



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

Elektronisches Zusatzmaterial Die elektronische Version dieses Kapitels enthält Zusatzmaterial, das den Lesern zur Verfügung steht unter https://doi.org/10.1007/978-3-662-58225-1_19.

Jutta Spindler

© Der/die Autor(en) 2019

J. Klauber et al. (Hrsg.), *Krankenhaus-Report 2019*
https://doi.org/10.1007/978-3-662-58225-1_19

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 2017, 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 2017, 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, MDCs, Case Mix (CM) and Case Mix Index (CMI).

19.1 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.¹

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

1 Nach § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2581) 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.

2 Ergebnisse der *Fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik* finden sich auf den Internetseiten des Statistischen Bundesamtes unter www.destatis.de im Bereich Zahlen & Fakten > Gesellschaft & Staat > Gesundheit > Krankenhäuser. Ausgewählte Daten können auch über die Datenbank der Gesundheitsberichterstattung des Bundes unter www.gbe-bund.de abgerufen werden. Die Erstellung von Sonderauswertungen ist auf Anfrage an gesundheit@destatis.de (je nach Umfang und Aufwand u. U. kostenpflichtig) ebenfalls möglich.

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

Im Folgenden werden zentrale Ergebnisse zur stationären Versorgung des Berichtsjahres 2017 dargestellt, die das Informationsspektrum der herkömmlichen amtlichen Krankenhausstatistik (vgl. hierzu die ► Kap. 17 und ► Kap. 18 in diesem Band) ergänzen und erweitern.

19.2 Erläuterungen zur Datenbasis

Grundlage für die folgenden Auswertungen bilden die Daten nach § 21 KHEntgG. Zur Datenlieferung sind alle Krankenhäuser verpflichtet, die nach dem DRG-Vergütungssystem abrechnen und dem Anwendungsbereich des § 1 KHEntgG unterliegen. Einbezogen sind darin auch Krankenhäuser der Bundeswehr, sofern sie Zivilpatienten behandeln und Kliniken der Berufsgenossenschaften, soweit die Behandlungskosten nicht von der Unfall-, sondern der Krankenversicherung vergütet werden. Von der Lieferverpflichtung ausgenommen sind Krankenhäuser im Straf- oder Maßregelvollzug und Polizeikrankenhäuser. Darüber hinaus bleiben Leistungen von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen nach § 17d Abs. 1 KHG unberücksichtigt.

Die folgenden Auswertungen für das Jahr 2017 beruhen auf den Struktur- und Leistungsdaten von 1.477 Krankenhäusern und umfassen 18,9 Millionen vollstationär behandelte Fälle. Detaillierte Informationen, ob und inwieweit Datenlieferungen einzelner Krankenhäuser möglicherweise nicht fristgerecht oder nur unvollständig an die DRG-

Datenstelle übermittelt wurden und damit eine Untererfassung sowohl der Krankenhäuser als auch der Patientinnen und Patienten vorliegt, stehen für das Jahr 2017 nicht zur Verfügung. Aufgrund der Art der Daten als Abrechnungsdaten der Krankenhäuser ist aber davon auszugehen, dass die nach dem DRG-Vergütungssystem abrechnenden Krankenhäuser nahezu vollständig erfasst und nur geringe Ausfälle zu verzeichnen sind.

Im Vergleich zu den Grund- und Diagnosedaten der Krankenhäuser (vgl. ► Kap. 18 und ► Kap. 19) sind in der *Fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik* (z. B. bei der Fallzahl und durchschnittlichen Verweildauer der vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten) bei verschiedenen Merkmalen zum Teil deutliche Abweichungen festzustellen. Diese Abweichungen sind vor allem darauf zurückzuführen, dass bei der *Fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik* keine Daten von Einrichtungen und Patienten einbezogen sind, die nach der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) abgerechnet werden und außerhalb des Geltungsbereichs des DRG-Entgeltsystems liegen. Dies sind vor allem Einrichtungen der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapeutischen Medizin.³ Daher sind diese Statistiken nur bedingt miteinander vergleichbar und vielmehr als gegenseitige Ergänzung zu betrachten.

19.3 Eckdaten der vollstationär behandelten Krankenhauspatientinnen und -patienten

Nach der *Fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik* wurden im Jahr 2017 18,9 Millionen Patientinnen und Patienten⁴ aus einer vollstationären Krankenhausbehandlung entlassen. Erstmals seit Einführung der Statistik im Jahr 2005 ist im Vergleich zum Vorjahr die Zahl der Behandlungsfälle zurückgegangen. Insgesamt waren dies mit 60.428

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

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

Fällen 0,3 % weniger als im Jahr zuvor. Altersstandardisiert⁵ ging die Fallzahl im Vergleich zum Vorjahr um 0,2 % zurück. Im Durchschnitt dauerte ein Krankenhausaufenthalt 6,1 Tage und nahm im Vergleich zum Vorjahr weiter um 0,1 Tage ab. 53 % der Behandlungsfälle entfielen auf weibliche und 47 % auf männliche Patienten. Durchschnittlich waren die behandelten Frauen und Männer 56 Jahre alt. Je 100.000 Einwohner wurden 22.757 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 (125.805) und dem Personenkreis im höheren und sehr hohen Alter wie auch in den Vorjahren besonders hoch. Bei den über 75-Jährigen wurden beispielsweise 60.019 Patientinnen und Patienten je 100.000 Einwohner behandelt.

Wohnortbezogen⁶ gab es die meisten Behandlungsfälle je 100.000 Einwohner in Sachsen-Anhalt (27.062 Fälle), in Thüringen (26.622 Fälle) und im Saarland (26.219 Fälle). Im Gegensatz dazu war die geringste Anzahl an Behandlungsfällen je 100.000 Einwohner in Baden-Württemberg (18.889 Fälle), Hamburg (19.555 Fälle) und Bremen (20.030 Fälle) zu verzeichnen (► Tab. 19.1).

Auf Grundlage der siedlungsstrukturellen Regionstypen des Bundesamtes für Bauwesen und Raumordnung (BBR) ist hierzu ergänzend eine Unterscheidung nach städtischen Regionen, Regionen mit Verstärkungsansätzen und ländlichen Regionen sowohl zwischen als auch innerhalb der Bundesländer möglich.⁷ Unter anderem bedingt

5 Standardisiert ohne Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Ausland, unbekanntem Geschlecht und unbekanntem Alter. Berechnet mit der durchschnittlichen Bevölkerung 2017 auf Grundlage des Zensus 2011.

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

7 Für die siedlungsstrukturellen Regionstypen gelten folgende Abgrenzungskriterien:

Städtische Regionen umfassen Regionen, in denen mindestens 50 % der Bevölkerung in Groß- und Mittelstädten lebt und in der sich eine Großstadt mit rund 500.000 Einwohnern und mehr befindet sowie Regionen mit einer Einwohnerdichte ohne Berücksichtigung der Großstädte von mindestens 300 Einwohner/km²;

Fortsetzung von Fußnote 7 ► nächste Seite.

Tab. 19.1 Patientinnen und Patienten nach Behandlungs- und Wohnort sowie Behandlungsfälle je 100.000 Einwohner 2017

	Behandlungsort der Patienten	Wohnort der Patienten	Fälle* je 100 000
	Anzahl	Anzahl	Einwohner
Baden-Württemberg	2.126.978	2.075.423	18.889
Bayern	2.917.641	2.860.081	22.062
Berlin	836.550	736.448	20.490
Brandenburg	544.035	639.659	25.593
Bremen	203.401	136.180	20.030
Hamburg	483.909	355.994	19.555
Hessen	1.333.974	1.370.118	21.999
Mecklenburg-Vorpommern	400.394	399.407	24.794
Niedersachsen	1.675.871	1.786.975	22.466
Nordrhein-Westfalen	4.492.811	4.459.660	24.913
Rheinland-Pfalz	927.883	977.637	24.021
Saarland	276.289	260.993	26.219
Sachsen	969.074	948.375	23.236
Sachsen-Anhalt	573.412	603.401	27.062
Schleswig-Holstein	571.577	627.043	21.728
Thüringen	567.423	573.615	26.622

* auf Basis des Wohnorts. Berechnet mit der durchschnittlichen Bevölkerung 2017 auf Grundlage des Zensus 2011.
Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis) 2018, Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik

Krankenhaus-Report 2019

durch die Altersstruktur der Bevölkerung liegt insgesamt die Zahl der stationär versorgten Patientinnen und Patienten je 100.000 Einwohner in ländlichen Regionen (24.536 Fälle) deutlich höher als in

städtischen Regionen (22.330 Fälle) und in Regionen mit Verstärkeransätzen (22.762 Fälle). Regional betrachtet wurden in ländlichen Regionen vor allem in den neuen Bundesländern, insbesondere in Thüringen (28.607 Fälle), Sachsen-Anhalt (27.614 Fälle) und Sachsen (25.734 Fälle), die meisten Patientinnen und Patienten je 100.000 Einwohner stationär behandelt. In Regionen mit Verstärkeransätzen lagen Hessen (26.897 Fälle), wiederum Sachsen-Anhalt (26.046 Fälle) sowie Sachsen (25.932 Fälle) an der Spitze. Die vordersten Plätze in städtischen Regionen nahmen das Saarland (26.550 Fälle), Nordrhein-Westfalen (25.015 Fälle) und Rheinland-Pfalz (22.809 Fälle) ein (Abb. 19.1).

Unter Einbezug der Dauer des Krankenhausaufenthalts der Behandelten gab es 532.564 sogenannte Stundenfälle. Dies sind vollstationär aufgenommene Patientinnen und Patienten, bei denen sich innerhalb des ersten Tages herausstellt, dass ein

Fortsetzung Fußnote 7

Regionen mit Verstärkeransätzen sind Regionen, in denen mindestens 33 % der Bevölkerung in Groß- und Mittelstädten lebt mit einer Einwohnerdichte zwischen 150 und 300 Einwohner/km² sowie Regionen, in denen sich mindestens eine Großstadt befindet und die eine Einwohnerdichte ohne Berücksichtigung der Großstädte von mindestens 100 Einwohner/km² aufweisen;

Ländliche Regionen schließen Regionen ein, in denen weniger als 33 % der Bevölkerung in Groß- und Mittelstädten lebt mit einer Einwohnerdichte unter 150 Einwohner/km² sowie Regionen, in denen sich zwar eine Großstadt befindet, aber die eine Einwohnerdichte ohne Berücksichtigung der Großstädte unter 100 Einwohner/km² beträgt. (Siehe www.bbsr.bund.de > Raumbeobachtung > Raumabgrenzungen > Siedlungsstrukturelle Regionstypen)

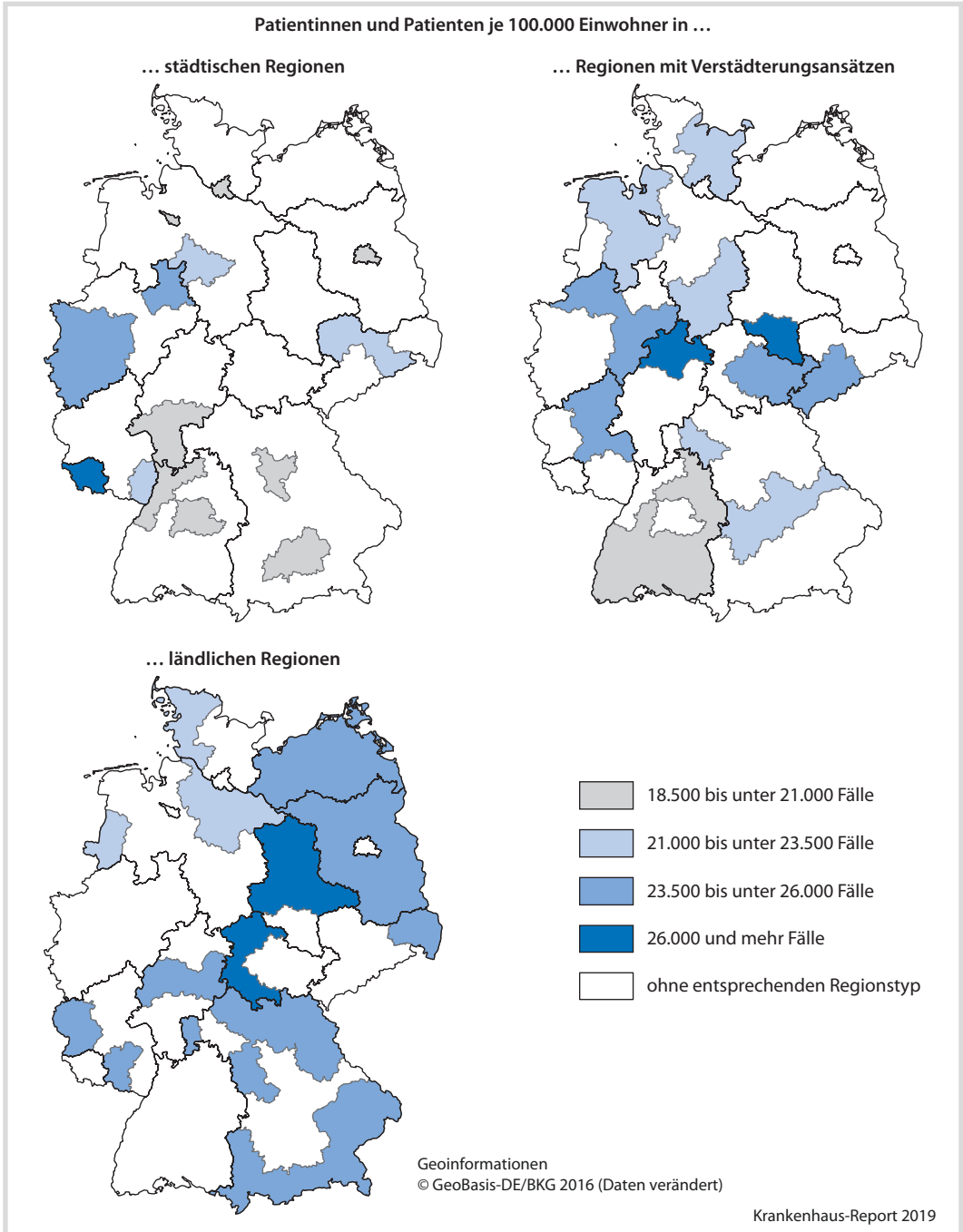
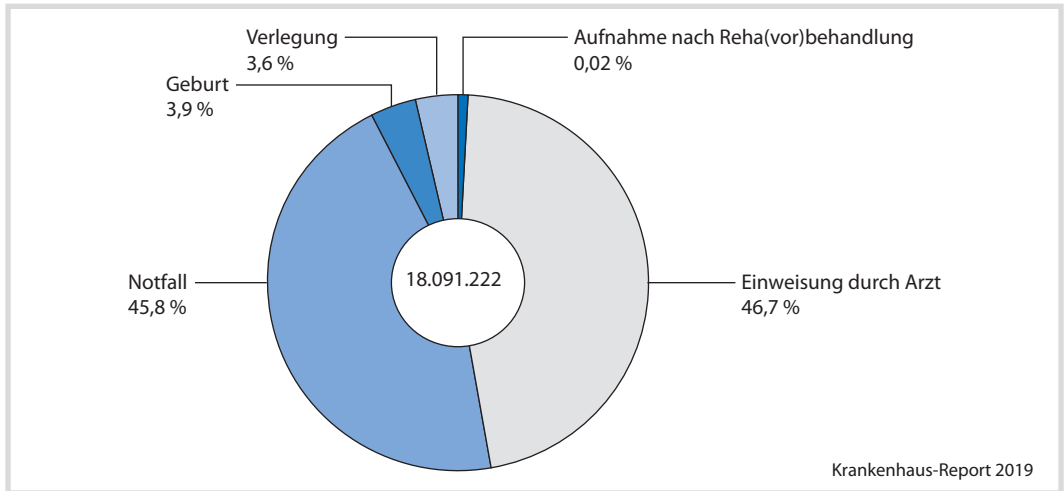
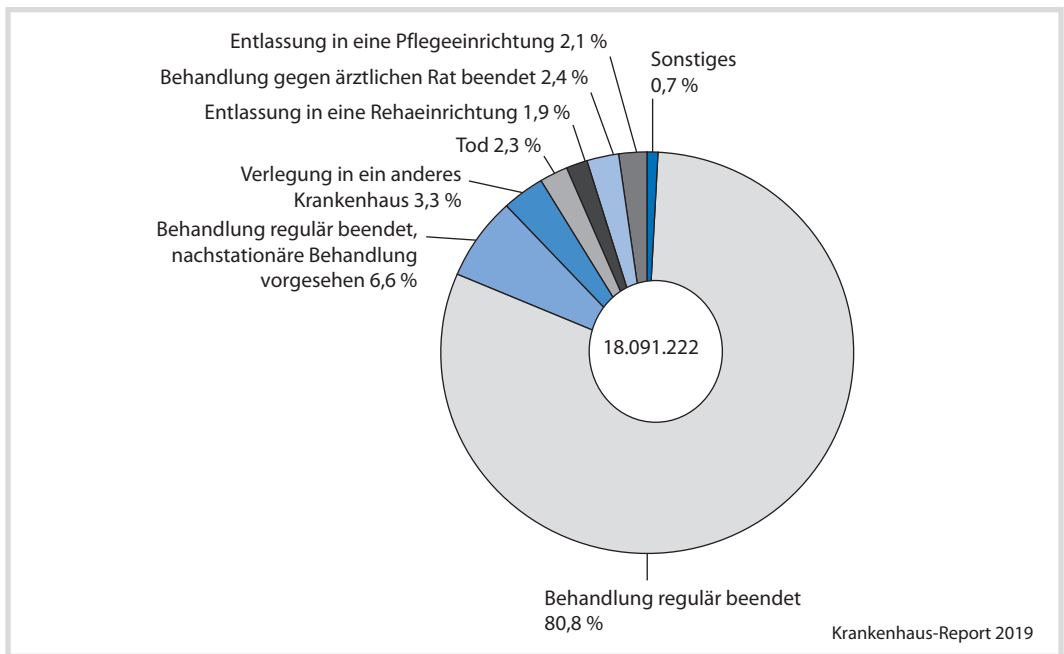


Abb. 19.1 Patientinnen und Patienten je 100.000 Einwohner 2016 nach Bundesland und Siedlungsstruktur (Regionstyp) (Dargestellt sind Ergebnisse für das Berichtsjahr 2016, da die Bevölkerungszahlen nach siedlungsstrukturellen Regionstypen für 2017 noch nicht vorliegen) (Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis) 2018, Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik)



■ **Abb. 19.2** Krankenhausfälle nach Aufnahmeanlass 2017 (Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis) 2018, Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik)



■ **Abb. 19.3** Krankenhausfälle nach Entlassungsgrund 2017 (Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis) 2018, Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik)

stationärer Aufenthalt nicht erforderlich ist, oder Patientinnen und Patienten, die innerhalb des ersten Tages versterben. Im Jahr 2017 betrug ihr Anteil an allen Behandlungsfällen 2,8 %. Die Zahl der sogenannten Kurzlieger, d. h. Patientinnen und Pa-

tienten, die mindestens eine Nacht und höchstens drei Nächte im Krankenhaus verbringen, lag bei knapp 8,5 Millionen. Diese Patientengruppe entsprach einem Anteil von 44,9 % der Behandlungsfälle. Gegenüber dem Vorjahr war bei Kurzliegern

ein Anstieg um 1,3 % und bei Stundenfällen ein Rückgang um 3,1 % zu verzeichnen.

Im Hinblick auf den Aufnahmeanlass wurden im Jahr 2017 46,7 % der Fälle aufgrund einer ärztlichen Einweisung in die vollstationäre Krankenhausbehandlung aufgenommen. Bei 45,8 % wurde die Krankenhausaufnahme als Notfall eingeordnet (■ Abb. 19.2).

Der häufigste Entlassungsgrund bei den Patientinnen und Patienten war die reguläre Beendigung der Behandlung. In 87,4 % 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 (6,6 %). 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 1,9 % der Fälle (■ Abb. 19.3).

19.4 Ausgewählte Hauptdiagnosen mit den wichtigsten Nebendiagnosen der Behandelten

Mit der *Fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik* stehen umfangreiche Informationen sowohl zu den Haupt- als auch zu den Nebendiagnosen zur Verfügung. Als Hauptdiagnose wird gemäß den Deutschen Kodierrichtlinien⁸ 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 Analyse“ bezieht sich auf 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 GM⁹ 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 2017 mit Abstand am häufigsten aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems (2,9 Millionen Fälle) stationär behandelt. Weitere Behandlungsanlässe waren vor allem Verletzungen und Vergiftungen (2,0 Millionen Fälle) sowie Krankheiten des Verdauungssystems (1,9 Millionen Fälle). Bei Frauen spielten über Krankheiten des Kreislaufsystems sowie Verletzungen und Vergiftungen hinaus schwangerschaftsbedingte Behandlungen und damit verbundene Krankheiten eine große Rolle. Bei Männern dominierten neben den Krankheiten des Kreislaufsystems weiterhin Erkrankungen des Verdauungssystems und Neubildungen.

Lässt man die Versorgung gesunder Neugeborener (Z38) unberücksichtigt, war mit 464.813 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 Hauptdiagnose vor allem auf die Implantation eines Herzschrittmachers und Defibrillators (5-377), die Entfernung,

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

9 Die Abkürzung ICD steht für „International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems“. Die Ziffer 10 bezeichnet deren 10. Revision. Diese Klassifikation wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegeben und weltweit eingesetzt. Die deutschsprachige Ausgabe (GM = German Modification) wird vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) erstellt. Maßgeblich ist die jeweils im Berichtsjahr gültige Version der ICD.

■ Tab. 19.2 Hauptdiagnose Herzinsuffizienz (I50) mit ihren häufigsten Nebendiagnosen und Operationen 2017

		Pos.-Nr. ICD-10/Hauptdiagnose Herzinsuffizienz	Anzahl	
		I50	464.813	
Rang	Pos.-Nr. ICD-10/Nebendiagnose		Anzahl	in %
Insgesamt			5.749.466	100,0
1	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	277.809	4,8
2	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	270.184	4,7
3	I50	Herzinsuffizienz ²⁾	238.025	4,1
4	Z92	Medizinische Behandlung in der Eigenanamnese	237.201	4,1
5	I10	Essenzielle (primäre) Hypertonie	223.269	3,9
Rang	Operationen nach Kapitel 5 ¹⁾		Anzahl	in %
Insgesamt³⁾		Insgesamt (einschl. der Pos. 5-93 bis 5-99)	51.903	100,0
1	5-377	5-377 Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders	10.867	20,9
2	5-378	5-378 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators	3.371	6,5
3	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	2.815	5,4
4	5-469	Andere Operationen am Darm	2.689	5,2
5	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	2.659	5,1
¹⁾ Ohne Duplikate				
²⁾ 4. oder 5. Stelle der Nebendiagnose weicht von der 4. oder 5. Stelle der Hauptdiagnose ab.				
³⁾ Operationen insgesamt beinhaltet auch die Pos. 5–93 bis 5–99 (Zusatzinformationen zu Operationen), die aber hier nicht separat ausgewiesen wurden.				
Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis) 2018, Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik				
Krankenhaus-Report 2019				

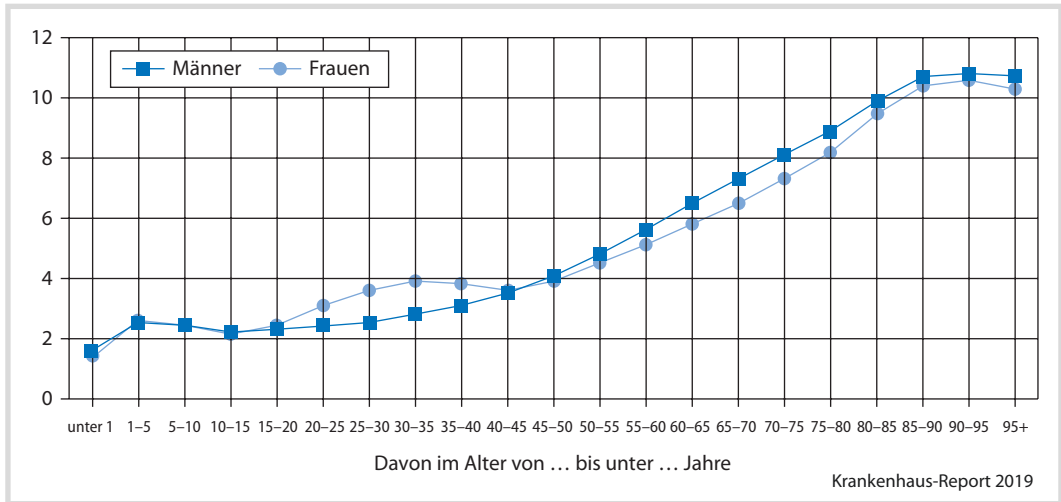
den Wechsel und die Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators (5-378) sowie andere Operationen an Blutgefäßen (5-399) (■ Tab. 19.2).

Eine Übersicht über die weiteren wichtigen Hauptdiagnosen in Verbindung mit den entsprechenden Nebendiagnosen sind als elektronisches Zusatzmaterial unter <https://doi.org/10.1007/978-3-662-58225-1> (Tabelle 19.a) bereitgestellt.

Im Jahr 2017 wurden durchschnittlich 6,1 Nebendiagnosen je Patientin/Patient gestellt. Die durchschnittliche Zahl der Nebendiagnosen, die bei einem Krankenhausfall zusätzlich zur Hauptdiagnose gestellt werden, steigt mit dem Alter der Patientinnen und Patienten deutlich an. Dies spiegelt die mit dem Alter zunehmende Wahrscheinlichkeit sowohl von Mehrfacherkrankungen, der sogenannten Multi-

morbidität, als auch von Komplikationen bei der Behandlung wider. Alte Menschen leiden danach sehr viel häufiger als junge Patienten an mehreren komplexen Erkrankungen gleichzeitig (■ Abb. 19.4).

Im Durchschnitt werden bei Frauen nur in den Altersgruppen der 15- bis unter 45-Jährigen – vorwiegend verursacht durch schwangerschaftsbedingte 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 (7,0 Nebendiagnosen) sowie Sachsen-Anhalt und Brandenburg (jeweils 6,9 Nebendiagnosen) im Schnitt etwas höhere Werte als Patientinnen und Patienten aus Hessen (5,3 Nebendiagnosen), Bayern



■ **Abb. 19.4** Durchschnittliche Anzahl der Nebendiagnosen pro Krankenhausfall nach Alter und Geschlecht 2017 (Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis) 2018, Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik)

(5,8 Nebendiagnosen) und Hamburg (6,0 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 essenzielle primäre Hypertonie (I10), gefolgt von der medizinischen Behandlung in der Eigenanamnese (Z92) und der chronischen ischämischen Herzkrankheit (I25). Bei den Frauen waren über die essenzielle primäre Hypertonie und medizinische Behandlung in der Eigenanamnese hinaus Probleme mit Bezug auf Pflegebedürftigkeit (Z74) weitere wichtige Begleiterkrankungen. Die chronische ischämische Herzkrankheit spielte bei ihnen aber eine wesentlich geringere Rolle als bei Männern (Rang 11 zu Rang 3 der häufigsten Begleiterkrankungen). Insgesamt bilden die in ■ Tab. 19.3 aufgeführten fünfundzwanzig häufigsten Nebendiagnosen bereits rund 40 % des Spektrums aller Begleiterkrankungen ab.

Eine ausführliche Darstellung der häufigsten Nebendiagnosen sowohl insgesamt als auch differenziert nach männlichen und weiblichen Behandelten ist sind als elektronisches Zusatzmaterial unter <https://doi.org/10.1007/978-3-662-58225-1> (Tabellen 20.b bis 20.d) bereitgestellt.

19.5 Operationen und medizinische Prozeduren

Einen deutlichen Informationszugewinn der *Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik* im Vergleich zur herkömmlichen Krankenhausdiagnosestatistik 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.¹⁰ Nach den Deutschen Kodierrichtlinien sind alle signifikanten operativen Eingriffe und medizinischen Prozeduren, die vom Zeitpunkt der Aufnahme bis zum Zeitpunkt der Entlassung

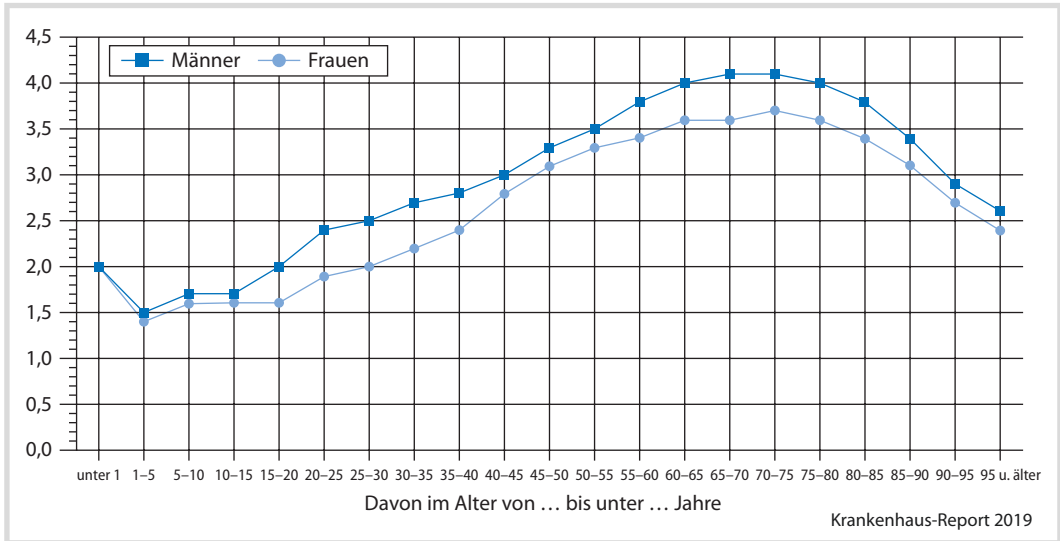
¹⁰ Die Klassifikation wird seit 1993 vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) nach den §§ 295 und 301 SGB V im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegeben und bereitgestellt. Der OPS ist überwiegend numerisch-hierarchisch strukturiert und weist eine topographisch-anatomische Gliederung auf. Die Hierarchieklassen umfassen Kapitel, Bereichsüberschriften, 3-Steller, 4-Steller, 5-Steller und 6-Steller.

Tab. 19.3 Die häufigsten Nebendiagnosen 2017

Rang	Pos.-Nr. ICD-10	Nebendiagnose	Anzahl	in %
		Insgesamt	115.354.906	100,0
1	I10	I10 Essenzielle (primäre) Hypertonie	6.814.273	5,9
2	Z92	Z92 Medizinische Behandlung in der Eigenanamnese	4.039.262	3,5
3	I25	I25 Chronische ischämische Herzkrankheit	2.968.388	2,6
4	E11	E11 Diabetes mellitus, Typ 2	2.730.909	2,4
5	E78	E78 Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	2.520.579	2,2
6	E87	Z74 Probleme mit Bezug auf Pflegebedürftigkeit	2.458.830	2,1
7	Z74	E87 Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts	2.416.854	2,1
8	Z95	Z95 Vorhandensein von kardialen oder vaskulären Implantaten oder Transplantaten	2.312.465	2,0
9	I48	I48 Vorhofflimmern und Vorhofflattern	2.184.284	1,9
10	N18	N18 Chronische Nierenkrankheit	1.996.418	1,7
11	I50	I50 Herzinsuffizienz	1.973.604	1,7
12	E03	U50 Motorische Funktionseinschränkung	1.630.134	1,4
13	E66	E03 Sonstige Hypothyreose	1.613.994	1,4
14	B96	E66 Adipositas	1.216.596	1,1
15	Z03	B96 Sonstige näher bezeichn. Bakterien als Ursache von Krankheiten, die in and. Kapiteln klassifiziert sind	1.214.827	1,1
16	N39	J96 Respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert	1.213.438	1,1
17	J96	Z03 Ärztliche Beobachtung und Beurteilung von Verdachtsfällen	1.186.695	1,0
18	O09	N39 Sonstige Krankheiten des Harnsystems	1.180.128	1,0
19	U50	O09 Schwangerschaftsdauer	1.045.639	0,9
20	B95	B95 Streptokokken und Staphylokokken als Ursache von Krankheiten, die in and. Kapiteln klassifiziert sind	1.024.826	0,9
21	E86	E86 Volumenmangel	942.642	0,8
22	J44	J44 Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	900.654	0,8
23	Z96	Z96 Vorhandensein von anderen funktionellen Implantaten	882.423	0,8
24	I11	Z86 Bestimmte andere Krankheiten in der Eigenanamnese	839.452	0,7
25	Z86	R26 Störungen des Ganges und der Mobilität	816.149	0,7

Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis) 2018, Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik

Krankenhaus-Report 2019



■ **Abb. 19.5** Durchschnittliche Anzahl der Operationen und Prozeduren pro Krankenhausfall nach Alter und Geschlecht (Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis) 2018, Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik)

bei den Behandelten vorgenommen werden und im amtlichen OPS abbildbar sind, von den Krankenhäusern zu kodieren.¹¹ Dies schließt neben operativen Eingriffen auch diagnostische, therapeutische und pflegerische Prozeduren sowie die Verabreichung von speziellen Medikamenten ein.

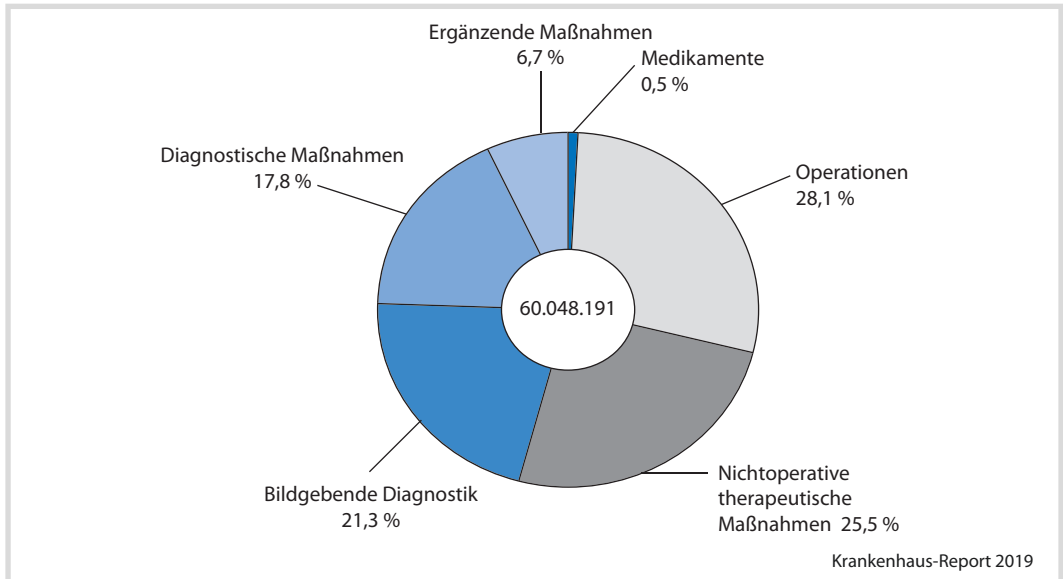
Im Berichtsjahr 2017 wurden bei den vollstationär versorgten Patientinnen und Patienten insgesamt 60,0 Millionen operative Maßnahmen und medizinische Prozeduren durchgeführt. Im Vergleich zum Vorjahr entspricht dies einem Zuwachs um 2,4 %. Auf einen Krankenhausfall entfielen damit im Durchschnitt 3,2 Maßnahmen dieser Art. Nach Bundesländern aufgeschlüsselt lag die durchschnittliche Zahl der Operationen und Prozeduren bei Patientinnen und Patienten, die in Krankenhäusern in Ham-

burg und Berlin (jeweils 3,5 Maßnahmen) behandelt wurden, etwas höher als in Rheinland-Pfalz (2,9 Maßnahmen) sowie Hessen, Niedersachsen und Sachsen-Anhalt (jeweils 3,0 Maßnahmen).

Ohne Berücksichtigung der unter 1-jährigen steigt die durchschnittliche Anzahl der während eines Krankenhausaufenthalts durchgeführten operativen Eingriffe und Prozeduren pro Fall mit dem Alter bis zur Altersgruppe der bis unter 75-jährigen Frauen und Männern fast kontinuierlich an. Mit durchschnittlich 3,7 Maßnahmen dieser Art pro Patientin bzw. 4,1 Maßnahmen pro Patient war sie im Jahr 2017 bei den Behandelten dieser Altersgruppe 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 beiden Geschlechtern zurück. Die durchschnittliche Zahl der Operationen und Prozeduren war 2017 bei den über 95-jährigen auf einem annähernd vergleichbaren Niveau wie bei Behandelten im frühen und 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. 19.5).

11 Die Definition einer signifikanten Prozedur ist, dass sie entweder chirurgischer Natur ist, ein Eingriffs- oder Anästhesierisiko birgt, Spezialeinrichtungen, Geräte oder eine spezielle Ausbildung erfordert. Für die differenzierte Abbildung komplexer 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. Dementsprechend sind ggf. Mehrfachkodierungen je behandeltem Krankenhausfall nachgewiesen.



■ **Abb. 19.6** Operationen und Prozeduren nach OPS-Kapiteln 2017 (Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis) 2018, Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik)

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 25,5 % aller Prozeduren auf nichtoperative therapeutische Maßnahmen (15,3 Millionen), 21,3 % auf die bildgebende Diagnostik (12,8 Millionen), 17,8 % auf diagnostische Maßnahmen (10,7 Millionen), 6,7 % auf ergänzende Maßnahmen (4,0 Millionen) und 0,5 % auf die Verabreichung spezieller Medikamente (328.948). Am häufigsten wurden mit einem Anteil von 28,1 % jedoch Operationen (16,9 Millionen) bei den Patientinnen und Patienten veranlasst. Den größten Anstieg gegenüber dem Vorjahr gab es bei den ergänzenden Maßnahmen mit einem Zuwachs von 16 % (■ Abb. 19.6).

Inwieweit sich Unterschiede bei den Operationen und medizinischen Prozeduren bei Frauen und

Männern und bei verschiedenen Altersgruppen zeigen, verdeutlicht ■ Tab. 19.4.

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 2017 bei 37,7 %.

Werden die Operationen differenziert für sich betrachtet, dann waren die Spitzenreiter unter allen chirurgischen Maßnahmen auf Ebene der sogenannten Bereichsüberschriften jeweils mit großem Abstand die Operationen an den Bewegungsorganen (4,7 Millionen), gefolgt von Operationen am Verdauungstrakt (2,5 Millionen) sowie an Haut und Unterhaut (1,4 Millionen) (■ Tab. 19.5).

Rund die Hälfte der operativen Eingriffe wurde in den drei Fachabteilungen¹² Allgemeine Chirurgie (28,6 %), Frauenheilkunde und Geburtshilfe (10,7 %) und Orthopädie (9,8 %) erbracht (■ Abb. 19.7).

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

Tab. 19.4 Operationen und Prozeduren nach OPS-Kapitel, Alter und Geschlecht 2017

Operation/Prozedur ¹⁾ nach OPS-Kapitel	Insgesamt ²⁾	davon im Alter von ... bis unter Jahren				
		0–20	20–40	40–60	60–85	85 und älter
Frauen						
	Anzahl					
Insgesamt	29.426.978	1.873.879	3.879.721	5.942.750	14.544.345	3.186.271
Diagnostische Maßnahmen	5.021.779	477.194	453.419	1.056.324	2.602.072	432.770
Bildgebende Diagnostik	6.145.997	141.153	470.896	1.245.663	3.464.141	824.143
Operationen	8.786.537	345.348	1.811.141	2.283.748	3.828.857	517.440
Medikamente	141.882	13.354	10.795	35.360	78.117	4.256
Nichtoperative Therapeutische Maßnahmen	6.838.881	477.684	542.642	1.180.136	3.771.344	867.069
Ergänzende Maßnahmen	2.468.725	418.545	589.511	140.542	788.563	531.562
Unbekannte Operation/Maßnahmen	23.177	601	1.317	977	11.251	9.031
Männer						
Insgesamt	30.617.462	2.168.209	2.360.496	7.162.282	17.021.138	1.905.257
Diagnostische Maßnahmen	5.682.311	497.495	395.850	1.305.544	3.181.487	301.935
Bildgebende Diagnostik	6.648.301	159.760	516.013	1.586.450	3.923.557	462.482
Operationen	8.079.185	482.255	991.970	2.247.742	4.021.583	335.630
Medikamente	187.032	16.189	11.652	47.985	106.772	4.434
Nichtoperative Therapeutische Maßnahmen	8.475.287	583.022	419.227	1.843.550	5.065.897	563.555
Ergänzende Maßnahmen	1.528.957	428.754	25.552	129.732	711.528	233.391
Unbekannte Operation/Maßnahmen	16.389	734	232	1.279	10.314	3.830
¹⁾ Ohne Duplikate						
²⁾ Einschl. der Fälle mit unbekanntem Alter						
Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis) 2018, Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik						
Krankenhaus-Report 2019						

Nach Vierstellern des OPS aufgeschlüsselt erfolgten bei Frauen am häufigsten die Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur/Dammriss (350.108 Eingriffe), sonstige Kaiserschnittentbindungen (256.661 Eingriffe) und sonstige Operationen am Darm (216.035 Eingriffe). Bei Männern lagen an erster Stelle sonstige Darmoperationen (188.263 Eingriffe), gefolgt von dem Verschluss eines Leistenbruchs (155.549 Eingriffe) und das operative Freilegen eines Zugangs zur Lendenwirbelsäule, zum Kreuzbein oder Steißbein (154.170 Eingriffe). **Tab. 19.6** weist die 30 häufigsten chirurgischen Maßnahmen nach Vierstellern aus, die

etwas mehr als ein Drittel aller durchgeführten Operationen umfassen.

Tab. 19.7 gibt einen Überblick über die 30 häufigsten Operationen auf Ebene der Dreisteller, die im Jahr 2017 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 (495.658 Eingriffe), Operationen an der Wirbelsäule (435.884 Eingriffe) und andere geburtshilfliche Operationen (389.951 Eingriffe). Bei Männern wurden der Rangfolge nach am häufigsten arthroskopische Gelenkoperationen (441.181

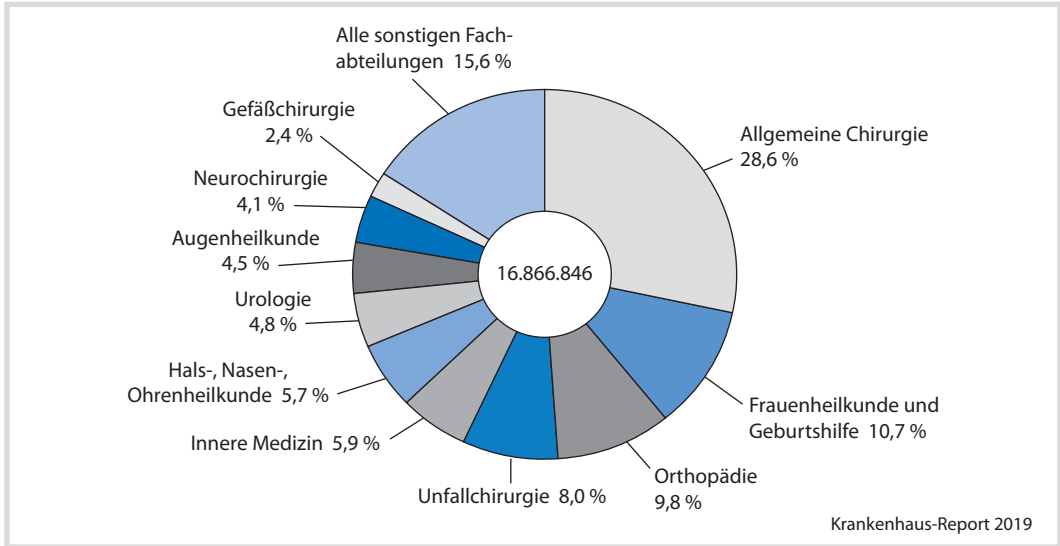
Tab. 19.5 Operationen 2017 nach Bereichsüberschriften

OPS-Schlüssel	Operation ¹⁾	Insgesamt	Männer	Frauen	Insgesamt	Männer	Frauen
		Anzahl			Veränderung zum Vorjahr in Prozent		
5	Operationen	16.866.846	8.079.185	8.786.537	0,7	1,2	0,2
5-01-5-05	Operationen am Nervensystem	800.656	406.386	394.215	2,0	2,6	1,3
5-06-5-07	Operationen an endokrinen Drüsen	159.904	45.932	113.968	-4,6	-4,4	-4,7
5-08-5-16	Operationen an den Augen	618.855	313.408	305.363	1,7	2,2	1,1
5-18-5-20	Operationen an den Ohren	164.783	95.116	69.660	0,8	1,5	-0,1
5-21-5-22	Operationen an Nase und Nasennebenhöhlen	455.399	274.916	180.454	1,7	2,3	0,7
5-23-5-28	Operationen an Mundhöhle und Gesicht	303.422	168.811	134.581	-3,3	-2,6	-4,1
5-29-5-31	Operationen an Pharynx, Larynx und Trachea	113.376	73.948	39.422	-2,2	-3,1	-0,6
5-32-5-34	Operationen an Lunge und Bronchus	182.404	115.169	67.212	-0,2	-1,2	1,4
5-35-5-37	Operationen am Herzen	423.122	277.418	145.683	-1,4	-1,5	-1,1
5-38-5-39	Operationen an den Blutgefäßen	772.327	440.510	331.749	-1,4	-1,1	-1,8
5-40-5-41	Operationen am hämatopoetischen und Lymphgefäßsystem	192.425	64.045	128.365	0,7	2,4	-0,2
5-42-5-54	Operationen am Verdauungstrakt	2.537.792	1.349.182	1.188.425	0,7	0,7	0,7
5-55-5-59	Operationen an den Harnorganen	588.410	388.778	199.570	-0,1	-0,5	0,5
5-60-5-64	Operationen an den männlichen Geschlechtsorganen	222.228	220.685	1.529	1,1	1,1	2,0
5-65-5-71	Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen	636.551	1.247	635.291	-0,5	-0,2	-0,5
5-72-5-75	Geburtshilfliche Operationen	933.368	- ²⁾	933.364	0,5	- ²⁾	0,4
5-76-5-77	Operationen an Kiefer- und Gesichtsschädelknochen	82.180	48.155	34.023	-0,5	-0,5	-0,4
5-78-5-86	Operationen an den Bewegungsorganen	4.701.877	2.205.120	2.496.435	1,0	1,8	0,4
5-87-5-88	Operationen an der Mamma	162.598	5.301	157.289	-0,9	-1,8	-0,9
5-89-5-92	Operationen an Haut und Unterhaut	1.368.105	773.499	594.534	0,4	0,7	-0,1
5-93-5-99	Zusatzinformationen zu Operationen	1.447.064	811.559	635.405	2,9	4,1	1,5

¹⁾ Ohne Duplikate

²⁾ Aussage nicht sinnvoll

Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis) 2018, Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik



■ **Abb. 19.7** Operationen nach Fachabteilungen 2017 (Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis) 2018, Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik)

■ **Tab. 19.6** Die häufigsten Operationen¹⁾ 2017 nach Vierstellern

Rang	OPS-Schlüssel/Operation	Anzahl	Prozent
	5 Operationen insgesamt ²⁾	16.866.846	100,0
1	5-469 Andere Operationen am Darm	404.321	2,4
2	5-758 Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammiss]	350.110	2,1
3	5-032 Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis	310.909	1,8
4	5-513 Endoskopische Operationen an den Gallengängen	275.684	1,6
5	5-749 Andere Sectio caesarea	256.662	1,5
6	5-820 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	238.072	1,4
7	5-896 Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	231.068	1,4
8	5-794 Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	224.623	1,3
9	5-812 Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	216.627	1,3
10	5-511 Cholezystektomie	200.555	1,2
11	5-839 Andere Operationen an der Wirbelsäule	199.089	1,2
12	5-916 Temporäre Weichteildeckung	191.953	1,1
13	5-822 Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk	191.272	1,1
14	5-811 Arthroskopische Operation an der Synovialis	183.787	1,1
15	5-452 Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	179.864	1,1
16	5-800 Offen chirurgische Operation eines Gelenkes	177.588	1,1

Tab. 19.6 (Fortsetzung)

Rang	OPS-Schlüssel/Operation		Anzahl	Prozent
17	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	176.257	1,0
18	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	175.357	1,0
19	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	173.758	1,0
20	5-814	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes	170.715	1,0
21	5-215	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]	165.325	1,0
22	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	163.950	1,0
23	5-895	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	158.448	0,9
24	5-831	Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe	153.930	0,9
25	5-788	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes	152.578	0,9
26	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	147.353	0,9
27	5-892	Andere Inzision an Haut und Unterhaut	146.910	0,9
28	5-83b	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule	143.500	0,9
29	5-786	Osteosyntheseverfahren	138.843	0,8
30	5-810	Arthroskopische Gelenkoperation	136.999	0,8
1) Ohne Duplikate				
2) Operationen insgesamt beinhaltet auch die Pos. 5-93 bis 5-99 (Zusatzinformationen zu Operationen), die aber hier nicht separat ausgewiesen wurden.				
Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis) 2018, Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik				
Krankenhaus-Report 2019				

Eingriffe), Operationen an der Wirbelsäule (391.151) sowie Operationen an Haut und Unterhaut (489.704 Eingriffe) durchgeführt. Eine differenzierte Übersicht zu den häufigsten Operationen der männlichen und weiblichen Behandelten kann als elektronisches Zusatzmaterial unter <https://doi.org/10.1007/978-3-662-58225-1> (Tabellen 19.e bis 19.g) abgerufen werden.

Auf Ebene der Viersteller gab es unter den chirurgischen Maßnahmen den deutlichsten Anstieg im Vergleich zum Vorjahr bei der endovaskulären Implantation von Stent-Prothesen (77,0 %). Danach folgten die Beseitigung von Verwachsungen an den Eierstöcken und dem Eileiter mit mikrochirurgischer Versorgung (35,4 %) sowie das Einschneiden der Vulva (31,4 %). Der stärkste Rückgang war bei sonstigem Entfernen oder Zerstören von erkranktem Gewebe des Gebärmutterhalses (13,5 %) zu

verzeichnen. Ebenfalls rückläufig waren die operative Mandelentfernung mit Entfernung von Wucherungen der Rachenmandeln (12,8 %) sowie die Fixation der Netzhaut durch einstellende Operationen (11,2 %). Nach Dreistellern aufgeschlüsselt zeigte sich im Vergleich zum Vorjahr der stärkste Zuwachs bei Operationen an den äußeren primären Geschlechtsorganen (8,4 %) sowie an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen (8,2 %). Danach folgten Operationen an Iris, Ziliarkörper, vorderer Augenkammer und Lederhaut sowie an der Bindehaut (jeweils 8,1 %). Zu den chirurgischen Maßnahmen mit dem höchsten Rückgang gehörten sonstige Operationen an der Gebärmutter und den Parametrien (5,5 %) sowie am Gebärmutterhals (5,4 %). Rückläufig waren ebenfalls Operationen im Bereich des Nasen- und Mundrachens (5,4 %). Die entsprechenden Tabellen sind als elektronisches

Tab. 19.7 Die häufigsten Operationen¹⁾ 2017 nach Dreistellern

Rang	OPS-Schlüssel/Operation		Anzahl	Prozent
	5	Operationen insgesamt²⁾	16.866.846	100,0
1	5-78	Operationen an anderen Knochen	837.742	5,0
2	5-83	Operationen an der Wirbelsäule	827.103	4,9
3	5-81	Arthroskopische Gelenkoperationen	784.205	4,7
4	5-89	Operationen an Haut und Unterhaut	688.639	4,1
5	5-79	Reposition von Fraktur und Luxation	656.656	3,9
6	5-82	Endoprothetischer Gelenk- und Knochenersatz	606.178	3,6
7	5-51	Operationen an Gallenblase und Gallenwegen	498.623	3,0
8	5-46	Anderer Operationen an Dünn- und Dickdarm	493.859	2,9
9	5-03	Operationen an Rückenmark, Rückenmarkhäuten und Spinalkanal	477.383	2,8
10	5-38	Inzision, Exzision und Verschluss von Blutgefäßen	464.688	2,8
11	5-75	Anderer geburtshilfliche Operationen	389.953	2,3
12	5-90	Operative Wiederherstellung und Rekonstruktion von Haut und Unterhaut	372.672	2,2
13	5-80	Offen chirurgische Gelenkoperationen	361.978	2,2
14	5-21	Operationen an der Nase	335.020	2,0
15	5-45	Inzision, Exzision, Resektion und Anastomose an Dünn- und Dickdarm	334.885	2,0
16	5-85	Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln	328.386	2,0
17	5-74	Sectio caesarea und Entwicklung des Kindes	325.365	1,9
18	5-53	Verschluss abdominaler Hernien	314.763	1,9
19	5-39	Anderer Operationen an Blutgefäßen	307.639	1,8
20	5-57	Operationen an der Harnblase	260.108	1,5
21	5-91	Anderer Operationen an Haut und Unterhaut	254.352	1,5
22	5-37	Rhythmuschirurgie und andere Operationen an Herz und Perikard	240.554	1,4
23	5-15	Operationen an Retina, Choroidea und Corpus vitreum	234.116	1,4
24	5-54	Anderer Operationen in der Bauchregion	201.049	1,2
25	5-40	Operationen am Lymphgewebe	177.051	1,1
26	5-49	Operationen am Anus	169.674	1,0
27	5-86	Replantation, Exartikulation und Amputation von Extremitäten und andere Operationen an den Bewegungsorganen	164.427	1,0
28	5-65	Operationen am Ovar	163.366	1,0
29	5-73	Anderer Operationen zur Geburtseinleitung und unter der Geburt	161.921	1,0
30	5-68	Inzision, Exzision und Exstirpation des Uterus	158.741	0,9

¹⁾ Ohne Duplikate

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

Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis) 2018, Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik

Zusatzmaterial unter <https://doi.org/10.1007/978-3-662-58225-1> (Tabellen 19.h bis 19.l) bereitgestellt.

Zur Vermeidung nicht notwendiger vollstationärer Krankenhausbehandlungen und zur Sicherstellung einer wirtschaftlichen und patientengerechten Versorgung sind weiterhin ambulante Operationen und sonstige stationärer ersetzende 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. Erfasst und entsprechend nachgewiesen werden diese Leistungen deshalb über die Grunddaten der Krankenhäuser (vgl. ► Kap. 17 in diesem Band) und nicht in der Fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik.

19.6 Behandlungsspektrum bei den Patientinnen und Patienten in den Fachabteilungen

Im Rahmen der *Fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik* sind 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 möglich.¹³

Danach wurden 89,7 % der Behandelten ausschließlich in einer Fachabteilung versorgt. Behandlungen in zwei verschiedenen Fachabteilungen erfolgten noch in 8,7 % der Fälle. Die häufigsten Verlegungen gab es dabei zwischen den Fachabteilungen Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie, Allgemeine Chirurgie und Intensivmedizin sowie Innere Medizin und Intensivmedizin. Behandlungen in mehr als zwei verschiedenen Fachabteilungen waren mit 1,6 % nur noch sehr selten (► Tab. 19.8).

Der größte Teil der Patientinnen und Patienten wurde in den Fachabteilungen Innere Medizin (5,8 Millionen Fälle), Allgemeine Chirurgie (3,0 Millionen Fälle) sowie Frauenheilkunde und Geburtshilfe (2,1 Millionen Fälle) behandelt. Die durchschnittliche Verweildauer der Behandelten lag in der Inneren Medizin bei 5,7 Tagen, in der Allgemeinen Chirurgie bei 5,8 Tagen und in der Frauenheilkunde/Geburtshilfe bei 3,5 Tagen (► Abb. 19.8).

Werden die Patientinnen und Patienten der Fachabteilung zugeordnet, in der sie während ihrer vollstationären Behandlung am längsten versorgt wurden, bleiben nach wie vor die Innere Medizin mit 5,2 Millionen Fällen (27,6 %), die Allgemeine Chirurgie mit 2,8 Millionen Fällen (14,9 %) sowie die Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit 2,0 Millionen Fällen (10,6 %) die patientenstärksten Fachabteilungen. Auf dieser Basis betrug die durchschnittliche Verweildauer in der Inneren Medizin und in der Allgemeinen Chirurgie 6,2 Tage sowie in der Frauenheilkunde/Geburtshilfe 3,6 Tage (► Tab. 19.9).

Am häufigsten wurden die Patientinnen und Patienten der Inneren Medizin aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems behandelt. Nach der Hauptdiagnose war in 331.550 Fällen eine Herzinsuffizienz (I50) Ursache der Behandlung und betraf 6,3 % aller Patientinnen und Patienten dieser Abteilung. Die entsprechende durchschnittliche Verweildauer lag bei 9,4 % Tagen. Jüngere waren davon kaum betroffen, 90,3 % der Behandelten mit diesem Krankheitsbild waren 65 Jahre und älter.

Der zweithäufigste Behandlungsanlass für eine stationäre Versorgung in der Inneren Medizin war das Vorhofflimmern und Vorhofflattern (I48) mit 194.990 Behandlungsfällen. Es war Ursache in 3,7 % aller Fälle dieser Abteilung und betraf mit 73,1 % ebenfalls in erster Linie die über 65-Jährigen. Die durchschnittliche Verweildauer lag hier bei 4,2 Tagen.

Die essenzielle primäre Hypertonie (I10) war für weitere 3,9 % der Behandlungsfälle der Inneren Medizin verantwortlich. Patientinnen und Patienten mit dieser Diagnose verbrachten im Schnitt 3,9 Tage im Krankenhaus. Zwei Drittel der Behandelten waren auch hier 65 Jahre und älter.

Insgesamt wurden in der Inneren Medizin rund 14,2 Millionen Operationen und medizinische Prozeduren durchgeführt, darunter 995.819 operative

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

■ **Tab. 19.8** Durchlaufene Fachabteilungen 2017 nach Geschlecht

Durchlaufene Fachabteilungen ¹⁾	Patientinnen und Patienten					
	Insgesamt		Männer		Frauen	
	Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %
Eine Fachabteilung	16.959.972	89,7	7.957.012	88,7	9.001.996	90,6
Zwei Fachabteilungen	1.647.628	8,7	854.858	9,5	792.677	8,0
Drei und mehr	293.622	1,6	155.925	1,7	137.681	1,4

¹⁾ Ohne Rückverlegungen

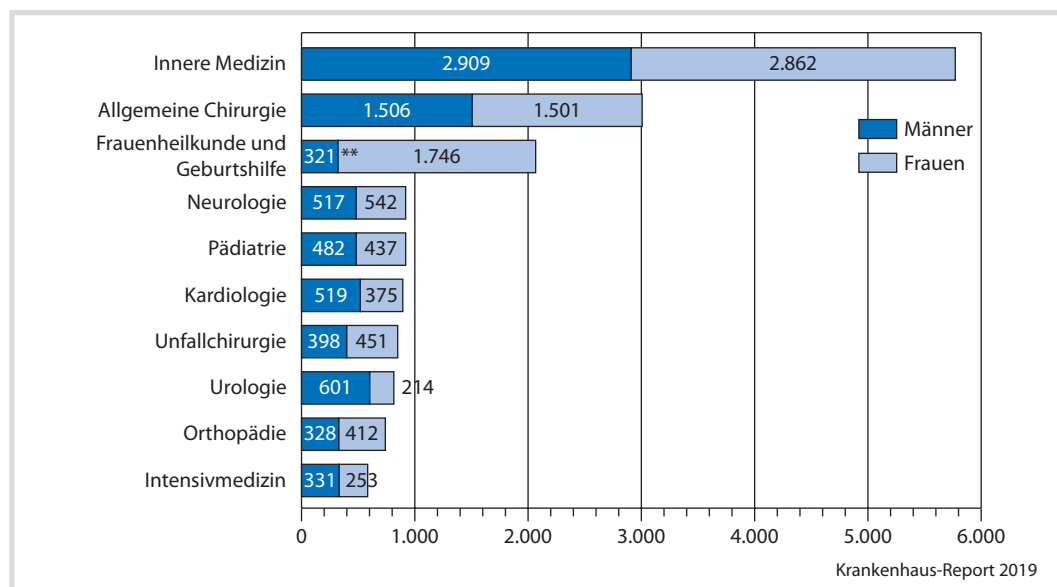
Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis) 2018, Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik

Krankenhaus-Report 2019

Eingriffe nach Kapitel 5 des OPS. 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. 19.10).

In der zweiten an dieser Stelle ausgewiesenen Fachabteilung, der Allgemeinen Chirurgie, wurden knapp 2,8 Millionen Fälle für die durchschnittliche Dauer von 6,2 Tagen stationär im Krankenhaus versorgt. Der häufigste Behandlungsanlass nach Diagnosekapiteln in dieser Abteilung waren Krankheiten des Verdauungssystems (■ Tab. 19.10).

Mit einem Anteil von 5,6 % wurden die Patientinnen und Patienten der Allgemeinen Chirurgie am



■ **Abb. 19.8** Die zehn patientenstärksten Fachabteilungen* nach Geschlecht 2017 (Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis) 2018, Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik)

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

** hauptsächlich gesunde männliche Neugeborene

Tab. 19.9 Patientinnen und Patienten mit den häufigsten Hauptdiagnosen in den Fachabteilungen¹⁾ Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie 2017

Rang	ICD-Pos.	Diagnose/Behandlungsanlass	Patienten				davon im Alter von ... bis unter ... Jahren			
			Durchschnittl. Verweildauer	Insgesamt ²⁾	Anzahl	Anzahl	0–15	15–45	45–65	65 und älter
							in Tagen			
Innere Medizin										
		Insgesamt	6,2	5.222.613	5.351	1.319.423	593.196	1.319.423	3.304.634	
1	I50	Herzinsuffizienz	9,4	331.550	1	2.162	30.038	299.349		
2	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	4,2	194.990	1	5.089	47.445	142.455		
3	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenerkrankheit	8,0	182.410	2	1.991	49.257	131.160		
4	I10	Essenzielle (primäre) Hypertonie	3,9	169.625	2	10.686	46.086	112.851		
5	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	8,8	164.588	46	10.015	25.637	128.889		
6	I20	Angina pectoris	3,4	138.519	–	4.963	47.679	85.877		
7	I21	Akuter Myokardinfarkt	6,6	124.273	–	3.912	38.596	81.765		
8	K29	Gastritis und Duodenitis	3,8	109.140	31	26.688	31.656	50.765		
9	R55	Synkope und Kollaps	4,1	101.118	100	15.020	21.860	64.138		
10	R07	Hals- und Brustschmerzen	2,1	99.952	14	24.335	40.057	35.546		
11	E86	Volumenmangel	5,9	98.198	18	1.826	5.818	90.536		
12	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	3,3	97.278	215	43.271	44.392	9.398		
13	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	9,0	95.245	3	4.880	27.135	63.227		
14	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	3,2	91.104	–	1.148	28.176	61.780		
15	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	4,2	82.769	274	22.875	17.292	42.328		

Tab. 19.10 Häufigste Operationen in den Fachabteilungen¹⁾ Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie 2017

Rang	Maßnahme ²⁾		Insgesamt ⁴⁾		davon im Alter von ... bis unter ... Jahren			
					0–15	15–45	45–65	65 und älter
			in %	Anzahl	Anzahl			
Innere Medizin								
Insgesamt Operationen und Prozeduren				14.170.823	4.934	1.019.837	3.725.515	9.420.523
		Operationen Kapitel 5 ³⁾	100	995.819	521	53.598	245.411	696.288
1	5-513	Endoskopische Operationen an den Gallengängen	17,9	178.538	10	13.003	40.296	125.229
2	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	12,3	122.199	1	3.587	32.840	85.771
3	5-469	Anderere Operationen am Darm	11,2	111.795	3	4.420	29.685	77.687
4	5-377	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders	7,3	72.377	–	1.832	12.420	58.125
5	5-399	Anderere Operationen an Blutgefäßen	4,1	40.858	15	2.126	12.754	25.963
6	5-429	Anderere Operationen am Ösophagus	3,5	34.610	1	2.411	12.056	20.142
7	5-449	Anderere Operationen am Magen	3,2	31.865	2	1.557	7.308	22.998
8	5-378	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators	3,0	30.331	2	640	4.339	25.350
9	5-433	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Magens	1,6	16.222	–	503	3.355	12.364
10	5-431	Gastrostomie	1,6	16.187	8	633	3.717	11.829
Allgemeine Chirurgie								
Insgesamt Operationen und Prozeduren				9.318.819	60.192	1.323.798	3.126.598	4.808.218
		Operationen Kapitel 5 ³⁾	100	4.822.165	44.279	861.586	1.803.348	2.112.951
1	5-469	Anderere Operationen am Darm	3,8	181.106	477	20.386	62.431	97.812
2	5-511	Cholezystektomie	3,7	179.524	119	41.633	70.194	67.578
3	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	3,3	158.433	1.381	25.639	60.659	70.754
4	5-470	Appendektomie	2,0	95.069	7.164	56.793	21.363	9.749
5	5-794	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	1,9	92.143	556	11.914	30.060	49.613
6	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	1,9	91.219	698	12.377	28.317	49.827

Tab. 19.10 (Fortsetzung)

Rang	Maßnahme ²⁾		Insgesamt ⁴⁾		davon im Alter von ... bis unter ... Jahren			
					0–15	15–45	45–65	65 und älter
			in %	Anzahl	Anzahl			
7	5-032	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis	1,7	82.139	67	12.273	31.556	38.243
8	5-916	Temporäre Weichteildeckung	1,6	78.949	163	7.278	24.779	46.729
9	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	1,6	78.073	452	22.258	39.390	15.973
10	5-455	Partielle Resektion des Dickdarmes	1,6	77.350	55	6.473	25.836	44.986

¹⁾ Fachabteilung mit der längsten Verweildauer

²⁾ Ohne Duplikate

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

⁴⁾ Einschließlich Fälle mit unbekanntem Alter

Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis) 2018, Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik

Krankenhaus-Report 2019

häufigsten aufgrund eines Leistenbruchs (K40) stationär behandelt (156.364 Fälle). Sie verbrachten durchschnittlich 2,0 Tage im Krankenhaus. 44,6 % der Behandelten mit dieser Diagnose war 65 Jahre und älter und 38,4 % zwischen 45 bis unter 65 Jahre alt.

Die zweithäufigste in der Chirurgie behandelte Erkrankung war mit einem Anteil von 5,3 % und 150.385 Fällen das Gallensteinleiden (K80). Der größte Teil der Patientinnen und Patienten mit dieser Erkrankung war zwischen 45 bis unter 65 Jahre alt (39,9 %) sowie 65 Jahre und älter (33,6 %).

Der dritthäufigste Grund für eine vollstationäre Versorgung in der Chirurgie war die Intrakranielle Verletzung (S06), die bei 87.124 Patientinnen und Patienten behandelt wurde und einen Anteil von 3,1 % ausmachte. Der Krankenhausaufenthalt mit dieser Diagnose dauerte im Schnitt 2,2 Tage und betraf vor allem Personen, die 65 Jahre und älter waren. Ihr Anteil lag bei 45,9 %.

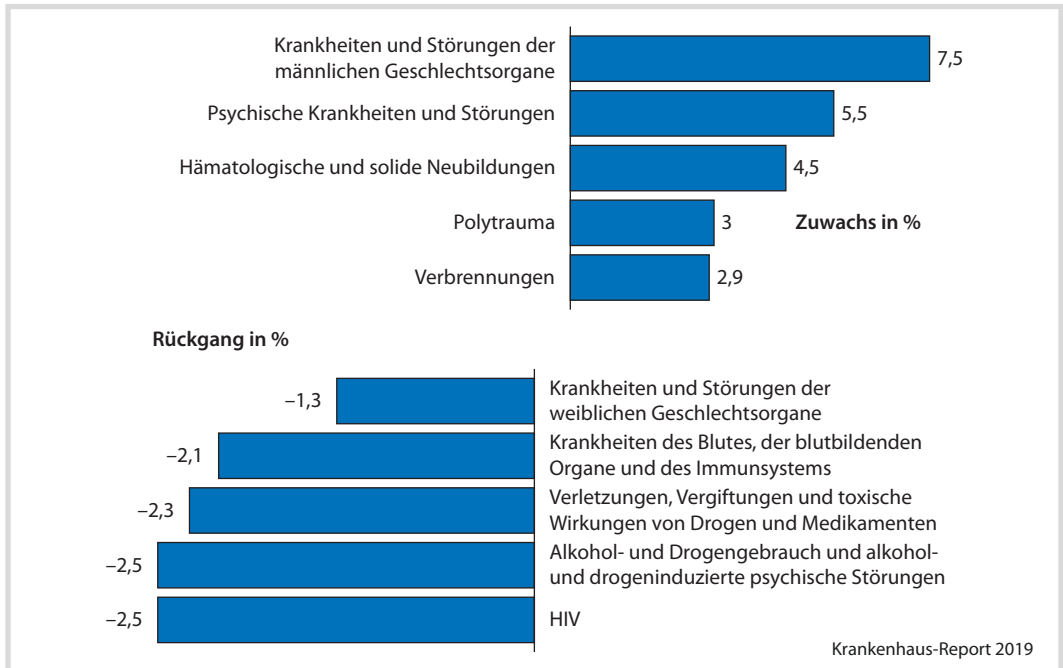
Zusammengenommen wurden in der Allgemeinen Chirurgie 9,3 Millionen Operationen und Prozeduren, darunter 4,8 Millionen operative Eingriffe nach Kapitel 5 des OPS durchgeführt. An oberster Stelle standen sonstige Operationen am Darm (5-469), gefolgt von der Gallenblasenentfernung

(5-511) und dem Verschluss eines Leistenbruchs (5-530). Mit Anteilen zwischen 37,6 % und 54,0 % war bei allen drei Operationen der jeweils größte Teil der Operierten 65 Jahre und älter.

19.7 Leistungsmengen und Leistungsstrukturen der Krankenhäuser

Fallpauschalen bilden die Grundlage für das Vergütungssystem der akutstationären Krankenhausleistungen in deutschen Krankenhäusern, in dem Behandlungsfälle entsprechend ihres Behandlungsaufwands nach pauschalierten Preisen vergütet werden.¹⁴ Differenzierte Informationen zum statio-

¹⁴ 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 heruntergeladen werden.



■ **Abb. 19.9** Die größten Fallzahlveränderungen zum Vorjahr nach MDC (2017 zu 2016) (Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis) 2018, Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik)

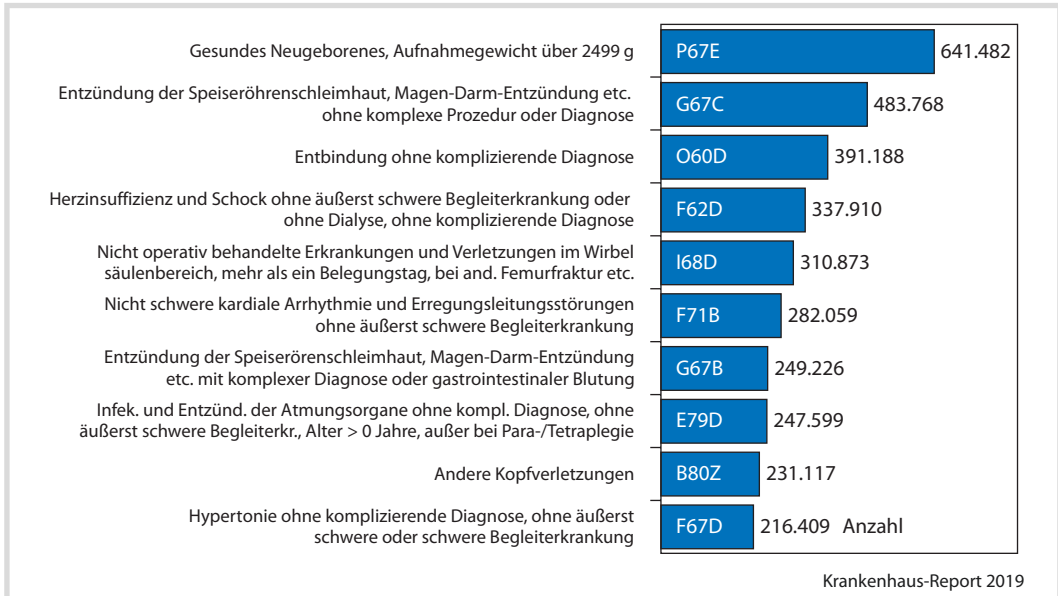
nären Leistungsgeschehen der Krankenhäuser stehen im Rahmen der Fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik insbesondere zu Hauptdiagnosegruppen (MDCs), abgerechneten Fallpauschalen (DRGs) sowie zum Casemix (CM) und Casemix-Index (CMI) zur Verfügung.

In Bezug auf die Verteilung der vollstationär behandelten Krankenhausfälle nach den MDCs standen im Jahr 2017 an erster Stelle Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems (15,4 %). An zweiter und dritter Stelle folgten Krankheiten und Störungen des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes (14,7 %) sowie der Verdauungsorgane (11,4 %). Hinsichtlich des Leistungsumfangs hatten diese drei Gruppen jeweils auch die höchsten Anteile (zwischen 18,4 % und 9,3 %) am gesamten Casemix-Volumen des Jahres 2017. Die Tabellen können sind als elektronisches Zusatzmaterial unter <https://doi.org/10.1007/978-3-662-58225-1> (Tabellen 19.m und 19.n) abgerufen werden.

Die größten Fallzahlzuwächse gegenüber dem Vorjahr waren bei der MDC „Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane“

(7,5 %) zu verzeichnen. Die MDCs „Psychische Krankheiten und Störungen“ (5,5 %) sowie „Hämatologische und solide Neubildungen“ (4,5 %) lagen an zweiter und dritter Stelle. Den stärksten Rückgang wiesen die MDCs „HIV“ sowie „Alkohol- und Drogengebrauch und alkohol- und drogeninduzierte psychische Störungen“ (jeweils 2,5 %) auf. Darüber hinaus war die MDC „Verletzungen, Vergiftungen und toxische Wirkungen von Drogen und Medikamenten“ (2,3 %) ebenfalls rückläufig (■ Abb. 19.9).

Die Versorgung gesunder Neugeborener (641.482), die Speiseröhrentzündung, Magen-Darm-Entzündung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne komplexe Prozedur oder Diagnose (483.768 Fälle) sowie die Entbindung ohne komplizierende Diagnose (391.188 Fälle) waren im Jahr 2017 die insgesamt am häufigsten abgerechneten Fallpauschalen (DRGs) (■ Abb. 19.10). Von den rund 1.200 mit dem Fallpauschalenkatalog bewerteten und abrechenbaren DRGs machten dabei die zwanzig häufigsten bereits 26,5 % und die fünfzig häufigsten DRGs 42,7 % des gesamt-



■ **Abb. 19.10** Die zehn häufigsten Fallpauschalen (DRGs) der Patientinnen und Patienten 2017 (Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis) 2018, Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik)

ten DRG-Leistungsspektrums aus. Nach der sogenannten Partition aufgeschlüsselt waren 58,2 % medizinische Behandlungen ohne chirurgische Eingriffe (Partition M), 36,0 % operative Behandlungen (Partition O) und 5,9 % nichtoperative, jedoch invasive medizinische Maßnahmen (Partition A). Die höchsten Anteile des Casemix entfielen dabei mit 60,3 % auf operative Eingriffe und 32,9 % auf medizinische Behandlungen. 6,8 % umfassten die nichtoperativen, invasiven medizinischen Maßnahmen.

Nicht immer sind die am häufigsten abgerechneten Fallpauschalen auch die 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 und die Herzinsuffizienz und Schock ohne schwere Begleiterkrankungen (jeweils 1,5 %) sowie die Endoprothesenimplantation oder -revision am Kniegelenk (1,4 %) an oberster Stelle. Zusammengenommen entfielen auf diese drei DRGs für die Behandlung von 623.492

Patientinnen und Patienten 4,3 % der Behandlungserlöse mit einem Volumen von 3,0 Milliarden Euro (■ Tab. 19.11).

Nach der DRG-Bewertungsrelation waren die teuersten und komplexesten Behandlungen die Versorgung von langzeitbeatmeten Schwerverletzten 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 Langzeitbeatmung der Patienten (A18Z). Für diese drei DRGs wurden näherungsweise rund 212 Millionen Euro im Rahmen der notfall- und intensivmedizinischen Behandlung von 819 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 Patientin/Patient durchschnittlich rund 261.100 Euro (■ Tab. 19.12).

Im Hinblick auf den Schweregrad der behandelten Patientinnen und Patienten insgesamt erfolgten

Tab. 19.11 DRGs nach Anteil am Erlösvolumen 2017

DRG	Bezeichnung	Fälle ¹⁾	Anteil an allen Fällen in %	Erlösvolumen ²⁾ in 1 000 EUR	Anteil am Erlösvolumen in %
I47C	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodeese, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, ohne komplizierenden Eingriff, ohne komplexe Diagnose an Becken/Oberschenkel oder ohne bestimmten endoprothetischen Eingriff	152.006	0,8	1.017.096	1,5
F62D	Herzinsuffizienz und Schock ohne äußerst schwere CC oder ohne Dialyse, ohne komplizierende Diagnose, ohne komplizierende Konstellation, ohne best. hochaufw. Beh., mehr als ein Belegungstag, ohne best. akutes Nierenversagen oder ohne äußerst schwere CC	337.592	1,8	1.012.750	1,5
I44B	Implantation einer bikondylären Endoprothese oder andere Endoprothesenimplantation/-revision am Kniegelenk, ohne äußerst schweren CC oder ohne Korrektur einer Brustkorbdeformität	133.894	0,7	1.005.355	1,4
O60D	Vaginale Entbindung ohne komplizierende Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen	390.507	2,1	678.359	1,0
G67C	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne bestimmte oder andere komplizierende Faktoren, ohne äußerst schwere CC	483.605	2,6	653.053	0,9

¹⁾ Ohne Fälle der integrierten Versorgung

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

Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis) 2018, Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik

Krankenhaus-Report 2019

nach dem Casemix-Index (CMI) die aufwändigsten bzw. schwerwiegendsten Behandlungen in den Fachabteilungen der Herzchirurgie (5,57), Intensivmedizin (4,81) und Kinderkardiologie (3,78). Das leichteste Erkrankungsspektrum wurde in der Geburtshilfe (0,50), der Augenheilkunde sowie der Frauenheilkunde und Geburtshilfe (jeweils 0,62) behandelt. Eine differenzierte Übersicht zum Case-

mix-Index nach Fachabteilungen und Altersgruppen der Patientinnen und Patienten ist sind als elektronisches Zusatzmaterial unter <https://doi.org/10.1007/978-3-662-58225-1> (Tabellen 19.o bis 19.q) eingestellt.

Die im Durchschnitt höchsten Erlöse je Fall wurden in Krankenhäusern in Hamburg (4.304 Euro), Berlin (4.150 Euro) und Sachsen (3.847

■ **Tab. 19.12** Komplexe Leistungen: Am höchsten bewertete DRGs 2017

DRG	Bezeichnung	Bewertungsrelation	Fälle ¹⁾	Anteil an allen Fällen in %	Erlösvolumen ²⁾ in 1.000 EUR	Anteil am Erlösvolumen in %
A06A	Beatmung > 1.799 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 2940/3680/5520 Aufwandspunkte oder mit hochkomplexem Eingriff	61,892	587	0,003	153.293	0,22
A18Z	Beatmung > 999 Stunden und Transplantation von Leber, Lunge, Herz und Knochenmark oder Stammzelltransfusion	60,897	123	0,001	36.666	0,05
A06B	Beatmung > 1.799 Stunden mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 2940/3680/5520 Aufwandspunkte	52,738	109	0,001	21.915	0,03
P61A	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht < 600 g mit signifikanter OR-Prozedur	47,514	207	0,001	38.026	0,05
P61C	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht 600–749 g mit signifikanter OR-Prozedur	46,398	252	0,001	38.488	0,06

¹⁾ Ohne Fälle der integrierten Versorgung

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

Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis) 2018, Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik

Krankenhaus-Report 2019

Euro) erzielt. Am niedrigsten lagen sie in Niedersachsen (3.570 Euro), in Bayern (3.606) und in Sachsen-Anhalt (3.612 Euro). Aufgrund der unterschiedlich hohen Landesbasisfallwerte korrespondieren die durchschnittlichen Fallerlöse nicht durchgängig mit dem Schweregrad der behandelten

Patientinnen und Patienten. So liegen zum Beispiel bei einem CMI von jeweils 1,13 die durchschnittlichen Fallerlöse der Krankenhäuser in Bremen bei 3.833 Euro und in Schleswig-Holstein bei 3.770 Euro (■ Tab. 19.13).

Tab. 19.13 Casemix, Casemix-Index und Erlöse je Fall nach Bundesländern 2017

Sitz des Krankenhauses	Casemix ¹⁾				Casemix-Index ²⁾	Erlös je Fall ³⁾ in Euro
	Insgesamt ⁴⁾	DRG-Partition				
		O	M	A		
Deutschland	20.779.242	12.526.781	6.830.013	1.422.443	1,11	3.714
Baden-Württemberg	2.371.722	1.486.307	771.095	114.319	1,12	3.755
Bayern	3.125.235	1.920.505	1.031.577	173.152	1,08	3.606
Berlin	1.029.714	650.866	284.914	93.934	1,24	4.150
Brandenburg	588.624	322.074	203.729	62.821	1,11	3.702
Bremen	230.055	141.575	72.463	16.018	1,13	3.833
Hamburg	615.380	413.759	155.808	45.813	1,28	4.304
Hessen	1.458.722	877.687	472.869	108.164	1,10	3.685
Mecklenburg-Vorp.	442.155	265.654	153.652	22.849	1,11	3.713
Niedersachsen	1.783.819	1.067.869	603.632	112.318	1,07	3.570
Nordrhein-Westfalen	4.904.552	2.886.060	1.633.445	385.046	1,10	3.676
Rheinland-Pfalz	949.889	544.649	345.988	59.252	1,03	3.623
Saarland	297.689	174.471	105.039	18.180	1,08	3.664
Sachsen	1.111.576	680.915	371.618	59.042	1,15	3.847
Sachsen-Anhalt	617.253	353.897	217.227	46.129	1,08	3.612
Schleswig-Holstein	620.086	375.448	187.641	56.996	1,13	3.770
Thüringen	632.770	365.046	219.315	48.410	1,12	3.745

¹⁾ 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.

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

³⁾ 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.

⁴⁾ Einschl. der Fälle mit unbekannter Partition

Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis) 2018, Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik

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.

