

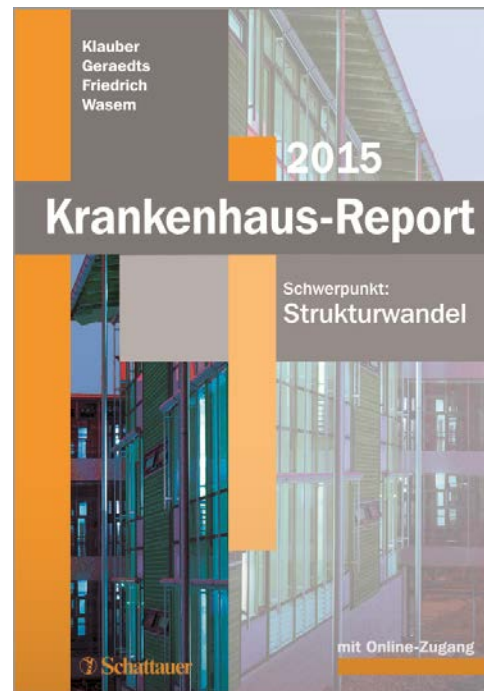
# Krankenhaus-Report 2015

## „Strukturwandel“

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

Schattauer (Stuttgart) 2015

Auszug Seite 389-421



<b>22</b>	<b>Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik: Diagnosen und Prozeduren der Krankenhauspatienten auf Basis der Daten nach § 21 Krankenhausentgeltgesetz .....</b>	<b>389</b>
	<i>Jutta Spindler</i>	
22.1	Vorbemerkung .....	390
22.2	Erläuterungen zur Datenbasis .....	391
22.3	Eckdaten der vollstationär behandelten Krankenhauspatientinnen und -patienten .....	392
22.4	Ausgewählte Hauptdiagnosen mit den wichtigsten Nebendiagnosen der Behandelten .....	396
22.5	Operationen und medizinische Prozeduren .....	400
22.6	Behandlungsspektrum bei den Patientinnen und Patienten in den Fachabteilungen .....	408
22.7	Leistungsmengen und Leistungsstrukturen der Krankenhäuser .....	415

# 22 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 2012, 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 2012, 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).

## 22.1 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.<sup>1</sup>

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.<sup>2</sup>

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

Im Folgenden werden zentrale Ergebnisse zur stationären Versorgung des Berichtsjahres 2012 dargestellt, die das Informationsspektrum der herkömmlichen amtlichen Krankenhausstatistik (vgl. hierzu die Kapitel 20 und 21 in diesem Band) ergänzen und erweitern.

---

1 Nach § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 16a des Gesetzes vom 21. Juli 2014 (BGBl. I S. 1133) geändert worden ist, ist die Anwendung eines pauschalierenden Entgeltsystems auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen mit einer entsprechenden budgetneutralen Umsetzung ab 2013 festgelegt. Verbindlich für alle Einrichtungen wird das Vergütungssystem zum 1. Januar 2017 eingeführt.

2 Die wichtigsten Ergebnisse der *Fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik* werden jährlich in der Fachserie 12 Reihe 6.4 des Statistischen Bundesamtes veröffentlicht. Sie sind kostenfrei unter [www.destatis.de](http://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](mailto:gesundheit@destatis.de) (je nach Umfang und Aufwand u. U. kostenpflichtig) möglich.

## 22.2 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 2012 beruhen auf den Struktur- und Leistungsdaten von 1 566 Krankenhäusern und umfassen knapp 18 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 2012 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 20 und 21) 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.<sup>3</sup> Daher sind diese Statistiken nur bedingt miteinander vergleichbar und vielmehr als gegenseitige Ergänzung zu betrachten.

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

## 22.3 Eckdaten der vollstationär behandelten Krankenhauspatientinnen und -patienten

Nach der *Fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik* wurden im Jahr 2012 knapp 18 Millionen Patientinnen und Patienten<sup>4</sup> aus einer vollstationären Krankenhausbehandlung entlassen. Dies war mit 267 500 Fällen 1,5 % mehr als im Jahr zuvor. Altersstandardisiert<sup>5</sup> stieg die Fallzahl im Vergleich zum Vorjahr um 1,4 %. Im Durchschnitt dauerte ein Krankenhausaufenthalt 6,6 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 21 800 Patientinnen und Patienten stationär in den Krankenhäusern behandelt. Im Vergleich zu anderen Altersgruppen waren die Behandlungszahlen je 100 000 Einwohner erwartungsgemäß bei den unter 1-Jährigen (128 100) und dem Personenkreis im höheren und sehr hohen Alter wie auch in den Vorjahren besonders hoch. Bei den über 75-Jährigen wurden beispielsweise 58 500 Patientinnen und Patienten je 100 000 Einwohner behandelt.

Wohnortbezogen<sup>6</sup> gab es die meisten Behandlungsfälle je 100 000 Einwohner in Sachsen-Anhalt (26 100), in Thüringen (25 500) und im Saarland (24 600). Im Gegensatz dazu war die geringste Anzahl an Behandlungsfällen je 100 000 Einwohner in Baden-Württemberg (18 200 Fälle), Berlin (18 900 Fälle) und Hamburg (19 300 Fälle) zu verzeichnen (Tabelle 22–1).

Auf Grundlage der siedlungsstrukturellen Regionstypen des Bundesamtes für Bauwesen und Raumordnung (BBR) ist hierzu ergänzend eine Unterscheidung nach städtischen Regionen, Regionen mit Verdichtungsansätzen und ländlichen Regionen sowohl zwischen als auch innerhalb der Bundesländer möglich.<sup>7</sup> Unter an-

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

5 Standardisiert mit der Standardbevölkerung „Deutschland 1987“ ohne Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Ausland, unbekanntem Geschlecht und unbekanntem Alter. Einbezogen ist die durchschnittliche Bevölkerung auf alter Basis, da die Altersverteilung auf Basis des Zensus noch nicht vorliegt.

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/km<sup>2</sup>;

*Regionen mit Verstärkeransätzen* sind Regionen, in denen mindestens 33 % der Bevölkerung in Groß- und Mittelstädten lebt mit einer Einwohnerdichte zwischen 150 und 300 Einwohner/km<sup>2</sup> sowie Regionen, in denen sich mindestens eine Großstadt befindet und die eine Einwohnerdichte ohne Berücksichtigung der Großstädte von mindestens 100 Einwohner/km<sup>2</sup> aufweisen;

*Ländliche Regionen* schließen Regionen ein, in denen weniger als 33 % der Bevölkerung in Groß- und Mittelstädten lebt mit einer Einwohnerdichte unter 150 Einwohner/km<sup>2</sup> sowie Regionen, in denen sich zwar eine Großstadt befindet, die eine Einwohnerdichte ohne Berücksichtigung der Großstädte jedoch unter 100 Einwohner/km<sup>2</sup> beträgt. (Siehe [www.bbsr.bund.de](http://www.bbsr.bund.de) > Raumbearbeitung > Raumabgrenzungen > Siedlungsstrukturelle Regionstypen)

Tabelle 22–1

**Patientinnen und Patienten nach Behandlungs- und Wohnort sowie Behandlungsfälle je 100 000 Einwohner 2012**

	Behandlungsort der Patienten	Wohnort der Patienten	Fälle* je 100 000 Einwohner
	Anzahl	Anzahl	
Baden-Württemberg	2 023 498	1 964 070	18 162
Bayern	2 761 506	2 707 878	21 439
Berlin	753 044	665 507	18 902
Brandenburg	524 447	609 243	24 437
Bremen	196 132	133 537	20 187
Hamburg	448 084	348 045	19 270
Hessen	1 270 245	1 304 007	21 367
Mecklenburg-Vorpommern	391 968	390 013	23 915
Niedersachsen	1 591 227	1 688 435	21 327
Nordrhein-Westfalen	4 223 440	4 196 971	23 523
Rheinland-Pfalz	880 113	926 943	23 183
Saarland	258 610	248 885	24 611
Sachsen	966 456	948 681	22 962
Sachsen-Anhalt	574 995	601 664	26 121
Schleswig-Holstein	552 781	590 452	20 795
Thüringen	559 901	565 008	25 512

\* auf Basis des Wohnorts. Berechnet mit der durchschnittlichen Bevölkerung auf alter Basis, da die Altersverteilung auf Basis des Zensus noch nicht vorliegt.

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2015

WIdO

derem bedingt durch die Altersstruktur der Bevölkerung liegt insgesamt die Zahl der stationär versorgten Patientinnen und Patienten je 100 000 Einwohner in ländlichen Regionen (23 700 Fälle) deutlich höher als in städtischen Regionen (21 700 Fälle) und Regionen mit Verstärkeransätzen (22 000 Fälle). Regional betrachtet wurden in ländlichen Regionen vor allem in den neuen Bundesländern, insbesondere in Thüringen (27 800 Fälle), Sachsen-Anhalt (27 100 Fälle) und Sachsen (25 700 Fälle), die meisten Patientinnen und Patienten je 100 000 Einwohner stationär behandelt. In Regionen mit Verstärkeransätzen lagen Bremen (26 400 Fälle), Hessen (25 900 Fälle) sowie wiederum Sachsen-Anhalt (25 600 Fälle) an der Spitze. Die vordersten Plätze in städtischen Regionen nahmen das Saarland (25 000), Nordrhein-Westfalen (23 900) und Rheinland-Pfalz (22 000) ein (Abbildung 22–1).

Unter Einbezug der Dauer des Krankenhausaufenthalts der Behandelten gab es 513 800 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 2012 betrug ihr Anteil an allen Behandlungsfällen 2,9%. Die Zahl der sogenannten Kurzlieger, d. h. Patientinnen und

Abbildung 22-1

**Patientinnen und Patienten je 100 000 Einwohner 2012 nach Bundesland und Siedlungsstruktur (Regionstyp)**

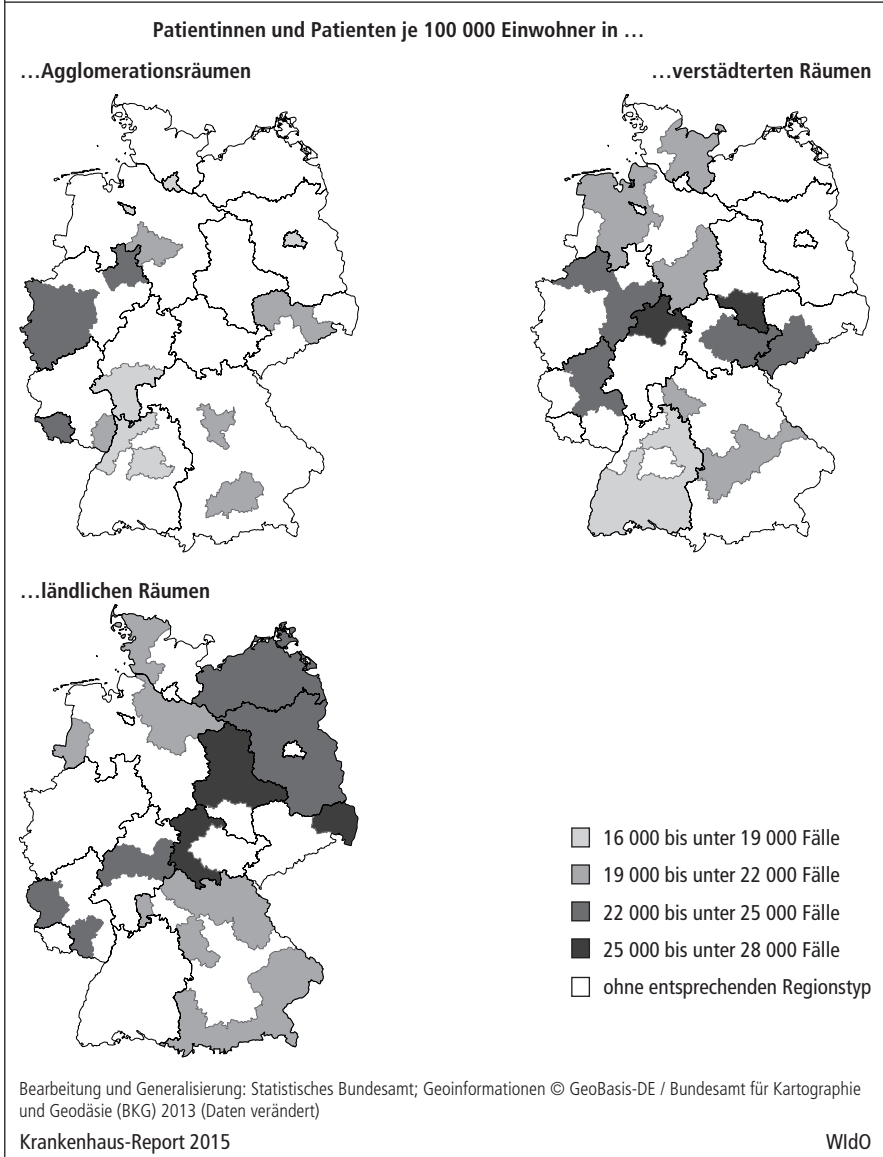


Abbildung 22–2

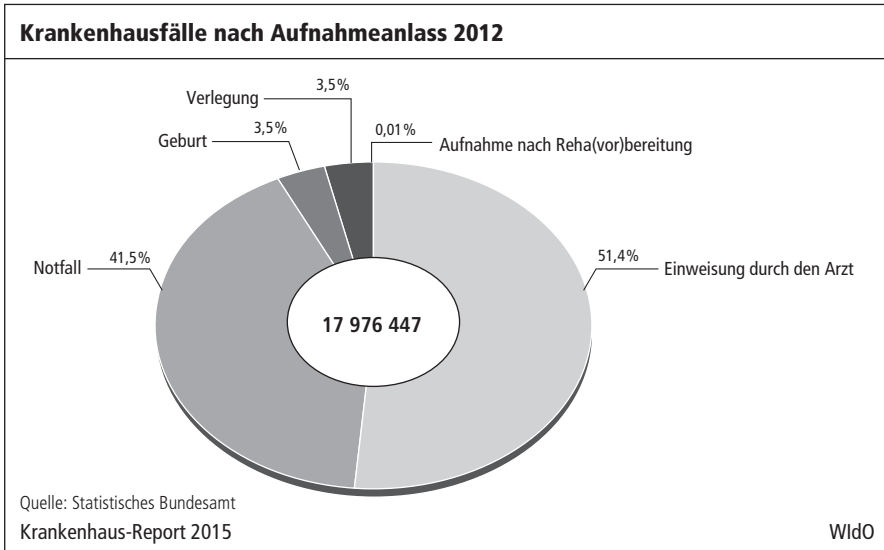
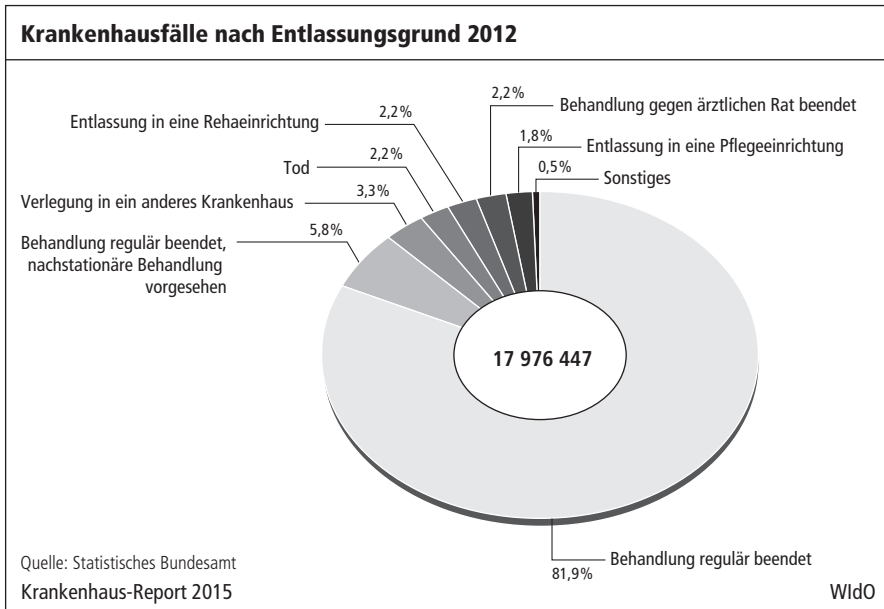


Abbildung 22–3





Patienten, die mindestens eine Nacht und höchstens drei Nächte im Krankenhaus verbringen, lag bei rund 7,3 Millionen. Diese Patientengruppe entsprach einem Anteil von 40,4% der Behandlungsfälle.

Im Hinblick auf den Aufnahmehinweis erfolgte im Jahr 2012 bei 51,4% der Fälle die Aufnahme in die vollstationäre Krankenhausbehandlung aufgrund einer ärztlichen Einweisung. Bei 41,5% war die Krankenhausaufnahme als Notfall bezeichnet (Abbildung 22–2).

Der häufigste Entlassungsgrund bei den Patientinnen und Patienten war die reguläre Beendigung der Behandlung. In 81,9% aller Fälle wurde die vollstationäre Krankenhausbehandlung durch eine reguläre Entlassung abgeschlossen. Eine reguläre Beendigung des Krankenhausaufenthaltes lag auch vor, wenn eine nachstationäre Behandlung vorgesehen war (5,8%). Entgegen ärztlichen Rat wurde die Behandlung in 2,2% der Fälle abgebrochen. Die Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung mit einer entsprechenden Weiterbehandlung erfolgte in 2,2% und die Unterbringung in einer Pflegeeinrichtung in 1,8% der Fälle (Abbildung 22–3).

## 22.4 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 Kodierrichtlinien<sup>8</sup> 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 GM<sup>9</sup> zu kodieren.

Als relevante Nebendiagnose (Komorbidität und Komplikation) gelten Krankheiten oder Beschwerden, die entweder gleichzeitig mit der Hauptdiagnose bestehen oder sich während des Krankenhausaufenthaltes entwickeln. Voraussetzung hierfür ist eine diagnostische Maßnahme (Verfahren und/oder Prozedur), eine thera-

8 Die Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) werden jährlich von den Selbstverwaltungspartnern (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Spitzenverband Bund der Krankenkassen und Verband der privaten Krankenversicherung) und dem InEK unter Beteiligung von Bundesärztekammer und Deutschem Pflegerat angepasst. Sie können auf der Website des InEK unter [www.g-drg.de](http://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 22–2

**Hauptdiagnose Herzinsuffizienz (I50) mit ihren häufigsten Nebendiagnosen und Operationen 2012**

Pos.-Nr. ICD-10/Hauptdiagnose Herzinsuffizienz			Anzahl	
I50			386 779	
Rang	Pos.-Nr. ICD-10/Nebendiagnose		Anzahl	in %
<b>Insgesamt</b>			<b>3 984 683</b>	<b>100,0</b>
1	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	211 496	5,3
2	I48	Vorhofflattern und Vorhofflimmern	203 692	5,1
3	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	183 831	4,6
4	N18	Chronische Nierenkrankheit	164 721	4,1
5	E11	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]	155 243	3,9
Rang	Operationen nach Kapitel 5 OPS <sup>1)</sup>		Anzahl	in %
<b>Insgesamt<sup>2)</sup></b>			<b>42 178</b>	<b>100,0</b>
1	5-377	Implantation eines Herzschrittmachers und Defibrillators	10 650	25,3
2	5-378	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators	2 751	6,5
3	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	2 320	5,5
4	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	1 993	4,7
5	5-469	Andere Operationen am Darm	1 957	4,6

<sup>1)</sup> Ohne Duplikate<sup>2)</sup> Operationen insgesamt beinhaltet auch die Pos. 5-93...5-99 (Zusatzinformationen zu Operationen), die aber hier nicht separat ausgewiesen wurden

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2015

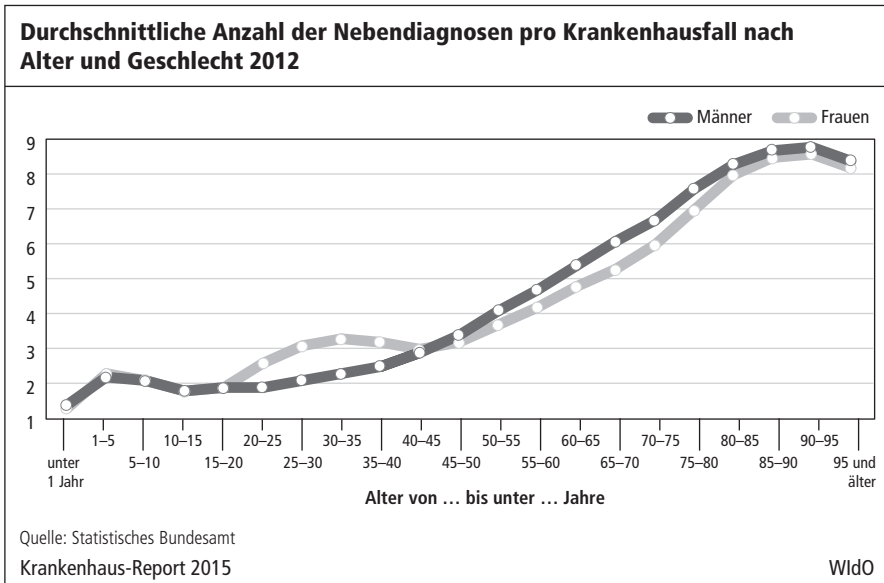
WlD0

peutische 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 2012 am häufigsten aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems (2,8 Millionen Fälle) stationär behandelt. Weitere Behandlungsanlässe waren vor allem Verletzungen, Vergiftungen und andere Folgen äußerer Ursachen (1,9 Millionen Fälle) sowie Neubildungen (1,8 Millionen Fälle). Bei Frauen spielten über die Krankheiten des Kreislaufsystems hinaus die Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes sowie Verletzungen und Vergiftungen eine große Rolle. Bei den Männern dominierten neben den Krankheiten des Kreislauf- und Verdauungssystems die Neubildungen.

Lässt man die Versorgung gesunder Neugeborener (Z38) unberücksichtigt, war mit 386 800 Fällen die Herzinsuffizienz (I50) die am häufigsten gestellte Hauptdiagnose (Tabelle 22–2). Die wichtigsten zu diesem Krankheitsbild gestellten Nebendiagnosen waren in erster Linie die chronische ischämische Herzkrankheit (I25), Vorhofflattern und Vorhofflimmern (I48) sowie die essentielle (primäre) Hypertonie (I10). Durchgeführte Operationen bezogen sich bei den Behandelten mit dieser Hauptdiagnose vor allem auf die Implantation eines Herzschrittmachers und Defibrillators (5-377), die Entfernung, den Wechsel und die Korrektur eines Herzschritt-

Abbildung 22–4



machern 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](http://www.krankenhaus-report-online.de) (Zusatztable 22–a) zu finden.

Im Jahr 2012 wurden durchschnittlich 5,0 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 22–4).

Im Durchschnitt werden bei Frauen nur in den Altersgruppen der 20- bis unter 45-Jährigen – vorwiegend verursacht durch die schwangerschaftsbedingten Behandlungen – mehr Nebendiagnosen als bei den Männern gestellt. In den Altersgruppen der über 45-Jährigen liegen die Werte der Frauen durchgängig unter denen der Männer und nähern sich bei den Behandelten in sehr hohem Alter entsprechend wieder an. Unterschiede zeigen sich auch, wenn nach dem Wohnort der Behandelten unterschieden wird. Danach weisen Patientinnen und Patienten aus Brandenburg (5,6 Nebendiagnosen), Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und Thüringen (jeweils 5,5 Nebendiagnosen) im Schnitt etwas höhere Werte als Patientinnen und Patienten aus Hessen (4,5 Nebendiagnosen), Hamburg (4,6 Nebendiagnosen) und Rheinland-Pfalz (4,7 Nebendiagnosen) auf.

Werden die gestellten Nebendiagnosen nach ihrer Rangfolge unabhängig von der Hauptdiagnose für sich betrachtet, stand bei den Patientinnen und Patienten an

Tabelle 22–3

## Die häufigsten Nebendiagnosen 2012

Rang	Pos.-Nr. ICD-10	Nebendiagnose	Anzahl	in %
<b>Insgesamt</b>			<b>89 888 847</b>	<b>100,0</b>
1	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	6 027 203	6,7
2	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	2 559 073	2,8
3	E11	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]	2 479 842	2,8
4	Z92	Medizinische Behandlung in der Eigenanamnese	2 392 598	2,7
5	E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	2 065 408	2,3
6	E87	Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts	2 065 194	2,3
7	Z95	Vorhandensein von kardialen oder vaskulären Implantaten oder Transplantaten	1 747 858	1,9
8	I48	Vorhofflattern und Vorhofflimmern	1 700 432	1,9
9	Z74	Probleme mit Bezug auf Pflegebedürftigkeit	1 565 752	1,7
10	N18	Chronische Nierenkrankheit	1 560 645	1,7
11	I50	Herzinsuffizienz	1 553 577	1,7
12	E03	Sonstige Hypothyreose	1 071 118	1,2
13	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	1 015 047	1,1
14	E66	Adipositas	979 975	1,1
15	O09	Schwangerschaftsdauer	920 026	1,0
16	B96	Sonstige näher bezeichnete Bakterien als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind	891 289	1,0
17	J96	Respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert	854 266	1,0
18	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	800 895	0,9
19	B95	Streptokokken und Staphylokokken als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind	779 091	0,9
20	E86	Volumenmangel	760 913	0,8
21	D62	Akute Blutungsanämie	755 812	0,8
22	Z03	Ärztliche Beobachtung und Beurteilung von Verdachtsfällen	733 567	0,8
23	I11	Hypertensive Herzkrankheit	668 450	0,7
24	Z37	Resultat der Entbindung	648 016	0,7
25	Z96	Vorhandensein von anderen funktionellen Implantaten	607 487	0,7

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2015

WlD0

erster Stelle die essentielle primäre Hypertonie (I10), gefolgt von der chronischen ischämischen Herzkrankheit (I25) und dem Typ-II-Diabetes, dem nicht primär insulinabhängigen Diabetes mellitus (E11). Diese Rangfolge zeigt sich ebenfalls bei den Männern. Bei den Frauen lagen nach der essentiellen primären Hypertonie an weiterer Stelle der Typ-II-Diabetes (E11) und die sonstigen Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts (E87). Insgesamt bil-

den bereits die in Tabelle 22–3 aufgeführten fünfundzwanzig häufigsten Nebendiagnosen rund 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](http://www.krankenhaus-report-online.de) (Zusatztabellen 22–b bis 22–d) zu finden.

## 22.5 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 Krankenhausaufenthalts durchgeführt wurden.

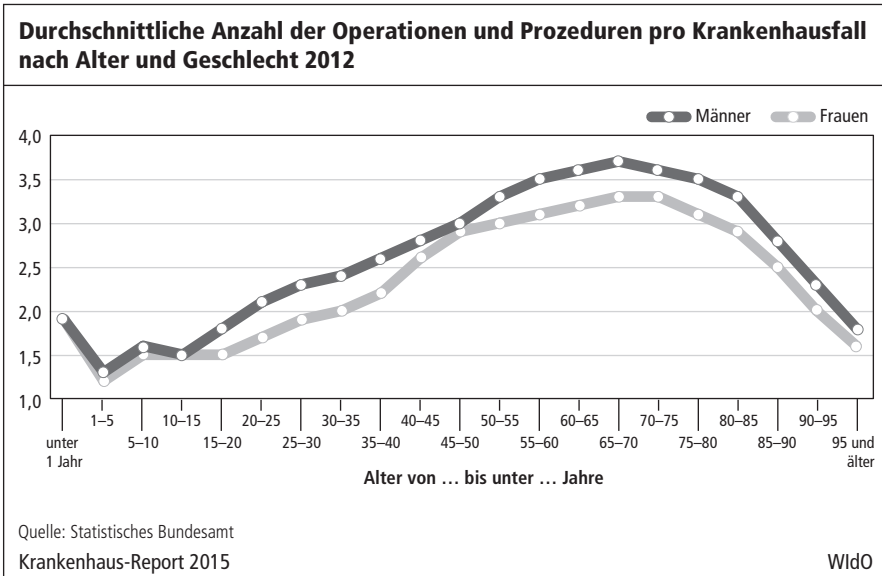
Operationen und medizinische Prozeduren im stationären Bereich sowie ambulante Operationen, die im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung durchgeführt werden, werden anhand des amtlichen Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) kodiert.<sup>10</sup> Nach den Deutschen Kodierrichtlinien sind alle 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.<sup>11</sup> Dies schließt neben operativen Eingriffen auch diagnostische, therapeutische und pflegerische Prozeduren sowie die Verabreichung von speziellen Medikamenten ein.

Im Berichtsjahr 2012 wurden bei den vollstationär versorgten Patientinnen und Patienten insgesamt 51 Millionen Operationen und medizinische Prozeduren durchgeführt. Im Vergleich zum Vorjahr entspricht dies einer Zunahme um 3,3%. Auf einen Krankenhausfall entfielen damit im Durchschnitt 2,8 Maßnahmen dieser Art. Nach Bundesländern aufgeschlüsselt lag die durchschnittliche Zahl der Operationen und Prozeduren bei Patientinnen und Patienten, die in Krankenhäusern von Hamburg (3,2) und Berlin (3,1) behandelt wurden, etwas höher als in Rheinland-Pfalz (2,6) sowie Bremen, Hessen, Niedersachsen und Sachsen-Anhalt (jeweils 2,7).

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 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 behandeltem Krankenhausfall nachgewiesen.

Abbildung 22–5



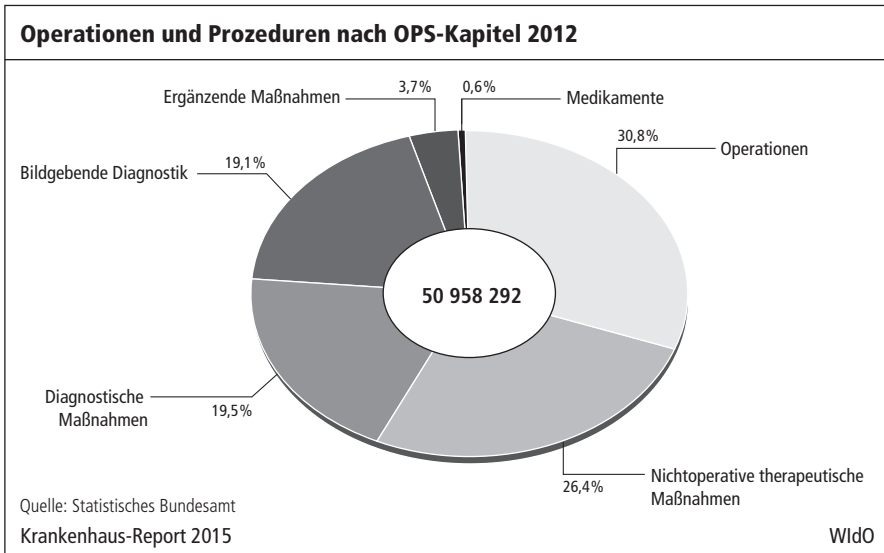
Ohne Berücksichtigung der unter 1-Jährigen steigt die durchschnittliche Anzahl der während eines Krankenhausaufenthalts durchgeführten operativen Eingriffe und Prozeduren pro Fall bei den bis unter 70-jährigen Frauen und Männern fast kontinuierlich an. Sie lag im Jahr 2012 bei den Behandelten dieser Altersgruppen mit durchschnittlich 3,3 Maßnahmen dieser Art pro Patientin sowie 3,7 Maßnahmen pro Patient gut doppelt so hoch wie bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen.

Im hohen und sehr hohen Alter geht die durchschnittliche Anzahl der operativen Eingriffe und Prozeduren pro Krankenhauspatient bei Frauen und Männern wieder deutlich zurück. Die durchschnittliche Zahl der Operationen und Prozeduren lag 2012 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 Krankenhausfall in den meisten Altersgruppen bei Männern über der entsprechenden Anzahl bei Frauen (Abbildung 22–5).

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

Nach dieser Gliederung entfielen von allen Prozeduren 26,4% auf nichtoperative therapeutische Maßnahmen (13,4 Millionen), 19,5% auf diagnostische Maßnahmen (9,9 Millionen) und 19,1% auf die bildgebende Diagnostik (9,7 Millionen). Am häufigsten wurden bei den Patientinnen und Patienten aber mit einem Anteil von 30,8% Operationen (15,7 Millionen) veranlasst. Den größten Anstieg gegen-

Abbildung 22–6



über dem Vorjahr gab es bei den ergänzenden Maßnahmen mit einem Zuwachs von 8,2% (Abbildung 22–6).

Inwieweit sich Unterschiede bei den durchgeführten Operationen und medizinischen Prozeduren von Frauen und Männern in verschiedenen Altersgruppen zeigen, verdeutlicht Tabelle 22–4.

Trotz der steigenden Zahl an Behandlungsfällen ist in den vergangenen Jahren der Anteil operierter Patientinnen und Patienten unter den stationär Behandelten mit Raten zwischen 40,2% im Jahr 2005 und 40,6% im Jahr 2007 weitestgehend stabil geblieben. Seit 2008 wird die 40%-Marke regelmäßig unterschritten und liegt aktuell im Jahr 2012 bei 38,8%.

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

Rund die Hälfte der operativen Eingriffe wurde in den drei Fachabteilungen<sup>12</sup> Allgemeine Chirurgie (29,9%), Frauenheilkunde und Geburtshilfe (11,0%) sowie der Orthopädie (10,3%) erbracht (Abbildung 22–7).

Nach Vierstellern des OPS aufgeschlüsselt erfolgten bei Frauen wie im Vorjahr am häufigsten die Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur/Damriss (261 500 Eingriffe), weiterhin andere Kaiserschnittverbindungen (204 500 Eingriffe) und andere Operationen am Darm (199 200 Eingriffe). Bei Männern lag an erster Stelle der Verschluss eines Leistenbruchs (159 700 Ein-

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

Tabelle 22–4

**Operationen und Prozeduren nach OPS-Kapitel, Alter und Geschlecht 2012**

Operation/Prozedur <sup>1)</sup> nach OPS-Kapitel	davon im Alter von ... bis unter Jahren					
	Insgesamt	0–20	20–40	40–60	60–85	85 und älter
<b>Frauen</b>	<b>Anzahl</b>					
Insgesamt	25 162 631	1 674 579	3 318 287	5 543 663	12 374 861	2 251 232
Diagnostische Maßnahmen	4 691 348	412 693	419 402	1 038 291	2 418 011	402 951
Bildgebende Diagnostik	4 706 257	122 922	352 827	1 026 379	2 652 357	551 772
Operationen	8 325 745	356 771	1 589 521	2 246 837	3 654 651	477 965
Medikamente	124 907	10 012	8 326	35 706	67 762	3 101
Nichtoperative Therapeutische Maßnahmen	6 108 407	420 796	463 086	1 114 595	3 372 861	737 061
Ergänzende Maßnahmen	1 200 528	351 241	482 520	81 224	207 617	77 926
Unbekannte Operation/Maßnahmen	5 439	144	2 605	631	1 602	456
<b>Männer</b>						
Insgesamt	25 791 655	1 924 791	2 009 026	6 616 849	14 131 680	1 109 307
Diagnostische Maßnahmen	5 223 138	429 111	352 461	1 301 392	2 923 158	217 016
Bildgebende Diagnostik	5 021 442	140 814	384 618	1 291 247	2 956 425	248 338
Operationen	7 387 816	469 776	891 274	2 188 769	3 598 796	239 201
Medikamente	164 892	11 966	9 831	47 954	92 625	2 516
Nichtoperative Therapeutische Maßnahmen	7 325 104	516 405	356 785	1 720 326	17 735 488	370 741
Ergänzende Maßnahmen	665 996	356 310	13 688	66 518	3 092 526	31 315
Unbekannte Operation/Maßnahmen	3 267	409	369	643	2 957 837	180

<sup>1)</sup> Ohne Duplikate

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2015

WIdO



Tabelle 22-5

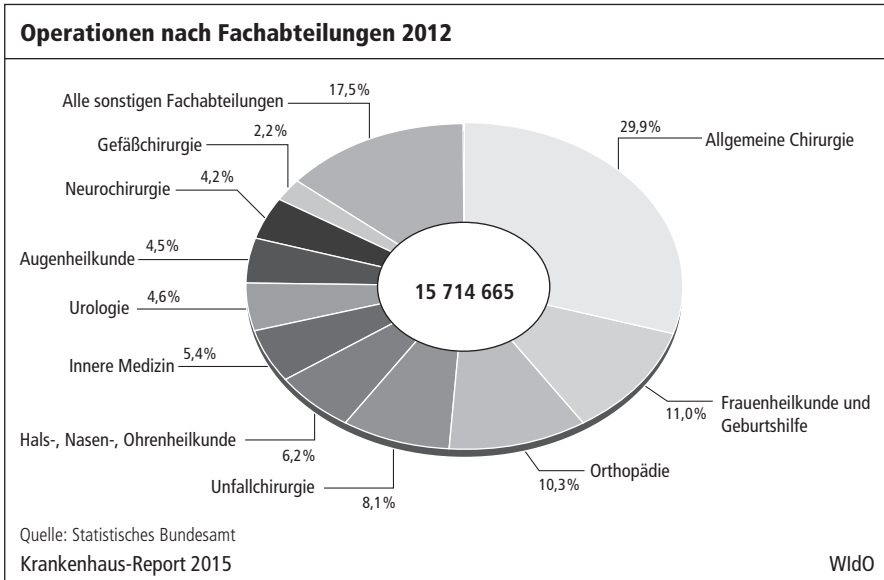
**Operationen 2012 nach Bereichsüberschriften**

OPS-Schlüssel	Operation <sup>1)</sup>	Insgesamt	Männer	Frauen	Insgesamt	Männer	Frauen
		Anzahl			Veränderung zum Vorjahr in Prozent		
<b>5</b>	<b>Operationen</b>	<b>15 714 665</b>	<b>7 387 816</b>	<b>8 325 745</b>	<b>2,2</b>	<b>2,5</b>	<b>2,0</b>
5-01-5-05	Operationen am Nervensystem	717 252	361 805	355 409	2,1	2,1	2,1
5-06-5-07	Operationen an endokrinen Drüsen	186 882	54 263	132 607	-2,2	-1,0	-2,8
5-08-5-16	Operationen an den Augen	565 697	275 952	289 708	1,8	1,8	1,8
5-18-5-20	Operationen an den Ohren	152 983	86 793	66 173	0,6	0,8	0,4
5-21-5-22	Operationen an Nase und Nasennebenhöhlen	448 205	271 505	176 659	-0,3	-0,3	-0,4
5-23-5-28	Operationen an Mundhöhle und Gesicht	337 130	182 397	154 706	0,2	0,8	-0,6
5-29-5-31	Operationen an Pharynx, Larynx und Trachea	118 027	77 643	40 366	0,0	-0,2	0,3
5-32-5-34	Operationen an Lunge und Bronchus	160 704	101 809	58 874	4,8	4,2	5,6
5-35-5-37	Operationen am Herzen	386 291	252 428	133 826	3,3	3,4	3,1
5-38-5-39	Operationen an den Blutgefäßen	731 069	403 862	327 119	2,6	3,3	1,8
5-40-5-41	Operationen am hämatopoetischen und Lymphgefäßsystem	197 662	58 807	138 827	11,8	0,4	17,4
5-42-5-54	Operationen am Verdauungstrakt	2 377 122	1 243 166	1 133 798	2,1	2,7	1,4
5-55-5-59	Operationen an den Harnorganen	570 180	370 414	199 747	0,6	1,0	-0,3
5-60-5-64	Operationen an den männlichen Geschlechtsorganen	221 224	220 383	/	-1,8	-1,8	/
5-65-5-71	Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen	653 886	-	653 886	1,3	-	1,3
5-72-5-75	Geburtshilfliche Operationen	777 882	-	777 882	1,8	-	1,8
5-76-5-77	Operationen an Kiefer- und Gesichtsschädelknochen	78 247	46 894	31 348	3,0	1,8	4,8
5-78-5-86	Operationen an den Bewegungsorganen	4 452 756	2 052 689	2 399 689	1,8	1,8	1,8
5-87-5-88	Operationen an der Mamma	171 122	4 928	166 178	-7,8	-2,6	-8,0
5-89-5-92	Operationen an Haut und Unterhaut	1 201 677	665 710	535 883	2,1	1,9	2,4
5-93-5-99	Zusatzinformationen zu Operationen	1 208 667	656 368	552 219	9,0	9,3	8,6

<sup>1)</sup> Ohne Duplikate

Quelle: Statistisches Bundesamt

Abbildung 22–7



griffe), gefolgt von anderen Operationen am Darm (157 900 Eingriffe) und der arthro-skopischen Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken (150 700 Eingriffe). Tabelle 22–6 weist die 30 häufigsten chirurgischen Eingriffe nach Vierstellern aus, die rund 36 % aller durchgeführten Operationen ausmachen.

Tabelle 22–7 gibt einen Überblick über die 30 häufigsten Operationen nach Dreistellern des OPS, die im Jahr 2012 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 (490 800 Eingriffe), arthroskopische Gelenkoperationen (412 500 Eingriffe) und Operationen an der Wirbelsäule (398 400 Eingriffe). Bei Männern wurden der Rangfolge nach betrachtet am häufigsten arthroskopische Gelenkoperationen (475 800 Eingriffe), Operationen an der Wirbelsäule (358 500 Eingriffe) sowie an Haut und Unterhaut (358 000 Eingriffe) durchgeführt. Eine differenzierte Übersicht zu den häufigsten Operationen der männlichen und weiblichen Behandelten kann im Internetportal [www.krankenhaus-report-online.de](http://www.krankenhaus-report-online.de) (Zusatztable 22–e bis 22–g) abgerufen werden.

Auf Ebene der Viersteller gab es unter den chirurgischen Maßnahmen den deutlichsten Anstieg im Vergleich zum Vorjahr bei der Sterilisationsoperation mit der Zerstörung und dem Verschluss der Eileiter (141,8%). Danach folgten sonstige Operationen am Brustkorb (136,8%) und die systematische Lymphknotenentfernung im Rahmen eines sonstigen operativen Eingriffs (99,8%). Der stärkste Rückgang war bei der Verwendung von Knochenersatz bei Operationen an der Wirbelsäule (65,3 %) zu verzeichnen. Ebenfalls rückläufig gegenüber dem Vorjahr waren chirurgische Maßnahmen zur plastischen Rekonstruktion der weiblichen Brust sowohl im Bereich der sonstigen Verfahren (64,0%) als auch mit einer Haut- und Muskeltransplantation (27,5%). Nach Dreistellern aufgeschlüsselt zeigte sich im Vergleich zum

Tabelle 22–6

Die häufigsten Operationen<sup>1)</sup> 2012 nach Vierstellern

Rang	OPS-Schlüssel/Operation	Anzahl	Prozent
5	<b>Operationen insgesamt<sup>1)2)</sup></b>	<b>15 714 665</b>	<b>100,0</b>
1	5-469 Andere Operationen am Darm	357 066	2,3
2	5-812 Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	297 128	1,9
3	5-032 Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis	280 506	1,8
4	5-758 Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]	261 454	1,7
5	5-513 Endoskopische Operationen an den Gallengängen	238 875	1,5
6	5-896 Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	218 486	1,4
7	5-820 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	212 304	1,4
8	5-749 Andere Sectio caesarea	204 491	1,3
9	5-811 Arthroskopische Operation an der Synovialis	198 257	1,3
10	5-794 Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens mit Osteosynthese	196 976	1,3
11	5-511 Cholezystektomie	195 301	1,2
12	5-787 Entfernung von Osteosynthesematerial	182 003	1,2
13	5-530 Verschluss einer Hernia inguinalis	180 861	1,2
14	5-839 Andere Operationen an der Wirbelsäule	170 839	1,1
15	5-831 Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe	170 534	1,1
16	5-800 Offen chirurgische Revision eines Gelenkes	163 517	1,0
17	5-814 Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes	162 593	1,0
18	5-810 Arthroskopische Gelenkrevision	162 505	1,0
19	5-790 Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	155 628	1,0
20	5-822 Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk	154 792	1,0
21	5-452 Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	153 092	1,0
22	5-788 Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes	152 845	1,0
23	5-215 Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]	149 796	1,0
24	5-385 Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	146 466	0,9
25	5-916 Temporäre Weichteildeckung	143 746	0,9
26	5-900 Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	141 954	0,9
27	5-895 Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	140 764	0,9
28	5-892 Andere Inzision an Haut und Unterhaut	137 384	0,9
29	5-399 Andere Operationen an Blutgefäßen	134 189	0,9
30	5-377 Implantation eines Herzschrittmachers und Defibrillators	122 736	0,8

<sup>1)</sup> Ohne Duplikate

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

Quelle: Statistisches Bundesamt

Tabelle 22–7

Die häufigsten Operationen<sup>1)</sup> 2012 nach Dreistellern

Rang	OPS-Schlüssel/Operation	Anzahl	Prozent
5	<b>Operationen insgesamt<sup>1)2)</sup></b>	<b>15 714 665</b>	<b>100,0</b>
1	5-81 Arthroskopische Gelenkoperationen	888 352	5,7
2	5-78 Operationen an anderen Knochen	810 072	5,2
3	5-83 Operationen an der Wirbelsäule	756 972	4,8
4	5-89 Operationen an Haut und Unterhaut	649 664	4,1
5	5-79 Reposition von Fraktur und Luxation	603 880	3,8
6	5-82 Endoprothetischer Gelenk- und Knochenersatz	525 441	3,3
7	5-51 Operationen an Gallenblase und Gallenwegen	454 604	2,9
8	5-38 Inzision, Exzision und Verschluss von Blutgefäßen	444 284	2,8
9	5-46 Andere Operationen an Dünn- und Dickdarm	442 664	2,8
10	5-03 Operationen an Rückenmark, Rückenmarkhäuten und Spinalkanal	423 454	2,7
11	5-80 Offen chirurgische Gelenkoperationen	344 018	2,2
12	5-90 Operative Wiederherstellung und Rekonstruktion von Haut und Unterhaut	320 438	2,0
13	5-21 Operationen an der Nase	317 447	2,0
14	5-53 Verschluss abdominaler Hernien	310 832	2,0
15	5-45 Inzision, Exzision, Resektion und Anastomose an Dünn- und Dickdarm	308 210	2,0
16	5-75 Andere geburtshilfliche Operationen	295 528	1,9
17	5-39 Andere Operationen an Blutgefäßen	286 785	1,8
18	5-85 Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln	278 051	1,8
19	5-74 Sectio caesarea und Entwicklung des Kindes	276 625	1,8
20	5-57 Operationen an der Harnblase	257 285	1,6
21	5-37 Rhythmuschirurgie und andere Operationen an Herz und Perikard	213 608	1,4
22	5-15 Operationen an Retina, Choroidea und Corpus vitreum	202 634	1,3
23	5-19 Andere Operationen an Haut und Unterhaut	194 209	1,2
24	5-54 Andere Operationen in der Bauchregion	186 402	1,2
25	5-40 Operationen am Lymphgewebe	182 197	1,2
26	5-68 Inzision, Exzision und Exstirpation des Uterus	180 170	1,1
27	5-06 Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüse	178 037	1,1
28	5-65 Operationen am Ovar	171 399	1,1
29	5-28 Operationen im Bereich des Naso- und Oropharynx	171 370	1,1
30	5-49 Operationen am Anus	165 808	1,1

<sup>1)</sup> Ohne Duplikate.

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

Vorjahr der stärkste Zuwachs bei Operationen an den Eileitern (41,8%), der Lunge und dem Bronchus (12,8%) sowie am Lymphgewebe (12,7%). Zu den chirurgischen Maßnahmen mit dem höchsten Rückgang gehörten sonstige Operationen an der weiblichen Brust (18,0%), operative Eingriffe an den Augenmuskeln (4,4%) sowie an der Prostata und Bläschendrüse (3,9%). Die Tabellen sind im Internetportal [www.krankenhaus-report-online.de](http://www.krankenhaus-report-online.de) (Zusatztabelle 22–h und 22–l) zu finden.

Zur Vermeidung nicht notwendiger vollstationärer Krankenhausbehandlungen und zur Sicherstellung einer wirtschaftlichen und patientengerechten Versorgung sind weiterhin ambulante Operationen und sonstige stationsersetzende 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 20 in diesem Band) und nicht in der Fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik.

## 22.6 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.<sup>13</sup>

Danach wurden 90,5% der Behandelten ausschließlich in einer Fachabteilung versorgt. Behandlungen in zwei verschiedenen Fachabteilungen erfolgten noch in 8,2% der Fälle. Die häufigsten Verlegungen erfolgten dabei zwischen den Fachabteilungen Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie, Allgemeine Chirurgie und Intensivmedizin sowie Innere Medizin und Intensivmedizin. Behandlungen in mehr als zwei verschiedenen Fachabteilungen waren mit 1,3% nur noch sehr selten (Tabelle 22–8).

Der größte Teil der Patientinnen und Patienten wurde in den Fachabteilungen Innere Medizin (5,4 Millionen Fälle), Allgemeine Chirurgie (3,0 Millionen Fälle) sowie Frauenheilkunde und Geburtshilfe (2,0 Millionen Fälle) behandelt. Die durchschnittliche Verweildauer der Behandelten lag in der Inneren Medizin bei 6,2 Tagen, in der Allgemeinen Chirurgie bei 6,4 Tagen und in der Frauenheilkunde/ Geburtshilfe bei 4,1 Tagen (Abbildung 22-8).<sup>14</sup>

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 22–8

**Durchlaufene Fachabteilungen 2012 nach Geschlecht**

Durchlaufene Fachabteilungen <sup>1)</sup>	Patientinnen und Patienten					
	Insgesamt		Männer		Frauen	
	Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %
Eine Fachabteilung	16 267 588	90,5	7 558 944	89,5	8 707 340	91,4
Zwei Fachabteilungen	1 467 736	8,2	757 812	9,0	709 811	7,4
Drei und mehr	241 123	1,3	125 547	1,5	113 548	1,2

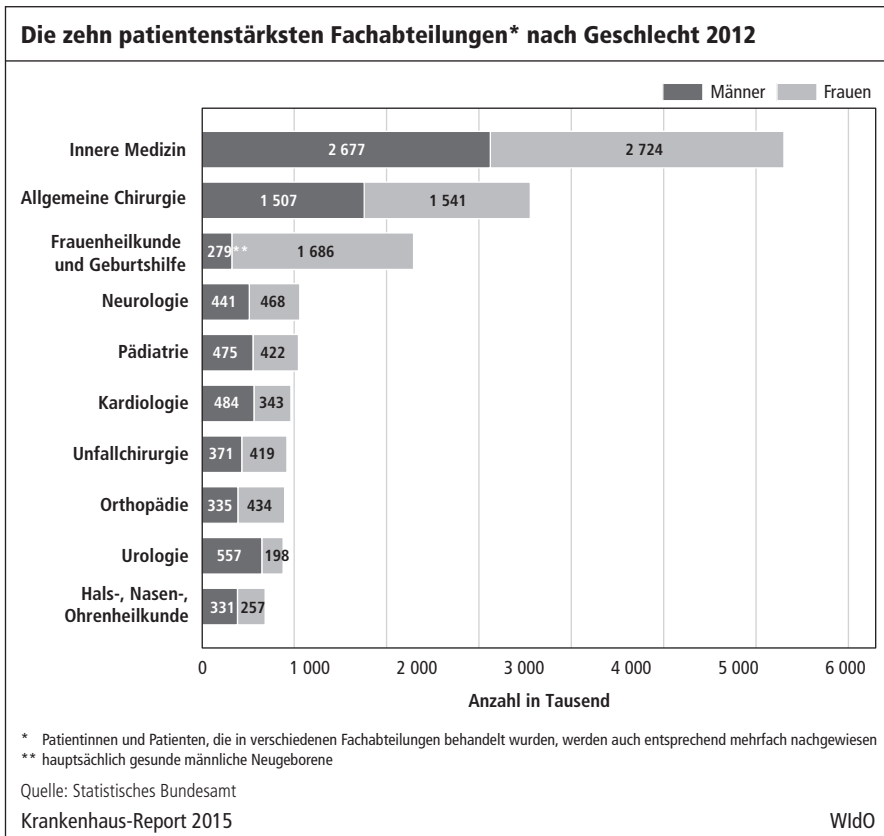
<sup>1)</sup> Ohne Rückverlegungen

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2015

WIdO

Abbildung 22–8



Werden die Patientinnen und Patienten der Fachabteilung zugeordnet, in der sie während ihrer vollstationären Behandlung am längsten versorgt wurden, bleiben nach wie vor die Innere Medizin mit 5,0 Millionen Fällen (27,5%), die Allgemeine Chirurgie mit 2,9 Millionen Fällen (16,0%) sowie die Frauenheilkunde und Ge-

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

Am häufigsten wurden die Patientinnen und Patienten der Inneren Medizin aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems behandelt. Nach der Hauptdiagnose war in 285 000 Fällen eine Herzinsuffizienz (I50) Ursache der Behandlung und betraf 5,8% aller Patientinnen und Patienten dieser Abteilung. Die entsprechende durchschnittliche Verweildauer lag bei 10,0 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 (J10) mit 181 900 Behandlungsfällen. Sie war Ursache in 3,7% aller Fälle dieser Abteilung und betraf mit 65,2% in erster Linie ebenfalls die über 65-Jährigen. Die durchschnittliche Verweildauer lag hier bei 4,7 Tagen.

Vorhofflattern und Vorhofflimmern (I48) war für weitere 3,6% der Behandlungsfälle der Inneren Medizin verantwortlich. Patientinnen und Patienten mit dieser Diagnose verbrachten im Schnitt 5,2 Tage im Krankenhaus. Knapp drei Viertel der Behandelten waren auch hier 65 Jahre und älter (Tabelle 22–9).

Insgesamt wurden in der Inneren Medizin rund 11,4 Millionen Operationen und medizinische Prozeduren, darunter 845 300 operative Eingriffe nach Kapitel 5 des OPS durchgeführt. An erster Stelle stand dabei die endoskopische Operation an den Gallengängen (5-513), gefolgt von der lokalen Entfernung und Zerstörung von erkranktem Gewebe des Dickdarms (5-452) sowie von anderen Operationen am Darm (5-469). Jeweils rund 70% der Patientinnen und Patienten mit diesen Operationen in der Inneren Medizin waren 65 Jahre und älter (Tabelle 22–10)<sup>15</sup>.

In der zweiten an dieser Stelle ausgewiesenen Fachabteilung, der Allgemeinen Chirurgie, wurden insgesamt 2,9 Millionen Fälle für die durchschnittliche Dauer von 6,8 Tagen stationär im Krankenhaus versorgt. Der häufigste Behandlungsanlass nach Diagnosekapiteln in dieser Abteilung waren Krankheiten des Verdauungssystems.

Mit einem Anteil von 5,5% wurden die Patientinnen und Patienten der Allgemeinen Chirurgie am häufigsten aufgrund eines Leistenbruchs (K40) stationär behandelt (158 400 Fälle). Sie verbrachten durchschnittlich 2,4 Tage im Krankenhaus. Annähernd die Hälfte der Behandelten mit dieser Diagnose war 65 Jahre und älter und noch etwas mehr als ein Drittel zwischen 45 bis unter 65 Jahre alt.

Die zweithäufigste in der Chirurgie behandelte Erkrankung war mit einem Anteil von 5,2% und 151 100 Fällen das Gallensteinleiden (K80). Der größte Teil der Patientinnen und Patienten mit dieser Erkrankung war zwischen 45 bis unter 65 Jahre alt (39,1%) sowie 65 Jahre und älter (34,1%).

Der dritthäufigste Grund für eine vollstationäre Versorgung in der Chirurgie war die akute Blinddarmentzündung (K35), die bei 91 100 Patientinnen und Patienten behandelt wurde und einen Anteil von 3,2% ausmachte. Der Krankenhausaufenthalt mit dieser Diagnose dauerte im Schnitt 4,9 Tage und betraf vor allem Personen

<sup>15</sup> Fachabteilung mit der längsten Verweildauer.

Tabelle 22–9

Patientinnen und Patienten mit den häufigsten Hauptdiagnosen in den Fachabteilungen<sup>1)</sup> Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie 2012

Rang	ICD-Pos.	Diagnose/Behandlungsanlass	Patienten						
			Durchschnittl. Verweildauer	Insgesamt <sup>2)</sup>	davon im Alter von ... bis unter ... Jahren				
					0–15	15–45	45–65	65 und älter	
			in Tagen	Anzahl	Anzahl				
<b>Innere Medizin</b>									
<b>Fachabteilung Innere Medizin insgesamt</b>			<b>6,7</b>	<b>4 950 515</b>	<b>7 451</b>	<b>601 971</b>	<b>1 249 403</b>	<b>3 091 686</b>	
1	I50	Herzinsuffizienz	10,0	284 880	–	1 841	26 906	256 133	
2	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	4,7	181 931	10	11 977	51 413	118 531	
3	I48	Vorhofflattern und Vorhofflimmern	5,2	177 653	2	5 340	42 503	129 808	
4	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	9,5	153 200	119	11 448	24 262	117 371	
5	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenerkrankung	8,8	145 800	3	2 451	36 770	106 576	
6	I20	Angina pectoris	3,9	140 645	–	5 579	46 124	88 942	
7	I21	Akuter Myokardinfarkt	7,5	127 473	–	4 393	36 760	86 319	
8	R55	Synkope und Kollaps	4,6	107 750	161	16 497	22 542	68 550	
9	E11	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]	9,7	107 318	2	4 679	29 262	73 375	
10	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	3,6	106 318	534	49 539	47 287	8 956	
11	K29	Gastritis und Duodenitis	4,5	95 314	54	21 430	26 856	46 974	
12	R07	Hals- und Brustschmerzen	2,5	94 437	42	22 434	37 088	34 873	
13	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	3,8	83 522	–	1 398	26 334	55 790	
14	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	4,5	77 281	456	23 837	15 491	37 497	
15	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	7,2	76 958	–	1 058	28 815	47 085	



Tabelle 22–9  
Fortsetzung

Rang	ICD-Pos.	Diagnose/Behandlungsanlass	Patienten					
			Durchschnittl. Verweildauer	Insgesamt <sup>2)</sup>	davon im Alter von ... bis unter ... Jahren			
					0–15	15–45	45–65	65 und älter
			in Tagen	Anzahl	Anzahl			
<b>Allgemeine Chirurgie</b>								
<b>Fachabteilung Allgemeine Chirurgie insgesamt</b>			<b>6,8</b>	<b>2881386</b>	<b>64696</b>	<b>655541</b>	<b>927954</b>	<b>1233194</b>
1	K40	Hernia inguinalis	2,4	158366	1099	28092	59062	70113
2	K80	Cholelithiasis	5,4	151080	154	40547	58931	51448
3	K35	Akute Appendizitis	4,9	91058	9917	53807	18477	8857
4	S06	Intrakranielle Verletzung	2,4	85574	9213	30473	14831	31057
5	I70	Atherosklerose	11,8	79058	–	677	21559	56822
6	K57	Divertikulose des Darmes	10,2	71229	4	8207	32640	30378
7	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	9,8	70908	6	2148	24493	44261
8	S72	Fraktur des Femurs	13,6	67772	448	2100	7431	57792
9	K56	Paralytischer Ileus und mechanischer Ileus ohne Hernie	8,2	63808	574	8505	15896	38833
10	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	7,9	62494	1997	16963	23078	20456
11	S52	Fraktur des Unterarmes	4,1	61124	5365	8679	17315	29765
12	E04	Sonstige nichttoxische Struma	3,7	58250	42	14239	30590	13379
13	K43	Hernia ventralis	6,5	51051	74	6776	20677	23524
14	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	11,9	49444	–	1140	14271	34033
15	S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	7,4	48460	2094	7588	12168	26610

<sup>1)</sup> Fachabteilung mit der längsten Verweildauer

<sup>2)</sup> Einschließlich Fälle mit unbekanntem Alter

Quelle: Statistisches Bundesamt

Tabelle 22–10

**Häufigste Operationen in den Fachabteilungen<sup>1)</sup> Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie 2012**

Rang	Maßnahme <sup>2)</sup>		Insgesamt <sup>4)</sup>		davon im Alter von ... bis unter ... Jahren			
			in %	Anzahl	0–15	15–45	45–65	65 und älter
<b>Innere Medizin</b>								
<b>Insgesamt Operationen und Prozeduren</b>				<b>11 350 355</b>	<b>5 803</b>	<b>915 017</b>	<b>3 107 247</b>	<b>7 322 281</b>
		Operationen Kapitel 5 <sup>3)</sup>	100	845 334	505	47 513	207 065	590 251
1	5-513	Endoskopische Operationen an den Gallengängen	18,2	153 675	8	11 632	36 158	105 877
2	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	12,0	101 096	5	2 931	26 007	72 153
3	5-469	Andere Operationen am Darm	9,2	77 636	6	3 338	19 819	54 473
4	5-377	Implantation eines Herzschrittmachers und Defibrillators	8,1	68 817	0	1 433	10 770	56 614
5	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	4,5	37 907	10	1 982	11 793	24 122
6	5-429	Andere Operationen am Ösophagus	3,6	30 618	2	2 237	11 448	16 931
7	5-449	Andere Operationen am Magen	3,3	27 992	2	1 247	6 381	20 362
8	5-378	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators	3,1	26 148	0	486	3 508	22 154
9	5-431	Gastrostomie	2,5	21 021	11	623	3 937	16 450
10	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	1,8	15 350	5	569	4 027	10 749
<b>Allgemeine Chirurgie</b>								
<b>Insgesamt Operationen und Prozeduren</b>				<b>8 593 603</b>	<b>65 730</b>	<b>1 298 442</b>	<b>2 872 396</b>	<b>4 357 035</b>
		Operationen Kapitel 5 <sup>3)</sup>	100	4 691 023	48 825	876 729	1 707 933	2 057 536
1	5-469	Andere Operationen am Darm	3,9	180 918	631	22 318	60 714	97 255
2	5-511	Cholezystektomie	3,8	177 063	158	41 972	67 790	67 143
3	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	3,5	162 903	1 364	28 589	60 727	72 223
4	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenknorpel und an den Menisken	2,5	119 333	471	27 365	57 035	34 462

Tabelle 22–10

## Fortsetzung

Rang	Maßnahme <sup>2)</sup>	Insgesamt <sup>4)</sup>		davon im Alter von ... bis unter ... Jahren				
		in %	Anzahl	0–15	15–45	45–65	65 und älter	
<b>Allgemeine Chirurgie</b>								
5	5-470	Appendektomie	2,2	104 486	11 239	63 493	20 062	9 692
6	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	2,0	92 863	818	14 245	27 929	49 871
7	5-794	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	1,9	90 165	600	12 445	28 353	48 767
8	5-455	Partielle Resektion des Dickdarmes	1,6	77 142	40	6 836	25 527	44 739
9	5-069	Andere Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüsen	1,6	76 299	112	19 386	38 999	17 802
10	5-820	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	1,6	72 839	–	1 013	15 762	56 064

<sup>1)</sup> Fachabteilung mit der längsten Verweildauer

<sup>2)</sup> Ohne Duplikate

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

<sup>4)</sup> Einschließlich Fälle mit unbekanntem Alter

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2015

WIdO

im jüngeren bis mittleren Alter zwischen 15 bis unter 45 Jahre. Ihr Anteil lag bei knapp 60 %.

Zusammengenommen wurden in der Allgemeinen Chirurgie 8,6 Millionen Operationen und Prozeduren, darunter 4,7 Millionen operative Eingriffe nach Kapitel 5 des OPS durchgeführt. An oberster Stelle standen sonstige Operationen am Darm (4-569), gefolgt von der Gallenblasenentfernung (5-511) und dem Verschluss eines Leistenbruchs (5-530). Mit Anteilen zwischen 37,9 % und 53,8 % war bei allen drei Operationen der jeweils größte Teil der Operierten 65 Jahre und älter.

## 22.7 Leistungsmengen und Leistungsstrukturen der Krankenhäuser

Fallpauschalen bilden die Grundlage für das Vergütungssystem der akutstationären Krankenhausleistungen in deutschen Krankenhäusern, in dem Behandlungsfälle entsprechend ihres Behandlungsaufwandes nach pauschalierten Preisen vergütet werden.<sup>16</sup> 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 2012 an erster Stelle Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems (15,6 %). An zweiter und dritter Stelle folgten Krankheiten und Störungen des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes (15,1 %) sowie der Verdauungsorgane (12,0 %). Hinsichtlich des Leistungsumfanges hatten diese drei Gruppen jeweils auch die höchsten Anteile (zwischen 18,9 % und 9,6 %) am gesamten Casemix-Volumen des Jahres 2012. Die Tabellen können im Internetportal [www.krankenhaus-report-online.de](http://www.krankenhaus-report-online.de) (Zusatztabellen 22–m und 22–n) abgerufen werden.

Die größten Fallzahlenzuwächse gegenüber dem Vorjahr waren bei der MDC „Infektiöse und parasitäre Krankheiten“ (8,0 %) zu verzeichnen. Die MDCs „Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und andere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens“ (6,0 %) sowie „Verbrennungen“ (4,8 %) lagen an zweiter und dritter Stelle. Die deutlichsten Rückgänge wies die MDC „Verletzungen, Vergiftungen und toxische Wirkungen von Drogen und Medikamenten“ (8,3 %) auf. Ebenfalls rückläufig waren weiterhin die MDCs „Polytrauma“ (6,5 %) und „HIV“ (5,6 %) (Abbildung 22–9).

16 Die jährliche Pflege und Weiterentwicklung des DRG-Entgeltsystems obliegt dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) und basiert auf den Kosten- und Leistungsdaten einer Stichprobe freiwillig teilnehmender Krankenhäuser. Der jährlich veröffentlichte Fallpauschalenkatalog enthält u. a. die spezifische Leistungsbeschreibung und die Bewertungsrelation als relatives Kostengewicht für die Vergütungshöhe jeder einzelnen DRG. Er kann auf der Homepage des InEK unter [www.g-drg.de](http://www.g-drg.de) heruntergeladen werden.

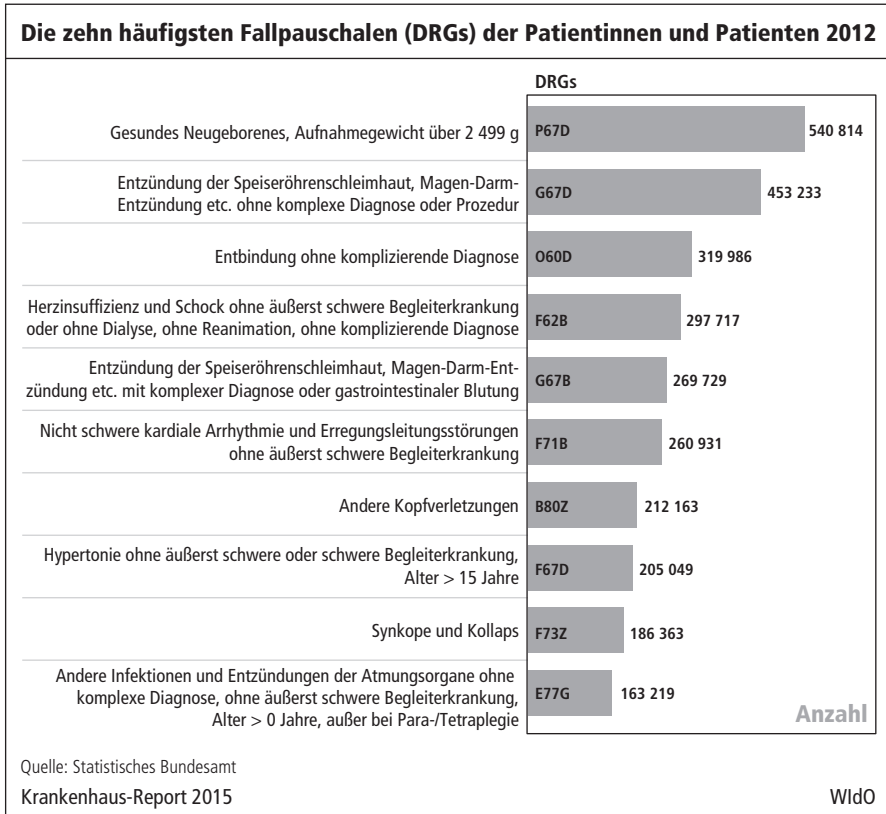
Abbildung 22–9



Die Versorgung gesunder Neugeborener (540 800 Fälle), die Speiseröhrentzündung, Magen-Darm-Entzündung und andere verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne komplexe Diagnose oder Prozedur (453 200) sowie Entbindungen ohne komplizierende Diagnose (320 000 Fälle) waren im Jahr 2012 die insgesamt am häufigsten abgerechneten Fallpauschalen (DRGs). Von den knapp 1 200 mit dem Fallpauschalenkatalog bewerteten und abrechenbaren DRGs machten dabei die zwanzig häufigsten bereits 24% und die fünfzig häufigsten DRGs 40% des gesamten DRG-Leistungsspektrums aus. Nach der sogenannten Partition aufgeschlüsselt waren 57,6% medizinische Behandlungen ohne chirurgische Eingriffe (Partition M), 37,2% operative Behandlungen (Partition O) und 5,2% nicht-operative, jedoch invasive medizinische Maßnahmen (Partition A). Die höchsten Anteile des Casemix entfielen dabei mit 61,2% auf operative Eingriffe und 33,1% auf medizinische Behandlungen. 5,8% umfassten noch die nichtoperativen, invasiven medizinischen Maßnahmen (Abbildung 22–10 und Tabelle 22–10).

Nicht immer sind die am häufigsten abgerechneten Fallpauschalen auch am teuersten und machen den Löwenanteil des Erlösvolumens der Krankenhäuser aus. Wird danach unterschieden, welche Fallpauschalen auf Basis der erbrachten Menge und des Preises in ihrer Gesamtsumme den größten Anteil der Behandlungserlöse ausmachten, dann standen die Korrektur oder der Ersatz des Hüftgelenks ohne komplizierenden Eingriff (1,7%) gefolgt von der Kniegelenksimplantation oder -revisi- on ohne äußerst schwere Komplikation (1,4%) sowie der Herzinsuffizienz (1,3%) an oberster Stelle. Zusammengenommen entfielen auf diese drei DRGs für die Be-

Abbildung 22–10



handlung von 564 500 Patientinnen und Patienten 4,5% der Behandlungserlöse mit einem Volumen von etwa 2,6 Milliarden Euro (Tabelle 22–11).

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 Schwerstverletzten mit Polytrauma beziehungsweise von Komapatienten, die einer hochaufwändigen intensivmedizinischen Versorgung bedurften (A06A und A06B). Für diese drei DRGs wurden näherungsweise 315,4 Millionen Euro im Rahmen der notfall- und intensivmedizinischen Behandlung von knapp 1 700 Patientinnen und Patienten abgerechnet, was einen Anteil von 0,5% am Erlösvolumen ausmachte. Die auf Basis ihrer Bewertungsrelation teuerste DRG mit der Organtransplantation und Beatmung über 999 Stunden (A18Z) kostete je Patientin/Patient rund 285 900 Euro (Tabelle 22–12).

Im Hinblick auf den Schweregrad der behandelten Patientinnen und Patienten erfolgten nach dem Casemix-Index (CMI) die aufwändigsten bzw. schwerwiegendsten Behandlungen in den Fachabteilungen Herzchirurgie (5,39), Intensivmedizin (4,79) und Kinderkardiologie (3,26). Das leichteste Erkrankungsspektrum wurde in der Geburtshilfe (0,48), der Augenheilkunde (0,59) sowie der Frauenheilkunde und Geburtshilfe (0,62) behandelt. Eine differenzierte Übersicht zum Case-

Tabelle 22–11

**DRGs nach Anteil am Erlösvolumen 2012**

DRG	Bezeichnung	Fälle <sup>1)</sup>	Anteil an	Erlös-	Anteil
			allen Fällen	volumen <sup>2)</sup>	am Erlösvolumen
			in %	in 1 000 EUR	in %
I47B	Revision oder Ersatz des Hüftgelenks ohne komplizierende Diagnose, ohne komplizierenden Eingriff	148 173	0,8	980 552	1,7
I44B	Endoprothesenimplantation/-revision am Kniegelenk, ohne äußerst schwere Komplikation oder Begleiterkrankung	119 194	0,7	833 946	1,4
F62B	Herzinsuffizienz und Schock ohne äußerst schwere Begleiterkrankung	297 163	1,7	771 273	1,3
G67C	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne komplexe Prozedur, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere Begleiterkrankung	452 954	2,5	527 504	0,9
A09C	Komplexe Operation, Polytrauma oder intensivmedizinische Komplexbehandlung mit Beatmung zwischen 500 und 999 Stunden	7 268	0,04	475 722	0,8

<sup>1)</sup> Ohne Fälle der integrierten Versorgung

<sup>2)</sup> Das bewertete Erlösvolumen wird ermittelt aus dem Produkt der effektiven Bewertungsrelation und dem jeweiligen Landesbasisfallwert (mit Angleichungsbetrag) der behandelten Krankenhausfälle. Berücksichtigt sind dabei tagesbezogene Abschläge bei Unterschreitung der unteren Grenzverweildauer und Zuschläge bei Überschreitung der oberen Grenzverweildauer sowie Verlegungen nach den Regelungen der jährlichen Fallpauschalenvereinbarung. Zusatzentgelte und nicht mit dem Fallpauschalenkatalog bewertete und vergütete vollstationäre Leistungen sind in der Berechnung nicht eingeschlossen.

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2015

WlD0

Tabelle 22–12

**Komplexe Leistungen: Am höchsten bewertete DRGs 2012**

DRG	Bezeichnung	Bewertungs- relation	Fälle <sup>1)</sup>	Anteil an allen Fällen	Erlös- volumen <sup>2)</sup>	Anteil am Erlös- volumen
				in %	in 1 000 EUR	in %
A18Z	Transplantation von Leber, Lunge, Herz und Knochenmark oder Stammzelltransfusion mit Beatmung über 999 Stunden	65,338	170	0,001	48 605	0,08
A06A	Operation oder Polytrauma mit hochkomplexem Eingriff oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung sowie Beatmung über 1 799 Stunden	61,658	417	0,002	89 223	0,15
A06B	Operation oder Polytrauma ohne hochkomplexen Eingriff oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung sowie Beatmung über 1 799 Stunden	46,389	1 107	0,006	177 584	0,31
A05A	Herztransplantation mit Beatmung über 179 Stunden oder Alter unter 16 Jahre	41,372	86	0,000	22 577	0,04
P61C	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 600–749 g mit signifikanter OR-Prozedur	41,096	248	0,001	30 357	0,05

<sup>1)</sup> Ohne Fälle der integrierten Versorgung.

<sup>2)</sup> Das bewertete Erlösvolumen wird ermittelt aus dem Produkt der effektiven Bewertungsrelation und dem jeweiligen Landesbasisfallwert (mit Angleichungsbetrag) der behandelten Krankenhausfälle. Berücksichtigt sind dabei tagesbezogene Abschläge bei Unterschreitung der unteren Grenzverweildauer und Zuschläge bei Überschreitung der oberen Grenzverweildauer sowie Verlegungen nach den Regelungen der jährlichen Fallpauschalenvereinbarung. Zusatzentgelte und nicht mit dem Fallpauschalenkatalog bewertete und vergütete vollstationäre Leistungen sind in der Berechnung nicht eingeschlossen.

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2015

WIdO



Tabelle 22–13

## Casemix, Casemix-Index und Erlöse je Fall nach Bundesländern 2012

Sitz des Krankenhauses	Casemix <sup>1)</sup>			Casemix-Index <sup>2)</sup>	Erlös je Fall <sup>3)</sup> in Euro	
	Insgesamt	DRG-Partition				
		O	M			A
<b>Deutschland</b>	<b>19 326 287</b>	<b>11 821 719</b>	<b>6 389 405</b>	<b>1 115 162</b>	<b>1,08</b>	<b>3 247</b>
Baden-Württemberg	2 209 990	1 407 893	713 700	88 397	1,10	3 334
Bayern	2 871 576	1 790 015	949 906	131 655	1,04	3 188
Berlin	910 983	580 703	257 304	72 976	1,22	3 611
Brandenburg	549 436	310 537	195 698	43 201	1,08	3 173
Bremen	212 448	131 339	68 343	12 766	1,09	3 305
Hamburg	555 468	376 163	140 671	38 634	1,25	3 800
Hessen	1 355 527	827 086	434 752	93 690	1,07	3 221
Mecklenburg-Vorp.	421 360	255 543	147 619	18 198	1,08	3 192
Niedersachsen	1 673 970	1 021 755	570 130	82 086	1,06	3 111
Nordrhein-Westfalen	4 532 637	2 704 607	1 528 120	299 909	1,08	3 207
Rheinland-Pfalz	875 176	508 803	319 441	46 931	1,00	3 183
Saarland	277 728	164 204	98 999	14 524	1,08	3 355
Sachsen	1 073 095	660 650	366 635	45 810	1,11	3 292
Sachsen-Anhalt	604 988	354 204	211 657	39 127	1,06	3 126
Schleswig-Holstein	585 000	364 177	177 213	43 611	1,10	3 236
Thüringen	616 905	364 041	209 217	43 648	1,11	3 238

<sup>1)</sup> Der Casemix ergibt sich aus Summe der effektiven Bewertungsrelationen der behandelten Krankenhaufälle 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.

<sup>2)</sup> Der Casemix-Index ist Summe der von den Krankenhäusern abgerechneten effektiven Bewertungsrelationen (CM) dividiert durch die Zahl der behandelten Fälle.

<sup>3)</sup> Das bewertete Erlösvolumen wird ermittelt aus dem Produkt der effektiven Bewertungsrelation und dem jeweiligen Landesbasisfallwert (mit Angleichungsbetrag) der behandelten Krankenhaufälle. Berücksichtigt sind dabei tagesbezogene Abschläge bei Unterschreitung der unteren Grenzverweildauer und Zuschläge bei Überschreitung der oberen Grenzverweildauer sowie Verlegungen nach den Regelungen der jährlichen Fallpauschalenvereinbarung. Zusatzentgelte und nicht mit dem Fallpauschalenkatalog bewertete und vergütete vollstationäre Leistungen sind in der Berechnung nicht eingeschlossen.

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2015

WIdO

mix-Index nach Fachabteilungen und Altersgruppen der Patientinnen und Patienten ist im Internetportal [www.krankenhaus-report-online.de](http://www.krankenhaus-report-online.de) (Zusatztabellen 22–o bis 22–q) eingestellt.

Die im Durchschnitt höchsten Erlöse je Fall wurden in Krankenhäusern von Hamburg (3 800 Euro) und Berlin (3 611 Euro) sowie im Saarland (3 355 Euro) erzielt. Am niedrigsten lagen sie in Niedersachsen (3 111 Euro), Sachsen-Anhalt (3 126 Euro) und Brandenburg (3 173 Euro). Aufgrund der unterschiedlich hohen Landesbasisfallwerte korrespondieren die durchschnittlichen Fallerlöse nicht durchgängig mit dem Schweregrad der behandelten Patientinnen und Patienten. So

liegen zum Beispiel bei einem CMI von jeweils 1,08 die durchschnittlichen Fallerlöse der Krankenhäuser im Saarland bei 3 355 Euro, in Nordrhein-Westfalen bei 3 207 Euro, in Mecklenburg-Vorpommern bei 3 192 Euro und in Brandenburg bei 3 173 Euro (Tabelle 22–13).