

Krankenhaus-Report 2014

„Patientensicherheit“

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

Schattauer (Stuttgart) 2014

Auszug Seite 357-387



21	Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik: Diagnosen und Prozeduren der Krankenhauspatienten auf Basis der Daten nach § 21 Krankenhausentgeltgesetz	357
	<i>Jutta Spindler</i>	
21.1	Vorbemerkung	358
21.2	Erläuterungen zur Datenbasis	359
21.3	Eckdaten der vollstationär behandelten Krankenhauspatientinnen und -patienten	360
21.4	Ausgewählte Hauptdiagnosen mit den wichtigsten Nebendiagnosen der Behandelten	364
21.5	Operationen und medizinische Prozeduren	368
21.6	Behandlungsspektrum bei den Patientinnen und Patienten in den Fachabteilungen	376
21.7	Leistungsmengen und Leistungsstrukturen der Krankenhäuser	383

21 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 2011, 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 an important data source in addition to the basic, cost data and diagnostic data of German hospitals. This article presents key findings for inpatient care in 2011, thus complementing and expanding the range of information of the conventional official hospital statistics. The focus is on the nature and frequency of surgical and medical procedures as well as on important inpatient main diagnoses, supplemented by their respective secondary diagnoses under department-specific aspects. Additionally, the paper presents selected data on the range of services provided in hospitals, in particular the nature and extent of the DRGs, the major diagnostic categories (MDCs), the case mix (CM) and case mix index (CMI).

21.1 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 Merkmalspektrum 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 Kalenderjahres zur Verfügung gestellt werden. Je nach Berichtsjahr kann darüber hinaus ebenfalls auf Ergebnisse beispielsweise zur Art und zum 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 Berichtsjahres 2011 dargestellt, die das Informationsspektrum der herkömmlichen amtlichen Krankenhausstatistik (vgl. hierzu die Kapitel 19 und 20 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 2 des Gesetzes vom 3. April 2013 (BGBl. I S. 617) geändert worden ist, ist die Anwendung eines pauschalierenden Entgeltsystems auch für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen mit einer entsprechenden budgetneutralen Umsetzung ab 2013 festgelegt. Verbindlich für alle Einrichtungen wird das Vergütungssystem zum 1. Januar 2015 eingeführt.

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.

21.2 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 2011 beruhen auf den Struktur- und Leistungsdaten von 1 601 Krankenhäusern und umfassen 17,7 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 2011 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 19 und 20) 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).

21.3 Eckdaten der vollstationär behandelten Krankenhauspatientinnen und -patienten

Nach der Fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik wurden im Jahr 2011 17,7 Mill. Patientinnen und Patienten⁴ aus einer vollstationären Krankenhausbehandlung entlassen. Dies war mit 274 500 Fällen 1,6 % mehr als im Jahr zuvor. Altersstandardisiert⁵ stieg die Fallzahl im Vergleich zum Vorjahr um 0,7 %. Im Durchschnitt dauerte ein Krankenhausaufenthalt 6,7 Tage und nahm im Vergleich zum Vorjahr weiter um 0,1 Tage ab. 53,1 % der Behandlungsfälle waren weiblich und 46,9 % männlich. Durchschnittlich waren die Behandelten 55 Jahre alt (Frauen 54 Jahre, Männer 55 Jahre). Je 100 000 Einwohner wurden 21 400 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 (124 700) und dem Personenkreis im höheren und sehr hohen Alter wie auch in den Vorjahren besonders hoch. Bei den über 75-Jährigen wurden beispielsweise 57 600 Patientinnen und Patienten je 100 000 Einwohner behandelt.

Wohnortbezogen⁶ gab es die meisten Behandlungsfälle je 100 000 Einwohner in Sachsen-Anhalt (25 200), in Thüringen (25 000) und im Saarland (24 400). Im Gegensatz dazu war die geringste Anzahl an Behandlungsfällen je 100 000 Einwohner in Hamburg (17 200 Fälle), Baden-Württemberg (18 000 Fälle) und Berlin (18 900 Fälle) zu verzeichnen (Tabelle 21–1).

Auf Grundlage der siedlungsstrukturellen Regionstypen des Bundesamtes für Bauwesen und Raumordnung (BBR) ist hierzu ergänzend eine Unterscheidung nach städtischen Regionen, Regionen mit Verdichtungsansätzen und ländlichen Regionen sowohl zwischen als auch innerhalb der Bundesländer möglich.⁷ Unter anderem bedingt durch die Altersstruktur der Bevölkerung liegt insgesamt die Zahl der stationär versorgten Patientinnen und Patienten je 100 000 Einwohner in länd-

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 Standardisiert mit der Standardbevölkerung „Deutschland 1987“ ohne Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Ausland, unbekanntem Geschlecht und unbekanntem Alter.

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

7 Für die siedlungsstrukturellen Regionstypen gelten folgende Abgrenzungskriterien:

Städtische Regionen umfassen Regionen, in denen mindestens 50 % der Bevölkerung in Groß- und Mittelstädten lebt und in der sich eine Großstadt mit rund 500 000 Einwohnern und mehr befindet sowie Regionen mit einer Einwohnerdichte ohne Berücksichtigung der Großstädte von mindestens 300 Einwohner/km²;

Regionen mit Verstärkeransätzen sind Regionen, in denen mindestens 33 % der Bevölkerung in Groß- und Mittelstädten leben mit einer Einwohnerdichte zwischen 150 und 300 Einwohner/km² sowie Regionen, in denen sich mindestens eine Großstadt befindet und die eine Einwohnerdichte ohne Berücksichtigung der Großstädte von mindestens 100 Einwohner/km² aufweisen;

Ländliche Regionen schließen Regionen ein, in denen weniger als 33 % der Bevölkerung in Groß- und Mittelstädten leben mit einer Einwohnerdichte unter 150 Einwohner/km² sowie Regionen, in denen sich zwar eine Großstadt befindet, deren Einwohnerdichte aber ohne Berücksichtigung der Großstädte unter 100 Einwohner/km² beträgt (Siehe www.bbsr.bund.de > Raumbeobachtung > Raumabgrenzung > Siedlungsstrukturelle Regionstypen).

Tabelle 21–1

Patientinnen und Patienten nach Behandlungs- und Wohnort sowie Behandlungsfälle je 100 000 Einwohner 2011

	Behandlungsort der Patienten	Wohnort der Patienten	Fälle* je 100 000 Einwohner
	Anzahl	Anzahl	
Baden-Württemberg	2 004 898	1 937 911	17 995
Bayern	2 722 530	2 621 859	20 869
Berlin	740 518	656 577	18 870
Brandenburg	521 229	601 777	24 082
Bremen	194 322	131 003	19 841
Hamburg	436 915	308 625	17 219
Hessen	1 236 674	1 273 402	20 953
Mecklenburg-Vorpommern	393 018	389 898	23 806
Niedersachsen	1 571 840	1 658 801	20 949
Nordrhein-Westfalen	4 139 941	4 110 060	23 038
Rheinland-Pfalz	869 429	914 814	22 869
Saarland	256 640	247 165	24 350
Sachsen	956 738	938 578	22 668
Sachsen-Anhalt	563 916	586 222	25 231
Schleswig-Holstein	547 130	567 810	20 025
Thüringen	553 172	556 444	24 982

*auf Basis des Wohnorts

Quelle: Statistisches Bundesamt

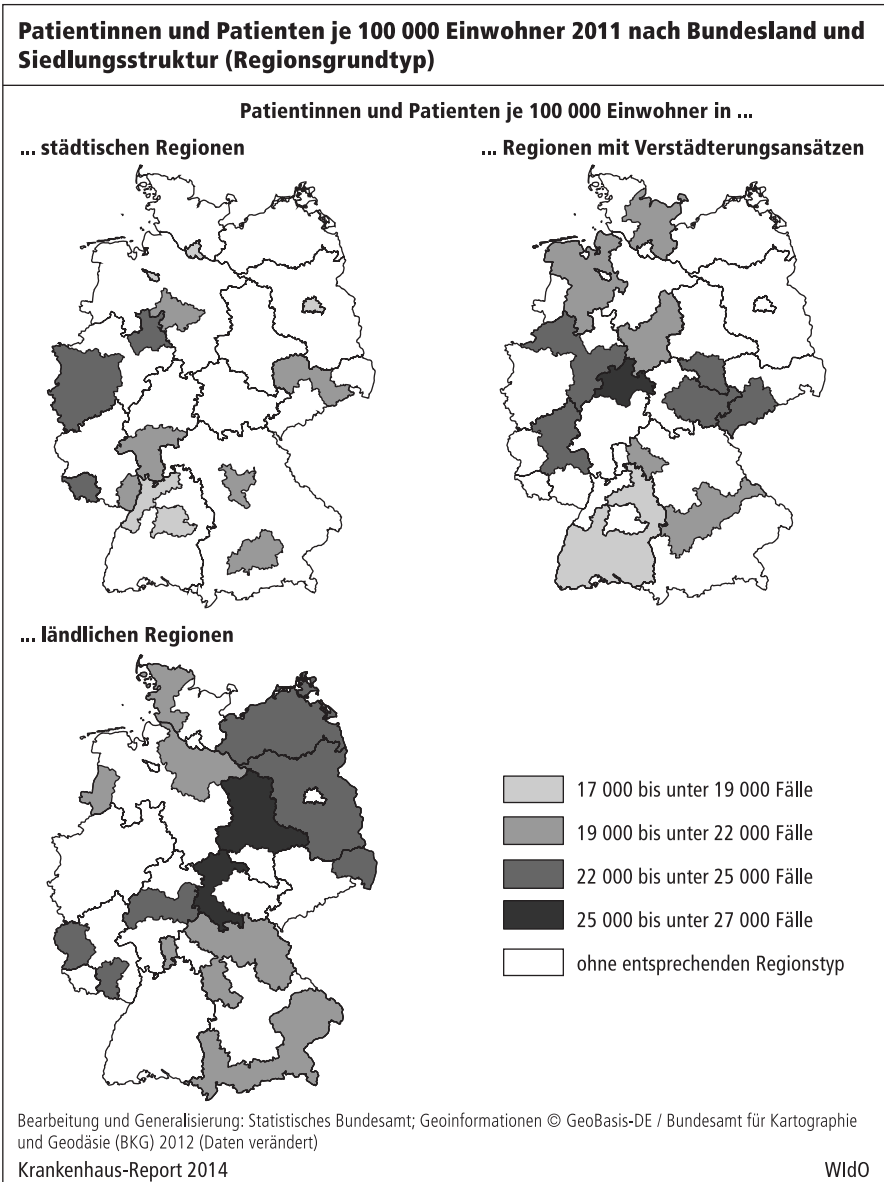
Krankenhaus-Report 2014

WIdO

lichen Regionen (22 900 Fälle) deutlich höher als in städtischen Regionen (20 700 Fälle) und Regionen mit Verstärkeransätzen (21 300 Fälle). Regional betrachtet wurden in ländlichen Regionen vor allem in den neuen Bundesländern, insbesondere in Thüringen (26 900 Fälle), Sachsen-Anhalt (25 800 Fälle) und Sachsen (24 800 Fälle), die meisten Patientinnen und Patienten je 100 000 Einwohner stationär behandelt. In Regionen mit Verstärkeransätzen lagen Hessen (25 200 Fälle), Bremen (24 700 Fälle) sowie wiederum Sachsen-Anhalt (24 300 Fälle) an der Spitze. Die vordersten Plätze in städtischen Regionen nahmen das Saarland (24 400), Nordrhein-Westfalen (23 000) und Rheinland-Pfalz (21 500) ein (Abbildung 21–1).

Unter Einbezug der Dauer des Krankenhausaufenthaltes der Behandelten gab es 503 500 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 2011 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 rund 7,0 Mill. Diese Patientengruppe entsprach einem Anteil von 39,4 % der Behandlungsfälle.

Abbildung 21-1



Im Hinblick auf den Aufnahmearbeit erfolgte im Jahr 2011 bei 52,5% der Fälle die Aufnahme in die vollstationäre Krankenhausbehandlung aufgrund einer ärztlichen Einweisung. Bei 40,4% war die Krankenhausaufnahme als Notfall bezeichnet (Abbildung 21-2).

Der häufigste Entlassungsgrund bei den Patientinnen und Patienten war die reguläre Beendigung der Behandlung: In 82,1 % aller Fälle wurde die vollstationäre Krankenhausbehandlung durch eine reguläre Entlassung abgeschlossen. Eine regu-

Abbildung 21-2

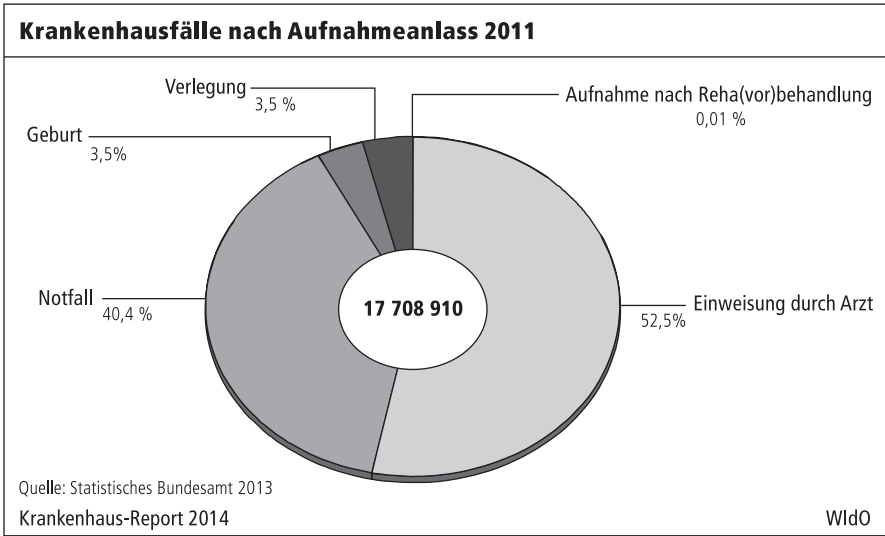
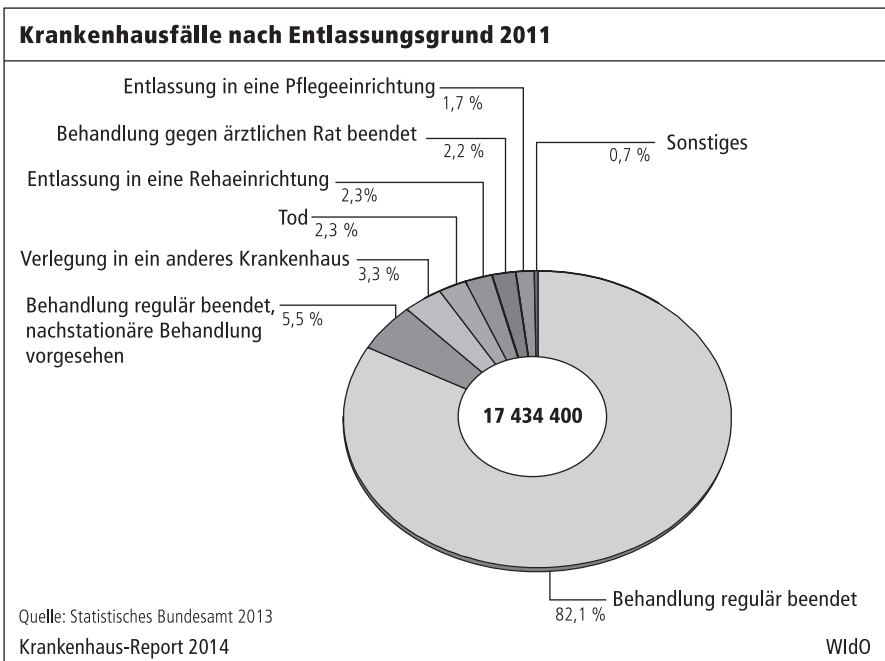


Abbildung 21-3



läre Beendigung des Krankenhausaufenthaltes lag auch vor, wenn eine nachstationäre Behandlung vorgesehen war (5,5%). Entgegen ärztlichem Rat wurde die Behandlung in 2,2% der Fälle abgebrochen. Die Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung mit einer entsprechenden Weiterbehandlung erfolgte in 2,3% und die Unterbringung in einer Pflegeeinrichtung in 1,7% der Fälle (Abbildung 21-3).

21.4 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 Kodierrichtlinien⁸ die Diagnose angegeben, die nach Analyse als diejenige festgestellt wurde, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes der Patientin/des Patienten verantwortlich ist. 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 GM⁹ 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 2011 am häufigsten aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems (2,8 Mill. Fälle), von Verletzungen, Vergiftungen und anderen Folgen äußerer Ursachen (1,9 Mill. Fälle) sowie Neubildungen (1,8 Mill. Fälle) behandelt. 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 des Bindegewebes eine große Rolle. Bei den Männern dominierten neben den Krankheiten des Kreislaufsystems und Neubildungen zudem an dritter Stelle die Krankheiten des Verdauungssystems.

Lässt man die Versorgung gesunder Neugeborener (Z38) unberücksichtigt, war mit 380 200 Fällen die Herzinsuffizienz (I50) die am häufigsten gestellte Hauptdiagnose (Tabelle 21–2). 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 allem auf die Implantation eines Herzschrittmachers und Defibrillators (5-377), die lokale Entfernung und Zerstörung von erkranktem Gewebe

8 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 Website des InEK unter www.g-drug.de heruntergeladen werden.

9 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 21–2

Hauptdiagnose Herzinsuffizienz (I50) mit ihren häufigsten Nebendiagnosen und Operationen 2011

Pos.-Nr. ICD-10/Hauptdiagnose Herzinsuffizienz			Anzahl	
I50			380 157	
Rang	Pos.-Nr. ICD-10/Nebendiagnose		Anzahl	in %
Insgesamt			3 837 205	100,0
1	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	200 483	5,2
2	I48	Vorhofflattern und Vorhofflimmern	195 441	5,1
3	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	177 233	4,6
4	N18	Chronische Nierenkrankheit	161 985	4,2
5	E11	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]	154 197	4,0
Rang	Operationen nach Kapitel 5 ¹⁾		Anzahl	in %
Insgesamt²⁾			39 874	100,0
1	5-377	Implantation eines Herzschrittmachers und Defibrillators	9 810	24,6
2	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	2 498	6,3
3	5-378	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators	2 440	6,1
4	5-469	Andere Operationen am Darm	1 924	4,8
5	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	1 790	4,5

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 2013

Krankenhaus-Report 2014

WIdO

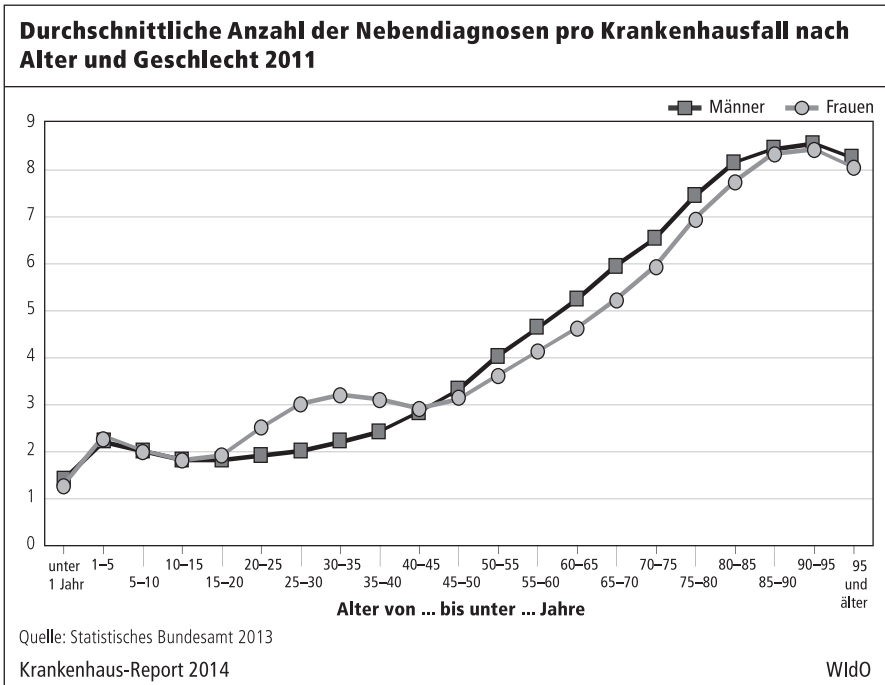
des Dickdarms (5-452) sowie auf die Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators (5-378).

Eine Übersicht der weiteren wichtigen Hauptdiagnosen in Verbindung mit den entsprechenden Nebendiagnosen ist im Internetportal www.krankenhaus-report-online.de (Zusatztabelle 21–a) zu finden.

Im Jahr 2011 wurden durchschnittlich 4,8 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 21–4).

Im Durchschnitt werden bei Frauen nur in den Altersgruppen der 15- bis unter 45-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 denen der Männer bzw. nähern sich bei den Behandelten in sehr hohem Alter ent-

Abbildung 21-4



sprechend wieder an. Unterschiede zeigen sich auch, wenn nach dem Wohnort der Behandelten unterschieden wird. Danach weisen Patientinnen und Patienten aus Sachsen-Anhalt und Thüringen (jeweils 5,4) sowie Brandenburg (5,3) im Schnitt höhere Werte als Patientinnen und Patienten aus Hamburg und Hessen (jeweils 4,4) sowie Rheinland-Pfalz (4,6) auf.

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). Diese Rangfolge zeigt sich ebenfalls 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 bereits die in Tabelle 21-3 aufgeführten fünfundzwanzig häufigsten Nebendiagnosen 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 21-b bis 21-d) zu finden.

Tabelle 21–3

Die häufigsten Nebendiagnosen 2011

Rang	Pos.-Nr. ICD-10	Nebendiagnose ¹⁾	Anzahl	in %
Insgesamt			85 654 434	100,0
1	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	5 786 501	6,8
2	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	2 456 187	2,9
3	E11	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]	2 401 394	2,8
4	Z92	Medizinische Behandlung in der Eigenanamnese	2 129 187	2,5
5	E87	Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts	1 964 613	2,3
6	E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	1 955 907	2,3
7	Z95	Vorhandensein von kardialen oder vaskulären Implantaten oder Transplantaten	1 616 139	1,9
8	I48	Vorhofflattern und Vorhofflimmern	1 578 368	1,8
9	N18	Chronische Nierenkrankheit	1 474 821	1,7
10	I50	Herzinsuffizienz	1 472 168	1,7
11	Z74	Probleme mit Bezug auf Pflegebedürftigkeit	1 440 939	1,7
12	E66	Adipositas	979 917	1,1
13	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	958 758	1,1
14	E03	Sonstige Hypothyreose	946 417	1,1
15	O09	Schwangerschaftsdauer	901 611	1,1
16	B96	Sonstige näher bezeichnete Bakterien als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind	815 116	1,0
17	J96	Respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert	770 085	0,9
18	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	769 710	0,9
19	D62	Akute Blutungsanämie	735 646	0,9
20	B95	Streptokokken und Staphylokokken als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind	717 387	0,8
21	E86	Volumenmangel	703 157	0,8
22	Z03	Ärztliche Beobachtung und Beurteilung von Verdachtsfällen	647 756	0,8
23	I11	Hypertensive Herzkrankheit	637 755	0,7
24	Z37	Resultat der Entbindung	636 460	0,7
25	R15	Stuhlinkontinenz	606 061	0,7

Quelle: Statistisches Bundesamt 2013

21.5 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 Krankenhausaufenthaltes 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.¹⁰ 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.¹¹ Dies schließt neben operativen Eingriffen auch diagnostische, therapeutische und pflegerische Prozeduren sowie die Verabreichung von speziellen Medikamenten ein.

Im Berichtsjahr 2011 wurden bei den vollstationär versorgten Patientinnen und Patienten insgesamt 49,3 Mill. Operationen und medizinische Prozeduren durchgeführt. Im Vergleich zum Vorjahr entspricht dies einer Zunahme um 4,2%. Auf einen Krankenhausfall entfielen damit im Durchschnitt 2,8 Maßnahmen dieser Art. Nach Bundesländern aufgeschlüsselt lag die durchschnittliche Zahl der Operationen und Prozeduren bei Patientinnen und Patienten, die in Krankenhäusern von Hamburg (3,1), Baden-Württemberg, Berlin und Thüringen (jeweils 3,0) behandelt wurden, am höchsten. Am niedrigsten lagen sie in Niedersachsen, Rheinland-Pfalz und Sachsen-Anhalt (jeweils 2,6). Die Betrachtung nach dem Wohnort der Behandelten zeigt dagegen nur geringfügige Unterschiede.

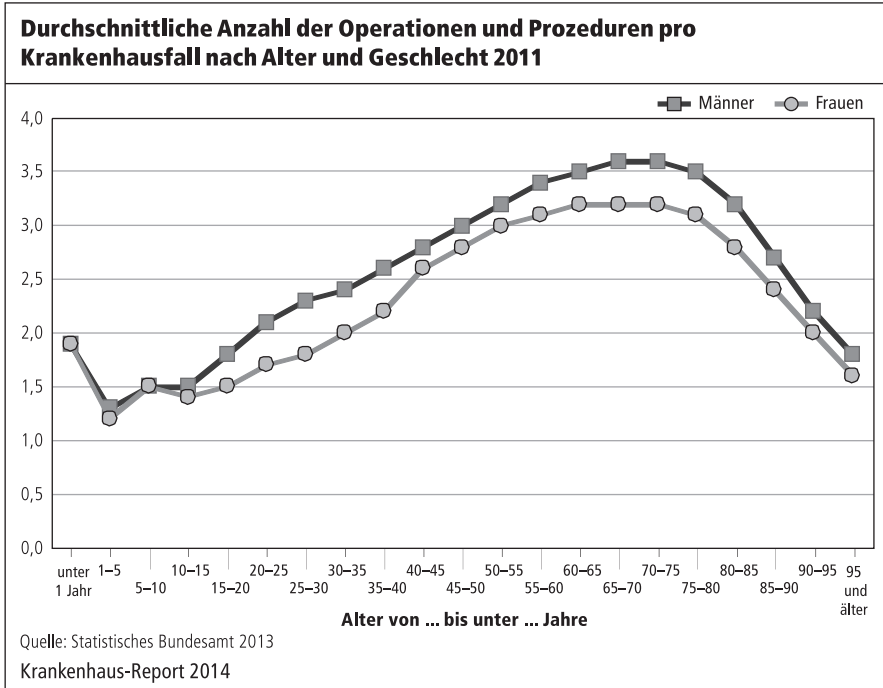
Ohne Berücksichtigung der unter 1-Jährigen steigt die durchschnittliche Anzahl der während eines Krankenhausaufenthaltes durchgeführten operativen Eingriffe und Prozeduren pro Fall bei den bis unter 65-jährigen Frauen und bis unter 70-jährigen Männern fast kontinuierlich an. Sie lag im Jahr 2011 bei den Behandelten dieser Altersgruppen mit durchschnittlich 3,2 Maßnahmen dieser Art pro Patientin sowie 3,6 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 2011 bei den über 95-Jährigen auf einem annähernd vergleichbaren Niveau wie bei den unter 20-Jäh-

¹⁰ 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.

¹¹ 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 21–5



rigen. Auch lag die durchschnittliche Anzahl der Operationen und Prozeduren pro Krankenhausfall in den meisten Altersgruppen bei Männern über der entsprechenden Anzahl bei Frauen (Abbildung 21–5).

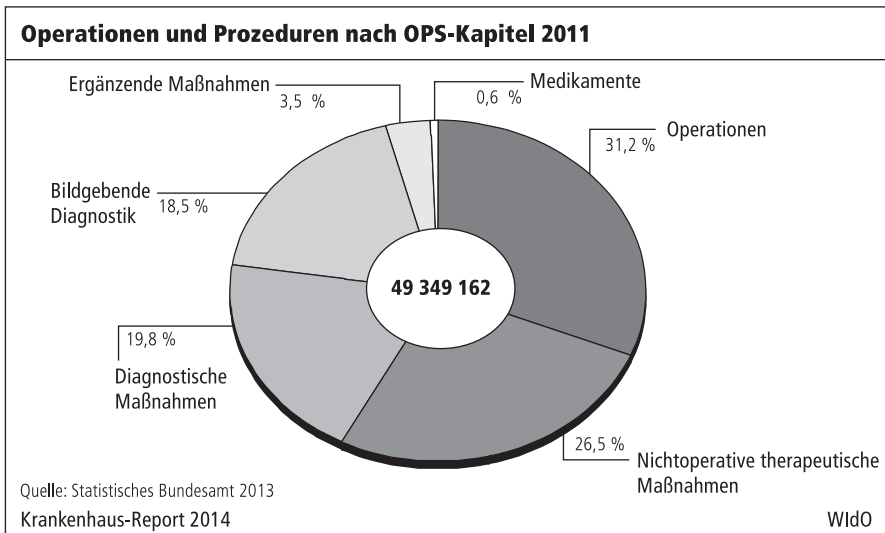
Auf Kapitelebene gliedert sich der OPS in sechs Bereiche: Diagnostische Maßnahmen (z. B. Biopsie, Endoskopie), Bildgebende Diagnostik (z. B. Computertomographie, Magnetresonanztomographie), Operationen (z. B. an den Bewegungsorganen), Medikamente (z. B. Verabreichung zur Krebsimmuntherapie, bei schweren 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 26,5% auf nichtoperative therapeutische Maßnahmen (13,1 Mill.), 19,8% auf diagnostische Maßnahmen (9,8 Mill.) und 18,5% auf die bildgebende Diagnostik (9,1 Mill.). Am häufigsten wurden aber Operationen (15,4 Mill.) mit einem Anteil von 31,2% bei den Patientinnen und Patienten veranlasst. Den größten Anstieg gegenüber dem Vorjahr gab es bei den ergänzenden Maßnahmen mit einem Zuwachs von 9,0% (Abbildung 21–6).

Inwieweit sich Unterschiede bei den durchgeführten Operationen und medizinischen Prozeduren von Frauen und Männern in verschiedenen Altersgruppen zeigen, verdeutlicht Tabelle 21–4.

Trotz der steigenden Zahl an Behandlungsfällen ist in den vergangenen Jahren der Anteil operierter Patientinnen und Patienten unter den stationär Behandelten mit Raten zwischen 40,2% im Jahr 2005 und 40,6% im Jahr 2007 weitestgehend stabil

Abbildung 21–6



geblieben. Seit 2008 wird die 40 %-Marke regelmäßig unterschritten und liegt aktuell im Jahr 2011 bei 39,3 %.

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 (4,4 Mill.), gefolgt von Operationen am Verdauungstrakt (2,3 Mill.) sowie an Haut und Unterhaut (1,2 Mill.) (Tabelle 21–5).

Rund die Hälfte der operativen Eingriffe wurde in den drei Fachabteilungen¹² Allgemeine Chirurgie (30,0%), Frauenheilkunde und Geburtshilfe (11,2%) sowie der Orthopädie (10,0%) erbracht (Abbildung 21–7).

Nach Vierstellern des OPS aufgeschlüsselt erfolgten bei Frauen wie im Vorjahr am häufigsten die Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur/Dammriss (248 500 Eingriffe), weiterhin andere Operationen am Darm (193 700 Eingriffe) und der sonstige Kaiserschnitt (192 900 Eingriffe). Bei Männern lag an erster Stelle der Verschluss eines Leistenbruches (158 100 Eingriffe), gefolgt von anderen Operationen am Darm (149 800 Eingriffe) und der arthroskopischen Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken (149 400 Eingriffe). Tabelle 21–6 weist die 30 häufigsten Operationen nach Vierstellern aus, die rund 35% aller durchgeführten Operationen ausmachen.

Tabelle 21–7 gibt einen Überblick über die 30 häufigsten Operationen nach Dreistellern des OPS, die im Jahr 2011 erbracht wurden. Diese decken knapp 70% aller operativen Maßnahmen ab. Nach dieser Gliederung waren die Spitzenreiter bei den chirurgischen Eingriffen der Frauen Operationen an anderen Knochen

¹² Maßgeblich für eine eindeutige Zuordnung der Operationen zu den Fachabteilungen ist hier die Fachabteilung mit der längsten Verweildauer.

Tabelle 21–4

Operationen und Prozeduren nach OPS-Kapitel, Alter und Geschlecht 2011

Operation/Prozedur ¹⁾ nach OPS-Kapitel	davon im Alter von ... bis unter Jahren					
	Insgesamt	0–20	20–40	40–60	60–85	85 und älter
Weiblich	Anzahl					
Insgesamt	24 421 654	1 661 224	3 211 513	5 426 202	12 012 219	2 110 490
Diagnostische Maßnahmen	4 635 645	402 590	413 550	1 032 317	2 394 061	393 126
Bildgebende Diagnostik	4 410 885	116 879	332 051	973 217	2 491 713	497 023
Operationen	8 162 540	361 734	1 549 486	2 204 245	3 585 858	461 217
Medikamente	122 634	9 017	8 124	36 526	66 089	2 878
Nichtoperative Therapeutische Maßnahmen	5 972 197	424 239	451 967	1 103 313	3 295 748	696 928
Ergänzende Maßnahmen	1 114 397	346 630	453 881	76 318	178 355	59 212
Unbekannte Operation/Maßnahmen	3 356	135	2 454	266	395	106
Männlich						
Insgesamt	24 926 466	1 910 688	1 965 410	6 472 133	13 583 157	995 018
Diagnostische Maßnahmen	5 133 748	418 034	349 832	1 302 546	2 862 896	200 437
Bildgebende Diagnostik	4 713 952	136 629	364 492	1 229 535	2 768 072	215 195
Operationen	7 210 717	475 630	875 903	2 143 387	3 495 860	219 922
Medikamente	161 816	11 021	9 420	48 479	90 486	2 410
Nichtoperative Therapeutische Maßnahmen	7 094 243	518 647	352 673	1 687 872	4 200 719	334 320
Ergänzende Maßnahmen	610 848	350 428	12 874	60 151	164 695	22 699
Unbekannte Operation/Maßnahmen	1 142	299	216	163	429	35

¹⁾ Ohne Duplikate

Quelle: Statistisches Bundesamt 2013

Krankenhaus-Report 2014

WIdO

Tabelle 21–5

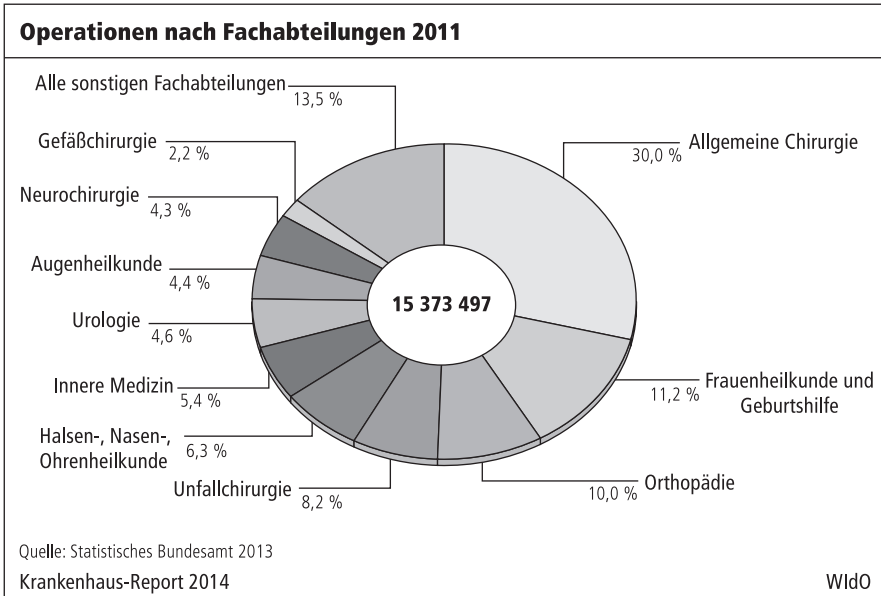
Operationen 2011 nach Bereichsüberschriften

OPS-Schlüssel	Operation ¹⁾	Insgesamt	Männlich	Weiblich	Insgesamt	Männlich	Weiblich
		Anzahl			Veränderung zum Vorjahr in Prozent		
5	Operationen	15 373 497	7 210 717	8 162 540	2,9	3,6	2,3
5-01–5-05	Operationen am Nervensystem	702 467	354 466	347 994	3,2	2,8	3,6
5-06–5-07	Operationen an endokrinen Drüsen	191 175	54 807	136 366	–0,8	1,8	–1,8
5-08–5-16	Operationen an den Augen	555 788	271 106	284 674	1,4	3,3	–0,3
5-18–5-20	Operationen an den Ohren	152 012	86 125	65 880	1,5	1,0	2,2
5-21–5-22	Operationen an Nase und Nasennebenhöhlen	449 683	272 226	177 441	1,1	0,6	1,8
5-23–5-28	Operationen an Mundhöhle und Gesicht	336 595	180 917	155 666	–1,0	–1,5	–0,4
5-29–5-31	Operationen an Pharynx, Larynx und Trachea	118 062	77 830	40 230	0,8	0,6	1,4
5-32–5-34	Operationen an Lunge und Bronchus	153 396	97 663	55 727	4,3	4,4	4,2
5-35–5-37	Operationen am Herzen	373 837	244 067	129 765	3,4	3,3	3,5
5-38–5-39	Operationen an den Blutgefäßen	712 219	390 860	321 347	3,7	4,4	3,0
5-40–5-41	Operationen am hämatopoetischen und Lymphgefäßsystem	176 825	58 547	118 277	1,5	3,9	0,3
5-42–5-54	Operationen am Verdauungstrakt	2 329 341	1 210 675	1 118 618	2,5	2,6	2,3
5-55–5-59	Operationen an den Harnorganen	566 999	366 635	200 358	2,0	2,3	1,5
5-60–5-64	Operationen an den männlichen Geschlechtsorganen	225 214	224 319	/	–0,3	–0,4	/
5-65–5-71	Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen	645 575	–	645 575	0,4	–	0,4
5-72–5-75	Geburtshilfliche Operationen	764 113	–	764 113	–1,5	–	–1,5
5-76–5-77	Operationen an Kiefer- und Gesichtsschädelknochen	75 962	46 061	29 901	4,8	3,6	6,7
5-78–5-86	Operationen an den Bewegungsorganen	4 373 112	2 015 725	2 357 306	4,3	4,8	3,9
5-87–5-88	Operationen an der Mamma	185 674	5 060	180 611	–2,6	–3,9	–2,5
5-89–5-92	Operationen an Haut und Unterhaut	1 176 772	653 246	523 517	1,3	1,4	1,2
5-93–5-99	Zusatzinformationen zu Operationen	1 108 676	600 382	508 279	10,4	11,4	9,4

¹⁾ Ohne Duplikate

Quelle: Statistisches Bundesamt

Abbildung 21–7



(477 000 Eingriffe), arthroskopische Gelenkoperationen (408 800 Eingriffe) und Operationen an der Wirbelsäule (384 000 Eingriffe). Bei Männern wurden der Rangfolge nach betrachtet am häufigsten arthroskopische Gelenkoperationen (466 500 Eingriffe), Operationen an Haut und Unterhaut (355 600 Eingriffe) sowie an der Wirbelsäule (350 600 Eingriffe) durchgeführt. Eine differenzierte Übersicht zu den häufigsten Operationen der männlichen und weiblichen Behandelten kann im Internetportal www.krankenhaus-report-online.de (Zusatztabellen 21–e bis 21–h) abgerufen werden.

Auf Ebene der Viersteller gab es unter den chirurgischen Maßnahmen den deutlichsten Anstieg gegenüber dem Vorjahr bei anderen arthroskopischen Operationen (54,7%). Danach folgten andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen (39,3%) sowie die offen chirurgische Angioplastie mittels Ballon (35,9%). Der stärkste Rückgang war bei anderen partiellen Schilddrüsenresektionen (17,9%), anderen Harninkontinenzoperationen (16,9%) und der offen chirurgischen Wiederbefestigung und Plastik am Kapselbandapparat des oberen Sprunggelenkes (13,7%) zu verzeichnen. Nach Dreistellern aufgeschlüsselt zeigte sich im Vergleich zum Vorjahr der stärkste Zuwachs bei arthroskopischen Gelenkoperationen (8,4%), bei Operationen an der Ohrmuschel und äußerem Gehörgang (7,5%) sowie bei Operationen an Iris, Ziliarkörper, vorderer Augenkammer und Lederhaut (7,3%). Zu den chirurgischen Maßnahmen mit dem höchsten Rückgang gehörten andere Operationen unter Geburtseinleitung und unter der Geburt (7,0%), Operationen an der Harnröhre (4,1%) sowie Operationen im Bereich des Mund- und Nasenrachens (3,9%). Die Tabellen sind im Internetportal www.krankenhaus-report-online.de (Zusatztabelle 21–i bis 21–l) zu finden.

Tabelle 21–6

Die häufigsten Operationen¹⁾ 2011 nach Vierstellern

Rang	OPS-Schlüssel/Operation	Anzahl	Prozent
	5 Operationen insgesamt¹⁾²⁾	15 373 497	100,0
1	5-469 Andere Operationen am Darm	343 496	2,2
2	5-812 Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	296 645	1,9
3	5-032 Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis	281 216	1,8
4	5-758 Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]	248 541	1,6
5	5-513 Endoskopische Operationen an den Gallengängen	233 080	1,5
6	5-896 Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	224 222	1,5
7	5-820 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	213 935	1,4
8	5-794 Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens mit Osteosynthese	205 912	1,3
9	5-511 Cholezystektomie	193 750	1,3
10	5-749 Andere Sectio caesarea	192 852	1,3
11	5-811 Arthroskopische Operation an der Synovialis	190 868	1,2
12	5-787 Entfernung von Osteosynthesematerial	184 667	1,2
13	5-530 Verschluss einer Hernia inguinalis	179 286	1,2
14	5-831 Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe	173 674	1,1
15	5-810 Arthroskopische Gelenkrevision	171 243	1,1
16	5-839 Andere Operationen an der Wirbelsäule	165 073	1,1
17	5-800 Offen chirurgische Revision eines Gelenkes	160 704	1,0
18	5-822 Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk	158 207	1,0
19	5-790 Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	157 971	1,0
20	5-215 Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]	150 784	1,0
21	5-814 Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes	149 479	1,0
22	5-452 Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	146 669	1,0
23	5-385 Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	146 351	1,0
24	5-788 Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes	144 287	0,9
25	5-900 Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	137 464	0,9
26	5-895 Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	137 223	0,9
27	5-916 Temporäre Weichteildeckung	135 221	0,9
28	5-892 Andere Inzision an Haut und Unterhaut	133 995	0,9
29	5-399 Andere Operationen an Blutgefäßen	129 797	0,8
30	5-835 Osteosynthese und Knochenersatz an der Wirbelsäule	126 540	0,8

¹⁾ Ohne Duplikate

²⁾ Operationen insgesamt beinhaltet auch die Pos. 5-93...5-99 (Zusatzinformationen zu Operationen), die aber hier nicht separat ausgewiesen wurden

Quelle: Statistisches Bundesamt

Tabelle 21–7

Die häufigsten Operationen¹⁾ 2011 nach Dreistellern

Rang	OPS-Schlüssel/Operation	Anzahl	Prozent
5	Operationen insgesamt¹⁾²⁾	15 373 497	100,0
1	5-81 Arthroskopische Gelenkoperationen	875 358	5,7
2	5-78 Operationen an anderen Knochen	789 064	5,1
3	5-83 Operationen an der Wirbelsäule	734 644	4,8
4	5-89 Operationen an Haut und Unterhaut	646 359	4,2
5	5-79 Reposition von Fraktur und Luxation	614 158	4,0
6	5-82 Endoprothetischer Gelenk- und Knochenersatz	522 340	3,4
7	5-51 Operationen an Gallenblase und Gallenwegen	446 642	2,9
8	5-38 Inzision, Exzision und Verschluss von Blutgefäßen	431 483	2,8
9	5-46 Andere Operationen an Dünn- und Dickdarm	426 676	2,8
10	5-03 Operationen an Rückenmark, Rückenmarkhäuten und Spinalkanal	420 505	2,7
11	5-80 Offen chirurgische Gelenkoperationen	342 849	2,2
12	5-21 Operationen an der Nase	318 955	2,1
13	5-90 Operative Wiederherstellung und Rekonstruktion von Haut und Unterhaut	312 258	2,0
14	5-53 Verschluss abdominaler Hernien	303 357	2,0
15	5-45 Inzision, Exzision, Resektion und Anastomose an Dünn- und Dickdarm	301 298	2,0
16	5-75 Andere geburtshilfliche Operationen	281 110	1,8
17	5-39 Andere Operationen an Blutgefäßen	280 736	1,8
18	5-74 Sectio caesarea und Entwicklung des Kindes	273 620	1,8
19	5-85 Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln	264 935	1,7
20	5-57 Operationen an der Harnblase	259 477	1,7
21	5-37 Rhythmuschirurgie und andere Operationen an Herz und Perikard	205 132	1,3
22	5-15 Operationen an Retina, Choroidea und Corpus vitreum	195 409	1,3
23	5-91 Andere Operationen an Haut und Unterhaut	184 087	1,2
24	5-68 Inzision, Exzision und Exstirpation des Uterus	184 030	1,2
25	5-06 Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüse	182 722	1,2
26	5-54 Andere Operationen in der Bauchregion	179 364	1,2
27	5-28 Operationen im Bereich des Naso- und Oropharynx	177 270	1,2
28	5-65 Operationen am Ovar	171 067	1,1
29	5-49 Operationen am Anus	165 531	1,1
30	5-73 Andere Operationen zur Geburtseinleitung und unter der Geburt	165 440	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

Zur Vermeidung nicht notwendiger vollstationärer Krankenhausbehandlungen und zur Sicherstellung einer wirtschaftlichen und patientengerechten Versorgung sind weiterhin ambulante Operationen und sonstige stationärsersetzende 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 19 in diesem Band) und nicht in der Fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik.

21.6 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.¹³ Danach wurden 90,6% der Behandelten ausschließlich in einer Fachabteilung versorgt. Bei den Männern waren es 89,7% und bei den Frauen 91,5%. Behandlungen in zwei verschiedenen Fachabteilungen erfolgten noch in 8,1% der Fälle. Die häufigsten Verlegungen erfolgten dabei zwischen den Fachabteilungen Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie, Allgemeine Chirurgie und Intensivmedizin sowie Innere Medizin und Intensivmedizin. Behandlungen in mehr als zwei verschiedenen Fachabteilungen waren mit 1,3% nur noch sehr selten (Tabelle 21–8).

Der größte Teil der Patientinnen und Patienten wurde in den Fachabteilungen Innere Medizin (5,3 Mill. Fälle), Allgemeine Chirurgie (3,1 Mill. Fälle) sowie Frauenheilkunde und Geburtshilfe (2,0 Mill. Fälle) behandelt (Abbildung 21–8). Die durchschnittliche Verweildauer der Behandelten lag in der Inneren Medizin bei 6,4 Tagen, in der Allgemeinen Chirurgie bei 6,6 Tagen und in der Frauenheilkunde/Geburtshilfe bei 4,2 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 4,9 Mill. Fällen (27,6%), die Allgemeine Chirurgie mit 2,9 Mill. Fällen (16,4%) sowie die Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit 1,9 Mill. Fällen (10,8%) die patientenstärksten Fachabteilungen. Auf dieser Basis betrug die durchschnittliche Verweildauer in der Inneren Medizin 6,9 Tage, in der Chirurgie 7,0 Tage sowie in der Frauenheilkunde/Geburtshilfe 4,3 Tage.

¹³ 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 21–8

Durchlaufene Fachabteilungen 2011 nach Geschlecht

Durchlaufene Fachabteilungen ¹⁾	Patientinnen und Patienten					
	Insgesamt		Männlich		Weiblich	
	Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %
Eine Fachabteilung	16 048 957	90,6	7 445 702	89,7	8 602 952	91,5
Zwei Fachabteilungen	1 427 573	8,1	735 296	8,9	692 247	7,4
Drei und mehr	232 380	1,3	122 306	1,5	110 069	1,2

¹⁾ Ohne Rückverlegungen

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2014

WIdO

Am häufigsten wurden die Patientinnen und Patienten der Inneren Medizin aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems behandelt. Nach der Hauptdiagnose war in 285 400 Fällen eine Herzinsuffizienz (I50) Ursache der Behandlung und betraf 5,8% aller Patientinnen und Patienten dieser Abteilung. Die entsprechende durchschnittliche Verweildauer lag bei 10,4 Tagen. Jüngere waren davon kaum betroffen, 90% der Behandelten mit diesem Krankheitsbild waren 65 Jahre und älter.

Abbildung 21–8



Der zweithäufigste Behandlungsanlass für eine stationäre Versorgung in der Inneren Medizin war die essentielle (primäre) Hypertonie (J 10) mit 173 200 Behandlungsfällen. Sie war Ursache in 3,5% aller Fälle dieser Abteilung und betraf mit 64,9% in erster Linie ebenfalls die über 65-Jährigen. Die durchschnittliche Verweildauer lag hier bei 4,8 Tagen.

Vorhofflattern und Vorhofflimmern (I48) war für weitere 3,5% der Behandlungsfälle der Inneren Medizin verantwortlich. Patientinnen und Patienten mit dieser Diagnose verbrachten im Schnitt 5,5 Tage im Krankenhaus. Knapp drei Viertel der Behandelten waren auch hier 65 Jahre und älter (Tabelle 21–9).

Insgesamt wurden in der Inneren Medizin rund 11,1 Mill. Operationen und medizinische Prozeduren, darunter 827 300 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). Jeweils rund 70% der Patientinnen und Patienten mit diesen Operationen in der Inneren Medizin waren 65 Jahre und älter (Tabelle 21–10).

In der zweiten an dieser Stelle ausgewiesenen Fachabteilung, der Allgemeinen Chirurgie, wurden insgesamt 2,9 Mill. Fälle für die durchschnittliche Dauer von 7,0 Tagen stationär im Krankenhaus versorgt. Der häufigste Behandlungsanlass nach Diagnosekapiteln in dieser Abteilung waren Krankheiten des Verdauungssystems.

Mit einem Anteil von 5,4% wurden die Patientinnen und Patienten der Allgemeinen Chirurgie am häufigsten aufgrund eines Leistenbruchs (K40) stationär behandelt (156 400 Fälle). Sie verbrachten durchschnittlich 2,6 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 150 500 Fällen das Gallensteinleiden (K80). Der größte Teil der Patientinnen und Patienten mit dieser Erkrankung war zwischen 45 bis unter 65 Jahre alt (38,6%) sowie 65 Jahre und älter (34,1%).

Der dritthäufigste Grund für eine vollstationäre Versorgung in der Chirurgie war die akute Blinddarmentzündung (K35), die bei 91 400 Patientinnen und Patienten behandelt wurde und einen Anteil von 3,2% ausmachte. Der Krankenhausaufenthalt mit dieser Diagnose dauerte im Schnitt 5,0 Tage und betraf vor allem Personen im jüngeren bis mittleren Alter zwischen 15 bis unter 45 Jahre. Ihr Anteil lag bei knapp 60%.

Zusammengenommen wurden in der Allgemeinen Chirurgie 8,5 Mill. Operationen und Prozeduren, darunter 4,6 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 37,9% und 53,7% war bei allen drei Operationen der jeweils größte Teil der Operierten 65 Jahre und älter.

Tabelle 21–9

Patientinnen und Patienten mit den häufigsten Hauptdiagnosen in den Fachabteilungen¹⁾ Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie 2011

Rang	ICD-Pos.	Diagnose/Behandlungsanlass	Patienten					
			Durchschnittl. Verweildauer in Tagen	Insgesamt ²⁾ Anzahl	davon im Alter von ... bis unter ... Jahren			
					0–15	15–45	45–65	65 und älter
Innere Medizin								
Fachabteilung Innere Medizin insgesamt			6,9	4 895 473	7 896	609 903	1 232 472	3 045 197
1	I50	Herzinsuffizienz	10,4	285 430	–	1 806	26 645	256 979
2	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	4,8	173 159	13	11 491	49 312	112 343
3	I48	Vorhofflattern und Vorhofflimmern	5,5	169 992	1	5 354	40 426	124 211
4	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	9,6	150 730	200	13 358	25 663	111 509
5	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenerkrankung	9,0	142 218	2	2 651	36 447	103 118
6	I20	Angina pectoris	4,0	138 936	1	5 482	45 366	88 087
7	I21	Akuter Myokardinfarkt	7,7	126 807	–	4 481	35 272	87 054
8	E11	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]	9,9	108 601	6	4 597	28 585	75 413
9	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	3,7	105 142	665	49 587	45 634	9 255
10	R55	Synkope und Kollaps	4,7	104 791	167	16 012	21 878	66 731
11	K29	Gastritis und Duodenitis	4,7	92 977	68	20 779	25 896	46 234
12	R07	Hals- und Brustschmerzen	2,5	88 201	38	21 087	34 860	32 216
13	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	3,7	86 078	–	1 582	27 152	57 344
14	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	4,5	82 496	561	26 623	16 729	38 583
15	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	7,3	77 155	–	1 245	29 085	46 825

Tabelle 21–9

Fortsetzung

Rang	ICD-Pos.	Diagnose/Behandlungsanlass	Durchschnittl. Verweildauer in Tagen	Insgesamt ²⁾	Patienten			
					davon im Alter von ... bis unter ... Jahren			
					0–15	15–45	45–65	65 und älter
				Anzahl	Anzahl			
Allgemeine Chirurgie								
Fachabteilung Allgemeine Chirurgie insgesamt			7,0	2 896 479	70 946	664 496	918 183	1 242 853
1	K40	Hernia inguinalis	2,6	156 442	1 160	28 371	57 609	69 302
2	K80	Cholelithiasis	5,6	150 491	155	40 881	58 099	51 356
3	K35	Akute Appendizitis	5,0	91 448	10 981	53 593	17 906	8 968
4	S06	Intrakranielle Verletzung	2,5	85 803	9 589	31 344	15 249	29 621
5	I70	Atherosklerose	12,3	77 600	–	706	20 991	55 903
6	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	10,0	74 231	1	2 240	24 850	47 140
7	K57	Divertikulose des Darmes	10,7	70 770	7	8 125	31 505	31 133
8	S72	Fraktur des Femurs	13,9	70 473	463	2 420	7 699	59 891
9	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	8,1	68 518	2 208	18 886	25 102	22 322
10	S52	Fraktur des Unterarmes	4,3	65 362	6 210	9 192	17 808	32 152
11	K56	Paralytischer Ileus und mechanischer Ileus ohne Hernie	8,3	62 919	698	8 649	15 510	38 062
12	E04	Sonstige nichttoxische Struma	3,9	62 047	46	15 534	32 222	14 245
13	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	12,3	50 242	2	1 085	14 252	34 903
14	S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	7,7	49 632	2 388	7 924	12 173	27 147
15	K43	Hernia ventralis	6,7	48 598	74	6 251	19 310	22 963

¹⁾ Fachabteilung mit der längsten Verweildauer

²⁾ Einschließlich Fälle mit unbekanntem Alter

Quelle: Statistisches Bundesamt

Tabelle 21–10

Häufigste Operationen in den Fachabteilungen¹⁾ Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie 2011

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			11 082 794	5 470	924 520	3 026 671	7 126 128
	Operationen Kapitel 5 ³⁾	100	827 330	421	48 226	200 457	578 226
1	5-513 Endoskopische Operationen an den Gallengängen	18,2	150 327	6	11 356	34 570	104 395
2	5-452 Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	11,7	97 019	7	2 921	24 924	69 167
3	5-469 Andere Operationen am Darm	8,8	72 814	7	3 345	18 887	50 575
4	5-377 Implantation eines Herzschrittmachers und Defibrillators	8,0	65 925	–	1 325	9 875	54 725
5	5-399 Andere Operationen an Blutgefäßen	4,6	37 657	–	2 160	11 991	23 506
6	5-429 Andere Operationen am Ösophagus	3,7	30 263	3	2 396	11 102	16 762
7	5-449 Andere Operationen am Magen	3,4	28 250	1	1 370	6 529	20 350
8	5-378 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators	3,0	25 194	–	521	3 266	21 407
9	5-431 Gastrostomie	2,8	22 941	2	669	3 997	18 273
10	5-896 Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	2,0	16 160	9	613	3 981	11 557
Allgemeine Chirurgie							
Insgesamt Operationen und Prozeduren			8 477 404	71 912	1 305 120	2 791 436	4 308 931
	Operationen Kapitel 5 ³⁾	100	4 609 425	53 061	876 116	1 649 498	2 030 750
1	5-511 Cholezystektomie	3,8	175 616	149	42 358	66 578	66 531
2	5-469 Andere Operationen am Darm	3,8	175 469	665	22 387	58 263	94 154
3	5-530 Verschluss einer Hernia inguinalis	3,5	161 169	1 435	28 855	59 359	71 520
4	5-812 Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	2,7	125 655	548	28 925	58 603	37 579

Tabelle 21–10

Fortsetzung

Rang	Maßnahme ²⁾	Insgesamt ⁴⁾		davon im Alter von ... bis unter ... Jahren				
		in %	Anzahl	0–15	15–45	45–65	65 und älter	
				Anzahl				
Allgemeine Chirurgie								
5	5-470	Appendektomie	2,3	106 508	12 660	64 197	19 735	9 916
6	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	2,1	97 960	959	15 945	28 969	52 087
7	5-794	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens mit Osteosynthese	2,1	97 383	736	13 504	30 266	52 877
8	5-455	Partielle Resektion des Dickdarmes	1,7	78 355	65	6 784	25 667	45 839
9	5-069	Andere Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüsen	1,7	76 949	110	19 914	38 908	18 017
10	5-820	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	1,6	74 804	2	1 070	15 852	57 880

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

Krankenhaus-Report 2014

WIdO

21.7 Leistungsmengen und Leistungsstrukturen der Krankenhäuser

Fallpauschalen bilden die Grundlage für das Vergütungssystem der akutstationären Krankenhausleistungen in deutschen Krankenhäusern, in dem Behandlungsfälle entsprechend ihres Behandlungsaufwandes nach pauschalierten Preisen vergütet werden.¹⁴ 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 Krankenhäuserfälle nach den MDCs standen im Jahr 2011 an erster Stelle Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems (15,4%). An zweiter und dritter Stelle folgten Krankheiten und Störungen des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes (15,3%) sowie der Verdauungsorgane (12,0%). Hinsichtlich des Leistungsumfanges hatten diese drei Gruppen jeweils auch die höchsten Anteile (zwischen 19,2% und 9,6%) am gesamten Casemix-Volumen des Jahres 2011. Die Tabellen können im Internetportal www.krankenhaus-report-online.de (Zusatztabellen 21–m und 21–n) abgerufen werden.

Die größten Fallzahlenwüchse gegenüber dem Vorjahr waren bei der MDC Polytrauma (8,1%) zu verzeichnen. Infektiöse und parasitäre Krankheiten (6,9%) sowie Verletzungen, Vergiftungen und toxische Wirkungen von Drogen und Medikamenten (6,4%) lagen an zweiter und dritter Stelle. Die deutlichsten Rückgänge wiesen die MDCs endokrine Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen (6,6%), HIV (2,7%) und Neugeborene (2,5%) auf (Abbildung 21–9).

Die Versorgung gesunder Neugeborener (528 400 Fälle), die Speiseröhrentzündung, Magen-Darm-Entzündung und verschiedene Krankheiten der Verdauungsorgane (449 000 Fälle) sowie Entbindungen ohne komplizierende Diagnose (313 400 Fälle) waren im Jahr 2011 die insgesamt am häufigsten abgerechneten Fallpauschalen (DRGs) (Abbildung 21–10). Von den knapp 1 200 mit dem Fallpauschalenkatalog bewerteten und abrechenbaren DRGs machten dabei die zwanzig häufigsten bereits 23% und die fünfzig häufigsten DRGs 39% des gesamten DRG-Leistungsspektrums aus. Nach der sogenannten Partition aufgeschlüsselt waren 57,4% rein medizinische Behandlungen ohne chirurgische Eingriffe (Partition M), 37,6% 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 33,1% auf medizinische Behandlungen. 5,5% umfassten noch die nichtoperativen invasiven medizinischen Maßnahmen.

¹⁴ 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 21–9

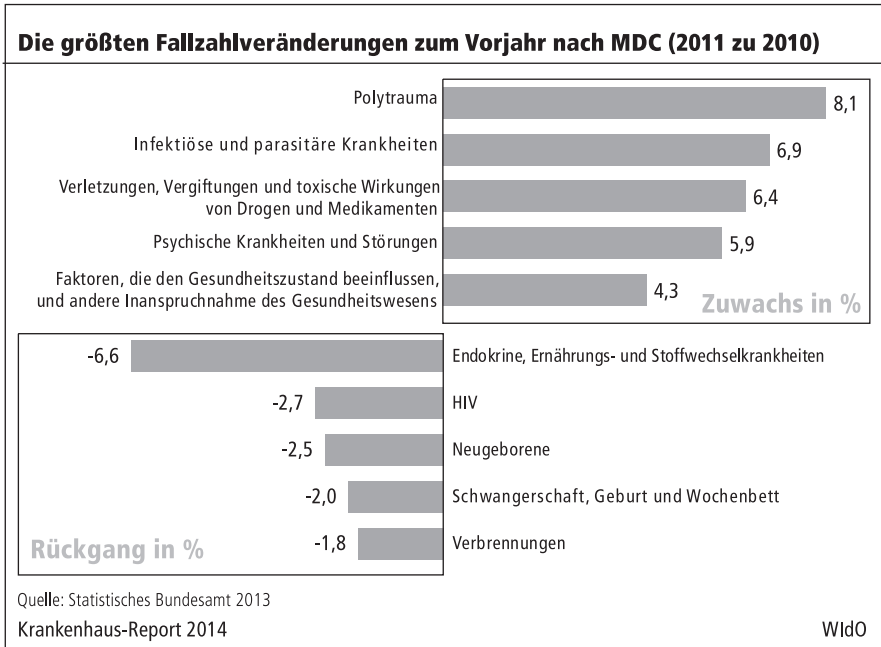


Abbildung 21–10

Die zehn häufigsten Fallpauschalen (DRGs) der Patientinnen und Patienten 2011

DRGs	Anzahl
Gesundes Neugeborenes, Aufnahmegegewicht über 2499 g	P67D 528 422
Entzündung der Speiseröhrenschleimhaut, Magen-Darm-Grippe etc. ohne komplexe Diagnose	G67D 448 994
Entbindung ohne komplizierende Diagnose	O60D 313 364
Nicht schwere kardiale Arrhythmie u. Erregungsleitungsstörungen ohne äußerst schwere Begleiterkrankung	F71B 249 904
Entzündung der Speiseröhrenschleimhaut, Magen-Darm-Grippe etc. mit komplexer Diagnose oder gastrointestinaler Blutung	G67B 232 030
Herzinsuffizienz und Schock ohne äußerst schwere Komplikation oder Begleiterkrankung	F62C 216 179
Andere Kopfverletzungen	B80Z 206 354
Hypertonie ohne äußerst schwere oder schwere Begleiterkrankung, Alter > 15 Jahre	F67D 193 489
Synkope und Kollaps	F73Z 179 934
Nicht operativ behandelte Krankheiten oder Verletzungen im Wirbelsäulenbereich (z. B. Lenden- und Kreuzschmerzen) Alter > 55 Jahre	I68C 179 879

Quelle: Statistisches Bundesamt 2013
Krankenhaus-Report 2014

Tabelle 21–11

DRGs nach Anteil am Erlösvolumen 2011

DRG	Bezeichnung	Fälle ¹⁾	Anteil	Erlös-	Anteil
			an allen	volumen ²⁾	am Erlös-
			Fällen	in 1 000 EUR	Erlös-
			in %		in %
I47B	Revision oder Ersatz des Hüftgelenks ohne komplizierende Diagnose, ohne komplizierenden Eingriff	147 045	0,8	968 360	1,7
I44B	Endoprothesenimplantation/-revision am Kniegelenk, ohne äußerst schwere Komplikation oder Begleiterkrankung	122 898	0,7	867 118	1,6
G18B	Eingriffe an Dünn- und Dickdarm ohne komplizierende Diagnose oder andere Eingriffe am Magen, Speiseröhre und Zwölffingerdarm ohne komplizierende Prozeduren	74 624	0,4	561 970	1,0
G67D	Entzündung der Speiseröhrenschleimhaut, Magen-Darm-Grippe und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne komplexe oder komplizierende Diagnose	448 801	2,5	506 554	0,9
F62C	Herzinsuffizienz und Schock ohne äußerst schwere Begleiterkrankung	215 826	1,2	497 271	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 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

Krankenhaus-Report 2014

WIdO

Nicht immer sind die am häufigsten abgerechneten Fallpauschalen auch die 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 (1,7%), gefolgt von der Kniegelenksimplantation ohne äußerst schwere Komplikation (1,6%) sowie dem Eingriff an Dünn- und Dickdarm ohne komplizierende Diagnose (1,0%) an oberster Stelle. Näherungsweise hochgerechnet entfielen auf diese drei DRGs für die Behandlung von 344 600 Patientinnen und Patienten zusammengenommen 4,3% der Behandlungserlöse mit einem Volumen von etwa 2,4 Mrd. Euro (Tabelle 21–11).

Nach der DRG-Bewertungsrelation waren die teuersten und komplexesten Behandlungen Organtransplantationen, unter anderem von Leber, Lunge und Herz, mit Beatmung/Langzeitbeatmung (A18Z und A05A) sowie die Behandlung von Schwerstverletzten mit Polytrauma beziehungsweise von Komapatienten, die einer hochaufwändigen intensivmedizinischen Versorgung bedurften (A06A). Für diese

Tabelle 21–12

Komplexe Leistungen: Am höchsten bewertete DRGs 2011

DRG	Bezeichnung	Bewertungsrelation	Fälle ¹⁾	Anteil an allen Fällen	Erlös-volumen ²⁾	Anteil am Erlös-volumen
				in %	in 1 000 EUR	in %
A18Z	Transplantation von Leber, Lunge, Herz und Knochenmark oder Stammzelltransfusion mit Beatmung über 999 Stunden	72,926	151	0,001	40 089	0,07
A06A	Operation oder Polytrauma mit hochkomplexem Eingriff oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung sowie Beatmung über 1 799 Stunden	65,063	411	0,002	87 992	0,16
A05A	Herztransplantation mit Beatmung über 179 Stunden oder Alter unter 16 Jahre	47,802	106	0,001	20 827	0,04
A06B	Operation oder Polytrauma ohne hochkomplexem Eingriff oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung sowie Beatmung über 1 799 Stunden	46,338	1 076	0,006	169 107	0,30
P02A	Eingriffe im Herz-Brustkorb-Bereich oder an Blutgefäßen bei Neugeborenen mit Beatmung über 480 Stunden	45,644	116	0,001	20 711	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

Krankenhaus-Report 2014

WIdO

drei DRGs wurden näherungsweise 148,9 Mill. Euro im Rahmen der notfall- und intensivmedizinischen Behandlung von knapp 700 Patientinnen und Patienten abgerechnet, was einen Anteil von 0,3 % am Erlös-volumen ausmachte. Die auf Basis ihrer Bewertungsrelation teuerste DRG mit der Organtransplantation und Beatmung über 999 Stunden (A18Z) kostete je Patientin/Patient hochgerechnet 265 500 Euro (Tabelle 21–12).

Im Hinblick auf den Schweregrad der behandelten Patientinnen und Patienten erfolgten nach dem Casemix-Index (CMI) die aufwändigsten bzw. schwerwiegendsten Behandlungen in den Fachabteilungen Herzchirurgie (5,35), Intensivmedizin (4,82) und Kinderkardiologie (3,26). Das leichteste Erkrankungsspektrum wurde in der Geburtshilfe (0,48), der Augenheilkunde (0,59) 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 21–o bis 21–q) eingestellt.

Tabelle 21–13

Casemix, Casemix-Index und Erlöse je Fall nach Bundesländern 2011

Sitz des Krankenhauses	Casemix ¹⁾			Casemix-Index ²⁾	Erlös je Fall ³⁾ in Euro	
	Insgesamt	DRG-Partition				
		O	M			A
Deutschland	19 015 804	11 684 814	6 290 779	1 040 208	1,08	3 177
Baden-Württemberg	2 186 664	1 400 741	703 072	82 850	1,10	3 256
Bayern	2 833 167	1 777 913	933 978	121 276	1,05	3 118
Berlin	897 508	576 333	252 382	68 793	1,22	3 576
Brandenburg	546 758	311 839	194 855	40 064	1,07	3 108
Bremen	210 654	130 229	68 920	11 505	1,09	3 264
Hamburg	537 204	362 702	138 368	36 134	1,24	3 654
Hessen	1 321 174	807 059	424 273	89 842	1,07	3 176
Mecklenburg-Vorp.	417 619	250 716	150 554	16 349	1,07	3 055
Niedersachsen	1 652 348	1 013 956	560 133	78 259	1,06	3 070
Nordrhein-Westfalen	4 434 264	2 660 440	1 494 994	278 830	1,08	3 132
Rheinland-Pfalz	867 854	509 551	315 611	42 692	1,00	3 133
Saarland	276 454	164 605	98 162	13 688	1,08	3 313
Sachsen	1 057 263	652 104	363 254	41 905	1,11	3 194
Sachsen-Anhalt	593 224	347 333	209 593	36 298	1,05	3 047
Schleswig-Holstein	570 870	353 638	177 044	40 188	1,08	3 113
Thüringen	612 777	365 655	205 587	41 534	1,11	3 193

¹⁾ Der Casemix ergibt sich aus Summe der effektiven Bewertungsrelationen der behandelten Krankenhausfälle 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 Erlösvolumen 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

Krankenhaus-Report 2014

WlDO

Die im Durchschnitt höchsten Erlöse je Fall wurden in Krankenhäusern von Hamburg (3 654 Euro) und Berlin (3 576 Euro) sowie im Saarland (3 313 Euro) erzielt. Am niedrigsten lagen sie in Sachsen-Anhalt (3 047 Euro), Mecklenburg-Vorpommern (3 055 Euro) und Niedersachsen (3 070 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 1,08 die durchschnittlichen Fallerlöse der Krankenhäuser im Saarland bei 3 313 Euro, in Nordrhein-Westfalen bei 3 132 Euro und in Schleswig-Holstein bei 3 113 Euro (Tabelle 21–13).