

Krankenhaus-Report 2010

„Krankenhausversorgung in der Krise?“

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

Schattauer (Stuttgart) 2010

Auszug Seite 387-416



20	Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik Diagnosen und Prozeduren der Krankenhauspatienten auf Basis der Daten nach § 21 Krankenhausentgeltgesetz	387
	<i>Jutta Spindler</i>	
20.1	Vorbemerkung	388
20.2	Erläuterungen zur Datenbasis.....	389
20.3	Eckdaten der vollstationär behandelten Krankenhauspatientinnen und -patienten.....	390
20.4	Ausgewählte Hauptdiagnosen mit den wichtigsten Nebendiagnosen der Behandelten	393
20.5	Operationen und medizinische Prozeduren	398
20.6	Behandlungsspektrum bei den Patientinnen und Patienten in den Fachabteilungen.....	406
20.7	Fallzahlen und Erlöse nach DRGs	413

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 seit dem Jahr 2005 neben den Grund- und Kostendaten und den Diagnosedaten der Krankenhäuser den Nutzerinnen und Nutzern im Rahmen des Angebots des Statistischen Bundesamtes eine weitere wichtige Datenquelle zur Verfügung. Gegenstand dieses Beitrags sind zentrale Ergebnisse zur stationären Versorgung des Jahres 2007, 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. Erstmals veröffentlichte das Statistische Bundesamt für das Berichtsjahr 2007 differenzierte Informationen zum erbrachten Leistungsspektrum der Krankenhäuser, insbesondere zur Art und zum Umfang der abgerechneten Fallpauschalen (DRGs) und den Hauptdiagnosegruppen (MDCs). Ausgewählte Ergebnisse hierzu werden in diesem Beitrag ebenfalls dargestellt.

Since 2005, the DRG data according to § 21 Hospital Remuneration Act (Krankenhausentgeltgesetz; KHEntgG) have been an important addition to the basic, cost and diagnosis data of German hospitals made available by the Federal Statistical Office. The article presents key results of inpatient care of the year 2007 which complement the information spectrum of the conventional official hospital statistics. The focus is on the type and frequency of 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 articles presents selected results.

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 Merkmalsspektrum 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 2007 dargestellt, die das Informationsspektrum der herkömmlichen amtlichen Krankenhausstatistik (vgl. hierzu die Kapitel 19 und 20 in diesem Band) ergänzen und erweitern.

1 Nach § 17d des 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 <http://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 ebenfalls für Einrichtungen der Psychiatrie sowie Einrichtungen für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin (§ 17b Abs. 1 Satz 1 KHG). 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 2007 beruhen auf den Struktur- und Leistungsdaten von 1 684 Krankenhäusern und umfassen rund 16,6 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 2007 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. Kap. 19 und 20) sind bei verschiedenen Merkmalen zum Teil deutliche Abweichungen zur Fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik (z.B. bei der Fallzahl und durchschnittlichen Verweildauer der vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten) festzustellen. Diese Abweichungen sind vor allem darauf zurückzuführen, dass bei der Fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik keine Daten von Einrichtungen und Patienten einbezogen sind, die 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

Auf Basis der Fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik wurden im Jahr 2007 insgesamt rund 16,6 Mill. Patientinnen und Patienten⁴ aus einer vollstationären Krankenhausbehandlung entlassen. Dies war mit 370 100 Fällen 2,3 % mehr als im Jahr zuvor. Im Durchschnitt dauerte ein Krankenhausaufenthalt 7,3 Tage und nahm im Vergleich zum Vorjahr um 0,2 Tage ab. 53,7% der Behandlungsfälle waren weiblich und 46,3 % männlich. Durchschnittlich waren die Behandelten 53 Jahre alt (Frauen 54 Jahre, Männer 53 Jahre). Je 100 000 Einwohner wurden 20 200 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 (vgl. Abbildung 20–2 im Beitrag Schelchase in diesem Band).

Wohnortbezogen⁵ gab es die meisten Behandlungsfälle je 100 000 Einwohner in Sachsen-Anhalt (23 600), in Thüringen (22 900) und im Saarland (22 800). Im Gegensatz dazu war die geringste Anzahl an Behandlungsfällen je 100 000 Einwohner in Hamburg (16 300 Fälle), Baden-Württemberg (17 000 Fälle) und Berlin (17 800 Fälle) zu verzeichnen.

Mit den siedlungsstrukturellen Gebietstypen des Bundesamtes für Bauwesen und Raumordnung (BBR) ist hierzu ergänzend eine Unterscheidung nach der Siedlungsstruktur zwischen Agglomerationsräumen, verstäderten Räumen und ländlichen Räumen der Bundesländer möglich.⁶ Danach waren in Agglomerationsräumen des Saarlandes (22 900), Brandenburgs (21 700) und Nordrhein-Westfalens (21 300) die meisten Behandlungsfälle je 100 000 Einwohner zu verzeichnen. In verstäderten Räumen lagen ebenfalls Brandenburg (22 900), daneben Sachsen (22 700) und Sachsen-Anhalt (22 600) an der Spitze. Die vordersten Plätze in ländlichen Räumen nahmen wiederum Sachsen-Anhalt (27 200) und Brandenburg (26 400) sowie darüber hinaus auch Thüringen (24 300) bei den Bundesländern mit den meisten Behandlungsfällen je 100 000 Einwohner ein (Abbildung 20–1).

Im Hinblick auf die Einzugsgebiete der Einrichtungen ließen sich die Patientinnen und Patienten aus Nordrhein-Westfalen (97,1 %), Bayern (96,9 %) und Sachsen (96,5 %) am häufigsten in Krankenhäusern ihres eigenen Bundeslandes behandeln. Am seltensten erfolgte dies bei Patientinnen und Patienten in Brandenburg

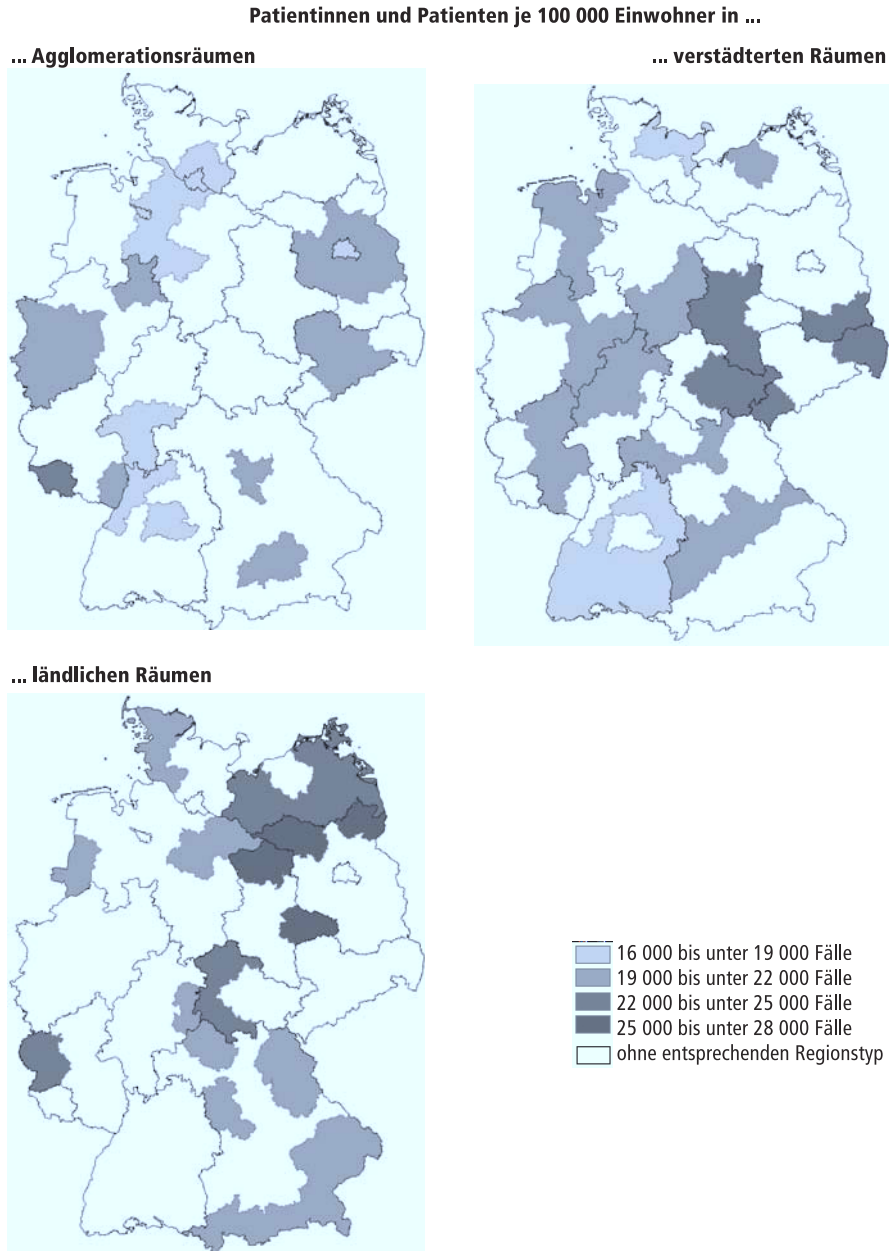
4 Im Berichtsjahr aus der vollstationären Krankenhausbehandlung entlassene Patientinnen und Patienten einschließlich Sterbe- und Stundenfälle. Diese werden im Folgenden Fälle bzw. Patientinnen und Patienten genannt.

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 – Verstäderte 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.

Abbildung 20-1

Patientinnen und Patienten je 100 000 Einwohner 2007 nach Bundesland und Siedlungsstruktur (Regionsgrundtyp)



Quelle: Bundesamt für Kartografie und Geodäsie; Statistisches Bundesamt

(82,6%), Rheinland-Pfalz (85,7%) und Schleswig-Holstein (86,6%). Die Brandenburger nutzten zusätzlich zu den Krankenhäusern im eigenen Bundesland vor allem Einrichtungen in Berlin, die Rheinland-Pfälzer Einrichtungen in Baden-Württemberg oder Nordrhein-Westfalen und die Schleswig-Holsteiner Einrichtungen in Hamburg (Tabelle 20–1).

Im Jahr 2007 gab es 462 900 sogenannte Stundenfälle, d. h. 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. Diese Patientengruppe entsprach einem Anteil von 2,8% der Behandlungsfälle. Die Zahl der sogenannten Kurzlieger, d. h. Patientinnen und Patienten, die mindestens eine Nacht und höchstens drei Nächte im Krankenhaus verbringen, lag bei knapp 5,8 Mill. Ihr Anteil an allen Behandlungsfällen betrug 34,9%.

Im Hinblick auf den Aufnahmearbeit erfolgte im Jahr 2007 bei 56,7% der Fälle die Aufnahme in die vollstationäre Krankenhausbehandlung aufgrund einer ärztlichen Einweisung. Bei 35,9% war die Krankenhausaufnahme als Notfall bezeichnet (Abbildung 20–2).

Tabelle 20–1

Patientinnen und Patienten nach Behandlungs- und Wohnort, Behandlungsfälle je 100 000 Einwohner und Behandlung im eigenen Bundesland 2007

	Behandlungsort der Patienten	Wohnort der Patienten	Fälle* je 100 000 Einwohner	Behandlung im eigenen Bundes- land in %
	Anzahl	Anzahl		
Baden-Württemberg	1 886 844	1 830 559	17 034	95,6
Bayern	2 527 399	2 476 756	19 807	96,9
Berlin	681 731	608 192	17 848	96,1
Brandenburg	503 502	570 627	22 451	82,6
Bremen	185 044	124 049	18 701	92,2
Hamburg	389 137	287 848	16 339	91,4
Hessen	1 161 709	1 193 963	19 662	90,2
Mecklenburg-Vorpommern	376 422	373 622	22 151	95,0
Niedersachsen	1 465 301	1 546 381	19 380	88,5
Nordrhein-Westfalen	3 870 725	3 833 424	21 283	97,1
Rheinland-Pfalz	823 238	863 051	21 313	85,7
Saarland	246 197	237 077	22 797	92,4
Sachsen	894 230	877 390	20 721	96,5
Sachsen-Anhalt	552 661	573 798	23 636	91,6
Schleswig-Holstein	509 960	517 448	18 250	86,6
Thüringen	526 372	526 676	22 898	92,2

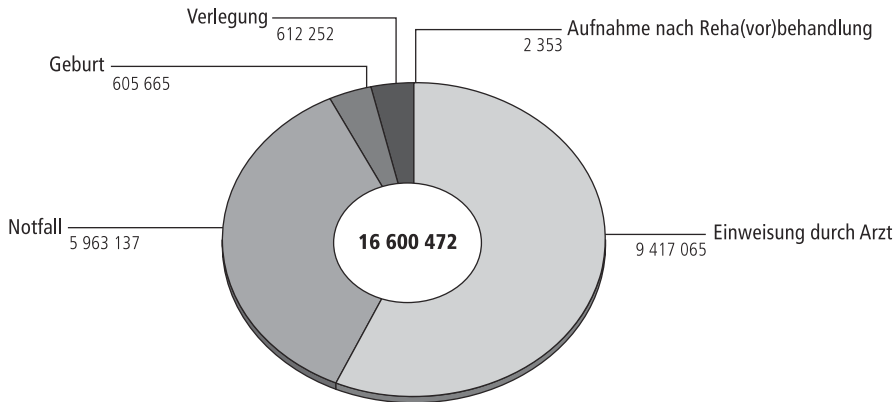
*auf Basis des Wohnorts

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2010

WIdO

Abbildung 20–2
Krankenhausfälle nach Aufnahmearlass 2007



Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2010

WlD0

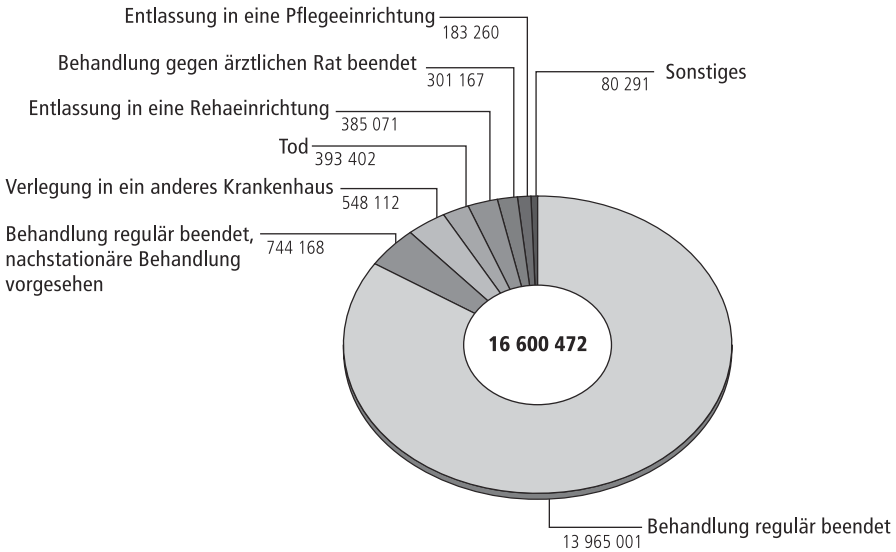
Der häufigste Entlassungsgrund bei den Patientinnen und Patienten war die reguläre Beendigung der Behandlung: In 84,1 % aller Fälle wurde die vollstationäre Krankenhausbehandlung durch eine reguläre Entlassung abgeschlossen. Eine reguläre Beendigung des Krankenhausaufenthaltes lag auch vor, wenn eine nachstationäre Behandlung vorgesehen war (4,5 %). Entgegen ärztlichen Rat wurde die Behandlung in 1,8 % der Fälle abgebrochen. Die Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung mit einer entsprechenden Weiterbehandlung erfolgte in 2,3 % und die Unterbringung in einer Pflegeeinrichtung in 1,1 % der Fälle (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 stati-

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 im Download-Bereich des InEK unter www.g-drg.de heruntergeladen werden.

Abbildung 20–3

Krankenhausfälle nach Entlassungsgrund 2007

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2010

WIdO

onären 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 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. Sie sind ebenfalls gemäß der ICD-10 GM zu kodieren.

In Bezug auf die Hauptdiagnosegruppe wurden die Patientinnen und Patienten insgesamt am häufigsten aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems (2,6 Mill. Fälle) sowie aufgrund von Neubildungen (1,8 Mill. Fälle) und Krankheiten des Verdauungssystems (1,7 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,

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

Pos.-Nr. ICD-10/Hauptdiagnose Herzinsuffizienz		Anzahl	
I50		334 967	
Rang	Pos.-Nr. ICD-10/Nebendiagnose	Anzahl	in %
Insgesamt		2 792 749	100,0
1	I25 Chronische ischämische Herzkrankheit	164 671	5,9
2	I48 Vorhofflattern und Vorhofflimmern	156 420	5,6
3	I10 Essentielle (primäre) Hypertonie	136 766	4,9
4	E11 Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus (Typ-II-Diabetes)	127 427	4,6
5	N18 Chronische Niereninsuffizienz	118 199	4,2
Rang	Pos.-Nr. ICD-10/Operationen nach Kapitel 5 ¹⁾	Anzahl	in %
Insgesamt²⁾		36 948	100,0
1	5-399 Andere Operationen an Blutgefäßen	8 440	22,8
2	5-377 Implantation eines Herzschrittmachers und Defibrillators	6 533	17,7
3	5-452 Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarms	1 956	5,3
4	5-893 Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	1 688	4,6
5	5-378 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators	1 548	4,2

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 2009

Krankenhaus-Report 1020

WIdO

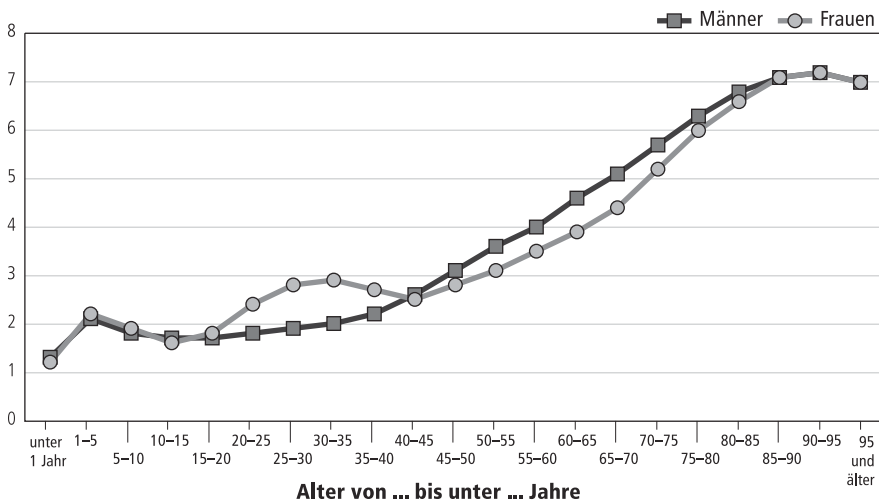
Geburt und Wochenbett, gefolgt von Neubildungen sowie den Krankheiten des Verdauungssystems.

Wenn man die Versorgung gesunder Neugeborener (Z38) nicht berücksichtigt, war mit 335 000 Fällen die Herzinsuffizienz (I50) die am häufigsten gestellte Hauptdiagnose. Im Jahr zuvor war es noch die Herzerkrankung Angina pectoris (I20). 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 andere Operationen an Blutgefäßen (5-399), die Implantation eines Herzschrittmachers und Defibrillators (5-377) sowie die lokale Entfernung und Zerstörung von erkranktem Gewebe des Dickdarms (5-452) (Tabelle 20–2).

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

Abbildung 20–4

Durchschnittliche Anzahl der Nebendiagnosen pro Krankenhausfall nach Alter und Geschlecht 2007



Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2010

WIdO

Im Jahr 2007 wurden auf einem ähnlichen Niveau wie im Vorjahr durchschnittlich 4,1 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).

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 ab 40-Jährigen liegen die Werte der Frauen unter denen der Männer bzw. sie gleichen sich bei den Behandelten in sehr hohem Alter an. Regional nach dem Behandlungsort der Patientinnen und Patienten betrachtet liegen die Durchschnittswerte hinsichtlich der gestellten Nebendiagnosen in Thüringen und im Saarland (jeweils 4,5) deutlich höher als in Bremen (3,6), Hessen (3,8) und Rheinland-Pfalz (3,9).

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

Tabelle 20-3

Die häufigsten Nebendiagnosen 2007

Rang	Pos.-Nr. ICD-10	Nebendiagnose	Anzahl	in %
Insgesamt			68 328 393	100,0
1	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	4 613 994	6,8
2	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	2 148 737	3,1
3	E11	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus (Typ-II-Diabetes)	1 924 263	2,8
4	E87	Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts	1 449 562	2,1
5	E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	1 421 447	2,1
6	I48	Vorhofflattern und Vorhofflimmern	1 224 472	1,8
7	I50	Herzinsuffizienz	1 205 455	1,8
8	Z92	Medizinische Behandlung in der Eigenanamnese	1 202 777	1,8
9	E66	Adipositas	1 096 934	1,6
10	N18	Chronische Niereninsuffizienz	1 090 346	1,6
11	Z95	Vorhandensein von kardialen oder vaskulären Implantaten oder Transplantaten	1 059 548	1,6
12	Z74	Probleme mit Bezug auf Pflegebedürftigkeit	911 196	1,3
13	O09	Schwangerschaftsdauer	887 611	1,3
14	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	832 738	1,2
15	R32	Nicht näher bezeichnete Harninkontinenz	730 866	1,1
16	B96	Sonstige Bakterien als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind	656 215	1,0
17	Z37	Resultat der Entbindung	652 969	1,0
18	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	644 919	0,9
19	E86	Volumenmangel	617 929	0,9
20	D62	Akute Blutungsanämie	578 060	0,8
21	I11	Hypertensive Herzkrankheit	558 209	0,8
22	R15	Stuhlinkontinenz	553 195	0,8
23	E03	Sonstige Hypothyreose	499 128	0,7
24	K29	Gastritis und Duodenitis	482 688	0,7
25	C78	Sekundäre bösartige Neubildung der Atmungs- und Verdauungsorgane	458 162	0,7

Quelle: Statistisches Bundesamt 2009

Krankenhaus-Report 2010

WIdO

der Schwangerschaftsdauer (O09) und sonstigen Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts (E87). Insgesamt bilden die in Tabelle 20–3 aufgeführten 25 häufigsten Nebendiagnosen bereits 40% des Spektrums aller Nennungen ab.

Eine Übersicht der häufigsten Nebendiagnosen insgesamt und differenziert nach männlichen und weiblichen Behandelten ist im Internetportal www.krankenhausreport-online.de (Zusatztabellen 20–b bis 20–d) zu finden.

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 ein.

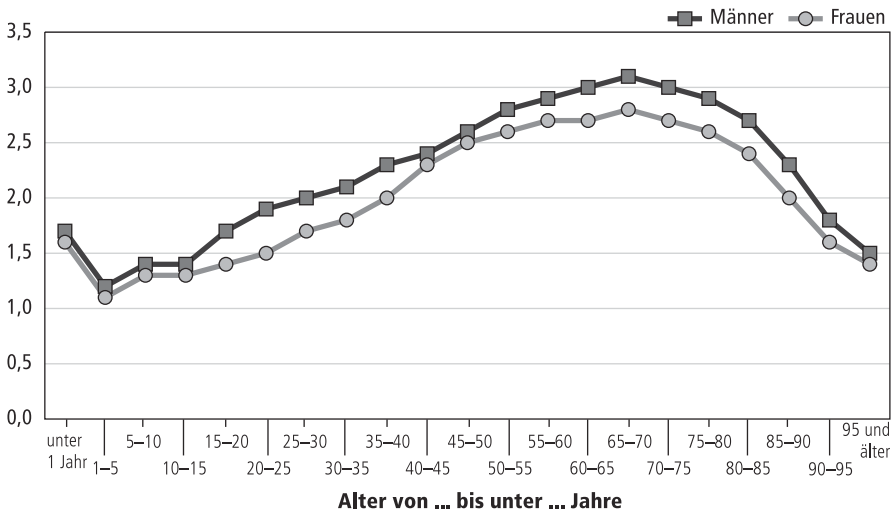
Im Berichtsjahr 2007 wurden bei den vollstationär versorgten Patientinnen und Patienten insgesamt rund 39,7 Mill. Operationen und medizinische Prozeduren durchgeführt. Im Vergleich zum Vorjahr entspricht dies einer Zunahme um 5,6%. Auf einen Krankenhausfall entfielen damit im Durchschnitt 2,4 Maßnahmen dieser Art. Nach Bundesländern aufgeschlüsselt lag die durchschnittliche Zahl der Operationen und Prozeduren bei den Patientinnen und Patienten, die in Krankenhäusern von Hamburg (2,7), Saarland (2,7) und Berlin (2,6) behandelt wurden, am höchsten.

Die durchschnittliche Anzahl der während eines Krankenhausaufenthaltes durchgeführten Operationen und Prozeduren pro Fall stieg bei Frauen und Männern bis zur Altersgruppe der 65- bis unter 70-Jährigen kontinuierlich an. Sie lag im Jahr 2007 bei den 65- bis unter 70-Jährigen mit durchschnittlich 2,8 Operationen und

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

Durchschnittliche Anzahl der Operationen und Prozeduren pro Krankenhausfall nach Alter und Geschlecht 2007

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2010

WlDO

Prozeduren pro Patientin sowie 3,1 pro Patient gut doppelt so hoch wie bei den Kindern und Jugendlichen.

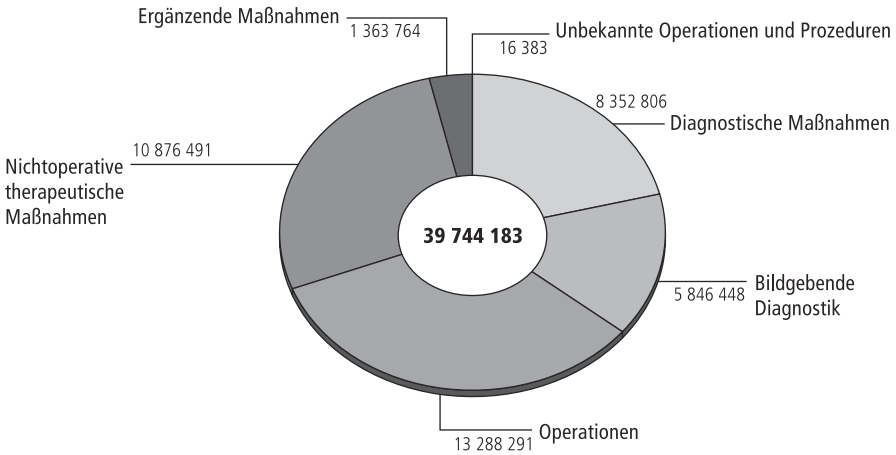
Im hohen Alter geht die durchschnittliche Anzahl der operativen Eingriffe und medizinischen Prozeduren pro Krankenhauspatient bei Frauen und Männern zurück. Die durchschnittliche Zahl der Operationen und Prozeduren lag 2007 bei den über 90-Jährigen etwa so hoch wie bei den unter 20-Jährigen.

Auch lag die durchschnittliche Anzahl der Operationen und Prozeduren pro Krankenhausfall bei Männern durchgängig in allen Altersgruppen über der entsprechenden Anzahl bei Frauen (Abbildung 20–5).

Auf Ebene der Kapitel gliedert sich der OPS in fünf Bereiche: *Diagnostische Maßnahmen* (z. B. Biopsie, Endoskopie), *Bildgebende Diagnostik* (z. B. Computertomographie, Magnetresonanztomographie), *Operationen* (z. B. an den Bewegungsorganen), *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 27,4% auf nichtoperative therapeutische Maßnahmen (10,9 Mill.), 21,0% auf diagnostische Maßnahmen (8,4 Mill.) und 14,7% auf die bildgebende Diagnostik (5,8 Mill.). Am häufigsten wurden aber Operationen (13,3 Mill.) mit einem Anteil von 33,4% bei den Patientinnen und Patienten veranlasst. Den größten Anstieg gegenüber dem Vorjahr gab es bei den Ergänzenden Maßnahmen mit einem Zuwachs von 7,2% (Abbildung 20–6).

Abbildung 20–6

Operationen und Prozeduren nach OPS-Kapitel 2007

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2010

WIdO

Inwieweit sich Unterschiede bei den durchgeführten Operationen und medizinischen Prozeduren von Frauen und Männern in verschiedenen Altersgruppen zeigen, verdeutlicht Abbildung 20–7.

Werden die erfolgten Operationen differenziert für sich betrachtet, dann waren die Spitzenreiter unter allen insgesamt durchgeführten Eingriffen dieser Art auf Ebene der sogenannten Bereichsüberschriften wie auch im Jahr zuvor die Operationen an den Bewegungsorganen (3,5 Mill.), gefolgt von Operationen am Verdauungstrakt (2,1 Mill.) sowie Operationen an Haut und Unterhaut (1,0 Mill.).

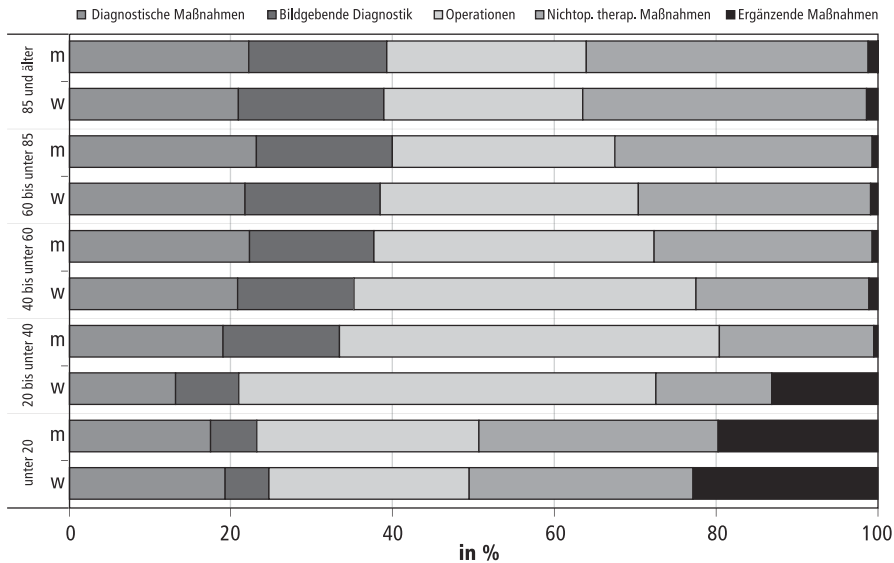
Rund die Hälfte der Operationen wurde in den drei Fachabteilungen¹¹ Allgemeine Chirurgie (28,6%), Frauenheilkunde und Geburtshilfe (12,7%) sowie der Orthopädie (9,0%) erbracht (Tabelle 20–4 und Abbildung 20–8).

Nach Vierstellern des OPS aufgeschlüsselt, erfolgte bei Frauen am häufigsten die Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur/Damriss (233 600 Fälle), der sonstige Kaiserschnitt (153 800 Fälle) sowie andere Operation am Darm (152 800 Fälle). Im Jahr zuvor wurde am zweithäufigsten noch die arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken durchgeführt, die nun Platz 4 der Rangskala der häufigsten Operationen bei Frauen im Jahr 2007 belegt. Bei Männern lagen an erster Stelle andere Operationen an Blutgefäßen (164 200), gefolgt von dem Verschluss eines Leistenbruches (Hernia inguinalis – 156 600 Fälle) sowie arthroskopischen Operationen am Gelenkknorpel und an den Menisken (137 600 Fälle). Tabelle 20–5 weist die 30 häufigsten Operationen nach Vierstellern

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

Abbildung 20–7

Operationen und Prozeduren nach OPS-Kapiteln, Alter und Geschlecht 2007



Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2010

WlDO

aus, die 37% aller durchgeführten Operationen ausmachen. Eine differenzierte Übersicht für die männlichen und weiblichen Behandelten ist im Internetportal www.krankenhaus-report-online.de (Zusatztable 20–e bis 20–g) zu finden.

Tabelle 20–6 gibt einen Überblick über die 30 häufigsten Operationen nach Dreistellern des OPS, die im Jahr 2007 erbracht wurden. Diese decken rund 70% aller operativen Eingriffe ab.

Auf Ebene der Viersteller gab es den größten Anstieg im Vergleich zum Vorjahr bei der erweiterten Kolonresektion mit Entfernung von Dünndarmabschnitten und weiterer Nachbarorgane (57,7%), bei anderen Operationen an den Bewegungsorganen (54,6%) sowie an der Wirbelsäule (47,1%). Der stärkste Rückgang war bei der Revision einer Hautplastik (22,4%), bei anderen Operationen der Netzhaut (18,1%) sowie der offenen chirurgischen Wiederbefestigung von Sehnen bzw. Bändern des oberen Sprunggelenkes (17,2%) zu verzeichnen. Nach Dreistellern aufgeschlüsselt zeigte sich der stärkste Zuwachs bei Operationen am Lymphgewebe (27,4%), bei Operationen an der Wirbelsäule (21,9%) sowie bei anderen Operationen an Blutgefäßen (21,1%). Zu den operativen Eingriffen mit dem höchsten Rückgang gehörten die Operationen am Gebärmutterhals (5,6%), andere Operationen an der Gebärmutter und Bindegewebe (5,3%) sowie die Stellungskorrektur eines Knochenbruches und einer Verrenkung (4,8%). Die Tabellen sind im Internetportal www.krankenhaus-report-online.de (Zusatztable 20–h und 20–i) zu finden.

Tabelle 20–4

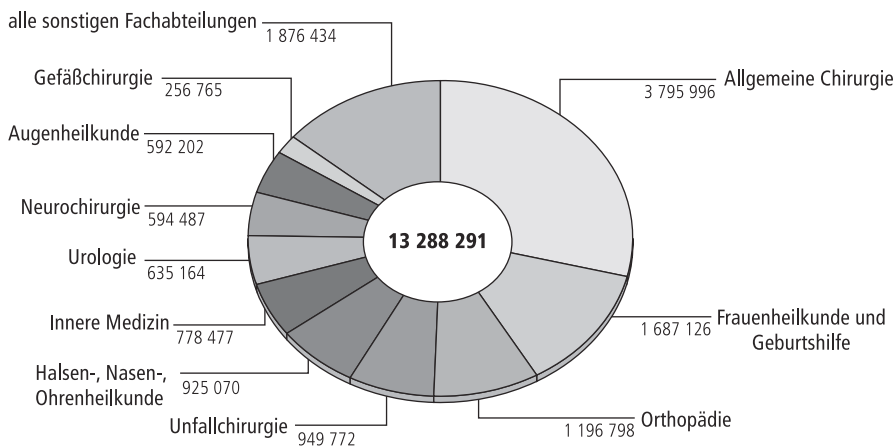
Operationen 2007 nach Bereichsüberschriften

OPS-Schlüssel	Operation ¹⁾	Insgesamt	Männlich	Weiblich	Insgesamt	Männlich	Weiblich
		Anzahl			Veränderung zum Vorjahr in Prozent		
5		13 288 291	6 136 577	7 151 075	5,3	5,8	4,9
5-01–5-05	Operationen am Nervensystem	558 218	285 881	272 321	8,6	8,1	9,3
5-06–5-07	Operationen an endokrinen Drüsen	184 282	51 106	133 171	8,3	9,3	7,9
5-08–5-16	Operationen an den Augen	484 663	225 089	259 543	1,0	1,6	0,5
5-18–5-20	Operationen an den Ohren	138 231	78 243	59 979	2,0	2,1	2,0
5-20–5-22	Operationen an Nase und Nasennebenhöhlen	418 326	260 933	157 306	4,7	5,4	3,4
5-23–5-28	Operationen an Mundhöhle und Gesicht	330 000	176 997	152 958	1,3	1,6	1,0
5-29–5-31	Operationen an Pharynx, Larynx und Trachea	109 157	72 929	36 226	3,3	3,2	3,4
5-32–5-34	Operationen an Lunge und Bronchus	120 943	77 396	43 541	5,2	4,1	7,2
5-35–5-37	Operationen am Herzen	330 388	214 380	115 990	5,4	5,1	5,8
5-38–5-39	Operationen an den Blutgefäßen	777 619	434 840	342 721	12,7	15,1	9,8
5-40–5-41	Operationen am hämatopoetischen und Lymphgefäßsystem	145 999	52 177	93 817	23,9	15,5	29,1
5-42–5-54	Operationen am Verdauungstrakt	2 097 745	1 071 171	1 026 526	4,2	4,8	3,5
5-55–5-59	Operationen an den Harnorganen	534 074	340 707	193 349	3,9	3,7	4,2
5-60–5-64	Operationen an den männlichen Geschlechtsorganen	228 572	227 855	–	2,6	2,4	–
5-65–5-71	Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen	657 154	–	657 154	1,9	–	1,9
5-72–5-75	Geburtshilfliche Operationen	751 096	–	751 096	3,1	–	3,1
5-76–5-77	Operationen an Kiefer- und Gesichtsschädelknochen	68 189	42 583	25 597	3,9	2,7	5,9
5-78–5-86	Operationen an den Bewegungsorganen	3 489 243	1 617 056	1 871 999	5,4	5,6	5,3
5-87–5-88	Operationen an der Mamma	184 941	5 119	179 817	4,8	0,6	4,9
5-89–5-92	Operationen an Haut und Unterhaut	998 718	551 427	447 238	5,8	6,2	5,4
5-93–5-99	Zusatzinformationen zu Operationen	680 733	350 688	330 009	7,8	7,5	8,1

¹⁾ Ohne Duplikate

Quelle: Statistisches Bundesamt 2009

Abbildung 20–8

Operationen nach Fachabteilungen 2007

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2010

WIdO

Tabelle 20–5

Die häufigsten Operationen¹⁾ 2007 nach Vierstellern

Rang	OPS-Schlüssel /Operation	Anzahl	Prozent
5	Operationen insgesamt¹⁾²⁾	13 288 291	100,0
1	5-812 Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	281 134	2,1
2	5-399 Andere Operationen an Blutgefäßen	278 338	2,1
3	5-469 Andere Operationen am Darm	257 841	1,9
4	5-758 Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]	233 594	1,8
5	5-893 Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	219 257	1,7
6	5-032 Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis	209 577	1,6
7	5-820 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	204 018	1,5
8	5-513 Endoskopische Operationen an den Gallengängen	198 107	1,5
9	5-511 Cholezystektomie	190 681	1,4
10	5-530 Verschluss einer Hernia inguinalis	178 810	1,3
11	5-787 Entfernung von Osteosynthesematerial	177 322	1,3
12	5-790 Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	154 307	1,2
13	5-749 Andere Sectio caesarea	153 838	1,2
14	5-385 Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	149 586	1,1
15	5-810 Arthroskopische Gelenkrevision	149 461	1,1

Tabelle 20–5

Fortsetzung

Rang	OPS-Schlüssel /Operation	Anzahl	Prozent
16	5-794 Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens mit Osteo-synthese	147 343	1,1
17	5-811 Arthroskopische Operation an der Synovialis	146 681	1,1
18	5-822 Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk	146 562	1,1
19	5-831 Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe	140 261	1,1
20	5-683 Uterusexstirpation [Hysterektomie]	138 164	1,0
21	5-215 Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]	132 561	1,0
22	5-144 Extrakapsuläre Exzision der Linse [ECCE]	129 397	1,0
23	5-470 Appendektomie	129 193	1,0
24	5-800 Offen chirurgische Revision eines Gelenkes	126 941	1,0
25	5-738 Episiotomie und Naht	126 188	0,9
26	5-892 Andere Inzision an Haut und Unterhaut	123 711	0,9
27	5-452 Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	122 592	0,9
28	5-573 Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase	111 370	0,8
29	5-788 Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes	108 738	0,8
30	5-895 Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	108 046	0,8

¹⁾ Ohne Duplikate.

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

Quelle: Statistisches Bundesamt 2009

Krankenhaus-Report 2010

WidO

Tabelle 20–6

Die häufigsten Operationen¹⁾ 2007 nach Dreistellern

Rang	OPS-Schlüssel/Operation	Anzahl	Prozent
5	Operationen¹⁾²⁾	13 955 385	100,0
1	5-81 Arthroskopische Gelenkoperationen	736 912	5,3
2	5-89 Operationen an Haut und Unterhaut	694 490	5,0
3	5-78 Operationen an anderen Knochen	675 648	4,8
4	5-79 Reposition von Fraktur und Luxation	528 058	3,8
5	5-83 Operationen an der Wirbelsäule	485 188	3,5
6	5-82 Endoprothetischer Gelenk- und Knochenersatz	458 305	3,3
7	5-39 Andere Operationen an Blutgefäßen	434 465	3,1
8	5-51 Operationen an Gallenblase und Gallenwegen	427 749	3,1
9	5-38 Inzision, Exzision und Verschluss von Blutgefäßen	384 357	2,8
10	5-46 Andere Operationen an Dünn- und Dickdarm	349 741	2,5

Tabelle 20–6

Fortsetzung

Rang	OPS-Schlüssel/Operation	Anzahl	Prozent
11	5-03 Operationen an Rückenmark, Rückenmarkhäuten und Spinalkanal	322 623	2,3
12	5-80 Offen chirurgische Gelenkoperationen	296 142	2,1
13	5-53 Verschluss abdominaler Hernien	295 235	2,1
14	5-21 Operationen an der Nase	288 122	2,1
15	5-45 Inzision, Exzision, Resektion und Anastomose an Dünn- und Dickdarm	279 955	2,0
16	5-75 Andere geburtshilfliche Operationen	273 254	2,0
17	5-90 Operative Wiederherstellung und Rekonstruktion von Haut und Unterhaut	267 902	1,9
18	5-57 Operationen an der Harnblase	259 079	1,9
19	5-74 Sectio caesarea und Entwicklung des Kindes	255 105	1,8
20	5-85 Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln	209 542	1,5
21	5-28 Operationen im Bereich des Naso- und Oropharynx	196 690	1,4
22	5-73 Andere Operationen zur Geburtseinleitung und unter der Geburt	195 676	1,4
23	5-68 Inzision, Exzision und Exstirpation des Uterus	192 382	1,4
24	5-06 Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüse	180 230	1,3
25	5-54 Andere Operationen in der Bauchregion	176 085	1,3
26	5-65 Operationen am Ovar	169 562	1,2
27	5-15 Operationen an Retina, Choroidea und Corpus vitreum	169 202	1,2
28	5-37 Rhythmuschirurgie und andere Operationen an Herz und Perikard	163 286	1,2
29	5-49 Operationen am Anus	152 229	1,1
30	5-47 Operationen an der Appendix	147 066	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 2009

Krankenhaus-Report 2010

WIdO

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 91,9%. 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 der Intensivmedizin sowie der Inneren Medizin und der Intensivmedizin. Behandlungen in mehr als zwei verschiedenen Fachabteilungen waren mit 1,1% nur noch sehr selten (Tabelle 20–7).

Der größte Teil der Patientinnen und Patienten wurde in den Fachabteilungen Innere Medizin (5,3 Mill. Fälle), Allgemeine Chirurgie (3,2 Mill. Fälle) sowie Frauenheilkunde und Geburtshilfe (2,2 Mill. Fälle) behandelt. Die durchschnittliche Verweildauer der Behandelten lag in den beiden erstgenannten Fachabteilungen bei 6,7 Tagen, bei der letztgenannten bei 4,6 Tagen (Abbildung 20–9).

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 4,6 Mill. Fällen (27,3%), die Allgemeine Chirurgie mit 2,8 Mill. Fällen (16,6%) sowie die Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit 2,0 Mill. Fällen (12,3%) die patientenstärksten Fachabteilungen. Auf dieser Basis betrug die durchschnittliche Verweildauer in der Inneren Medizin 7,7 Tage, in der Chirurgie 7,9 Tage sowie in der Frauenheilkunde/Geburtshilfe 4,8 Tage.

Tabelle 20–7

Durchlaufene Fachabteilungen 2007 nach Geschlecht

Durchlaufene Fachabteilungen ¹⁾	Patientinnen und Patienten					
	Insgesamt		Männlich		Weiblich	
	Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %
Eine Fachabteilung	15 096 516	90,9	6 907 663	89,8	8 187 931	91,9
Zwei Fachabteilungen	1 301 898	7,8	674 388	8,8	627 480	7,0
Drei und mehr	177 121	1,1	93 295	1,2	83 821	0,9

¹⁾ Ohne Rückverlegungen

Quelle: Statistisches Bundesamt 2008

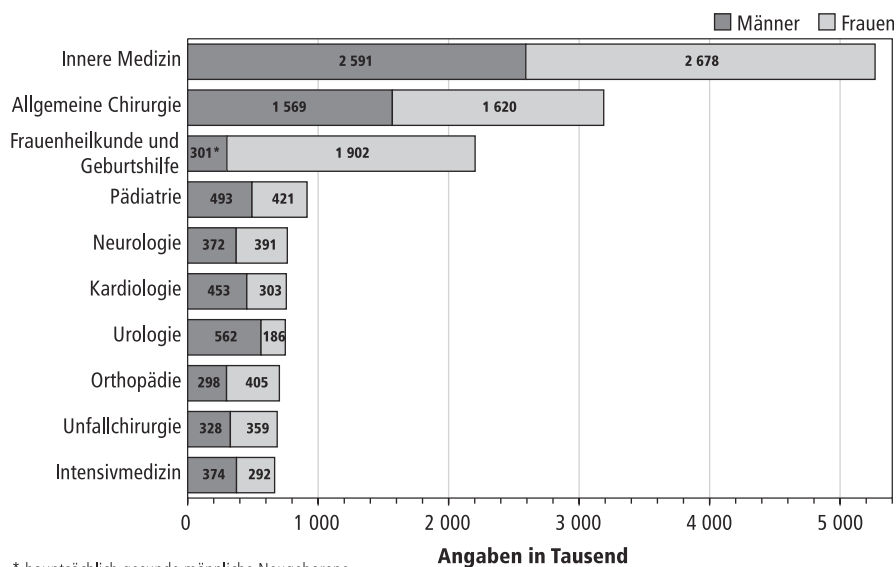
Krankenhaus-Report 2010

WIdO

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.

Abbildung 20–9

Die zehn patientenstärksten Fachabteilungen nach Geschlecht 2007



* hauptsächlich gesunde männliche Neugeborene

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2010

WIdO

Am häufigsten wurden die Patientinnen und Patienten der Inneren Medizin aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems behandelt. Nach der Hauptdiagnose war in 258 200 Fällen Herzinsuffizienz (I50) Ursache der Behandlung und betraf 5,6% aller Patientinnen und Patienten dieser Abteilung. Die entsprechende durchschnittliche Verweildauer lag bei 11,3 Tagen. Jüngere waren davon kaum betroffen, knapp 90% der Behandelten mit diesem Krankheitsbild waren 65 Jahre und älter.

An zweiter Stelle in der Inneren Medizin folgte eine weitere Herzkrankheit, und zwar Angina Pectoris (I20) mit 162 300 Behandlungsfällen. Sie war Ursache in 3,5% aller Fälle dieser Abteilung und betraf mit knapp 65% in erster Linie ebenfalls die über 65-Jährigen aber auch die 45- bis unter 65-jährigen mit rund 30%. Die durchschnittliche Verweildauer lag hier bei 4,9 Tagen.

Die essentielle (primäre) Hypertonie (I10) war für 3,2% der Behandlungsfälle verantwortlich. Patientinnen und Patienten mit dieser Diagnose verbrachten im Schnitt 5,8 Tage im Krankenhaus. Der größte Teil der Behandelten war auch hier 65 Jahre und älter (65,1%) (Tabelle 20–8).

Insgesamt wurden in der Inneren Medizin rund 9,1 Mill. Operationen und medizinische Prozeduren, darunter 778 500 operative Eingriffe nach Kapitel 5 des OPS durchgeführt. An erster Stelle stand dabei die endoskopische Operation an den Gallengängen (5-513), gefolgt von anderen Operationen an den Blutgefäßen (5-399) sowie die Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Dickdarmes (5-452). Zwischen 73,4% und 63,1% der Patientinnen und Patienten mit diesen Operationen in der Inneren Medizin waren 65 Jahre und älter (Tabelle 20–9).

Tabelle 20–8

Patientinnen und Patienten mit den häufigsten Hauptdiagnosen in den Fachabteilungen¹⁾ Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie 2007

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			7,7	4 579 298	10 595	593 126	1 104 757	2 870 819
1	I50	Herzinsuffizienz	11,3	258 225	1	2 036	24 144	232 044
2	I20	Angina pectoris	4,9	162 284	–	7 273	50 232	104 779
3	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	5,8	145 919	11	10 342	40 548	95 018
4	I48	Vorhofflattern und Vorhofflimmern	6,6	141 655	2	5 190	33 226	103 237
5	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	10,7	133 564	337	10 949	20 491	101 787
6	I21	Akuter Myokardinfarkt	8,7	128 300	–	5 209	33 658	89 433
7	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	10,1	122 610	8	2 689	28 360	91 553
8	E11	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus (Typ-II-Diabetes)	11,1	110 688	5	4 561	27 497	78 625
9	R55	Synkope und Kollaps	5,5	106 259	265	16 047	20 455	69 492
10	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	4,3	99 657	1 052	49 243	40 773	8 589
11	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	4,8	84 331	1	1 868	26 481	55 981
12	K29	Gastritis und Duodenitis	5,5	79 984	76	17 362	20 616	41 930
13	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	7,9	77 971	1	1 850	28 433	47 687
14	I63	Hirninfarkt	11,5	67 207	–	863	8 412	57 932
15	R07	Hals- und Brustschmerzen	3,0	63 185	40	16 235	23 724	23 186
16	G47	Schlafstörungen	1,8	59 878	33	8 767	30 465	20 613

Tabelle 20–8

Fortsetzung

Rang	ICD-Pos.	Diagnose/Behandlungsanlass	Patienten					
			Durchschnittl. Verweildauer	Insgesamt ²⁾	davon im Alter von ... bis unter ... Jahren			
					in Tagen	Anzahl	0–15	15–45
			Anzahl					
Innere Medizin								
17	A09	Diarrhoe und Gastroenteritis, vermutlich infektiösen Ursprungs	5,3	59 746	697	18 764	10 798	29 487
18	K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	5,9	54 806	202	14 204	10 378	30 022
19	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	8,4	53 510	95	3 672	5 662	44 081
20	E86	Volumenmangel	7,1	48 987	49	1 152	2 451	45 335
Allgemeine Chirurgie								
Fachabteilung Allgemeine Chirurgie insgesamt			7,9	2 751 366	89 554	690 106	803 074	1 168 632
1	K40	Hernia inguinalis	3,6	153 834	1 810	30 412	53 768	67 844
2	K80	Cholelithiasis	6,5	152 164	201	41 614	55 599	54 750
3	K35	Akute Appendizitis	5,6	96 039	15 219	56 280	15 191	9 349
4	S06	Intrakranielle Verletzung	2,7	88 994	12 125	36 618	14 555	25 696
5	S72	Fraktur des Femurs	15,8	74 467	651	3 476	7 351	62 989
6	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschl. des oberen Sprunggelenkes	9,2	74 238	2 714	23 760	25 286	22 478
7	E04	Sonstige nichttoxische Struma	4,5	69 219	55	19 478	33 491	16 195
8	M17	Gonarthrose (Arthrose des Kniegelenkes)	11,1	67 513	3	2 221	19 961	45 328
9	I70	Atherosklerose	14,8	65 852	1	824	17 388	47 639
10	K57	Divertikulose des Darmes	12,2	64 437	6	7 535	25 397	31 499
11	K56	Paralytischer Ileus und mechanischer Ileus ohne Hernie	8,5	62 553	1 107	9 414	14 541	37 491

Tabelle 20–8

Fortsetzung

Rang	ICD-Pos.	Diagnose/Behandlungsanlass	Patienten					
			Durchschnittl. Verweildauer	Insgesamt ²⁾	davon im Alter von ... bis unter ... Jahren			
					in Tagen	Anzahl	0–15	15–45
Allgemeine Chirurgie								
12	S52	Fraktur des Unterarmes	4,9	62 483	7 053	10 855	15 081	29 494
13	I83	Varizen der unteren Extremitäten	3,9	54 962	8	9 834	24 091	21 029
14	S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	8,9	49 256	2 945	8 698	10 850	26 763
15	M23	Binnenschädigung d. Kniegelenkes (internal derangement)	2,9	45 381	156	11 665	19 232	14 328
16	K43	Hernia ventralis	7,5	44 798	92	6 145	16 814	21 747
17	M16	Koxarthrose (Arthrose des Hüftgelenkes)	14,3	43 817	–	830	11 060	31 927
18	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	16,8	43 577	8	1 223	10 513	31 833
19	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	2,5	40 208	6 597	22 198	5 720	5 693
20	I84	Hämorrhoiden	3,6	36 029	17	12 087	14 697	9 228

¹⁾ Fachabteilung mit der längsten Verweildauer.

²⁾ Einschließlich Fälle mit unbekanntem Alter.

Quelle: Statistisches Bundesamt 2009

Krankenhaus-Report 2010

WIdO

Tabelle 20–9

Häufigste Operationen 2007 in den Fachabteilungen¹⁾ Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie 2007

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			9 063 660	6 771	839 884	2 396 426	5 820 578
	Operationen Kapitel 5 ³⁾	100	778 477	336	46 547	185 504	546 090
1	5-513 Endoskopische Operationen an den Gallengängen	16,0	124 835	16	10 169	28 225	86 425
2	5-399 Andere Operationen an Blutgefäßen	12,6	97 938	6	4 692	31 419	61 821
3	5-452 Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	10,3	79 796	4	2 263	18 998	58 531
4	5-377 Implantation eines Herzschrittmachers und Defibrillators	6,6	51 511	1	834	6 540	44 136
5	5-469 Andere Operationen am Darm	5,8	45 235	4	2 439	11 127	31 665
6	5-431 Gastrostomie	4,2	32 505	1	808	4 033	27 663
7	5-429 Andere Operationen am Ösophagus	3,3	26 052	5	2 303	9 890	13 854
8	5-449 Andere Operationen am Magen	3,2	24 786	1	1 466	5 728	17 591
9	5-893 Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	2,8	21 612	6	789	4 973	15 844
10	5-378 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators	2,8	21 500	1	387	2 377	18 735
Allgemeine Chirurgie							
Insgesamt Operationen und Prozeduren			6 848 245	79 973	1 189 771	2 098 132	3 480 369
	Operationen Kapitel 5 ³⁾	100	3 795 996	60 213	811 549	1 248 701	1 675 533
1	5-511 Cholezystektomie	4,6	173 744	206	43 153	62 648	67 737

Tabelle 20–9

Fortsetzung

Rang	Maßnahme ²⁾	Insgesamt ⁴⁾		davon im Alter von ... bis unter ... Jahren			
		in %	Anzahl	0–15	15–45	45–65	65 und älter
Allgemeine Chirurgie							
2	5-530 Verschluss einer Hernia inguinalis	4,2	158 064	2 119	30 961	55 120	69 864
3	5-469 Andere Operationen am Darm	3,7	139 201	705	20 042	43 565	74 889
4	5-812 Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	3,2	121 576	477	28 363	52 869	39 867
5	5-470 Appendektomie	2,9	111 930	17 272	66 757	17 076	10 825
6	5-893 Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	2,6	98 422	1 342	18 688	27 199	51 193
7	5-385 Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	2,2	82 272	16	15 943	37 835	28 478
8	5-455 Partielle Resektion des Dickdarmes	2,1	80 122	73	7 097	24 198	48 754
9	5-787 Entfernung von Osteosynthesematerial	2,1	78 035	1 538	22 059	26 690	27 748
10	5-794 Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens mit Osteosynthese	2,0	76 989	822	13 082	22 226	40 859

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 2009

Krankenhaus-Report 2010

WiDO

In der zweiten an dieser Stelle ausgewiesenen Fachabteilung, der Allgemeinen Chirurgie, wurden insgesamt 2,8 Mill. Fälle für die durchschnittliche Dauer von 7,9 Tagen stationär im Krankenhaus behandelt. Der häufigste Behandlungsanlass nach Diagnosehauptgruppen in dieser Abteilung waren Krankheiten des Verdauungssystems.

Mit einem Anteil von 5,6% wurden die Patientinnen und Patienten der Allgemeinen Chirurgie am häufigsten aufgrund eines Leistenbruchs (K40) stationär behandelt (153 800 Fälle). Sie verbrachten durchschnittlich 3,6 Tage im Krankenhaus. Der größte Teil der Patientinnen und Patienten mit dieser Diagnose war 65 Jahre und älter (44,1%) bzw. zwischen 45 und 65 Jahre alt (35,0%).

Die zweithäufigste in der Chirurgie behandelte Erkrankung war mit einem Anteil von 5,5% und 152 200 Fällen das Gallensteinleiden (K80). Der größte Teil der Patientinnen und Patienten mit dieser Diagnose war zwischen 45 bis unter 65 Jahre alt (36,5%) sowie 65 Jahre und älter (36,0%).

Der dritthäufigste Grund für eine vollstationäre Behandlung in der Chirurgie war mit 3,5% die akute Blinddarmentzündung (K35), die bei 96 000 Patientinnen und Patienten behandelt wurde. Der Krankenhausaufenthalt mit dieser Diagnose dauerte im Schnitt 5,6 Tage und betraf vor allem die Altersgruppe der 15- bis unter 45-Jährigen (58,6%).

Zusammengenommen wurden in der Allgemeinen Chirurgie über 6,8 Mill. Operationen und Prozeduren, darunter knapp 3,8 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 53,8% und 39,0% war bei allen drei Operationen der jeweils größte Teil der Operierten 65 Jahre und älter.

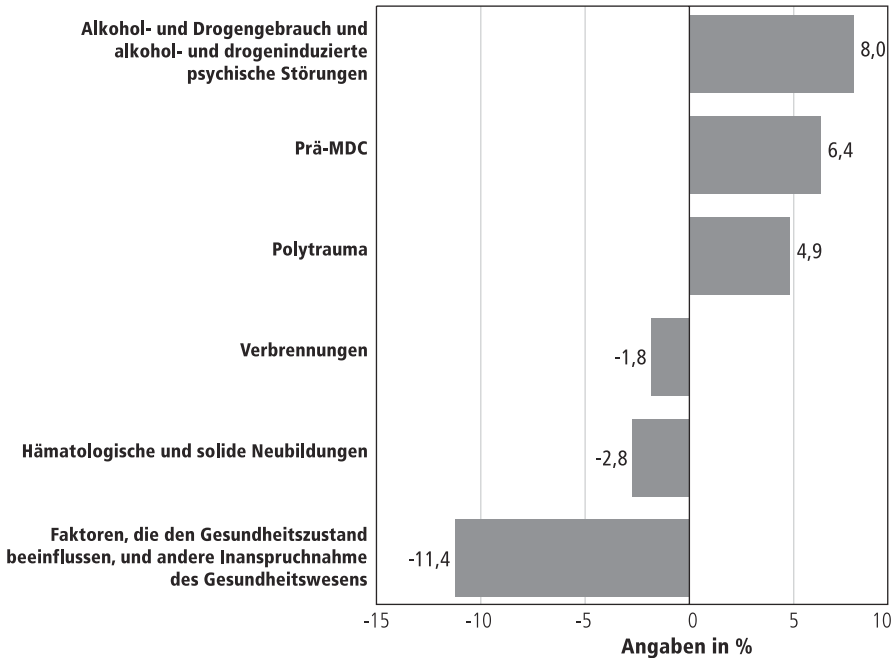
20.7 Fallzahlen und Erlöse nach DRGs

Für das aktuelle Berichtsjahr 2007 stehen erstmals differenzierte Informationen zum erbrachten Leistungsspektrum der Krankenhäuser insbesondere zur Hauptdiagnosegruppe (MDC) und den abgerechneten Fallpauschalen (DRG) zur Verfügung.

Bei der Betrachtung nach den jeweiligen Hauptdiagnosegruppen MDC lagen im Jahr 2007 an erster Stelle die Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems (15%), gefolgt von Krankheiten und Störungen an dem Muskel-Skelett-System und Bindegewebe (14,5%) 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 (8%). An zweiter Stelle lag die Prä-MDC (6,4%), die vorwiegend Beatmungsfälle und Transplantationen zusammenfasst, sowie weiterhin die MDC Polytrauma (4,9%). Die größten Rückgänge zeigten sich bei der Hauptdiagnosegruppe mit den Gesundheitszustand beeinflussenden Faktoren (11,4%), den hämatologischen und solide Neubildungen (2,8%) sowie Verbrennungen (1,8%) (Abbildung 20–10).

Die Versorgung gesunder Neugeborener (542 800 Fälle) und die Entbindungen ohne Komplikation (347 600 Fälle) waren im Jahr 2007 die insgesamt am häufigsten abgerechneten Fallpauschalen (DRGs). An weiterer Stelle folgten Leistungen

Abbildung 20–10

Die größten Veränderungen zum Vorjahr nach MDC

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2010

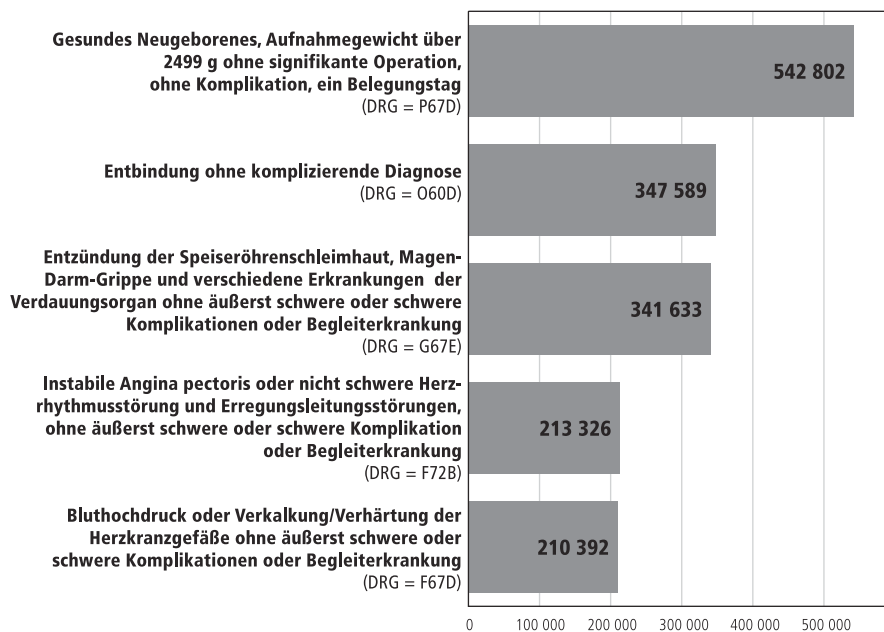
WidO

bei Entzündung der Speiseröhrenschleimhaut, Magen-Darm-Grippe und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane (341 600 Fälle) aus dem Bereich der Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane (Abbildung 20–11). Von den insgesamt 1 077 abrechenbaren DRGs machten dabei die zwanzig häufigsten bereits 23% und die fünfzig häufigsten DRGs 40% des gesamten DRG-Leistungsspektrums aus. Nach der sogenannten Partition aufgeschlüsselt waren 56,2% rein medizinische Behandlungen ohne Eingriffe (Partition M), 37,5% operative Behandlungen (Partition O) und 6,3% 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 insgesamt den größten Anteil der Behandlungserlöse ausmachten, dann standen der Ersatz des Hüftgelenks ohne komplizierenden Eingriff (1,9%) gefolgt von Kniegelenkimplantationen (1,6%) sowie Eingriffen an Dünn- und Dickdarm ohne komplizierende Diagnose (1,3%) an oberster Stelle. Näherungsweise hochgerechnet entfielen auf diese drei DRGs für die Behandlung von 325 500 Patientinnen und Patienten zusammengenommen 4,8% der Behandlungserlöse mit einem Volumen von etwa 2,2 Mrd. Euro (Tabelle 20–10).

Abbildung 20–11

Die fünf häufigsten Fallpauschalen (DRGs) der Patientinnen und Patienten 2007



Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2010

WIdO

Tabelle 20–10

DRGs nach Anteil am Erlösvolumen in Hauptabteilungen 2007

DRG	Bezeichnung	Fälle	Anteil an allen Fällen	Erlös-volumen ¹⁾	Anteil am Erlösvolumen
			in %	in 1 000 EUR	in %
I47B	Revision oder Ersatz des Hüftgelenks ohne komplizierende Diagnose, ohne komplizierenden Eingriff	136 135	0,9	882 691	1,9
I44B	Endoprothesenimplantation/-revision am Kniegelenk, ohne äußerst schwere Komplikationen oder Begleiterkrankung	105 221	0,7	756 659	1,6
G18B	Eingriffe an Dünn- und Dickdarm ohne komplizierende Diagnose oder andere Eingriffe an Magen, Speiseröhre und Zwölffingerdarm ohne komplizierende Prozeduren	84 099	0,5	583 883	1,3
O60D	Entbindung ohne komplizierende Diagnose	305 206	2,0	424 861	0,9
F62B	Herzinsuffizienz und Schock mit äußerst schweren Komplikationen oder Begleiterkrankungen, ohne Dialyse, ohne Reanimation, ohne komplexe Diagnose	119 528	0,8	412 695	0,9

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 2009

Krankenhaus-Report 2010

WIdO

Tabelle 20–11

Komplexe Leistungen: Am höchsten bewertete DRGs in Hauptabteilungen 2007

DRG	Bezeichnung	Bewertungsrelation ¹⁾	Fälle	Anteil an allen Fällen	Erlös-volumen ²⁾	Anteil am Erlös-volumen
				in %	in 1000 Euro	in %
A18Z	Transplantation von Leber, Lunge, Herz und Knochenmark oder Stammzelltransfusion mit Beatmung über 999 Stunden	64,899	134	0,0009	24 285	0,05
A06A	Operation oder Polytrauma, mit hochkomplexem Eingriff oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung sowie Beatmung über 1 799 Stunden	53,912	442	0,0028	66 071	0,14
A06B	Operation oder Polytrauma mit Beatmung über 1 799 Stunden oder ohne komplexe Operation, ohne Polytrauma, jedoch mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung bei Patienten unter 16 Jahren mit Beatmung über 1 799 Stunden	50,830	481	0,0031	67 432	0,15
A05A	Herztransplantation mit Beatmung über 179 Stunden oder Patienten unter 16 Jahren	41,160	90	0,0006	10 271	0,02
A04A	Knochenmarktransplantation/Stammzelltransfusion von einem anderen menschlichen Spender	41,084	134	0,0009	15 326	0,03

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 Unterschreiten 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 2009

Krankenhaus-Report 2010

WIdO

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 Kompatienten, die einer intensivmedizinischen Versorgung bedurften (A06A und A06B). Für diese drei DRGs wurden näherungsweise knapp 158 Mill. Euro in Hauptabteilungen im Rahmen der Behandlung von etwas mehr als 1 000 Patientinnen und Patienten abgerechnet, was einen Anteil von 0,3 % am Erlösolumen ausmachte. Die auf Basis ihrer Bewertungsrelation teuerste DRG mit der Organtransplantation und Beatmung über 999 Stunden (A18Z) kostete je Patientin/Patient hochgerechnet rund 181 000 € (Tabelle 20–11).