

Krankenhaus-Report 2018

„Bedarf und Bedarfsgerechtigkeit“

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

Schattauer (Stuttgart) 2018

Auszug Seite 407-439



21	Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik: Diagnosen und Prozeduren der Krankenhauspatienten auf Basis der Daten nach § 21 Krankenhausentgeltgesetz.....	407
	<i>Jutta Spindler</i>	
21.1	Vorbemerkung	408
21.2	Erläuterungen zur Datenbasis	409
21.3	Eckdaten der vollstationär behandelten Krankenhauspatientinnen und -patienten	410
21.4	Ausgewählte Hauptdiagnosen mit den wichtigsten Nebendiagnosen der Behandelten.....	414
21.5	Operationen und medizinische Prozeduren	418
21.6	Behandlungsspektrum bei den Patientinnen und Patienten in den Fachabteilungen.....	426
21.7	Leistungsmengen und Leistungsstrukturen der Krankenhäuser	433

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

Jutta Spindler

Abstract

Mit den DRG-Daten nach § 21 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) steht den Nutzerinnen und Nutzern im Rahmen des Angebots des Statistischen Bundesamtes seit dem Jahr 2005 neben den Grund- und Kostendaten und den Diagnosedaten der Krankenhäuser eine weitere wichtige Datenquelle zur Verfügung. Gegenstand dieses Beitrags sind zentrale Ergebnisse zur stationären Versorgung des Jahres 2015, 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 2015, thus complementing and expanding the range of information of the conventional official hospital statistics. The focus is on the nature and frequency of surgical and medical procedures as well as on important inpatient main diagnoses, supplemented by their respective secondary diagnoses under department-specific aspects. Additionally, the paper presents selected data on the range of services provided in hospitals, in particular the nature and extent of the DRGs, the major diagnostic categories (MDCs), the case mix (CM) and case mix index (CMI).

21.1 Vorbemerkung

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

In diesem Kontext wurde auch die Übermittlungsverpflichtung der Krankenhäuser für DRG-Daten einschließlich aller Leistungen, die nach Fallpauschalen abgerechnet werden, festgeschrieben. Zur Optimierung und Weiterentwicklung der bisherigen amtlichen Krankenhausstatistik wird über das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) ein ausgewähltes und gesetzlich genau definiertes Merkmalsspektrum dieser umfangreichen Struktur- und Leistungsdaten an das Statistische Bundesamt übermittelt. Auf dieser Basis 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 2015 dargestellt, die das Informationsspektrum der herkömmlichen amtlichen Krankenhausstatistik (vgl. hierzu die Kapitel 19 und 20 in diesem Band) ergänzen und erweitern.

-
- 1 Nach § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2581) geändert worden ist, ist die Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen festgelegt. Ab dem 1. Januar 2018 kommt das Vergütungssystem verbindlich für alle Einrichtungen zur Anwendung.
 - 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.

21.2 Erläuterungen zur Datenbasis

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

Die folgenden Auswertungen für das Jahr 2015 beruhen auf den Struktur- und Leistungsdaten von 1 514 Krankenhäusern und umfassen 18,7 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 2015 nicht zur Verfügung. Aufgrund der Art der Daten als Abrechnungsdaten der Krankenhäuser ist aber davon auszugehen, dass die nach dem DRG-Vergütungssystem abrechnenden Krankenhäuser nahezu vollständig erfasst und nur geringe Ausfälle zu verzeichnen sind.

Im Vergleich zu den Grund- und Diagnosedaten der Krankenhäuser (vgl. Kapitel 19 und 20) sind bei verschiedenen Merkmalen zum Teil deutliche Abweichungen zur *Fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik* (z.B. bei der Fallzahl und durchschnittlichen Verweildauer der vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten) festzustellen. Diese Abweichungen sind vor allem darauf zurückzuführen, dass bei der *Fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik* keine Daten von Einrichtungen und Patienten einbezogen sind, die nach der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) abgerechnet werden und außerhalb des Geltungsbereichs des DRG-Entgeltsystems liegen. Dies sind vor allem Einrichtungen der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapeutischen Medizin.³ Daher sind diese Statistiken nur bedingt miteinander vergleichbar und vielmehr als gegenseitige Ergänzung zu betrachten.

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

21.3 Eckdaten der vollstationär behandelten Krankenhauspatientinnen und -patienten

Nach der *Fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik* wurden im Jahr 2015 18,7 Millionen Patientinnen und Patienten⁴ aus einer vollstationären Krankenhausbehandlung entlassen. Dies waren mit 133 419 Fällen 0,7% mehr als im Jahr zuvor. Altersstandardisiert⁵ ging die Fallzahl im Vergleich zum Vorjahr um 0,2% zurück. Im Durchschnitt dauerte ein Krankenhausaufenthalt 6,2 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 22 734 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 (143 062) und dem Personenkreis im höheren und sehr hohen Alter wie auch in den Vorjahren besonders hoch. Bei den über 75-Jährigen wurden beispielsweise 60 201 Patientinnen und Patienten je 100 000 Einwohner behandelt.

Wohnortbezogen⁶ gab es die meisten Behandlungsfälle je 100 000 Einwohner in Sachsen-Anhalt (26 902 Fälle), in Thüringen (26 531 Fälle) und im Saarland (26 069 Fälle). Im Gegensatz dazu war die geringste Anzahl an Behandlungsfällen je 100 000 Einwohner in Baden-Württemberg (18 930 Fälle), Berlin (20 285 Fälle) und Hamburg (20 360 Fälle) zu verzeichnen (Tabelle 21–1).

Auf Grundlage der siedlungsstrukturellen Regionstypen des Bundesamtes für Bauwesen und Raumordnung (BBR) ist hierzu ergänzend eine Unterscheidung nach städtischen Regionen, Regionen mit 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 2015 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 deren Einwohnerdichte ohne Berücksichtigung der Großstädte unter 100 Einwohner/km² beträgt.

(Siehe www.bbsr.bund.de > Raumbeobachtung > Raumabgrenzungen > Siedlungsstrukturelle Regionstypen)

Tabelle 21–1

Patientinnen und Patienten nach Behandlungs- und Wohnort sowie Behandlungsfälle je 100 000 Einwohner 2015

	Behandlungsort der Patienten	Wohnort der Patienten	Fälle* je 100 000 Einwohner
	Anzahl	Anzahl	
Baden-Württemberg	2 096 623	2 044 042	18 930
Bayern	2 876 482	2 818 550	22 076
Berlin	800 257	708 959	20 285
Brandenburg	538 833	626 080	25 334
Bremen	202 585	136 528	20 479
Hamburg	482 602	361 409	20 360
Hessen	1 319 201	1 351 911	22 036
Mecklenburg-Vorpommern	396 127	395 103	24 606
Niedersachsen	1 657 088	1 765 315	22 412
Nordrhein-Westfalen	4 421 496	4 387 890	24 718
Rheinland-Pfalz	915 878	963 012	23 883
Saarland	269 826	258 690	26 069
Sachsen	978 866	960 235	23 593
Sachsen-Anhalt	574 091	602 738	26 902
Schleswig-Holstein	566 165	616 133	21 658
Thüringen	569 118	574 068	26 531

*auf Basis des Wohnorts. Berechnet mit der durchschnittlichen Bevölkerung 2015 auf Grundlage des Zensus 2011

Quelle: Statistisches Bundesamt 2017

Krankenhaus-Report 2018

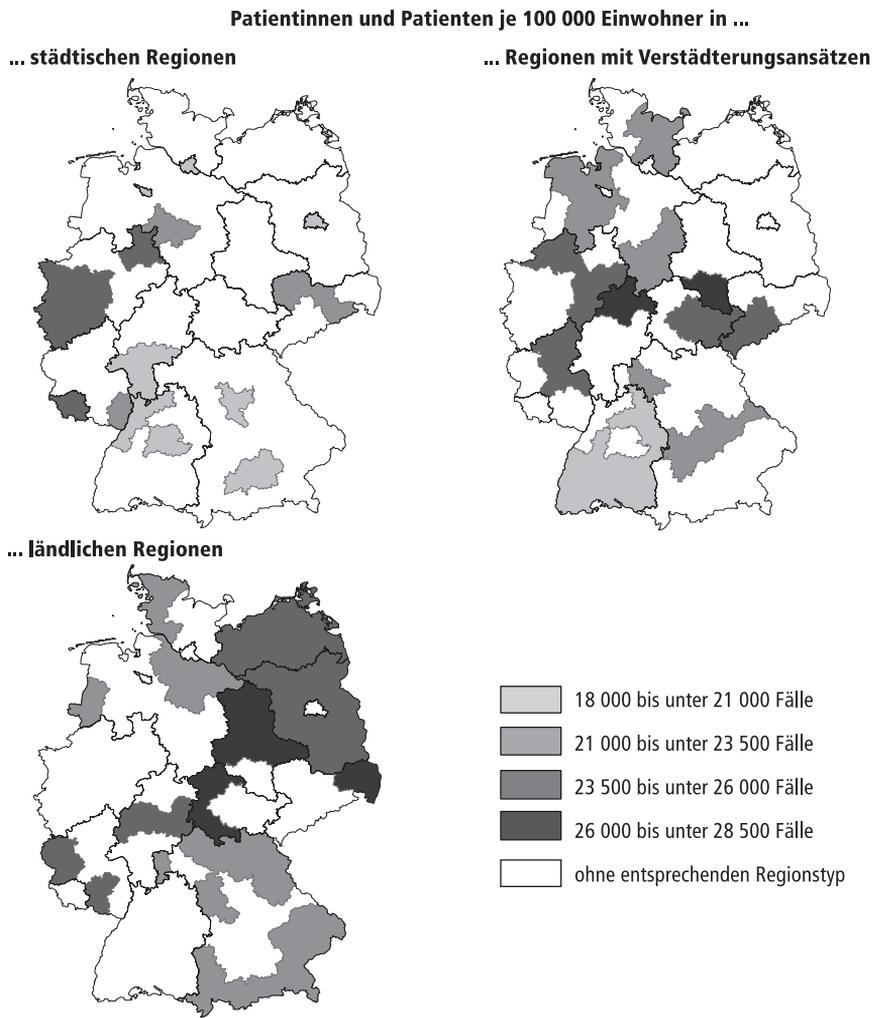
WIdO

anderem bedingt durch die Altersstruktur der Bevölkerung liegt insgesamt die Zahl der stationär versorgten Patientinnen und Patienten je 100 000 Einwohner in ländlichen Regionen (24 194 Fälle) deutlich höher als in städtischen Regionen (21 970 Fälle) und in Regionen mit Verstärkungsansätzen (22 438 Fälle). Regional betrachtet wurden in ländlichen Regionen vor allem in den neuen Bundesländern, insbesondere in Thüringen (28 475 Fälle), Sachsen-Anhalt (27 177 Fälle) und Sachsen (26 138 Fälle), die meisten Patientinnen und Patienten je 100 000 Einwohner stationär behandelt. In Regionen mit Verstärkungsansätzen lagen wiederum Sachsen-Anhalt (26 173 Fälle), Hessen (26 162 Fälle) sowie Sachsen (25 938 Fälle) an der Spitze. Die vordersten Plätze in städtischen Regionen nahmen das Saarland (25 983 Fälle), Nordrhein-Westfalen (24 571 Fälle) und Rheinland-Pfalz (22 169 Fälle) ein (Abbildung 21–1).

Unter Einbezug der Dauer des Krankenhausaufenthaltes der Behandelten gab es 534 734 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 2015 betrug ihr Anteil an allen Behandlungsfällen 2,9%. Die Zahl der sogenannten Kurzlieger, d. h. Patientinnen und

Abbildung 21–1

Patientinnen und Patienten je 100 000 Einwohner 2015 nach Bundesland und Siedlungsstruktur (Regionstyp)



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

Krankenhaus-Report 2018

WlD0

Abbildung 21–2

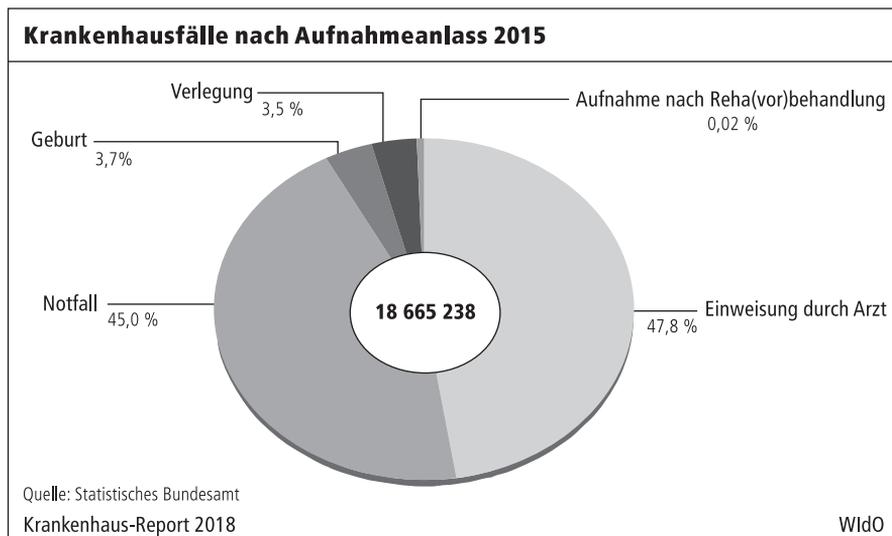
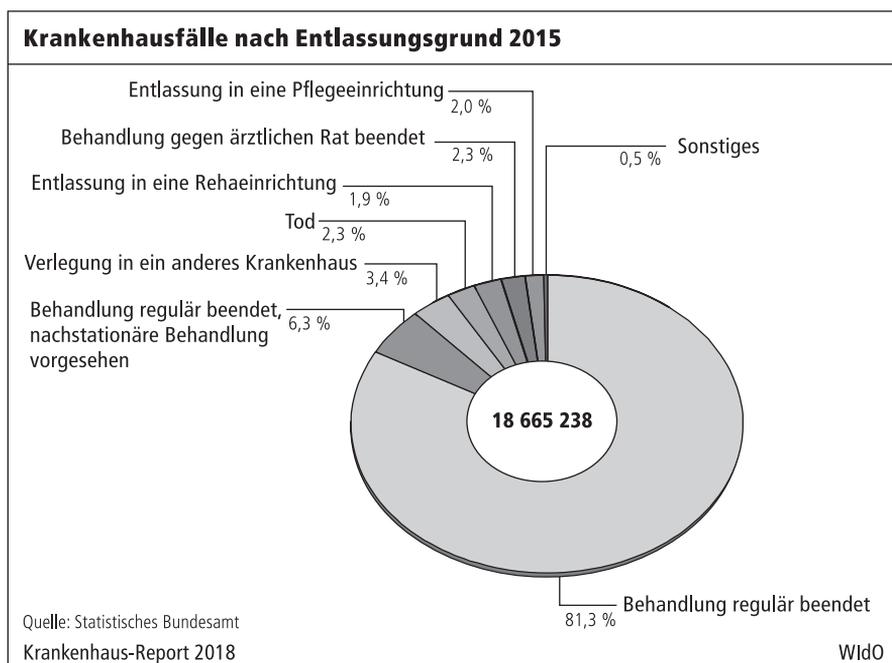


Abbildung 21–3



Patienten, die mindestens eine Nacht und höchstens drei Nächte im Krankenhaus verbringen, lag bei knapp 8,1 Millionen. Diese Patientengruppe entsprach einem Anteil von 43,3% der Behandlungsfälle. Gegenüber dem Vorjahr war bei Kurzliegern ein Anstieg um 2,8% und bei Stundenfällen um 1,5% zu verzeichnen.

Im Hinblick auf den Aufnahmehinweis erfolgte im Jahr 2015 bei 47,8% der Fälle die Aufnahme in die vollstationäre Krankenhausbehandlung aufgrund einer ärztlichen Einweisung. Bei 45,0% war die Krankenhausaufnahme als Notfall bezeichnet (Abbildung 21–2).

Der häufigste Entlassungsgrund bei den Patientinnen und Patienten war die reguläre Beendigung der Behandlung. In 81,3% 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 (6,3%). Entgegen ärztlichem Rat wurde die Behandlung in 2,3% der Fälle abgebrochen. Die Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung mit einer entsprechenden Weiterbehandlung erfolgte in 1,9% und die Unterbringung in einer Pflegeeinrichtung in 2,0% der Fälle (Abbildung 21–3).

21.4 Ausgewählte Hauptdiagnosen mit den wichtigsten Nebendiagnosen der Behandelten

Mit der *Fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik* stehen umfangreiche Informationen sowohl zu den Haupt- als auch den Nebendiagnosen zur Verfügung. Als Hauptdiagnose wird gemäß den Deutschen Kodierrichtlinien⁸ die Diagnose angegeben, die nach Analyse als diejenige festgestellt wurde, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes der Patientin/des Patienten verantwortlich ist. Der Begriff „nach Analyse“ bezeichnet die Evaluation der Befunde am Ende des stationären Aufenthalts. Die dabei festgestellte Hauptdiagnose muss daher nicht mit der Aufnahme- oder Einweisungsdiagnose übereinstimmen. Die Hauptdiagnose ist entsprechend der 10. Revision der Internationalen Statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme ICD-10 GM⁹ zu kodieren.

Als relevante Nebendiagnose (Komorbidität und Komplikation) gelten Krankheiten oder Beschwerden, die entweder gleichzeitig mit der Hauptdiagnose bestehen oder sich während des Krankenhausaufenthaltes entwickeln. Voraussetzung

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 21–2

Hauptdiagnose Herzinsuffizienz (I50) mit ihren häufigsten Nebendiagnosen und Operationen 2015

Pos.-Nr.	ICD-10/Hauptdiagnose Herzinsuffizienz		Anzahl	
I50			445 078	
Rang	Pos.-Nr.	ICD-10/Nebendiagnose	Anzahl	in %
Insgesamt			5 168 098	100,0
1	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	258 160	5,0
2	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	249 655	4,8
3	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	217 906	4,2
4	N18	Chronische Nierenkrankheit	203 770	3,9
5	Z92	Medizinische Behandlung in der Eigenanamnese	196 477	3,8
Rang	Operationen nach Kapitel 5 ¹⁾		Anzahl	in %
Insgesamt³⁾			50 020	100,0
1	5-377	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders	11 822	23,6
2	5-378	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators	3 367	6,7
3	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	2 592	5,2
4	5-469	Andere Operationen am Darm	2 379	4,8
5	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	2 120	4,2

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 2017

Krankenaus-Report 2018

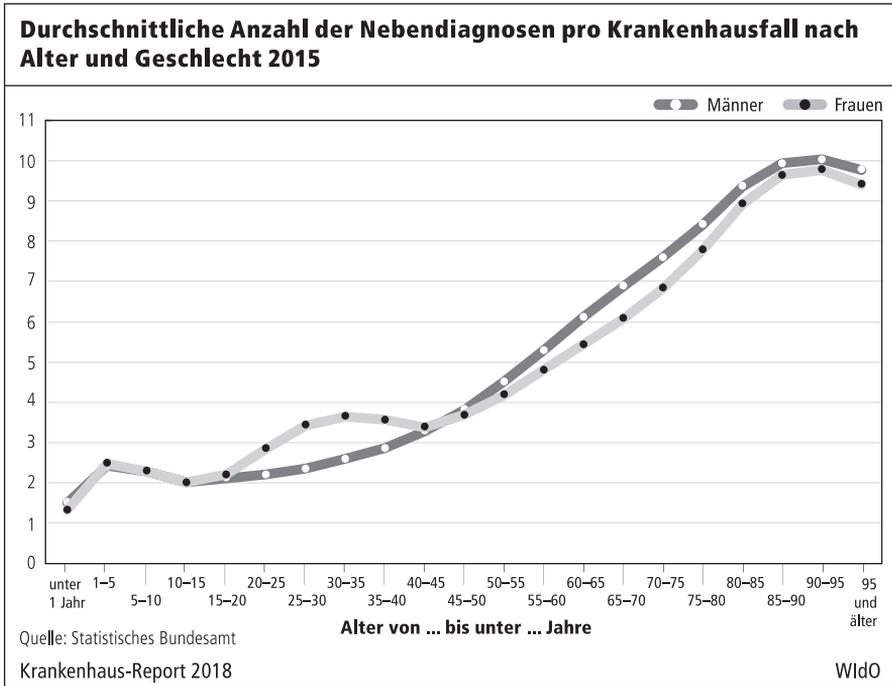
WIdO

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 2015 mit Abstand am häufigsten aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems (2,9 Millionen Fälle) stationär behandelt. Weitere Behandlungsanlässe waren vor allem Verletzungen und Vergiftungen sowie Krankheiten des Verdauungssystems (jeweils 1,9 Millionen Fälle). Bei Frauen spielten über Krankheiten des Kreislaufsystems sowie Verletzungen und Vergiftungen hinaus schwangerschaftsbedingte Behandlungen und damit verbundene Krankheiten eine große Rolle.

Lässt man die Versorgung gesunder Neugeborener (Z38) unberücksichtigt, war mit 445 078 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) (Tabelle 21–2). Durchgeführte Operationen bezogen sich bei den Behandelten mit dieser

Abbildung 21–4



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 21–a) zu finden.

Im Jahr 2015 wurden durchschnittlich 5,7 Nebendiagnosen je Patientin/Patient gestellt. Die durchschnittliche Zahl der Nebendiagnosen, die bei einem Krankenhausfall zusätzlich zur Hauptdiagnose gestellt werden, steigt mit dem Alter der Patientinnen und Patienten deutlich an. Dies spiegelt die mit dem Alter zunehmende Wahrscheinlichkeit sowohl von Mehrfacherkrankungen, der sogenannten Multimorbidität, als auch von Komplikationen bei der Behandlung wider. Alte Menschen leiden danach sehr viel häufiger als junge an mehreren komplexen Erkrankungen gleichzeitig (Abbildung 21–4).

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. Unterschiede zeigen sich auch, wenn nach dem Wohnort der Behandelten unterschieden wird. Danach weisen Patientinnen und Patienten aus Mecklenburg-Vorpommern (6,6 Nebendiagnosen) und Brandenburg (6,5 Nebendiagnosen) im Schnitt etwas höhere

Tabelle 21–3

Die häufigsten Nebendiagnosen 2015

Rang	Pos.-Nr. ICD-10	Nebendiagnose	Anzahl	in %
Insgesamt			106 318 408	100,0
1	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	6 607 867	6,2
2	Z92	Medizinische Behandlung in der Eigenanamnese	3 388 645	3,2
3	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	2 841 844	2,7
4	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	2 685 453	2,5
5	E87	Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts	2 357 344	2,2
6	E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	2 331 193	2,2
7	Z95	Vorhandensein von kardialen oder vaskulären Implantaten oder Transplantaten	2 112 373	2,0
8	Z74	Probleme mit Bezug auf Pflegebedürftigkeit	2 040 422	1,9
9	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	2 016 216	1,9
10	N18	Chronische Nierenkrankheit	1 858 163	1,7
11	I50	Herzinsuffizienz	1 812 452	1,7
12	E03	Sonstige Hypothyreose	1 435 944	1,4
13	E66	Adipositas	1 162 056	1,1
14	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	1 143 122	1,1
15	B96	Sonstige näher bezeichnete Bakterien als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind	1 099 114	1,0
16	J96	Respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert	1 060 204	1,0
17	Z03	Ärztliche Beobachtung und Beurteilung von Verdachtsfällen	1 049 665	1,0
18	O09	Schwangerschaftsdauer	1 005 184	0,9
19	B95	Streptokokken und Staphylokokken als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind	941 686	0,9
20	E86	Volumenmangel	925 518	0,9
21	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	891 436	0,8
22	U50	Motorische Funktionseinschränkung	887 220	0,8
23	I11	Hypertensive Herzkrankheit	764 489	0,7
24	Z96	Vorhandensein von anderen funktionellen Implantaten	743 221	0,7
25	Z37	Resultat der Entbindung	710 729	0,7

Quelle: Statistisches Bundesamt 2017

Krankenhaus-Report 2018

WlD0

Werte als Patientinnen und Patienten aus Hessen (4,9 Nebendiagnosen), Hamburg (5,2 Nebendiagnosen) und Bayern (5,4 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 chroni-

schen ischämischen Herzkrankheit (I25). Bei den Frauen waren über die essentielle primäre Hypertonie und medizinische Behandlung in der Eigenanamnese hinaus 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 10 zu Rang 2 der häufigsten Begleiterkrankungen). Insgesamt bilden bereits die in Tabelle 21–3 aufgeführten 25 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 21–b bis 21–d) zu finden.

21.5 Operationen und medizinische Prozeduren

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

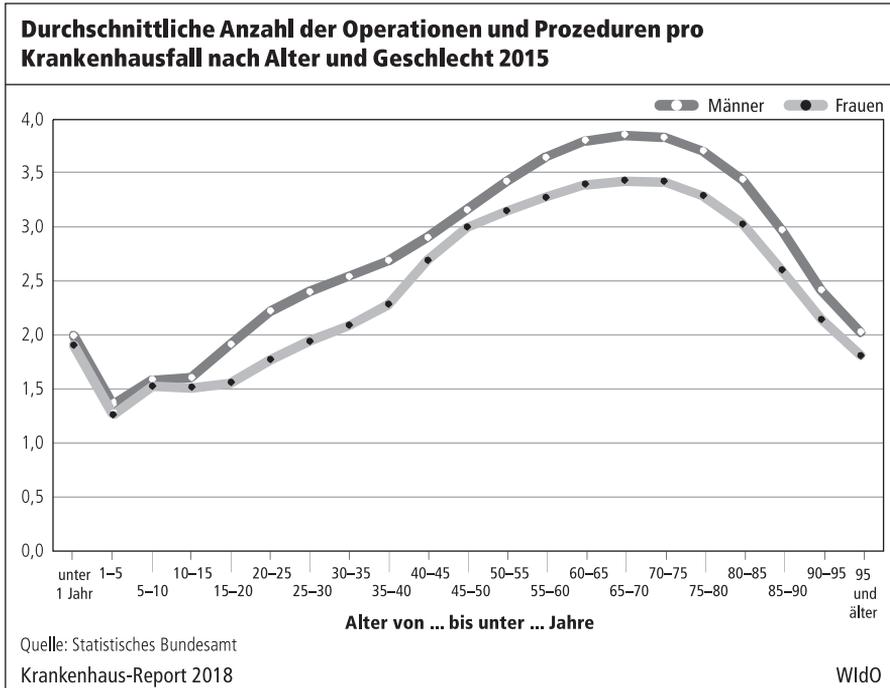
Operationen und medizinische Prozeduren im stationären Bereich sowie ambulante Operationen, die im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung durchgeführt werden, werden anhand des amtlichen Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) kodiert.¹⁰ Nach den Deutschen Kodierrichtlinien sind alle signifikanten operativen Eingriffe und medizinischen Prozeduren, die vom Zeitpunkt der Aufnahme bis zum Zeitpunkt der Entlassung bei den Behandelten vorgenommen werden und im amtlichen OPS abbildbar sind, von den Krankenhäusern zu kodieren.¹¹ Dies schließt neben operativen Eingriffen auch diagnostische, therapeutische und pflegerische Prozeduren sowie die Verabreichung von speziellen Medikamenten ein.

Im Berichtsjahr 2015 wurden bei den vollstationär versorgten Patientinnen und Patienten insgesamt 55,4 Millionen operative Maßnahmen und medizinische Prozeduren durchgeführt. Im Vergleich zum Vorjahr entspricht dies einem Zuwachs um

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.

Abbildung 21–5



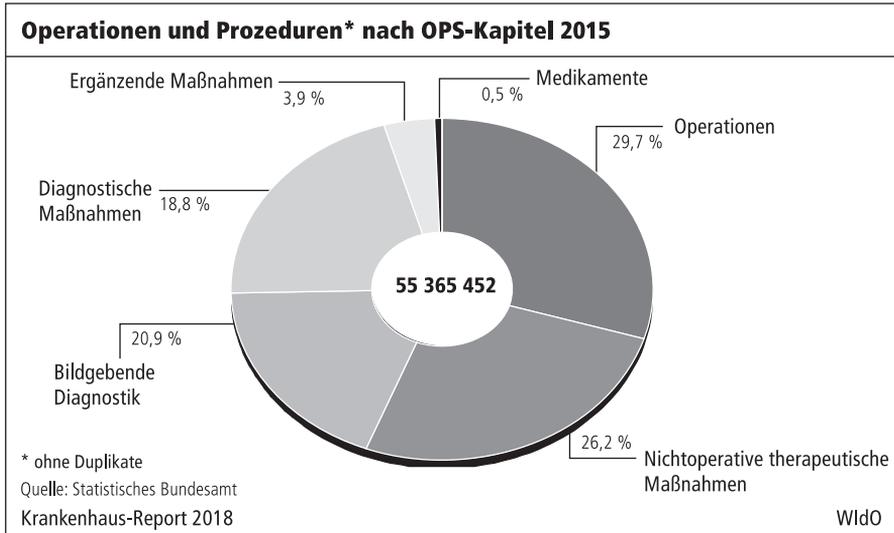
2,2%. Auf einen Krankenhausfall entfielen damit im Durchschnitt 3,0 Maßnahmen dieser Art. Nach Bundesländern aufgeschlüsselt lag die durchschnittliche Zahl der Operationen und Prozeduren bei Patientinnen und Patienten, die in Krankenhäusern von Hamburg und Berlin (3,3 Maßnahmen) behandelt wurden, etwas höher als in Rheinland-Pfalz, Hessen, Niedersachsen, Sachsen-Anhalt und Bremen (jeweils 2,8 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 bzw. bis unter 70-jährigen Männern fast kontinuierlich an. Sie lag im Jahr 2015 bei den Behandelten dieser Altersgruppen mit durchschnittlich 3,4 Maßnahmen dieser Art pro Patientin bzw. 3,9 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 2015 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 21–5).

Auf Kapitelebene gliedert sich der OPS in sechs Bereiche: *Diagnostische Maßnahmen* (z. B. Biopsie, Endoskopie), *Bildgebende Diagnostik* (z. B. Computertomografie)

Abbildung 21–6



graphie, 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 (14,5 Millionen), 20,9 % auf die bildgebende Diagnostik (11,5 Millionen), 18,8 % auf diagnostische Maßnahmen (10,4 Millionen), 3,9 % auf ergänzende Maßnahmen (2,2 Millionen) und 0,5 % auf die Verabreichung spezieller Medikamente (294 779). Am häufigsten wurden aber Operationen (16,4 Millionen) mit einem Anteil von 29,7 % bei den Patientinnen und Patienten veranlasst. Den größten Anstieg gegenüber dem Vorjahr gab es bei den ergänzenden Maßnahmen mit einem Zuwachs von 5,0 % (Abbildung 21–6).

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

Trotz der steigenden Zahl an Behandlungsfällen ist in den vergangenen Jahren der Anteil operierter Patientinnen und Patienten unter den stationär Behandelten mit Raten zwischen 40,2 % im Jahr 2005 und 40,6 % im Jahr 2007 relativ stabil geblieben. Mit leicht rückläufiger Tendenz wird seit 2008 die 40 %-Marke regelmäßig unterschritten und liegt aktuell im Jahr 2015 bei 37,7 %.

Werden die Operationen differenziert für sich betrachtet, dann waren die Spitzenreiter unter allen durchgeführten chirurgischen Maßnahmen auf Ebene der sogenannten Bereichsüberschriften jeweils mit großem Abstand die Operationen an den Bewegungsorganen (4,6 Millionen), gefolgt von Operationen am Verdauungstrakt (2,5 Millionen) sowie an Haut und Unterhaut (1,3 Millionen) (Tabelle 21–5).

Tabelle 21–4

Operationen und Prozeduren nach OPS-Kapitel, Alter und Geschlecht 2015

Operation/Prozedur ¹⁾ nach OPS-Kapitel	davon im Alter von ... bis unter Jahren					
	Insgesamt ²⁾	0–20	20–40	40–60	60–85	85 und älter
Frauen	Anzahl					
Insgesamt	27 047 419	1 771 071	3 660 302	5 780 400	13 268 124	2 567 504
Diagnostische Maßnahmen	4 874 059	451 627	446 497	1 053 264	2 503 422	419 247
Bildgebende Diagnostik	5 544 713	133 474	428 971	1 161 272	3 108 050	712 941
Operationen	8 595 727	350 356	1 721 904	2 270 705	3 745 400	507 360
Medikamente	1 255 575	11 462	9 083	33 113	68 306	3 611
Nichtoperative Therapeutische Maßnahmen	6 514 356	441 584	509 874	1 169 118	3 580 655	813 119
Ergänzende Maßnahmen	1 390 144	382 399	542 617	92 577	261 478	111 070
Unbekannte Operation/Maßnahmen	2 845	169	1 356	351	813	156
Männer						
Insgesamt	28 317 167	2 040 087	2 236 047	6 973 451	15 572 664	1 494 812
Diagnostische Maßnahmen	5 506 951	466 773	384 649	1 314 911	3 070 010	270 602
Bildgebende Diagnostik	6 002 609	153 108	470 228	1 481 913	3 522 857	374 459
Operationen	7 826 781	472 479	954 534	2 242 392	3 854 071	303 303
Medikamente	1 691 199	14 241	10 559	45 524	95 265	3 610
Nichtoperative Therapeutische Maßnahmen	8 016 961	545 025	399 041	1 810 424	4 771 775	490 642
Ergänzende Maßnahmen	793 021	388 060	16 881	77 947	258 003	52 130
Unbekannte Operation/Maßnahmen	1 645	401	155	340	683	66

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

Quelle: Statistisches Bundesamt 2017

Krankenhaus-Report 2018

WlD

Tabelle 21–5

Operationen 2015 nach Bereichsüberschriften

OPS-Schlüssel	Operation ¹⁾	Insgesamt	Männer	Frauen	Insgesamt	Männer	Frauen
		Anzahl			Veränderung zum Vorjahr in %		
5	Operationen	16 422 693	7 826 781	8 595 727	1,4	2,0	0,8
5-01–5-05	Operationen am Nervensystem	761 733	386 386	375 334	1,7	2,2	1,2
5-06–5-07	Operationen an endokrinen Drüsen	166 022	47 504	118 516	–2,3	–2,3	–2,3
5-08–5-16	Operationen an den Augen	604 525	301 823	302 693	2,3	3,5	1,1
5-18–5-20	Operationen an den Ohren	159 948	92 089	67 857	2,3	3,5	0,7
5-21–5-22	Operationen an Nase und Nasennebenhöhlen	444 250	266 597	177 647	0,9	0,8	1,0
5-23–5-28	Operationen an Mundhöhle und Gesicht	325 066	177 251	147 805	–2,3	–1,9	–2,8
5-29–5-31	Operationen an Pharynx, Larynx und Trachea	116 538	76 100	40 437	0,4	–0,5	2,3
5-32–5-34	Operationen an Lunge und Bronchus	180 130	114 213	65 908	3,5	3,3	3,9
5-35–5-37	Operationen am Herzen	423 561	279 072	144 486	1,7	2,5	0,1
5-38–5-39	Operationen an den Blutgefäßen	767 339	433 796	333 532	1,8	2,6	0,7
5-40–5-41	Operationen am hämatopoetischen und Lymphgefäßsystem	189 497	59 951	129 545	0,1	1,2	–0,3
5-42–5-54	Operationen am Verdauungstrakt	2 452 976	1 295 663	1 157 285	0,2	0,8	–0,3
5-55–5-59	Operationen an den Harnorganen	581 923	384 003	197 909	0,8	1,4	–0,3
5-60–5-64	Operationen an den männlichen Geschlechtsorganen	216 508	215 106	1 401	1,2	1,0	/
5-65–5-71	Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen	632 888	1 131	631 755	–2,9	/	–3,1
5-72–5-75	Geburtshilfliche Operationen	866 690	–	866 690	3,4	–	3,4
5-76–5-77	Operationen an Kiefer- und Gesichtsschädelknochen	80 760	47 096	33 662	2,3	1,4	3,6
5-78–5-86	Operationen an den Bewegungsorganen	4 630 269	2 161 077	2 469 146	1,7	2,1	1,3
5-87–5-88	Operationen an der Mamma	162 637	5 385	157 249	–2,0	–3,1	–1,9
5-89–5-92	Operationen an Haut und Unterhaut	1 328 039	748 578	579 449	2,4	3,1	1,5
5-93–5-99	Zusatzinformationen zu Operationen	1 331 394	733 960	597 421	3,3	3,8	2,7

¹⁾ Ohne Duplikat.

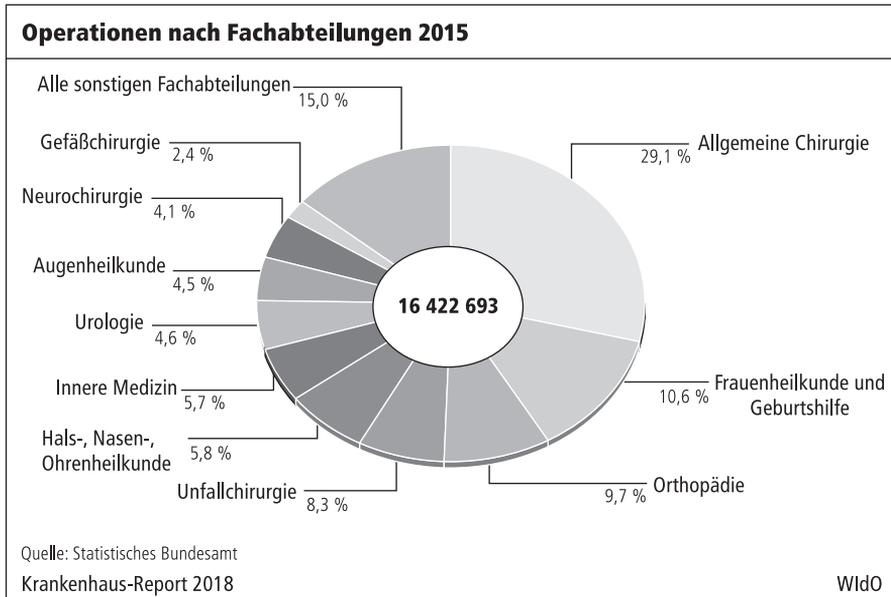
/ Aussage nicht sinnvoll

© Statistisches Bundesamt 2017

Krankenhaus-Report 2018

WIDO

Abbildung 21–7



Rund die Hälfte der operativen Eingriffe wurde in den drei Fachabteilungen¹² Allgemeine Chirurgie (29,1%), Frauenheilkunde und Geburtshilfe (10,6%) sowie der Orthopädie (9,7%) erbracht (Abbildung 21–7).

Nach Vierstellern des OPS aufgeschlüsselt erfolgten bei Frauen am häufigsten die Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur/Dammriss (314 990 Eingriffe), sonstige Kaiserschnittentbindungen (234 797 Eingriffe) und sonstige Operationen am Darm (208 446 Eingriffe). Bei Männern lagen an erster Stelle sonstige Darmoperationen (175 234 Eingriffe), gefolgt von dem Verschluss eines Leistenbruchs (155 311 Eingriffe) und dem operativen Freilegen eines Zugangs zur Lendenwirbelsäule, zum Kreuzbein oder Steißbein (143 622 Eingriffe). Tabelle 21–6 weist die 30 häufigsten chirurgischen Maßnahmen nach Vierstellern aus, die etwas mehr als ein Drittel aller durchgeführten Operationen umfassen.

Tabelle 21–7 gibt einen Überblick über die 30 häufigsten Operationen nach Dreistellern des OPS, die im Jahr 2015 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 (488 154 Eingriffe), Operationen an der Wirbelsäule (418 336 Eingriffe) und arthroskopische Gelenkoperationen (390 215 Eingriffe). Bei Männern wurden der Rangfolge nach betrachtet am häufigsten arthroskopische Gelenkoperationen (478 705 Eingriffe), Operationen an Haut und Unterhaut (383 435 Eingriffe) sowie Operationen an der Wirbelsäule (376 739) durchgeführt. Eine differenzierte Übersicht zu den

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

Tabelle 21–6

Die häufigsten Operationen¹⁾ 2015 nach Vierstellern

Rang	OPS-Schlüssel/Operation	Anzahl	Prozent
5	Operationen insgesamt²⁾	16 422 693	100,0
1	5-469 Andere Operationen am Darm	383 686	2,3
2	5-758 Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]	314 990	1,9
3	5-032 Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis	289 249	1,8
4	5-812 Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	261 700	1,6
5	5-513 Endoskopische Operationen an den Gallengängen	257 309	1,6
6	5-749 Andere Sectio caesarea	234 797	1,4
7	5-896 Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	233 218	1,4
8	5-820 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	227 293	1,4
9	5-794 Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	205 677	1,3
10	5-811 Arthroskopische Operation an der Synovialis	201 586	1,2
11	5-511 Cholezystektomie	199 858	1,2
12	5-839 Andere Operationen an der Wirbelsäule	185 935	1,1
13	5-916 Temporäre Weichteildeckung	181 262	1,1
14	5-814 Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes	180 774	1,1
15	5-800 Offen chirurgische Operation eines Gelenkes	176 779	1,1
16	5-787 Entfernung von Osteosynthesematerial	175 790	1,1
17	5-530 Verschluss einer Hernia inguinalis	174 974	1,1
18	5-822 Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk	173 304	1,1
19	5-452 Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	167 554	1,0
20	5-900 Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	165 008	1,0
21	5-790 Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	158 132	1,0
22	5-810 Arthroskopische Gelenkoperation	155 997	0,9
23	5-788 Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes	155 890	0,9
24	5-215 Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]	155 071	0,9
25	5-831 Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe	153 091	0,9
26	5-895 Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	152 857	0,9
27	5-892 Andere Inzision an Haut und Unterhaut	142 295	0,9
28	5-399 Andere Operationen an Blutgefäßen	141 081	0,9
29	5-385 Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	140 873	0,9
30	5-377 Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders	136 684	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.

Tabelle 21–7

Die häufigsten Operationen¹⁾ 2015 nach Dreistellern

Rang	OPS-Schlüssel/Operation	Anzahl	Prozent
	5 Operationen insgesamt¹⁾²⁾	16 422 693	100,0
1	5-81 Arthroskopische Gelenkoperationen	868 932	5,3
2	5-78 Operationen an anderen Knochen	812 711	4,9
3	5-83 Operationen an der Wirbelsäule	795 084	4,8
4	5-89 Operationen an Haut und Unterhaut	681 708	4,2
5	5-79 Reposition von Fraktur und Luxation	626 449	3,8
6	5-82 Endoprothetischer Gelenk- und Knochenersatz	568 896	3,5
7	5-51 Operationen an Gallenblase und Gallenwegen	478 968	2,9
8	5-46 Andere Operationen an Dünn- und Dickdarm	472 514	2,9
9	5-38 Inzision, Exzision und Verschluss von Blutgefäßen	467 834	2,8
10	5-03 Operationen an Rückenmark, Rückenmarkhäuten und Spinalkanal	445 020	2,7
11	5-80 Offen chirurgische Gelenkoperationen	362 112	2,2
12	5-90 Operative Wiederherstellung und Rekonstruktion von Haut und Unterhaut	360 206	2,2
13	5-75 Andere geburtshilffliche Operationen	351 788	2,1
14	5-21 Operationen an der Nase	323 116	2,0
15	5-45 Inzision, Exzision, Resektion und Anastomose an Dünn- und Dickdarm	320 185	1,9
16	5-85 Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln	314 789	1,9
17	5-53 Verschluss abdominaler Hernien	306 087	1,9
18	5-74 Sectio caesarea und Entwicklung des Kindes	301 608	1,8
19	5-39 Andere Operationen an Blutgefäßen	299 505	1,8
20	5-57 Operationen an der Harnblase	261 109	1,6
21	5-37 Rhythmuschirurgie und andere Operationen an Herz und Perikard	243 604	1,5
22	5-91 Andere Operationen an Haut und Unterhaut	241 231	1,5
23	5-15 Operationen an Retina, Choroidea und Corpus vitreum	225 684	1,4
24	5-54 Andere Operationen in der Bauchregion	197 675	1,2
25	5-40 Operationen am Lymphgewebe	173 933	1,1
26	5-49 Operationen am Anus	169 027	1,0
27	5-65 Operationen am Ovar	165 941	1,0
28	5-68 Inzision, Exzision und Exstirpation des Uterus	164 068	1,0
29	5-73 Andere Operationen zur Geburtseinleitung und unter der Geburt	161 258	1,0
30	5-06 Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüse	157 205	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.

häufigsten Operationen der männlichen und weiblichen Behandelten kann im Internetportal www.krankenhaus-report-online.de (Zusatztable 21–e bis 21–g) abgerufen werden.

Auf Ebene der Viersteller gab es unter den chirurgischen Maßnahmen den deutlichsten Anstieg im Vergleich zum Vorjahr bei der sonstigen plastischen Rekonstruktion von Blutgefäßen (38,8%). Danach folgten die offene chirurgische Implantation und Entfernung von Kanülen im Rahmen der extrakorporalen Herz-/Lungenunterstützung mit Gasaustausch (23,0%) sowie minimalinvasive Operationen an den Herzklappen (18,1%). Der stärkste Rückgang war bei der Entnahme eines Knochentransplantats (18,8%) zu verzeichnen. Ebenfalls rückläufig waren die operative Entfernung eines Gewebekegels aus dem Gebärmutterhals im Bereich des Muttermundes (15,7%) sowie die offene chirurgische Bandplastik am Kniegelenk (14,4%). Nach Dreistellern aufgeschlüsselt zeigte sich im Vergleich zum Vorjahr der stärkste Zuwachs bei Operationen an Haut und Unterhaut im Rahmen von Verbrennungen und Verätzungen (11,5%). Danach folgten sonstige Operationen an Lunge und Bronchus (10,0%) sowie an Eileitern (9,9%). Zu den chirurgischen Maßnahmen mit dem höchsten Rückgang gehörten das Einschneiden und Entfernen der Gebärmutter (6,3%), andere Operationen an der Gebärmutter und den Parametrien (5,8%) sowie an den Harnorganen (5,5%). Die entsprechenden Tabellen sind im Internetportal www.krankenhaus-report-online.de (Zusatztable 21–h bis 21–l) zu finden.

Zur Vermeidung nicht notwendiger vollstationärer Krankenhausbehandlungen und zur Sicherstellung einer wirtschaftlichen und patientengerechten Versorgung sind weiterhin ambulante Operationen und sonstige stationersetzende Eingriffe in Krankenhäusern nach § 115b Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) möglich. Leistungen dieser Art werden jedoch nicht auf der Grundlage des DRG-Entgeltsystems, sondern über das Vergütungssystem der vertragsärztlichen Versorgung nach Maßgabe des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) bzw. der Euro-Gebührenordnung abgerechnet. Dieser Leistungen werden deshalb über die Grunddaten der Krankenhäuser (vgl. Kapitel 19 in diesem Band) erfasst und entsprechend nachgewiesen und nicht in der Fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik.

21.6 Behandlungsspektrum bei den Patientinnen und Patienten in den Fachabteilungen

Im Rahmen der *Fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik* können differenzierte Analysen zum Aufenthalt der Patientinnen und Patienten in den Fachabteilungen nicht nur nach der längsten Verweildauer, sondern auch nach den einzelnen durchlaufenen Fachabteilungen auf Basis ihrer individuellen Verlegungsketten vorgenommen werden.¹³

¹³ Maßgeblich für die statistische Fachabteilungsabgrenzung ist die Fachabteilungsgliederung nach Anlage 2, Schlüssel 6 der Datenübermittlungsvereinbarung der Selbstverwaltungspartner im Gesundheitswesen gem. § 301 Abs. 3 SGB V.

Tabelle 21–8

Durchlaufene Fachabteilungen 2015 nach Geschlecht

Durchlaufene Fachabteilungen ¹⁾	Patientinnen und Patienten					
	Insgesamt		Männer		Frauen	
	Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %
Eine Fachabteilung	16 784 885	89,9	7 846 336	88,9	8 938 301	90,8
Zwei Fachabteilungen	1 599 828	8,6	829 349	9,4	770 445	7,8
Drei und mehr	280 525	1,5	149 143	1,7	131 379	1,3

¹⁾ Ohne Rückverlegungen

© Statistisches Bundesamt 2017

Krankenhaus-Report 2018

WIdO

Danach wurden 89,9% der Behandelten ausschließlich in einer Fachabteilung versorgt. Behandlungen in zwei verschiedenen Fachabteilungen erfolgten noch in 8,6% der Fälle. Die häufigsten Verlegungen gabe es 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 1,5% nur noch sehr selten (Tabelle 21–8).

Der größte Teil der Patientinnen und Patienten wurde in den Fachabteilungen Innere Medizin (5,7 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 5,8 Tagen, in der Allgemeinen Chirurgie bei 6,0 Tagen und in der Frauenheilkunde/ Geburtshilfe bei 3,7 Tagen (Abbildung 21–8¹⁴).

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 (15,3%) sowie die Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit 2,0 Millionen Fällen (10,5%) die patientenstärksten Fachabteilungen. Auf dieser Basis betrug die durchschnittliche Verweildauer in der Inneren Medizin 6,3 Tage, in der Allgemeinen Chirurgie 6,4 Tage sowie in der Frauenheilkunde/ Geburtshilfe 3,8 Tage.

Am häufigsten wurden die Patientinnen und Patienten der Inneren Medizin aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems behandelt. Nach der Hauptdiagnose war in 320 525 Fällen eine Herzinsuffizienz (I50) Ursache der Behandlung und betraf 6,2% aller Patientinnen und Patienten dieser Abteilung. Die entsprechende durchschnittliche Verweildauer lag bei 9,7% Tagen. Jüngere Patienten waren davon kaum betroffen, 90% der Behandelten mit diesem Krankheitsbild waren 65 Jahre und älter (Tabelle 21–9¹⁵).

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

15 Fachabteilung mit der längsten Verweildauer.

Abbildung 21–8



Der zweithäufigste Behandlungsanlass für eine stationäre Versorgung in der Inneren Medizin war das Vorhoffimmern und Vorhoffattern (I48) mit 186 153 Behandlungsfällen. Sie war Ursache in 3,6% aller Fälle dieser Abteilung und betraf mit 72,7% in erster Linie ebenfalls die über 65-Jährigen. Die durchschnittliche Verweildauer lag hier bei 4,5 Tagen.

Die essentielle primäre Hypertonie (I10) war für weitere 3,4% der Behandlungsfälle der Inneren Medizin verantwortlich. Patientinnen und Patienten mit dieser Diagnose verbrachten im Schnitt 4,2 Tage im Krankenhaus. Fast zwei Drittel der Behandelten waren auch hier 65 Jahre und älter.

Insgesamt wurden in der Inneren Medizin rund 12,6 Millionen Operationen und medizinische Prozeduren, darunter 931 513 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 21–5¹⁶).

¹⁶ Fachabteilung mit der längsten Verweildauer.

Tabelle 21–9

Patientinnen und Patienten mit den häufigsten Hauptdiagnosen in den Fachabteilungen¹⁾ Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie 2015

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			6,3	5 190 724	6 100	617 971	1 314 838	3 251 796
1	I50	Herzinsuffizienz	9,7	320 525	2	2 041	30 013	288 469
2	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	4,5	186 153	–	5 060	45 825	135 268
3	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	4,2	177 319	5	11 441	48 561	117 312
4	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	8,3	175 539	2	2 432	47 337	125 768
5	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	9,0	174 335	54	11 298	27 962	135 021
6	I20	Angina pectoris	3,5	137 794	1	5 300	46 581	85 912
7	I21	Akuter Myokardinfarkt	7,0	124 201	–	3 891	37 365	82 944
8	R55	Synkope und Kollaps	4,2	106 480	121	16 057	23 029	67 272
9	K29	Gastritis und Duodenitis	4,0	105 104	50	25 700	30 330	49 022
10	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	9,2	101 068	7	4 974	28 196	67 891
11	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	3,4	100 698	237	45 555	45 780	9 119
12	F07	Hals- und Brustschmerzen	2,2	99 686	35	24 521	39 513	35 617
13	E86	Volumenmangel	5,9	92 355	9	2 109	5 698	84 539
14	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	3,4	89 175	1	1 261	27 838	60 075
15	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	4,2	81 222	342	24 368	16 864	39 648

Tabelle 21–9

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			6,4	2 855 187	54 478	633 504	938 482	1 228 717
1	K40	Hernia inguinalis	2,1	153 742	1 102	25 485	59 049	68 105
2	K80	Cholelithiasis	5,0	151 812	144	40 568	60 725	50 375
3	K35	Akute Appendizitis	4,7	87 574	7 398	52 035	19 211	8 930
4	S06	Intrakranielle Verletzung	2,3	87 420	7 382	28 798	14 579	36 659
5	I70	Atherosklerose	10,7	80 611	–	513	22 216	57 882
6	S72	Fraktur des Femurs	12,8	67 896	370	1 895	7 598	58 033
7	K57	Divertikulose des Darmes	9,4	67 682	3	7 457	33 016	27 206
8	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	9,4	67 029	4	1 647	24 072	41 306
9	K56	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie	8,1	63 453	382	7 941	16 489	38 640
10	S52	Fraktur des Unterarmes	3,8	56 430	4 902	7 837	16 033	27 658
11	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	7,5	55 704	1 667	14 606	20 386	19 045
12	M54	Rückenschmerzen	5,0	53 141	44	10 307	18 829	23 961
13	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	10,8	51 082	2	992	15 313	34 775
14	K43	Hernia ventralis	6,3	49 167	40	6 619	20 399	22 109
15	E04	Sonstige nichttoxische Struma	3,3	48 457	61	11 216	26 283	10 897

¹⁾ Fachabteilung mit der längsten Verweildauer

²⁾ Einschließlich Fälle mit unbekanntem Alter

© Statistisches Bundesamt 2017

Tabelle 21–10

Häufigste Operationen in den Fachabteilungen¹⁾ Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie 2015

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			12 561 582	5 040	978 441	3 449 528	8 128 549
	Operationen Kapitel 5 ³⁾	100	931 513	561	51 060	231 265	648 627
1	5-513 Endoskopische Operationen an den Gallengängen	18,0	168 038	5	12 070	38 983	116 980
2	5-452 Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	12,0	111 710	3	3 289	29 623	78 795
3	5-469 Andere Operationen am Darm	10,2	94 953	6	3 908	25 267	65 772
4	5-377 Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders	8,0	74 245	–	1 999	12 909	59 337
5	5-399 Andere Operationen an Blutgefäßen	4,1	38 237	12	2 004	11 962	24 259
6	5-429 Andere Operationen am Ösophagus	3,5	32 570	–	2 387	11 804	18 379
7	5-378 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators	3,3	30 923	–	586	4 305	26 032
8	5-449 Andere Operationen am Magen	3,2	29 621	–	1 457	6 459	21 705
9	5-431 Gastrostomie	2,0	18 813	4	675	4 161	13 973
10	5-896 Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	1,8	16 350	9	610	4 371	11 360
Allgemeine Chirurgie							
Insgesamt Operationen und Prozeduren			8 943 273	61 372	1 306 857	3 039 031	4 535 998
	Operationen Kapitel 5 ³⁾	100	4 786 270	45 187	860 433	1 779 356	2 101 293
1	5-469 Andere Operationen am Darm	3,8	183 567	508	21 747	62 937	98 375
2	5-511 Cholezystektomie	3,8	180 017	142	42 187	70 364	67 324
3	5-530 Verschluss einer Hernia inguinalis	3,3	157 715	1 307	25 905	60 499	70 004
4	5-812 Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	2,1	101 920	494	25 180	50 713	25 533
5	5-470 Appendektomie	2,0	97 809	8 169	59 560	20 578	9 502
6	5-896 Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	2,0	94 862	688	13 660	28 889	51 625

Tabelle 21–10

Fortsetzung

Rang	Maßnahme ²⁾	Insgesamt ⁴⁾		davon im Alter von ... bis unter ... Jahren				
		in %	Anzahl	0–15	15–45	45–65	65 und älter	
				Anzahl				
Allgemeine Chirurgie								
7	5-794 Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	1,9	88 647	569	11 733	27 786	48 559	
8	5-916 Temporäre Weichteildeckung	1,6	78 201	121	7 500	24 137	46 443	
9	5-032 Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis	1,6	77 593	101	12 246	29 762	35 484	
10	5-455 Partielle Resektion des Dickdarmes	1,6	77 380	51	6 425	25 878	45 026	

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

© Statistisches Bundesamt 2017

Krankenhaus-Report 2018

WIdO

In der zweiten an dieser Stelle ausgewiesenen Fachabteilung, der Allgemeinen Chirurgie, wurden knapp 2,9 Millionen Fälle für die durchschnittliche Dauer von 6,4 Tagen stationär im Krankenhaus versorgt. Häufigster 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 (153 742 Fälle). Sie verbrachten durchschnittlich 2,1 Tage im Krankenhaus. 44,3% der Behandelten mit dieser Diagnose waren 65 Jahre und älter und 38,4% waren zwischen 45 bis unter 65 Jahre alt.

Die zweithäufigste in der Chirurgie behandelte Erkrankung war mit einem Anteil von 5,3% und 151 812 Fällen das Gallensteinleiden (K80). Der größte Teil der Patientinnen und Patienten mit dieser Erkrankung war zwischen 45 bis unter 65 Jahre alt (40,0%) sowie 65 Jahre und älter (33,2%).

Der dritthäufigste Grund für eine vollstationäre Versorgung in der Chirurgie war die akute Blinddarmentzündung (K35), die bei 87 574 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 59,4%.

Zusammengenommen wurden in der Allgemeinen Chirurgie 8,9 Millionen Operationen und Prozeduren durchgeführt, darunter 4,8 Millionen operative Eingriffe nach Kapitel 5 des OPS. 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 53,6% war bei allen drei Operationen der jeweils größte Teil der Operierten 65 Jahre und älter.

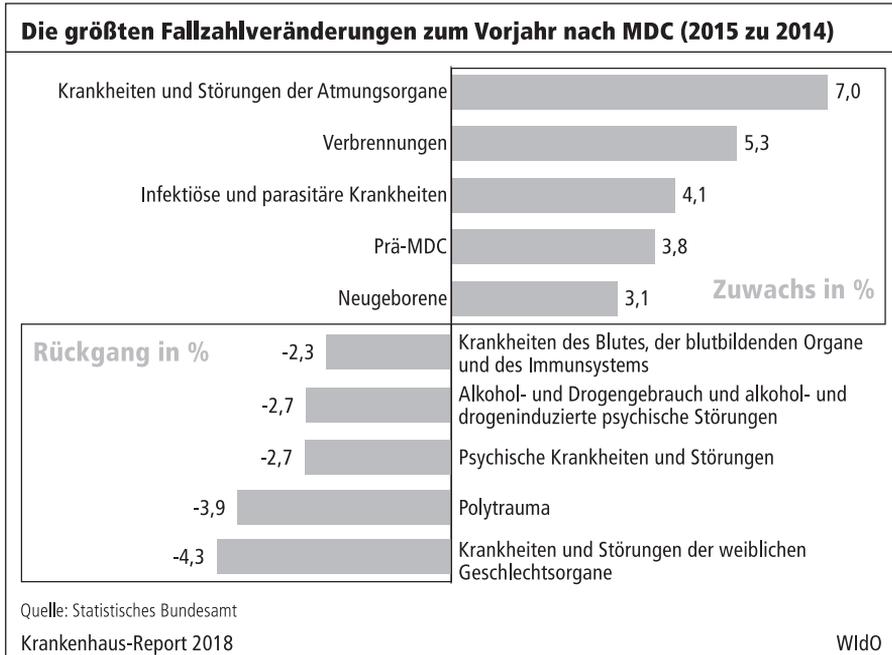
21.7 Leistungsmengen und Leistungsstrukturen der Krankenhäuser

Fallpauschalen bilden die Grundlage für das Vergütungssystem der akutstationären Krankenhausleistungen in deutschen Krankenhäusern, in dem Behandlungsfälle entsprechend ihrem Behandlungsaufwand nach pauschalierten Preisen vergütet werden.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 2015 an erster Stelle Krankheiten und Störungen

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 sowohl freiwillig teilnehmender als auch ausgewählter verpflichteter Krankenhäuser. Der jährlich veröffentlichte Fallpauschalenkatalog enthält u. a. die spezifische Leistungsbeschreibung und die Bewertungsrelation als relatives Kostengewicht für die Vergütungshöhe jeder einzelnen DRG. Er kann auf der Homepage des InEK unter www.g-drg.de heruntergeladen werden.

Abbildung 21–9



des Kreislaufsystems (15,6%). An zweiter und dritter Stelle folgten Krankheiten und Störungen des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes (14,8%) sowie der Verdauungsorgane (11,5%). Hinsichtlich des Leistungsumfanges hatten diese drei Gruppen jeweils auch die höchsten Anteile (zwischen 18,6% und 9,2%) am gesamten Casemix-Volumen des Jahres 2015. Die entsprechenden Tabellen können im Internetportal www.krankenhaus-report-online.de (Zusatztabellen 21–m und 21–n) abgerufen werden.

Die größten Fallzahlzuwächse gegenüber dem Vorjahr waren bei der MDC „Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane“ (7,0%) zu verzeichnen. Die MDCs „Verbrennungen“ (5,3%) sowie „Infektiöse und parasitäre Krankheiten“ (4,1%) lagen an zweiter und dritter Stelle. Den stärksten Rückgang wies die MDC „Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane“ (4,3%) auf. Ebenfalls rückläufig waren weiterhin die MDCs „Polytrauma“ (3,9%) sowie „Psychische Krankheiten und Störungen“ (2,7%) (Abbildung 21–9).

Die Versorgung gesunder Neugeborener (599 036 Fälle), die Speiseröhrentzündung, Magen-Darm-Entzündung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne komplexe Prozedur oder Diagnose (489 980 Fälle) sowie die Entbindung ohne komplizierende Diagnose (355 324 Fälle) waren im Jahr 2015 die insgesamt am häufigsten abgerechneten Fallpauschalen (DRGs) (Abbildung 21–10). Von den knapp 1 200 mit dem Fallpauschalenkatalog bewerteten und abrechenbaren DRGs machten dabei die zwanzig häufigsten bereits 26,5% und die fünfzig häufigsten DRGs 42,7% des gesamten DRG-Leistungsspektrums aus. Nach der sogenannten Partition aufgeschlüsselt waren 58,4% medizinische Behandlungen

Abbildung 21–10

Die zehn häufigsten Fallpauschalen (DRGs) der Patientinnen und Patienten 2015		
	DRGs	Anzahl
Gesundes Neugeborenes, Aufnahmegewicht über 2499 g	P67D	599 036
Entzündung der Speiseröhrenschleimhaut, Magen-Darm-Entzündung etc. ohne komplexe Prozedur oder Diagnose	G67C	489 980
Entbindung ohne komplizierende Diagnose	O60D	355 324
Herzinsuffizienz und Schock ohne äußerst schwere Begleiterkrankung oder ohne Dialyse, ohne Reanimation, ohne komplizierende Diagnose	F62B	334 944
Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, mehr als ein Belegungstag, bei and. Femurfraktur etc.	I68D	323 820
Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen ohne äußerst schwere Begleiterkrankung	F71B	276 909
Entzündung der Speiseröhrenschleimhaut, Magen-Darm-Entzündung etc. mit komplexer Diagnose oder gastrointestinaler Blutung	G67B	246 342
Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere Begleiterkrankung, Alter > 0 Jahre, ohne Komplexbehandlung bei MRE	E77I	237 547
Andere Kopfverletzungen	B80Z	223 974
Hypertonie ohne komplizierende Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere Begleiterkrankung	F67D	220 621

Quelle: Statistisches Bundesamt
Krankenhaus-Report 2018

WIdO

ohne chirurgische Eingriffe (Partition M), 36,0% operative Behandlungen (Partition O) und 5,6% nichtoperative, jedoch invasive medizinische Maßnahmen (Partition A). Die höchsten Anteile des Casemix entfielen dabei mit 60,9% auf operative Eingriffe und 32,9% auf medizinische Behandlungen. 6,2% umfassten 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 ausmachten, dann standen die Korrektur oder der Ersatz des Hüftgelenks ohne komplizierenden Eingriff (2,0%), gefolgt von der Endoprothesenimplantation oder -revision am Kniegelenk (1,4%) sowie der Herzinsuffizienz und Schock ohne äußerst schwere Begleiterkrankungen (1,4%) an oberster Stelle. Zusammengenommen entfielen auf diese drei DRGs für die Behandlung von 634 725 Patientinnen und Patienten 4,8% der Behandlungserlöse mit einem Volumen von 3,1 Milliarden Euro (Tabelle 21–11).

Nach der DRG-Bewertungsrelation waren die teuersten und komplexesten Behandlungen die Versorgung von Schwerstverletzten mit Polytrauma beziehungsweise von Komapatienten, die einer hochaufwändigen intensivmedizinischen Behandlung bedurften (A06A und A06B). Hierzu gehörte ebenfalls die Transplanta-

Tabelle 21–11

DRGs nach Anteil am Erlösvolumen 2015

DRG	Bezeichnung	Fälle ¹⁾	Anteil an	Erlös-	Anteil am
			allen Fällen	volumen ²⁾	Erlösvolumen
			in %	in 1 000 EUR	in %
I47B	Revision oder Ersatz des Hüftgelenks ohne komplizierende Diagnose, ohne komplizierenden Eingriff	177 386	1,0	1 273 480 475	2,0
I44B	Endoprothesenimplantation/-revision am Kniegelenk, ohne äußerst schwere Komplikation oder Begleiterkrankung	122 786	0,7	935 829 289	1,4
F62B	Herzinsuffizienz und Schock ohne äußerst schwere Begleiterkrankung	334 553	1,8	913 801 004	1,4
I68D	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, mehr als ein Belegungstag, bei and. Femurfraktur etc.	323 587	1,7	642 062 824	1,0
G67C	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne komplexe Prozedur, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere Begleiterkrankung	489 827	2,6	607 369 505	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.

© Statistisches Bundesamt 2017

Krankenhaus-Report 2018

WIdO

Tabelle 21–12

Komplexe Leistungen: Am höchsten bewertete DRGs 2015

DRG	Bezeichnung	Bewertungs- relation	Fälle ¹⁾	Anteil an allen Fällen	Erlös- volumen ²⁾	Anteil am Erlösvolumen
				in %	in 1 000 EUR	in %
A06A	Operation oder Polytrauma mit hochkomplexem Eingriff oder intensivmedizinischer Komplex- behandlung sowie Beatmung über 1 799 Stunden	65,943	586	0,003	147 947	0,23
A18Z	Transplantation von Leber, Lunge, Herz und Knochenmark oder Stammzelltransfusion mit Beatmung über 999 Stunden	60,413	154	0,001	44 295	0,07
A06B	Operation oder Polytrauma ohne hochkomplexen Eingriff oder intensivmedizinischer Komplex- behandlung sowie Beatmung über 1 799 Stunden	47,432	1 141	0,006	197 852	0,30
P61A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht < 600 g mit signifikanter OR-Prozedur	46,873	209	0,001	32 522	0,05
A07A	Operation oder Polytraumamit hochkomplexem oder dreizeitigem komplexen Eingriff oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung sowie Beatmung > 999 und < 1 800 Stunden	44,014	756	0,004	128 896	0,20

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.

© Statistisches Bundesamt 2017

Krankenhaus-Report 2018

WIdO

tion lebenswichtiger Organe, unter anderem von Leber, Lunge und Herz, mit einer Langzeitbeatmung der Patienten (A18Z). Für diese drei DRGs wurden näherungsweise rund 309 Millionen Euro im Rahmen der notfall- und intensivmedizinischen Behandlung von 1 881 Patientinnen und Patienten abgerechnet, was einen Anteil von 0,6% 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 durchschnittlich 252 470 Euro (Tabelle 21–12).

Tabelle 21–13

Casemix, Casemix-Index und Erlöse je Fall nach Bundesländern 2015

Sitz des Krankenhauses	Casemix ¹⁾			Casemix-Index ²⁾	Erlös je Fall ³⁾ in Euro	
	Insgesamt ⁴⁾	DRG-Partition				
		O	M			A
Deutschland	20 307 606	12 367 513	6 680 446	1 259 639	1,09	3 520
Baden-Württemberg	2 309 854	1 460 284	749 151	100 419	1,11	3 575
Bayern	3 045 431	1 892 903	1 003 598	148 929	1,06	3 465
Berlin	985 821	632 024	274 386	79 408	1,24	3 955
Brandenburg	572 032	318 033	201 441	52 557	1,09	3 474
Bremen	223 656	139 281	70 909	13 466	1,11	3 595
Hamburg	602 467	405 675	151 911	44 880	1,26	4 029
Hessen	1 428 568	872 003	459 082	97 480	1,09	3 456
Mecklenburg-Vorp.	431 116	259 934	149 852	21 330	1,09	3 492
Niedersachsen	1 754 738	1 063 090	594 411	97 237	1,06	3 391
Nordrhein-Westfalen	4 796 452	2 847 622	1 600 933	347 898	1,09	3 473
Rheinland-Pfalz	921 993	533 535	335 537	52 922	1,01	3 426
Saarland	290 642	173 919	101 549	15 174	1,08	3 554
Sachsen	1 098 792	672 979	374 754	51 058	1,13	3 594
Sachsen-Anhalt	610 898	352 472	215 971	42 456	1,07	3 408
Schleswig-Holstein	601 869	370 390	180 342	51 137	1,11	3 547
Thüringen	633 279	373 369	216 619	43 290	1,12	3 569

¹⁾ Der Casemix ergibt sich aus Summe der effektiven Bewertungsrelationen der behandelten Krankenhausesfälle 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 Krankenhausesfälle. 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.

⁴⁾ Einschl. der Fälle mit unbekannter Partition

Im Hinblick auf den Schweregrad der Erkrankung erfolgten nach dem Casemix-Index (CMI) die aufwändigsten bzw. schwerwiegendsten Behandlungen in den Fachabteilungen der Herzchirurgie (5,53), Intensivmedizin (4,87) und Kinderkardiologie (3,65). Das leichteste Erkrankungsspektrum wurde in der Geburtshilfe (0,48), der Augenheilkunde (0,61) sowie der Frauenheilkunde und Geburtshilfe (0,61) behandelt. Eine differenzierte Übersicht zum Casemix-Index nach Fachabteilungen und Altersgruppen der Patientinnen und Patienten ist im Internetportal www.krankenhaus-report-online.de (Zusatztabellen 21–o bis 21–q) eingestellt.

Die im Durchschnitt höchsten Erlöse je Fall wurden in Krankenhäusern in Hamburg (4 029 Euro), Berlin (3 955 Euro) und Bremen (3 595 Euro) erzielt. Am niedrigsten lagen sie in Niedersachsen (3 391 Euro), in Sachsen-Anhalt (3 408 Euro) und Rheinland-Pfalz (3 426 Euro). Aufgrund der unterschiedlich hohen Landesbasisfallwerte korrespondieren die durchschnittlichen Fallerlöse nicht durchgängig mit dem Schweregrad der behandelten Patientinnen und Patienten. So liegen zum Beispiel bei einem CMI von jeweils 1,06 die durchschnittlichen Fallerlöse der Krankenhäuser in Niedersachsen bei 3 391 Euro, in Bayern dagegen bei 3 465 Euro (Tabelle 21–13).