



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

Jutta Spindler

Inhaltsverzeichnis

- 21.1 Vorbemerkung – 443
- 21.2 Erläuterungen zur Datenbasis – 444
- 21.3 Eckdaten der vollstationär behandelten
Krankenhauspatientinnen und -patienten – 445
- 21.4 Ausgewählte Hauptdiagnosen mit den wichtigsten
Nebendiagnosen der Behandelten – 449
- 21.5 Operationen und medizinische Prozeduren – 453

Ergänzende Information Die elektronische Version dieses Kapitels enthält Zusatzmaterial, auf das über folgenden Link zugegriffen werden kann https://doi.org/10.1007/978-3-662-62708-2_21.

© Der/die Autor(en) 2021

J. Klauber et al. (Hrsg.), *Krankenhaus-Report 2021*, https://doi.org/10.1007/978-3-662-62708-2_21

- 21.6 **Behandlungsspektrum bei den Patientinnen und Patienten in den Fachabteilungen – 462**
- 21.7 **Leistungsmengen und Leistungsstrukturen der Krankenhäuser – 468**

■ 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 Grunddaten und den Diagnosedaten der Krankenhäuser eine weitere wichtige Datenquelle zur Verfügung. Gegenstand dieses Beitrags sind zentrale Ergebnisse zur stationären Versorgung des Jahres 2019, 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 Case-mix-Index (CMI) werden in diesem Beitrag ebenfalls dargestellt.

In addition to the basic data and diagnosis data of the German hospitals, 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 results of inpatient care in 2019, thus supplementing and expanding 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, 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 the 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.¹

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

- 1 Nach § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886) 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 DRG-Statistik finden sich auf den Internetseiten des Statistischen Bundesamtes unter www.destatis.de im Themenbereich Gesellschaft & Umwelt > Gesundheit > Krankenhäuser. Ausgewählte Daten können auch über die Datenbank der Gesundheitsberichterstattung des Bundes unter www.gbe-bund.de oder <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online> abgerufen werden. Die Erstellung

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 Casemix-Index (CMI) zurückgegriffen werden.

Im Folgenden werden zentrale Ergebnisse zur stationären Versorgung des Berichtsjahres 2019 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 Einrichtungen nach § 17d Abs. 1 KHG unberücksichtigt.

Die folgenden Auswertungen für das Jahr 2019 beruhen auf den Struktur- und Leistungsdaten von 1.443 Krankenhäusern und umfassen 18,8 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 2019 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 in der *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.³ Daher sind diese Statistiken nur bedingt miteinander vergleichbar und vielmehr als gegenseitige Ergänzung zu betrachten.

von Sonderauswertungen ist auf Anfrage an gesundheit@destatis.de (je nach Umfang und Aufwand u. U. kostenpflichtig) ebenfalls möglich.

3 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

Auf Basis der *Fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik* wurden im Jahr 2019 18,8 Mio. Patientinnen und Patienten⁴ aus einer vollstationären Krankenhausbehandlung entlassen. Das waren 71.083 Fälle oder 0,4 % mehr als im Jahr zuvor. Altersstandardisiert⁵ stieg die Fallzahl im Vergleich zum Vorjahr um 0,2 %. Nach zwei Jahren in Folge mit rückläufigen Behandlungszahlen stieg damit die Anzahl der Fälle wieder. Die durchschnittliche Verweildauer in den Einrichtungen lag bei 6,0 Tagen. 52 % der Behandlungsfälle waren weiblich und 48 % männlich. Durchschnittlich waren die behandelten Frauen und Männer 56 Jahre alt. Je 100.000 Einwohner wurden 22.544 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 (124.809) und dem Personenkreis im höheren und sehr hohen Alter wie auch in den Vorjahren besonders hoch. Bei den über 75-Jährigen wurden beispielsweise 59.930 Patientinnen und Patienten je 100.000 Einwohner behandelt.

Wohnortbezogen⁶ gab es die meisten Behandlungsfälle je 100.000 Einwohner in

Sachsen-Anhalt (26.744 Fälle), in Thüringen (26.630 Fälle) und im Saarland (26.390 Fälle). Im Gegensatz dazu war die geringste Anzahl an Behandlungsfällen je 100.000 Einwohner in Baden-Württemberg (18.590 Fälle), Hamburg (18.820 Fälle) und Bremen (19.190 Fälle) zu verzeichnen (■ Tab. 21.1).

Auf Grundlage der siedlungsstrukturellen Regionstypen des Bundesamtes für Bauwesen und Raumordnung (BBR) ist hierzu ergänzend eine Unterscheidung nach städtischen Regionen, Regionen mit Verstädterungsansätzen und ländlichen Regionen sowohl zwischen als auch innerhalb der Bundesländer möglich.⁷ 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 (24.230 Fälle) deutlich höher als in städtischen Regionen (21.861 Fälle) und in Regionen mit Verstädterungsansätzen (22.388 Fälle). Regional betrachtet wurden in ländlichen Regionen vor allem in den Bundesländern Thüringen

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;

Regionen mit Verstädterungsansätzen 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 > Forschung > Raumbeobachtung > Raumabgrenzungen > Siedlungsstrukturelle Regionstypen)

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

5 Standardisiert ohne Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Ausland, unbekanntem Geschlecht und unbekanntem Alter. Berechnet mit der durchschnittlichen Bevölkerung 2019 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.

■ Tabelle 21.1 Patientinnen und Patienten nach Behandlungs- und Wohnort sowie Behandlungsfälle je 100.000 Einwohner 2019. (Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis) 2020)

	Behandlungsort der Patienten	Wohnort der Patienten	Fälle ^a je 100.000 Einwohner
	Anzahl	Anzahl	
Baden-Württemberg	2.113.200	2.060.697	18.590
Bayern	2.920.409	2.864.676	21.867
Berlin	851.352	742.950	20.315
Brandenburg	541.988	642.325	25.520
Bremen	193.728	130.895	19.190
Hamburg	483.198	347.074	18.820
Hessen	1.325.570	1.362.027	21.699
Mecklenburg-Vorpommern	396.705	396.976	24.674
Niedersachsen	1.655.412	1.763.396	22.075
Nordrhein-Westfalen	4.500.375	4.462.314	24.874
Rheinland-Pfalz	920.300	974.907	23.840
Saarland	276.314	260.922	26.390
Sachsen	963.158	941.119	23.095
Sachsen-Anhalt	557.993	588.783	26.744
Schleswig-Holstein	563.240	623.972	21.514
Thüringen	562.712	569.420	26.630

^a auf Basis des Wohnorts. Berechnet mit der durchschnittlichen Bevölkerung 2019 auf Grundlage des Zensus 2011
Krankenhaus-Report 2021

(29.090 Fälle), Sachsen-Anhalt (27.249 Fälle) und Brandenburg (25.470 Fälle) die meisten Patientinnen und Patienten je 100.000 Einwohner stationär behandelt. In Regionen mit Verstärkeransätzen lagen Hessen (26.174 Fälle), Sachsen (26.151 Fälle) sowie wiederum Sachsen-Anhalt (25.989 Fälle) an der Spitze. Die vordersten Plätze in städtischen Regionen nahmen das Saarland (26.439 Fälle), Nordrhein-Westfalen (24.867 Fälle) und Rheinland-Pfalz (22.427 Fälle) ein (■ Abb. 21.1).

Unter Einbezug der Dauer des Krankenhausaufenthalts der Behandelten gab es 492.516 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 2019 betrug ihr Anteil an allen Behandlungsfällen 2,6%. Die Zahl der sogenannten Kurzlieger, d. h. Patientinnen

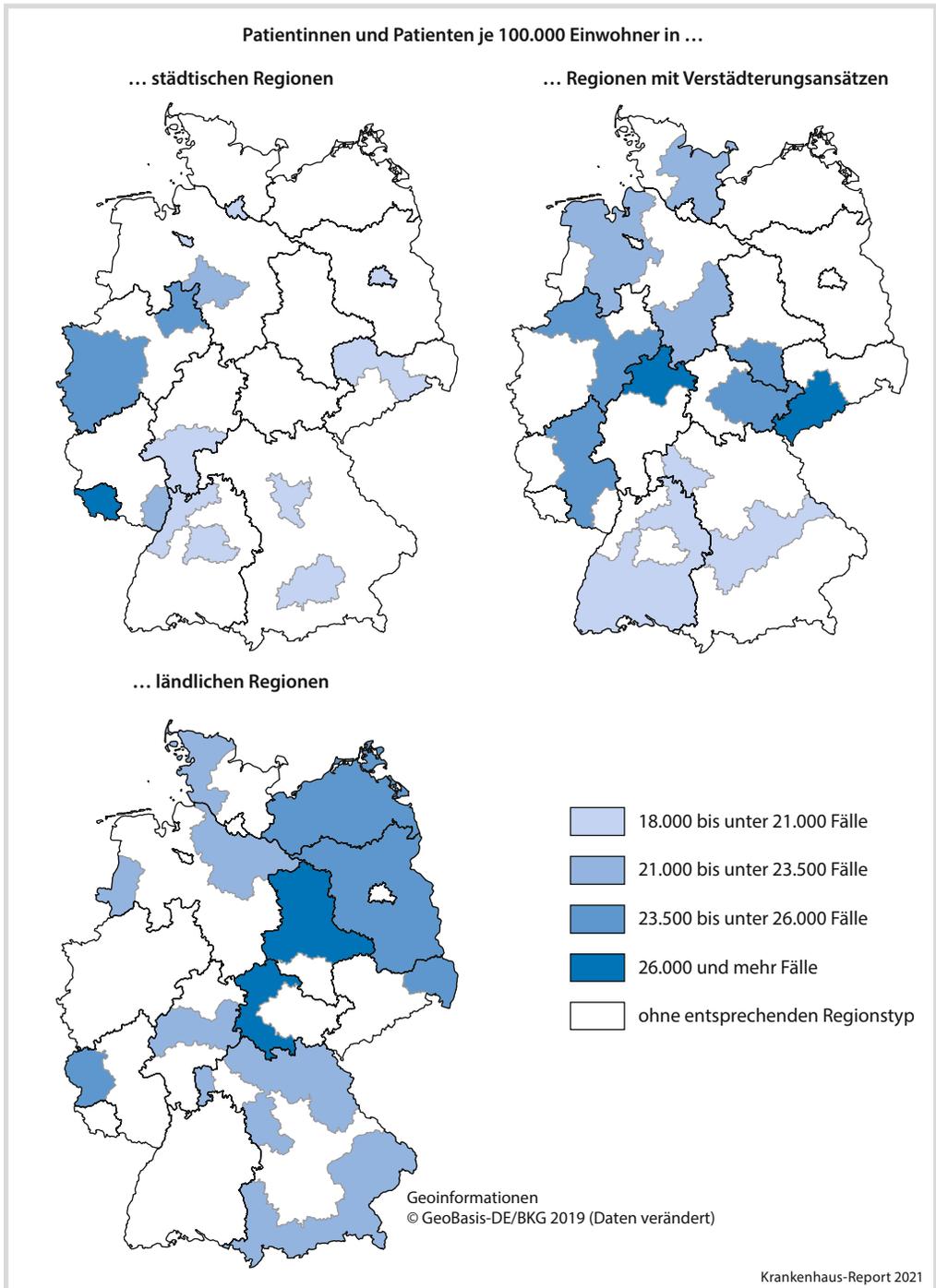
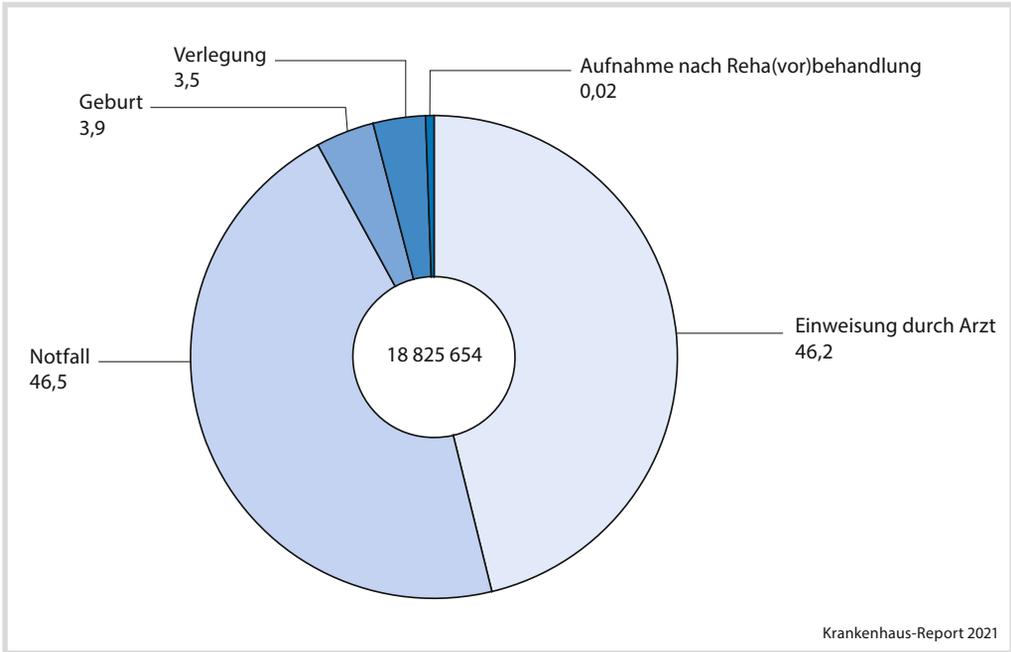


Abb. 21.1 Patientinnen und Patienten je 100.000 Einwohner 2019 nach Bundesland und Siedlungsstruktur (Regionstyp) (Quelle: Statistisches Bundesamt 2020)



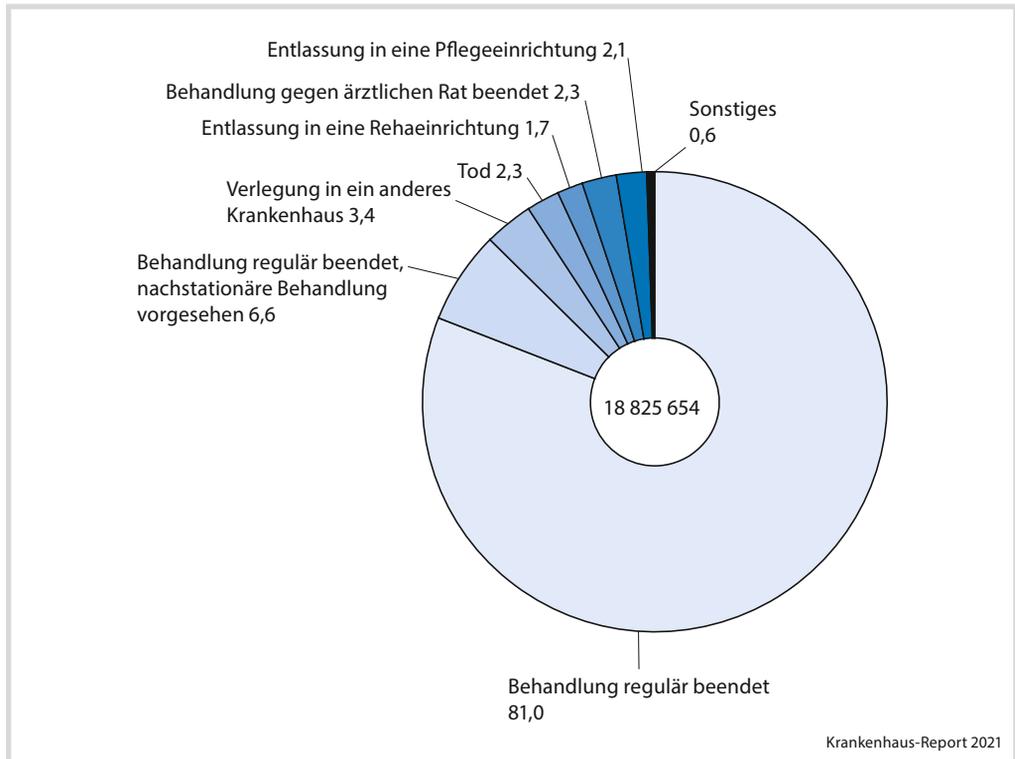
■ **Abb. 21.2** Krankenhausfälle nach Aufnahmegrund 2019, in % (Quelle: Statistisches Bundesamt 2020)

und Patienten, die mindestens eine Nacht und höchstens drei Nächte im Krankenhaus verbringen, lag bei 8,8 Millionen. Diese Patientengruppe entsprach einem Anteil von 46,7 % der Behandlungsfälle. Gegenüber dem Vorjahr war bei Kurzliegern ein Anstieg um 2,1 % und bei Stundenfällen ein Rückgang um 2,8 % zu verzeichnen.

Im Hinblick auf den Aufnahmegrund erfolgte im Jahr 2019 bei 46,2 % der Fälle die Aufnahme in die vollstationäre Krankenhausbehandlung aufgrund einer ärztlichen Einweisung. Bei 46,5 % war die Krankenhausaufnahme als Notfall bezeichnet (■ Abb. 21.2).

Der häufigste Entlassungsgrund bei den Patientinnen und Patienten war die reguläre Beendigung der Behandlung. In 81,0 % aller Fälle wurde die vollstationäre Krankenhausbehandlung durch eine reguläre Entlassung abgeschlossen. Eine reguläre Beendigung des Krankenhausaufenthaltes lag auch vor, wenn eine nachstationäre Behandlung vorgesehen war (6,6 %). Entgegen ärztlichem Rat wurde die Behandlung in 2,3 % der Fälle abgebrochen. Die Unterbringung in einer Pflegeeinrichtung erfolgte in 2,1 % und die Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung mit einer entsprechenden Weiterbehandlung in 1,7 % der Fälle (■ Abb. 21.3).

21.4 · Ausgewählte Hauptdiagnosen mit den wichtigsten Nebendiagnosen



■ **Abb. 21.3** Krankenhausfälle nach Entlassungsgrund 2019, in % (Quelle: Statistisches Bundesamt 2020)

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 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“ 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 GM⁹ zu kodieren.

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-drg.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

■ Tabelle 21.2 Hauptdiagnose Herzinsuffizienz (I50) mit ihren häufigsten Nebendiagnosen und Operationen. (Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis) 2020)

	Pos.-Nr. ICD-10/Hauptdiagnose Herzinsuffizienz		Anzahl	
	I50		487.939	
Rang	Pos.-Nr. ICD-10/Nebendiagnose		Anzahl	In %
Insgesamt			6.300.000	100,0
1	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	294.193	4,7
2	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	291.073	4,6
3	Z92	Medizinische Behandlung in der Eigenanamnese	276.629	4,4
4	I50	Herzinsuffizienz ^a	265.910	4,2
5	N18	Chronische Nierenkrankheit	236.672	3,8
Rang	Operationen nach Kapitel 5 ^b		Anzahl	In %
Insgesamt^c			57.047	100,0
Insgesamt (einschl. der Pos. 5-93 ... 5-99)				
1	5-377	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders	10.522	18,4
2	5-378	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators	3.529	6,2
3	5-469	Andere Operationen am Darm	3.163	5,5
4	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	3.131	5,5
5	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	2.613	4,6

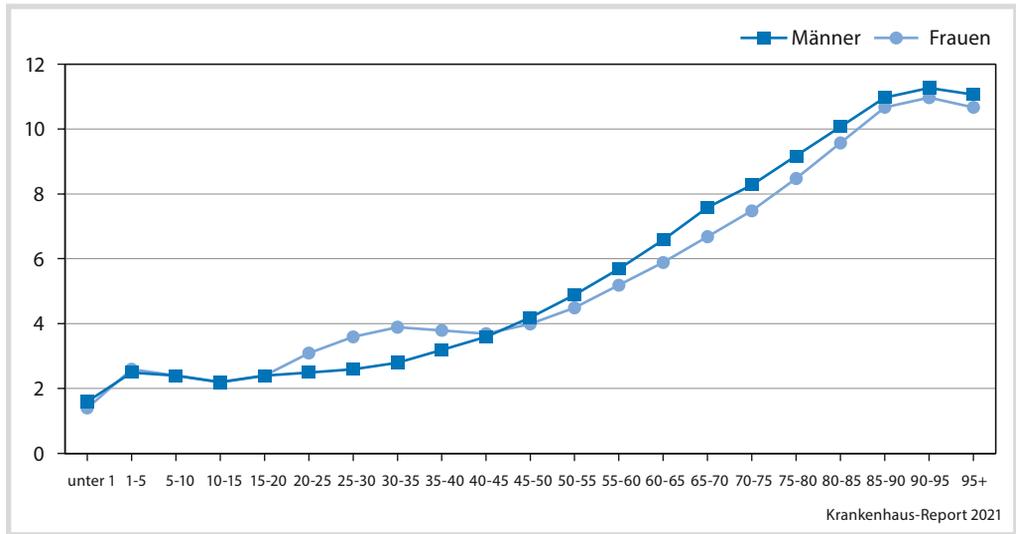
^a 4. oder 5. Stelle der Nebendiagnose weicht von der 4. oder 5. Stelle der Hauptdiagnose ab
^b Ohne Duplikate
^c Operationen insgesamt beinhaltet auch die Pos. 5-93 ... 5-99 (Zusatzinformationen zu Operationen), die aber hier nicht separat ausgewiesen wurden
 Krankenhaus-Report 2021

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 2019 mit Abstand am häufigsten aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems (2,9 Mio. Fälle) stationär behandelt. Weitere Behandlungsanlässe waren vor allem Krankheiten des Verdauungssystems sowie Verletzungen und Vergiftungen (jeweils 2,0 Mio. 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 Kreis-

(DIMDI) erstellt. Maßgeblich ist die jeweils im Berichtsjahr gültige Version der ICD.

21.4 · Ausgewählte Hauptdiagnosen mit den wichtigsten Nebendiagnosen



■ **Abb. 21.4** Durchschnittliche Anzahl der Nebendiagnosen pro Krankenhausfall nach Alter und Geschlecht 2019 (Quelle: Statistisches Bundesamt 2020)

lauf- und Verdauungssystems weiterhin Neubildungen.

Lässt man die Versorgung gesunder Neugeborener (Z38) unberücksichtigt, war mit 487.939 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, 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 (Tab. 21.a) zu finden.

Im Jahr 2019 wurden durchschnittlich 6,4 Nebendiagnosen je Patientin/Patient gestellt. Die durchschnittliche Zahl der Neben-

diagnosen, 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 (7,6 Nebendiagnosen), Brandenburg (7,3 Nebendiagnosen) und Sachsen-Anhalt (7,2 Nebendiagnosen) im Schnitt etwas höhere Werte auf als Patientinnen und Patienten aus

■ Tabelle 21.3 Die häufigsten Nebendiagnosen 2019. (Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis) 2020)

Rang	Pos.-Nr. ICD-10	Nebendiagnose	Anzahl	in %
		Insgesamt	120.899.995	100,0
1	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	6.945.776	5,7
2	Z92	Medizinische Behandlung in der Eigenanamnese	4.566.666	3,8
3	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	3.011.532	2,5
4	Z74	Probleme mit Bezug auf Pflegebedürftigkeit	2.785.179	2,3
5	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	2.738.205	2,3
6	E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	2.689.089	2,2
7	E87	Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts	2.504.329	2,1
8	Z95	Vorhandensein von kardialen oder vaskulären Implantaten oder Transplantaten	2.399.054	2,0
9	U50	Motorische Funktionseinschränkung	2.356.319	1,9
10	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	2.286.603	1,9
11	N18	Chronische Nierenkrankheit	2.071.563	1,7
12	I50	Herzinsuffizienz	2.067.445	1,7
13	E03	Sonstige Hypothyreose	1.742.837	1,4
14	J96	Respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert	1.309.907	1,1
15	B96	Sonstige näher bezeichnete Bakterien als Ursache von Krankheiten, die in and. Kapiteln klassifiziert sind	1.301.267	1,1
16	Z03	Ärztliche Beobachtung und Beurteilung von Verdachtsfällen, Verdacht ausgeschlossen	1.232.699	1,0
17	E66	Adipositas	1.221.452	1,0
18	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	1.177.930	1,0
19	B95	Streptokokken und Staphylokokken als Ursache von Krankheiten, die in and. Kapiteln klassifiziert sind	1.047.127	0,9
20	O09	Schwangerschaftsdauer	1.014.490	0,8
21	E86	Volumenmangel	976.585	0,8
22	Z96	Vorhandensein von anderen funktionellen Implantaten	968.548	0,8
23	Z86	Bestimmte andere Krankheiten in der Eigenanamnese	935.236	0,8
24	R26	Störungen des Ganges und der Mobilität	911.396	0,8
25	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	898.259	0,7

Hessen (5,7 Nebendiagnosen), Hamburg (6,1 Nebendiagnosen) sowie Bayern und Nordrhein-Westfalen (jeweils 6,2 Nebendiagnosen).

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 rund 40 % des Spektrums aller Begleiterkrankungen ab.

Eine ausführliche Darstellung der häufigsten Nebendiagnosen sowohl insgesamt als auch differenziert nach männlichen und weiblichen Behandelten ist als elektronisches Zusatzmaterial (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 Krankenhausaufenthaltes durchgeführt wurden.

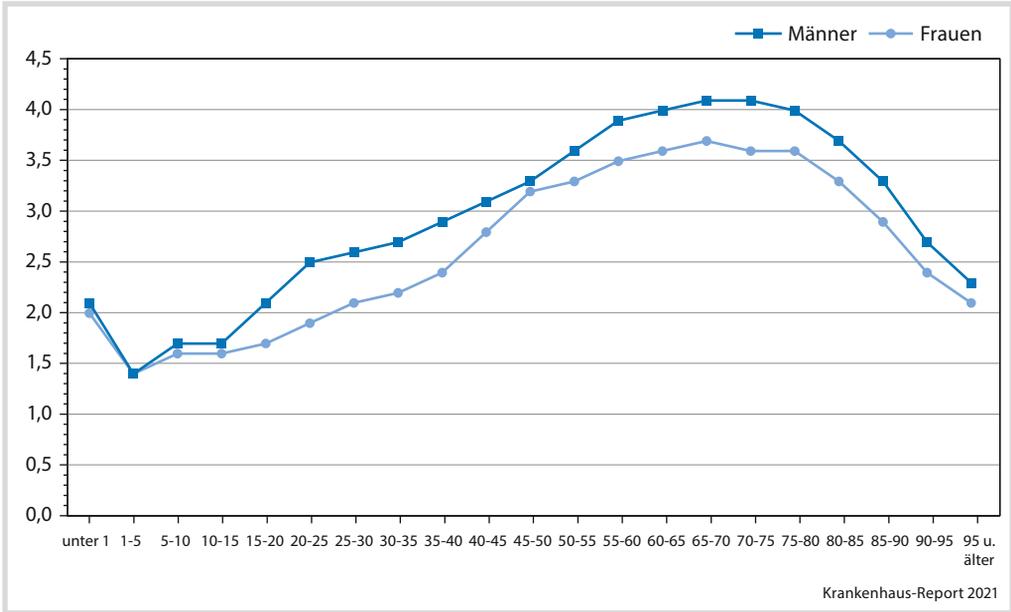
Operationen und medizinische Prozeduren im stationären Bereich sowie ambulante Operationen, die im Rahmen der vertragsärztlichen

Versorgung durchgeführt werden, werden anhand des amtlichen Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) kodiert.¹⁰ 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.¹¹ Dies schließt neben operativen Eingriffen auch diagnostische, therapeutische und pflegerische Prozeduren sowie die Verabreichung von speziellen Medikamenten ein.

Im Berichtsjahr 2019 wurden bei den vollstationär versorgten Patientinnen und Patienten rund 60,1 Millionen operative Maßnahmen und medizinische Prozeduren durchgeführt. Im Vergleich zum Vorjahr entspricht dies einem Rückgang um 2,1 %. 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 von Hamburg und Berlin (jeweils 3,5 Maßnahmen) behandelt wurden, etwas höher als in Niedersachsen, Hessen, Rheinland-

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.

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 Kodes vorgesehen. Darüber hinaus wird die Versorgung von intraoperativen Komplikationen gesondert verschlüsselt. Dementsprechend sind ggf. Mehrfachkodierungen je behandelten Krankenhausfall nachgewiesen.



▣ **Abb. 21.5** Durchschnittliche Anzahl der Operationen und Prozeduren pro Krankenhausfall nach Alter und Geschlecht (Quelle: Statistisches Bundesamt 2020)

Pfalz, Sachsen-Anhalt und Brandenburg (jeweils 3,0 Maßnahmen) (▣ Abb. 21.5).

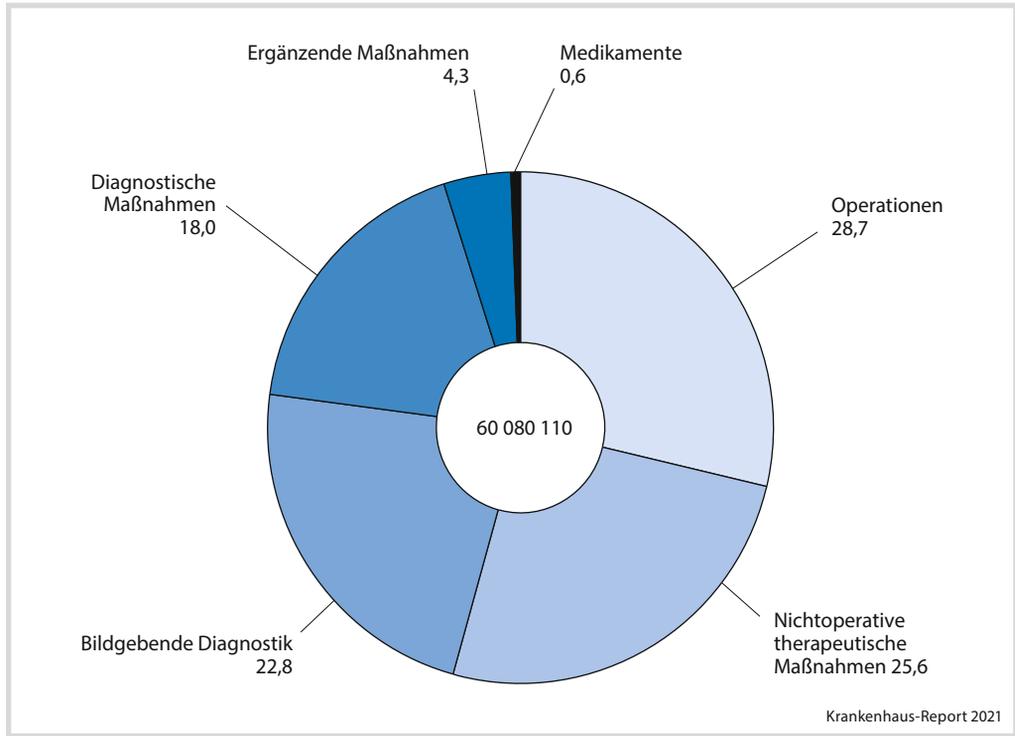
Ohne Berücksichtigung der unter 1-Jährigen steigt die durchschnittliche Anzahl der während eines Krankenhausaufenthalts durchgeführten operativen Eingriffe und Prozeduren pro Fall bei den bis unter 70-jährigen Frauen und Männern fast kontinuierlich an. Sie lag im Jahr 2019 bei den Behandelten dieser Altersgruppen mit durchschnittlich 3,7 Maßnahmen dieser Art pro Patientin bzw. 4,1 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 2019 bei den über 95-Jährigen auf einem annähernd vergleichbaren Niveau wie bei Behandelten im mittleren Erwachsenenalter. Auch lag die durchschnittliche Anzahl der Operationen und Prozeduren pro Krankenhausfall in allen Altersgruppen mit Ausnah-

me der 1- bis unter 5-Jährigen bei Männern über der entsprechenden Anzahl bei Frauen (▣ Abb. 21.5).

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

Nach dieser Gliederung entfielen von allen Prozeduren 25,6% auf nichtoperative therapeutische Maßnahmen (15,4 Millionen), 22,8% auf die bildgebende Diagnostik (13,7 Millionen), 18,0% auf diagnostische Maßnahmen (10,8 Millionen), 4,3% auf ergänzende Maßnahmen (2,6 Millionen) und 0,6% auf die Verabreichung spezieller Me-



■ **Abb. 21.6** Operationen und Prozeduren nach OPS-Kapiteln 2019, in % (Quelle: Statistisches Bundesamt 2020)

dikamente (376.034). Am häufigsten wurden aber Operationen (17,2 Millionen) mit einem Anteil von 28,7 % bei den Patientinnen und Patienten veranlasst. Den größten Anstieg gegenüber dem Vorjahr gab es bei der Verabreichung von Medikamenten mit einem Zuwachs von 10,9 % (■ 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 2019 bei 37,9 %.

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 (4,8 Millionen), gefolgt von Operationen am Verdauungstrakt (2,6 Millionen) sowie an Haut und Unterhaut (1,4 Millionen) (■ Tab. 21.5).

Knapp die Hälfte der operativen Eingriffe wurde in den drei Fachabteilungen¹² Allgemeiner Chirurgie (28,2 %), Frauenheilkunde und Geburtshilfe (10,4 %) sowie der Orthopädie (9,5 %) erbracht (■ Abb. 21.7).

Nach Vierstellern des OPS aufgeschlüsselt erfolgten bei Frauen am häufigsten die

¹² 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 2019. (Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis) 2020)

Operation/ Prozedur ^a nach OPS-Kapitel	Insgesamt ^b	Davon im Alter von ... bis unter Jahren				
		0–20	20–40	40–60	60–85	85 und älter
	Anzahl					
Frauen						
Insgesamt	29.091.606	1.854.656	3.892.659	5.897.285	14.530.433	2.916.557
Diagnostische Maßnahmen	5.051.803	483.097	456.488	1.038.586	2.642.597	431.035
Bildgebende Diagnostik	6.566.154	142.512	495.427	1.285.474	3.726.301	916.433
Operationen	8.907.532	335.390	1.823.724	2.286.114	3.930.344	531.957
Medikamente	159.201	14.446	11.533	39.328	89.061	4.833
Nichtoperative Therapeutische Maßnahmen	6.775.024	469.024	519.257	1.139.809	3.782.080	864.848
Ergänzende Maßnahmen	1.629.391	409.280	585.034	107.830	359.812	167.435
Unbekannte Operation/ Maßnahmen	2.501	907	1.196	144	238	16
Männer						
Insgesamt	30.988.504	2.135.736	2.373.452	7.106.390	17.454.586	1.918.128
Diagnostische Maßnahmen	5.743.283	498.825	394.775	1.274.526	3.256.028	319.121
Bildgebende Diagnostik	7.137.535	159.232	540.234	1.639.778	4.257.450	540.781
Operationen	8.321.481	466.501	996.349	2.248.029	4.244.752	365.844
Medikamente	216.833	17.664	12.990	53.729	126.903	5.547
Nichtoperative Therapeutische Maßnahmen	8.586.459	573.172	409.086	1.798.071	5.207.662	598.330
Ergänzende Maßnahmen	981.350	419.306	19.890	92.117	361.543	88.494
Unbekannte Operation/ Maßnahmen	1.563	1.036	128	140	248	11

^a Ohne Duplikate

^b Einschl. der Fälle mit unbekanntem Alter
Krankenhaus-Report 2021

Tabelle 21.5 Operationen nach Bereichsüberschriften 2019. (© Statistisches Bundesamt (Destatis) 2020)

OPS-Schlüssel	Operation ^a Anzahl	Insgesamt		Frauen		Insgesamt Veränderung zum Vorjahr in Prozent	Männer	Frauen
		Männer	Frauen	Männer	Frauen			
5	Operationen	17.229.013	8.321.481	8.907.532	1,5	1,7	1,3	
5-01-5-05	Operationen am Nervensystem	825.831	419.201	406.630	2,4	2,3	2,6	
5-06-5-07	Operationen an endokrinen Drüsen	151.061	42.823	108.238	2,0	0,0	2,9	
5-08-5-16	Operationen an den Augen	648.444	331.396	317.048	2,2	2,2	2,4	
5-18-5-20	Operationen an den Ohren	167.399	95.966	71.433	1,0	0,1	2,2	
5-21-5-22	Operationen an Nase und Nasennebenhöhlen	446.759	268.802	177.957	-0,8	-1,1	-0,4	
5-23-5-28	Operationen an Mundhöhle und Gesicht	295.569	164.921	130.648	-0,3	-0,5	-0,1	
5-29-5-31	Operationen an Pharynx, Larynx und Trachea	107.067	68.984	38.083	-3,1	-3,7	-2,0	
5-32-5-34	Operationen an Lunge und Bronchus	184.837	116.064	68.773	0,5	0,4	0,8	
5-35-5-37	Operationen am Herzen	415.628	273.744	141.884	1,2	1,4	0,7	
5-38-5-39	Operationen an den Blutgefäßen	769.483	447.815	321.668	0,0	0,6	-0,8	
5-40-5-41	Operationen am hämatopoetischen und Lymphgefäßsystem	196.391	64.705	131.686	1,2	0,4	1,7	
5-42-5-54	Operationen am Verdauungstrakt	2.636.415	1.415.772	1.220.643	1,6	2,0	1,2	
5-55-5-59	Operationen an den Harnorganen	608.582	404.726	203.856	1,3	1,7	0,7	
5-60-5-64	Operationen an den männlichen Geschlechtsorganen	233.656	231.984	1.672	3,7	3,7	6,8	
5-65-5-71	Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen	635.650	1.840	633.810	-0,6	23,7	-0,7	
5-72-5-75	Geburtshilfliche Operationen	923.769	-	923.769	-0,7	-	-0,7	
5-76-5-77	Operationen an Kiefer- und Gesichtsschädelknochen	83.973	49.043	34.930	1,6	0,6	3,1	
5-78-5-86	Operationen an den Bewegungsorganen	4.770.819	2.238.860	2.531.959	1,6	1,5	1,8	

Tab. 21.5 (Fortsetzung)						
OPS-Schlüssel	Operation ^a Anzahl	Insgesamt		Frauen		Insgesamt Veränderung zum Vorjahr in Prozent
		Männer	Frauen	Männer	Frauen	
5-87-5-88	Operationen an der Mamma	165.985	159.760	6.225	159.760	1,9
5-89-5-92	Operationen an Haut und Unterhaut	1.381.546	597.717	783.829	597.717	0,2
5-93-5-99	Zusatzinformationen zu Operationen	1.580.149	685.368	894.781	685.368	5,7

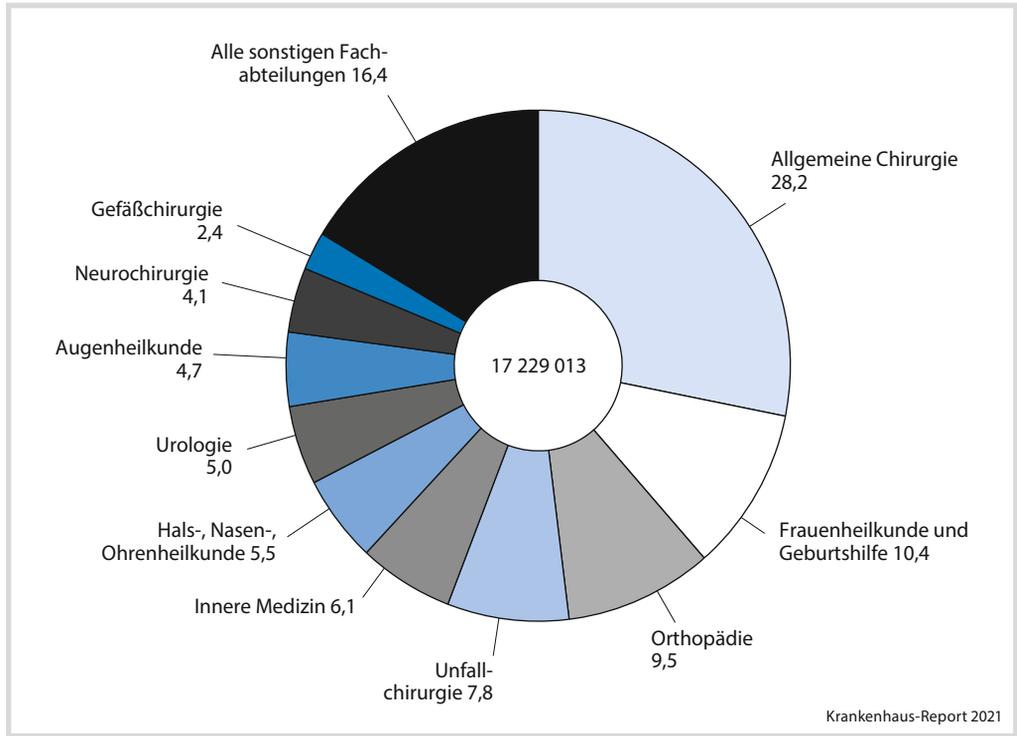
^a Ohne Duplikate
Krankenhaus-Report 2021

Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur/Dammriss (363.147 Eingriffe), sonstige Kaiserschnittverbindungen (256.500 Eingriffe) und sonstige Operationen am Darm (224.849 Eingriffe). Bei Männern lagen an erster Stelle sonstige Darmoperationen (207.077 Eingriffe), gefolgt von dem operativen Freilegen eines Zugangs zur Lendenwirbelsäule, zum Kreuzbein oder Steißbein (163.081 Eingriffe) und dem Verschluss eines Leistenbruchs (159.991 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 2019 erbracht wurden. Diese decken knapp 70 % aller operativen Maßnahmen ab. Nach dieser Gliederung waren die Spitzenreiter bei den chirurgischen Eingriffen bei Frauen Operationen an sonstigen Knochen (498.241 Eingriffe), Operationen an der Wirbelsäule (450.917 Eingriffe) und sonstige geburtshilfliche Operationen (403.089 Eingriffe). Bei Männern wurden der Rangfolge nach betrachtet am häufigsten arthroskopische Gelenkoperationen (429.257 Eingriffe), Operationen an der Wirbelsäule (404.181 Eingriffe) sowie Operationen an Haut und Unterhaut (388.226 Eingriffe) durchgeführt. Eine differenzierte Übersicht zu den häufigsten Operationen der männlichen und weiblichen Behandelten sowohl auf Ebene der 3-Steller als auch der 4-Steller kann als elektronisches Zusatzmaterial (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 Senkung des Augeninnendruckes durch filtrierende Operationen (18,4 %). Danach folgten die plastische Rekonstruktion der Nasennebenhöhlen (17,7 %) sowie minimalinvasive Operationen an Herzklappen (15,4 %). Der stärkste Rückgang war bei der Senkung des Augeninnendruckes durch Verbesserung der Kammerwasserzirkulation (19,6 %) zu ver-

21.5 · Operationen und medizinische Prozeduren



■ **Abb. 21.7** Operationen nach Fachabteilungen 2019, in % (Quelle: Statistisches Bundesamt 2020)

■ **Tabelle 21.6** Die häufigsten Operationen (ohne Duplikate) 2019 nach Vierstellern

Rang	OPS-Schlüssel/Operation	Anzahl	Prozent
	5 Operationen insgesamt^a	17.229.013	100,0
1	5-469 Andere Operationen am Darm	431.926	2,5
2	5-758 Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]	363.147	2,1
3	5-032 Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis	326.911	1,9
4	5-513 Endoskopische Operationen an den Gallengängen	283.818	1,6
5	5-749 Andere Sectio caesarea	256.500	1,5
6	5-820 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	243.477	1,4
7	5-896 Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	231.139	1,3
8	5-794 Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	225.547	1,3
9	5-452 Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	211.212	1,2
10	5-839 Andere Operationen an der Wirbelsäule	209.291	1,2

■ **Tabelle 21.6** (Fortsetzung)

Rang	OPS-Schlüssel/Operation	Anzahl	Prozent
11	5-812 Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	208.352	1,2
12	5-511 Cholezystektomie	203.563	1,2
13	5-916 Temporäre Weichteildeckung	197.968	1,1
14	5-822 Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk	193.759	1,1
15	5-900 Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	181.511	1,1
16	5-530 Verschluss einer Hernia inguinalis	179.851	1,0
17	5-811 Arthroskopische Operation an der Synovialis	179.128	1,0
18	5-800 Offen chirurgische Operation eines Gelenkes	178.816	1,0
19	5-787 Entfernung von Osteosynthesematerial	175.034	1,0
20	5-814 Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes	173.245	1,0
21	5-790 Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	167.089	1,0
22	5-215 Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]	165.770	1,0
23	5-895 Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	164.227	1,0
24	5-831 Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe	152.785	0,9
25	5-83b Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule	152.649	0,9
26	5-788 Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes	152.070	0,9
27	5-399 Andere Operationen an Blutgefäßen	144.814	0,8
28	5-892 Andere Inzision an Haut und Unterhaut	142.506	0,8
29	5-786 Osteosyntheseverfahren	139.759	0,8
30	5-573 Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase	127.007	0,7

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

Krankenhaus-Report 2021

■ **Tabelle 21.7** Die häufigsten Operationen (ohne Duplikate) 2019 nach Dreistellern

Rang	OPS-Schlüssel/Operation	Anzahl	Prozent
	5 Operationen insgesamt^a	17.229.013	100,0
1	5-83 Operationen an der Wirbelsäule	855.098	5,0
2	5-78 Operationen an anderen Knochen	843.197	4,9
3	5-81 Arthroskopische Gelenkoperationen	762.657	4,4

21.5 · Operationen und medizinische Prozeduren

■ Tabelle 21.7 (Fortsetzung)

Rang	OPS-Schlüssel/Operation	Anzahl	Prozent
4	5-89 Operationen an Haut und Unterhaut	682.584	4,0
5	5-79 Reposition von Fraktur und Luxation	661.299	3,8
6	5-82 Endoprothetischer Gelenk- und Knochenersatz	619.833	3,6
7	5-46 Andere Operationen an Dünn- und Dickdarm	521.349	3,0
8	5-51 Operationen an Gallenblase und Gallenwegen	509.833	3,0
9	5-03 Operationen an Rückenmark, Rückenmarkhäuten und Spinalkanal	498.437	2,9
10	5-38 Inzision, Exzision und Verschluss von Blutgefäßen	465.670	2,7
11	5-75 Andere geburtshilfliche Operationen	403.089	2,3
12	5-90 Operative Wiederherstellung und Rekonstruktion von Haut und Unterhaut	386.216	2,2
13	5-45 Inzision, Exzision, Resektion und Anastomose an Dünn- und Dickdarm	368.392	2,1
14	5-80 Offen chirurgische Gelenkoperationen	363.113	2,1
15	5-85 Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln	343.464	2,0
16	5-21 Operationen an der Nase	331.055	1,9
17	5-53 Verschluss abdominalen Hernien	327.667	1,9
18	5-74 Sectio caesarea und Entwicklung des Kindes	321.008	1,9
19	5-39 Andere Operationen an Blutgefäßen	303.813	1,8
20	5-57 Operationen an der Harnblase	263.072	1,5
21	5-91 Andere Operationen an Haut und Unterhaut	261.656	1,5
22	5-15 Operationen an Retina, Choroidea und Corpus vitreum	247.334	1,4
23	5-37 Rhythmuschirurgie und andere Operationen an Herz und Perikard	231.747	1,4
24	5-54 Andere Operationen in der Bauchregion	204.300	1,2
25	5-86 Replantation, Exartikulation und Amputation von Extremitäten und andere Operationen an den Bewegungsorganen	186.926	1,1
26	5-40 Operationen am Lymphgewebe	180.828	1,1
27	5-56 Operationen am Ureter	167.649	1,0
28	5-49 Operationen am Anus	167.105	1,0
29	5-65 Operationen am Ovar	160.074	0,9
30	5-68 Inzision, Exzision und Exstirpation des Uterus	157.032	0,9

^a Operationen insgesamt beinhaltet auch die Pos. 5-93 ... 5-99 (Zusatzinformationen zu Operationen), die aber hier nicht separat ausgewiesen wurden
Krankenhaus-Report 2021

zeichnen. Ebenfalls rückläufig waren sonstige operative Maßnahmen zur Durchblutungsverbesserung des Herzens (18,9 %) sowie die Entfernung und Zerstörung von erkranktem Gewebe des Herzens (13,7 %). Nach Dreistellern aufgeschlüsselt zeigte sich im Vergleich zum Vorjahr der stärkste Zuwachs bei operative Maßnahmen an Nerven und Nervenganglien (11,5 %). Danach folgten die erweiterte operative Entfernung eines Teils des Magens und sonstige Eingriffe am Magen (7,6 %) sowie Operationen an Augenhöhle und Augapfel (6,4 %). Zu den chirurgischen Maßnahmen mit dem höchsten Rückgang gehörten die sonstige Operationen zur Geburtseinleitung und unter der Geburt (5,7 %). Rückläufig waren ebenfalls sonstige Kehlkopfoperationen und Operationen an der Luftröhre (4,8 %) sowie an der Appendix (3,4 %). Die entsprechenden Tabellen sind als elektronisches Zusatzmaterial (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 stationärsersetzende 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 Bewertungsmaßstabes (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.

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.¹³

Danach wurden 89,4 % der Behandelten ausschließlich in einer Fachabteilung versorgt. Behandlungen in zwei verschiedenen Fachabteilungen erfolgten noch in 9,0 % der Fälle. Die häufigsten Verlegungen erfolgten dabei zwischen den Fachabteilungen Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie, der Inneren Medizin und der Intensivmedizin sowie der Allgemeinen Chirurgie und der 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 (5,6 Mio. Fälle), Allgemeine Chirurgie (2,9 Mio. Fälle) sowie Frauenheilkunde und Geburtshilfe (2,0 Mio. Fälle) behandelt. Die durchschnittliche Verweildauer der Behandelten lag in der Inneren Medizin und in der Allgemeinen Chirurgie jeweils bei 5,7 Tagen und in der Frauenheilkunde/Geburtshilfe bei 3,5 Tagen.

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 (26,9 %), die Allgemeine Chirurgie mit 2,8 Mio. Fäl-

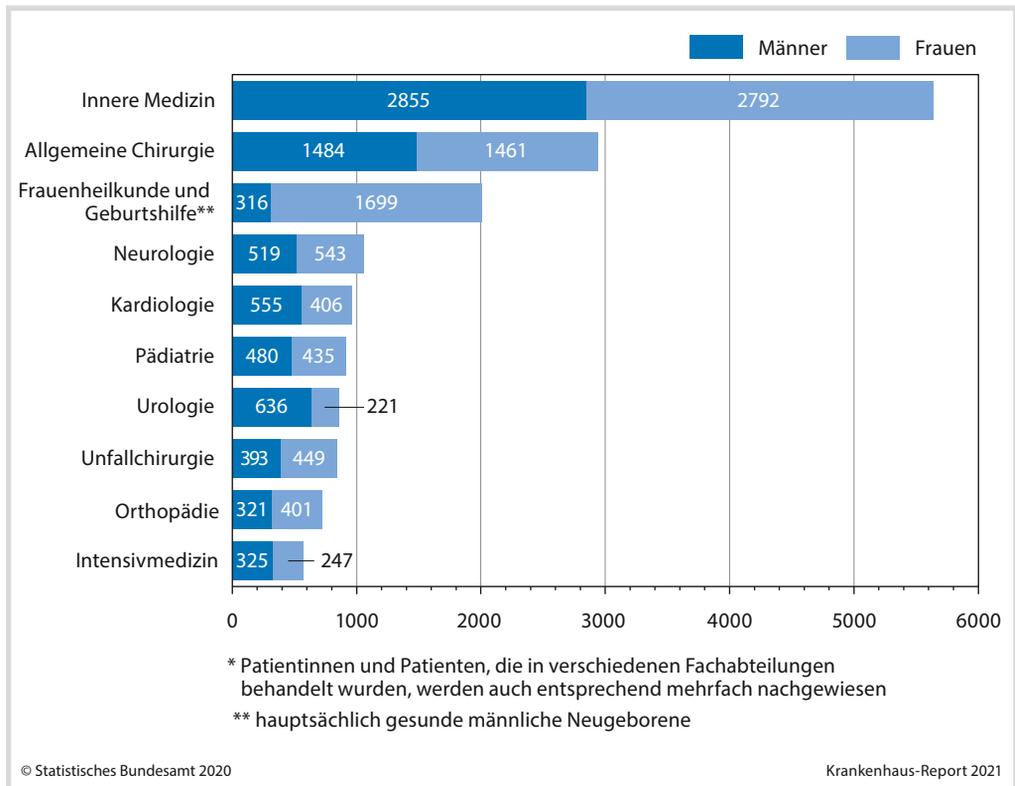
13 Maßgeblich für die statistische Fachabteilungsabgrenzung ist die Fachabteilungsgliederung nach Anlage 2, Schlüssel 6 der Datenübermittlungsvereinbarung der Selbstverwaltungspartner im Gesundheitswesen gem. § 301 Abs. 3 SGB V.

21.6 · Behandlungsspektrum bei den Patientinnen und Patienten

■ **Tabelle 21.8** Durchlaufene Fachabteilungen nach Geschlecht 2019. (© Statistisches Bundesamt (Destatis) 2020)

Durchlaufene Fachabteilungen ^a	Patientinnen und Patienten					
	Insgesamt		Männer		Frauen	
	Anzahl	In %	Anzahl	In %	Anzahl	In %
Eine Fachabteilung	16.838.564	89,4	7.950.832	88,5	8.887.732	90,3
Zwei Fachabteilungen	1.689.170	9,0	876.796	9,8	812.374	8,3
Drei und mehr	297.920	1,6	158.791	1,8	139.129	1,4

^a Ohne Rückverlegungen
Krankenhaus-Report 2021



■ **Abb. 21.8** Die zehn patientenstärksten Fachabteilungen* nach Geschlecht 2019 (Quelle: Statistisches Bundesamt 2020)

len (14,6%) sowie die Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit 2,0 Mio. Fällen (10,4%) die patientenstärksten Fachabteilungen. Auf dieser Basis betrug die durchschnittliche Ver-

weildauer in der Inneren Medizin 6,1 Tage, in der Allgemeinen Chirurgie 6,0 Tage sowie in der Frauenheilkunde/Geburtshilfe 3,5 Tage (■ Abb. 21.8).

■ Tabelle 21.9 Patientinnen und Patienten mit den häufigsten Hauptdiagnosen in den Fachabteilungen Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie 2019 (Fachabteilung mit der längsten Verweildauer). (© Statistisches Bundesamt (Destatis) 2020)

Rang	ICD-Pos.	Diagnose/Behandlungsanlass	Patienten					
			Durchschnittl. Verweildauer	Insgesamt ^a	Davon im Alter von ... bis unter ... Jahren			Anzahl
					0–15	15–45	45–65	
Innere Medizin			In Tagen	Anzahl				Anzahl
Fachabteilung Innere Medizin insgesamt			6,1	5.070.476	4.241	555.810	1.269.132	3.241.279
1	I50	Herzinsuffizienz	9,2	336.834	1	2.272	29.456	305.105
2	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	3,9	196.573	1	4.867	47.585	144.120
3	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenerkrankheit	7,7	174.649	2	1.831	48.662	124.154
4	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	3,8	163.998	3	10.211	43.827	109.957
5	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	8,7	147.702	24	7.894	23.562	116.221
6	I20	Angina pectoris	3,3	130.900	–	4.516	44.160	82.224
7	I21	Akuter Myokardinfarkt	6,3	115.752	–	3.452	36.269	76.030
8	K29	Gastritis und Duodenitis	3,5	112.017	23	27.248	32.932	51.814
9	E86	Volumenmangel	5,8	101.090	13	1.829	6.341	92.907
10	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	3,0	94.130	–	1.137	28.587	64.406
11	R07	Hals- und Brustschmerzen	2,1	89.003	19	21.650	35.012	32.322
12	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	8,8	88.626	1	4.849	25.213	58.563
13	R55	Synkope und Kollaps	4,0	87.978	73	12.362	18.888	56.655
14	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	3,4	85.629	170	37.887	38.728	8.837
15	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	4,1	80.412	221	21.773	17.122	41.296

Tabelle 21.9 (Fortsetzung)

Rang	ICD-Pos.	Diagnose/Behandlungsanlass	Patienten					
			Durchschnittl. Verweildauer	Insgesamt ^a	Davon im Alter von ... bis unter ... Jahren			
					0–15	15–45	45–65	65 und älter
In Tagen	Anzahl	Anzahl						
Allgemeine Chirurgie								
Fachabteilung Allgemeine Chirurgie insgesamt								
1	K40	Hernia inguinalis	6,0	2.751.369	43.500	584.417	915.609	1.207.830
2	K80	Cholelithiasis	1,9	161.938	1.183	25.538	61.823	73.394
3	K35	Akute Appendizitis	4,5	150.081	93	39.574	59.478	50.936
4	S06	Intrakranielle Verletzung	4,4	82.834	5.628	47.671	20.100	9.435
5	I70	Atherosklerose	2,2	80.325	5.280	21.812	12.995	40.228
6	K57	Divertikulose des Darms	9,7	79.393	–	496	21.057	57.840
7	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	8,5	69.828	4	8.172	34.355	27.297
8	S72	Fraktur des Femurs	8,7	66.817	1	828	23.789	42.199
9	K56	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie	11,7	61.565	285	1.514	7.210	52.556
10	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	8,0	61.100	282	7.248	16.150	37.420
11	S52	Fraktur des Unterarmes	9,0	56.770	1	947	17.583	38.239
12	K43	Hernia ventralis	3,3	52.340	4.290	7.334	15.053	25.663
13	M54	Rückenschmerzen	5,6	50.169	57	7.469	21.098	21.545
14	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	4,9	48.859	31	8.360	17.531	22.936
15	S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	6,9	48.473	1.324	12.261	17.688	17.200

^a Einschließlich Fälle mit unbekanntem Alter
Krankenhaus-Report 2021

Tabelle 21.10 Häufigste Operationen in den Fachabteilungen Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie 2019 (Fachabteilung mit der längsten Verweildauer).
(© Statistisches Bundesamt 2020)

Rang	Maßnahme ^a	Insgesamt ^c		Davon im Alter von ... bis unter ... Jahren		
		in %	Anzahl	0–15	15–45	45–65
				Anzahl		
<i>Innere Medizin</i>						
	Insgesamt Operationen und Prozeduren		13.626.676	4.383	1.009.502	3.657.508
	Operationen Kapitel 5 ^b	100	1.043.005	628	55.888	254.639
1	5-513 Endoskopische Operationen an den Gallengängen	17,2	179.673	2	13.295	40.061
2	5-452 Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	13,8	143.666	3	4.405	39.091
3	5-469 Andere Operationen am Darm	12,6	131.893	7	5.159	35.605
4	5-377 Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders	6,1	63.907	–	1.460	10.255
5	5-399 Andere Operationen an Blutgefäßen	3,8	40.015	10	2.104	12.458
6	5-429 Andere Operationen am Ösophagus	3,5	36.062	4	2.544	12.106
7	5-449 Andere Operationen am Magen	3,3	33.984	–	1.724	7.669
8	5-378 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators	2,7	27.896	–	585	4.008
9	5-433 Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Magens	1,5	16.145	–	509	3.226
10	5-900 Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	1,5	15.127	50	1.421	3.069

Tabelle 21.10 (Fortsetzung)

Rang	Maßnahme ^a	Insgesamt ^c		Davon im Alter von ... bis unter ... Jahren			
		in %	Anzahl	0–15	15–45	45–65	65 und älter
				Anzahl			
<i>Allgemeine Chirurgie</i>							
Insgesamt Operationen und Prozeduren							
	Operationen Kapitel 5 ^b	100,00	9.139.068	56.673	1.315.460	3.103.410	4.663.475
1	5-511 Cholezystektomie	3,7	180.764	100	41.699	70.120	68.845
2	5-469 Andere Operationen am Darm	3,6	176.171	387	19.501	60.320	95.963
3	5-530 Verschluss einer Hernia inguinalis	3,4	163.487	1.426	25.498	62.308	74.255
4	5-032 Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis	1,9	90.944	40	12.961	35.441	42.502
5	5-470 Appendektomie	1,8	89.472	6.064	52.654	21.001	9.753
6	5-896 Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	1,8	88.733	490	11.362	27.216	49.665
7	5-794 Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	1,8	87.093	467	11.630	27.267	47.729
8	5-820 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	1,6	79.266	–	1.045	19.665	58.556
9	5-916 Temporäre Weichteildeckung	1,6	79.132	94	7.166	24.772	47.100
10	5-455 Partielle Resektion des Dickdarmes	1,6	78.135	55	6.681	26.143	45.256

^a Ohne Duplikate

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

^c Einschließlich Fälle mit unbekanntem Alter

Krankenhaus-Report 2021

Am häufigsten wurden die Patientinnen und Patienten der Inneren Medizin aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems behandelt. Nach der Hauptdiagnose war in 336.834 Fällen eine Herzinsuffizienz (I50) Ursache der Behandlung und betraf 6,6 % aller Patientinnen und Patienten dieser Abteilung. Die entsprechende durchschnittliche Verweildauer lag bei 9,2 Tagen. Jüngere waren davon kaum betroffen, 90,6 % 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 196.573 Behandlungsfällen. Sie war Ursache in 3,9 % aller Fälle dieser Abteilung und betraf mit 73,3 % in erster Linie ebenfalls die über 65-Jährigen. Die durchschnittliche Verweildauer lag hier bei 3,9 Tagen.

Die sonstige chronische obstruktive Lungenerkrankung (J44) war für weitere 3,4 % der Behandlungsfälle der Inneren Medizin verantwortlich. Patientinnen und Patienten mit dieser Diagnose verbrachten im Schnitt 7,7 Tage im Krankenhaus. 71 % der Behandelten waren auch hier 65 Jahre und älter (■ Tab. 21.9).

Insgesamt wurden in der Inneren Medizin rund 13,6 Mio. Operationen und medizinische Prozeduren, darunter 1.043.005 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 6,0 Tagen stationär im Krankenhaus versorgt. Der häufigste Behandlungsanlass nach Diagnosekapiteln in dieser Abteilung waren Krankheiten des Verdauungssystems.

Mit einem Anteil von 5,9 % wurden die Patientinnen und Patienten der Allgemeinen Chirurgie am häufigsten aufgrund eines Leistenbruchs (K40) stationär behandelt (161.938 Fälle). Sie verbrachten durchschnittlich 1,9 Tage im Krankenhaus. 45,3 % der Behandelten mit dieser Diagnose war 65 Jahre und älter und noch 38,2 % zwischen 45 bis unter 65 Jahre alt.

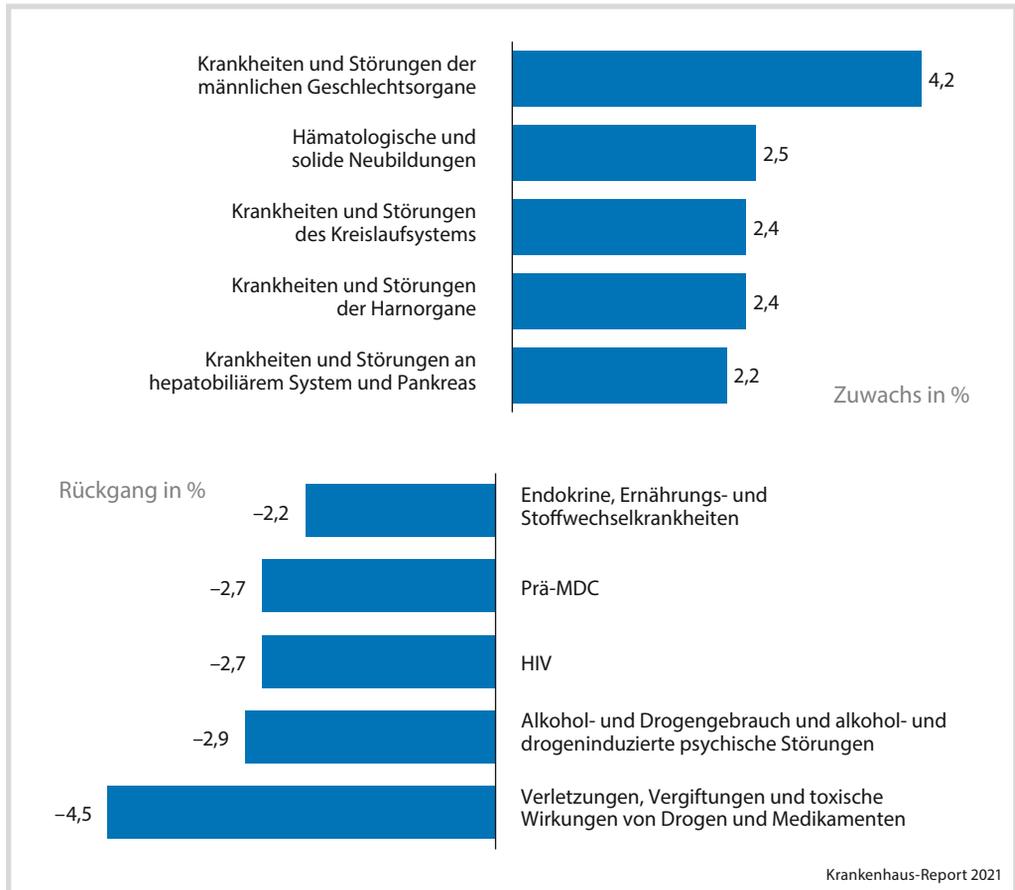
Die zweithäufigste in der Chirurgie behandelte Erkrankung war mit einem Anteil von 5,5 % und 150.081 Fällen das Gallensteinleiden (K80). Der größte Teil der Patientinnen und Patienten mit dieser Erkrankung war zwischen 45 bis unter 65 Jahre alt (39,6 %) sowie 65 Jahre und älter (33,9 %).

Der dritthäufigste Grund für eine vollstationäre Versorgung in der Chirurgie war die akute Blinddarmentzündung (K35), die bei 82.834 Patientinnen und Patienten behandelt wurde und einen Anteil von 3,0 % 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 57,6 % (■ Tab. 21.9).

Zusammengenommen wurden in der Allgemeinen Chirurgie 9,1 Mio. Operationen und Prozeduren, darunter 4,9 Mio. operative Eingriffe nach Kapitel 5 des OPS durchgeführt. An oberster Stelle standen die Gallenblasenentfernung (5-511) gefolgt von sonstigen Operationen am Darm (5-469) und dem Verschluss eines Leistenbruchs (5-530). Mit Anteilen zwischen 38,1 % und 54,5 % 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 pauschalier-



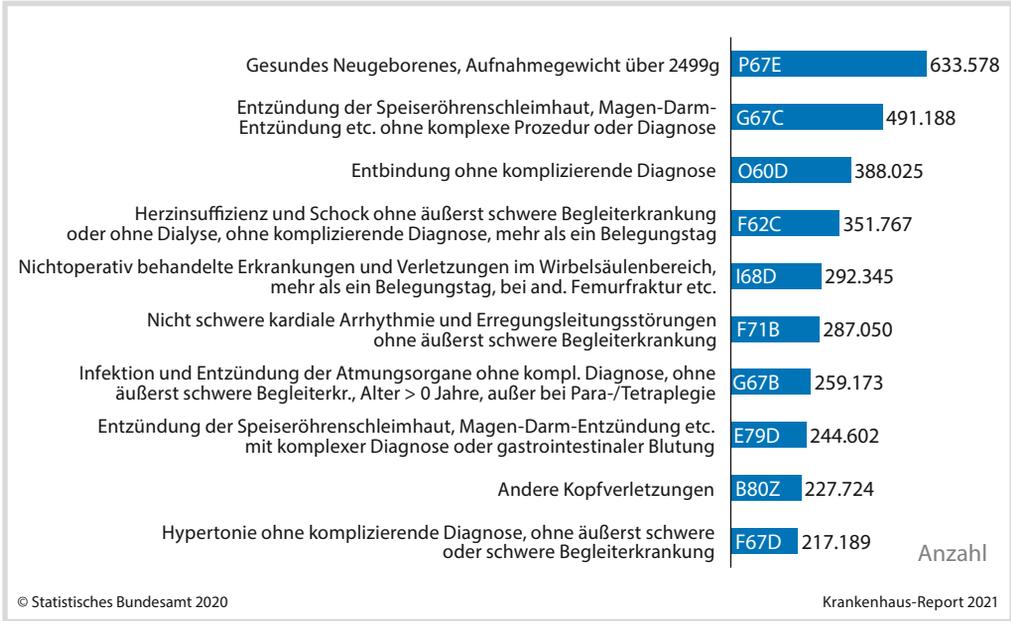
■ **Abb. 21.9** Die größten Fallzahlveränderungen zum Vorjahr nach MDC (2019 zu 2018) (Quelle: Statistisches Bundesamt 2020)

ten Preisen vergütet werden.¹⁴ Differenzierte Informationen zum stationären Leistungsge-

schehen 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.

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. Seit dem Jahr 2020 wurde die Vergütung für Krankenhäuser auf eine Kombination von Fallpauschalen und einer Pflegepersonalkostenvergütung (Pflegebudget) umgestellt. Der Fallpauschalenkatalog kann auf der Website des InEK unter www.g-drg.de heruntergeladen werden.

In Bezug auf die Verteilung der vollstationär behandelten Krankenhaufälle nach den MDCs standen im Jahr 2019 an erster Stelle Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems (15,5%). An zweiter und dritter Stelle folgten Krankheiten und Störungen des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes (14,7%) sowie der Verdauungsorgane (11,6%). Hinsichtlich des Leistungsumfangs hatten diese drei Gruppen jeweils auch die



■ **Abb. 21.10** Die zehn häufigsten Fallpauschalen (DRGs) der Patientinnen und Patienten 2019 (Quelle: Statistisches Bundesamt 2020)

höchsten Anteile (zwischen 18,5 und 9,4 %) am gesamten Casemix-Volumen des Jahres 2019. Die Tabellen können als elektronisches Zusatzmaterial (Tab. 21.m und 21.n) abgerufen werden.

Die größten Fallzahlenzuwächse gegenüber dem Vorjahr waren bei der MDC „Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane“ (4,2 %) zu verzeichnen. Die MDCs „Hämatologische und solide Neubildungen“ (2,5 %) sowie „Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems“ (2,4 %) lagen an zweiter und dritter Stelle. Den stärksten Rückgang wies die MDCs „Verletzungen, Vergiftungen und toxische Wirkungen von Drogen und Medikamenten“ (4,5 %) auf. Darüber hinaus waren die MDCs „Alkohol- und Drogengebrauch und alkohol- und drogeninduzierte psychische Störungen“ (2,9 %) sowie „HIV“ (2,7 %) ebenfalls rückläufig (■ Abb. 21.9).

Die Versorgung gesunder Neugeborener (633.578 Fälle), die Speiseröhrenentzündung, Magen-Darm-Entzündung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane

ohne komplexe Prozedur oder Diagnose (491.188 Fälle) sowie die Entbindung ohne komplizierende Diagnose (388.025 Fälle) waren im Jahr 2019 die insgesamt am häufigsten abgerechneten Fallpauschalen (DRGs) (■ Abb. 21.10). Von den über 1.300 anhand des Fallpauschalenkatalogs bewerteten und abrechenbaren DRGs machten dabei die zwanzig häufigsten bereits 26,5 % und die fünfzig häufigsten DRGs 42,2 % des gesamten DRG-Leistungsspektrums aus. Nach der sogenannten Partition aufgeschlüsselt waren 57,6 % medizinische Behandlungen ohne chirurgische Eingriffe (Partition M), 36,4 % operative Behandlungen (Partition O) und 6,0 % nichtoperative, jedoch invasive medizinische Maßnahmen (Partition A). Die höchsten Anteile des Casemix entfielen dabei mit 60,3 % auf operative Eingriffe und 32,7 % auf medizinische Behandlungen. 7,1 % umfassten noch die nichtoperativen, invasiven medizinischen Maßnahmen.

Nicht immer sind die am häufigsten abgerechneten Fallpauschalen auch am teuers-

■ **Tabelle 21.11** DRGs nach Anteil am Erlösvolumen 2019. (© Statistisches Bundesamt (Destatis) 2020)

DRG	Bezeichnung	Fälle ^a	Anteil an allen Fällen	Erlösvolumen ^b	Anteil am Erlösvolumen
			In %	In 1.000 €	In %
F62C	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	351.209	1,9	1.070.674	1,5
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	156.534	0,8	1.047.836	1,4
I44C	Bestimmte Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmten Wechsel oder Entfernung von Endoprothesen oder Prothesenkomponenten	135.119	0,7	1.022.607	1,4
O60D	Vaginale Entbindung ohne komplizierende Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen	387.241	2,1	729.884	1,0
G67C	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne bestimmte oder andere komplizierende Faktoren, ohne äußerst schwere CC	490.903	2,6	706.104	1,0

^a Ohne Fälle der integrierten Versorgung

^b 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.

Krankenhaus-Report 2021

ten 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 Herzinsuffizienz und Schock ohne schwere Begleiterkrankungen (1,5 %), die Korrektur oder der Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose sowie Endopro-

theseneingriffe am Kniegelenk ohne Wechsel oder Entfernung von Endoprothesen oder Prothesenkomponenten (jeweils 1,4 %) an oberster Stelle. Zusammengefasst entfielen auf diese drei DRGs für die Behandlung von 642.862 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 Behand-

■ Tabelle 21.12 Komplexe Leistungen: Am höchsten bewertete DRGs. (© Statistisches Bundesamt 2020)

DRG	Bezeichnung	Bewertungsrelation	Fälle ^a	Anteil an allen Fällen	Erlös-volumen ^b	Anteil am Erlös-volumen
				In %	In 1.000 €	In %
A06A	Beatmung > 1.799 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 2.940/5.520/5.520 Aufwandspunkte oder mit hochkomplexem Eingriff	71,60	394	0,002	119.952	0,16
A18Z	Beatmung > 999 Stunden und Transplantation von Leber, Lunge, Herz und Knochenmark oder Stammzelltransfusion	62,04	153	0,001	50.188	0,07
A06B	Beatmung > 1.799 Stunden mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 2.940/5.520/5.520 Aufwandspunkte	52,831	384	0,002	79.518	0,11
P61A	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht < 600 g mit signifikanter OR-Prozedur	47,863	160	0,001	31.702	0,04
A05A	Herztransplantation mit Beatmung > 179 Stunden oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 2.646/2.484/- Aufwandspunkte	46,96	114	0,001	21.328	0,03

^a Ohne Fälle der integrierten Versorgung

^b 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 2021

lungen 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 Langzeitbeatmung der Patienten (A18Z). Für diese drei DRGs wurden näherungsweise rund 250 Mio. € im Rahmen der notfall- und intensivmedizinischen Behandlung von 931 Patientinnen und Patienten abgerechnet, was einen Anteil von 0,3 % am Erlös-volumen 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 304.000 € (■ Tab. 21.12).

Im Hinblick auf den Schweregrad der Erkrankungen der Patientinnen und Patienten erfolgten nach dem Casemix-Index (CMI) die aufwändigsten bzw. schwerwiegendsten Behandlungen in den Fachabteilungen der Herzchirurgie (5,34), Intensivmedizin (4,82) und Kinderkardiologie (3,90). Das leichteste bzw.

21.7 · Leistungsmengen und Leistungsstrukturen der Krankenhäuser

■ Tabelle 21.13 Casemix, Casemix-Index und Erlöse je Fall 2019 nach Bundesländern. (© Statistisches Bundesamt 2020)

Sitz des Krankenhauses	Insgesamt ^a	Casemix ^b			Casemix-Index ^c	Erlös je Fall ^d
		DRG-Partition				
		O	M	A		
Deutschland	20.749.052	12.504.012	6.781.262	1.463.778	1,11	3.927
Baden-Württemberg	2.375.653	1.491.543	762.910	121.199	1,13	4.005
Bayern	3.143.938	1.927.679	1.037.704	178.555	1,08	3.827
Berlin	1.047.441	661.395	288.040	98.007	1,24	4.372
Brandenburg	586.707	319.748	203.288	63.671	1,10	3.900
Bremen	221.467	137.179	68.385	15.902	1,15	4.064
Hamburg	610.295	411.503	153.794	44.998	1,28	4.517
Hessen	1.452.817	875.948	468.693	108.176	1,10	3.895
Mecklenburg-Vorp.	435.975	261.047	151.203	23.725	1,10	3.896
Niedersachsen	1.764.584	1.052.192	594.419	117.974	1,07	3.775
Nordrhein-Westfalen	4.915.957	2.893.550	1.631.865	390.542	1,10	3.878
Rheinland-Pfalz	948.087	540.082	340.140	67.865	1,03	3.804
Saarland	299.543	176.562	103.634	19.347	1,09	3.885
Sachsen	1.103.594	674.748	366.666	62.181	1,15	4.070
Sachsen-Anhalt	597.598	343.336	207.284	46.978	1,07	3.792
Schleswig-Holstein	619.196	372.633	189.007	57.557	1,13	3.999
Thüringen	626.200	364.867	214.232	47.101	1,12	3.944

^a Einschließlich der Fälle mit unbekannter Partition

^b 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.

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

^d 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.

Krankenhaus-Report 2021

aufwandsärmste Erkrankungsspektrum wurde in der Geburtshilfe (0,51), der Augenheilkunde (0,62) sowie der Frauenheilkunde und Geburtshilfe (0,63) behandelt. Eine differenzierte Übersicht zum Casemix-Index nach Fachabteilungen und Altersgruppen der Patientinnen und Patienten ist als elektronisches Zusatzmaterial (Tab. 21.o bis 21.q) eingestellt.

Die im Durchschnitt höchsten Erlöse je Fall wurden in Krankenhäusern in Hamburg (4.517 €), Berlin (4.372 €) und Sachsen (4.070 €) erzielt. Am niedrigsten lagen

sie in Niedersachsen (3.775 €), Sachsen-Anhalt (3.792 €) und Rheinland-Pfalz (3.804 €). 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 (1,03) höhere durchschnittliche Fallerlöse auf (3.804 €) als zum Beispiel Krankenhäuser in Niedersachsen (3.775 €) (■ Tab. 21.13).

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.

