operationen und Prozeduren			10 644 022	5 863	902 123	2 825 584	6 910 452
	Operationen Kapitel 5 ³⁾	100	809 568	400	46 424	189 830	572 914
1	5-513 Endoskopische Operationen an den Gallengängen	17,8	144 388	14	11 071	32 891	100 412
2	5-452 Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	11,2	90 712	5	2 658	22 502	65 547
3	5-469 Andere Operationen am Darm	8,1	65 590	4	3 022	16 351	46 213
4	5-377 Implantation eines Herzschrittmachers und Defibrillators	7,8	63 141	.	1 265	9 053	52 821
5	5-399 Andere Operationen an Blutgefäßen	4,5	36 402	6	2 175	10 987	23 234
6	5-429 Andere Operationen am Ösophagus	3,6	29 517	9	2 271	10 962	16 275
7	5-449 Andere Operationen am Magen	3,5	28 418	–	1 441	6 155	20 822
8	5-893 Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	3,2	25 710	13	895	5 760	19 042
9	5-431 Gastrostomie	3,2	25 612	4	705	4 000	20 903
10	5-378 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators	3,0	24 355	.	447	3 083	20 825
Allgemeine Chirurgie							
Insgesamt Operationen und Prozeduren			8 140 767	72 570	1 285 558	2 609 742	4 172 897
	Operationen Kapitel 5 ³⁾	100	4 439 103	52 816	865 250	1 543 721	1 977 316
1	5-511 Cholezystektomie	3,9	175 269	164	42 938	65 083	67 084
2	5-469 Andere Operationen am Darm	3,8	167 251	695	21 694	53 692	91 170
3	5-530 Verschluss einer Hernia inguinalis	3,6	157 624	1 628	29 157	56 742	70 097
4	5-812 Arthroskopische Operation am Gelenknorpel und an den Menisken	2,8	122 316	520	28 583	55 916	37 297

Tabelle 20–10

Fortsetzung

Rang	Maßnahme ²⁾	Insgesamt ⁴⁾		davon im Alter von ... bis unter ... Jahren				
		in %	Anzahl	0–15	15–45	45–65	65 und älter	
Allgemeine Chirurgie								
5	5-893	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	2,6	115 812	1 102	18 973	33 335	62 402
6	5-794	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens mit Osteosynthese	2,4	107 333	770	15 622	34 228	56 713
7	5-470	Appendektomie	2,4	106 415	13 415	64 046	18 735	10 219
8	5-455	Partielle Resektion des Dickdarmes	1,8	78 744	74	6 814	24 254	47 602
9	5-069	Andere Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüsen	1,7	76 251	99	20 053	37 611	18 488
10	5-820	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	1,7	75 500	–	1 066	15 245	59 189

¹⁾ Fachabteilung mit der längsten Verweildauer

²⁾ Ohne Duplikate

³⁾ Operationen insgesamt beinhaltet auch die Pos. 5-93...5-99 (Zusatzinformationen zu Operationen), die aber hier nicht separat ausgewiesen wurden

⁴⁾ Einschließlich Fälle mit unbekanntem Alter

Quelle: Statistisches Bundesamt 2012

Krankenhaus-Report 2013

WIdO

20.7 Leistungsmengen und Leistungsstrukturen der Krankenhäuser

Fallpauschalen bilden die Grundlage für das Vergütungssystem der akutstationären Krankenhausleistungen in deutschen Krankenhäusern, in dem Behandlungsfälle entsprechend ihrem Behandlungsaufwand nach pauschalierten Preisen vergütet werden.¹³ Differenzierte Informationen zum stationären Leistungsgeschehen der Krankenhäuser stehen im Rahmen der Fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik insbesondere zu Hauptdiagnosegruppen (MDCs), abgerechneten Fallpauschalen (DRGs) sowie zum Casemix (CM) und Casemix-Index (CMI) zur Verfügung.

In Bezug auf die Verteilung der vollstationär behandelten Krankheitsfälle nach den MDCs standen im Jahr 2010 an erster Stelle Krankheiten und Störungen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe (15,4%). An zweiter und dritter Stelle folgten Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems (15,2%) und der Verdauungsorgane (11,9%). Hinsichtlich des Leistungsumfanges hatten diese drei Gruppen jeweils auch die höchsten Anteile (zwischen 19,4% und 9,5%) am gesamten Casemix-Volumen des Jahres 2010. Die Tabellen können im Internetportal www.krankenhaus-report-online.de (Zusatztabellen 20–m und 20–n) abgerufen werden.

Die größten Fallzahlenzuwächse gegenüber dem Vorjahr waren bei Krankheiten und Störungen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe (3,9%) zu verzeichnen. Krankheiten und Störungen der Harnorgane (3,0%) sowie Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (2,9%) lagen an zweiter und dritter Stelle. Die deutlichsten Rückgänge wiesen die MDCs Psychische Krankheiten und Störungen (5,1%), Polytrauma (4,3%) und HIV (4,1%) auf (Abbildung 20–9).

Die Versorgung gesunder Neugeborener (532 500 Fälle), die Speiseröhrentzündung, Magen-Darm-Grippe und verschiedene Krankheiten der Verdauungsorgane (424 200 Fälle) sowie Entbindungen ohne komplizierende Diagnose (327 000 Fälle) waren im Jahr 2010 die insgesamt am häufigsten abgerechneten Fallpauschalen (DRGs) (Abbildung 20–10). Von den knapp 1 200 mit dem Fallpauschalenkatalog bewerteten und abrechenbaren DRGs machten dabei die zwanzig häufigsten bereits rund 23% und die fünfzig häufigsten DRGs 39% des gesamten DRG-Leistungsspektrums aus. Nach der sogenannten Partition aufgeschlüsselt waren 57,1% rein medizinische Behandlungen ohne chirurgische Eingriffe (Partition M), 37,9% operative Behandlungen (Partition O) und 5,0% nichtoperative, jedoch invasive medizinische Maßnahmen (Partition A). Die höchsten Anteile des Casemix entfielen dabei mit 61,4% auf operative Eingriffe und 33,3% auf medizinische Behandlungen. 5,3% umfassten noch die nichtoperativen invasiven medizinischen Maßnahmen.

13 Die jährliche Pflege und Weiterentwicklung des DRG-Entgeltsystems obliegt dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) und basiert auf den Kosten- und Leistungsdaten einer Stichprobe freiwillig teilnehmender Krankenhäuser. Der jährlich veröffentlichte Fallpauschalenkatalog enthält u. a. die spezifische Leistungsbeschreibung und die Bewertungsrelation als relatives Kostengewicht für die Vergütungshöhe jeder einzelnen DRG. Er kann auf der Homepage des InEK unter www.g-drg.de heruntergeladen werden.

Abbildung 20–9

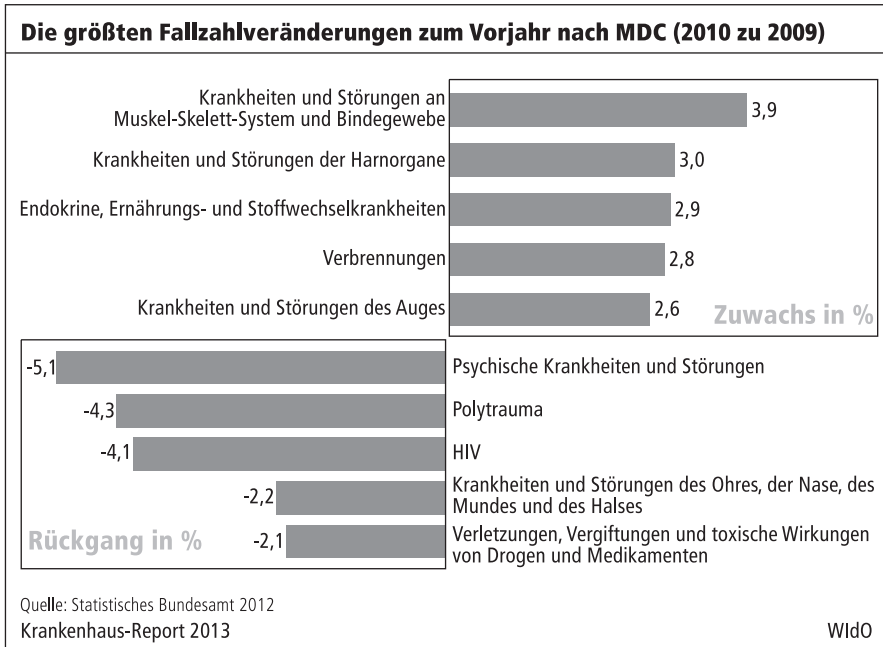


Abbildung 20–10

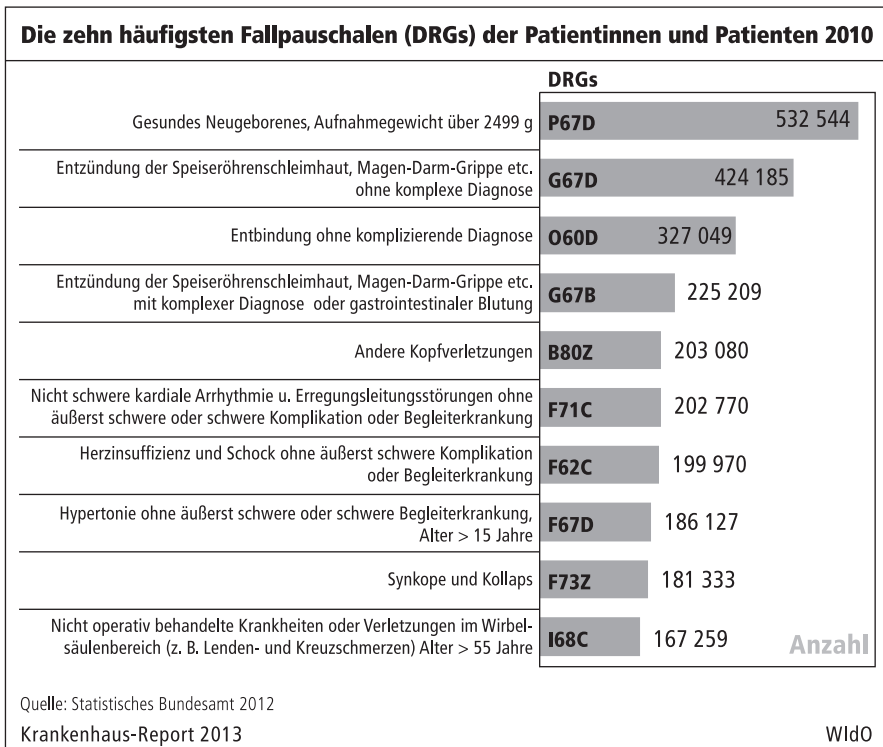


Tabelle 20–11

DRGs nach Anteil am Erlösvolumen 2010

DRG	Bezeichnung	Fälle ¹⁾	Anteil	Erlös-	Anteil
			an allen	volumen ²⁾	am Erlös-
			in %	in 1 000 EUR	volumen
					in %
I47B	Revision oder Ersatz des Hüftgelenks ohne komplizierende Diagnose, ohne komplizierenden Eingriff	147 931	0,9	982 263	1,8
I44B	Endoprothesenimplantation/-revision am Kniegelenk, ohne äußerst schwere Komplikation oder Begleiterkrankung	124 975	0,7	889 004	1,6
G18B	Eingriffe an Dünn- und Dickdarm ohne komplizierende Diagnose oder andere Eingriffe am Magen, Speiseröhre und Zwölffingerdarm ohne komplizierende Prozeduren	80 191	0,5	604 676	1,1
G67D	Entzündung der Speiseröhrenschleimhaut, Magen-Darm-Grippe und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne komplexe oder komplizierende Diagnose	424 054	2,4	487 152	0,9
A09C	Langzeitbeatmung über 499 und unter 1 000 Stunden	7 528	0,0	475 433	0,9

¹⁾ Ohne Fälle der integrierten Versorgung

²⁾ Das bewertete Erlösvolumen wird ermittelt aus dem Produkt der effektiven Bewertungsrelation und dem jeweiligen Landesbasisfallwert (mit Angleichungsbetrag) der behandelten Krankenhaufälle. Berücksichtigt sind dabei tagesbezogene Abschläge bei Unterschreitung der unteren Grenzerweildauer und Zuschläge bei Überschreitung der oberen Grenzerweildauer sowie Verlegungen nach den Regelungen der Fallpauschalenverordnung. Zusatzentgelte und nicht mit dem Fallpauschalenkatalog bewertete und vergütete vollstationäre Leistungen sind in der Berechnung nicht eingeschlossen.

Quelle: Statistisches Bundesamt 2012

Krankenhaus-Report 2013

WIdO

Nicht immer sind die am häufigsten abgerechneten Fallpauschalen auch am teuersten und machen den Löwenanteil des Erlösvolumens der Krankenhäuser aus. Wird danach unterschieden, welche Fallpauschalen auf Basis der erbrachten Menge und des Preises in ihrer Gesamtsumme den größten Anteil der Behandlungserlöse ausmachten, dann standen der Ersatz oder die Korrektur des Hüftgelenks ohne komplizierenden Eingriff (1,8%), gefolgt von der Kniegelenksimplantation ohne äußerst schwere Komplikation (1,6%) sowie dem Eingriff an Dünn- und Dickdarm ohne komplizierende Diagnose (1,1%) an oberster Stelle. Näherungsweise hochgerechnet entfielen auf diese drei DRGs für die Behandlung von 353 100 Patientinnen und Patienten zusammengenommen 4,5% der Behandlungserlöse mit einem Volumen von etwa 2,5 Mrd. Euro (Tabelle 20–11).

Nach der DRG-Bewertungsrelation waren die teuersten und komplexesten Behandlungen Organtransplantationen, unter anderem von Leber, Lunge und Herz, mit Langzeitbeatmung (A18Z) sowie die Behandlung von Schwerstverletzten mit Polytrauma beziehungsweise von Komapatienten, die einer hochaufwändigen intensivmedizinischen Versorgung bedurften (A06A und A06B). Für diese drei DRGs wurden näherungsweise 311,7 Mill. Euro im Rahmen der notfall- und intensivmedizinischen

Tabelle 20–12

Komplexe Leistungen: Am höchsten bewertete DRGs 2010

DRG	Bezeichnung	Bewertungsrelation	Fälle ¹⁾	Erlös-volumen ²⁾		Anteil am Erlös-volumen in %
				in %	in 1 000 EUR	
A18Z	Transplantation von Leber, Lunge, Herz und Knochenmark oder Stammzelltransfusion mit Beatmung über 999 Stunden	73,763	169	0,001	46 607	0,08
A06A	Operation oder Polytrauma mit hochkomplexem Eingriff oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung sowie Beatmung über 1 799 Stunden	68,289	419	0,002	94 775	0,17
A06B	Operation oder Polytrauma ohne hochkomplexem Eingriff oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung sowie Beatmung über 1 799 Stunden	46,381	1 092	0,006	170 303	0,31
P02A	Eingriffe im Herz-Brustkorb-Bereich oder an Blutgefäßen bei Neugeborenen mit Beatmung über 480 Stunden	40,813	111	0,001	19 776	0,04
A05A	Herztransplantation mit Beatmung über 179 Stunden oder Alter unter 16 Jahre	40,002	114	0,001	22 193	0,04

¹⁾ Ohne Fälle der integrierten Versorgung

²⁾ Das bewertete Erlös-volumen wird ermittelt aus dem Produkt der effektiven Bewertungsrelation und dem jeweiligen Landesbasisfallwert (mit Angleichungsbetrag) der behandelten Krankenhausfälle. Berücksichtigt sind dabei tagesbezogene Abschläge bei Unterschreitung der unteren Grenzverweildauer und Zuschläge bei Überschreitung der oberen Grenzverweildauer sowie Verlegungen nach den Regelungen der Fallpauschalenverordnung. Zusatzentgelte und nicht mit dem Fallpauschalenkatalog bewertete und vergütete vollstationäre Leistungen sind in der Berechnung nicht eingeschlossen.

Quelle: Statistisches Bundesamt 2012

Krankenhaus-Report 2013

WIdO

Behandlung von 1 680 Patientinnen und Patienten abgerechnet, was einen Anteil von 0,6 % am Erlös-volumen ausmachte. Die auf Basis ihrer Bewertungsrelation teuerste DRG, die Organtransplantation und Beatmung über 999 Stunden (A18Z), kostete je Patientin/Patient hochgerechnet 275 800 Euro (Tabelle 20–12).

Im Hinblick auf den Schweregrad der behandelten Patientinnen und Patienten erfolgten nach dem Casemix-Index (CMI) die aufwändigsten bzw. schwerwiegendsten Behandlungen in den Fachabteilungen der Herzchirurgie (5,28), Intensivmedizin (4,85) und Kinderkardiologie (3,32). Das leichteste Erkrankungsspektrum wurde in der Geburtshilfe (0,48), der Augenheilkunde (0,60) sowie der Frauenheilkunde und Geburtshilfe (0,62) behandelt. Eine differenzierte Übersicht zum Casemix-Index nach Fachabteilungen und Altersgruppen der Patientinnen und Patienten ist im Internetportal www.krankenhaus-report-online.de (Zusatztabellen 20–o bis 20–q) eingestellt.

Die im Durchschnitt höchsten Erlöse je Fall wurden in Krankenhäusern in Hamburg (3 680 Euro) und Berlin (3 550 Euro) sowie im Saarland (3 332 Euro) erzielt.

Tabelle 20–13

Casemix, Casemix-Index und Erlöse je Fall nach Bundesländern 2010

Sitz des Krankenhauses	Insgesamt	Casemix ¹⁾			Casemix-Index ²⁾	Erlös je Fall ³⁾ in Euro
		DRG-Partition				
		O	M	A		
Deutschland	18 708 468	11 479 504	6 237 572	991 392	1,08	3 165
Baden-Württemberg	2 145 907	1 365 401	699 836	80 669	1,09	3 237
Bayern	2 789 149	1 749 814	924 889	114 446	1,05	3 123
Berlin	875 707	560 662	250 743	64 302	1,21	3 550
Brandenburg	544 706	311 373	194 161	39 172	1,07	3 096
Bremen	208 421	129 561	67 207	11 653	1,08	3 238
Hamburg	524 974	355 248	135 627	34 099	1,24	3 680
Hessen	1 305 177	794 934	424 013	86 230	1,07	3 169
Mecklenburg-Vorp.	413 425	246 105	150 849	16 471	1,06	3 039
Niedersachsen	1 636 360	1 009 052	556 072	71 236	1,06	3 086
Nordrhein-Westfalen	4 331 707	2 587 039	1 476 762	267 906	1,07	3 105
Rheinland-Pfalz	854 474	504 122	310 256	40 096	1,00	3 135
Saarland	270 405	160 653	96 896	12 856	1,09	3 332
Sachsen	1 049 898	648 524	361 107	40 267	1,11	3 178
Sachsen-Anhalt	591 706	344 492	212 144	35 069	1,05	3 026
Schleswig-Holstein	565 214	353 343	173 854	38 018	1,09	3 104
Thüringen	601 237	359 180	203 153	38 903	1,10	3 123

¹⁾ Der Casemix ergibt sich aus Summe der effektiven Bewertungsrelationen der behandelten Krankenhaussfälle im jeweiligen Berichtsjahr. Berücksichtigt sind tagesbezogene Abschläge bei Unterschreitung der unteren Grenzverweildauer und Zuschläge bei Überschreitung der oberen Grenzverweildauer sowie Verlegungen nach den Regelungen der Fallpauschalenverordnung. Nicht mit dem Fallpauschalenkatalog bewertete und vergütete vollstationäre Leistungen sind in der Berechnung nicht eingeschlossen.

²⁾ Der Casemix-Index ist Summe der von den Krankenhäusern abgerechneten effektiven Bewertungsrelationen (CM) dividiert durch die Zahl der behandelten Fälle.

³⁾ Das bewertete Erlösolumen wird ermittelt aus dem Produkt der effektiven Bewertungsrelation und dem jeweiligen Landesbasisfallwert (mit Angleichungsbetrag) der behandelten Krankenhaussfälle. Berücksichtigt sind dabei tagesbezogene Abschläge bei Unterschreitung der unteren Grenzverweildauer und Zuschläge bei Überschreitung der oberen Grenzverweildauer sowie Verlegungen nach den Regelungen der Fallpauschalenverordnung. Zusatzentgelte und nicht mit dem Fallpauschalenkatalog bewertete und vergütete vollstationäre Leistungen sind in der Berechnung nicht eingeschlossen.

Am niedrigsten lagen sie in Sachsen-Anhalt (3 026 Euro), Mecklenburg-Vorpommern (3 039 Euro) und Niedersachsen (3 086 Euro). Aufgrund der unterschiedlich hohen Landesbasisfallwerte korrespondieren die durchschnittlichen Fallerlöse nicht durchgängig mit dem Schweregrad der behandelten Patientinnen und Patienten. So liegen zum Beispiel bei einem CMI von jeweils 1,09 die durchschnittlichen Fallerlöse der Krankenhäuser im Saarland bei 3 332 Euro, in Baden-Württemberg bei 3 237 Euro und in Schleswig-Holstein bei 3 104 Euro (Tabelle 20–13).