

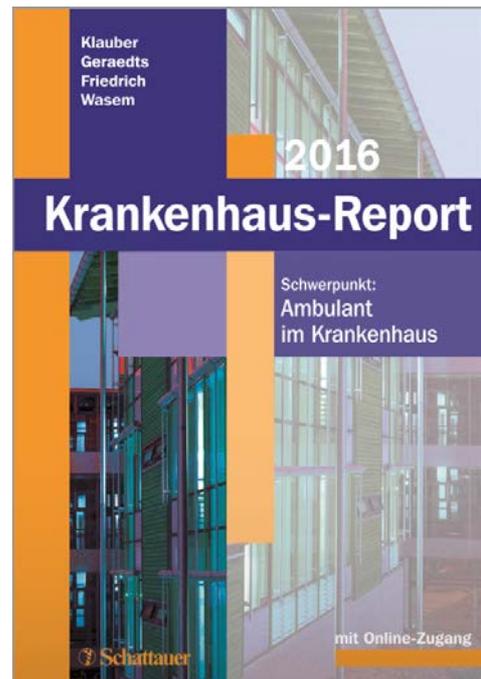
Krankenhaus-Report 2016

„Ambulant im Krankenhaus“

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

Schattauer (Stuttgart) 2016

Auszug Seite 373-404



20	Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik: Diagnosen und Prozeduren der Krankenhauspatienten auf Basis der Daten nach § 21 Krankenhausentgeltgesetz	373
	<i>Jutta Spindler</i>	
20.1	Vorbemerkung	374
20.2	Erläuterungen zur Datenbasis	375
20.3	Eckdaten der vollstationär behandelten Krankenhauspatientinnen und -patienten	376
20.4	Ausgewählte Hauptdiagnosen mit den wichtigsten Neben- diagnosen der Behandelten	380
20.5	Operationen und medizinische Prozeduren	384
20.6	Behandlungsspektrum bei den Patientinnen und Patienten in den Fachabteilungen	392
20.7	Leistungsmengen und Leistungsstrukturen der Krankenhäuser	399

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 2013, 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 2013, 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).

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 Merkmalspektrum dieser umfangreichen Struktur- und Leistungsdaten an das Statistische Bundesamt übermittelt. Auf dieser Basis stehen Informationen über die *Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik)* zur Verfügung.²

Einen deutlichen Informationszugewinn stellt insbesondere die Prozeduren-, Diagnose- und Leistungsstatistik dar. Danach können differenzierte Angaben 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 2013 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 16a des Gesetzes vom 21. Juli 2014 (BGBl. I S. 1133) geändert worden ist, ist die Anwendung eines pauschalierenden Entgeltsystems auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen mit einer entsprechenden budgetneutralen Umsetzung ab 2013 festgelegt. Verbindlich für alle Einrichtungen wird das Vergütungssystem zum 1. Januar 2017 eingeführt.

² Die wichtigsten Ergebnisse der *Fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik* werden jährlich in der Fachserie 12 Reihe 6.4 des Statistischen Bundesamtes veröffentlicht. Sie sind kostenfrei unter www.destatis.de auf der Themenseite Gesundheit bei den Veröffentlichungen im Bereich Krankenhäuser erhältlich. Die Erstellung von Sonderauswertungen ist auf Anfrage an gesundheit@destatis.de (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 2013 beruhen auf den Struktur- und Leistungsdaten von 1 550 Krankenhäusern und umfassen knapp 18,1 Millionen 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 2013 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 wurde ab 2013 schrittweise festgelegt (siehe hierzu Fußnote 1 in diesem Beitrag).

20.3 Eckdaten der vollstationär behandelten Krankenhauspatientinnen und -patienten

Nach der *Fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik* wurden im Jahr 2013 knapp 18,1 Millionen Patientinnen und Patienten⁴ aus einer vollstationären Krankenhausbehandlung entlassen. Dies waren mit 157264 Fällen 0,9% mehr als im Jahr zuvor. Altersstandardisiert⁵ stieg die Fallzahl im Vergleich zum Vorjahr um 0,6%. Im Durchschnitt dauerte ein Krankenhausaufenthalt 6,5 Tage und nahm im Vergleich zum Vorjahr weiter um 0,1 Tage ab. 53% der Behandlungsfälle waren weiblich und 47% männlich. Durchschnittlich waren die behandelten Frauen und Männer 55 Jahre alt. Je 100 000 Einwohner wurden 22 379 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 (127 979) und dem Personenkreis im höheren und sehr hohen Alter wie auch in den Vorjahren besonders hoch. Bei den über 75-Jährigen wurden beispielsweise 59 961 Patientinnen und Patienten je 100 000 Einwohner behandelt.

Wohnortbezogen⁶ gab es die meisten Behandlungsfälle je 100 000 Einwohner in Sachsen-Anhalt (26 609 Fälle), in Thüringen (26 339 Fälle) und im Saarland (25 451 Fälle). Im Gegensatz dazu war die geringste Anzahl an Behandlungsfällen je 100 000 Einwohner in Baden-Württemberg (18 712 Fälle), Berlin (19 868 Fälle) und Hamburg (20 169 Fälle) zu verzeichnen (Tabelle 20–1).

Auf Grundlage der siedlungsstrukturellen Regionstypen des Bundesamtes für Bauwesen und Raumordnung (BBR) ist hierzu ergänzend eine Unterscheidung nach städtischen Regionen, Regionen mit Verstärkeransätzen und ländlichen Regionen sowohl zwischen als auch innerhalb der Bundesländer möglich.⁷ Unter anderem bedingt durch die Altersstruktur der Bevölkerung liegt insgesamt die Zahl

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 ohne Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Ausland, unbekanntem Geschlecht und unbekanntem Alter. Berechnet mit vorläufigen Ergebnissen auf Grundlage des Zensus 2011, Zensusdaten mit Stand 10.04.2014.

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 lebt 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 lebt mit einer Einwohnerdichte unter 150 Einwohner/km² sowie Regionen, in denen sich zwar eine Großstadt befindet, aber die eine Einwohnerdichte ohne Berücksichtigung der Großstädte unter 100 Einwohner/km² beträgt. (Siehe www.bbsr.bund.de > Raumbearbeitung > Raumabgrenzungen > Siedlungsstrukturelle Regionstypen)

Tabelle 20–1

Patientinnen und Patienten nach Behandlungs- und Wohnort sowie Behandlungsfälle je 100 000 Einwohner 2013

	Behandlungsort der Patienten	Wohnort der Patienten	Fälle* je 100 000 Einwohner
	Anzahl	Anzahl	
Baden-Württemberg	2 041 203	1 983 490	18 712
Bayern	2 793 849	2 737 573	21 793
Berlin	763 246	675 227	19 868
Brandenburg	524 949	610 477	24 924
Bremen	198 780	135 084	20 589
Hamburg	454 242	351 011	20 169
Hessen	1 275 090	1 309 661	21 716
Mecklenburg-Vorpommern	389 368	388 742	24 320
Niedersachsen	1 614 754	1 711 925	21 991
Nordrhein-Westfalen	4 259 387	4 234 524	24 110
Rheinland-Pfalz	895 025	942 475	23 607
Saarland	262 760	252 605	25 451
Sachsen	967 080	950 210	23 472
Sachsen-Anhalt	573 980	599 233	26 609
Schleswig-Holstein	555 917	595 128	21 170
Thüringen	564 081	570 413	26 339

* Auf Basis des Wohnorts. Berechnet mit vorläufigen Ergebnissen auf Grundlage des Zensus 2011, Zensusdaten mit Stand vom 10.04.2014.

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2016

WIdO

der stationär versorgten Patientinnen und Patienten je 100 000 Einwohner in ländlichen Regionen (23 850 Fälle) deutlich höher als in städtischen Regionen (21 738 Fälle) und in Regionen mit Verstärkerungsansätzen (22 207 Fälle). Regional betrachtet wurden in ländlichen Regionen vor allem in den neuen Bundesländern insbesondere in Thüringen (28 182 Fälle), Sachsen-Anhalt (27 125 Fälle) und Sachsen (25 977 Fälle) die meisten Patientinnen und Patienten je 100 000 Einwohner stationär behandelt. In Regionen mit Verstärkerungsansätzen lagen Bremen (26 282 Fälle), Hessen (26 231 Fälle) sowie wiederum Sachsen-Anhalt (25 839 Fälle) an der Spitze. Die vordersten Plätze in städtischen Regionen nahmen das Saarland (25 497), Nordrhein-Westfalen (24 104) und Rheinland-Pfalz (22 112) ein (Abbildung 20–1).

Unter Einbezug der Dauer des Krankenhausaufenthaltes der Behandelten gab es 510 720 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 2013 betrug ihr Anteil an allen Behandlungsfällen 2,8 %. Die Zahl der sogenannten Kurzlieger, d. h. Patientinnen und

Abbildung 20-1

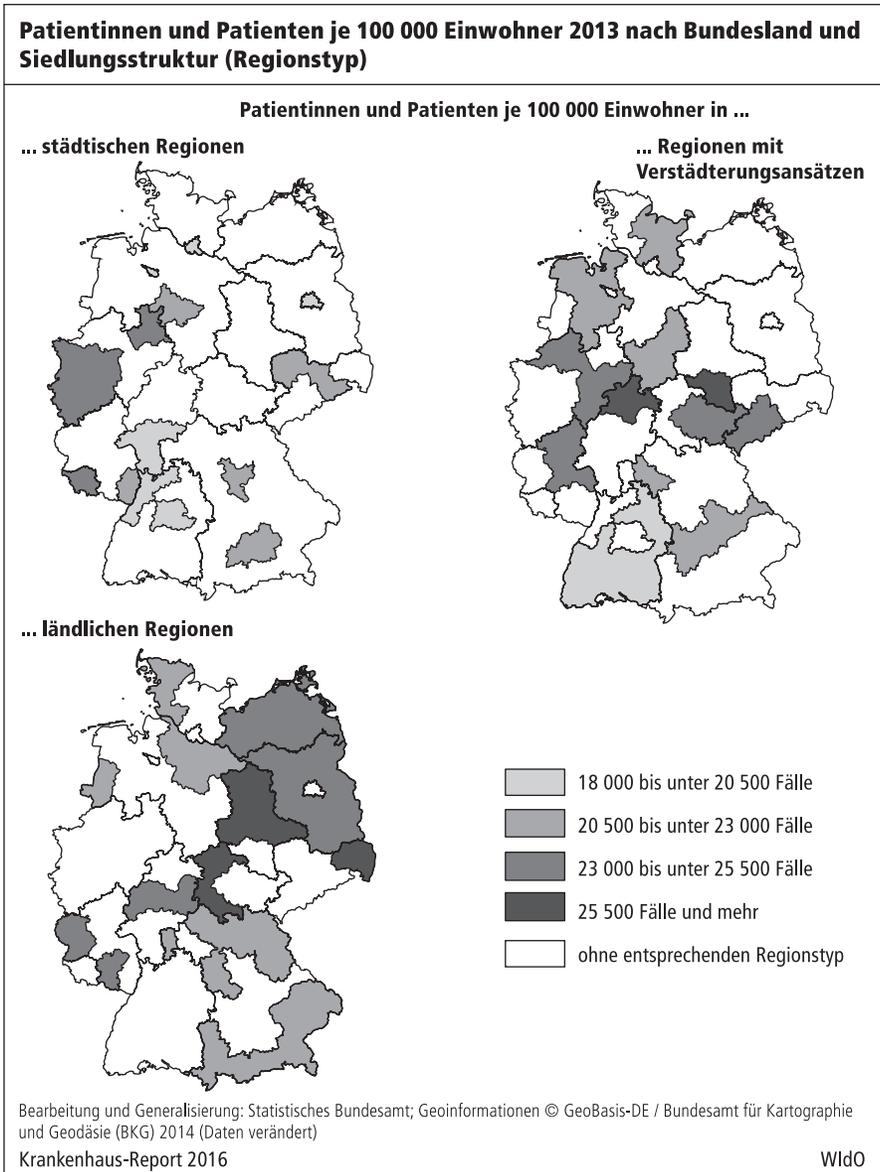


Abbildung 20-2

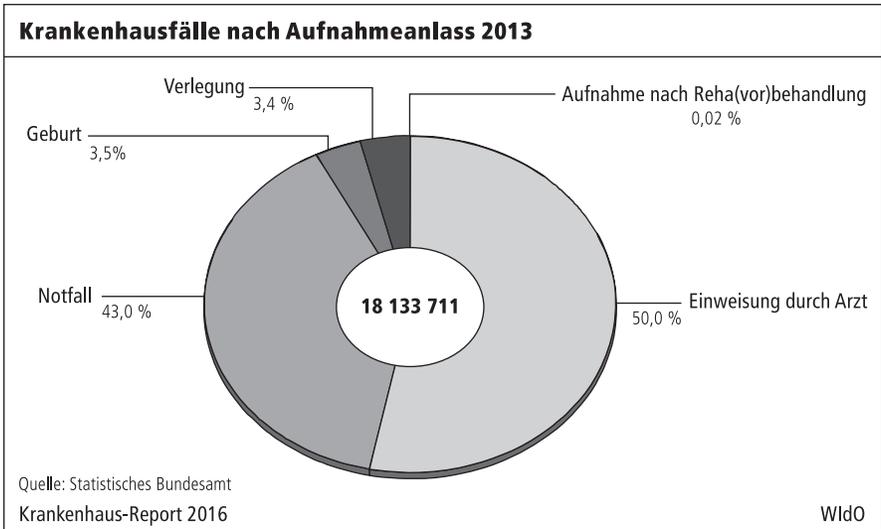
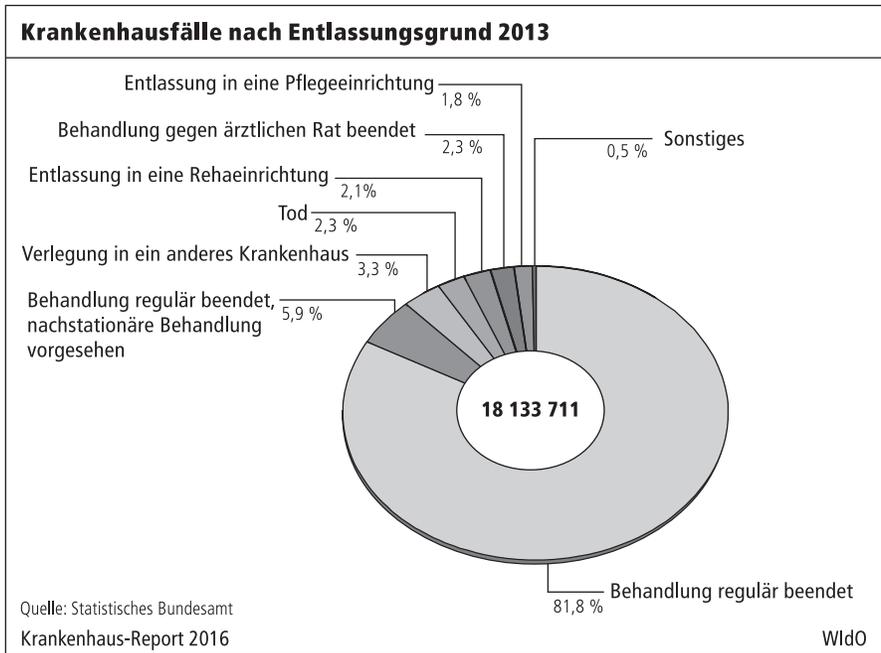


Abbildung 20-3



Patienten, die mindestens eine Nacht und höchstens drei Nächte im Krankenhaus verbringen, lag bei rund 7,5 Millionen. Diese Patientengruppe entsprach einem Anteil von 41,2% der Behandlungsfälle.

Im Hinblick auf den Aufnahmehinweis erfolgte im Jahr 2013 bei 50,0% der Fälle die Aufnahme in die vollstationäre Krankenhausbehandlung aufgrund einer ärztlichen Einweisung. Bei 43,0% war die Krankenhausaufnahme als Notfall bezeichnet (Abbildung 20–2).

Der häufigste Entlassungsgrund bei den Patientinnen und Patienten war die reguläre Beendigung der Behandlung. In 81,8% aller Fälle wurde die vollstationäre Krankenhausbehandlung durch eine reguläre Entlassung abgeschlossen. Eine reguläre Beendigung des Krankenhausaufenthaltes lag auch vor, wenn eine nachstationäre Behandlung vorgesehen war (5,9%). Entgegen ärztlichem Rat wurde die Behandlung in 2,3% der Fälle abgebrochen. Die Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung mit einer entsprechenden Weiterbehandlung erfolgte in 2,1% und die Unterbringung in einer Pflegeeinrichtung in 1,8% der Fälle (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 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 Krankenhausaufenthaltes entwickeln. Voraussetzung hierfür ist eine diagnostische Maßnahme (Verfahren und/oder Prozedur), eine therape-

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 Homepage des InEK unter www.g-drg.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 20–2

Hauptdiagnose Herzinsuffizienz (I50) mit ihren häufigsten Nebendiagnosen und Operationen 2013

Pos.-Nr. ICD-10/Hauptdiagnose Herzinsuffizienz		Anzahl	
I50		396 165	
Rang	Pos.-Nr. ICD-10/Nebendiagnose	Anzahl	in %
Insgesamt		4 235 297	100,0
1	I25 Chronische ischämische Herzkrankheit	219 136	5,2
2	I48 Vorhofflimmern und Vorhofflattern	211 744	5,0
3	I10 Essentielle (primäre) Hypertonie	191 543	4,5
4	N18 Chronische Nierenkrankheit	173 159	4,1
5	I50 ²⁾ Herzinsuffizienz	159 577	3,8
Rang	Operationen nach Kapitel 5 ¹⁾	Anzahl	in %
Insgesamt³⁾		42 473	100,0
1	5-377 Implantation eines Herzschrittmachers und Defibrillators	10 420	24,5
2	5-378 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators	2 976	7,0
3	5-452 Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	2 299	5,4
4	5-399 Andere Operationen an Blutgefäßen	1 948	4,6
5	5-469 Andere Operationen am Darm	1 927	4,5

¹⁾ Ohne Duplikate

²⁾ 4. oder 5. Stelle der Nebendiagnose weicht von der 4. oder 5. Stelle der Hauptdiagnose ab.

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

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2016

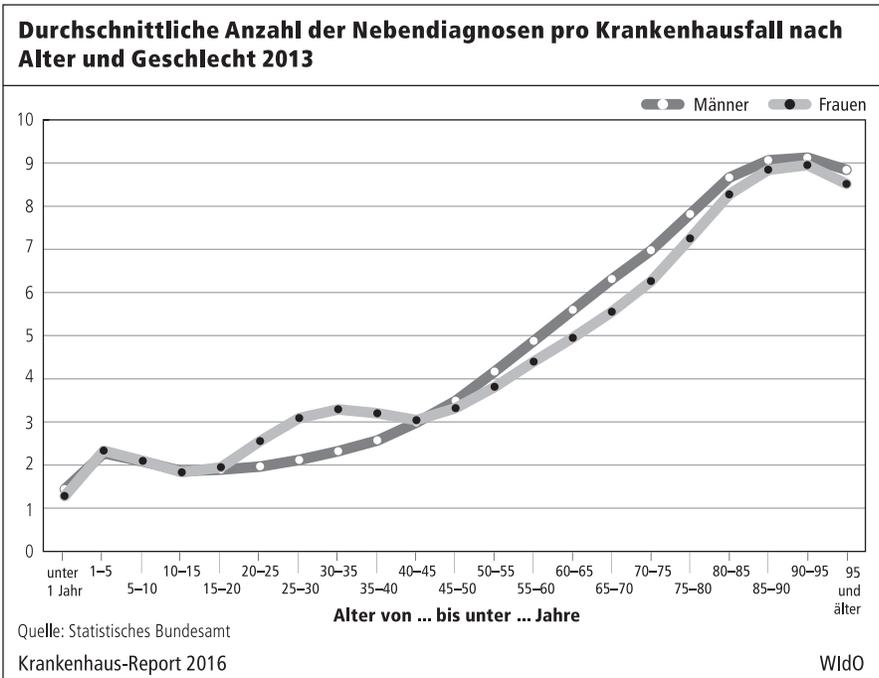
WIdO

apeutische 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 2013 am häufigsten aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems (2,8 Millionen Fälle) stationär behandelt. Weitere Behandlungsanlässe waren vor allem Krankheiten des Verdauungssystems sowie Verletzungen, Vergiftungen und andere Folgen äußerer Ursachen (jeweils 1,9 Millionen Fällen). Bei Frauen spielten über Krankheiten des Kreislaufsystems sowie die Verletzungen und Vergiftungen hinaus Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes eine große Rolle. Bei den Männern dominierten neben den Krankheiten des Kreislauf- und Verdauungssystems auch Neubildungen das Behandlungsgeschehen.

Lässt man die Versorgung gesunder Neugeborener (Z38) unberücksichtigt, war mit 396 165 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), Vorhofflimmern und Vorhofflattern (I48) sowie die essentielle (primäre) Hypertonie (I10). Durchgeführte Operationen bezogen sich bei den Behandelten mit dieser Hauptdiagnose vor

Abbildung 20–4



allem auf die Implantation eines Herzschrittmachers und Defibrillators (5-377), die Entfernung, den Wechsel und die Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators (5-378) sowie die lokale Entfernung und Zerstörung von erkranktem Gewebe des Dickdarms (5-452) (Tabelle 20–2).

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

Im Jahr 2013 wurden durchschnittlich 5,2 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 15- bis unter 45-Jährigen – vorwiegend verursacht durch die schwangerschaftsbedingten Behandlungen – mehr Nebendiagnosen als bei den Männern gestellt. In den Altersgruppen der über 45-Jährigen liegen die Werte der Frauen durchgängig unter denen der Männer und nähern sich bei den Behandelten in sehr hohem Alter entsprechend wieder an. Unterschiede zeigen sich auch, wenn nach dem Wohnort der Behandelten unterschieden wird. Danach weisen Patientinnen und Patienten aus Mecklen-

Tabelle 20–3

Die häufigsten Nebendiagnosen 2013

Rang	Pos.-Nr. ICD-10	Nebendiagnose ¹⁾	Anzahl	in %
Insgesamt			94 842 104	100,0
1	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	6 224 021	6,6
2	Z92	Medizinische Behandlung in der Eigenanamnese	2 682 713	2,8
3	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	2 637 342	2,8
4	E11	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]	2 549 378	2,7
5	E87	Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts	2 237 799	2,4
6	E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	2 132 453	2,2
7	Z95	Vorhandensein von kardialen oder vaskulären Implantaten oder Transplantaten	1 852 525	2,0
8	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	1 763 197	1,9
9	Z74	Probleme mit Bezug auf Pflegebedürftigkeit	1 690 204	1,8
10	N18	Chronische Nierenkrankheit	1 682 197	1,8
11	I50	Herzinsuffizienz	1 647 348	1,7
12	E03	Sonstige Hypothyreose	1 196 075	1,3
13	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	1 056 092	1,1
14	E66	Adipositas	991 935	1,0
15	B96	Sonstige näher bezeichnete Bakterien als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind	957 883	1,0
16	J96	Respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert	953 457	1,0
17	O09	Schwangerschaftsdauer	935 973	1,0
18	E86	Volumenmangel	840 596	0,9
19	B95	Streptokokken und Staphylokokken als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind	834 822	0,9
20	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	828 784	0,9
21	Z03	Ärztliche Beobachtung und Beurteilung von Verdachtsfällen	811 523	0,9
22	D62	Akute Blutungsanämie	731 984	0,8
23	I11	Hypertensive Herzkrankheit	694 043	0,7
24	Z37	Resultat der Entbindung	655 684	0,7
25	Z96	Vorhandensein von anderen funktionellen Implantaten	639 130	0,7

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2016

WlD0

20

burg-Vorpommern (5,9 Nebendiagnosen), Brandenburg (5,8 Nebendiagnosen), Sachsen-Anhalt und Thüringen (jeweils 5,7 Nebendiagnosen) im Schnitt etwas höhere Werte als Patientinnen und Patienten aus Hessen (4,6 Nebendiagnosen), Hamburg (4,8 Nebendiagnosen) sowie Rheinland-Pfalz und Bayern (jeweils 5,0 Nebendiagnosen) auf.

Werden die gestellten Nebendiagnosen nach ihrer Rangfolge unabhängig von der Hauptdiagnose für sich betrachtet, stand bei den Patientinnen und Patienten mit großem Abstand an erster Stelle die essentielle primäre Hypertonie (I10), gefolgt von der medizinischen Behandlung in der Eigenanamnese (Z92) und der chronischen ischämischen Herzkrankheit (I25). Bei den Männern lag die chronische ischämische Herzkrankheit noch vor der medizinischen Behandlung in der Eigenanamnese. Weitere wichtige Begleiterkrankungen bezogen sich bei den Frauen über die essentielle primäre Hypertonie und medizinische Behandlung in der Eigenanamnese hinaus auf Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts (E87). Insgesamt bilden bereits die in Tabelle 20–3 aufgeführten fünfundzwanzig häufigsten Nebendiagnosen rund 40 % des Spektrums aller Begleiterkrankungen ab (Tabelle 20–3)

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.

20.5 Operationen und medizinische Prozeduren

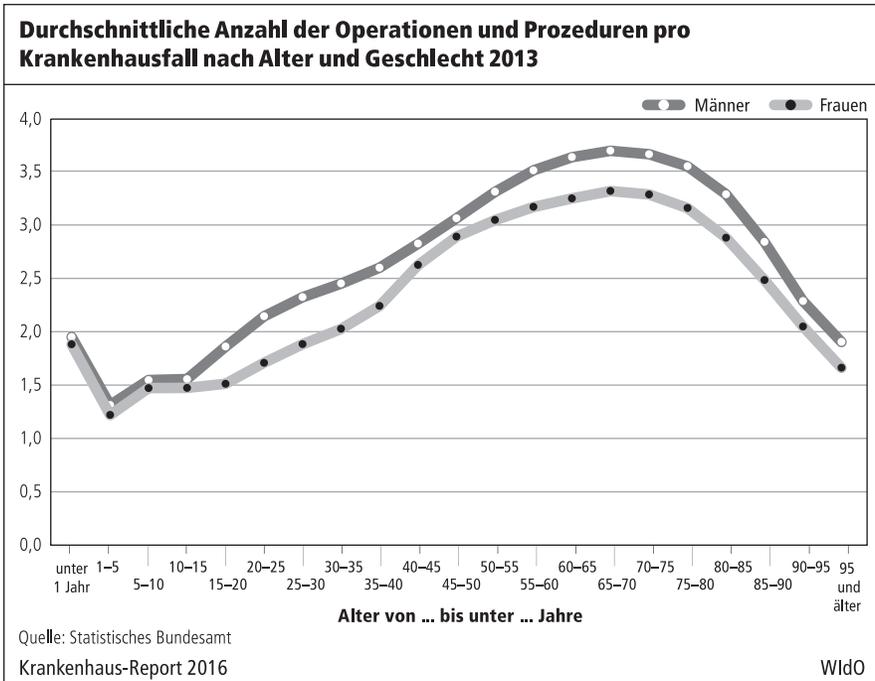
Einen deutlichen Informationszugewinn, den die *Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik* im Vergleich zur herkömmlichen Krankenhausdiagnosestatistik bietet, stellen Informationen über die Art und Häufigkeit von Operationen und medizinischen Prozeduren dar, die bei den Patientinnen und Patienten während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

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. Für die differenzierte Abbildung komplexer chirurgischer Eingriffe und Teilmaßnahmen ist in verschiedenen Bereichen eine Kodierung von Operationen mit mehreren Kodes vorgesehen. Darüber hinaus wird die Versorgung von intraoperativen Komplikationen gesondert verschlüsselt. Dementsprechend sind ggf. Mehrfachkodierungen je behandelten Krankenhausfall nachgewiesen.

Abbildung 20–5

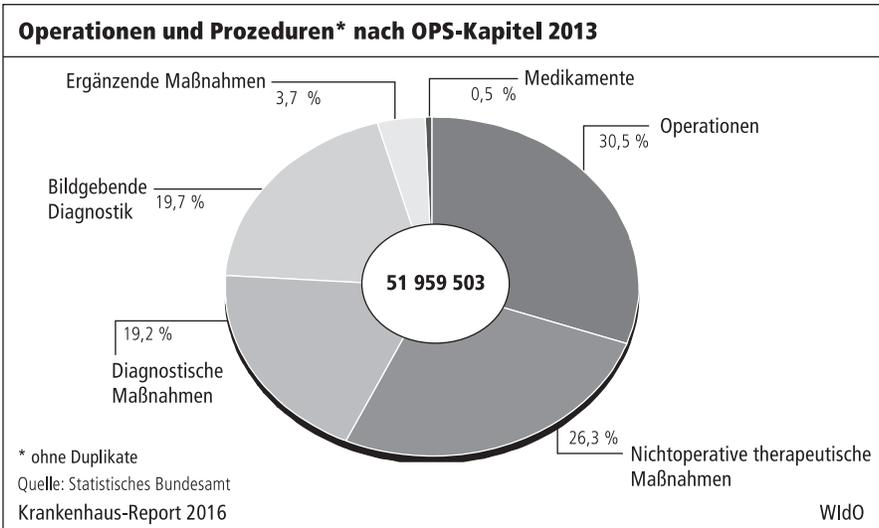


Im Berichtsjahr 2013 wurden bei den vollstationär versorgten Patientinnen und Patienten insgesamt knapp 52 Millionen Operationen und medizinische Prozeduren durchgeführt. Im Vergleich zum Vorjahr entspricht dies einer Zunahme um 2,0%. Auf einen Krankenhausfall entfielen damit im Durchschnitt 2,9 Maßnahmen dieser Art. Nach Bundesländern aufgeschlüsselt lag die durchschnittliche Zahl der Operationen und Prozeduren bei Patientinnen und Patienten, die in Krankenhäusern von Hamburg (3,2 Maßnahmen), Berlin, Baden-Württemberg und im Saarland (jeweils 3,1 Maßnahmen) behandelt wurden, etwas höher als in Rheinland-Pfalz (2,6 Maßnahmen) sowie Bremen, Hessen, Niedersachsen und Sachsen-Anhalt (jeweils 2,7 Maßnahmen).

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 2013 bei den Behandelten dieser Altersgruppen mit durchschnittlich 3,3 Maßnahmen dieser Art pro Patientin bzw. 3,7 Maßnahmen 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 2013 bei den über 95-Jährigen auf einem annähernd vergleichbaren Niveau wie bei den Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Auch lag die durchschnittliche Anzahl der Operationen

Abbildung 20–6



und Prozeduren pro Krankenhausfall in allen 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 Prozeduren 26,3 % auf nichtoperative therapeutische Maßnahmen (13,7 Millionen), 19,7 % auf die bildgebende Diagnostik (10,3 Millionen) und 19,2 % auf diagnostische Maßnahmen (10,0 Millionen). Am häufigsten wurden aber Operationen (15,8 Millionen) mit einem Anteil von 30,5 % bei den Patientinnen und Patienten veranlasst. Den größten Anstieg gegenüber dem Vorjahr gab es bei der bildgebenden Diagnostik mit einem Zuwachs von 5,4 % (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 Raten zwischen 40,2 % im Jahr 2005 und 40,6 % im Jahr 2007 weitestgehend stabil geblieben. Seit 2008 wird die 40 %-Marke regelmäßig unterschritten und lag aktuell im Jahr 2013 bei 38,5 %.

Werden die Operationen differenziert für sich betrachtet, dann waren die Spitzenreiter unter allen durchgeführten chirurgischen Maßnahmen auf Ebene der soge-

Tabelle 20–4

Operationen und Prozeduren nach OPS-Kapitel, Alter und Geschlecht 2013

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
Frauen	Anzahl					
Insgesamt	25 560 732	1 691 242	3 394 770	5 597 717	12 533 538	2 343 462
Diagnostische Maßnahmen	4 714 878	423 419	428 412	1 034 438	2 421 685	406 924
Bildgebende Diagnostik	4 951 068	123 852	374 879	1 070 956	2 779 700	601 681
Operationen	8 341 624	351 231	1 619 374	2 243 914	3 640 488	486 617
Medikamente	1 160 663	10 559	8 581	31 786	61 910	3 227
Nichtoperative Therapeutische Maßnahmen	6 190 231	426 518	469 477	1 131 969	3 405 487	756 777
Ergänzende Maßnahmen	1 237 949	355 260	491 756	83 389	220 101	87 443
Unbekannte Operation/Maßnahmen	8 919	403	2 291	1 265	4 167	793
Männer						
Insgesamt	26 397 810	1 929 211	2 049 478	6 721 438	14 467 282	1 230 341
Diagnostische Maßnahmen	5 272 039	436 009	356 678	1 303 768	2 941 496	234 088
Bildgebende Diagnostik	5 303 965	139 555	405 970	1 355 278	3 115 039	288 098
Operationen	7 476 442	459 103	901 155	2 198 237	3 659 230	258 715
Medikamente	156 161	12 789	10 100	44 309	86 044	2 919
Nichtoperative Therapeutische Maßnahmen	7 489 802	521 268	360 795	1 749 858	4 448 793	409 055
Ergänzende Maßnahmen	690 328	359 751	14 085	67 949	211 433	37 110
Unbekannte Operation/Maßnahmen	9 073	736	695	2 039	5 247	356

¹⁾ Ohne Duplikate

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2016

WiDO

Tabelle 20–5

Operationen 2013 nach Bereichsüberschriften

OPS-Schlüssel	Operation ¹⁾	Insgesamt	Männer	Frauen	Insgesamt	Männer	Frauen
		Anzahl			Veränderung zum Vorjahr in Prozent		
5	Operationen	15 818 274	7 476 442	8 341 624	0,7	1,2	0,2
5-01–5-05	Operationen am Nervensystem	724 323	366 854	357 460	1,0	1,4	0,6
5-06–5-07	Operationen an endokrinen Drüsen	175 206	51 304	123 900	–6,2	–5,5	–6,6
5-08–5-16	Operationen an den Augen	568 267	279 415	288 840	0,5	1,3	–0,3
5-18–5-20	Operationen an den Ohren	155 830	88 098	67 725	1,9	1,5	2,3
5-21–5-22	Operationen an Nase und Nasennebenhöhlen	438 811	265 003	173 792	–2,1	–2,4	–1,6
5-23–5-28	Operationen an Mundhöhle und Gesicht	329 930	179 924	150 002	–2,1	–1,4	–3,0
5-29–5-31	Operationen an Pharynx, Larynx und Trachea	117 983	77 452	40 528	–0,0	–0,2	0,4
5-32–5-34	Operationen an Lunge und Bronchus	165 835	105 537	60 295	3,2	3,7	2,4
5-35–5-37	Operationen am Herzen	398 060	261 156	136 902	3,0	3,5	2,3
5-38–5-39	Operationen an den Blutgefäßen	733 553	410 552	322 996	0,3	1,7	–1,3
5-40–5-41	Operationen am hämatopoetischen und Lymphgefäßsystem	198 407	59 905	138 502	0,4	1,9	–0,2
5-42–5-54	Operationen am Verdauungstrakt	2 395 596	1 256 241	1 139 319	0,8	1,1	0,5
5-55–5-59	Operationen an den Harnorganen	569 613	372 388	197 216	–0,1	0,5	–1,3
5-60–5-64	Operationen an den männlichen Geschlechtsorganen	213 081	212 144	/	–3,7	–3,7	/
5-65–5-71	Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen	640 144	–	640 144	–2,1	–	–2,1
5-72–5-75	Geburtshilfliche Operationen	794 623	–	794 623	2,2	–	2,2
5-76–5-77	Operationen an Kiefer- und Gesichtsschädelknochen	78 301	46 513	31 788	0,1	–0,8	1,4
5-78–5-86	Operationen an den Bewegungsorganen	4 483 834	2 074 155	2 409 605	0,7	1,0	0,4
5-87–5-88	Operationen an der Mamma	170 265	5 544	164 721	–0,5	12,5	–0,9
5-89–5-92	Operationen an Haut und Unterhaut	1 239 015	692 219	546 781	3,1	4,0	2,0
5-93–5-99	Zusatzinformationen zu Operationen	1 227 597	672 038	555 548	1,6	2,4	0,6

¹⁾ Ohne Duplikate

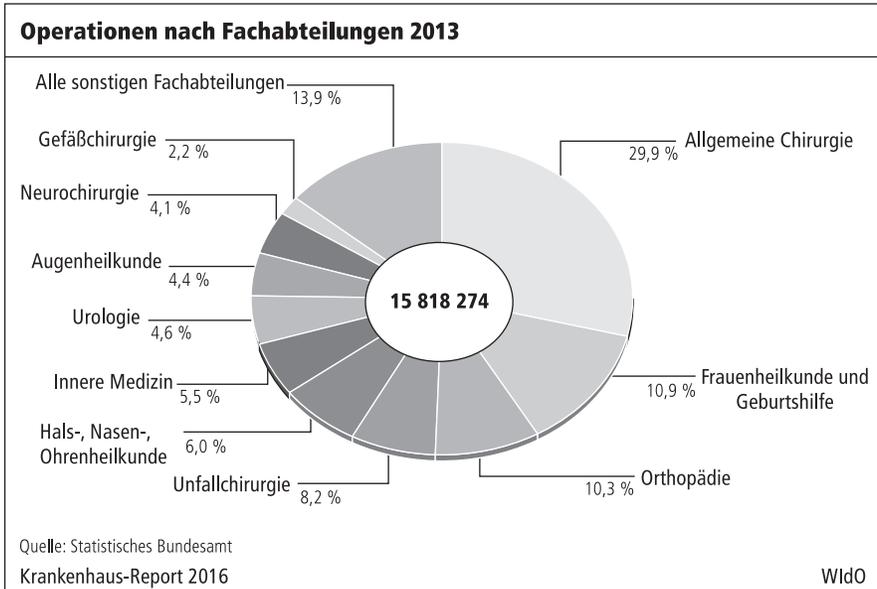
/ Aussage nicht sinnvoll

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2016

Wido

Abbildung 20–7



nannten Bereichsüberschriften die Operationen an den Bewegungsorganen (4,5 Millionen), gefolgt von Operationen am Verdauungstrakt (2,4 Millionen) sowie an Haut und Unterhaut (1,2 Millionen). Rund die Hälfte der operativen Eingriffe wurde in den drei Fachabteilungen¹² Allgemeine Chirurgie (29,9%), Frauenheilkunde und Geburtshilfe (10,9%) sowie der Orthopädie (10,3%) erbracht (Abbildung 20–7 und Tabelle 20–5).

Nach Vierstellern des OPS aufgeschlüsselt erfolgten bei Frauen wie im Vorjahr am häufigsten die Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur/Damriss (275 367 Eingriffe), weiterhin sonstige Kaiserschnittentbindungen (210 035 Eingriffe) und sonstige Operationen am Darm (203 078 Eingriffe). Bei Männern lagen an erster Stelle sonstige Operationen am Darm (164 102 Eingriffe), gefolgt von dem Verschluss eines Leistenbruchs (157 152 Eingriffe) und der arthroskopischen Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken (147 887 Eingriffe). Tabelle 20–6 weist die 30 häufigsten chirurgischen Maßnahmen nach Vierstellern aus, die etwas mehr als ein Drittel aller durchgeführten Operationen umfassen.

Tabelle 20–7 gibt einen Überblick über die 30 häufigsten Operationen nach Dreistellern des OPS, die im Jahr 2013 erbracht wurden. Diese decken knapp 70% aller operativen Maßnahmen ab. Nach dieser Gliederung waren die Spitzenreiter bei den chirurgischen Eingriffen der Frauen Operationen an sonstige Knochen (489 867 Eingriffe), arthroskopische Gelenkoperationen (408 959 Eingriffe) und Operationen an der Wirbelsäule (393 979 Eingriffe). Bei Männern wurden der

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

Tabelle 20–6

Die häufigsten Operationen¹⁾ 2013 nach Vierstellern

Rang	OPS-Schlüssel/Operation	Anzahl	Prozent
5	Operationen insgesamt^{1) 2)}	15 818 274	100,0
1	5-469 Andere Operationen am Darm	367 185	2,3
2	5-812 Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	289 462	1,8
3	5-758 Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]	275 367	1,7
4	5-032 Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis	275 290	1,7
5	5-513 Endoskopische Operationen an den Gallengängen	247 057	1,6
6	5-896 Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	223 906	1,4
7	5-820 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	210 384	1,3
8	5-749 Andere Sectio caesarea	210 035	1,3
9	5-794 Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	203 817	1,3
10	5-811 Arthroskopische Operation an der Synovialis	201 414	1,3
11	5-511 Cholezystektomie	197 253	1,2
12	5-787 Entfernung von Osteosynthesematerial	180 031	1,1
13	5-530 Verschluss einer Hernia inguinalis	177 758	1,1
14	5-839 Andere Operationen an der Wirbelsäule	171 942	1,1
15	5-800 Offen chirurgische Revision eines Gelenkes	167 326	1,1
16	5-814 Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes	167 220	1,1
17	5-810 Arthroskopische Gelenkrevision	159 373	1,0
18	5-452 Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	155 720	1,0
19	5-831 Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe	155 244	1,0
20	5-916 Temporäre Weichteildeckung	154 672	1,0
21	5-790 Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	153 368	1,0
22	5-788 Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes	151 160	1,0
23	5-215 Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]	147 962	0,9
24	5-900 Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	147 948	0,9
25	5-895 Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	144 461	0,9
26	5-822 Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk	143 024	0,9
27	5-892 Andere Inzision an Haut und Unterhaut	141 069	0,9
28	5-385 Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	139 975	0,9
29	5-399 Andere Operationen an Blutgefäßen	135 175	0,9
30	5-793 Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	124 744	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

Krankenhaus-Report 2016

WIdO

Tabelle 20–7

Die häufigsten Operationen¹⁾ 2013 nach Dreistellern

Rang	OPS-Schlüssel/Operation	Anzahl	Prozent
	5 Operationen insgesamt^{1) 2)}	15 818 274	100,0
1	5-81 Arthroskopische Gelenkoperationen	884 798	5,6
2	5-78 Operationen an anderen Knochen	812 857	5,1
3	5-83 Operationen an der Wirbelsäule	751 954	4,8
4	5-89 Operationen an Haut und Unterhaut	662 848	4,2
5	5-79 Reposition von Fraktur und Luxation	618 084	3,9
6	5-82 Endoprothetischer Gelenk- und Knochenersatz	516 720	3,3
7	5-51 Operationen an Gallenblase und Gallenwegen	464 376	2,9
8	5-46 Andere Operationen an Dünn- und Dickdarm	454 920	2,9
9	5-38 Inzision, Exzision und Verschluss von Blutgefäßen	445 917	2,8
10	5-03 Operationen an Rückenmark, Rückenmarkhäuten und Spinalkanal	421 749	2,7
11	5-80 Offen chirurgische Gelenkoperationen	347 476	2,2
12	5-90 Operative Wiederherstellung und Rekonstruktion von Haut und Unterhaut	328 480	2,1
13	5-21 Operationen an der Nase	313 536	2,0
14	5-75 Andere geburtshilfliche Operationen	310 489	2,0
15	5-45 Inzision, Exzision, Resektion und Anastomose an Dünn- und Dickdarm	309 805	2,0
16	5-53 Verschluss abdominaler Hernien	307 119	1,9
17	5-85 Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln	292 466	1,8
18	5-39 Andere Operationen an Blutgefäßen	287 636	1,8
19	5-74 Sectio caesarea und Entwicklung des Kindes	278 173	1,8
20	5-57 Operationen an der Harnblase	256 601	1,6
21	5-37 Rhythmuschirurgie und andere Operationen an Herz und Perikard	221 999	1,4
22	5-15 Operationen an Retina, Choroidea und Corpus vitreum	209 506	1,3
23	5-91 Andere Operationen an Haut und Unterhaut	209 134	1,3
24	5-54 Andere Operationen in der Bauchregion	188 740	1,2
25	5-40 Operationen am Lymphgewebe	183 173	1,2
26	5-68 Inzision, Exzision und Exstirpation des Uterus	173 089	1,1
27	5-65 Operationen am Ovar	168 966	1,1
28	5-49 Operationen am Anus	168 403	1,1
29	5-06 Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüse	166 223	1,1
30	5-28 Operationen im Bereich des Naso- und Oropharynx	162 909	1,0

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

Rangfolge nach betrachtet am häufigsten arthroskopische Gelenkoperationen (475 830 Eingriffe), Operationen an Haut und Unterhaut (368 666 Eingriffe) sowie Operationen an der Wirbelsäule (357 971 Eingriffe) durchgeführt. Eine differenzierte Übersicht zu den häufigsten Operationen der männlichen und weiblichen Behandelten kann im Internetportal www.krankenhaus-report-online.de (Zusatztablelle 20–e bis 20–g) abgerufen werden.

Auf Ebene der Viersteller gab es unter den chirurgischen Maßnahmen den deutlichsten Anstieg im Vergleich zum Vorjahr bei der operativen Eileiterentfernung (27,8%). Danach folgten sonstige Operationen an der Lunge und den Bronchien (21,6%) sowie an den Bewegungsorganen (21,5%). Der stärkste Rückgang war bei sonstigen partiellen Schilddrüsenresektionen (16,4%) zu verzeichnen. Ebenfalls rückläufig gegenüber dem Vorjahr waren abdominale retropubische und paraurethrale Suspensionsoperationen (16,1%) sowie sonstige Operationen an der Brust (14,6%). Nach Dreistellern aufgeschlüsselt zeigte sich im Vergleich zum Vorjahr der stärkste Zuwachs bei Operationen an den Eileitern (10,6%), der Lunge und dem Bronchus (9,9%) sowie bei der Replantation und Amputation von Extremitäten und anderen Operationen an den Bewegungsorganen (9,8%). Zu den chirurgischen Maßnahmen mit dem höchsten Rückgang gehörten sonstige Operationen an den Harnorganen (6,9%), chirurgische Maßnahmen an der Schilddrüse und Nebenschilddrüse (6,6%) sowie an der Vagina und im Douglasraum (6,3%). Die entsprechenden Tabellen sind im Internetportal www.krankenhaus-report-online.de (Zusatztablelle 20–h 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 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 18 in diesem Band) und nicht in 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.¹³ Danach wurden 90,2% der Behandelten ausschließlich in ei-

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 20–8

Durchlaufene Fachabteilungen 2013 nach Geschlecht

Durchlaufene Fachabteilungen ¹⁾	Patientinnen und Patienten					
	Insgesamt		Männer		Frauen	
	Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %
Eine Fachabteilung	16 357 987	90,2	7 606 147	89,2	8 751 540	91,1
Zwei Fachabteilungen	1 519 896	8,4	784 552	9,2	735 316	7,7
Drei und mehr	255 828	1,4	135 730	1,6	120 093	1,3

¹⁾ Ohne Rückverlegungen

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2016

WIdO

ner Fachabteilung versorgt. Behandlungen in zwei verschiedenen Fachabteilungen erfolgten noch in 8,4% 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 1,4% nur noch sehr selten (Tabelle 20–8).

Der größte Teil der Patientinnen und Patienten wurde in den Fachabteilungen Innere Medizin (5,5 Millionen Fälle), Allgemeine Chirurgie (3,0 Millionen Fälle) sowie Frauenheilkunde und Geburtshilfe (2,0 Millionen Fälle) behandelt. Die durchschnittliche Verweildauer der Behandelten lag in der Inneren Medizin bei 6,1 Tagen, in der Allgemeinen Chirurgie bei 6,3 Tagen und in der Frauenheilkunde/Geburtshilfe bei 3,9 Tagen (Abbildung 20–8)¹⁴.

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 5,0 Millionen Fällen (27,8%), die Allgemeine Chirurgie mit 2,9 Millionen Fällen (15,8%) sowie die Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit 1,9 Millionen Fällen (10,5%) die patientenstärksten Fachabteilungen. Auf dieser Basis betrug die durchschnittliche Verweildauer in der Inneren Medizin 6,6 Tage, in der Chirurgie 6,7 Tage sowie in der Frauenheilkunde/Geburtshilfe 4,0 Tage.

Am häufigsten wurden die Patientinnen und Patienten der Inneren Medizin aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems behandelt. Nach der Hauptdiagnose war in 291 166 Fällen eine Herzinsuffizienz (I50) Ursache der Behandlung und betraf 5,8% aller Patientinnen und Patienten dieser Abteilung. Die entsprechende durchschnittliche Verweildauer lag bei 9,9 Tagen. Jüngere waren davon kaum betroffen, 91,9% der Behandelten mit diesem Krankheitsbild waren 65 Jahre und älter.

14 Patientinnen und Patienten, die in verschiedenen Fachabteilungen behandelt wurden, werden auch entsprechend mehrfach nachgewiesen.

Abbildung 20–8



Der zweithäufigste Behandlungsanlass für eine stationäre Versorgung in der Inneren Medizin war die essentielle (primäre) Hypertonie (I10) mit 180 628 Behandlungsfällen. Sie war Ursache in 3,6% aller Fälle dieser Abteilung und betraf mit 65,4% in erster Linie ebenfalls die über 65-Jährigen. Die durchschnittliche Verweildauer lag hier bei 4,5 Tagen. Vorhofflimmern und Vorhofflattern (I48) war für weitere 3,5% der Behandlungsfälle der Inneren Medizin verantwortlich. Patientinnen und Patienten mit dieser Diagnose verbrachten im Schnitt 5,0 Tage im Krankenhaus. Fast drei Viertel der Behandelten waren auch hier 65 Jahre und älter (Tabelle 20–9)¹⁵.

Insgesamt wurden in der Inneren Medizin rund 11,7 Millionen Operationen und medizinische Prozeduren, darunter 871 672 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 sonstigen 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 20–10)¹⁶.

¹⁵ Fachabteilung mit der längsten Verweildauer.

¹⁶ Fachabteilung mit der längsten Verweildauer.

Tabelle 20–9

Patientinnen und Patienten mit den häufigsten Hauptdiagnosen in den Fachabteilungen¹⁾ Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie 2013

Rang	ICD-Pos.	Diagnose/Behandlungsanlass	Patienten					
			Durchschnittl. Verweildauer	Insgesamt ²⁾	davon im Alter von ... bis unter ... Jahren			
					0–15	15–45	45–65	65 und älter
			in Tagen	Anzahl	Anzahl			
Innere Medizin								
Fachabteilung Innere Medizin insgesamt			6,6	5 049 618	7 205	599 379	1 286 201	3 156 832
1	I50	Herzinsuffizienz	9,9	291 166	–	1 812	27 037	262 317
2	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	4,5	180 628	6	11 778	50 759	118 085
3	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	5,0	176 812	3	5 268	42 967	128 574
4	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	9,4	172 301	79	10 317	28 203	133 702
5	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenerkrankung	8,7	165 994	3	2 495	43 841	119 655
6	I20	Angina pectoris	3,8	135 299	2	5 282	45 232	84 783
7	I21	Akuter Myokardinfarkt	7,3	126 363	–	4 262	37 002	85 099
8	R55	Synkope und Kollaps	4,5	108 961	138	16 320	23 304	69 199
9	E11	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]	9,5	106 209	3	4 893	29 008	72 305
10	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	3,5	105 971	410	48 096	48 333	9 131
11	K29	Gastritis und Duodenitis	4,4	98 263	44	22 329	27 864	48 026
12	R07	Hals- und Brustschmerzen	2,4	94 657	35	22 435	37 446	34 741
13	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	3,7	83 954	–	1 342	26 817	55 795
14	E86	Volumenmangel	6,0	79 895	17	1 707	4 608	73 563
15	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	4,5	78 904	375	23 347	16 207	38 975

Tabelle 20–9
Fortsetzung

Rang	ICD-Pos.	Diagnose/Behandlungsanlass	Patienten					
			Durchschnittl. Verweildauer	Insgesamt ²⁾	davon im Alter von ... bis unter ... Jahren			
					0–15	15–45	45–65	65 und älter
			in Tagen	Anzahl	Anzahl			
Allgemeine Chirurgie								
Fachabteilung Allgemeine Chirurgie insgesamt			6,7	2 869 019	59 673	649 398	931 548	1 228 400
1	K40	K40 Hernia inguinalis	2,3	156 301	1 117	27 216	59 097	68 871
2	K80	K80 Cholelithiasis	5,3	151 298	140	41 268	59 067	50 823
3	K35	K35 Akute Appendizitis	4,8	88 684	8 906	52 886	18 272	8 620
4	S06	S06 Intrakranielle Verletzung	2,4	85 270	8 035	29 455	14 898	32 882
5	I70	I70 Atherosklerose	11,5	80 381	1	626	21 916	57 838
6	K57	K57 Divertikulose des Darmes	10,0	68 933	3	7 796	32 286	28 848
7	S72	S72 Fraktur des Femurs	13,3	68 765	389	1 939	7 445	58 992
8	M17	M17 Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	9,4	66 037	6	2 101	24 043	39 887
9	K56	K56 Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie	8,2	65 315	582	8 523	16 535	39 675
10	S82	S82 Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	7,8	61 893	1 672	16 193	23 258	20 770
11	S52	S52 Fraktur des Unterarmes	4,0	60 279	4 841	8 217	17 248	29 973
12	E04	E04 Sonstige nichttoxische Struma	3,6	52 769	46	12 692	28 069	11 962
13	K43	K43 Hernia ventralis	6,5	49 576	58	6 562	20 148	22 808
14	M54	M54 Rückenschmerzen	5,3	49 180	36	9 631	16 875	22 638
15	S42	S42 Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	7,2	47 881	1 980	7 363	12 111	26 427

¹⁾ Fachabteilung mit der längsten Verweildauer

²⁾ Einschließlich Fälle mit unbekanntem Alter

Quelle: Statistisches Bundesamt

Tabelle 20–10

Häufigste Operationen in den Fachabteilungen¹⁾ Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie 2013

Rang	Maßnahme ²⁾	Insgesamt ⁴⁾		davon im Alter von ... bis unter ... Jahren			
		in %	Anzahl	0–15	15–45	45–65	65 und älter
				Anzahl			
Innere Medizin							
Insgesamt Operationen und Prozeduren			11 707 893	5 894	922 170	3 234 531	7 545 297
	Operationen Kapitel 5 ³⁾	100	871 672	533	47 912	217 113	606 114
1	5-513 Endoskopische Operationen an den Gallengängen	18,3	159 764	1	11 523	37 712	110 528
2	5-452 Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	11,8	103 292	4	3 098	26 814	73 376
3	5-469 Andere Operationen am Darm	9,6	83 429	6	3 558	21 884	57 981
4	5-377 Implantation eines Herzschrittmachers und Defibrillators	8,0	69 321	5	1 574	11 583	56 159
5	5-399 Andere Operationen an Blutgefäßen	4,4	38 141	15	2 043	12 043	24 040
6	5-429 Andere Operationen am Ösophagus	3,5	30 817	–	2 071	11 570	17 176
7	5-378 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators	3,2	28 264	–	595	3 986	23 683
8	5-449 Andere Operationen am Magen	3,2	28 245	–	1 308	6 456	20 481
9	5-431 Gastrostomie	2,2	19 533	6	617	3 880	15 030
10	5-896 Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	1,9	16 786	7	559	4 360	11 860
Allgemeine Chirurgie							
Insgesamt Operationen und Prozeduren			8 711 120	62 720	1 299 856	2 928 325	4 420 219
	Operationen Kapitel 5 ³⁾	100	4 724 947	46 672	871 754	1 733 500	2 073 021
1	5-469 Andere Operationen am Darm	3,9	183 550	600	22 280	62 087	98 583
2	5-511 Cholezystektomie	3,8	178 812	150	42 806	68 379	67 477
3	5-530 Verschluss einer Hernia inguinalis	3,4	160 589	1 381	27 694	60 703	70 811
4	5-812 Arthroskopische Operation am Gelenknorpel und an den Menisken	2,5	116 933	499	27 217	57 013	32 204

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	
				Anzahl				
Allgemeine Chirurgie								
5	5-470	Appendektomie	2,2	101 620	10 049	62 144	20 019	9 408
6	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	2,0	93 947	737	13 660	28 385	51 165
7	5-794	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	2,0	92 211	608	11 997	29 051	50 555
8	5-455	Partielle Resektion des Dickdarmes	1,7	80 968	61	6 606	26 533	47 768
9	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	1,6	74 783	397	19 984	36 205	18 197
10	5-820	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	1,5	71 531	–	1 001	15 597	54 933

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 2016

WIdO

In der zweiten an dieser Stelle ausgewiesenen Fachabteilung, der Allgemeinen Chirurgie, wurden insgesamt 2,9 Millionen Fälle für die durchschnittliche Dauer von 6,7 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 (156301 Fälle). Sie verbrachten durchschnittlich 2,3 Tage im Krankenhaus. 44,1% der Behandelten mit dieser Diagnose waren 65 Jahre und älter und 37,8% zwischen 45 bis unter 65 Jahre alt.

Die zweithäufigste in der Chirurgie behandelte Erkrankung war mit einem Anteil von 5,3% und 151298 Fällen das Gallensteinleiden (K80). Der größte Teil der Patientinnen und Patienten mit dieser Erkrankung war zwischen 45 bis unter 65 Jahre alt (39,0%) sowie 65 Jahre und älter (33,6%).

Der dritthäufigste Grund für eine vollstationäre Versorgung in der Chirurgie war die akute Blinddarmentzündung (K35), die bei 88684 Patientinnen und Patienten behandelt wurde und einen Anteil von 3,1% ausmachte. Der Krankenhausaufenthalt mit dieser Diagnose dauerte im Schnitt 4,8 Tage und betraf vor allem Personen im jüngeren bis mittleren Alter zwischen 15 bis unter 45 Jahre. Ihr Anteil lag bei knapp 60%.

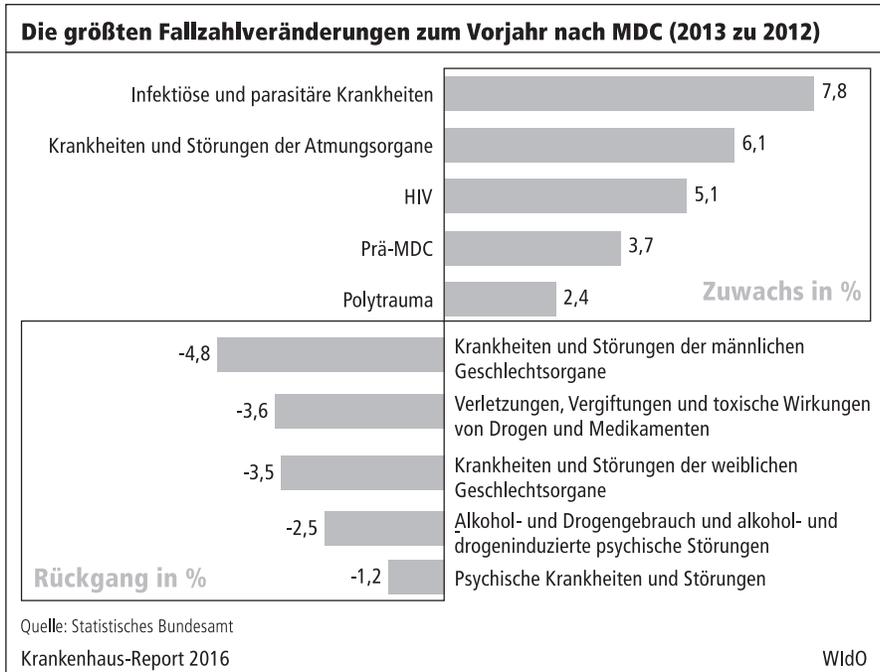
Zusammengenommen wurden in der Allgemeinen Chirurgie 8,7 Millionen Operationen und Prozeduren, darunter 4,7 Millionen operative Eingriffe nach Kapitel 5 des OPS durchgeführt. An oberster Stelle standen sonstige Operationen am Darm (5-469), gefolgt von der Gallenblasenentfernung (5-511) und dem Verschluss eines Leistenbruchs (5-530). Mit Anteilen zwischen 37,7% und 53,7% war bei allen drei Operationen der jeweils größte Teil der Operierten 65 Jahre und älter.

20.7 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.¹⁷ 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.

¹⁷ 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 Website des InEK unter www.g-drg.de heruntergeladen werden.

Abbildung 20–9

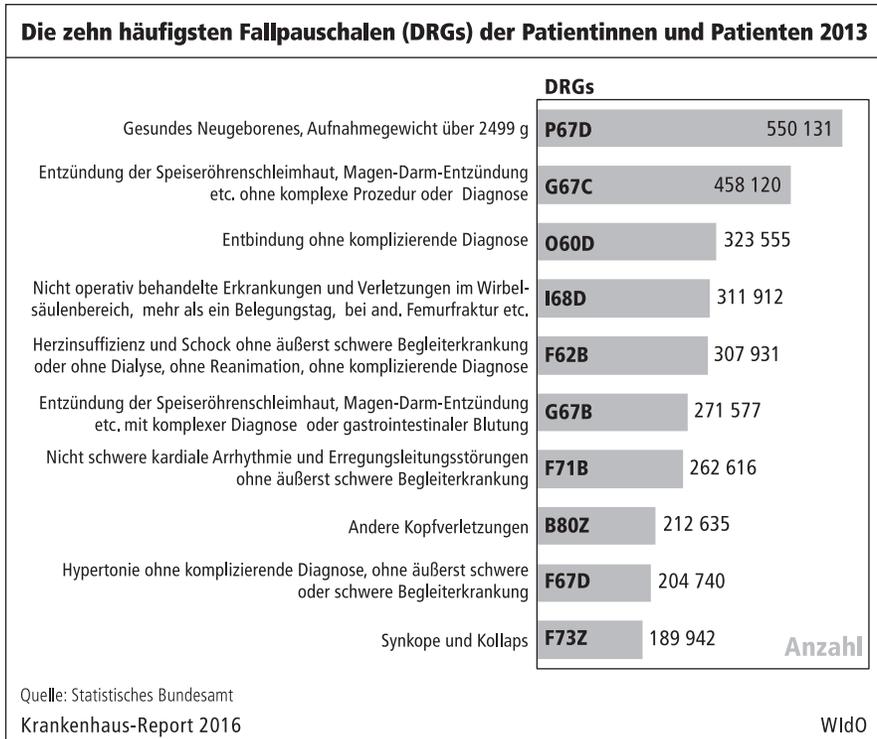


In Bezug auf die Verteilung der vollstationär behandelten Krankenhausfälle nach den MDCs standen im Jahr 2013 an erster Stelle Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems (15,5%). An zweiter und dritter Stelle folgten Krankheiten und Störungen des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes (14,9%) sowie der Verdauungsorgane (11,8%). Hinsichtlich des Leistungsumfanges hatten diese drei Gruppen jeweils auch die höchsten Anteile (zwischen 18,4% und 9,5%) am gesamten Casemix-Volumen des Jahres 2013. Die Tabellen können im Internetportal www.krankenhaus-report-online.de (Zusatztabellen 20–m und 20–n) abgerufen werden.

Die größten Fallzahlzuwächse gegenüber dem Vorjahr waren bei der MDC „Infektiöse und parasitäre Krankheiten“ (7,8%) zu verzeichnen. Die MDCs „Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane“ (6,1%) sowie „HIV“ (5,1%) lagen an zweiter und dritter Stelle. Die deutlichsten Rückgänge wies die MDC „Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane“ (4,8%) auf. Ebenfalls rückläufig waren weiterhin die MDCs „Verletzungen, Vergiftungen und toxische Wirkungen von Drogen und Medikamenten“ (3,6%) sowie „Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane“ (3,5%) (Abbildung 20–9).

Die Versorgung gesunder Neugeborener (550 131 Fälle), die Speiseröhrentzündung, Magen-Darm-Entzündung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne komplexe Prozedur oder Diagnose (458 120 Fälle) sowie Entbindungen ohne komplizierende Diagnose (323 555 Fälle) waren im Jahr 2013 die insgesamt am häufigsten abgerechneten Fallpauschalen (DRGs) (Abbildung 20–

Abbildung 20–10



10). Von den knapp 1 200 mit dem Fallpauschalenkatalog bewerteten und abrechenbaren DRGs machten dabei die zwanzig häufigsten bereits rund 25% und die fünfzig häufigsten DRGs 40% des gesamten DRG-Leistungsspektrums aus. Nach der sogenannten Partition aufgeschlüsselt waren 58,4% medizinische Behandlungen ohne chirurgische Eingriffe (Partition M), 36,5% operative Behandlungen (Partition O) und 5,1% nichtoperative, jedoch invasive medizinische Maßnahmen (Partition A). Die höchsten Anteile des Casemix entfielen dabei mit 60,6% auf operative Eingriffe und 33,7% auf medizinische Behandlungen. 5,7% umfassten noch die nichtoperativen, invasiven medizinischen Maßnahmen.

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 ausmachen, dann standen die Korrektur oder der Ersatz des Hüftgelenks ohne komplizierenden Eingriff (1,8%) gefolgt von der Herzinsuffizienz und Schock ohne äußerst schwere Begleiterkrankungen (1,4%) sowie der Endoprothesenimplantation oder -revision am Kniegelenk (1,3%) an oberster Stelle. Zusammenge­nommen entfielen auf diese drei DRGs für die Behandlung von 575 072 Patientinnen und Patienten 4,4% der Behandlungserlöse mit einem Volumen von etwa 2,7 Milliarden Euro (Tabelle 20–11).

Tabelle 20–11

DRGs nach Anteil am Erlösvolumen 2013

DRG	Bezeichnung	Fälle ¹⁾	Anteil	Erlös-	Anteil
			an allen	volumen ²⁾	am Erlös-
			Fällen	in 1 000 EUR	volumen
			in %		in %
I47B	Revision oder Ersatz des Hüftgelenks ohne komplizierende Diagnose, ohne komplizierenden Eingriff	155 344	0,9	1 060 118	1,8
F62B	Herzinsuffizienz und Schock ohne äußerst schwere Begleiterkrankung	307 493	1,7	817 242	1,4
I44B	Endoprothesenimplantation/-revision am Kniegelenk, ohne äußerst schwere Komplikation oder Begleiterkrankung	112 235	0,6	796 016	1,3
I68D	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, mehr als ein Belegungstag, bei and. Femurfraktur etc.	311 682	1,7	576 635	1,0
G67C	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne komplexe Prozedur, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere Begleiterkrankung	457 861	2,5	544 120	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 jährlichen Fallpauschalenvereinbarung. Zusatzentgelte und nicht mit dem Fallpauschalenkatalog bewertete und vergütete vollstationäre Leistungen sind in der Berechnung nicht eingeschlossen.

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2016

WIdO

Nach der DRG-Bewertungsrelation waren die teuersten und komplexesten Behandlungen die Versorgung von Schwerstverletzten mit Polytrauma beziehungsweise von Koma-Patienten, die einer hochaufwändigen intensivmedizinischen Behandlung bedurften (A06A und A06B). Hierzu gehörte auch die Transplantation lebenswichtiger Organe, unter anderem von Leber, Lunge und Herz, mit einer Langzeitbeatmung der Patienten (A18Z). Für diese drei DRGs wurden näherungsweise 326,2 Millionen Euro im Rahmen der notfall- und intensivmedizinischen Behandlung von gut 1 700 Patientinnen und Patienten abgerechnet, was einen Anteil von 0,5 % am Erlösvolumen ausmachte. Die auf Basis ihrer Bewertungsrelation teuerste DRG mit der Durchführung einer hochkomplexen Operation oder einer intensivmedizinischen Komplexbehandlung und Beatmung von über 1 799 Stunden (A06A) kostete je Patientin/Patient rund 217 700 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 (5,44), Intensiv-

Tabelle 20–12

Komplexe Leistungen: Am höchsten bewertete DRGs 2013

DRG	Bezeichnung	Bewertungs- relation	Fälle ¹⁾	Anteil	Erlös-	Anteil
				an allen Fällen	volumen ²⁾	am Erlös- volumen
				in %	in 1 000 EUR	in %
A06A	Operation oder Polytrauma mit hochkomplexem Eingriff oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung sowie Beatmung über 1 799 Stunden	62,477	411	0,002	89 486	0,15
A18Z	Transplantation von Leber, Lunge, Herz und Knochenmark oder Stammzelltransfusion mit Beatmung über 999 Stunden	59,197	158	0,001	45 627	0,08
A06B	Operation oder Polytrauma ohne hochkomplexen Eingriff oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung sowie Beatmung über 1 799 Stunden	49,076	1 121	0,006	191 082	0,32
P61A	Neugeborenes, Aufnahmege- wicht < 600 g mit signifikanter OR-Prozedur	43,315	190	0,001	26 658	0,04
A07A	Operation oder Polytrauma mit hochkomplexem oder dreizeitigem komplexen Eingriff oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung sowie Beatmung > 999 und < 1800 Stunden	41,789	1 017	0,006	148 661	0,25

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 jährlichen Fallpauschalenvereinbarung. Zusatzentgelte und nicht mit dem Fallpauschalenkatalog bewertete und vergütete vollstationäre Leistungen sind in der Berechnung nicht eingeschlossen.

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2016

WlD0

medizin (4,80) und Kinderkardiologie (3,50). Das leichteste Erkrankungsspektrum wurde in der Geburtshilfe (0,47), der Augenheilkunde (0,59) sowie der Frauenheilkunde und Geburtshilfe (0,62) behandelt. Eine differenzierte Übersicht zum Case-mix-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 von Hamburg (3 905 Euro) und Berlin (3 711 Euro) sowie in Baden-Württemberg (3 439 Euro) erzielt. Am niedrigsten lagen sie in Sachsen-Anhalt (3 169 Euro), in Niedersachsen (3 202 Euro) und Brandenburg (3 243 Euro). Aufgrund der unterschiedlich hohen Landesbasisfallwerte korrespondieren die durchschnittlichen Fallerlöse nicht durchgängig mit dem Schweregrad der behandelten Patientinnen und Patienten. So

Tabelle 20–13

Casemix, Casemix-Index und Erlöse je Fall nach Bundesländern 2013

Sitz des Krankenhauses	Casemix ¹⁾			Casemix-Index ²⁾	Erlös je Fall ³⁾ in Euro	
	Insgesamt	DRG-Partition				
		O	M			A
Deutschland	19 613 821	11 882 347	6 606 254	1 125 219	1,09	3 333
Baden-Württemberg	2 240 478	1 412 069	738 319	90 090	1,10	3 439
Bayern	2 927 721	1 810 217	985 224	132 281	1,05	3 254
Berlin	933 086	592 446	266 389	74 252	1,23	3 711
Brandenburg	550 187	305 094	200 998	44 095	1,08	3 243
Bremen	216 628	133 546	70 633	12 450	1,09	3 390
Hamburg	565 577	380 359	146 059	39 159	1,26	3 905
Hessen	1 374 349	832 855	448 279	93 215	1,08	3 320
Mecklenburg-Vorp.	419 531	250 254	150 462	18 815	1,08	3 271
Niedersachsen	1 708 646	1 032 126	591 175	85 344	1,06	3 202
Nordrhein-Westfalen	4 608 005	2 724 904	1 581 341	301 761	1,09	3 298
Rheinland-Pfalz	898 509	517 268	333 436	47 805	1,01	3 273
Saarland	283 674	167 439	101 497	14 738	1,08	3 407
Sachsen	1 075 635	651 831	377 224	46 581	1,12	3 366
Sachsen-Anhalt	601 788	345 483	218 244	38 061	1,05	3 169
Schleswig-Holstein	588 239	362 026	181 493	44 720	1,10	3 314
Thüringen	621 766	364 429	215 483	41 854	1,11	3 323

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 jährlichen Fallpauschalenvereinbarung. 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 Bewertungsrelationen und dem jeweiligen Landesbasisfallwert (mit Angleichungsbetrag) der behandelten Krankenhausfälle. Berücksichtigt sind tagesbezogene Abschläge bei Unterschreitung der unteren Grenzverweildauer und Zuschläge bei Überschreitung der oberen Grenzverweildauer sowie Verlegungen nach den Regelungen der jährlichen Fallpauschalenvereinbarung. Zusatzentgelte und nicht mit dem Fallpauschalenkatalog bewertete und vergütete vollstationäre Leistungen sind in der Berechnung nicht eingeschlossen.

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2016

WIdO

liegen zum Beispiel bei einem CMI von jeweils 1,08 die durchschnittlichen Fall-erlöse der Krankenhäuser im Saarland bei 3 407 Euro, in Hessen bei 3 320 Euro, in Mecklenburg-Vorpommern bei 3 271 Euro und in Brandenburg bei 3 243 Euro (Tabelle 20–13).