

Krankenhaus-Report 2007

„Krankenhausvergütung – Ende der Konvergenzphase“

Jürgen Klauber / Bernt-Peter Robra /
Henner Schellschmidt (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2008

Auszug Seite 343-370



18	Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik: Diagnosen und Prozeduren der Patienten auf Basis der Daten nach § 21 Krankenhausentgeltgesetz	343
	<i>Jutta Spindler</i>	
18.1	Vorbemerkungen.....	343
18.2	Erläuterungen zur Datenbasis.....	344
18.3	Eckdaten der vollstationär behandelten Krankenhauspatientinnen und -patienten	345
18.4	Ausgewählte Hauptdiagnosen mit den wichtigsten Nebendiagnosen der Behandelten.....	349
18.5	Operationen und medizinische Prozeduren	352
18.6	Behandlungsspektrum bei den Patientinnen und Patienten in den Fachabteilungen.....	361
18.7	Ausblick	364

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

Jutta Spindler

Abstract

Mit den DRG-Daten nach § 21 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) ist es gelungen, eine weitere wichtige Datenquelle für das Statistische Bundesamt zu erschließen und die neue Fachserienreihe *Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik* (DRG-Statistik) einzurichten. Zentrale Ergebnisse zur stationären Versorgung des Jahres 2005, die das Informationsspektrum der bisherigen amtlichen Krankenhausstatistik ergänzen und erweitern, sind Gegenstand des Beitrags. 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.

With the DRG data according to § 21 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG), a new important data source is available to the Federal Statistical Office, enabling it to establish a new publication series on DRG hospital statistics. The article presents significant data on hospital care for the year 2005. The data complement the information range of the previous official hospital statistics. Central issues are the types and frequency of operations and medical procedures carried out in 2005 as well as important main diagnoses and their respective secondary diagnoses of inpatients according to department.

18

18.1 Vorbemerkungen

Im Rahmen der Novellierung der Krankenhausfinanzierung im Jahr 2000 führte der Gesetzgeber zur Vergütung der Leistungen der Krankenhäuser das auf Fallpauschalen basierende DRG-Vergütungssystem (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 weitestgehend nur für psychiatrische Krankenhäuser oder einzelne Spezialkliniken mit seltenen bzw. wenig standardisierbaren Indikationsbereichen und Verfahren.

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 ein ausgewähltes und gesetzlich genau definiertes Merkmalsspektrum dieser umfangreichen Struktur- und Leistungsdaten über das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) an das Statistische Bundesamt übermittelt. Auf dieser Basis wurde die neue Fachserienreihe *Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik* (DRG-Statistik) aufgebaut. Die Serie wird entsprechend dem Bedarf der Nutzerinnen und Nutzer kontinuierlich weiterentwickelt.¹

Ein deutlicher Informationszugewinn kristallisiert sich insbesondere für die Prozeduren- und Diagnosestatistik heraus. Danach können wesentlich differenziertere Informationen als bisher z. B. 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.

Im Folgenden werden zentrale Ergebnisse zur stationären Versorgung des Berichtsjahres 2005 vorgestellt, die das Informationsspektrum der bisherigen amtlichen Krankenhausstatistik (vgl. hierzu die Kapitel 16 und 17 in diesem Band) ergänzen und erweitern. Aufgrund der eingeschränkten Datenqualität früherer Berichtsjahre wird auf die Darstellung von Vorjahresvergleichen verzichtet.

18.2 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

¹ Die wichtigsten Ergebnisse der fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik wurden erstmals für das Jahr 2005 in der Fachserie 12 Reihe 6.4 über den Publikationsservice (früher Statistik-Shop) 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.

Merkmale insbesondere zu ihren Ausbildungsstätten nach § 21 KHEntgG nur, soweit sie ausbilden (§ 17a Abs. 11 KHG).

Die folgenden Auswertungen für das Jahr 2005 beruhen auf den Struktur- und Leistungsdaten von 1 726 Krankenhäusern und umfassen rund 16,1 Mill. vollstationär behandelte Fälle. Detaillierte Informationen, ob und inwieweit Datenlieferungen einzelner Krankenhäuser möglicherweise nicht fristgerecht oder nur unvollständig an die DRG-Datenstelle bzw. das InEK übermittelt wurden und damit eine Untererfassung sowohl der Krankenhäuser als auch der Patientinnen und Patienten vorliegt, stehen für das Jahr 2005 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 17) sind bei verschiedenen Merkmalen zum Teil deutliche Abweichungen zur *Fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik* (z. B. bei der Fallzahl 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. Daher sind diese Statistiken nur bedingt miteinander vergleichbar und vielmehr als gegenseitige Ergänzung zu betrachten.

18.3 Eckdaten der vollstationär behandelten Krankenhauspatientinnen und -patienten

Auf Basis der *Fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik* wurden im Jahr 2005 insgesamt rund 16,1 Mill. Patientinnen und Patienten² aus einer vollstationären Krankenhausbehandlung entlassen. Im Durchschnitt dauerte ein Krankenhausaufenthalt 7,7 Tage. 53,9% der Behandlungsfälle waren weiblich und 46,1% männlich. Durchschnittlich waren die Behandelten 52 Jahre alt (Frauen 53 Jahre, Männer 52 Jahre). Je 100 000 Einwohner wurden knapp 19 500 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 besonders hoch (Tabelle 18–1).

Wohnortbezogen³ gab es die meisten Behandlungsfälle je 100 000 Einwohner in Niedersachsen (22 400 Fälle), in Sachsen-Anhalt (22 300 Fälle) und im Saarland

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

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

Tabelle 18–1
 Behandlungsfälle je 100 000 Einwohner nach Alter 2005

Alter von ... bis unter ... Jahren	Fallzahl je 100 000 Einwohner
Insgesamt	19 489
unter 1	127 472
1–5	11 900
5–10	7 028
10–15	6 799
15–20	9 389
20–5	10 834
25–30	12 456
30–35	12 538
35–40	10 564
40–45	10 612
45–50	12 773
50–55	16 074
55–60	20 231
60–65	25 282
65–70	31 318
70–75	40 053
75–80	48 197
80–85	55 659
85 und älter	60 769

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2007

WIdO

(22 200 Fälle). Die geringste Anzahl an Behandlungsfällen je 100 000 Einwohner waren in Hamburg (16 200 Fälle), Baden-Württemberg (16 700 Fälle) und Berlin (17 500 Fälle) zu verzeichnen.

Unter Einbezug des Wohn- und Behandlungsortes ließen sich die Patientinnen und Patienten aus Nordrhein-Westfalen (97,1%), Bayern (96,9%) und Sachsen (96,6%) am häufigsten in Krankenhäusern ihres eigenen Bundeslandes behandeln. Am seltensten taten dies die Patientinnen und Patienten in Brandenburg (83,0%), Rheinland-Pfalz (85,4%) und Schleswig-Holstein (86,3%). Brandenburger nutzten dabei ergänzend vor allem Einrichtungen in Berlin, die Rheinland-Pfälzer Einrichtungen in Baden-Württemberg oder Nordrhein-Westfalen und die Schleswig-Holsteiner Einrichtungen in Hamburg (Tabelle 18–2).

Im Jahr 2005 gab es 457 900 so genannte 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 so genannten

Tabelle 18–2

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

	Behandlungsort der Patienten Anzahl	Wohnort der Patienten Anzahl	Fälle* je 100 000 Ein- wohner	Behandlung im eigenen Bundes- land in %
Baden-Württemberg	1 851 198	1 795 121	16 733	95,9
Bayern	2 441 658	2 346 280	18 837	96,9
Berlin	663 234	591 889	17 451	96,2
Brandenburg	489 802	555 418	21 675	83,0
Bremen	183 892	124 033	18 703	92,1
Hamburg	373 910	281 271	16 170	91,7
Hessen	1 117 291	1 145 414	18 795	90,4
Mecklenburg-Vorpommern	362 568	360 400	21 041	94,9
Niedersachsen	1 420 572	1 493 371	22 418	88,2
Nordrhein-Westfalen	3 744 370	3 701 132	20 490	97,1
Rheinland-Pfalz	785 961	829 974	20 446	85,4
Saarland	244 254	233 517	22 176	93,0
Sachsen	863 266	850 180	19 846	96,6
Sachsen-Anhalt	535 957	553 629	22 302	92,1
Schleswig-Holstein	490 714	505 873	17 875	86,3
Thüringen	503 199	504 221	21 501	92,3

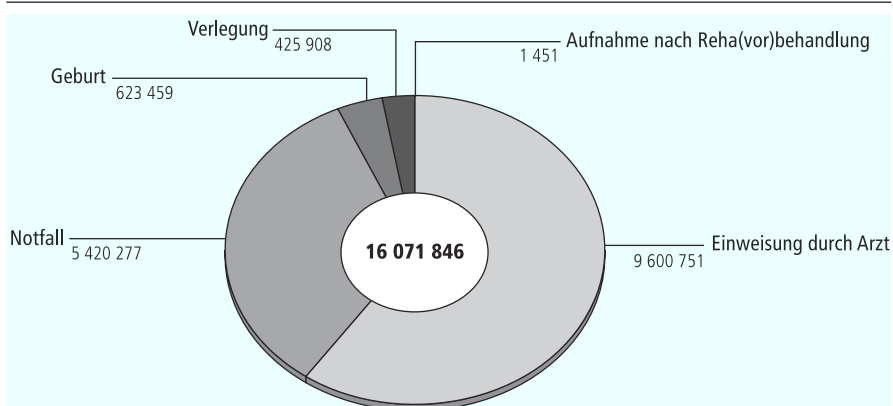
* auf Basis des Wohnorts

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2007

WidO

Abbildung 18–1

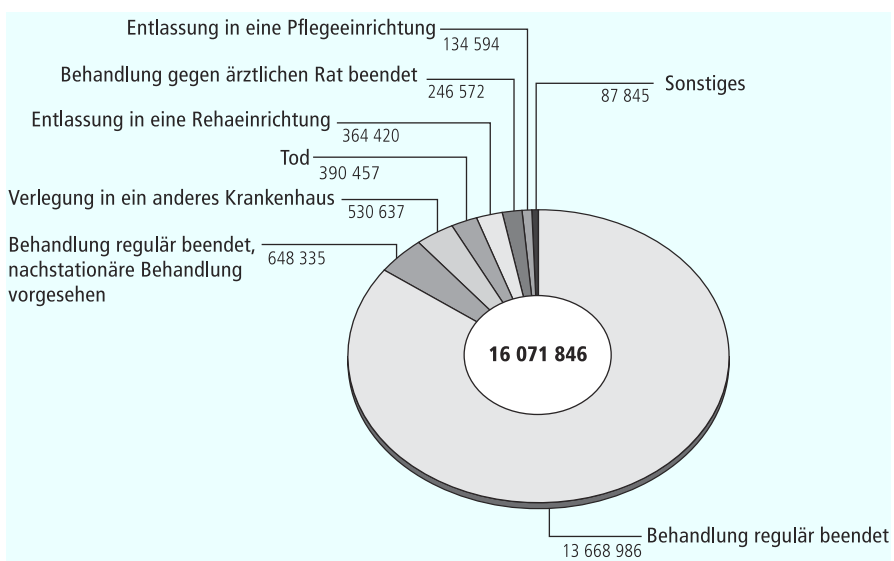
Krankenhausfälle 2005 nach Aufnahmeanlass

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2007

WidO

Abbildung 18–2
Krankenhausfälle 2005 nach Entlassungsgrund



Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2007

WlD0

Kurzlieger, d. h. Patientinnen und Patienten, die mindestens eine Nacht und höchstens drei Nächte im Krankenhaus verbringen, lag bei rund 5,2 Mill. Ihr Anteil an allen Behandlungsfällen betrug 32,5 %.

Im Hinblick auf den Aufnahmearbeit wurden im Jahr 2005 rund 60 % der Fälle aufgrund einer ärztlichen Einweisung in die vollstationäre Krankenhausbehandlung aufgenommen. Ein Drittel der Krankenhausaufnahmen war als Notfall bezeichnet (Abbildung 18–1).

Der häufigste Entlassungsgrund bei den Patientinnen und Patienten war die reguläre Beendigung der Behandlung: In 85 % der Fälle wurde die vollstationäre Krankenhausbehandlung durch eine reguläre Entlassung abgeschlossen. Eine reguläre Beendigung des Krankenhausaufenthalts lag auch vor, wenn eine nachstationäre Behandlung vorgesehen war (4 %). Entgegen ärztlichem Rat wurde die Behandlung in 1,5 % der Fälle abgebrochen. 2,3 % wurden in eine Rehabilitationseinrichtung mit einer entsprechenden Weiterbehandlung entlassen und 0,8 % in einer Pflegeeinrichtung untergebracht (Abbildung 18–2).

18.4 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 Kodierrichtlinien⁴ die Diagnose angegeben, die nach Analyse als diejenige festgestellt wurde, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes der Patientin/des Patienten verantwortlich ist. Der Begriff „nach Analyse“ bezeichnet die Evaluation der Befunde am Ende des stationären Aufenthalts. Die dabei festgestellte Hauptdiagnose muss daher nicht mit der Aufnahme- oder Einweisungsdiagnose übereinstimmen. Die Hauptdiagnose ist entsprechend der 10. Revision der Internationalen Statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme ICD-10 GM⁵ 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 ist 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 (2,5 Mill. Fälle) sowie von Neubildungen (1,8 Mill. Fälle) und Krankheiten des Verdauungssystems (1,7 Mill. Fälle) behandelt. Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Rangfolge zeigen sich nur in der Hinsicht, dass bei den Frauen an dritter Stelle die Diagnosen im Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett vor den Krankheiten des Verdauungssystems stehen.

Ohne die Position „Gesunde Neugeborene“ (Z38) war die bei den Behandelten am häufigsten gestellte Hauptdiagnose mit 315 600 Fällen die Herzerkrankung Angina pectoris (I20). Die wichtigsten zu diesem Krankheitsbild gestellten Nebendiagnosen waren an erster Stelle die chronische ischämische Herzkrankheit (I25), an zweiter Stelle die essentielle (primäre) Hypertonie (I10) und an dritter Stelle Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien (E78). Durchgeführte Operationen bezogen sich bei den Behandelten mit dieser Hauptdiagnose primär auf das Anlegen eines aortokoronaren Bypasses (5-361), andere Operationen an

4 Die Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) werden jährlich von den Selbstverwaltungspartnern (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Spitzenverbände der gesetzlichen 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.

5 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 18–3

Hauptdiagnose Angina Pectoris (I20) mit ihren häufigsten Nebendiagnosen und Operationen

Angina pectoris (ICD-10 I20, Fallzahl: 315 609) mit den häufigsten Nebendiagnosen und Operationen				
Rang	Pos.-Nr.	ICD-10/Nebendiagnose	Anzahl	in %
Insgesamt			1 609 409	100,0
1	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	301 664	18,7
2	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	194 147	12,1
3	E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	146 887	9,1
4	Z95	Vorhandensein von kardialen oder vaskulären Implantaten oder Transplantaten	73 330	4,6
5	E11	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus (Typ-2-Diabetes)	69 468	4,3
Rang	Pos.-Nr.	OPS/Operationen nach Kapitel 5¹⁾	Anzahl	in %
Insgesamt²⁾			71 329	100,0
1	5-361	Anlegen eines aortokoronaren Bypass	33 233	46,6
2	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	17 213	24,1
3	5-362	Anlegen eines aortokoronaren Bypass durch minimalinvasive Technik	2 698	3,8
4	5-351	Ersatz von Herzklappen durch Prothese	1 549	2,2
5	5-377	Implantation eines Herzschrittmachers und Defibrillators	1 447	2,0

¹⁾ Ohne Duplikate.

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

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2007

WIdO

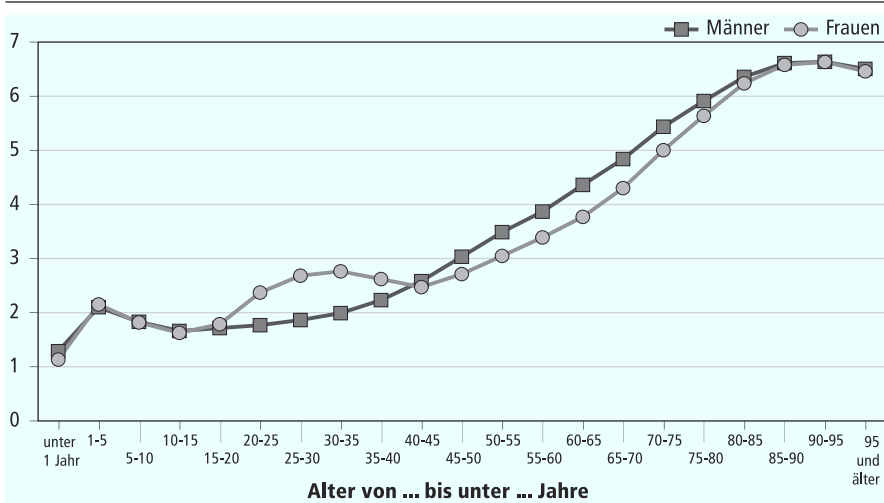
den Blutgefäßen (5-399) und das Anlegen eines aortokoronaren Bypasses durch minimalinvasive Technik (5-362) (Tabelle 18–3).

Eine Übersicht zu weiteren wichtigen Hauptdiagnosen in Verbindung mit den entsprechenden Nebendiagnosen ist im Internetportal www.krankenhaus-report-online.de zu finden (Zusatztable 18–a).

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 so genannten Multimorbidität, als auch von Komplikationen bei der Behandlung wider. Alte Menschen leiden danach sehr viel häufiger als junge an mehreren komplexen Erkrankungen gleichzeitig (Abbildung 18–3).

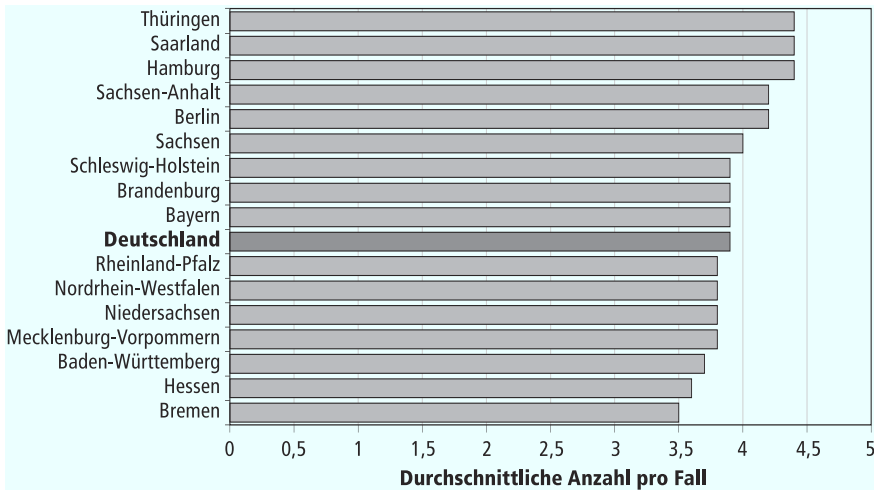
Im Durchschnitt werden bei Frauen nur in den Altersgruppen der 15- bis unter 40-Jährigen – vorwiegend verursacht durch die schwangerschaftsbedingten Behandlungen – mehr Nebendiagnosen als bei den Männern gestellt. In den Altersgruppen der ab 40-Jährigen liegen die Werte der Frauen unter denen der Männer bzw. gleichen sich bei den Behandelten in sehr hohem Alter entsprechend an. Regional nach dem Behandlungsort der Patientinnen und Patienten betrachtet liegen

Abbildung 18–3
Durchschnittliche Anzahl der Nebendiagnosen pro Krankenhausfall 2005 nach Alter und Geschlecht



Quelle: Statistisches Bundesamt

Abbildung 18–4
Durchschnittliche Anzahl der Nebendiagnosen pro Krankenhausfall 2005 nach Bundesland



Quelle: Statistisches Bundesamt

die Durchschnittswerte hinsichtlich der gestellten Nebendiagnosen in Hamburg, im Saarland und in Thüringen (jeweils 4,4) höher als in Bremen (3,5), Hessen (3,6) und Baden-Württemberg (3,7) (Abbildung 18–4).

Werden die gestellten Nebendiagnosen nach ihrer Rangfolge unabhängig von der Hauptdiagnose für sich betrachtet, stand bei den Patientinnen und Patienten insgesamt 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 der chronischen ischämischen Herzkrankheit (I25). Insgesamt bilden die in Tabelle 18–4 aufgeführten 25 häufigsten Nebendiagnosen bereits knapp 40% des Spektrums aller Nennungen ab.

Eine Übersicht der häufigsten Nebendiagnosen insgesamt und differenziert nach männlichen und weiblichen Behandelten ist im Internetportal www.krankenhaus-report-online.de zu finden (Zusatztable 18–b bis 18–d).

18.5 Operationen und medizinische Prozeduren

Zu den wichtigsten Neuerungen, die die *Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik* im Vergleich zur bestehenden Krankenhausdiagnosestatistik bietet, gehören Informationen über Art und Häufigkeit von Operationen und medizinischen Prozeduren, die bei den Patientinnen und Patienten während ihres vollstationären Krankenhausaufenthaltes durchgeführt wurden.

Zum Verschlüsseln von Operationen und medizinischen Prozeduren im stationären Bereich sowie in der vertragsärztlichen Versorgung für ambulantes Operieren wird der amtliche Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) angewendet.⁶ Nach den Deutschen Kodierrichtlinien sind alle signifikanten operativen Eingriffe und medizinischen Prozeduren, die vom Zeitpunkt der Aufnahme bis zum Zeitpunkt der Entlassung bei den Behandelten vorgenommen werden und im amtlichen OPS abbildbar sind, von den Krankenhäusern zu kodieren.⁷ Dies schließt neben operativen Eingriffen auch diagnostische, therapeutische und pflegerische Prozeduren ein.

Im Berichtsjahr 2005 wurden bei den vollstationär versorgten Patientinnen und Patienten insgesamt rund 36,1 Mill. Operationen und medizinische Prozeduren durchgeführt. Je Krankenhausfall waren dies im Durchschnitt 2,2 Maßnahmen dieser Art. Nach Bundesländern aufgeschlüsselt war die durchschnittliche Zahl der

6 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.

7 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.

Tabelle 18–4

Die häufigsten Nebendiagnosen 2005

Rang	Pos.-Nr. ICD-10	Nebendiagnose	Anzahl	in %
Insgesamt			62 453 887	100,0
1	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	4 207 831	6,7
2	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	2 116 581	3,4
3	E11	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus (Typ-II-Diabetes)	1 695 483	2,7
4	E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	1 258 082	2,0
5	E66	Adipositas	1 182 337	1,9
6	I50	Herzinsuffizienz	1 123 575	1,8
7	I48	Vorhofflattern und Vorhofflimmern	1 066 974	1,7
8	E87	Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Blasen-Gleichgewichts	1 055 409	1,7
9	Z92	Medizinische Behandlung in der Eigenanamnese	904 757	1,4
10	N18	Chronische Niereninsuffizienz	900 167	1,4
11	Z95	Vorhandensein von kardialen oder vaskulären Implantaten oder Transplantaten	849 425	1,4
12	O09	Schwangerschaftsdauer	803 563	1,3
13	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	728 888	1,2
14	Z37	Resultat der Entbindung	650 439	1,0
15	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	618 224	1,0
16	R32	Nicht näher bezeichnete Harninkontinenz	592 614	0,9
17	E86	Volumenmangel	524 342	0,8
18	I11	Hypertensive Herzkrankheit	494 448	0,8
19	Z74	Probleme mit Bezug auf Pflegebedürftigkeit	493 389	0,8
20	F17	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak	485 832	0,8
21	D62	Akute Blutungsanämie	482 996	0,8
22	C78	Sekundäre bösartige Neubildung der Atmungs- und Verdauungsorgane	477 123	0,8
23	B96	Sonstige Bakterien als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind	471 971	0,8
24	K29	Gastritis und Duodenitis	455 177	0,7
25	R15	Stuhlinkontinenz	432 358	0,7

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2007

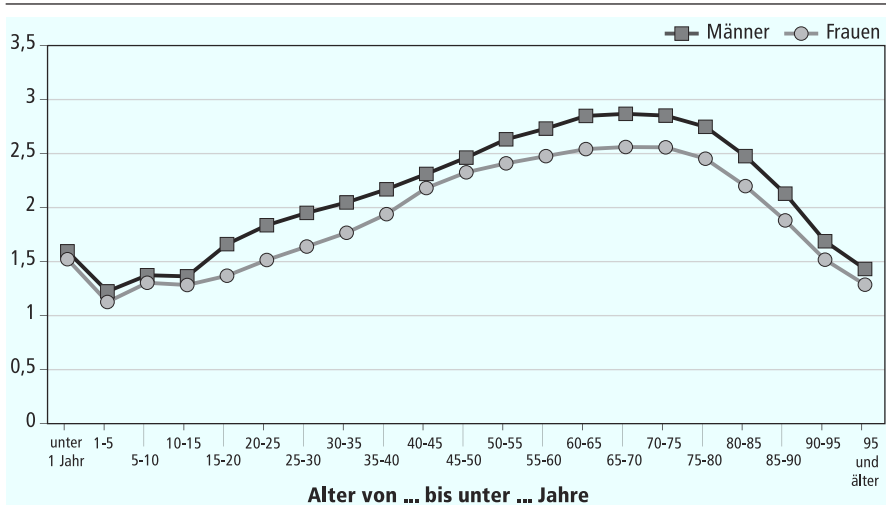
WiDo

Operationen und Prozeduren bei den Patientinnen und Patienten, die in Krankenhäusern des Saarlandes und in Hamburg behandelt wurden (jeweils 2,6), am höchsten.

Die durchschnittliche Anzahl der während eines Krankenhausaufenthaltes durchgeführten Operationen und Prozeduren pro Fall stieg bei Frauen und Männern

Abbildung 18–5

Durchschnittliche Anzahl der Operationen und Prozeduren pro Krankenhausfall 2005 nach Alter und Geschlecht



Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2007

WldO

bis zur Altersgruppe der 70- bis unter 75-Jährigen kontinuierlich an. Sie lag im Jahr 2005 bei den 70- bis unter 75-Jährigen mit durchschnittlich 2,6 Operationen und Prozeduren pro Patientin sowie 2,9 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 2005 bei den über 90-Jährigen etwa so hoch wie bei den unter 20-Jährigen.

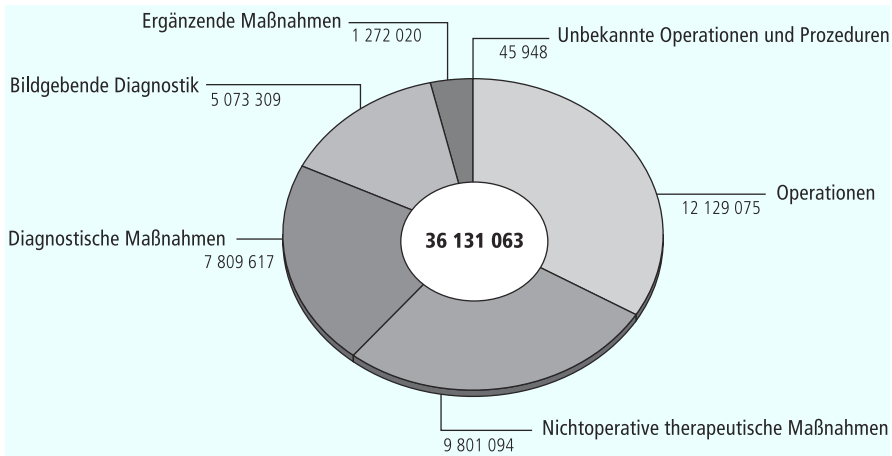
Auch lag die durchschnittliche Anzahl der Operationen und Prozeduren pro Krankenhausfall bei Männern durchgängig in allen Altersgruppen über der entsprechenden Anzahl bei Frauen (Abbildung 18–5).

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 27,1 % auf nichtoperative therapeutische Maßnahmen (9,8 Mill.), 21,6 % auf diagnostische Maßnahmen (7,8 Mill.) und 14,0 % auf die bildgebende Diagnostik (5,1 Mill.). Am häufigsten wurden aber Operationen (12,1 Mill.) mit einem Anteil von 33,6 % bei den Patientinnen und Patienten veranlasst (Abbildung 18–6).

Im Vergleich der in den verschiedenen Altersgruppen angewandten Maßnahmen dieser Art wurde die bildgebende Diagnostik bei den 60- bis unter 85-jährigen

Abbildung 18–6
Operationen und Prozeduren 2005 nach OPS-Kapitel



Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2007

WIdO

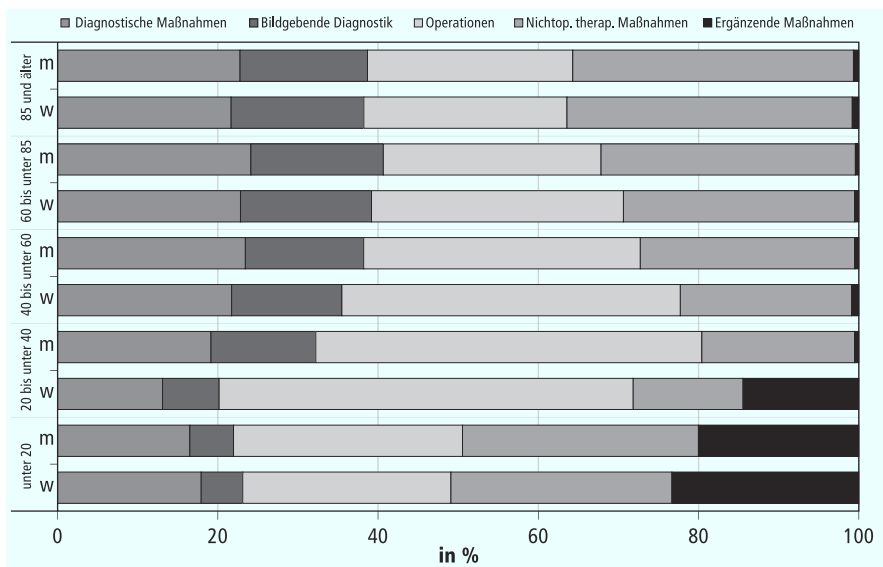
Männern und bei den über 85-jährigen Frauen am häufigsten angewandt. Bei den ergänzenden Maßnahmen verhielt es sich umgekehrt: Während etwa jede fünfte Prozedur bei den unter 20-Jährigen eine ergänzende Maßnahme darstellte, waren sie mit Ausnahme der 20- bis unter 40-jährigen Frauen in allen anderen Altersgruppen für beide Geschlechter nur von sehr geringer Bedeutung. Operationen waren mit Abstand die häufigste Prozedur bei den 20- bis unter 40-Jährigen: Fast die Hälfte der Maßnahmen bei Frauen und Männern in dieser Altersgruppen entfiel auf Operationen. Auch im Vergleich mit den anderen Altersgruppen dominierten die Operationen bei den 20- bis unter 40-Jährigen. Nichtoperative therapeutische Maßnahmen waren die häufigste Prozedur bei den über 85-Jährigen und wurden im Vergleich zu anderen Altersgruppen deutlich häufiger durchgeführt. Diagnostische Maßnahmen spielten bei den über 40-Jährigen eine vergleichsweise größere Rolle (Abbildung 18–7).

Werden die durchgeführten Operationen differenziert für sich betrachtet (siehe Tabelle 18-5), dann waren die Spitzenreiter unter allen insgesamt durchgeführten Eingriffen dieser Art auf Ebene der so genannten Bereichsüberschriften Operationen an den Bewegungsorganen (3,1 Mill.), gefolgt von Operationen am Verdauungstrakt (2 Mill.) sowie Operationen an Haut und Unterhaut (0,9 Mill.).

Rund die Hälfte der Operationen wurde in den drei Fachabteilungen⁸ Allgemeine Chirurgie (28,8 %), Frauenheilkunde und Geburtshilfe (13,2 %) sowie Orthopädie (8,7 %) erbracht (Abbildung 18–8).

⁸ Maßgeblich für eine eindeutige Zuordnung der Operationen zu den Fachabteilungen ist hier die Fachabteilung mit der längsten Verweildauer.

Abbildung 18–7
Operationen und Prozeduren 2005 nach OPS-Kapiteln, Alter und Geschlecht



Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2007

WIdO

Nach Vierstellern des OPS aufgeschlüsselt, erfolgte bei Frauen am häufigsten die Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur/Damriss (219 600 Fälle), die arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken (151 400 Fälle) sowie die Episiotomie (Dammschnitt) und Naht (142 000 Fälle). Bei Männern lag an erster Stelle der Verschluss einer Hernia inguinalis (Leistenbruch – 161 000 Fälle), an zweiter Stelle wie bei den Frauen die arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken (139 300 Fälle) sowie an dritter Stelle die chirurgische Wundtoilette (Wunddebridement) und Entfernung von erkranktem Gewebe (112 500 Fälle). Tabelle 18–6 weist die 30 häufigsten Operationen nach Vierstellern aus, die fast 40 % aller durchgeführten Operationen ausmachen. Eine differenzierte Übersicht für die männlichen und weiblichen Behandelten ist im Internetportal www.krankenhaus-report-online.de zu finden (Zusatztable 18–f und 18–g).

Tabelle 18–7 gibt einen Überblick über die 30 häufigsten Operationen nach Dreistellern des OPS, die im Jahr 2005 erbracht wurden. Diese decken knapp 70 % aller operativen Eingriffe ab.

Tabelle 18–5

Operationen 2005 nach Bereichsüberschriften

OPS-Schlüssel	Prozedur ¹⁾	Insgesamt	Männlich	Weiblich	Insgesamt	Männlich	Weiblich
		Anzahl			Prozent		
5	Operationen	12 129 075	5 570 436	6 558 082	100,0	100,0	100,0
5-01–5-05	Operationen am Nervensystem	479 812	247 862	231 909	4,0	4,4	3,5
5-06–5-07	Operationen an endokrinen Drüsen	157 374	43 299	114 071	1,3	0,8	1,7
5-08–5-16	Operationen an den Augen	459 655	211 176	248 430	3,8	3,8	3,8
5-18–5-20	Operationen an den Ohren	139 740	78 330	61 399	1,2	1,4	0,9
5-21–5-22	Operationen an Nase und Nasennebenhöhlen	438 084	272 490	165 568	3,6	4,9	2,5
5-23–5-28	Operationen an Mundhöhle und Gesicht	325 267	172 572	152 665	2,7	3,1	2,3
5-29–5-31	Operationen an Pharynx, Larynx und Trachea	104 264	69 802	34 459	0,9	1,3	0,5
5-32–5-34	Operationen an Lunge und Bronchus	107 040	68 686	38 354	0,9	1,2	0,6
5-35–5-37	Operationen am Herzen	311 963	202 910	109 038	2,6	3,6	1,7
5-38–5-39	Operationen an den Blutgefäßen	616 864	328 257	288 593	5,1	5,9	4,4
5-40–5-41	Operationen am hämatopoetischen und Lymphgefäßsystem	104 797	43 068	61 718	0,9	0,8	0,9
5-42–5-54	Operationen am Verdauungstrakt	1 984 748	1 000 645	984 014	16,4	18,0	15,0
5-55–5-59	Operationen an den Harnorganen	507 654	322 159	185 480	4,2	5,8	2,8
5-60–5-64	Operationen an den männlichen Geschlechtsorganen	221 971	221 971	–	1,8	4,0	0,0
5-65–5-71	Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen	625 327	–	625 327	5,2	0,0	9,5
5-72–5-75	Geburtshilfliche Operationen	713 159	–	713 159	5,9	0,0	10,9
5-76–5-77	Operationen an Kiefer- und Gesichtsschädelknochen	62 564	39 062	23 496	0,5	0,7	0,4
5-78–5-86	Operationen an den Bewegungsorganen	3 124 451	1 452 970	1 671 309	25,8	26,1	25,5
5-87–5-88	Operationen an der Mamma	176 114	5 370	170 739	1,5	0,1	2,6

Tabelle 18-5
Fortsetzung

OPS-Schlüssel	Prozedur ¹⁾	Insgesamt	Männlich	Weiblich	Insgesamt	Männlich	Weiblich
		Anzahl			Prozent		
5	Operationen	12 129 075	5 570 436	6 558 082	100,0	100,0	100,0
5-89-5-92	Operationen an Haut und Unterhaut	896 110	490 561	405 521	7,4	8,8	6,2
5-93-5-99	Zusatzinformationen zu Operationen	572 117	299 246	272 833	4,7	5,4	4,2

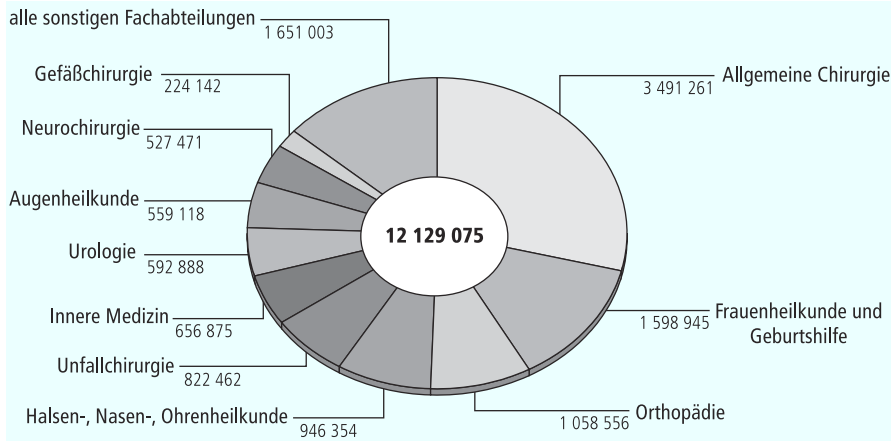
¹⁾ Ohne Duplikate.

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2007

WIdO

Abbildung 18–8
Operationen 2005 nach Fachabteilungen



Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2007

WidO

Tabelle 18–6
Die häufigsten Operationen 2005 nach Vierstellern

Rang	OPS-Schlüssel	Operation	Anzahl	Prozent
5		Operationen insgesamt²⁾	12 129 075	100,0
1	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenknorpel und an den Menisken	290 646	2,4
2	5-758	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtorgane nach Ruptur, post partum (Dammriss)	219 557	1,8
3	5-469	Andere Operationen am Darm	211 535	1,7
4	5-893	Chirurgische Wundtoilette (Wunddebridement) und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	201 673	1,7
5	5-820	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	194 453	1,6
6	5-511	Cholezystektomie	192 167	1,6
7	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	187 013	1,5
8	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	184 679	1,5
9	5-513	Endoskopische Operationen an den Gallengängen	175 616	1,4
10	5-032	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis	165 579	1,4
11	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	160 873	1,3
12	5-385	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	155 073	1,3
13	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	152 197	1,3
14	5-738	Episiotomie und Naht	141 974	1,2
15	5-683	Uterusexstirpation (Hysterektomie)	141 438	1,2

Tabelle 18–6

Fortsetzung

Rang	OPS-Schlüssel	Operation	Anzahl	Prozent
16	5-470	Appendektomie	138 471	1,1
17	5-794	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens mit Osteosynthese	138 452	1,1
18	5-144	Extrakapsuläre Exzision der Linse (ECCE)	134 495	1,1
19	5-215	Operationen an der unteren Nasenmuschel (Concha nasalis)	133 259	1,1
20	5-810	Arthroskopische Gelenkrevision	132 409	1,1
21	5-822	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk	128 932	1,1
22	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	127 697	1,1
23	5-749	Andere Sectio caesarea	124 219	1,0
24	5-831	Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe	121 703	1,0
25	5-793	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	110 640	0,9
26	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarms	109 826	0,9
27	5-892	Andere Inzision an Haut und Unterhaut	108 525	0,9
28	5-800	Offen chirurgische Revision eines Gelenkes	106 604	0,9
29	5-573	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase	105 410	0,9
30	5-894	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	104 935	0,9

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 2007

WIdO

Tabelle 18–7

Die häufigsten Operationen 2005 nach Dreistellern

Rang	OPS-Schlüssel	Operation	Anzahl	Prozent
	5	Operationen²⁾	12 129 075	100,0
1	5-81	Arthroskopische Gelenkoperationen	660 480	5,4
2	5-78	Operationen an anderen Knochen	607 316	5,0
3	5-89	Operationen an Haut und Unterhaut	544 610	4,5
4	5-79	Reposition von Fraktur und Luxation	519 004	4,3
5	5-82	Endoprothetischer Gelenk- und Knochenersatz	398 959	3,3
6	5-51	Operationen an Gallenblase und Gallenwegen	386 252	3,2
7	5-38	Inzision, Exzision und Verschluss von Blutgefäßen	334 943	2,8
8	5-83	Operationen an der Wirbelsäule	326 962	2,7
9	5-53	Verschluss abdominaler Hernien	290 912	2,4

Tabelle 18–7
Fortsetzung

Rang	OPS-Schlüssel	Operation	Anzahl	Prozent
10	5-21	Operationen an der Nase	286 795	2,4
11	5-39	Andere Operationen an Blutgefäßen	281 921	2,3
12	5-46	Andere Operationen an Dünn- und Dickdarm	279 172	2,3
13	5-45	Inzision, Exzision, Resektion und Anastomose an Dünn- und Dickdarm	257 949	2,1
14	5-80	Offen chirurgische Gelenkoperationen	255 996	2,1
15	5-75	Andere geburtshilfliche Operationen	255 358	2,1
16	5-03	Operationen an Rückenmark, Rückenmarkhäuten und Spinalkanal	249 306	2,1
17	5-57	Operationen an der Harnblase	245 702	2,0
18	5-90	Operative Wiederherstellung und Rekonstruktion von Haut und Unterhaut	232 973	1,9
19	5-74	Sectio caesarea und Entwicklung des Kindes gesondert zu kodieren (9-262)	225 601	1,9
20	5-28	Operationen im Bereich des Naso- und Oropharynx	195 875	1,6
21	5-73	Andere Operationen zur Geburtseinleitung und unter der Geburt	193 381	1,6
22	5-68	Inzision, Exzision und Exstirpation des Uterus	187 347	1,5
23	5-85	Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeutel	165 169	1,4
24	5-65	Operationen am Ovar	161 846	1,3
25	5-47	Operationen an der Appendix	155 041	1,3
26	5-54	Andere Operationen in der Bauchregion	153 886	1,3
27	5-14	Operationen an der Linse	152 132	1,3
28	5-22	Operationen an den Nasennebenhöhlen	151 289	1,2
29	5-06	Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüse	149 984	1,2
30	5-15	Operationen an Retina, Choroidea und Corpus vitreum	146 553	1,2

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

Krankenhaus-Report 2007

WIdO

18.6 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

Tabelle 18–8

Durchlaufene Fachabteilungen 2005 nach Geschlecht

Durchlaufene Fachabteilungen	Patientinnen und Patienten					
	Insgesamt		Männlich		Weiblich	
	Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %
Eine Fachabteilung	14 844 481	92,4	6 783 588	91,5	8 059 889	93,1
Zwei Fachabteilungen	1 095 082	6,8	562 684	7,6	532 358	6,2
Drei und mehr	132 283	0,8	69 463	0,9	62 817	0,7

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2007

WIdO

durchlaufenen Fachabteilungen⁹ auf Basis ihrer individuellen Verlegungsketten vorgenommen werden.

Danach durchliefen die Patientinnen und Patienten im Durchschnitt 1,2 verschiedene Fachabteilungen. 92,4 % der Behandelten wurden dabei ausschließlich in einer Fachabteilung versorgt. Bei den Männern waren es 91,5 % und bei den Frauen 93,1 %. Behandlungen in zwei verschiedenen Fachabteilungen erfolgten in 6,8 % der Fälle. Die häufigsten Verlegungen gab es dabei zwischen den Fachabteilungen Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie, der Inneren Medizin und der Intensivmedizin sowie der Allgemeinen Chirurgie und Intensivmedizin. Behandlungen in mehr als drei verschiedenen Fachabteilungen waren mit 0,8 % nur noch sehr selten (Tabelle 18–8).

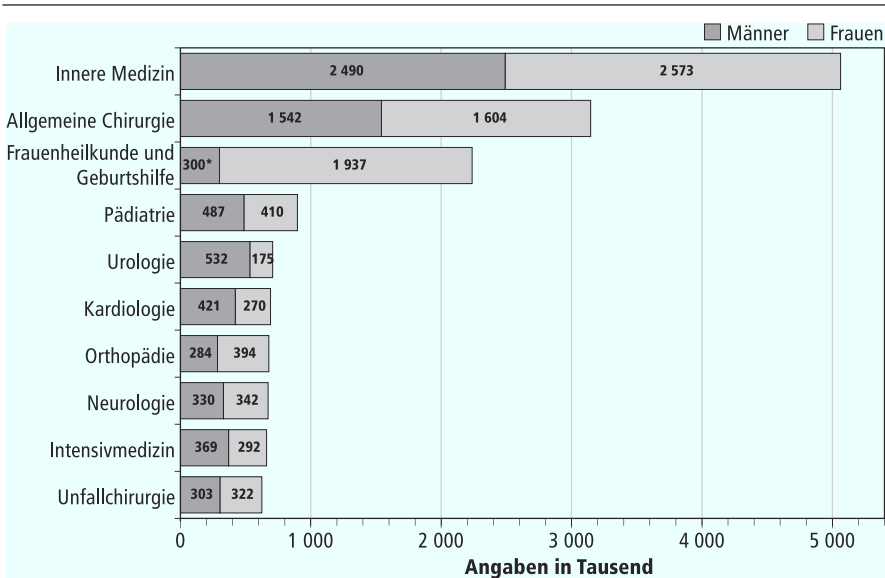
Der größte Teil der Patientinnen und Patienten wurde in den Fachabteilungen Innere Medizin (5,1 Mill. Fälle), Allgemeine Chirurgie (3,1 Mill. Fälle) sowie Frauenheilkunde und Geburtshilfe (2,2 Mill. Fälle) behandelt. Die durchschnittliche Verweildauer der Behandelten lag in den beiden erstgenannten Fachabteilungen bei 7,2 und 7,1 Tagen, bei der letztgenannten bei 4,8 Tagen (Abbildung 18–9).

Neben der Fachabteilung „Frauenheilkunde und Geburtshilfe“ war die Fachabteilung „Orthopädie“ die einzige Abteilung, in der im Jahr 2005 mit deutlichem Abstand mehr Frauen als Männer behandelt wurden.

Werden die Patientinnen und Patienten der Fachabteilung zugeordnet, in der sie sich während ihrer vollstationären Behandlung am längsten aufgehalten haben, bleiben nach wie vor die Innere Medizin mit 4,4 Mill. Fällen (27,5 %), die Allgemeine Chirurgie mit 2,7 Mill. Fällen (17,0 %) sowie die Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit 2,1 Mill. Fällen (12,9 %) die patientenstärksten Fachabteilungen. Auf dieser Basis betrug die durchschnittliche Verweildauer in der Inneren Medizin 8,2 Tage, in der Chirurgie 8,3 Tage sowie in der Frauenheilkunde/Geburtshilfe 5,0 Tage.

⁹ 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 18–9
Die zehn patientenstärksten Fachabteilungen nach Geschlecht¹⁰



* hauptsächlich gesunde männliche Neugeborene

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2007

Wido

Am häufigsten wurden die Patientinnen und Patienten der Inneren Medizin aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems behandelt. In 241 300 Fällen war Herzinsuffizienz (I50) Ursache der Behandlung und betraf 5,5 % aller Patientinnen und Patienten dieser Abteilung. Die entsprechende durchschnittliche Verweildauer lag bei 11,9 Tagen. Jüngere waren davon kaum betroffen, rund 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 181 300 Behandlungsfällen. Sie war Ursache in 4,1 % aller Fälle in dieser Abteilung und betraf mit rund 63 % in erster Linie ebenfalls die über 65-Jährigen. Die durchschnittliche Verweildauer lag hier bei 5,4 Tagen.

Die Pneumonie (Lungenentzündung) mit nicht näher bezeichnetem Erreger (J18) war für 3,4 % der Fälle verantwortlich. Patientinnen und Patienten mit dieser Diagnose verbrachten im Schnitt 11 Tage im Krankenhaus. Der weitaus größte Teil der Behandelten war auch hier 65 Jahre und älter (73,9 %).

Insgesamt wurden in der Inneren Medizin rund 6,5 Mill. Operationen und medizinische Prozeduren, darunter 530 600 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 Exzision und Destruktion von erkrank-

¹⁰ Patientinnen und Patienten, die in verschiedenen Fachabteilungen behandelt wurden, werden auch entsprechend mehrfach nachgewiesen.

tem Gewebe des Dickdarmes (5-452) und der Implantation eines Herzschrittmachers und Defibrillators (5-377). Rund 70% bis 88% der Patientinnen und Patienten mit diesen Operationen in der Inneren Medizin waren 65 Jahre und älter (Tabelle 18-9 und 18-10).

In der zweiten an dieser Stelle ausgewiesenen Fachabteilung, der Allgemeinen Chirurgie, wurden insgesamt 2,7 Mill. Fälle für die durchschnittliche Dauer von 8,3 Tagen stationär im Krankenhaus behandelt.

Mit einem Anteil von 5,8% wurden die Patientinnen und Patienten der Allgemeinen Chirurgie am häufigsten aufgrund eines Leistenbruchs (K40) stationär versorgt (159 100 Fälle). Sie verbrachten durchschnittlich 4,5 Tage im Krankenhaus. Jüngere Patienten bis unter 15 Jahre waren hiervon kaum betroffen, dagegen waren 41,8% 65 Jahre und älter, 35,9% 45 bis unter 65 Jahre und noch 20,9% 15 bis unter 45 Jahre alt.

Die zweithäufigste in der Chirurgie behandelte Diagnose war mit einem Anteil von 5,7% und 154 300 Fällen die Cholelithiasis (Gallensteinleiden). Der größte Teil der Patientinnen und Patienten mit dieser Diagnose war zwischen 45 bis unter 65 Jahre alt (37,2%) sowie 65 Jahre und älter (35,2%).

Der dritthäufigste Grund für eine vollstationäre Behandlung in der Chirurgie war die akute Appendizitis (Blinddarmentzündung), die bei 102 200 Patientinnen und Patienten behandelt wurde. Der Krankenhausaufenthalt mit dieser Diagnose dauerte im Schnitt 6,0 Tage und betraf vor allem die Altersgruppe der 15- bis unter 45-Jährigen (57,4%) und die unter 15-Jährigen (17,7%).

Zusammengenommen wurden in der Allgemeinen Chirurgie über 5,9 Mill. Operationen und Prozeduren, darunter knapp 3,2 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 der arthroskopischen Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken (5-812). Mit 42,0% bzw. 37,9% war sowohl bei dem Verschluss eines Leistenbruchs als auch der Gallenblasenentfernung der jeweils größte Teil der Operierten 65 Jahre und älter. Arthroskopischen Operationen mussten sich vor allem die 45- bis unter 65-Jährigen unterziehen (43,1%).

18.7 Ausblick

18

Die *Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik* liefert über die Merkmale der bestehenden amtlichen Krankenhausstatistik hinaus weitere wichtige Informationen zum Morbiditätsgeschehen sowie zum Volumen und zur Struktur der Leistungsnachfrage in der stationären Versorgung. Der Informationszugewinn erstreckt sich mit der neuen Statistik vor allem auf die Erweiterung der Hauptdiagnosen um Nebendiagnosen und den Bereich der Operationen und medizinischen Prozeduren. Neben den Veröffentlichungen im Rahmen der Fachserie¹¹ sind auf Anfrage Sonderauswertungen (je nach Umfang und Aufwand u. U. kostenpflichtig) erhältlich. Ein

¹¹ Siehe Fußnote 1.

Tabelle 18–9

Patientinnen und Patienten mit den häufigsten Hauptdiagnosen in den Fachabteilungen Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie 2005

ICD-Pos.	Diagnose / Behandlungsanlass	Patienten					
		Durchschnittl. Verweildauer	Insgesamt ²⁾	davon im Alter von bis unter ... Jahren			
				0–15	15–45	45–65	65 und älter
in Tagen	Anzahl	Anzahl					
Innere Medizin							
Fachabteilung Innere Medizin insgesamt		8,2	4 419 307	10 561	576 385	1 108 234	2 724 126
I50	Herzinsuffizienz	11,9	241 349	1	1 889	23 904	215 555
I20	Angina pectoris	5,4	181 325	1	8 334	59 050	113 940
J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	11,0	149 797	352	14 859	23 916	110 670
I48	Vorhofflattern und Vorhofflimmern	7,3	128 206	0	4 986	31 592	91 628
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	6,4	126 778	5	9 472	37 366	79 935
I21	Akuter Myokardinfarkt	9,3	126 320	1	5 290	33 513	87 516
J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheiten	10,7	120 720	48	2 948	28 248	89 476
E11	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus	11,9	110 479	14	4 856	28 945	76 664
R55	Synkope und Kollaps	6,2	100 862	226	14 036	18 989	67 611
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	4,7	94 620	1 023	47 171	38 472	7 954
I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	5,3	81 381	0	2 040	26 877	52 464
G47	Schlafstörungen	1,7	75 132	50	10 748	39 839	24 495
C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	8,5	74 487	0	1 899	28 236	44 352
K29	Gastritis und Duodenitis	5,9	72 658	86	15 899	19 238	37 435
I63	Hirminfarkt	12,4	65 467	1	785	8 414	56 267
G45	Zerebrale transitorische ischämische Attacken und verwandte Syndrome	7,9	65 282	2	1 206	8 708	55 366

Tabelle 18–9
Fortsetzung

ICD-Pos.	Diagnose / Behandlungsanlass	Durchschnittl. Verweildauer	Insgesamt ²⁾	Patienten			
				davon im Alter von bis unter ... Jahren			
				0–15	15–45	45–65	65 und älter
		in Tagen	Anzahl	Anzahl			
Innere Medizin							
R07	Hals- und Brustschmerzen	3,2	49 077	42	13 078	18 763	17 194
A09	Diarrhoe und Gastroenteritis, vermutlich infektiösen Ursprungs	5,8	46 622	672	15 196	8 398	22 356
K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	6,6	44 451	210	11 814	8 607	23 820
I11	Hypertensive Herzkrankheit	7,6	43 472	0	1 272	11 120	31 080
Allgemeine Chirurgie insgesamt							
Fachabteilung Allgemeine Chirurgie insgesamt		8,3	2 728 340	100 849	713 443	804 021	1 110 025
K40	Hernia inguinalis (Leistenbruch)	4,5	159 119	2 144	33 243	57 158	66 574
K80	Cholelithiasis	7,0	154 327	250	42 403	57 376	54 298
K35	Aktue Appendizitis	6,0	102 178	18 132	58 637	16 176	9 233
S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenks	9,9	87 386	3 590	29 842	29 628	24 326
S06	Intrakranielle Verletzungen	2,8	86 537	12 599	36 241	14 328	23 369
S72	Fraktur des Femurs	16,8	80 467	753	4 090	8 335	67 289
E04	Sonstige nichttoxische Struma	5,0	67 048	48	19 677	32 440	14 883
S52	Fraktur des Unterarms	5,2	65 707	7 594	12 067	16 267	29 779
K56	Paralytischer Ileus und mechanischer Ileus ohne Hernie	8,6	65 623	1 638	10 552	14 976	38 456
I70	Atherosklerose	15,8	61 714	–	914	17 041	43 759
I83	Varizen der unteren Extremitäten	4,2	60 806	14	11 670	27 893	21 229

Tabelle 18–9
Fortsetzung

ICD-Pos.	Diagnose / Behandlungsanlass	Durchschnittl. Verweildauer	Insgesamt ²⁾	Patienten			
				davon im Alter von bis unter ... Jahren			
				0–15	15–45	45–65	65 und älter
		in Tagen	Anzahl	Anzahl			
Allgemeine Chirurgie insgesamt							
K57	Divertikulose des Darmes	12,9	59 297	8	6 656	23 399	29 234
M17	Gonarthrose (Arthrose des Kniegelenkes)	11,4	57 745	–	2 004	17 326	38 415
M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes	3,5	50 077	208	13 118	21 389	15 362
S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarms	9,5	49 625	3 168	9 477	11 033	25 947
C18	Bösartige Neubildung des Dickdarmes	16,3	47 826	4	1 264	11 941	34 617
K43	Hernia ventralis	8,1	41 143	103	5 967	15 677	19 396
M16	Koxarthrose (Arthrose des Hüftgelenkes)	15,6	38 592	–	667	9 785	28 140
I84	Hämorrhoiden	4,1	36 801	29	12 867	14 927	8 978
C20	Bösartige Neubildung des Rektums	14,9	35 035	–	994	12 370	21 671

¹⁾ Fachabteilung mit der längsten Verweildauer.

²⁾ Einschließlich Fälle mit unbekanntem Alter.

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2007

WiDO

Tabelle 18–10

Häufigste Operationen 2005 in den Fachabteilungen Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie

Rang	Maßnahme ²⁾	Insgesamt ⁴⁾		Davon im Alter von ... bis unter ... Jahre			
		in %	Anzahl	0–15	15–45	45–65	65 und älter
				Anzahl			
Innere Medizin							
Insgesamt Operationen und Prozeduren			6 548 580	5 575	611 294	1 710 198	4 221 513
	Operationen Kapitel 5 ³⁾	100	530 651	257	30 904	120 643	378 847
1	5-513 Endoskopische Operationen an den Gallengängen	17,2	91 012	15	7 242	20 612	63 143
2	5-452 Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	11,7	62 303	0	1 919	15 257	45 127
3	5-377 Implantation eines Herzschrittmachers und Defibrillators	7,3	38 560	0	341	4 124	34 095
4	5-431 Gastrostomie	6,0	32 094	5	641	3 521	27 927
5	5-399 Andere Operationen an Blutgefäßen	5,7	30 263	0	1 517	10 023	18 723
6	5-469 Andere Operationen am Darm	5,0	26 452	3	1 559	6 577	18 313
7	5-429 Andere Operationen am Ösophagus	3,6	19 350	4	1 860	7 568	9 918
8	5-449 Andere Operationen am Magen	3,4	18 274	1	1 124	4 351	12 798
9	5-378 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators	3,0	15 910	2	209	1 591	14 108
10	5-893 Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	2,9	15 566	12	563	3 350	11 641
Allgemeine Chirurgie							
Insgesamt Operationen und Prozeduren			5 950 892	80 455	1 080 044	1 845 100	2 945 285
	Operationen Kapitel 5 ³⁾	100%	3 199 460	59 425	728 585	1 053 846	1 357 599
1	5-511 Cholezystektomie	5,4	172 379	235	43 508	63 278	65 358
2	5-530 Verschuß einer Hernia inguinalis	5,0	160 014	2 315	33 078	57 450	67 171

Tabelle 18–10
Fortsetzung

Rang	Maßnahme ²⁾	Insgesamt ⁴⁾		Davon im Alter von ... bis unter ... Jahre				
		in %	Anzahl	0–15	15–45	45–65	65 und älter	
				Anzahl				
Allgemeine Chirurgie								
3	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	3,8	121 310	596	28 226	52 344	40 144
4	5-470	Appendektomie	3,7	117 978	20 172	68 635	18 198	10 973
5	5-469	Andere Operationen am Darm	3,5	111 998	681	17 453	35 911	57 952
6	5-893	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	2,6	84 708	1 238	16 424	23 142	43 904
7	5-455	Partielle Resektion des Dickdarmes	2,5	81 313	48	6 694	25 305	49 266
8	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	2,4	77 574	7 615	12 557	13 764	43 638
9	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	2,4	76 959	1 797	23 302	25 719	26 141
10	5-385	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	2,3	74 048	19	14 860	34 687	24 482

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 2007

WIdO

Ausbau der Statistik mit weiteren Daten zum DRG-Leistungsgeschehen in der stationären Versorgung insbesondere unter dem gesundheitsökonomischen Blickwinkel im Zuge der DRG-Konvergenz ist in Vorbereitung. Dies bezieht sich z. B. auf abgerechnete Entgeltarten und DRG-Fallpauschalen.

In der Rubrik „Daten und Analysen“ des Krankenhaus-Reports werden im Rahmen der Berichterstattung des Statistischen Bundesamtes als fester Bestandteil ergänzend zu den aktuellen Grund-, Kosten- und Diagnosedaten der Krankenhäuser und Rehaeinrichtungen zukünftig die wichtigsten Ergebnisse einschließlich der jährlichen Veränderungen der *Fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik* dokumentiert.