

Krankenhaus-Report 2017

„Zukunft gestalten“

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

Schattauer (Stuttgart) 2017

Auszug Seite 321-353



19	Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik: Diagnosen und Prozeduren der Krankenhauspatienten auf Basis der Daten nach § 21 Krankenhausentgeltgesetz	321
	<i>Jutta Spindler</i>	
19.1	Vorbemerkung	322
19.2	Erläuterungen zur Datenbasis	323
19.3	Eckdaten der vollstationär behandelten Krankenhauspatientinnen und -patienten	324
19.4	Ausgewählte Hauptdiagnosen mit den wichtigsten Nebendiagnosen der Behandelten.....	328
19.5	Operationen und medizinische Prozeduren	332
19.6	Behandlungsspektrum bei den Patientinnen und Patienten in den Fachabteilungen.....	340
19.7	Leistungsmengen und Leistungsstrukturen der Krankenhäuser	347

19 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 2014, 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 2014, 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).

19.1 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 2014 dargestellt, die das Informationsspektrum der herkömmlichen amtlichen Krankenhausstatistik (vgl. hierzu die Kapitel 17 und 18 in diesem Band) ergänzen und erweitern.

1 Nach § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2229) geändert worden ist, ist die Anwendung eines pauschalierenden und leistungsorientierten Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen mit einer entsprechenden budgetneutralen Umsetzung ab 2013 festgelegt.

Der vom Bundeskabinett im August 2016 beschlossene Entwurf eines „Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen“ (PsychVVG) sieht die Vergütung auf der Grundlage krankenhausesindividueller Budgets in der stationären Psychiatrie und Psychosomatik ab dem Jahr 2017 vor. Verbindlich für alle Krankenhäuser in diesem Bereich soll das bundesweite und empirisch kalkulierte Entgeltsystem zum 1. Januar 2018 eingeführt werden (Gesetzentwurf Drs-Nr. 429/16).

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.

19.2 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 2014 beruhen auf den Struktur- und Leistungsdaten von 1 539 Krankenhäusern und umfassen knapp 18,5 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 2014 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 17 und 18) 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).

19.3 Eckdaten der vollstationär behandelten Krankenhauspatientinnen und -patienten

Nach der Fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik wurden im Jahr 2014 18,5 Millionen Patientinnen und Patienten⁴ aus einer vollstationären Krankenhausbehandlung entlassen. Dies waren 398 108 Fälle oder 2,2% mehr als im Jahr zuvor. Altersstandardisiert⁵ stieg die Fallzahl im Vergleich zum Vorjahr um 1,7%. Im Durchschnitt dauerte ein Krankenhausaufenthalt 6,3 Tage und nahm im Vergleich zum Vorjahr weiter um 0,2 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 22 770 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 (128 891) und dem Personenkreis im höheren und sehr hohen Alter wie auch in den Vorjahren besonders hoch. Bei den über 75-Jährigen wurden beispielsweise 60 097 Patientinnen und Patienten je 100 000 Einwohner behandelt.

Wohnortbezogen⁶ gab es die meisten Behandlungsfälle je 100 000 Einwohner in Sachsen-Anhalt (27 120 Fälle), in Thüringen (26 522 Fälle) und im Saarland (25 809 Fälle). Im Gegensatz dazu war die geringste Anzahl an Behandlungsfällen je 100 000 Einwohner in Baden-Württemberg (19 019 Fälle), Berlin (20 172 Fälle) und Hamburg (20 443 Fälle) zu verzeichnen (Tabelle 19–1).

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

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 der durchschnittlichen Bevölkerung 2014 auf Grundlage des Zensus 2011.

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 > Raumbewertung > Raumabgrenzung > Siedlungsstrukturelle Regionstypen)

Tabelle 19–1

Patientinnen und Patienten nach Behandlungs- und Wohnort sowie Behandlungsfälle je 100 000 Einwohner 2014

	Behandlungsort der Patienten	Wohnort der Patienten	Fälle* je 100 000 Einwohner
	Anzahl	Anzahl	
Baden-Württemberg	2 082 994	2 030 083	19 019
Bayern	2 863 189	2 803 662	22 167
Berlin	786 348	695 093	20 172
Brandenburg	534 863	622 571	25 374
Bremen	203 142	136 863	20 748
Hamburg	468 842	358 682	20 443
Hessen	1 304 404	1 341 921	22 109
Mecklenburg-Vorpommern	395 746	394 783	24 708
Niedersachsen	1 643 908	1 744 729	22 344
Nordrhein-Westfalen	4 375 607	4 347 419	24 694
Rheinland-Pfalz	916 564	963 930	24 080
Saarland	265 972	255 473	25 809
Sachsen	980 208	959 687	23 691
Sachsen-Anhalt	579 833	607 508	27 120
Schleswig-Holstein	563 026	605 281	21 438
Thüringen	567 173	572 567	26 522

*auf Basis des Wohnorts. Berechnet mit der durchschnittlichen Bevölkerung 2014 auf Grundlage des Zensus 2011

Quelle: Statistisches Bundesamt 2016

Krankenhaus-Report 2017

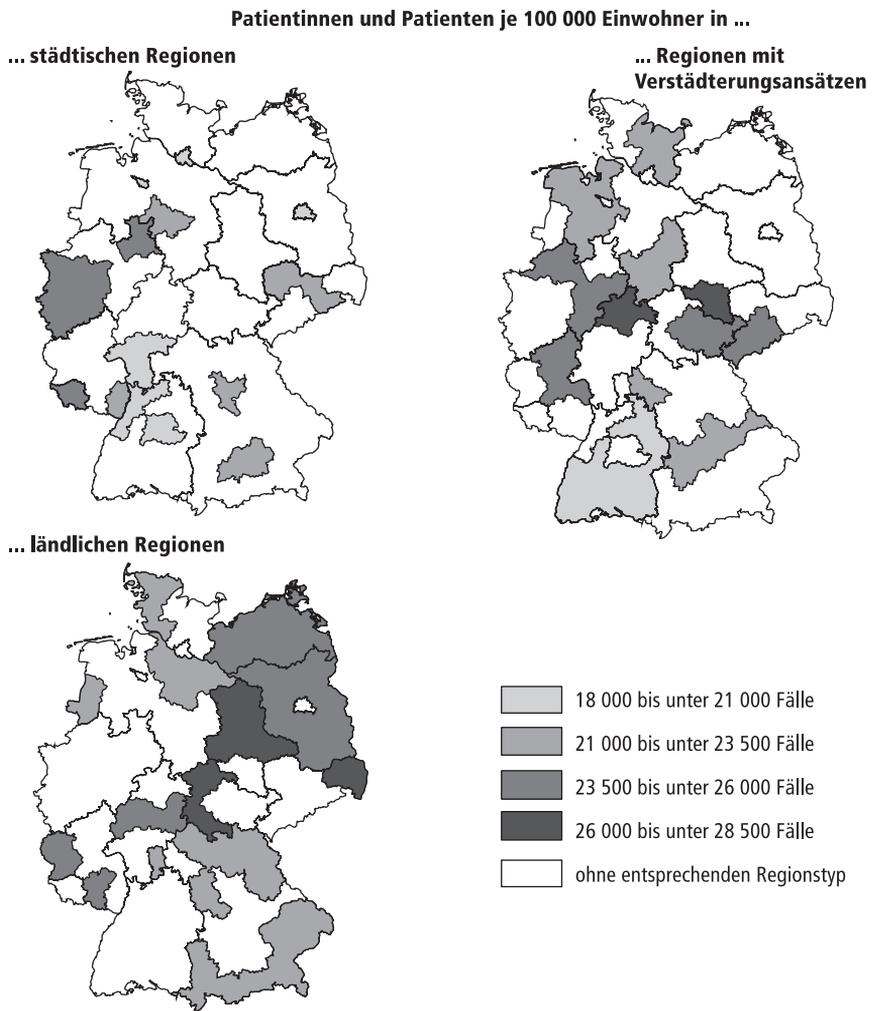
WIdO

anderem bedingt durch die Altersstruktur der Bevölkerung liegt insgesamt die Zahl der stationär versorgten Patientinnen und Patienten je 100 000 Einwohner in ländlichen Regionen (24 248 Fälle) deutlich höher als in städtischen Regionen (22 101 Fälle) und in Regionen mit Verstärkungsansätzen (22 557 Fälle). Regional betrachtet wurden in ländlichen Regionen vor allem in den neuen Bundesländern insbesondere in Thüringen (28 388 Fälle), Sachsen-Anhalt (27 695 Fälle) und Sachsen (26 375 Fälle) die meisten Patientinnen und Patienten je 100 000 Einwohner stationär behandelt. In Regionen mit Verstärkungsansätzen lagen Hessen (26 617 Fälle), Bremen (26 138 Fälle) sowie wiederum Sachsen-Anhalt (26 135 Fälle) an der Spitze. Die vordersten Plätze in städtischen Regionen nahmen das Saarland (25 831 Fälle), Nordrhein-Westfalen (24 652 Fälle) und Rheinland-Pfalz (22 480 Fälle) ein (Abbildung 19–1).

Unter Einbezug der Dauer des Krankenhausaufenthaltes der Behandelten gab es 526 651 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 2014 betrug ihr Anteil an allen Be-

Abbildung 19–1

Patientinnen und Patienten je 100 000 Einwohner 2014 nach Bundesland und Siedlungsstruktur (Regionstyp)



Bearbeitung und Generalisierung: Statistisches Bundesamt; Geoinformationen © GeoBasis-DE / Bundesamt für Kartographie und Geodäsie (BKG) 2015 (Daten verändert)

Krankenhaus-Report 2017

WIDO

Abbildung 19–2

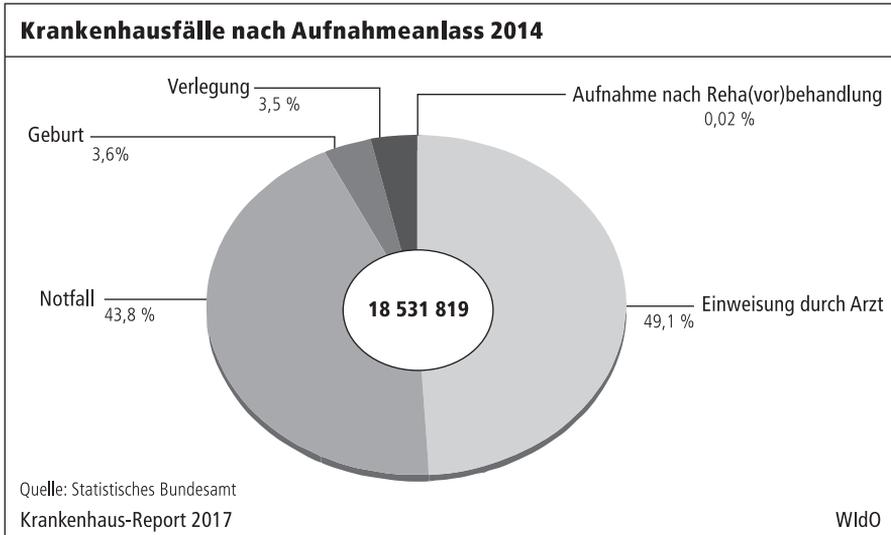
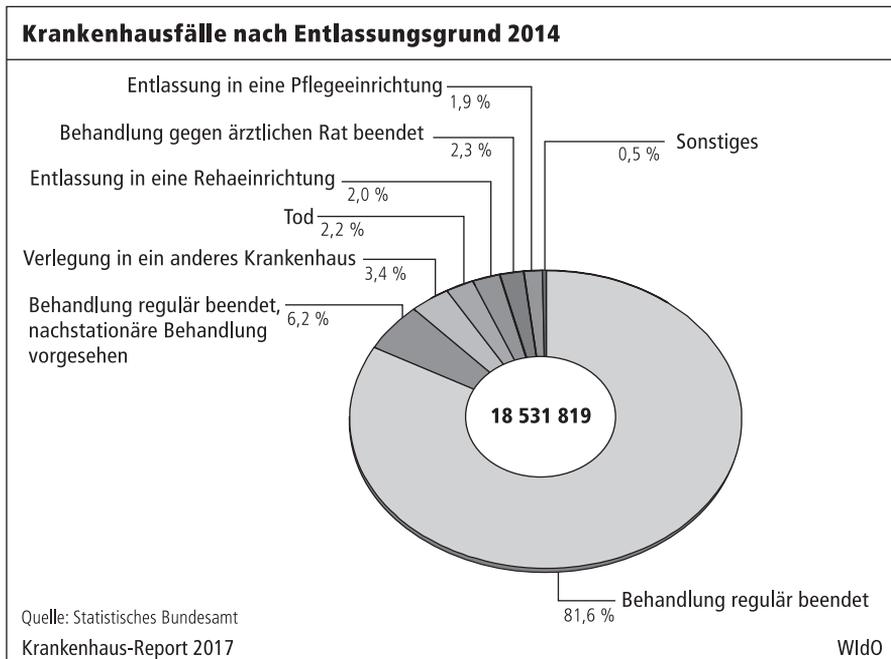


Abbildung 19–3



handlungsfällen 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 7,9 Millionen. Diese Patientengruppe entsprach einem Anteil von 42,4 % der Behandlungsfälle. Gegenüber dem Vorjahr war bei Kurzliegern ein Anstieg um 5,2 % und bei Stundenfällen um 3,1 % zu verzeichnen.

Im Hinblick auf den Aufnahmeanlass erfolgte im Jahr 2014 bei 49,1 % der Fälle die Aufnahme in die vollstationäre Krankenhausbehandlung aufgrund einer ärztlichen Einweisung. Bei 43,8 % war die Krankenhausaufnahme als Notfall bezeichnet (Abbildung 19–2).

Der häufigste Entlassungsgrund bei den Patientinnen und Patienten war die reguläre Beendigung der Behandlung. In 81,6 % 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 (6,2 %). Entgegen ärztlichem Rat wurde die Behandlung in 2,3 % der Fälle abgebrochen. Die Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung mit einer entsprechenden Weiterbehandlung erfolgte in 2,0 % und die Unterbringung in einer Pflegeeinrichtung in 1,9 % der Fälle (Abbildung 19–3).

19.4 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 beste-

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 19–2

Hauptdiagnose Herzinsuffizienz (I50) mit ihren häufigsten Nebendiagnosen und Operationen 2014

Pos.-Nr. ICD-10/Hauptdiagnose Herzinsuffizienz		Anzahl	
I50		433 512	
Rang	Pos.-Nr. ICD-10/Nebendiagnose	Anzahl	in %
Insgesamt		4852521	100,0
1	I25 Chronische ischämische Herzkrankheit	247 363	5,1
2	I48 Vorhofflimmern und Vorhofflattern	237 379	4,9
3	I10 Essentielle (primäre) Hypertonie	210 825	4,3
4	N18 Chronische Nierenkrankheit	197 140	4,1
5	I50 ²⁾ Herzinsuffizienz	183 046	3,8
Rang	Operationen nach Kapitel 5 ¹⁾	Anzahl	in %
Insgesamt³⁾		46759	100,0
1	5-377 Implantation eines Herzschrittmachers und Defibrillators	11 251	24,1
2	5-378 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators	3 140	6,7
3	5-452 Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	2 508	5,4
4	5-469 Andere Operationen am Darm	2 224	4,8
5	5-399 Andere Operationen an Blutgefäßen	2 097	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 2016

Krankenhaus-Report 2017

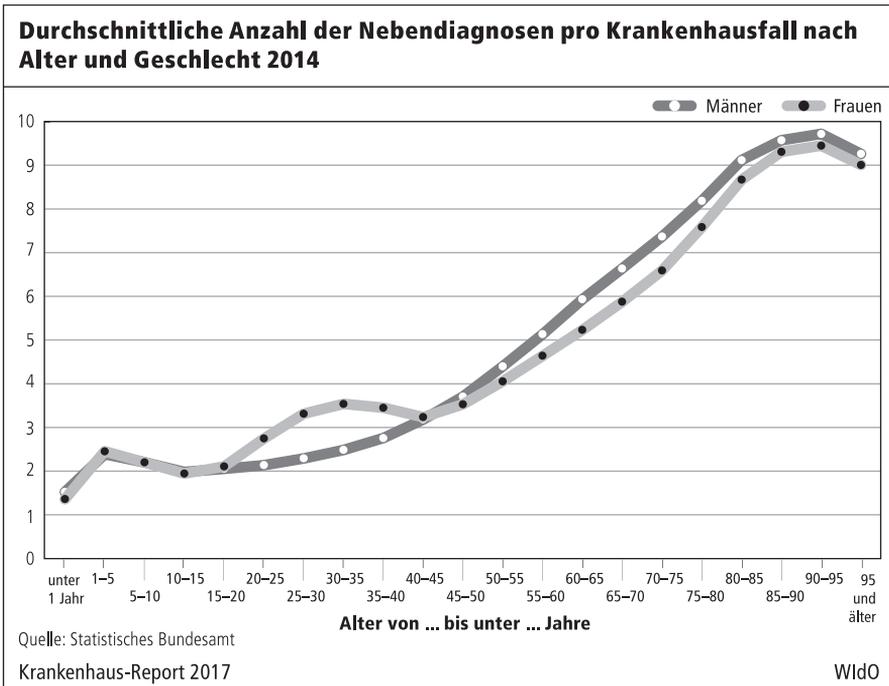
WIdO

hen 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 2014 mit Abstand am häufigsten aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems (2,9 Millionen Fälle) stationär behandelt. Weitere Behandlungsanlässe waren vor allem Krankheiten des Verdauungssystems sowie Verletzungen, Vergiftungen und andere Folgen äußerer Ursachen (jeweils 1,9 Millionen Fälle). 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 (Tabelle 19–2).

Lässt man die Versorgung gesunder Neugeborener (Z38) unberücksichtigt, war mit 433 512 Fällen die Herzinsuffizienz (I50) die am häufigsten gestellte Hauptdia-

Abbildung 19–4



gnose. 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 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).

Eine Übersicht der weiteren wichtigen Hauptdiagnosen in Verbindung mit den entsprechenden Nebendiagnosen ist im Internetportal www.krankenhaus-report-online.de (Zusatztable 19–a) zu finden.

Im Jahr 2014 wurden durchschnittlich 5,5 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 19–4).

Im Durchschnitt werden bei Frauen nur in den Altersgruppen der 15- bis unter 45-Jährigen – vorwiegend verursacht durch die schwangerschaftsbedingten Be-

handlungen – mehr Nebendiagnosen als bei den Männern gestellt. Unterschiede zeigen sich auch, wenn nach dem Wohnort der Behandelten unterschieden wird. Danach weisen Patientinnen und Patienten aus Mecklenburg-Vorpommern (6,3 Nebendiagnosen) und Brandenburg (6,2 Nebendiagnosen) im Schnitt etwas höhere Werte als Patientinnen und Patienten aus Hessen (4,8 Nebendiagnosen), Hamburg (5,0 Nebendiagnosen) und Bayern (5,2 Nebendiagnosen) auf.

Tabelle 19–3

Die häufigsten Nebendiagnosen 2014

Rang	Pos.-Nr. ICD-10	Nebendiagnose ¹⁾	Anzahl	in %
Insgesamt			101 112 581	100,0
1	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	6 447 801	6,4
2	Z92	Medizinische Behandlung in der Eigenanamnese	3 042 156	3,0
3	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	2 761 262	2,7
4	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	2 639 608	2,6
5	E87	Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts	2 287 329	2,3
6	E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	2 254 298	2,2
7	Z95	Vorhandensein von kardialen oder vaskulären Implantaten oder Transplantaten	2 001 015	2,0
8	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	1 900 977	1,9
9	Z74	Probleme mit Bezug auf Pflegebedürftigkeit	1 829 439	1,8
10	N18	Chronische Nierenkrankheit	1 793 479	1,8
11	I50	Herzinsuffizienz	1 748 380	1,7
12	E03	Sonstige Hypothyreose	1 332 109	1,3
13	E66	Adipositas	1 134 510	1,1
14	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	1 107 092	1,1
15	B96	Sonstige näher bezeichnete Bakterien als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind	1 043 240	1,0
16	J96	Respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert	990 169	1,0
17	O09	Schwangerschaftsdauer	975 468	1,0
18	Z03	Ärztliche Beobachtung und Beurteilung von Verdachtsfällen	949 421	0,9
19	B95	Streptokokken und Staphylokokken als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind	886 586	0,9
20	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenerkrankheit	861 382	0,9
21	E86	Volumenmangel	851 491	0,8
22	U50	Motorische Funktionseinschränkung	753 882	0,7
23	I11	Hypertensive Herzkrankheit	735 315	0,7
24	D62	Akute Blutungsanämie	711 729	0,7
25	Z96	Vorhandensein von anderen funktionellen Implantaten	697 095	0,7

Quelle: Statistisches Bundesamt 2016

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 Frauen waren über die essentielle primäre Hypertonie und medizinische Behandlung in der Eigenanamnese hinaus auf Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts (E87) weitere wichtige Begleiterkrankungen. Die chronische ischämische Herzkrankheit spielte bei ihnen eine wesentlich geringere Rolle als bei Männern (Rang 9 zu Rang 2 der häufigsten Begleiterkrankungen). Insgesamt bilden bereits die in Tabelle 19–3 aufgeführten fünfundzwanzig häufigsten Nebendiagnosen gut 40% des Spektrums aller Begleiterkrankungen 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 19–b bis 19–d) zu finden.

19.5 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 Codes vorgesehen. Darüber hinaus wird die Versorgung von intraoperativen Komplikationen gesondert verschlüsselt. Dementsprechend sind ggf. Mehrfachkodierungen je behandelten Krankenhausfall nachgewiesen.

Im Berichtsjahr 2014 wurden bei den vollstationär versorgten Patientinnen und Patienten insgesamt knapp 54,2 Millionen Operationen und medizinische Prozeduren durchgeführt. Im Vergleich zum Vorjahr entspricht dies einer Zunahme um 4,3%. 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 (3,3 Maßnahmen) und Berlin (3,2 Maßnahmen) behandelt wurden, etwas höher als in Rheinland-Pfalz und Niedersachsen (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 70-Jährigen fast kontinuierlich an. Sie lag im Jahr 2014 bei den Behandelten dieser Altersgruppen mit durchschnittlich 3,4 Maßnahmen dieser Art pro Patientin bzw. 3,8 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 2014 bei den über 95-Jährigen auf einem annähernd vergleichbaren Niveau wie bei den Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Auch lag die durchschnittliche Anzahl der Operationen und Prozeduren pro Krankenhausfall in allen Altersgruppen bei Männern über der entsprechenden Anzahl bei Frauen (Abbildung 19–5).

Abbildung 19–5

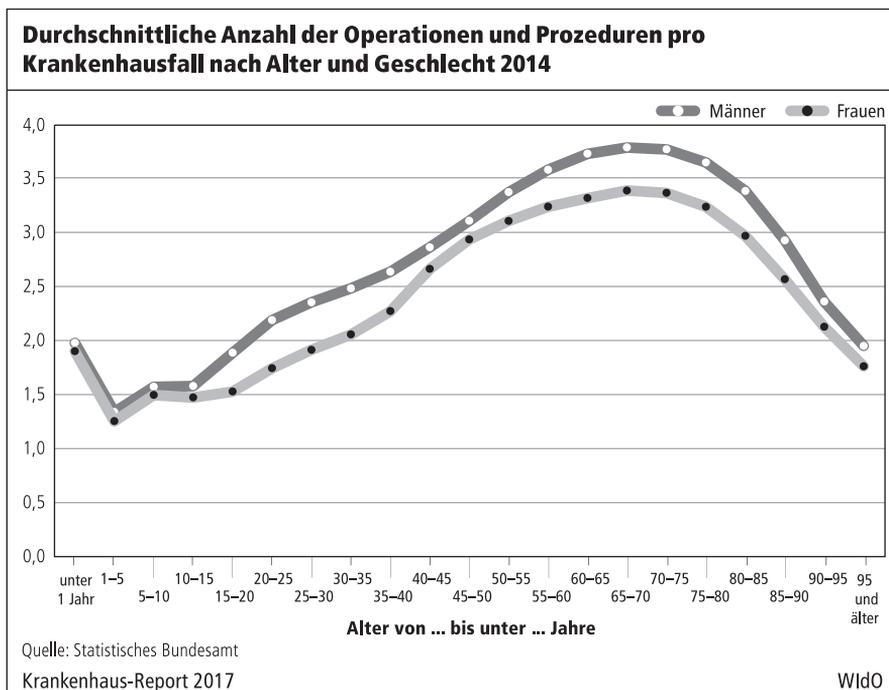
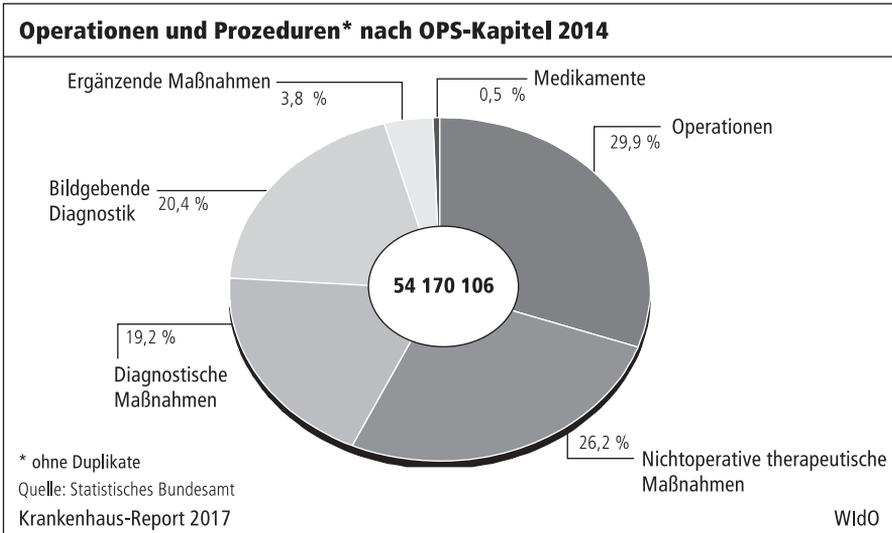


Abbildung 19–6



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 26,2% auf nichtoperative therapeutische Maßnahmen (14,2 Millionen), 20,4% auf die bildgebende Diagnostik (11,0 Millionen), 19,2% auf diagnostische Maßnahmen (10,4 Millionen) und 0,5% auf die Verabreichung spezieller Medikamente (286 717). Am häufigsten wurden aber Operationen (16,2 Millionen) mit einem Anteil von 29,9% bei den Patientinnen und Patienten veranlasst. Den größten Anstieg gegenüber dem Vorjahr gab es bei den ergänzenden Maßnahmen mit einem Zuwachs von 7,8% (Abbildung 19–6).

Inwieweit sich Unterschiede bei den durchgeführten Operationen und medizinischen Prozeduren von Frauen und Männern in verschiedenen Altersgruppen zeigen, verdeutlicht Tabelle 19–4.

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 relativ stabil geblieben. Seit 2008 wird die 40%-Marke regelmäßig unterschritten und lag aktuell im Jahr 2014 bei 38,0%.

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 (4,6 Mil-

Tabelle 19–4

Operationen und Prozeduren nach OPS-Kapitel, Alter und Geschlecht 2014

Operation/Prozedur ¹⁾ nach OPS-Kapitel	Insgesamt ²⁾	davon im Alter von ... bis unter Jahren				
		0–20	20–40	40–60	60–85	85 und älter
Frauen		Anzahl				
Insgesamt	26 631 969	1 760 189	3 584 563	5 773 422	13 030 390	2 483 400
Diagnostische Maßnahmen	4 916 055	450 272	458 989	1 076 249	2 511 195	419 349
Bildgebende Diagnostik	5 339 367	133 153	415 535	1 139 779	2 984 474	666 425
Operationen	8 528 376	352 936	1 685 917	2 274 839	3 711 645	503 038
Medikamente	122 489	11 254	9 114	32 704	65 540	3 877
Nichtoperative Therapeutische Maßnahmen	6 394 425	439 250	492 767	1 158 840	3 512 940	790 628
Ergänzende Maßnahmen	1 327 587	373 115	520 570	90 462	243 497	99 941
Unbekannte Operation/Maßnahmen	3 670	209	1 671	549	1 099	142
Männer						
Insgesamt	27 537 258	1 994 143	2 162 343	6 913 731	15 096 591	1 370 387
Diagnostische Maßnahmen	5 461 516	455 479	379 536	1 331 116	3 039 124	256 260
Bildgebende Diagnostik	5 704 457	147 567	443 612	1 438 667	3 341 777	332 812
Operationen	7 672 852	465 337	931 232	2 230 079	3 762 746	283 456
Medikamente	164 211	13 503	10 273	45 637	91 655	3 143
Nichtoperative Therapeutische Maßnahmen	7 778 375	532 877	381 106	1 792 796	4 621 267	450 291
Ergänzende Maßnahmen	752 074	378 890	16 008	74 600	238 260	44 316
Unbekannte Operation/Maßnahmen	3 773	490	576	836	1 762	109

¹⁾ Ohne Duplikate²⁾ Einschl. der Fälle mit unbekanntem Alter

Quelle: Statistisches Bundesamt 2016

Tabelle 19–5

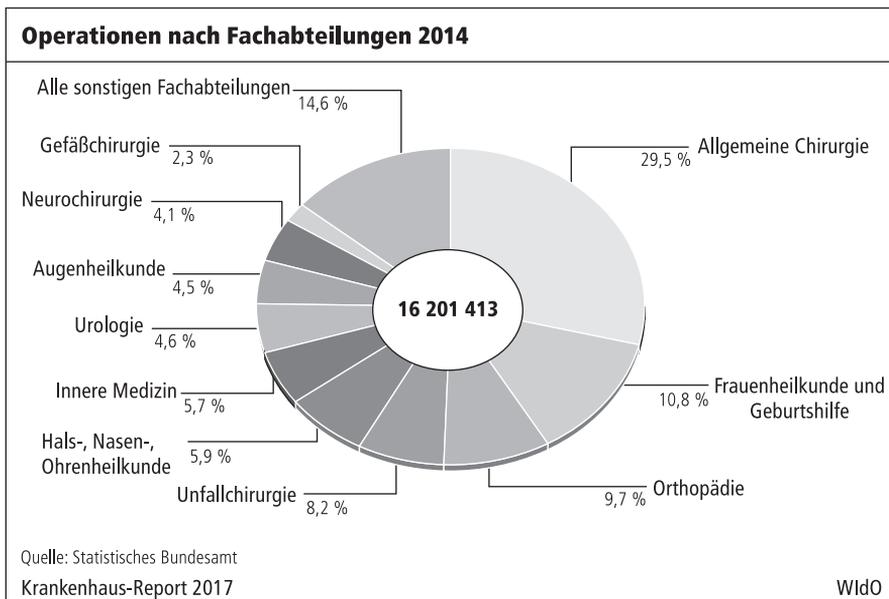
Operationen 2014 nach Bereichsüberschriften

OPS-Schlüssel	Operation ¹⁾	Insgesamt	Männer	Frauen	Insgesamt	Männer	Frauen
		Anzahl			Veränderung zum Vorjahr in Prozent		
5	Operationen	16 201 413	7 672 852	8 528 376	2,4	2,6	2,2
5-01–5-05	Operationen am Nervensystem	748 805	378 013	370 787	3,4	3,0	3,7
5-06–5-07	Operationen an endokrinen Drüsen	169 941	48 641	121 298	–3,0	–5,2	–2,1
5-08–5-16	Operationen an den Augen	591 065	291 596	299 451	4,0	4,4	3,7
5-18–5-20	Operationen an den Ohren	156 313	88 957	67 355	0,3	1,0	–0,5
5-21–5-22	Operationen an Nase und Nasennebenhöhlen	440 394	264 527	175 863	0,4	–0,2	1,2
5-23–5-28	Operationen an Mundhöhle und Gesicht	332 734	180 682	152 050	0,8	0,4	1,4
5-29–5-31	Operationen an Pharynx, Larynx und Trachea	116 040	76 510	39 527	–1,6	–1,2	–2,5
5-32–5-34	Operationen an Lunge und Bronchus	174 034	110 572	63 458	4,9	4,8	5,2
5-35–5-37	Operationen am Herzen	416 574	272 266	144 302	4,7	4,3	5,4
5-38–5-39	Operationen an den Blutgefäßen	753 787	422 665	331 120	2,8	3,0	2,5
5-40–5-41	Operationen am hämatopoetischen und Lymphgefäßsystem	189 259	59 266	129 992	–4,6	–1,1	–6,1
5-42–5-54	Operationen am Verdauungstrakt	2 446 958	1 285 746	1 161 163	2,1	2,3	1,9
5-55–5-59	Operationen an den Harnorganen	577 164	378 619	198 539	1,3	1,7	0,7
5-60–5-64	Operationen an den männlichen Geschlechtsorganen	213 930	212 944	/	0,4	0,4	/
5-65–5-71	Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen	651 639	–	651 639	1,8	–	1,8
5-72–5-75	Geburtshilffliche Operationen	838 170	–	838 170	5,5	–	5,5
5-76–5-77	Operationen an Kiefer- und Gesichtsschädelknochen	78 959	46 458	32 500	0,8	–0,1	2,2
5-78–5-86	Operationen an den Bewegungsorganen	4 553 288	2 116 388	2 436 859	1,5	2,0	1,1
5-87–5-88	Operationen an der Mamma	165 883	5 555	160 323	–2,6	0,2	–2,7
5-89–5-92	Operationen an Haut und Unterhaut	1 297 443	726 339	571 093	4,7	4,9	4,4
5-93–5-99	Zusatzinformationen zu Operationen	1 289 033	707 108	581 901	5,0	5,2	4,7

¹⁾ Ohne Duplikate

Quelle: Statistisches Bundesamt 2016

Abbildung 19–7



tionen), gefolgt von Operationen am Verdauungstrakt (2,4 Millionen) sowie an Haut und Unterhaut (1,3 Millionen). Rund die Hälfte der operativen Eingriffe wurde in den drei Fachabteilungen¹² Allgemeine Chirurgie (29,5%), Frauenheilkunde und Geburtshilfe (10,8%) sowie der Orthopädie (9,7%) erbracht (Abbildung 19–7 und Tabelle 19–5).

Nach Vierstellern des OPS aufgeschlüsselt erfolgten bei Frauen wie im Vorjahr am häufigsten die Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur/Dammriss (295 759 Eingriffe), sonstige Kaiserschnittentbindungen (226 744 Eingriffe) und sonstige Operationen am Darm (209 317 Eingriffe). Bei Männern lagen ebenfalls wie im Vorjahr an erster Stelle die sonstigen Operationen am Darm (172 415 Eingriffe), gefolgt von dem Verschluss eines Leistenbruchs (155 999 Eingriffe) und der arthroskopischen Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken (146 199 Eingriffe). Tabelle 19–6 weist die 30 häufigsten chirurgischen Maßnahmen nach Vierstellern aus, die etwas mehr als ein Drittel aller durchgeführten Operationen umfassen.

Tabelle 19–7 gibt einen Überblick über die 30 häufigsten Operationen nach Dreistellern des OPS, die im Jahr 2014 erbracht wurden. Diese decken knapp 70% aller operativen Maßnahmen ab. Nach dieser Gliederung waren die Spitzenreiter bei den chirurgischen Eingriffen der Frauen Operationen an sonstigen Knochen (493 598 Eingriffe), Operationen an der Wirbelsäule (413 906 Eingriffe) und arthroskopische Gelenkoperationen (402 346 Eingriffe). Bei Männern wurden der Rang-

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

Tabelle 19–6

Die häufigsten Operationen¹⁾ 2014 nach Vierstellern

Rang	OPS-Schlüssel/Operation	Anzahl	Prozent
5	Operationen insgesamt^{1) 2)}	16 201 413	100,0
1	5-469 Andere Operationen am Darm	381 739	2,4
2	5-758 Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]	295 759	1,8
3	5-032 Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis	285 720	1,8
4	5-812 Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	280 770	1,7
5	5-513 Endoskopische Operationen an den Gallengängen	256 493	1,6
6	5-896 Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	232 705	1,4
7	5-749 Andere Sectio caesarea	226 744	1,4
8	5-820 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	219 325	1,4
9	5-811 Arthroskopische Operation an der Synovialis	204 382	1,3
10	5-511 Cholezystektomie	200 376	1,2
11	5-794 Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	198 200	1,2
12	5-839 Andere Operationen an der Wirbelsäule	180 546	1,1
13	5-787 Entfernung von Osteosynthesematerial	177 769	1,1
14	5-530 Verschluss einer Hernia inguinalis	176 300	1,1
15	5-814 Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes	173 804	1,1
16	5-800 Offen chirurgische Revision eines Gelenkes	171 145	1,1
17	5-916 Temporäre Weichteildeckung	169 842	1,0
18	5-452 Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	168 916	1,0
19	5-810 Arthroskopische Gelenkrevision	159 790	1,0
20	5-900 Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	159 588	1,0
21	5-790 Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	154 851	1,0
22	5-831 Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe	154 205	1,0
23	5-788 Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes	152 647	0,9
24	5-215 Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]	151 225	0,9
25	5-895 Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	150 054	0,9
26	5-822 Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk	149 126	0,9
27	5-385 Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	143 743	0,9
28	5-892 Andere Inzision an Haut und Unterhaut	140 672	0,9
29	5-399 Andere Operationen an Blutgefäßen	139 254	0,9
30	5-377 Implantation eines Herzschrittmachers und Defibrillators	131 968	0,8

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

Tabelle 19–7

Die häufigsten Operationen¹⁾ 2014 nach Dreistellern

Rang	OPS-Schlüssel/Operation	Anzahl	Prozent
	5 Operationen insgesamt^{1) 2)}	16 201 413	100,0
1	5-81 Arthroskopische Gelenkoperationen	886 964	5,5
2	5-78 Operationen an anderen Knochen	818 556	5,1
3	5-83 Operationen an der Wirbelsäule	780 463	4,8
4	5-89 Operationen an Haut und Unterhaut	680 974	4,2
5	5-79 Reposition von Fraktur und Luxation	606 289	3,7
6	5-82 Endoprothetischer Gelenk- und Knochenersatz	535 470	3,3
7	5-51 Operationen an Gallenblase und Gallenwegen	477 546	3,0
8	5-46 Andere Operationen an Dün- und Dickdarm	469 527	2,9
9	5-38 Inzision, Exzision und Verschluss von Blutgefäßen	458 977	2,8
10	5-03 Operationen an Rückenmark, Rückenmarkhäuten und Spinalkanal	437 709	2,7
11	5-80 Offen chirurgische Gelenkoperationen	350 865	2,2
12	5-90 Operative Wiederherstellung und Rekonstruktion von Haut und Unterhaut	348 785	2,2
13	5-75 Andere geburtshilfliche Operationen	332 131	2,1
14	5-45 Inzision, Exzision, Resektion und Anastomose an Dün- und Dickdarm	323 087	2,0
15	5-21 Operationen an der Nase	318 099	2,0
16	5-53 Verschluss abdominaler Hernien	306 668	1,9
17	5-85 Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln	302 736	1,9
18	5-74 Sectio caesarea und Entwicklung des Kindes	295 489	1,8
19	5-39 Andere Operationen an Blutgefäßen	294 810	1,8
20	5-57 Operationen an der Harnblase	260 351	1,6
21	5-37 Rhythmuschirurgie und andere Operationen an Herz und Perikard	236 462	1,5
22	5-91 Andere Operationen an Haut und Unterhaut	227 431	1,4
23	5-15 Operationen an Retina, Choroidea und Corpus vitreum	219 280	1,4
24	5-54 Andere Operationen in der Bauchregion	192 300	1,2
25	5-68 Inzision, Exzision und Exstirpation des Uterus	175 107	1,1
26	5-40 Operationen am Lymphgewebe	174 170	1,1
27	5-65 Operationen am Ovar	172 179	1,1
28	5-49 Operationen am Anus	169 576	1,1
29	5-28 Operationen im Bereich des Naso- und Oropharynx	162 150	1,0
30	5-06 Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüse	161 250	1,0

¹⁾ Ohne Duplikate

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

folge nach betrachtet am häufigsten arthroskopische Gelenkoperationen (484616 Eingriffe), Operationen an Haut und Unterhaut (380015 Eingriffe) sowie Operationen an der Wirbelsäule (366547 Eingriffe) durchgeführt. Eine differenzierte Übersicht zu den häufigsten Operationen der männlichen und weiblichen Behandelten kann im Internetportal www.krankenhaus-report-online.de (Zusatztablelle 19–e bis 19–g) abgerufen werden.

Auf Ebene der Viersteller gab es unter den chirurgischen Maßnahmen den deutlichsten Anstieg im Vergleich zum Vorjahr bei der operativen Eileiterentfernung (30,1%). Danach folgten minimalinvasive Operationen an den Herzklappen (27,8%) sowie andere Operationen an der Prostata (21,2%). Der stärkste Rückgang war bei der operativen Entfernung eines Gewebekegels aus dem Gebärmutterhals im Bereich des Muttermundes (12,7%) zu verzeichnen. Ebenfalls rückläufig gegenüber dem Vorjahr war die Ausräumung mehrerer Lymphknoten einer Region im Rahmen einer sonstigen Operation (10,5%) sowie die Fixation der Netzhaut durch eindellende Operationen (8,1%). Nach Dreistellern aufgeschlüsselt zeigte sich im Vergleich zum Vorjahr der stärkste Zuwachs bei Operationen an den Eileitern (12,9%), weiterhin bei sonstigen Operationen an Lunge und Bronchus (10,9%) sowie an Haut und Unterhaut (8,7%). Zu den chirurgischen Maßnahmen mit dem höchsten Rückgang gehörten die Operationen an der Harnröhre (9,9%) und am Lymphgewebe (4,9%) sowie sonstige Operationen an den Harnorganen (4,4%). Die entsprechenden Tabellen sind im Internetportal www.krankenhaus-report-online.de (Zusatztablelle 19–h bis 19–l) zu finden.

Zur Vermeidung nicht notwendiger vollstationärer Krankenhausbehandlungen und zur Sicherstellung einer wirtschaftlichen und patientengerechten Versorgung sind weiterhin ambulante Operationen und sonstige stationersetzende Eingriffe in Krankenhäusern nach § 115b Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) möglich. Leistungen dieser Art werden jedoch nicht auf der Grundlage des DRG-Entgelt-systems, 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 17 in diesem Band) und nicht in der Fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik.

19.6 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 19–8

Durchlaufene Fachabteilungen 2014 nach Geschlecht

Durchlaufene Fachabteilungen ¹⁾	Patientinnen und Patienten					
	Insgesamt		Männer		Frauen	
	Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %
Eine Fachabteilung	16 722 558	90,2	7 775 784	89,2	8 946 527	91,1
Zwei Fachabteilungen	1 549 666	8,4	799 308	9,2	750 321	7,6
Drei und mehr	259 595	1,4	137 625	1,6	121 966	1,2

¹⁾ Ohne Rückverlegungen

Quelle: Statistisches Bundesamt 2016

Krankenhaus-Report 2017

WlD0

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 19–8).

Der größte Teil der Patientinnen und Patienten wurde in den Fachabteilungen Innere Medizin (5,6 Millionen Fälle), Allgemeine Chirurgie (3,1 Millionen Fälle) sowie Frauenheilkunde und Geburtshilfe (2,0 Millionen Fälle) behandelt. Die durchschnittliche Verweildauer der Behandelten lag in der Inneren Medizin bei 6,0 Tagen, in der Allgemeinen Chirurgie bei 6,1 Tagen und in der Frauenheilkunde/Geburtshilfe bei 3,8 Tagen (Abbildung 19–8)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 5,2 Millionen Fällen (27,8%), die Allgemeine Chirurgie mit 2,9 Millionen Fällen (15,6%) sowie die Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit 2,0 Millionen Fällen (10,6%) die patientenstärksten Fachabteilungen. Auf dieser Basis betrug die durchschnittliche Verweildauer in der Inneren Medizin 6,3 Tage, in der Chirurgie 6,5 Tage sowie in der Frauenheilkunde/Geburtshilfe 3,9 Tage.

Am häufigsten wurden die Patientinnen und Patienten der Inneren Medizin aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems behandelt. Nach der Hauptdiagnose war in 315 188 Fällen eine Herzinsuffizienz (I50) Ursache der Behandlung und betraf 6,1% aller Patientinnen und Patienten dieser Abteilung. Die entsprechende durchschnittliche Verweildauer lag bei 9,8 Tagen. Jüngere waren davon kaum betroffen, 90% der Behandelten mit diesem Krankheitsbild waren 65 Jahre und älter.

Der zweithäufigste Behandlungsanlass für eine stationäre Versorgung in der Inneren Medizin war die essentielle (primäre) Hypertonie (I10) mit 185 102 Behand-

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

Abbildung 19–8



lungsfällen. Sie war Ursache in 3,6% aller Fälle dieser Abteilung und betraf mit 65,3% in erster Linie ebenfalls die über 65-Jährigen. Die durchschnittliche Verweildauer lag hier bei 4,3 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 4,7 Tage im Krankenhaus. Fast drei Viertel der Behandelten waren auch hier 65 Jahre und älter (Tabelle 19–9)¹⁵.

Insgesamt wurden in der Inneren Medizin rund 12,4 Millionen Operationen und medizinische Prozeduren, darunter 924 403 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 19–10)¹⁶.

In der zweiten an dieser Stelle ausgewiesenen Fachabteilung, der Allgemeinen Chirurgie, wurden knapp 2,9 Millionen Fälle für die durchschnittliche Dauer von

15 Fachabteilung mit der längsten Verweildauer.

16 Fachabteilung mit der längsten Verweildauer.

Tabelle 19–9

Patientinnen und Patienten mit den häufigsten Hauptdiagnosen in den Fachabteilungen¹⁾ Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie 2014

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			6,4	5 160 803	5 636	624 950	1 320 880	3 209 330
1	I50	Herzinsuffizienz	9,8	315 188	–	1 958	29 545	283 685
2	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	4,3	185 102	7	12 436	51 792	120 867
3	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	4,7	182 175	–	5 293	44 377	132 505
4	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	8,4	157 843	2	2 323	42 077	113 441
5	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	9,2	153 763	62	10 901	25 160	117 638
6	I20	Angina pectoris	3,7	140 150	–	5 508	47 128	87 514
7	I21	Akuter Myokardinfarkt	7,2	125 559	–	3 956	37 705	83 898
8	R55	Synkope und Kollaps	4,4	110 290	136	17 142	23 614	69 398
9	K29	Gastritis und Duodenitis	4,1	106 627	48	26 334	30 711	49 534
10	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	3,5	106 541	343	47 875	48 729	9 591
11	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	9,3	104 373	3	4 863	28 866	70 641
12	R07	Hals- und Brustschmerzen	2,3	100 395	24	24 113	39 815	36 443
13	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	3,6	89 844	–	1 391	28 483	59 970
14	E86	Volumenmangel	6,0	83 424	16	1 808	4 854	76 746
15	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	6,9	80 671	–	898	30 932	48 841

Tabelle 19–9

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			6,5	2 885 107	59 363	650 298	944 348	1 231 097
1	K40	Hernia inguinalis	2,2	154 841	1 155	27 224	58 765	67 697
2	K80	Cholelithiasis	5,1	152 487	133	41 215	60 395	50 744
3	K35	Akute Appendizitis	4,7	88 622	8 161	52 803	18 881	8 777
4	S06	Intrakranielle Verletzung	2,4	85 210	8 117	28 850	14 524	33 718
5	I70	Atherosklerose	11,1	81 893	–	564	22 628	58 701
6	K57	Divertikulose des Darmes	9,6	69 225	2	7 912	33 227	28 084
7	S72	Fraktur des Femurs	13,0	66 759	383	1 797	7 369	57 210
8	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	9,4	66 262	1	1 855	24 016	40 390
9	K56	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie	8,1	65 544	474	8 685	16 977	39 408
10	S52	Fraktur des Unterarmes	3,9	56 639	5 349	8 099	15 766	27 425
11	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	7,6	55 932	1 747	14 675	20 629	18 881
12	M54	Rückenschmerzen	5,0	55 005	49	10 435	19 296	25 225
13	E04	Sonstige nichttoxische Struma	3,5	51 103	46	12 093	27 533	11 431
14	K43	Hernia ventralis	6,4	49 285	62	6 488	20 454	22 281
15	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	11,2	49 221	1	974	14 746	33 500

¹⁾ Fachabteilung mit der längsten Verweildauer

²⁾ Einschließlich Fälle mit unbekanntem Alter

Quelle: Statistisches Bundesamt 2016

Krankenhaus-Report 2017

WIdO

Tabelle 19–10

Häufigste Operationen in den Fachabteilungen¹⁾ Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie 2014

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			12 392 419	4 756	980 942	3 422 425	7 984 291
	Operationen Kapitel 5 ³⁾	100	924 403	474	51 266	228 859	643 804
1	5-513 Endoskopische Operationen an den Gallengängen	18,1	167 358	3	12 242	38 746	116 367
2	5-452 Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	12,3	114 043	9	3 624	30 295	80 115
3	5-469 Andere Operationen am Darm	10,1	93 706	1	4 079	24 882	64 744
4	5-377 Implantation eines Herzschrittmachers und Defibrillators	8,0	73 653	1	1 882	12 461	59 309
5	5-399 Andere Operationen an Blutgefäßen	4,2	39 001	14	2 023	12 210	24 754
6	5-429 Andere Operationen am Ösophagus	3,5	32 331	1	2 289	11 985	18 056
7	5-378 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators	3,2	30 028	0	597	4 270	25 161
8	5-449 Andere Operationen am Magen	3,1	29 036	1	1 419	6 391	21 225
9	5-431 Gastrostomie	2,0	18 280	6	582	3 881	13 811
10	5-896 Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	1,9	17.398	13	589	4 454	12 342
Allgemeine Chirurgie							
Insgesamt Operationen und Prozeduren			8 892 866	64 291	1 317 878	3 019 487	4 491 209
	Operationen Kapitel 5 ³⁾	100	4 783 384	47 293	874 864	1 771 826	2 089 400
1	5-469 Andere Operationen am Darm	3,9	184 835	526	22 367	63 476	98 466
2	5-511 Cholezystektomie	3,8	181 256	137	42 973	70 433	67 713
3	5-530 Verschluss einer Hernia inguinalis	3,3	159 246	1.420	27 740	60 447	69 639

Tabelle 19–10

Fortsetzung

Rang	Maßnahme ²⁾	Insgesamt ⁴⁾		davon im Alter von ... bis unter ... Jahren				
		in %	Anzahl	0–15	15–45	45–65	65 und älter	
Allgemeine Chirurgie								
4	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	2,3	111 195	516	26 848	54 675	29 156
5	5-470	Appendektomie	2,1	101 089	9 282	61 990	20 447	9 370
6	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	2,0	95 681	669	14 145	29 352	51 515
7	5-794	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	1,8	86 465	587	11 377	27 107	47 394
8	5-455	Partielle Resektion des Dickdarmes	1,7	79 928	40	6 729	26 691	46 468
9	5-032	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis	1,6	76 177	90	12 479	29 019	34 589
10	5-916	Temporäre Weichteildeckung	1,6	74 538	113	7 119	22 951	44 355

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 2016

Krankenhaus-Report 2017

WIdO

6,5 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 (154 841 Fälle). Sie verbrachten durchschnittlich 2,2 Tage im Krankenhaus. 43,7% der Behandelten mit dieser Diagnose waren 65 Jahre und älter und 38% zwischen 45 bis unter 65 Jahre alt.

Die zweithäufigste in der Chirurgie behandelte Erkrankung war mit einem Anteil von 5,3% und 152 487 Fällen das Gallensteinleiden (K80). Der größte Teil der Patientinnen und Patienten mit dieser Erkrankung war zwischen 45 bis unter 65 Jahre alt (39,6%) sowie 65 Jahre und älter (33,3%).

Der dritthäufigste Grund für eine vollstationäre Versorgung in der Chirurgie war die akute Blinddarmentzündung (K35), die bei 88 622 Patientinnen und Patienten behandelt wurde und einen Anteil von 3,1% ausmachte. Der Krankenhausaufenthalt mit dieser Diagnose dauerte im Schnitt 4,7 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 8,9 Millionen Operationen und Prozeduren, darunter 4,8 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 37,4% und 53,3% war bei allen drei Operationen der jeweils größte Teil der Operierten 65 Jahre und älter.

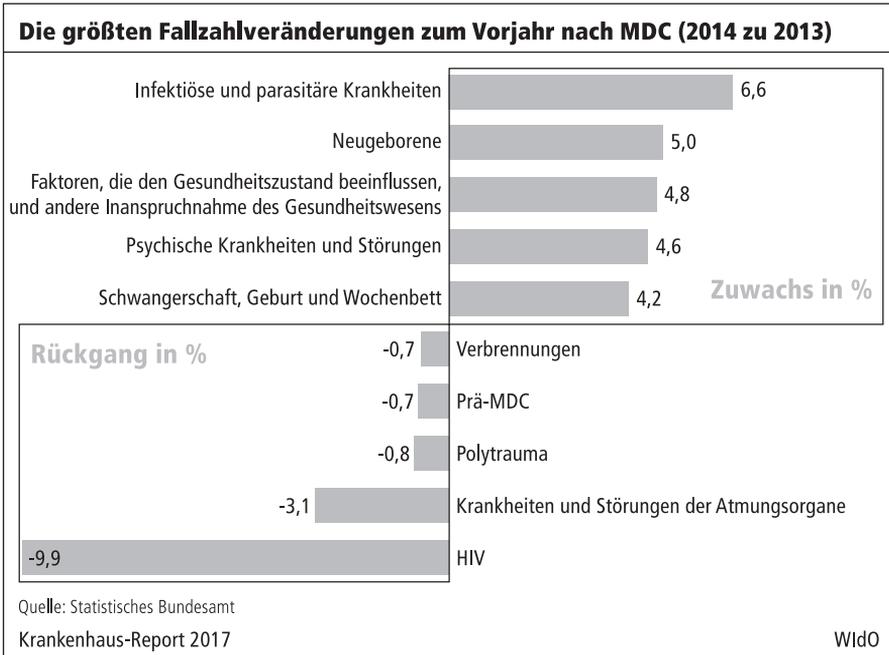
19.7 Leistungsmengen und Leistungsstrukturen der Krankenhäuser

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.

In Bezug auf die Verteilung der vollstationär behandelten Krankenhausfälle nach den MDCs standen im Jahr 2014 an erster Stelle Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems (15,7%). An zweiter und dritter Stelle folgten Krankheiten

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 19–9

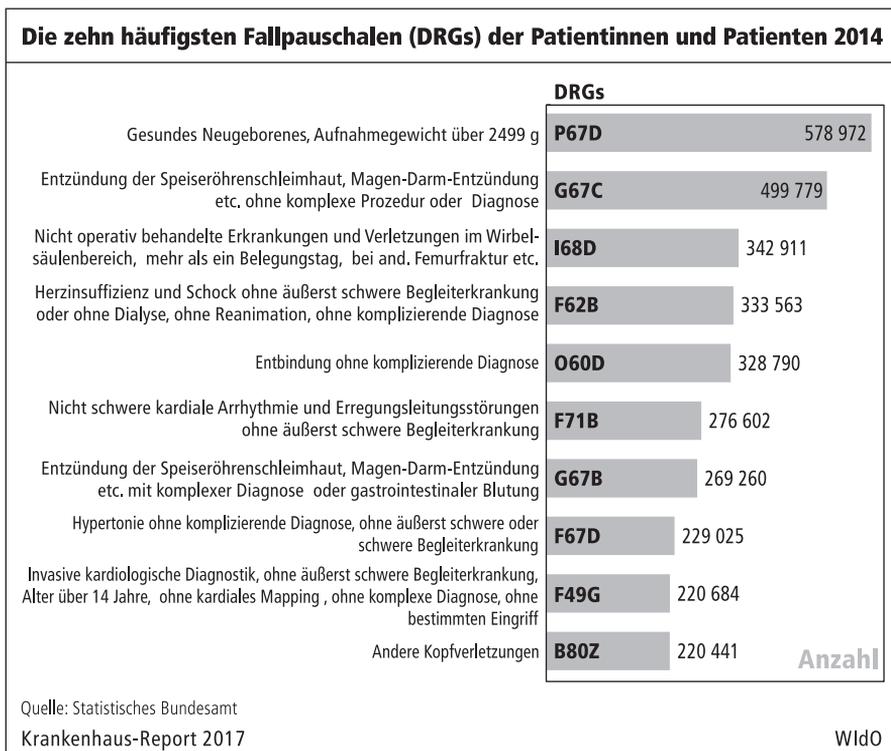


und Störungen des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes (14,9%) sowie der Verdauungsorgane (11,8%). Hinsichtlich des Leistungsumfanges hatten diese drei Gruppen jeweils auch die höchsten Anteile (zwischen 18,6% und 9,4%) am gesamten Casemix-Volumen des Jahres 2014. Die Tabellen können im Internetportal www.krankenhaus-report-online.de (Zusatztabellen 19–m und 19–n) abgerufen werden.

Die größten Fallzahlzuwächse gegenüber dem Vorjahr waren bei der MDC „Infektiöse und parasitäre Krankheiten“ (6,6%) zu verzeichnen. Die MDCs „Neugeborene“ (5,0%) sowie „Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und andere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens“ (4,8%) lagen an zweiter und dritter Stelle. Den mit Abstand stärksten Rückgang wies die MDC „HIV“ (9,9%) auf. Ebenfalls rückläufig waren weiterhin die MDCs „Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane“ (3,1%) sowie „Polytrauma“ (0,8%) (Abbildung 19–9).

Die Versorgung gesunder Neugeborener (578 972 Fälle), die Speiseröhrentzündung, Magen-Darm-Entzündung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne komplexe Prozedur oder Diagnose (499 779 Fälle) sowie nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich (342 911 Fälle) waren im Jahr 2014 die insgesamt am häufigsten abgerechneten Fallpauschalen (DRGs). Von den knapp 1 150 mit dem Fallpauschalenkatalog bewerteten und abrechenbaren DRGs machten dabei die zwanzig häufigsten bereits 27% und die fünfzig häufigsten DRGs 43% des gesamten DRG-Leistungsspektrums aus. Nach der sogenannten Partition aufgeschlüsselt waren 58,3% medizinische Behandlungen ohne chirurgische Eingriffe (Partition M), 36,2% operative

Abbildung 19–10



Behandlungen (Partition O) und 5,4% nichtoperative, jedoch invasive medizinische Maßnahmen (Partition A). Die höchsten Anteile des Casemix entfielen dabei mit 60,8% auf operative Eingriffe und 33,2% auf medizinische Behandlungen. 6,0% umfassten noch die nichtoperativen, invasiven medizinischen Maßnahmen (Abbildung 19–10).

Nicht immer sind die am häufigsten abgerechneten Fallpauschalen auch am teuersten und machen den Löwenanteil des Erlösvolumens der Krankenhäuser aus. Wird danach unterschieden, welche Fallpauschalen auf Basis der erbrachten Menge und des Preises in ihrer Gesamtsumme den größten Anteil der Behandlungserlöse ausmachten, dann standen die Korrektur oder der Ersatz des Hüftgelenks ohne komplizierenden Eingriff (1,9%) gefolgt von der Herzinsuffizienz und Schock ohne äußerst schwere Begleiterkrankungen (1,4%) sowie der Endoprothesenimplantation oder -revision am Kniegelenk (1,4%) an oberster Stelle. Zusammengenommen entfielen auf diese drei DRGs für die Behandlung von 620 981 Patientinnen und Patienten 4,7% der Behandlungserlöse mit einem Volumen von knapp 3 Milliarden Euro (Tabelle 19–11).

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

Tabelle 19–11

DRGs nach Anteil am Erlösvolumen 2014

DRG	Bezeichnung	Fälle ¹⁾	Anteil an Erlösvolumen ²⁾	
			Anteil an allen Fällen in %	Anteil am Erlösvolumen in 1 000 EUR in %
I47B	Revision oder Ersatz des Hüftgelenks ohne komplizierende Diagnose, ohne komplizierenden Eingriff	169 564	0,9	1 188 989
F62B	Herzinsuffizienz und Schock ohne äußerst schwere Begleiterkrankung	333 201	1,8	903 777
I44B	Endoprothesenimplantation/-revision am Kniegelenk, ohne äußerst schwere Komplikation oder Begleiterkrankung	118 126	0,6	874 024
I68D	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, mehr als ein Belegungstag, bei and. Femurfraktur etc.	342 699	1,9	674 457
G67C	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne komplexe Prozedur, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere Begleiterkrankung	499 592	2,7	616 443

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 2016

Krankenhaus-Report 2017

WIdO

Tabelle 19–12

Komplexe Leistungen: Am höchsten bewertete DRGs 2014

DRG	Bezeichnung	Bewertungs- relation	Fälle ¹⁾	Anteil an	Erlös-	Anteil am
				allen Fällen	volumen ²⁾	Erlösvolumen
				in %	in 1 000 EUR	in %
A06A	Operation oder Polytrauma mit hochkomplexem Eingriff oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung sowie Beatmung über 1 799 Stunden	64,137	385	0,002	91 674	0,15
A18Z	Transplantation von Leber, Lunge, Herz und Knochenmark oder Stammzelltransfusion mit Beatmung über 999 Stunden	59,034	134	0,001	40 509	0,06
A06B	Operation oder Polytrauma ohne hochkomplexen Eingriff oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung sowie Beatmung über 1 799 Stunden	46,933	1 162	0,006	201 756	0,32
A07A	Operation oder Polytraumamit hochkomplexem oder dreizeitigem komplexen Eingriff oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung sowie Beatmung > 999 und < 1800 Stunden	44,753	742	0,004	122 507	0,19
P61A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht < 600 g mit signifikanter OR-Prozedur	40,734	227	0,001	28 982	0,05

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 2016

Krankenhaus-Report 2017

WIdO

lebenswichtiger Organe, unter anderem von Leber, Lunge und Herz, mit einer Langzeitbeatmung der Patienten (A18Z). Für diese drei DRGs wurden näherungsweise 333,9 Millionen Euro im Rahmen der notfall- und intensivmedizinischen Behandlung von knapp 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 238 115 Euro (Tabelle 19–12).

Tabelle 19–13

Casemix, Casemix-Index und Erlöse je Fall nach Bundesländern 2014

Sitz des Krankenhauses	Casemix ¹⁾			Casemix-Index ²⁾	Erlös je Fall ³⁾ in Euro	
	Insgesamt	DRG-Partition				
		O	M			A
Deutschland	20 002 255	12 160 497	6 643 711	1 198 047	1,09	3 422
Baden-Württemberg	2 277 803	1 435 191	746 832	95 779	1,10	3 511
Bayern	3 003 120	1 862 799	998 320	142 000	1,05	3 361
Berlin	959 881	610 943	270 040	78 899	1,23	3 827
Brandenburg	561 814	313 400	199 639	48 776	1,08	3 359
Bremen	222 945	138 803	71 059	13 083	1,10	3 501
Hamburg	583 074	393 100	148 274	41 700	1,25	3 988
Hessen	1 407 415	857 649	455 486	94 281	1,08	3 408
Mecklenburg-Vorp.	428 523	256 735	151 116	20 672	1,09	3 394
Niedersachsen	1 730 793	1 050 423	590 066	90 304	1,06	3 293
Nordrhein-Westfalen	4 707 665	2 789 504	1 591 099	327 061	1,08	3 365
Rheinland-Pfalz	911 832	526 645	334 012	51 176	1,00	3 318
Saarland	286 176	170 653	100 705	14 818	1,08	3 467
Sachsen	1 086 776	662 545	375 786	48 445	1,11	3 468
Sachsen-Anhalt	612 772	354 403	217 186	41 184	1,06	3 306
Schleswig-Holstein	595 007	368 256	180 137	46 615	1,10	3 435
Thüringen	626 658	369 449	213 955	43 254	1,11	3 458

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 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 2016

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 (5,52), Intensivmedizin (4,74) und Kinderkardiologie (3,50). Das leichteste Erkrankungsspektrum wurde in der Geburtshilfe (0,49), der Augenheilkunde (0,60) sowie der Frauenheilkunde und Geburtshilfe (0,62) behandelt. Eine differenzierte Übersicht zum Casemix-Index nach Fachabteilungen und Altersgruppen der Patientinnen und Patienten ist im Internetportal www.krankenhaus-report-online.de (Zusatztabellen 19–o bis 19–q) eingestellt.

Die im Durchschnitt höchsten Erlöse je Fall wurden in Krankenhäusern von Hamburg (3 988 Euro) und Berlin (3 827 Euro) sowie in Baden-Württemberg (3 511 Euro) erzielt. Am niedrigsten lagen sie in Niedersachsen (3 293 Euro), in Sachsen-Anhalt (3 306 Euro) und in Rheinland-Pfalz (3 318 Euro). Aufgrund der unterschiedlich hohen Landesbasisfallwerte korrespondieren die durchschnittlichen Fall-erlöse 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 3 467 Euro, in Hessen bei 3 408 Euro, in Nordrhein-Westfalen bei 3 365 Euro und in Brandenburg bei 3 359 Euro (Tabelle 19–13).