

Krankenhaus-Report 2012

„Schwerpunkt: Regionalität“

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

Schattauer (Stuttgart) 2012

Auszug Seite 407-436



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	Fallzahlen und Erlöse nach DRGs	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 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 2009, 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) und den Hauptdiagnosegruppen (MDCs) werden in diesem Beitrag ebenfalls dargestellt.

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

21.1 Vorbemerkung

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

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

Einen deutlichen Informationszugewinn stellt insbesondere die Prozeduren-, Diagnose- und Leistungsstatistik dar. Danach können differenzierte Informationen zum Beispiel zu Operationen und medizinischen Prozeduren oder eine Erweiterung der Hauptdiagnosen um ihre jeweiligen Nebendiagnosen auch unter fachabteilungsspezifischen Gesichtspunkten für alle vollstationären Behandlungsfälle eines Kalenderjahres zur Verfügung gestellt werden. Seit dem Berichtsjahr 2007 kann darüber hinaus auf Ergebnisse beispielsweise zur Art und zum Umfang der abgerechneten Fallpauschalen (DRGs) und zu Hauptdiagnosegruppen (MDCs) zurückgegriffen werden.

Im Folgenden werden zentrale Ergebnisse zur stationären Versorgung des Berichtsjahres 2009 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 1 des Gesetzes vom 17. März 2009 (BGBl. I S. 534) geändert worden ist, ist die Entwicklung eines pauschalierenden Entgeltsystems auch für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen in seinen Grundstrukturen bis zum Jahresende 2009 und die entsprechende budgetneutrale Umsetzung ab 2013 festgelegt.
- 2 Die wichtigsten Ergebnisse der *Fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik* werden jährlich in der Fachserie 12 Reihe 6.4 des Statistischen Bundesamtes veröffentlicht. Ab dem Berichtsjahr 2007 sind die Fachserien kostenlos unter www.destatis.de auf der Themenseite Gesundheit bei den Veröffentlichungen im Bereich Krankenhäuser erhältlich; ältere Publikationen können ebenfalls kostenlos per Email an gesundheit@destatis.de angefordert werden. Die Erstellung von Sonderauswertungen ist auf Anfrage (je nach Umfang und Aufwand u. U. kostenpflichtig) möglich.

21.2 Erläuterungen zur Datenbasis

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

Die folgenden Auswertungen für das Jahr 2009 beruhen auf den Struktur- und Leistungsdaten von 1 638 Krankenhäusern und umfassen knapp 17,2 Mill. vollstationär behandelte Fälle. Detaillierte Informationen, ob und inwieweit Datenlieferungen einzelner Krankenhäuser möglicherweise nicht fristgerecht oder nur unvollständig an die DRG-Datenstelle übermittelt wurden und damit eine Untererfassung sowohl der Krankenhäuser als auch der Patientinnen und Patienten vorliegt, stehen für das Jahr 2009 nicht zur Verfügung. Aufgrund der Art der Daten als Abrechnungsdaten der Krankenhäuser ist aber davon auszugehen, dass die nach dem DRG-Vergütungssystem abrechnenden Krankenhäuser nahezu vollständig erfasst und nur geringe Ausfälle zu verzeichnen sind.

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

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

21.3 Eckdaten der vollstationär behandelten Krankenhauspatientinnen und -patienten

Nach der Fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik wurden im Jahr 2009 knapp 17,2 Mill. Patientinnen und Patienten⁴ aus einer vollstationären Krankenhausbehandlung entlassen. Dies waren mit 266 900 Fällen 1,6% mehr als im Jahr zuvor. Im Durchschnitt dauerte ein Krankenhausaufenthalt 7,0 Tage und nahm im Vergleich zum Vorjahr um weitere 0,1 Tage ab. 53,4% der Behandlungsfälle waren weiblich und 46,6% männlich. Durchschnittlich waren die Behandelten 54 Jahre alt (Frauen 55 Jahre, Männer 53 Jahre). Je 100 000 Einwohner wurden 20 750 Patientinnen und Patienten stationär in den Krankenhäusern behandelt. Im Vergleich zu anderen Altersgruppen waren die Behandlungszahlen je 100 000 Einwohner erwartungsgemäß bei den unter 1-Jährigen und dem Personenkreis im höheren und sehr hohen Alter wie auch in den Vorjahren besonders hoch.

Wohnortbezogen⁵ gab es die meisten Behandlungsfälle je 100 000 Einwohner in Sachsen-Anhalt (24 700), in Thüringen (24 100) und im Saarland (23 500). Im Gegensatz dazu war die geringste Anzahl an Behandlungsfällen je 100 000 Einwohner in Hamburg (16 800 Fälle), Baden-Württemberg (17 600 Fälle) und Berlin (18 300 Fälle) zu verzeichnen (Tabelle 21–1).

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

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

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

6 Für die Regionsgrundtypen gelten folgende Abgrenzungskriterien:

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

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

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

Tabelle 21–1

Patientinnen und Patienten nach Behandlungs- und Wohnort sowie Behandlungsfälle je 100 000 Einwohner 2009

	Behandlungsort der Patienten	Wohnort der Patienten	Fälle* je 100 000 Einwohner
	Anzahl	Anzahl	
Baden-Württemberg	1 948 034	1 887 510	17 563
Bayern	2 647 907	2 553 192	20 419
Berlin	707 498	629 260	18 321
Brandenburg	514 448	587 204	23 337
Bremen	191 253	128 309	19 413
Hamburg	410 831	297 785	16 747
Hessen	1 196 132	1 234 027	20 356
Mecklenburg-Vorpommern	385 426	382 049	23 059
Niedersachsen	1 518 494	1 601 238	20 170
Nordrhein-Westfalen	4 002 212	3 976 298	22 219
Rheinland-Pfalz	850 800	892 670	22 211
Saarland	249 927	241 089	23 498
Sachsen	934 611	917 799	21 966
Sachsen-Anhalt	562 475	584 253	24 673
Schleswig-Holstein	526 991	530 329	18 730
Thüringen	544 024	544 974	24 141

* auf Basis des Wohnorts

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2012

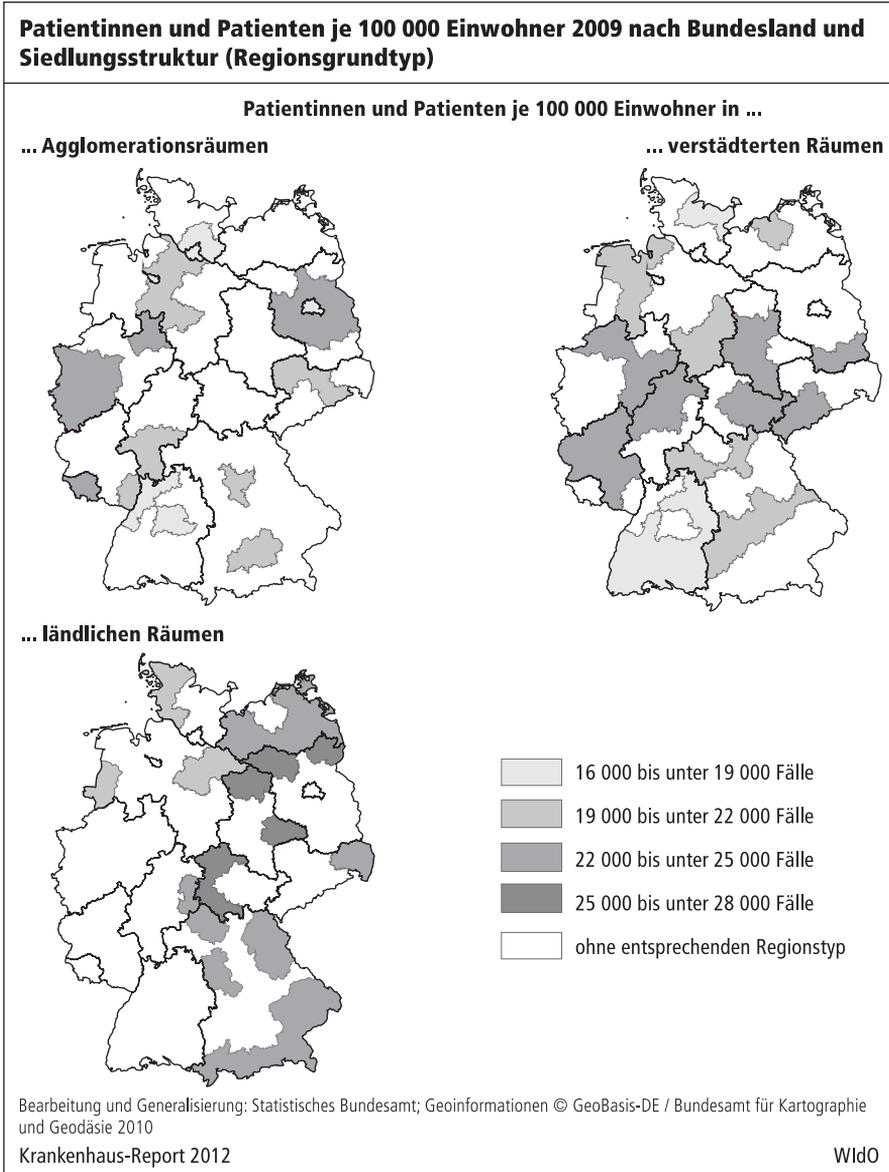
Wido

Unter Einbezug der Dauer des Krankenhausaufenthaltes der Behandelten gab es 481 500 sogenannte Stundenfälle. Dies sind vollstationär aufgenommene Patientinnen und Patienten, bei denen sich innerhalb des ersten Tages herausstellt, dass ein stationärer Aufenthalt nicht erforderlich ist oder Patientinnen und Patienten, die innerhalb des ersten Tages versterben. Im Jahr 2009 betrug ihr Anteil an allen Behandlungsfällen 2,8 %. Die Zahl der sogenannten Kurzlieger, d. h. Patientinnen und Patienten, die mindestens eine Nacht und höchstens drei Nächte im Krankenhaus verbringen, lag bei knapp 6,4 Mill. Diese Patientengruppe entsprach einem Anteil von 37,3 % der Behandlungsfälle.

Im Hinblick auf den Aufnahmearbeit erfolgte im Jahr 2009 bei 54,7 % der Fälle die Aufnahme in die vollstationäre Krankenhausbehandlung aufgrund einer ärztlichen Einweisung. Bei 38,5 % war die Krankenhausaufnahme als Notfall bezeichnet (Abbildung 21–2).

Der häufigste Entlassungsgrund bei den Patientinnen und Patienten war die reguläre Beendigung der Behandlung: In 83,5 % 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 (4,8 %). Entgegen ärztlichem Rat

Abbildung 21–1



wurde die Behandlung in 1,9% der Fälle abgebrochen. Die Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung mit einer entsprechenden Weiterbehandlung erfolgte in 2,2% und die Unterbringung in einer Pflegeeinrichtung in 1,4% der Fälle (Abbildung 21–3).

Abbildung 21–2

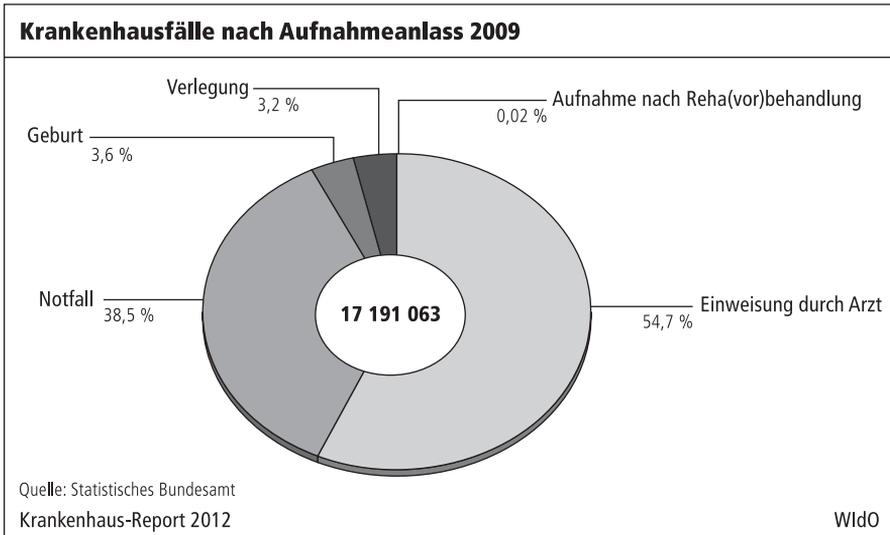
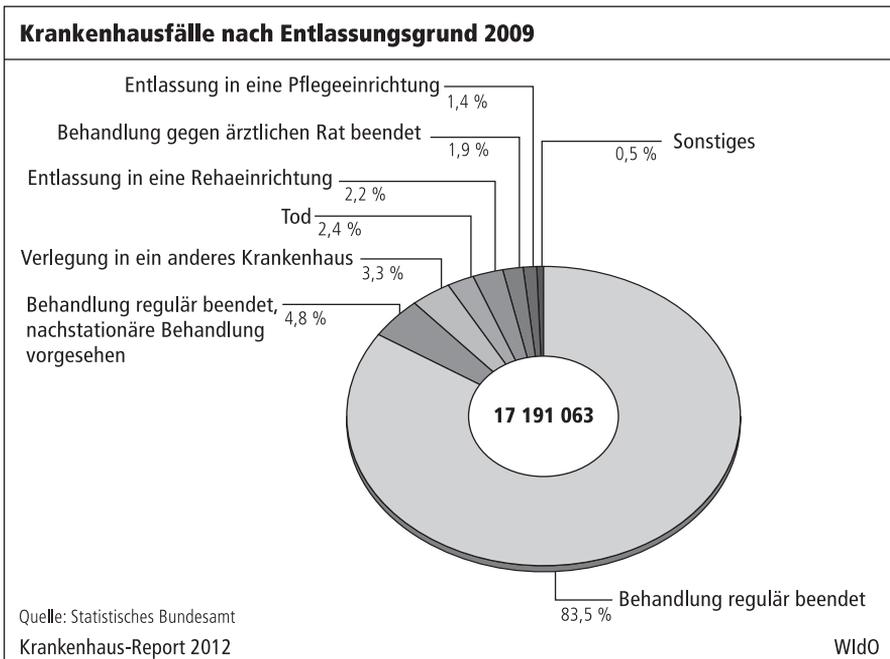


Abbildung 21–3



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 Kodierrichtlinien⁷ 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 Einweisungsdia gnose übereinstimmen. Die Hauptdiagnose ist entsprechend der 10. Revision der Internationalen Statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme ICD-10 GM⁸ zu kodieren.

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

In Bezug auf die Hauptdiagnosegruppe wurden die Patientinnen und Patienten am häufigsten aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems (2,7 Mill. Fälle), Neubildungen (1,8 Mill. Fälle) sowie von Verletzungen, Vergiftungen und anderen Folgen äußerer Ursachen (1,8 Mill. Fälle) behandelt. Bei den Männern folgten nach den Krankheiten des Kreislaufsystems und den Neubildungen auf Platz drei die Krankheiten des Verdauungssystems. Bei den Frauen lagen nach den Krankheiten des Kreislaufsystems an zweiter Stelle Verletzungen, Vergiftungen und andere Folgen äußerer Ursachen, gefolgt von Neubildungen sowie Diagnosen, die im Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett stehen (Tabelle 21–2)

Lässt man die Versorgung gesunder Neugeborener (Z38) unberücksichtigt, war mit 361 400 Fällen die Herzinsuffizienz (I50) die am häufigsten gestellte Hauptdiagnose. Die wichtigsten zu diesem Krankheitsbild gestellten Nebendiagnosen waren an erster Stelle die chronische ischämische Herzkrankheit (I25), Vorhofflattern und Vorhofflimmern (I48) sowie die essentielle (primäre) Hypertonie (I10). Durchgeführte Operationen bezogen sich bei den Behandelten mit dieser Hauptdiagnose primär auf die Implantation eines Herzschrittmachers und Defibrillators (5-377), die lokale Entfernung und Zerstörung von erkranktem Gewebe des Dickdarms

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

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

Tabelle 21–2

Hauptdiagnose Herzinsuffizienz (I50) mit ihren häufigsten Nebendiagnosen und Operationen 2009

Pos.-Nr. ICD-10/Hauptdiagnose Herzinsuffizienz		Anzahl	
I50		361 350	
Rang	Pos.-Nr. ICD-10/Nebendiagnose	Anzahl	in %
Insgesamt		3287 020	100,0
1	I25 Chronische ischämische Herzkrankheit	181 667	5,5
2	I48 Vorhofflattern und Vorhofflimmern	173 570	5,3
3	I10 Essentielle (primäre) Hypertonie	156 506	4,8
4	N18 Chronische Niereninsuffizienz	147 328	4,5
5	E11 Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]	142 468	4,3
Rang	Operationen nach Kapitel 5 ¹⁾	Anzahl	in %
Insgesamt²⁾		36 658	100,0
1	5-377 Implantation eines Herzschrittmachers und Defibrillators	8 286	22,6
2	5-452 Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	2 266	6,2
3	5-893 Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	1 981	5,4
4	5-378 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators	1 962	5,4
5	5-399 Andere Operationen an Blutgefäßen	1 606	4,4

¹⁾ Ohne Duplikate

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

Quelle: Statistisches Bundesamt 2011

Krankenhaus-Report 2012

WIdO

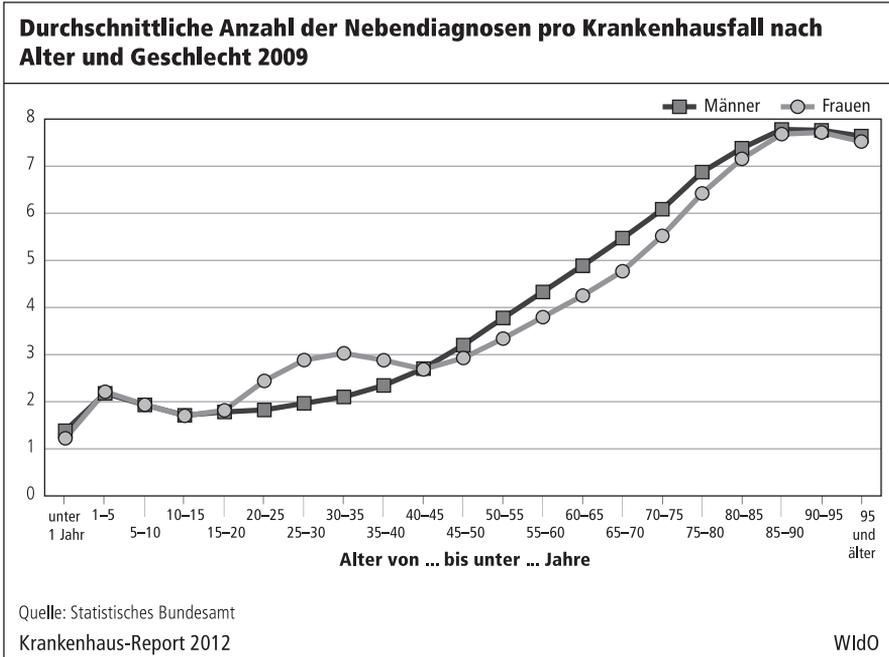
(5-452) sowie die chirurgische Wundtoilette und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut (5-893).

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

Im Jahr 2009 wurden durchschnittlich 4,5 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 21–4).

Im Durchschnitt werden bei Frauen nur in den Altersgruppen der 20- bis unter 40-Jährigen – vorwiegend verursacht durch die schwangerschaftsbedingten Behandlungen – mehr Nebendiagnosen als bei den Männern gestellt. In den Altersgruppen der über 45-Jährigen liegen die Werte der Frauen durchgängig unter denen der Männer bzw. nähern sich bei den Behandelten in sehr hohem Alter wieder an. Weitere Unterschiede zeigen sich, wenn nach dem Wohnort der Behandelten unter-

Abbildung 21–4



schieden wird. Danach weisen Patientinnen und Patienten aus Sachsen-Anhalt (5,0), Thüringen und Brandenburg (jeweils 4,9) im Schnitt höhere Werte auf als Patientinnen und Patienten aus Hessen (4,0), Bremen und Rheinland-Pfalz (jeweils 4,2).

Werden die gestellten Nebendiagnosen nach ihrer Rangfolge unabhängig von der Hauptdiagnose für sich betrachtet, stand bei den Patientinnen und Patienten an erster Stelle die essentielle primäre Hypertonie (I10), gefolgt von der chronischen ischämischen Herzkrankheit (I25) und dem Typ-II-Diabetes, dem nicht primär insulinabhängigen Diabetes mellitus (E11). Diese Rangfolge zeigt sich ebenfalls bei den Männern. Bei den Frauen lag nach der essentiellen primären Hypertonie an zweiter Stelle der Typ-II-Diabetes (E11) noch vor den sonstigen Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts (E87) und der Schwangerschaftsdauer (O09). Insgesamt bilden bereits die in Tabelle 21–3 aufgeführten fünfundzwanzig häufigsten Nebendiagnosen rund 40% des Spektrums aller Nennungen ab.

Eine ausführliche Darstellung der häufigsten Nebendiagnosen sowohl insgesamt als auch differenziert nach männlichen und weiblichen Behandelten ist im Internetportal www.krankenhaus-report-online.de (Zusatztabellen 21–b bis 21–d) zu finden.

Tabelle 21–3

Die häufigsten Nebendiagnosen 2009

Rang	Pos.-Nr. ICD-10	Nebendiagnose ¹⁾	Anzahl	in %
Insgesamt			76 951 883	100,0
1	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	5 215 456	6,8
2	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	2 301 998	3,0
3	E11	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]	2 179 669	2,8
4	E87	Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts	1 717 844	2,2
5	E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	1 702 671	2,2
6	Z92	Medizinische Behandlung in der Eigenanamnese	1 664 468	2,2
7	I48	Vorhofflattern und Vorhofflimmern	1 384 638	1,8
8	N18	Chronische Niereninsuffizienz	1 378 142	1,8
9	I50	Herzinsuffizienz	1 354 773	1,8
10	Z95	Vorhandensein von kardialen oder vaskulären Implantaten oder Transplantaten	1 343 106	1,7
11	Z74	Probleme mit Bezug auf Pflegebedürftigkeit	1 316 210	1,7
12	E66	Adipositas	989 811	1,3
13	O09	Schwangerschaftsdauer	899 064	1,2
14	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	867 572	1,1
15	B96	Sonstige Bakterien als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind	748 939	1,0
16	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	709 367	0,9
17	E03	Sonstige Hypothyreose	690 627	0,9
18	D62	Akute Blutungsanämie	688 623	0,9
19	E86	Volumenmangel	655 923	0,9
20	Z37	Resultat der Entbindung	637 794	0,8
21	R15	Stuhlinkontinenz	604 963	0,8
22	J96	Respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert	595 876	0,8
23	R32	Nicht näher bezeichnete Harninkontinenz	589 301	0,8
24	I11	Hypertensive Herzkrankheit	581 529	0,8
25	B95	Streptokokken und Staphylokokken als Ursache von Krankheiten, die in and. Kapiteln klassifiziert sind	562 430	0,7

Quelle: Statistisches Bundesamt 2011

Krankenhaus-Report 2012

WIdO

21.5 Operationen und medizinische Prozeduren

Einen deutlichen Informationsgewinn, den die Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik im Vergleich zur herkömmlichen Krankenhausdiagnosestatistik bietet, stellen Informationen über 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.⁹ Nach den Deutschen Kodierrichtlinien sind alle signifikanten operativen Eingriffe und medizinischen Prozeduren, die vom Zeitpunkt der Aufnahme bis zum Zeitpunkt der Entlassung bei den Behandelten vorgenommen werden und im amtlichen OPS abbildbar sind, von den Krankenhäusern zu kodieren.¹⁰ Dies schließt neben operativen Eingriffen auch diagnostische, therapeutische und pflegerische Prozeduren sowie die Verabreichung von speziellen Medikamenten ein.

Im Berichtsjahr 2009 wurden bei den vollstationär versorgten Patientinnen und Patienten insgesamt 45,0 Mill. Operationen und medizinische Prozeduren durchgeführt. Im Vergleich zum Vorjahr entspricht dies einer Zunahme um 7,7%. Auf einen Krankenhausfall entfielen damit im Durchschnitt 2,6 Maßnahmen dieser Art. Nach Bundesländern aufgeschlüsselt lag die durchschnittliche Zahl der Operationen und Prozeduren bei Patientinnen und Patienten, die in Krankenhäusern in Hamburg (2,9), Baden-Württemberg, Berlin, im Saarland und in Thüringen (jeweils 2,8) behandelt wurden, am höchsten. Am niedrigsten lagen sie in Rheinland-Pfalz (2,4), Niedersachsen und Sachsen-Anhalt (jeweils 2,5). Die Betrachtung nach dem Wohnort der Behandelten zeigt dagegen nur geringfügige Unterschiede.

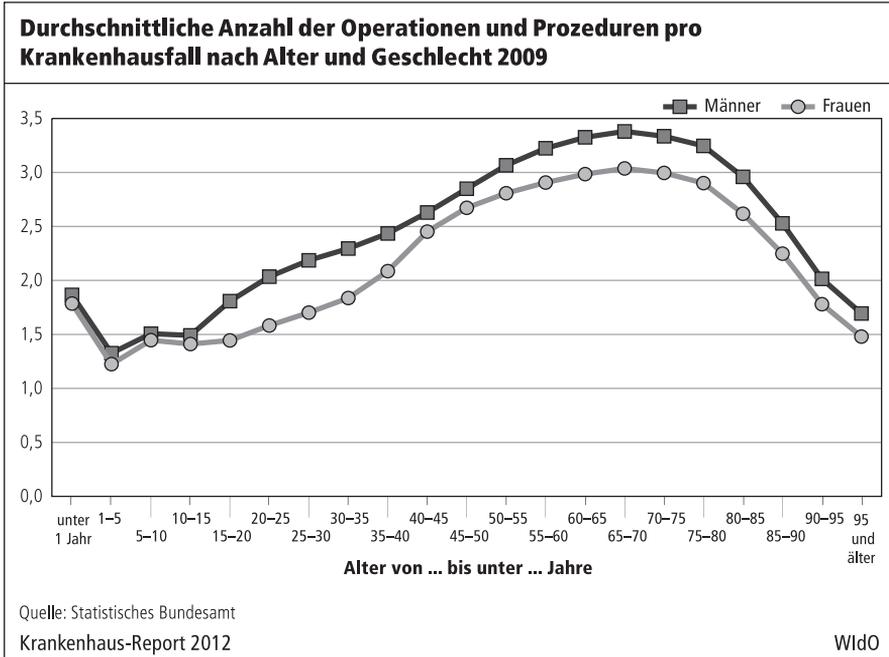
Ohne Berücksichtigung der unter 1-Jährigen steigt die durchschnittliche Anzahl der während eines Krankenhausaufenthaltes durchgeführten operativen Eingriffe und Prozeduren pro Fall bei den bis unter 65-jährigen Frauen bzw. bis unter 70-jährigen Männern kontinuierlich an. Sie lag im Jahr 2009 bei den Behandelten dieser Altersgruppen mit durchschnittlich 3,0 Maßnahmen dieser Art pro Patientin sowie 3,4 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 2009 bei den über 95-Jährigen auf einem annähernd vergleichbaren Niveau wie bei den unter 20-Jährigen. Auch lag die durchschnittliche Anzahl der Operationen und Prozeduren pro

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

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

Abbildung 21–5



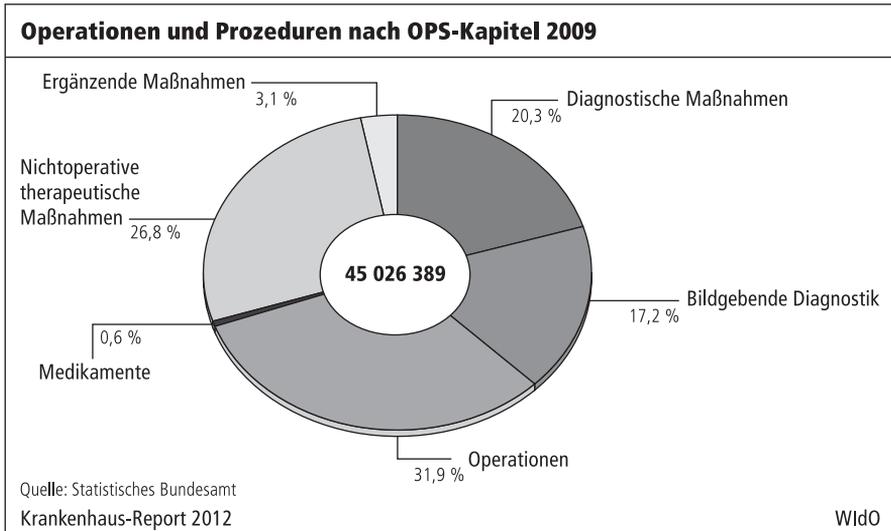
Krankenhausfall in allen Altersgruppen bei Männern durchgängig über der entsprechenden Anzahl bei Frauen (Abbildung 21–5).

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

Nach dieser Gliederung entfielen von allen Eingriffen 26,8% auf nichtoperative therapeutische Maßnahmen (12,1 Mill.), 20,3% auf diagnostische Maßnahmen (9,1 Mill.) und 17,2% auf die bildgebende Diagnostik (7,8 Mill.). Am häufigsten wurden jedoch Operationen (14,4 Mill.) mit einem Anteil von 31,9% bei den Patientinnen und Patienten veranlasst. Den größten Anstieg gegenüber dem Vorjahr gab es bei der bildgebenden Diagnostik mit einem Zuwachs von 24,3%. Dies ist hauptsächlich durch die Neuaufnahme bislang nichtamtlicher Codes aus dem Erweiterungskatalog in den amtlichen OPS bedingt (Abbildung 21–6).¹¹

¹¹ Ohne Berücksichtigung der neu aufgenommenen Codes liegt die Steigerungsrate bei der bildgebenden Diagnostik im Vergleich zum Vorjahr bei 4,7% und weist einen geringeren Anstieg als nichtoperative therapeutische Maßnahmen (6,0%) und Operationen (5,0%) auf.

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.

Insgesamt ist in den vergangenen Jahren der Anteil operierter Patientinnen und Patienten unter den stationär Behandelten mit geringen jährlichen Zuwächsen und Raten zwischen 40,2% im Jahr 2005 und 40,6% im Jahr 2007 weitestgehend stabil geblieben. Sowohl im Jahr 2008 als auch 2009 wurde die 40%-Marke jedoch mit jeweils 39,7% unterschritten.

Werden die Operationen differenziert für sich betrachtet, dann waren die Spitzenreiter unter allen durchgeführten chirurgischen Maßnahmen auf Ebene der sogenannten Bereichsüberschriften die Operationen an den Bewegungsorganen (3,9 Mill.), gefolgt von Operationen am Verdauungstrakt (2,2 Mill.) sowie an Haut und Unterhaut (1,1 Mill.) (Tabelle 21–5).

Rund die Hälfte der operativen Eingriffe wurde in den drei Fachabteilungen¹² Allgemeine Chirurgie (29,6%), Frauenheilkunde und Geburtshilfe (11,9%) sowie der Orthopädie (9,6%) erbracht (Abbildung 21–7).

Nach Vierstellern des OPS aufgeschlüsselt erfolgte bei Frauen wie im Vorjahr am häufigsten die Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur/Dammschnitt (235 600 Fälle), der sonstige Kaiserschnitt (173 800 Fälle) und andere Operationen am Darm (172 000 Fälle). Bei Männern lagen bei den operativen Eingriffen an erster Stelle der Verschluss eines Leistenbruchs (155 500 Fälle), gefolgt von der arthroskopischen Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken (140 900) sowie der chir-

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

Tabelle 21–4

Operationen und Prozeduren nach OPS-Kapitel, Alter und Geschlecht 2009

Operation/Prozedur ¹⁾ nach OPS-Kapitel	davon im Alter von ... bis unter Jahren					
	Insgesamt	0–20	20–40	40–60	60–85	85 und älter
Weiblich	Anzahl					
Insgesamt	22 358 368	1 626 080	2 954 546	4 939 432	11 012 504	1 825 787
Diagnostische Maßnahmen	4 352 807	368 021	391 409	967 371	2 263 025	362 981
Bildgebende Diagnostik	3 761 124	107 083	287 663	836 700	2 138 821	390 855
Operationen	7 677 916	365 343	1 503 429	2 029 549	3 361 936	417 646
Medikamente	113 420	6 651	7 584	33 608	63 183	2 394
Nichtoperative Therapeutische Maßnahmen	5 560 233	441 169	432 395	1 013 134	3 055 762	617 769
Ergänzende Maßnahmen	888 414	337 420	329 851	58 613	128 631	33 899
Unbekannte Operation/Maßnahmen	4 454	393	2 215	457	1 146	243
Männlich						
Insgesamt	22 666 793	1 897 403	1 855 979	5 879 984	12 234 300	799 122
Diagnostische Maßnahmen	4 796 507	386 215	334 817	1 233 360	2 673 393	168 722
Bildgebende Diagnostik	4 004 911	127 600	318 055	1 052 968	2 347 312	158 974
Operationen	6 682 037	477 981	845 378	1 962 361	3 212 218	184 099
Medikamente	150 462	8 483	8 275	45 493	86 355	1 856
Nichtoperative Therapeutische Maßnahmen	6 501 115	552 545	338 297	1 538 199	3 798 643	273 428
Ergänzende Maßnahmen	528 646	343 914	10 896	47 009	114 871	11 956
Unbekannte Operation/Maßnahmen	3 115	665	261	594	1 508	87

¹⁾ Ohne Duplikate

Quelle: Statistisches Bundesamt 2011

Krankenhaus-Report 2012

WIdO

Tabelle 21–5

Operationen 2009 nach Bereichsüberschriften

OPS-Schlüssel	Operation ¹⁾	Insgesamt	Männlich	Weiblich	Insgesamt	Männlich	Weiblich
		Anzahl			Veränderung zum Vorjahr in Prozent		
5	Operationen	14 360 493	6 682 037	7 677 916	5,0	6,1	4,0
5-01–5-05	Operationen am Nervensystem	642 951	327 209	315 630	8,0	7,9	8,1
5-06–5-07	Operationen an endokrinen Drüsen	196 080	54 454	141 623	0,2	–0,6	0,6
5-08–5-16	Operationen an den Augen	523 991	249 657	274 334	4,9	6,1	3,7
5-18–5-20	Operationen an den Ohren	142 892	80 826	62 065	4,0	4,7	3,1
5-21–5-22	Operationen an Nase und Nasennebenhöhlen	447 229	273 793	173 411	4,1	2,9	6,0
5-23–5-28	Operationen an Mundhöhle und Gesicht	328 797	177 059	151 732	0,7	0,9	0,6
5-29–5-31	Operationen an Pharynx, Larynx und Trachea	114 361	75 967	38 390	2,9	2,9	3,1
5-32–5-34	Operationen an Lunge und Bronchus	137 937	88 713	49 222	6,3	6,7	5,5
5-35–5-37	Operationen am Herzen	346 578	226 083	120 492	3,7	3,8	3,5
5-38–5-39	Operationen an den Blutgefäßen	661 574	358 845	302 705	4,7	5,9	3,2
5-40–5-41	Operationen am hämatopoetischen und Lymphgefäßsystem	171 681	55 217	116 462	3,6	0,5	5,1
5-42–5-54	Operationen am Verdauungstrakt	2 224 382	1 149 055	1 075 288	2,8	3,4	2,1
5-55–5-59	Operationen an den Harnorganen	549 080	353 022	196 050	0,2	1,1	–1,2
5-60–5-64	Operationen an den männlichen Geschlechtsorganen	228 675	228 045	/	–0,2	–0,1	–
5-65–5-71	Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen	645 821	–	645 821	–0,9	–	–0,9
5-72–5-75	Geburtshilffliche Operationen	749 842	–	749 842	–2,3	–	–2,3
5-76–5-77	Operationen an Kiefer- und Gesichtsschädelknochen	72 840	45 777	27 059	2,5	2,6	2,4
5-78–5-86	Operationen an den Bewegungsorganen	3 946 435	1 822 301	2 123 879	7,0	6,7	7,2
5-87–5-88	Operationen an der Mamma	197 839	5 432	192 401	1,0	3,0	1,0
5-89–5-92	Operationen an Haut und Unterhaut	1 112 336	616 060	496 253	5,2	5,4	4,9
5-93–5-99	Zusatzinformationen zu Operationen	919 172	494 522	424 627	23,2	28,7	17,3

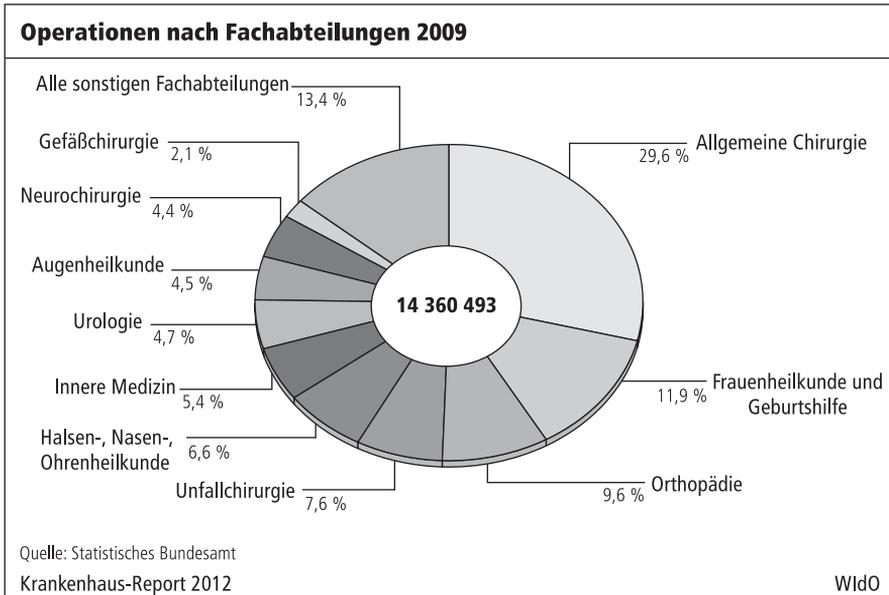
¹⁾ Ohne Duplikate

Quelle: Statistisches Bundesamt 2011

Krankenhaus-Report 2012

WlDO

Abbildung 21–7



urgischen Wundtoilette und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut (139 800). Tabelle 21–6 weist die 30 häufigsten Operationen nach Vierstellern aus, die 36 % aller durchgeführten Operationen ausmachen.

Tabelle 21–7 gibt einen Überblick über die 30 häufigsten Operationen nach Dreistellern des OPS, die im Jahr 2009 erbracht wurden. Diese decken knapp 70 % aller operativen Maßnahmen ab. Nach dieser Gliederung waren die Spitzenreiter bei den chirurgischen Eingriffen der Frauen Operationen an anderen Knochen (419 100 Fälle), arthroskopische Gelenkoperationen (367 500 Fälle) sowie die Stellungskorrektur einer Fraktur und Luxation (327 600 Fälle). Bei den Männern wurden der Rangfolge nach betrachtet am häufigsten arthroskopische Gelenkoperationen (415 200 Fälle), Operationen an Haut und Unterhaut (350 100 Fälle) sowie an der Wirbelsäule (295 200) durchgeführt. Eine differenzierte Übersicht zu den 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 gegenüber dem Vorjahr bei der temporären Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen (39,4%), bei anderen gelenkplastischen Eingriffen (37,4%) und der zahnmedizinischen Gingivaplastik (35,8%). Der stärkste Rückgang war bei der Erweiterung des Harnleiters mit Zugang über die Harnröhre oder Niere (22,6%), bei der anderen partiellen Schilddrüsenresektion (17,7%) sowie bei der Entfernung und Zerstörung von erkranktem Gewebe im Mittelfellraum des Brustkorbes (15,8%) zu verzeichnen. Nach Dreistellern aufgeschlüsselt zeigte sich der stärkste Zuwachs bei anderen Operationen an Lunge und Bronchus (20,3%), bei chirurgischen Eingriffen an der Augenhöhle und dem Augapfel (17,7%) sowie an Haut und Unterhaut nach Verbrennungen und Verätzungen

Tabelle 21–6

Die häufigsten Operationen¹⁾ 2009 nach Vierstellern

Rang	OPS-Schlüssel/Operation	Anzahl	Prozent
	5 Operationen insgesamt¹⁾²⁾	14360493	100,0
1	5-469 Andere Operationen am Darm	300445	2,1
2	5-812 Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	281521	2,0
3	5-032 Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis	253609	1,8
4	5-893 Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	247409	1,7
5	5-758 Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]	235592	1,6
6	5-513 Endoskopische Operationen an den Gallengängen	217517	1,5
7	5-820 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	213174	1,5
8	5-511 Cholezystektomie	192853	1,3
9	5-794 Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens mit Osteosynthese	178783	1,2
10	5-530 Verschluss einer Hernia inguinalis	177063	1,2
11	5-749 Andere Sectio caesarea	173782	1,2
12	5-787 Entfernung von Osteosynthesematerial	171271	1,2
13	5-811 Arthroskopische Operation an der Synovialis	165859	1,2
14	5-810 Arthroskopische Gelenkrevision	164347	1,1
15	5-831 Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe	161435	1,1
16	5-822 Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk	159137	1,1
17	5-790 Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	155256	1,1
18	5-800 Offen chirurgische Revision eines Gelenkes	149882	1,0
19	5-215 Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]	148344	1,0
20	5-385 Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	147445	1,0
21	5-839 Andere Operationen an der Wirbelsäule	139158	1,0
22	5-452 Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	136270	0,9
23	5-892 Andere Inzision an Haut und Unterhaut	132177	0,9
24	5-144 Extrakapsuläre Exzision der Linse [ECCE]	130665	0,9
25	5-470 Appendektomie	127283	0,9
26	5-683 Uterusexstirpation [Hysterektomie]	125070	0,9
27	5-788 Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes	124400	0,9
28	5-399 Andere Operationen an Blutgefäßen	121154	0,8
29	5-900 Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	119603	0,8
30	5-895 Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	118288	0,8

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

Quelle: Statistisches Bundesamt 2011

Tabelle 21–7

Die häufigsten Operationen¹⁾ 2009 nach Dreistellern

Rang	OPS-Schlüssel/Operation	Anzahl	Prozent
	5 Operationen insgesamt¹⁾²⁾	14 360 493	100,0
1	5-81 Arthroskopische Gelenkoperationen	782 713	5,5
2	5-78 Operationen an anderen Knochen	708 565	4,9
3	5-89 Operationen an Haut und Unterhaut	638 237	4,4
4	5-83 Operationen an der Wirbelsäule	615 990	4,3
5	5-79 Reposition von Fraktur und Luxation	561 304	3,9
6	5-82 Endoprothetischer Gelenk- und Knochenersatz	509 859	3,6
7	5-51 Operationen an Gallenblase und Gallenwegen	429 165	3,0
8	5-38 Inzision, Exzision und Verschluss von Blutgefäßen	391 552	2,7
9	5-46 Andere Operationen an Dünn- und Dickdarm	380 944	2,7
10	5-03 Operationen an Rückenmark, Rückenmarkhäuten und Spinalkanal	375 432	2,6
11	5-80 Offen chirurgische Gelenkoperationen	318 347	2,2
12	5-21 Operationen an der Nase	314 567	2,2
13	5-53 Verschluss abdominaler Hernien	294 260	2,0
14	5-45 Inzision, Exzision, Resektion und Anastomose an Dünn- und Dickdarm	290 735	2,0
15	5-90 Operative Wiederherstellung und Rekonstruktion von Haut und Unterhaut	284 685	2,0
16	5-39 Andere Operationen an Blutgefäßen	270 022	1,9
17	5-75 Andere geburtshilfliche Operationen	269 145	1,9
18	5-74 Sectio caesarea und Entwicklung des Kindes	260 257	1,8
19	5-57 Operationen an der Harnblase	257 676	1,8
20	5-85 Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln	235 646	1,6
21	5-06 Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüse	188 064	1,3
22	5-68 Inzision, Exzision und Exstirpation des Uterus	186 943	1,3
23	5-15 Operationen an Retina, Choroidea und Corpus vitreum	182 329	1,3
24	5-37 Rhythmuschirurgie und andere Operationen an Herz und Perikard	180 611	1,3
25	5-28 Operationen im Bereich des Naso- und Oropharynx	180 366	1,3
26	5-73 Andere Operationen zur Geburtseinleitung und unter der Geburt	178 767	1,2
27	5-65 Operationen am Ovar	167 912	1,2
28	5-54 Andere Operationen in der Bauchregion	166 936	1,2
29	5-49 Operationen am Anus	161 617	1,1
30	5-91 Andere Operationen an Haut und Unterhaut	157 491	1,1

¹⁾ Ohne Duplikate

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

Quelle: Statistisches Bundesamt 2011

Krankenhaus-Report 2011

WiDO

(14,8%). Zu den operativen Maßnahmen mit dem höchsten Rückgang gehörten Operationen am Gebärmutterhals (6,0%), andere Operationen zur Geburtseinleitung und unter der Geburt (5,9%) sowie Operationen an den Koronargefäßen (3,5%). Die Tabellen sind im Internetportal www.krankenhaus-report-online.de (Zusatztabelle 21–h und 21–i) zu finden.

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

21.6 Behandlungsspektrum bei den Patientinnen und Patienten in den Fachabteilungen

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

Danach wurden 91,0% der Behandelten ausschließlich in einer Fachabteilung versorgt. Bei den Männern waren es 90,0% und bei den Frauen 91,9%. Behandlungen in zwei verschiedenen Fachabteilungen erfolgten noch in 7,8% der Fälle. Die häufigsten Verlegungen gab es dabei zwischen den Fachabteilungen Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie, der Allgemeinen Chirurgie und der Intensivmedizin sowie der Inneren Medizin und der Intensivmedizin. Behandlungen in mehr als zwei verschiedenen Fachabteilungen waren mit 1,2% nur noch sehr selten (Tabelle 21–8).

Der größte Teil der Patientinnen und Patienten wurde in den Fachabteilungen Innere Medizin (5,1 Mill. Fälle), Allgemeine Chirurgie (3,0 Mill. Fälle) sowie Frauenheilkunde und Geburtshilfe (2,0 Mill. Fälle) behandelt (Abbildung 21–8¹⁴). Die durchschnittliche Verweildauer der Behandelten lag in der Inneren Medizin bei 6,8 Tagen, in der Allgemeinen Chirurgie bei 6,9 Tagen und in der Gynäkologie bei 4,4 Tagen.

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.

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

Tabelle 21–8

Durchlaufene Fachabteilungen 2009 nach Geschlecht

Durchlaufene Fachabteilungen ¹⁾	Patientinnen und Patienten					
	Insgesamt		Männlich		Weiblich	
	Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %
Eine Fachabteilung	15 643 739	91,0	7 208 761	90,0	8 434 978	91,9
Zwei Fachabteilungen	1 335 240	7,8	689 255	8,6	645 985	7,0
Drei und mehr	212 084	1,2	111 924	1,4	100 160	1,1

¹⁾ Ohne Rückverlegungen

Quelle: Statistisches Bundesamt 2011

Krankenhaus-Report 2012

WlD0

Werden die Patientinnen und Patienten der Fachabteilung zugeordnet, in der sie während ihrer vollstationären Behandlung am längsten versorgt wurden, bleiben nach wie vor die Innere Medizin mit 4,7 Mill. Fällen (27,6%), die Allgemeine Chirurgie mit 2,8 Mill. Fällen (16,6%) sowie die Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit 2,0 Mill. Fällen (11,5%) die patientenstärksten Fachabteilungen. Auf dieser Basis betrug die durchschnittliche Verweildauer in der Inneren Medizin 7,3 Tage, in der Chirurgie 7,4 Tage sowie in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe 4,5 Tage.

Abbildung 21–8



Am häufigsten wurden die Patientinnen und Patienten der Inneren Medizin aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems behandelt. Nach der Hauptdiagnose war in 276 600 Fällen eine Herzinsuffizienz (I50) Ursache der Behandlung und betraf 5,8% aller Patientinnen und Patienten dieser Abteilung. Die entsprechende durchschnittliche Verweildauer lag bei 10,8 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 164 500 Behandlungsfällen. Sie war in 3,5% aller Fälle dieser Abteilung die Ursache und betraf mit 65,5% in erster Linie ebenfalls die über 65-Jährigen, aber auch noch mit fast 30% die 45- bis unter 65-Jährigen. Die durchschnittliche Verweildauer lag hier bei 5,3 Tagen.

Vorhofflattern und Vorhofflimmern (I48) war für 3,2% der Behandlungsfälle der Inneren Medizin verantwortlich. Patientinnen und Patienten mit dieser Diagnose verbrachten im Schnitt 6,0 Tage im Krankenhaus. Der größte Teil der Behandelten war auch hier 65 Jahre und älter (73,7%) bzw. zwischen 45 bis unter 65 Jahre alt (22,9%) (Tabelle 21–9)

Insgesamt wurden in der Inneren Medizin rund 10,2 Mill. Operationen und medizinische Prozeduren durchgeführt, darunter 776 900 operative Eingriffe nach Kapitel 5 des OPS. An erster Stelle stand dabei die endoskopische Operation an den Gallengängen (5-513), gefolgt von der lokalen Entfernung und Zerstörung von erkranktem Gewebe des Dickdarms (5-452) sowie von anderen Operationen am Darm (5-469). Zwischen 72,7% und 69,7% der Patientinnen und Patienten mit diesen Operationen in der Inneren Medizin waren 65 Jahre und älter (Tabelle 21–10).

In der zweiten an dieser Stelle ausgewiesenen Fachabteilung, der Allgemeinen Chirurgie, wurden insgesamt 2,8 Mill. Fälle für die durchschnittliche Dauer von 7,4 Tagen stationär im Krankenhaus versorgt. Der häufigste Behandlungsanlass nach Diagnosehauptgruppen 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 (152 890 Fälle). Sie verbrachten durchschnittlich 3,0 Tage im Krankenhaus. Der größte Teil der Patientinnen und Patienten mit dieser Diagnose war 65 Jahre und älter (45,2%) bzw. 45 bis unter 65 Jahre alt (35,0%).

Die zweithäufigste in der Chirurgie behandelte Erkrankung war mit einem Anteil von 5,3% und 150 600 Fällen das Gallensteinleiden (K80). Der größte Teil der Patientinnen und Patienten mit dieser Diagnose war 45 bis unter 65 Jahre alt (36,6%) sowie 65 Jahre und älter (35,2%).

Der dritthäufigste Grund für eine vollstationäre Versorgung in der Chirurgie war mit 3,4% die akute Blinddarmentzündung (K35), die bei 95 800 Patientinnen und Patienten behandelt wurde. Der Krankenhausaufenthalt mit dieser Diagnose dauerte im Schnitt 5,3 Tage und betraf vor allem die Altersgruppe der 15- bis unter 45-Jährigen (59,0%).

Zusammengenommen wurden in der Allgemeinen Chirurgie über 7,8 Mill. Operationen und Prozeduren, darunter knapp 4,3 Mill. operative Eingriffe nach Kapitel 5 des OPS durchgeführt. An oberster Stelle stand die Gallenblasenentfernung (5-511), gefolgt von anderen Operationen am Darm (5-469) und dem Verschluss eines Leistenbruchs (5-530). Mit Anteilen zwischen 54,7% und 38,7% war bei allen drei Operationen der jeweils größte Teil der Operierten 65 Jahre und älter.

Tabelle 21–9

Patientinnen und Patienten mit den häufigsten Hauptdiagnosen in den Fachabteilungen¹⁾ Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie 2009

Rang	ICD-Pos.	Diagnose/Behandlungsanlass	Patienten					
			Durchschnittl. Verweildauer	Insgesamt ²⁾	davon im Alter von ... bis unter ... Jahren			
			in Tagen	Anzahl	0–15	15–45	45–65	65 und älter
Innere Medizin								
Fachabteilung Innere Medizin insgesamt			7,3	4 749 899	9 139	601 389	1 142 725	2 996 643
1	I50	Herzinsuffizienz	10,8	276 557	1	2 003	25 436	249 117
2	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	5,3	164 447	4	11 259	45 504	107 680
3	I48	Vorhofflattern und Vorhofflimmern	6,0	154 114	2	5 270	35 236	113 606
4	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	10,2	149 109	290	11 075	23 248	114 496
5	I20	Angina pectoris	4,4	147 899	–	6 249	46 362	95 288
6	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	9,6	137 347	–	2 640	32 433	102 274
7	I21	Akuter Myokardinfarkt	8,2	121 342	1	4 638	31 932	84 771
8	R55	Synkope und Kollaps	5,1	108 480	242	16 535	21 147	70 556
9	E11	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]	10,5	108 255	9	4 618	27 499	76 129
10	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	3,9	106 770	869	52 000	44 647	9 253
11	K29	Gastritis und Duodenitis	5,0	86 215	52	19 121	22 702	44 340
12	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	4,3	83 270	–	1 636	25 536	56 098
13	R07	Hals- und Brustschmerzen	2,7	78 483	30	19 666	29 661	29 126
14	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	7,7	74 476	–	1 288	26 843	46 345
15	I63	Hirnfarkt	11,0	64 747	3	828	8 152	55 764
Allgemeine Chirurgie								
Fachabteilung Allgemeine Chirurgie insgesamt			7,4	2 848 628	79 855	684 126	854 143	1 230 502
1	K40	Hernia inguinalis	3,0	152 890	1 341	28 961	53 517	69 071
2	K80	Cholelithiasis	6,0	150 640	201	42 201	55 196	53 042

Tabelle 21–9
Fortsetzung

Rang	ICD-Pos.	Diagnose/Behandlungsanlass	Patienten					
			Durchschnittl. Verweildauer	Insgesamt ²⁾	davon im Alter von ... bis unter ... Jahren			
					in Tagen	Anzahl	0–15	15–45
Allgemeine Chirurgie								
3	K35	Akute Appendizitis	5,3	95 820	13 186	56 505	16 728	9 401
4	S06	Intrakranielle Verletzung	2,6	88 542	10 749	34 037	15 195	28 561
5	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	10,6	74 129	3	2 342	22 934	48 850
6	S72	Fraktur des Femurs	14,8	73 378	577	2 891	7 529	62 381
7	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	8,6	72 980	2 462	22 003	25 120	23 395
8	I70	Atherosklerose	13,4	71 105	2	772	18 558	51 773
9	S52	Fraktur des Unterarmes	4,5	67 493	6 376	10 612	17 626	32 879
10	K57	Divertikulose des Darmes	11,3	66 949	8	7 849	27 428	31 664
11	E04	Sonstige nichttoxische Struma	4,2	66 680	38	17 832	33 308	15 502
12	K56	Paralytischer Ileus und mechanischer Ileus ohne Hernie	8,4	63 295	949	9 152	14 792	38 402
13	S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	8,2	50 374	2 518	8 390	11 758	27 708
14	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	13,3	48 947	1	951	12 917	35 078
15	I83	Varizen der unteren Extremitäten	3,6	48 767	7	8 197	21 081	19 482

¹⁾ Fachabteilung mit der längsten Verweildauer

²⁾ Einschließlich Fälle mit unbekanntem Alter

Quelle: Statistisches Bundesamt 2011

Tabelle 21–10

Häufigste Operationen in den Fachabteilungen¹⁾ Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie 2009

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			10 197 519	5 672	898 495	2 677 097	6 616 255	
	Operationen Kapitel 5 ³⁾		100	776 920	308	45 974	179 418	551 220
1	5-513	Endoskopische Operationen an den Gallengängen	18,0	139 813	6	11 110	31 286	97 411
2	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	11,4	88 672	8	2 623	21 579	64 462
3	5-469	Andere Operationen am Darm	7,6	59 191	7	3 018	14 673	41 493
4	5-377	Implantation eines Herzschrittmachers und Defibrillators	7,6	58 887	–	1 090	7 912	49 885
5	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	4,5	35 265	7	2 219	10 647	22 392
6	5-429	Andere Operationen am Ösophagus	3,6	28 292	1	2 272	10 545	15 474
7	5-431	Gastrostomie	3,6	27 949	1	715	4 099	23 134
8	5-449	Andere Operationen am Magen	3,5	27 084	3	1 399	6 024	19 658
9	5-893	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	3,1	24 123	10	817	5 473	17 823
10	5-378	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators	3,0	23 273	–	492	2 800	19 981
Allgemeine Chirurgie								
Insgesamt Operationen und Prozeduren			7 782 257	75 482	1 271 424	2 430 977	4 004 359	
	Operationen Kapitel 5 ³⁾		100	4 253 006	55 468	857 212	1 437 628	1 902 686
1	5-511	Cholezystektomie	4,1	175 526	193	43 997	63 475	67 861
2	5-469	Andere Operationen am Darm	3,7	159 250	801	21 193	50 164	87 092
3	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	3,7	157 764	1 647	29 498	55 115	71 504
4	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	2,9	123 545	525	30 171	54 228	38 621
5	5-470	Appendektomie	2,6	110 051	14 911	66 126	18 457	10 557

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	
Allgemeine Chirurgie								
6	5-893	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	2,5	107 541	1 229	17 638	29 719	58 955
7	5-794	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens mit Osteosynthese	2,1	90 027	794	13 793	26 649	48 791
8	5-455	Partielle Resektion des Dickdarmes	1,9	79 986	95	6 970	24 587	48 334
9	5-069	Andere Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüsen	1,8	76 412	104	20 604	37 359	18 345
10	5-820	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	1,8	75 004	2	1 033	14 546	59 421

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 2011

Krankenhaus-Report 2012

WIdO

21.7 Fallzahlen und Erlöse nach DRGs

Fallpauschalen bilden die Grundlage für das Vergütungssystem der akutstationären Krankenhausleistungen in deutschen Krankenhäusern, in dem Behandlungsfälle entsprechend ihrem Behandlungsaufwand durch pauschalierte Preise vergütet werden.¹⁵ Differenzierte Informationen zum stationären Leistungsgeschehen der Krankenhäuser stehen im Rahmen der Fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik insbesondere zu Hauptdiagnosegruppen (MDCs) und den abgerechneten Fallpauschalen (DRGs) zur Verfügung.

Bei der Betrachtung nach der jeweiligen Hauptdiagnosegruppe MDC lagen im Jahr 2009 an erster Stelle Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems (15,1%), gefolgt von Krankheiten und Störungen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe (15,0%) sowie von Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane (12,1%). Die größten Zuwächse gegenüber dem Vorjahr erfolgten im Kapitel Krankheiten und Störungen der Harnorgane (7,4%). An zweiter Stelle lagen infektiöse und parasitäre Krankheiten (6,2%), gefolgt von Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane (5,9%). Die deutlichsten Rückgänge wiesen die MDCs Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane (6,6%), HIV (3,0%) und Neugeborene (2,8%) auf (Abbildung 21–9).

Die Versorgung gesunder Neugeborener (522 900 Fälle), die Speiseröhrentzündung, Magen-Darm-Entzündung und verschiedene Krankheiten der Verdauungsorgane (421 400 Fälle) sowie Entbindungen ohne komplizierende Diagnose (325 300 Fälle) waren im Jahr 2009 die insgesamt am häufigsten abgerechneten Fallpauschalen (DRGs) (Abbildung 21–10). Von den knapp 1 150 mit dem Fallpauschalenkatalog bewerteten und abrechenbaren DRGs machten dabei die zwanzig häufigsten bereits rund 23 % und die fünfzig häufigsten DRGs 40 % des gesamten DRG-Leistungsspektrums aus. Nach der sogenannten Partition aufgeschlüsselt waren 57,4% rein medizinische Behandlungen ohne chirurgische Eingriffe (Partition M), 37,7% operative Behandlungen (Partition O) und 4,8% nichtoperative, jedoch invasive medizinische Maßnahmen (Partition A).

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 Hauptabteilungen in ihrer Gesamtsumme den größten Anteil der Behandlungserlöse ausmachten, dann standen der Ersatz oder die Korrektur des Hüftgelenks ohne komplizierenden Eingriff (1,9%) gefolgt von der Kniegelenksimplantation ohne äußerst schwere Komplikation (1,7%) sowie dem Eingriff an Dünn- und Dickdarm ohne komplizierende Diagnose (1,2%) an oberster Stelle. Näherungsweise hochgerechnet entfielen auf diese drei DRGs für die Behandlung von

15 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 21–9

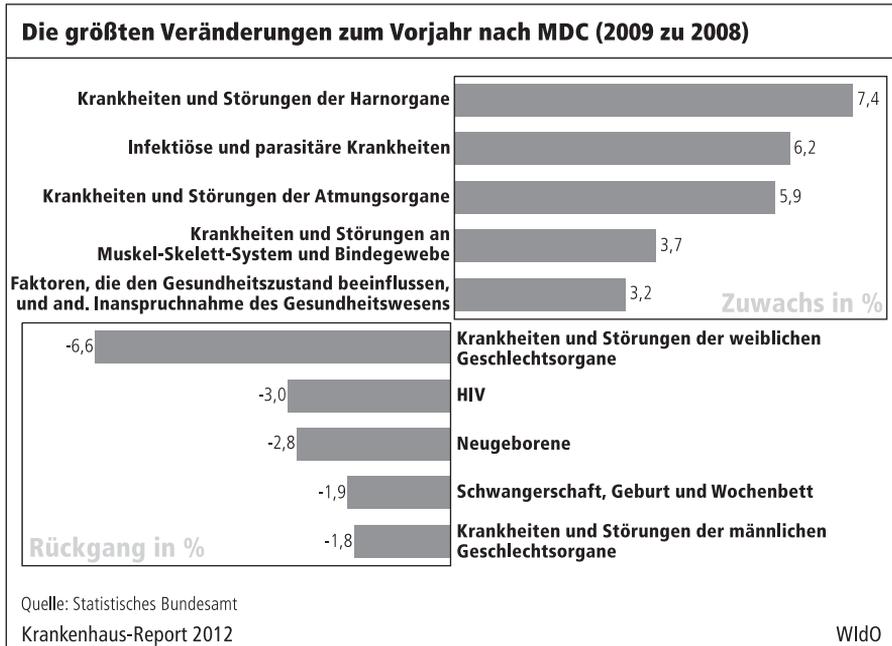


Abbildung 21–10

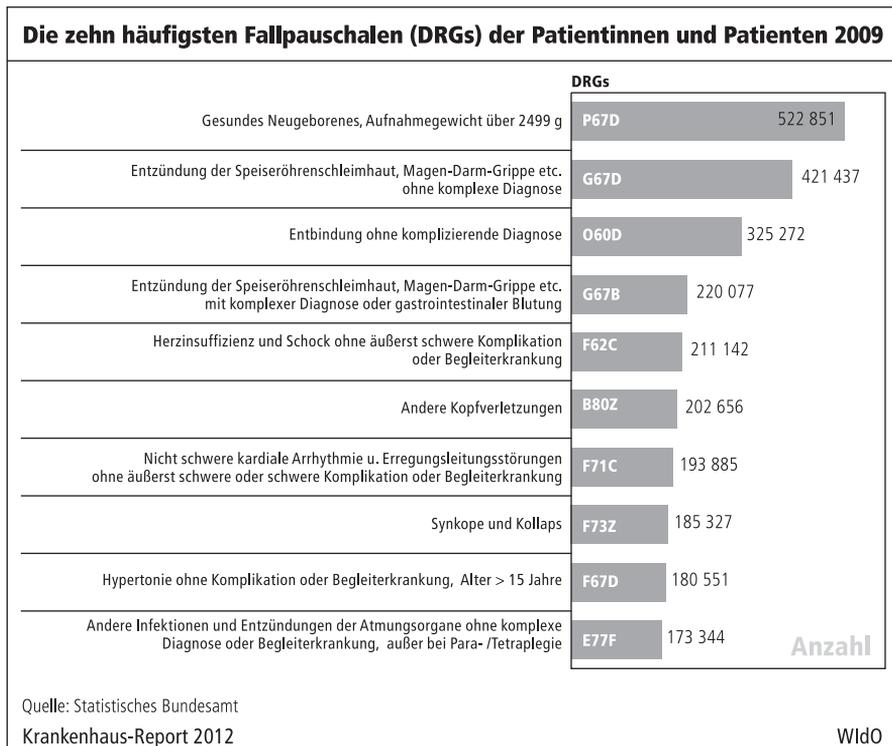


Tabelle 21–11

DRGs nach Anteil am Erlösvolumen in Hauptabteilungen 2009

DRG	Bezeichnung	Fälle	Anteil an allen Fällen		Erlös-volumen ¹⁾	
			in %	in 1 000 EUR	in %	in 1 000 EUR
I47B	Revision oder Ersatz des Hüftgelenks ohne komplizierende Diagnose, ohne komplizierenden Eingriff	143 019	0,9	976 741	1,9	976 741
I44B	Endoprothesenimplantation/-revision am Kniegelenk, ohne äußerst schwere Komplikation oder Begleiterkrankung	118 891	0,7	876 512	1,7	876 512
G18B	Eingriffe an Dün- und Dickdarm ohne komplizierende Diagnose oder andere Eingriffe am Magen, Speiseröhre und Zwölffingerdarm ohne komplizierende Prozeduren	81 827	0,5	600 591	1,2	600 591
G67D	Entzündung der Speiseröhrenschleimhaut, Magen-Darm-Grippe und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne komplexe oder komplizierende Diagnose	414 628	2,5	539 765	1,0	539 765
F62C	Herzinsuffizienz und Schock ohne äußerst schwere Komplikation oder Begleiterkrankung	206 542	1,3	502 207	1,0	502 207

¹⁾ Eine näherungsweise Hochrechnung des Erlösvolumens erfolgt über die Berechnung der DRG-Bewertungsrelation multipliziert mit dem Landesbasisfallwert und der Anzahl der Fälle. Zu- und Abschläge sowie Zusatzentgelte sind nicht berücksichtigt

Quelle: Statistisches Bundesamt 2011

Krankenhaus-Report 2012

WIdO

343 700 Patientinnen und Patienten zusammengenommen 4,7% der Behandlungserlöse mit einem Volumen von etwa 2,5 Mrd. Euro (Tabelle 21–11).

Nach der DRG-Bewertungsrelation waren die teuersten und komplexesten Behandlungen Organtransplantationen, unter anderem von Leber, Lunge und Herz, mit Langzeitbeatmung (A18Z) sowie die Behandlung von Schwerstunfallverletzten mit Polytrauma beziehungsweise von Komapatienten, die einer aufwändigen intensivmedizinischen Versorgung bedurften (A06A und A06B). Für diese drei DRGs wurden näherungsweise 223,5 Mill. Euro in Hauptabteilungen im Rahmen der notfall- und intensivmedizinischen Behandlung von rund 1 450 Patientinnen und Patienten abgerechnet, was einen Anteil von 0,4% am Erlösvolumen ausmachte. Die auf Basis ihrer Bewertungsrelation teuerste DRG mit der Organtransplantation und Beatmung über 999 Stunden (A18Z) kostete je Patientin/Patient hochgerechnet 227 300 € (Tabelle 21–12).

Tabelle 21–12

Komplexe Leistungen: Am höchsten bewertete DRGs in Hauptabteilungen 2009

DRG	Bezeichnung	Bewertungsrelation ¹⁾	Fälle	Anteil an allen Fällen		Erlös-volumen ²⁾	
				in %	in 1 000 EUR	in %	in 1 000 EUR
A18Z	Transplantation von Leber, Lunge, Herz und Knochenmark oder Stammzelltransfusion mit Beatmung über 999 Stunden	78,474	140	0,001	31 826	0,06	31 826
A06A	Operation oder Polytrauma mit hochkomplexem Eingriff oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung sowie Beatmung über 1 799 Stunden	60,113	384	0,002	66 456	0,13	66 456
A06B	Operation oder Polytrauma ohne hochkomplexem Eingriff oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung sowie Beatmung über 1 799 Stunden	46,810	929	0,006	125 168	0,24	125 168
P61A	Neugeborenes mit Aufnahme-gewicht unter 600g und signifikanter Operation	45,090	167	0,001	21 798	0,04	21 798
A07A	Operation oder Polytrauma mit hochkomplexem oder dreizeitigem komplexen Eingriff sowie Beatmung zwischen 1 000 und 1 799 Stunden	40,071	944	0,006	109 113	0,21	109 113

¹⁾ Bewertungsrelation bei Versorgung in Hauptabteilung. Die Bewertungsrelation ist das Erlösäquivalent, das auf der Grundlage einer Kostenkalkulation für jede Fallpauschale festgelegt ist. Multipliziert mit dem jeweilig gültigen Landesbasisfallwert (bzw. je nach Vereinbarung mit dem krankenhausindividuell ausgehandelten Basisfallwert) ergibt sich unter Berücksichtigung von Zu- und Abschlägen z. B. für Über- oder Unterschreitung der Grenzverweildauer der abzurechnende Preis der Fallpauschale

²⁾ Eine näherungsweise Hochrechnung des Erlösolumens erfolgt über die Berechnung der DRG-Bewertungsrelation multipliziert mit dem Landesbasisfallwert und der Anzahl der Fälle. Zu- und Abschläge sowie Zusatzentgelte sind nicht berücksichtigt

Quelle: Statistisches Bundesamt 2011

Krankenhaus-Report 2012

Wido