



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

*Jutta Spindler*

- 21.1 Vorbemerkung – 414
- 21.2 Erläuterungen zur Datenbasis – 415
- 21.3 Eckdaten der vollstationär behandelten  
Krankenhauspatientinnen und -patienten – 416
- 21.4 Ausgewählte Hauptdiagnosen mit den wichtigsten  
Nebendiagnosen der Behandelten – 419
- 21.5 Operationen und medizinische Prozeduren – 424
- 21.6 Behandlungsspektrum bei den Patientinnen und Patienten  
in den Fachabteilungen – 433
- 21.7 Leistungsmengen und Leistungsstrukturen  
der Krankenhäuser – 440

**Elektronisches Zusatzmaterial** Die Online-Version dieses Kapitels ([https://doi.org/10.1007/978-3-662-60487-8\\_21](https://doi.org/10.1007/978-3-662-60487-8_21)) enthält Zusatzmaterial, das den Nutzern zur Verfügung steht.

© Der/die Autor(en) 2020

J. Klauber et al. (Hrsg.), *Krankenhaus-Report 2020*, [https://doi.org/10.1007/978-3-662-60487-8\\_21](https://doi.org/10.1007/978-3-662-60487-8_21)

## ■ ■ Zusammenfassung

Mit den DRG-Daten nach § 21 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) steht den Nutzerinnen und Nutzern im Rahmen des Angebots des Statistischen Bundesamtes seit dem Jahr 2005 neben den Grund- und Kostendaten und den Diagnosedaten der Krankenhäuser eine weitere wichtige Datenquelle zur Verfügung. Gegenstand dieses Beitrags sind zentrale Ergebnisse zur stationären Versorgung des Jahres 2018, die das Informationsspektrum der herkömmlichen amtlichen Krankenhausstatistik ergänzen und erweitern. Im Vordergrund stehen die Art und Häufigkeit durchgeführter Operationen und medizinischer Prozeduren sowie die Darstellung wichtiger Hauptdiagnosen, ergänzt um ihre jeweiligen Nebendiagnosen auch unter fachabteilungsspezifischen Gesichtspunkten der vollstationär behandelten Krankenhauspatientinnen und -patienten. Ausgewählte Ergebnisse zum erbrachten Leistungsspektrum der Krankenhäuser, insbesondere zur Art und zum Umfang der abgerechneten Fallpauschalen (DRGs), den Hauptdiagnosegruppen (MDCs) sowie zum Casemix (CM) und Casemix-Index (CMI) werden in diesem Beitrag ebenfalls dargestellt.

*In addition to basic and cost data and hospital diagnosis data, the DRG data in accordance with § 21 of the Hospital Remuneration Act (KHEntgG) have been an important data source for users of the German Federal Statistical Office's services since 2005. The article provides key findings on inpatient care in Germany in 2018, thus supplementing and extending the information spectrum of conventional official hospital statistics. The focus is on the type and frequency of surgical and medical procedures performed as well as important main diagnoses of inpatients supplemented by their respective secondary diagnoses, which are also considered under department-specific aspects. Additionally, the author presents selected data on the range of services provided by hospitals, in particular on the type and scope of DRGs, Major Diagnostic Categories (MDCs), Case Mix (CM) and Case Mix Index (CMI).*

## 21.1 Vorbemerkung

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

In diesem Kontext wurde auch die Übermittlungsverpflichtung der Krankenhäuser für DRG-Daten einschließlich aller Leistungen, die nach Fallpauschalen abgerechnet werden, festgeschrieben. Zur Optimierung und Weiterentwicklung der bisherigen amtlichen Krankenhausstatistik wird über das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) ein ausgewähltes und gesetzlich genau definiertes Merkmalsspektrum dieser umfangreichen Struktur- und Leistungsdaten an das Statistische Bundesamt übermittelt. Auf dieser Basis stehen Informationen über die *Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik)* zur Verfügung.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Nach § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 29 des Gesetzes vom 20. November 2019 (BGBl. I S. 1626) geändert worden ist, ist die Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen festgelegt. Seit dem 1. Januar 2018 kommt das Vergütungssystem verbindlich für alle Einrichtungen zur Anwendung.

<sup>2</sup> Ergebnisse der *Fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik* finden sich auf den Internetseiten des Statistischen Bundesamtes unter [www.destatis.de](http://www.destatis.de) im Themenbereich Gesellschaft & Umwelt > Gesundheit > Krankenhäuser. Ausgewählte Daten können auch über die Datenbank der Gesund-

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

Im Folgenden werden zentrale Ergebnisse zur stationären Versorgung des Berichtsjahres 2018 dargestellt, die das Informationsspektrum der herkömmlichen amtlichen Krankenhausstatistik ergänzen und erweitern.

## 21.2 Erläuterungen zur Datenbasis

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

gen nach § 17d Abs. 1 KHG unberücksichtigt.

Die folgenden Auswertungen für das Jahr 2018 beruhen auf den Struktur- und Leistungsdaten von 1.459 Krankenhäusern und umfassen rund 18,8 Mio. 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 2018 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 sind bei verschiedenen Merkmalen zum Teil deutliche Abweichungen zur *Fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik* (z. B. bei der Fallzahl und durchschnittlichen Verweildauer der vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten) festzustellen. Diese Abweichungen sind vor allem darauf zurückzuführen, dass bei der *Fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik* keine Daten von Einrichtungen und Patienten einbezogen sind, die nach der Bundespflegegesetzverordnung (BPflV) abgerechnet werden und außerhalb des Geltungsbereichs des DRG-Entgeltsystems liegen. Dies sind vor allem Einrichtungen der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapeutischen Medizin.<sup>3</sup> Daher sind diese Statistiken nur bedingt miteinander vergleichbar und vielmehr als gegenseitige Ergänzung zu betrachten.

heitsberichterstattung des Bundes unter [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de) oder <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online> abgerufen werden. Die Erstellung von Sonderauswertungen ist auf Anfrage an [gesundheit@destatis.de](mailto:gesundheit@destatis.de) (je nach Umfang und Aufwand u. U. kostenpflichtig) ebenfalls möglich.

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

## 21.3 Eckdaten der vollstationär behandelten Krankenhauspatientinnen und -patienten

Nach der *Fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik* wurden im Jahr 2018 18,8 Mio. Patientinnen und Patienten<sup>4</sup> aus einer vollstationären Krankenhausbehandlung entlassen. Das waren 146.651 Fälle oder 0,8 % weniger als im Jahr zuvor. Altersstandardisiert<sup>5</sup> ging die Fallzahl im Vergleich zum Vorjahr um 1,1 % zurück. Zum zweiten Mal in Folge waren damit die Behandlungszahlen rückläufig. Zuvor waren die Behandlungszahlen kontinuierlich von 16,1 Mio. im Jahr 2005 auf knapp 19 Mio. gestiegen. Die durchschnittliche Verweildauer in den Einrichtungen lag wie im Vorjahr bei 6,1 Tagen. 52 % der Behandlungsfälle waren weiblich und 48 % männlich. Durchschnittlich waren die behandelten Frauen und Männer 56 Jahre alt. Je 100.000 Einwohner wurden 22.506 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 (125.084) und dem Personenkreis im höheren und sehr hohen Alter wie auch in den Vorjahren besonders hoch. Bei den über 75-Jährigen wurden beispielsweise 59.468 Patientinnen und Patienten je 100.000 Einwohner behandelt (■ Tab. 21.1)

Wohnortbezogen<sup>6</sup> gab es die meisten Behandlungsfälle je 100.000 Einwohner in

Sachsen-Anhalt (26.698 Fälle), in Thüringen (26.437 Fälle) und im Saarland (26.301 Fälle). Im Gegensatz dazu war die geringste Anzahl an Behandlungsfällen je 100.000 Einwohner in Baden-Württemberg (18.641 Fälle), Hamburg (18.914 Fälle) und Bremen (19.646 Fälle) zu verzeichnen (■ Tab. 21.1)<sup>7</sup>.

Auf Grundlage der siedlungsstrukturellen Regionstypen des Bundesamtes für Bauwesen und Raumordnung (BBR) ist hierzu ergänzend eine Unterscheidung nach städtischen Regionen, Regionen mit Verstärkeransätzen und ländlichen Regionen sowohl zwischen als auch innerhalb der Bundesländer möglich.<sup>8</sup> Unter anderem bedingt durch die Altersstruktur der Bevölkerung liegt insgesamt die Zahl der stationär versorgten Patientinnen und Patienten je 100.000 Einwohner in ländlichen Regionen (24.365 Fälle) deutlich höher als in städtischen Regionen (22.065 Fälle) und in Regionen mit Verstärkeransätzen (22.611 Fälle). Regional betrachtet wurden in ländlichen Regionen vor allem in den

<sup>7</sup> Dargestellt sind Ergebnisse für das Berichtsjahr 2017, da die Bevölkerungszahlen nach siedlungsstrukturellen Regionstypen für 2018 noch nicht vorliegen.

<sup>8</sup> Für die siedlungsstrukturellen Regionstypen gelten folgende Abgrenzungskriterien: *Städtische Regionen* umfassen Regionen, in denen mindestens 50 % der Bevölkerung in Groß- und Mittelstädten lebt und in der sich eine Großstadt mit rund 500.000 Einwohnern und mehr befindet sowie Regionen mit einer Einwohnerdichte ohne Berücksichtigung der Großstädte von mindestens 300 Einwohner/km<sup>2</sup>; *Regionen mit Verstärkeransätzen* sind Regionen, in denen mindestens 33 % der Bevölkerung in Groß- und Mittelstädten lebt mit einer Einwohnerdichte zwischen 150 und 300 Einwohner/km<sup>2</sup> sowie Regionen, in denen sich mindestens eine Großstadt befindet und die eine Einwohnerdichte ohne Berücksichtigung der Großstädte von mindestens 100 Einwohner/km<sup>2</sup> aufweisen; *Ländliche Regionen* schließen Regionen ein, in denen weniger als 33 % der Bevölkerung in Groß- und Mittelstädten lebt mit einer Einwohnerdichte unter 150 Einwohner/km<sup>2</sup> sowie Regionen, in denen sich zwar eine Großstadt befindet, aber die eine Einwohnerdichte ohne Berücksichtigung der Großstädte unter 100 Einwohner/km<sup>2</sup> beträgt. (Siehe [www.bbsr.bund.de](http://www.bbsr.bund.de) > Themen > Raumbearbeitung > Raumabgrenzungen > Siedlungsstrukturelle Regionstypen)

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

<sup>5</sup> Standardisiert ohne Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Ausland, unbekanntem Geschlecht und unbekanntem Alter. Berechnet mit der durchschnittlichen Bevölkerung 2018 auf Grundlage des Zensus 2011.

<sup>6</sup> Abgebildet ist hier die absolute Zahl der Behandlungsfälle nach ihrem Wohnort im Verhältnis zur tatsächlichen Bevölkerung je 100.000 Einwohner des jeweiligen Bundeslandes.

## 21.3 · Eckdaten der vollstationär behandelten Krankenhauspatienten

**■ Tabelle 21.1** Patientinnen und Patienten nach Behandlungs- und Wohnort sowie Behandlungsfälle je 100.000 Einwohner 2018 (Quelle: Statistisches Bundesamt 2019)

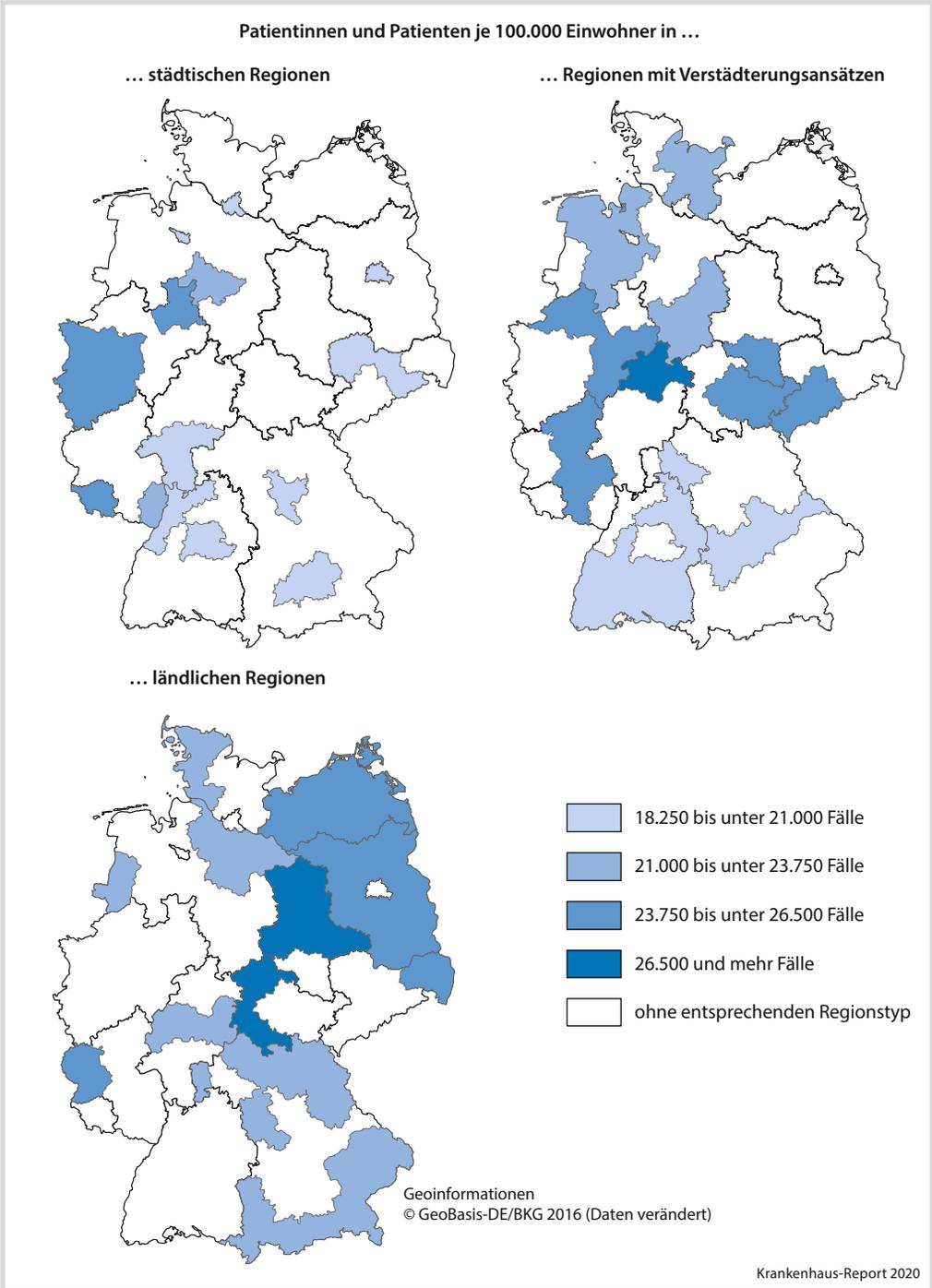
	Behandlungsort der Patienten	Wohnort der Patienten	Fälle* je 100.000 Einwohner
	Anzahl	Anzahl	
Baden-Württemberg	2.110.102	2.059.124	18.641
Bayern	2.917.001	2.859.553	21.934
Berlin	842.632	737.893	20.332
Brandenburg	539.157	637.858	25.433
Bremen	198.609	133.990	19.646
Hamburg	480.733	347.243	18.914
Hessen	1.328.228	1.362.981	21.792
Mecklenburg-Vorpommern	396.095	395.625	24.567
Niedersachsen	1.647.691	1.756.451	22.031
Nordrhein-Westfalen	4.456.814	4.421.627	24.671
Rheinland-Pfalz	914.403	965.872	23.678
Saarland	276.482	260.998	26.301
Sachsen	961.270	940.377	23.051
Sachsen-Anhalt	561.361	591.540	26.698
Schleswig-Holstein	562.338	622.501	21.516
Thüringen	561.655	567.647	26.437

\* auf Basis des Wohnorts. Berechnet mit der durchschnittlichen Bevölkerung 2018 auf Grundlage des Zensus 2011  
Krankenhaus-Report 2020

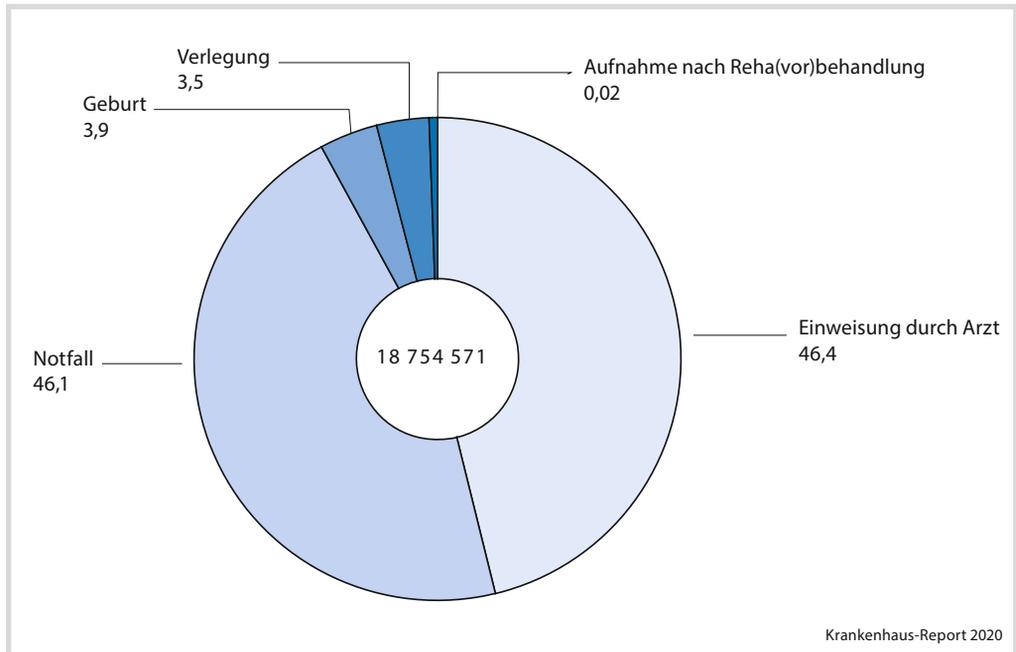
Bundesländern Thüringen (28.940 Fälle), Sachsen-Anhalt (27.603 Fälle) und Rheinland-Pfalz (25.553 Fälle) die meisten Patientinnen und Patienten je 100.000 Einwohner stationär behandelt. In Regionen mit Verstärkungsansätzen lagen Hessen (26.605 Fälle), wiederum Sachsen-Anhalt (26.228 Fälle) sowie Sachsen (26.063 Fälle) an der Spitze. Die vordersten Plätze in städtischen Regionen nahmen das Saarland (26.252 Fälle), Nordrhein-Westfalen (24.904 Fälle) und Rheinland-Pfalz (22.543 Fälle) ein (■ Abb. 21.1).

Unter Einbezug der Dauer des Krankenhausaufenthalts der Behandelten gab es 506.738 sogenannte Stundenfälle. Dies sind vollstationär

aufgenommene Patientinnen und Patienten, bei denen sich innerhalb des ersten Tages herausstellt, dass ein stationärer Aufenthalt nicht erforderlich ist oder Patientinnen und Patienten, die innerhalb des ersten Tages versterben. Im Jahr 2018 betrug ihr Anteil an allen Behandlungsfällen 2,7 %. Die Zahl der sogenannten Kurzlieger, d. h. Patientinnen und Patienten, die mindestens eine Nacht und höchstens drei Nächte im Krankenhaus verbringen, lag bei 8,6 Mio. Diese Patientengruppe entsprach einem Anteil von 45,9 % der Behandlungsfälle. Gegenüber dem Vorjahr war bei Kurzliegern ein Anstieg um 1,4 % und bei Stundenfällen ein Rückgang um 4,8 % zu verzeichnen.



**Abb. 21.1** Patientinnen und Patienten je 100.000 Einwohner 2017 nach Bundesland und Siedlungsstruktur (Regionstyp) (Quelle: Statistisches Bundesamt 2019)



■ **Abb. 21.2** Krankenhausfälle nach Aufnahmeanlass 2018, in % (Quelle: Statistisches Bundesamt 2019)

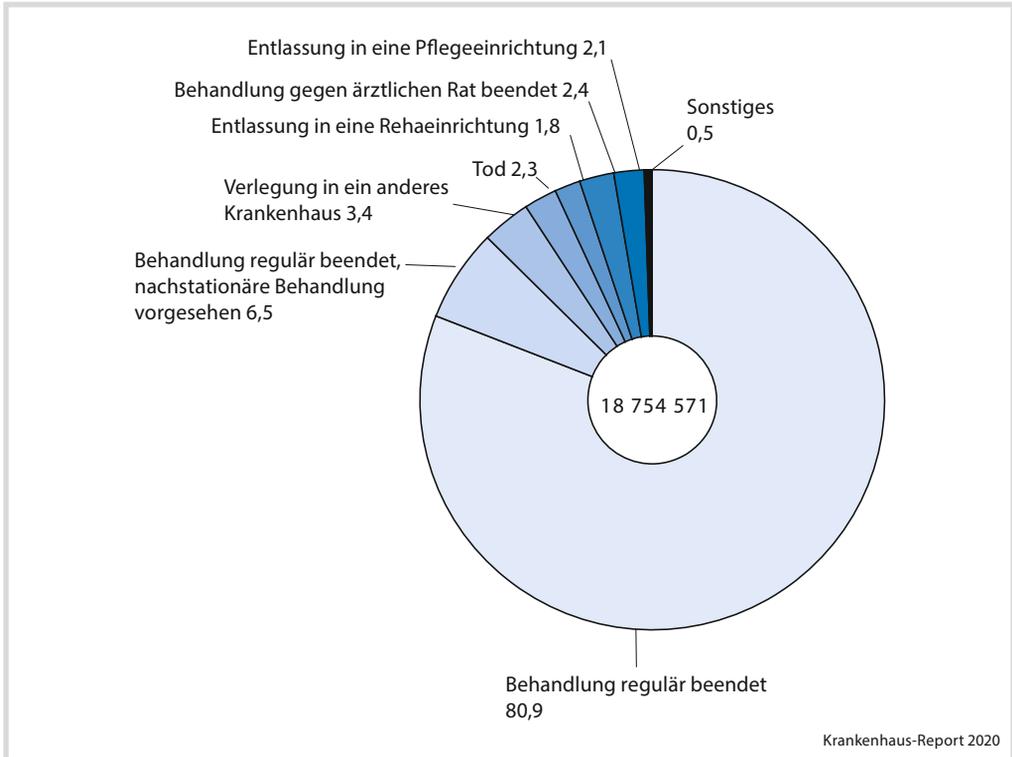
Im Hinblick auf den Aufnahmeanlass erfolgte im Jahr 2018 bei 46,4 % der Fälle die Aufnahme in die vollstationäre Krankenhausbehandlung aufgrund einer ärztlichen Einweisung. Bei 46,1 % war die Krankenhausaufnahme als Notfall bezeichnet (■ Abb. 21.2).

Der häufigste Entlassungsgrund bei den Patientinnen und Patienten war die reguläre Beendigung der Behandlung. In 80,9 % aller Fälle wurde die vollstationäre Krankenhausbehandlung durch eine reguläre Entlassung abgeschlossen. Eine reguläre Beendigung des Krankenhausaufenthalts lag auch vor, wenn eine nachstationäre Behandlung vorgesehen war (6,5 %). Entgegen ärztlichem Rat wurde die Behandlung in 2,4 % der Fälle abgebrochen. Die Unterbringung in einer Pflegeeinrichtung erfolgte in 2,1 % und die Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung mit einer entsprechenden Weiterbehandlung in 1,8 % der Fälle (■ Abb. 21.3).

## 21.4 Ausgewählte Hauptdiagnosen mit den wichtigsten Nebendiagnosen der Behandelten

Mit der *Fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik* stehen umfangreiche Informationen sowohl zu den Haupt- als auch den Nebendiagnosen zur Verfügung. Als Hauptdiagnose wird gemäß den Deutschen Kodierrichtlinien<sup>9</sup> die Diagnose angegeben, die nach Analyse als diejenige festgestellt wurde, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthalts der Patientin/des Patienten verantwortlich ist. Der Begriff „nach

<sup>9</sup> Die Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) werden jährlich von den Selbstverwaltungspartnern (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Spitzenverband Bund der Krankenkassen und Verband der privaten Krankerversicherung) und dem InEK unter Beteiligung von Bundesärztekammer und Deutschem Pflegerat angepasst. Sie können auf der Homepage des InEK unter [www.g-drg.de](http://www.g-drg.de) heruntergeladen werden.



■ **Abb. 21.3** Krankenhausfälle nach Entlassungsgrund 2018, in % (Quelle: Statistisches Bundesamt 2019)

Analyse“ bezeichnet die Evaluation der Befunde am Ende des stationären Aufenthalts. Die dabei festgestellte Hauptdiagnose muss daher nicht mit der Aufnahme- oder Einweisungsdiagnose übereinstimmen. Die Hauptdiagnose ist entsprechend der 10. Revision der Internationalen Statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme ICD-10 GM<sup>10</sup> zu kodieren.

Als relevante Nebendiagnose (Komorbidität und Komplikation) gelten Krankheiten oder

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

In Bezug auf die Hauptdiagnosekapitel wurden die Patientinnen und Patienten im Jahr 2018 mit Abstand am häufigsten aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems (2,8 Mio. Fälle) stationär behandelt. Weitere Behandlungsanlässe waren vor allem Verletzungen und Vergiftungen (2,0 Mio. Fälle) sowie Krankheiten des Verdauungssystems (1,9 Mio. Fälle). Bei Frauen spielten über Krankheiten des Kreislaufsystems sowie Verletzungen und Vergiftungen hinaus schwangerschaftsbedingte Behandlungen und damit verbundene Krank-

<sup>10</sup> 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.

## 21.4 · Ausgewählte Hauptdiagnosen mit den wichtigsten Nebendiagnosen

**■ Tabelle 21.2** Hauptdiagnose Herzinsuffizienz (I50) mit ihren häufigsten Nebendiagnosen und Operationen (Quelle: Statistisches Bundesamt 2019)

	<b>Pos.-Nr. ICD-10/Hauptdiagnose Herzinsuffizienz</b>		<b>Anzahl</b>	
	I50		455.849	
<b>Rang</b>	<b>Pos.-Nr. ICD-10/Nebendiagnose</b>		<b>Anzahl</b>	<b>in %</b>
<b>Insgesamt</b>			<b>5.788.962</b>	<b>100,0</b>
1	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	274.503	4,7
2	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	269.009	4,6
3	Z92	Medizinische Behandlung in der Eigenanamnese	245.323	4,2
4	I50	Herzinsuffizienz <sup>b</sup>	243.633	4,2
5	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	218.749	3,8
<b>Rang</b>	<b>Operationen nach Kapitel 5<sup>a</sup></b>		<b>Anzahl</b>	<b>in %</b>
<b>Insgesamt<sup>c</sup></b>	Insgesamt (einschl. der Pos. 5-93...5-99)		<b>51.377</b>	<b>100,0</b>
1	5-377	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders	10.268	20,0
2	5-378	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators	3.208	6,2
3	5-469	Andere Operationen am Darm	2.744	5,3
4	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	2.691	5,2
5	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	2.503	4,9

<sup>a</sup> Ohne Duplikate

<sup>b</sup> 4. oder 5. Stelle der Nebendiagnose weicht von der 4. oder 5. Stelle der Hauptdiagnose ab

<sup>c</sup> Operationen insgesamt beinhaltet auch die Pos. 5-93...5-99 (Zusatzinformationen zu Operationen), die aber hier nicht separat ausgewiesen wurden  
Krankenhaus-Report 2020

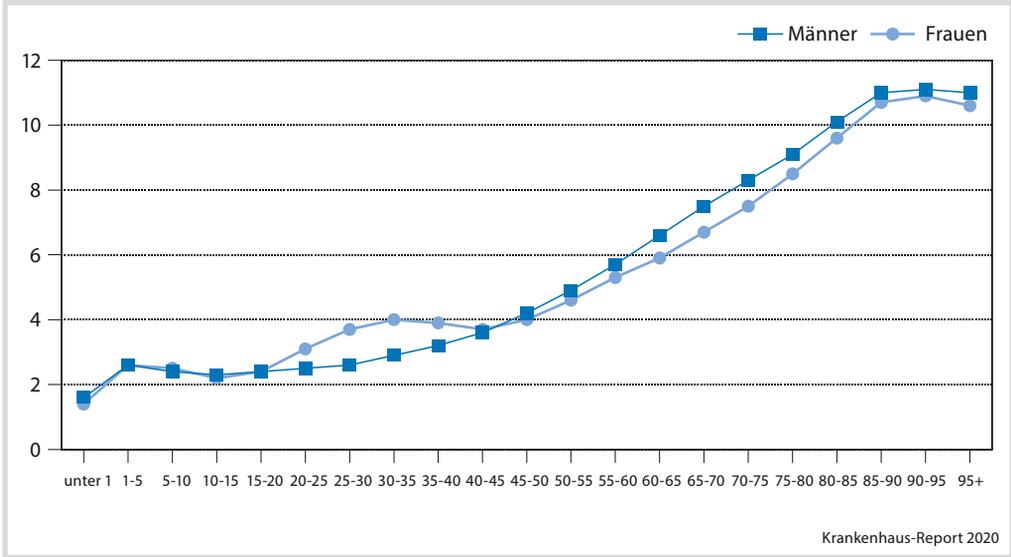
heiten eine große Rolle. Bei Männern dominierten neben den Krankheiten des Kreislauf- und Verdauungssystems weiterhin Neubildungen.

Lässt man die Versorgung gesunder Neugeborener (Z38) unberücksichtigt, war mit 455.849 Fällen die Herzinsuffizienz (I50) die am häufigsten gestellte Hauptdiagnose. Die wichtigsten zu diesem Krankheitsbild gestellten Nebendiagnosen waren in erster Linie die chronische ischämische Herzkrankheit (I25) sowie Vorhofflimmern und Vorhofflattern (I48). Durchgeführte Operationen bezogen sich bei den Behandelten mit dieser Haupt-

diagnose vor allem auf die Implantation eines Herzschrittmachers und Defibrillators (5-377), die Entfernung, den Wechsel und die Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators (5-378) sowie sonstige Operationen am Darm (5-469) (■ Tab. 21.2).

Eine Übersicht der weiteren wichtigen Hauptdiagnosen in Verbindung mit den entsprechenden Nebendiagnosen ist als elektronisches Zusatzmaterial unter [https://doi.org/10.1007/978-3-662-60487-8\\_21](https://doi.org/10.1007/978-3-662-60487-8_21) (Tab. 21.a) zu finden.

Im Jahr 2018 wurden durchschnittlich 6,3 Nebendiagnosen je Patientin/Patient ge-



▣ **Abb. 21.4** Durchschnittliche Anzahl der Nebendiagnosen pro Krankenhausfall nach Alter und Geschlecht 2018 (Quelle: Statistisches Bundesamt 2019)

stellt. 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 (▣ Abb. 21.4).

Im Durchschnitt werden bei Frauen nur in den Altersgruppen der 20- bis unter 45-Jährigen – vorwiegend verursacht durch die schwangerschaftsbedingten Behandlungen – mehr Nebendiagnosen als bei den Männern gestellt. Unterschiede zeigen sich auch, wenn nach dem Wohnort der Behandelten unterschieden wird. Danach weisen Patientinnen und Patienten aus Mecklenburg-Vorpommern (7,4 Nebendiagnosen), Brandenburg (7,1 Nebendiagnosen) sowie Sachsen-Anhalt, Thüringen und Sachsen (jeweils 7,0 Nebendiagnosen) im Schnitt etwas höhere Werte als Patientinnen und Patienten aus Hessen (5,5 Nebendiagno-

sen) sowie Bayern, Nordrhein-Westfalen und Hamburg (jeweils 6,1 Nebendiagnosen) auf.

Werden die gestellten Nebendiagnosen nach ihrer Rangfolge unabhängig von der Hauptdiagnose für sich betrachtet, stand bei den Patientinnen und Patienten mit großem Abstand an erster Stelle die essentielle primäre Hypertonie (I10), gefolgt von der medizinischen Behandlung in der Eigenanamnese (Z92) und der chronischen ischämischen Herzkrankheit (I25). Bei den Frauen waren über die essentielle primäre Hypertonie und medizinische Behandlung in der Eigenanamnese hinaus Probleme mit Bezug auf Pflegebedürftigkeit (Z74) eine weitere wichtige Begleiterkrankung. Die chronische ischämische Herzkrankheit spielte bei ihnen aber eine wesentlich geringere Rolle als bei Männern (Rang 12 zu Rang 3 der häufigsten Begleiterkrankungen). Insgesamt bilden bereits die in ▣ Tab. 21.3 aufgeführten fünfundzwanzig häufigsten Nebendiagnosen 42 % des Spektrums aller Begleiterkrankungen ab.

Eine ausführliche Darstellung der häufigsten Nebendiagnosen sowohl insgesamt als auch differenziert nach männlichen und weiblichen Behandelten ist als elektronisches Zusatzmate-

## 21.4 · Ausgewählte Hauptdiagnosen mit den wichtigsten Nebendiagnosen

**■ Tabelle 21.3** Die häufigsten Nebendiagnosen 2018 (Quelle: Statistisches Bundesamt 2019)

Rang	Pos.-Nr. ICD-10	Nebendiagnose	Anzahl	In %
		<b>Insgesamt</b>	<b>118.003.312</b>	100,0
1	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	6.836.628	5,8
2	Z92	Medizinische Behandlung in der Eigenanamnese	4.273.518	3,6
3	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	2.956.194	2,5
4	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	2.710.771	2,3
5	Z74	Probleme mit Bezug auf Pflegebedürftigkeit	2.599.271	2,2
6	E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	2.563.377	2,2
7	E87	Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts	2.478.055	2,1
8	Z95	Vorhandensein von kardialen oder vaskulären Implantaten oder Transplantaten	2.337.450	2,0
9	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	2.218.664	1,9
10	U50	Motorische Funktionseinschränkung	2.215.176	1,9
11	N18	Chronische Nierenkrankheit	2.019.788	1,7
12	I50	Herzinsuffizienz	2.001.982	1,7
13	E03	Sonstige Hypothyreose	1.665.588	1,4
14	J96	Respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert	1.262.226	1,1
15	B96	Sonstige näher bezeichnete Bakterien als Ursache von Krankheiten, die in and. Kapiteln klassifiziert sind	1.249.798	1,1
16	E66	Adipositas	1.212.514	1,0
17	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	1.182.355	1,0
18	Z03	Ärztliche Beobachtung und Beurteilung von Verdachtsfällen, Verdacht ausgeschlossen	1.164.456	1,0
19	B95	Streptokokken und Staphylokokken als Ursache von Krankheiten, die in and. Kapiteln klassifiziert sind	1.036.079	0,9
20	O09	Schwangerschaftsdauer	1.033.048	0,9
21	E86	Volumenmangel	989.954	0,8
22	Z96	Vorhandensein von anderen funktionellen Implantaten	923.725	0,8
23	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	893.832	0,8
24	Z86	Bestimmte andere Krankheiten in der Eigenanamnese	883.859	0,7
25	R26	Störungen des Ganges und der Mobilität	868.278	0,7

rial unter [https://doi.org/10.1007/978-3-662-60487-8\\_21](https://doi.org/10.1007/978-3-662-60487-8_21) (Tab. 21.b bis 21.d) zu finden.

## 21.5 Operationen und medizinische Prozeduren

Einen deutlichen Informationszugewinn, den die *Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik* im Vergleich zur herkömmlichen Krankenhausdiagnosestatistik bietet, stellen Informationen über die Art und Häufigkeit von Operationen und medizinischen Prozeduren dar, die bei den Patientinnen und Patienten während ihres vollstationären Krankenhausaufenthalts durchgeführt wurden.

Operationen und medizinische Prozeduren im stationären Bereich sowie ambulante Operationen, die im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung durchgeführt werden, werden anhand des amtlichen Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) kodiert.<sup>11</sup> Nach den Deutschen Kodierrichtlinien sind alle signifikanten operativen Eingriffe und medizinischen Prozeduren, die vom Zeitpunkt der Aufnahme bis zum Zeitpunkt der Entlassung bei den Behandelten vorgenommen werden und im amtlichen OPS abbildbar sind, von den Krankenhäusern zu kodieren.<sup>12</sup> Dies schließt neben

operativen Eingriffen auch diagnostische, therapeutische und pflegerische Prozeduren sowie die Verabreichung von speziellen Medikamenten ein.

Im Berichtsjahr 2018 wurden bei den vollstationär versorgten Patientinnen und Patienten rund 61,4 Mio. operative Maßnahmen und medizinische Prozeduren durchgeführt. Im Vergleich zum Vorjahr entspricht dies einem Zuwachs um 2,2 %. Auf einen Krankenhausfall entfielen damit im Durchschnitt 3,3 Maßnahmen dieser Art. Nach Bundesländern aufgeschlüsselt lag die durchschnittliche Zahl der Operationen und Prozeduren bei Patientinnen und Patienten, die in Krankenhäusern von Hamburg und Berlin (jeweils 3,6 Maßnahmen) behandelt wurden etwas höher als in Rheinland-Pfalz, Hessen, Niedersachsen und Sachsen-Anhalt (jeweils 3,1 Maßnahmen).

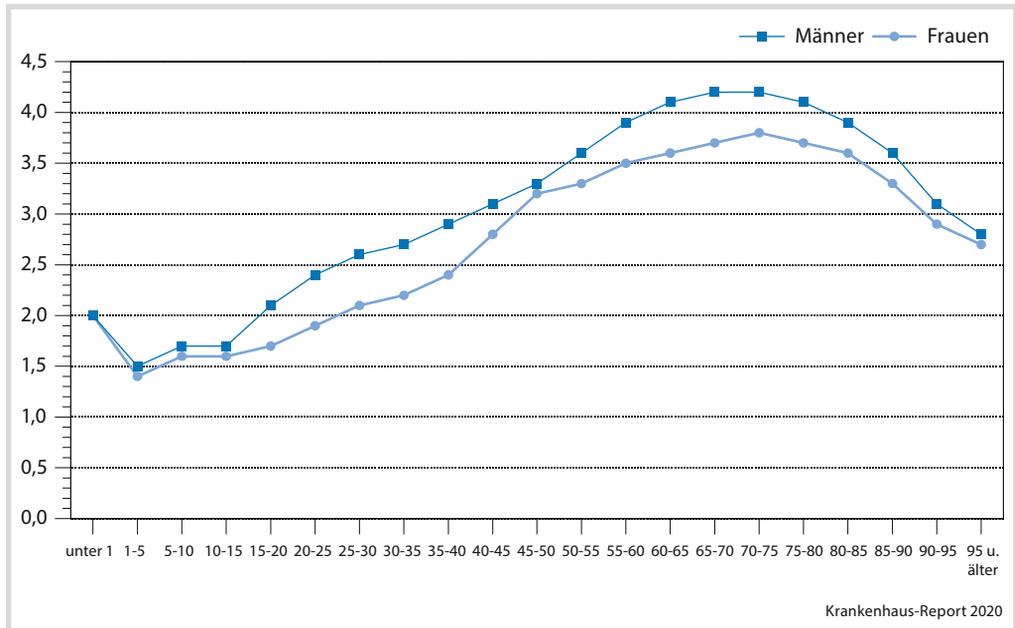
Ohne Berücksichtigung der unter 1-Jährigen steigt die durchschnittliche Anzahl der während eines Krankenhausaufenthalts durchgeführten operativen Eingriffe und Prozeduren pro Fall bei den bis unter 75-jährigen Frauen und Männern fast kontinuierlich an. Sie lag im Jahr 2018 bei den Behandelten dieser Altersgruppen mit durchschnittlich 3,8 Maßnahmen dieser Art pro Patientin bzw. 4,2 Maßnahmen pro Patient gut doppelt so hoch wie bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen.

Im hohen und sehr hohen Alter geht die durchschnittliche Anzahl der operativen Eingriffe und Prozeduren pro Krankenhauspatient bei Frauen und Männern zurück. Die durchschnittliche Zahl der Operationen und Prozeduren lag 2018 bei den über 95-Jährigen auf einem annähernd vergleichbaren Niveau wie bei Behandelten im mittleren Erwachsenenalter. Auch lag außer bei den unter 1-Jährigen die durchschnittliche Anzahl der Operationen und Prozeduren pro Krankenhausfall in allen Altersgruppen bei Männern über der entsprechenden Anzahl bei Frauen (■ [Abb. 21.5](#)).

<sup>11</sup> 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.

<sup>12</sup> Die Definition einer signifikanten Prozedur ist, dass sie entweder chirurgischer Natur ist, ein Eingriffs- oder Anästhesierisiko birgt, Spezialeinrichtungen, Geräte oder eine spezielle Ausbildung erfordert. Für die differenzierte Abbildung komplexer chirurgischer Eingriffe und Teilmaßnahmen ist in verschiedenen Bereichen eine Kodierung von Operationen mit mehreren Codes vorgesehen. Darüber hinaus wird die Versorgung von intraoperativen Komplikationen gesondert verschlüsselt. Dementspre-

chend sind ggf. Mehrfachkodierungen je behandeltem Krankenhausfall nachgewiesen.



■ **Abb. 21.5** Durchschnittliche Anzahl der Operationen und Prozeduren pro Krankenhausfall nach Alter und Geschlecht (Quelle: Statistisches Bundesamt 2019)

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

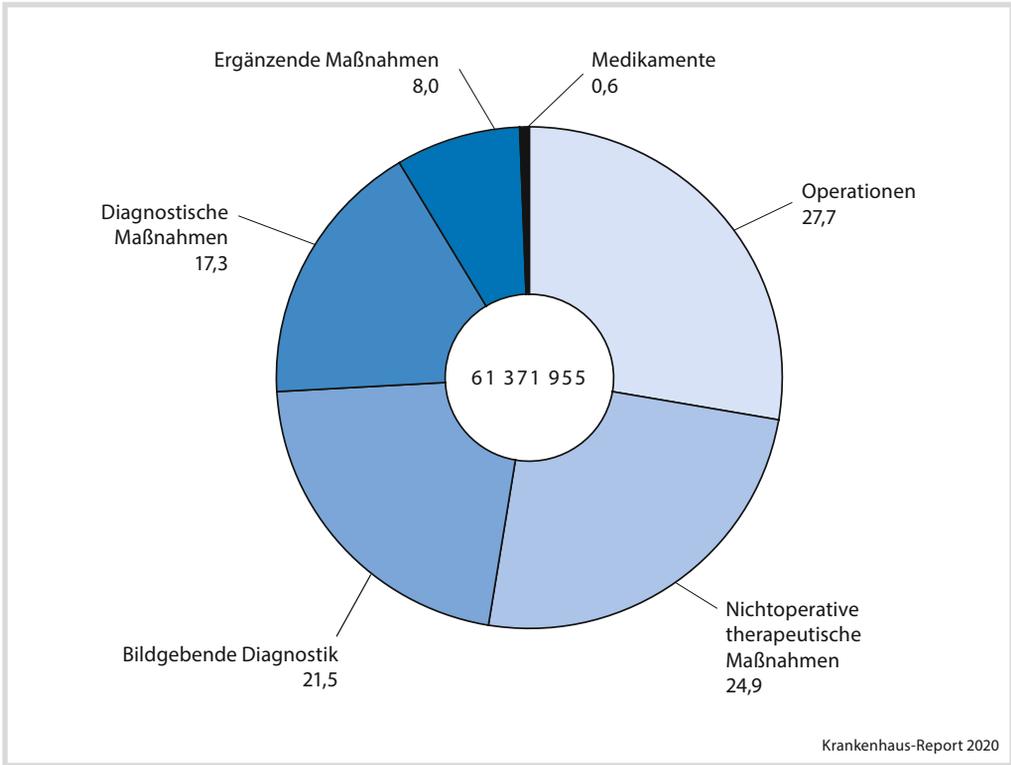
Nach dieser Gliederung entfielen von allen Prozeduren 24,9 % auf nichtoperative therapeutische Maßnahmen (15,3 Mio.), 21,5 % auf die bildgebende Diagnostik (13,2 Mio.), 17,3 % auf diagnostische Maßnahmen (10,6 Mio.), 8,0 % auf ergänzende Maßnahmen (4,9 Mio.) und 0,6 % auf die Verabreichung spezieller Medikamente (339.155). Am häufigsten wurden aber Operationen (17,0 Mio.) mit einem Anteil von 27,7 % bei den Patientinnen und Patienten veranlasst. Den größten Anstieg gegenüber

dem Vorjahr gab es bei den ergänzenden Maßnahmen mit einem Zuwachs von 23 % (■ **Abb. 21.6**).

Inwieweit sich Unterschiede bei den durchgeführten Operationen und medizinischen Prozeduren von Frauen und Männern in verschiedenen Altersgruppen zeigen, verdeutlicht ■ **Tab. 21.4**.

Trotz der steigenden Zahl an Behandlungsfällen ist in den vergangenen Jahren der Anteil operierter Patientinnen und Patienten unter den stationär Behandelten mit Raten zwischen 40,2 % im Jahr 2005 und 40,6 % im Jahr 2007 relativ stabil geblieben. Mit leicht rückläufiger Tendenz wird seit 2008 die 40 %-Marke regelmäßig unterschritten und liegt aktuell im Jahr 2018 bei 37,8 %.

Werden die Operationen differenziert für sich betrachtet, dann waren die Spitzenreiter unter allen durchgeführten chirurgischen Maßnahmen auf Ebene der sogenannten Bereichsüberschriften jeweils mit großem Abstand die Operationen an den Bewegungsorganen (4,7 Mio.), gefolgt von Operationen am



■ **Abb. 21.6** Operationen und Prozeduren nach OPS-Kapiteln 2018, in % (Quelle: Statistisches Bundesamt 2019)

Verdauungstrakt (2,6 Mio.) sowie an Haut und Unterhaut (1,4 Mio.) (■ Tab. 21.5).

Rund die Hälfte der operativen Eingriffe wurde in den drei Fachabteilungen<sup>13</sup> Allgemeine Chirurgie (28,7 %), Frauenheilkunde und Geburtshilfe (10,6 %) sowie der Orthopädie (9,5 %) erbracht (■ Abb. 21.7).

Nach Vierstellern des OPS aufgeschlüsselt erfolgten bei Frauen am häufigsten die Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur/Dammriss (358.840 Eingriffe), sonstige Kaiserschnittverbindungen (257.155 Eingriffe) und sonstige Operationen am Darm (221.914 Eingriffe). Bei Männern lagen an erster Stelle sonstige Darmoperationen (200.045 Eingriffe), gefolgt von dem operativen Freilegen eines Zugangs zur Lendenwirbelsäule, zum Kreuzbein

oder Steißbein (157.316 Eingriffe) und dem Verschluss eines Leistenbruchs (155.862 Eingriffe). ■ Tab. 21.6 weist die 30 häufigsten chirurgischen Maßnahmen nach Vierstellern aus, die etwas mehr als ein Drittel aller durchgeführten Operationen umfassen.

■ Tab. 21.7 gibt einen Überblick über die 30 häufigsten Operationen auf Ebene der Dreisteller, die im Jahr 2018 erbracht wurden. Diese decken knapp 70 % aller operativen Maßnahmen ab. Nach dieser Gliederung waren die Spitzenreiter bei den chirurgischen Eingriffen der Frauen Operationen an sonstigen Knochen (490.057 Eingriffe), Operationen an der Wirbelsäule (437.063 Eingriffe) und sonstige geburtshilfliche Operationen (398.275 Eingriffe). Bei Männern wurden der Rangfolge nach betrachtet am häufigsten arthroskopische Gelenkoperationen (428.354 Eingriffe), Operationen an der Wirbelsäule (393.621 Eingriffe) sowie Operationen an Haut und Unterhaut

<sup>13</sup> Maßgeblich für eine eindeutige Zuordnung der Operationen zu den Fachabteilungen ist hier die Fachabteilung mit der längsten Verweildauer.

**■ Tabelle 21.4** Operationen und Prozeduren nach OPS-Kapiteln, Alter und Geschlecht 2018 (Quelle: Statistisches Bundesamt 2019)

Operation/Prozedur <sup>a</sup> nach OPS-Kapitel	Insgesamt <sup>b</sup>	Davon im Alter von ... bis unter Jahren				
		0–20	20–40	40–60	60–85	85 und älter
<b>Frauen</b>	<b>Anzahl</b>					
Insgesamt	30.006.601	1.869.296	3.881.456	5.938.341	14.948.618	3.368.868
Diagnostische Maßnahmen	4.980.816	480.794	448.221	1.035.439	2.595.014	421.348
Bildgebende Diagnostik	6.319.025	140.671	479.649	1.263.515	3.578.600	856.582
Operationen	8.793.074	338.214	1.811.128	2.271.814	3.855.987	515.930
Medikamente	144.536	13.913	10.832	35.676	79.544	4.571
Nichtoperative Therapeutische Maßnahmen	6.772.435	469.101	529.971	1.160.297	3.757.675	855.382
Ergänzende Maßnahmen	2.994.114	426.104	600.485	171.381	1.081.214	714.926
Unbekannte Operation/Maßnahmen	2.601	499	1.170	219	584	129
<b>Männer</b>						
Insgesamt	31.356.589	2.156.123	2.372.635	7.192.584	17.600.168	2.034.824
Diagnostische Maßnahmen	5.660.898	497.090	391.227	1.280.756	3.190.010	301.809
Bildgebende Diagnostik	6.895.268	159.502	529.317	1.623.734	4.092.555	490.091
Operationen	8.178.606	472.673	992.008	2.247.370	4.119.625	346.920
Medikamente	194.558	16.515	12.331	49.536	111.443	4.732
Nichtoperative Therapeutische Maßnahmen	8.498.400	570.528	416.135	1.828.581	5.115.529	567.460
Ergänzende Maßnahmen	1.927.236	439.255	31.515	162.398	970.353	323.713
Unbekannte Operation/Maßnahmen	1.623	560	102	209	653	99

<sup>a</sup> Ohne Duplikate

<sup>b</sup> Einschl. der Fälle mit unbekanntem Alter  
Krankenhaus-Report 2020

(392.571 Eingriffe) durchgeführt. Eine differenzierte Übersicht zu den häufigsten Operationen der männlichen und weiblichen Behandelten kann als elektronisches Zusatzmaterial unter [https://doi.org/10.1007/978-3-662-60487-8\\_21](https://doi.org/10.1007/978-3-662-60487-8_21) (Tab. 21.e bis 21.g) abgerufen werden.

Auf Ebene der Viersteller gab es unter den chirurgischen Maßnahmen den deutlichsten Anstieg im Vergleich zum Vorjahr bei der plastischen Rekonstruktion von Bauchwand und Bauchfell (24,0 %). Danach folgten die arthroskopischen Operationen am Labrum acetabulare der Hüftpfanne (19,1 %) sowie die Gastroenterostomie ohne Magenresektion im Bypass-

<b>■ Tabelle 21.5</b> Operationen nach Bereichsüberschriften 2018 (Quelle: Statistisches Bundesamt 2019)									
OPS-Schlüssel	Operation <sup>a</sup>	Insgesamt		Frauen		Insgesamt	Männer	Frauen	Veränderung zum Vorjahr in Prozent
		Anzahl		Anzahl					
<b>5</b>	<b>Operationen</b>	<b>16.974.415</b>	<b>8.178.606</b>	<b>8.793.074</b>	<b>0,6</b>	<b>1,2</b>	<b>0,1</b>	<b>0,1</b>	<b>0,1</b>
5-01-5-05	Operationen am Nervensystem	806.465	409.865	396.481	0,7	0,9	0,6	0,6	0,6
5-06-5-07	Operationen an endokrinen Drüsen	148.036	42.817	105.209	-7,4	-6,8	-7,7	-7,7	-7,7
5-08-5-16	Operationen an den Augen	634.331	324.420	309.736	2,5	3,5	1,4	1,4	1,4
5-18-5-20	Operationen an den Ohren	165.781	95.865	69.886	0,6	0,8	0,3	0,3	0,3
5-21-5-22	Operationen an Nase und Nasennebenhöhlen	450.477	271.764	178.618	-1,1	-1,1	-1,0	-1,0	-1,0
5-23-5-28	Operationen an Mundhöhle und Gesicht	296.533	165.780	130.714	-2,3	-1,8	-2,9	-2,9	-2,9
5-29-5-31	Operationen an Pharynx, Larynx und Trachea	110.481	71.612	38.855	-2,6	-3,2	-1,4	-1,4	-1,4
5-32-5-34	Operationen an Lunge und Bronchus	183.924	115.657	68.240	0,8	0,4	1,5	1,5	1,5
5-35-5-37	Operationen am Herzen	410.840	269.890	140.921	-2,9	-2,7	-3,3	-3,3	-3,3
5-38-5-39	Operationen an den Blutgefäßen	769.661	445.110	324.403	-0,3	1,0	-2,2	-2,2	-2,2
5-40-5-41	Operationen am hämatopoetischen und Lymphgefäßsystem	194.029	64.458	129.547	0,8	0,6	0,9	0,9	0,9
5-42-5-54	Operationen am Verdauungstrakt	2.594.218	1.387.660	1.206.110	2,2	2,9	1,5	1,5	1,5
5-55-5-59	Operationen an den Harnorganen	600.556	398.089	202.388	2,1	2,4	1,4	1,4	1,4
5-60-5-64	Operationen an den männlichen Geschlechtsorganen	225.365	223.774	1.565	1,4	1,4	2,0	2,0	2,0
5-65-5-71	Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen	639.498	1.488	637.965	0,5	19,3	0,4	0,4	0,4
5-72-5-75	Geburtschirurgische Operationen	930.233	-	930.200	-0,3	-	-0,3	-0,3	-0,3
5-76-5-77	Operationen an Kiefer- und Gesichtsschädelknochen	82.654	48.757	33.884	0,6	1,3	-0,4	-0,4	-0,4
5-78-5-86	Operationen an den Bewegungsorganen	4.693.880	2.204.921	2.488.100	-0,2	0,0	-0,3	-0,3	-0,3

Tabelle 21.5 (Fortsetzung)		Insgesamt		Frauen		Männer		Insgesamt		Frauen		Männer	
OPS-Schlüssel	Operation <sup>a</sup>	Anzahl		Frauen		Männer		Insgesamt		Frauen		Männer	
5-87-5-88	Operationen an der Mamma	162.924	5.670	157.228	157.228	5.670	7,0	0,2	0,2	157.228	0,0	7,0	0,0
5-89-5-92	Operationen an Haut und Unterhaut	1.379.232	786.528	592.474	592.474	786.528	1,7	0,8	0,8	592.474	-0,3	1,7	-0,3
5-93-5-99	Zusatzinformationen zu Operationen	1.495.297	844.481	650.550	650.550	844.481	4,1	3,3	3,3	650.550	2,4	4,1	2,4

<sup>a</sup> Ohne Duplikate  
Krankenhaus-Report 2020

verfahren (14,7 %). Der stärkste Rückgang war bei der Beseitigung von Verwachsungen an den Eierstöcken oder dem Eileiter mit mikrochirurgischer Versorgung (23,1 %) zu verzeichnen. Ebenfalls rückläufig waren die operative Mandelentfernung mit Entfernung von Wucherungen der Rachenmandeln (14,2 %) sowie sonstige partielle Schilddrüsenresektionen (14,0 %). Nach Dreistellern aufgeschlüsselt zeigte sich im Vergleich zum Vorjahr der stärkste Zuwachs bei Operationen an der Bauchspeicheldrüse (7,2 %) sowie der Replantation, Exartikulation und Amputation von Extremitäten und anderen Operationen an den Bewegungsorganen (7,0 %). Danach folgten Operationen an der Bindehaut (6,3 %). Zu den chirurgischen Maßnahmen mit dem höchsten Rückgang gehörten die Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüse (7,4 %) sowie die Operationen an anderen endokrinen Drüsen (7,0 %). Rückläufig waren ebenfalls sonstige Operationen zur Geburtseinleitung und unter der Geburt (5,9 %). Die entsprechenden Tabellen sind als elektronisches Zusatzmaterial unter [https://doi.org/10.1007/978-3-662-60487-8\\_21](https://doi.org/10.1007/978-3-662-60487-8_21) (Tab. 21.h bis 21.l) zu finden.

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

**■ Tabelle 21.6** Die häufigsten Operationen<sup>a</sup> 2018 nach Vierstellern (Quelle: Statistisches Bundesamt 2019)

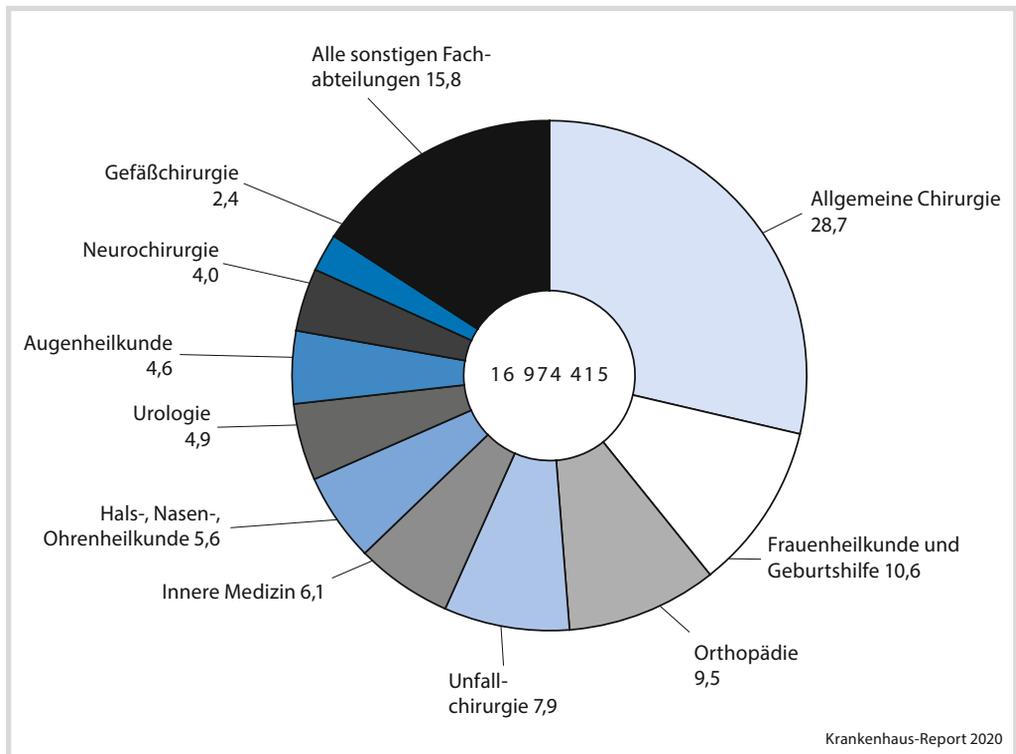
Rang	OPS-Schlüssel/Operation	Anzahl	Prozent
	<b>5</b> <b>Operationen insgesamt<sup>b</sup></b>	<b>16.974.415</b>	<b>100,0</b>
1	5-469      Andere Operationen am Darm	422.040	2,5
2	5-758      Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]	358.848	2,1
3	5-032      Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis	316.079	1,9
4	5-513      Endoskopische Operationen an den Gallengängen	277.597	1,6
5	5-749      Andere Sectio caesarea	257.164	1,5
6	5-820      Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	239.204	1,4
7	5-896      Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	230.313	1,4
8	5-794      Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	225.974	1,3
9	5-812      Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	209.318	1,2
10	5-839      Andere Operationen an der Wirbelsäule	201.296	1,2
11	5-511      Cholezystektomie	198.942	1,2
12	5-916      Temporäre Weichteildeckung	198.785	1,2
13	5-452      Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	196.197	1,2
14	5-822      Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk	190.427	1,1
15	5-811      Arthroskopische Operation an der Synovialis	179.350	1,1
16	5-900      Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	177.743	1,0
17	5-787      Entfernung von Osteosynthesematerial	176.768	1,0
18	5-800      Offen chirurgische Operation eines Gelenkes	176.577	1,0
19	5-530      Verschluss einer Hernia inguinalis	176.105	1,0
20	5-814      Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes	167.340	1,0
21	5-215      Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]	166.328	1,0
22	5-790      Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	165.883	1,0
23	5-895      Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	163.790	1,0
24	5-788      Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes	150.857	0,9
25	5-831      Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe	150.637	0,9

**■ Tabelle 21.6** (Fortsetzung)

Rang	OPS-Schlüssel/Operation	Anzahl	Prozent
26	5-83b Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule	147.646	0,9
27	5-399 Andere Operationen an Blutgefäßen	145.941	0,9
28	5-892 Andere Inzision an Haut und Unterhaut	145.675	0,9
29	5-786 Osteosyntheseverfahren	141.075	0,8
30	5-810 Arthroskopische Gelenkoperation	131.117	0,8

<sup>a</sup> Ohne Duplikate

<sup>b</sup> Operationen insgesamt beinhaltet auch die Pos. 5-93...5-99 (Zusatzinformationen zu Operationen), die aber hier nicht separat ausgewiesen wurden  
Krankenhaus-Report 2020


**■ Abb. 21.7** Operationen nach Fachabteilungen 2018, in % (Quelle: Statistisches Bundesamt 2019)

■ **Tabelle 21.7** Die häufigsten Operationen<sup>a</sup> 2018 nach Dreistellern (Quelle: Statistisches Bundesamt 2019)

Rang	OPS-Schlüssel/Operation	Anzahl	Prozent
	<b>5</b> <b>Operationen insgesamt<sup>b</sup></b>	16.974.415	100,0
1	5-83      Operationen an der Wirbelsäule	830.823	4,9
2	5-78      Operationen an anderen Knochen	830.628	4,9
3	5-81      Arthroskopische Gelenkoperationen	762.218	4,5
4	5-89      Operationen an Haut und Unterhaut	687.240	4,0
5	5-79      Reposition von Fraktur und Luxation	659.233	3,9
6	5-82      Endoprothetischer Gelenk- und Knochenersatz	607.628	3,6
7	5-46      Andere Operationen an Dün- und Dickdarm	512.885	3,0
8	5-51      Operationen an Gallenblase und Gallenwegen	500.144	2,9
9	5-03      Operationen an Rückenmark, Rückenmarkhäuten und Spinalkanal	483.009	2,8
10	5-38      Inzision, Exzision und Verschluss von Blutgefäßen	464.152	2,7
11	5-75      Andere geburtshilfliche Operationen	398.283	2,3
12	5-90      Operative Wiederherstellung und Rekonstruktion von Haut und Unterhaut	379.797	2,2
13	5-80      Offen chirurgische Gelenkoperationen	359.684	2,1
14	5-45      Inzision, Exzision, Resektion und Anastomose an Dün- und Dickdarm	353.498	2,1
15	5-21      Operationen an der Nase	333.845	2,0
16	5-85      Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln	333.071	2,0
17	5-74      Sectio caesarea und Entwicklung des Kindes	323.322	1,9
18	5-53      Verschluss abdominaler Hernien	319.734	1,9
19	5-39      Andere Operationen an Blutgefäßen	305.509	1,8
20	5-57      Operationen an der Harnblase	261.504	1,5
21	5-91      Andere Operationen an Haut und Unterhaut	261.409	1,5
22	5-15      Operationen an Retina, Choroidea und Corpus vitreum	242.694	1,4
23	5-37      Rhythmuschirurgie und andere Operationen an Herz und Perikard	231.811	1,4
24	5-54      Andere Operationen in der Bauchregion	206.953	1,2
25	5-40      Operationen am Lymphgewebe	178.550	1,1
26	5-86      Replantation, Exartikulation und Amputation von Extremitäten und andere Operationen an den Bewegungsorganen	175.895	1,0
27	5-49      Operationen am Anus	168.028	1,0

■ **Tabelle 21.7** (Fortsetzung)

Rang	OPS-Schlüssel/Operation	Anzahl	Prozent
28	5-56 Operationen am Ureter	161.852	1,0
29	5-68 Inzision, Exzision und Exstirpation des Uterus	161.178	0,9
30	5-65 Operationen am Ovar	160.808	0,9

<sup>a</sup> Ohne Duplikate

<sup>b</sup> Operationen insgesamt beinhaltet auch die Pos. 5-93...5-99 (Zusatzinformationen zu Operationen), die aber hier nicht separat ausgewiesen wurden  
Krankenhaus-Report 2020

## 21.6 Behandlungsspektrum bei den Patientinnen und Patienten in den Fachabteilungen

Im Rahmen der *Fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik* können differenzierte Analysen zum Aufenthalt der Patientinnen und Patienten in den Fachabteilungen nicht nur nach der längsten Verweildauer, sondern auch nach den einzelnen durchlaufenen Fachabteilungen auf Basis ihrer individuellen Verlegungsketten vorgenommen werden.<sup>14</sup>

Danach wurden 89,6 % der Behandelten ausschließlich in einer Fachabteilung versorgt. Behandlungen in zwei verschiedenen Fachabteilungen erfolgten noch in 8,8 % der Fälle. Die häufigsten Verlegungen erfolgten dabei zwischen den Fachabteilungen Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie, der Inneren Medizin und Intensivmedizin sowie der Allgemeinen Chirurgie und Intensivmedizin. Behandlungen in mehr als zwei verschiedenen Fachabteilungen waren mit 1,6 % nur noch sehr selten (■ Tab. 21.8).

Der größte Teil der Patientinnen und Patienten wurde in den Fachabteilungen Innere Medizin (5,7 Mio. Fälle), Allgemeine Chi-

urgie (3,0 Mio. Fälle) sowie Frauenheilkunde und Geburtshilfe (2,0 Mio. Fälle) behandelt. Die durchschnittliche Verweildauer der Behandelten lag in der Inneren Medizin bei 5,8 Tagen, in der Allgemeinen Chirurgie bei 5,9 Tagen und in der Frauenheilkunde/Geburtshilfe bei 3,6 Tagen (■ Abb. 21.8)<sup>15</sup>.

Werden die Patientinnen und Patienten der Fachabteilung zugeordnet, in der sie während ihrer vollstationären Behandlung am längsten versorgt wurden, bleiben nach wie vor die Innere Medizin mit 5,1 Mio. Fällen (27,4 %), die Allgemeine Chirurgie mit 2,8 Mio. Fällen (14,9 %) sowie die Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit 2,0 Mio. Fällen (10,6 %) die patientenstärksten Fachabteilungen. Auf dieser Basis betrug die durchschnittliche Verweildauer in der Inneren Medizin und in der Allgemeinen Chirurgie 6,1 Tage sowie in der Frauenheilkunde/Geburtshilfe 3,5 Tage.

Am häufigsten wurden die Patientinnen und Patienten der Inneren Medizin aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems behandelt. Nach der Hauptdiagnose war in 322.701 Fällen eine Herzinsuffizienz (I50) Ursache der Behandlung, sie betraf 6,3 % aller Patientinnen und Patienten dieser Abteilung. Die entsprechende durchschnittliche Verweildauer lag bei 9,3 Tagen. Jüngere waren davon kaum betroffen, 90,4 % der Behandelten mit diesem Krankheitsbild waren 65 Jahre und älter (■ Tab. 21.9).

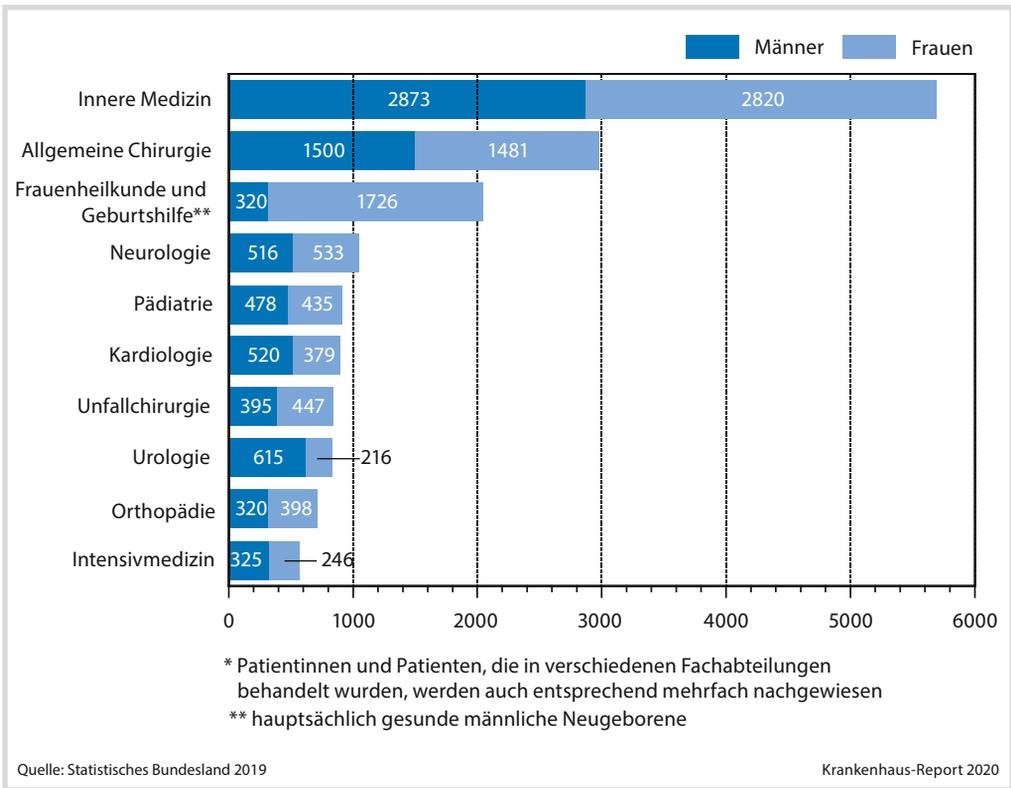
<sup>14</sup> Maßgeblich für die statistische Fachabteilungsabgrenzung ist die Fachabteilungsgliederung nach Anlage 2, Schlüssel 6 der Datenübermittlungsvereinbarung der Selbstverwaltungspartner im Gesundheitswesen gem. § 301 Abs. 3 SGB V.

<sup>15</sup> Patientinnen und Patienten, die in verschiedenen Fachabteilungen behandelt wurden, werden auch entsprechend mehrfach nachgewiesen.

**Tabelle 21.8** Durchlaufene Fachabteilungen nach Geschlecht 2018 (Quelle: Statistisches Bundesamt 2019)

Durchlaufene Fachabteilungen <sup>a</sup>	Patientinnen und Patienten					
	Insgesamt		Männer		Frauen	
	Anzahl	In %	Anzahl	In %	Anzahl	In %
Eine Fachabteilung	16.809.061	89,6	7.911.988	88,6	8.894.554	90,5
Zwei Fachabteilungen	1.652.711	8,8	859.042	9,6	793.434	8,1
Drei und mehr	292.799	1,6	156.015	1,7	136.748	1,4

<sup>a</sup> Ohne Rückverlegungen  
Krankenhaus-Report 2020



**Abb. 21.8** Die zehn patientenstärksten Fachabteilungen\* nach Geschlecht 2018

Der zweithäufigste Behandlungsanlass für eine stationäre Versorgung in der Inneren Medizin war das Vorhofflimmern und Vorhofflatter (I48) mit 192.221 Behandlungsfällen. Sie war Ursache in 3,7 % aller Fälle dieser Abtei-

lung und betraf mit 73,0 % in erster Linie ebenfalls die über 65-Jährigen. Die durchschnittliche Verweildauer lag hier bei 4,0 Tagen.

Die sonstige chronische obstruktive Lungenerkrankung (J44) war für weitere 3,4 % der

**Tabelle 21.9** Patientinnen und Patienten mit den häufigsten Hauptdiagnosen in den Fachabteilungen<sup>a</sup> Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie 2018 (Quelle: Statistisches Bundesamt 2019)

Rang	ICD-Pos.	Diagnose/Behandlungsanlass	Patienten					
			Durchschnittl. Verweildauer	Insgesamt <sup>b</sup>	Davon im Alter von ... bis unter ... Jahren			
			In Tagen	Anzahl	0–15	15–45	45–65	65 und älter
<b>Innere Medizin</b>								
		<b>Insgesamt</b>	<b>6,1</b>	<b>5.137.423</b>	<b>4.942</b>	<b>571.938</b>	<b>1.291.831</b>	<b>3.268.697</b>
1	I50	Herzinsuffizienz	9,3	322.701	–	2.103	29.011	291.587
2	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	4,0	192.221	1	4.907	46.949	140.364
3	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	7,9	176.821	3	1.848	48.138	126.832
4	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	8,7	160.295	52	9.191	26.271	124.780
5	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	3,9	157.750	1	9.838	42.047	105.863
6	I20	Angina pectoris	3,3	130.190	–	4.522	44.503	81.165
7	I21	Akuter Myokardinfarkt	6,5	119.640	–	3.760	37.365	78.515
8	E86	Volumenmangel	5,8	110.589	24	2.096	6.820	101.648
9	K29	Gastritis und Duodenitis	3,7	109.468	25	26.749	31.468	51.226
10	R55	Synkope und Kollaps	4,0	97.429	80	13.613	21.211	62.525
11	R07	Hals- und Brustschmerzen	2,1	93.065	12	22.724	36.776	33.553
12	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	8,8	91.885	6	4.831	26.090	60.958
13	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	3,1	90.121	–	1.155	27.726	61.240

**■ Tabelle 21.9** (Fortsetzung)

Rang	ICD-Pos.	Diagnose/Behandlungsanlass	Patienten				Davon im Alter von ... bis unter ... Jahren				
			Durchschnittl. Verweildauer	Insgesamt <sup>b</sup>	Anzahl			0–15	15–45	45–65	65 und älter
					In Tagen	Anzahl	Anzahl				
14	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	3,4	89.176	175	39.744	40.491	8.761			
15	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	4,2	84.079	282	23.133	17.740	42.924			
<b>Allgemeine Chirurgie</b>											
<b>Fachabteilung Allgemeine Chirurgie insgesamt</b>			<b>6,1</b>	<b>2.789.322</b>	<b>46.711</b>	<b>596.896</b>	<b>924.706</b>	<b>1.221.000</b>			
1	K40	Hernia inguinalis	1,9	158.395	1.221	24.961	60.586	71.627			
2	K80	Cholelithiasis	4,7	148.387	83	38.873	58.899	50.532			
3	K35	Akute Appendizitis	4,4	85.700	6.130	49.933	20.376	9.261			
4	S06	Intrakranielle Verletzung	2,3	82.966	5.563	23.530	13.377	40.490			
5	I70	Atherosklerose	9,8	81.717	–	482	22.093	59.142			
6	K57	Divertikulose des Darms	8,7	70.704	11	8.090	34.928	27.675			
7	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	9,1	66.506	1	865	23.283	42.357			
8	S72	Fraktur des Femurs	12,0	63.245	323	1.495	7.245	54.182			
9	K56	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie	8,1	60.523	296	7.380	16.144	36.703			
10	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	9,4	58.171	1	958	17.904	39.308			
11	S52	Fraktur des Unterarmes	3,4	55.286	4.672	7.640	16.134	26.840			

<b>Tabelle 21.9</b> (Fortsetzung)										
Rang	ICD-Pos.	Diagnose/Behandlungsanlass	Patienten				Davon im Alter von ... bis unter ... Jahren			
			Durchschnittl. Verweildauer	In Tagen	Insgesamt <sup>b</sup>	Anzahl	0-15	15-45	45-65	65 und älter
					Anzahl					
12	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	7,1		50.997	1.288	12.917	18.721	18.071	
13	K43	Hernia ventralis	5,7		50.554	63	7.304	21.033	22.154	
14	M54	Rückenschmerzen	4,9		48.657	35	8.423	17.522	22.677	
15	S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	6,2		45.167	1.751	6.861	11.761	24.794	

<sup>a</sup> Fachabteilung mit der längsten Verweildauer  
<sup>b</sup> Einschließlich Fälle mit unbekanntem Alter  
Krankenhaus-Report 2020

<b>Tabelle 21.10</b> Häufigste Operationen in den Fachabteilungen <sup>a</sup> Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie 2018 (Quelle: Statistisches Bundesamt 2019)									
Rang	Maßnahme <sup>b</sup>	Insgesamt <sup>d</sup>		Davon im Alter von ... bis unter ... Jahren			In %	Anzahl	Anzahl
		In %	Anzahl	0-15	15-45	45-65			
<b>Innere Medizin</b>									
<b>Insgesamt Operationen und Prozeduren</b>									
	Operationen Kapitel 5 <sup>c</sup>	100	14.595.877	4.478	1.028.606	3.761.429	9.801.343		
1	5-513 Endoskopische Operationen an den Gallengängen	17,6	180.441	-	13.426	41.051	125.964		
2	5-452 Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	13,1	134.485	3	3.993	36.432	94.057		
3	5-469 Andere Operationen am Darm	12,2	125.533	2	4.940	34.196	86.395		
4	5-377 Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders	6,6	67.404	1	1.726	11.226	54.451		
5	5-399 Andere Operationen an Blutgefäßen	3,9	40.295	13	2.074	12.621	25.587		
6	5-429 Andere Operationen am Ösophagus	3,5	35.796	1	2.491	12.285	21.019		
7	5-449 Andere Operationen am Magen	3,2	32.452	2	1.610	7.334	23.506		
8	5-378 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators	2,8	28.695	1	621	4.258	23.815		
9	5-433 Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Magens	1,6	16.009	-	497	3.200	12.312		
10	5-431 Gastrostomie	1,5	15.510	6	611	3.869	11.024		

**Tabelle 21.10** (Fortsetzung)

Rang	Maßnahme <sup>b</sup>	Insgesamt <sup>d</sup>		Davon im Alter von ... bis unter ... Jahren			
		In %	Anzahl	0-15	15-45	45-65	65 und älter
				Anzahl			
<b>Allgemeine Chirurgie</b>							
<b>Insgesamt Operationen und Prozeduren</b>							
	Operationen Kapitel 5 <sup>c</sup>		<b>9.472.262</b>	<b>60.466</b>	<b>1.323.117</b>	<b>3.151.399</b>	<b>4.937.242</b>
		100	4.865.164	45.014	863.139	1.813.696	2.143.310
1	5-469 Andere Operationen am Darm	3,7	179.616	413	19.895	61.657	97.651
2	5-511 Cholezystektomie	3,7	177.757	88	40.771	68.863	68.035
3	5-530 Verschluss einer Hernia inguinalis	3,3	159.754	1.485	24.959	60.965	72.345
4	5-470 Appendektomie	1,9	93.292	6.694	55.440	21.512	9.646
5	5-896 Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	1,9	90.462	586	12.177	27.737	49.960
6	5-794 Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	1,8	89.568	506	11.549	28.662	48.851
7	5-032 Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis	1,8	86.992	62	12.701	33.809	40.420
8	5-820 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	1,7	81.538	1	1.078	19.918	60.541
9	5-916 Temporäre Weichteildeckung	1,7	80.931	125	7.643	25.248	47.914
10	5-455 Partielle Resektion des Dickdarmes	1,6	78.790	59	6.633	26.370	45.728

<sup>a</sup> Fachabteilung mit der längsten Verweildauer

<sup>b</sup> Ohne Duplikate

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

<sup>d</sup> Einschließlich Fälle mit unbekanntem Alter

Krankenhaus-Report 2020

Behandlungsfälle der Inneren Medizin verantwortlich. Patientinnen und Patienten mit dieser Diagnose verbrachten im Schnitt 7,9 Tage im Krankenhaus. 72 % der Behandelten waren auch hier 65 Jahre und älter.

Insgesamt wurden in der Inneren Medizin rund 14,6 Mio. Operationen und medizinische Prozeduren, darunter 1.028.113 operative Eingriffe nach Kapitel 5 des OPS durchgeführt. An erster Stelle stand dabei die endoskopische Operation an den Gallengängen (5-513), gefolgt von der lokalen Entfernung und Zerstörung von erkranktem Gewebe des Dickdarms (5-452) sowie von sonstigen Operationen am Darm (5-469). Jeweils rund 70 % der Patientinnen und Patienten mit diesen Operationen in der Inneren Medizin waren 65 Jahre und älter (■ Tab. 21.10).

In der zweiten an dieser Stelle ausgewiesenen Fachabteilung, der Allgemeinen Chirurgie, wurden knapp 2,8 Mio. Fälle für die durchschnittliche Dauer von 6,1 Tagen stationär im Krankenhaus versorgt. Der häufigste Behandlungsanlass nach Diagnosekapiteln in dieser Abteilung waren Krankheiten des Verdauungssystems.

Mit einem Anteil von 5,7 % wurden die Patientinnen und Patienten der Allgemeinen Chirurgie am häufigsten aufgrund eines Leistenbruchs (K40) stationär behandelt (158.395 Fälle). Sie verbrachten durchschnittlich 1,9 Tage im Krankenhaus. 45,0 % der Behandelten mit dieser Diagnose war 65 Jahre und älter und noch 38,2 % zwischen 45 bis unter 65 Jahre alt.

Die zweithäufigste in der Chirurgie behandelte Erkrankung war mit einem Anteil von 5,3 % und 148.387 Fällen das Gallensteinleiden (K80). Der größte Teil der Patientinnen und Patienten mit dieser Erkrankung war zwischen 45 bis unter 65 Jahre alt (37,7 %) sowie 65 Jahre und älter (34,1 %).

Der dritthäufigste Grund für eine vollstationäre Versorgung in der Chirurgie war die akute Blinddarmentzündung (K35), die bei 85.700 Patientinnen und Patienten behandelt wurde und einen Anteil von 3,1 % ausmachte. Der Krankenhausaufenthalt mit dieser Diagnose dauerte im Schnitt 4,4 Tage und betraf vor

allem Personen, die zwischen 15 und 45 Jahre alt waren. Ihr Anteil lag bei 58,3 %.

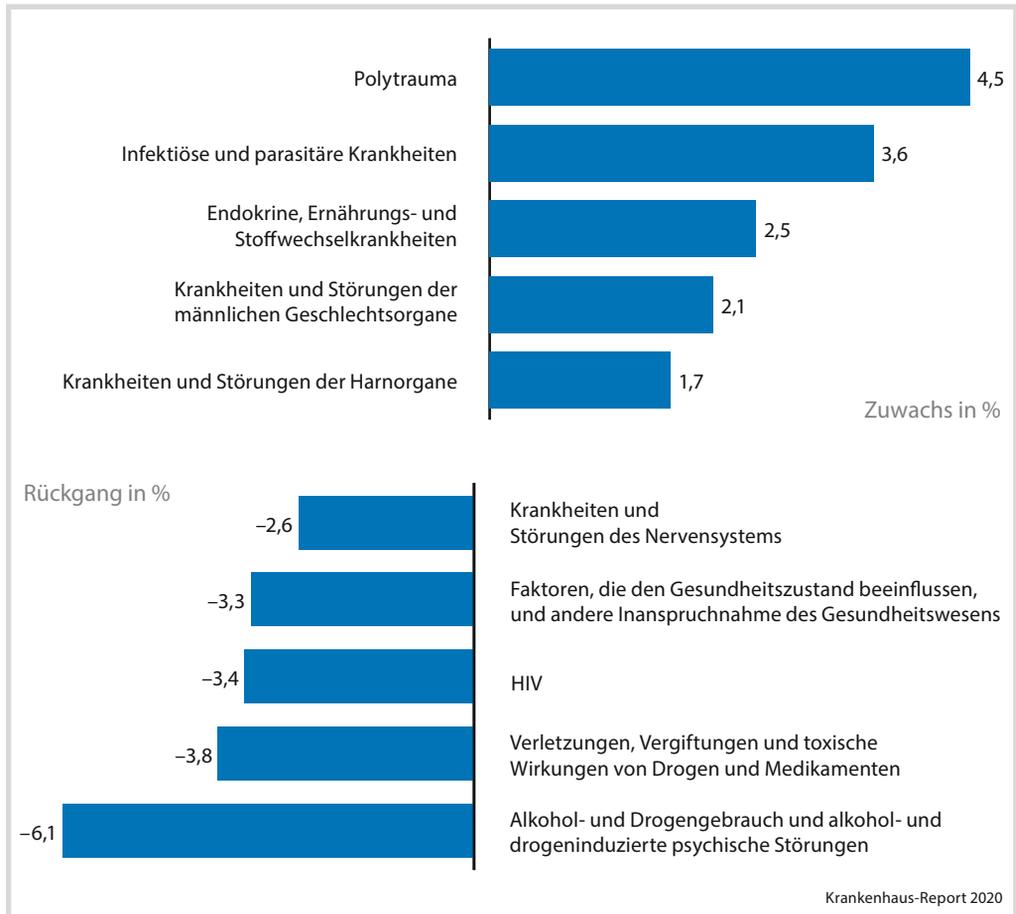
Zusammengenommen wurden in der Allgemeinen Chirurgie 9,5 Mio. Operationen und Prozeduren, darunter 4,9 Mio. operative Eingriffe nach Kapitel 5 des OPS durchgeführt. An oberster Stelle standen sonstige Operationen am Darm (5-469), gefolgt von der Gallenblasenentfernung (5-511) und dem Verschluss eines Leistenbruchs (5-530). Mit Anteilen zwischen 38,3 und 54,4 % war bei allen drei Operationen der jeweils größte Teil der Operierten 65 Jahre und älter (■ Tab. 21.10).

## 21.7 Leistungsmengen und Leistungsstrukturen der Krankenhäuser

Fallpauschalen bilden die Grundlage für das Vergütungssystem der akutstationären Krankenhausleistungen in deutschen Krankenhäusern, in dem Behandlungsfälle entsprechend ihrem Behandlungsaufwand nach pauschalisierten Preisen vergütet werden.<sup>16</sup> Differenzierte Informationen zum stationären Leistungsgeschehen der Krankenhäuser stehen im Rahmen der Fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik insbesondere zu Hauptdiagnosegruppen (MDCs), abgerechneten Fallpauschalen (DRGs) sowie zum Casemix (CM) und Casemix-Index (CMI) zur Verfügung.

In Bezug auf die Verteilung der vollstationär behandelten Krankenhausaufenthalte nach den MDCs standen im Jahr 2018 an erster Stelle Krankheiten und Störungen des Kreis-

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



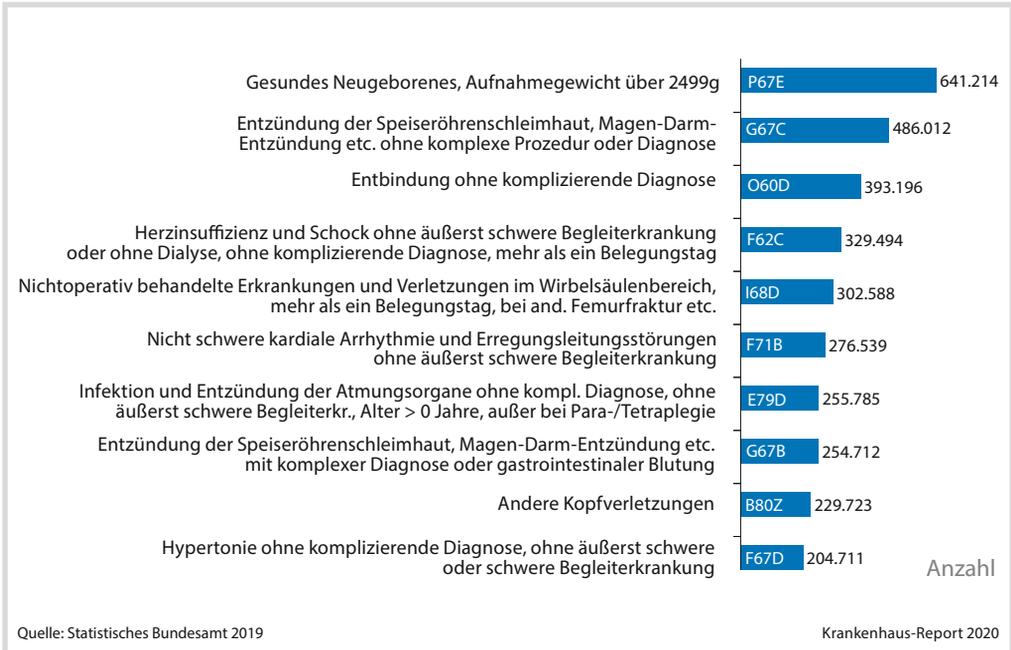
■ **Abb. 21.9** Die größten Fallzahlveränderungen zum Vorjahr nach MDC (Quelle: Statistisches Bundesamt 2019)

laufsystems (15,2 %). An zweiter und dritter Stelle folgten Krankheiten und Störungen des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes (14,7 %) sowie der Verdauungsorgane (11,5 %). Hinsichtlich des Leistungsumfanges hatten diese drei Gruppen jeweils auch die höchsten Anteile (zwischen 18,5 und 9,3 %) am gesamten Case-mix-Volumen des Jahres 2018. Die Tabellen können als elektronisches Zusatzmaterial unter [https://doi.org/10.1007/978-3-662-60487-8\\_21](https://doi.org/10.1007/978-3-662-60487-8_21) (Tab. 21.m und 21.n) abgerufen werden.

Die größten Fallzahlenzuwächse gegenüber dem Vorjahr waren bei der MDC „Polytrauma“ (4,5 %) zu verzeichnen. Die MDCs „Infektiöse und parasitäre Krankheiten“ (3,6 %) sowie „Endokrine, Ernährungs- und Stoffwech-

selkrankheiten“ (2,5 %) lagen an zweiter und dritter Stelle. Den stärksten Rückgang wies die MDCs „Alkohol- und Drogengebrauch und alkohol- und drogeninduzierte psychische Störungen“ (6,1 %) auf. Darüber hinaus waren die MDCs „Verletzungen, Vergiftungen und toxische Wirkungen von Drogen und Medikamenten“ (3,8 %) sowie „HIV“ (3,4 %) ebenfalls rückläufig (■ Abb. 21.9).

Die Versorgung gesunder Neugeborener (641.214 Fälle), die Speiseröhrentzündung, Magen-Darm-Entzündung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne komplexe Prozedur oder Diagnose (486.012 Fälle) sowie die Entbindung ohne komplizierende Diagnose (393.196 Fälle) waren im Jahr



■ **Abb. 21.10** Die fünf häufigsten Fallpauschalen (DRGs) der Patientinnen und Patienten 2018

2018 die insgesamt am häufigsten abgerechneten Fallpauschalen (DRGs) (■ Abb. 21.10). Von den rund 1.280 mit dem Fallpauschalenkatalog bewerteten und abrechenbaren DRGs machten dabei die zwanzig häufigsten bereits 26,5 % und die fünfzig häufigsten DRGs 42,6 % des gesamten DRG-Leistungsspektrums aus. Nach der sogenannten Partition aufgeschlüsselt waren 58,0 % medizinische Behandlungen ohne chirurgische Eingriffe (Partition M), 36,1 % operative Behandlungen (Partition O) und 5,9 % nichtoperative, jedoch invasive medizinische Maßnahmen (Partition A). Die höchsten Anteile des Casemix entfielen dabei mit 60,5 % auf operative Eingriffe und 32,6 % auf medizinische Behandlungen. 6,9 % umfassten noch die nichtoperativen, invasiven medizinischen Maßnahmen.

Nicht immer sind die am häufigsten abgerechneten Fallpauschalen auch am teuersten und machen den Löwenanteil des Erlösvolumens der Krankenhäuser aus. Wird danach unterschieden, welche Fallpauschalen auf Basis der erbrachten Menge und des Preises in ihrer

Gesamtsumme den größten Anteil der Behandlungserlöse ausmachten, dann standen die Korrektur oder der Ersatz des Hüftgelenks ohne komplizierende Diagnose (1,5 %) und Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk ohne Wechsel oder Entfernung von Endoprothesen oder Prothesenkomponenten sowie die Herzinsuffizienz und Schock ohne schwere Begleiterkrankungen (jeweils 1,4 %) an oberster Stelle. Zusammengenommen entfielen auf diese drei DRGs für die Behandlung von 615.672 Patientinnen und Patienten 4,3 % der Behandlungserlöse mit einem Volumen von rund 3,1 Mrd. € (■ Tab. 21.11).

Nach der DRG-Bewertungsrelation waren die teuersten und komplexesten Behandlungen die Versorgung von langzeitbeatmeten Schwerstverletzten mit Polytrauma beziehungsweise von Komapatienten, die einer hochaufwändigen intensivmedizinischen Behandlung bedurften (A06A und A06B). Hierzu gehörte ebenfalls die Transplantation lebenswichtiger Organe, unter anderem von Leber, Lunge und Herz, mit einer Langzeitbe-

■ **Tabelle 21.11** DRGs nach Anteil am Erlösvolumen 2018 (Quelle: Statistisches Bundesamt 2019)

DRG	Bezeichnung	Fälle <sup>a</sup>	Anteil an allen Fällen	Erlös-volumen <sup>b</sup>	Anteil am Erlös-volumen
			In %	In 1.000 €	In %
I47C	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne bestimmte komplizierende Faktoren, ohne komplexe Diagnose an Becken/Oberschenkel, ohne bestimmten endoprothetischen Eingriff, ohne gelenkplastischen Eingriff am Hüftgelenk	153.366	0,8	1.044.244	1,5
I44C	Bestimmte Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk ohne äußerst schwere Begleiterkrankungen, ohne bestimmten Wechsel oder Entfernung von Endoprothesen oder Prothesenkomponenten	133.283	0,7	1.029.022	1,4
F62C	Herzinsuffizienz und Schock ohne äußerst schwere Begleiterkrankungen oder ohne Dialyse, ohne komplizierende Diagnose, ohne komplizierende Konstellation, ohne bestimmte hochaufwändige Behandlung etc.	329.023	1,8	981.394	1,4
O60D	Vaginale Entbindung ohne komplizierende Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen	392.534	2,1	707.491	1,0
G67C	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne bestimmte oder andere komplizierende Faktoren, ohne äußerst schwere Begleiterkrankungen	485.740	2,6	677.738	0,9

<sup>a</sup> Ohne Fälle der integrierten Versorgung

<sup>b</sup> Das bewertete Erlösvolumen wird ermittelt aus dem Produkt der effektiven Bewertungsrelation und dem jeweiligen Landesbasisfallwert (mit Angleichungsbetrag) der behandelten Krankenhaushfälle. Berücksichtigt sind dabei tagesbezogene Abschläge bei Unterschreitung der unteren Grenzverweildauer und Zuschläge bei Überschreitung der oberen Grenzverweildauer sowie Verlegungen nach den Regelungen der jährlichen Fallpauschalenvereinbarung. Zusatzentgelte und nicht mit dem Fallpauschalenkatalog bewertete und vergütete vollstationäre Leistungen sind in der Berechnung nicht eingeschlossen  
Krankenhaus-Report 2020

atmung der Patienten (A18Z). Für diese drei DRGs wurden näherungsweise rund 234 Mio. € im Rahmen der notfall- und intensivmedizinischen Behandlung von 940 Patientinnen und Patienten abgerechnet, was einen Anteil von 0,3 % am Erlösvolumen ausmachte. Die auf Basis ihrer Bewertungsrelation teuerste DRG mit der Durchführung einer hochkomplexen Operation oder einer intensivmedizinischen Komplexbehandlung und Beatmung von über 1.799 Stunden (A06A) kostete je Pati-

entin/Patient durchschnittlich rund 288.370 € (■ Tab. 21.12).

Im Hinblick auf den Schweregrad der behandelten Patientinnen und Patienten erfolgten nach dem Casemix-Index (CMI) die aufwändigsten bzw. schwerwiegendsten Behandlungen in den Fachabteilungen der Herzchirurgie (5,45), Intensivmedizin (4,80) und Kinderkardiologie (3,67). Das leichteste Erkrankungsspektrum wurde in der Geburtshilfe (0,50), der Frauenheilkunde und Ge-

**■ Tabelle 21.12** Komplexe Leistungen: Am höchsten bewertete DRGs (Quelle: Statistisches Bundesamt 2019)

DRG	Bezeichnung	Bewertungsrelation	Fälle <sup>a</sup>	Anteil an allen Fällen	Erlös-volumen <sup>b</sup>	Anteil am Erlös-volumen
				In %	In 1.000 €	In %
A06A	Beatmung > 1.799 h mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 2.940/5.520/5.520 Aufwandspunkte oder mit hochkomplexem Eingriff	71,528	376	0,002	108.426	0,15
A18Z	Beatmung > 999 h und Transplantation von Leber, Lunge, Herz und Knochenmark oder Stammzelltransfusion	62,725	129	0,001	42.465	0,06
A06B	Beatmung > 1.799 h mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 2.940/5.520/5.520 Aufwandspunkte	50,436	436	0,002	83.048	0,12
P61A	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht < 600 g mit signifikanter OR-Prozedur	49,879	189	0,001	33.962	0,05
A07A	Beatmung > 999 h oder > 499 h mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 4.900/4.600/4.600 Aufwandspunkte, mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma und intensivmedizinische Komplexbehandlung etc.	44,47	777	0,004	139.530	0,20

<sup>a</sup> Ohne Fälle der integrierten Versorgung

<sup>b</sup> Das bewertete Erlös-volumen wird ermittelt aus dem Produkt der effektiven Bewertungsrelation und dem jeweiligen Landesbasisfallwert (mit Angleichungsbetrag) der behandelten Krankenhausfälle. Berücksichtigt sind dabei tagesbezogene Abschläge bei Unterschreitung der unteren Grenzerweildauer und Zuschläge bei Überschreitung der oberen Grenzerweildauer sowie Verlegungen nach den Regelungen der jährlichen Fallpauschalenvereinbarung. Zusatzentgelte und nicht mit dem Fallpauschalenkatalog bewertete und vergütete vollstationäre Leistungen sind in der Berechnung nicht eingeschlossen  
Krankenhaus-Report 2020

burtshilfe (0,62) sowie in der Augenheilkunde (0,63) behandelt. Eine differenzierte Übersicht zum Casemix-Index nach Fachabteilungen und Altersgruppen der Patientinnen und Patienten ist als elektronisches Zusatzmaterial unter [https://doi.org/10.1007/978-3-662-60487-8\\_21](https://doi.org/10.1007/978-3-662-60487-8_21) (Tab. 21.o bis 21.q) eingestellt.

Die im Durchschnitt höchsten Erlöse je Fall wurden in Krankenhäusern von Hamburg (4.451 €), Berlin (4.271 €) und Sachsen (3.974 €) erzielt. Am niedrigsten lagen

sie in Niedersachsen (3.693 €), in Sachsen-Anhalt (3.712 €) und Bayern (3.716 €). Aufgrund der unterschiedlich hohen Landesbasisfallwerte korrespondieren die durchschnittlichen Fallerlöse nicht durchgängig mit dem Schweregrad der behandelten Patientinnen und Patienten. So weisen zum Beispiel Krankenhäuser in Rheinland-Pfalz mit dem im Schnitt niedrigsten CMI (1,04) deutlich höhere durchschnittliche Fallerlöse auf (3.747 €) als zum Beispiel Krankenhäuser in Niedersachsen (3.693 €) (■ Tab. 21.13).

## 21.7 · Leistungsmengen und Leistungsstrukturen der Krankenhäuser

**■ Tabelle 21.13** Casemix, Casemix-Index und Erlöse je Fall 2018 nach Bundesländern (Quelle: Statistisches Bundesamt 2019)

Sitz des Krankenhauses	Insgesamt <sup>d</sup>	Casemix <sup>a</sup>			Case-mix-Index <sup>b</sup>	Erlös je Fall <sup>c</sup> in Euro
		DRG-Partition				
		O	M	A		
<b>Deutschland</b>	<b>20.685.685</b>	<b>12.510.915</b>	<b>6.747.878</b>	<b>1.426.892</b>	<b>1,11</b>	<b>3.835</b>
Baden-Württemberg	2.367.433	1.488.184	761.139	118.111	1,13	3.896
Bayern	3.132.234	1.931.258	1.026.975	174.000	1,08	3.716
Berlin	1.037.094	657.541	285.849	93.704	1,24	4.271
Brandenburg	584.726	318.257	203.561	62.908	1,11	3.809
Bremen	225.932	139.530	70.449	15.953	1,14	3.951
Hamburg	613.967	413.878	154.929	45.159	1,29	4.451
Hessen	1.461.136	886.340	466.480	108.316	1,11	3.816
Mecklenburg-Vorp.	436.884	263.442	151.063	22.380	1,11	3.824
Niedersachsen	1.760.712	1.055.195	592.864	112.653	1,07	3.693
Nordrhein-Westfalen	4.870.868	2.876.599	1.613.020	381.249	1,10	3.788
Rheinland-Pfalz	944.533	542.263	340.163	62.107	1,04	3.747
Saarland	300.367	177.151	103.643	19.574	1,09	3.799
Sachsen	1.102.288	677.398	364.829	60.061	1,15	3.974
Sachsen-Anhalt	603.069	346.412	210.353	46.304	1,08	3.712
Schleswig-Holstein	617.543	373.392	187.390	56.761	1,13	3.894
Thüringen	626.898	364.074	215.171	47.653	1,12	3.861

<sup>a</sup> Der Casemix ergibt sich aus Summe der effektiven Bewertungsrelationen der behandelten Krankenhausfälle im jeweiligen Berichtsjahr. Berücksichtigt sind tagesbezogene Abschläge bei Unterschreitung der unteren Grenzverweildauer und Zuschläge bei Überschreitung der oberen Grenzverweildauer sowie Verlegungen nach den Regelungen der jährlichen Fallpauschalenvereinbarung. Nicht mit dem Fallpauschalenkatalog bewertete und vergütete vollstationäre Leistungen sind in der Berechnung nicht eingeschlossen

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

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

<sup>d</sup> Einschl. der Fälle mit unbekannter Partition  
Krankenhaus-Report 2020

## 21

**Open Access** Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

