

Krankenhaus-Report 2011

„Qualität durch Wettbewerb“

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

Schattauer (Stuttgart) 2011

Auszug Seite 349-378



20	Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik: Diagnosen und Prozeduren der Krankenhauspatienten auf Basis der Daten nach § 21 Krankenhausentgeltgesetz	349
	<i>Jutta Spindler</i>	
20.1	Vorbemerkung	350
20.2	Erläuterungen zur Datenbasis	351
20.3	Eckdaten der vollstationär behandelten Krankenhauspatientinnen und -patienten	352
20.4	Ausgewählte Hauptdiagnosen mit den wichtigsten Nebendiagnosen der Behandelten	356
20.5	Operationen und medizinische Prozeduren	360
20.6	Behandlungsspektrum bei den Patientinnen und Patienten in den Fachabteilungen	368
20.7	Fallzahlen und Erlöse nach DRGs	375

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

Jutta Spindler

Abstract

Mit den DRG-Daten nach § 21 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) steht den Nutzerinnen und Nutzern im Rahmen des Angebots des Statistischen Bundesamtes seit dem Jahr 2005 neben den Grund- und Kostendaten und den Diagnosedaten der Krankenhäuser eine weitere wichtige Datenquelle zur Verfügung. Gegenstand dieses Beitrags sind zentrale Ergebnisse zur stationären Versorgung des Jahres 2008, 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.

Apart from basic, cost and diagnosis data of German hospitals, the DRG data according to § 21 Hospital Remuneration Act (Krankenhausentgeltgesetz; KHEntgG) are another important data source which have been provided by the Federal Statistical Office since 2005. The article presents key results of inpatient care of the year 2008 complementing the information of the conventional official hospital statistics. It focusses on type and frequency of inpatient surgery and medical procedures and on important primary diagnoses, supplemented by their respective secondary diagnoses, taking department-specific aspects into consideration. The Federal Statistical Office published this differentiated information on hospital services rendered and in particular on DRGs billed by the hospitals and major diagnostic categories (MDCs), for the first time for 2007. The article presents selected results. The article also presents selected results of the services provided in hospitals, in particular DRGs and main diagnostic categories (MDCs).

20.1 Vorbemerkung

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

In diesem Kontext wurde auch die Übermittlungsverpflichtung der Krankenhäuser für DRG-Daten einschließlich aller Leistungen, die nach Fallpauschalen abgerechnet werden, festgeschrieben. Zur Optimierung und Weiterentwicklung der bisherigen amtlichen Krankenhausstatistik wird über das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) ein ausgewähltes und gesetzlich genau definiertes Merkmalspektrum dieser umfangreichen Struktur- und Leistungsdaten an das Statistische Bundesamt übermittelt. Auf dieser Basis 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 2008 dargestellt, die das Informationsspektrum der herkömmlichen amtlichen Krankenhausstatistik (vgl. hierzu die Kapitel 18 und 19 in diesem Band) ergänzen und erweitern.

¹ Nach § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) in der Fassung des Art. 1 Nr. 5 des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes (KHRG) vom 17. März 2009 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 in der Fachserie 12 Reihe 6.4 über den Publikationsservice des Statistischen Bundesamtes veröffentlicht. Die Publikation kann kostenlos im Internet unter www.destatis.de/publikationen heruntergeladen werden. Auch sind Sonderauswertungen auf Anfrage (je nach Umfang und Aufwand u. U. kostenpflichtig) erhältlich.

20.2 Erläuterungen zur Datenbasis

Grundlage für die folgenden Auswertungen bilden die Daten nach § 21 KHEntgG. Zur Datenlieferung sind alle Krankenhäuser verpflichtet, die nach dem DRG-Vergütungssystem abrechnen und dem Anwendungsbereich des § 1 KHEntgG unterliegen. Einbezogen sind darin auch Krankenhäuser der Bundeswehr, sofern sie Zivilpatienten behandeln und Kliniken der Berufsgenossenschaften, soweit die Behandlungskosten nicht von der Unfall-, sondern der Krankenversicherung vergütet werden. Von der Lieferverpflichtung ausgenommen sind Krankenhäuser im Straf- oder Maßregelvollzug und Polizeikrankenhäuser. Dies gilt bis 2008 ebenfalls für Einrichtungen der Psychiatrie sowie Einrichtungen für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin. Sie übermitteln Daten spezieller Merkmale insbesondere zu ihren Ausbildungsstätten nach § 21 KHEntgG nur, soweit sie ausbilden (§ 17a Abs. 11 KHG).

Die folgenden Auswertungen für das Jahr 2008 beruhen auf den Struktur- und Leistungsdaten von 1 661 Krankenhäusern und umfassen rund 16,9 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 2008 nicht zur Verfügung. Aufgrund der Art der Daten als Abrechnungsdaten der Krankenhäuser ist aber davon auszugehen, dass die nach dem DRG-Vergütungssystem abrechnenden Krankenhäuser nahezu vollständig erfasst und nur geringe Ausfälle zu verzeichnen sind.

Im Vergleich zu den Grund- und Diagnosedaten der Krankenhäuser (vgl. Kapitel 18 und 19) sind bei verschiedenen Merkmalen zum Teil deutliche Abweichungen zur *Fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik* (z.B. bei der Fallzahl und durchschnittlichen Verweildauer der vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten) festzustellen. Diese Abweichungen sind vor allem darauf zurückzuführen, dass bei der *Fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik* keine Daten von Einrichtungen und Patienten einbezogen sind, die außerhalb des Geltungsbereichs des DRG-Entgeltsystems liegen. Dies sind vor allem Einrichtungen der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapeutischen Medizin, deren Leistungen bis auf Weiteres über tagesgleiche Pflegesätze vergütet werden.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).

20.3 Eckdaten der vollstationär behandelten Krankenhauspatientinnen und -patienten

Nach der *Fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik* wurden im Jahr 2008 insgesamt rund 16,9 Mill. Patientinnen und Patienten⁴ aus einer vollstationären Krankenhausbehandlung entlassen. Dies waren mit 323 700 Fällen 1,9% mehr als im Jahr zuvor. Im Durchschnitt dauerte ein Krankenhausaufenthalt 7,1 Tage und nahm im Vergleich zum Vorjahr um weitere 0,2 Tage ab. 53,6% der Behandlungsfälle waren weiblich und 46,4% männlich. Durchschnittlich waren die Behandelten 53,6 Jahre alt (Frauen 54,2 Jahre, Männer 53,0 Jahre). Je 100 000 Einwohner wurden 20 400 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 (24 000), in Thüringen (23 600) und in Brandenburg (22 900). Im Gegensatz dazu war die geringste Anzahl an Behandlungsfällen je 100 000 Einwohner in Hamburg (16 600 Fälle), Baden-Württemberg (17 300 Fälle) und Berlin (18 000 Fälle) zu verzeichnen (Tabelle 20–1).

Auf Grundlage der siedlungsstrukturellen Gebietstypen des Bundesamtes für Bauwesen und Raumordnung (BBR) ist hierzu ergänzend eine Unterscheidung nach Agglomerationsräumen, verstärkten 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 (22 100 Fälle) deutlich höher als in Agglomerationsräumen (20 000 Fälle) und verstärkten Räumen (20 500 Fälle). Regional betrachtet waren in ländlichen Räumen vor allem von Brandenburg (27 100), Thüringen (25 200) und Sachsen-Anhalt (25 100) die meisten Behandlungsfälle je 100 000 Einwohner zu verzeichnen. In verstärkten Räumen lagen Bremen (24 100) sowie wiederum Sachsen-Anhalt (23 800) und Brandenburg (23 500) an der Spitze. Die vordersten Plätze in Agglomerationsräumen nahmen das Saarland (22 900), nochmals Brandenburg (22 000) und darüber hinaus Nordrhein-Westfalen (21 900) ein (Abbildung 20–1).

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 – Verstärkte 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 20–1

Patientinnen und Patienten nach Behandlungs- und Wohnort sowie Behandlungsfälle je 100 000 Einwohner 2008

	Behandlungsort der Patienten	Wohnort der Patienten	Fälle* je 100 000 Einwohner
	Anzahl	Anzahl	
Baden-Württemberg	1 922 573	1 861 284	17 312
Bayern	2 584 665	2 510 393	20 050
Berlin	692 412	617 538	18 032
Brandenburg	508 772	578 065	22 854
Bremen	189 067	127 438	19 249
Hamburg	402 457	294 090	16 601
Hessen	1 172 768	1 209 088	19 920
Mecklenburg-Vorpommern	381 257	378 105	22 610
Niedersachsen	1 492 686	1 574 240	19 774
Nordrhein-Westfalen	3 955 631	3 918 345	21 808
Rheinland-Pfalz	842 303	881 727	21 834
Saarland	242 703	235 364	22 770
Sachsen	933 144	916 684	21 798
Sachsen-Anhalt	553 624	576 119	24 031
Schleswig-Holstein	513 336	527 142	18 588
Thüringen	536 782	537 256	23 585

*auf Basis des Wohnorts

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2011

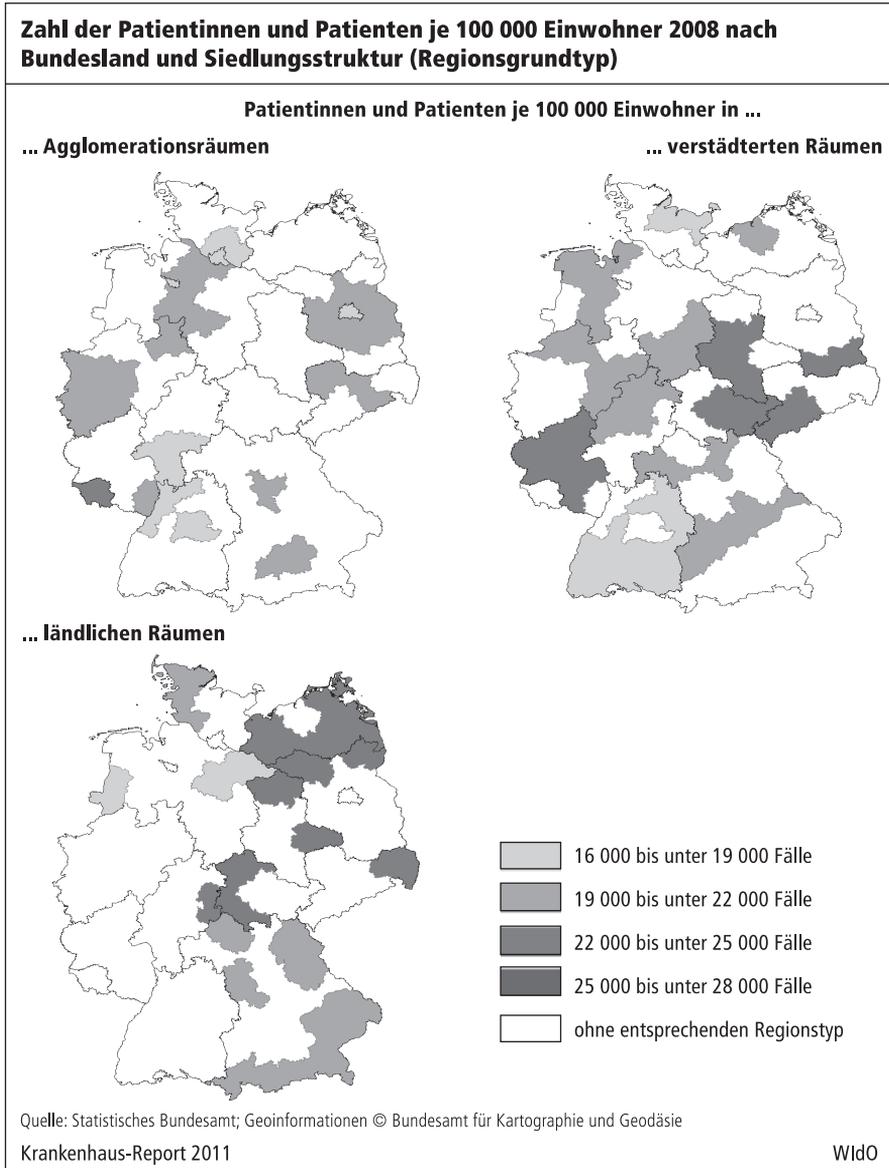
WlD0

Unter Einbezug der Dauer des Krankenhausaufenthaltes der Behandelten gab es 470 500 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 2008 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 6,1 Mill. Diese Patientengruppe entsprach einem Anteil von 36,1 % der Behandlungsfälle.

Im Hinblick auf den Aufnahmearbeit erfolgte im Jahr 2008 bei 55,4 % der Fälle die Aufnahme in die vollstationäre Krankenhausbehandlung aufgrund einer ärztlichen Einweisung. Bei 37,3 % war die Krankenhausaufnahme als Notfall bezeichnet (Abbildung 20–2).

Der häufigste Entlassungsgrund bei den Patientinnen und Patienten war die reguläre Beendigung der Behandlung: In 84,1 % aller Fälle wurde die vollstationäre Krankenhausbehandlung durch eine reguläre Entlassung abgeschlossen.

Abbildung 20–1



Eine reguläre Beendigung des Krankenhausaufenthaltes lag auch vor, wenn eine nachstationäre Behandlung vorgesehen war (4,5%). Entgegen ärztlichen Rat 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 1,2% der Fälle (Abbildung 20–3).

Abbildung 20–2

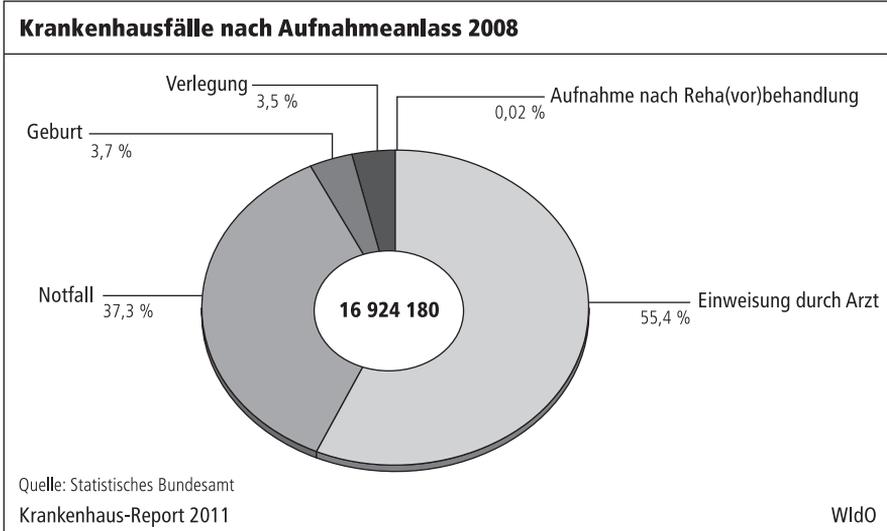
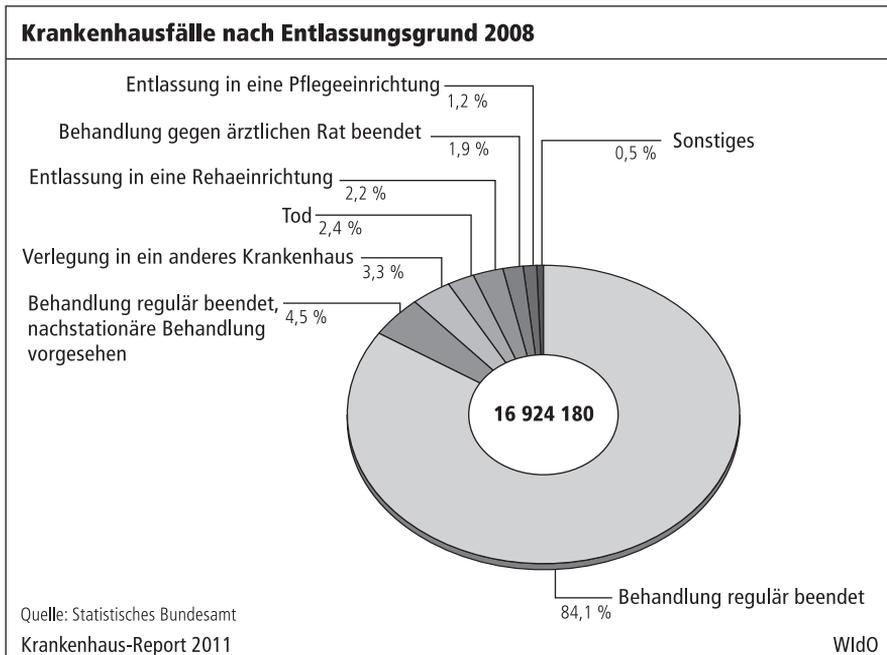


Abbildung 20–3



20.4 Ausgewählte Hauptdiagnosen mit den wichtigsten Nebendiagnosen der Behandelten

Mit der *Fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik* stehen umfangreiche Informationen sowohl zu den Haupt- als auch den Nebendiagnosen zur Verfügung. Als Hauptdiagnose wird gemäß den Deutschen 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) gilt 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) sowie aufgrund von Neubildungen (1,9 Mill. Fälle) und Krankheiten des Verdauungssystems (1,8 Mill. Fälle) behandelt. Während bei den Männern diese Rangfolge die gleiche ist, stehen bei den Frauen nach den Krankheiten des Kreislaufsystems an zweiter Stelle die Diagnosen im Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, gefolgt von Neubildungen sowie den Krankheiten des Verdauungssystems.

Wenn man die Versorgung gesunder Neugeborener (Z38) nicht berücksichtigt, war mit 351 200 Fällen die Herzinsuffizienz (I50) wie im Jahr zuvor 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) und die essentielle (primäre) Hypertonie (I10). Durchgeführte Operationen bezogen sich bei den Behandelten mit dieser Hauptdiagnose primär auf die Implantation eines Herzschrittmachers und

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

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 20–2

Hauptdiagnose Herzinsuffizienz (I50) mit ihren häufigsten Nebendiagnosen und Operationen 2008

Pos.-Nr. ICD-10/Hauptdiagnose Herzinsuffizienz			Anzahl	
I50			351 160	
Rang	Pos.-Nr. ICD-10/Nebendiagnose		Anzahl	in %
Insgesamt			3 046 020	100,0
1	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	173 208	5,7
2	I48	Vorhofflattern und Vorhofflimmern	165 347	5,4
3	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	144 591	4,7
4	E11	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus (Typ-II-Diabetes)	135 590	4,5
5	N18	Chronische Niereninsuffizienz	132 850	4,4
Rang	Operationen nach Kapitel 5 ¹⁾		Anzahl	in %
Insgesamt²⁾			32 424	100,0
1	5-377	Implantation eines Herzschrittmachers und Defibrillators	7 343	22,6
2	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	2 166	6,7
3	5-893	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	1 778	5,5
4	5-378	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators	1 669	5,1
5	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	1 381	4,3

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 2010

Krankenhaus-Report 2011

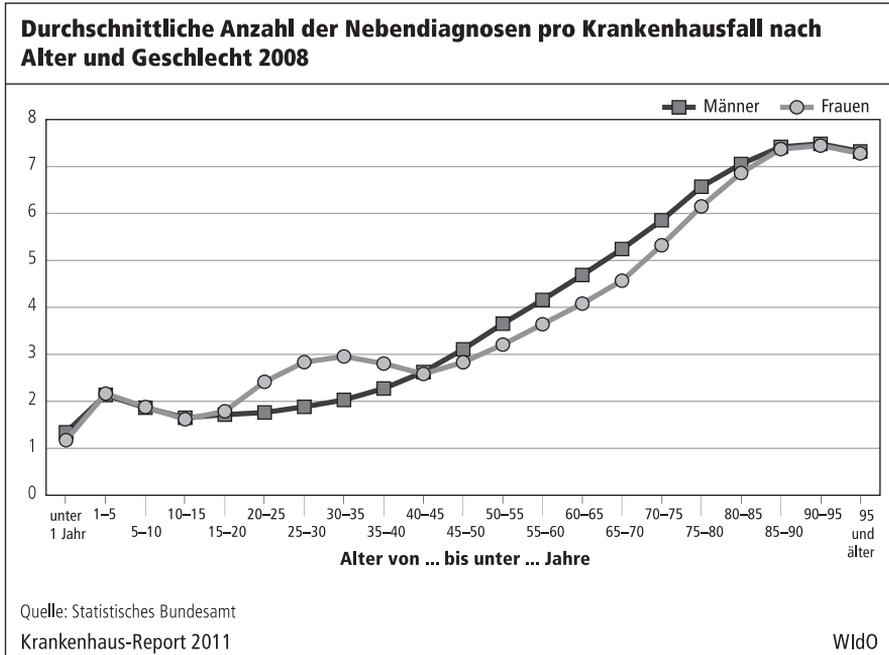
WIdO

Defibrillators (5-377), die lokale Entfernung und Zerstörung von erkranktem Gewebe des Dickdarms (5-452) sowie die chirurgische Wundtoilette und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut (5-893) (Tabelle 20–2).

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

Im Jahr 2008 wurden auf einem leicht höheren Niveau als im Vorjahr durchschnittlich 4,3 Nebendiagnosen je Patientin/Patient gestellt. Die durchschnittliche Zahl der Nebendiagnosen, die bei einem Krankenhausfall zusätzlich zur Hauptdiagnose gestellt werden, steigt mit dem Alter der Patientinnen und Patienten deutlich an. Dies spiegelt die mit dem Alter zunehmende Wahrscheinlichkeit sowohl von Mehrfacherkrankungen, der sogenannten Multimorbidität, als auch von Komplikationen bei der Behandlung wider. Alte Menschen leiden danach sehr viel häufiger als junge an mehreren komplexen Erkrankungen gleichzeitig (Abbildung 20–4).

Abbildung 20–4



Im Durchschnitt werden bei Frauen nur in den Altersgruppen der 20- bis unter 40-Jährigen – vorwiegend verursacht durch die schwangerschaftsbedingten Behandlungen – deutlich mehr Nebendiagnosen als bei den Männern gestellt. In den Altersgruppen der über 40-Jährigen liegen die Werte der Frauen unter denen der Männer bzw. gleichen sich bei den Behandelten in sehr hohem Alter an. Regional nach dem Wohnort der Patientinnen und Patienten betrachtet liegen die Durchschnittswerte hinsichtlich der gestellten Nebendiagnosen in Sachsen-Anhalt und Thüringen (jeweils 4,7) sowie in Berlin (4,6) deutlich höher als in Hessen (3,9) und Rheinland-Pfalz (4,1).

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 liegt 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 20–3 aufgeführten fünfundzwanzig häufigsten Nebendiagnosen 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 20b bis 20–d) zu finden.

Tabelle 20-3

Die häufigsten Nebendiagnosen 2008

Rang	Pos.-Nr. ICD-10	Nebendiagnose	Anzahl	in %
Insgesamt			72 299 873	100,0
1	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	4 887 844	6,8
2	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	2 226 400	3,1
3	E11	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]	2 049 831	2,8
4	E87	Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts	1 600 979	2,2
5	E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	1 554 622	2,2
6	Z92	Medizinische Behandlung in der Eigenanamnese	1 421 547	2,0
7	I48	Vorhofflattern und Vorhofflimmern	1 297 143	1,8
8	I50	Herzinsuffizienz	1 274 963	1,8
9	N18	Chronische Niereninsuffizienz	1 221 118	1,7
10	Z95	Vorhandensein von kardialen oder vaskulären Implantaten oder Transplantaten	1 186 601	1,6
11	Z74	Probleme mit Bezug auf Pflegebedürftigkeit	1 106 214	1,5
12	E66	Adipositas	968 159	1,3
13	O09	Schwangerschaftsdauer	906 741	1,3
14	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	816 104	1,1
15	B96	Sonstige Bakterien als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind	681 752	0,9
16	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	671 256	0,9
17	Z37	Resultat der Entbindung	655 159	0,9
18	D62	Akute Blutungsanämie	648 761	0,9
19	E86	Volumenmangel	636 066	0,9
20	R32	Nicht näher bezeichnete Harninkontinenz	592 862	0,8
21	R15	Stuhlinkontinenz	585 833	0,8
22	E03	Sonstige Hypothyreose	583 960	0,8
23	I11	Hypertensive Herzkrankheit	569 806	0,8
24	K29	Gastritis und Duodenitis	509 777	0,7
25	J96	Respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert	481 767	0,7

Quelle: Statistisches Bundesamt 2010

Krankenhaus-Report 2011

WlD0

20.5 Operationen und medizinische Prozeduren

Einen deutlichen Informationszugewinn, 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 kodieren¹⁰. Dies schließt neben operativen Eingriffen auch diagnostische, therapeutische und pflegerische Prozeduren sowie die Verabreichung von Medikamenten ein.

Im Berichtsjahr 2008 wurden bei den vollstationär versorgten Patientinnen und Patienten insgesamt rund 41,8 Mill. Operationen und medizinische Prozeduren durchgeführt. Im Vergleich zum Vorjahr entspricht dies einer Zunahme um 5,2%. Auf einen Krankenhausfall entfielen damit im Durchschnitt 2,5 Maßnahmen dieser Art. Nach Bundesländern aufgeschlüsselt lag die durchschnittliche Zahl der Operationen und Prozeduren bei den Patientinnen und Patienten, die in Krankenhäusern von Hamburg (2,8), des Saarlandes und in Berlin (jeweils 2,7) behandelt wurden, am höchsten. Am niedrigsten lagen sie in Rheinland-Pfalz und Niedersachsen (jeweils 2,3). Die Betrachtung nach dem Wohnort der Behandelten zeigt dagegen nur geringfügige Unterschiede.

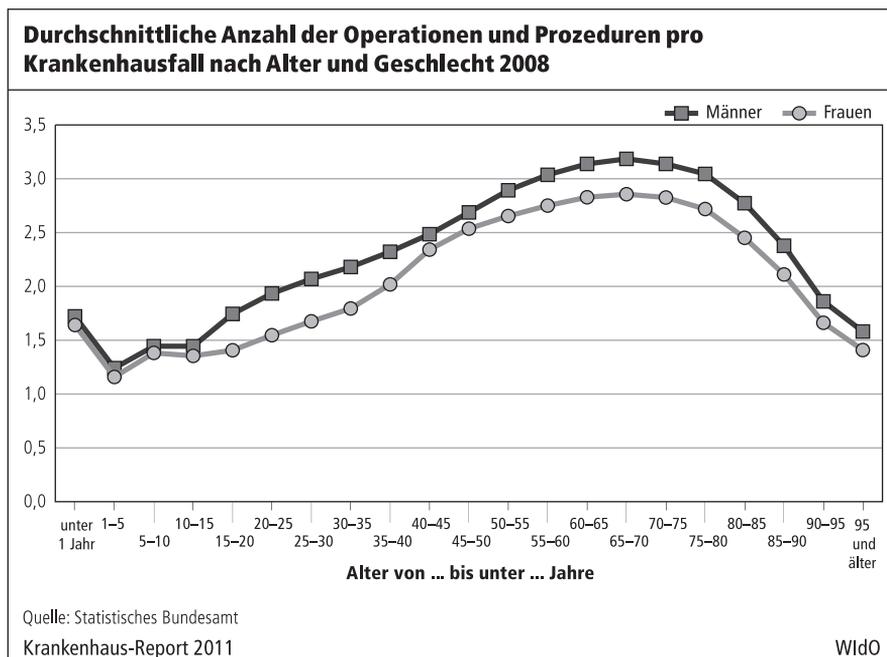
Ohne Berücksichtigung der unter 1-Jährigen stieg die durchschnittliche Anzahl der während eines Krankenhausaufenthaltes durchgeführten operativen Eingriffe und Prozeduren pro Fall bei Frauen und Männern bis zur Altersgruppe der 65- bis unter 70-Jährigen kontinuierlich an. Sie lag im Jahr 2008 bei den 65- bis unter 70-Jährigen mit durchschnittlich 2,9 Maßnahmen dieser Art pro Patientin sowie 3,2 pro Patient gut doppelt so hoch wie bei den Kindern und Jugendlichen.

Im hohen und sehr hohen Alter geht die durchschnittliche Anzahl der operativen Eingriffe und medizinischen Prozeduren pro Krankenhauspatient bei Frauen und Männern zurück. Die durchschnittliche Zahl der Operationen und Prozeduren lag 2008 bei den über 95-Jährigen etwa so hoch wie bei den unter 20-Jährigen.

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 oder Geräte oder eine spezielle Ausbildung erfordert.

Abbildung 20–5



Auch lag die durchschnittliche Anzahl der Operationen und Prozeduren pro Krankenhausfall bei Männern ab 15 Jahren deutlich über der entsprechenden Anzahl bei Frauen (Abbildung 20–5).

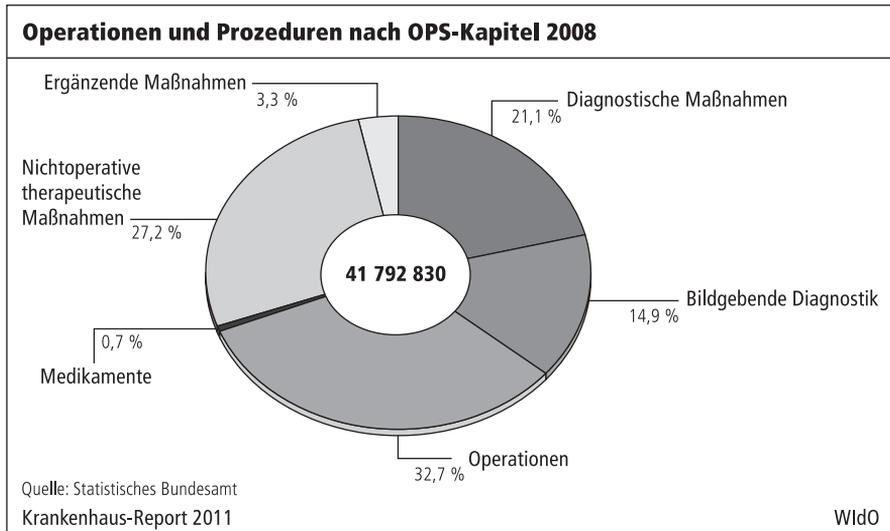
Auf Kapitelebene gliedert sich der OPS in sechs Bereiche: *Diagnostische Maßnahmen* (z. B. Biopsie, Endoskopie), *Bildgebende Diagnostik* (z. B. Computertomographie, Magnetresonanztomographie), *Operationen* (z. B. an den Bewegungsorganen), *Medikamente* (z. B. Verabreichung zur Krebsimmuntherapie, bei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

Nach dieser Gliederung entfielen von allen Eingriffen 27,2% auf nichtoperative therapeutische Maßnahmen (11,4 Mill.), 21,1% auf diagnostische Maßnahmen (8,8 Mill.) und 14,9% auf die bildgebende Diagnostik (6,2 Mill.). Am häufigsten wurden aber Operationen (13,7 Mill.) mit einem Anteil von 32,7% bei den Patientinnen und Patienten veranlasst. Den größten Anstieg gegenüber dem Vorjahr gab es bei der bildgebenden Diagnostik mit einem Zuwachs von 6,8% (Abbildung 20–6).

Inwieweit sich Unterschiede bei den durchgeführten Operationen und medizinischen Prozeduren von Frauen und Männern in verschiedenen Altersgruppen zeigen, verdeutlicht Tabelle 20–4.

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

Abbildung 20–6



geblieben. Im Jahr 2008 wurde die 40%-Marke jedoch mit 39,7% und sinkenden Fallzahlen gegenüber dem Vorjahr erstmals 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 (3,7 Mill.), gefolgt von Operationen am Verdauungstrakt (2,2 Mill.) sowie Operationen an Haut und Unterhaut (1,1 Mill.).

Rund die Hälfte der Operationen wurde in den drei Fachabteilungen¹¹ Allgemeine Chirurgie (29,2%), Frauenheilkunde und Geburtshilfe (12,6%) sowie der Orthopädie (9,5%) erbracht (Tabelle 20–5 und Abbildung 20–7).

Nach Vierstellern des OPS aufgeschlüsselt erfolgte bei Frauen wie im Vorjahr am häufigsten die Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur/Dammriss (241 600 Fälle), der sonstige Kaiserschnitt (167 600 Fälle) und andere Operationen am Darm (162 400 Fälle). Bei Männern lagen bei den operativen Eingriffen an erster Stelle der Verschluss eines Leistenbruches (Hernia inguinalis–157 700 Fälle), gefolgt von der arthroskopischen Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken (140 100) sowie der chirurgischen Wundtoilette und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut (131 600). Tabelle 20–6 weist die 30 häufigsten Operationen nach Vierstellern aus, die 36% aller durchgeführten Operationen ausmachen.

Tabelle 20–7 gibt einen Überblick über die 30 häufigsten Operationen nach Dreistellern des OPS, die im Jahr 2008 erbracht wurden. Diese decken rund 70% aller operativen Eingriffe ab. Nach dieser Gliederung waren die Spitzenreiter bei

¹¹ Maßgeblich für eine eindeutige Zuordnung der Operationen zu den Fachabteilungen ist hier die Fachabteilung mit der längsten Verweildauer.

Tabelle 20–4

Operationen und Prozeduren nach OPS-Kapitel, Alter und Geschlecht 2008

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
Anzahl						
Weiblich						
Insgesamt	20901 330	1 564 101	2 903 574	4 578 944	10 217 583	1 637 124
Diagnostische Maßnahmen	4 210 316	321 620	390 818	949 749	2 206 748	341 379
Bildgebende Diagnostik	3 026 964	85 110	234 046	664 993	1 736 819	305 996
Operationen	7 379 635	370 740	1 496 290	1 920 538	3 200 308	391 759
Medikamente	118 585	4 989	7 310	35 377	68 650	2 259
Nichtoperative Therapeutische Maßnahmen	5 271 966	431 717	419 268	955 810	2 896 984	568 185
Ergänzende Maßnahmen	886 255	346 294	352 440	52 174	107 824	27 523
Unbekannte Operation/Maßnahmen	7 609	3 631	3 402	303	250	23
Männlich						
Insgesamt	20 889 061	1 812 256	1 753 953	5 416 878	11 202 120	703 852
Diagnostische Maßnahmen	4 603 332	336 788	335 957	1 202 288	2 572 851	155 448
Bildgebende Diagnostik	3 219 653	100 959	255 435	841 798	1 898 555	122 906
Operationen	6 296 937	479 010	817 056	1 840 230	2 992 180	168 461
Medikamente	156 883	6 341	7 832	46 444	94 638	1 628
Nichtoperative Therapeutische Maßnahmen	6 104 928	535 240	327 887	1 446 305	3 549 511	245 984
Ergänzende Maßnahmen	501 136	348 966	9 602	39 538	93 623	9 406
Unbekannte Operation/Maßnahmen	6 192	4 952	184	275	762	19

¹⁾ ohne Duplikate

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2011

WiDO

Tabelle 20-5

Operationen 2008 nach Bereichsüberschriften

OPS-Schlüssel	Operation ¹⁾	Insgesamt	Männlich	Weiblich	Insgesamt	Männlich	Weiblich
		Anzahl			Veränderung zum Vorjahr in Prozent		
5	Operationen	13 677 709	6 296 937	7 379 635	2,9	2,6	3,2
5-01-5-05	Operationen am Nervensystem	595 314	303 318	291 950	6,6	6,1	7,2
5-06-5-07	Operationen an endokrinen Drüsen	195 608	54 791	140 816	6,1	7,2	5,7
5-08-5-16	Operationen an den Augen	499 690	235 258	264 429	3,1	4,5	1,9
5-18-5-20	Operationen an den Ohren	137 383	77 176	60 205	-0,6	-1,4	0,4
5-21-5-22	Operationen an Nase und Nasennebenhöhlen	429 740	266 134	163 591	2,7	2,0	4,0
5-23-5-28	Operationen an Mundhöhle und Gesicht	326 356	175 475	150 870	-1,1	-0,9	-1,4
5-29-5-31	Operationen an Pharynx, Larynx und Trachea	111 094	73 844	37 240	1,8	1,3	2,8
5-32-5-34	Operationen an Lunge und Bronchus	129 755	83 115	46 635	7,3	7,4	7,1
5-35-5-37	Operationen am Herzen	334 262	217 782	116 467	1,2	1,6	0,4
5-38-5-39	Operationen an den Blutgefäßen	632 019	338 716	293 200	-18,7	-22,1	-14,4
5-40-5-41	Operationen am hämatopoetischen und Lymphgefäßsystem	165 767	54 920	110 827	13,5	5,3	18,1
5-42-5-54	Operationen am Verdauungstrakt	2 164 669	1 111 790	1 052 745	3,2	3,8	2,6
5-55-5-59	Operationen an den Harnorganen	547 802	349 339	198 421	2,6	2,5	2,6
5-60-5-64	Operationen an den männlichen Geschlechtsorganen	229 065	228 372	/	0,2	0,2	-
5-65-5-71	Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen	651 577	-	651 577	-0,8	-	-0,8
5-72-5-75	Geburtshilfliche Operationen	767 255	-	767 255	2,2	-	2,2
5-76-5-77	Operationen an Kiefer- und Gesichtsschädelknochen	71 054	44 637	26 417	4,2	4,8	3,2
5-78-5-86	Operationen an den Bewegungsorganen	3 689 711	1 708 579	1 980 638	5,7	5,7	5,8
5-87-5-88	Operationen an der Mamma	195 821	5 275	190 526	5,9	3,0	6,0
5-89-5-92	Operationen an Haut und Unterhaut	1 057 714	584 257	473 280	5,9	6,0	5,8
5-93-5-99	Zusatzinformationen zu Operationen	746 053	384 159	361 853	9,6	9,5	9,6

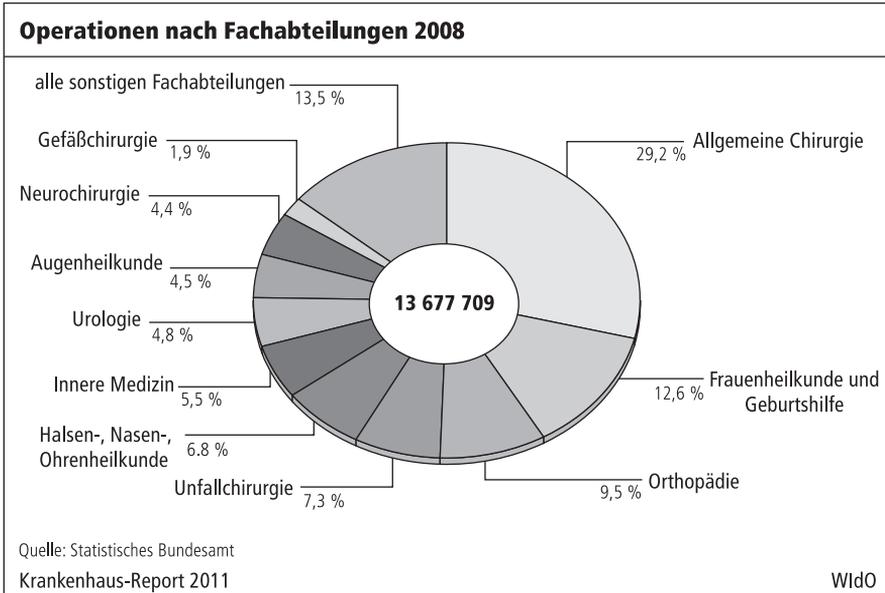
¹⁾ Ohne Duplikate

Quelle: Statistisches Bundesamt 2010

Krankenhaus-Report 2011

WIdO

Abbildung 20–7



den chirurgischen Eingriffen der Frauen Operationen an anderen Knochen (390 100 Fälle), arthroskopische Gelenkoperationen (360 400 Fälle) sowie der endoprothetische Gelenk- und Knochenersatz (310 200 Fälle). Bei den Männern wurden der Rangfolge nach betrachtet am häufigsten arthroskopische Gelenkoperationen (394 000 Fälle), Operationen an Haut und Unterhaut (336 900 Fälle) sowie an anderen Knochen (325 300) durchgeführt. Eine differenzierte Übersicht zu den häufigsten Operationen der männlichen und weiblichen Behandelten kann im Internetportal www.krankenhaus-report-online.de (Viersteller: Zusatztabelle 20–e bis 20–g; Dreisteller: Zusatztabelle 20–h bis 20–j) abgerufen werden.

Auf Ebene der Viersteller gab es unter den chirurgischen Maßnahmen den größten Anstieg gegenüber dem Vorjahr bei den minimal-invasiven Behandlungsverfahren an der Wirbelsäule zur Schmerztherapie (53,7%), bei anderen Operationen am äußeren Ohr (45,4%) sowie der Osteosynthese und dem Knochenersatz an der Wirbelsäule (34,5%). Der stärkste Rückgang war bei anderen Operationen an den Nasennebenhöhlen (60,5%) und an Blutgefäßen (59,0%) sowie bei der chirurgischen Inzision der Vulva (34,5%) zu verzeichnen. Nach Dreistellern aufgeschlüsselt zeigte sich der stärkste Zuwachs bei anderen Operationen an Lunge und Bronchus (19,6%) sowie bei Operationen am Lymphgewebe (14,8%) und an der Wirbelsäule (14,5%). Zu den operativen Eingriffen mit dem höchsten Rückgang gehörten andere Operationen an Blutgefäßen (38,4%) sowie Operationen an der Vulva (6,8%) und an den Koronargefäßen (5,9%). Die Tabellen sind im Internetportal www.krankenhaus-report-online.de (Zusatztabelle 20–k und 20–l) zu finden.

Zur Vermeidung nicht notwendiger vollstationärer Krankenhausbehandlungen und zur Sicherstellung einer wirtschaftlichen und patientengerechten Versorgung sind weiterhin ambulante Operationen und sonstige stationärsersetzende Eingriffe in

Tabelle 20–6

Die häufigsten Operationen¹⁾ 2008 nach Vierstellern

Rang	OPS-Schlüssel/Operation	Anzahl	Prozent
	5 Operationen insgesamt^{1) 2)}	13 677 709	100,0
1	5-812 Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	285 601	2,1
2	5-469 Andere Operationen am Darm	278 827	2,0
3	5-758 Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]	241 622	1,8
4	5-893 Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	233 626	1,7
5	5-032 Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis	228 448	1,7
6	5-820 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	209 487	1,5
7	5-513 Endoskopische Operationen an den Gallengängen	208 912	1,5
8	5-511 Cholezystektomie	190 023	1,4
9	5-530 Verschluss einer Hernia inguinalis	179 971	1,3
10	5-787 Entfernung von Osteosynthesematerial	168 343	1,2
11	5-749 Andere Sectio caesarea	167 555	1,2
12	5-794 Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens mit Osteosynthese	157 872	1,2
13	5-811 Arthroskopische Operation an der Synovialis	156 928	1,1
14	5-810 Arthroskopische Gelenkrevision	156 772	1,1
15	5-822 Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk	154 722	1,1
16	5-790 Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	153 815	1,1
17	5-831 Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe	148 332	1,1
18	5-385 Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	147 574	1,1
19	5-215 Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]	139 618	1,0
20	5-800 Offen chirurgische Revision eines Gelenkes	133 253	1,0
21	5-144 Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]	131 114	1,0
22	5-452 Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	131 035	1,0
23	5-683 Uterusexstirpation [Hysterektomie]	130 884	1,0
24	5-892 Andere Inzision an Haut und Unterhaut	130 830	1,0
25	5-470 Appendektomie	129 848	0,9
26	5-839 Andere Operationen an der Wirbelsäule	119 340	0,9
27	5-738 Episiotomie und Naht	118 882	0,9
28	5-573 Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase	115 724	0,8
29	5-788 Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes	114 596	0,8
30	5-399 Andere Operationen an Blutgefäßen	114 154	0,8

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

Tabelle 20–7

Die häufigsten Operationen¹⁾ 2008 nach Dreistellern

Rang	OPS-Schlüssel/Operation	Anzahl	Prozent
	5 Operationen¹⁾²⁾	13 677 709	100,0
1	5-81 Arthroskopische Gelenkoperationen	754 450	5,5
2	5-78 Operationen an anderen Knochen	666 086	4,9
3	5-89 Operationen an Haut und Unterhaut	617 387	4,5
4	5-83 Operationen an der Wirbelsäule	540 648	4,0
5	5-79 Reposition von Fraktur und Luxation	531 534	3,9
6	5-82 Endoprothetischer Gelenk- und Knochenersatz	483 095	3,5
7	5-51 Operationen an Gallenblase und Gallenwegen	417 715	3,1
8	5-38 Inzision, Exzision und Verschluss von Blutgefäßen	374 419	2,7
9	5-46 Andere Operationen an Dün- und Dickdarm	356 564	2,6
10	5-03 Operationen an Rückenmark, Rückenmarkhäuten und Spinalkanal	338 031	2,5
11	5-21 Operationen an der Nase	298 294	2,2
12	5-80 Offen chirurgische Gelenkoperationen	295 146	2,2
13	5-53 Verschluss abdominaler Hernien	295 120	2,2
14	5-45 Inzision, Exzision, Resektion und Anastomose an Dün- und Dickdarm	282 186	2,1
15	5-75 Andere geburtshilfliche Operationen	277 231	2,0
16	5-90 Operative Wiederherstellung und Rekonstruktion von Haut und Unterhaut	267 805	2,0
17	5-74 Sectio caesarea und Entwicklung des Kindes	259 170	1,9
18	5-39 Andere Operationen an Blutgefäßen	257 600	1,9
19	5-57 Operationen an der Harnblase	257 385	1,9
20	5-85 Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln	213 966	1,6
21	5-73 Andere Operationen zur Geburtseinleitung und unter der Geburt	189 950	1,4
22	5-68 Inzision, Exzision und Exstirpation des Uterus	188 503	1,4
23	5-06 Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüse	187 345	1,4
24	5-28 Operationen im Bereich des Naso- und Oropharynx	183 776	1,3
25	5-37 Rhythmuschirurgie und andere Operationen an Herz und Perikard	168 593	1,2
26	5-65 Operationen am Ovar	168 171	1,2
27	5-15 Operationen an Retina, Choroidea und Corpus vitreum	165 626	1,2
28	5-54 Andere Operationen in der Bauchregion	160 795	1,2
29	5-49 Operationen am Anus	157 024	1,1
30	5-14 Operationen an der Linse	152 491	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

Krankenhaus-Report 2011

WiDO

Krankenhäusern nach § 115b Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGBV) 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. ab 2009 der Euro-Gebührenordnung abgerechnet. Eine Erfassung und der entsprechende Nachweis dieser Leistungen erfolgt deshalb über die Grunddaten der Krankenhäuser (vgl. Kapitel 18 in diesem Band) und nicht in der Fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik.

20.6 Behandlungsspektrum bei den Patientinnen und Patienten in den Fachabteilungen

Im Rahmen der *Fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik* können differenzierte Analysen zum Aufenthalt der Patientinnen und Patienten in den Fachabteilungen nicht nur nach der längsten Verweildauer sondern auch nach den einzelnen durchlaufenen Fachabteilungen auf Basis ihrer individuellen Verlegungsketten vorgenommen werden¹².

Danach wurden 90,9% der Behandelten ausschließlich in einer Fachabteilung versorgt. Bei den Männern waren es 89,8% und bei den Frauen 91,8%. Behandlungen in zwei verschiedenen Fachabteilungen erfolgten noch in 7,8% der Fälle. Die häufigsten Verlegungen erfolgten dabei zwischen den Fachabteilungen Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie, der Allgemeinen Chirurgie und Intensivmedizin sowie der Inneren Medizin und Intensivmedizin. Behandlungen in mehr als zwei verschiedenen Fachabteilungen waren mit 1,3% nur noch sehr selten (Tabelle 20–8).

Der größte Teil der Patientinnen und Patienten wurde in den Fachabteilungen Innere Medizin (5,4 Mill. Fälle), Allgemeine Chirurgie (3,3 Mill. Fälle) sowie Frauenheilkunde und Geburtshilfe (2,2 Mill. Fälle) behandelt. Die durchschnittliche Verweildauer der Behandelten lag in den beiden erstgenannten Fachabteilungen bei 6,5 Tagen, bei der letztgenannten bei 4,4 Tagen (Abbildung 20–8).

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 4,7 Mill. Fällen (27,7%), die Allgemeine Chirurgie mit 2,8 Mill. Fällen (16,7%) sowie die Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit 2,0 Mill. Fällen (11,9%) die patientenstärksten Fachabteilungen. Auf dieser Basis betrug die durchschnittliche Verweildauer in der Inneren Medizin 7,5 Tage, in der Chirurgie 7,6 Tage und in der Frauenheilkunde/Geburtshilfe 4,7 Tage.

Am häufigsten wurden die Patientinnen und Patienten der Inneren Medizin aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems behandelt. Nach der Hauptdiagnose war in 271 100 Fällen Herzinsuffizienz (I50) Ursache der Behandlung und betraf

¹² Maßgeblich für die statistische Fachabteilungsabgrenzung ist die Fachabteilungsgliederung nach Anlage 2, Schlüssel 6 der Datenübermittlungsvereinbarung der Selbstverwaltungspartner im Gesundheitswesen gem. § 301 Abs. 3 SGB V.

Tabelle 20–8

Durchlaufene Fachabteilungen 2008 nach Geschlecht

Durchlaufene Fachabteilungen ¹⁾	Patientinnen und Patienten					
	Insgesamt		Männlich		Weiblich	
	Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %
Eine Fachabteilung	15 387 473	90,9	7 052 558	89,8	8 334 383	91,8
Zwei Fachabteilungen	1 323 090	7,8	683 793	8,7	639 189	7,0
Drei und mehr	213 617	1,3	112 939	1,4	100 651	1,1

¹⁾ Ohne Rückverlegungen

Quelle: Statistisches Bundesamt

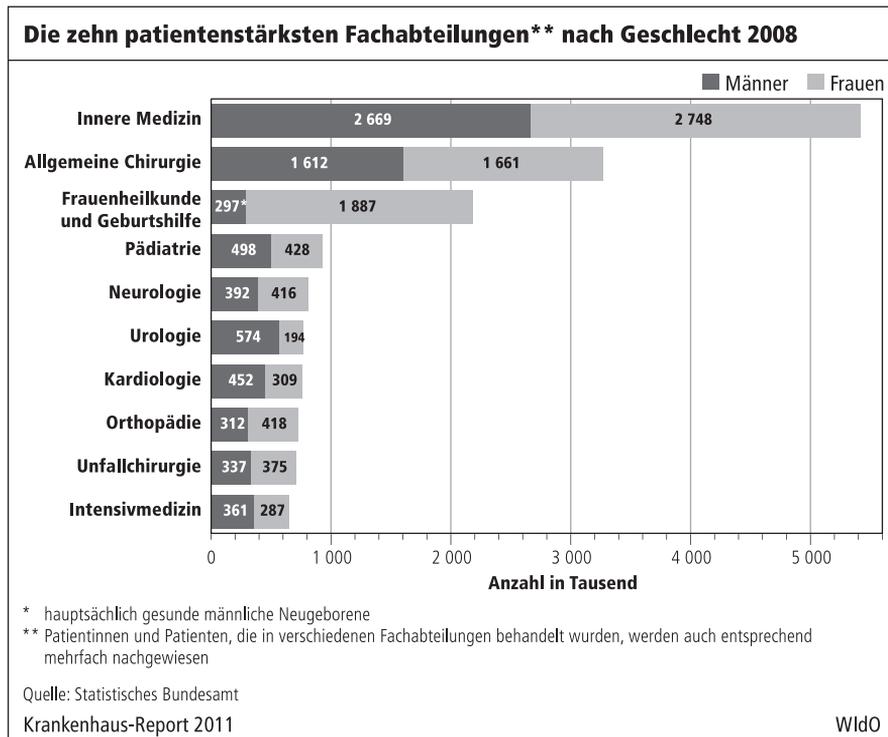
Krankenhaus-Report 2011

WlDO

5,8 % aller Patientinnen und Patienten dieser Abteilung. Die entsprechende durchschnittliche Verweildauer lag bei 11,1 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 160 200 Behandlungsfällen. Sie war Ursache in 3,4 % aller Fälle dieser Abteilung und betraf mit

Abbildung 20–8



rund 65 % 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 5,5 Tagen.

Die Herzerkrankung Angina Pectoris (I20) war für 3,3 % der Behandlungsfälle verantwortlich. Patientinnen und Patienten mit dieser Diagnose verbrachten im Schnitt 4,7 Tage im Krankenhaus. Der größte Teil der Behandelten war auch hier 65 Jahre und älter (64,9 %) bzw. zwischen 45 bis unter 65 Jahre alt (30,9 %) (Tabelle 20–9).

Insgesamt wurden in der Inneren Medizin rund 9,6 Mill. Operationen und medizinische Prozeduren, darunter 746 100 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 der Implantation eines Herzschrittmachers und Defibrillators (5-377). Zwischen 84,7 % und 69,8 % der Patientinnen und Patienten mit diesen Operationen in der Inneren Medizin waren 65 Jahre und älter (Tabelle 20–10).

In der zweiten an dieser Stelle ausgewiesenen Fachabteilung, der Allgemeinen Chirurgie, wurden insgesamt 2,8 Mill. Fälle für die durchschnittliche Dauer von 7,6 Tagen stationär im Krankenhaus behandelt. Der häufigste Behandlungsanlass nach Diagnosehauptgruppen 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 (156 100 Fälle). Sie verbrachten durchschnittlich 3,3 Tage im Krankenhaus. Der größte Teil der Patientinnen und Patienten mit dieser Diagnose war 65 Jahre und älter (44,4 %) bzw. zwischen 45 bis unter 65 Jahre alt (35,2 %).

Die zweithäufigste in der Chirurgie behandelte Erkrankung war mit einem Anteil von 5,3 % und 150 200 Fällen das Gallensteinleiden (K80). Der größte Teil der Patientinnen und Patienten mit dieser Diagnose war zwischen 45 bis unter 65 Jahre alt (36,6 %) sowie 65 Jahre und älter (35,8 %).

Der dritthäufigste Grund für eine vollstationäre Behandlung in der Chirurgie war mit 3,5 % die akute Blinddarmentzündung (K35), die bei 97 700 Patientinnen und Patienten behandelt wurde. Der Krankenhausaufenthalt mit dieser Diagnose dauerte im Schnitt 5,5 Tage und betraf vor allem die Altersgruppe der 15- bis unter 45-Jährigen (59,1 %).

Zusammengenommen wurden in der Allgemeinen Chirurgie über 7,2 Mill. Operationen und Prozeduren, darunter knapp 4 Mill. operative Eingriffe nach Kapitel 5 des OPS durchgeführt. An oberster Stelle stand die Gallenblasenentfernung (5-511), gefolgt von dem Verschluss eines Leistenbruchs (5-530) und anderen Operationen am Darm (5-469). Mit Anteilen zwischen 54,3 % und 39,0 % war bei allen drei Operationen der jeweils größte Teil der Operierten 65 Jahre und älter.

Tabelle 20–9

Patientinnen und Patienten mit den häufigsten Hauptdiagnosen in den Fachabteilungen¹⁾ Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie 2008

Rang	ICD-Pos.	Diagnose/Behandlungsanlass	Patienten					
			Durchschnittl. Verweildauer	Insgesamt ²⁾	davon im Alter von ... bis unter ... Jahren			
					in Tagen	Anzahl	0–15	15–45
Innere Medizin								
Fachabteilung Innere Medizin insgesamt			7,5	4687 418	10 193	594 243	1 130 184	2 952 794
1	I50	Herzinsuffizienz	11,1	271 081	0	2 052	25 060	243 969
2	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	5,5	160 166	8	11 550	44 629	103 979
3	I20	Angina pectoris	4,7	154 135	0	6 429	47 638	100 068
4	I48	Vorhofflattern und Vorhofflimmern	6,3	148 053	1	5 282	34 360	108 410
5	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	10,4	134 548	312	9 757	20 780	103 699
6	I21	Akuter Myokardinfarkt	8,5	126 074	0	4 786	32 749	88 539
7	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenerkrankung	9,8	124 806	0	2 566	28 861	93 379
8	R55	Synkope und Kollaps	5,4	112 493	277	16 602	21 927	73 687
9	E11	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]	10,8	111 660	6	4 613	27 757	79 284
10	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	4,1	104 955	1 060	51 189	43 652	9 053
11	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	4,6	85 285	0	1 870	26 369	57 046
12	K29	Gastritis und Duodenitis	5,3	83 104	77	18 464	21 450	43 113
13	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	7,8	75 830	0	1 483	27 593	46 754
14	R07	Hals- und Brustschmerzen	2,9	75 555	39	18 411	28 563	28 542
15	I63	Hirnfarkt	11,2	66 390	0	914	8 386	57 090
Allgemeine Chirurgie								
Fachabteilung Allgemeine Chirurgie insgesamt			7,6	2819 744	84 751	689 847	833 161	1 211 985
1	K40	Hernia inguinalis	3,3	156 071	1 579	30 289	54 897	69 306
2	K80	Cholelithiasis	6,3	150 188	170	41 241	55 023	53 754
3	K35	Akute Appendizitis	5,5	97 726	14 426	57 727	16 067	9 506

Tabelle 20–9

Fortsetzung

Rang	ICD-Pos.	Diagnose/Behandlungsanlass	Patienten					
			Durchschnittl. Verweildauer	Insgesamt ²⁾	davon im Alter von ... bis unter ... Jahren			
					in Tagen	Anzahl	Anzahl	
			0–15	15–45	45–65	65 und älter		
Allgemeine Chirurgie								
Fachabteilung Allgemeine Chirurgie insgesamt			7,6	2 819 744	84 751	689 847	833 161	1 211 985
4	S06	Intrakranielle Verletzung	2,7	87 545	11 775	34 298	14 639	26 833
5	S72	Fraktur des Femurs	15,3	75 981	561	3 227	7 604	64 589
6	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	10,8	72 825	2	2 470	22 175	48 178
7	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	9,1	72 096	2 545	22 347	24 549	22 655
8	I70	Atherosklerose	14,2	69 706	1	848	18 138	50 719
9	E04	Sonstige nichttoxische Struma	4,4	68 562	51	18 777	33 649	16 085
10	K57	Divertikulose des Darmes	11,8	65 746	11	7 788	26 233	31 714
11	K56	Paralytischer Ileus und mechanischer Ileus ohne Hernie	8,5	63 224	1 043	9 402	14 742	38 037
12	S52	Fraktur des Unterarmes	4,9	63 169	6 537	10 266	15 766	30 600
13	I83	Varizen der unteren Extremitäten	3,7	54 370	9	9 566	23 651	21 144
14	S82	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	8,7	50 120	2 763	8 501	11 217	27 639
15	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	13,8	47 501	0	954	12 265	34 282

¹⁾ Fachabteilungen mit der längsten Verweildauer

²⁾ Einschließlich Fälle mit unbekanntem Alter

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2011

WlD0

Tabelle 20–10

Häufigste Operationen in den Fachabteilungen¹⁾ Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie 2008

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			9 554 634	6 643	859 293	2 524 056	6 164 637	
	Operationen Kapitel 5 ³⁾		100	746 072	432	44 248	173 163	528 229
1	5-513	Endoskopische Operationen an den Gallengängen	18,0	133 934	5	10 538	29 934	93 457
2	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	11,4	85 220	1	2 412	20 406	62 401
3	5-377	Implantation eines Herzschrittmachers und Defibrillators	7,4	55 321	4	966	7 506	46 845
4	5-469	Andere Operationen am Darm	7,1	52 661	2	2 613	13 090	36 956
5	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	4,5	33 258	7	1 989	10 342	20 920
6	5-431	Gastrostomie	4,0	29 767	3	767	4 188	24 809
7	5-429	Andere Operationen am Ösophagus	3,7	27 369	1	2 298	10 378	14 692
8	5-449	Andere Operationen am Magen	3,6	26 842	4	1 527	6 345	18 966
9	5-893	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	3,1	23 102	13	799	5 338	16 952
10	5-378	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators	2,9	21 736	2	458	2 573	18 703
Allgemeine Chirurgie								
Insgesamt Operationen und Prozeduren			7 222 405	76 522	1 210 502	2 230 049	3 705 332	
	Operationen Kapitel 5 ³⁾		100	3 989 669	57 262	827 869	1 328 830	1 775 708
1	5-511	Cholezystektomie	4,3	172 860	163	42 869	62 423	67 405
2	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	4,0	160 011	1 925	30 780	56 191	71 115
3	5-469	Andere Operationen am Darm	3,7	149 150	727	20 625	46 860	80 938
4	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	3,2	126 172	494	29 686	54 958	41 034
5	5-470	Appendektomie	2,8	112 305	16 275	67 506	17 778	10 746
6	5-893	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	2,6	103 584	1 210	18 333	28 500	55 541

Tabelle 20–10

Fortsetzung

Rang	Maßnahme ²⁾	Insgesamt ⁴⁾		davon im Alter von ... bis unter ... Jahren				
		in %	Anzahl	0–15	15–45	45–65	65 und älter	
				Anzahl				
Allgemeine Chirurgie								
Insgesamt Operationen und Prozeduren			7 222 405	76 522	1 210 502	2 230 049	3 705 332	
7	5-794	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens mit Osteosynthese	2,0	81 681	810	12 799	23 915	44 157
8	5-385	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	2,0	81 054	9	15 333	36 868	28 844
9	5-455	Partielle Resektion des Dickdarmes	2,0	79 114	65	7 007	24 113	47 929
10	5-820	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	1,9	74.640	2	1 072	13 969	59 597

¹⁾ Fachabteilung mit der längsten Verweildauer

²⁾ Ohne Duplikate

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

⁴⁾ Einschließlich Fälle mit unbekanntem Alter

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2011

WIdO

20.7 Fallzahlen und Erlöse nach DRGs

Fallpauschalen bilden die Grundlage für das Vergütungssystem der akutstationären Krankenhausleistungen in deutschen Krankenhäusern, in dem Behandlungsfälle entsprechend ihrem Behandlungsaufwand nach pauschalierten Preisen vergütet werden.¹³ 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 2008 an erster Stelle die Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems (15,1%), gefolgt von Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe (14,7%) sowie den Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane (12,3%). Die größten Zuwächse gegenüber dem Vorjahr erfolgten im Kapitel Alkohol- und Drogengebrauch und alkohol- und drogeninduzierte psychische Störungen (5,5%). An zweiter Stelle lag die Prä-MDC (5,3%), die vorwiegend Beatmungsfälle und Transplantationen zusammenfasst, gefolgt von infektiösen und parasitären Krankheiten (4,5%). Die deutlichsten Rückgänge wiesen die MDCs Psychiatrische Krankheiten und Störungen (9,3%), Polytrauma (7,0%) und HIV (3,9%) auf (Abbildung 20–9).

Die Versorgung gesunder Neugeborener (535 900 Fälle), die Speiseröhrentzündung, Magen-Darm-Entzündung und verschiedene Krankheiten der Verdauungsorgane (421 400 Fälle) sowie Entbindungen ohne komplizierende Diagnose (339 500 Fälle) waren im Jahr 2008 die insgesamt am häufigsten abgerechneten Fallpauschalen (DRGs) (Abbildung 20–10). Von den rund 1 100 mit dem Fallpauschalenkatalog bewerteten und abrechenbaren DRGs machten dabei die zwanzig häufigsten bereits 24% und die fünfzig häufigsten DRGs 41% des gesamten DRG-Leistungsspektrums aus. Nach der sogenannten Partition aufgeschlüsselt waren 58,2% rein medizinische Behandlungen ohne chirurgische Eingriffe (Partition M), 37,6% operative Behandlungen (Partition O) und 4,2% 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 des Hüftgelenks ohne komplizierenden Eingriff (2,0%) gefolgt von Kniegelenksimplantationen (1,7%) sowie Eingriffen an Dünn- und Dickdarm ohne komplizierende Diagnose (1,2%) an oberster Stelle. Näherungsweise hochgerechnet entfielen auf diese drei DRGs für die Behandlung von 342 400 Patientinnen und Patienten zusammengenommen

13 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 heruntergeladen werden.

Abbildung 20–9

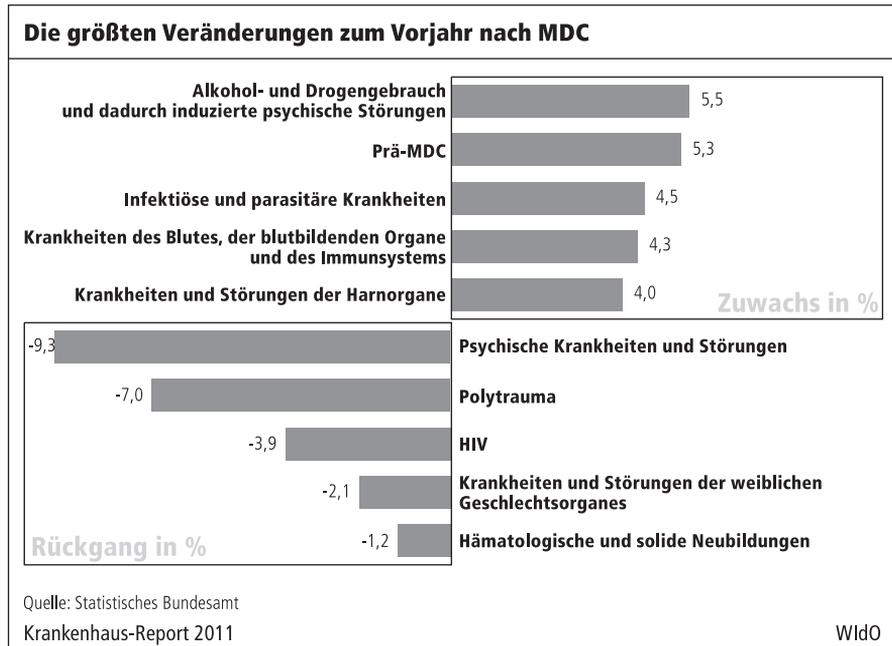


Abbildung 20–10

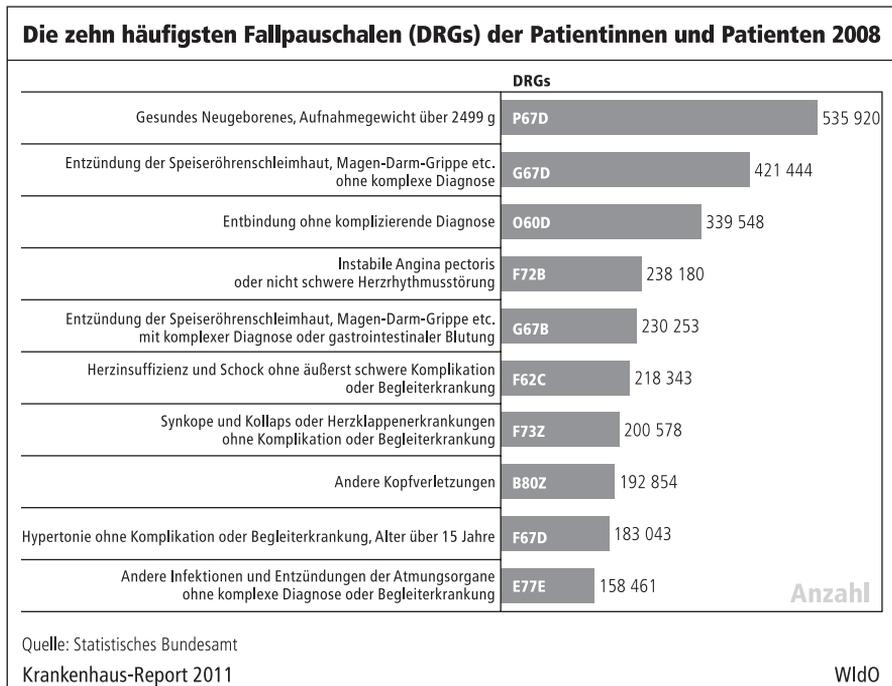


Tabelle 20–11

DRGs nach Anteil am Erlösvolumen in Hauptabteilungen 2008

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	145 096	0,9	957 860	2,0	
I44B	Endoprothesenimplantation/-revision am Kniegelenk, ohne äußerst schwere Komplikation oder Begleiterkrankung	114 605	0,7	818 352	1,7	
G18B	Eingriffe an Dünn- und Dickdarm ohne komplizierende Diagnose oder andere Eingriffe am Magen, Speiseröhre und Zwölffingerdarm ohne komplizierende Prozeduren	82 720	0,5	572 329	1,2	
G67D	Entzündung der Speiseröhrenschleimhaut, Magen-Darm-Grippe und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne komplexe oder komplizierende Diagnose	414 992	2,6	528 317	1,1	
F62C	Herzinsuffizienz und Schock ohne äußerst schwere Komplikation oder Begleiterkrankung	213 574	1,3	517 963	1,1	

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

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2011

WIdO

4,8 % der Behandlungserlöse mit einem Volumen von etwa 2,3 Mrd. Euro (Tabelle 20–11).

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 212,6 Mill. Euro in Hauptabteilungen im Rahmen der notfall- und intensivmedizinischen Behandlung von rund 1 400 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 rund 194 000 Euro (Tabelle 20–12).

Tabelle 20–12

Komplexe Leistungen: Am höchsten bewertete DRGs in Hauptabteilungen 2008

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	68,986	146	0,001	28 326	0,06	28 326
A06A	Operation oder Polytrauma mit hochkomplexem Eingriff oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung sowie Beatmung über 1 799 Stunden	62,282	469	0,003	81 472	0,17	81 472
A06B	Operation oder Polytrauma ohne hochkomplexem Eingriff oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung sowie Beatmung über 1 799 Stunden	49,730	743	0,005	102 763	0,21	102 763
P61A	Neugeborenes mit Aufnahme-gewicht unter 600 g und signifi-kanter Operation	44,193	171	0,001	21 124	0,04	21 124
A07A	Operation oder Polytrauma mit hochkomplexem oder dreizeitigem komplexen Eingriff sowie Beatmung zwischen 1 000 und 1 799 Stunden	37,832	1 057	0,007	111 583	0,23	111 583

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 unter Berücksichtigung von Zu- und Abschlägen z. B. für Über- oder Unterschreitung der Grenzverweildauer den abzurechnenden Preis der Fallpauschale

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

Quelle: Statistisches Bundesamt 2010

Krankenhaus-Report 2011

WIdO